

PEDAGOGIKA
SPECJALNA

WYKŁAD 5

DR HAB. PROF. WSBIP
MARIUSZ JĘDRZEJKO

Dziecięce porażenie mózgowe

perspektywa
pedagogiczna

**PEDAGOGIKA
SPECJALNA**

WYKŁAD 5

DzPM

perspektywa pedagogiczna

Nie zajmujcie się notatkami,
słuchajcie, zadawajcie pytania,
bądźcie dociekliwi.

Materiały na www.cps.ecu.pl

**Każdy człowiek
potrzebuje
pomocy – dziecko
i dorośli z MPD
potrzebuje pomocy
szczególnie**

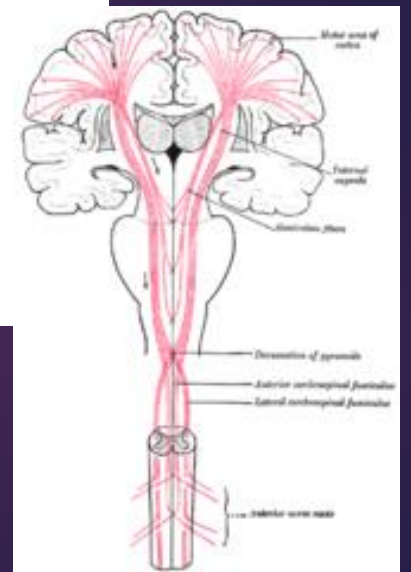


DZPM

Dziecięce porażenie mózgowie

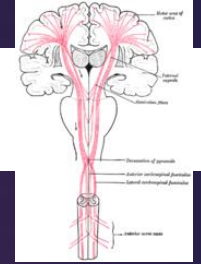
1843 – badania Williama Little nad zniekształceniami ludzkiego ciała:

- związek pomiędzy przykurczami i zniekształceniami ciała a spastycznością i porażeniem**



DZPM

Dziecięce porażenie mózgowie



2/1000 urodzeń

(A) Uszkodzenie tkanki mózgowej przed urodzeniem – wczesne fazy rozwojowe

(B) Uszkodzenie tkanki mózgowej w trakcie porodu

(C) Uszkodzenie tkanki mózgowej po porodzie (rzadko)

MPD

Wyzwanie dla pedagoga



Niepełnosprawność neurorozwojowa:

- Diagnoza medyczna
- Terapia pedagogiczna

Stan niejednorodny

**Stan trwały -
nieuleczalny**

**Zaburzenia – zakłócenia
uporządkowanych stanów
rozwojowych dziecka**

MPD

Wyzwanie dla pedagoga



Niepełnosprawność neurorozwojowa:

- Diagnoza medyczna
- Terapia pedagogiczna

Możliwość wczesnego rozpoznania – upośledzenie motoryki

Rozpoznanie – widoczne przed 18 miesiącem życia

MPD

Wyzwanie dla rodzica



**Świadomość trwałego
zaburzenia**

Konieczność posiadania wiedzy i umiejętności

Głębokie, często dotkliwe zmiany trybu życia

MPD

Kluczowe cechy



Niepełnosprawne funkcjonowanie i organizacja motoryki małej i dużej

1. Trudności w chodzeniu

2. Trudności w samodzielnym jedzeniu i połykaniu

5. Problemy z artykulacją słowną

3. Trudności w koordynacji ruchowej

4. Brak koordynacji ocznej

MPD

Kluczowe cechy



Niepełnosprawne funkcjonowanie i organizacja motoryki małej i dużej

1. Trudności w chodzeniu

2. Trudności w samodzielnym jedzeniu i połykaniu

3. Trudności w koordynacji ruchowej

4. Brak koordynacji ocznej

5. Problemy z artykulacją słowną

Problemy w społecznym funkcjonowaniu

Niesamodzielność

Bariery rozwojowe

MPD

Upośledzenie
ruchowe

Zaburzenia
sensoryczne
(czuciowe)

Zaburzenia
kognitywne
(poznawcze)

Zaburzenia
komunikacyjne

Zaburzenia
percepcyjne

Zaburzenia
behawioralne



MPD

Konsekwencje



Niezdolność do
samodzielnego
funkcjonowania

Niski status
edukacyjny

Krótsze życie – bez
terapii i wsparcia

Podatność na inne
zaburzenia

Niezdolność do
pełnienia funkcji
społecznych

MPD

Przyczyny – czynniki ryzyka



Czynniki okresu ciąży:
konflikt serologiczny; przewlekłe choroby u matki; nieprawidłowa dieta w ciąży – tytoń, alkohol, niedożywienie, narkotyki; zatrucia ciążowe, mutacje genetyczne; infekcje – cytomegalia (wirus), toksoplazmoza (pasożyt – nosiciel kot)

MPD

Przyczyny – czynniki ryzyka



Czynniki okresu porodowego:

skomplikowane przyjscie na swiat
np. błędy cesarki, wcześniactwo

MPD

Przyczyny – czynniki ryzyka



Czynniki po porodowe:
zakażenia i infekcje systemu
nerwowego dziecka, urazy
mechaniczne, wady rozwojowe
np. wodogłowia i rozszczep
kręgosłupa

MPD



Objawy

Zaburzenie czynności ruchowych:

- Bezwładny i niedowładny różnych części ciała – trudności lub niemożliwość poruszania się oraz samodzielnego wykonywania czynności
- Spastyczność – silne napięcie mięśniowe
- Zwiotczenie – niemożliwość poruszania się
- Ateozja – powolne nierytmiczne ruchy - głównie rąk, nieskoordynowane ruchy
- Wady wymowy aż do znacznych i braku komunikacji
- Zaburzenia zmysłów
- Zanik odczuwania emocji lub nieodpowiednie reakcje emocjonalne
- Ograniczenia rozwoju intelektualnego

MPD

Problemy – perspektywa pedagogiczno-medyczna



- Podnoszenie, mycie, karmienie, higiena intymna
- Wsparcie logistyczne: łożko rehabilitacyjne, podnośnik, materac przeciwoodleżeniowy,

Higiena chorego:

- Pieluchy, pieluchomajtki
- Prześcieradła nieprzemakalne
- Ssak
- Wózek inwalidzki

MPD

Obraz kliniczny – po urodzeniu



- Upośledzona zdolność do wykonywania ruchów i utrzymania prawidłowej postawy ciała
- Asymetryczne napięcie mięśni
- Niezborność ruchowa
- Deformacje stawów
- Ograniczone ruchy
- Porażenie mięśniowe

MPD

Rehabilitacja



- Rehabilitacja neurologiczna
- Rehabilitacja sensomotoryczna

Cel: ograniczenie patologii motoryki

Zasada: współdziałanie zespołu rehabilitacyjnego

MPD



Rehabilitacja

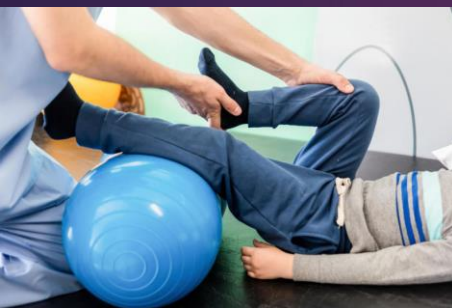
Zasada rozwojowa – usprawniamy dziecko zgodnie z fizjologiczną sekwencją rozwoju + stymulowanie

Zasada odruchowa – wyzwalamie czynności i uczenie przez doświadczenie

Współpraca rodziców – wczesność i ciągłość usprawniania; całodobowa opieka; właściwa postawa – unikanie nadopiekuńczości

MPD

Rehabilitacja – metoda NDT Bobath



- ❑ normalizacja wielkości i rozkładu napięcia mięśniowego
- ❑ wyzwolenie wzorców postawy i ruchu spod wpływu nieprawidłowych odruchów postawy (hamowanie)
- ❑ ułatwianie (torowanie) wzorców opartych na prawidłowych reakcjach nastawczych i równoważnych.
- ❑ **cel:** maksymalna niezależność

Punktem wyjścia terapii jest cena stanu dziecka, przeprowadzana według specjalnego schematu.

MPD

PERSPEKTYWA
PEDAGOGICZNA

POLECAM

J. Nowotny, K. Czupryna, M. Domagalska

Aktualne podejście do rehabilitacji dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym

Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach,
Katedra i Zakład Fizjoterapii

https://neurologia-dziecieca.pl/neurologia_35-53-60.pdf



Dziękuję za
uwagę