

Organizacija zdravstvene njege osoba s invaliditetom

Biluš, Ana

Undergraduate thesis / Završni rad

2020

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:162:552048>

Rights / Prava: [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-13**



Sveučilište u Zadru
Universitas Studiorum
Jadertina | 1396 | 2002 |

Repository / Repozitorij:

[University of Zadar Institutional Repository](#)

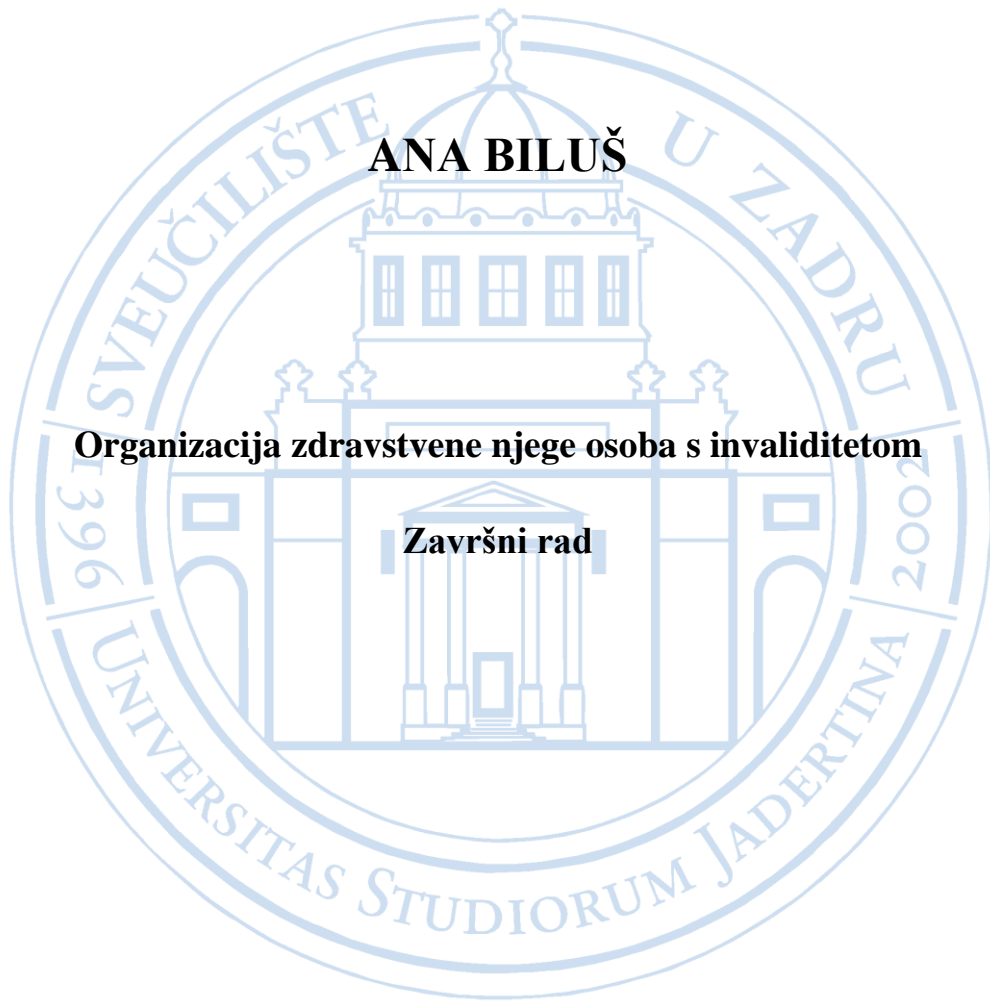


zir.nsk.hr



DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJI

Sveučilište u Zadru
Odjel za zdravstvene studije
Studij sestrinstva



ANA BILUŠ

Organizacija zdravstvene njege osoba s invaliditetom

Završni rad

Zadar, 2020.

Sveučilište u Zadru
Odjel za zdravstvene studije
Studij sestrinstva

PREDMET: Organizacija zdravstvene njege osoba s invaliditetom
TEMA: Organizacija zdravstvene njege osoba s invaliditetom

Završni rad

Student/ica:

Ana Biluš

Mentor/ica:

Ivana Gusar, mag.med.techn.

Zadar, 2020.



Izjava o akademskoj čestitosti

Ja, **Ana Biluš**, ovime izjavljujem da je moj **završni** rad pod naslovom **Organizacija zdravstvene njege osoba s invaliditetom** rezultat mojega vlastitog rada, da se temelji na mojim istraživanjima te da se oslanja na izvore i radove navedene u bilješkama i popisu literature. Ni jedan dio mojega rada nije napisan na nedopušten način, odnosno nije prepisan iz necitiranih radova i ne krši bilo čija autorska prava.

Izjavljujem da ni jedan dio ovoga rada nije iskorišten u kojem drugom radu pri bilo kojoj drugoj visokoškolskoj, znanstvenoj, obrazovnoj ili inoj ustanovi.

Sadržaj mojega rada u potpunosti odgovara sadržaju obranjenoga i nakon obrane uređenoga rada.

Zadar, 8. rujna 2020.

SADRŽAJ:

Sažetak

Summary

1. Uvod

1.1. Povijesni prikaz zdravstvene njege osoba s invaliditetom

1.2. Zastupljenost osoba s invaliditetom u populaciji

2. Invaliditet i osoba s invaliditetom- definiranje pojmova

2.1. Autizam

2.1.1. Zdravstvena njega osoba s autizmom

2.2. Cerebralna paraliza

2.2.1. Zdravstvena njega osoba s cerebralnom paralizom

2.3. Osobe s intelektualnim teškoćama

2.3.1. Zdravstvena njega osoba s intelektualnom teškoćom

2.4. Osobe s oštećenjem sluha

2.4.1. Zdravstvena njega osoba s oštećenjem sluha

2.5. Osobe s oštećenjem vida

2.5.1. Zdravstvena njega osoba s oštećenjem vida

2.6. Gluhoslijepe osobe

2.6.1. Zdravstvena njega osoba s gluhosljepošćom

3. Osnovna načela rada s osobama s invaliditetom

4. Organizacija rada medicinskih sestara u zdravstvenoj njezi osoba s invaliditetom

5. Uloga medicinskih sestara u zdravstvenoj zaštiti osoba s invaliditetom

5.1. Primarna zdravstvena zaštita

5.2. Sekundarna zdravstvena zaštita

5.3. Tercijarna zdravstvena zaštita

6. Zaključak

7. Literatura

Sažetak

Organizacija zdravstvene njege osoba s invaliditetom od velikog je značaja u provođenju zdravstvene skrbi za osobe s invaliditetom. Dobra organizacija omogućuje postizanje optimalnih rezultata uz manji napor i smanjenje nesporazuma i nejasnoća uz prethodno jasno definiranje ciljeva i odgovornosti te dobru komunikaciju unutar tima. U ovom radu ćemo objasniti različite vrste invaliditeta, koji uključuju osobe s autizmom, cerebralnom paralizom, oštećenjem sluha, vida, osobe s gluhošljepoćom i osobe s intelektualnim oštećenjem, zatim ćemo opisati načela rada s osobama s invaliditetom, te opisati ulogu medicinske sestre i organizaciju rada s osobama s invaliditetom.

Zdravstvena njega osoba s invaliditetom temeljena je na cjelovitom pristupu prema pojedincu u svrhu zadovoljavanja osnovnih ljudskih potreba tijekom koje je potrebno uvažavati posebnosti osobnosti svakog pojedinca, njegovo prihvaćanje, odražavanje poštovanja, ostvarenje odnosa povjerenja, te se kao iznimno važan faktor ističe vještina komunikacije. Kao cilj zdravstvene njege ističe se postizanje što više razine samostalnosti, poboljšanje kvalitete odnosa u obitelji, te adaptivno funkcioniranje pojedinca i njegove obitelji, te poboljšanje kvalitete života.

Ključne riječi: zdravstvena njega, organizacija, osoba s invaliditetom, oštećenje, medicinska sestra

Summary

Organization of health care of persons with disabilities

The organization who provide healthcare to persons with disabilities is of great importance in the implementation of health care for persons with disabilities because it allows to achieve optimal results with less effort and reduce misunderstandings and ambiguities while clearly defining goals, responsibilities and good communication within the team. In this work we will describe the principles of working with people with disabilities, explain different types of disabilities, which include people with autism, cerebral palsy, hearing difficulties, vision difficulties, people with deafblindness and persons with intellectual difficulties, then describe the role of the nurse and organization of work with people with disabilities.

Health care for persons with disabilities is based on a holistic approach to the individual in order to meet basic human needs during which it is necessary to take into account the specifics of the personality of each individual, quality communication, unconditional acceptance, respect and trust. The goal of health care is to increase independence, increase the quality of family relationships and the adaptive functioning of the person and family, and improve the quality of life.

Key words: health care, organization, person with a disability, impairment, nurse

1. Uvod

Invaliditet kao stanje je razvojni proces do kojeg dolazi međudjelovanjem osoba s invaliditetom i zapreka sa kojima se susreću te osobe, a iste proizlaze iz okoline, te sprječavaju ravnopravno sudjelovanje osoba u društvu. Kako navode Dadić M., Bačić A., Župa I., Vukoja A. "Za osobu s invaliditetom kažemo da je to svaka osoba koja ima dugotrajna tjelesna, intelektualna, mentalna ili osjetilna oštećenja koja u zajedništvu s različitim preprekama utječu na sprječavanje njezinog ravnopravnog sudjelovanja u društvu." [2]. Kvaliteta života kao multidimenzionalni koncept, područje je interesa različitih disciplina, tako i u biomedicini i zdravstvu. Povezivanje pojma zdravlja i funkcioniranja s kvalitetom života, neizostavna je smjernica u procesu rehabilitacije osoba s invaliditetom. [3]. Sigurnost u zdravstvenim ustanovama, njezino poboljšanje i unaprjeđenje je izuzetno važan aspekt pomoću kojega se postiže i bolja kvaliteta života osoba s invaliditetom. Upravo zato zdravstvena njega je među najkritičnijim područjima rada sistematično područje skupa djelatnosti koje imaju utjecaja u pružanju zdravstvene skrbi. Kao važan član zdravstvenog tima, medicinska sestra treba posredovati u tim djelatnostima, jer i o njoj, njezinom znanju i sposobnostima uključenja svih faktora zdravstvene skrbi ovisi i pacijentova sigurnost. [4]. Organizacija rada kao osnovni dio radne organizacije, podrazumijeva usklađivanje čimbenika radnog procesa radi postizanja optimalnih rezultata, dok upravljanje u zdravstvenoj njezi ima za cilj potaknuti individualni potencijal svakog zaposlenika.

1.1. Povijesni pregled zdravstvene njege osoba s invaliditetom

Zbog svojih tjelesnih, osjetilnih, psihičkih ili intelektualnih teškoća, osobe s invaliditetom su stoljećima bili diskriminirana socijalna skupina. Povijesna razdoblja društvenog prihvaćanja osoba s invaliditetom obilježena su obespravljenošću, ignoriranjem, stigmatizacijom, milosrđem, pa sve do tolerancije, integracije i društvenog uvažavanja. Taj put do prihvaćanja i uvažavanja možemo podijeliti na [5]:

1. Razdoblje obespravljenosti i neprihvaćanja, u koji spadaju stari vijek, srednji vijek i humanizam i renesansa. Odnosi prema osobama s invaliditetom su bili netolerantni, doživljavani su beskorisnima zato što nisu bile u mogućnosti participirati u djelatnostima važnim za opstanak. U nepredvidivim stanjima ostavljalo ih se po strani, jer su promatrane kao breme kojeg se trebalo riješiti. Zato su takve osobe bile prepuštane same sebi, nezaštićene, diskriminirane, pa čak i zlostavljane.
2. Razdoblje prihvaćanja, integracije i inkluzije unatoč netoleranciji. Pojedine društvene promjene pozitivno su djelovale na formiranje optimističkog stava prema osobama s invaliditetom i stvaranju povjerenja u njihove sposobnosti. U doba prosvjetiteljstva javlja se ideja obrazovanja i aktivnije participacije osoba s invaliditetom u društvenom kontekstu. Do kraja 19.stoljeća širom Europe otvara se znatan broj škola i domova za smještaj osoba s invaliditetom. U Hrvatskoj prvo educiranje ovih osoba kreće u Zagrebu. Otvaranje posebnih škola za osobe s invaliditetom uzrokovalo je formiranje posebnog sustava "specijalnog" školstva za osobe s invaliditetom. Društvena politika tog vremena nije dopuštala slobodu školovanja, osposobljavanje za rad, zapošljavanje i rad osoba s invaliditetom. Invaliditet se i dalje smatrao apsolutnom nepromjenjivom pojavom, što je poticalo segregacijski pristup ovim osobama.[5]

Segregacija, integracija i inkluzija

Segregacija je pojam koji opisuje stanje odvajanja osoba s invaliditetom u posebne škole, stambena naselja, radne organizacije, posebna društva, što je dovelo do njihove otuđenosti, odvajanja i izoliranosti iz stvarnog života te ograničavanja njihovih prava, odnosno segregacije. Odvajanje je bilo spontano i temeljeno na predrasudama i društvenoj politici toga vremena prema tim osobama. Polovinom šezdesetih godina politika segregacije, raznolikosti, specifičnih standarda, deficitarnih društvenih restrikcija i načina pomoći proživljava prve snažne primjedbe, te se javlja pokret samozastupanja koji podrazumijeva da osobe, zasebno ili

u skupini, raspravljaju ili reagiraju u svoje ime ili u ime drugih u vezi s pitanjima u društvu koja se na njih odnose. Razvijajući se sve više, ovaj pokret koji vode osobe s invaliditetom, tijekom sedamdesetih godina prerasta u međunarodni pokret za ljudska prava kojim se naglašava jednakost i ljudska prava svih ljudi te tako izravno utječe na negativne stavove društva prema osobama s invaliditetom. U isto vrijeme javlja se zamisao integracije koja zanemaruje strategiju invaliditeta kao izuzetnog stanja pojedinca. Osobe s invaliditetom počinju se uvažavati kao kompetentne u učenju, zaposlenju, kulturi, športu i javnom djelovanju. Socijalna integracija je pojam koji uključuje međusobne društvene odnose i u isto vrijeme privrženost osoba s invaliditetom grupi osoba bez teškoća, te podrazumijeva uključivanje osoba s invaliditetom u društveno okruženje i upotpunjavanje zajednice, u kojoj osoba s invaliditetom boravi, originalnim doprinosom integrirane osobe. Skupština Ujedinjenih naroda 1975. godine donosi Deklaraciju o pravima osoba s invaliditetom, s fokusom na uključivanje osoba u zajednicu. Razdoblje od 1983. do 1992. je proglašeno međunarodnom dekadom osoba s invaliditetom, te se na ideju integracije nadovezuje ideja inkluzije, kao trajni proces aktivnog uključenja i društvene ravnopravnosti osoba s invaliditetom. Inkluzija ne nastoji izjednačiti sve ljude, već ističe da je raznolikost u snazi, volji, znanju, sposobnostima i načinu zadovoljavanja osnovnih ljudskih potreba, prirodna i poželjna. Ona omogućava da se svaki član zajednice poštuje i uvažava, što pozitivno utječe na cijelu zajednicu. [5]

1.2. Zastupljenost osoba s invaliditetom u populaciji

Prema podacima svjetske, regionalne i nacionalne dokumentacije, procjenjuje se kako je zastupljenost osoba s invaliditetom u općoj populaciji oko 10%. [5] Dok prema podacima iz 2010. godine, u Republici Hrvatskoj živi cca 529 103 osoba s invaliditetom, te u tom broju muškarci čine 59,8% a žene 40,2%, što sveukupno čini 11,9% sveukupnog stanovništva Republike Hrvatske. Najznačajniji postotak, čak 54,2% osoba je starosne dobi od 19 do 64 godine, odnosno, nalaze se u radno aktivnoj životnoj dobi. [3]

Radi prikupljanja podataka o brojčanom stanju i vrstama invaliditeta i potrebama osoba s invaliditetom, Republika Hrvatska slijedi smjernice Ujedinjenih naroda. S tom namjerom Hrvatski sabor donio je 2001. godine Zakon o hrvatskom registru o osobama s invaliditetom, koji je počeo s radom 2002. godine. Navedeni Zakon propisuje vođenje registra pri Hrvatskom zavodu za javno zdravstvo, te definira i izvore podataka za registar o osobama s invaliditetom. Osnovni uvjet za osmišljavanje potrebnih mjera profilakse i izglasavanje plana za osobe s invaliditetom je mogućnost raspolaganja izvještaja o invaliditetu. Rezultati obrade podataka iz registra i popisa stanovništva iz 2011. godine omogućili su prikaz zastupljenosti osoba s invaliditetom u Hrvatskoj prema učestalosti prisutnih oštećenja [5]:

- 1. oštećenje lokomotornog sustava**
- 2. višestruka oštećenja**
- 3. duševni poremećaji**
- 4. oštećenje drugih organa**
- 5. oštećenje središnjeg živčanog sustava**
- 6. intelektualna teškoća**
- 7. oštećenje vida**
- 8. oštećenje glasovno-govorne komunikacije**
- 9. oštećenje sluha**
- 10. oštećenje perifernog živčanog sustava**
- 11. prirođene anomalije i kromosomopatije**
- 12. autizam.**

2. Invaliditet i osoba s invaliditetom - definiranje pojmova

Riječ invaliditet dolazi od latinske riječi *invalidus* kojom se osoba opisuje kao nevrjedna, nesposobna, nemoćna i slaba, što stavlja naglasak na ograničenje koje osoba ima, što neminovno dovodi do pojave stigmatizacije i diskriminacije. Različiti dokumenti i njihovi autori na različite načine definiraju pojam invaliditeta, te iz njih možemo saznati neke od osnovnih odrednica definiranja osoba s invaliditetom i s kojeg gledišta različiti autori imaju pogled na invaliditet. Tako, recimo, Međunarodna klasifikacija oštećenja, invaliditeta i hendikepa koju je 1980. godine inicirala Svjetska zdravstvena organizacija utvrđuje invaliditet kao „bilo kakvo ograničenje ili smanjenje (koje proizlazi iz oštećenja) sposobnosti izvođenja neke aktivnosti na način ili unutar raspona koji se smatra normalnim za ljudsko biće“, 1986. godine Svjetska zdravstvena organizacija napravila je reviziju svoje ranije verzije klasifikacije invaliditeta u Međunarodnu klasifikaciju funkcionalnosti, invaliditeta i zdravlja gdje pojam „invaliditet“ predstavlja kao učinak međuodnosa oštećenja i nepovoljnog učinka društvenog okruženja. Nadalje, Deklaracija o pravima osoba s invaliditetom ističe da je osoba s invaliditetom „svaka osoba koja je zbog tjelesnog i/ili mentalnog oštećenja, privremenog ili trajnog, prošlog, sadašnjeg ili budućeg, urođenog ili stečenog pod utjecajem bilo kojeg uzroka, izgubila ili odstupa od očekivane tjelesne ili fiziološke strukture te je ograničenih ili nedostatnih sposobnosti za obavljanje određenih aktivnosti na način i u opsegu na koji se smatra uobičajenim za ljude u određenoj sredini“. Opisana interpretacija potvrđena je kao društveno prihvatljiva na sjednici Hrvatskog sabora 2005. godine.

Izmjene zdravstvenog stanja dijele se u 4 osnovne grupe, a to su: tjelesno oštećenje, intelektualno oštećenje, mentalno oštećenje i poremećaj autističnog spektra. Osim navedene podjele nalazimo i razne druge koje se razlikuju obzirom na spol, dob (djeca s invaliditetom, odrasli s invaliditetom, ostarjele invalidne osobe), vrijeme u kojem se invaliditet pojavio (prirodna, perinatalna, oštećenja nastala rano ili kasnije nakon poroda), vrstu oštećenja (osobe s oštećenjem vida, sluha, glasa i govora, osobe s tjelesnim invaliditetom i kronično bolesne osobe, osobe s intelektualnim oštećenjem, osobe s prisutnim poremećajem ponašanja, uvjetovan organskim ili progresivnim psihopatološkim stanjima), te obzirom na radnu sposobnost (potpuni ili djelomični gubitak radne sposobnosti).

Pored svega navedenog, potrebno je istaknuti kako kod osobe može biti prisutno i nekoliko kategorija oštećenja, odnosno prisutnost dvije ili više kategorija oštećenja (fizičkog i/ili psihičkog) tijekom čega je jedno oštećenje izraženo u stadiju težine propisane gore navedenim Pravilnikom, a jedno ili više njih nisu izraženi u stadiju težine propisane Pravilnikom, ali

njihovo prisustvo u isto vrijeme daje novu i drugačiju dimenziju oštećenja ili bolesti. Obzirom da su uzročnici invaliditeta prilično složeni i još uvijek nedostavno istraženi, ne postoji općenita raspodjela etioloških čimbenika koji su doveli do invaliditeta, te se oni nerijetko isprepliću, tako da se pojedinačna podjela smatra nedostatnom. Često korištena klasifikacija invaliditeta je ona koja invaliditet dijeli na: nasljedni i stečeni, endogeni i egzogeni, organski i funkcionalni, te traumatizmi i bolesti. [2].

2.1. Autizam

Svjetska zdravstvena organizacija navodi kako je autizam "skupina poremećaja koje obilježavaju kvalitativne nenormalnosti uzajamne interakcije i obrazaca komunikacije kao i ograničen, stereotipan, ponavljajući repertoar interesa i aktivnosti." Navedene osobine su glavno svojstvo osobe s autizmom koje se razlikuju prema stupnju pojavnosti od osobe do osobe.

U današnjem društvenom okruženju dominiraju mišljenja kako je naslijeđe odgovorno za nastanak autističnog poremećaja; poremećaj moždane aktivnosti i funkcije; kognitivni poremećaji, zatim poremećaj govorno-glasovnog razvoja; poteškoće razvitka emocionalne inteligencije te interakcije spomenutih faktora. Autizam nastaje uslijed više različitih uzročnika ali točan način pojave još uvijek nije znanstveno utvrđen.

Poremećaje autističnog spektra dijelimo na: Kannerov, Aspergerov, Rettov sindrom, dezintegrativni poremećaj u djetinjstvu i atipični autizam. [1]

Kannerov sindrom ili klasični autistični poremećaj nkoji nazivamo infantilni autizam je sindrom kod kojega su izraženi osnovni simptomi. Aspergerov sindrom karakterizira se višim stupnjem intelektualnog funkcioniranja i govornog razvoja, ali izraženim oštećenjem i poremećenim razvitkom socijalnih odnosa i neverbalnog komuniciranja. Rettov sindrom, genetski neurodegenerativni poremećaj je poremećaj koji se javlja samo kod djevojčica, a karakteriziran je regresijom normalnog psihomotornog razvoja, dijete postupno gubi naučene vještine i naučenu vještinu komuniciranja. Dezintegrativni poremećaj u djetinjstvu nazvan Hellerova psihoza, obilježen je stanjem stagniranja u intelektualnom, socijalnom i govornom funkcioniranju nakon što je dijete prethodno bilo normalnog razvoja i ponašanja. Za atipični autizam karakteristično je da se pojavljuje nakon treće godine života djeteta bez izraženih osnovnih simptoma. [5]

Simptomatologija se obično javlja u prve tri godine života i zadržava do kraja života. Prema izraženosti i prognozi autizam je kontinuiran, točnije, nema remisija ili relapsa. Osobe s autizmom imaju poremećaj u razvijanju socijalnih vještina i nemogućnost pokazivanja empatije ili osjećaja za druge ljude u svom okruženju. Polovica ovih osoba ne razvije govor u dovoljnom opsegu za ostvarenje uobičajene dnevne komunikacije, neuobičajeno reaguju na podražaje, odnosno oštećena im je senzorička integracija. Osnovni simptomi poremećaja, prema Kanneru su: nemogućnost ostvarenja adekvatnih socijalnih odnosa s roditeljima i s drugim ljudima. Dijete je često osamljeno, prisutan je kasni razvoj govora koji se upotrebljava na neadekvatan način ili potpuno izostaje. Nadalje, govor se ne koristi za svrhu komunikacije s okolinom, dijete

često ponavlja riječi, rečenice ili pitanja, te ne odgovara na njih, također nepravilno se koristi zamjenicama. Često je prisutno i ponavljajuće stereotipno ponašanje u vidu pokreta i igara. Pritom dijete prevrće stvari po rukama konstantno na jednak način, ljulja se, skače ili plješće rukama. Također se kao jedan od simptoma navodi kompulzivno zahtijevanje da se poštuju određeni rituali ili red kojeg je dijete samo zamislilo, a za koji okolina ne pronalazi smisao, uz to se javlja nedostatak mašte i dobro mehaničko pamćenje, te je bitno napomenuti kako dijete ima normalan tjelesni izgled. [5]

Za postavljanje dijagnoze autizma potrebno je prikupiti podatke iz anamneze, te je potrebno promatrati dijete i njegovo ponašanje u različitim situacijama. Da bi mogli reći da dijete ima autistični poremećaj, moraju biti prisutni sljedeći čimbenici: snižena interakcija s okolinom, snižena upotreba verbalne i neverbalne komunikacije, izostanak interesa za određene aktivnosti i događaje, te je prisutno pružanje otpora prema promjenama. Tehnike koje se koriste za potvrdu dijagnoze su: intervju koji se provodi s roditeljima ili nekim drugim, djetetu važnim osobama, te skale koje se koriste za analizu ponašanja koje omogućuju detektiranje određenih značajki ponašanja i njihovu detaljniju analizu. [1].

U metode liječenja djece s autističnim poremećajem spadaju terapije kojima se pokušava ukloniti ili ublažiti simptomatologija i edukativne metode koje imaju za cilj i djetetu i odrasloj osobi prenijeti potrebnu količinu znanja, te ih osposobiti za stjecanje specifičnih vještina. [1]

2.1.1. Zdravstvena njega osoba s autizmom

Osobe kod kojih je prisutan autistični poremećaj imaju potrebu za podrškom do kraja svoga života, te se iz tog razloga kod ovih osoba sestrinska skrb pruža osobama i mlade i starije životne dobi. Pristup treba biti prilagođen svakom pojedincu, individualiziran i specifičan. Sve sestrinske intervencije potrebno je prilagoditi starosti osobe. Kako bi se pružila učinkovita i svrsishodna skrb potrebno je napraviti procjenu osobe s autističnim poremećajem, zatim procjenu obitelji i potencijalnih sustava podrške. Pri tome je iznimno važno da medicinska sestra ima naučenu i uvježbanu vještinu komunikacije, jer nam ona služi kao alat za lakšu procjenu osobe, prikupljanje informacija i lakše obavljanje intervencija.

Posjedovanje znanja o načinu komunikacije i provedba istog u praksi omogućava kvalitetnu komunikaciju, te je preduvjet za pružanje optimalne zdravstvene njege. Članovi zdravstvenog tima trebaju procijeniti, prilagoditi i uskladiti potrebe osobe i njezine obitelji s mogućnostima zdravstvenog tima u provedbi potrebnih intervencija. Za početak je iznimno važno pružiti sve

informacije obitelji o zdravstvenom stanju osobe, poremećaju koji je kod nje prisutan, potrebno je educirati o metodama i načinima liječenja, a sve u svrhu uvođenja obitelji u planiranje i provedbu intervencija i njihovog aktivnog sudjelovanja. Tijekom pružanja skrbi medicinska sestra je važan član multidisciplinarnog tima i njezina uloga je izražena na svim razinama zdravstvene zaštite, te je iznimno važna u inkluziji osoba s autizmom. Intervencije na razini primarne zdravstvene zaštite su usmjerene na zdravstveni odgoj i edukaciju kako bi utjecali na fizičke i psihičke sposobnosti osobe i njezine obitelji. Također, intervencije obuhvaćaju i uklanjanje negativnih načina ponašanja korištenjem metode postepenog ukidanja, a sve uz aktivno sudjelovanje članova obitelji. U slučaju kada je potrebna hospitalizacija osobe s autizmom, za očekivati je njezina burna reakcija na promjenu boravka je tim postupkom dolazi do promjene svakodnevice na koju je osoba s autizmom navikla. Za vrijeme kada je osoba s autizmom u zdravstvenoj ustanovi potrebno je prilagoditi okolinu, opisati i upoznati osobu sa svim predmetima u njezinoj blizini, kako bi izbjegli povećanu razinu stresa i njihovo uzrujavanje što može dovesti do znatno teže provedbe intervencija. Radi navedenog je potrebno svaki postupak koji obavljamo objasniti i opisati osobi na njoj razumljiv način, te osigurati dovoljno vreme za isto. Pružanje zdravstvene njege osoba s autizmom temelji se na zadovoljenju osnovnih ljudskih potreba, holističkom pristupu, uvažavanju osobe, primjerenosti komunikaciji, prihvaćanju, poštovanju i povjerenju. Kao cilj zdravstvene njege osoba s autizmom naglašava se povećanje samostalnosti, povećanje kvalitete života, poboljšanje obiteljskih odnosa i adaptivnog funkcioniranja osobe i obitelji [1].

2.2. Cerebralna paraliza

Pojam cerebralne paralize prvi put se opisuje u medicinskoj literaturi 1862. godine, a korišten je naziv *Morbus Little*. Naziv je koristio engleski ortoped W. J. Little. Opisao je znatan broj djece sa specifičnim poteškoćama pokreta, a etiologiju je pripisao oštećenju mozga nastalog za vrijeme patološke trudnoće. Danas postoji velik broj definicija, ali se najčešće koristi definicija cerebralne paralize M. Baxa iz 1964. godine, koja navodi da je cerebralna paraliza skupina poremećaja pokreta i položaja, a koja je nastala poremećajem i oštećenjem nedostatno razvijenog mozga. Riječ "cerebralna" se usredotočuje na oštećenje mozga, a "paraliza" na poremećaj pokreta i položaja.

Dokazano je kako veliki postotak slučajeva cerebralne paralize nije prouzročen komplikacijama tijekom porođaja, već raznim prenatalnim čimbenicima i situacijama. Stanley je 2000. godine opisao uzroke cerebralne paralize kao štetne čimbenike, te ih tako podijelio na prenatalne, dijete rođeno prije 32. tjedna trudnoće, dijete rođeno prije 28. tjedna trudnoće, intrauterini zastoj rasta, asfiksija, multiple trudnoće i cerebralna paraliza stečena nakon rođenja. Danas je utvrđen značajan broj etioloških čimbenika nastanka cerebralne paralize, kao što je TORCH grupa infekcija (*Toxoplasma gondii*, rubeolla, cytomegalovirus i herpes), koje su prenesene s majke na dijete u prvih šest mjeseci trudnoće mogu izazvati pojavu urođenih oštećenja mozga, a u posljednjem tromjesečju trudnoće izazivaju nastanak moždanog oštećenja.

Podjela koja se danas najčešće koristi dijeli cerebralnu paralizu na:

- spastički oblik (tetrapareza, diplegija, hemiplegija)
- ataksiju
- distoniju
- atetozu
- miješane oblike

Čak više od 75% djece s cerebralnom paralizom ima spastični oblik, a preostalih 25% otpada na ataktičke, distone i atetotske oblike.

Raznolika simptomatologija može upućivati roditeljima kako je prisutno stanje cerebralne paralize, a neki su od njih su: otežano sisanje, disanje i gutanje, radi čega se sumnja na leziju mozga; snižena mogućnost kontroliranja položaja nakon tri mjeseca života; pretjerana napetost ili opuštenost mišića; nemogućnost sjedenja bez potpore od osmog mjeseca; korištenje samo jedne strane tijela; teškoće prilikom uzimanja hrane; izražena razdražljivost; odsustvo osmijeha.

[6]

Dijagnoza cerebralne paralize je temeljena na prisutnim simptomima, anamnezi i tijeku bolesti. Simptomatologija cerebralne paralize sadržava neuromotoričke poremećaje kontrole položaja i pokreta tijela, zatim mišičnog tonusa i refleksa već od dojenačke dobi, s čestim promjenama inteziteta izraženih simptoma, ali je uvijek izražen usporen razvoj motorike. Radi promjenjivih izraženih simptoma poremećene motorike, potvrdu dijagnoze cerebralne paralize nije moguće učiniti prije četvrte godine života djeteta, a završnu dijagnozu postavlja samo neuropedijatar ili fizijatar. Cerebralna paraliza je stanje, a ne bolest, te ju nije moguće izliječiti, a traje cijeli život. Ali, uz korištenje optimalnih metoda zdravstvene skrbi i primjenu medikamentozne terapije, u stanjima s izraženim teškim simptomima se mogu smanjiti bolovi i olakšati disanje što omogućuje povećanje sposobnosti izvršavanja svakodnevnih aktivnosti. Ako je oštećenje lakše, dijete može ići u vrtić i školu, no ako su oštećenja teška djetetu je često potreban osobni asistent. Za poboljšanje kontrole mišića i olakšanje kretanja koriste se fizikalna terapija, radna terapija, razna ortopedska pomagala i ortopedska kirurgija. Primjenom govornih vježbi se može povećati sposobnost gutanja, hranjenja, te poboljšati govor i time olakšati komunikacija. Ovisno o vrsti cerebralne paralize i intezitetu, prognoza osoba s cerebralnom paralizom varira, pa tako velika većina doživi odraslu dob, a tek nekolicina one djece kod koje je prisutan izrazito težak oblik i velika zahvaćenost imaju očekivano skraćen životni vijek. [6]

2.2.1. Zdravstvena njega osoba s cerebralnom paralizom

Osobama s cerebralnom paralizom potrebna je podrška tijekom cijelog života, te se sestrinska skrb i intervencije pružaju ciljano, planirano i usklađeno s potrebama pojedinca, uvažavajući osobu kao individualnu jedinku različitu od drugih osoba, posebno uvažavajući i poštujući dostojanstvo osobe i ljudska prava. Kako bi se omogućila optimalna zdravstvena skrb osobama s cerebralnom paralizom, potrebno je posjedovati određene vještine komunikacije, verbalne i neverbalne, čime će se lakše prikupiti potrebne informacije i procijeniti potrebe pojedinca i omogućiti provedba potrebnih intervencija u svrhu poboljšanja zdravstvenog stanja. Rehabilitacija i habilitacija djece s cerebralnom paralizom uključuje opću zdravstvenu njegu, specifičnu njegu u procesu habilitacije i rehabilitacije, te distribuciju. Specifični postupci zdravstvene njege u programu kineziterapije odnose se na namještanje djeteta u određeni položaj tijekom hranjenja, odijevanja i provođenja osobne higijene, te posebni položaji prilikom sjedenje, stajanja i hodanja. U programu radne terapije najvažniji cilj je povećanje samostalnosti u aktivnostima samozbrinjavanja. Što se logopedovog tretmana tiče, tijekom terapije se

pokušavaju riješiti problemi kontrole otvaranja i zatvaranja čeljusti, poteškoće gutanja i žvakanja, te problemi sluha i govora. Program neurološke njege uključuje prepoznavanje simptoma koji prethode pojavi epileptičkog napadaja, te postupke kojim će se djetetu pomoći i spriječiti ozljede. Tijekom hospitalizacije osobe s cerebralnom paralizom potrebno je prilagoditi okolinu i upoznati osobu s prostorijama i predmetima u njezinoj blizini kako bi se olakšalo kretanje Tijekom hospitalizacije i procesa kontrole simptoma i programa rehabilitacije i rehabilitacije iznimno je važno uključiti roditelje djeteta s cerebralnom paralizom radi postizanja optimalnih rezultata. Cilj zdravstvene skrbi je povećati samostalnost u izvršavanju onih aktivnosti koje osoba s cerebralnom paralizom može izvršiti, poboljšati kvalitetu odnosa u obitelji, te povećati razinu kvalitete života osobe i obitelji. [6]

2.3. Osobe s intelektualnim teškoćama

Pojam intelektualne teškoće opisuje osobe sniženih sposobnosti kod kojih su prisutne poteškoće intelektualnog funkcioniranja i adaptivnog ponašanja, a koja su iskazana u konceptima, socijalnim i logičnim vještinama, a koje se pojavljuju prije navršenih 18 godina života. Adaptivno ponašanje označava skup pojmovnih, socijalnih i praktičnih vještina koje je osoba naučila izvršavati kako bi mogla obavljati svakodnevne aktivnosti. Poteškoće adaptivnog ponašanja imaju utjecaj na određena uobičajena, ne na najoptimalnija ponašanja u svakodnevnim situacijama. Adaptivno ponašanje uključuje komunikaciju, brigu o sebi, življenje, prilagodbu u okruženju, zdravstveno stanje, sigurnost, slobodno vrijeme, rad. [7]

Intelektualno funkcioniranje osobe odnosi se na inteligenciju, mentalnu sposobnost rasuđivanja, mišljenja, zaključivanja, rješavanja problema, razumijevanja kompleksnih ideja, brzo učenje i učenje iskustvom. Nedostatci u intelektualnom funkcioniranju prikazuju se kvocijentom inteligencije (IQ), koji je kod intelektualne teškoće približno 70 i manji.

Etiološki čimbenici intelektualne teškoće dijele se na biološke, psihosocijalne i kombinirane. Prenatalni uzroci dijele se na genetske i one stečene intrauterino. Genetski uzroci su razni metabolički poremećaji; neurokutani sindromi; hipotireoza zbog poremećaja sinteze tiroksina; anomalije razvoja mozga; kromosomska odstupanja. Među uzroke stečene intrauterino ubrajamo infekcije te oštećenja fizikalnim i kemijskim agensima, a među perinatalne uzroke ubrajamo hipoksična oštećenja mozga, krvarenje u mozgu, kernikterus, česte teške hipoglikemije, infekcije, nedonešenost. U postnatalne uzroke spadaju infektivne bolesti, kranocerebralne ozljede, nekontrolirane epilepsije, ishemiju i krvarenje u mozgu, intoksikacije lijekovima, alkoholom, drogom, olovom, živom, kao i negativan utjecaj okoline (socijalna deprivacija).

Podjela intelektualne teškoće prema MKB-10 je na laku, umjerenu, tešku i duboku intelektualnu teškoću.

Laka intelektualna teškoća je stanje kod kojega je kvocijent inteligencije u rasponu od 50 do 70, te pristaje mentalnom razvoju djeteta od 9 do 12 godina. U ove djece javljaju se smetnje tijekom usvajanja redovnog školskog programa, potrebna im je pomoć i podrška, mogu se obučiti za lakše poslove i uspješno živjeti u zajednici.

Umjerena intelektualna teškoća karakterizirana je približnim kvocijentom inteligencije između 35 i 50, što odgovara mentalnom razvoju djeteta od 6 do 9 godina. Prisutan je određen stupanj samostalnosti u aktivnostima brige o sebi, komunikaciji i učenju, ali su im potrebni razni oblici potpore za život i rad.

Kod teške intelektualne teškoće kvocijent inteligencije je u rasponu od 20 do 35, te pristaje mentalnom razvoju djeteta od 3 do 6 godina. Ove osobe zahtijevaju stalne vježbe u osnovnim vještinama samozbrinjavanja te trajnu skrb i pomoć drugih osoba.

Kvocijent inteligencije kod duboke intelektualne teškoće je manji od 20, što pristaje mentalnom razvoju djeteta mlađeg od tri godine. S obzirom na to da je ovaj oblik često udružen s drugim teškoćama, ove osobe imaju ozbiljnih ograničenja u pokretljivosti i komunikaciji, a prisutan je i izostanak interesa za materijalnu okolinu, ali teže psihofizičkoj stabilnosti. Potrebna im je stalna pomoć. [5]

Down sindrom najčešća je kromosopatija i uzrok intelektualne teškoće među živorođenima. Klinička slika pokazuje izraženu intelektualnu teškoću te poremećaje raznih organskih sustava. Kod Down sindroma disbalans se pojavljuje zbog prisutnosti cijelog kromosoma ili njegovog dijela na 21. paru kromosoma, pa je riječ o trisomiji 21. Djeca s Down sindromom imaju intelektualnu teškoću različitog stupnja, te je prisutan i poremećaj tjelesnog rasta i razvoja. Vidljiv je manji opseg glave, plosnati zatiljak, malena usta i nos, koso položene i razmaknute oči, u čijem se unutarnjem kutu može vidjeti kožni nabor (epicanthus), a jezik je često neproporcionalno velik. Uške su malene i loše oblikovane, vrat je kratak, širok s većom količinom masnog tkiva. Na rukama su specifični kratki prsti, zakrivljenost petog prsta, te poprečna brazda na dlanu. Zglobovi su iznimno pokretljivi i savitljivi. Prisutna je mišićna hipotonija, te zbog toga ova djeca prohodaju nešto kasnije. Procjenjuje se da oko 40% ove djece ima urođenu manu na srcu, zatim su česta i suženja ili prekid prohodnosti probavnog sustava. Opća hipotonija i veći jezik pridonose smetnjama artikulacije te sporijem razvoju govornih i jezičnih sposobnosti. Upravo zato rana intervencija od rođenja od iznimnog je značaja za djetetov rast i razvoj. [5]

2.3.1. Zdravstvena njega osoba s intelektualnom teškoćom

Osobe s intelektualnim teškoćama se međusobno razlikuju prema intezitetu, načinu nastanka, stupnju prisutnih ograničenja što također ovisi o okolini i o pružanju ili ne iskazivanju potpore. S obzirom na to da svaka kategorija intelektualne teškoće uvjetuje veći ili manji stupanj ovisnosti o pomoći druge osobe, sustav podrške ima značajnu ulogu u postizanju samostalnosti osobe s intelektualnom teškoćom. Procjena osoba s intelektualnom teškoćom uključuje prisustva i kategoriziranje stupnja intelektualne teškoće. Procjena mora biti cjelovita i obuhvatiti sve segmente života osobe. Od iznimnog je značaja procjena jačih strana osobe te

pozitivnih i negativnih okolnosti u obitelji i okolini. Ključni elementi u procjeni osoba s intelektualnom teškoćom su: sposobnosti osobe, okolina u kojoj osoba živi, te funkcioniranje osobe. Pri procjeni sposobnosti osobe s intelektualnom teškoćom procjenjujemo intelektualne (inteligencija, spoznaja i učenje) i adaptacijske sposobnosti (praktične, socijalne i pojmovne sposobnosti). Prilikom procjene okoline nastoje se procijeniti obiteljski odnosi i okruženje, škola, radno mjesto i zajednica. Okolina treba imati tri glavna obilježja: ispunjavanje ljudskih potreba, boljitak na fizičkom, materijalnom, društvenom i kognitivnom području, te osjećaj stalnosti i sigurnosti. Intelektualno funkcioniranje ovisi o intelektualnim sposobnostima. Ograničenja u inteligenciji utječu na ostale dimenzije funkcioniranja. Adaptivno funkcioniranje predstavlja primjenu praktičnih, socijalnih i pojmovnih vještina u svakodnevnom životu. Pri njihovoj procjeni stavlja se naglasak na procjenu samostalnosti u izvođenju vještina, a ne na stupanj njihove teoretske usvojenosti. Razlozi ograničenja mogu biti da osoba ne zna kada i kako koristiti naučenu vještinu, a motivacijski čimbenici mogu utjecati na izvođenje vještine. Zato se adaptivno funkcioniranje promatra u dimenzijama nezavisnog funkcioniranja, osobne odgovornosti i socijalne odgovornosti. Sudjelovanje, interakcija i socijalne uloge podrazumijevaju stupanj uključenosti osobe u izvršavanje zadataka svakodnevnog života. Najbolje se može pratiti promatranjem osobe, materijalnih i socijalnih područja okoline. Tjelesno i psihičko zdravlje sastavnice su općeg zdravlja i utječu na funkcioniranje osobe. Osim tjelesnog zdravlja, procjenjuje se i njezino mentalno stanje, tj. ostvaruje li osoba svoje sposobnosti, kako se nosi sa stresom svakodnevnog života te je li produktivna u sredini u kojoj živi. Pri tome socijalno okruženje može imati presudnu ulogu, pa je podrška obitelji i šire okoline od iznimnog značaja. Kvalitetna procjena omogućava uočavanje prioritarnih problema, ali i uzroka koji su doveli do toga. Takav način omogućit će pravilno definiranje cilja i planiranje sestrinskih intervencija. Sestrinske intervencije ovise o stupnju intelektualne teškoće, pridruženim zdravstvenim ili socijalnim problemima te vrsti podrške koju ima osoba. One moraju biti prilagođene osobi sa što manje neželjenih učinaka, jer osobe s intelektualnom teškoćom nisu uvijek u mogućnosti sagledati realne okolnosti. [5]

2.4. Osobe s oštećenjem sluha

Dvije glavne vrste oštećenja sluha su naglušost i gluhoća. Naglušost se dalje dijeli na tri podvrste u koje spadaju konduktivna, perceptivna i mješovita naglušost. Osobe s normalnom percepcijom zvukova mogu čuti zvukove do deset decibela, a povećavanjem decibela otkrivaju se oštećenja slušnog aparata. Na taj način razlikujemo sluh u okviru fizioloških granica koji iznosi od 11 do 26 decibela, zatim slijedi blaga naglušost od 27 do 40 decibela, umjerena naglušost od 41 do 60 decibela, teška naglušost od 61 do 80 decibela, te gluhoća od 81 do 93 decibela. Osoba koja ne može čuti zvukove iznad 93 decibela ima totalni gubitak sluha, odnosno gluhoću. Potrebno je naglasiti i podjelu koja ovisi o vremenu kada je gubitak sluha nastupio, pa tako imamo prelingvalni gubitak sluha koji se razvio prije razvoja govorno-jezičnih vještina, te postlingvalni gubitak sluha koji je nastupio nakon što je osoba naučila govoriti. [8]

Gubitak sluha možemo podijeliti i prema uzroku, a to su: perinatalna gluhoća- stanje u kojem je ozljeda glave tijekom poroda uzrokovala oštećenje unutarnjeg i srednjeg uha, zatim otežani i prolongirani porod, porod prije 40. tjedna ili hiperbilrubinemija, koji također mogu dovesti do oštećenja sluha; postnatalna gluhoća koju mogu uzrokovati razni faktori kao što su šećerna bolest, lijekovi koji djeluju ototoksično, prevelika količina buke, kronična upala srednjeg uha, a nastaje kada je osoba već naučila govoriti, te se stoga još naziva i postlingvalna gluhoća; te imamo još i staračku naglušost i gluhoću koja se naziva prezbiakuzija. [8]

Poznavanje simptomatologije nam može pomoći da razlikujemo da li je riječ o naglušosti ili gluhoći, npr. ako osoba okreće glavu na stranu s koje dopire zvuk, ako traže da ponovimo što smo rekli, ako osoba ne čuje uvijek telefon ili zvono na vratima, ako osoba stalno pojačava radio ili televizor, te ako je osoba zbunjena i ne razumije jednostavni govor, tada je riječ o naglušosti. Za razliku od simptoma naglušosti, gluha osoba gleda osobu s kojom razgovara u usne kako bi mogla čitati s usana, te često te osobe kažu da su gluhe, da ne čuju osobu što govori, te traže da im se poruka napiše ili da razgovaraju na znakovni jezik. [8]

Rano otkrivanje oštećenja sluha predstavlja razdoblje u kojem je otkriće oštećenja što bliže vremenu njegova nastanka, a pravodobno otkrivanje oštećenja sluha je razdoblje od trena kada je moguća intervencija do trenutka gornje granice optimalnog djelovanja. Rano i pravodobno otkrivanje slušnog oštećenja nužno je kako bi se adekvatnom i pravovremenom rehabilitacijom smanjile posljedice oštećenja sluha te poboljšala djetetova komunikacija s okolinom. Ispitivanje sluha se radi različitim metodama, a to su: ispitivanje sluha šapatom ili govorom, akumetrija, timpanometrija, tonalna audiometrija, audiometrija evociranih potencijala moždanog debla, te

otoakustička emisija.

Odabir tretmana pri oštećenju sluha ovisi o uzroku i vrsti oštećenja sluha. Oštećenje sluha se može tretirati medikamentoznim liječenjem, otokirurškim i audiološkim metodama. Medikamentozno liječenje se odnosi na primjenu antibiotika kod upalnih stanja, dekongestivnih sredstava te vazodilatacijskih lijekova. Otokirurškim načinom liječi se otoskleroza i teški slučajevi Meinerove bolesti, te se radi poboljšanja sluha često radi i tonzilektomija. [5]

2.4.1. Zdravstvena njega osoba s oštećenjem sluha

Problemi u komunikaciji najizraženiji su problemi osoba koje imaju oštećenje sluha. Tijekom prikupljanja informacija medicinska sestra treba procijeniti može li osoba primiti verbalnu poruku, odnosno može li osoba čuti ako koristi slušno pomagalo, čuje li osoba samo na jedno uho, da li je gluhoća prelingvalna ili postlingvalna, zna li čitati i pisati, čita li s usana ili razumije govor samo u znakovima (poznaje li ručnu abecedu, zna li primijeniti simultanu znakovno-oralnu komunikaciju, poznaje li znakovni jezik). Teškoće tijekom procjene mogu se pojaviti i ukoliko medicinska sestra ne poznaje znakovni jezik, a osoba komunicira isključivo tim načinom. U tom slučaju potrebno je osigurati tumača kako bi procjena bila potpuna, a u vezi s tim treba voditi računa i o privatnosti osobe. Odabir načina komunikacije ne ovisi samo o sposobnostima i preferencijama osobe, nego i o mogućnostima korištenja određenog načina komunikacije u njezinu okruženju. Zato okolina mora biti upućena da osoba ima teškoće sa sluhom i radi jasnijeg sporazumijevanja načine komunikacije prilagoditi osobi. Pri izvođenju sestrinskih intervencija nikako nije poželjno razgovarati s osobom na daljinu, dozivati je iz druge prostorije, objašnjavati postupak korištenja pomagala prekrivenih usta, istovremeno žvakati, govoriti previše povišenim tonovima, nepotrebno prenaglašavati riječi ili produžavati vrijeme objašnjavanja. [5]. Najčešće intervencije medicinske sestre su: provjera stupnja oštećenja sluha, omogućavanje dovoljno vremena za kvalitetnu komunikaciju, potrebno je paziti da pravilno izgovaramo riječi kako bi osoba mogla čitati s usana, korištenje jednostavnih riječi, potrebno je govoriti normalnim tonom glasa, ohrabrivati pacijenta i poticati ga na komunikaciju. Ako osoba ima očuvan sluh medicinska sestra će biti bliže toj strani dok govori, pacijentov krevet je potrebno okrenuti prema vratima, olakšati komunikaciju i razumijevanje tako što će skinuti masku s lica, osigurati mirnu i ugodnu okolinu, te na kraju tražiti povratnu informaciju od pacijenta da vidimo koliko je razumio, osigurati pisane upute, papir i olovku, pružiti edukaciju što je to slušno pomagalo, na koji način se koristi i koje su njegove prednosti. Ukoliko je moguće osobi je poželjno omogućiti govornog terapeuta, te savjetovati učlanjenje u

klubove i udruge za gluhe i nagluhe osobe kako bi lakše usvojili znakovni jezik. [8]. Ako osoba nosi slušni aparat, treba provjeriti da li je educirana u način postavljanja i korištenja aparata, je li ga redovito nosi te radi li uređaj ispravno. S obzirom na otežanu komunikaciju s okolinom ove su osobe sklone socijalnoj izolaciji i poremećajima socijalnih interakcija. Sestrinske intervencije usmjerene su na unaprjeđenje komunikacije i kvalitetniji odnos s okolinom. [5]

2.5. Osobe s oštećenjem vida

Oštećenje vida možemo podijeliti na slabovidnost i sljepoću. Osobu koja na boljem oku s korekcijom ima oštrinu vida manju od 10%, te osobu koja na boljem oku s korekcijom ima centralni vid do 25% ali joj je vidno polje suženo na 20 stupnjeva ili manje, je slijepa osoba. Za razliku od slijepa osobe, slabovidna osoba na boljem oku s korekcijom ima ostatak vida manji od 40%, ali se slabovidnom osobom smatra i ona osoba koja ima očuvan vid veći od 40% ako bolest koju posjeduje vodi prema progresiji oštećenja vida. Svako oštećenje vida je različito, te može uzrokovati različiti način funkcioniranja osobe koja ima to oštećenje. [9]

Zavisno o uzroku i vrsti oštećenja, razni dijelovi strukture oka mogu biti narušene, kao što su: oštrina vida, širina vidnog polja, osjetljivost na kontraste i svjetlo, poremećena prilagodba na svjetlo-mrak, nemogućnost uočavanja detalja. Sve navedeno ima značajan utjecaj na svakodnevno funkcioniranje osobe. [17]

Uzroci oštećenja vida su sljedeći:

- Refrakcijska pogreška (pogreška loma zraka svjetlosti u oku)- tu spadaju: kratkovidnost, dalekovidnost i astigmatizam.
- Ambliopija ili «lijeno oko» predstavlja nemogućnost razvitka oštrine vida na jednom ili oba oka. Prisutna je snižena oštrina vida, koju nije moguće popraviti korekcijskim staklima, te pri tom nisu prisutne organske promjene koje uzrokuju smanjenje oštrine vida u tolikom stupnju.
- Strabizam je bolest u kojoj oči imaju poremećen položaj, te oči nisu usmjerene na istu točku, naime, jedno oko je usmjereno ravno, a drugo je usmjereno u stranu. Ukoliko je oko usmjereno prema nosu, onda se kaže da gleda "u križ", a ako je oko usmjereno prema uhu kaže se da je "razroko".
- Nistagmus je pojam koji opisuje pojavu nekontroliranih trzaja očnih jabučica, oči pri tom ne miruju već stalno titraju.
- Katarakta ili očna (siva) mrena je pojam koji opisuje zamućenu očnu leću, te uzrokuje poteškoće vida koje može dovesti i do potpune sljepoće. [9]

2.5.1. Zdravstvena njega osoba s oštećenjem vida

Zajedničku karakteristiku svih osoba oštećena vida čini ograničena upotreba vida i nemogućnost vizualne percepcije okoline. Ograničenje razvoja vida utječe na cjelokupni razvoj osobe, njezinu osobnost, kao i na snalaženje u okolini, komunikacijske vještine, te ostvarenje socijalne interakcije. Peripatolozi su stručnjaci čiji je cilj osposobljenje osobe oštećenog vida za sigurno i samostalno kretanje i orijentaciju u prostoru. Tehnike koje osobe oštećenog vida koriste kao pomoć za samostalno kretanje su kretanje uz pomoć: bijelog štapa, videćeg vodiča, psa vodiča, tehnika kretanja praćenjem zida i kretanje pomoću elektronskih pomagala. Za ostvarenje socijalne interakcije i osjećaja pripadanja, osobe oštećenog vida koriste sve vrste komunikacije kao i osobe koje imaju očuvan vid. Za razliku od osoba koje vide, način na koji osobe ostvaruju komunikaciju je nešto drugačiji radi nemogućnosti vizualne percepcije, pisanog komuniciranja i informiranja. Izražena je i nemogućnost uočavanja neverbalnih znakova tijekom komunikacije, te se osobe oštećenog vida usmjeravaju samo na verbalnu poruku. Za potrebu čitanja i pisanja osobe oštećenog vida koriste Braillovo pismo, točkasto reljefno pismo još nazvano i brajica, a temelji se na principu čitanja prstima. U procesu pružanja zdravstvene skrbi cilj je postizanje što je moguće veće samostalnosti osobe u obavljanju svakodnevnih aktivnosti, a za postizanje samostalnosti potrebno je educirati osobu i omogućiti učenje sposobnosti i tehnika samostalnog orijentiranja i kretanja, jer te stavke značajno utječu na neovisnost osobe o drugima. Osjećaj neovisnosti pruža osobi pozitivan utjecaj na samopoštovanje, samopouzdanje i kvalitetu života, te je radi navedenog, od iznimnog značaja da medicinska sestra obavi pravilnu procjenu osobe, njezine obitelji i okruženja radi odabira optimalnih i potrebnih intervencija. [5]

Osobe oštećena vida, pomoću metoda snalaženja, prilagodbe okoline, predmeta i načina rada, uz rehabilitacijske programe i korištenje raznih pomagala, uspijevaju razviti samostalnost u obavljanju svakodnevnih aktivnosti. Radi nemogućnosti vizualne percepcije, tijekom komunikacije sa osobom oštećenog vida, potrebno je više govoriti zato što te osobe sluhom prikupljaju informacije iz okoline koje im nisu dostupne zbog oštećenja vida. Prilikom usmjeravanja osobe prema predmetima kojima se treba koristiti, uz verbalnu poruku, potrebno je omogućiti osobi da u isto vrijeme dotakne taj predmet. Pomoću toga će osoba moći prepoznati o kojem se predmetu radi, procijenit će njihov položaj i služiti će se njima. Prilikom osiguranja pomoći osobi tijekom kretanja nikada ne smijemo osobu uhvatiti za ruku i pri tom je gurati prema naprijed, jer takva situacija stvara osjećaj neugodnosti i opasnosti za osobu oštećena vida. [17]

2.6. Gluhoslijepe osobe

Gluhosljepoća je istovremeno osjetilno oštećenje i vida i sluha t je kao takva jedinstveno, specifično i vrlo kompleksno oštećenje. Gluhosljepoća može biti urođena ili stečena. Osobe s gluhosljepoćom su u vrlo rijetkim slučajevima potpuno gluhe i slijepe. Velika većina njih ima ostatke vida ili sluha ali je prisutno teže oštećenje nekog drugog osjetila. Osobe s gluhosljepoćom možemo podijeliti u nekoliko kategorija: [5]

- osobe s praktičnom gluhosljepoćom (gluhoćom i sljepoćom)
- osobe s gluhoćom i slabovidnošću
- osobe sa sljepoćom i nagluhošću
- osobe s nagluhošću i slabovidnošću

Ovisno o vremenu nastanka oštećenja osobe s gluhosljepoćom kategoriziraju se u četiri osnovne grupe:

- kongenitalno gluhoslijepe osobe
- kongenitalno gluhe osobe koje naknadno gube vid
- kongenitalno slijepe osobe koje sluh gube naknadno
- osobe koje kao odrasli postaju gluhoslijepe.

2.6.1. Zdravstvena njega osoba s gluhosljepoćom

Gluhosljepoća kao oštećenje zahtijeva određene prilagodbe i specifičnosti tijekom komunikacije, orijentacije i kretanja, zatim socijalizaciji te pristupu i primanju informacija iz okoline, jer ove osobe imaju najznačajnije teškoće u spomenutim područjima. Kako bi na ulici bile prepoznatljive, gluhoslijepe osobe se kreću pomoću crveno-bijelog štapa. S obzirom na to da gluhoslijepa osoba prima informacije ostacima vida ili sluha te dodirrom, u komunikaciji je primarno omogućiti osobi da sama odabere način komunikacije. Potpuno gluhoslijepe osobe oslanjaju se isključivo na osjet dodira. Komunikacija s njima obično se odvija tako da se vrlo jednostavna jednoručna abeceda dodirrom prenosi na njihov dlan ili im se na njega ispisuju velika tiskana slova abecede. Medicinska sestra treba znati oblikovati i slati informacije kako bi gluhoslijepa osoba mogla aktivno sudjelovati u komunikaciji. Taktilna komunikacija

osnovno je sredstvo u komunikaciji gluhoslijepih osoba. Zahtijeva dobru koncentraciju i osjetljivost dlana gluhoslijepa osobe. Načini takva komuniciranja su: prstovna i ručna abeceda, taktilni, locirani i vođeni hrvatski znakovni jezik te neki manje zastupljeni oblici (Lorm abeceda i Brailleovi prsti). Utvrđivanje potreba gluhoslijepih osoba medicinska sestra treba temeljiti na holističkom pristupu. Osobu treba procjenjivati uzimajući u obzir njezinu dob, trenutno stanje, stupanj oštećenja i nastale teškoće, ograničenja, potrebe i preostale sposobnosti. U planiranju i provođenju sestričkih intervencija treba se usmjeriti na jače strane, odnosno sposobnosti osobe, na taj način se doprinosi jačanju samopouzdanja. Tijekom provođenja sestričkih intervencija medicinska sestra treba biti strpljiva, poznavati način komunikacije i aktivno uključiti gluhoslijepu osobu. U svim aktivnostima samozbrinjavanja osobu poticati da ih izvodi što samostalnije. Osobama koje nisu prihvatile stanje gluhoslijepoće potrebna je velika psihološka potpora. Podrška članova obitelji, povezivanje s osobama sličnih teškoća i aktivna uključenost u udruženja gluhoslijepih osoba omogućit će im lakše prolaženje kroz faze prihvaćanja i bolju socijalizaciju. Specifičnost zdravstvene njege gluhoslijepih osoba je u tome što njihovo stanje može progredirati te može znatno usporavati proces učenja i socijalizacije, ali i nepovoljno utjecati na psihičko stanje osobe. [5]

3. Osnovna načela rada s osobama s invaliditetom

Medicinske sestre moraju prepoznati da prisustvo invaliditeta ne isključuje automatski osobu iz sudjelovanja u odlukama vezanim za njezinu skrb. One moraju biti svjesne etičkih i pravnih razmatranja koja se odnose na samoodređenje osobe s invaliditetom. Temeljno načelo na kojem se temelji sva sestrinska praksa je poštivanje dostojanstva, vrijednosti, jedinstvenosti i temeljnih ljudskih prava svakog pojedinca. [10]

Osnovna načela koja su primjenjiva za rad s osobama s invaliditetom su:

1. poštivanje dostojanstva, osobne autonomije uključujući slobodu izbora i neovisnost
2. nediskriminacija
3. puno i učinkovito sudjelovanje i uključivanje u društvo
4. poštivanje razlika i prihvaćanje osoba s invaliditetom kao dijela ljudske raznolikosti i čovječnosti
5. jednakost mogućnosti
6. pristupačnost
7. jednakost između muškaraca i žena
8. poštivanje razvojnih sposobnosti djece s teškoćama u razvoju i poštivanje njihovih prava na očuvanje vlastitog identiteta [11].

4. Organizacija rada medicinskih sestara u zdravstvenoj njezi osoba s invaliditetom

U globalu postoji više od 1000 milijuna ljudi s invaliditetom, to je oko 15% svjetske populacije ili jedan od sedam ljudi. Od ovog broja, između 110 milijuna i 190 milijuna odraslih osoba imaju značajne poteškoće u redovitom svakodnevnom funkcioniranju. Oko 93 milijuna djece ili jedno od 20 mlađih od 15 godina živi s umjerenim ili teškim invaliditetom. Broj ljudi koji dožive invaliditet povećavati će se kako populacija stari, s globalnim porastom kroničnih zdravstvenih stanja. Na nacionalne obrasce invaliditeta utječu trendovi u zdravstvenim uvjetima i okolišnim i drugim čimbenicima, poput prometnih nesreća, padova, nasilja, humanitarnih izvanrednih stanja, uključujući prirodne katastrofe i sukobe, nezdravu prehranu i zlouporabu supstanci. Osobe s invaliditetom suočavaju se sa širokim preprekama u pristupu uslugama, poput zdravstvenih usluga (uključujući zdravstvenu njegu, terapiju i pomoćne tehnologije), obrazovanja, zapošljavanja i socijalnih usluga, uključujući stanovanje i prijevoz. Na primjer, ove prepreke nalaze se u neadekvatnom zakonodavstvu, politikama i strategijama; nedostatak pružanja usluga; problemi s isporukom usluga; nedostatak svijesti i razumijevanja o invalidnosti; negativni stavovi i diskriminacija; nedostatak pristupačnosti; neadekvatno financiranje; i nedostatak sudjelovanja u odlukama koje izravno utječu na njihov život. Postoje i posebne prepreke u odnosu na to da osobe s invaliditetom mogu izraziti svoje mišljenje i tražiti, primati i prenositi informacije i ideje ravnopravno s drugima i putem svojih odabranih sredstava komunikacije. Ove prepreke doprinose nedostacima koje imaju osobe s invaliditetom. Osobito u zemljama u razvoju, osobe s invaliditetom imaju lošije zdravlje od onih bez invaliditeta, kao i veće stope siromaštva, niže stope obrazovnih postignuća i zaposlenosti, smanjena neovisnost i ograničeno sudjelovanje. Mnoge prepreke s kojima se susreću mogu se izbjeći, a nedostatak povezan s invaliditetom može se prevladati. Svjetsko izvješće o invalidnosti sintetizira najbolje dostupne dokaze o tome kako prevladati poteškoće s kojima se osobe s invaliditetom suočavaju u pristupu zdravstvu, rehabilitaciji, uslugama podrške i pomoći, svom okruženju (poput zgrada i prijevoza), obrazovanju i zapošljavanju. WHO prepoznaje invalidnost kao globalno javnozdravstveno pitanje, pitanje ljudskih prava i razvojni prioritet. Invalidnost je globalno javnozdravstveno pitanje jer se osobe s invaliditetom tijekom života susreću sa širokim preprekama u pristupu zdravstvenim i srodnim uslugama, poput rehabilitacije, i imaju lošije zdravstvene posljedice od osoba bez invaliditeta. Invalidnost je također pitanje ljudskih prava jer odrasli, adolescenti i djeca s invaliditetom doživljavaju stigmatizaciju, diskriminaciju i nejednakosti. Često su izloženi višestrukim kršenjima njihovih prava, uključujući njihovo

dostojanstvo, na primjer, nasiljem, zlostavljanjem, predrasudama i nepoštovanjem zbog invaliditeta, a uskraćena im je autonomija. Siromaštvo povećava vjerojatnost oštećenja zbog pothranjenosti, loše zdravstvene zaštite i opasnih uvjeta života, rada i putovanja. Invalidnost može dovesti do nižeg životnog standarda i siromaštva zbog nedostatka pristupa obrazovanju i zapošljavanju i povećanim izdacima koji se odnose na invalidnost. U svibnju 2013. šezdeset šesta Svjetska zdravstvena skupština o invalidnosti podržala je preporuke iz Svjetskog izvješća o invaliditetu. Zdravstvena skupština zatražila je generalnog direktora da pripremi, u dogovoru s državama članicama i organizacijama sustava UN-a, sveobuhvatni akcijski plan SZO-a temeljen na dokazima iz svjetskog izvješća o invalidnosti, a u skladu s Konvencijom o pravima osoba s invaliditetom. Globalni akcijski plan Svjetske zdravstvene organizacije za invaliditet 2014.–2021.: "Bolje zdravlje za sve osobe s invaliditetom" koristi pojam „invalidnost“ kao sveobuhvatni pojam za smanjenje, ograničenje aktivnosti i ograničenja sudjelovanja, označavajući negativne aspekte interakcije pojedinca (sa zdravstvenim stanjem) i kontekstualnim (okolišnim i osobnim) čimbenicima tog pojedinca. Invalidnost nije ni biološki niti društveni fenomen. Akcijski plan je važan i trebao bi koristiti svim osobama s invaliditetom od rođenja do starosti. Osobe s invaliditetom uključuju osobe koje se tradicionalno smatraju invalidima, kao što su djeca rođena s cerebralnom paralizom, korisnici invalidskih kolica, osobe s oštećenjem vida i sluha, osobe s intelektualnim oštećenjima, a također i šira skupina osoba koje imaju poteškoće u funkcioniranju zbog širokog raspona stanja kao što su nezarazne bolesti, zarazne bolesti, neurološki poremećaji, ozljede i stanja koja proizlaze iz procesa starenja. Članak 1. Konvencije o pravima osoba s invaliditetom kaže da osobe s invaliditetom uključuju osobe koje imaju dugotrajna fizička, psihička, intelektualna ili osjetilna oštećenja, koji u interakciji s raznim barijerama mogu spriječiti njihovo puno i učinkovito sudjelovanje u društvu na jednak način kao i drugi ljudi bez teškoća. Veliki dio misije SZO-a posvećen je prevenciji zdravstvenih stanja koja mogu rezultirati smrću, poboljšanjem ili invaliditetom. Međutim, ovaj akcijski plan usmjeren je na poboljšanje zdravlja, funkcioniranja i dobrobiti osoba s invaliditetom. Vizija akcijskog plana svijet je u kojem sve osobe s invaliditetom i njihove obitelji žive dostojanstveno, s jednakim pravima i mogućnostima i sposobni su ostvariti svoj puni potencijal. Opći je cilj doprinijeti postizanju optimalnog zdravlja, funkcioniranja, dobrobiti i ljudskih prava za sve osobe s invaliditetom.

Akcijski plan ima sljedeća tri cilja:

1. Uklanjanje prepreka i poboljšanje pristupa zdravstvenim uslugama i programima
2. Ojačati i proširiti rehabilitaciju, habilitaciju, pomoćne tehnologije, usluge pomoći i podrške i rehabilitaciju u zajednici
3. Pojačati prikupljanje relevantnih i međunarodno usporedivih podataka o invalidnosti i podržati istraživanje o invalidnosti i srodnim uslugama.

Ovaj akcijski plan podržava provedbu mjera koje su namijenjene ostvarivanju prava osobama s invaliditetom, a iste su sadržane u Konvenciji o pravima osoba s invaliditetom, posebno kako bi se osobama s invaliditetom osigurao pristup zdravstvenim uslugama, uključujući rehabilitaciju, habilitaciju i pomoćna sredstva te za poboljšanje prikupljanja, analize i praćenja podataka o invaliditetu i promicanja znanja, društvene svijesti i razumijevanja invaliditeta. Jedan od ciljeva ovog plana je uklanjanje prepreka i poboljšanje pristupa zdravstvenim uslugama i programima. Prepreke za pristup zdravstvenim uslugama uključuju: fizičke prepreke povezane s arhitektonskim dizajnom zdravstvenih ustanova, medicinske opreme ili transporta; nedostatak odgovarajućih znanja i vještina pružatelja zdravstvenih usluga; zablude o zdravlju osoba s invaliditetom, što dovodi do pretpostavki da osobe s invaliditetom ne trebaju pristup uslugama i programima za promicanje zdravlja i prevenciju bolesti; nedostatak poštovanja ili negativan stav i ponašanje prema osobama s invaliditetom; informacijske prepreke i komunikacijske poteškoće; i neprimjerene informacije osobama s invaliditetom o njihovom pravu na pristup zdravstvenim uslugama. Zdravstvene razlike će se smanjiti povećanjem uključivanja postojećih zdravstvenih sustava na svim razinama i javno zdravstvenim programima (uključujući one za zdrav način života, promicanjem poboljšane prehrane i poticanjem tjelesne aktivnosti) dostupnima osobama s invaliditetom tijekom životnog ciklusa. S obzirom da više faktora ograničava pristup zdravstvenoj skrbi osobama s invaliditetom, potrebne su akcije u svim komponentama zdravstvenih sustava, uključujući poboljšanje upravljanja i povećanje razine svijesti, znanja i podataka u ministarstvima zdravstva i srodnim ministarstvima kako bi oni mogli bolje razmotriti invaliditet i povećati pristup uslugama. Za uspješno uklanjanje prepreka i poboljšanje pristupa zdravstvenim uslugama potrebno je sudjelovanje osoba s invaliditetom.

Važno je osigurati da se informacije vezane za zdravlje pružaju na odgovarajući način i da načini komunikacije udovoljavaju zahtjevima osoba s invaliditetom (poput znakovnog jezika).

[12]

Standardi skrbi i brige za osobe s invaliditetom i njihove obitelji trebaju biti prošireni uzimajući u obzir jedinstvene potrebe osoba s invaliditetom, integrirati koncepte samoodređenja i samousmjeravanja, te odražavati potrebu i prednosti integracije osoba s invaliditetom u društvo. Sustavi pružanja zdravstvene zaštite temeljeni na postojećim modelima, kao i pronalaženje novih pristupa pružanja zdravstvene zaštite osobama s invaliditetom, trebaju biti razvijeni kako bi poboljšali pristup kvalitetnoj zdravstvenoj skrbi. [13]

Poboljšanje zdravstvene zaštite za osobe s invaliditetom očito je neophodno. U ovom trenutku ne postoji konsenzus o okviru za istraživanje invaliditeta koji posvećuje dovoljnu pozornost međudnosa osobnih karakteristika, okolišnih čimbenika i zdravstvene zaštite. Zapravo, malo je smjernica za definiranje i mjerenje okolišnih čimbenika. Program za poboljšanje zdravstvene zaštite za osobe s invaliditetom mora biti povezan s programima obrazovanja u istraživanjima o zdravstvenoj zaštiti. [14]

Osobe s invaliditetom su česti korisnici zdravstvenih usluga zbog toga je komunikacija ključan element u pružanju visokokvalitetnih zdravstvenih usluga koji doprinosi zadovoljstvu i zdravlju pacijenta. Glavni faktor koji utječe na cjelokupnu komunikaciju s pacijentima s invaliditetom je nedostatak strpljenja i vremena zdravstvenog osoblja. Medicinsko osoblje treba unaprijediti znanje i komunikacijske vještine za ostvarenje kvalitetnije komunikacije, suradnje i odnosa s osobama s invaliditetom svake dobi i spola, što značajno doprinosi kvalitetnijoj procjeni pacijenata i pružanju kvalitetnije zdravstvene usluge. Postoji nekoliko načina na koji medicinsko osoblje može izvježbati i usavršiti komunikacijske vještine, a to uključuje pohađanje raznih predavanja, seminara i usavršavanje praktičnog rada, zatim rad u malim grupama koje su usmjerene najviše na diskusiju, te neke napredne tehnike koje uključuju metodu igranja uloga ili stvarnih vježbi s pravim bolesnikom ili nekim tko ga glumi. [15]

Rad u timu značajno utječe na stupanj kvalitete pruženih usluga i predstavlja važan čimbenik za funkcioniranje zdravstvenog sustava i organizaciju skrbi, te o njemu ovisi i rezultat rehabilitacijskog programa. Rehabilitacijska skrb uključuje prevenciju, rano uočavanje, liječenje u bolnici ili ambulanti, kao i trajne programe koji se pružaju u zajednici, te ju je potrebno implementirati u zdravstveni sustav i sve njegove razine. [16]

Medicinska sestra treba stalno pružati potporu, ohrabrivati osobe s invaliditetom kako bi se podignula razina motiviranosti i postiglo aktivno sudjelovanje osobe s invaliditetom u obavljanju svakodnevnih aktivnosti kao i sudjelovanje i uključivanje obitelji i njemu važnih osoba, te njihovo razumijevanje i pomoć. Cilj zdravstvene skrbi, rehabilitacije i habilitacije je što je prije moguće vratiti osobu s invaliditetom u okolinu u kojoj živi, radi emocionalne komponente koja ga veže s obitelji i prijateljima, radi mogućnosti što ranijeg pronalaska posla

ukoliko je moguće, te radi zadržavanja osjećaja pripadanja i raznih drugih psihosocijalnih čimbenika. Preduvjet za kvalitetnu terapijsku komunikaciju koja vodi prema osjećaju zadovoljstva i pacijenta i zdravstvenih radnika, te povećanju učinkovitosti provedenih inetrvencija, je dobro uređeno terapijsko okruženje koje primjenjuje kulturu razgovora, gdje nema predrasuda, i kada zdravstveni djelatnici mogu kontrolirati vlastite osjećaje bespomoćnosti, straha i ljutnje. [17]

5. Uloga medicinskih sestara u zdravstvenoj zaštiti osoba s invaliditetom

Zdravstvene i socijalne mjere koje se poduzimaju radi sprječavanja tjelesnog, intelektualnog, psihičkog ili senzornog oštećenja koja će proizvesti invaliditet predstavljaju prevenciju invaliditeta.

Prevencija se dijeli na tri razine:

1. primarna
2. sekundarna
3. tercijarna prevencija [5]

5.1. Primarna prevencija

Primarna prevencija invaliditeta obuhvaća mjere koje sprječavaju nastanak oštećenja, odnosno nastanak bolesti, ozljeda ili kongenitalnih stanja koja mogu dovesti do oštećenja. Cilj joj je smanjiti ili ukloniti rizične čimbenike koji dovode do oštećenja. Uključuje i mjere koje poduzima društvo i zdravstvena zaštita. To se, primjerice, odnosi na cijepljenja protiv zaraznih bolesti, educiranje o zdravom načinu života, zdravstveni odgoj roditelja i djece, uklanjanje nepovoljnih psihosocijalnih uvjeta života radi sprječavanja poremećaja u ponašanju, poboljšanje prenatalne i perinatalne zaštite radi sprječavanja neuroloških i intelektualnih oštećenja i slično. [5]

5.2. Sekundarna prevencija

Sekundarna prevencija podrazumijeva one mjere koje pri već nastalom oštećenju sprječavaju pojavu invaliditeta. Intervencije koje se provode na razini sekundarne prevencije odnose se na pravovremeno otkrivanje i liječenje osoba radi što ranije uspostave normalnog stanja. Uključuje dijagnostičke metode i probirne testove, procjene i mjerenja, pravovremeno liječenje i operativnu korekciju, terapijske tretmane bolesti, ozljeda ili kongenitalnih stanja koja su uzrokovala invaliditet, osiguranje ortopedskih pomagala i aparata, stručna i socijalna savjetovanja. [5]

5.3. Tercijarna prevencija

Tercijarna prevencija obuhvaća one koje sprječavaju prijelaz invaliditeta, odnosno nesposobnosti u hendikep. Također uključuje one mjere koje će smanjiti već nastali hendikep. Svrha joj je vraćanje osobe na optimalnu razinu funkcioniranja, s obzirom na to da je već nastupilo ireverzibilno stanje otežanog fizičkog i intelektualnog funkcioniranja. Iziskuju najviše fizičke aktivnosti i financijskih izdataka. Mjere tercijarne prevencije uključuju rehabilitaciju i habilitaciju.

Habilitacija je stjecanje sposobnosti koju dijete s teškoćama nikad nije imalo. Svrha joj je stvaranje mogućnosti za potpuni psihomotorni razvoj osposobljavanjem novih centara i veza u mozgu umjesto onih oštećenih. Preduvjet za uspjeh habilitacije je njezino što ranije započinjanje i redovito provođenje. Međutim, osim o kontinuitetu habilitacijskog tretmana, uspjeh habilitacije ovisi o težini oštećenja, pridruženim smetnjama, vremenu započinjanja i kvaliteti tretmana.

Rehabilitacija podrazumijeva postizanje razine zdravlja prije nastanka bolesti, oštećenja i invaliditeta, odnosno ponovno osposobljavanje bolesnih i ozlijeđenih osoba kao i osoba s invaliditetom za svakodnevni život. Ukoliko nije moguće postići istu razinu zdravlja kao prije oštećenja i invaliditeta, svrha je rehabilitacije postići viši stupanj neovisnosti, socijalnu integraciju, bolju kvalitetu života i samoaktualizaciju te spriječiti nastanak hendikepa. [

6. Zaključak

Osobe s invaliditetom spadaju u najranjiviju skupinu u društvu, stoga je iznimno važno, da medicinske sestre/tehničari budu upoznati s karakteristikama i specifičnostima u radu i pružanju zdravstvene zaštite ovim osobama. Također, medicinske sestre/tehničari se trebaju trajno i kontinuirano usavršavati i usvajati najnovija saznanja i specifične vještine kako bi pružali optimalnu zdravstvenu njegu i zdravstvenu zaštitu osobama s invaliditetom, u cilju zadovoljavanja njihovih osnovnih ljudskih potreba, poboljšanja kvalitete života i što veće samostalnosti osoba s invaliditetom i njihove integracije i inkluzije u društvo. Potrebno je posjedovati znanja u vezi s pravima osoba s invaliditetom i njihovim mogućnostima, te osnovnim načelima rada s osobama s invaliditetom, radi što bolje iskorištenosti prisutnih potencijala i olakšavanja obavljanja svakodnevnih aktivnosti.

6. Literatura

1. Ljubičić M., Šare S., Markulin M. Temeljne informacije o zdravstvenoj njezi osoba s autizmom, *Sestrinski glasnik*, 2014;19., 231-3
2. Dadić M., Bačić A., Župa I., Vukoja A. Definiranje pojmova invaliditet i osoba s invaliditetom, *Food in health and disease, scientific-professional journal of nutrition and dietetics*, 2018;10., 64-6
3. Crnković I, Rukavina M. Sport i unapređenje života kod osoba s invaliditetom, *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 2012;49., 12-24
4. S. Kalauz, Organizacija i upravljanje u području zdravstvene njege, *Medicinska naklada*, Zagreb, 2015., 184str.
5. M. Ljubičić, *Zdravstvena njega osoba s invaliditetom*, Sveučilište u Zadru, Zadar, 2014., 239str.
6. Knežić M. Zdravstvena njega osoba s cerebralnom paralizom, *Sestrinski glasnik*, 2015;20, 250-3
7. Poredoš Lavor D., Radišić N. Otežana životna prilagodba osobe s intelektualnim teškoćama i poremećajem u ponašanju, *Policija i sigurnost*, 2011;20, 609-615
8. Nikolić Lj., Modrušan H. Sestrinska skrb za osobe s oštećenjem sluha, *Hrvatski časopis za javno zdravstvo*, 2018;14, 45-8
9. Barišić J. Socijalna podrška osobama s oštećenjem vida, *Socijalna politika i socijalni rad*, 2013;1, 38-70
10. American Nurses association, *Nurse's Role in Providing Ethically and Developmentally Appropriate Care to People With Intellectual and Developmental Disabilities*, Position statement, 2019.
11. UN, *Konvencija o pravima osoba s invaliditetom*, Narodne novine, Hrvatski sabor, 2006;6,80
12. WHO global disability action plan 2014-2021. Better health for all people with disability. World Health Organization, 2014;25p
13. Ervin D. A., Hennen B., Merrick J., Morad M., *Healthcare for persons with intellectual and developmental disability in the community*, *Front Public Health*, 2014;2, 83
14. Clancy C. M., Andresen E. M., *Meeting the Health Care Needs of Persons with Disabilities*, *Milbank Q*, 2002;80, 381-391
15. Kovačević A., Stojčić Ž. *Komunikacija medicinske sestre s pacijentima s*

invaliditetom, Izazovi u sestinstvu-Pacijent prije svega, Veleučilište u Bjelovaru, Bjelovar, 2019;48-52

16. Lončarić I., Kovač I., Rilović Đurašin M., Habuš R., Kauzlarić N. Interdisciplinarni timski rad – izazov u suvremenoj rehabilitaciji, Časopis za primijenjene zdravstvene znanosti, 2016;2, 147-154
17. Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Načini ostvarivanja primjerenog kontakta i specifičnosti zdravstvene skrbi za osobe s invaliditetom, Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Zagreb, 2017.59str. [pristupljeno 14.07.2020.]. Dostupno na:
<https://www.hzjz.hr/aktualnosti/nacini-ostvarivanja-primjerenog-kontakta-i-specificnosti-zdravstvene-skrbi-za-osobe-s-invaliditetom/>