Zdravstvena njega osoba s intelektualnim teškoćama

Grbavica, Tonka

Undergraduate thesis / Završni rad

2018

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Split / Sveučilište u Splitu**

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:176:809572

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-04-20**

Sveučilišni odjel zdravstvenih studija
SVEUČILIŠTE U SPLITU

Repository / Repozitorij:

Repository of the University Department for Health Studies, University of Split

zir.nsk.hr

UNIVERSITY OF SPLIT

dabar
DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJI

SVEUČILIŠTE U SPLITU
Podružnica
SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA
PREDDIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ
SESTRINSTVA

Tonka Grbavica

ZDRAVSTVENA NJEGA OSOBA S INTELEKTUALNIM TEŠKOĆAMA

Završni rad

Split, 2018.

SVEUČILIŠTE U SPLITU

Podružnica

SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA

PREDDIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ

SESTRINSTVA

Tonka Grbavica

ZDRAVSTVENA NJEGA OSOBA S INTELEKTUALNIM TEŠKOĆAMA

NURSING CARE OF PEOPLE WITH INTELLECTUAL DISABILITIES

Završni rad/Bachelor's Thesis

Mentor:

Mario Marendić, mag. med. techn.

Split, 2018.

Zahvala:

Zahvaljujem svom mentoru Mariu Marendiću, mag.med.techn. na strpljenju, nesebičnoj pomoći te svim uputama i savjetima pri izradi ovog završnog rada.

Srdačno zahvaljujem doc.dr.sc. Vesni Antičević i Diani Aranzi, mag.med.techn. na susretljivosti i udijeljenim savjetima.

Zahvaljujem prof. Nevi Stanojević na udijeljenim savjetima i nesebičnoj pomoći.

Zahvaljujem svim svojim prijateljima koji su mi bili velika podrška tokom studiranja i koji su mi uljepšali studentske dane.

Zahvaljujem svom dečku Niki na strpljenju i razumijevanju tijekom niza godina školovanja.

Posebice i najviše zahvaljujem svojim roditeljima bez čije potpore i razumijevanja ništa od ovog ne bi bilo ostvarivo.

SADRŽAJ

1. UVOD 1
1.1. Klasifikacija intelektualnih teškoća 2
1.2. Uzroci intelektualnih teškoća 5
1.3. Stanja koja uključuju intelektualnu teškoću 6
1.4. Sposobnost osoba s intelektualnom teškoćom 8
1.5. Epidemiologija intelektualne teškoće 10
1.6. Podrška osobama s intelektualnom teškoćom 12
1.7. Zdravstvena njega osoba s intelektualnom teškoćom 14
2. CILJ 20
3. RASPRAVA 21
4. ZAKLJUČAK 25
5. LITERATURA 27
6. SAŽETAK 29
7. SUMMARY 30
8. ŽIVOTOPIS 31

1. UVOD

Intelektualna teškoća nastaje prije 18. godine života te predstavlja različita genetska, medicinska i socijalna stanja koja karakterizira ispodprosječno intelektualno funkcioniranje, nije bolest ili specifična nesposobnost i ne može se liječiti (1). Prema najnovijem pristupu Američkog udruženja za intelektualni i razvojni invaliditet (engl. American association for intellectual and developmental disabilities), intelektualna teškoća se definira kao snižena sposobnost za koju su značajna ograničenja u intelektualnom funkcioniranju i adaptivnom ponašanju (2).

Pojam intelektualnog funkcioniranja odnosi se na inteligenciju kao generalnu mentalnu sposobnost koja uključuje rasuđivanje, mišljenje, zaključivanje, planiranje, rješavanje problema, apstraktno mišljenje, razumijevanje kompleksnih ideja, brzo učenje i učenje kroz iskustvo (1,3). Ograničenja u intelektualnom funkcioniranju se prikazuju pomoću kvocijenta inteligencije (IQ) koji se ispituje pomoću jednog ili više standardiziranih testova. Kvocijent inteligencije kod intelektualne teškoće iznosi približno 70 i manje (1). Pojam adaptivnog ponašanja je skup pojmovnih, socijalnih i praktičnih vještina koje je osoba naučila u svrhu funkcioniranja u svakidašnjem životu (1). U područja adaptivnog ponašanja spadaju: komunikacija, briga o sebi, stanovanje, snalaženje u okolini, samousmjeravanje, zdravlje, sigurnost, slobodno vrijeme, rad te funkcionalna akademska znanja (1,3).

Potrebno je istaknuti i pojam snižene sposobnosti koji nam ukazuje na to da li su i koliko sposobnosti snižene te je potrebno napraviti procjenu u odnosu na cjeloviti život osobe kako bi odredili stupanj potrebne pomoći. Stupanj pomoći se određuje individualno prema karakteristikama pojedinca kako bi on mogao adekvatno funkcionirati u svom okruženju. U modele podrške spadaju: povremena, ograničena, opsežna i sveobuhvatna podrška (3).

1.1. Klasifikacija intelektualnih teškoća

Za klasifikaciju intelektualne teškoće koristi se Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema (MKB-10), te Dijagnostički i statistički priručnik za društvene poremećaje (DSM-IV) (1). Za razliku od MKB-10, DSM-IV ima klasificiranu dobnu granicu za početak intelektualne teškoće (1).

1.1.1. Klasifikacija intelektualne teškoće prema MKB-10

Međunarodna klasifikacija bolesti (MKB-10) definira intelektualnu teškoću kao stanje zaostalog ili nepotpunog razvoja uma, posebno karakterizirano oštećenjem sposobnosti koje se očituju za vrijeme razvoja, sposobnosti koje pridonose cjelokupnu stupnju razvoja inteligencije, primjerice mišljenje, govor, motorika i sposobnosti ostvarivanja društvenog kontakta (4). Prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti i srodnih zdravstvenih problema, intelektualna teškoća se dijeli na: laku, umjerenu, tešku i duboku (1).

Laka intelektualna teškoća je okarakterizirana kvocijentom inteligencije između 50 i 70 što prema mentalnoj dobi odgovara godinama od 9 do 12 godina . Djeca s lakom intelektualnom teškoćom zahtijevaju edukativnu potporu tokom školovanja te se mogu osposobiti za jednostavna zanimanja. Pojavnost u općoj populaciji je 1% (1).

Umjerena intelektualna teškoća je okarakterizirana kvocijentom inteligencije između 35 i 50 što prema mentalnoj dobi odgovara godinama od 6 do 9 godina. Osobe s umjerenom intelektualnom teškoćom su u određenom stupnju samostalne u samozbrinjavanju, učenju i komunikaciji uz različite oblike potpore kroz život. Pojavnost u općoj populaciji je 0,3% (1).

Teška intelektualna teškoća okarakterizirana je kvocijentom inteligencije između 20 i 35 što prema mentalnoj dobi odgovara godinama od 3 do 6 godina. Osobe s teškom intelektualnom poteškoćom zahtijevaju stalnu potporu u vještinama samozbrinjavanja i pomoć druge osobe. Pojavnost u općoj populaciji je 1:10 000 stanovnika (1).

Duboka intelektualna teškoća je okarakterizirana kvocijentom inteligencije ispod 20 što prema mentalnoj dobi odgovara ispod 3 godine. Često je duboka intelektualna

teškoća udružena s drugim teškoćama (primjerice nemogućnost hoda i govora, izostanak interesa za okolinu), stoga takve osobe imaju potrebu za stalnom pomoći (1).

Tablica 1. Klasifikacija intelektualne teškoće prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti i srodnih zdravstvenih problema, Ljubičić M. Zdravstvena njega osoba s invaliditetom. Sveučilište u Zadru, Zadar, 2014.

Klasifikacija intelektualne teškoće prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti i srodnih zdravstvenih problema (MKB-10)	
STUPANJ INTELEKTUALNE TEŠKOĆE	**IQ**
Laka intelektualna teškoća	50 - 70
Umjerena intelektualna teškoća	35 - 50
Teška intelektualna teškoća	20 - 35
Duboka intelektualna teškoća	< 20

1.1.2. Klasifikacija intelektualne teškoće prema DSM-IV

Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje ima tri osnovna kriterija za klasifikaciju intelektualne teškoće: intelektualni aspekt, adaptivni i socijalni aspekt te vremenski aspekt (1).

A. Intelektualni aspekt obuhvaća značajno ispodprosječno funkcioniranje gdje je IQ približno 70 ili ispod.
B. Adaptivni i socijalni aspekt označavaju oštećenje u barem dva od sljedećih područja:
   - Komuniciranje
   - Briga o sebi
   - Obiteljski život
   - Socijalne i interpersonalne vještine
   - Uporaba zajedničkih sredstava
   - Rad
   - Slobodno vrijeme
   - Sigurnost
C. Vremenski aspekt koji označava početak prije 18. godine života

DSM-IV ne nudi kriterij isključivanja, pa se dijagnoza može postaviti kada su zadovoljeni kriteriji pod A, B i C (4).

Tablica 2. Klasifikacija intelektualne teškoće prema Dijagnostičkom statističkom priručniku za duševne poremećaje (DSM-IV), Ljubičić M. Zdravstvena njega osoba s invaliditetom. Sveučilište u Zadru, Zadar. 2014.

Klasifikacija intelektualne teškoće prema Dijagnostičkom statističkom priručniku za duševne poremećaje (DSM-IV)	
ASPEKT	**OBILJEŽJE**
Intelektualni aspekt	Ispodprosječno funkcioniranje s kvocijentom inteligencije približno 70 ili nižim.
Adaptivni, socijalni aspekt	Oštećenje adaptivnog funkcioniranja u barem dva slijedeća područja: komuniciranje, briga o sebi, obiteljski život, socijalne i interpersonalne vještine, uporaba zajedničkih sredstava, rad, slobodno vrijeme, sigurnost
Vremenski aspekt	Početak prije 18. godine života

Prema istraživanjima B. Inhelder svaki stupanj intelektualne teškoće odgovara određenom razdoblju, odnosno razvojnoj dobi (3). Iako nam razvojna dob može pomoći kod razumijevanja kognitivnih sposobnosti, svakako moramo uvažiti kronološku dob osobe i njezino životno iskustvo koji utječu na odnos prema samom sebi i okolini te mogu dovesti do razvoja novih psihičkih kvaliteta koje ne bismo očekivali kod djeteta bez teškoća iste razvojne, ali niže kronološke dobi (3). Obzirom da razvoj mentalne dobi završava oko šesnaeste godine, B. Inhelder je predložila klasifikaciju za odrasle osobe s intelektualnom teškoćom (3). Obzirom na razvojnu dob, ovako možemo prikazati klasifikaciju (Tablica 3.) (3):

Tablica 3. Klasifikacija intelektualne teškoće prema razvojnoj dobi prema B. Inhelderu, Sekušak-Galešev S. Bio-psiho-socijalne karakteristike adolescenata s mentalnom retardacijom. Zagreb. 2002.

Razvojna dob	Stupanj intelektualne teškoće
0 - 18 mjeseci	Duboka intelektualna teškoća
18 mjeseci - 4 godine	Teška intelektualna teškoća
4 godine - 7 godina	Umjerena intelektualna teškoća
7 godina - 12 godina	Laka intelektualna teškoća

Prema Piaggetovoj teoriji, mentalna dob raste linearno između pete i šeste godine, a porast je brži što je stupanj teškoće lakši (3). Kod osoba s teškom i dubokom intelektualnom teškoćom se prije postiže najviša razina mentalne dobi, za razliku od osoba s umjerenom i lakom intelektualnom teškoćom kod kojih mentalna dob raste i do četrdesete godine (3). Kod svih stupnjeva intelektualne teškoće, nakon šezdesete godine je zapaženo opadanje mentalne dobi (3).

1.2. Uzroci intelektualnih teškoća

Uzročni čimbenici intelektualne teškoće su: biološki, psihološki i kombinirani (1). Iako je posljednjih godina dijagnostika napredovala kod 30-40% osoba s intelektualnim teškoćama se ne može jasno utvrditi etiologija (1). Kao glavni predisponirajući čimbenici se navode (5):

- nasljeđe (5%)
- rana embrionalna oštećenja (30%)
- problemi u trudnoći i perinatalne poteškoće (10%)
- opće zdravstveno stanje u dojenačkoj dobi (5%)
- vanjski faktori (15-20%)

Prema vremenu nastanka, uzroci intelektualne teškoće se dijele na: prenatalne, perinatalne i postnatalne (1).

Prenatalni uzroci su prisutni od začeća do poroda i mogu se podijeliti na genetske i intrauterino stečene (1). Oni uključuju kromosomske poremećaje, različite sindrome, poremećaje metabolizma, poremećaje razvoja mozga, te nepovoljne utjecaje okoline.

U prenatalne uzroke ubrajaju se i razvojne malformacije, oštećenja izazvana vanjskim čimbenicima, kao i oštećenja nastala kao posljedica bolesti endokrinog sustava poput dijabetesa i hipotireoze (1,5). Genetski uzroci uključuju razne metaboličke poremećaje, neurokutani sindrom, hipotireozu nastalu poremećajem sinteze tiroksina, razvojne anomalije mozga, hormonska odstupanja (1). Intrauterini uzroci uključuju infekcije te oštećenja kemijskim i fizikalnim agensima (1).

U perinatalne uzroke spadaju intrauterini i neonatalni poremećaji (od 22.tjedna trudnoće do navršenih 7 dana života). Oni uključuju hipoksiju koja posljedično dovodi do oštećenje mozga, krvarenja u mozgu ili moždanim ovojnicama, hipoglikemija, razne infekcije ili prijevremeni porod (5).

U postnatalnu skupinu uzroka spadaju svi oni koji mogu uzrokovati oštećenja od rođenja do završetka razvoja, koji je prema DSM-IV 18. godina života. U postnatalne uzročnike se ubrajaju stečene i traumatske ozljede mozga, infekcije mozga, toksičko - metabolički poremećaji te nepovoljan okolinski utjecaj (5).

1.3. Stanja koja uključuju intelektualnu teškoću

Intelektualnu teškoću uzrokuje više čimbenika te su često udruženi poremećaj vida, sluha i govora (1).

Poremećaji kromosoma mogu se dogoditi u spolnim i somatskim stanicama te rezultiraju različitim oštećenjem uz različiti stupanj intelektualne teškoće (1). Poremećaji spolnih kromosoma u pravilu se manifestiraju poremećajem spolnog razvoja i sniženog IQ (1). U takve poremećaje možemo ubrojiti Turnerov sindrom (45X) i Klinefertov sindrom (47, XXY, 47 XXX, 48 XXXY) (1). Poremećaji kromosoma na somatskim stanicama rezultiraju većim oštećenjima jer uz teži intelektualni deficit uključuju i oštećenja brojnih organskih sustava vitalnih za život (1). U takve poremećaje možemo ubrojiti Patauov sindrom s trisomijom na 13. kromosomu (47, XX + 13 ili 47, XY + 13), Edwardsov sindrom s trisomijom na 18. kromosomu (47, XX + 18 ili 47, XY + 18), Down sindrom s trisomijom na 21. kromosomu (47, XX + 21 ili 47, XY + 21) (1).

1.3.1. Down sindrom

Najčešći uzrok intelektualne teškoće, ali i najčešća kromosopatija je Down sindrom (1). Prve opise Down sindroma nalazimo 1838. godine, a definirao ih je Esquirola i to uglavnom kao problem rizika za rađanje djece čije su majke u vrijeme poroda bile starije od 35 godina (6).

J. Langdon Hayden Down je prvi opisao kliničku sliku i glavne poremećaje Down sindroma te je sindrom po njemu i dobio ime. Od kraja 20. stoljeća do 1950. godine su se vodile rasprave o etiologiji ovog sindroma te najčešćim uzrocima su se smatrali starost majke i alkoholizam roditelja. Kako je napredovala citogenetika, utvrđeno je da Down sindrom ima kromosomsku osnovu (6).

Trisomija 21. kromosoma koju su prvi put opisali J. Lejeune, M. Gautier i R. Trupin, 1959. godine, uzrokuje brojne fizičke i intelektualne poremećaje. Uz različiti stupanj intelektualne teškoće postoji i zastoj tjelesnog rasta. Glavne karakteristike po kojima možemo prepoznati ovaj sindrom su: smanjeni opseg glave, plosnat zatiljak, široko razmaknute i kose oči, nabori kože na unutarnjem očnom kutu, maleni nos i usta te velik jezik. Male uši, kratak vrat s povećanom količinom masnog tkiva. Kratke i široke šake s poprečnom brazdom na dlanu. Palac i susjedni prsti na nogama su povećano razmaknuti. Uz mišićnu hipotoniju, prisutni su iznimno pokretljivi zglobovi. Oko 40% djece s Down sindromom ima prirođenu srčanu manu (1).

Prema statističkim podatcima, danas se jedno od 650 rođene djece rodi s Down sindromom, a prema podatcima u skorijoj i bliskoj „modernoj“ budućnosti moglo bi se dogoditi da su sve češća pojavljivanja trisomije 21, ali i ostalih genetskih poremećaja (7).

Slika 1. Karakteristična obilježja osobe sa sindromom Down. Izvor [Internet]. Dostupno na: https://www.netterimages.com/down-syndrome-unlabeled-genetics-john-a-craig-4275.html

1.4. Sposobnost osoba s intelektualnom teškoćom

Sposobnost osoba s intelektualnom teškoćom ovisi o samom stupnju intelektualnom teškoće, a sposobnosti se odnose na pamćenje, percepciju, pažnju, govor, socijalne vještine, motorički, emocionalni razvoj i spolnost. Na razvoj sposobnosti utječu odgoj i okolina u kojoj osoba boravi pa one mogu napredovati i varirati (1).

Pamćenje je psihički proces kojim osoba usvaja različite sadržaje. Kod osoba s intelektualnim teškoćama postojan je deficit u tom procesu. Posebice su izražene teškoće kratkotrajnog i senzornog pamćenja. Prema istraživanjima osobe s intelektualnom teškoćom imaju značajno slabije sposobnosti kratkotrajnog pamćenja u odnosu na prosječnu populaciju. Posljedice slabijeg kratkotrajnog pamćenja se očituju na način da osoba ima manji broj informacija koje može pohraniti u dugotrajno pamćenje te one informacije koje u određenom trenutku primi slabije analizira. Postoje strategije zapamćivanja, a najčešće korištene su:

- Ponavljane
- Organiziranje (svrstavanje u kategorije i grupiranje)
- Korištenje medijatora (verbalnih i vizualnih)

Strategije zapamćivanja su se pokazale uspješnima, ali samostalnost u njihovu korištenju je vrlo mala (3).

Percepcija je proces stvaranja predodžbe na temelju osjeta. Osobe s intelektualnim teškoćama imaju otežanu percepciju. Pažnja kao psihička funkcija je veoma važna za edukaciju osoba s intelektualnom teškoćom. Ona je kod njih smanjena i u dužem vremenskom razdoblju ne mogu bez prekida usmjeriti pažnju na zadatak. Aspekti pažnje koji se najviše istražuju su: navikavanje ili habitacija (nije kontrolni proces), selektivna pažnja, koncentracija. Navikavanje je proces kod kojeg zbog zasićenja dolazi do manjkavog obraćanja pažnje na određene podražaje. Prema istraživanjima zasićenje na poznate podražaje se sporije razvija kod osoba s intelektualnim poteškoćama nego što je to slučaj kod osoba s prosječnim intelektualnim sposobnostima (3).

Selektivna pažnja podrazumijeva usmjeravanje pažnje na bitne osobine. Prema istraživanjima kod osoba s intelektualnom teškoćom, selektivna pažnja se sporije razvija. Koncentracija je sposobnost usmjeravanja pažnje kroz duži vremenski period na neki zadatak. Prema istraživanjima osobe s intelektualnom teškoćom imaju velike probleme u održavanju koncentracije te su znatno slabiji naspram osoba prosječnog razvoja (3).

Govor kod osoba s intelektualnom teškoćom se očituje siromašnim rječnikom i zaostajanjem govornog izražavanja. Često su prisutni alogija i dislogija. Alogija se javlja kod teškog i dubokog intelektualnog oštećenja i odnosi se na nesposobnost govora, a dislogija se javlja kod umjerene intelektualne teškoće, kao pojam obuhvaća sve specifičnosti govora kod osoba s intelektualnim teškoćama (1).

Motorički razvoj kod osoba s intelektualnom teškoćom je usporen. Često su prisutne hipotonija, pasivnost, odstupanje u koordinaciji i osnovnim antropometrijskim dimenzijama (1).

Socijalne vještine osoba s intelektualnom teškoćom su slabije razvijene. Kao i osobe bez teškoće i ove osobe doživljavaju emocije, ali i djeca i odrasli s inetelektualnom teškoćom teže prepoznaju emocije na osnovu facijalne ekspresije (1).

Kada se u skladu s kognitivnim razvojem odvija emocionalni i socijalni razvoj, tada u povoljnoj okolini, koja je adaptirana na potrebe djeteta, dijete pokazuje očekivano, adaptirano ponašanje sukladno njegovom intelektualnom potencijalu (3). Ukoliko se dogodi obratno, da emocionalni i socijalni razvoj zaostaje za kognitivnim, javljaju se

problemi u djetetovom ponašanju (3). Prema istraživanjima je utvrđeno da 1/3 ispitane djece s intelektualnom teškoćom ima niži emocionalni razvoj naspram kognitivnog (3).

Spolni razvoj kod osoba s intelektualnom teškoćom se ne razlikuje u odnosu na osobe bez teškoća. Najčešći oblici iskazivanja seksualnog ponašanja su: masturbacija, držanje za ruku, grljenje, ljubljenje, intimno dodirivanje i pokušaj ostvarivanja seksualnog odnosa (1).

1.5. Epidemiologija intelektualne teškoće

Poznavanje epidemiologije intelektualne teškoće je veoma važno zbog prevencije ali i terapije. Iz tog razloga prevalencija i incidencija su intenzivno proučavane i imaju dugu povijest. Poznato je da intelektualna teškoća ima heterogenu etiologiju, a varijacije u prevalenciji i incidenciji u literaturi proizlaze iz uporabe različitih metodologija i različitih uzoraka (4).

Epidemiološka istraživanja se temelje na tri osnovna principa: statističkom, socijalnom i patološkom (4).

Statistički princip se odnosi na primijenjene statističke metode, a što uključuje određivanje IQ na 2 standardne devijacije. Problem kod ovog principa je što rezultate stavlja u kategorije, a to uvijek ne odgovara realitetu (4).

Patološki model se odnosi na patološke promjene, npr. specifična patološka slika i intelektualna teškoća kod određenih sindroma (4).

Socijalni model se odnosi na socijalno funkcioniranje i funkcioniranje u školi (4).

Epidemiološke studije su najčešće provedene na nacionalnom području, pa mogućnost usporedbe drugih utjecaja na razvoj intelektualne teškoće kao npr. kulturalnog je smanjena (4).

Na prevalenciju intelektualne teškoće utječu i brojni drugi čimbenici, a neki od njih su: rana dijagnostika, kontrola trudnica, lijekova, socijalni uvjeti, stupanj zdravstvene svijesti i organizacija zdravstvene službe i dr. (4).

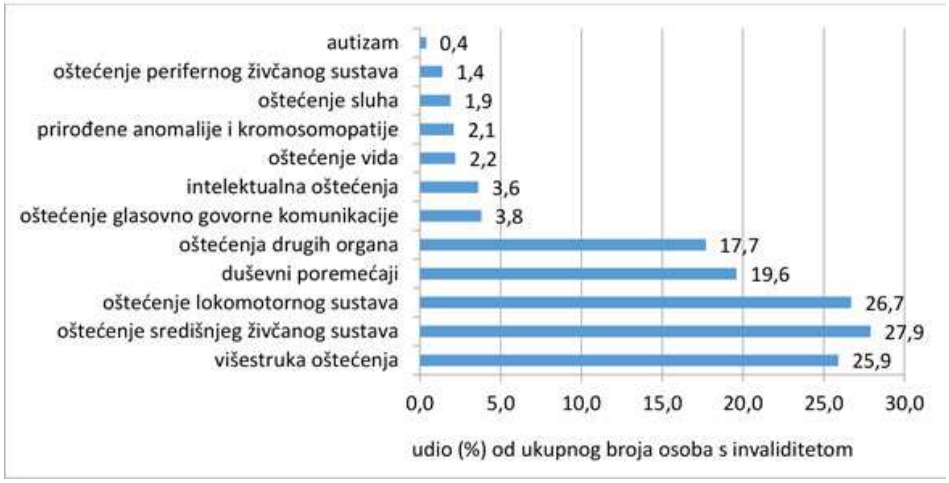
Veoma bitna je i demografska analiza koja obuhvaća: dob, spol, socioekonomsko stanje, gradsko ili seosko područje, itd. (4). U školskoj dobi se analizira adaptivno ponašanje, a kod adolescenata se procjena radi na temelju samozbrinjavanja i mogućnosti

zapošljavanja u sredini u kojoj osoba živi. Prevalencija je veća kod dječaka u odnosu na djevojčice, što se objašnjava time da genetske anomalije koje su povezane s intelektualnom teškoćom imaju veze sa spolnim kromosomima (4).

Prema istraživanjima intelektualna teškoća se javlja u oko 2 - 3% opće populacije. Blaga intelektualna teškoća se javlja u 75 - 90% slučajeva. Intelektualna teškoća nepoznatog uzroka se javlja u 30 - 50% osoba te se ona prema uzroku dijeli na 25% genetički uzrokovane teškoće i 5% naslijeđene od roditelja.

Meta-analiza provedena 2011. godine za cilj je imala prikupiti podatke objavljenih studija između 1980. i 2009. godine. Prema tim podatcima najveće stope intelektualne teškoće su zabilježene u zemljama srednjeg i niskog standarda (8). Prevalencija intelektualne teškoće je bila veća među djecom i adolescentima naspram odraslih (8). Glavni problem koji se javio je bio taj što zemlje srednjeg i niskog standarda nemaju potrebne resurse za ispravno tretiranje intelektualne teškoće (8).

U gradu Zagrebu prevalencija intelektualnih teškoća bilježi iste vrijednosti od 2010. godine do 2014. te iznosi 4,0‰ (9).



Slika 2. Vrste oštećenja koja uzrokuju invaliditet ili kao komorbiditetne dijagnoze pridonose stupnju funkcionalnog onesposobljenja osobe. Izvor. Škes M. Mentalno zdravlje osoba s invaliditetom u gradu Zagrebu. Nastavni zavod za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“. 2016. Izvor [Internet]. Dostupno na: http://zdravljezasve.hr/html/zdravlje08_brojke2.html

1.6. Podrška osobama s intelektualnom teškoćom

Suvremeni modeli skrbi za osobe s intelektualnom teškoćom podrazumijevaju normalizaciju životnih uvjeta i individualiziranu podršku. Podrška koja je potrebna osobama s intelektualnom teškoćom podrazumijeva pomoć u užoj i široj društvenoj zajednici. Prema Luckassonu i suradnicima iz 1992. godine, razine podrške koje su potrebne pojedincu svrstane su u četiri kategorije (2):

1. Povremena podrška se pruža na bazi individualne procjene potreba. Ona je povremena jer osoba ne treba uvijek podršku već je treba u situacijama promijenjenih životnih okolnosti (primjerice stanje akutne bolesti, gubitak posla). Ovakva povremena podrška može biti rjeđe ili češće potrebna osobama s intelektualnim poteškoćama.
2. Ograničena podrška koja uključuje vremensko ograničenje ali ne i sporadičnu pomoć. Ona je konzistentna tijekom vremena ali nije vremenski ograničena (pomoć iz prijelaza iz školske u odraslu dob). Takva podrška zahtijeva manji broj osoba iziskuje manja financijska sredstva nego neki intenzivniji oblici pomoći.
3. Opsežna podrška uključuje redovitu podršku u nekim u svim situacijama tijekom života. Ona je intenzivna dugotrajna i kontinuirana stoga uključuje mnogo više osoblja od ostalih oblika pomoći.

Prvi oblici skrbi za osobe s intelektualnim teškoćama su bili temeljeni na modelu milosrđa. Kako se razvijalo društvo, tako je se mijenjala rehabilitacija i zakonodavna zaštita osoba s intelektualnom teškoćom. Ključni procesi koji su tome pridonijeli jesu socijalna integracija i normalizacija koji nastoje da se uvjeti života osoba s intelektualnim teškoćama što više približe uvjetima „normalnoga života“ (2).

U 20. stoljeću se javlja filozofija inkluzije, a ona zahtjeva da se prava osoba s teškoćama potpuno izjednače s pravima populacije bez teškoća. Tako se svakom članu zajednice daje važna uloga i poštovanje (2).

Roditeljska i obiteljska podrška imaju veliki utjecaj na ostvarivanje kvalitete života osoba s intelektualnom teškoćom jer oni biraju oblike odgoja, obrazovanja i rehabilitacije svog djeteta. Uz tu podršku, važna je i podrška društva (2). Društvo često osobama s intelektualnim teškoćama nameće ograničenja koja su povezana sa stigmatizacijom, nepoštivanjem ljudskih prava, zatvorenost javnih službi, fizička ograničenja institucija, prostora, itd.. Od iznimne je važnosti djetetu omogućiti boravak u obitelji što je duže

moguće te ga uključivati u redovne institucije za odgoj i obrazovanje. U odrasloj dobi je važno osobu adekvatno smjestiti, uključiti u rad i zapošljavanje. Također osoba s intelektualnom teškoćom mora imati pravo na suodlučivanje i aktivno donošenje odluka vezanih za aktivnosti (2).

1.6.1. Samozastupanje osoba s intelektualnom teškoćom

Tijekom šezdesetih godina dvadesetog stoljeća u društvu su se počeli javljati pokreti samozastupanja. Osobe s intelektualnim teškoćama su organizirale pokret samozastupanja kako bi dokazale da mogu snositi odgovornost i biti ravnopravne u društvu. Taj pokret je promijenio stavove u društvu prama osobama s intelektualnom teškoćom. Samozastupanje je usmjereno na vrijednosti i uvjerenja koja naglašavaju da su svi ljudi prije svega osobe i da se prema njima treba ophoditi sa dostojanstvom i poštovanjem njihovog identiteta (2).

Republika Hrvatska je 2012. godine uskladila svoje izborno povjerenstvo s čl. 29 Konvencije o pravima osoba s intelektualnim teškoćama i svim osobama s invaliditetom omogućila jednako pravo glasa. Ovaj iskorak je prvi put ostvaren 2013. godine na izborima za EU parlament (2).

1.6.2. Normalizacija i socijalni model skrbi u zajednici

Još sedamdesetih godina se pojavljuje koncept normalizacije kako bi se osobama s intelektualnom teškoćom osigurao uobičajen način življenja. Nastojalo se osigurati uobičajene norme po pitanju obiteljskog življenja, stanovanja, obrazovanja, rada i zapošljavanja. Samim time došlo je do razvoja inkluzije kako bi se osobe s teškoćama uključile u socijalnu sredinu. Prema inkluziji, društveno prihvaćanje različitosti je normalno i cijeni se. Tako razmišljanje predstavlja socijalni model. Socijalni model stavlja težište na preostale sposobnosti osobe s teškoćom. Ono što ovaj model zahtjeva od društva je prilagodba osobama s teškoćama i njihovo uvažavanje. Za razliku od socijalnog, medicinski model sagledava teškoću kao individualni problem koji treba

medicinsku skrb i za cilj ima ostvarenje izlječenja uz prilagodbu ili promjenu ponašanja (10).

Sam pojam „rehabilitacije u zajednici“ definiran je kao strategija razvoja zajednice za rehabilitaciju, izjednačavanje prilika i socijalnu integraciju kod osoba s teškoćama (10). Rehabilitacija u zajednici se provodi preko koordiniranog sudjelovanja osoba s teškoćama, njihove obitelji i same aktivnosti zajednice (10). Model rehabilitacije u zajednici ukazuje na kvalitetniji, humaniji i dostojanstveniji pravac ka razvitku tolerancije različitosti i skrbi za takve osobe, osobe s intelektualnim teškoćama imaju neotuđiva prava, kao i osobe bez intelektualnih teškoća (11).

Dokument EU „Social Policy Agenda“ donosi 10 načela kojima se potiče uključenost zajednice, a to su: supsidijarnost, holistički pristup, transparentnost i odgovornost, usluge primjerene korisnicima, djelotvornost, solidarnost i partnerstvo, dostojanstvo i poštivanje ljudskih prava, sudjelovanje korisniku kreiranju skrbi, podupiranje osobnog rasta i razvoja, trajno poboljšanje i održivost (10).

1.7. Zdravstvena njega osoba s intelektualnom teškoćom

Svaka osoba s intelektualnom teškoćom razlikuje se prema težini, prirodi i opsegu vlastitih funkcionalnih ograničenja što ovisi o zahtjevima i ograničenjima okoline te prisustvu i odsustvu podrške. Sustav podrške je veoma važan obzirom da svaka kategorija zahtjeva veći ili manji stupanj podrške od strane druge osobe. Nasuprot tome, svaka osoba ima određene sposobnosti što je značajno za zadovoljavanje osnovnih ljudskih potreba i svakodnevno funkcioniranje (1).

1.7.1. Procjena osoba s intelektualnom teškoćom

Procjena osoba s intelektualnim teškoćama treba biti cjelovita i uključivati sve parametre kao i kod osoba koje nemaju intelektualnu teškoću, a naglasak se stavlja na intelektualno funkcioniranje i adaptivno ponašanje. Intelektualno funkcioniranje se odnosi na inteligenciju, spoznaju i učenje. Ono samo po sebi utječe i na sposobnost funkcioniranja u svakodnevnom životu jer ukoliko je ono „ograničeno“ javljaju se

ograničenja i u drugim funkcijama. Adaptivno ponašanje se odnosi sposobnost usvajanja onih vještina koje su potrebne u svakodnevnom životu, njihovo ograničenje dovodi do poteškoća u funkcioniranju, snalaženju, ponašanju, promjenama i zahtjevima koje nameće okolina (1). Te sposobnosti dijelimo na (1) :

- Praktične sposobnosti nužne za usvajanje vještina neovisnog življenja, a koje se dijele na aktivnosti samozbrinjavanja (hranjenje, eliminacija, oblačenje, pokretljivost) te instrumentalne aktivnosti svakodnevnog života (pripremanje obroka, održavanje domaćinstva, uzimanje lijekova, upravljanje novcem, telefoniranje).
- Socijalne sposobnosti koje uključuju razvijanje interpersonalnih vještina (komunikacija, povjerenje, poštovanja, odgovornosti, samopostignuća)
- Pojmovne sposobnosti koje se odnose na usvajanje akademskih vještina (pojmova, jezika, čitanja, pisanja)

Uz procjenu intelektualne i adaptacijske sposobnosti, važna je i procjena okoline u kojoj osoba s intelektualnom teškoćom boravi. Procjena okoline obuhvaća procjenu obiteljskog doma, škole, radnog mjesta i zajednice (1). Postoje tri glavna obilježja koja okolina treba zadovoljiti, a to su (1):

1. Mogućnost zadovoljavanja osnovnih ljudskih potreba
2. Dobrobit na tjelesnom, materijalnom, socijalnom i kognitivnom području
3. Osjećaj predvidivosti, kontrole i sigurnosti

Funkcioniranje osobe s intelektualnom teškoćom ovisi o interakciji osobe i podršci okoline. Takav međuodnos utječe na samostalnost i aktivno uključenje osobe u društvenu sredinu. Kod procjene osobe s intelektualnom teškoćom važno je uzeti u obzir razvojnu dob, emocionalnu zrelost kao i okolnosti u kojima uzimamo podatke. Podatke prikupljamo iz više izvora: primarnih, sekundarnih i tercijarnih. Pod primarni izvor podataka spada sama osoba, odnosno oni podatci koje uzimamo prilikom razgovora s osobom, sekundarni izvor podataka su članovi obitelji i bliske osobe, dok je tercijarni izvor podataka medicinska dokumentacija. Osim sestrinskih obrazaca mogu se koristiti i različite skale za procjenu stanja osobe s intelektualnom teškoćom (1). Najčešće skale za procjenu pri procjenjivanju osoba s intelektualnom teškoćom jesu: skale procjene adaptivnog ponašanja, kvalitete života, ispitivanja stavova i vrijednosti te test nadopunjavanja rečenica (1). Prikupljeni podatci se analiziraju te na taj način dobijemo uvid u probleme osoba s intelektualnom teškoćom.

1.7.2. Problemi iz područja zdravstvene njege zdravstvene njege

Prilikom provođenja zdravstvene njege, moramo obratiti pažnju na sam proces koji se sastoji od četiri faze: utvrđivanje potreba, planiranje, provođenje i evaluacija.

Kako je prethodno spomenuto, potrebe za zdravstvenom njegom se utvrđuju prikupljanjem podataka iz primarnog, sekundarnog i tercijarnog izvora. Da bismo pravilno uočili problem, utvrdili potrebe za zdravstvenom njegom te planirali sestrinske intervencije, od iznimne nam je važnosti kvalitetna procjena osobe s intelektualnom teškoćom. Planiranje intervencija kod osoba s intelektualnom teškoćom mora biti usklađeno s planovima drugih stručnjaka koji su uključeni u skrb, kako bi se podijelila mišljenja o potrebama, problemima i napretku. Intervencije moraju biti prilagođene osobi s intelektualnom teškoćom sa što je moguće manjim brojem neželjenih učinaka, jer takve osobe nisu u mogućnost uvijek situaciju sagledati realno. Prilikom provođenja sestrinskih intervencija treba težiti samostalnosti svih aktivnosti u mjeri kojoj stupanj intelektualne teškoće dopušta (1). Intervencije i ciljevi sestrinske skrbi za osobe s intelektualnom teškoćom usmjereni su na osiguravanje potrebne pomoći kao i raznih oblika edukacije o samozbrinjavanju, unaprjeđenju zdravlja te prevenciji bolesti i povreda (12). Iako su ciljevi u zdravstvenoj njezi osoba s intelektualnom teškoćom najčešće dugoročni, kontinuirana evaluacija sa više kratkoročnih ciljeva omogućuje nam trajno praćenje stanja osobe s intelektualnom teškoćom (1). Najčešći problemi iz područja zdravstvene njege kod osoba s intelektualnim teškoćama su:

- Smanjena mogućnost brige za sebe
- Otežano gutanje
- Oštećenje sluznice usne šupljine
- Smanjena pokretljivost
- Strah
- Neučinkovita komunikacija
- Socijalna izolacija
- Visok rizik za aspiraciju hrane
- Visok rizik za infekciju
- Visok rizik za pad

1.7.2.1. Aktualni problemi u zdravstvenoj njezi

Smanjena mogućnost brige za sebe je sestrinska dijagnoza koja se može odnositi na četiri sljedeća parametra: oblačenje/dotjerivanje, eliminacija, osobna higijena i hranjenje.

Smanjena mogućnost hranjenja je stanje u kojem osoba ima smanjenu sposobnost ili potpunu nesposobnost za samostalno uzimanje hrane i tekućine (13). Medicinska sestra treba pripremiti i servirati hranu kako bi je osoba mogla samostalno uzimati i lakše gutati (1). Što je veći stupanj intelektualne teškoće, to je veći stupanj ovisnosti o drugoj osobi i pomagalima koja moraju biti prilagođena samoj osobi (1).

Smanjena mogućnost održavanja osobne higijene je stanje u kojem osoba ima smanjenu sposobnost li potpunu nesposobnost za obavljanje osobne higijene (13). Ukoliko je stupanj intelektualne teškoće blaži, osoba može u određenoj mjeri samostalno brinuti o osobnoj higijeni, a ako nije u mogućnosti samostalno obavljati osobnu higijenu, potrebna je pomoć medicinske sestre (1). Medicinska sestra treba osigurati adekvatni pribor, pomoći pri pranju nedostupnih dijelova tijela te osigurati privatnost (1).

Smanjena mogućnost eliminacije je stanje kada osoba ne može samostalno obavljati eliminaciju urina i stolice (13). Osobe s intelektualnim teškoćama često imaju smetnje eliminacije što posljedično smanjuje njihov stupanj samostalnosti (1). Medicinska sestra treba osigurati adekvatnu količinu hrane i tekućine, te privatnost pri eliminaciji. (1).

Smanjena mogućnost oblačenja/dotjerivanja je stanje u kojem osoba ima smanjenu sposobnost ili potpunu nemogućnost za obavljanje aktivnosti odijevanja i same brige o svome izgledu (13). Oblačenje/dotjerivanje ovisi o samostalnosti i ukusu osobe, te ukoliko je moguće treba pružiti mogućnost izbora odjeće i samostalnog odijevanja (1).

Otežano gutanje može biti čest problem kod osoba s intelektualnim teškoćama te se očituje otežanim gutanjem hrane, tekućine i sline. (1) Najčešći uzrok je opuštenost oralne muskulature pa se javlja povećana salivacija sline niz usne što se nastoji poboljšati logopedskim tretmanima, puhanjem, pijenjem na slamku te igrom poljubaca (1).

Oštećenje sluznice usne šupljine po definiciji je stanje u kojem kod osobe postoji oštećenje integriteta sluznice usne šupljine (13). Kod osoba s intelektualnom teškoćom, javlja zbog toga što je izraženija intelektualna teškoća to je manja mogućnost samostalnog obavljanja higijene usne šupljine (1). Također osobe s intelektualnim teškoćama su često sklone samoozljeđivanju, griženju usnica i bukalne sluznice što dovodi do pojave ranica

(1). Medicinska sestra treba objasniti osobi tehniku održavanja higijene usne šupljine (1). Intervencije četkanja, čišćenja i ispiranja trebaju se obavljati pomoću različitih tehnika i pomagala (četkica, špatula namotanih gazom) (1). Pribor treba biti poznat osobi kako bi postigli bolju suradnju i umanjili strah (1).

Smanjena pokretljivost je problem koji je često prisutan kod osoba s intelektualnim teškoćama i javlja se u različitom opsegu (1). Stupanj smanjene pokretljivosti određuje potrebu za pomoći druge osobe i pomagala (1).

Strah kod osoba s intelektualnim teškoćama se javlja zbog toga što situacije iz okoline doživljavaju kao neugodno iskustvo (1). Iz tog razloga često razvijaju i strah prema nepoznatim osobama i situacijama što se očituje različitim oblicima neadekvatnog ponašanja i prestankom napredovanja (1).

Neučinkovita komunikacija kod osoba s intelektualnom teškoćom je obilježena poremećajem artikulacije i tečnosti govora. Posljedično tome osoba može imati poremećaj raspoloženja, osjećaj samoće i socijalnu izolaciju. Zadaća medicinske sestre je poticati osobu na komunikaciju i izražavanje osjećaja, slušati osobu, pružiti joj pažnju i poštovanje, razvijati osjećaj povjerenja. Svi postupci moraju biti popraćeni empatijom, strpljenjem, tolerancijom i razumijevanjem (1).

1.7.2.2. Potencijalni problemi u zdravstvenoj njezi osoba s intelektualnom teškoćom

Visok rizik za aspiraciju hrane je povezan s otežanim gutanjem i opuštenom oralnom muskulaturom. Medicinska sestra treba osigurati adekvatnu hranu i tekućinu te prilagoditi vrstu hrane mogućnostima pacijenta (pasirana, kašasta, obična) (1). Potrebno je osobi dati dovoljno vremena, poticati samostalnost i osigurati adekvatan pribor. Nakon završenog obroka potrebno je provjeriti usnu šupljinu kako ne bi ostalo zalogaja hane i došlo do aspiracije.

Visok rizik za infekciju prema definiciji je stanje u kojem je pacijent izložen riziku nastanka infekcije uzrokovane patogenim mikroorganizmima (13). Kod intelektualne teškoće visok rizik za infekciju je sestrinska dijagnoza koja proizlazi iz toga što osobe s intelektualnom teškoćom često imaju smanjenu mogućnost obavljanja osobe higijene,

higijene usne šupljine ili normalne eliminacije. Uz to nerijetko uz intelektualnu teškoću imaju udružene bolesti koje mogu dovesti do slabljenja njihovog imuniteta. Medicinska sestra treba osigurati adekvatne uvjete za obavljanje higijene te o svim znakovima, kao i simptomima infekcije obavijestiti liječnika.

Visok rizik za pad je sestrinska dijagnoza koja proizlazi iz smanjene pokretljivosti koja je česta kod intelektualne teškoće. Medicinska sestra treba osigurati adekvatnu opremu za pomoć pri kretanju osobe te je upoznati s korištenjem iste, pobrinuti se da osoba upozna predmete u prostoriji i da se njihov razmještaj ne mijenja, ukloniti sve prepreke, osigurati adekvatno osvjetljenje.

2. CILJ

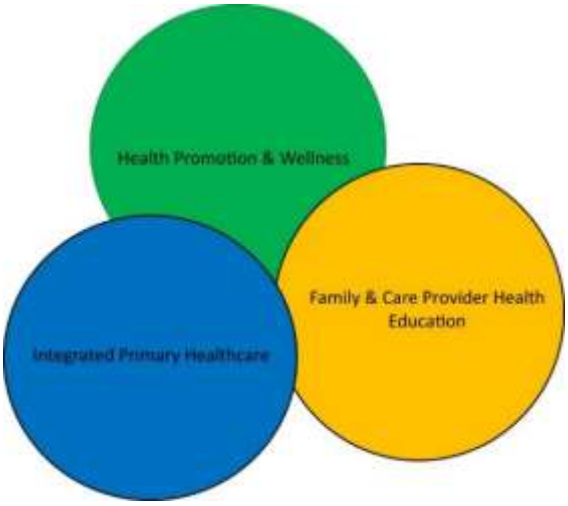
Cilj završnog rada je objasniti i opisati specifične sestrinske postupke u rehabilitacijskom timu pri rješavanju problema iz područja zdravstvene njege u osoba s intelektualnom teškoćom.

3. RASPRAVA

Intelektualna teškoća je heterogene etiologije. Prema najvećem broju istraživanja prevalencija intelektualne teškoće u općoj populaciji iznosi 3% (5). Međutim, 2 od 3% pripada lakoj intelektualnoj teškoći koja su često ne dijagnosticirana ili su osobe s takvom intelektualnom teškoćom uključene u redovne školske programe i sustave (5). Preostalih 1% čini populacija o kojoj skrbi Hrvatski savez udruga osoba s intelektualnim teškoćama (5). Na planu prevencije i terapije intelektualne teškoće poseban značaj imaju prevalencija i incidencija intelektualne teškoće (5). Prevalencija je pod utjecajem brojnih faktora kao što su: rana dijagnostika i kontrola trudnica, lijekova, socijalnih uvjeta, stupnja zdravstvene svijesti, organizacije i zdravstvene službe (5).

Prema istraživanjima učestalost teške intelektualne teškoće u SAD-u i drugim razvijenim državama se kreće između 2,5 do 5 djece na 1000 živorođene djece (14). Dok se blaga intelektualna teškoća javlja u 2 do 30 djece na 1000 živorođene djece (14). Rizik od blage intelektualne teškoće je najviši između populacije niskog socioekonomskog statusa (14).

U SAD-u (država Colorado) 2007. godine je razvijen model koji je okupio lokalne, nacionalne i međunarodne stručnjake za zdravstvo i intelektualne teškoće kako bi razvio model integrirane zdravstvene skrbi prilagođen potrebama soba s intelektualnom teškoćom iz kojeg je proizašlo pet ciljeva: povećati dostupnost zdravstvene zaštite, poboljšati kvalitetu skrbi među zdravstvenim djelatnicima zajednice, razvijati resurse za promicanje zdravlja ljudi s intelektualnom teškoćom i razviti model zdravstvenog sustava isporuke prilagođen potrebama osoba s intelektualnom teškoćom (15). Od tih ciljeva razvijen je model koncepta sustava isporuke zdravstvene skrbi koji se sastoji od tri glavne komponente: zdravstvena zaštita, promicanje zdravlja i wellness te edukacije skrbnika (15).



Slika 3. Model koncepta sustava zdravstvene skrbi u SAD-u. Izvor. A. Ervin, B. Hennen, J. Merrick, M. Morad. Healthcare for Persons with Intellectual and Developmental Disability in the Community. 2014. [Internet]. Dostupno na: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4098023/

U Coloradu je 2011. godine otvoren Centar za zaštitu razvojne teškoće (15). Centar primarno nudi integriranu primarnu zdravstvenu njegu koja je prilagođena potrebama djece i odraslih s intelektualnom teškoćom (15).

Primarnu medicinsku zaštitu odraslima u SAD-u mogu pružiti obiteljski liječnici, pedijatri, opći internisti pa čak i ginekolozi za žene, dok za djecu postoje specijalne klinike u dječjim bolnicama (15). Za razliku od SAD-a primarna medicinska skrb u Velikoj Britaniji, Australiji, Novom Zelandu, Kanadi i Nizozemskoj za osobe s intelektualnim teškoćama se pruža od liječnika opće prakse ili obiteljskih liječnika u zajednici (15). Financiranje zdravstvenog sustava varira u različitim zemljama. U Velikoj Britaniji, Kanadi, Izraelu i većini industrijaliziranih zemalja jednak pristup zdravstvenoj zaštiti osigurava se kroz zdravstvene usluge koje pokriva vlada (15). Takav sustav osigurava pristup ali je upitna kvaliteta. U SAD-u osobe moraju imati privatno osiguranje iako ono nije jamstvo pristupu niti kvaliteti (15). U posljednjih deset godinama javili su se zakoni u nekoliko američkih zemalja prema kojima je se odredila minimalna pokrivenost prema privatnim osiguranjima koji nude veći pristup zdravstvenim uslugama za osobe s intelektualnom teškoćom. Također, Zakon o zaštiti pacijenata zahtijeva da

pojedina privatna osiguranja pokrivaju rehabilitacijske usluge i uređaje što je uvelike pomoglo osobama s intelektualnom teškoćom i njihovim obiteljima (15).

U Republici Hrvatskoj, organizirana podrška osobama s intelektualnim teškoćama usmjerena je na podršku zajednice i obitelji. Cilj je integrirati osobe s teškoćom u lokalne zajednice te podupirati njihovo zapošljavanje na lokalnom području. Proces preobrazbe institucija započeo je 2011. godine kroz osnivanje dnevnih centara i usluga te stambeno zbrinjavanje utemeljeno na zajednici od strane novonastalih nevladinih organizacija. Nevladine organizacije imaju jako bitnu ulogu u podršci osobama s invaliditetom. Jedna od nevladinih organizacija je i Udruga za promicanje inkluzije koja podupire razvoj društva u kojem su ljudi s intelektualnim teškoćama jednaki te se poštuju njihovi doprinosi i ljudska prava. Na temelju toga određeni broj osoba s teškoćama dobiva mogućnost borbe za svoja prava i samostalan život u zajednici (16).

U Republici Hrvatskoj postoji 18 domova socijalne skrbi u državnom vlasništvu za osobe s intelektualnim teškoćama. Neslužbene procjene upućuju na to da otprilike jedna trećina ljudi s teškom intelektualnom teškoćom živi u ustanovama, dok druge dvije trećine žive u obiteljima ili zajednici. Što se tiče obrazovanja u Republici Hrvatskoj sadašnje zakonodavstvo ne pruža sveobuhvatno inkluzivno školovanje djeci s intelektualnim teškoćama (17). Samo djeca s blagim intelektualnim teškoćama imaju pravo na obrazovanje u redovitom školskom programu, dok su djeca s težim intelektualnim teškoćama smještena u odvojene škole ili ustanove (17). Također obrazovno financiranje predstavlja određene prepreke budući da školski proračun mora biti odobren na nacionalnoj razini, proces dodjeljivanja osoblja kao podrške za djecu s intelektualnim teškoćama je jako teško (17). „Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju (Narodne novine, 150/08, 94/09, 153/09, 71/10 i 139/10) propisuje da je zdravstveno osiguranje u Republici Hrvatskoj obvezno i dobrovoljno“(18). Obveznim zdravstvenim osiguranjem osiguravaju se svim osiguranicima prava i obveze iz obveznoga zdravstvenog osiguranja, a provodi ga Hrvatski zavod za obvezno zdravstveno osiguranje (18). „U Planu i programu mjera zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja određene su i neke mjere za osobe s invaliditetom kao zdravstveno osobito osjetljivu skupinu (18).“ „Osobama s invaliditetom kao i drugim građanima trebaju biti dostupna prava na primarnu, specijalističko-konzilijarnu i bolničku zdravstvenu zaštitu koja obuhvaća dijagnosticiranje, liječenje i medicinsku rehabilitaciju

te specifičnu zdravstvenu njegu“ (18). Potrebno je obuhvatiti pravo na stomatološko protetske nadomjeske, lakše ostvarivanje prava na ortopedska i druga pomagala, korištenje lijekova utvrđenih osnovnom i dopunskom listom prema potrebi, kao i pravo na korištenje zdravstvene zaštite u inozemstvu (18).

4. ZAKLJUČAK

Uz definiciju, podjelu i uzroke koji do intelektualne teškoće dovode važnije je razumjeti kako su socijalna podrška, socijalna integracija i normalizacija od iznimne važnosti u životu osobe s intelektualnom teškoćom. Svi ljudi su osobe i zahtijevaju poštovanje, a posebice moramo paziti na one koji su slabiji u društvu i čija funkcija i kvaliteta života ovisi o našoj podršci.

Osobe s intelektualnim teškoćama stigmatizirane su diljem Europe i svijeta te se suočavaju se sa značajnim preprekama u ostvarivanju svojih temeljnih prava. Obrazovanje se najvećim dijelom provodi kod djece s lakim intelektualnim teškoćama u redovitim školskim programima, ali često odvojeno od djece bez intelektualne ili neke druge teškoće. Nadalje, ograničen im je pristup tržištu rada, odnosno poslodavci nemaju razumijevanja za zapošljavanje osoba s intelektualnim teškoćama pa je broj zaposlenih prilično malen. Velik dio njih živi u institucijama pa se posljedično tome javlja socijalna isključenost. Modele skrbi, kojima je obuhvaćena većina njih, potrebno je ukidati jer nosi brojne negativne komponente, dok je potrebno razvijati socijalni model. Svaka civilizirana društvena zajednica, osobito u današnje vrijeme, mora biti spremna prihvatiti svaku osobu s intelektualnim teškoćama i pružiti joj potporu sa ciljem rehabilitacije i bolje prihvaćenosti u društvu. Osobe s intelektualnim teškoćama ne bi trebale biti diskriminirane, već suprotno, treba ih poticati na samostalnost i autonomiju te im pomoći u socijalnoj integraciji i normalizaciji. Ono što svi moramo usvojiti je prihvaćanje različitosti, aktivno otklanjanje prepreka, senzibiliziranje zajednice za prihvaćanje, inkluzivni pristupu u rehabilitaciji, potpora obiteljima i deinstitucionalizaciji. Inkluzija znači biti uključen, obuhvaćen, pripadati, biti sa drugima. U tome se nalazi njena vrijednost, jer nam kroz razvoj opće tolerancije prema individualnim razlikama i potrebama omogućava širenje spoznaja, obogaćivanje iskustava i razvoj čovječnosti.

Medicinska sestra kao član rehabilitacijskog tima mora razviti visoki stupanj komunikacije sa osobom s intelektualnom teškoćom, stvoriti odnos povjerenja, imati dobru suradnju sa ostalim članovima koji sudjeluju u rehabilitaciji osobe te s obitelji i širom zajednicom koju istovremeno treba zdravstveno prosvjećivati i educirati o intelektualnim teškoćama. Uvijek pa tako i kod osoba s intelektualnim teškoćama mora raditi na unaprjeđenju zdravlja i prevenciji bolesti. Izvođenjem intervencija u sklopu

aktualnih ili potencijalnih problema svojstvenih osobama s intelektualnim teškoćama, medicinska sestra mora imati tendenciju postizanja što većeg stupanja samostalnost kod osoba s intelektualnom teškoćom te kroz trajno praćenje, uočavati napredak, stagnaciju ili nazadovanje osobe i vrednovati svoj rad.

5. LITERATURA

1. Ljubičić M. Zdravstvena njega osoba s invaliditetom, Sveučilište u Zadru, Zadar. 2014: 132-151.
2. Pavić J. Zdravstvena njega osoba s invaliditetom. Zdravstveno veleučilište Zagreb, Zagreb: 2014: 115-125.
3. Sekušak-Galešev S. Bio-psiho-socijalne karakteristike adolescenata s mentalnom retardacijom. [Internet]. Dostupno na: http://www.udrugapuz.hr/stoje.htm
4. Kokcijan-Hercigonja D., Došen A., Folnegović-Šmalc V., Kozarić-Kovačić D. Mentalna retardacija, Biologijske osnove, klasifikacija i mentalno-zdravstveni problemi. Naklada Slap, Zagreb. 2000; 10-20.
5. Kokcijan-Hercigonja D., Mentalna retardacija: Biologijske osnove. Hrvatski savez udruga osoba s intelektualnim teškoćama. [Internet]. Dostupno na: http://www.savezosit.hr/inelektualne-teskoce/etiologija/.
6. Vuković I., Tomić Vrbić S., Pucko A., Marciuš A. Down sindrom vodič za roditelje i stručnjake Zagreb. 2014. [Internet]. http://www.zajednica-down.hr/attachments/article/100/prirucnik_down_sindrom_04_web.pdf
7. Škrinjar J. Poticanje razvoja pozitivne slike o sebi kod osoba s mentalnom retardacijom. Priručnik. Zagreb. 2002.
8. Maulik P. K., Mascarenhas M. N., Mathers C. D., Dua T., Saxena S. Corrigendum to ‘‘Prevalence of intellectual disability: A meta-analysis of population-based studies’’ Res. Dev. Disabil. 2011; 32 (2): 419–436. [Internet]. Dostupno na: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0891422210003082
9. Škes M. Mentalno zdravlje osoba s invaliditetom u gradu Zagrebu. Nastavni zavod za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“. Zagreb. 2016. [Internet]. Dostupno na: http://zdravljezasve.hr/html/zdravlje08_brojke2.html
10. Lesički J., Fučkar G., Jularić A., Habuš I., Delač J., Lužaić R. Iskorak prema zajednici-inovativni model skrbi za osobe s intelektualnim teškoćama. Zagreb. 2009; 16-22.
11. Not, T. Mentalna retardacija: definicija, klasifikacija i suvremena podrška osobama s intelektualnim teškoćama. Nova prisutnost: Časopis za intelektualna i duhovna pitanja, 2008. [Internet]. Dostupno na: https://hrcak.srce.hr/34567

12. Lukac A. Značaj medicinske sestre u životu osoba s Down sindromom. Sveučilište Sjever. Varaždin. 2017. [Internet]. Dostupno na: https://repozitorij.unin.hr/islandora/object/unin:1489/preview
13. Šepec S., Kurtović B., Munko T. Vico M., Aldan D., Babić D., Turina A. Hrvatska Komora Medicinskih Sestara Zagreb. 2011; 47-57.
14. Boat T. F. et al. Prevalence of Intellectual Disabilities. 2015. [Internet]. Dostupno na: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK332894/
15. Ervin A., Hennen B., Merrick J., Morad M.. Healthcare for Persons with Intellectual and Developmental Disability in the Community. 2014. [Internet]. Dostupno na: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4098023/
16. N. Lisak. Disability Policy in Croatia. Faculty of Education and Rehabilitation Sciences University of Zagreb. Zagreb. 2015. [Internet]. Dostupno na: https://bib.irb.hr/datoteka/762228.Disability_Policy_in_Croatia_Lisak_Natalia.pdf
17. Pintarić-Mlinar LJ. et al. Rights of People with Intellectual Disabilities Access to Education and Employment Croatia. Monitoring report. 2005. [Internet]. Dostupno na: https://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/croatia_2005_0.pdf
18. Statut Grada Zagreba (Službeni glasnik Grada Zagreba 19/99, 19/01, 20/01 - pročišćeni tekst, 10/04, 18/05, 2/06, 18/06, 7/09, 16/09, 25/09 i 10/10) i točke 4. Završnih odrednica Nacionalne strategije izjednačavanja mogućnosti za osobe s invaliditetom od 2007. do 2015. (Narodne novine 63/07), Gradska skupština Grada Zagreba, 2011. Zagreb [Internet]. Dostupno na: https://www.zagreb.hr/UserDocsImages/arhiva/Zagreba%C3%84%C5%A4ka%20strategija-Slu%C4%B9%C4%BEbeni%20glasnik,%20objavljena.doc
19. Wagner K. Osnovna načela zdravstvene skrbi osoba s intelektualnim i psihičkim poteškoćama. Veleučilište u Bjelovaru, Bjelovar. 2016. [Internet]. Dostupno na: https://zir.nsk.hr/islandora/object/vtsbj%3A16/datastream/PDF/view
20. Boyle A., Dulin S., Peacock G., Moore C., Hooper C., Mitchel B., Chaney S., Kipreos V., Shapira S. National Center on Birth Defects and Developmental Disabilities. Division of Birth Defects and Developmental Disabilities. [Internet]. Dostupno na: https://www.cdc.gov/ncbddd/actearly/pdf/parents_pdfs/IntellectualDisability.pdf

6. SAŽETAK

Intelektualna teškoća obilježava ispodprosječno intelektualno funkcioniranje i nije bolest. Javlja se u 2-3% populacije i nastaje prije 18. godine života, te je češća u muškoj populaciji. Dijeli se na laku, umjerenu, tešku i duboku. Do njezine pojave mogu dovesti prenatalni, perinatalni i postnatalni čimbenici. U najvećem postotku (75-90%) se javlja blaga intelektualna teškoća. Kod osoba s intelektualnim teškoćama, jako je bitna procjena sposobnosti pamćenja, percepcije, pažnje, govora, socijalnih vještina, motoričkog i emocionalnog razvoja te spolnosti.

Suvremeni modeli skrbi za osobe s intelektualnom teškoćom podrazumijeva normalizaciju životnih uvjeta i individualiziranu podršku. Samozastupanje naglašava da su svi ljudi prije svega osobe i da svakom treba iskazati dostojanstvo i poštovanje. Uobičajene norme po pitanju obiteljskog življenja, stanovanja, obrazovanja, rada i zapošljavanja nastoje se osigurati procesom normalizacije pa se posljedično razvija i inkluzije čime se osobe s intelektualnim teškoćama teškoćama uključuju u socijalnu sredinu.

Kvalitetna zdravstvena njega osoba s intelektualnim teškoćama uključuje cjelovitu procjenu osoba s intelektualnim teškoćama, prikupljanje podataka, definiranje problema, definiranje ciljeva, izbor adekvatnih intervencija za rješavanje problema te kontinuiranu evaluaciju.

7. SUMMARY

Intellectual disability is characterized by below-average intellectual functioning and is not a disease. It occurs in 2-3% of the population and occurs before 18 years of age, and is more common in male populations. It can be divided on mild, moderate, heavy and deep. Her apperance can lead to prenatal, perinatal and postnatal factors. In highest percentage (75-90%) there is a mild intellectual disability. In people with intellectual disabilities, it is very important to evaluate the ability of memory, perception, attention, speech, social skills, motor and emotional development and sexuality.

Contemporary models of care for people with intellectual disabilities imply normalization of living conditions and individualized support. Self-help emphasizes that all people are first foremost a person and that everyone has to show dignity and respect. Common standards on familiy life, housing, education, labor and employment are being sought throught a process of normalization, and consequently development is also being made to include people with intellectual disabilities in the social environment.

Quality health care for people with intellectual disabilities includes a comprehensive assessment of people with intellectual disabilities, data collection, problem definition, definition of goals, choice of appropriate intervention for problem solving and continuous evaluation.

8. ŽIVOTOPIS

Tonka Grbavica je rođena 01.09.1995. godine u Šibeniku.

Osnovnu školu završila je u Drnišu.

Srednju školu je pohađala u Medicinskoj školi u Šibeniku, gdje je maturirala 2015. godine.

Od 2015. godine studira na Sveučilišnom odjelu zdravstvenih studija u Splitu – smjer sestrinstvo.

Služi se engleskim jezikom.