

Dragan Kinkela
Miljenko Matijin-Ombla

UTJECAJ I ZNAČENJE REDOVITOG VJEŽBANJA DJECE S CEREBRALNOM PARALIZOM

1. UVOD

„Na UNESCO-voj Svjetskoj konferenciji o posebnim obrazovnim potrebama održanoj 1994. godine u španjolskom gradu Salamanci usvojena je Izjava i Okvir za akciju u kojima se promiče pravo svakog djeteta da, bez obzira na njegovo fizičko, intelektualno, emocionalno, socijalno, jezično i drugo stanje, bude uključeno u obrazovni sustav, odnosno u redovne škole i razrede. Obrazovni koncept koji proističe i koji se razvija iz ovakvog jednog općeg stava o potrebi uključivanja sve djece u redovne škole poznat je kao inkluzivno obrazovanje“ (Salamanca, 1994). Inkluzija proizlazi iz nekoliko međunarodnih dokumenata (UN Konvencija o pravima djeteta – 1989/90. godine, Deklaracija Obrazovanja za sve podržana od UNESCO – OECD 1990. godine, spomenuta Svjetska UNESCO-va Konferencija u Salamanci, Svjetsko edukacijski forum, Dakar 2000. godine) koje su postupno regulirale i poticale razumijevanje okoline pa danas, pored stepenica i nogostupa, normalno susrećemo rampe koje omogućuju osobama s invaliditetom u kolicima nesmetano kretanje na poslu, u školama, robnim kućama... Naravno, još mnogo toga treba učiniti.

Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji, invalidnost može uzrokovati probleme u vezi pokretljivosti, komunikacije, usvajanja znanja i učenja, brige o sebi, socijalizaciji itd. Invalidnost zahtijeva stručnu medicinsku skrb. Akcije za veću pomoć osobama s invaliditetom započete su šezdesetih godina u SAD-u koje su se potom počele provoditi širom svijeta. U mnogim državama danas postoje udruge koje pomažu osobama s invaliditetom na način da im se olakša življenje i što prije uključi u društvo. Nastoji se uvesti pomagala za kvalitetniji i lakši život. Najpoznatije pomagalo su invalidska kolica (postoje od 17. stoljeća), a danas posebno prilagođeni automobili, telefoni, računala i ostali predmeti u svakodnevnoj upotrebi.

2. ORGANIZACIJA POSEBNE SKRBI DJECE S CEREBRALNOM PARALIZOM U GRADU RIJECI

Na području grada Rijeke postoji organizirana skrb za djecu s posebnim potrebama u sustavu zdravstva te odgoja i obrazovanja pa tako i s cerebralnom paralizom. Cijeli projekt je na inicijativu roditelja pokrenut u školskoj godini 1989/90.

u osnovnoj školi „Gornja Vežica“ u kojoj je bilo prostornih mogućnosti za organiziran i sustavan rad.

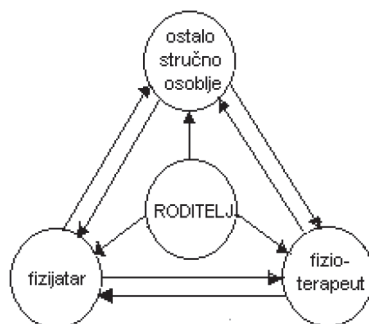
Već u prvom tromjesečju života djeteta započinje se s programiranom medicinskom razvojnom gimnastikom pod nadzorom fizijatra. Tretman provode fizioterapeuti, a jedan od primarnih zadataka im je poduka roditelja u program vježbi koji roditelji provode kod kuće višekratno dnevno. Taj prvi korak, segment poduke roditelja, kao najviše zainteresiranog i motiviranog za razvoj svoga djeteta, ima posebnu važnost unutar rehabilitacijskog tima. Osposobljavanje roditelja obuhvaća osim načina hranjenja, kupanja, nošenja, oblačenja, dakle primjerene njege, i segment provođenja vježbi jačanja i usavršavanja potrebitih osnovnih motoričkih gibanja (Agatić, 2008).

Kod značajnijih odstupanja u psihomotornom razvoju, tretman se intenzivira i provodi ambulantno na Odjelu za fizikalnu medicinu i rehabilitaciju bolnice Kantrida, KBC Rijeke. Prema potrebi dijete se upućuje na dodatni medicinski tretman (neuropedijatru, ortopedu, okulistu, audiologu, psihologu, defektologu, logopedu...).

Sustavu odgoja i obrazovanja u koji su uključena djeca s cerebralnom paralizom u Rijeci organizacijski je uznapredovao i djeluje prošireno, odnosno, vertikalno – povezano od Dječjeg vrtića Rijeka (PPO „Krnjevo“) kroz osnovne škole „Gornja Vežica“ i „Kantrida“ te na razini srednje škole kroz „Centar za odgoj i obrazovanje“ i „Ekonomске škole“ u Rijeci (shema 1).



Shema br. 1 (sustav vertikalne povezanosti)



Shema br. 2 (interakcija = uspjeh)

Roditelji su u stalnom kontaktu s fizijatrom i fizioterapeutom te drugim potrebitim stručnim osobama od kojih dobivaju potrebne upute te se educiraju o programu vježbi koje dodatno provode kod kuće. Na ovakav način uspostavljena je stalna suradnja fizijatar – fizioterapeut – roditelj (shema 2) i ostalog stručnog osoblja, što će u psihomotoričkom razvoju djeteta u konačnici dovesti do postizanja optimalnih rezultata.

3. ORGANIZACIJSKI SUSTAV OSNOVNE ŠKOLE „GORNJA VEŽICA“

U Osnovnoj školi „G. Vežica“ u Rijeci od ožujka 1990. godine organiziran je edukacijsko rehabilitacijski rad s djecom s cerebralnom paralizom i drugim motoričkim oštećenjima. Osnovni cilj ovakvog oblika rada je omogućiti učeniku u razvoju s cerebralnom paralizom što kvalitetnije obrazovanje i rehabilitaciju u uvjetima redovne osnovne škole. U školu se uključuju djeca s motoričkim oštećenjima koja su prema psihofizičkim sposobnostima u mogućnosti pratiti redovni ili prilagođeni nastavni program uz dodatnu stručnu pomoć.

Sva su djeca, prije ili poslije nastave, uključena u Odjel produženog stručnog postupka gdje s njima radi tim stručnjaka koji se sastoji od defektologa, logopeda, psihologa, spec. fizijatra kao vanjskog suradnika, tri viša fizioterapeuta i medicinske sestre. Fizioterapeuti su tjedno u kontaktu s liječnikom fizijatrom. Djeca su kontinuirano uključena u kineziterapijski program, a većina se djece prati još od predškolske dobi

U školskoj godini 20013/14. u rad je uključeno 15-ero djece (9 učenica i 6 učenika) od prvog do osmog razreda s višestrukim oštećenjima koji imaju fizičke i motoričke poteškoće, a od toga dvoje (učenica i učenik) s dijagnozom „dystrophia musculorum progressiva“*.

Vježbanje se provodi u dvorani koja je opremljena različitim rekvizitima. Tu se nalaze dva terapijska stola, strunjače, švicarske lopte različitih veličina, ostale razne lopte, švedske ljestve, razboj, sobna bicikla, utezi, balans platforme, štapovi, koluti, klupe, stolac s naslonom kao ljestve, švedski sanduk, trake, valjci... Na raspolaganju su također specijalna pomagala pa se služe hodalicama, kolicima, štakama i udlagama, prilagođenim biciklima, stajalicama. Za transfer iz kolica na terapijski stol koriste se elektronske dizalice (opterećenje do 120 kg), a da bi se omogućilo sudjelovanje u kabinetskoj nastavi i odlaženje na kat ugrađeno je dizalo (Matijin-Ombla, M. 2014).

Djeca su neizostavno uključena u redovnu nastavu tjelesne i zdravstvene kulture gdje su nastavnik razredne nastave i kineziolog u višim razredima neposredni operatori njihovog individualnog programa te ujedno dio stručnog tima u izradi individualnog prilagođenog programa terapijskih vježbi. Glede mobilnosti djece–učenika u pratnji su asistenta u nastavi ili u pratnji fizioterapeuta. U sklopu izvannastavnih aktivnosti djeca su uključena u sport kroz boćanje, plivanje i jahanje.

Kineziterapiju provode tri viša fizioterapeuta, a opseg obveza je popriličan. Dnevno su na vježbama skupine do troje učenika, a trajanje tretmana je 35 do 45 minuta. Svaki učenik vježba tri puta tjedno po individualnom programu. Unutar škole fizioterapeuti, osim programa kineziterapije, obavljaju i poslove pomoći kod pranja ruku, pomoći pri hranjenju, pomoći kod obavljanja higijenskih potreba, pomoći kod

obavljanja fizioloških potreba, održavanje i popravak invalidskih pomagala, vođenje djece dizalom na kat i vraćanje, pomoć medicinskoj sestri, pomoć drugim stručnim suradnicima (defektologu, logopedu, učiteljicama, kineziologu). Od fizioterapeuta se očekuje holistički pristup u radu s ovom djecom te je njihov obim rada proširen i na ostala područja, a sve u cilju boljeg odgojno-obrazovnog programa djece s cerebralnom paralizom i drugim motoričkim ograničenjima.

Manifestacija motoričkog napretka

Program rada nužno zahtijeva praćenje, provjeravanje i analizu stanja postignuća kod motoričkih funkcija što nam omogućuje kontrolu i korekciju samog programa rada. Na temelju dijagnoze provode se individualne kineziterapijske vježbe za razvoj ravnoteže, položaja, kretanja i pokreta koji se modificiraju napredovanjem motoričkog razvoja. Provjera motoričkih funkcija provodi se testom GMFM-88 (Gross Motor Function Measure), a sastoji se od procjene motoričkih funkcija kroz 88 zadataka u 5 položaja. Svaki položaj (ležanje i okretanje, sjedenje, puzanje i klečanje, stajanje i hodanje, trčanje i skakanje) ocjenjuje se od 0 do 3 pa tako upit za posljednji 88. test provjere je ovako formuliran:

88) Stojeći položaj na stepenici visokoj 15 cm: skače sa stepenice objema nogama istovremeno

0. ne započinje skakanje s obje noge istovremeno
1. skače sa stepenice s obje noge istovremeno, ali pada
2. skače sa stepenice s obje noge istovremeno, ali koristi šake na podu kako bi izbjegao pad
3. skače sa stepenice s obje noge istovremeno

Početni položaj: dijete mora biti sposobno stajati slobodnim rukama kako bi pokušalo obaviti ovaj zadatak. Postaviti dijete udobno u stojeći položaj slobodnim rukama na stepenici visokoj 15 cm.

Osim toga GMFM je također upotrebljiv, pored opisivanja postojećih stanja motoričkih funkcija, za postavljanje terapijskog cilja i jednostavniju mogućnost objašnjavanja roditeljima napredovanje djeteta uključenog u terapijski postupak.

Iskustva govore da se može kroz godišnji ciklus očekivati sljedeći pozitivan pomak:

- kod jakih oštećenja 1 – 2 % (kod nekih slučajeva - možda)
- kod teških oštećenja 2 – 5 %
- kod lakših više od 10 – 15 %

Moguća su i pogoršanja stanja koja je teško definirati, ali neizostavno se motorički jača, povećava pokretljivost, poboljšava aerobne kapacitete i konačno je bolje samozbrinjavanje zbog navedenih čimbenika (Matijin-Ombla 2014).

4. UMJESTO ZAKLJUČKA

Upečatljivo je i značajno mjesto roditelja kao osobe s najvećim motivom za brigu i napredak svoga djeteta. Razne civilne udruge pa tako i riječka „Udruga za cerebralnu i dječju paralizu“ mjesto je razumijevanja, sažimanja problema, interesa, ideja i pokretač mnogih projekata koji su maksimalno približili Deklaraciju o pravima invalida. Neke osobe s invaliditetom redovito su uključene u sport pa tako najuspješniji među njima sudjeluju na Paraolimpijskim igrama, Svjetskim prvenstvima i ponosno promoviraju svoju državu.

5. LITERATURA

1. Skok, D. (1990). *Ljudska prava – osnovni međunarodni dokument*. Školske novine. Zagreb.
2. Resare, E., Ryder, A. Gross Motor Function Measure, Orebro, Švedska – GMFM *Mjerenje grubih motoričkih funkcija*, prevela: Bošnjak-Maješki, V. (2003). Akademija za razvojnu rehabilitaciju, Zagreb
3. Agatić. I. (2008). *Zastupljenost cerebralne paralize u školske djece i pregled njihovih motoričkih sposobnosti*, Diplomski rad, Sveučilište u rijeci, Medicinski fakultet u Rijeci – Stručni studij fizioterapija, Rijeka.
4. Matijin Ombla, Miljenko – fizioterapeut, prema inicijalnom stanju za šk. god. 2013/14.
5. *The Salamanca Statement and Framework for action on special needs education*, World Conference on special needs education access and quality, Salamanca, Spain, 1994.