

# ИНДИВИДУАЛЕН ЗДРАВЕН ПЛАН

## ДЦП

### 1. Въведение

Детската церебрална парализа (ДЦП) е непрогресиращо състояние, което се характеризира с изоставане в двигателното развитие и проблеми с координацията. Обемът от движения е ограничен, което е резултат от увреждания в развиващия се мозък. Двигателните нарушения са най-често придружавани от:

- сензорни, перцептивни, поведенчески, говорни смущения;

- умствено изоставане;

- епилепсия;

- вторични мускулно-скелетни дисфункции (Rosenbaum, Paneth, Leviton, Goldstein & Wax, p.6, 2007).

За диагностиката и терапията на ДЦП е необходим мултидисциплинарен подход. В дефиницията, изготвена от международен екип от медицински специалисти, е подчертано колко е комплексна патогенезата на заболяването (Smithers-Sheedy et al., 2014).

Въпреки че етиологията е най-често свързана с хипоксия по време на раждането, според епидемиологичните проучвания най-често причината се крие в пренаталния период. Повишен риск от ДЦП има при преждевременно раждане, вродени малформации, интраутеринни инфекции, ограничен фетален растеж, многоплодна бременност и плацентарни аномалии (MacLennan, Thompson & Gecz, 2015). Мозъчна исхемия може да се получи и вследствие на тератогенни фактори, плацентарна дисфункция, усложнения по време на раждането, асфиксия, сепсис, мозъчна травма, енцефалит и кръвоизливи.

### 2. Патофизиология

ДЦП е най-честото двигателно нарушение при децата. Честотата е от 1.5 до 4 или повече на 1000 живородени деца (Център за контрол и превенция на заболяванията, 2015). Може да е резултат от лезия или исхемия на развиващия се мозък, настъпили в интраутеринния период или в ранния постнатален период. Двигателните нарушения са резултат от невъзможност за потискане на специфични рефлексни в централната нервна система (ЦНС). Увреда на централния двигателен неврон ограничава количеството информация, подадена към десцендентния ретикулоспинален и кортикоспинален път. Резултатът е: обща слабост, загуба на моторния контрол и нарушени волеви движения (Shamsoddini, Amirsalari, Hollisaz, Rahimnia & Khatibi, 2014). Лошият контрол върху движенията значително затруднява живота на децата (Smith & Kurian, 2012). Ограниченият брой десцендентни пътища потиска нормалната инхибиция върху рефлексните дъги в сивото

вещество на гръбначния мозък. Резултат от това са хиперактивни рефлексии на дълбоките сухожилия и спастичност (Shamsoddini et al., p. 346, 2014).

## 2.1 Класификация

Мускулната хипертония при деца с ДЦП се изявява със спастичност и дистония (най-често по едно и също време). Спастичността е скорост-зависим повишен мускулен тонус, който се изявява като крампи, клонус и оживени дълбоки сухожилни рефлексии. Дистонията е по-вариабилна и скорост-независима. Обикновено води до изкривени, странни пози (Smith & Kurian, 2012, p. 372). Най-честото двигателно нарушение е спастичността. Според засегнатата част от тялото бива: хемиплегия, диплегия, триплегия или квадриплегия. ДЦП може да се раздели и според клиничната си изява. В **Таблица №1** двете класификации са представени по-подробно.

**Таблица №1: Класификация на ДЦП**

<b>Физиологична класификация на ДЦП</b>	
Хемиплегия	Засягането е основно унилатерално. По-често се обхващат горните крайници в сравнение с долните.
Диплегия	Засягат се и четирите крайника. Долните крайници са обхванати по-голяма степен в сравнение с горните. Най-често са спастични. Възможно е да няма функционални нарушения на горните крайници.
Триплегия	Засягат се три крайника - най-често двата долни и един горен. Най-често са спастични.
Квадриплегия	Засягат се и четирите крайника - горните са във флексия, а долните са в екстензия.
<b>Клинична изява на ДЦП</b>	
Спастична	Резултат е от исхемия в церебралната кора (засегнат пирамидния път). Води до постоянна мускулна хипертония, спастичност, оживени дълбоки сухожилни рефлексии и персистиращи примитивни рефлексии.
Атаксична	Резултат е от исхемия в малкия мозък (засегнат екстрапирамиден път). Води до абнормни волеви движения, засягащи равновесието и позата на тялото и крайниците.
Дискинетична/Атетоидна	Резултат е от исхемия в базалните ганглии (засегнат екстрапирамиден път). Води до генерализирана абнормна мускулна хипертония, бавни и гърчещи неволеви движения, тремор и неправилна поза на тялото. Възможно е да бъде засегната и лицевата мускулатура (гримасничене, обилно слюноотделяне). Мускулният тонус може да се промени в рамките на един и същи ден (примерно повишен в будно състояние, понижен в спящо положение).
Смесен тип	Резултат е от исхемия в множество области на мозъка. Води до комбинация от спастични и дистонични/атетоидни движения.

*Източник:* Промяна в неврологичното състояние; Child health nursing: Parenting with Children and Families (второ издание) - Ball, J., Binder, R. & Cohen, K. (Eds) 2010, p 1359-1360

Спастичността затруднява нормалното функциониране на детето. Засегнати са ежедневни дейности като вървене, хранене, поддържане на добра лична хигиена, използване на санитарните помещения, обличане и други. С течение на времето спастичността може да доведе до други неудобства, които водят до изтощение (генерализирана болка, мускулни спазми, трудно заема на удобна поза при лежане и сядане и други). Повтарящите се неволеви усукващи движения, които водят до “дистонична поза”, както и контрактурите на мускулите, могат да доведат до деформации в ставите, сколиоза или дислокация на тазобедрената става. Промените в мускулите, връзките и сухожилията, разположени около ставите, ограничават обема на движенията. Развиват се контрактури, които допълнително нарушават нормалната двигателна активност (Shamsoddini et al., 2014).

### **3. Подход**

Акцентираща се върху рехабилитацията, за да се облекчат ежедневните активности. Организацията на дейностите цели да обхване всички точки, посочени в Международната класификация по функциониране (ICF), уврежданията и здравето (Hadders-Algra, 2014). ICF е рамката на Световната здравна организация (СЗО), според която се определя здравословното състояние и нивото на ниво отделен индивид и на ниво популация. В миналото приоритет е било ранното поставяне на диагнозата и точното класифициране. Целта е била да бъдат ограничени дефицитите във връзка със спастичността, общата слабост и ограничения обем на движения. В днешно време рехабилитацията е съсредоточена върху подобряване на подвижността въпреки наличните дефицити (Majnemer et al., 2008). Основната цел, поставена от СЗО в плана на ICF, е възможността за ангажиране в ежедневните дейности (Majnemer et al., 2008).

Целта на рехабилитацията е пациентите да развият нови умения, да подобрят социалните си умения, да ги окуражат да поемат инициатива и да са по-самостоятелни (Orlin et al., 2010). Успехите по време на рехабилитацията са мотивация за децата да продължават в същия дух. Подобрява им се здравословното и психическото състояние и се дава възможност за подсилване на връзката със семейството.

Стратегиите за подобряване на ежедневието на деца с ДЦП включват:

1. потискане на мускулния тонус. Целта е да се ограничи формирането на контрактури и дискомфортът, който причиняват. Желан краен резултат е и увеличаване на обема от движения, които пациентът може да извърши.
2. силови упражнения. Целта е се подобри общата слабост.

3. упражнения за координация. Целта е да се подобри моторния контрол и да се ограничат неволевите движения (Smith & Kurian, 2012).

Ангажирането на специалисти от различни области зависи от моторната функция, болката, спастичността, умствената дейност, говора и движенията. Според Областния закон училищните институции трябва да осигурят на всички деца безплатно и подходящо образование, независимо от здравословното им състояние. Допълнителни услуги като физиотерапия, окупационна терапия и говорна терапия е необходимо да бъдат осигурени ако са нужни за подобряване на академичното представяне (Ardura, Kelly & Newinsky, 2011).

Деца с ДЦП може да имат мускулна слабост, спастичност, координационни нарушения и персистиращи първични рефлексии. Всичко това може да окаже влияние върху контрола на нормалните моторни функции (Chung, Chen & Wong, 2011). Всеки терапевтичен план се изготвя в съответствие с индивидуалните потребности. Промотирането на различните двигателни активности, социализирането и възможността за самостоятелно полагане на грижи за себе си са от първостепенна важност. Лечебните процедури зависят от нивото на инвалидност. При спастичност се предписват орални медикаменти, организира се физиотерапия и окупационна терапия, поставя се шина или гипс на крайниците, въвежда се Baclofen интратекално или се извършва хемоденервация/хирургическа интервенция (Shamsoddini et al., 2014). Приспособителни средства, като ортези или инвалидни столове, се използват с цел подобряване на моторната функция.

### **3.1 Орални медикаменти**

Лекарствата, които се използват за намаляване на спастичността, са Baclofen, Diazepam, Clonazepam, Dantrolene и Tinazidine. Дистонията, която се среща при засегнатата екстрапирамидната система, може да бъде лекувана с помощта на Levodopa, Carbamazepine или Trihexyphenidyl (Shamsoddini et al., 2014).

### **3.2 Невромускулни блокиращи агенти/ хемоденервация**

Хемоденервацията е техника, при която се парализира група мускули с помощта на инжектиран ботулинов токсин или чрез въвеждане на фенол периневрално. Невромускулните блокиращи агенти балансират мускулната сила, която се прилага върху ставите. Голям пробив в лечението на спастичността е употребата на ботулинов токсин тип А. Представлява терапия на първа линия за пациенти с локална спастичност (Shamsoddini et al., 2014).

### **3.3 Медико-хирургични интервенции**

Прилагат се при генерализирана спастичност, която не се повлиява от медикаменти. Чрез неврохирургична интервенция се поставят подкожно устройство, с помощта на което се въвежда Baclofen в субарахноидалното

пространство. Медикаментът попада в гръбначния канал и така циркулира около гръбначния мозък. Блокират се възбуждащите невротрансмитери в задния рог - така се контролира спастичността. Селективната дорзална ризотомия е неврохирургична интервенция, при която някои задни корени (от L1 до S2) се прекъсват по определен начин (Shamsoddini et al., 2014). Процедурата облекчава ходенето, както и седането в инвалидната количка. Някои ортопедични интервенции са препоръчани за брой усложнения, наблюдавани при деца с ДЦП. Такива компликации са скъсяване на мускулите, ставни контрактури и костни деформации. Мекотъканната хирургия се предприема за подобряване на общото състояние на пациента. Примери са:

- интервенция върху засегнато сухожилие с цел облекчаване спастичността (най-често около тазобедрената става);

- удължаване на Ахилесовото сухожилие с цел увеличаване на обема движения - така стъпалото може да докосва пода;

- освобождаване на сухожилията около коляното с цел облекчаване флексията на колянната става (Ball, Binder & Cohen, 2010).

Гърчове се наблюдават при 20-43% от децата с ДЦП. По-често се срещат при пациенти със спастична квадриплегия и хемиплегия (Pakula, Braun & Yeargin-Allsopp, 2009). Наблюдават се както парциални, така и генерализирани точино-клонични гърчове. Лечебният подход включва прием на орални антиаритмични лекарства, спазване на кетогенна диета, поставяне на устройство за стимулиране на блуждаещия нерв (VNS) или извършване на хирургична интервенция (Selekman, Vockenek & Lukens, 2013).

ДЦП понякога засяга говорните мускули - говорът става забавен, завлачен. Лицето може да гримасничи докато пациентът говори. От първостепенна важност е подобряване на речта. Като помощни средства може да се прилагат говорна и езикова терапия. Пациентите, при които моторните нарушения възпрепятстват словото, се дават приспособителни устройства. Примери за такива са управлявани чрез поглед компютри, системи за машинно зрение и работа с различни изображения.

При наличие на зрителни дефицити, умствено изоставане и поведенчески проблеми се работи с различни здравни работници и образователни специалисти. Като основа се използва или изготвен Индивидуален здравен план, или План за деца със специални нужди. И двата са съставени според Областния закон. Целта е да се предоставят нужните образователни потребности, услуги и адаптации в учебната среда, за да се осигури подходящата академична среда за децата с ДЦП (Zimmerman, 2013, p.285). Значителните поведенчески проблеми може да попречат на нормалното развитие. Ранното разпознаване на тези промени и навременната колаборация с психиатър, психолог и други лицензирани поведенчески терапевти са от ключово значение. Образователни дефицити, дефицитът на внимание и умствената изостаналост биват определени и лекувани от психолози и учители.

С помощна на мултидисциплинарен екип се помага на пациента в поддържането на общото състояние, в ангажирането в социални дейности, както и в подобряване на контрола върху опорно-двигателния апарат. С помощта на физиотерапия, окупационна терапия, хранителни и сестрински услуги може да се осигури необходимото обучение, както и средствата за неговото постигане. При комбинация с медицински и хирургически интервенции не само е възможно да се улесни ежедневието на децата, но и да се подпомогне коригирането на налични деформации и контрактури.

Ключът към успешната рехабилитация е участието и на родителите/настойниците в лечебния план. Желателно е в семейната сред да се набляга върху поставените цели и постигнатите резултати, които са в съответствие със здравословното състояние на пациента, отколкото да се акцентира върху нивото на инвалидност (Aydin & Nur, 2012). Подходящата рехабилитация обхваща ангажирането в социални дейности и осигуряване на подходящо обучение. Комуникацията с други деца е ключово в подобряване на социалните умения. Помага и в по-доброто разбиране на околния свят, както и по-доброто познаване на себе си. Ангажирането в дейности, подходящи за пациента, подпомагат в постигането на по-голяма автономност и най важно - на цялостно удовлетворение от живота (Majnemer et al., 2008).

## **4. Индивидуален здравен план**

Медицинската сестра е длъжна да състави Индивидуален здравен план и План при спешен случай за учениците, които имат нужда от такъв. Индивидуалният здравен план се изготвя със съдействието на пациента, семейството му и други медицински лица. Целта е да осигури подходяща учебна среда. Освен медицинската сестра, достъп до протоколите има и училищният персонал (National Association of School Nurses [NASN], 2015).

### **4.1 Сестрински преглед**

#### **История на заболяването:**

- Бременност и раждане - наличие на инфекции, пreeклампсия, усложнения по време на раждането, ендокринни нарушения по време на бременността;
- Братя или сестри (с/без здравословни проблеми);
- Пренатален период/история на раждането:
  - тегло при раждане;
  - гестационна възраст;
  - наличие на инфекция;
  - хеморагия;
  - аноксия;
  - вродени аномалии.
- Ниво на функционално развитие (включително за моторните умения и за рефлексите);

- Трудно увиване в детски пелени поради мускулния хипертонус;
- Раздразнителност или наличието на чести колики при детето.

#### **Анамнеза:**

- Стойка;
- Възможност за самостоятелно придвижване;
- Използване на помощни средства за придвижване;
- Промяна на положението на тялото;
- Използване и поддържане на различните помощни средства;
- Хранителен режим (нормален, с намален или увеличен прием на храна);
- Възможност за самостоятелно хранене;
- Затруднено хранене или гълтане, наличие на отворена захапка;
- Затруднена комуникация и/или езикови умения;
- Хигиенни навици - континенция или инконтиненция;
- Други здравословни проблеми (гърчове, бронхиална астма, сензорна интегративна дисфункция);
- Контрол върху опорно-двигателния апарат:
  - спастичност;
  - скованост;
  - хипотония;
  - атаксична атетоза;
  - засегнат десен горен крайник;
  - засегнат ляв горен крайник;
  - хватателна способност на горните крайници, възможност за освобождаване на хватката, способност за достигане на предмети, възможност за пренасяне на обекти и възможност за повдигане на големи и малки предмети;
  - засегнат десен долен крайник;
  - засегнат ляв долен крайник.

#### **Съзнание на пациента за заболяването:**

- Умствен, психо-моторен и поведенчески капацитет;
- Знанията на пациента относно здравословното състояние;
- Желанието и мотивацията на пациента да подобри здравословното си състояние;
- Знания на семейството относно заболяването;
- Промотиране на поемане на инициатива относно грижите за здравословното му състояние;
- Възможност на пациента да използва помощни средства;
- Ниво на подвижност (имайки предвид допълнителната помощ);
- Условия на околната среда - приспособления и пречки;
- Предоставяне на безопасни условия на живот.

#### **Психо-социален и културен аспект:**

- Умствен и психо-моторен капацитет на пациента;
- Взаимоотношения на пациента с околните;

- Ангажираност в социални дейности - в семейството, в училищната среда и в общността;
- Ниво на мотивация;
- Знания относно заболяването и по какъв начин влияе върху ежедневието на пациента;
- Възможност да се справя със затрудненията, пред които е изправен пациентът във връзка със заболяването;
- Наличие на психиатрични или поведенчески отклонения при пациента и/или семейството му;
- Наличие на група за взаимопомощ;
- Ниво на автономност;
- Възможността на родителите/настойниците или на болногледача/болногледачите да асистират на пациента по време на различните му активности;
- Вярвания и обичаи - културни и религиозни.

#### **Учебни занятия:**

- Оценка на академичните постижения - минали и настоящи;
- Оценка на ангажираността в академична среда, която да е възможно най-малко ограничаваща;
- Нужда от помощни услуги във връзка с изпуснатите учебни занятия;
- Оценка на обучението на част от училищния колектив във връзка със здравословното състояние на пациента;
- Нужда от адаптирани физическа активност;
- Нужда от помощни средства;
- Нужда от Индивидуален здравен план и План за деца със специални нужди;
- Оценка на достъпността на училищната сграда и на спортната площадка;
- Нужда от личен асистент в училище.

## **4.2 Сестринска диагноза (СД) (Herdman & Kamitsuru [Eds.], 2014)**

### **СД 1. Влошена физическа активност поради:**

- невромускулни нарушения;
- загуба на контрол върху опорно-двигателния апарат;
- мускулна слабост;
- контрактури.

### **СД 2. Риск от нарушена цялост на кожата поради:**

- механични фактори (срязващи сили, увеличено напрежение, физическа неподвижност);
- влага;
- отделени секрети;
- оказване на натиск от израстъци на костната тъкан.

### **СД 3. Риск от травма поради:**

- промяна в психомоториката;
- невромускулни нарушения;
- променено ниво на съзнание.



**СД 4. Риск от констипация поради:**

- мускулна слабост на коремната стена;
- неврологични нарушения.

**СД 5. Чревна инконтиненция поради:**

- невромускулни нарушения;
- неподвижност;
- променено ниво на съзнанието;
- затруднения при използване на санитарните помещения.

**СД 6. Затруднения при хранене поради:**

- невромускулни нарушения;
- нарушена гълтателна функция;
- променено ниво на съзнание.

**СД 7. Затруднения при използване на санитарните помещения поради:**

- невромускулни нарушения;
- затруднено придвижване;
- променено ниво на съзнание.

**СД 8. Риск от изоставане в развитието поради:**

- мозъчна травма;
- гърчова активност.

**СД 9. Затруднена комуникационна способност поради:**

- нарушение в централната нервна система;
- изоставане в развитието.

**СД 10. Затруднена вербална комуникация с околните поради:**

- нарушено възприятие за себе си;
- комуникационни бариери;
- затруднено придвижване.

**4.3 Сестрински процедури:**

- Помага на пациента в промяната позата на тялото на всеки 2 часа. Крайниците да са поставени във физиологична позиция, а главата да се намира в неутрална позиция (СД 1, 2);
- Училищният колектив да е обучен в техники за правилно раздвижване на пациента (в съответствие с Индивидуалния здравен план) (СД 1, 2, 3);
- Оценка на състоянието и поддръжка на интегритета на кожата (СД 1, 2);
- Осигуряване на безопасни условия - в дома и извън него (СД 3);
- Сътрудничество с училищния директор, с преподавателите и с помощния персонал (СД 1, 3);
- С помощта на физиотерапевт се осигурява обучение на училищния колектив относно процедурите за раздвижване на пациента (СД 1, 3);
- Активното участие на пациента в процедурите - с помощта на незасегнатите крайници да се раздвижва по-слабата част от тялото (СД 1-3);

- Поддържане на адекватен прием на вода и на храна (СД 6);
- Като част от Индивидуалния здравен план се предоставя достъп до различни терапевтични процедури и се осигурява подходяща учебна среда (специализирани консултации, физиотерапия, окупационна терапия, говорна терапия) (СД 1, 3, 6, 7, 9);
- Осигуряване на помощни терапевтични процедури (СД 8, 9, 10);
- Изготвяне на план за използване на санитарните помещения (СД 4, 5, 7);
- Проследяване на функционалното състояние и на специфичните нужди на храносмилателната и на отделителната система (СД 4, 5, 7);
- Предоставяне на медикаментите по лекарско предписание (СД 1-7);
- Определяне на нуждата от помощна апаратура (химикал със специфичен захват; използване на лаптоп; екран с писец, който се закача за устата или за главата; софтуер за разпознаване на гласа; помощни средства за хранене; устройства за говорене и други) (СД 1, 3, 6-9);
- Окуражава пациента да усъвършенства комуникационните си умения (СД 8, 9);
- Осигуряване на достатъчно време на пациента да каже от какво се нуждае с помощта на помощните устройства (СД 8, 9);
- Оценка на неврологичния статус (за наличие на гърчова активност) (СД 8);
- Оценка на техниките за справяне със здравословното му състояние, както и по какъв начин влияе това върху социалните му активности (СД 10);
- Окуражава пациента да изказва чувствата и притесненията си относно комуникационните си умения (СД 10);
- Организиране на родителски срещи, на които да се обсъди учебния план на пациента и академичното му представяне (СД 1, 3, 6-10);
- Осигуряване на индивидуални консултации (СД 10).

#### **4.4 Очаквани резултати от страна на ученика**

*За да може резултатите да са сравними, към всяка точка добавете:*

*-броят дни от седмицата*

*или*

*-какъв процент от времето през даден ден*

*или*

*- специфична дата.*

- Осигурен е безопасен достъп до училищната сграда (СД 1, 3);
- С помощта на обученния училищен персонал излиза бързо и безопасно от училищната институция в случай на спешност (СД 1, 3);
- При липса на контрактури поддържа правилна поза (СД 1-3);
- Поддържа оптимална цялост на кожата - свободна от лезии и декубитални рани (СД 1-3);
- Използва ортези, шини и специално оборудване по предназначение. Избягва да се наранява в училищната среда доколкото може (СД 1-3);
- Заема подходящ поза на тялото по време на терапевтичните процедури (СД 1, 3);

- Информира болногледача когато има нужда от помощ при използване на санитарните помещения/при поддържането на правилна хигиена (СД 2, 4, 5, 7, 8);
- Установява определен метод на комуникация с околните (СД 9, 10);
- Самостоятелно полага на грижи за себе си, доколкото позволява му здравословното състояние (СД 6, 7, 8);
- Участва в академичните дейности, доколкото му позволява здравословното състояние на пациента (СД 8, 9);
- Поддържа връзка със съучениците си и с училищния колектив (СД 10);
- Приемане чувствата, свързани със зависимост от околните, тъга и неприязън (СД 10);
- Участва в дейности, подходящи за съответната възраст на пациента (СД 10).

#### 4. Индивидуален здравен план

Медицинската сестра е длъжна да състави Индивидуален здравен план и План при спешен случай за учениците, които имат нужда от такъв. Индивидуалният здравен план се изготвя със съдействието на пациента, семейството му и други медицински лица. Целта е да осигури подходяща учебна среда. Освен медицинската сестра, достъп до протоколите има и училищният персонал (National Association of School Nurses [NASN], 2015).

#### Встъпителен индивидуален здравен план

Три имена: \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

Дата на раждане: \_\_\_\_\_ Телефон: \_\_\_\_\_

Родители/Настойници: \_\_\_\_\_

Училище: \_\_\_\_\_ Клас: \_\_\_\_\_

Личен лекар: \_\_\_\_\_ МКБ: \_\_\_\_\_

Индивидуален здравен план (дата) \_\_\_\_\_

План за деца със специални нужди (дата) \_\_\_\_\_

План при спешен случай (дата) \_\_\_\_\_

**Диагноза:** Детска церебрална парализа

**Сестрински преглед:**

Спастичност;

- Ригидност;
- Слабост;
- Атаксия;
- Атетоза;
- Засегнат десен горен крайник;
- Засегнат ляв горен крайник;
- Засегнат десен долен крайник;
- Засегнат ляв долен крайник.

Други: \_\_\_\_\_

**Сестринска диагноза:**

Затруднена подвижност поради невромускулни нарушения, спастичност и контрактури, които ограничават обема движения.

Затруднена вербална комуникация във връзка с нарушения в централната нервна система.

Риск от нарушена цялост на кожата във връзка с неподвижност и под влиянието на механични фактори.

Други: \_\_\_\_\_

**Сестрински процедури:**

Сътрудничество с училищния директор, с преподавателите и с помощния персонал.

Училищният колектив е обучен в техники за правилно раздвижване на пациента (в съответствие с Индивидуалния здравен план).

Осигуряване на помощни терапевтични процедури.

Осигуряване на достатъчно време на пациента да каже от какво се нуждае с помощта на помощните устройства.

Оценка на състоянието и поддръжка на интегритета на кожата.

Други: \_\_\_\_\_

**Очаквани резултати от страна на ученика:**

Осигуряване на безопасен достъп до училищната сграда.

Заема подходящ поза на тялото по време на терапевтичните процедури.

С помощта на обучен училщен персонал излиза бързо и безопасно от училищната институция в случай на спешност.

Установява определен метод на комуникация с околните.

Поддържа оптимална цялост на кожата - свободна от лезии и декубитални рани.

Други: \_\_\_\_\_

Планът е подготвен от: \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_

## 6. Клиничен случай

Джоуи е ученик в пети клас и е записан в ново училище. Има спастична ДЦП, която се характеризира с левостранна хемиплегия. Мускулите са сковани, крайниците са схванати и се движат рязко. Трудно променя позата на тялото си от една на друга. Нужно му е повече време при освобождаване на предмети, хванати с лявата ръка. Джоуи може да върви, въпреки че се чувства неловко докато го прави. Освен това, на моменти накуцва. Използва проходилка когато се придвижва из училищната сграда. Когато трябва да се качи на втория етаж, може да използва асансьора.

Речта му е също засегнат. Не среща затруднения в ученето. Говорът е завлачен, трудно изразява идеите си. Обича да слуша музика, да играе компютърни игри и да гледа баскетболни състезания.

Джоуи трудно се адаптира в новия си клас. Класният ръководител сподели, че все още не е намерил нови приятели. Медицинската сестра се е срещнал с пациент, за да обсъдят заедно поведението му. Първоначално Джоуи е отказвал да сподели, но след като са се заговорили за баскетболни се разчупи и започна да споделя. Най-много му тежи когато му се подиграват защото върви и говори по-различно от останалите хора. Само защото не е като съучениците си не означава, че е по-глупав от тях и че не изпитва чувства. Трудно се сприятелява с нови хора, липсва му стария клас.

Анамнеза	Сестринска диагноза	Сестрински процедури	Очаквани резултати от страна на ученика
Диагноза: спастична ДТЦ. Изявява се с левостранна хемиплегия - мускулите са сковани, движат се хаотично. Пациентът има особена походка и куца.	Нарушена двигателна активност	<p>Окуражава физическата активност.</p> <p>Окуражава използването на проходилката при придвижване в училищната сграда.</p> <p>Има разрешение за използването на асансьора.</p> <p>Изготвяне на адаптиран план за часовете по физическа активност (като част от Индивидуалния здравен план).</p> <p>Осигуряване на помощни терапевтични процедури (като част от Индивидуалния здравен план).</p>	<p>Осигуряване на безопасен достъп до училищната сграда в 100% от времето.</p> <p>Използва ортези, шини и специално оборудване по предназначение. Избягва да се наранява в училищната среда в 90% от времето.</p>
Джоуи трудно се адаптира в новия си клас. Класният	Затруднена комуникация	Осигуряване на индивидуални консултации.	Поддържане на връзка със съучениците и с училищния

ръководител споделя, че все още не е намерил нови приятели.		<p>Окуражава пациента да изказва чувствата и притесненията си относно комуникационните си умения.</p> <p>Оценка на техниките за справяне със здравословното му състояние.</p>	<p>колектив в 90% от времето.</p> <p>Участва в дейности, подходящи за съответната възраст на пациента.</p> <p>Приема чувствата, свързани със зависимост от околните, тъга и неприязън.</p>
<p>Диагноза: спастична ДТЦ. Изявява се с левостранна хемиплегия - мускулите са сковани, движат се хаотично. Пациентът има особена походка и куца.</p>	Риск от травма.	<p>Осигуряване на безопасни условия - в дома и извън него.</p> <p>Активното участие на пациента в процедурите - с помощта на незасегнатите крайници да се раздвижва по-слабата част от тялото.</p>	<p>С помощта на обучения училищен персонал излиза бързо и безопасно от училищната институция в случай на спешност в 100% от времето.</p>

#### Сегашно състояние и нужди:

- В този клиничен случай пациентът няма Индивидуален здравен план, но ако трябва да бъде изготвен - този план може да бъде използван.
- Медицинската сестра има съществена роля в постигането на качествен контрол върху здравословното състояние, както и за правилното приемане на медикаментите. Целта е да има нормална посещаемост на учебните занятия и да се постигнат целите, поставени в Индивидуалния здравен план (Saint Paul Public School, 2015).

## 7. План за деца със специални нужди

### План за деца със специални нужди

- Има право на допълнително време когато се премества от една класна стая в друга (5 минути преди края на учебния час може да бъде извинен).
- Осигурен е втори комплект учебници за домашна употреба.
- Има право да използва училищния асансьор.
- При необходимост личен асистент помага при придвижването с инвалидна количка.
- При необходимост личен асистент помага при хранене - при приготвяне на храната, при отварянето на хранителни контейнери, както и по време на храненето.
- При необходимост личен асистент помага при използването на санитарните помещения.
- Има достъп до различни помощни средства.
- Осигурен е достъп до адаптирани комуникационни устройства.
- С помощта на автобус е транспортиран от и извън училищната институция, който е оборудван специално за превозването на ученици на инвалидна количка.
- По време на изпитване е осигурено допълнително време.
- В дневник записва всички изпитвания и тестове, които му престоят.

## **8. План при спешен случай**

В този случай План при спешен случай не е необходим.

Превод: д-р Красимираа Великова