

Charakterystyka rozwoju funkcji społecznych dziecka z przepukliną oponowo-rdzeniową pod wpływem indywidualnie dobranego programu terapii zajęciowej

Characteristics of the development of social functions in children with myelomeningocele under the influence of the individually chosen program of occupational therapy

Numer DOI: 10.2478/v10109-011-0008-4

Agnieszka Ptak¹, Ewa Demczuk-Włodarczyk², Dorota Wójtowicz²

¹ Zakład Opiekuńczo-Lecznicy dla Dzieci w Jasz kotlu
Care and Treatment Centre for Children in Jaskotle

² Wydział Fizjoterapii AWF we Wrocławiu
Faculty of Physiotherapy, The University of Physical Education in Wrocław

Streszczenie:

Profesjonalna opieka nad dzieckiem z przepukliną oponowo-rdzeniową jest powszechnie znana, niemniej jednak w Polsce nie stosuje się poprawy jakości życia poprzez terapię zajęciową. W Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicy dla Dzieci w Jasz kotlu stosowana jest pionierska koncepcja terapii zajęciowej wzorowana na rozwiązaniach Occupational Therapy w USA [1]. Celem pracy jest przedstawienie wpływu indywidualnie opracowanego planu terapii zajęciowej na rozwój społeczny pięcioletniego dziecka z przepukliną oponowo-rdzeniową przebywającego w ośrodku w Jasz kotlu. Praca przedstawia planowany i celowy sposób prowadzenia terapii zajęciowej (TZ) dziecka, sposób monitorowania postępów terapeutycznych, jak również modyfikowania i programowania celów bliższych procesu terapeutycznego. Regułą nadrzędną programowania TZ jest uwzględnianie aktualnych możliwości i potrzeb pacjenta. Metodą wykorzystaną do oceny efektów terapii jest inwentarz PPAC H.C. Gunzburga w adaptacji Witkowskiego. Podsumowanie: prawidłowo zaprogramowany system pomocy dziecku w ramach terapii zajęciowej, spójnie uwzględniający osobę, środowisko i zajęcie (Person – Environment – Occupation PEO), umożliwia poprawę rozwoju społecznego, a tym samym wpływa na poprawę jakości życia.

Słowa kluczowe: dziecko, przepuklina oponowo-rdzeniowa, terapia zajęciowa, rozwój społeczny.

Abstract:

Professional care of a child with myelomeningocele is well known, yet in Poland Occupational Therapy is rarely used for improving the quality of life. In the Care and Treatment Centre for Children in Jaskotle a pioneering concept of Occupational Therapy (OT) based on American programmes of Occupational Therapy is practiced [1]. The aim of the paper is to evaluate the influence of the individually adjusted programme of occupational therapy on social development of a five year old child with myelomeningocele staying at the Care and Treatment Center in Jaskotle. The paper presents a planned and purposeful way of carrying out the occupational therapy, ways of monitoring the therapeutic progress, modifying and planning the goals of the therapeutic process. The main rule of the occupational therapy is considering current needs and abilities of the patient. The method which was employed to evaluate the effects of the therapy was PPAC inventory by H.C. Gunzburg modified by Witkowski. Conclusion: properly planned programme of assisting the child during the occupational therapy which considers the person, their environment and occupation (PEO) makes it possible to improve their social development and thus influences the quality of life.

Key words: child, myelomeningocele, occupational therapy, social development.

Wprowadzenie

Dziecko z przepukliną oponowo-rdzeniową wymaga stałej profesjonalnej opieki zespołu terapeutycznego. Zespół terapeutyczny składa się z lekarzy z różnymi specjalizacjami, fizjoterapeutów, psychologów, pedagogów, logopedów, powinien uwzględniać również terapeutów zajęciowych, czyli osoby łączące działalność terapeutyczną na wielu polach [2,

Introduction

A child with meylomeningocele requires constant professional care of a therapeutic team. Such a team consists of doctors of various specialisations, psychologists, pedagogists, speech therapists and it should also include occupational therapists which means professional therapists who combine their therapeutic work on many different fields

3]. Terapia zajęciowa pomaga bowiem integrować procesy adaptacyjne, funkcjonalne, edukacyjne oraz aktywność własną dziecka z przepukliną oponowo-rdzeniową w celu poprawy jakości życia tego dziecka [3]. Jedną z ważnych sfer, które odgrywają kluczową rolę w zakresie jakości życia dziecka, jest jego rozwój społeczny. Praca terapeuty zajęciowego z dzieckiem z przepukliną oponowo-rdzeniową jest wieloetapowym, planowanym procesem ukierunkowanym na aktualne potrzeby dziecka. Skupia się na efektach, jakie choroba wywarła na pacjencie, na środowisku w jakim żyje oraz na zajęciach dziecka, w zakresie których można realizować cele terapeutyczne. Poszukuje najbardziej ergonomicznych rozwiązań przystosowawczych, tak aby pacjent mógł w pełni rozwinąć swoje funkcjonalne możliwości [2-4].

Cel pracy

Celem pracy jest ocena skuteczności oddziaływania indywidualnie dobranego programu terapii zajęciowej na rozwój społeczny dziecka z przepukliną oponowo-rdzeniową.

Materiał badawczy

Dziewczynka w czasie rozpoczęcia badań była w wieku 4 lat i sześciu miesięcy. Obecnie ma 5 lat i 6 miesięcy. Od grudnia 2006 roku mieszka w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym dla Dzieci w Jaszczotku.

Opis przypadku.

Urodziła się w 34. tygodniu ciąży przez cięcie cesarskie w stanie ogólnym dobrym 8 pkt Apgar z masą ciała 2750 g. Była to pierwsza ciąża i pierwszy poród. Rodzice byli zdrowi. Po urodzeniu u dziecka zdiagnozowano przepuklinę oponowo-rdzeniową w odcinku piersiowo-lędźwiowym ze współistniejącym wodogłowiem, wrodzoną prawą stopą końsko-szpotawą, wady wrodzone kręgosłupa piersiowego i klatki piersiowej, wiotkie porażenie kończyn dolnych, pęcherz moczowy neurogeny, wrodzone zwichnięcie prawego stawu biodrowego.

W drugiej dobie życia przepuklina została zaopatrzona chirurgicznie. Badanie ultrasonograficzne (USG) klatki piersiowej i brzucha wykazało zrotowanie i przesunięcie narządów wewnętrznych. Na podstawie USG głowy stwierdzono cechy wodogłowia czterokomorowego. Ze względu na objawy narastania ciśnienia śródczaszkowego w 23. dobie życia założono zastawkę komorowo-otrzewnową. Po porodzie zastosowano wentylację mechaniczną w 1. i 23. dobie życia. Pomiędzy 1. a 23. dobą życia dziecko oddychało samodzielnie. W trzecim miesiącu życia wypisano dziecko ze szpitala do ośrodka opiekuńczego w stanie ogólnym dobrym.

W pierwszym miesiącu życia widoczna była asymetria rozkładu napięcia mięśniowego. Reklinalcja głowy, pochylenie do prawego barku i rotacja głowy w lewą stronę, uboga motoryka spontaniczna, zaburzona dynamika odruchów i nieprawidłowa płaszczyzna przylegania w pozycji leżenia na brzuchu i na plecach. W szpitalu usprawniano dziecko metodą Vojty.

W pierwszym roku życia dziewczynka nie potrafiła samodzielnie utrzymać głowy. Dziecko nie kontaktowało się z otoczeniem, nie zgłaszało żadnych potrzeb. Fizjoterapia uwzględniała ćwiczenia bierne kończyn dolnych, masaż kończyn dolnych, ćwiczenia czynno-bierne kończyn górnych oraz ćwiczenia metodą NDT-Bobath. Dziewczynka często chorowała i wymagała intensywnej hospitalizacji.

Do 3 roku życia dziewczynka nie kontrolowała ustawienia głowy, nie zmieniała samodzielnie pozycji ciała. Dziecko nie mówiło i nie kontaktowało się w żaden inny sposób z otoczeniem. Karmione było zmiksowanym pokarmem. Dziewczynka bardzo szybko się męczyła i nie przejawiała

[2, 3]. Occupational therapy helps to integrate adaptive, functional and educational processes and activity of a child with myelomeningocele in order to improve the quality of life of that child [3]. One of the very important aspects which play a crucial role in the quality of life of the child is his/her social development. The work of the occupational therapist with the child with myelomeningocele is a multi-stage, planned process aiming at satisfying the current needs of the child. It focuses on the effects of the disease on the patient, on the patient's environment and activities within which therapeutic goals can be realised. That work searches for the most ergonomic adaptive solutions so that the patient could fully develop their functional abilities [2-4].

Aims

The aim of the study was to evaluate the effects of the individually chosen occupational therapy programme on social development of a child with myelomeningocele.

Material and methods

The examined girl during the study was 4 years and 6 months old and at present she is 5 years and 6 months old. She has been living in the Care and Treatment Centre for Children in Jaszczotku since December 2006.

Case description

The patient was born in the 34th week of pregnancy by Caesarean section in good general condition, 8 points of the Apgar scale and weight of 2.750 kg. It was the first pregnancy and the first labour for the mother. Both parents were healthy. After birth the examined girl was diagnosed with myelomeningocele in the thoraco-lumbar section of the spine with coexisting hydrocephalus, congenital equinovarus right foot, defects of the thoracic spine and chest, flaccid paralysis of the lower limbs, neurogenic bladder and congenital dislocation of the right hip joint.

On the second day after birth myelomeningocele was treated surgically. Ultrasonographic examination of the chest and abdomen revealed rotation and shifting of the internal organs. On the basis of the ultrasonographic examination of the head the characteristics of quadricorn hydrocephalus were diagnosed. Due to increasing intracranial pressure on the 23rd day after birth ventriculoperitoneal shunting was performed. Mechanical ventilation was applied within the first 24 hours after birth and on the 23rd. Between the first and the 23rd day the baby was breathing independently. When the girl was three months old she was discharged from the hospital and moved to the care and treatment facility in good general condition.

In the first month of life the asymmetry of muscular tension was noticeable: reclination of the head, inclination towards the right shoulder and rotation to the left, low spontaneous motor activity, disturbed dynamics of reflexes and incorrect adhering plane while lying on the front and back. In hospital the child was rehabilitated by means of the Vojta method.

In her first year the girl was unable to hold her head independently, had no contact with her surroundings and communicated no needs. The physiotherapy programme included passive exercises and massage of the lower limbs, active-passive exercises of the upper limbs and exercises employing the NDT-Bobath method. The girl fell ill frequently and required intensive hospitalisation.

Until the age of three the girl had no control over the position of her head and was unable to change body position independently; she could not talk or communicate with her

ochoty do współpracy z terapeutą, mimo to kontynuowano wcześniej zaprogramowaną terapię. Około 3,5 roku życia pojawił się krótkotrwały podpór na przedramionach, głowa ustawiona była w dalszym ciągu w reklinacji, w pochyleniu do prawej i w rotacji do lewej strony. Barki ustawione były w protrakcji. Ze względu na problemy z układem zastawkowym oraz problemy nefrologiczne okresy hospitalizacji nadal były długie i częste. Po powrocie ze szpitala u dziewczynki widoczne było osłabienie układu mięśniowego i regres rozwoju psychomotorycznego.

W wieku 4 lat dziewczynka poruszała się przez przetażanie, dłużej była w stanie utrzymać podpór na przedramionach. Głowa nadal była w reklinacji z asymetrią. Dziewczynka nadal nie spożywała sama posiłków, nie mówiła, nie zgłaszała potrzeb. Swoje niezadowolenie sygnalizowała głośnym krzykiem. Dziecko stale było pod opieką terapeutyczną. Wprowadzono ćwiczenia sprawności manualnej. Dziewczynka niechętnie brała udział w sesjach terapeutycznych. Nadal szybko się męczyła. Na próby nawiązania kontaktu reagowała nerwowo. W tym czasie stan dziewczynki ustabilizował się.

Dziecko, do chwili otrzymania wózka inwalidzkiego typu aktywnego, większą część czasu przebywało w wózku inwalidzkim typu kubełkowego. Pozycja ciała, jaką przyjmowało, nie pozwalała na uwolnienie funkcji kończyn górnych. Jednocześnie dziecko nie potrafiło samodzielnie utrzymać pozycji siedzącej w innym wózku inwalidzkim ze względu na osłabienie mięśni posturalnych. Pojawiły się próby lokomocji we wzorcu zastępczym pełzania. Podczas sesji terapeutycznych zwracano szczególną uwagę na utrzymywanie pozycji siedzącej, zwiększenie zakresu ruchomości w stawach barkowych, utrzymanie głowy w osi kręgosłupa w pozycji siedzącej.

W wieku 4 lat i 5 miesięcy dziewczynka otrzymała aktywny wózek inwalidzki. Posadzona w wózku miała problemy z utrzymaniem głowy w osi kręgosłupa, szybko się męczyła podczas samodzielnej jazdy. Jednocześnie zdecydowano o uzupełnieniu dotychczasowego usprawniania metodą Vojty. Mimo tak prowadzonego programu usprawniania nie zauważono oczekiwanego postępu rozwoju psychomotorycznego. Dziewczynka nadal niechętnie brała udział w zajęciach, podczas posiłków głośno krzyczała, kontakt z otoczeniem nadal był utrudniony.

Metoda terapeutyczna

W wieku 4 lat i 6 miesięcy dziewczynka została objęta programem Terapii Zajęciowej opracowanym i wdrożonym w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznym dla Dzieci w Jaszczkole.

Celem nadrzędnym terapii była poprawa funkcjonowania dziecka w grupie rówieśniczej. Założono hipotezę, że poprzez osiągnięcie większej samodzielności w umiejętnościach samoobsługowych, poprawę umiejętności komunikowania się, poprawę w sferze uspołecznienia oraz poprzez poprawę sprawności manualnej i zręczności będzie możliwa poprawa funkcjonowania dziecka w grupie rówieśniczej.

Aby zrealizować plan usystematyzowano czynności dnia codziennego określono kierunki oddziaływania terapeutycznego:

- Śniadanie – nauka samodzielnego spożywania posiłku, nauka kulturalnego zachowania podczas posiłku.
- Toaleta poranna – nauka czynności samoobsługowych.
- Aktywność własna dziecka/ terapia indywidualna.
- Poranny krąg – poznawanie pór dnia i roku, zjawisk meteorologicznych, rozróżnianie dni tygodnia / rytmika / metoda Weroniki Sherborne – dwa razy w tygodniu.
- Drugie śniadanie – nauka samodzielnego spożywania posiłku, nauka kulturalnego zachowania podczas posiłku.
- Zajęcia w grupie / zajęcia indywidualne.
- Obiad – nauka samodzielnego spożywania posiłku, nauka kulturalnego zachowania podczas posiłku.

environment by any means, she was fed liquidized food. The girl tired very quickly and showed no will to cooperate with the therapist, yet the therapy was continued in spite of that. When the girl was 3.5 years old she was able to support herself briefly on her forearms, her head was still reclined, inclined rightwards and rotated to the left. The shoulders were protracted. Due to the problems with the valvular system and nephrologic problems, the hospitalisation periods were still long and frequent. After being discharged the girl's muscular system was weakened and her psychomotor development regressed.

At the age of 4 the girl moved by rolling and was able to support herself on her forearms longer. Her head was still reclined and in asymmetry. The girl was still unable to eat on her own, she did not speak or communicated any needs, she manifested her displeasure by screaming loudly. The child was under therapeutic care. Manual efficiency exercises were introduced, yet the girl participated in the therapeutic sessions reluctantly and she still tired easily. To attempts at establishing contact she reacted nervously. In the meantime her condition stabilised.

The girl spent most of her time in a bucket type wheelchair before she got an active type wheelchair. The body position she had to assume did not allow her to release functions of the upper limbs. At the same time the girl could not maintain sitting position in a different wheelchair due to weakened postural muscles. She made attempts at moving according to the pattern of crawling. During therapeutic sessions special attention was paid to maintaining sitting position, increasing of the mobility range in the shoulder joints, maintaining the head in the axis of the spine in the sitting position.

At the age of 4 years and 5 months the girl was given an active wheelchair. While sitting in it she had difficulty keeping her head in the spine's axis and she tired quickly when she was moving on her own. The therapy was complemented by the Vojta method, yet despite the rehabilitation programme modified that way, no psychomotor development was observed. The girl was still reluctant to participate in the sessions, screamed loudly during meals and her contact with her surroundings was still hindered.

Therapeutic method

At the age of 4 years and 6 months the girl was included in the Occupational Therapy Programme which was developed and introduced in the Care and Treatment Centre for Children in Jaszczkole.

The superior aim of the therapy was to improve functioning of that child in a group of peers. A hypothesis was formed that through achieving more independence in self-care, improving of communication skills, social skills and manual efficiency and dexterity, it would be possible to improve functioning of the girl in a group of peers.

In order to realise the plan everyday activities were systematised and therapeutic aims were chosen:

- Breakfast – learning to eat unassisted, learning proper behaviour during meals.
- Getting ready in the morning - learning self care activities.
- Leisure time/ Individual therapy of the child.
- Morning circle – learning times of days and seasons of the year, meteorological phenomena, days of the weeks / eurythmics / Weronika Sherborne method – twice a week.
- Midmorning snack – learning to eat unassisted, learning proper behaviour during meals.
- Group sessions / individual sessions.
- Lunch – learning to eat unassisted, learning proper behaviour during meals.
- Afternoon learning self-care activities.

- Toaleta poobiednia – nauka czynności samoobsługowych.
- Aktywność własna dziecka – relaks/terapia indywidualna.
- Program Knilla – uczenia świadomości ciała, przestrzeni – relaksacja.
- Zajęcia w grupie – zabawy tematyczne, czytanie lub oglądanie bajek.
- Podwieczorek – nauka samodzielnego spożywania posiłku, nauka kulturalnego zachowania podczas posiłku.
- Przygotowanie do wieczornego odpoczynku – czynności pielęgnacyjne.
- Kolacja – nauka samodzielnego spożywania posiłku, nauka kulturalnego zachowania podczas posiłku.
- Toaleta wieczorna – nauka czynności samoobsługowych.

- Leisure time/ Relax / Individual therapy of the child.
- Knill Programme – awareness of one’s body, space – relaxation.
- Group sessions – thematic activities, reading or watching fairy tales/stories.
- Afternoon snack – learning to eat unassisted, learning proper behaviour during meals.
- Getting ready to go to bed – self-care activities.
- Supper – learning to eat unassisted, learning proper behaviour during meals.
- Evening self-care activities.

Metoda badawcza

Do oceny aktualnych możliwości oraz monitorowania postępów terapeutycznych u dziecka w zakresie rozwoju społecznego zastosowano Inwentarz PPAC H.C. Gunzburga w adaptacji Witkowskiego (ryc. 1). Inwentarz ocenia cztery działy rozwoju społecznego:

- obsługiwanie siebie,
- komunikowanie się,
- uspołecznienie,
- zajęcia.

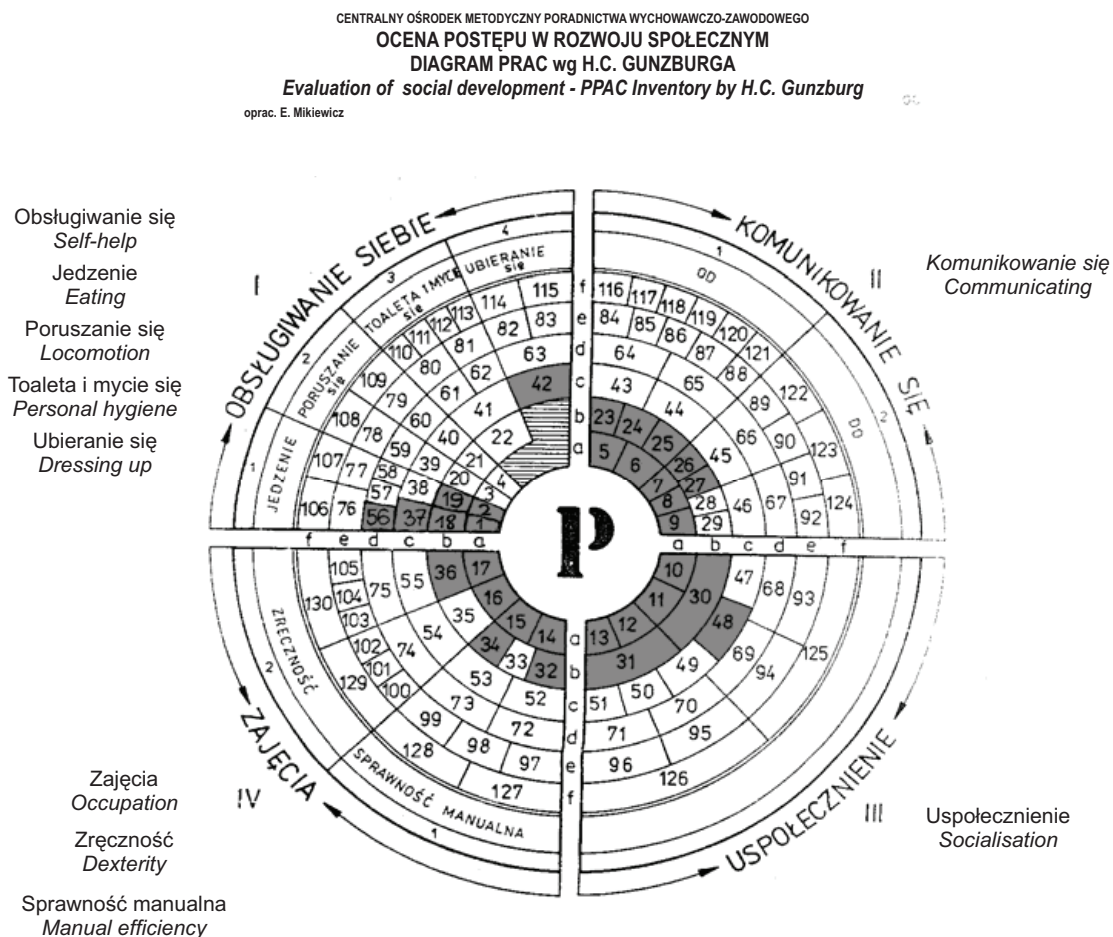
Dziewczynka przebadana była trzykrotnie: badanie I – przed przystąpieniem do programu, kiedy dziecko miało 4 lata i 6 miesięcy; II i III badanie – wykonywane w odstępach co 6 miesięcy w czasie stałego stosowania indywidualnie dobranego programu w ramach terapii zajęciowej.

Method

In order to evaluate the current abilities and skills and monitor the therapeutic progress in terms of social development Primary Progress Assessment Chart (PPAC) by H.C. Gunzburg – an inventory of social skills – adapted by Witkowski was employed (Fig. 1). The inventory evaluates four parts of social development:

- Self-Help/Care,
- Communication,
- Socialisation,
- Occupation.

The girl was examined three times: examination I – before the programme when she was 4 years and 6 months old; examination II and III carried out with 6 months long intervals during the individually adjusted occupational therapy programme.



Ryc. 1. Inwentarz PPAC H.C. Gunzburga w adaptacji Witkowskiego
 Fig. 1. PPAC Inventory by H.C. Gunzburg modified by Witkowski

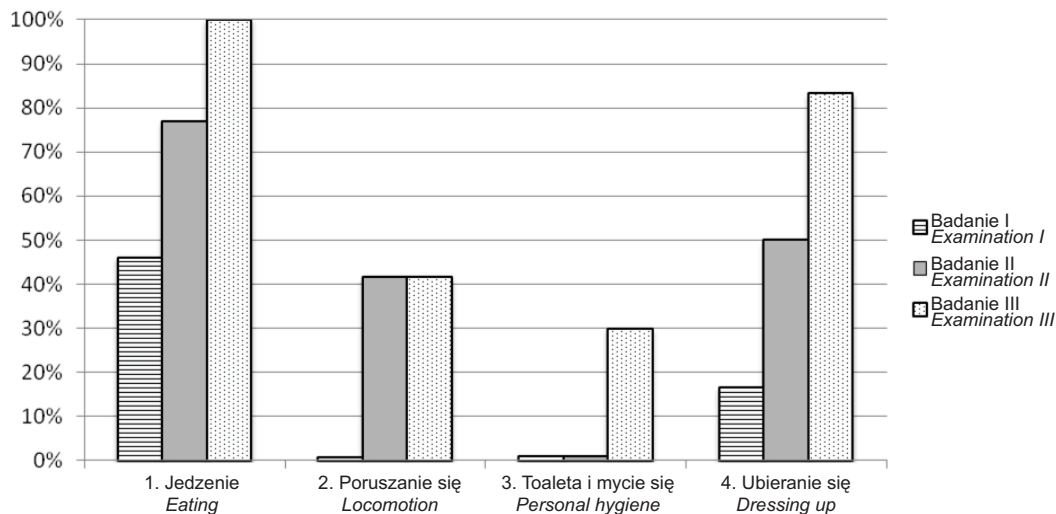
Wyniki badań i omówienie

Charakterystykę możliwości pacjentki wg Inwentarza Gunzburga w poszczególnych okresach badań przedstawiono na ryc. 2-5, gdzie scharakteryzowano procentowy udział zadań wykonanych przez dziecko w stosunku do wszystkich sprawdzanych.

Results

The characteristics of the abilities of the patient according to PPAC in particular examinations is presented on Figure 2 to 5.

On the basis of the obtained results (Fig. 2) it may be said that the employed therapeutic programme was especially beneficial in terms of eating skills and locomotion.



Ryc. 2. Charakterystyka procentowa wykonanych zadań w kategorii Obsługiwanie siebie wg Inwentarza Gunzburga podczas I, II i III badania dziecka

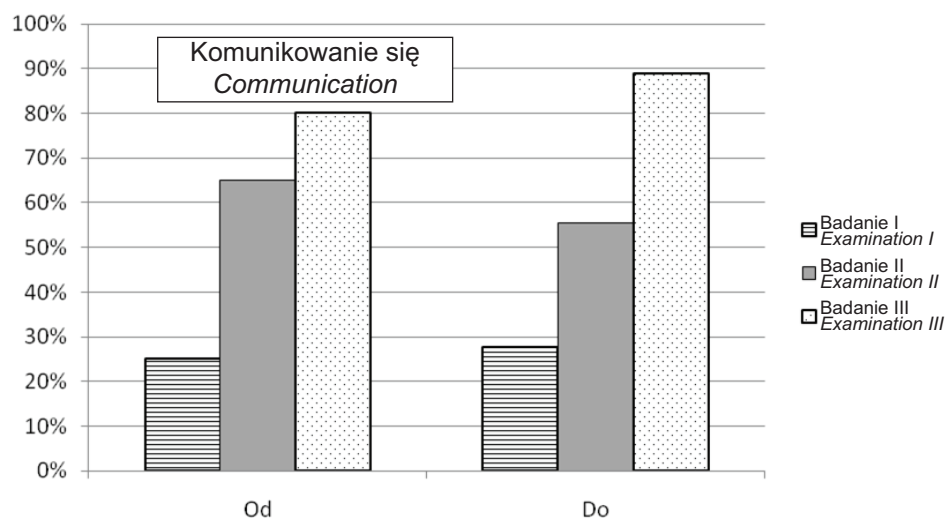
Fig. 2. Percentage characteristics of the performed tasks in the self-help area in examination I, II and III according to the Gunzburg's inventory

Na podstawie uzyskanych wyników (ryc. 2) można stwierdzić, że zastosowany program postępowania terapeutycznego w obszarze samoobsługi wywarł szczególnie korzystny wpływ w zakresie zadań związanych z czynnością jedzenia i poruszania się. Najmniejsze postępy zaobserwowano w zakresie czynności związanych z poruszaniem się oraz wykonywaniem zabiegów higienicznych. Taki wynik jest następstwem istniejącej dysfunkcji kończyn dolnych. W obszarze opisującym umiejętność z zakresu korzystania z toalety, w badaniu III dziecko wykonało 3 zadania. Osiągnięcia te wydają się być maksymalne dla dziecka w obecnych warunkach niedostatecznego przy-

The least significant progress was observed in moving around and hygiene-related activities. Such an outcome is a result of dysfunctions of the lower limbs. In the part describing the ability to use the toilet, in the examination III the girl performed three tasks. Those achievements seem to be maximal for the child in the present conditions of the environment insufficiently adjusted to the abilities of the patient.

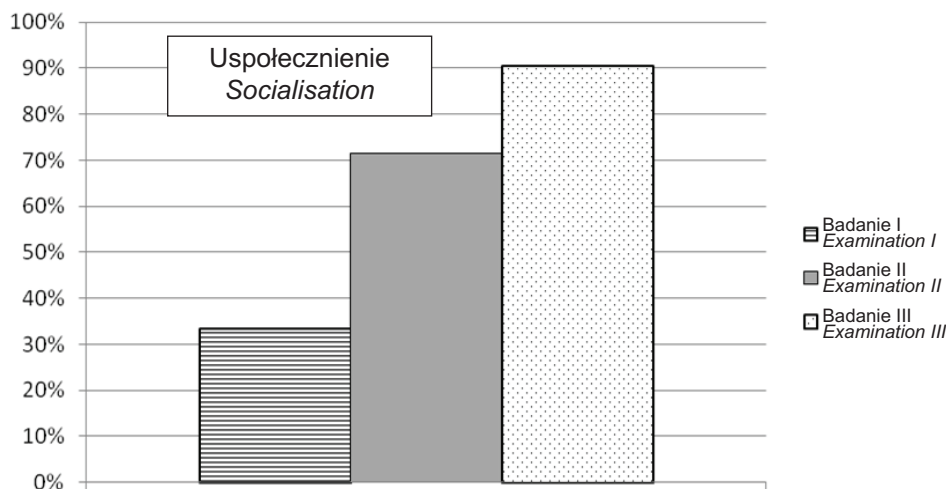
In Communication (Fig. 3) between examination I and II as well as II and III the child showed significant progress in both directions of communication.

Socialisation of the child also showed improvement between the examinations (Fig. 4). Initially the girl performed



Ryc. 3. Charakterystyka procentowa wykonanych zadań w kategorii Komunikowanie się wg Inwentarza Gunzburga podczas I, II i III badania dziecka

Fig. 3. Percentage characteristics of the performed tasks in the communication area in examination I, II and III according to the Gunzburg's inventory



Ryc. 4. Charakterystyka procentowa wykonanych zadań w kategorii Uspołecznienie wg Inwentarza Gunzburga podczas I, II i III badania dziecka

Fig. 4. Percentage characteristics of the performed tasks in the socialisation area in examination I, II and III according to the Gunzburg's inventory

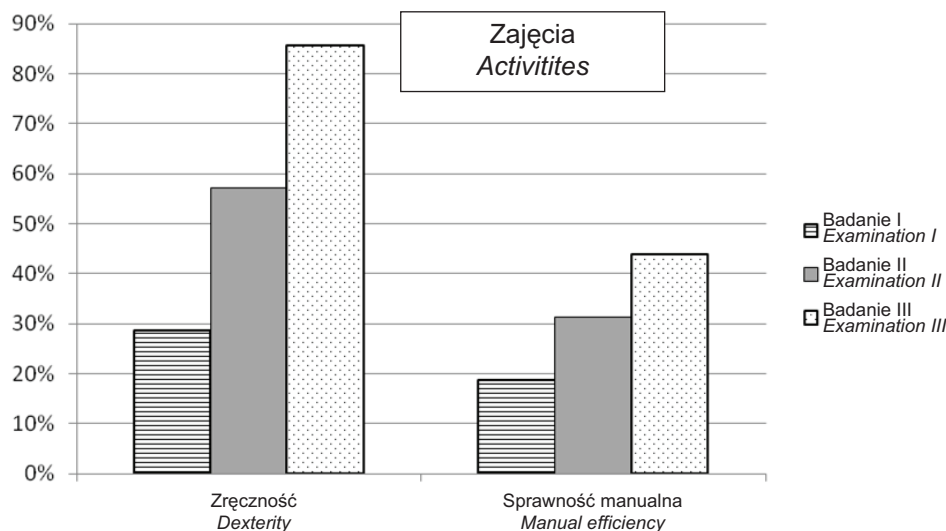
stosowania otoczenia do funkcjonalnych możliwości pacjenta.

W obszarze komunikowania się (ryc. 3) pomiędzy badaniami I i II, jak i II i III dziecko wykazuje wyraźne postępy w obu kierunkach komunikacji.

Uspołecznienie dziecka również wykazywało stały progres pomiędzy badaniami (ryc. 4). Początkowo dziecko wy-

only 5 tasks out of 21 possible ones which was approx. 20%, whereas in the examination III 19 tasks which is 90%.

Occupation is the area where manual efficiency and dexterity are evaluated. Manual efficiency improved steadily from four performed tasks in the examination I to 12 out of 14 in the examination III.



Ryc. 5. Charakterystyka procentowa wykonanych zadań w kategorii Zajęcia wg Inwentarza Gunzburga podczas I, II i III badania dziecka

Fig. 5. Percentage characteristics of the performed tasks in the occupation area in examination I, II and III according to the Gunzburg's inventory

konywało jedynie 5 zadań na 21 możliwych, co stanowiło około 20% natomiast w III badaniu było realizowanych już 19 zadań (90%).

Zajęcia (ryc. 5) to obszar, w którym oceniano sprawność manualną i zręczność dziecka. Sprawność manualna poprawiała się sukcesywnie z 4. wykonywanych zadań w badaniu I aż do 12. zadań na 14 możliwych w badaniu III.

In all the examined areas the girl made progress.

After analysing the opinions of the specialists working with the child it was established that working at particular areas of the Inventory positively influenced functioning of the child in a group of peers – the girl more willingly participated in group sessions, built better relations with peers, isolated herself less during sessions and played with other children more frequently.

We wszystkich badanych obszarach dziecko zrobiło postępy.

Po analizie wypowiedzi specjalistów pracujących z dzieckiem w grupie udało się ustalić, że praca nad poszczególnymi umiejętnościami 4. obszarów Inwentarza Gunzburga wpłynęła korzystnie na funkcjonowanie dziecka w grupie – chętniej uczestniczyło w zajęciach grupowych, nawiązywało lepsze relacje z rówieśnikami, mniej izolowało się podczas zajęć, częściej podejmowało zabawę z innymi dziećmi.

Dyskusja i podsumowanie

U małych dzieci dotkniętych przepukliną oponowo-rdzeniową dużym problemem jest ograniczenie możliwości samodzielnego funkcjonowania podczas czynności dnia codziennego. Zjawisko to wiąże się z nadmiernym skupieniem uwagi na dysfunkcji kończyn dolnych, zaniedbując i nie wykorzystując tym samym wszystkich możliwości kończyn górnych i reszty ciała. Skutkiem takiego spojrzenia może być niedostateczne zwrócenie uwagi na samodzielność i dojrzałość społeczną pacjenta. Z tego powodu dzieci z przepukliną oponowo-rdzeniową mogą być bardziej dotknięte opóźnieniem rozwoju psychospołecznego [5, 6]. Wyniki badań niemieckich naukowców potwierdzają, że dzieci, które przebywają od czasu narodzin w warunkach innych niż prawidłowo funkcjonujący dom rodzinny, demonstrują znacznie opóźniony rozwój psychoruchowy. Znacznie opóźniony jest wiek mówienia, rozumienia i wiek społeczny [7]. Przypadek opisywany w pracy potwierdza te spostrzeżenia. Badanie I wg Inwentarza Gunzburga wykazało opóźnienia wszystkich czterech obszarów rozwojowych dziecka. Przystosowanie społeczne wyrażone kompetencjami społecznymi mieści się w granicach umiejętności, jakie jednostka prezentuje. Badanie zachowań przystosowawczych jest istotnym elementem ukazującym deficyty pacjenta oraz pozwalającym na indywidualne planowanie terapii [4, 8]. Jednym z narzędzi stosowanych do diagnozowania umiejętności społecznych oraz ewaluacji postępu terapeutycznego jest Inwentarz PPAC H. C. Gunzburga. Narzędzie to jest stosowane ze względu na swoją wieloaspektowość. Dotyczy bowiem najważniejszych obszarów kompetencji społecznych człowieka [8, 9]. W diagnostyce i w celu monitorowania efektywności terapii zajęciowej u dziecka z przepukliną oponowo-rdzeniową wykorzystano właśnie to narzędzie, potwierdzając tym samym jego przydatność. Indywidualnie dobrany program terapii zajęciowej uwzględnia potrzeby pacjenta, środowisko w jakim się on znajduje oraz zajęcia jakie go dotyczą. Łączy obszary, takie jak: czynności dnia codziennego, naukę, zabawę i czas wolny. Poprzez wplatanie, w sposób naturalny, podczas zabawy lub innych czynności dnia codziennego, nauki kompetencji społecznych, pozwala na przystosowanie dziecka obciążonego niepełnosprawnością do funkcjonowania w społeczeństwie. Poprzez rozwój umiejętności społecznych poprawia się jakość życia dziecka w społeczeństwie [1, 10-12]. Potwierdzają to obserwacje i badania, które przeprowadzono, w których dziecko wykazało wyraźny postęp w zakresie samoobsługi, komunikowania się, uspołecznienia i zajęć. Zostało to zweryfikowane przez opiekunów pracujących z dzieckiem poprzez ocenę pozytywną zmian zachowania dziecka w grupie rówieśniczej i innych sytuacjach. Terapię zajęciową jest swoistą powinnością w stosunku do dzieci z zaburzeniami rozwoju. Zgodnie z ustaleniami prawnymi terapia zajęciowa powinna kształcić umiejętności wykonywania czynności życia codziennego oraz zaradności osobistej. Następnie w starszym wieku, na bazie nabytych podstawowych umiejętności społecznych, terapia zajęciowa powinna rozwijać specjalistyczne umiejętności zawodowe poprzez uczestnictwo w szkoleniu zawodowym lub podjęcie pracy [2, 13, 14]. Dla pacjenta pediatrycznego terapia zajęciowa jest szeregiem zabaw ukierunkowanych na naukę i doskonalenie umiejęt-

Discussion

In small children with myelomeningocele the limitation of independent functioning in everyday activities is a serious problem. It results from focusing excessively on the dysfunction of the lower limbs while neglecting and thus not using all possibilities of the upper limbs and the rest of the body. A consequence of such an attitude may be insufficient attention paid to independence and social maturity of the patient. Therefore the psychosocial development of children with myelomeningocele may be impaired [5, 6]. The results of German researchers confirm that children who from birth live in conditions different than properly functioning family home demonstrate significantly handicapped psychomotor development. They start speaking, understanding and socialising when they are much older [7]. The described case confirms those observations. The examination I according to the Inventory by Gunzburg revealed impairment of all four developmental areas in the child. Social adjustment demonstrated by social competencies was within the abilities of the child. Examining the adaptive behaviour is an important tool showing deficiencies of the patient and allowing individual planning of the therapy [4, 8]. One of the tools employed for diagnosing of the social skills and evaluating the therapeutic progress was PPAC inventory by H.C. Gunzburg since it is widely used thanks to its versatility. It mainly concerns the most important areas of social competences [8, 9]. In diagnostics and monitoring of the effects of occupational therapy in the child with myelomeningocele that very inventory was employed which only confirms its usefulness. The individually adjusted occupational therapy programme takes into consideration the needs of the patients, the environment and the activities that concern the patient. It combines such areas as: everyday activities, learning, playing and leisure time. While playing or performing everyday activities in a natural way it includes learning of social competencies and allows to adapt a disabled child to function in a society. Through developing of the social skills it improves the quality of life of the child in the society [1, 10-12]. It is confirmed by the carried out research and observations which revealed that the child had made a significant progress in terms of self-help, communication, socialisation and occupation. It was verified by the caretakers working with the child, by positive evaluation of the changes in the girl's behaviour in a group of peers and in other situations. The occupational therapy is in a way a necessity in the case of a child with developmental disorders. According to the legal regulations the occupational therapy should provide training in everyday activities and personal resourcefulness. Then at older age on the basis of the obtained basic social skills, the occupational therapy ought to develop occupational skills through participation in occupational training or taking a job [2, 13, 14]. For a child the occupational therapy is a set of games aiming at learning and improving adaptive skills [3, 15-17]. The occupational therapist is a person who supports and assists during the training [12, 14]. In conclusion it should be emphasised that the properly carried out occupational therapy programme may have a significantly positive

ętności przystosowawczych [3, 15-17]. Terapeuta zajęciowy jest natomiast osobą wspierającą, asystującą podczas kształcenia nowych umiejętności [12, 14]. Podsumowując należy podkreślić, że prawidłowo prowadzony program terapii zajęciowej może mieć bardzo pozytywny wpływ na poprawę jakości życia dziecka z przepukliną oponowo-rdzeniową.

influence on improving the quality of life of the child with myelomeningocele.

Piśmiennictwo References

- [1] Schoenmakers MAGC., Gulmans VAM. *Spina bifida at the sacral level: more than minor gait disturbances*. Clinical Rehabilitations, 2004, 18, 178-185.
- [2] Hellbrügge T., von Wimpffen J. H. *Pierwsze 365 dni życia dziecka*. „Promyk Słońca” Fundacja na Rzecz Dzieci Niepełnosprawnych, Warszawa 1995.
- [3] Smyczek A. *Terapia zajęciowa jako powinność wobec dzieci z zaburzeniami rozwoju*. Rehabilitacja Medyczna, 2002, 6, 4, 81-85.
- [4] Schoenmakers MAGC., Uiterwaal CSPM. *Determinants of functional independence and quality of life in children with spina bifida*. Clinical Rehabilitations, 2005, 19, 677-685.
- [5] Florczak-Nowak Z. *Warsztaty terapii zajęciowej jako forma rehabilitacji osób niepełnosprawnych*, Praca i Rehabilitacja Niepełnosprawnych, 2009, 12, 4-12.
- [6] Godlewska A. *Czym jest terapia zajęciowa? Niepełnosprawność i Rehabilitacja*, 2010, 2, 32-39.
- [7] Żurek A., Dębska U., Kubiś F. *Przystosowanie społeczne dzieci i młodzieży ze złożoną niepełnosprawnością*, [w:] W. Pilecka, A. Ozga, P. Kurtyka (red.) *Dziecko ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi w ekosystemie*. Wyd. Akademii Świętokrzyskiej 2005.
- [8] Szewc T. *Organizacja warsztatów terapii zajęciowej*. Niepełnosprawność i Rehabilitacja, 2010, 3, 51-66.
- [9] Mazanek E. *Wykorzystanie terapii zajęciowej w wyrównywaniu deficytów psychomotorycznych u dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym*. Wspólne Tematy, 2004, 1, 10-18.
- [10] Nelson A., Allison H. *A visiting occupational therapy service to indigenous children in school: results of a pilot project*. Australian Journal of Indigenous Education, 2004, 33, 55-60.
- [11] Kaźmierczak A. *Rola i miejsce terapii zajęciowej w systemie rehabilitacji*. Wspólne Tematy, 2004, 6, 18-23.
- [12] Loots G., Malshaert E. *The use in Belgium of developmental movement according to the work of Veronica Sherborne: a developmental psychology view*. Eur. J. of Special Needs Education, 14, 3, 1999, 221-230.
- [13] Ainscough K. *The therapeutic value of activity in child psychiatry*. British Journal of Occupational Therapy, 1998, 61,5 223-226.
- [14] Witkowski T. *Podręcznik do inwentarza PPAC Gunzburga do oceny postępu w rozwoju społecznym upośledzonych umysłowo*. Warszawa 1988.
- [15] Brasic Royeen Ch., Gorga D. *Occupational Therapy In Pediatric Rehabilitation*. Pediatrician, 1990, 17, 278-282.
- [16] Urbaniak A. *Terapeuta zajęciowy jako osoba wspierająca i animująca niepełnosprawnych w placówkach rehabilitacyjno terapeutycznych*. Wspólne Tematy, 2009, 2, 44-46.
- [17] Liwiak A., Rusinek B. *Terapia zabawą w poradni psychologiczno-pedagogicznej*. Klanza w Czasie Wolnym, 2004, 2, 3-7.

Adres do korespondencji: Address for correspondence:

Agnieszka Ptak
Zakład Opiekuńczo-Lecznicy dla Dzieci w Jasz kotlu
Jasz kotle 21
55-080 Jasz kotle

Wpłynęło/Submitted: I 2009
Zatwierdzono/Accepted: III 2011