

Vybrané psychosociálne problémy u dieťaťa s detskou mozgovou obrnou

PhDr. Iveta Ondriová, PhD.¹, doc. MUDr. Eleonóra Klímová, PhD.², PhDr. Ľudmila Majerníková, PhD.¹

¹Katedra ošetrovateľstva Fakulty zdravotníckych odborov PU, Prešov

²Neurologická klinika, FNŠP Prešov

Detská mozgová obrna je komplex motorických postihnutí, ktoré vedú k abnormálnemu držaniu tela a pohybu vznikajúce následkom poškodenia nezrelého mozgového tkaniva. Štúdie u týchto detí potvrdzujú z hľadiska psychickej predispozície zvýšené riziko psychických problémov. Pri miernom postihnutí prevládajú hlavne ťažkosti emocionálneho charakteru, hyperaktivita a vzájomné problémy s poruchou správania. Pôvod týchto psychických problémov je veľmi zložitý, najdôležitejší faktor je však samotná choroba a psychosociálne vplyvy, hlavne najbližšieho okolia, a to rodiny, rovnako ako ďalšie faktory, ktoré ovplyvňujú vývin všetkých detí. Práca s takto chorým dieťaťom a rodinou by mala byť zameraná na rozvoj schopností, zvládanie príznakov a budovanie vzájomnej dôvery. Skorý začiatok opatery prospešne ovplyvňuje vývoj dieťaťa a zmierňuje rodičovskú úzkosť.

Kľúčové slová: detská mozgová obrna, kognitívny vývin, socializácia.

Selected Psychosocial Aspects of Child with Cerebral Palsy

Cerebral palsy refers to a collection of motor impairments which result in abnormal posture and movement following an insult or damage to the developing brain. Psychological adjustment in children with cerebral palsy is sufficient evidence to suggest that children with cerebral palsy are at increased risk for psychological problems. The types of difficulties they experience include emotional, hyperactivity and peer problems with conduct disorder being more prevalent in mildly affected children. The origins of psychological problems in this group are complex but include 'disease' and 'psychosocial' factors related to having a brain-based disability in the family, as well as other factors that influence adjustment in all children. The work with the child and family to develop skills, manage symptoms, and build confidence and resilience. Acting as early as possible has been found to be beneficial for bonding, child development and reducing parental anxiety.

Key words: cerebral palsy, cognitive development, socialization.

Neurol. praxi 2012; 13(5): 284–287

Úvod

Detská mozgová obrna je chronické neprogresívne ochorenie charakterizované poruchou hybnosti a vývoja hybnosti. Býva sprevádzané poruchami psychiky, zmyslovými poruchami, epilepsiou. Spoločným menovateľom všetkých prejavov je vznik na podklade poškodenia nezrelého mozgu – podľa platnej medzinárodnej konvencie od 12. týždňa gravidity do 1. roku postnatálneho života. Liečba detskej mozgovej obrny je vždy komplexná. Zahŕňa širokú škálu liečebných možností, ktoré sú kombinované v závislosti od jednotlivých typov a stupňov postihnutí. Pri liečbe je vždy nutné postupovať individuálne, s dôrazom na úzku spoluprácu terapeuta a opatrojúcej osoby.

1. Osobitosti kognitívneho vývinu dieťaťa s detskou mozgovou obrnou

Kognitívny vývin dieťaťa prechádza určitými štádiami nielen u zdravého, ale aj u postihnutého dieťaťa. Obdobie prvého roku života je charakterizované rozvojom senzomotorickej inteligencie. Kognitívny vývin dieťaťa s detskou mozgovou obrnou je v tom čase vysta-

vený dôsledkom primárneho motorického poškodenia. Pohybové obmedzenie môže negatívne ovplyvňovať rodičov v zmysle utlmenia záujmu o dieťa. To vedie spätne k jeho nedostatočnej stimulácii. Obmedzenie poznávacích aktivít u dojčťa má za následok obmedzenie podnetov pôsobiacych na jedinca (Vágnerová, 2003). Deti nie sú schopné úplnej diferenciácie podnetov, čo ovplyvňuje rozvoj ďalších kognitívnych procesov (Sankar, Mundkur, 2006). Proces myslenia a pamäti u detí s pridruženým mentálnym deficitom vykazuje znaky neplnohodnotného zmyslového poznávania. To jednoznačne vedie k následnému obmedzovaniu rozvoja procesu myslenia vo všetkých jeho oblastiach. Schopnosť abstrakcie je významne obmedzená. Proces pamäti je charakterizovaný spomaleným a nedostatočným osvojovaním nových poznatkov, na druhej strane je výsledný efekt komplikovaný rýchlym zabúdaním. Citový vývin u dieťaťa s detskou mozgovou obrnou je v mnohých smeroch komplikovanejší. Postihnuté deti majú silnejšiu potrebu citového vzťahu, potrebu lásky, bezpečia a istoty, potrebu rodinného zázemia (Levitt, 2004).

2.1 Charakteristické odchýlky socializácie dieťaťa s detskou mozgovou obrnou

Socializačný vývin postihnutého dieťaťa prechádza celým radom špecifik s celkovým oneskorením. Podľa Vágnerovej (2003) hendikep predstavuje znevýhodnenie dané určitým obmedzením alebo postihnutím, ale aj mierou subjektívneho zvládnutia sociálnej pozície jedinca. Dieťa je vybavené spravidla veľmi obmedzenými dispozíciami, čo vyvoláva aj celkom iné reakcie rodiny. Prostredníctvom rodinného života je dieťa zoznamované so základnými hodnotami a s cieľmi. Odovzdávanie systému hodnôt je uskutočňované verbálne, konkrétnym správaním rodičov a následným vyžadovaním rešpektovania daných hodnôt (Turk, 2009).

Ak dieťa nie je schopné pochopiť význam hodnôt, má len veľmi obmedzené možnosti, ako si daný systém hodnôt osvojiť. Pre veľa detí s detskou mozgovou obrnou je napodobovanie správania rodičov ako jednej formy sociálneho učenia nedostupné alebo dostupné s obmedzením. Pridružené zmyslové poruchy vyradia z aktivity príslušný informačný systém. Sluchové postihnutie eliminuje reč ako základný informačný sys-

tém. Deti s pridruženým zrakovým postihnutím nemôžu vnímať prejavy neverbálnej komunikácie (mimické a pantomimické prejavy), ktorá tvorí druhú, nemenej významnú zložku komunikácie. Sociálne dôsledky telesne postihnutých jedincov sú nepriaznivo ovplyvnené hlavne motorickými obmedzeniami, čo u týchto detí vedie k získaniu menšieho množstva sociálnych skúseností. Objavujú sa ťažkosti v nadväzovaní kontaktov. Negatívne je ovplyvnené utváranie vlastného sebavnímania (Krejčířová, Vágnerová, 2005).

2.1.1. Socializácia dieťaťa s detskou mozgovou obrnou v dojčeneckom období

Socializácia sa spravidla oneskoruje už v dojčenskom veku. Postihnuté dieťa je výrazne apatické, nereaguje na rodičov očakávanou motorickou aktivitou. Rodičom poskytuje slabý ohlas na ich pokusy o sociálnu interakciu. Hlasový prejav buď celkom chýba, alebo je obmedzený. Pri ťažkých formách jedinec často nedosahuje žiadny vývinový pokrok. Ak je pridružená porucha zraku, chýba v sociálnej interakcii vizuálny kontakt s matkou, čím sa stráca signálny význam ľudskej tváre. Dieťa je odkázané na taktilno-kinestetické a sluchové podnety. Stimulačná deprivácia vedie k väčšej apatii a rozvoju závislosti dieťaťa. Obdobie druhej polovice 1. roku života je charakterizované schopnosťou rozlišovať medzi blízkymi a cudzími osobami. Socializácia dieťaťa sa spravidla oneskoruje, v interakcii s dospelými sú tieto deti viac pasívne. Rozvoj aktívnej a pasívnej reči ako aj počiatky regulácie správania sú oneskorené (Jeanson, 2007).

2.1.2 Socializácia dieťaťa v období batolaťa

V období batolaťa hendikepované dieťa ostáva aj ďalej závislé od matky. Spravidla je menšia potreba jeho emancipácie, viazne aj osvojovanie základných noriem správania. Sociálna aktivita dieťaťa sa rozvíja len v úzkom kruhu rodiny. Chýba kontakt so širším sociálnym prostredím, čím je obmedzené začleňovanie do nových sociálnych vzťahov a osvojovanie nových sociálnych rolí (Marešová, Joudová, Severa, 2011).

1.1.3 Socializácia dieťaťa s DMO v predškolskom období

Sociálna aktivita v predškolskom období je orientovaná nielen na okruh rodiny, eventuálne na prostredie materskej školy, zdravotníckeho zariadenia. Socializácia je ovplyvňovaná jednak faktickými obmedzeniami danými defektom, ale aj zmenenými postojmi rodičov. Protektívno-ochrannárska výchova obmedzuje rozvoj samostatnosti. Poruchy

vývinu reči, hypomimické prejavy u nevidomých jedincov a ich neschopnosť registrovať prejavy neverbálnej komunikácie, stereotypie, agramatizmy v prejave jedinca s mentálnym postihnutím, dyskinézie, grimasy, slinenie, neartikulované hlasové prejavy u pohybového postihnutia zásadným spôsobom (prevažne negatívne) ovplyvňujú sociálnu interakciu so zdravými jedincami (Levitt, 2004).

1.1.4 Socializácia jedinca s detskou mozgovou obrnou v období mladšieho školského veku

Nástup do školy je dôležitý sociálny medzník. Obdobie školského veku je u postihnutého dieťaťa charakterizované nerovnomerným vývojom jednotlivých funkcií, ktoré sú dôležité na zvládnutie školskej dochádzky. Významným predpokladom adaptácie dieťaťa na školu je sociálna vyspelosť. V tomto období sa utvára sebahodnotenie, ktoré je u postihnutých detí nevyrovnané.

1.1.5 Socializácia jedinca s DMO v období puberty a dospievania

Obdobie puberty a dospievania je pre postihnuté dieťa obdobie hľadania vlastnej identity a nezávislosti. Významným komplikujúcim faktorom u hendikepovaného jedinca je práve jeho reálna závislosť od rodičov. Začlenenie do vrstovníckej skupiny je dôležitým faktorom sebahodnotenia jedinca, ale je komplikované hendikepom a výberom sociálnej skupiny. Adolescent je často rodičmi limitovaný v možnostiach sociálneho začlenenia. Sociálne vzťahy v období puberty a dospievania sú podmienené viac sebestačnosťou a samostatnosťou než typom postihnutia (Brunstrom, Tilton, 2009). Je to obdobie rozpoznávania sexuálnej identity a orientácie, utvárania vzťahov s opačným pohlavím. Dospievajúci jedinec s DMO si uvedomuje odlišnosť s majoritnou populáciou, výsmech a odmietanie vníma ako traumatizujúci zážitok. Kontaktom s rovesníkmi sa zámerne vyhýba, čím sa prehĺbuje sociálna izolácia (Kraus, 2011). Vzdelávanie a profesijná orientácia vytvára zásadné faktory na ďalší život jedinca. V tomto smere je nutné zavčas rozpoznať potenciál dieťaťa a všetky sily následne sústrediť na dosiahnutie dostupných cieľov v oblasti vzdelávania a profesijnej prípravy (Helus, 2004).

Rodina a dieťa s detskou mozgovou obrnou

Rodičia predstavujú kľúčový moment v živote jedinca s diagnózou DMO. Po prvotnom šoku, keď sú nútení prijať fakt, že sa ich dieťa nebude vyvíjať úplne optimálne, nastupuje fáza (trvanie je rôzne) označovaná ako kríza rodičovskej identity.

1. Fáza šoku a popretia. Prvé oznámenie diagnózy u rodičov vyvoláva šok a silnú úzkosť. Dochádza k rýchlemu rozvoju obranných mechanizmov, medzi ktoré patrí: popretie problému, zdanlivá apatia a ľahostajnosť. Sprievodným prejavom krízy je aj výrazne znížená schopnosť prijať a zapamätať si akékoľvek informácie. Pri oznamovaní nepriaznivej diagnózy rodičom postihnutého dieťaťa je nutné počítať s týmto psychologickým momentom a voliť optimálny spôsob komunikácie (Galli, 2006).

2. Fáza agresivity je charakterizovaná spochybňovaním výsledkov vyšetrovaní, agresivitou často smerom k lekárom. Intenzívne pocity viny sú hlboko zakorenené u rodičov, čo vedie k nezaplneniu rodičovskej roly v plnom rozsahu.

3. Fáza vyjednávania je charakterizovaná ako tendencia „získať aspoň niečo“, dosiahnuť aspoň určité zlepšenie, ak nemožno dosiahnuť stav plného zdravia.

4. Fáza bezmocnosti, apatie je charakterizovaná striedaním pocitu sklamaní s pocitom bezmocnosti, rodičia sú v tejto fáze citliví na správanie svojho okolia, očakávajú pomoc, na druhej strane sa boja zavrhnutia (Cooley, 2004).

5. Fáza postupnej adaptácie a vyrovnávania s realitou je výrazne závislá od emocionálnych a racionálnych faktorov. Rodičia sa snažia získať čo najviac informácií, racionálnemu spracovaniu informácií sa však často bránia. Pre emočný stav rodičov je charakteristická depresia, zúfalstvo, hnev. Vyrovnanie sa s realitou závisí od osobnostnej zrelosti rodičov, ich životných skúseností, citového zázemia, od ich somatického i psychického stavu. Táto fáza je sprevádzaná aj určitými obrannými psychickými reakciami, ktoré menia prežívanie, uvažovanie aj správanie rodiča. Stratégie zvládania situácie môžu mať vo svojej podstate dvojaký charakter: aktívny a pasívny (Kraus, 2011).

Medzi aktívne stratégie je zaradený hlavne útok. Je charakterizovaný ako všeobecná tendencia bojovať s nepriaznivou situáciou, hľadá sa príčina, eventuálne náhradný vinník. Obrana rodičov zvýšenou aktivitou prináša úľavu vnútorného napätia.

Ďalšou možnosťou, ako sa možno vyrovnáť s traumatizujúcou skutočnosťou, je využitie pasívnych stratégií, medzi ktorými dominuje hlavne útek v rôznych modifikáciách. Podstatou úteku je však nezvládnutie situácie rodičom, de facto pretrvávajúca popretie situácie. Rodičia si postihnutie neprípúšťajú, správajú sa tak, ako keby dieťa bolo zdravé, nepríjemné pocity vytlačujú zo svojho vedomia. Výrazne nepriaznivou situáciou je variant úniku do izolácie. Rodičia sa skutočne dištancujú od vonkajšieho sveta, ktorý ich zraňuje svojimi necitlivými prejavmi (Kraus, 2011).

Fáza vyrovnania a prijatia skutočnosti je charakterizovaná vyrovnávaním sa rodičov so situáciou, akceptáciou dieťaťa takého, aké je, snahou o jeho rozvoj v rámci daných možností. Jankovský (2006) konštatuje, že „ak táto fáza nenastane, vzniká nebezpečenstvo zafixovania niektorého z neadekvátnych obranných postojov, čo sa negatívne odrazí v ďalšom vývoji dieťaťa, buď v zmysle ochranného, hyperprotektívneho, alebo, naopak, v podobe neprimerane náročných požiadaviek na dieťa“ (Jankovský, 2006, s. 67).

V kontexte riešenia problematiky DMO v rodine je nevyhnutné venovať sa problematike uspokojovania základných psychických potrieb, ktoré súvisia s rodičovskou rolou. Od tohto momentu sa odvíja nielen život celej rodiny, ale aj vývin postihnutého dieťaťa (Miller, Bachrach et al., 2006).

Potreba primeranej stimulácie – postihnuté dieťa svojimi prejavmi neprispieva k dostatočnej stimulácii rodičov. Dieťaťu chýba úsmev a pohybová aktivita ako prejav radosti. Rodič nedostáva adekvátnu odpoveď na svoje vysielané signály, čo zo strany rodičov vedie k „ochudobnenej reakcii“, a následne aj k zníženiu stimulácie dieťaťa.

Potreba zmysluplnosti a platnosti určitých pravidiel – dieťa neposkytuje rodičom adekvátne informácie, jeho prejavy nezodpovedajú bežným zákonitostiam vývoja, rodičia nerozumejú prejavom dieťaťa, nie sú schopní reagovať adekvátnym spôsobom.

Potreba citovej väzby – postihnuté dieťa svojimi prejavmi neposkytuje rodičom dostatočné citové uspokojenie a môže podnecovať zo strany rodičov vznik niektorého patologického vzťahu (hyperprotektívny vzťah alebo úplné zavrhnutie).

Potreba vlastnej hodnoty a spoločenskej prestíže – narodenie postihnutého dieťaťa rodič prežíva ako traumou a znehodnotenie seba samého v role rodiča. Situácia je ďalej umocnená prístupom danej spoločnosti k hendikepovaným jedincom. Potreba životnej perspektívy – budúcnosť dieťaťa je nejasná, v rovnakom postavení sa však ocitá aj rodina. Menia sa plány rodiny a systém hodnôt, vzájomné vzťahy rodinných príslušníkov prechádzajú krízou. Správny vývin osobnosti zdravého či postihnutého je jednoznačne podmienený uspokojovaním psychických potrieb, ako je stimulácia, učenie, istota, identita a životná perspektíva. Život v rodine má spoločný čas, priestor, životy jednotlivých členov sa navzájom ovplyvňujú, a to v oblasti správania, konania, prežívania. Každý člen rodiny predstavuje jedinečnú, originálnu, svojbytnú ľudskú bytosť, preto aj rodina sa stáva individuálnym, originálnym, neopakovateľným spoločenským organizmom (Kraus, 2005).

Vzťah rodičov k postihnutému dieťaťu a vzťahy jednotlivých členov rodiny medzi sebou sa stávajú základným faktorom, ktorý pomôže v danej situácii optimálnemu rozvoju postihnutého dieťaťa. Na druhej strane sa však rodina, predovšetkým rodičia môžu za určitých okolností stať zdrojom problémov dieťaťa.

Nedostatočné pôsobenie rodičov z kvantitatívneho hľadiska je charakterizované nedostatkom vhodných podnetov v období, keď sú dôležité pre vlastný vývin jedinca. Pôsobenie kvalitatívne nevhodných podnetov vyvoláva u dieťaťa ťažkosti, ktoré taktiež prispievajú k negatívnemu vývinu. V oboch prípadoch dochádza k narušeniu uspokojení určitých potrieb, čo sa negatívne prejaví v celkovom vývine dieťaťa. Postihnuté dieťa v rodine zásadným spôsobom ovplyvňuje vzťahy medzi jednotlivými členmi rodiny, zvlášť vzťah s ostatnými súrodencami. Vo vzťahu medzi súrodencami si zdravé dieťa zväčša uvedomí rozdiely v prístupe rodičov. Postihnutý súrodenec môže byť rodičmi viac privilegovaný, jeho prejavy bývajú tolerované, aj keď nesúvisia s hendikepom. Od každého dieťaťa sú očakávané iné výsledky, sú nastavené odlišné kritériá hodnotenia. Zdravý súrodenec sa môže cítiť znevýhodnený, relativizáciu požiadaviek môže považovať za nespravodlivú a prežívať ju ako záťaž. Vo väčšine prípadov sa však rozvíja dominantno-ochranná rola, zdravý súrodenec si osvojuje väčšiu toleranciu k ľudskej rozmanitosti, väčšiu citlivosť k potrebám druhých (Helus, 2004).

Na druhej strane však môže byť vzťah súrodencov poznamenaný aj negatívnymi dôsledkami. Hendikepovaný súrodenec nie je považovaný za úplne rovnocenného partnera, čo obmedzuje vytvorenie skutočnej vzťahovej symetrie. Ako bude nastavený a následne utváraný vzťah súrodencov, je plne v kompetencii rodičov, v ich prístupe k vlastným deťom. Existuje celý rad modifikovaných prístupov, ale v zásade ide o dva varianty postojov a očakávaní rodičov vo vzťahu k postihnutému dieťaťu. Rodičia sa naplno venujú postihnutému dieťaťu, od zdravého súrodencu vyžadujú zrelšie správanie, než zodpovedá jeho vývinovej úrovni. Nedostatok záujmu môže u zdravého dieťaťa viesť k pocitu vlastnej bezvýznamnosti, z toho vyplývajúcej neistoty, ktorú následne prenáša aj do iných sociálnych skupín. Nezaujím môže viesť u zdravého súrodencu k stimulácii obranných reakcií, ktoré môžu vyústiť až do agresivity proti okoliu, eventuálne voči hendikepovanému súrodenčovi (Marková, 2005).

Diagnóza detskej mozgovej obrny znamená diverzifikáciu rodinných rituálov, resp. rodinných vzťahov vo všeobecnosti, v dôsledku nutnosti intenzívnej rehabilitácie, špecifických potrieb

dieťaťa, častých pobytov rodičov na liečení, čím trpia ostatní súrodenci. Rodičia rôzneho pohlavia obvykle reagujú odlišne, nielen vzhľadom na biologickú a sociálnu odlišnosť ich úloh, ale aj s ohľadom na dôsledky, ktoré má táto situácia pre ich ďalší život (Drliková, Mohsin et al., 2007).

Práve zvýšená hladina stresu je vnímaná ako faktor výrazne destabilizujúci rodinnú súdržnosť, a tým spôsobujúci vyšší výskyt vzájomného odcudzenia partnerov. Veľký význam má miera vzájomnej komunikácie oboch partnerov, ktorá umožňuje ventilovať svoje dojmy a pocity. Možnosť nájsť v partnerovi či partnerke zdroj sociálnej opory je dôležitým protektívnym faktorom znižujúcim riziko zlyhania rodinných funkcií. V náročnejšej situácii sa potom nachádzajú slobodné matky či dysfunkčné páry, ktoré si vzájomnú pomoc poskytnúť nedokážu (Jankovský, 2006).

Výchova dieťaťa trpiaceho somatickou chorobou zasahuje i partnerský vzťah samotný. V dôsledku intenzívnej starostlivosti vzrastá u rodičov pocit vyčerpania. Zo vzájomnej komunikácie sa vytráca priateľnosť a ústretovosť, naopak, stupňuje sa podráždenosť a celkovo negatívne emocionálne prežívanie. Otec obvykle volí únikovú stratégiu a eliminuje pobyt v domácnosti na najnižšiu možnú mieru. Kontrastne s tým vyznieva reakcia matky, ktorá sa väčšinou ešte intenzívnejšie zameria na starostlivosť o dieťa, pričom jej podriadiť všetky ostatné oblasti života. V tejto súvislosti sa však domnievame, že dôležitú úlohu hrajú i konflikty a problémy, ktoré v manželstve existovali už v čase pred prepuknutím choroby. Tá sa potom ľahko môže stať zámienkou, na základe ktorej sa napätie vyhrocuje a vzdialenosť medzi manželmi ešte viac narastá (Horsman et al., 2010).

Postihnuté dieťa mení život rodiny od základov. Výchova a starostlivosť o postihnuté dieťa znamená ťažkú emočnú záťaž, vyžaduje si veľké časové nároky a v konečnom dôsledku môže byť aj fyzicky náročná (Kraus, 2005). S novou zložitou situáciou sa najčastejšie nedokáže vyrovnáť otec, ktorého správanie môže ostať navonok nezmenené, ale vo svojom vnútri môže byť urazený. Niektorí otcovia v snahe vyhnúť sa starostlivosti o dieťa sa intenzívnejšie venujú výkonu povolania, iní rodinu opustia. Matka je obvyčajne tá, ktorá sa pre dieťa obetuje, prekonáva ťažkosti, stará sa o dieťa 24 hodín denne. V mnohých prípadoch matka s otcom spoja spoločné sily. Niekedy sa rodina môže rozhodnúť, že dieťaťu bude lepšie v ústave. Je to v prípade, ak sa nevie vyrovnáť so situáciou narodenia postihnutého dieťaťa alebo ak pre fyzickú únavu a psychickú vyčerpanosť nevláda náročnú výchovu postihnutého dieťaťa. (Matějček, 2001).

Záver

Detská mozgová obrna je ochorenie, ktoré významne zasahuje do celkového životného štýlu rodiny. Často nastáva nutnosť zmeniť zažité návyky, denný režim a spôsob trávenia voľného času. Zvyšujú sa nároky na starostlivosť, čo so sebou často nesie veľkú časovú i finančnú investíciu. Všetky tieto faktory spojené s príslušnou emocionálnou záťažou zvyšujú riziko upadnutia do chronického stresu a postupného vyčerpania. V kontexte komplexného ponímania ochorenia sa zaoberanie psychosociálnymi atribútmi ochorenia DMO javí ako nevyhnutné.

Literatúra

1. Brunstrom JE, Tilton AH. Cerebral Palsy. Current management in Child Neurology. Fourth edition 2009: 307–313.
2. Cooley WC. Providing a Primary Care Medical Home for Children and Youth With Cerebral Palsy. Pediatrics 2004; 114(4): 1106–1111.
3. Drlíková L, Mohsin KAH, Al-Fadhli AK, Anbais FH, Erajhi A, Zemanová H, Siegllová J. Children with cerebral palsy after 6-month physiotherapy. Scripta medica. Brno: Lékařská fakulta MU Brno 2007: 219–224.
4. Galli M, Cimolin V, Romei M, Tenore N, Crivellini M, Albertini G. Gait Analysis in the Assessment of Children with Cerebral Palsy. In: Trends in Cerebral palsy Research. Inc. New York: Nova Science Publishers 2006: 24–37.
5. Helus Z. Dítě v osobnostním pojetí. Praha: Portál 2004: 232.
6. Horsman M, Suto M, Dudgeton B, Susan RH. Ageing with cerebral palsy: psychosocial issues. In: Age and Ageing 2010; 39: 294–299.
7. Jankovský J. Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením. 2. vyd. Praha: Triton 2006: 173.
8. Jeanson E. Neurodevelopmental therapy. In: Physical therapy of cerebral palsy. NY, USA, Springer Science + Business Media, LLC 2007: 345–346.
9. Kraus J, Hanušová J, Nevšímalová S, Süssová J, Štěpánová I. Dětská mozgová obrna. Praha: Grada 2005: 348.
10. Kraus J. Dětská mozgová obrna. In: Neurol. prax. 2011; 7 (4): 267.
11. Krejčířová D, Vágnerová M. Psychodiagnostika dětí a dospívajících. Praha: Portál 2001: 454–458.
12. Marešová E, Joudová P, Severa S. Dětská mozgová obrna. Praha: Galén 2011; 1: 154.
13. Matějček Z. Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí. Jinočany: H & H 2001: 179.
14. Marková D. Komplexní problematika dětí s perinatální zátěží. In: Peditriae. Praha: Medix 2005; 5(10): 17–19.
15. Miller F, Bachrach S, Dabney K, Duffy L, Meyers RC, Trzcinski K, Rhondas W. Cerebral Palsy: a complete guide for caregiving. USA, Baltimore. The Johns Hopkins University Press 2006: 473. ISBN 0–8018–8355–5.
16. Levitt S. Treatment of Cerebral Palsy and Motor Delay. 4 edition published by Blackwell Publishing 2004: 303. ISBN 1–4051–0163–6.
17. Sankar C, Munkur N. Cerebral palsy – definition, classification, etiology and early diagnosis. Indian J Pediatr 2005; 72(6): 865–868.
18. Turk M. Health, mortality and wellness issues in adults with cerebral palsy. Developmental Medicine and Child Neurology 2009; 51(Suppl 4): 24–29.
19. Vágnerová M. Psychologie handicapu 3. část. Vývoj postiženého dítěte v předškolním věku. Liberec: PF Technická univerzita Liberec 2003: 27.

Článek doručen redakci: 5. 12. 2012

Článek přijat k publikaci: 11. 6. 2012

PhDr. Iveta Ondriová, PhD.

Katedra ošetrovatelstva Fakulty zdravotníckych odborov PU, Prešov
Partizánska 1, 080 01 Prešov
ondriova@unipo.sk

