



Rycina 4.1. Schemat ICF.

Źródło: opracowanie własne na podstawie WHO, 2009.

w pracy, dlatego powinni być aktywnie włączeni w procesy planowania i programowania. Niezmiernie ważne jest, aby wszystkie informacje zebrane podczas wywiadu znalazły się w dokumentacji dziecka. Ułatwi to znacznie współpracę całemu zespołowi prowadzącemu dziecko zarówno pomiędzy sobą, jak i z dzieckiem i jego rodzicami (opiekunami) [Taczała, 2013].

Badanie dziecka na potrzeby terapii zajęciowej zostało w niniejszym opracowaniu podzielone na trzy obszary oddziaływania zgodnie z klasyfikacją ICF (**struktury i funkcja, aktywność, uczestnictwo**) [Susan de Klerk, 2015].

4.2. Badanie w zakresie struktury i funkcji organizmu

4.2.1. Pomiary liniowe i kątowe

Badanie zakresu ruchomości oraz długości i obwodów kończyn dziecka można ocenić orientacyjnie podczas wykonywania przez nie różnych czynności. Chcąc jednak dokładnie ocenić długość kończyn, należy posłużyć się taśmą centymetrową. Podczas dokładnego badania ruchomości poszczególnych stawów należy wykorzystać **goniometr**. Istotna jest ocena zarówno czynnego, jak i biernego zakresu ruchomości.

Międzynarodowy system zapisu pomiaru i zapisu zakresu ruchów w stawach to **SFTR**. Skrót SFTR oznacza: **S** – *sagittal* (płaszczyzna strzałkowa), **F** – *frontal*

(płaszczyzna czołowa), **T** – *transverse* (płaszczyzna poprzeczna), **R** – *rotation* (ruchy rotacyjne).

Wyniki **pomiarów zakresu ruchu** są zapisywane za pomocą trzech liczb według następujących zasad [Szczechowicz, 2015]:

- jako pierwsze zapisuje się ruchy wyprostu, wszystkie ruchy prowadzone od ciała, rotację zewnętrzną kończyn, odwodzenie, odwracanie, przy badaniu kręgosłupa skłony boczne oraz skręty w lewą stronę;
- środkowa liczba przedstawia pozycję wyjściową, w warunkach fizjologicznych jest to zazwyczaj 0;
- ostatnia liczba to ruchy zgięcia i ruchy w kierunku ciała, rotacja wewnętrzna kończyn, przywodzenie, nawracanie, przy badaniu kręgosłupa skłony boczne oraz skręty w prawą stronę.

4.2.2. Badanie napięcia mięśniowego

Podczas badania dzieci często spotyka się zmiany napięcia mięśniowego. Według Pandyan i wsp. [2005] **spastyczność** to zaburzenie czuciowo-ruchowe, powstałe na skutek uszkodzenia górnego neuronu ruchowego, objawiające się mimowolną, przerywaną lub stałą aktywacją mięśni.

Istnieje wiele skal służących do **oceny napięcia mięśni**. Jednymi z bardziej popularnych, stosowanych u dzieci do oceny spastyczności, są zmodyfikowana skala Ashwortha oraz skala Tardieu.

Skala Ashwortha

Zmodyfikowana **skala Ashwortha** (tab. 4.1) służy do oceny wzmożonego napięcia mięśniowego (spastyczności) u pacjentów neurologicznych [Bohannon, 1987]. Badanie przeprowadza się w pozycji leżącej, a polega na wykonaniu ruchów biernych w stawach kończyn w celu rozciągnięcia badanych grup mięśniowych. Taki test należy wykonać kilkakrotnie. Podczas badania określa się reakcję mięśnia bądź grupy mięśni na bierne rozciąganie, np. prostując kończynę dolną w stawie kolanowym,

Tabela 4.1. Ocena napięcia mięśni w zmodyfikowanej skali Ashwortha

| Punktacja | Jakość reakcji mięśniowej |
|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 0 | Napięcie prawidłowe lub obniżone |
| 1 | Nieznaczny wzrost napięcia objawiający się oporem i uwolnieniem lub minimalnym wzrostem napięcia mięśni w końcowej fazie ruchu zginania lub prostowania |
| +1 | Nieznaczny wzrost w stanie napięcia mięśnia objawiający się oporem i uwolnieniem oraz występujący w drugiej połowie zakresu ruchu w stawie |