INKLUZIJA OSOBA S POTEŠKOĆAMA U RAZVOJU U ZAJEDNICI

Vuković, Ivana

Undergraduate thesis / Završni rad

2016

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

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:176:845283

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-03-29**

Sveučilišni odjel zdravstvenih studija
SVEUČILIŠTE U SPLITU

Repository / Repozitorij:

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

zir.nsk.hr

UNIVERSITY OF SPLIT

dabar
DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJI

SVEUČILIŠTE U SPLITU

Podružnica

SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA

PREDDIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ

SESTRINSTVA

Ivana Vuković

Inkluzija osoba s poteškoćama u razvoju u zajednici

Završni rad

Split, 2016.

SVEUČILIŠTE U SPLITU

Podružnica

SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA

PREDDIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ

SESTRINSTVA

Ivana Vuković

Inkluzija osoba s poteškoćama u razvoju u zajednici

Inclusion of people with disabilities in community

Završni rad / Bachelor's Thesis

Mentor:

Doc. dr. sc. Slavica Kozina, prof. psih.

Split, 2016.

SADRŽAJ:

1. Uvod **1**

1.1. Osobe s razvojnim psihofikim teškoćama **1**

1.2. Klasifikacija osoba s psihofizičkim teškoćama 2

1.2.1. Oštećenja vida 4

1.2.2. Oštećenja sluha 5

1.2.3. Poremećaji govora i jezičnog izražavanja 6

1.2.4. Osobe s tjelesnim invaliditetom 7

1.2.5. Cerebralna paraliza 9

1.2.6. Multipla skleroza 10

1.2.7. Intelektualne teškoće (Mentalna retardacija) 11

1.2.8. Najčešće genomopatije – numeričke kromosomske aberacije 12

1.2.9. Autizam 15

2. Cilj rada 16

3. Rasprava 17

3.1. Odgojno-obrazovna inkluzija djece s poteškoćama u razvoju 17

3.1.1. Pojam “rana inkluzija” 18

3.1.2. Značaj inkluzivnog obrazovanja 18

3.1.3. Koristi rane inkluzije za dijete 19

3.1.4. Koristi rane inkluzije za roditelje 19

3.1.5. Značaj rane inkluzije 20

3.2. Socijalna inkluzija 21

3.2.1. Deinstitucionalizacija 22

3.2.3. Sportska inkluzija 23

3.2.3. Zapošljavanje osoba sa poteškoćama u razvoju 24

3.3. Uloga medicinske sestre u inkluziji osoba sa poteškoćama u razvoju 25

4. Zaključak 28

5. Sažetak 29

6. Summary 30

7. Literatura 31

8. Životopis 32

1. UVOD

Pojam *inkluzija* ima porijeklo u latinskom jeziku, a predstavlja izvedenicu koja znači uključivanje,uključenost,obuhvaćanje i podrazumijevanje. Prva je *inclūdo* što znači zaključiti. Druga je *inclūsioa* što znači zatvor, zatvaranje. Izveden iz ovih značenja, pojam inkluzija bi podrazumijevao integraciju, ovijanje, uokvirivanje, a u socijalnom smislu uključivanje pojedinca u određenu zajednicu. Inkluzija, kao pristup temeljen na principima poštivanja ljudskih prava pojedinca odnosi se na proces povećanja sudjelovanja osoba s poteškoćama u razvoju u lokalnim zajednicama, školama i drugim javnim ustanovama, kroz restrukturiranje istih ustanova kako bi preuzele odgovornost za svoju sposobnost prihvaćanja svih građana.

Inkluzija u različitosti pojedinca vidi njegovu snagu, jer upravo različitst potreba gradi sustav koji je dovoljno fleksibilan da zadovoljava potrebe svih građana, ona sama po sebi ne podrazumijeva izjednačavanje svih ljudi, već uvažavanje različitosti svakog pojedinca kojem pruža mogućnost odlučivanja o vlastitom životu i preuzimanje odgovornosti. U tome se nalazi njena vrijednost, jer nam kroz razvoj opće tolerancije prema individualnim razlikama i potrebama omogućava širenje spoznaja, obogaćivanje iskustava i razvoj čovječnosti.

Inkluzija znači biti uključen,obuhvaćen, pripadati, biti sa drugima. Inkluzija ne znači biti jednak, niti da se svi slažemo, nego stvara novi odnos prema svemu što je različito i potiče međusobno podržavanje te obogaćuje naše mogućnosti za stvaranje novih ideja. Ona točnije govori o različitim mogućnostima, nego o nedostacima te stavlja u pitanje pojmove kao što su prosječan i normalan (1).

1.1. Osobe s psihofizičkim razvojnim teškoćama

Osobe s razvojnim psihofizičkim teškoćama ponekad se nazivaju defektnima (*lat.defectus* - nedostatak, kvar, oštećenje), izrazom koji nije sasvim adekvatan, jer one nisu uvijek toliko oštećene da ne bi mogle biti korisni članovi društva. Možemo ih definirati kao pojedince kod kojih su intelektualne ili tjelesne sposobnosti smanjene ili poremećene tako da im stvaraju poteškoće u školovanju, socijalizaciji ili u profesionalnom osposobljavanju. Zbog poteškoća na psihofizičkom planu često im je potrebna pomoć društva, a u težim slučajevima mogu biti nesposobne za samostalan život bez njege ili skrbi okoline,odnosno redovite medicinske kontrole ili terapije. Ipak, najveći dio osoba s psihofizičkim poteškoćama može se, u većoj ili manjoj mjeri,osposobiti za samostalan život, školovati se u skladu sa svojim sposobnostima te tako educirati za korisne članove društvene zajednice (2).

1.2. Klasifikacija osoba s psihofizičkim poteškoćama

Termin „invalididet“ se odnosi na različite vrste i stupnjeve oštećenja, teškoća ili smetnji u području fizičkog, psihičkog, intelektualnog, duševnog, psiho-fizičkog i socijalnog razvoja. Pripada kategoriji tzv. opće za razliku od posebne i pojedinačne terminologije invaliditeta (odnosi se na specifično oštećenje koje rezultira invaliditetom npr. intelektualne teškoće). Sam termin u suštini sadrži negativno obilježje, jer umjesto preostalih sposobnosti u prvi plan ističe ograničenost, smetnju, nesposobnost i sl. Time pridonosi stigmatizaciji te etiketiranju osoba na koje se odnosi.

Stručnjaci različitih disciplina pristupaju sa svog aspekta: npr. psiholog promatra osobu s invaliditetom kao ometenost osobnosti, liječnik kao medicinsko – patološki problem, pravnik se orijentira na formalno- pravne aspekte statusa te osobe, sociolog će promatrati

položaj u društvenoj zajednici, dok će socijalni radnik promatrati njegov položaj u obitelji i lokalnoj zajednici i društvu.

Umjesto termina invaliditet nerijetko se koristi i termin hendikepiranost (handicap - handicapped) koji dolazi od engleskih riječi *hand*- ruka i *cap*-kapa, a asocira na povijesno težak socijalni položaj i siromaštvo osoba s invaliditetom. Hendikep znači gubitak, nedostatak ili ograničenje mogućnosti, prigode ili šanse za ravnopravno sudjelovanje u životu društvene zajednice. Njime se pojašnjava nesuglasje ili suprotnost pa i sukob između osobe i njene okolice zbog čega je nužno dijagnosticirati i kontrolirati ne samo činitelje na strani osobe nego i na strani njene okoline koji podupiru ili koče ostvarivanje jednakih mogućnosti svima. Također, susreću se i različiti termini poput posebne potrebe, koji treba izbjegavati jer je izrazito stigmatizirajući. Neki autori sugeriraju da se umjesto njega koristi dodatne potrebe, što je zapravo isto tako vrlo ograničavajući termin (2).

RAZVOJ I PSIHOPATOLOGIJA:

U razvojnoj psihopatologiji se polazi od pretpostavke da je neophodno poznavati normalan razvojni put pojedinca kako bismo mogli razumjeti patološka odstupanja, ali i obrnuto
- da poznavanjem psihopatoloških fenomena dobivamo uvid u procese i mehanizme koji leže u osnovi razvoja. Razvojna psihopatologija bavi se porijeklom i vremenskim slijedom razvoja, te relacijama s poremećenim oblicima ponašanja (3).

Razvojni poremećaji u djetinjstvu i adolescenciji s obzirom na spol:

- bulimija (djevojčice 90%,dječaci 5%)
- anoreksija (djevojčice 85%,dječaci 10%)
- separacijska anksioznost (djevojčice i dječaci 55%)
- mentalna retardacija (djevojčice 30%, dječaci 65%)
- poremećaji učenja (djevojčice 30%, dječaci 70%)
- autizam (djevojčice 25%,dječaci 75%)
- poremeća ophođenja (djevojčice 20%,dječaci 80%)
- AD/HD poremećaj hiperaktivnosti i pažnje (djevojčice 20%,dječaci 80%)

Opažanja ponašanja kod navedenih poremećaja:

Pokazalo se da u poremećaju pod nazivom Deficit pažnje/hiperaktivni poremećaj, hiperaktivnost se kao simptom uglavnom smanjuje u adolescenciji, dok problemi impulzivnosti i poremećene pažnje i dalje ostaju aktualni. Longitudinalni podaci pokazuju da postoji prepoznatljiv kontinuitet u ovom poremećaju, ali kontinuitet koji karakterizira razvojna transformacija. To ima značajne implikacije jer premda se klinička slika mijenja,u osnovi je isti poremećaj. U slučaju autizma poznato je da nije moguće imati ozbiljne kognitivne i perceptivne deficite, a u isto vrijeme nemati i socijalne teškoće. Autizam je samo najočigledniji primjer za integraciju, koju možemo pratiti i u većini ostalih poremećaja: npr. dijete s deficitom pažnje/hiperaktivnim poremećajem uglavnom ima i problema u školi kako s vršnjacima, učiteljicom, tako i školskom postignuću. U slučaju anoreksije kao poremećaja hranjenja pokazalo se da su njeni korijeni u ranoj rigidnosti i perfekcionizmu, ali nije nađena povezanost s prestankom sisanja, izbirljivosti u jelu, i sl. kao što se očekivalo. Neki autori smatraju da je u osnovi perfekcionizma i odbijanja uzimanja hrane ustvari pokazivanje samokontrole. Slično je utvrđeno i u slučaju poremećaja deficit pažnje/hiperaktivni poremećaj gdje povećana aktivnost djeteta u dobi od dvije godine nije prediktorkasnije pojave ovog sindroma. Poremećaj ponašanja je najstabilniji poremećaj što se povezuje s povratnim informacijama koje ta djeca dobivaju iz okoline. Pokazalo su da su reakcije učitelja najčešće negativne i prijeteće, da ih vršnjaci ne vole i otvoreno odbacuju, te da su odnosi s roditeljima puni konflikata. Ovakve reakcije samo potkrepljuju neadaptivno ponašanje ove djece. Posebno značajne spoznaje o razvoju djeteta u prve tri godine rezultirale su iz istraživanja poremećaja koji se pojavljuju u ranoj dobi (mentalne retardacije, autizma, pervazivnog razvojnog poremećaja i sl.) (3,4).

Klasifikacija osoba s psihofizičkim teškoćama provodi se ne samo s obzirom na težinu i izraženost teškoća, već i s obzirom na to jesu li one prisutne na intelektualnom,osjetnom,govorno jezičnom,psihomotornom planu ili su na području emocionalnog i socijalnog funkcioniranja bez obzira jesu li nasljedne ili u životu stečene,te jesu li prisutno od rođenja ili se javljaju u djetinjstvu (razvojnoj dobi).

A to su najčešće: oštećenja vida, oštećenja sluha, poremećaji govora i jezičnog izražavanja, osobe s tjelesnim invaliditetom, osobe s intelektualnim oštećenjem, numeričke kromosomske aberacije te autizam (2,3,4).

1.2.1. Oštećenja vida

Oštećenja vida obuhvaćaju sljepoću i slabovidnost. Sljepoćom se smatra kada na boljem oku s korekcijom postoji oštrina vida 5% (0,05) i manje ili ostatak centralnog vida na boljem oku uz najbolju moguću korekciju 25% (0,25) uz suženje vidnog polja na 20 stupnjeva ili manje. Slabovidnom smatra se ona koja na boljem oku s korekcijom imaju ostatak vida od 10 do 30% ili manji. Iznimno slabovidnima se mogu smatrati i one osobe koje imaju oštrinu vida na boljem oku uz najbolju moguću korekciju od 30 do 40 %. U ENDOGENU etiologiju spadaju nasljedna oštećenja koje se najčešće manifestiraju kasnije u životu, teža oštećenja vida koja se javljaju odmah pri porodu (kongenitalno) ili kao progresivno propadanje vida uzrokovano patološkim degenerativnim procesima u oku u djetinjstvu i kasnije. Primjeri: katarakta, glaukom, malformacije, retinalna degeneracija, tumor. U EGZOGENU etiologiju ubrajaju se sva oštećenja vida djelovanjem štetnih tvari u intrauternom razdoblju na inače genetski zdrav plod – embrio i fetopatije. Obuhvaćaju nutritivne i toksičke uzroke. Primjer: sifilis. Oštećenja mogu nastati i kao posljedica različitih povreda (traumi) ili bolesti (dijabetes) (1,2).

1.2.2. Oštećenja sluha

Oštećenja sluha su gluhoća i nagluhost. Gluhe osobe imaju gubitak sluha veći od 81 dB i niti uz pomoć slušnog pomagala ne mogu cjelovito percipirati glasovni govor.
Nagluhima smatramo one osobe koje zbog oštećenja sluha imaju ozbiljnih teškoća u slušanju govora i govornoj komunikaciji. Kriterij za utvrđivanje stupnja nagluhosti je

razvijenost govornih funkcija i efikasnost korištenja govora. Nagluhe osobe imaju oštećenje sluha od 25 do 80 decibela. Stupanj oštećenja sluha izražava se audiometrijskom ispitivanju u decibelima (dB). Za koliko je dB slušni prag povišen, za toliko je sluh reduciran. Audiometrija je postupak ispitivanja slušne osjetljivosti ispitanika, tj. redukcije sluha. Ljudsko uho je najosjetljivije za frekvencije između 1000– 4000 Hz te je za razumijevanje govora najvažnije područje između 500-2000 Hz.

Etiologija:
ENDOGENA oštećenja – uzrokovana genopatijama koje mogu zahvatiti i malformirati sve dijelove uha (vanjsko, srednje i unutrašnje). Mogu biti kongenitalne naravi (prisutne od rođenja), nastati poslije porođaja, najčešće u ranom ili kasnijem djetinjstvu, mladosti ili u odrasloj doba. Takve redukcije sluha nastale kasnije često završavaju gluhoćom, a nastupaju uslijed heredodefenrativnih procesa unutrašnjeg, a ponekad i srednjeg uha.
EGZOGENA oštećenja sluha rezultat su svih štetnih tvari koje djeluju na zdravu nasljednu osnovu, tj. na embrio ili fetus u toku trudnoće te mogu izazvati malformacije i deformacije najčešće unutrašnjeg uha. PRENATALNI UZROCI: infekcija trudnice virusnog porijekla (rubeola), nedostaci u majčinoj ishrani, korištenje određenih farmakoloških sredstava, endokrini poremećaji majke. PERINATALNI UZROCI: porođajne ozljede novorođenčeta, eritroblastotoza uslijed neslaganja Rh faktora majke i oca, prerani porod.
POSTNATALNI UZROCI: virusna i bakteriološka infekcija djeteta (menigitis, encefalitis), upala srednjeg uha, traume kao što su udarci u uho, oštećenje uslijed eksplozije, lom lubanje, izlaganje dugogodišnjem radu u buci visokog intenziteta (1,2).

1.2.3. Poremećaji govora i jezičnog izražavanja

Oštećenja govorno- glasovne komunikacije (govor, glas, jezik, čitanje, pisanje) su ona kod kojih je zbog funkcionalnih oštećenja komunikacija govorom otežana ili ne postoji. Oštećenja govorno- glasovne komunikacije ocjenjuju se u okviru osnovnog oboljenja.

- Poremećaji jezično- govornog izražavanja i/ili razumijevanja: te poremećaje nazivamo AFAZIJE i središnjeg su i organskog porijekla. Afazičke smetnje često uključuju nerazumijevanje vlastitog ili/i tuđeg govora, čitanja, pisanja i gestualnog ili mimičkog izražavanja. Afazija je smanjena sposobnost korištenja ili shvaćanja riječi, koja nastaje najčešće kao posljedica moždanog udara ili neke druge bolesti mozga.
- Smetnje usmenog govora (tri tipa mucanja:tonički tip - u govoru se osoba zaustavlja duže vrijeme na jednom glasu, a zatim eksplozivno izgovara nastavak riječi npr. »m...olim«; kloničkі tip - kritični glas se više puta ponavlja, a onda eksplozivno izgovara ostatak riječi kao npr. »m,m,m,...olim«; kombinirani tip - sa toničkim i kloničkim fazama. Govorne smetnje, osobito mucanje, kod učenika prosječnih intelektualnih kapaciteta mogu izazvati smetnje u adaptaciji na socijalnu okolinu zbog stida ili oklijevanja stupanja u kontakt. Mucanje u adolescenciji može izazvati osjećaj manje vrijednosti i izbjegavanje druženja, osobito sa suprotnim spolom. Mucanje se može ispraviti logopedskim vježbama.

Uzroci nerazgovjetnog govora mogu biti:

a) oštećenje sluha;
b) intelektualna nedovoljna razvijenost;
c) deformacije perifernih govornih organa;
d) funkcionalne govorne smetnje– disfemije: mucanje, tepanje;
e) nazalne opstrukcije (začepljenja);
f) nervna oštećenja
g) deformacije larinksa

- Disleksija i disgrafija – nesposobnost djeteta da svlada vještinu čitanja i pisanja (1,2).

1.2.4. Osobe s tjelesnim invaliditetom

Osobama s tjelesnim invaliditetom smatramo osobe s oštećenjem lokomotornog sustava, središnjeg živčanog sustava te perifernog i mišićnog sustava. Ovaj invaliditet uvelike je baziran na motoričkim teškoćama i poremećajima motorike. Motorički poremećaji podrazumijevaju skupinu poremećaja fine i grube motorike i/ili balansa tijela, koji stvaraju teškoće u svakodnevnom motoričkom funkcioniranju. Gruba motorika (motorika korpusa i ekstremiteta), dok fina motorika (motorika prstiju, ruke, lica).

Topografska klasifikacija motoričkih poremećaja definirana je brojem ekstremiteta na kojima je dijagnosticiran motorički poremećaj. Monopareza je motorička slabost jednog ekstremiteta, a dipareza dva ekstremiteta. Parapereza je motorički poremećaj donjih ekstremiteta, tripareza motorički poremećaj tri ekstremiteta, a tetrapareza motorički poremećaj na sva četiri ekstremiteta. Potpuna tetraplegija nastaje zbog ozljede iznad šestog vratnog (C6) segmenta i takva osoba je potpuno ovisna o pomoći druge osobe. Hemiplegija je slabost polovine tijela.
Prema težini motorički poremećaji klasificiraju se na lako, umjereno i teško stanje. Pareze podrazumijevaju slabost ekstremiteta pri čemu još postoji motorička funkcionalnost. Plegije su teški motorički poremećaji koji mogu biti povezani s promjenama na koži, gubitkom osjeta i gubitkom refleksa.

ETIOLOGIJA:

1. Oštećenje lokomotornog sustava je prirođeni ili stečeni nedostatak ili deformacija, smanjenje ili gubitak motoričkih ili funkcionalnih sposobnosti u izvođenju pojedinih aktivnosti. Nastaju zbog ozljede ili oboljenja sastavnih dijelova lokomotornog aparata, što dovodi do razaranja pojedinih dijelova, ograničenja ili potpunog uništenja zglobova, kostiju, hrskavica ili mišića. Etiološki faktori oštećenja lokomotornog aparata su: kongenitalne (urođene) malformacije, traume i opće afekcije skeleta.

2. Oštećenje središnjeg živčanog sustava je posljedica prirođene ili stečene bolesti ili povrede koje uzrokuje smanjenje ili gubitak funkcionalnih sposobnosti u izvršenju pojedinih aktivnosti ili promjena svijesti. Sastoji se od mozga i leđne moždine. Oštećenja mozga nemaju jednu karakterističnu sliku, već je ona specifična za svakog pojedinca u odnosu na: etiologiju oštećenja mozga, lokaciju i veličinu oštećenja, životnu dob u kojoj je došlo do oštećenja. Oštećenja mozga mogu nastati tijekom tri razvojna razdoblja: prenatalnog, peri/neonatalnog i u bilo kojem životnom razdoblju. Osobe s oštećenjem središnjeg živčanog sustava pokazuju šest vrsta specifičnih poremećaja: senzorne deficite, motoričke deficite, poremećaje koncentracije, umor i zabrinutost, gubitak motivacije i emocionalne probleme. Rehabilitacija osoba s oštećenjem središnjeg živčanog sustava bazirana je na činjenici da postoji plastičnost mozga, što znači da intaktni dijelovi mozga mogu preuzeti funkcije oštećenih područja.

3. Oštećenje perifernog živčanog i mišićnog sustava je posljedica prirođene ili stečene bolesti ili povrede koja uzrokuje smanjenje ili gubitak mišićne funkcije u izvršenju pojedinih aktivnosti. Oštećenja perifernog živčanog sustava odnose se na oštećenja pojedinih živaca udova koja su najčešće mehanički uzrokovana i polineropatije koje zahvaćaju periferni živčani sustav kao jedinstveni organ. Neuromišićne bolesti se dijele na bolesti živčane stanice (neuropatije) i bolesti mišićne stanice (miopatije). Miopatijom nazivamo bolesti kod kojih se proces koji dovodi do propadanja razvija u prvom redu u mišiću, odnosno u mišićnom vlaknu i vezivnom tkivu koje ga okružuje. Najčešća primarna miopatija je mišićna distrofija.

4. Oštećenje drugih organa i organskih sustava (dišni, cirkulacijski, probavni, endokrini, kože i potkožnog tkiva i urogenitalni sustav) je posljedica prirođene ili stečene bolesti ili povrede organa ili organskog sustava koje dovodi do smanjenja ili gubitka sposobnosti u izvršavanju pojedinih aktivnosti (1,2).

1.2.5. Cerebralna paraliza

Cerebralna paraliza (CP) je kompleksni medicinski, psihološki i socijalni problem. Prevalencija se danas procjenjuje na 2-4%. Postoji više definicija cerebralne paralize. Jedna od njih je da cerebralna paraliza predstavlja grupu trajnih poremećaja razvoja pokreta i držanja koji uzrokuju ograničenja aktivnosti, a koji se mogu pripisati neprogresivnom poremećaju koji se je dogodio u razvoju fetalnog mozga ili mozga malog djeteta. Motorni poremećaji cerebralne paralize su često praćeni poremećajima osjeta, percepcije, kognicije, komunikacije i ponašanja, epilepsijom i sekundarnim mišićno- koštanim problemima. U nazivu se cerebralno se odnosi na mozak, a paraliza na poremećaj pokreta ili položaja. Cerebralna paraliza nije progresivna, prenosiva ili izlječiva. Uz cerebralnu paralizu često su prisutna višestruka oštećenja.

ETIOLOGIJA:

Uzrok mnogih slučajeva uzrok ostaje nepoznat. Kao najčešći rizični čimbenik navodi se niska porođajna težina, zatim asfiksija, mentalne konvulzije, eonatalna žutica, neonatalna infekcija te antepartalno krvarenje. Ono što se promijenilo zadnjih godina je spoznaja da usprkos prijašnjim vjerovanjima, većina slučajeva cerebralne paralize nije uzrokovana komplikacijama poroda, već različitim prenatalnim faktorima i zbivanjima.

Mnoga djeca sa CP imaju urođene malformacije mozga. Malformacija mozga je prisutna prije rođenja i nije uzrokovana čimbenicima koji se pojavljuju za vrijeme porođajnog procesa. Dobra prenatalna briga je bitna za prevenciju kongenitalnih problema, budući da mozak u razvoju ploda može biti oštećen od više čimbenika poput: teška fizička trauma majke za vrijeme trudnoće, pušenje, ovisnosti o alkoholu, kokain, različite infekcije itd (1,2).

1.2.6. Multipla skleroza

Multipla skleroza je bolest središnjeg živčanog sustava, kronična i neizlječiva. **S**redišnji živčani sustav se sastoji od mozga i leđne moždine koji su važni za normalno funkcioniranje cijelog organizma**.** Bolest zahvaća aksone (produžeci živčanih stanica koji povezuju različite dijelove živčanog sustava prenoseći informacije između mozga i ostalih organa) koji se nalaze unutar mozga i leđne moždine, a aksoni su okruženi izolirajućom mijelinskom ovojnicom, koja kad je upaljena i oštećena ne može ravnomjerno i učinkovito prenositi živčane impulse. Postupno se stvara ožiljak, oštećenje na moždanom, potpornom tkivu koje se naziva skleroza.

Smatra se upalnom, demijelinizacijskom bolešću. Promjenjiva je bolest i ne zna se na koji način će se bolest manifestirati i utjecati na osobu.

ETIOLOGIJA:

Pravi uzrok nije poznat, smatra se da je uzrokovana kombinacijom različitih čimbenika:

1) Genetički: nije nasljedna, ali postoji nasljedna sklonost razvijanju bolesti (odnos: M:Ž = 2:1)

2) Ambijentalni: učestalost MS varira u različitim krajevima svijeta, ona raste udaljavanjem od ekvatora

3) Imunosni: u današnje vrijeme uzrokom se smatra sporo djelujući virus koji je u organizmu skriven godinama prije nego uzrokuje bolest. Najčešće se javlja od 20-te do 45-te godine života, a rijetko prije 15-te i poslije 60-te godine života. Istraživači vjeruju kako je MS autoimuna bolest (tijelo u obrani odbacuje svoje vlastito tkivo - mijelin).

4) Trauma: nije potvrđeno da ozljeda ili stres dovode do simptoma MS, iako većina bolesnika potvrđuje pogoršanje simptoma nakon veće traume ili stresa (2).

1.2.7. Intelektualne teškoće (Mentalna retrdacija)

Međunarodna klasifikacija bolesti (MKB-10) definira mentalnu retardaciju (MR) kao "stanje zaostalog ili nepotpunog razvoja uma koje karakterizira oštećenje sposobnosti koja se očituje za vrijeme razvoja, te sposobnosti koje pridonose cjelokupnom razvoju inteligencije, kao npr. mišljenje, govor, motorika i sposobnosti ostvarivanja društvenog kontakta".

50-69 IQ = laka mentalna retardacija

35-49 IQ = umjerena mentalna retardacija

21-34 IQ = teža mentalna retardacija

0-20 IQ = teška mentalna retardacija

Osobe s mentalnom retardacijom nazivaju se i osobe s intelektualnim teškoćama, što je u vidu socijalnog modela invaliditeta i inkluzivnih principa u društvu. Mentalna retardacija je termin koji se najčešće koristi u zakonskim tekstovima i prilikom vještačenja.

ETIOLOGIJA:

1. Endogeni (genetski) uzroci:

Endogeni ili genetski uzroci su genopatije i kromosomske numeričke i strukturne aberacije koje nastaju već u gametogenezi, tj. u progenezi ili u ranoj fazi kiematogeneze odnosno postzigotskog razvoja. Posljedice genopatija i kromosomskih aberacija mogu se odraziti na razvoj ploda u stadiju embriogeneze, što rezultira teratopatijom i malformacijama.

2. Egzogeni (vanjski) uzroci:

Egzogeni ili vanjski uzroci svi su oni agensi koji štetno djeluju na zametak u kiematogeneze te na razvoj genetski zdrava ploda. Promjene nastale isključivo u fetalnoj fazi nazivaju se deformacijama.

3. Nepoznati uzroci:

Nepoznati su uzroci nekim rijetkim bolestima koje kod djece dovode do progresivnog intelektualnog propadanja s progresivnim neurološkim poremećajima i staničnim promjenama tkiva. Takav proces može trajati i više godina (2,3).

1.2.8. Najčešće genomopatije – numeričke kromosomske aberacije

SINDROM DOWN

Najčešća je kromosomska aberacija. U populacije se javlja s incidencijom od 1: 600/700 poroda. Uočljiv je već pri porodu. Stigmatizacija je sljedeća: nizak rast, kratki udovi s kratkim prstima, monogoloidno položene oči s epikantusom, nos kratak i široka korijena, usta malena s ispucalim usnama dok se na jeziku vide karakteristične brazde, zubi loši i nepravilni, uške su malene, loše formirane i nisko postavljene, a glas djeteta dubok i hrapav. Karakteristični su i dermatoglifi na rukama i nogama, a naročito tzv. »majmunska brazda« na dlanu koja se proteže ispod četiri prsta.

Značajke osoba sa sindromom Down:
- ličnost im je stereotipna
- to su dobre i mirne osobe koje se lako ne uznemiruju i ne zadaju teškoće, obično su vesele, te se lako zabave i umire
- pokazuju sklonost oponašanju, tvrdoglavosti, premda su katkad i prkosne
- izrazito su sklone ritmu, vole glazbu, te su sklone igri
- većina ih naginje umjerenoj mentalnoj retardaciji iako su zastupljeni svi stupnjevi intelektualnih teškoća
- granična inteligencija je iznimka, a prosječna inteligencija je rijetka
- iznimno je važan utjecaj okoline u njihovom mentalnom razvoju

DS je obilježen raznolikošću i težinom abnormalnosti koje uključuju cijeli niz urođenih i stečenih oštećenja. Pronađeno je više nepravilnosti, ali stalna je samo mentalna retardacija i suvišni kromosomski materijal izražen trisomijom 21. Postoji otprilike 40 teorija o uzrocima DS-a, od kojih je jedna ona Waardenburga da se radi o kromosomskoj anomaliji odnosno da bi uzrok mogao biti nepravilno razdvajanje kromosoma tijekom mejoze. Uzrok nerazdvajanju nije poznat.

Rođenje djeteta sa DS-om izaziva stres u obitelji. Roditelji s djecom trajno su suočeni sa stresom i nedostatkom pomoći i potpore, te prihvaćenosti u užoj zajednici. Ti roditelji

mogu se često organizirati u zajednice potpore i tako mijenjati svoj i obiteljski životni stil, što pridonosi kakvoći života i promjeni stajališta prema djetetu. Pozitivan odnos prema djetetu sa DS-om je prijeko potreban jer se time olakšavaju sve odgojne, socijalne i druge uloge nametnute obitelji.

Roditelji počinju stvarati različita stajališta o djetetu s intelektualnim teškoćama pod utjecajem većeg broja čimbenika, te se kao rezultat toga događaju ove osobitosti:

a. Prezaštićivanje djeteta (koči njegovu samostalnost i stvara ga trajno ovisnim);
b. Popustljivost vlastitom djetetu (zbog čestih pozadinskih osjećaja roditeljske krivnje zbog stvarnog odbijanja djeteta);
c. Odbacivanje vlastita djeteta (roditeljska nezainteresiranost);
d. Dominacija nad vlastitim djetetom (nadmoć roditelja);
e. Podčinjavanje vlastitom djetetu (podređivanje prohtjevima);
f. Zlostavljanje djeteta (2).

EDWARDSOV SINDROM

Javlja se rjeđe s učestalošću od 1: 5000 do 8000 živorođenih. Stigmatizacija: hipotonija mišića, mikrocefalija katarakta, srčana greška i dr. Karakteristične su šake s posebno prebačenim prstima: drugi prst ruke prelazi preko trećega a treći preko četvrtog, a to kasnije u životu nestaje, mikroftalmija, loše modelirana uška, malena manidibula te visoko nepce, česte su i malformacije unutrašnjih organa, naročito srca, bubrega i pluća (2).

PATAUOV SINDROM

Javlja se s učestalošću od 1:4000 poroda uz veliku smrtnost u prvim mjesecima života. Većina je djece ženskog spola i od starijih roditelja. Stigmatizacija: mikrocefalija, uzak korijen nosa, obostrana mikroftalmija, katarakta i druge malformacije očiju. Česta je i zečja usna ili rascjep usana, slabo razvijena gornja čeljust. Uške su nisko postavljene i loše oblikovane. Heksadaktilija uz malformacije kostura i unutrašnjih organa (2).

KLINEFELTEROV SINDROM

Javlja se kod muških osoba s incidencijom 1:750. To su muškarci visoka rasta u kojih se zapaža ginekomastija (povećane dojke poput onih u žena) s atrofijom testisa, koji su maleni. Često su neplodni, a spolna im je dlakavost ženskog tipa. Izgleda da ih je nešto više u populaciji shizofrenih bolesnika. IQ im je nešto niži od normale zbog lošijih rezultata u verbalnim testovima kao i usporenog govornog razvoja. Problemi u školi uključuju smetnje u čitanju i u ekspresivnom jeziku (2).

SINDROM DVOSTRUKOG Y

Javlja se kod muških osoba s incidencijom 1:750. U toku puberteta pojačan rast pa su visoki i preko 180 cm. U mladosti su vrlo agresivni, a kao djeca izrazito hiperaktivni. Opća inteligencija im je nešto niža, uključujući verbalne i neverbalne sposobnosti, no više su pogođene verbalne sposobnosti kao i razvoj govora i jezika u djetinjstvu (2).

TURNEROV SINDROM

Javlja se u osoba ženskog spola s incidencijom 1:2500. Zbog prisutnosti samo jednog X kromosoma djevojčice s Turnerovim sindromom imaju često spolno vezane bolesti i anomalije. Prosječna visina im je 150 – 152 cm. Imaju sniženu inteligenciju sa specifičnim smetnjama u učenju. Zbog disfunkcije desne hemisfere imaju lošije rezultate u neverbalnim skalama, te imaju teškoće u matematičkom rezoniranju (2).

1.2.9. Autizam

Autizam predstavlja težak razvojni poremećaj koji se pokazuje u smetnjama u komunikaciji i socijalnim odnosima, koji počinje u djetinjstvu, najčešće do 3. godine života, a traje cijeli život. Bender navodi kako je autizam karakteristično promijenjeno ponašanje u svim područjima živčanog sustava– motornom, perceptivnom, intelektualnom, emotivnom i socijalnom (1,4).

Simptomi autizma:

- nedostatak emocionalnih odgovora prema ljudima i stvarima;
- nedostatak verbalne i neverbalne komunikacije;
- poremećaji u razvoju govora;
- bizarnost u ponašanju i stereotipije;
- ograničeni interesi i aktivnosti.

ETIOLOGIJA:

Uzroci autizma do danas nisu potpuno razjašnjeni, te se pokušavaju objasniti dvjema osnovnim skupinama teorija.

Psihološke teorije - smatraju da je autizam uzrokovan nenormalnim psihičkim interakcijama unutar obitelji, osobito hladnim i odbijajućim ponašanjem majke prema djetetu. Po njima, autizam je psihička bolest i može biti tretirana jedino intenzivnom psihoterapijom. Predstavnici: Bettelheim, Kanner, Mahler.

Organske teorije - pretpostavljaju da je posrijedi moždani poremećaj koji uzrokuje razvojni hendikep sa specifičnim simptomima i poremećajima ličnosti. Ističu oštećenja srednjeg živčanog sustava sa specifičnim simptomima kao moguće uzroke autističnog poremećaja. Predstavnici: De Long, Rutter, Bender, Peterson i Torrey (postavili virusnu etiologiju autizma) (2,4).

2. CILJ RADA

- Upoznati se s pojmom i definicijom inkluzije u društvenoj zajednici
- Navesti različite oblike psihofizičkih poteškoća u razvoju
- Upoznati se s metodama provođenja inkluzije
- Prikazati ulogu medicinske sestre kao dio tima u rehabilitaciji i inkluziji osoba s poteškoćama u razvoju
- Upoznati se s prednostima provođenja rane inkluzije

3. RASPRAVA

3.1. Odgojno-obrazovna inkluzija djece s poteškoćama u razvoju

Obrazovna se inkluzija u pedagoškom kontekstu razlikuje od integracije djece s teškoćama u razvoju u obrazovni sustav. Obrazovna je inkluzija omogućavanje obrazovanja svakom djetetu i odrasloj osobi pod jednakim uvjetima, a u skladu sa sposobnostima osobe, isključujući bilo koju različitost. Inkluzija u obrazovanju, kao zahtjev koji proširuje koncept obrazovne integracije djece s teškoćama u razvoju u sustav redovnih škola, postavlja nove izazove i zadatke specijalnim, a još više redovitim školama. Primjenom inkluzivnog koncepta u obrazovanju znatno se mijenja položaj osoba s teškoćama u razvoju. Osim što su uključeni u odgojno-obrazovni sustav, postaju i aktivni dio procesa učenja i stjecanja potrebnih kompetencija za život i rad (6).

Stavovi prema osobama s teškoćama u razvoju, kao i stavovi prema djeci s posebnim obrazovnim potrebama nisu urođeni, nego naučeni. Razvijanje svijesti o prihvaćanju različitosti kod djece i mijenjanje stavova prema djeci s posebnim potrebama čini važan preduvjet za uspješnu provedbu inkluzije u školi. S ovim gledištem izlazimo iz okvira obrazovne inkluzije u područje inkluzivnog obrazovanja i inkluzivne pedagogije. Dok je u obrazovnoj inkluziji naglasak stavljen na interakciju osoba s posebnim potrebama i bez posebnih potreba u okviru redovitog školovanja, inkluzivno obrazovanje usmjereno je na poticanje razvoja svijesti kod učenika i cijelog školskog osoblja o važnosti inkluzije u cilju prihvaćanja različitosti kao poticaja u učenju, a ne prepreke.

Kvalitetna suradnja nastavnog i nenastavnog osoblja u školi važan je preduvjet za uspješnu provedbu inkluzije. Kreiranje pozitivne prakse u kontekstu razrednog okruženja usmjereno je na primjenu novih metoda i oblika rada kod učitelja i nastavnika. Obrazovna inkluzija u provedbi na razini školske prakse pretpostavlja mijenjanje organizacije rada škola s posebnim naglaskom na promjene u organizaciji nastave i učenja, te primjenu inkluzivnog obrazovanja, to jest stjecanja znanja, razvijanja vještina i sposobnosti te stavova o svim vrstama različitosti i njihovom spoju u vrijednosti čovjeka i ljudskog dostojanstva (7).

3.1.1. Pojam “rana inkluzija”

Pojam „rane inkluzije“ podrazumjeva inkluziju predškolaraca. Rana inkluzija se događa onda kada predškolarci potrebu za servisima specijalne edukacije ili slične podrške primaju dok su u potpunosti uključeni u predškolski odgojno-obrazovni sistem sa djecom iste dobi bez teškoća. Ovi servisi mogu biti u zajednici, kao što su privatan boravak, centri dnevne dječje ili obiteljske njege, ali mogu biti i u okviru javnih ustanova predškolskog odgoja, obrazovanja ili zaštite (7).

3.1.2. Značaj inkluzivnog obrazovanja

- *Inkluzivno obrazovanje može pomoći da se prekine krug siromaštva i isključenosti:* Ometenost u razvoju i siromaštvo su usko povezani. Siromašna djeca imaju manje mogućnosti za ranu intervenciju i podršku i za njih je vjerovatnije da će imati dugotrajne razvojne teškoće. Sa druge strane,obitelji u kojima je dijete sa razvojnom teškoćom će se boriti sa siromaštvom zbog izazova, ukjljučujući negativne stavove, probleme sa mobilnošću, zarađivanjem i sl. .Djeca i obitelji koje se nose sa razvojnom teškoćom sistematski su isključene i što su siromašnije to je veća vjerovatnoća da će biti isključena. Obrazovanje može pružiti praktične vještine i znanja potrebna da se prekine krug siromaštva. Ali inkluzija ide dalje do pružanja prilike djeci sa posebnim potrebama da se bore sa predrasudama, da postanu vidljivi i steknu samopuzdanje, da govore za sebe i da grade sopstvenu budućnost u okviru redovnih škola unutar šire društvene zajednice.
- *Inkluzija omogućuje djeci sa posebnim potrebama da ostanu u krugu svoje društvene zajednice:* Smještanje djece sa posebnim potrebama u škole i institucije van njihovih domova i obitelji u kojima bi pohađali specijalne škole internatskog tipa je suprotno njihovim pravima na dom,obitel i uključenost u širu društvenu zajednicu. Iz ovih razloga inkluzija je posvećena promoviranju prakse života u zajednici. Prethodna

iskustva u pružanju pomoći u specijalnim školama internatskog tipa potvrdila su značaj mogućnosti da djeca ostanu u okrilju svoje obitelj gdje god je to moguće.

-Inkluzija može podići kvalitetu obrazovanja na viši nivo: Inkluzija može djelovati kao katalizator promjena u obrazovanju, vodeći ka postizanju kvalitete. Uključivanje djece sa posebnim potrebama u redovne osnovne škole, prvenstveno predstavlja izazov za nastavnike i učitelje da razviju bolje pristupe i metode poučavanja u čijem je centru dijete. Nastavnici i učitelji često misle da su im potrebne specijalne vještine kako bi poučavali djecu sa posebnim potrebama, ali mnogobrojna iskustva kod nas i u svijetu pokazuju da u većini slučajeva djeca sa posebnim potrebama mogu biti uključena kroz jednu dobru, jasnu i pristupačnu nastavu koja daje prednost aktivnom sudjelovanju djece. Sve su ovo vještine koje su potrebne nastavnicima i učiteljima da bi djeci pružili kvalitetno obrazovanje, imala ona smetnje u razvoju ili ne.

-Inkluzija promovira i širi inkluziju,bori se protiv diskriminacije:

Inkluzija promovira aktivnosti koje pomažu djeci sa posebnim potrebama da razviju svoj puni individualni potencijal, postanu samostalni i sudjeluju u široj društvenoj zajednici. U isto vrijeme, inkluzija se bori protiv diskrimanacije u društvu, pomažući roditeljima da misle pozitivno o svojoj djeci sa smetnjama u razvoju i promovirajui širu društvenu inkluziju. Diskriminacija prema djeci i osobama sa smetnjama u razvoju prisutna su u društvu zbog nedostatka svijesti i informacija, kao malo ili nimalo iskustva življenja u blizini djece i osoba sa smetnjama u razvoju. Teško je srušiti ove barijere, ali iskustva su pokazala da u okvirima pravog konteksta djeca mogu bolje prihvatiti razlike od odraslih. Ukoliko djeca idu u školu sa djetetom koje ima smetnje u razvoju naučit će da ne radi diskriminaciju i to predstavlja lekciju za čitav život (7,8).

3.1.3. Koristi rane inkluzije za dijete

- Razvoj socijalnih vrijednosti, stavova, pogleda na svijet i opće sposobnosti

- Predviđanje i utjecaj na buduće mentalno zdravlje dijeteta (djeca koja imaju slabe odnose s vršnjacima i ostaju socijalno izolirana, sklona su psihičkim problemima kad odrastu)
- Podučavanje djece kako da ne budu socijalno izolirani. Grupa vršnjaka pruža okruženje u kojem se uče i vježbaju socijalne vještine.
- Podučavanjem djece kako da kontroliraju agresivno ponašanje, prevladavanje agresije u društvu sebi jednakih siguran je način da se nauče i vježbaju granice do kojih se smije ići.
- Pomoć pri razvijanju spolnog identiteta. Dok je obitelj ta koja prva sudjeluje u tom procesu, vršnjaci ga proširuju i razvijaju.
- Pomoć pri razvijanju širih pogleda na svijet i pomak od egocentrizma.
- Utjecaj na obrazovno postignuće dijeteta i njegove ciljeve za budućnost
- Veće samopoštovanje zbog boravka u redovnoj grupi

3.1.4. Koristi rane inkluzije za roditelje

- Osjećaj da će njihovo dijete biti prihvaćeno
- Saznanje da dijete dobija onoliko koliko je moguće
- Informacije o dijetetu u usporedbi sa drugom djecom

3.1.5. Značaj rane inkluzije

Rana inkluzija djece sa posebnim potrebama od velikog je značaja za cjelokupan proces uključivanja djece sa posebnim potrebama u njihovu socijalnu i društvenu sredinu, te utječe na njihova postignuća u području odgoja i obrazovanja. Rana inkluzija podrazumjeva uključivanje djece u ustanove predškolskog odgoja i obrazovanja, na način da u navedenim

institucijama dobijaju onaj nivo podrške koji im je neophodan, podrazumjeva ranu intervenciju i poticanje razvoja u područjima u kojima zaostaju što daje za rezultat u kasnijem dobu lakše snalaženje u svakodnevnom životu. Djeca sa posebnim potrebama uključivanjem u redovne odgojno obrazovne ustanove i dobijanjem podrške još u predškolskom periodu daju bolje rezultate tokom inkluzije u osnovnim školama, razina predhodno usvojenih znanja i vještina je naprednija u odnosu na onu djecu sa posebnim potrebama koja nisu bila uključena ni u jedan vid predškolskog odgoja i obrazovanja zajedno sa svojim vršnjacima. Djeca sa posebnim potrebama ukoliko se u predškolskom periodu uključuju u redovne vrtiće dobijaju ranije iskustva komunikacije sa svojim vršnjacima, uče pravila ponašanja u svojoj socijalnoj sredini te im je znatno lakše uklopiti se u redovne razrede osnovne škole. S druge strane, vršnjaci djece sa posebnim potrebama, njihovi roditelji i šira društvena zajednica dosta ranije saznaje o potrebama ali i mogućnostima djece sa posebnim potrebama te na taj način doprinosi kvalitetnijoj sveukupnoj inkluziji (9).

3.2. Socijalna inkluzija

U suvremenom društvu prevladavaju vrijednosti koje se zasnivaju na kvantiteti i kvaliteti proizvodnje i znanju. Čovjek je vrijedan onoliko koliko proizvede. Proizvodnja je postala cilj, a čovjek samo sredstvo za postizanje tog cilja. Ako tumačimo znanje samo kao materijalnu spoznaju, onda je i taj kriterij sličan kriteriju proizvodnje. U takvom shvaćanju zanemaruje se kriterij čovječnosti koji proizlazi iz toga da je čovjek sam najznačajniji pokretač vlastitog razvoja kao i razvoja društva općenito. Dakle, u takvom društvu, u kojem je najvažniji kriterij vrednovanja čovjeka njegova produktivnost i stečeno znanje, svi su oni koji manje proizvode i raspolažu s manje znanja manje vrijedni. Tako osobe sa teškoćama u razvoju postaju marginalizirane, bez mogućnosti ostvarivanja osnovnih ljudskih prava.Zbog toga je nužno mijenjati postojeću hijerarhiju vrijednosti. Taj se proces odvija u različitim zemljama različitim tempom. Ovisan je o ekonomskoj moći i znanstvenim dostignućima, ali najviše o prevladavajućim kulturnim obrascima koji se odnose na značenje pojedinca i

poštivanje ljudskih prava.Da bi postali društvo u kojem svaki pojedinac ima jednaka prava i mogućnosti bez obzira na individualne različitosti, model inkluzije predstavlja se kao jedno od rješenja. Preduvjet modela, ali i njegova posljedica je promjena osobnih stavova (10).

Stavovi prema osobama s teškoćama u razvoju kao,uostalom, i stavovi prema svim manjinskim grupama nisu urođeni, nego su naučeni, između ostalog i kroz predrasude i neznanje drugih. Mijenjanje stavova složen je i dugotrajan proces koji se velikim djelom zasniva i na iskustvu. Dakle, želimo li da se stavovi društva promijene treba stvarati uvjete u kojima će doći do interakcije između osoba sa i osoba bez teškoća u razvoju (11).

3.2.1. Deinstitucionalizacija

Pravo na život u zajednici jedno je od temeljnih ljudskih prava. Život u zajednici ne podrazumijeva samo fizičku prisutnost, njega karakteriziraju odnosi i aktivnosti, stečena iskustva i emocije. Zbog smještaja u stacionarne ustanove i nedostupnosti redovnih službiobrazovanja i zapošljavanja mnoge osobe s intelektualnim teškoćama isključene su iznašeg društva. Inkluzivne službe podrške u zajednici stvaraju alternativu institucionalnoj segregirajućoj skrbi te za cilj imaju ostvarenje prava ovih osoba na dostojanstven život u zajednici.

Veća prisutnost i aktivnija uključenost osoba s intelektualnim teškoćama u sadržaje zajednice mijenjaju stavove društva. Osobe s intelektualnim teškoćama prestaju biti objekt sažaljenja te postaju naše kolege na poslu,potrošači u dućanu,susjedi na kavi.

Činjenica da osoba ima intelektualne teökoće više nije njegova jedina karakteristika.
Na razini gradova i županija u RH osnivaju se brojne udruge,zajednice i programi koji promiču deinstitucionalizaciju. Njihov program odgovara ovisno o individualnim potrebama članova, npr: pomoć u obavljanju kućanskih poslova, pomoć u održavanju osobne higijene, osnovne zdravstvene skrbi, održavanju okućnice, usluge posredovanja

između osobe s invaliditetom i institucija vezano uz ostvarivanje različitih prava te uključivanje u organizirane aktivnosti slobodnog vremena kroz različite radionice (kreativne, informatičke, psihološke, sportske, zabavne i sl.), razgovore i druženja u cilju prevladavanja usamljenosti i socijalne izoliranosti i društvene napuštenosti, duži ostanak u vlastitom domu, stjecanje novih znanja i vještina i povećanje potencijala za uključivanje na tržište rada (12).

RAZINA POTREBNE PODRŠKE

Razina potrebne podrške, određena je osobno usmjerenim planom, može biti:

-Povremena podrška: pruža se osobama koje imaju visoki stupanj neovisnosti, ali povremeno trebaju podršku. Primjerice, osoba može samostalno pripremati obroke, ali treba podršku u odabiru namirnica i planiranju jelovnika. Povremena podrška varira u svom intenzitetu, te je nekad ograničena samo na podršku koju pruža zastupnik.

-Ograničena podrška odnosi se na kontinuiranu podršku u određenim aktivnostima, bilo da se radi o nekoliko sati dnevno ili tjedno. Primjerice, osoba može trebati podršku u kupovini namirnica tri puta tjedno po dva sata, ili osoba može trebati podršku kako bi došla na posao ili uzimala lijekove dva puta dnevno. Ovu vrstu podrške obično pruža asistent.

-Intenzivna podrška pruža se tijekom cijelog dana svakdnevno za različite aktivnosti (kontinuirana dnevna).
-Sveobuhvatna podrška odnosi se na svakodnevnu podršku osoblja tijekom 24 sata, bilo da se radi o aktivnostima u stanu ili zajednici.

Iskustva koje osoba dobija živeći u zajednici kao ravnopravan član društva omogućuju osobi da preuzme aktivniju ulogu u upravljanju svojom podrškom. Iskustva grade vještine i svijest o mogućim opcijama te s vremenom osoba mora donositi složenije odluke o primljenoj podršci i korištenju financijskih resursa (12,13).

3.2.2. Sportska inkluzija

Suvremeni način života, osim mnogobrojnih pozitivnih aspekata na čovjeka i kvalitetu njegovog života, ima i značajno negativan utjecaj na njegov psihofizički status. Rezultati istraživanja većeg broja autora koji su se bavili problematikom značajnosti i nužnosti tjelesnog vježbanja ukazuju da bavljenje sportom pomaže čovjeku današnjice u očuvanju i unapređenju zdravlja te otklanja ili odgađa negativne utjecaje. Opće je poznato da je danas svakoj osobi nužna primjerena tjelesna aktivnost kako bi mogla funkcionirati kao zdrava jedinka u suvremenom i brzom načinu života.

Osobe s invaliditetom imaju potrebu za bavljenjem trajnom i primjerenom tjelesnom aktivnošću. Uključivanje osoba s invaliditetom u kineziološke aktivnosti je pretpostavka za njihovu što bolju prilagodbu na uvjete života.

Tako i osobe sa poteškoćama u razvoju imaju pravo na bavljenje fizičkim aktivnostima i uključivanja u društvena događanja. To znači da su odbojka, košarka, rukomet, tenis samo neki od sportova kojima se mogu baviti i osobe sa poteškočama u razvoju. Uključivanje osoba sa invaliditetom u sportske aktivnosti osnovni je cilj raznih projekata koji pozivaju mlade na jednakost šansi svih u društvu,razvijanje svijesti kroz sportsko-edukativne aktivnosti i zabavu.

ANALIZA STANJA U REPUBLICI HRVATSKOJ:

Postojeće stanje ustroja sporta osoba s invaliditetom u Republici Hrvatskoj nije u skladu s organizacijom navedenih aktivnosti na međunarodnoj razini. Navedeno upućuje na potrebu prihvaćanja međunarodnog modela sporta osoba s invaliditetom, pri čemu se svakako treba voditi računa o specifičnostima Republike Hrvatske. Sportska rekreacija odnosno, sustavno bavljenje tjelesnim vježbanjem osoba s invaliditetom je u iznimno lošem stanju,a uzroci tome su mnogobrojni. Iako ne postoje potpuni podaci za Republiku Hrvatsku o broju osoba uključenih u takve aktivnosti, već postoje podaci samo za grad Zagreb, i oni su dovoljno poražavajući i brojke govore same za sebe. U Zagrebu je, od ukupnog broja osoba s invaliditetom (10%), samo 0,008% uključenih u kineziološke aktivnosti (Prema godišnjaku

Zagrebačkog sportskog saveza 2004. godine), a pripadaju jednoj od četiri kategorije invaliditeta: gluhoća, sljepoća, mentalna retardacija i tjelesni invaliditet (M. Jagić, Z. Delibašić, 2004.). Može se samo nagađati kakva je situacija izvan Zagreba kada se zna da su u njemu koncentrirani materijalni resursi u smislu sportskih terena, kadrova i prilagođenog javnog prijevoza. Broj potencijalnih korisnika je velik a njihove potrebe, kao i kod drugih populacija,rastu (14).

3.2.3. Zapošljavanje osoba sa poteškoćama u razvoju

Zakon o profesionalnoj rehabilitaciji i zapošljavanju osoba s invaliditetom govori da poslodavci imaju pravo na više vrsta poticaja: povrat doprinosa i troškova obrazovanja, naknadu plaće zbog smanjenoga učinka, povrat novca utrošenoga za prilagodbu radnoga mjesta, za troškove asistenta i radnoga terapeuta te sufinanciranje kamata kredita. Osobe s invaliditetom mogu dobiti pomoć i kad se samozapošljavaju, tj. kad otvaraju vlastit obrt ili tvrtku. Osobe s invaliditetom, nažalost, kao i dio ostale nezaposlene populacije, imaju dominantno pasivan odnos prema traženju posla, iako oni sami ne vide mnogo ni objektivnih ni subjektivnih zapreka za svoje veće aktiviranje u traženju posla. Znatnom smatramo i spremnost ispitanika na daljnje obrazovanje, koje bi u velikoj mjeri povećalo njihovu zaposlenost. Naime, gotovo 80% anketiranih osoba s invaliditetom pokazuje spremnost na dodatno obrazovanje radi lakšega zapošljavanja. Vjerojatno bi u tom pravcu trebalo usmjeriti zajedničko djelovanje svih zainteresiranih za veću zaposlenost i socijalnu uključenost osoba s invaliditetom. Sve to navodi na zaključak da same osobe s invaliditetom, ali jednako tako i nevladin i Vladin sektor, imaju pred sobom još mnogo mogućnosti i posla u unapređivanju socijalne uključenosti osoba s invaliditetom.

Puna je integracija osobe s invaliditetom u društvo obavljena onoga trenutka kad postane neovisna ili manje ovisna o pomoći drugih ljudi, a takva se neovisnost stječe u najvećem

dijelu zapošljavanjem. Sve dok se ne osiguraju uvjeti za brže zapošljavanje osoba s invaliditetom teško je govoriti o njihovoj punoj integraciji i afirmaciji u društvu (15).

3.3. Uloga medicinske sestre u inkluziji osoba sa poteškoćama u razvoju

Sestrinstvo je znanost i umijeće koje primjenjuje kognitivne, psihomotoričke i interpersonalne vještine kako bi se pomoglo pacijentu da ostvari svoj optimalni potencijal. U temelje zdravstvene njege utkana je nužnost povećanja kvalitete života pacijenta. Stoga je i primjena intervencija u zdravstvenoj njezi usmjerena unaprjeđenju razine dobrobiti, prevenciji pojave problema, rješavanju postojećih problema (sestrinskih dijagnoza) (16).

CILJEVI SESTRINSKOG DJELOVANJA:

- promicanje zdravlja, sprječavanje bolesti i invaliditeta
- ublažavanje patnji, straha, napuštenosti
- ozdravljenje, oporavak, pomoć oboljelima

NAČELA SESTRINSKOG DJELOVANJA:

- Holistički pristup
- Profesionalnost
- Obiteljsko zbrinjavanje
- Usmjerenost na zajednicu
- Preventivno djelovanje
- Multidisciplinirani pristup
- Timski rad
- Partnerski odnos
- Process zdravstvene njege

- Aktivno sudjelovanje

Sestra treba zapaziti odnos bolesnika (verbalni i neverbalni) prema okolini, potrebno vrijeme za zadovoljavajući odgovor ili reakciju motorne aktivnosti , kao i mogućnost korisnika da formira misli u razvojnu cjelinu. Sestra treba procijeniti odnos bolesnika prema okolini, sebi i osobnim stvarima, te ponašanje bolesnika prema olakšanju svog problema (povećanje osobnog sudjelovanja, aktivnosti koje smanjuju nervozu). Pojavom invaliditeta korisnik i obitelj reagiraju na krizne situacije na jedinstven način zavisno od njihove percepcije onesposobljenja i značenja istog za njih. Također reagiraju različito ovisno o mogućnosti prilagođavanja i podršci okoline. Sestre koje rade sa osobama s invaliditetom vrlo često se susreću s fazama neprihvaćanja i odbijanja invaliditeta koje ponekad traje godinama. Otvorena komunikacija korisnik - sestra predstavlja važan korak u uspješnosti rehabilitacije.

U radu sa korisnikom sestra mora biti upoznata sa preprekama koje će opstruirati napredak procesa rehabilitacije: arhitektonske barijere, edukativne barijere, prepreke u poslu, pravne zapreke osobne, te kulturološke zapreke. Procjena aktivnosti svakodnevnog života (postoji test u kojem pacijent izvodi svaku aktivnost, a sestra procjenjuje te zaključuje o stupnju ovisnosti).
Stupanj ovisnosti varira od samostalnog vršenja aktivnosti do potpune ovisnosti o tuđoj pomoći. Procjena obitelji uključuje zdravstveno stanje članova obitelji, odnos članova obitelji prema zdravlju, odnos obitelji prema zdravlju korisnika, način života (vjerski nazor, komunikacija…), za osobe bez obitelji - procjena dostupnosti drugih osoba. Promatranje je važna intervencija u procjeni pacijenta (17).

Moguće (najčešće) sestrinske dijagnoze:

- Socijalna izlacija
- Smanjeno podnošenje napora
- Poremećaj osobnog identiteta

- Strah
- Otežana verbalna komunikacija
- Visok rizik za ozljede
- Anksionznost
- Nisko samopoštovanje
- Poremećaji prehrane
- Umor

Intervencije:

Intervencije su prilagođene specifičnostima oštećenja te ciljevima koji se žele postići. Medicinska sestra prema svom stručnom znanju bira najprihvatljiviju intervenciju kod pacijenta za koju misli da će najučinkovitije rješiti sestrinski problem.

Uloga medicinske sestre u procesu rehabilitacije i inkluzije osoba s invaliditetom određena je činjenicom da je medicinska sestra član rehabilitacijskog tima koji najviše vremena provodi uz pacijenta. Problemi pacijenata koji proizlaze iz oštećenja središnjeg i perifernog živčanog sustava te individualni i holisti čki pristup njihovog rješavanja uvjetuju da medicinska sestra mora posti ći vrlo visok stupanj stručne komunikacije i suradnje. Razvojem medicine i modernog društva sve više težimo ostvarivanju najviše moguće kvalitete života, što znači da su postupci zdravstvene njege vrlo važna karika koja obuhvaća široko psihosocijalno i somatomotoričko područje života čovjeka, sa ciljem ponovnog uključivanaja oboljelih i liječenih u obiteljsku, socijalnu i radnu sredinu (17).

4. ZAKLJUČAK

Inkluzija je pojam koji označava pristup temeljen na principima poštivanja ljudskih prava pojedinca, a odnosi se na proces povećanja sudjelovanja osoba s poteškoćama u razvoju u čitavoj zajednici.

Inkluzija kao pristup, rana inkluzija djece sa poteškoćama u razvoju te obrazovna inkluzija u nastavi imaju višestruke koristi za cjelokupno društvo, razvoj osobe te razvoj svijesti okoline o osobama sa poteškoćama u razvoju.

Stavovi prema osobama s teškoćama u razvoju kao,uostalom, i stavovi prema svim manjinskim grupama nisu urođeni, nego su naučeni, između ostalog i kroz predrasude i neznanje drugih. Mijenjanje stavova složen je i dugotrajan proces koji se velikim djelom zasniva i na iskustvu. Dakle, želimo li da se stavovi društva promijene treba stvarati uvjete u kojima će doći do interakcije između osoba sa i osoba bez teškoća u razvoju.

Puna je integracija osobe s invaliditetom u društvo obavljena onoga trenutka kad postane neovisna ili manje ovisna o pomoći drugih ljudi koliko je to moguće,a takva se neovisnost najviše stječe zapošljavanjem u mogućnostima osobe s invaliditetom.

Uloga medicinske sestre u procesu rehabilitacije i inkluzije osoba s invaliditetom bitna je i određena je s obzirom na činjenicu da je medicinska sestra član rehabilitacijskog tima koji najviše vremena provodi uz pacijenta. Medicinska sestra u zdravstvenoj njezi u kući ima kompleksan zadatak planiranja i provođenja zdravstvene njege, postavljanja i evaluiranja ciljeva te prilagodbu kompletnog procesa okolini u kojoj se pacijent nalazi.

Zdravstvena njega osoba s posebnim potrebama temelji se na holističkom pristupu u zadovoljavanju osnovnih ljudskih potreba, uvažavanju osobnosti svakog pojedinca, kvalitetnoj i učinkovitoj komunikaciji, bezuvjetnom prihvaćanju, poštovanju i povjerenju. Cilj je zdravstvene njege povećati samostalnost osobe s posebnim potrebama, poboljšati kvalitetu obiteljskih odnosa i adaptivno funkcioniranje osobe i obitelji te uporabiti metode za povećanje stupnja kvalitete života. Uza sve navedeno, medicinska sestra kao član multidisciplinarnog zdravstvenog tima znatno doprinosi inkluziji osoba s posebnim potrebama u društvenu zajednicu.

5. SAŽETAK

Inkluzija znači biti uključen,obuhvaćen, pripadati, biti sa drugima. Inkluzija stvara novi odnos prema svemu što je različito i potiče međusobno podržavanje te obogaćuje naše mogućnosti za stvaranje novih ideja. U tome se nalazi njena vrijednost, jer nam kroz razvoj opće tolerancije prema individualnim razlikama i potrebama omogućava širenje spoznaja, obogaćivanje iskustava i razvoj čovječnosti.

Klasifikacija osoba s psihofizičkim teškoćama provodi se ne samo s obzirom na težinu i izraženost teškoća,već i s obzirom na to jesu li one prisutne na intelektualnom, osjetnom,govorno jezičnom, psihomotornom planu ili su na području emocionalnog i socijalnog funkcioniranja bez obzira jesu li nasljedne ili u životu stečene, te jesu li prisutno od rođenja ili se javljaju u djetinjstvu (razvojnoj dobi).

Inkluzija promovira aktivnosti koje pomažu djeci sa posebnim potrebama da razviju svoj puni individualni potencijal, postanu samostalni i sudjeluju u široj društvenoj zajednici, potiče deinstitucionalizaciju,razvija svijest okoline o važnosti prihvaćanja u zajednici.

Uloga medicinske sestre kod pacijenata sa poteškoćama u razvoju je vrlo visok stupanj stručne komunikacije i suradnje između sestre i pacijenta,procjena aktivnosti svakodnevnog života, procjena obitelji i odnosa.

6. SUMMARY

Inclusion of people with disabilities in community

Inclusion means to be included,belong,to be with others. Inclusion creates a new attitude towards everything that is different and encourages mutual support and enrich our ability to create new ideas. That is its value, because through the development of the general tolerance for individual differences and needs to spreading knowledge, enriching experiences and the development of humanity.

The classification of people with mental and physical disabilities is carried out not only with regard to the gravity and severity of the difficulties, but also with regard to whether they are present at the intellectual, sensory, speech and language, psychomotor plan or are in the area of emotional and social functioning whether hereditary or acquired in life, and whether present from birth or appear in childhood (developmental age).

Inclusion promotes activities that help children with special needs to develop their full potential as individuals become independent and participate in the community, promotes deinstitutionalization, developing environmental awareness of the importance of acceptance in the community.

The role of nurses in patients with developmental disabilities is a very high level of communication and cooperation between the nurse and the patient, assessment of activities of daily living, and evaluation of family relations.

7. LITERATURA

1. Nenad Suzić,Uvod u inkluziju,U: Nenad Suzić,Simedonija i inkluzija, Etičke pretpostavke inkluzije, Značaj rane inkluzije, Prepoznavanje posebnih potreba,Banja Luka: XBS, 2008. 10.-14.str, 21.-26.str, 37.-44.str,55.-80.str

2. Krešimir Ribić,Osobe s psihofizičkim razvojnim teškoćama,U: Krešimir Ribić, Osobe s razvojnim psihofizičkim teškoćama,Oštećenja sluha,Sljepoća i slabovidnost,Smetnje usmenog govora,Najčeće genomopatije,Društvo za pomoć mentalno nedovoljno razvijenim osobama, Split 1987.g: 1.-5.str, 10.-17str,90.-95.str,191.-195.str,244.-253.str

3. Anita Vulić-Prtorić.,Razvojna psihopatologija,Filozofski fakultet u Zadru,2011.: 40(17)161.-186. (članak)

4. Tomislav Benjak,Regulativa,Stvaranje jedinstvenih kriterija utvrđivanja invaliditeta te dileme oko načina njegovog mjerenja,Zagreb,2011.god. str. 221.-225.str (članak)

5. Savez udruga za autizam Hrvatske (SUZAH), Autizam, Dostupno na: http://www.autizam-suzah.hr/index.php/autizam/8-menu-gore/3-clanice Datum preuzimanja 07.12.2015.

6. Dijana Vican, Matila Karamatić Brčić, Obrazovna inkluzija u kontekstu svjetskih i nacionalnih obrazovnih politika - s osvrtom na hrvatsku obrazovnu stvarnost, Život i škola: br. 30 (2/2013.), 59., str. 48-66. (Pregledni rad)

7. Mira Kunstek, Kurikulum za inkuziju razvojno-primjereni program za rad s djecom s posebnim potrebama, Udruga roditelja Korak po korak za promicanje kvalitete življenja djece i obitelji, Zagreb 2003. Preuzeto na:

http://www.korakpokorak.hr/upload/kurikulum_za_inkluziju.pdf Datum preuzimanja: 09.12.2015.

8. Matilda Karamatić Brčić,Implementacija i provedba inkluzivnog odgoja i obrazovanja u sustavu redovnih škola,Sveučilište u Zadru:101-109 (članak)

9. Emina Pandžo-Hasanbegović,Vodič kroz inkluziju u obrazovanju,Društvo ujedinjenih građanskih akcija "Duga",Sarajevo,2006. Dostupno na: http://www.monkstk.ba/attachments/article/115/Prirucnik%20Uvod%20u%20inkluziju.pdf Datum preuzimanja: 10.12.2015.

10. Jasmina Cvetko, Martina Tina Gudelj i Lana Hrgovan**,** Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet , Dostupno na: http://hrcak.srce.hr/file/32356 Datum preuzimanja: 10.12.2015.

11. Corporation for National and Community Service, Creating an Inclusive Environment: A Handbook for the Inclusion of People with Disabilities in National and Community Service Program,2014. Dostupno na: http://www.serviceandinclusion.org/handbook/inclusion.pdf Datum preuzimanja: 09.12.2015.11.

12. Udruga za promicanje inkluzije,Prevencija institucionalizacije,Zagreb Dostupno na: http://inkluzija.hr/assets/pdf/brosura_inkluzija.pdf Datum preuzimanja: 08.12.2015.

13. Udruga za promicanje inkluzije, Stanovanje u zajednici uz podršku, Zagreb Dostupno na:http://inkluzija.hr/assets/pdf/brosura_stanovanje_u_zajednici_uz_podrsku_upi.pdf Datum preuzimanja: 08.12.2015.

14. Dubravka Ciliga, Drena Trkulja Petković, Zoran Delibašić: Kvaliteta rada u području sporta i sportske rekreacije osoba s invaliditetom, preuzeto na: http://www.hrks.hr/skole/15_ljetna_skola/48.pdf Datum preuzimanja: 09.12.2015.

15. Cvjetana Plavša-Matić, Časopis “Civilno društvo”,br.21,2009. Dostupno na: http://zaklada.civilnodrustvo.hr/upload/File/hr/izdavastvo/casopis/broj_21/casopis_21.pdf Datum preuzimanja: 08.12.2015.

16. Hrvatska komora medicinskih sestara, Dvomjesečnik “Plavi fokus”,godina 4.,broj 3. Dostupno na: http://www.hkms.hr/plavi_fokus/fokus-prosinac.pdf Datum preuzimanja: 10.12.2015.

17. Barica Hršak, Zbornik radova Sestrinske dijagnoze u procesu zdravstvene njege u kući,Baška voda 2011.

8. ŽIVOTOPIS

Osobni podaci:

Ime i prezime: Ivana Vuković

Datum i mjesto rođenja: 10.02.1994.g, Split

Adresa: Mosećka 94,Split

Mobitel: 095 842 9699

E-mail: vukovicivana67@gmail.com

Obrazovanje:

2000.- 2008.g Osnovna škola "Kman-Kocunar", Split

2008.- 2012.g Zdravstvena škola Split,fizioterapeutski tehničar

2012.- 2016.g Preddiplomski sveučilišni studij, Sveučilišni Odjel zdravstvenih studija, Sestrinstvo

Vještine: Aktivno korištenje računala, poznavanje rada u MS Office paketu.

Strani jezici: Aktivno korištenje engleskog jezika u govoru i pisanju.