RODITELJI DJECE S TEŠKOĆAMA U RAZVOJU I FIZIOTERAPIJA: STAVOVI, MIŠLJENJA I ISKUSTVA

Pines, Manuela

Master's thesis / Diplomski rad

2020

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Rijeka, Faculty of Health Studies / Sveučilište u Rijeci, Fakultet zdravstvenih studija u Rijeci**

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:184:715911

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-03-28**

Repository / Repozitorij:

Repository of the University of Rijeka, Faculty of Health Studies - FHSRI Repository

zir.nsk.hr

UNIRI DIGITALNA KNJIŽNICA

Image not found or type unknown

SVEUČILIŠTE U RIJECI

FAKULTET ZDRAVSTVENIH STUDIJA SVEUČILIŠTA U RIJECI

DIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ FIZIOTERAPIJA

Manuela Pines

RODITELJI DJECE S TEŠKOĆAMA U RAZVOJU I FIZIOTERAPIJA: STAVOVI, MIŠLJENJA I ISKUSTVA

Diplomski rad

Rijeka, 2020.

UNIVERSITY OF RIJEKA

THE FACULTY OF HEALTH STUDIES

GRADUATE UNIVERSITY STUDY OF PHYSIOTHERAPY

Manuela Pines

PARENTS OF CHILDREN WITH DEVELOPMENTAL DISABILITIES AND PHYSIOTHERAPY: ATTITUDES, OPINIONS AND EXPERIENCES

Final thesis

Rijeka, 2020.

Mentor rada: prof.dr.sc. Ester Pernjak-Pugel dr.med.

Diplomski rad s istraživanjem obranjen je dana _____ u/na_____,

pred povjerenstvom u sastavu:

1._____

2._____

3._____

FZSRI UNIRI

Izvješće o provedenoj provjeri izvornosti studentskog rada

Opći podatci o studentu:

Sastavnica	Fakultet zdravstvenih studija
Studij	Diplomski studij fizioterapije
Vrsta studentskog rada	Diplomski rad
Ime i prezime studenta	Manuela Pines
JMBAG	0062052484

Podatci o radu studenta:

Naslov rada	RODITELJI DJECE S TEŠKOĆAMA U RAZVOJU I FIZIOTERAPIJA: STAVOVI, MIŠLJENJA I ISKUSTVA
Ime i prezime mentora	prof.dr.sc. Ester Pernjak-Pugel dr.med.
Datum predaje rada	9.9.2020.
Identifikacijski br. podneska	1383494593
Datum provjere rada	10.9.2020.
Ime datoteke	PINES_MANUELA_Roditelji_djece_s_teskocama_DIPLOMSKI_RAD
Veličina datoteke	1,32 MB
Broj znakova	57518
Broj riječi	8966
Broj stranica	68

Podudarnost studentskog rada:

Podudarnost (%)	7%

Izjava mentora o izvornosti studentskog rada

Mišljenje mentora	
Datum izdavanja mišljenja	09.09.2020.
Rad zadovoljava uvjete izvornosti	X
Rad ne zadovoljava uvjete izvornosti	
Obrazloženje mentora (po potrebi dodati zasebno)	

Datum

10. rujan 2020.

Potpis mentora

Pugel

Sadržaj

1. Uvod 1
1.1. Djeca s teškoćama u razvoju 3
1.2. Uloga fizioterapeuta u obitelji djeteta s teškoćama u razvoju i (re)habilitaciji 7
2. Cilj istraživanja i hipoteze 10
3. Metode i ispitanici 11
4. Etički aspekti istraživanja 12
5. Rezultati 13
5.1. Karakteristike roditelja i djece u provedenom istraživanju 13
5.2. Stavovi i mišljenja roditelja djece s teškoćama o fizioterapiji i fizioterapeutima 18
5.3. Iskustva roditelja djece s teškoćama u razvoju 35
6. Rasprava 40
7. Zaključak 46
Sažetak 47
Abstract 48
Literatura 49
Prilog A: Popis ilustracija 54
Tablice 54
Slike 54
Prilog B: Anketni upitnik 56
Životopis 64

1. Uvod

Obitelj je temeljna socijalna institucija u kojoj dijete stječe prva iskustva i dobiva mogućnost za razvoj i sve vrste učenja (1). Roditeljstvo obuhvaća brojne promjene koje za posljedicu mogu imati povećanu razina stresa, a taj je stres znatno izraženiji u roditelja čije dijete ima odstupanje u razvoju (2). Obiteljsko okruženje okarakterizirano je kao kontekst ljudskog razvoja koji uključuje međuljudske odnose, obiteljsku klimu (kohezivnost i ekspresivnost odnosa) i interakciju roditelj-dijete (3). Rođenje djeteta s razvojnim teškoćama utječe na obiteljsko okruženje pa dijete, osim neurobioloških ograničenja za rano učenje, ima narušene i rane interakcije s osobama iz svoje okoline (4). Neizvjesnost budućnosti djeteta s teškoćama u razvoju jedan je od najdugotrajnijih stresora (5), a utvrđeno je kako roditelji pokazuju osobito visok intenzitet stresa u slučajevima kada dijete pokazuje poremećaje u ponašanju i hiperaktivnost, odnosno poremećaje iz autističnog spektra, u usporedbi s roditeljima djeteta s drugim vrstama razvojnih teškoća i kašnjenja u razvoju (6). Strategije suočavanja roditelja djece s razvojnim teškoćama dinamični su napori koji obuhvaćaju kognitivne i ponašajne napore pojedinca za usklađivanje stresnih unutarnjih i vanjskih zahtjeva. Problemski ili akcijski usmjerene strategije suočavanja snažno su povezane s pozitivnim psihološkim ishodima, a one usmjerene emocijama povezane su s lošijim mentalnim zdravljem. Roditeljska kompetencija definira se kao primjereno ponašanje, vještine i strategije za koje se smatra da promoviraju pozitivne ishode djetetova razvoja, a ovisi o osobnoj snazi, socio-ekonomskim resursima i sustavu podrške (5).

Roditelji djece s razvojnim teškoćama susreću se i sa situacijama poput potrage za stručnom podrškom, povećanim materijalnim izdacima, stjecanjem novih znanja i vještina vezanih za vrstu djetetove teškoće te organizacijom privatnog i poslovnog vremena zbog brige o djetetu (2). Ukoliko je dijete potpuno ovisno o pomoći i njezi druge osobe i potrebno mu je pružanje specifične njege izvođenjem medicinsko-tehničkih zahvata za koje je prema preporuci liječnika roditelj osposobljen, ako je u potpunosti nepokretno i uz pomoć ortopedskih pomagala te ako ima više vrsta teških oštećenja (tjelesnih, mentalnih, intelektualnih ili osjetilnih) zbog kojih potpuno ovisi o pomoći i njezi druge osobe za zadovoljavanje osnovnih životnih potreba, roditelj ima pravo ostvariti status roditelja njegovatelja, za koji prima financijsku naknadu (7).

Pojam skrbi usmjerene obitelji (eng. *family-centered care*) prvi se put javio osamdesetih godina prošlog stoljeća, u dječjim bolnicama i na pedijatrijskim odjelima. Ovaj koncept podrazumijeva prepoznavanje vitalne uloge obitelji i očuvanju zdravlja i blagostanja njenih članova, kao i osnaživanje obitelji za punopravno sudjelovanje u procjeni, planiraju, realizaciji usluga zdravstvene skrbi (8).

Rana intervencija obuhvaća aktivnosti koje će izravno i neizravno utjecati na dijete, roditelje i obiteljsko funkcioniranje što će rezultirati optimalnim blagostanjem djeteta i obitelji (4). Podrazumijeva proces informiranja, savjetovanja, edukacije i podrške roditeljima i djeci u ranoj dobi kod kojih je utvrđeno moguće odstupanje u razvoju ili visok rizik za daljnji razvoj (9). Službe rane intervencije olakšavaju roditeljsko prilagođavanje na djetetove teškoće i poboljšavaju sposobnost roditelja za adekvatnu brigu o djetetu s teškoćama (3). U Republici Hrvatskoj od 2007. godine postoji nevladina udruga koja okuplja stručnjake na području rane intervencije, pod nazivom Hrvatska udruga za ranu intervenciju u djetinjstvu (HURID). Cilj djelatnosti ove udruge je promicanje dobrobiti sve mlađe djece u Republici Hrvatskoj, osobito one s biološkim ili socijalnim rizikom za optimalni razvoj (10).

Socijalna podrška također je jedan od zaštitnih faktora roditeljskog blagostanja, a obitelji djece s razvojnim teškoćama često imaju smanjenu razinu socijalne podrške. Mreža socijalne podrške obuhvaća rodbinu, prijatelje, susjede i socijalne skupine koje mogu dijeliti interese, emocionalnu podršku, informacije i provoditi vrijeme zajedno. Roditeljsko blagostanje općenito je bolje među roditeljima koji imaju jače mreže socijalne podrške (3).

1.1. Djeca s teškoćama u razvoju

Dijete s teškoćama u razvoju je ono koje ima razvojne poremećaje čiji su glavni činitelji disfunkcije središnjeg živčanog sustava (npr. asfiksija, genetski ili metabolički poremećaji), a manifestiraju se u djetinjstvu te imaju kronični tijek s visokom vjerojatnošću funkcionalnog ograničenja. Nema jedinstvene klasifikacije razvojnih poremećaja, no neke od poteškoća su motorni poremećaji, jezični i govorni poremećaji, mentalna retardacija, konvulzije, problemi vida, sluha i percepcije, poremećaji iz autističnog spektra, poremećaji učenja i drugi (11).

Za opisivanje djeteta koje zahtijeva fizioterapijski tretman predloženi su termini neuromotoričko odstupanje, ukoliko je klinička slika odstupanja jasna, i neurorizično dijete ukoliko je klinička slika nejasna, a dijete je bilo izloženo čimbenicima rizika (12, 13). Neurorizik ne predstavlja dijagnozu već se definira kao posljedica izloženosti prenatalnim, perinatalnim i postnatalnim čimbenicima rizika, a može obuhvaćati brojne različitosti odstupanja u neuromotoričkom razvoju (14). Ishod tretmana neurorizičnog djeteta može biti potpuni oporavak ili neuromotoričko odstupanje (12, 13). Na 23. Sajmu zdravlja u Vinkovcima (14) zaključeno je kako postoji potreba za kreiranjem konsenzusa oko jasnijeg definiranja i praćenja neurorizika kako bi se ukazalo na potrebe te populacije (14).

Simptomi neuromotoričkog odstupanja koji upućuju na nastanak cerebralne paralize uočljivi su od rane dojenačke dobi. Odstupanja se opažaju kao poremećaji bioritma hranjenja, budnosti i spavanja i spontane motorike. Primitivni refleksi, odnosno njihova dinamika, također upućuju na neuromotoričko odstupanje u djece s cerebralnom paralizom. Ispitivanje položajnih reakcija prema Vojti je temelj za dijagnostiku cerebralnih smetnji kretanja. Od drugog tromjesečja nadalje simptomi neurološkog poremećaja opisuju se prema osnovnim karakteristikama poremećaja pokreta, položaja tijela, mišićnog tonusa, uz najčešće pridružen usporen razvoj motoričkih funkcija, patološki motorički odgovor položajnih reakcija i trajno prisustvo primitivnih refleksa. Razlikujemo spastični sindrom koji se očituje oskudnošću spontanih pokreta, krutošću tijela ili udova uz sporo napredovanje reakcija uspravljanja, i distoni sindrom koji se manifestira razdražljivošću, obilnom spontanom motorikom uz česta distona izvijanja trupa i udova i neprikladnim motoričkim odgovorima izazvanim naglom promjenom položaja tijela ili bukom. U distonom sindromu jako je poremećen razvoj funkcija

uspravljanja i funkcija hvatanja šake, a mišićni je tonus vrlo promjenjiv (hipotonus, hipertonus, normotonus), iako je najčešće prisutna hipotonija (15). Distonija se opisuje kao poremećaj pokreta karakteriziran trajnom ili isprekidanom mišićnom kontrakcijom koja uzrokuje abnormalne, često repetitivne pokrete i/ili položaje. Distonija koja se javlja u dječjoj i adolescentskoj dobi naziva se i dječja distonija. Klinička slika je jednaka u djece i odraslih, no u djece se češće javlja generalizirana distonija u usporedbi s distonijom u odrasloj dobi. Prvi korak u postavljanju dijagnoze je prisustvo distonog pokreta, koji se opisuje kao stereotipan, uvijajući ili tremorozan pokret, često iniciran ili pogoršan voljnim pokretom i povezan prekomjernom mišićnom kontrakcijom (16).

Cerebralna paraliza najčešći je poremećaj pokreta u djetinjstvu (11), a označava skupinu neprogresivnih, ali često promjenjivih motoričkih poremećaja koji se javljaju kao posljedica oštećenja nezrelog mozga. Očituje se poremećajem kontrole položaja i pokreta tijela, tonusa i refleksa, a uvijek je prisutan usporen razvoj motorike (17). Motorička oštećenja često su udružena sa senzornim, percepcijskim, kognitivnim, ponašajnim i komunikacijskim deficitima, napadajima i sekundarnim muskuloskeletnim problemima (8). Promjenjivost kliničke slike motoričkih poremećaja onemogućava postavljanje konačne dijagnoze i klasifikaciju tipa cerebralne paralize prije četvrte godine života (minimalno treće, a optimalno pete) (17).

Epileptični napadaj je prolazna pojava znakova ili simptoma zbog abnormalne električne aktivnosti u mozgu, koja dovodi do poremećaja svijesti, ponašanja, emocija, motoričke funkcije ili osjeta (18). Epilepsije su stanja koja uključuju kronične, ponavljajuće epileptične napadaje, a klasificiraju se prema opisu i vrsti napada (18, 19). Epilepsije su jedno od najučestalijih patoloških stanja u dječjoj dobi (19) te, iako u djece epileptički napadaji imaju mnogo poznatih uzroka (npr. cerebralna paraliza, traume glave), neke su epilepsije idiopatske (18). Poveznicu između epilepsije i cerebralne paralize predstavlja lezija mozga u njihovoj etiološkoj podlozi pa je katkad teško razlučiti radi li se o djetetu s cerebralnom paralizom i epilepsijom ili obratno (19).

Malformacije središnjeg živčanog sustava druge su najučestalije prirođene malformacije, nakon prirođenih srčanih grešaka (20). Malformacija je svaka morfološka abnormalnost središnjeg živčanog sustava koja nastaje u embrionalnom i fetalnom razdoblju bez obzira na mehanizam nastanka. Etiologija nije u potpunosti razjašnjena, no smatra se kako su one rezultat interakcije genetskih i okolišnih čimbenika (20, 21). Postoje brojne klasifikacije malformacija središnjeg živčanog sustava, a neke od bolesti koje se ubrajaju u ovu skupinu su spina bifida, hidrocefalus i mikrocefalija (20, 21).

Govoreći o genetskim bolestima, obično se misli na poremećaje jednog gena što uzrokuje stanja poput cistične fibroze ili fenilketonurije, ili na karcinom s jasnom nasljednom komponentom (npr. nasljedna predispozicija za karcinom dojke) (22). Međutim, gotovo sve bolesti imaju genetsku komponentu. Neke su uzrokovane mutacijama naslijeđenim od roditelja i prisutne su već pri rođenju, dok druge mogu nastati tijekom života zbog stečenih mutacija gena, spontano ili posljedično izloženosti ekoloških čimbenika (23). Danas se sve više raspravlja o genetskim čimbenicima kao uzroku cerebralne paralize, koji mogu biti uzrok patoloških procesa ili mogu modificirati njihov tijek i tako utjecati na perinatalno oštećenje. Polimorfizmi različitih gena mogu utjecati na rizične čimbenike predisponirajuće za nastanak cerebralne paralize kao što su prijevremeni porod, poremećaji krvarenja i zgrušavanja, osjetljivost za infekcije, autoimuni odgovori i drugo (24).

Kromosomske anomalije promjene su u genomu stanica koje često rezultiraju teškim kliničkim sindromima. Mogu biti posljedica promjene broja ili strukture kromosoma i zahvaćati somatske ili spolne kromosome (25). Numeričke anomalije, odnosno odstupanje broja kromosoma od normalnog, nastaju zbog nerazdvajanja homolognog kromosomskog para u mejozi tijekom gametogeneze. Oblici takvih anomalija su trisomija, monosomija ili mozaicizam. Strukturne anomalije nastaju zbog gubitka, viška ili preraspodjele genetičkog materijala u stanici, a najučestaliji oblici takvih anomalija su translokacija, delecija, duplikacija, inverzija, prstenasti kromosom i izokromosom (25, 26). Najučestaliji sindromi autosomnih kromosomskih anomalija su Downov sindrom (trisomija 21), Edwardsov sindrom (trisomija 18), Patauov sindrom (trisomija 13), Di Georgeov sindrom, Williamsov sindrom, Wolf-Hirschhornov sindrom i Kleefstrain sindrom (26).

Neuromuskularne bolesti mogu zahvatiti središnji živčani sustav, leđnu moždinu, živce, neuromišićnu spojnicu ili samu muskulaturu (27). Mišićne distrofije su nasljedne, progresivne bolesti koje rezultiraju degeneracijom mišićnih stanica i mišićnom slabosti. Razlikuju se prema kliničkoj slici i patološkim promjenama mišića, načinu nasljeđivanja, dobi pojave simptoma i brzini progresije kliničke slike. Najčešća mišićna distrofija u dječjoj dobi je Duchenneova mišićna distrofija, koja se uz Beckerovu mišićnu distrofiju svrstava u skupinu distrofinopatija (28). Spinalna mišićna atrofija je najčešća autosomno recesivna bolest karakterizirana degeneracijom donjeg motoneurona. Klinička se slika bolesti manifestira hipotonijom, hiporefleksijom ili arefleksijom i mišićnom slabosti. Klinički se razlikuju četiri tipa bolesti, a u dječjoj dobi najučestalije su spinalne mišićne atrofije koje zahvaćaju proksimalne skupine mišića (29).

Poremećaji autističnog spektra predstavljaju spektar složenih neuroloških i razvojnih poremećaja obilježenih deficitima u recipročnoj socijalnoj interakciji i komunikaciji, uz prisustvo ograničenih, repetitivnih, stereotipnih interesa i ponašanja (6). Ti deficiti manifestiraju se već u dojenačkoj dobi, s odrastanjem postaju sve očitiji, a prisutni su tijekom cijelog života (6, 30). Djeca s autizmom često su okarakterizirana kao nespretna pri hodu i grubim motoričkim radnjama i sniženog su mišićnog tonusa. Službeni termini za opisivanje motoričkih smetnji povezanih s autizmom su apraksija, praksija i dispraksija, a označavaju teškoće u motoričkom planiranju i koordinaciji (8, 30).

1.2. Uloga fizioterapeuta u obitelji djeteta s teškoćama u razvoju i (re)habilitaciji

Skrb usmjerena obitelji temelj je pedijatrijske fizioterapije (8). Kako dijete ovisi o svom skrbniku, ono nije jedini klijent pedijatrijskog fizioterapeuta, već su primatelji usluga i roditelji, odgajatelji, njegovatelji i prošireni članovi obitelji (8, 31). Ciljevi ovakvog pristupa su povećanje potpore obitelji za emocionalne i razvojne potrebe djeteta te omogućavanje roditeljima da postanu stručnjaci u njezi svog djeteta (8), a takva suradnja fizioterapeutu pripisuje ulogu edukatora (32).

Zadatak fizioterapeuta je educirati roditelja o svakodnevnim aktivnostima koje će djetetu pružiti iskustvo pravilnog, učinkovitog pokreta, umjesto atipičnog, stereotipnog pokreta. Roditelj treba dijete usmjeravati u svakodnevnom kretanju i provoditi tretmane kod kuće kako bi ono u potpunosti iskoristilo svoje potencijale (33). Fizioterapeut treba roditeljima pružiti podršku dajući informacije i pomoći u određivanju prioriteta u planiranju programa najprikladnijeg za dijete i obitelj u određenom periodu djetetova života (34).

Cilj terapije je djetetu pružiti senzomotoričko iskustvo koje će biti temelj što normalnijeg razvoja (33). Svrha rehabilitacije je osposobljavanje djeteta kako bi postiglo fizičku, emocionalnu, društvenu, radnu i ekonomsku samostalnost kojoj je ono doraslo (9). Bez obzira radi li se o djeci s definiranim biološkim rizicima ili o onima s neuromotoričkim odstupanjem, dokazano je kako je rana implementacija rehabilitacijskih intervencija, edukacije i suportivnih sustava izuzetno važna jer povoljno djeluje na razvoj djeteta (11). Jedan od vjerojatno najpoznatijih terapijskih pristupa je neurorazvojni tretman (eng. *The Neuro-Developmental Treatment*), poznat i pod nazivom Bobath koncept. Neurorazvojni tretman nije samo niz tehnika već podrazumijeva i razumijevanje razvojnog motoričkog procesa i svih komponenti koje čine funkcionalni zadatak. Cilj tretmana je motoričko učenje, odnosno prenošenje naučenog motoričkog zadatka na svakodnevne aktivnosti. Teorija koncepta je da je razvoj rezultat složenih odnosa između gena i okoliša, a mozak se razvija sudjelovanjem u funkcionalnoj aktivnosti u odgovarajućem okruženju. No, kako svako dojenče i dijete predstavlja jedinstven skup funkcionalnih kompetencija, ograničenja i oštećenja, ne postoji jedinstvena preporučena fizioterapijska intervencija (8).

Uloga fizioterapeuta u jedinici intenzivnog liječenja novorođenčadi je educirati roditelja o ispravnom postupanju s djetetom (eng. *baby handling*), prilagodbi djetetova okruženja, pružanju skrbi i o intervencijama za specifične razvojne potrebe. Zadaće fizioterapeuta su savjetovanje, intervencija i podrška obitelji u stresnom okruženju intenzivne njege, pa osim poznavanja dječjeg razvoja, brojnih neonatalnih patoloških stanja, medicinskih intervencija i njihovih utjecaja na budući razvoj, fizioterapeut mora biti pažljiv promatrač, dobar suradnik i imati dobre komunikacijske vještine (8).

Djeca s cerebralnom paralizom suočavaju se s doživotno prisutnim funkcionalnim izazovima koji se mogu privremeno poboljšati fizioterapijskom intervencijom (8). Cilj terapije je omogućiti djetetu najvišu moguću razinu samostalnosti u obavljanju funkcionalnih radnji, prevenirati razvoj deformiteta i korigirati abnormalne obrasce položaja i pokreta, a intervencija se treba prilagođavati s obzirom na rast i razvoj djeteta (8, 15). Nekada se smatralo da vježbe snage povećavaju spastičnost, smanjuju opseg i funkciju pokreta u osobe s cerebralnom paralizom, no recentnije studije pokazale su kako trening snage povećava mišićnu snagu i izdržljivost, promovira kardiovaskularno zdravlje, omogućava kontrolu tjelesne težine i povećanje koštane mase, djeluje na stvaranje pozitivne slike o vlastitom tijelu i pomaže poboljšati obrazac hoda. No, s obzirom na to da je živčani sustav djeteta trajno oštećen, nemoguće ga je ponovo učiniti 'normalnim'. Stoga fizioterapeut nikada ne bi trebao dopustiti roditelju da pogrešno razumije ili protumači namjeru fizioterapijskog tretmana (8).

Kako većina neuromuskularnih bolesti ima progresivni karakter cilj rehabilitacije je usporiti opadanje funkcionalnih sposobnosti bolesnika i omogućiti mu što bolju kvalitetu života. Specifični ciljevi fizioterapije su održavanje mišićne snage, odnosno usporenje gubitka iste, očuvanje istezljivosti mišića, sprječavanje razvoja kontraktura i deformiteta, povećanje pokretljivosti u zglobovima, poboljšanje ili održavanje pokretljivosti bolesnika, povećanje samostalnosti u aktivnostima svakodnevnog života te provođenje edukacije bolesnika i obitelji (28, 35). S progresijom bolesti i slabljenjem respiratorne muskulature povećava se rizik od infekcije pluća, kao rezultat otežanog iskašljavanja pa fizioterapija neuromuskularnih bolesti obuhvaća razne tehnike mobilizacije sekreta i potpomognutog kašlja (28, 36).

U djece s intelektualnim teškoćama, kao što je često slučaj u djece s Downovim sindromom, fizioterapeut ima veoma izazovnu ulogu. Fizioterapijska procjena često se obavlja promatranjem djeteta u prirodnom okruženju i tijekom igre. Pravilna procjena omogućava planiranje, realizaciju i modifikaciju terapijskog programa. Osim prepoznavanja teškoće, valja prepoznati i djetetove sposobnosti kako bi se kroz njih djetetu i roditelju na pravilan način prezentirao određen motorički zadatak. Fizioterapeut mora birati aktivnosti koje odgovaraju mentalnoj i kronološkoj dobi djeteta, a one moraju biti zanimljive, zabavne i smislene. S obzirom na činjenicu da djeca s intelektualnim teškoćama često imaju raspršenu pažnju, biraju se one aktivnosti koje su najučinkovitije i ispunjavanju utvrđen cilj (npr. poboljšanje ravnoteže ili mišićnog tonusa). Fizioterapeut treba biti maštovit i mora moći integrirati različite pristupe za razvoj učinkovite intervencije. Umjesto provođenja standardnih vježbi snaženja mogu se provoditi specifični funkcionalni zadaci ili igre koje uključuju i druge članove obitelji djeteta. Takav pristup ne samo da održava interes, suradnju i entuzijazam, već i naglašava mogućnost realizacije terapijskih ciljeva kroz svakodnevne aktivnosti (8).

Fizioterapija u djece s poremećajima autističnog spektra omogućava djetetu normalan razvoj pružajući mu senzomotorne informacije za koje je inače zakinuto. Procjenom razvojnih odstupanja plan fizioterapije određuje se individualno. Fizioterapijski tretman može utjecati na poboljšanje specifičnih motoričkih vještina (npr. ravnoteža ili koordinacija) i djelovati na poboljšanje percepcije vlastitog tijela u prostoru, razvoj posturalne kontrole, a samim time i na smanjenje stereotipnih ponašanja (8, 37).

Rezultati (re)habilitacije ovise o mnogim faktorima – vremenu početka terapije, doziranju i kvaliteti terapije, trajanju tretmana te motivaciji, postavljenim ciljevima i suradnji s roditeljima. Timski pristup rehabilitaciji je neophodan, a najvažniji čimbenik za uspjeh je sudjelovanje roditelja u tom procesu (33).

2. Cilj istraživanja i hipoteze

Cilj ovog istraživanja je ispitati stavove, mišljenja i iskustva roditelja djece s teškoćama u razvoju o fizioterapijskoj djelatnosti, odnosno fizioterapeutima koji rade s njihovom djecom. Specifični cilj istraživanja je utvrđivanje razlike u stavovima roditelja s obzirom na njihovu dob.

Uz navedene ciljeve postavljene su sljedeće hipoteze:

H1: Većina ispitanih roditelja smatra kako fizioterapijski postupci povoljno utječu na motorički razvoj djeteta.

H2: Nema razlike u stavovima i mišljenjima prema fizioterapeutima s obzirom na dob roditelja.

H3: Većina ispitanih roditelja ima povjerenja u fizioterapeuta.

3. Metode i ispitanici

Za potrebe izrade diplomskog rada sastavljen je anketni upitnik namijenjen roditeljima djece s teškoćama u razvoju čija su djeca (bila) uključena u fizioterapijski tretman. Upitnik je usmjeren na ispitivanje stavova, mišljenja i iskustva roditelja o fizioterapijskoj djelatnosti i fizioterapeutima, a sastavljen je od dvaju dijelova. Prvi dio upitnika sastoji se od općih podataka u kojima su ispitanici naveli svoju dob i spol, dob i spol svog djeteta, dob kada je dijete uključeno u fizioterapijski tretman, vrstu teškoće koju ima dijete te informaciju ima li roditelj status roditelja njegovatelja. Drugi dio upitnika sadrži 18 tvrdnji koje valja ocijeniti na Likertovoj ljestvici, u rasponu od 1 do 5, ovisno o razini slaganja s navedenom tvrdnjom. Ocjena 1 označava potpuno neslaganje s tvrdnjom, ocjena 2 uglavnom neslaganje s tvrdnjom, ocjena 3 niti slaganje niti neslaganje s tvrdnjom, ocjena 4 djelomično slaganje s tvrdnjom, a ocjena 5 potpuno slaganje s istom.

Anketni upitnik u formi Google obrasca ponuđen je potencijalnim ispitanicima na društvenoj mreži, u grupi namijenjenoj roditeljima neurorizične djece i djece s teškoćama u razvoju i stručnjacima koji rade s njima. Anketu je u razdoblju od 9. do 15. srpnja 2020. godine ispunio 331 roditelj. Iz statističke obrade isključeno je 10 ispunjenih anketnih upitnika zbog toga što se indikacija za fizioterapijsku intervenciju koju su roditelji naveli ne može svrstati u kategoriju razvojnih teškoća. Konačna analiza podataka obuhvaća 321 roditelja, od čega 319 majki i dva oca.

Prikupljeni podaci statistički su obrađeni i prikazani grupno – tablično i grafički. Kako bi se utvrdila razlika u stavovima i mišljenjima ispitanih roditelja s obzirom na dob korišten je Mann-Whitney U test.

4. Etički aspekti istraživanja

Potencijalnim ispitanicima na društvenoj mreži ponuđen je anketni upitnik u formi Google obrasca. Prije rješavanja ankete ispitanici su bili pismeno informirani o svrsi istraživanja, a slanje ispunjenog obrasca smatra se informiranim pristankom za sudjelovanje u istraživanju. Upitnik je u potpunosti anoniman, a podaci su korišteni isključivo u znanstveno-istraživačke svrhe. Sudjelovanje u istraživanju je dobrovoljno, a prikupljeni podaci grupno su analizirani te se ni na koji način ne mogu povezati s pojedincima.

5. Rezultati

Kako bismo ostvarili postavljen cilj istraživanja o ispitivanju stavova, mišljenja i iskustva roditelja djece s teškoćama u razvoju o fizioterapijskoj djelatnosti, odnosno fizioterapeutima koji rade s njihovom djecom, i ispitali postavljene hipoteze, roditelji su ispunili predložen upitnik. Dobiveni rezultati prikazani su u tablicama i grafovima u sljedećim potpoglavljima.

5.1. Karakteristike roditelja i djece u provedenom istraživanju

Iz Tablice 1. može se uočiti kako je najviše ispitanih roditelja u dobi od 26 do 35 godina (194 ispitanika, 60,44%), a najveći broj djece u dobi do 2 godine (124 djece, 38,63%), i do 4 godine (92 djece, 28,66%). Istraživanjem je obuhvaćeno 321 dijete, od čega nešto više dječaka nego djevojčica (180:141), što se može iščitati iz Tablice 2. Iz iste je vidljivo kako je najučestalija indikacija za fizioterapijski tretman distonija, odnosno distoni sindrom, s ukupno 132 djece (41,12%), od čega 77 dječaka i 55 djevojčica. Zbog neuromotoričkog odstupanja u fizioterapijskom tretmanu je 80 djece (24,92%), što je druga najučestalija indikacija u ovom istraživanju. Cerebralnu paralizu ima 44 djece (13,71%), podjednako dječaka i djevojčica. Kako je u Tablici 3. prikazano, većina roditelja (274 roditelja, 85,36%) nema status roditelja-njegovatelja. U skupini roditelja koji imaju ostvaren status roditelja-njegovatelja, najviše je onih čije dijete ima cerebralnu paralizu (21 roditelj, 6,54%). Rezultati u Tablici 4. pokazuju kako je više od polovice djece obuhvaćene istraživanjem u fizioterapijski tretman uključeno u prva 3 mjeseca života (166 djece, 51,71%), odnosno sveukupno čak 91,90% (295 djece) u prvoj godini života.

Tablica 1. Dob ispitanih roditelja i njihove djece

Broj (%)		Roditelji				UKUPNO
		Do 25 godina	**Od 26 do 35 godina**	**Od 36 do 45 godina**	**Više od 46 godina**	
Djeca	0-2 g.	10 (3,12)	89 (27,73)	25 (7,79)	-	124 (38,63)
	2-4 g.	3 (0,94)	62 (19,32)	27 (8,41)	-	92 (28,66)
	4-6 g.	1 (0,31)	35 (10,90)	26 (8,10)	1 (0,31)	63 (19,63)
	6-8 g.	-	5 (1,56)	17 (5,30)	1 (0,31)	23 (7,17)
	8-10 g.	-	2 (0,62)	5 (1,56)	3 (0,94)	10 (3,12)
	10-12 g.	-	1 (0,31)	1 (0,31)	1 (0,31)	3 (0,94)
	12-14 g.	-	-	1 (0,31)	-	1 (0,31)
	14-16 g.	-	-	1 (0,31)	-	1 (0,31)
	16-18 g.	-	-	-	-	-
	18-20 g.	-	-	-	1 (0,31)	1 (0,31)
	20-22 g.	-	-	-	-	-
	22-24 g.	-	-	-	2 (0,62)	2 (0,62)
	24-26 g.	-	-	-	1 (0,31)	1 (0,31)
UKUPNO		**14 (4,36)**	**194 (60,44)**	**103 (32,09)**	**10 (3,12)**	**321 (100,00)**
		208 (64,80)		**113 (35,20)**		

Tablica 2. Teškoće u razvoju djece ispitanih roditelja

	Broj (%) djece		
	Muško	**Žensko**	**UKUPNO**
Neurorizično dijete	7 (2,18)	7 (2,18)	14 (4,36)
Neuromotoričko odstupanje	45 (14,02)	35 (10,90)	80 (24,92)
Distonija/distoni sindrom	77 (23,99)	55 (17,13)	132 (41,12)
Cerebralna paraliza	22 (6,85)	22 (6,85)	44 (13,71)
Oštećenja središnjeg živčanog sustava	7 (2,18)	8 (2,49)	15 (4,67)
Epilepsije	4 (1,25)	1 (0,31)	5 (1,56)
Kromosomopatije/ genopatije	12 (3,74)	9 (2,80)	21 (6,54)
Neuromuskularne bolesti	-	2 (0,62)	2 (0,62)
Poremećaji autističnog spektra	6 (1,87)	2 (0,62)	8 (2,49)
UKUPNO	**180 (56,07)**	**141 (43,93)**	**321 (100,00)**

Tablica 3. Status roditelja njegovatelja

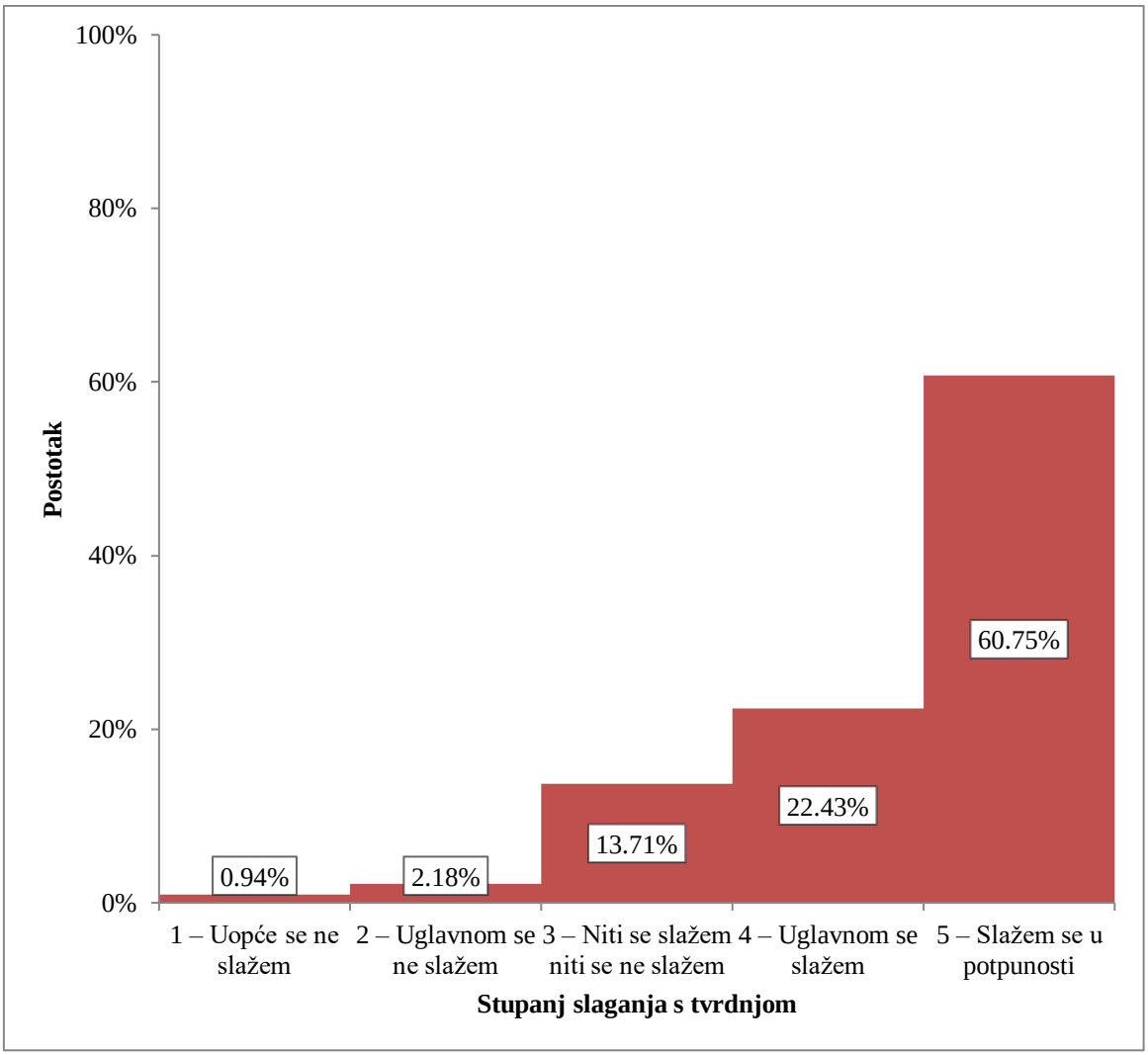
	Broj (%) roditelja	
	DA	**NE**
Neurorizično dijete	1 (0,31)	13 (4,05)
Neuromotoričko odstupanje	8 (2,49)	72 (22,43)
Distonija/distoni sindrom	11 (3,43)	121 (37,69)
Cerebralna paraliza	21 (6,54)	23 (7,17)
Oštećenja središnjeg živčanog sustava	3 (0,94)	12 (3,74)
Epilepsije	-	5 (1,56)
Kromosomopatije/genopatije	3 (0,94)	18 (5,61)
Neuromuskularne bolesti	-	2 (0,62)
Poremećaji autističnog spektra	-	8 (2,49)
UKUPNO	**47 (14,64)**	**274 (85,36)**

Tablica 4. Dob kada su djeca prvi put uključena u fizioterapijski tretman

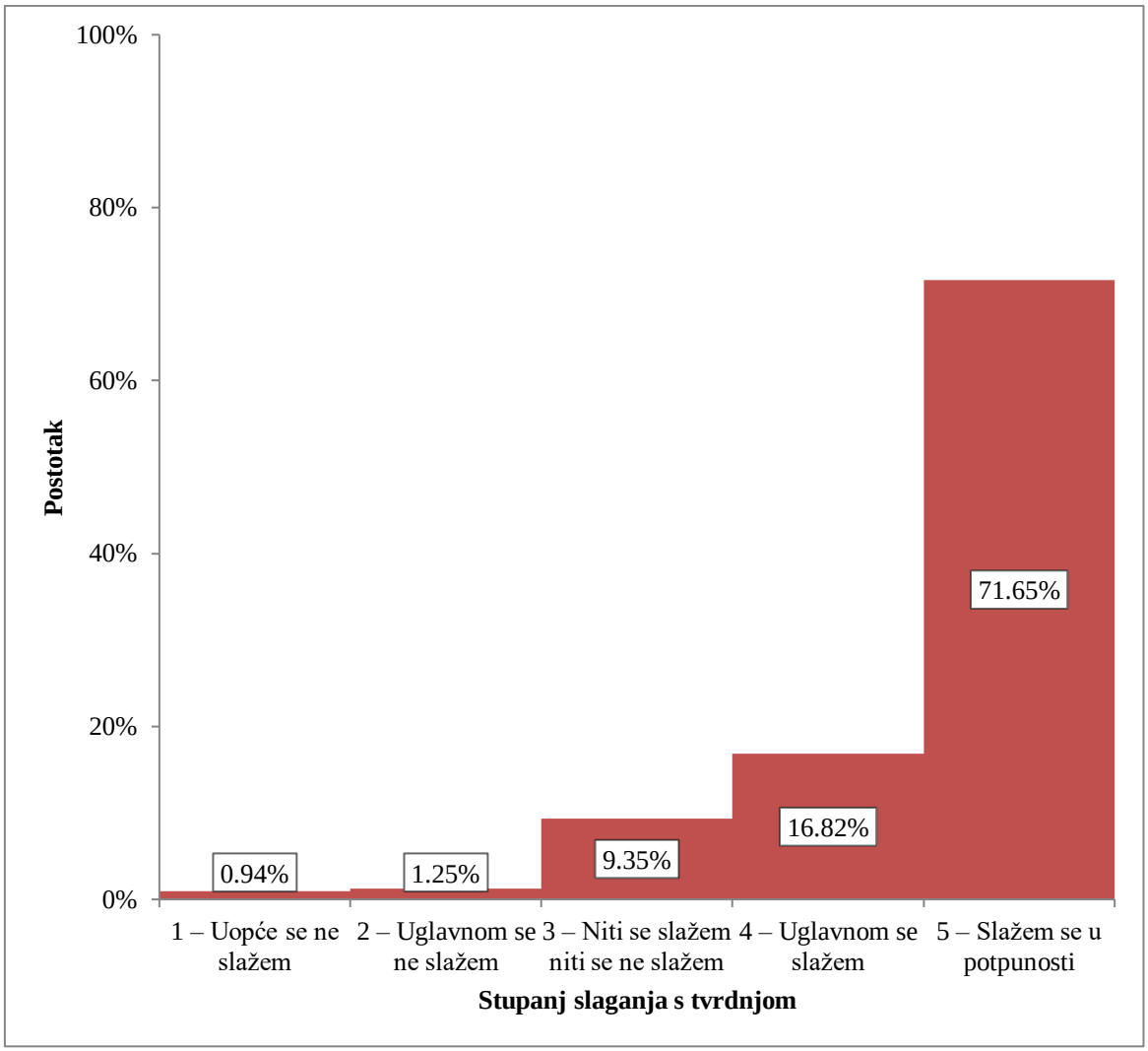
	Broj (%) djece			
	U prva 3 mjeseca života	**Od 3. do 6. mjeseca života**	**Od 6. do 12. mjeseca života**	**Nakon 12 mjeseci života**
Neurorizično dijete	9 (2,80)	3 (0,94)	1 (0,31)	1 (0,31)
Neuromotoričko odstupanje	38 (11,84)	20 (6,23)	16 (4,98)	6 (1,87)
Distonija/distoni sindrom	71 (22,12)	39 (12,15)	15 (4,67)	7 (2,18)
Cerebralna paraliza	21 (6,54)	12 (3,74)	5 (1,56)	6 (1,87)
Oštećenja središnjeg živčanog sustava	12 (3,74)	1 (0,31)	1 (0,31)	1 (0,31)
Epilepsije	3 (0,94)	1 (0,31)	1 (0,31)	-
Kromosomopatije/genopatije	10 (3,12)	8 (2,49)	2 (0,62)	1 (0,31)
Neuromuskularne bolesti	-	-	-	2 (0,62)
Poremećaji autističnog spektra	2 (0,62)	2 (0,62)	2 (0,62)	2 (0,62)
UKUPNO	**166 (51,71)**	**86 (26,79)**	**43 (13,40)**	**26 (8,10)**

5.2. Stavovi i mišljenja roditelja djece s teškoćama o fizioterapiji i fizioterapeutima

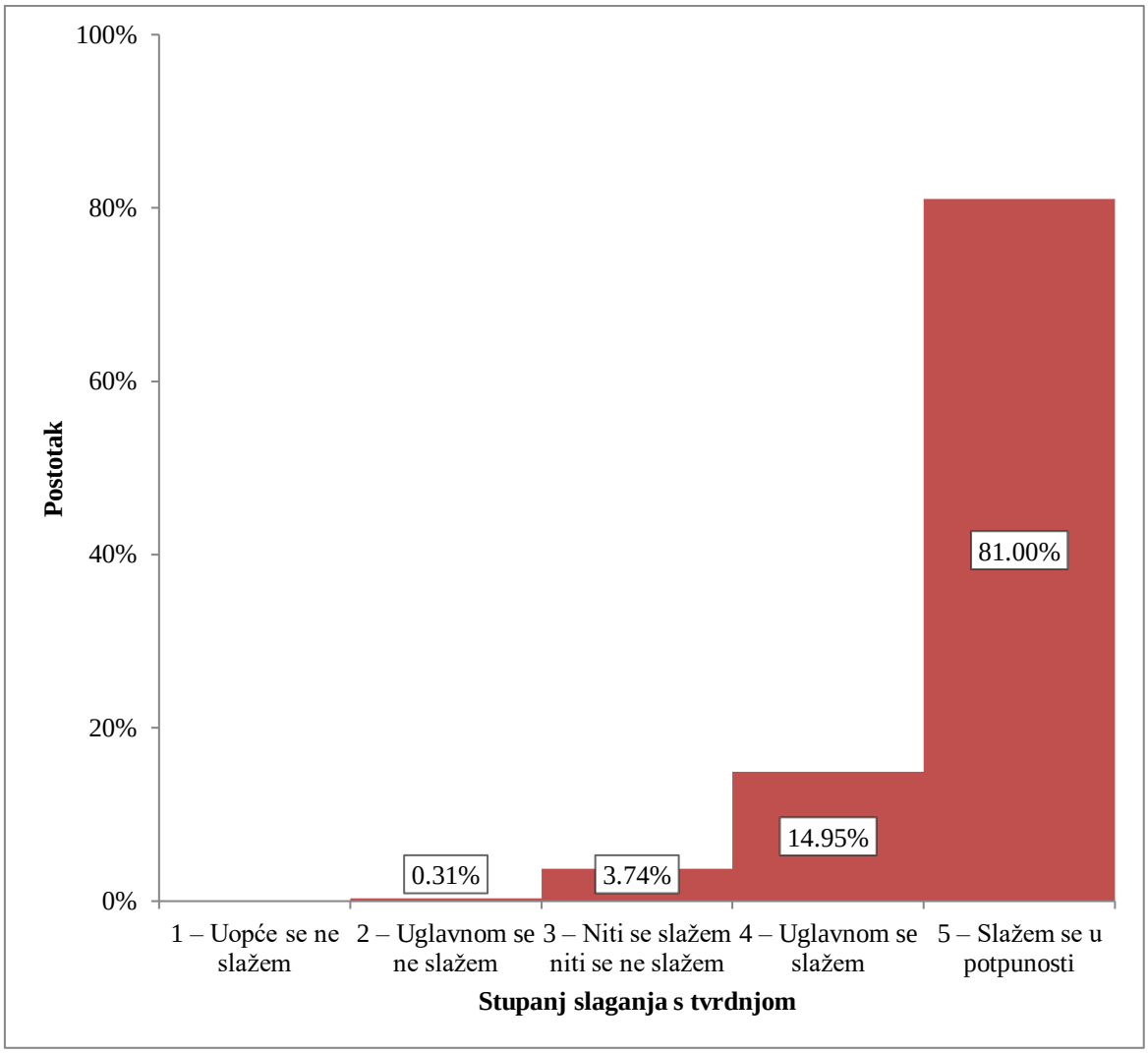
Većina ispitanih roditelja se u potpunosti (60,75%) ili uglavnom slaže (22,43%) s tvrdnjom da je fizioterapija cijenjeno zanimanje, što je prikazano na Slici 1. Roditelji fizioterapiju u pedijatriji u potpunosti ili uglavnom smatraju fizički (Slika 2.), odnosno psihički (Slika 3.) zahtjevnim poslom. Na Slici 4. vidljivo je kako fizioterapiju u pedijatriji 274 roditelja (85,36%) u potpunosti smatra jednako primjerenim zanimanjem muškarcima i ženama, odnosno 27 roditelja (8,41%) se s tom tvrdnjom uglavnom slaže. Slika 5. prikazuje kako gotovo svi ispitani roditelji u potpunosti (95,02%; 305), odnosno uglavnom (4,36%; 14) smatraju kako je fizioterapeut važan član medicinskog tima. Gotovo svi ispitani roditelji smatraju kako fizioterapijski postupci povoljno utječu na motorički razvoj djeteta (300 roditelja, 93,46%), što prikazuje Slika 6. Također, visok je udio onih roditelja koji smatraju da se fizioterapeuti stalno trebaju educirati, kako se može iščitati iz Slike 7. Čak se 298 ispitanih roditelja (92,84%) u potpunosti slaže s tom tvrdnjom, odnosno uglavnom se slaže 20 roditelja (6,23%). Na Slici 8. vidljivo je kako gotovo trećina ispitanih roditelja ne može ocijeniti jesu li dob i znanje fizioterapeuta proporcionalni (104 roditelja, 32,40%), trećina se s tvrdnjom slaže, a preostala trećina ispitanih roditelja se s navedenom tvrdnjom ne slaže. Slika 9. prikazuje kako su roditelji ocijenili tvrdnju 'Stručna sprema fizioterapeuta proporcionalna s njegovim znanjem' – 199 roditelja (64,80%) u potpunosti ili uglavnom stručnu spremu i znanje fizioterapeuta smatraju proporcionalnim varijablama. Ispitani roditelji uglavnom smatraju kako bi fizioterapeut u pedijatriji trebao imati znanja i o drugim aspektima djetetova zdravlja osim fizioterapije (212 roditelja, 66,04%), što se može iščitati iz Slike 10. Većini ispitanih roditelja bitno da je fizioterapeut ljubazan i pristupačan (Slika 11.), s čime se u potpunosti slaže 283 roditelja (88,16%), a uglavnom se slaže 33 roditelja (10,28%). Slika 12. opisuje vrednovanje tvrdnje 'Na moje mišljenje o nekom terapeutu utječu iskustva i mišljenja drugih roditelja' - s tvrdnjom se niti slaže niti ne slaže četvrtina ispitanih roditelja, uglavnom ili u potpunosti se slaže 30,84%, dok se uglavnom ili uopće ne slaže 42,37% ispitanih roditelja. Gotovo svi roditelji u potpunosti (216 roditelja, 67,29%) ili uglavnom (92 roditelja, 28,66%) navode kako imaju povjerenje u fizioterapeuta kao medicinskog stručnjaka (Slika 13.). Na Slici 14. vidljivo je kako se većina ispitanih roditelja u potpunosti slaže s tvrdnjom da fizioterapijski postupci poboljšavaju kvalitetu života njihovog djeteta (87,85%; 282), dok se s tom tvrdnjom uglavnom slaže 35 roditelja (10,90%).



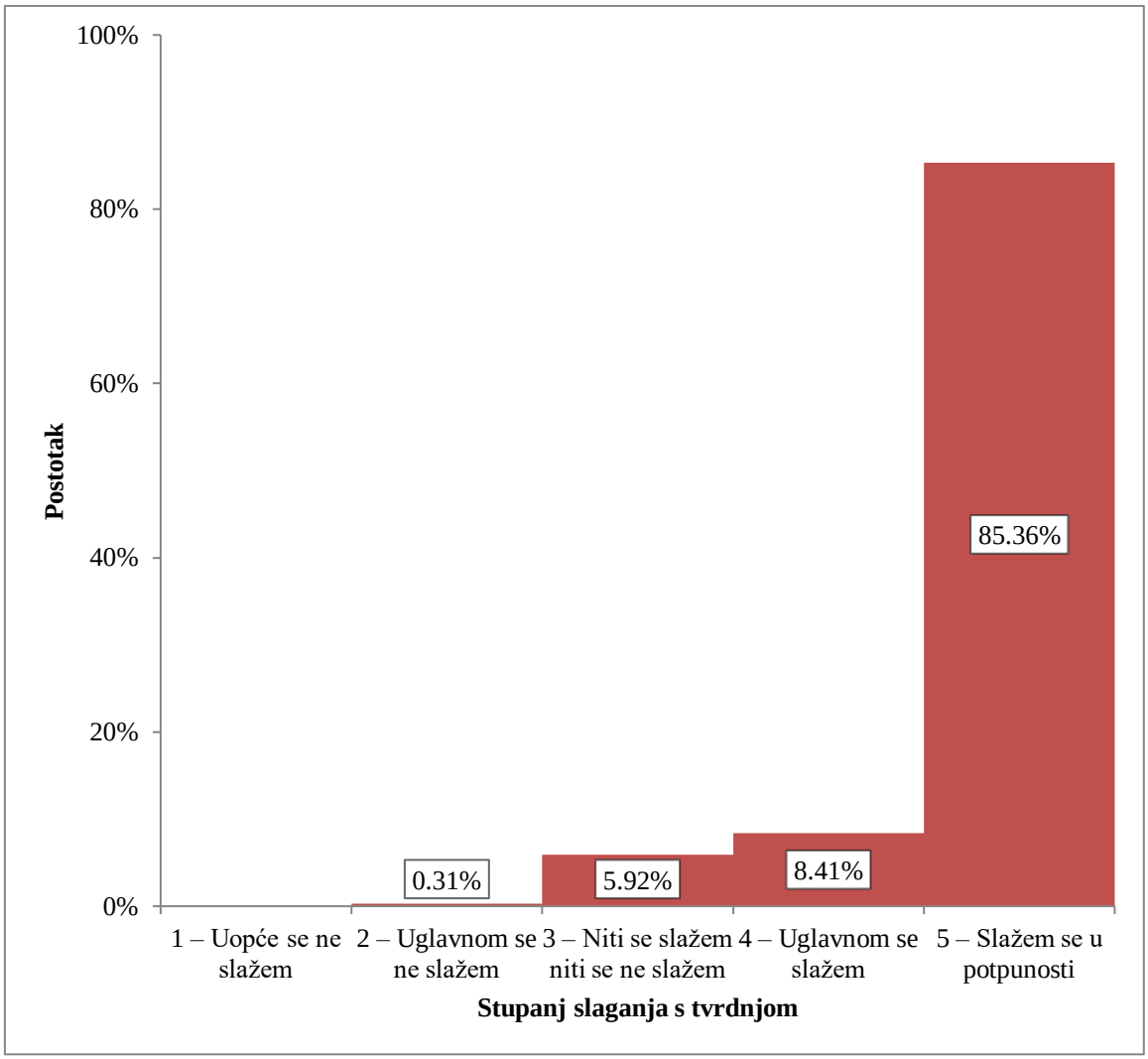
Slika 1. Fizioterapija je cijenjeno zanimanje



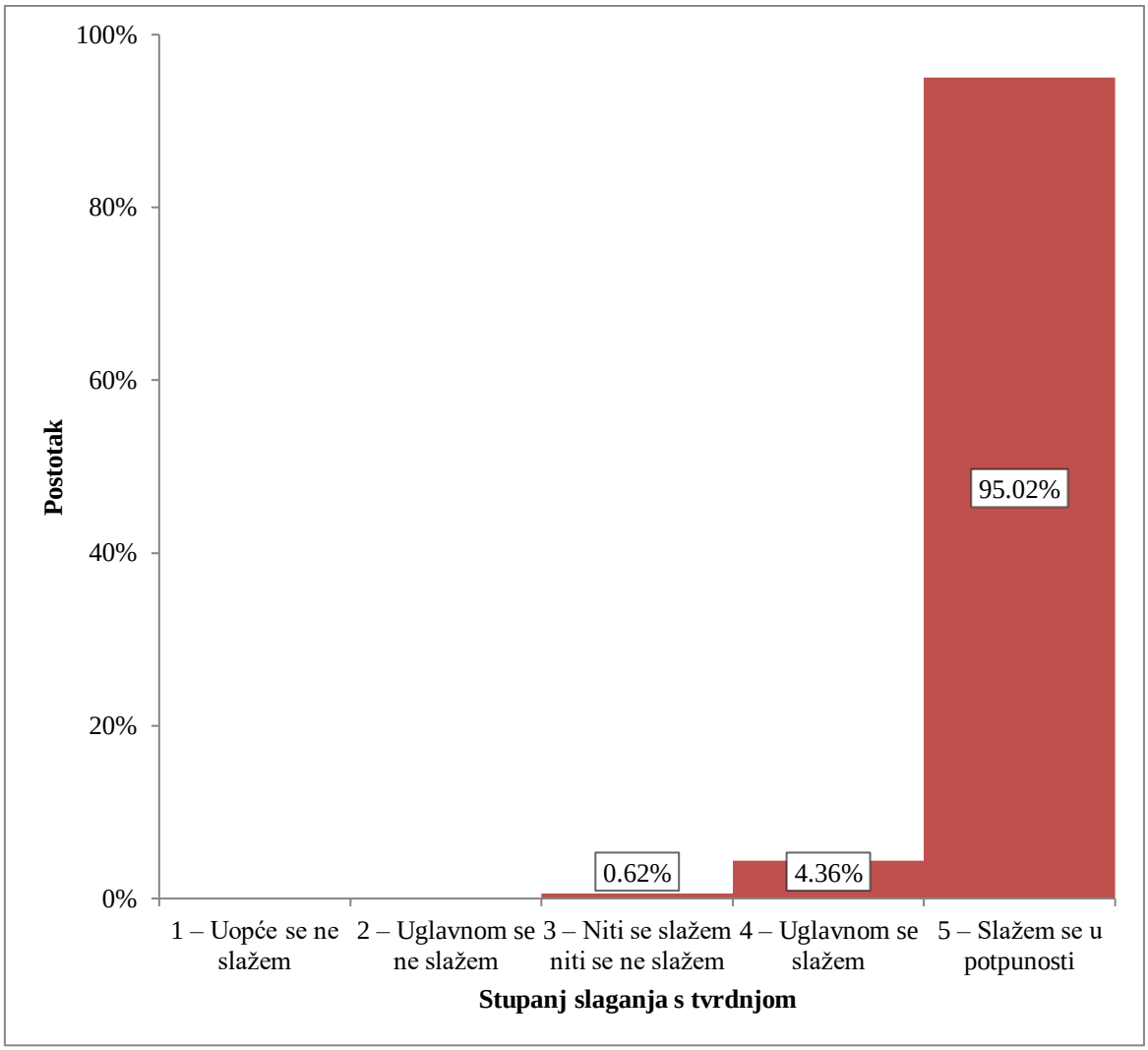
Slika 2. Fizioterapija je fizički zahtjevan posao



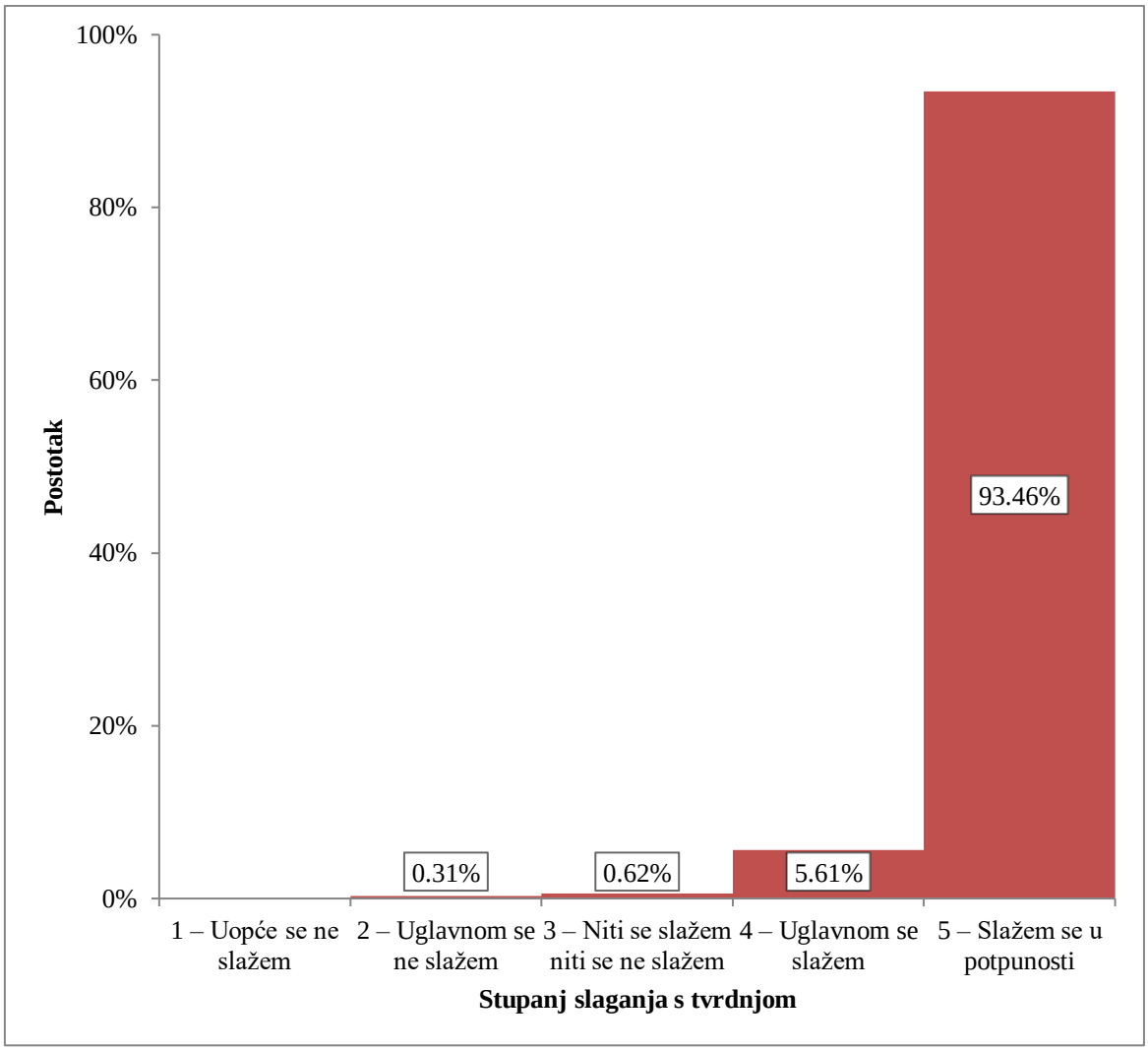
Slika 3. Fizioterapija u pedijatriji psihički zahtjevan posao



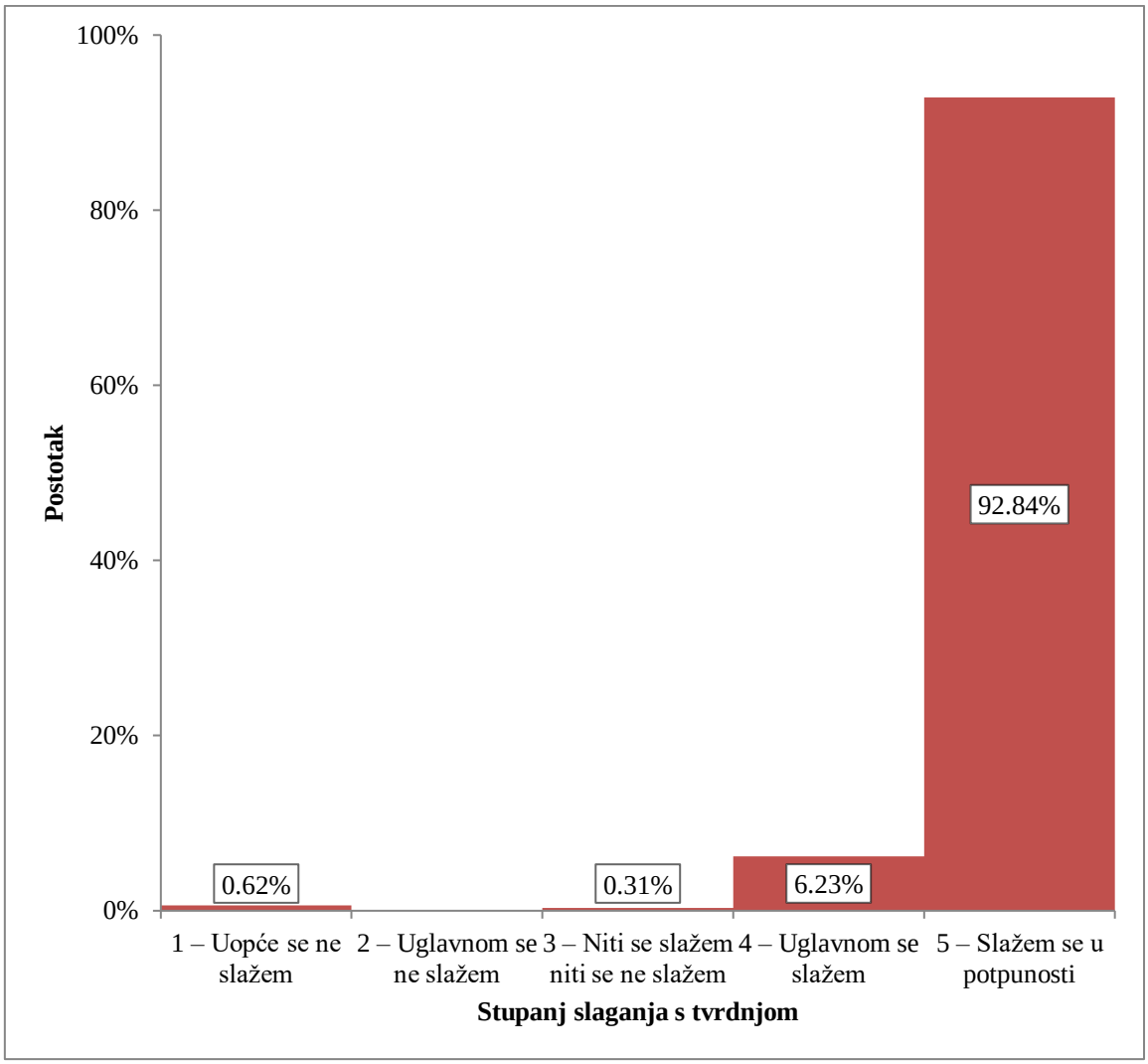
Slika 4. Fizioterapija u pedijatriji je zanimanje jednako primjereno muškarcima i ženama



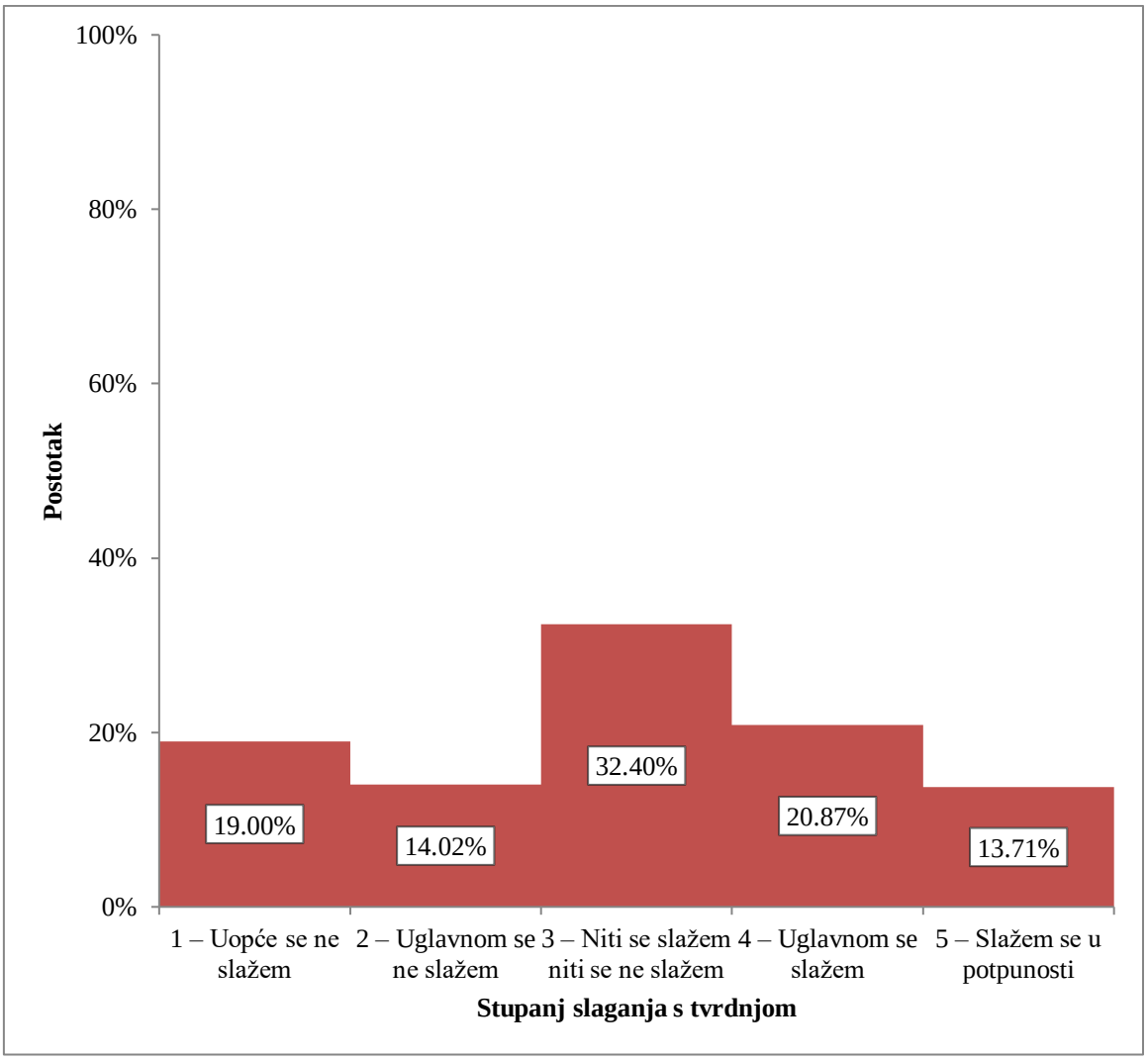
Slika 5. Fizioterapeut je važan član medicinskog tima



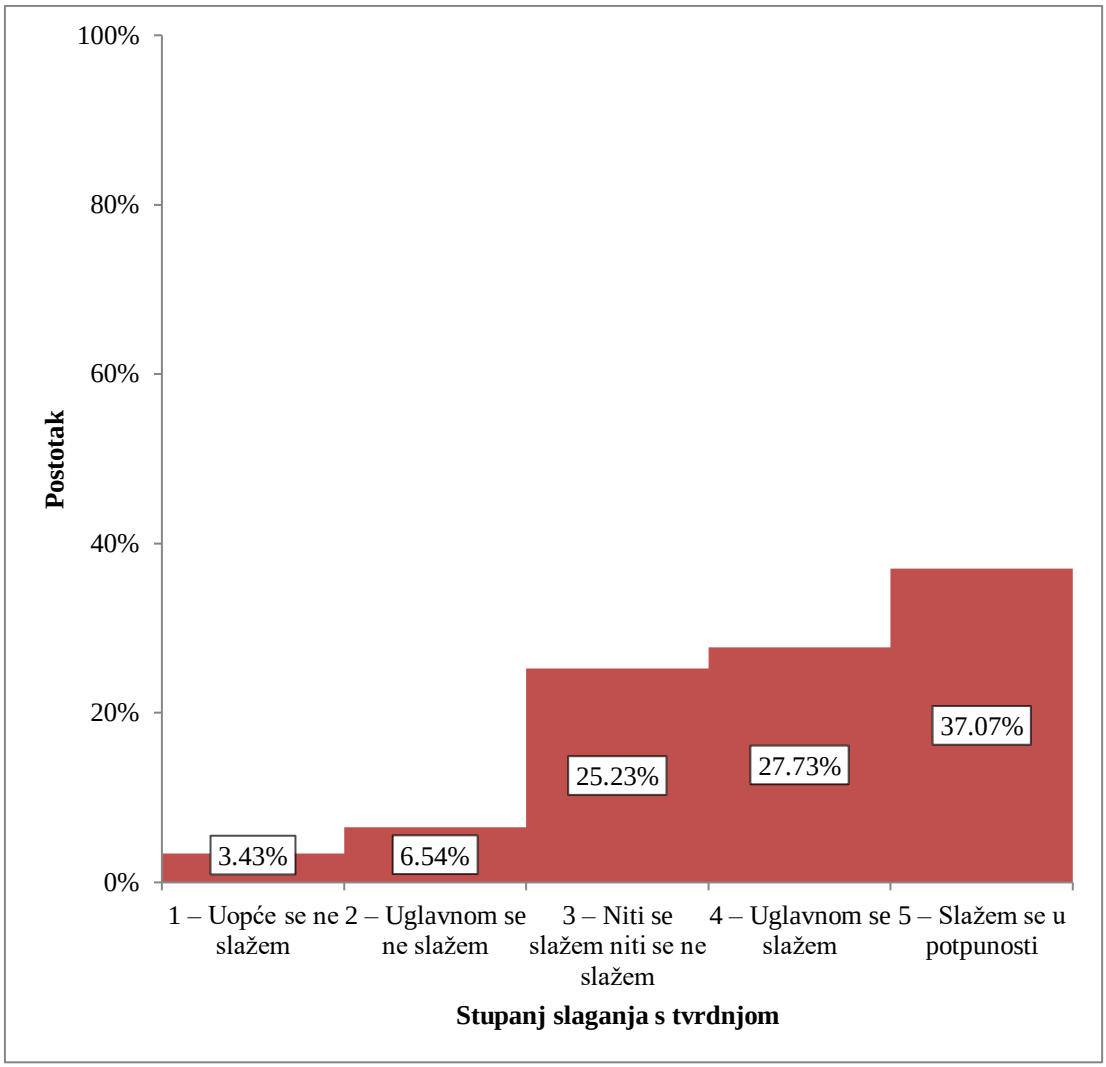
Slika 6. Fizioterapijski postupci povoljno utječu na motorički razvoj djeteta



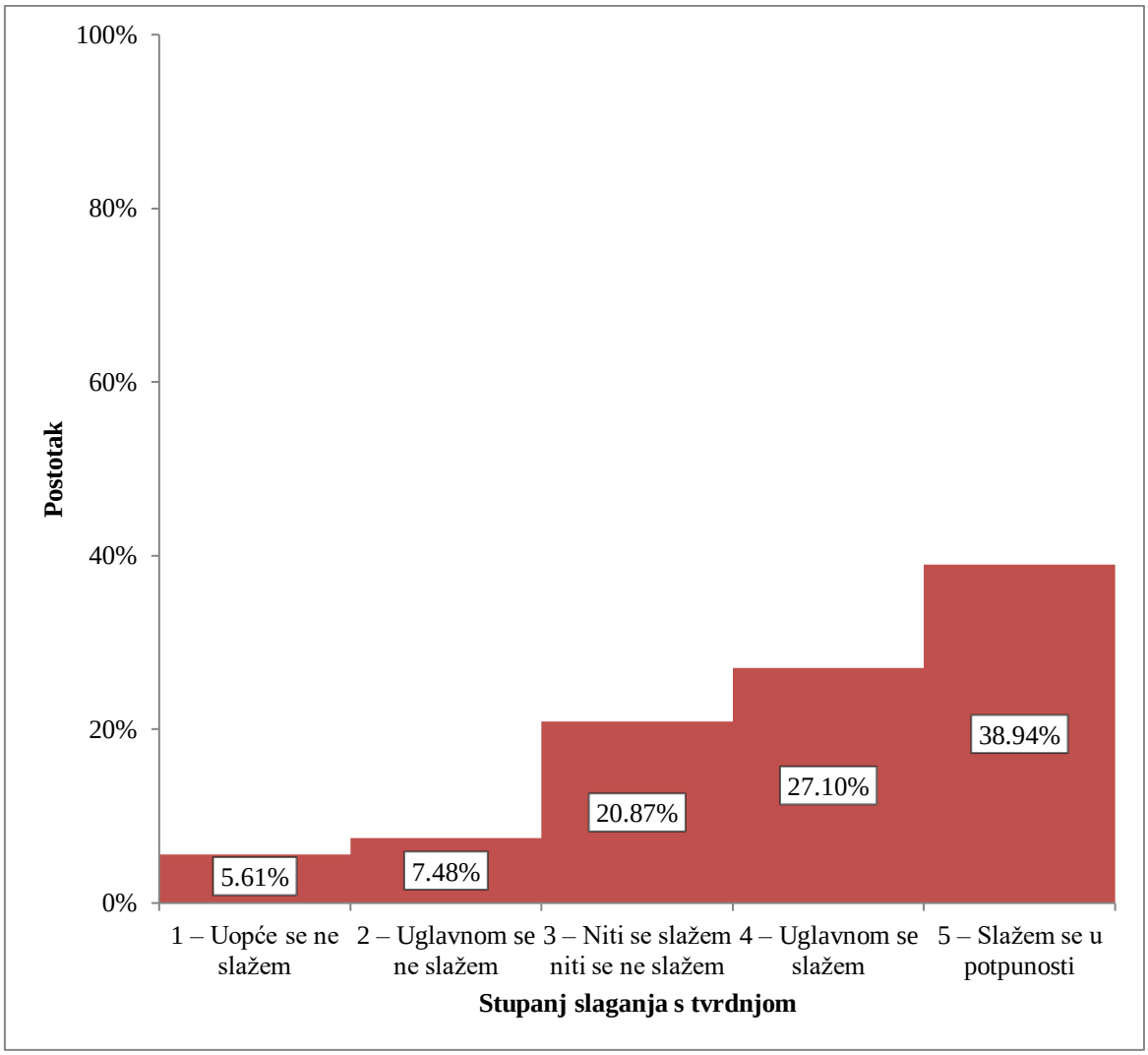
Slika 7. Fizioterapeuti se trebaju stalno educirati (akademsko obrazovanje, tečajevi)



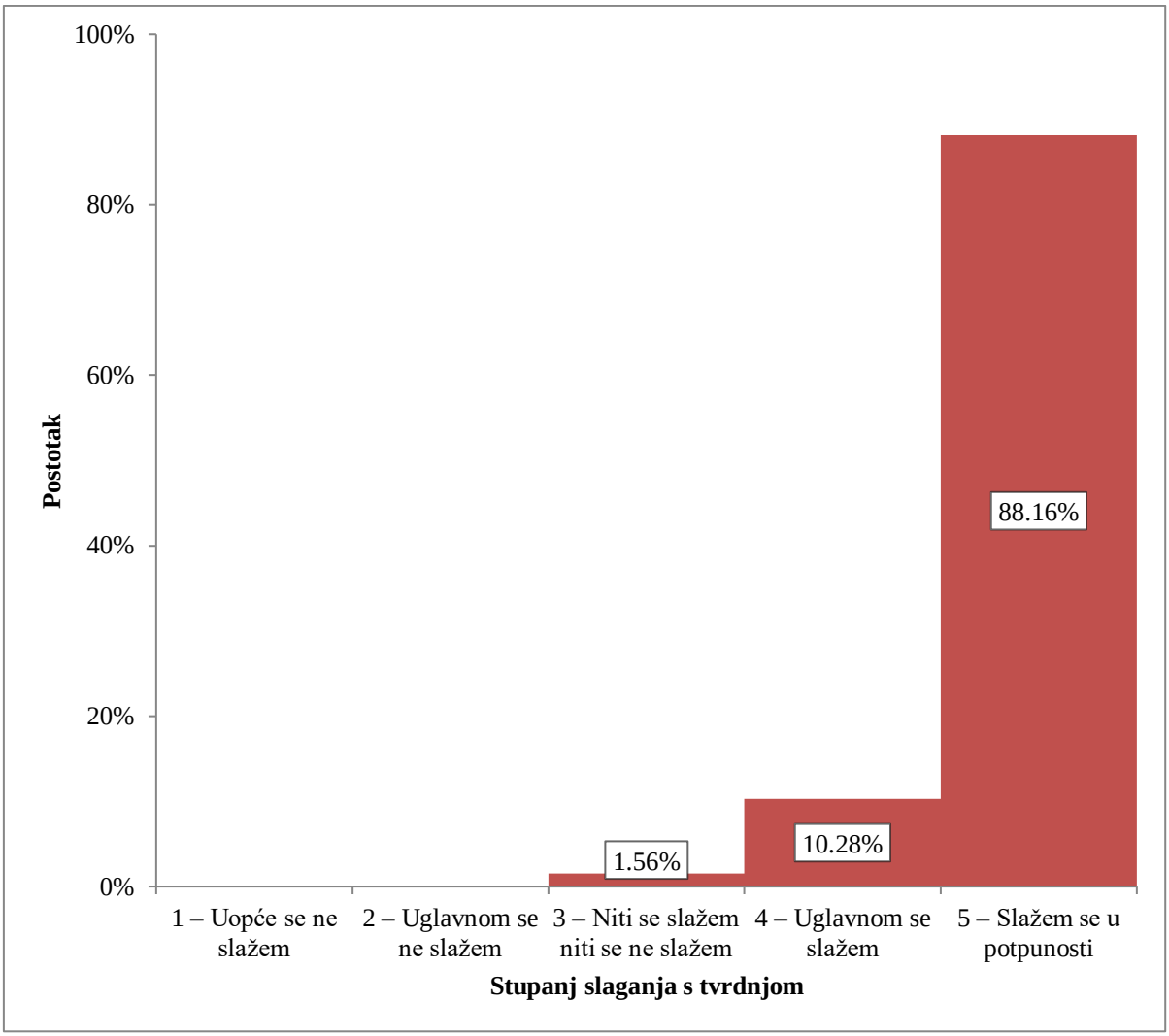
Slika 8. Dob fizioterapeuta proporcionalna je s njegovim znanjem



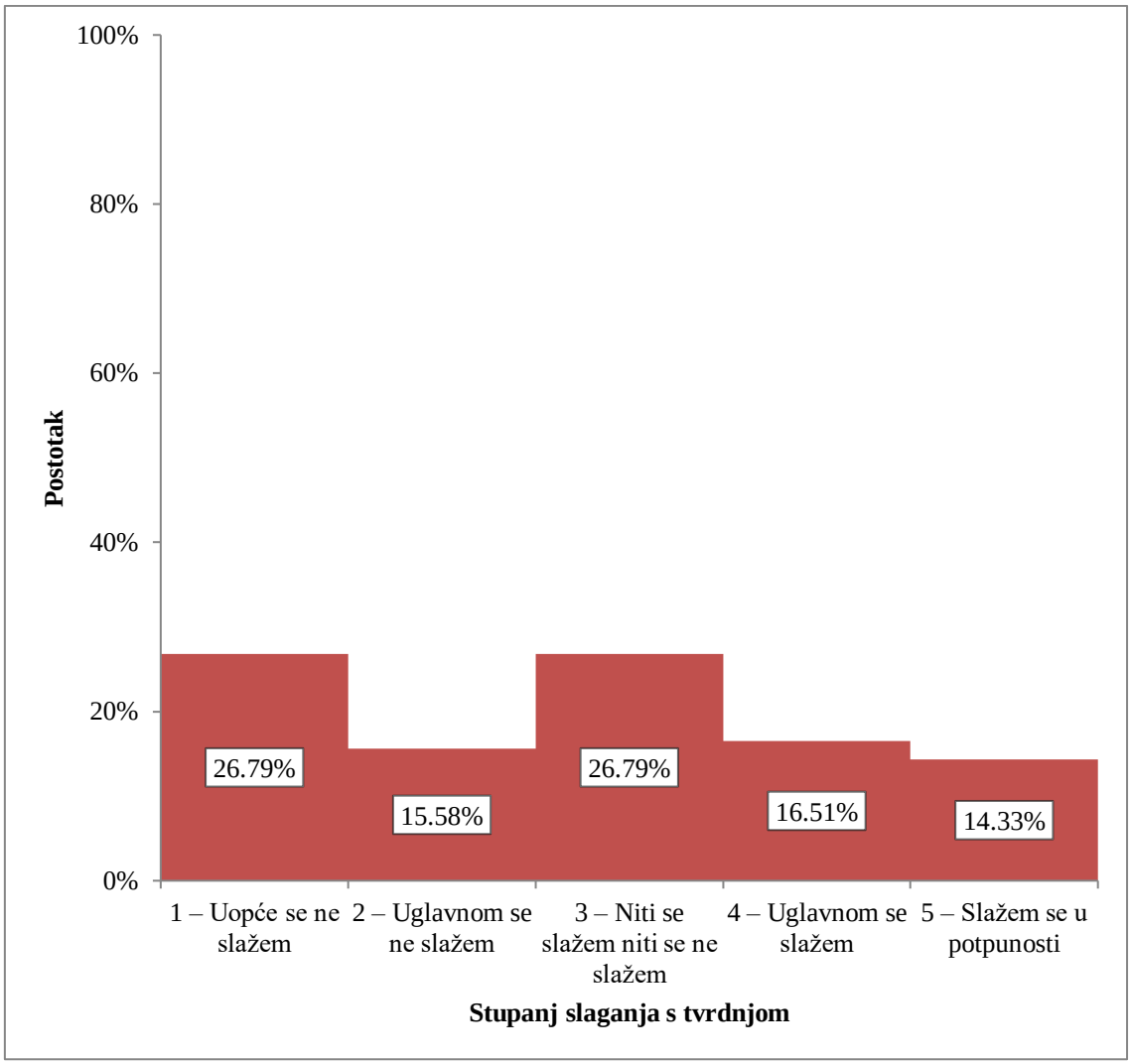
Slika 9. Stručna sprema fizioterapeuta proporcionalna je s njegovim znanjem



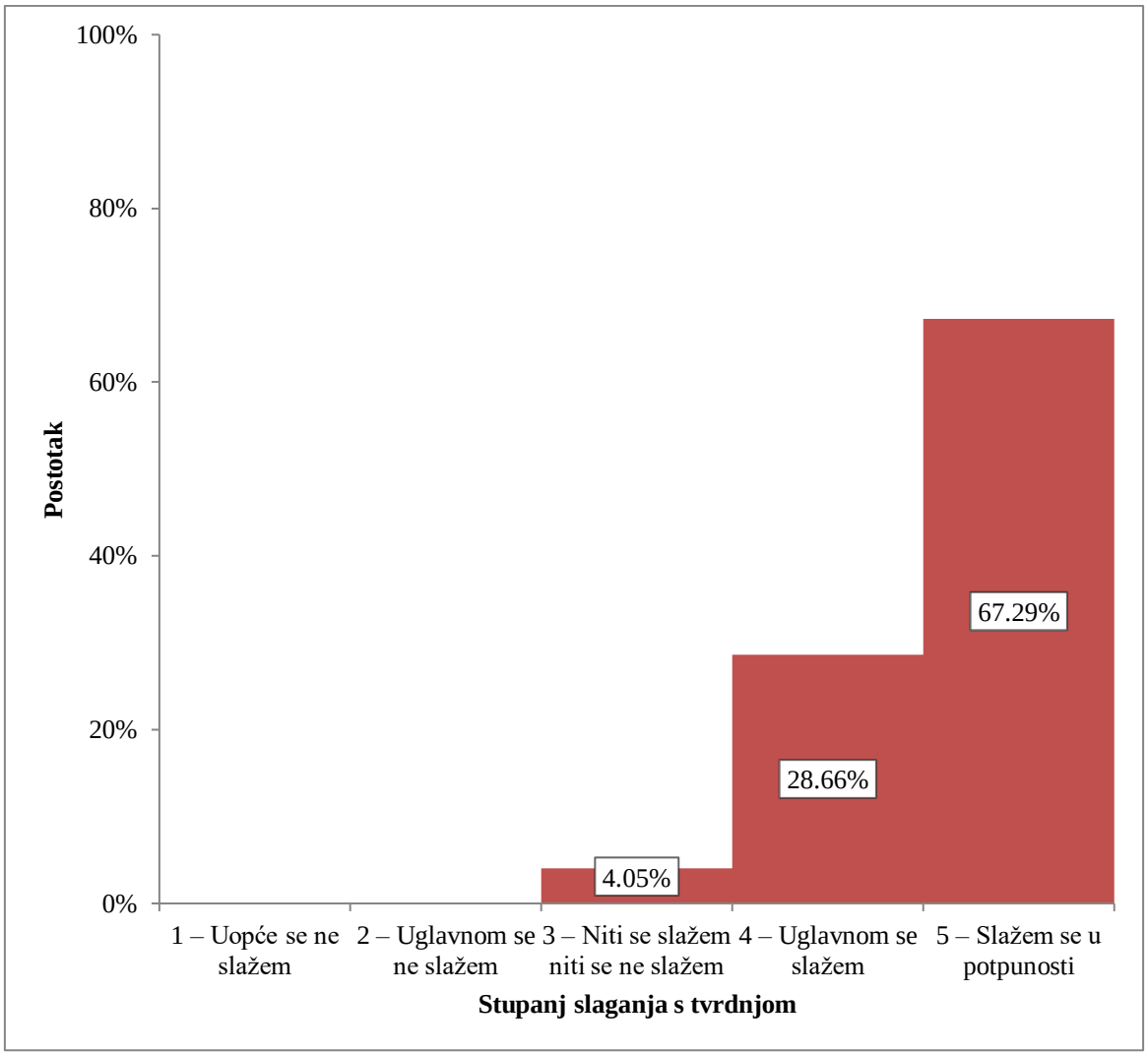
Slika 10. Fizioterapeut u pedijatriji trebao bi imati znanja i o drugim aspektima djetetova zdravlja osim fizioterapije (npr. prehrana, dojenje, njega...)



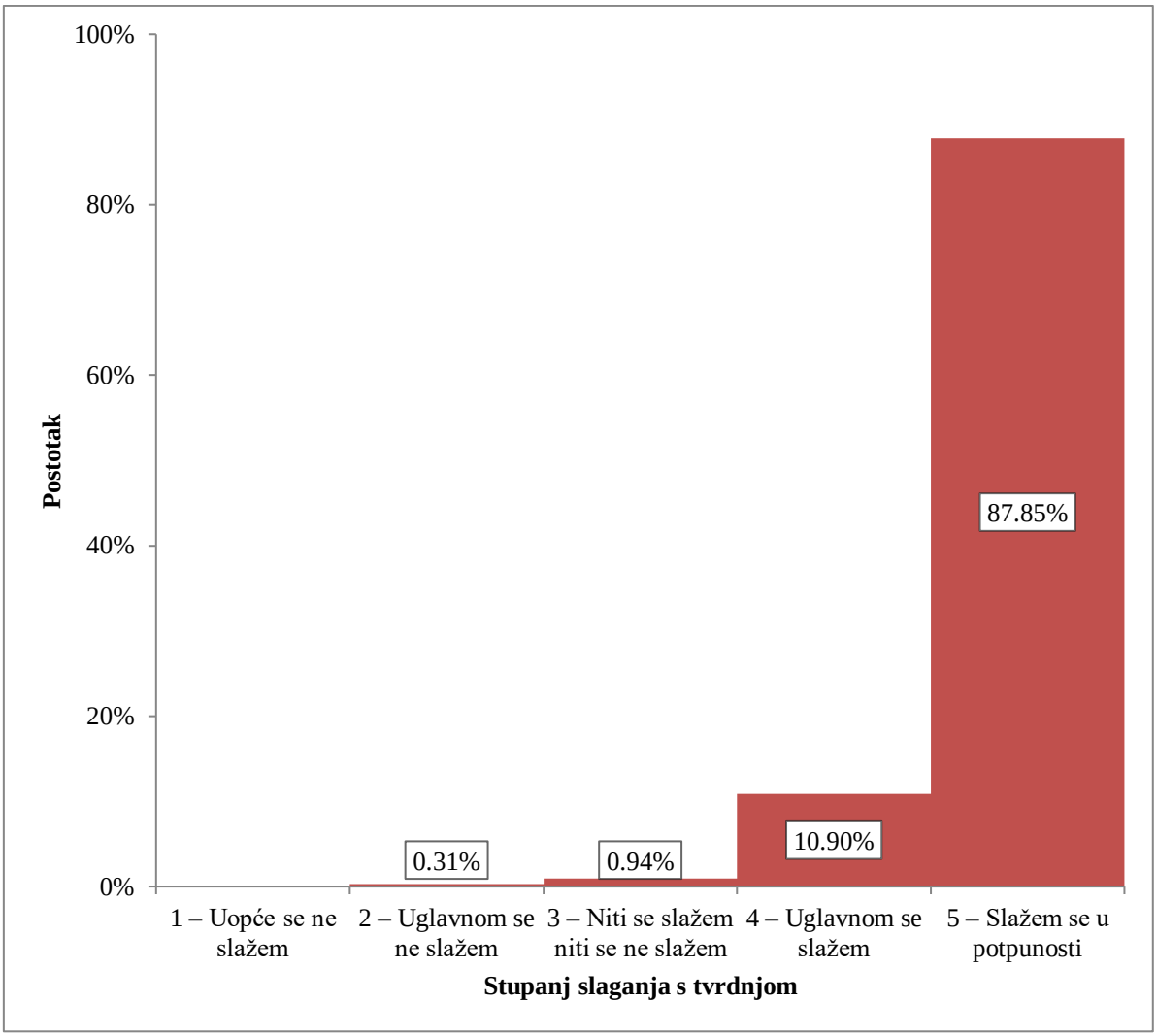
Slika 11. Bitno mi je da je fizioterapeut ljubazan i pristupačan prema meni i mom djetetu



Slika 12. Na moje mišljenje o nekom terapeutu utječu iskustva i mišljenja drugih roditelja



Slika 13. Imam povjerenje u fizioterapeuta kao medicinskog stručnjaka



Slika 14. Fizioterapijski postupci poboljšavaju kvalitetu života mog djeteta

U Tablici 5. opisano je prosječno vrednovanje svake tvrdnje s obzirom na dob roditelja. Roditelji su prema dobi podijeljeni u dvije skupine; prvu čine roditelji mlađi od 35 godina kojih ima 208, a drugu roditelji stariji od 36 godina te ih je 113. Tablica 6. prikazuje razliku stavova i mišljenja dviju skupina ispitanih roditelja. Za ispitivanje razlike u stavovima i mišljenjima korišten je Mann-Whitney U test, na statističkoj razini značajnosti $p < 0,05$. Rezultati pokazuju kako nema statistički značajne razlike u stavovima i mišljenjima ispitanih roditelja s obzirom na njihovu dob.

Tablica 5. Prosječna ocjena na svaku tvrdnju s obzirom na dob roditelja

		Mlađi roditelji (< 35 godina)	**Stariji roditelji (> 36 godina)**
Fizioterapija je cijenjeno zanimanje.	x	4,36	4,48
	SD	0,89	0,84
Fizioterapija u pedijatriji je fizički zahtjevan posao.	x	4,55	4,60
	SD	0,81	0,75
Fizioterapija u pedijatriji je psihički zahtjevan posao.	x	4,77	4,76
	SD	0,52	0,54
Fizioterapija u pedijatriji je zanimanje jednako primjereno muškarcima i ženama.	x	4,80	4,77
	SD	0,55	0,57
Fizioterapeut je važan član medicinskog tima.	x	4,95	4,94
	SD	0,26	0,24
Fizioterapijski postupci povoljno utječu na motorički razvoj djeteta.	x	4,92	4,93
	SD	0,34	0,29
Fizioterapeuti se trebaju stalno educirati (akademsko obrazovanje, tečajevi).	x	4,89	4,93
	SD	0,46	0,29
Stručna sprema fizioterapeuta proporcionalna je njegovom znanju (tehničar-prvostupnik-magistar).	x	3,92	3,81
	SD	1,06	1,15
Dob terapeuta proporcionalna je s njegovim znanjem.	x	3,00	2,88
	SD	1,27	1,32
Fizioterapeut u pedijatriji trebao bi imati znanja i o drugim aspektima djetetova zdravlja osim fizioterapije (npr. prehrana, dojenje, njega...).	x	3,83	3,92
	SD	1,22	1,10
Bitno mi je da je fizioterapeut ljubazan i pristupačan prema meni i mom djetetu.	x	4,89	4,81
	SD	0,34	0,45
Na moje mišljenje o nekom terapeutu utječu iskustva i mišljenja drugih roditelja.	x	2,88	2,53
	SD	1,40	1,34
Imam povjerenje u fizioterapeuta kao medicinskog stručnjaka.	X	4,66	4,58
	SD	0,54	0,59
Fizioterapijski postupci poboljšavaju kvalitetu života mog djeteta.	x	4,86	4,88
	SD	0,40	0,38

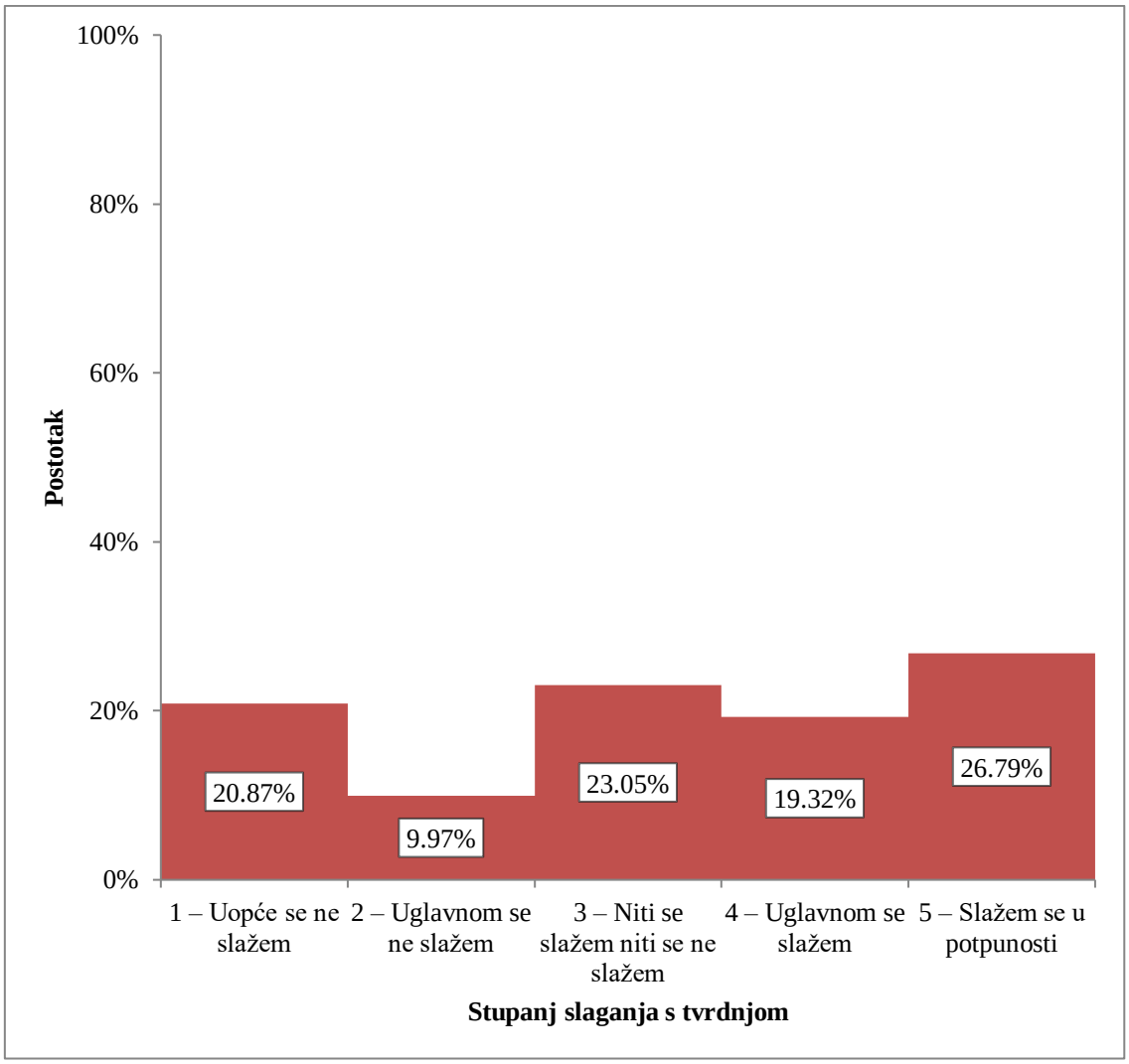
Tablica 6. Razlika u stavovima i mišljenjima s obzirom na dob roditelja

	x	**SD**	**z-vrijednost**	**p-vrijednost**
Roditelji mlađi od 35 godina (N = 208)	4,377747	1,053446	0,01684	0,98404
Roditelji stariji od 36 godina (N = 113)	4,345133	1,092658		

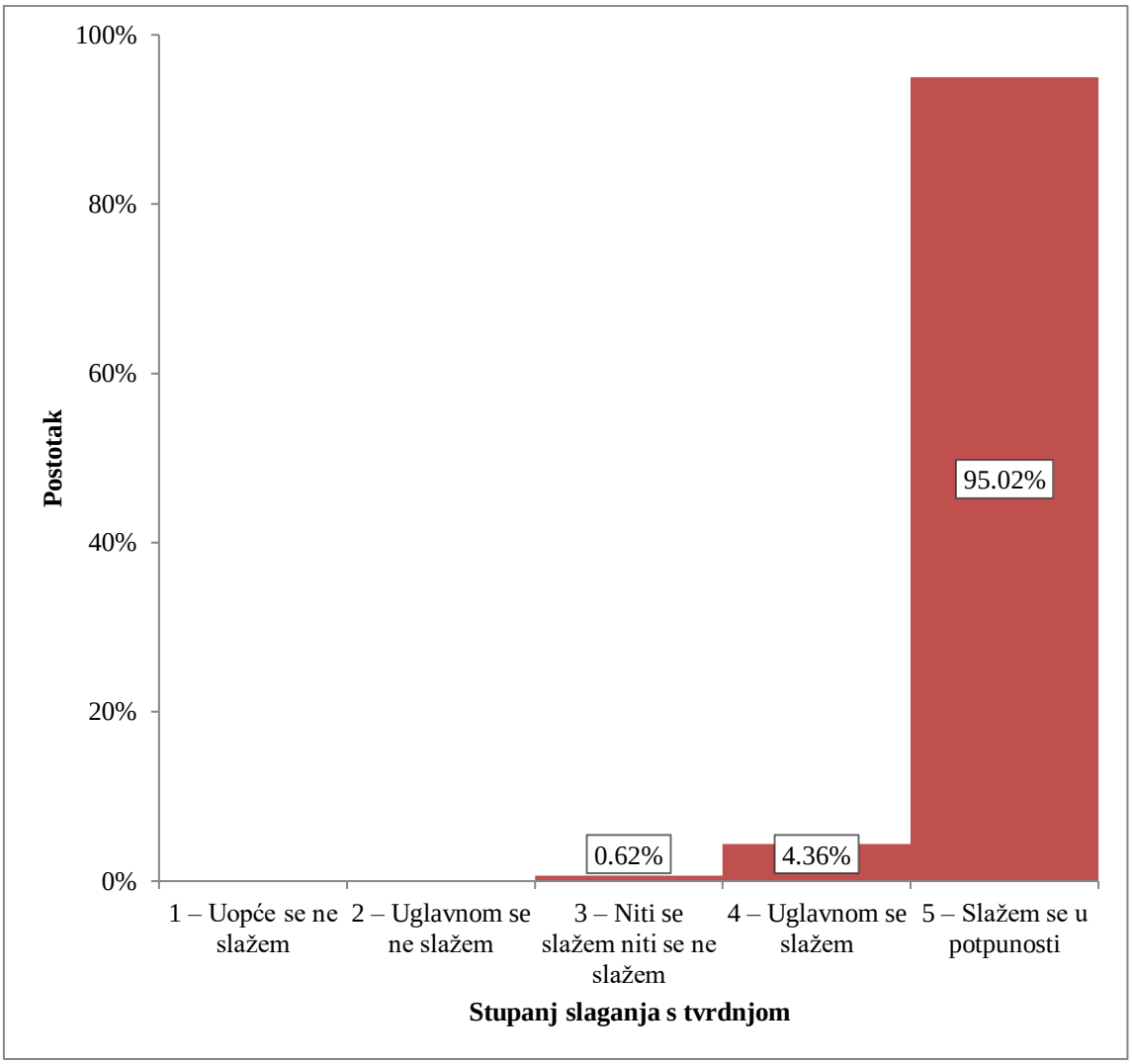
Nema statistički značajne razlike na razini značajnosti $p < 0,05$

5.3. Iskustva roditelja djece s teškoćama u razvoju

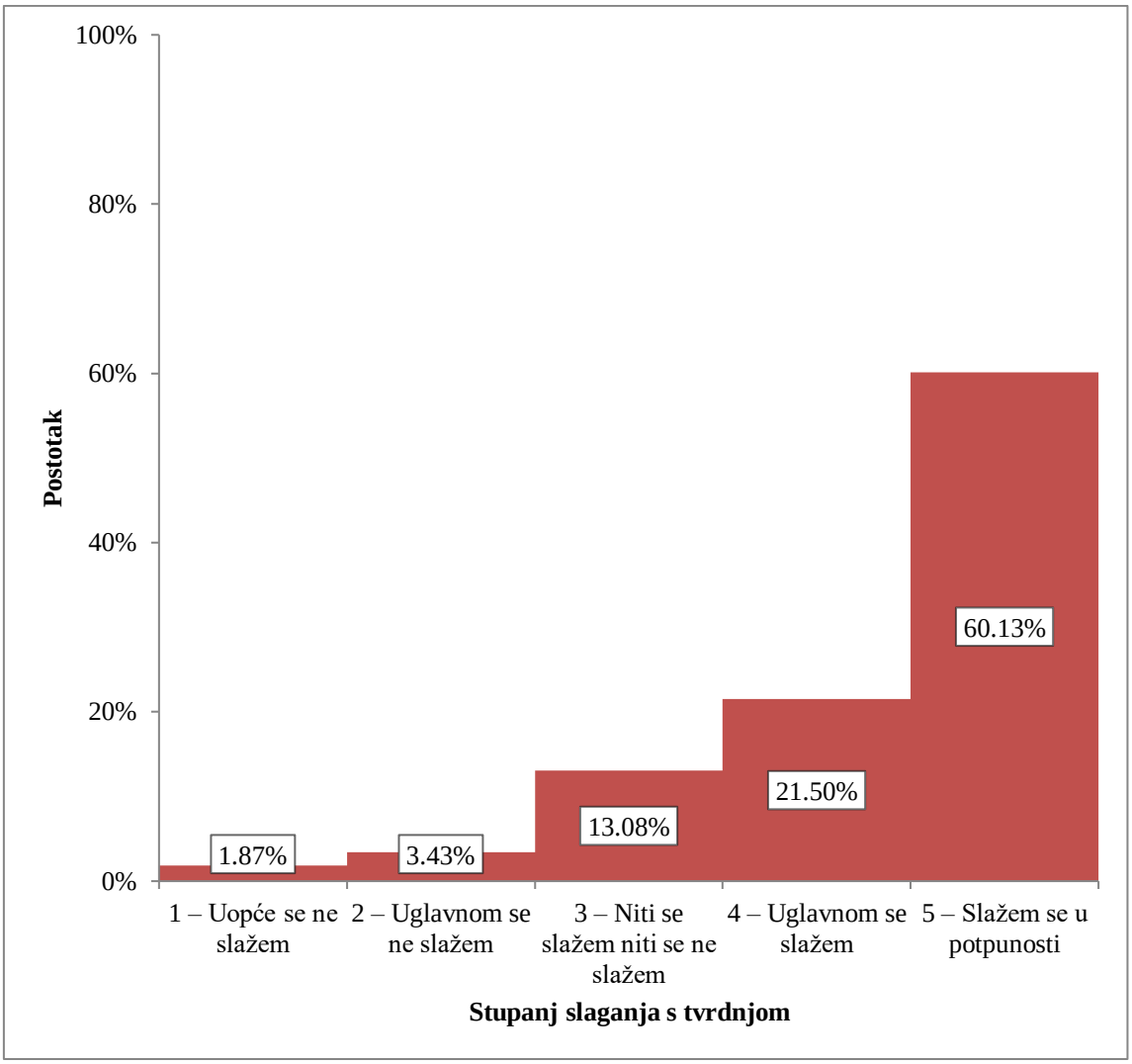
Iz Slike 15. vidljivo je kako se prije prvog dolaska fizioterapeutu na Internetu ili kroz razgovor s drugim roditeljima informiralo 148 ispitanih roditelja (46,11%). Većini ispitanih roditelja važno je da mogu aktivno sudjelovati u fizioterapijskom procesu – 305 roditelja (95,02%) navodi kako im je to u potpunosti važno, dok njih 14 (4,36%) navodi kako im je to uglavnom važno (Slika 16.). Slika 17. prikazuje kako se više od polovice ispitanih roditelja (193 roditelja; 60,13%) u potpunosti, odnosno 69 roditelja (21,50%) uglavnom slaže kako im je fizioterapeut dao savjete i važne informacije o zdravlju njihovog djeteta koje nije dobio od drugih članova tima. Većina ispitanih roditelja navodi kako sa svojim djetetom kod kuće redovito provode vježbe koje im je prikazao fizioterapeut, što se može iščitati iz Slike 18.



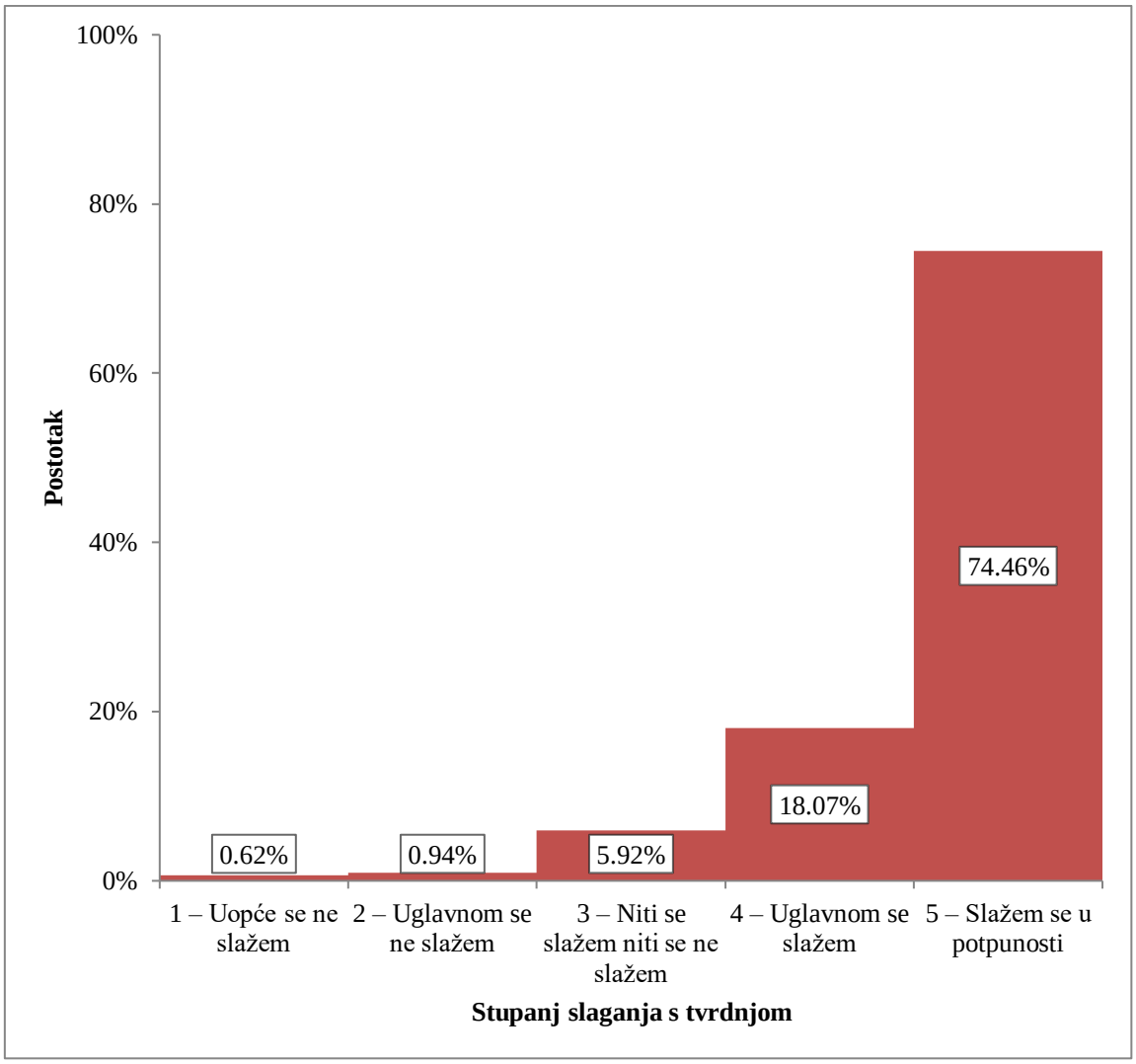
Slika 15. Prije prvog dolaska fizioterapeutu infomirao/la sam se na Internetu ili kroz razgovor s drugim roditeljima



Slika 16. Važno mi je da mogu aktivno sudjelovati u fizioterapijskom procesu (postavljanje pitanja fizioterapeutu, učenje vježbi)



Slika 17. Fizioterapeut mi je dao savjete i važne informacije o zdravlju mog djeteta koje nisam dobio od drugih članova tima



Slika 18. Sa svojim djetetom kod kuće redovito provodim vježbe koje mi je prikazao fizioterapeut

6. Rasprava

Cilj ovog istraživanja bio je ispitati stavove, mišljenja i iskustva roditelja djece s teškoćama u razvoju o fizioterapiji i fizioterapeutima koji rade s njihovom djecom te utvrditi postoje li razlike u stavovima roditelja s obzirom na njihovu dob.

U provedenom istraživanju sudjelovale su gotovo isključivo majke - od sveukupno 321 roditelja anketu su ispunila samo dva oca. O većinskom sudjelovanju majki u ovakvom tipu istraživanja pišu i drugi izvori (3, 32, 38). Zbog toga se rezultati nisu mogli tumačiti s obzirom na spol roditelja te će se u raspravi koristiti termin – roditelj. U Sjedinjenim Američkim Državama 2018. godine provedeno je istraživanje o ulozi očeva u programima rane intervencije u djece s razvojnim teškoćama (3). Autori opisuju kako su kroz povijest očevi djece s razvojnim teškoćama predstavljeni su kao 'periferni roditelji', te da se, s obzirom na to da uglavnom nisu uključeni u usluge i istraživanja, o njihovim roditeljskim iskustvima manje zna. No, rezultati provedenog istraživanja ukazuju na to da je prisustvo oca u obitelji povezano s jačom obiteljskom kohezijom, boljom kvalitetom odnosa unutar obitelji i manjom razinom roditeljskog stresa (3).

Kako bi se prikazalo koje razvojne teškoće dominiraju u ispitnom uzorku, detaljno je razrađeno u Tablici 2. U provedenom istraživanju četrnaestero je djece, odnosno nešto više od 4%, u fizioterapijski tretman uključeno zbog neurorizičnosti, a čak četvrtina djece zbog neuromotoričkog odstupanja. Neurorizik nije dijagnoza, no može obuhvaćati razna stanja odstupanja od urednog neuromotoričkog razvoja zbog kojih dijete mora biti praćeno dok se ne razjasni ishod (8, 14). Distoni sindrom, odnosno prisustvo distonog pokreta u dojenačkoj dobi, može upućivati na nastanak cerebralne paralize (15). No, kako je u istraživanju najveći broj djece u dobi do četiri godine, a konačna dijagnoza i klasifikacija tipa cerebralne paralize se u pravilu ne događa prije te dobi (17), ne iznenađuje da je više od 40% djece uključeno u fizioterapijski tretman zbog distonog sindroma, a zbog cerebralne paralize nešto manje od 14%. U ostalim kategorijama razvojnih teškoća manji je broj djece, a bolesti i stanja prikazani su grupno radi preglednosti. U kategoriju oštećenja središnjeg živčanog sustava ubrojena su djeca sa spinom bifidom i mikrocefalijom, u kategoriju kromosomopatija i genopatija djeca s

Downovim sindromom, Cornelia de Lange sindromom ili artrogripozom, a u kategoriji neuromuskularnih bolesti djeca sa spinalnom mišićnom atrofijom. S obzirom na to da teškoće djece s poremećajima iz spektra autizma nisu primarno motoričke, zanimljiv je podatak kako je u fizioterapijski tretman uključeno osmero takve djece iz ovog istraživanja. Kako je potrebno ispuniti brojne uvjete da bi roditelj dobio status roditelja-njegovatelja (7), u provedenom istraživanju takvih je roditelja nešto manje od 15%, najviše u skupini djece s cerebralnom paralizom i distonije, odnosno distonog sindroma (Tablica 3).

Kao što i sam naziv rane intervencije govori, potreba je dijete što ranije uključiti u (re)habilitacijski program (4). Zadovoljavajuća je činjenica kako je više od 50% djece ispitanih roditelja u tretman fizioterapeuta uključeno u prva tri mjeseca života, odnosno gotovo 80% djece u prvih 6 mjeseci (Tablica 4.). Tek je manji broj djece koji je prvi puta uključen u fizioterapijski tretman nakon prve godine, među koje se ubrajaju i ona djeca s teškoćama koje se mogu javiti ili zamijetiti kasnije (npr. mišićna distrofija ili autizam).

Većina ispitanih roditelja smatra kako je fizioterapija cijenjeno zanimanje (Slika 1.), no postavlja se pitanje koliko roditelji mogu biti objektivni u toj procjeni, pošto svi usko surađuju s fizioterapeutima i gotovo svakodnevno trebaju njihove usluge. Zanimljivo bi bilo isto pitanje postaviti samim fizioterapeutima te usporediti dobivene rezultate. Tako se primjerice u anketnom istraživanju iz 2011. godine (39), provedenom na studentima sestrinstva, više od 60% ispitanih izjasnilo kako smatraju da sestrinstvo nije cijenjeno zanimanje. U istom članku naveden je podatak kako su istraživanja u Kanadi i Sjedinjenim Američkim Državama pokazala isto (39). Dobivene bi odgovore također bilo korisno usporediti i sa stavovima drugog medicinskog osoblja, jer kako danas gotovo ne postoji grana kliničke medicine koja nema potrebu za fizioterapeutskom djelatnošću (40), može se zaključiti da je fizioterapija zaista cijenjeno zanimanje. U 'Časopisu za primijenjene zdravstvene znanosti' 2016. godine objavljen je članak o interdisciplinarnom timskom radu u suvremenoj rehabilitaciji (41), ne bi li se prikazala važnost takvog pristupa i uloga svakog pojedinog člana tima. Autori napominju kako je za optimalan učinak rehabilitacije važno sudjelovanje različitih zdravstvenih i nezdravstvenih stručnjaka (41), što se može povezati s činjenicom kako gotovo svi ispitani roditelji fizioterapeute smatraju važnim članom unutar tima. U skladu s ulogom fizioterapeuta u obitelji djece s teškoćama u razvoju, i zadacima koje

fizioterapijski posao obuhvaća, većina roditelja navela je kako fizioterapiju u pedijatriji smatraju i fizički i psihički zahtjevnim poslom (Slike 2. i 3.). Valjalo bi isto istraživačko pitanje postaviti i samim pedijatrijskim fizioterapeutima, a dobivene podatke usporediti.

Gotovo svi ispitani roditelji smatraju kako se fizioterapeuti trebaju stalno educirati (Slika 7.), što je očekivano, s obzirom na broj i raznovrsnost edukacija koje se pedijatrijskim fizioterapeutima nude (40). Literatura također obiluje dokazima kako je posao pedijatrijskog fizioterapeuta specifična kategorija struke (8, 15, 40), što nameće potrebu kontinuiranog educiranja. Iz analize pitanja koja se odnose na to ovisi li znanje fizioterapeuta o njegovoj dobi i stručnoj spremi, može se iščitati kako roditelji više povezuju razinu stručne spreme i znanja (Slika 9.), nego dobi i znanja (Slika 8.). Četvrtina ispitanih roditelja ne može procijeniti je li stručna sprema fizioterapeuta proporcionalna s njegovim znanjem, dok se čak 65% ispitanih u potpunosti ili uglavnom slaže s tom tvrdnjom. Razinu znanja i dob fizioterapeuta proporcionalnim varijablama smatra trećina ispitanih roditelja, trećina ne može procijeniti, dok se preostala trećina ispitanih s tom tvrdnjom uopće ili uglavnom ne slaže.

Više od 90% ispitanih roditelja smatra kako je fizioterapija u pedijatriji zanimanje koje je jednako primjereno muškarcima i ženama (Slika 4.). Brojni članci svjedoče kako s djecom s razvojnim teškoćama uglavnom rade žene (32, 42) pa je upitno koliko je roditelja uopće imalo prilike surađivati s fizioterapeutima oba spola. U literaturi je opisano kako su žene više orijentirane pacijentu i ostvarivanju dugoročnih ciljeva te se smatraju obzirnijima i strpljivijima od muškaraca (42). Uzimajući u obzir navedeno, bilo bi zanimljivo ispitati razlike u percepciji pedijatrijskih fizioterapeuta i fizioterapeutkinja. Gotovo svima je bitna ljubaznost i pristupačnost fizioterapeuta, tek nešto manje od 2% ispitanih roditelja ne može ocijeniti je li im je navedeno bitno (Slika 11.). U članku objavljenom 2010. godine o odnosu roditelj-fizioterapeut i utjecaju njihova odnosa na ishode rane intervencije autori navode kako je za brojne obitelji fizioterapeut, odnosno njegov pristup djetetu i obitelji, važniji čimbenik u programu rane intervencije od same terapije (31). Istraživanje o razini zadovoljstva roditelja fizioterapijskim uslugama u pedijatrijskoj ortopediji (43) također prikazuje slične rezultate, gdje su sudionici istraživanja generalno izrazili visoku razinu zadovoljstva ocjenjujući usluge fizioterapeuta 'izvrsnim'. Roditelji su posebno pozitivno vrednovali profesionalnost fizioterapeuta, što su istraživači interpretirali tako da način ophođenja fizioterapeuta s

pacijentom stvara pozitivno iskustvo za pacijenta. Visoko su ocijenjene vještine fizioterapeuta, stručnost, povjerenje koje fizioterapeut stječe u radu te učinkovita komunikacija korištenjem odgovarajućeg jezika i jasnih objašnjenja primjerenih djetetu (43).

Kada se govori o drugim znanjima vezanim uz djetetovo zdravlje, nešto više od 60% ispitanih roditelja smatra da bi fizioterapeut trebao posjedovati takva znanja (Slika 10.). Istovremeno, više od 80% ispitanih roditelja odgovorilo je kako su od fizioterapeuta dobili savjete i važne informacije o zdravlju njihovog djeteta koje nisu dobili od drugih članova tima (Slika 17.). Pedijatrijski bi fizioterapeuti nesumnjivo trebali imati znanja koja mu omogućavaju savjetovanje roditelja i odgovaranje na njihova pitanja o djetetovom zdravlju. Tako se primjerice u knjizi o pedijatrijskoj fizioterapiji spominje kako je upravo zadatak fizioterapeuta educirati roditelja o pozicioniranju i sigurnosti djeteta u autosjedalici (8).

Oko 40% ispitanih roditelja navodi kako na njihovo mišljenje o nekom fizioterapeutu uopće ili uglavnom ne utječu iskustva i mišljenja drugih roditelja, dok suprotno odgovara nešto više od 30% roditelja. Isto ne može ocijeniti četvrtina ispitanih roditelja (Slika 12.). Ovakva raspodjela odgovora može se tumačiti tako da utjecaj drugih osoba na vlastito mišljenje ovisi o individualnim karakteristikama roditelja te samim time nije relevantna za istraživanje. Također, ne može se pretpostaviti radi li se o utjecaju pozitivnih ili negativnih iskustava i mišljenja drugih osoba.

Većina ispitanih roditelja (više od 98%) smatra kako fizioterapijski postupci povoljno utječu na motorički razvoj djeteta (Slika 6.), što potvrđuje prvu postavljenu hipotezu istraživanja. Slično ovoj tvrdnji roditelji su vrednovali i tvrdnju kako fizioterapijski postupci poboljšavaju kvalitetu života njihovog djeteta – više od 98% roditelja se u potpunosti ili uglavnom slaže s tom tvrdnjom, a samo jedan roditelj naveo je kako se uglavnom ne slaže (Slika 14.). Istraživanje provedeno u Grčkoj (44) o mišljenjima roditelja o pedijatrijskoj fizioterapiji pokazalo je kako 79% ispitanih roditelja smatra da fizioterapija poboljšava funkcionalne sposobnosti njihovog djeteta, dok 78% izjavljuje kako im se svidio fizioterapijski proces. Kao i u ovom istraživanju, i u grčkoj studiji samo je jedan roditelj naveo kako ne smatra da

fizioterapija poboljšava funkcionalne sposobnosti njegovog djeteta, što su istraživači povezali s težinom djetetova stanja (44).

Bez obzira na dob roditelji su na pitanja odgovarali uglavnom podjednako, tek je nešto veća razlika u stavovima zamijećena u tvrdnji 'Na moje mišljenje o nekom terapeutu utječu iskustva i mišljenja drugih roditelja' (Tablica 5.). Naime, doima se kako na formiranje mišljenja o nekom fizioterapeutu tuđa mišljenja i iskustva nešto više utječu na mlađe roditelje. Statistički test korišten za utvrđivanje razlike u stavovima roditelja s obzirom na dob dokazao je kako razlike koje postoje nisu statistički značajne (Tablica 6.), stoga se i druga postavljena hipoteza potvrđuje.

Nešto manje od polovice ispitanih roditelja informirali su se na Internetu ili kroz razgovor s drugim roditeljima prije prvog susreta s fizioterapeutom (Slika 15.), a literatura sugerira kako unaprijed pripremljeni roditelji ne prolongiraju trajanje procedure te se smanjuje razina anksioznosti za roditelja i samog fizioterapeuta (8). Gotovo svi roditelji navode kako im je u potpunosti ili uglavnom važno aktivno sudjelovati u fizioterapijskom procesu (Slika 16.). Takva je činjenica ohrabrujuća zato što je dokazano kako prisutnost obitelji tijekom procedura snižava razinu anksioznosti kod djeteta i roditelja čime se poboljšavaju ishodi same terapije (8). Sudjelovanje roditelja u terapiji promovira razvoj djeteta, a ujedno i raste i roditeljevo samopouzdanje u vlastito roditeljstvo čime se poboljšava obiteljska klima (38). Rezultati istraživanja grčkih pedijatrijskih fizioterapeuta (44) ukazuju kako više od polovice ispitanih roditelja aktivno sudjeluje u terapiji, a više od 60% roditelja navodi kako fizioterapeut potiče njihovo aktivno sudjelovanje u terapiji. Poznato je kako se fizioterapijske intervencije koje se odvijaju periodično, isključivo s fizioterapeutom, smatraju manje učinkovitima od slučajeva kada obitelj terapiju uključuje u svakodnevnu rutinu (38). Upravo zbog toga zadovoljava činjenica kako više od 90% ispitanih roditelja sa svojim djetetom provodi naučene vježbe kod kuće (Slika 18.). Istraživanja dokazuju kako roditelji koji smatraju da je intervencijski program opterećenje, prezahtjevan, neučinkovit ili da im nije značajan neće programe provoditi kod kuće (38), a karakteristike programa vježbanja i stil podučavanja fizioterapeuta imaju utjecaj na njihovo pridržavanje programa (45). Većina ispitanih roditelja (oko 95%) u potpunosti ili uglavnom ima povjerenja u fizioterapeuta (Slika 13.), čime se potvrđuje treća

hipoteza. Ostatak ispitanih roditelja nisu naveli kako nemaju povjerenja, već kako ne mogu ocijeniti svoju razinu povjerenja u fizioterapeuta.

7. Zaključak

Na temelju dobivenih rezultata postignut je postavljen cilj istraživanja – ispitivanje stavova, mišljenja i iskustva roditelja djece s teškoćama u razvoju o fizioterapiji, kao i specifični cilj utvrđivanja razlike u stavovima s obzirom na dob roditelja.

Rezultati istraživanja su pokazali da većina ispitanih roditelja smatra kako fizioterapijski postupci povoljno utječu na motorički razvoj djeteta, čime se potvrđuje prva postavljena hipoteza istraživanja. Statističkom analizom dokazano je kako nema razlike u stavovima i mišljenjima s obzirom na dob ispitanih roditelja, čime se i druga postavljena hipoteza potvrđuje. Treću, ujedno i posljednju hipotezu istraživanja potvrđuje činjenica da je većina ispitanih roditelja navela kako imaju povjerenja u fizioterapeuta.

Kako su i u ovom istraživanju, kao i u prethodno provedenima, uglavnom sudjelovale majke, valjalo bi istražiti i stavove očeva kako bi se usporedile te dvije skupine. Istraživanje bi svakako valjalo proširiti ispitujući ulogu fizioterapeuta na konkretnim primjerima, a rezultate usporediti s obzirom na to jesu li djeca više u fizioterapijski tretman uključena u ustanovama ili u vlastitom domu. Također, usporedba stavova samih pedijatrijskih fizioterapeuta i roditelja djece s teškoćama mogla bi biti korisna i zanimljiva.

S obzirom na generalno pozitivne stavove roditelja prema fizioterapiji i zadovoljstvo dosadašnjim iskustvima, kao i visok udio onih koji fizioterapijski program provode i kod kuće, ti se čimbenici mogu dovesti u izravnu vezu pa se može zaključiti kako su fizioterapijske usluge u pedijatriji u Republici Hrvatskoj na zavidnoj razini.

Sažetak

Skrb usmjerena obitelji temelj je pedijatrijske fizioterapije. Primatelj usluga fizioterapeuta nije samo dijete s teškoćama već su to i njegovi roditelji i proširena obitelj. Cilj ovog istraživanja bio je ispitati stavove, mišljenja i iskustva roditelja djece s teškoćama u razvoju o fizioterapiji, uz utvrđivanje razlika u stavovima roditelja s obzirom na njihovu dob. U istraživanju je sudjelovao 321 roditelj, a podaci su prikupljeni putem anketnog upitnika. Rezultati su pokazali da većina ispitanih roditelja smatra kako fizioterapijski postupci povoljno utječu na motorički razvoj djeteta, čime je potvrđena prva postavljena hipoteza. Nije pronađena statistički značajna razlika u stavovima i mišljenjima ispitanih roditelja s obzirom na njihovu dob, čime je i druga hipoteza potvrđena. Većina ispitanih roditelja izjasnila se kako imaju povjerenja u fizioterapeuta, čime je i treća, posljednja hipoteza prihvaćena. S obzirom na generalno pozitivne stavove roditelja prema fizioterapiji i zadovoljstvo dosadašnjim iskustvima može se zaključiti kako su fizioterapijske usluge u pedijatriji u Republici Hrvatskoj zadovoljavajuće.

Ključne riječi: djeca s teškoćama u razvoju, fizioterapija, roditelji djece s teškoćama u razvoju

Abstract

Family-centered care is the foundation of pediatric physiotherapy. Child with disabilities is not the only physiotherapy recipient, but also his parents and extended family. The aim of this study was to research the attitudes, opinions and experiences of parents of children with disabilities about physiotherapy and to identify differences in the attitudes of parents with regard to their age. The study included 321 parents and the data was collected through a questionnaire. The results showed that the majority of parents believe that physiotherapy procedures favorably affect the motor development of the child, which confirmed the first hypothesis. No statistically significant difference was found in the attitudes and opinions of the surveyed parents with regard to their age, which confirmed the second hypothesis. The majority of parents pleaded to have confidence in the physiotherapist, which confirmed the third and final hypothesis. Given the generally positive attitudes of parents towards physiotherapy and their satisfaction with previous experiences, it can be concluded that physiotherapy services in pediatrics in the Republic of Croatia are satisfactory.

Key words: children with disabilites, parents of children with disabilites, physiotherapy

Literatura

1. Imširagić A, Imširagić A, Hukić Đ. Roditelji – odgajatelji djece s teškoćama u razvoju. Metodički obzori. 2010;5(9):9-18. Dostupno na: https://hrcak.srce.hr/file/92375
2. Rašan I, Car Ž, Ivšac Pavliša J. Doživljaj samoga sebe i okoline kod roditelja djece urednog razvoja i roditelja djece s razvojnim teškoćama. Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja. 2017;53(2):72-87. Dostupno na: https://hrcak.srce.hr/file/282800
3. Crossman MK, Parish SL, Hauser-Cram P, Acevedo Garcia D, Wafield ME. The influence of early intervention, informal support and the family environment on trajectories of competence for fathers raising children with developmental disabilities. Research in developmental disabilities. 2018;81:122-33.
4. Matijaš T. Sustav zdravlja u području rane intervencije u djetinjstvu. Paediatria Croatica. 2014;58:303-9. Dostupno na: https://hrcak.srce.hr/file/210068
5. Milić Babić M, Laklija M. Strategije suočavanja roditelja kod roditelja djece predškolske dobi s teškoćama u razvoju. Socijalna psihijatrija. 2013;41(4):215-225. Dostupno na: https://hrcak.srce.hr/file/231617
6. Karst JS, Vaughn Van Hecke A. Parent and Family Impact of Autism Spectrum Disorders: A Review and Proposed Model for Intervention Evaluation. 2012;15(3):247-77. Dostupno na: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22869324/
7. Središnji državni portal [Internet]. Pravo na status roditelja njegovatelja ili status njegovatelja. Dostupno na: https://gov.hr/moja-uprava/obitelj-i-zivot/socijalna-skrb/prava-i-usluge-za-osobe-s-invaliditetom-iz-sustava-socijalne-skrbi/pravo-na-status-roditelja-njegovatelja-ili-status-njegovatelja/1804
8. Tecklin JS. Pediatric Physical Therapy. 5. izd. Baltimore etc: Lippincott Williams & Wilkins; 2013.
9. Košiček T, Kobetić D, Stančić Z, Joković Oreb I. Istraživanje nekih aspekata rane intervencije u djetinjstvu. Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja. 2009;45(1):1-14. Dostupno na: https://hrcak.srce.hr/file/69553

10. Hrvatska udruga za ranu intervenciju u djetinjstvu [Internet]. Zagreb. Dostupno na: https://hurid.hr/

11. Pospiš M. Projekt usmjeren djeci s teškoćama u razvoju.: priručnik savjetovališta roditelja djece s teškoćama u razvoju. Zagreb: Hrvatski savez udruga cerebralne i dječje paralize; 2005.

12. Matijević V, Marunica Karšaj J. Smjernice (re)habilitacije djece s neurorazvojnim poremećajima. Fizikalna i rehabilitacijska medicina. 2015;27(3-4):302-29. Dostupno na: https://hrcak.srce.hr/file/240734

13. Matijević V, Marunica Karšaj J. Neurorizično dijete. Fizikalna i rehabilitacijska medicina. 2015;27(1-2):133-142. Dostupno na: https://hrcak.srce.hr/file/221828

14. Ministarstvo zdravstva. Izvještaj 23. sajma zdravlja u Vinkovcima [Internet]. Vinkovci;2019. Dostupno na: http://www.zdravi-gradovi.com.hr/media/56240/23_sajam_zdravlja_vinkovci_izvjestaj.pdf

15. Mejaški-Bošnjak V. Neurološki sindromi dojenačke dobi i cerebralna paraliza. Paediatria Croatica. 2007;51(1):120-9. Dostupno na: http://hpps.kbsplit.hr/hpps-2007/pdf/dok26i33.pdf

16. Van Egmond ME, Kuiper A, Eggink H, Sinke RJ, Brouwer OF, Verschuurew-Bemelmans CC i sur. Dystonia in children and adolescents: a systematic review and a new diagnostic algorithm. Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry. 2015:86(7):774-81. Dostupno na: https://jnnp.bmj.com/content/jnnp/86/7/774.full.pdf

17. Mejaški-Bošnjak V, Đaković I. Europska klasifikacija cerebralne paralize. Paediatria Croatica. 2013;57(1):93-97. Dostupno na: http://hpps.kbsplit.hr/hpps-2013/pdf/Dok%2019.pdf

18. Yakasai AM. The role of physical therapy in the management of children with epilepsy [Internet]. Rawalpindi: The National University of Medical Sciences; 2016. Dostupno na: https://www.numss.com/Thesis/ABDULSALAM%20MOHAMMED%20YAKASAI%20PHYSIOTHERAPY%20INTERVENTION%20IN%20CHILDREN%20WITH%20EPILEPSY.pdf

19. Zubčević S. Epilepsije u djece s cerebralnom paralizom. Paediatria Croatica. 2013;57(1):112-7. Dostupno na: http://hpps.kbsplit.hr/hpps-2013/pdf/Dok%2022.pdf

20. Prpić I, Mahulja Stamenković V, Petrović O, Kolić I. Ishod u djece s prenatalno otkrivenim malformacijama središnjeg živčanog sustava. Medicina Fluminensis. 2016;52(4):527-531. Dostupno na: https://hrcak.srce.hr/file/248611

21. Tomasović M, Marušić E. Malformacije središnjeg živčanog sustava. Paediatria Croatica. 2007;51(1):152-8. Dostupno na: http://www.hpps.com.hr/sites/default/files/Dokumenti/2007/pdf/dok31.pdf

22. Jackson M, Marks L, May GHW, Wilson JB. The genetic basis of disease. Essays in Biochemistry. 2018;62(5):643-723. Dostupno na: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6279436/pdf/ebc-62-ebc20170053.pdf

23. National Human Genome Research Institute [Internet]. Bethesda, MD. 2018. Dostupno na: https://www.genome.gov/For-Patients-and-Families/Genetic-Disorders

24. Rešić B. Genetika i cerebralna paraliza. Paediatria Croatica. 2013;57(1):87-92. Dostupno na: http://hpps.kbsplit.hr/hpps-2013/pdf/Dok%2018.pdf

25. Pupić-Bakrač J, Božić T, Pupić-Bakrač A, Lasić I, Barišić T. Utjecaj demografskih i socioekonomskih čimbenika na prevalenciju sindroma autosomnih kromosomskih anomalija u poslijeratnoj Bosni i Hercegovini.Časopis za primijenjene zdravstvene znanosti. 2018;4(2):157-166. Dostupno na: https://hrcak.srce.hr/file/305040

26. Šandor M, Hrustić V, Perić I, Vuković M, Huljev Frković S. Specifičnosti zdravstvene njege djece s kromosomopatijama. Split: Hrvatska proljetna pedijatrijska škola; 2016. Str. 47-50.

27. Tješić-Drinković D,Kelečić J, Čaleta D, Tješić-Drinković D. Respiracijske posljedice neuromuskularnih bolesti djece. Paediatria Croatica.2013;57(1):71-5. Dostupno na: http://hpps.kbsplit.hr/hpps-2013/pdf/Dok%2014.pdf

28. Kuzmanić Šamija R. Mišićne distrofije - dijagnostika i terapija. Paediatria Croatica. 2013;57(1):57-65. Dostupno na: http://hpps.kbsplit.hr/hpps-2013/pdf/Dok%2012.pdf

29. Barišić N, Grđan P, Ivanović V, Lehman I, Sertić J, Novak M. Spinalna mišićna atrofija – novosti u dijagnostici i terapiji. Paediatria Croatica. 2013;57(1):66-70. Dostupno na: http://hpps.kbsplit.hr/hpps-2013/pdf/Dok%2013.pdf

30. Engel A. Physical Activity Participation in Children with Autism Spectrum Disorders: An Exploratory Study [Internet]. Toronto: University of Toronto, Faculty of medicine;

2011. Dostupno na: https://tspace.library.utoronto.ca/bitstream/1807/29541/1/Engel_Atara_R_201106_MSc_thesis.pdf

31. Broggi MB, Sabatelli R. Parental Perceptions of the Parent-Therapist Relationship: Effects on Outcomes of Early Intervention. Physical & Occupational Therapy in Pediatrics. 2010;30(3):234-47.
32. Cicirello NA. The Role of Parent Coaching by Pediatric Physical Therapists: An Exploration of Current Practice [Internet]. Portland: Portland State University; 2005. Dostupno na: https://pdxscholar.library.pdx.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=6256&context=open_access_etds
33. Rota Čeprnja A, Jukica M, Bilanđić V, Čeprnja T, Pivalica D. Bobath koncept u habilitaciji visokoneurorizične djece. Paediatria Croatica. 2019;63(1):112-119. Dostupno na: http://www.hpps.com.hr/sites/default/files/Dokumenti/2019/lijecnici/Dok%2027.pdf
34. Evans-Rogers DL, Sweeney JK, Holden-Huchton P, Mullens PA. Short-term, Intensive Neurodevelopmental Treatment Program Experiences of Parents and Their Children With Disabilities.Pediatric Physical Therapy. 2015;27(1):61-71.
35. Kovač I. Fizioterapija i izbor pomagala u bolesnika s neuromuskularnim bolestima – problemi i mogućnosti. Paediatria Croatica. 2013;57(1):82-86.
36. Tješić-Drinković D, Kelečić J, Čaleta D, Tješić-Drinković D. Respiracijske posljedice neuromuskularnih bolesti djece. Paediatria Croatica. 2013;57(1):71-75. Dostupno na: http://hpps.kbsplit.hr/hpps-2013/pdf/Dok%2014.pdf
37. Dobrić D, Dobrić D, Esih M. Fizioterapijski pristup kod djece s autizmom. Fizio info. 2011/2012;1-2:15-17. Dostupno na: http://www.hzf.hr/src/assets/fizioinfo/fizio_info1_2011_12.pdf
38. Scales LH, McEwen IR, Murray C. Parents' Perceived Benefits of Physical Therapists' Direct Intervention Compared with Parental Instruction in Early Intervention. Pediatric Physical Therapy, 2007;19(3):196-202.

39. Čukljek S, Karačić J, Ilić B. Stavovi studenata 3.godine studija sestrinstva o sestrinstvu u Hrvatskoj danas. Hrvatsko sestrinstvo ususret Europskoj uniji: zbornik radova; 2011; Opatija. Dostupno na: https://www.bib.irb.hr/571058

40. Valjan B. Važnost i uloga fizioterapeuta na klinici za pedijatriju. Split: Hrvatska proljetna pedijatrijska škola; 2019. Str. 26-30.

41. 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(2):147-154. Dostupno na: https://hrcak.srce.hr/file/266772

42. Sudmann TT. (En)gendering body politics: Physiotherapy as a window on health and illness [disertacija]. Bergen: Universitas Bergensis, The Department of global public health and primary care; 2008. Dostupno na: https://criticalphysio.net/wp-content/uploads/2015/07/En-gendering-body-politics.pdf

43. Mir MO, O'Sullivan C, Blake C, Lennon O. An Exploration of Parental Satisfaction With an Advanced Practice Physical Therapy Clinic in Pediatric Orthopedics. Pediatric Physical Therapy. 2019;31(2):192-199. Dostupno na: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30865147/

44. Stavropoulou M, Alexandra HP, Apostolou T, Iakovidis P, Maria KG, Manous T. Parents' opinion on pediatric physiotherapy and the physical therapy.Physiotherapy research and reports. 2020;3:1-3. Dostupno na: https://www.oatext.com/pdf/PRR-3-129.pdf

45. Lillo-Navarro C, Medina-Mirapeix F, Escolar-Reina P, Montilla-Herrador J, Gomoz-Arnaldos F, Oliveira-Sousa SL. Parents of children with physical disabilities perceive that characteristics of home exercise programs and physiotherapists' teaching styles influence adherence: a qualitative study. Journal of Physiotherapy. 2015;61(2):81-6. Dostupno na: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1836955315000156/pdfft?md5=305cd89d9ffa0cdd265f13cf74d19bc1&pid=1-s2.0-S1836955315000156-main.pdf

Prilog A: Popis ilustracija

Tablice

Tablica 1. Dob ispitanih roditelja i njihove djece 14
Tablica 2. Teškoće u razvoju djece ispitanih roditelja 15
Tablica 3. Status roditelja njegovatelja.....16
Tablica 4. Dob kada su djeca prvi put uključena u fizioterapijski tretman 17
Tablica 5. Prosječna ocjena na svaku tvrdnju s obzirom na dob roditelja.....33
Tablica 6. Razlika u stavovima i mišljenjima s obzirom na dob roditelja.....34

Slike

Slika 1. Fizioterapija je cijenjeno zanimanje 19
Slika 2. Fizioterapija je fizički zahtjevan posao.....20
Slika 3. Fizioterapija u pedijatriji psihički zahtjevan posao 21
Slika 4. Fizioterapija u pedijatriji je zanimanje jednako primjereno muškarcima i ženama 22
Slika 5. Fizioterapeut je važan član medicinskog tima 23
Slika 6. Fizioterapijski postupci povoljno utječu na motorički razvoj djeteta.....24
Slika 7. Fizioterapeuti se trebaju stalno educirati (akademsko obrazovanje, tečajevi) 25
Slika 8. Dob fizioterapeuta proporcionalna je s njegovim znanjem 26
Slika 9. Stručna sprema fizioterapeuta proporcionalna je s njegovim znanjem 27
Slika 10. Fizioterapeut u pedijatriji trebao bi imati znanja i o drugim aspektima djetetova zdravlja osim fizioterapije (npr. prehrana, dojenje, njega...) 28
Slika 11. Bitno mi je da je fizioterapeut ljubazan i pristupačan prema meni i mom djetetu 29
Slika 12. Na moje mišljenje o nekom terapeutu utječu iskustva i mišljenja drugih roditelja...30
Slika 13. Imam povjerenje u fizioterapeuta kao medicinskog stručnjaka 31
Slika 14. Fizioterapijski postupci poboljšavaju kvalitetu života mog djeteta.....32
Slika 15. Prije prvog dolaska fizioterapeutu infomirao/la sam se na Internetu ili kroz razgovor s drugim roditeljima 36
Slika 16. Važno mi je da mogu aktivno sudjelovati u fizioterapijskom procesu (postavljanje pitanja fizioterapeutu, učenje vježbi) 37
Slika 17. Fizioterapeut mi je dao savjete i važne informacije o zdravlju mog djeteta koje nisam dobio od drugih članova tima 38

Slika 18. Sa svojim djetetom kod kuće redovito provodim vježbe koje mi je prikazao fizioterapeut 39

Roditelji djece s teškoćama u razvoju i fizioterapija: stavovi, mišljenja i iskustva

Poštovani/a,

pred Vama se nalazi anketni upitnik namijenjen svim roditeljima neurorizične djece i djece s teškoćama u razvoju koja su (bila) uključena u fizioterapijski tretman. Upitnik je kreiran za svrhu izrade Diplomskog rada na Fakultetu zdravstvenih studija u Rijeci, studentice Manuele Pines, pod mentorstvom prof. dr. sc. Ester Pernjak-Pugel.

Prvi dio upitnika sastoji se od općih podataka o Vama i Vašem djetetu. U drugom dijelu upitnika navedene su tvrdnje koje se boduju na ljestvici od 1 do 5, gdje 1 označava potpuno neslaganje s tvrdnjom, a 5 potpuno slaganje s tvrdnjom. Za rješavanje upitnika biti će Vam potrebno manje od 5 minuta.

Upitnik je u potpunosti anoniman, a podaci će biti korišteni isključivo u znanstveno-istraživačke svrhe. Sudjelovanje u istraživanju je dobrovoljno, a prikupljeni podaci bit će grupno analizirani te se ni na koji način neće moći povezati s Vama.

Ukoliko imate pitanja u vezi istraživanja kontaktirajte me na mpines@student.uniri.hr.

Slanje ispunjenog obrasca smatra se informiranim pristankom na sudjelovanje u istraživanju.

Unaprijed se zahvaljujem se na sudjelovanju!
* Required

OPĆI PODACI

1. Vaša dob *

Mark only one oval.

- ◯ Do 25 godina
- ◯ Od 26 do 35 godina
- ◯ Od 36 do 45 godina
- ◯ Više od 46 godina

2. Vaš spol *

Mark only one oval.

- ◯ Muško
- ◯ Žensko

3. Dob Vašeg djeteta *

_____

4. Spol Vašeg djeteta *

Mark only one oval.

- ◯ Muško
- ◯ Žensko

5. U kojoj dobi je Vaše dijete prvi put uključeno u fizioterapijski tretman? *

Mark only one oval.

- ◯ U prva 3 mjeseca djetetova života
- ◯ U prvih 6 mjeseci djetetova života
- ◯ U prvih 12 mjeseci djetetova života
- ◯ Nakon 12 mjeseci djetetova života

6. Koju teškoću u razvoju ima Vaše dijete? *

Mark only one oval.

- ◯ Autizam
- ◯ Cerebralna paraliza
- ◯ Distonija
- ◯ Izostanak očekivanog motoričkog razvoja
- ◯ Kromosomopatija
- ◯ Other: _____

7. Imate li status roditelja njegovatelja? *

Mark only one oval.

- ◯ Da
- ◯ Ne

SLIJEDEĆE TVRDNJE OCIJENITE NA LJESTVICI OD 1 DO 5.

1 – Uopće se ne slažem
2 – Uglavnom se ne slažem
3 – Niti se ne slažem niti se slažem (ne mogu ocijeniti)
4 – Uglavnom se slažem
5 – Slažem se u potpunosti

8. Fizioterapija je cijenjeno zanimanje. *

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	
Uopće se ne slažem	◯	◯	◯	◯	◯	Slažem se u potpunosti

9. Fizioterapija u pedijatriji je fizički zahtjevan posao. *

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	
Uopće se ne slažem	◯	◯	◯	◯	◯	Slažem se u potpunosti

10. Fizioterapija u pedijatriji je psihički zahtjevan posao. *

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	
Uopće se ne slažem	◯	◯	◯	◯	◯	Slažem se u potpunosti

11. Fizioterapija u pedijatriji je zanimanje jednako primjereno muškarcima i ženama. *

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	
Uopće se ne slažem	◯	◯	◯	◯	◯	Slažem se u potpunosti

12. Fizioterapeut je važan član medicinskog tima. *

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	
Uopće se ne slažem	◯	◯	◯	◯	◯	Slažem se u potpunosti

13. Fizioterapijski postupci povoljno utječu na motorički razvoj djeteta. *

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	
Uopće se ne slažem	◯	◯	◯	◯	◯	Slažem se u potpunosti

14. Fizioterapeuti se trebaju stalno educirati (akademsko obrazovanje, tečajevi). *

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	
Uopće se ne slažem	◯	◯	◯	◯	◯	Slažem se u potpunosti

15. Stručna sprema fizioterapeuta proporcionalna je njegovom znanju (tehničar-prvostupnik-magistar). *

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	
Uopće se ne slažem	◯	◯	◯	◯	◯	Slažem se u potpunosti

16. Dob terapeuta proporcionalna je s njegovim znanjem. *

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	
Uopće se ne slažem	◯	◯	◯	◯	◯	Slažem se u potpunosti

17. Fizioterapeut u pedijatriji trebao bi imati znanja i o drugim aspektima djetetova zdravlja osim fizioterapije (npr. prehrana, dojenje, njega...). *

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	
Uopće se ne slažem	◯	◯	◯	◯	◯	Slažem se u potpunosti

18. Bitno mi je da je fizioterapeut ljubazan i pristupačan prema meni i mom djetetu. *

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	
Uopće se ne slažem	◯	◯	◯	◯	◯	Slažem se u potpunosti

19. Na moje mišljenje o nekom terapeutu utječu iskustva i mišljenja drugih roditelja. *

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	
Uopće se ne slažem	◯	◯	◯	◯	◯	Slažem se u potpunosti

20. Imam povjerenje u fizioterapeuta kao medicinskog stručnjaka. *

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	
Uopće se ne slažem	◯	◯	◯	◯	◯	Slažem se u potpunosti

21. Prije prvog dolaska fizioterapeutu infomirao/la sam se na Internetu ili kroz razgovor s drugim roditeljima. *

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	
Uopće se ne slažem	◯	◯	◯	◯	◯	Slažem se u potpunosti

22. Važno mi je da mogu aktivno sudjelovati u fizioterapijskom procesu (postavljanje pitanja fizioterapeutu, učenje vježbi). *

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	
Uopće se ne slažem	◯	◯	◯	◯	◯	Slažem se u potpunosti

23. Fizioterapeut mi je dao savjete i važne informacije o zdravlju mog djeteta koje nisam dobio od drugih članova tima. *

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	
Uopće se ne slažem	◯	◯	◯	◯	◯	Slažem se u potpunosti

24. Fizioterapijski postupci poboljšavaju kvalitetu života mog djeteta. *

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	
Uopće se ne slažem	◯	◯	◯	◯	◯	Slažem se u potpunosti

25. Sa svojim djetetom kod kuće redovito provodim vježbe koje mi je prikazao fizioterapeut. *

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	
Uopće se ne slažem	◯	◯	◯	◯	◯	Slažem se u potpunosti

This content is neither created nor endorsed by Google.

Google Forms

Životopis

Rođena sam u Rijeci 31. prosinca 1991. godine. Srednju Medicinsku školu u Rijeci upisala sam 2006. godine, smjer fizioterapeutski tehničar, a maturirala sam 2010. godine s odličnim uspjehom. Iste godine upisujem stručni studij fizioterapije na Medicinskom fakultetu u Rijeci, koji završavam 2013. godine. U lipnju 2015. godine položila sam Državni stručni ispit nakon odrađivanja pripravničkog staža u Kliničkom bolničkom Centru Rijeka, gdje sam se u studenom iste godine i zaposlila. Do ljeta 2017. radila sam kao fizioterapeut na sušačkom lokalitetu KBC-a Rijeka, nakon čega nastavljam raditi na lokalitetu Kantrida, u Dječjoj bolnici. Svoje akademsko obrazovanje nastavljam 2018. godine upisujući Diplomski studij fizioterapije na Fakultetu zdravstvenih studija u Rijeci. Tijekom 5 godina radnog iskustva pohađala sam razne edukacije i radionice vezane uz rad s djecom s teškoćama u razvoju i ortopedskim deformitetima.