

DUŠEVNA MANJRAZVITOST IN VLOGA MEDICINSKE SESTRE V PROCESU ZDRAVSTVENE NEGE

Mojca Breclj-Kobe, Zdenka Hitejc

UDK/UDC 616.89-008.454-053.2-083

MENTAL RETARDATION AND THE ROLE OF THE NURSE IN THE PROCESS OF NURSING

DESKRIPTORJI: *duševna manjrazvitost; nega bolnika*

DESCRIPTORS: *mental retardation; nursing care*

IZVLEČEK – Prvi del teksta vsebuje opredelitev sindroma umske manjrazvitosti z etiološkega in kliničnega vidika. V opisu stopenj manjrazvitosti po mednarodni klasifikaciji (DSM III) so omenjeni le najpogostejši sindromi. Sledi nekaj besed o diagnostiki ter oceni vedenja in ugotavljanju morebitnih drugotnih duševnih motenj. V drugem delu teksta je opis zdravstvene nege duševno manjrazvitih oseb s poudarkom na zdravstveni negi najpogostejših stanj, kot sta epilepsija in centralna motorična prizadetost. Opisane so predvsem osnovne smernice in značilnosti dela v Zavodu za varstvo in delovno usposabljanje otrok in mladostnikov v Dragi pri Igu.

ABSTRACT – The first part of the article contains the definition of the syndrome of mental retardation from the etiological and clinical point. In the description of the stages of mental retardation according to the international classification (DSM III) only the most common syndromes are mentioned, followed by the description of the diagnostic process and the assessment of eventual secondary mental disorders.

The second part of the article contains the description of the process of nursing of mentally retarded individuals; the process of nursing of most common states, like epilepsy and central motor syndrome, is described in greater detail. Described are mainly general guidelines characteristic of the work the Institution for Care and Rehabilitation of Children and Adolescents at Draga near Ig.

Uvod

Duševna manjrazvitost je sindrom, ki ga sestavlja niz simptomov, med katerimi je najpomembnejši primanjkljaj intelektualnih sposobnosti, često povezan z zmanjšano sposobnostjo prilagajanja socialnim situacijam.

Etiološko je duševna manjrazvitost odraz nevrološke bolezni oziroma poškodbe možganov, ki je lahko nastala v toku nosečnosti ali obporodnega obdobja, manj pogosto pa v zgodnjem ali poznem otroštvu.

Bolezniški proces je ponavadi statičen. Obstajajo pa tudi progresivne oblike, zaradi česar je nujno zgodnje odkrivanje, ker je nekatere bolezni, na primer fenilketonurijo, hidrocefalus, hipotireoidizem mogoče tudi zdraviti.

Duševna manjrazvitost je odraz difuzne prizadetosti osrednjega živčevja. Epileptični paroksizmi različne vrste, centralna motorična prizadetost, motnje govora in senzorične disfunkcije ter sekundarne psihične motnje so pogosti spremljajoči simptomi.

KLASIFIKACIJA

Razlikujemo pet stopenj duševne manjrazvitosti glede na prizadetost intelektualnih funkcij.

<i>stopnje</i>	<i>inteligencijski količnik</i>
1. lažja duševna manjrazvitost	IQ 50–70
2. srednja duševna manjrazvitost	IQ 35–49
3. težja duševna manjrazvitost	IQ 20–34
4. težka duševna manjrazvitost	IQ pod 20
5. neoznačena stopnja duševne manjrazvitosti	

V prvo kategorijo spada okoli 80% vseh duševno manjrazvitih (debilnost po stari nomenklaturi). Med njimi so telesno zdravi in nimajo kakih težjih telesnih pomanjkljivosti, pa tudi taki, ki imajo poškodbe na senzomotoričnem področju. Razvijejo govor, pridobijo si koristne motorične spretnosti in so večinoma sposobni šolanja po prilagojenem programu, za vselej ostanejo na nivoju 7–10-letnih otrok. Tisto, česar so se naučili, zmorejo uporabljati le pasivno. Kljub skromnim sposobnostim jim uspe vključiti se v socialno in poklicno življenje. Kadar se znajdejo v socialno, ekonomsko ali čustveno izjemnih oziroma stresnih situacijah, ponavadi potrebujejo pomoč.

V drugo kategorijo spada 12% vseh duševno manjrazvitih (po stari nomenklaturi imbecilnih). Gre za delno odvisne osebe. Sposobni so uspešno sodelovati v posebnih programih delovnega usposabljanja. Psihomotorično so moteni, vendar ne na vseh področjih enako. Ponavadi se naučijo za silo govoriti in skrbeti za osebno higieno. Če naletijo na sebi primerne vzgojne spodbude in so sprejeti, se zadovoljivo socializirajo. Lahko se priučijo, kako se je treba varovati pred očitnimi fizičnimi nevarnostmi, in znajo uporabljati prometna sredstva na krajše razdalje po znanih poteh. Poklicno se ne morejo osamosvojiti in lahko delajo le pod nadzorom v zaščitnih delavnicah.

7% vseh duševno manjrazvitih spada v tretjo kategorijo. Ponavadi so psihomotorično zelo prizadeti in so vse življenje odvisni od skrbi in nege drugih ljudi. Govoriti se ponavadi ne naučijo, ali pa je njihova govorica zelo skromna in na preprost način izražajo čustvene reakcije. Lahko se naučijo delno sami prehranjevati in skrbeti za osebno higieno, vendar le pod stalnim nadzorom.

V četrto kategorijo spada 1% vseh duševno manjrazvitih (po stari nomenklaturi gre za popolno idiotijo). Ti ljudje lahko ostanejo vse življenje na ravni novorojenčka in so minimalno senzomotorično razviti. Zaradi pogostih spremljajočih telesnih okvar in bolezenskih zapletov pogosto potrebujejo tudi povsem zdravstveno nego.

V peto kategorijo spadajo samo tisti, ki so očitno duševno manjrazviti, vendar ravni njihovega duševnega funkcioniranja ni mogoče določiti.

Poseben problem so mejni primeri (IQ 71–84), ki se ob individualni pomoči lahko integrirajo v redni učni program, ali pa zaradi kombinirane motenosti oziroma sekundarnih psihosocialnih motenj potrebujejo prilagojen program. V takih primerih je nujna skrbna timska diagnostična evalvacija.

ETIOLOGIJA

1. Duševna manjrazvitost, ki je posledica **fizične prizadetosti možganov** pred, med ali po rojstvu; sem sodi tudi asfiksija ob porodu.

2. Duševna manjrazvitost, ki je posledica **infekcije** oziroma **zastrupitve**. Med etiološke dejavnike spadajo citomegalija, rdečke, sifilis, toksoplazmoza, toksemija matere, kronične zastrupitve matere, na primer z alkoholom (alkoholna fetopacija), zastrupitve otroka, pred in poporodne infekcije, cepljenje (imunizacijska encefalopatija) in hiperbilirubinemija novorojenčka.

3. Duševna manjrazvitost, ki je posledica **prirojenih motenj metabolizma**. Na primer: fenilketonurija, galaktosemija, glukogenoza, Von Gierkejeva bolezen, cerebralna lipoidoza – infantilni tip, Tay-Sachova bolezen ter lipoidoze infantilnega in juvenilnega tipa.

4. Duševna manjrazvitost, ki je posledica **degenerativne bolezni osrednjega živčevja**, na primer nevrofibromatoza (Von Recklinhausenova bolezen), cerebralna angiomatoza (Sturge-Webrova bolezen), tuberozna skleroza itn.

5. Duševna manjrazvitost, ki je posledica **kromosopatij in drugih sprememb na nosilcih genske informacije**: Downov sindrom s trisomijo 21, s translokacijo prekoštevila kromosoma, z mozaicizmom, trisomija 8, sindrom »cri du chat«, itn. Sem spadajo tudi gonosopatije – Turnerjev sindrom (45 X), Klinefelterjev sindrom (47 XY), sindrom poli X, sindrom XYY.

6. Duševna manjrazvitost zaradi **malformacij možganov**, ki so posledica neznanih vzrokov pred rojstvom, na primer anencefalija, porencefalija ter druge prirojene anomalije možganov.

7. Duševna manjrazvitost zaradi **prematurnosti**, ki jo spremljajo številni zapleti.

8. Duševna manjrazvitost, ki je posledica **duševnih motenj** v ožjem pomenu, na primer psihoze v otroštvu.

9. Duševna manjrazvitost, ki je posledica **psihosocialne prikrajšanosti**.

DIAGNOSTIKA

Diagnostični proces je praviloma timski in vključuje:

- natančno anamnezo,
- klinični pregled, v katerega sodi tudi posebno pozoren nevrološki pregled, pregled vida in sluha,
- biokemične preiskave in EEG,
- natančen psihološki pregled z oceno spoznavnih funkcij,
- ocena motoričnega, govornega, čustvenega in socialnega razvoja,
- ortopedski pregled, kadar je potreben,
- ocena otrokovega psihosocialnega okolja.

Ocena vedenja oziroma ugotavljanje in preprečevanje drugotnih duševnih motenj

V klinično psihiatrično obravnavo duševno manjrazvitega spada tudi ocena njegovega vedenja oziroma ugotavljanje hkratnih duševnih motenj. Taka dvojna

prizadetost namreč pogosto preprečuje vključitev v življenje. Trditev, češ da imajo vedenjske motnje duševno manjrazvitih isto etiološko osnovo kot sama retardacija, že dolgo ne drži več.

Duševnih motenj oziroma obolenj je med duševno manjrazvitimi od 40 do 50%, kar je precej več kot med duševno normalno razvitimi (7–10%). Vemo, da so bolniki z Downovim sindromom bolj nagnjeni k depresijam, tisti s fenilketonurijo k avtoagresivnim in hiperkinetičnim reakcijam, fragilni kromosom X pa v zadnjem času povezujejo z avtizmom. Pri duševnih motnjah duševno manjrazvitih se moramo predvsem zavedati, da je lahko vedenje takšnega človeka, ki se zdi za njegovo kronološko starost abnormalno, povsem v skladu z njegovo mentalno starostjo.

Vedeti moramo tudi, da je tudi duševno manjrazvit človek lahko recimo srečen ali žalosten, jezen ali plašen kot kdorkoli drug. Od interakcije med njim in njegovim okoljem pa je odvisno, ali se bo veselje spremenilo v klovnovstvo, žalost v depresijo ter plahost v strah in anksioznost. Duševno manjrazviti imajo torej lahko čustvene in vedenjske motnje, so nevrotični ali pa psihotični.

Če naj se torej duševno manjrazviti vede tako, kot mu dovoljujejo njegove kognitivne funkcije, ga moramo sprejeti takšnega, kakršen je. Pri preprečevanju drugotnih duševnih motenj je pomembno, da duševno manjrazvitega človeka niti ne zanemarjamo niti od njega ne zahtevamo več kot zmore, poleg tega pa mu moramo omogočiti, da lahko po svojih sposobnostih vpliva na svoje življenje.

ZDRAVSTVENA NEGA DUŠEVNO MANJRAZVITIH

Uvod

Po Tredgoldu (3) je pri delu z duševno manjrazvitimi pomembno predvsem naslednje:

- duševno manjrazvitost moramo odkriti čimprej;
- biokemične in endokrine motnje, ki povzročajo duševno manjrazvitost, je treba odkriti in zdraviti;
- motnje vida, govora in sluha je treba korigirati;
- odkriti moramo morebitne spremljajoče motnje (motnje motorike, epilepsije) in jih zdraviti;
- otrok naj bo deležen nenehne tople in ljubeče skrbi;
- otrok naj živi v spodbudnem okolju;
- otrok naj ima med odraščanjem možnost socialnih kontaktov, igre, rekreacije z drugimi otroki;
- šolanje ali usposabljanje naj bosta v skladu z otrokovimi duševnimi in telesnimi sposobnostmi;
- v obdobju adolescence moramo poskrbeti za nadaljevanje usposabljanja ter morebitno vključitev v delovni proces.

Značilnosti zdravstvenega varstva v Centru »Dolfke Boštjančič« opredeljuje naslednje:

- vsem otrokom je skupna duševna manjrazvitost različnih stopenj,
- vse motnje so etiopatogenetsko in psihometrično opredeljene,

- na njihove motnje vseskozi vpliva dinamika duševnega in telesnega razvoja in vplivi okolja nanj,
- motnja lahko zajema področja telesnega, duševnega in psihosocialnega razvoja.

Vloga medicinske sestre v timu

Dela zdravstvenih delavcev v zavodu ne moremo obravnavati ločeno od dela pedagoških, socialnih delavcev in psihologov. Edina alternativa za uspešno rehabilitacijo in srečno življenje otrok v zavodu je oblika timskega dela, kjer se z otrokom v enaki meri ukvarjajo strokovnjaki z znanjem medicine, pedagogike, psihologije itn. Individualni načrt rehabilitacije se oblikuje v strokovnem timu v sodelovanju vseh članov.

Za uspešno sodelovanje v timu in izvajanje procesa zdravstvene nege za duševno manjrazvite, telesno invalidne in kombinirano motene otroke, mora imeti medicinska sestra naslednje znanje:

- dobro strokovno in praktično usposobljenost osnovnih medicinskih znanj in spretnosti,
- obvezno dodatno usposabljanje iz specialne pedagogike in nevrofizioterapije.

ZNAČILNOSTI ZDRAVSTVENE NEGE DUŠEVNO MANJRAZVITIH

Zdravstveno varstvo v zavodu za duševno manjrazvite otroke vsebuje naslednje elemente:

1. Osnovna preventivna dejavnost:
 - preprečevanje akutnih nalezljivih bolezni,
 - preprečevanje kroničnih obolenj (kroničnih stanj, hipostatskih pneumonij).
2. Specifična preventivna dejavnost:
 - odpravljanje rizičnih dejavnikov, ki lahko povzročijo dodatne motnje ali poslabšajo osnovno bolezen,
 - svetovalno delo s starši.
3. Osnovna kurativna dejavnost:
 - zdravljenje akutnih individualnih obolenj,
 - zdravljenje akutnih nalezljivih bolezni,
 - zdravljenje kroničnih obolenj.
4. Specifična kurativna dejavnost:
 - zdravljenje kroničnih stanj (kontrakture mišic, deformacije sklepov . . .),
 - dolgoročno zdravljenje (zdravila proti epilepsiji, zdravila za zdravljenje duševnih motenj . . .),
 - ukrepi ob epileptičnih napadih.

Proces zdravstvene nege je intenzivnejši pri kombinirano motenih otrocih, ki so poleg osnovne motnje lahko tudi gibalno prizadeti, imajo epilepsijo, vedenjske motnje (so tudi agresivni do sebe in do drugih) ter psihiatrične zaplete.

Proces zdravstvene nege obsega naslednje naloge:

1. Organizacija in izpeljava dnevnega zdravstvenega programa za specifične skupine otrok:

- z akutnimi boleznimi,
- s kroničnimi boleznimi,
- intenzivna nega težko duševno manjrazvitih in telesno invalidnih,
- nega otrok s cerebralno paralizo,
- sodelovanje v programu usposabljanja zmerno in težje duševno manjrazvitih otrok.

2. Sodelovanje v strokovnem timu:

- poročanje o problemih in uspehih pri zdravstveni negi,
- upoštevanje odločitev tima pri delu s posamezniki in skupinami.

3. Sodelovanje s starši:

Takšno delo meji na področje duševnega zdravlja. Družina z duševno manjrazvitim otrokom doživlja namreč hude psihosocialne in čustvene stiske. Cilj te oblike dela je:

- ohraniti čim tesnejše stike med družino in duševno manjrazvitim otrokom v zavodu,
- spodbujati psihosocialno zdravje vseh članov družine v njenem primarnem okolju (preprečevati nepravilne odnose med posameznimi člani družine, izolacijo družine . . .),
- ozaveščati okolje družine, da se ohrani ali na novo vzpostavi zadovoljliva integracija družine v okolju.

To delo je v okviru zdravstvenega dela pogosto zapostavljeno, čeprav vemo, da lahko duševno manjrazvit otrok le v optimalnem okolju popolnoma razvije sposobnosti, ki jih ima, in srečno živi.

PROGRAM USPOSABLJANJA ZMerno IN TEŽJE DUŠEVNO MANJRAZVITIH OTROK

Zdravstvena nega duševno manjrazvitih otrok je sicer usmerjena k zadovoljevanju osnovnih zdravstvenih potreb vsakega otroka ne glede na stopnjo duševne manjrazvitosti, vendar pa se dodatno delo zdravstvenih delavcev loči glede na stopnjo duševne manjrazvitosti. Zmerno duševno manjrazviti in delno težje duševno manjrazviti imajo toliko ohranjene sposobnosti, da lahko osvajajo nova znanja, ki jih pozneje uporabljajo v življenju. Zato je v procesu zdravstvene nege naša pozornost usmerjena tudi na ta področja razvoja. Pri težki duševni manjrazvitosti pa otrok teh sposobnosti nima, zato je delo zdravstvenih delavcev usmerjeno predvsem k osnovni zdravstveni negi.

Upoštevati pa moramo nujno tudi morebitne spremljajoče bolezni, osebne značilnosti otroka in njegovo trenutno splošno zdravstveno stanje.

Hranjenje Raven hranjenja (samostojno uživanje hrane), kakršno povprečen otrok doseže med 6. in 7. letom starosti, obvlada večina zmerno in težje duševno manjrazvitih tri do pet let pozneje. Pri hranjenju je razmeroma preprosta le motivacija, ker gre za enega od osnovnih bioloških motivov (lakota in žeja). Vse drugo je niz zahtevnih aktivnosti, povezanih z razvojem motorike, z natančnim prostorskim zaznavanjem, s čustveno urejenostjo, pozornostjo in ohranjanjem pozornosti.

Posebna navodila

- otroka nikoli ne utrujamo z zahtevami,
- koristnejši sta spodbuda in pohvala, ne prepoved in karanje,
- otroka pri jedi ne smemo prepogosto prekinjati,
- obrok mora potekati organizirano,
- otrok naj začne zgodaj pospravljati za seboj in sam servirati obrok,
- preden začne otrok jesti, obvezno preverimo temperaturo jedi, saj lahko ena sama slaba izkušnja za več mesecev zavre razvoj učenja,
- izogibati se moramo vsiljevanju hrane,
- nikoli ne naredimo ničesar, kar otrok zmore sam,
- zahteve s področja osebne higijene, ki sodijo k hranjenju, dosledno izvajamo.

Pridobivanje higienskih navad Osnova pri pridobivanju teh navad in spretnosti (navajanje na kontrolo močenja in blatenja, umivanje in nega telesa) je občutek ugodja, ki ga ima vsak otrok, kadar je čist in suh, in neugodja, ki ga v nasprotnem primeru čuti. Vsak postopek vseskozi spremljamo s pogovorom, spodbudami, vsak napredek pa s pohvalo. Ena sama slaba otrokova izkušnja, recimo ledeno mrzla voda, prevroča voda, milo v očeh, lahko za daljše obdobje zavre učenje.

Navajanje na kontrolo močenja in blatenja:

- takojšnja nega po opravljeni potrebi,
- stalen nadzor in upoštevanje »njegovega časa«,
- navajanje na nočno posodo,
- navajanje na uporabo stranišča,
- samostojnost pri opravljanju fizioloških potreb.

Oblačenje, obuvanje in skrb za obleko in obutev Za učenje oblačenja in obuvanja mora imeti otrok vedno dovolj časa. Ne smemo ga priganjati, posebno ne na stopnji, ko se loti katere od aktivnosti docela samostojno. Prav tako je nesmiselno tekmovalno vzdušje, ker ustvari napetost, zaradi katere zbrano večine otrok popusti in se učinkovitost občutno zmanjša. Tekmovalno vzdušje pa posebno prizadene občutljive otroke.

Osnovni vrstni red oblačenja in obuvanja je naslednji:

- otrok sodeluje pri sezuvanju in slačenju,
- sam se sezuje brez odvezovanja,
- sam slači enostavne dele obleke,
- sodeluje pri obuvanju,
- sodeluje pri oblačenju enostavnih delov obleke,
- sam se sezuje,
- sam odpne in sleče vso obleko,
- obuje se brez zavezovanja,
- pravilno obrne oblačila,
- sam obleče tudi zahtevnejše kose oblačil,
- zapne tudi gumbe, sponke in zadrge,
- zaveže čevlje.

Prva pomoč in zaščita Na skrb za lastno varnost navajamo otroka ves čas. Ta aktivnost velja pri usposabljanju zmerno in težje duševno manjrazvitih za najodgovornejšo. Otroka učimo spoznavati osnovne nevarnosti:

- spoznavanje pojma »vroče«,
- spoznavanje pojma »padec«,
- spoznavanje nevarnosti pri posameznih orodjih,
- spoznavanje nevarnosti pri električni napeljavi.

Oblike prve pomoči in ukrepe lahko učimo le ob igri in v umetno ustvarjenih situacijah, cilj tega učenja pa je predvsem v tem, da otrok ob nezgodi pravilno ukrepa, se pravi, da pokliče na pomoč najbližjo odraslo osebo.

Razvijanje socialnih odnosov Osnova vsega usposabljanja sta razvijanje in oblikovanje socialnih odnosov. Te aktivnosti so smotrna sestavina vsakega področja in vseh aktivnosti vzgoje in učenja:

- vedenje v skupini,
- primerno vedenje pri mizi,
- enostavna pravila lepega vedenja,
- razvijanje in oblikovanje odnosov med spoloma.

Razvijanje primernih čustvenih odzivov Otroci, ki pridejo v zavod od doma, se čustveno pogostoma ne odzivajo primerno, ker so do tedaj odraščali v razmerah, neugodnih za sproščeno čustveno reakcijo. Starši so do takega otroka pogosto preveč zaščitniški in popustljivi, kar pri otroku privede do izbruhov jezavosti in agresije, ker ni pravočasno soočen z omejitvami. Drugi starši pa so do takega otroka morda preveč zahtevni in v svoji ihti usmerjeni k treningu, ne dopustijo otroku normalnih čustvenih reakcij. V takem primeru moramo pomagati otroku, da se nauči na pravilen način povezovati dogodek in čustveni odziv.

OBRAVNAVA TEŽKO DUŠEVNO MANJRAZVITIH OTROK S CEREBRALNO PARALIZO

Nega cerebralno prizadetih in težko duševno prizadetih gojencev je sestavni del rehabilitacije. Upoštevati mora vsa medicinska strokovna pravila in obenem vse specifičnosti psihomotorike spastika. Nega večine kroničnih obolenj se loči od nege spastika ravno po tem, da ostala stanja ne vsebujejo elementov rehabilitacije v taki meri.

Poleg medicinskih elementov vsebuje elemente nevrofizioterapije in ker gre za otroka v razvoju tudi elemente pedagogike, vzgoje in usposabljanja ter razvojnih sprememb.

Cerebralno prizadet nepokreten otrok ima naslednje značilnosti:

- slabo razvito kontrolo gibov glave in telesa,
- motnje ravnotežja v sedečem položaju,
- motnje v koordinaciji gibov,
- zvišan tonus mišičja,
- kontrakture, deformacije sklepov,
- motnje percepcije.

Pri vsakem delu s cerebralno prizadetim otrokom mora medicinska sestra obvladati naslednje elemente nevrofizioterapije: adekvatno kontrolo glave, hrbtenice, medenice.

To je ključnega pomena za strokovno obravnavo otroka. Če medicinska sestra tega ne upošteva, potem se lahko še poveča spastičnost in število patoloških nehotenih gibov, vsako delo medicinske sestre pa je s tem otežkočeno. Z nepravilnim ravnanjem se utrdi patološki vzorec giba otroka in njegov nadaljnji motorični razvoj je vprašljiv.

Osnovna navodila in položaj za hranjenje cerebralno prizadetega otroka

- Otroka ne smemo hraniti v ležečem položaju.
- Če prevladuje pri otroku asimetrični refleks, ga skušamo s pravilnim položajem preprečiti.
- Manjši otrok lahko sedi v naročju s skrčenimi nogami, naslonjen na vzglavnik. Otrok je obrnjen proti medicinski sestri, ki ima možnost, da kontrolira vse njegove specifičnosti (držo glave, hrbtenice).
- Večji otrok lahko sedi v naročju tako, da ima razširjene noge, oporo ima na vzglavniku, ki je naslonjen na steno.
- Pri hranjenju otrok v položaju Hamack moramo paziti, da otroka ne nagnemo preveč nazaj, da mu glava ne visi!
- Večje otroke pa lahko hranimo v posebnem stolčku ali invalidskem vozičku, ki je prirejen vsem njegovim sposobnostim (stolčki OR 21, OR 22, vozički HASI).

Pri hranjenju je potrebna gibljivost jezika in mišic ustne votline, ki jo lahko spodbujamo tako, da otroku namažemo zgornjo ustnico z medom ali masiramo dlesni.

Proces hranjenja

- Otroka namestimo v ustrezen položaj.
- Žlico nesemo otroku v usta tako, da jo lahko spremlja, kar ga spodbudi, da odpre usta.
- Na žlico ne smemo naložiti preveč hrane.
- Otroku damo žlico v usta na jezik tako, da z gornjo ustnico vzame hrano z žlice in da kasneje povleče spodnjo ustnico, ko žlico vzame iz ust. Tako hrana ostane v ustih.
- Tistim otrokom, ki pri hranjenju jezik molijo iz ust, damo hrano v usta od strani.
- Ves ritem hranjenja moramo prilagoditi otroku!

Vse elemente (tudi kopanje, previjanje . . .) moramo izvajati individualno glede na specifičnost cerebralne prizadetosti pri otroku. S pravilnim pristopom pa morajo biti seznanjeni in ga izvajati vsi delavci, ki delajo z otrokom. Kontinuirano in strokovno vodene vsakodnevne aktivnosti lahko postanejo osnova dobre rehabilitacije.

Opazovanje težje in težko duševno prizadetih otrok mora biti intenzivnejše kot pri drugih otrocih, ki lahko povedo in razložijo svoje simptome. Medicinska sestra mora vedeti, kakšen pomen ima prisotnost, kvaliteta, intenzivnost ali odsotnost nekega simptoma pri duševno prizadetem otroku. Temeljito opazovanje medicinske sestre je pomembno za ugotavljanje potreb otroka in usmerja delo ali način dela posameznih profilov delavcev, ki delajo z otrokom.

OBRAVNAVA OTROK Z EPILEPSIJO

V zavodu imamo večjo skupino otrok z epilepsijo.

Epileptik potrebuje ob napadu še posebno skrbno nego in nadzor. Ležečega otroka zavarujemo, da se med napadom ne poškoduje. Pod glavo mu položimo mehak vzglavnik, odpnemo mu ovratnik in pas, da mu olajšamo krvni pretok in dihanje. Pripravljen zavitek mu v začetku napada vtaknemo med zobe, da se ne ugrizne v jezik. Če sumimo na mehanično zaporo dihalnih poti (napad med obedom), odstranimo zalogaj iz ust. Pri nepokretnih otrocih je večja možnost zadušitve, zato je potrebno imeti pripravljen aparat s kisikom. Pokretni otroci pa imajo več možnosti za poškodbe med napadom, zato je potrebno dobro poznavanje vedenja med napadom.

Druge posebnosti medicinske obravnave epileptikov

- terapijo morajo prejemati redno,
- redna registracija in evidenca napadov: čas, trajanje, opis,
- kontrola telesne teže,
- redna kontrola pri specialistu nevrologu,
- občasne kontrole krvnih preiskav (po naročilu nevrologa),
- občasne kontrole EEG,
- posebna obravnava vseh vročinskih obolenj,
- izogibanje sprožilnih faktorjev za epileptični napad (močnejša svetloba, gledanje televizije, ropot).

INTENZIVNA NEGA TEŽKO DUŠEVNO PRIZADETIH NEPOKRETNIH OTROK V ZAVODU

Celotno nego pri teh otrocih izvajajo medicinske sestre po navodilih nevrofizioterapevta in pediatra. Nega otrok mora biti intenzivna zaradi naslednjih specifičnosti:

Otroci sami **ne morejo spreminjati položaja telesa**, zato lahko dobijo preležanine. Z umivanjem in kopanjem kožo krepimo in jo utrjujemo. Z vodo in mehničnimi dražljaji pa pospešimo krvni obtok in s tem tudi boljšo presnovo v koži in podkožnem tkivu, kar je zlasti pomembno za preprečevanje preležanin. Po navodilih nevrofizioterapevta pa morajo medicinske sestre nenehno spreminjati otrokov položaj. To delo je skrbno opravljeno, kar dokazuje dejstvo, da doslej še nismo imeli primera preležanin.

Otroci **imajo oslabljen ali ugasel požiralni refleks**, zato jih (občasno) hranimo po sondi. Njihov naravni mehanizem čiščenja ustne votline je moten, ker hrane ne žvečijo, dihajo skozi usta, izločajo preveč slin, imajo zadebljene dlesni, okvarjeno zobovje, zato potrebujejo intenzivno nego ust.

Otroci so **občutljivejši in dojemljivejši za različne okužbe**, še zlasti okužbe dihal. Celoten proces nege mora vsebovati vse ukrepe za preventivo zapletov na dihalih ter vzdrževati uspešno dihanje:

- poostreno opazovanje dihanja,

- skrb za ugodno klimo (temperaturo in vlago zraka),
- spreminjanje lege in nameščanje v položaje, ki olajšujejo dihanje (nevrofizioterapija),
- inhalacije,
- drenažni položaji,
- mehanično čiščenje dihalnih poti,
- nega nosu.

Pri teh otrocih praviloma **nastopi kronično zaprtje** zaradi imobilnosti mišičja trebušne stene, pomanjkljivega zvečanja hrane, živčnomišičnih obolenj in spremembne kemične sestave prebavnih sokov od ustne votline naprej.

Nega temelji na:

- opazovanju in beleženju kvalitete in kvantitete blata in urina,
- vzdrževanju čistoče kože zadnjika in spolovil,
- masaži in aktivaciji mišic trebušne stene,
- ukrepih pri večdnevem zaprtju (odvajala).

Oris nege tako heterogene skupine stanj, starosti in kombinacij motenj ne more zajeti vsega dela. Vedno je bilo in se bo treba tega dela lotevati z veliko mero znanja, človeškosti in potrpežljivosti.

Nekateri elementi zdravstvene nege, opisani v tem sestavku, segajo prek okvira klasične somatske obravnave. Potrebe dela z umsko manjrazvitim otrokom, bodisi v zavodu bodisi na bolniškem oddelku, zahtevajo namreč tudi dobršno mero znanja in sposobnosti pri razumevanju potreb takega otroka in zadovoljevanju njegovih hotenj. Vemo namreč, da večina tudi težko dzšvno manjrazvitih otrok »razmišlja« in čuti ter potrebuje občutja varnosti, ugodja in ljubezni. Če smo dovolj pozorni, lahko razumemo njihova hotenja, ki so pogosto le nakazana na neverbalni ravni.

LITERATURA

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Third Revision. Washington: 1980.
2. Kaplan HI, Sadock BJ (eds). Comprehensive textbook of psychiatry. Fourth Edition. Baltimore, London: Williams and Wilkins, 1985.
3. Tredgold R, Goddy K. Tredgold's mental retardation. London: Bailliere, Tindall and Cassell, 1970.
4. Hrastar F. Mentalna subnormalnost V: Pedopsihiatrija 1. Ljubljana: Katedra za psihiatrijo, Medicinska fakulteta v Ljubljani, 1976: 31–62.
5. Mauricie R. Postupak s cerebralno paraliziranim djetetom kod kuće. Beograd: Savez društava defektologa Jugoslavije, 1974.
6. Šemrl M. Program za delovno usposabljanje zmerno duševno prizadetih otrok in mladostnikov. Ljubljana: Zavod SR Slovenije za šolstvo, 1978.