Upoznatost medicinskih sestara i studenata sestrinstva s poremećajima autističnog spektra

Hudler, Kristina

Undergraduate thesis / Završni rad

2017

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University North / Sveučilište Sjever**

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:122:214145

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

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

Repository / Repozitorij:

University North Digital Repository

Sveučilište Sjever

Završni rad br. 885/SS/2017

Upoznatost medicinskih sestara i studenata sestrinstva s poremećajima autističnog spektra

Kristina Hudler 0589/336

Varaždin, kolovoz 2017. godine

Sveučilište Sjever

Odjel za biomedicinske znanosti

Upoznatost medicinskih sestara i studenata sestrinstva s poremećajima autističnog spektra

Student

Kristina Hudler 0589/336

Mentor

Jurica Veronek, mag.med.techn.

Varaždin, kolovoz 2017. godine

Sveučilište Sjever
Sveučilišni centar Varaždin
104. brigade 3, HR–42000 Varaždin

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL	Odjel za biomedicinske znanosti
PRISTUPNIK	Kristina Hudler
MATIČNI BROJ	0589/336
DATUM	05.07.2017.
KOLEGIJ	Zdravstvena njega osoba s invaliditetom
NASLOV RADA	Upoznatost medicinskih sestara i studenata sestrinstva s poremećajima autističnog spektra
NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU	Nurses' and nursing students' familiarity of Autism Spectrum Disorders
MENTOR	Jurica Veronek, mag.med.techn.
ZVANJE	viši predavač

ČLANOVI POVJERENSTVA

1. Ivana Živoder, dipl.med.techn., predsjednik
2. Jurica Veronek, mag.med.techn.,mentor
3. Damir Poljak, dipl.med.techn., član
4. Melita Sajko, dipl.med.techn.,zamjenski član
5.

Zadatak završnog rada

BROJ 885/SS/2017

OPIS

Pervazivni razvojni poremećaji skupina su neuropsihijatrijskih poremećaja rane dječje dobi, za koje je bihevioralno definirano značajno ometano socijalno funkcioniranje. Četvrta verzija Dijagnostičkog i statističkog priručnika za mentalne poremećaje klasificira ih u pet podskupina: autistični poremećaj, Rettov sindrom, posebni dezintegrativni poremećaj u djetinjstvu, Aspergerov sindrom i duboki pervazivni poremećaj ne pobliže određen. Njihova multifaktorijalna etiologija očituje se u fenotipskoj heterogenosti i širokom kliničkom spektru. Pervazivni razvojni poremećaji nazivaju se i poremećaji autističnog spektra, a najvažniji predstavnik je dječji autizam. Obzirom da deficiti u komunikaciji i socijalnim interakcijama dominiraju kliničkom slikom i povećavaju rizik za socijalnu izolaciju, temeljni cilj multidisciplinarnog zdravstvenog tima jest inkluzija djeteta u socijalnu okolinu. Individualizacija pristupa podrazumijeva prilagođavanja sestrinskih intervencija svakom pojedincu ponaosob. Visok stupanj znanja, razvijene komunikacijske vještine, prilagođene metode i postupci, nužan su preduvjet za dobru procjenu djeteta s poremećajima autističnog spektra, učinkovitost odabranih intervencija, sigurnost provođenja zdravstvene njege i kolaboraciju s drugim stručnjacima zdravstvenog i nezdravstvenog profila. Stoga će metodologija ovog rada neekspertimentalno i kvantitativno ispitati temeljnu informiranost medicinskih sestara i studenata sestrinstva o poremećajima autističnog spektra, s ciljem uvida u područja upoznatosti i kreiranja apela za daljnu sustavnu obuku.

U radu je potrebno:
1. Definirati poremećaje iz autističnog spektra
2. Opisati kliničku sliku, dijagnostiku i podjelu poremećaja
3. Prikupiti i obraditi podatke dobivene provedenim istraživanjem
5. Navesti citiranu literaturu

ZADATAK URUČEN 10.07.2017. POTPIS MENTORA

REPUBLIKA HRVATSKA
SVEUČILIŠTE SJEVER

Predgovor

Ovaj je rad izrađen na Odjelu za biomedicinske znanosti Sveučilišta Sjever u Varaždinu, pod vodstvom Jurice Veroneka, mag.med.techn. v.pred. i predan na ocjenu u akademskoj godini 2016./2017.

Zahvaljujem mentoru, gospodinu Jurici Veroneku, mag.med.techn., na savjetima, pomoći i podršci oko izrade rada, kao i Željki Salinger, mag.math. na statističkoj obradi podataka.

Najveće hvala Verici Vitković, mojoj majci.

Sažetak

Pervazivni razvojni poremećaji skupina su neuropsihijatrijskih poremećaja rane dječje dobi, za koje je bihevioralno definirano značajno ometano socijalno funkcioniranje. Četvrta verzija Dijagnostičkog i statističkog priručnika za mentalne poremećaje klasificira ih u pet podskupina: autistični poremećaj, Rettov sindrom, posebni dezintegrativni poremećaj u djetinjstvu, Aspergerov sindrom i duboki pervazivni poremećaj ne pobliže određen. Njihova multifaktorijalna etiologija očituje se u fenotipskoj heterogenosti i širokom kliničkom spektru. Pervazivni razvojni poremećaji nazivaju se i poremećaji autističnog spektra, a najvažniji predstavnik je dječji autizam. Obzirom da deficiti u komunikaciji i socijalnim interakcijama dominiraju kliničkom slikom i povećavaju rizik za socijalnu izolaciju, temeljni cilj multidisciplinarnog zdravstvenog tima jest inkluzija djeteta u socijalnu okolinu. Individualizacija pristupa podrazumijeva prilagođavanja sestrinskih intervencija svakom pojedincu ponaosob. Visok stupanj znanja, razvijene komunikacijske vještine, prilagođene metode i postupci, nužan su preduvjet za dobru procjenu djeteta s poremećajima autističnog spektra, učinkovitost odabranih intervencija, sigurnost provođenja zdravstvene njege i kolaboraciju s drugim stručnjacima zdravstvenog i nezdravstvenog profila.

Metodologija ovog rada neekspertimentalno je i kvantitativno ispitala temeljnu informiranost medicinskih sestara i studenata sestrinstva iz nekoliko regija Hrvatske o kliničkim manifestacijama i zbrinjavanju poremećaja autističnog spektra, s ciljem uvida u područja upoznatosti i kreiranja apela za daljnju sustavnu obuku.

Rezultati su korelirani s prethodno provedenim istraživanjima i potvrđuju da u populaciji medicinskih sestara postoji deficit znanja ili manjkava informiranost o problematici i pozivaju na sustavnu i kontinuiranu edukaciju kako studenata sestrinstva, tako i medicinskih sestara u radnom odnosu kroz cjeloživotno obrazovanje.

Ključne riječi: poremećaji autističnog spektra, medicinske sestre, upoznatost

Popis korištenih kratica

ADI-R – eng. *Autism Diagnostic Intervju – Revised*, dijagnostički intervju za autizam – dopunjen

ADOS – eng. *Autism Diagnostic Observation Schedule*, dijagnostičko opservacijaska skala za autizam

ASD – eng. *Autistic Spectrum Disorders*, poremećaji iz spektra autizma, poremećaji autističnog spektra

CT - eng. *Computed tomography*, kompjutorizirana tomografija

DSM-IV – eng. *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – fourth edition*, Dijagnostičko-statistički priručnik mentalnih oboljenja, četvrta verzija

EEG – eng. *electroencephalography*, elektroencefalografija

EKG - elektrokardiografija

MKB-10 – Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema, 10. Revizija

MRI – magnetska rezonanca

PDD – eng. *The Pervasive Developmental Disorder*, pervazivni razvojni poremećaj

PDD-NOS – eng. *Pervasive Developmental Disorder-Non Otherwise Specifised*, pervazivni razvojni poremećaj ne pobliže određen

Ph.D. – eng. *Doctor of Philosophy*, doktor, najviša akademska titula koju nose osobe koje su stekle doktorat nauke

R.N. – eng. *Registered Nurse*, diplomirana medicinska sestra s položenim stručnim ispitom

USA – eng. *The United States of America*, Sjedinjene Američke Države

Sadržaj

Predgovor

Sažetak

Popis korištenih kratica

1. Uvod 1

2. Etiologija i prevalencija poremećaja iz spektra autizma 4

3. Dijagnostika i tretman poremećaja iz spektra autizma 6

4. Ostali poremećaji iz spektra autizma 9

5. Uloga medicinske sestre kod poremećaja iz spektra autizma 11

6. Cilj istraživanja 18

7. Metodologija 19

8. Rezultati provedenog istraživanja 20

8.1. Demografska struktura ispitanika 20

8.2. Frekvencije razine upoznatosti za sva pitanja 22

8.3. Frekvencije razine upoznatosti prema stupnju obrazovanja 29

8.4. Testiranje razlika 38

9. Rasprava 39

10. Zaključak 42

11. Literatura 44

Prilozi 48

1. Uvod

Duboki pervazivni razvojni poremećaji (eng. *pervasive developmental disorders*) skupina su kompleksnih neuropsihijatrijskih poremećaja karakteriziranih specifičnim zaostajanjem i otklonom u socijalnom, komunikativnom i kognitivnom razvoju, repetitivnim, ritualističkim ponašanjima, s tipičnim početkom u ranoj dječjoj dobi [1,2]. Četvrta verzija Dijagnostičkog i statističkog priručnika za mentalne poremećaje (DSM-IV) i deseta revizija Međunarodne klasifikacije bolesti (MKB-10) dijeli ih u pet podskupina: autistični poremećaj (F84.0), Rettov sindrom (F84.2), posebni dezintegrativni poremećaj u djetinjstvu (F84.3), Aspergerov sindrom (F84.5) i duboki pervazivni poremećaj ne pobliže određen (eng. *PDD, not otherwise specified – PDD-NOS*) (F84.9) [3]. Duboki pervazivni razvojni poremećaji nazivaju se i poremećaji autističnog spektra (ASP).

Dječji autizam (F84.0) najznačajniji je predstavnik te skupine [1]. Stanje je prvi puta sistematski opisao Leo Kanner 1943. u SAD-u; u njegovim originalnim spisima stoji kako „od početka postoji ekstremna autistična izolacija, koja, kad god je moguće, obustavlja, ignorira, zaustavlja sve što izvana dolazi do djeteta“ [4].

Znakovi dječjeg autizma javljaju se ili su primijećeni u prve tri godine života [5]. Za razliku od dojenčeta urednog razvoja koje s 9 mjeseci počinje surađivati sa socijalnom okolinom na način da joj pokaže što ima ili želi, kod dojenčeta s razvojem autizma ranog djetinjstva primjećuje se poremećaj interakcije dijete - njegovatelj, smanjeni međusobni kontakt pogledom i odsutna privrženost [6]. Prisutan je manjak združene pažnje (eng. *joint attention*), koji se u djece urednog razvitka javlja između 8. i 13. mjeseca života [7].

Opća pažnja i aktivnosti dojenčeta također su smanjene, a dijete je zaokupljeno različitim senzornim osjetima. Izostaje brbljanje, upiranje prstom (npr. u neku igračku), mahanje i druge geste. Razvoj govora izostaje ili regredira; nema pojedinačne riječi u 16. mjesecu života, spontana fraza od dviju riječi (neeholalična) u 24. mjesecu izostaje. Regresija socijalizacije izražava se nepokazivanjem straha od odvajanja i neoponašanjem drugih. Treća godina života i predškolska dob pokazuju tipičan sindrom naveden u dijagnostičkim klasifikacijama; izražena je odsutnost ili poremećaj socijalnog kontakta (usamljenost i socijalna izolacija), slab odgovor na poziv, nepostojanje ili ograničenje govora. Sve su više prisutne stereotipije, nesvrsishode, repetitivne radnje, te inzistiranje na istosti. Klinička slika školskog doba i adolescencije nastavlja otklon u socijalizaciji, poremećaj komunikacije i govora, stereotipna ponašanja, a česta je autoagresivnost i heteroagresivnost [6].

Potreba da se autistični poremećaj što bolje objasni u teoriji, vodila je formiranju neurokognitivnih teorijskih pristupa. Jedna od najvažnijih neurokognitivnih teorija u objašnjenju

dječjeg autizma jest teorija uma (eng. *theory of mind*), koja postulira nemogućnost djece s autizmom da razumiju fenomene (misli i osjećaje u drugim ljudima, kao i u sebi samima, u širem smislu socijalne situacije), odnosno intersubjektivnost (reciprocitet između pojedinaca) [6]. Teorija uma u poopćenom izrazu, termin je koji se odnosi na sposobnost razumijevanja vlastitih mentalnih stanja i mentalnih stanja drugih ljudi, te uporabu tih spoznaja u objašnjavanju i predviđanju situacija i ponašanja [8].

Djeca u određenoj dobi spontano počinju pripisivati sebi i drugima neopažljiva mentalna stanja, kao što su namjere, želje, vjerovanja, emocije; istraživanja su pokazala da djeca s autizmom imaju specifični deficit u svom razvoju teorije uma, što objašnjava poteškoće koje imaju u socijalnim interakcijama i komunikaciji [9].

Uz teoriju uma usko se veže postojanje zrcalnih neurona i hipoteza o njihovoj funkciji. Zrcalni neuroni smješteni su u premotornom i donjem parijetalnom korteksu i aktiviraju se prilikom vršenja neke radnje, ali i prilikom promatranja radnje kada ju čini neka druga osoba. Njihovim otkrićem intuitivno se počelo zaključivati i o njihovoj funkciji, a značajne hipoteze govore o povezanosti s učenjem imitacijom, interpretacijom značenja i intencija promatranih radnji, empatijom, formiranjem teorije uma, te usvajanjem i razumijevanjem govora. Slijedom toga, nastale su i brojne pretpostavke o disfunkciji zrcalnih neurona u osoba s autizmom, koja dovodi do brojnih socijalnih i kognitivnih simptoma [10].

Istraživanja rađena u svrhu konačnog definiranja uloge zrcalnih neurona donijela su oprečne rezultate. Godine 1998. Rizzolatti i Arbib pozitronskom emisijskom tomografijom pokazali su da sustav zrcalnih neurona za prepoznavanje gesta postoji u Borcinoj arei, što je išlo u prilog tvrdnji kako zrcalni neuroni imaju ulogu u govornim funkcijama [11].

Dapretto je sa svojim suradnicima 2005. godine iznio rezultate istraživanja koji su potvrdili hipotezu da zrcalni neuroni imaju ulogu u percepciji namjera drugih ljudi, što je ključni korak u stvaranju socijalnih kontakata i osjećaja empatije [12].

Međutim, određeni broj studija nije dao adekvatnu potporu tim hipotezama. Razlozi manjkavih afirmativnih ili oprečnih čvrstih dokaza prvenstveno su tehničke prirode, jer današnje dostupne dijagnostičke tehnike nisu dovoljno osjetljive da bi razlučile aktiviraju li se zrcalni neuroni pri adekvatnoj stimulaciji, ili se radi o aktivaciji neurona u nekoj drugoj neuronskoj populaciji [10].

U svom radnom vijeku, širokom području sestrinske prakse i brojim kliničkim slučajevima, medicinske sestre svakako će se susresti s pojedincima koji imaju poteškoće iz spektra autizma. Ingwe i suradnici istaknuli su važnost medicinske sestre kao dio multidisciplinarnog tima, čiji je osnovni cilj inkluzija djeteta u socijalnu okolinu [13]. To upućuje na zaključak da sve

medicinske sestre, nevezano uz područje njihova djelovanja, moraju biti upoznate s temeljnim informacijama o poremećajima autističnog spektra.

2. Etiologija i prevalencija poremećaja iz spektra autizma

Za razliku od drugih medicinskih stanja, gdje je uzročni mehanizam obično eksplicitan, etiologija poremećaja iz spektra autizma još je uvijek nerazjašnjena. Vjeruje se da poremećaji nemaju jedan uzrok [14].

Više studija podupire hipotezu o multifaktorijaloj etiopatogenezi uzrokovanoj genetskom podlogom i okolišnim utjecajima. Suboptimalni opstetrički faktori (prematurnost <37 tjedana, niski Apgar skor u prvoj i petoj minuti, niska porođajna težina ili makrosomija), pozicija zdjelice, hitna sekcija, komplikacije vezane uz pupčanu vrpcu prepoznati su čimbenici rizika za nastanak autizma [15].

Brojni autori potvrđuju starosnu dob oca i majke kao rizični faktor za nastanak autizma; primijećeno je da majčina dob od 30 – 34 godine povećava rizik za 27% u odnosu na majke mlađe od 30 godina, a dob iznad 40 godina za 106% [16,17,18].

Mnogi smatraju krucijalnim utjecaj rizičnih faktora u gestacijskom periodu, kao što su intrauterina izloženost visokim dozama androgena u amnionskoj tekućini, valproatu, metamizolu, talidomidu, selektivnim inhibitorima ponovne pohrane serotonina [16].

Pojedini autori navode encefalitis, sindrom stečene epileptičke afazije, miokloničke epilepsije, fenilketonuriju malapsorpcijski sindrom i glutensku enteropatiju kao postnatalne rizične čimbenike [1]. Međutim, danas je stav da genetska podloga igra važniju ulogu u etiopatogenezi poremećaja autističnog spektra, u odnosu na prenatalne i postnatalne rizične faktore. Dosad je otkriveno preko 3000 gena i znatno više njihovih varijacija, od rijetke mutacije do uobičajenog polimorfizma, koji bi mogli biti povezani s nastankom autizma; uloga genetike u riziku za nastanak poremećaja nasljeđivanjem mogla bi biti veća nego u bilo kojem drugom psihijatrijskom poremećaju – oko 0.8-0.9 [18].

Rizik da u obitelji djeteta s autizmom i drugo dijete ispoljava iste simptome je 2 – 8%, što je otprilike 20 – 80% više nego u općoj populaciji [19].

Slično povećanje rizika primijećeno je i u obiteljima djeteta sa širim spektrom pervazivnih razvojnih poremećaja [20].

Autizam može biti vezan i uz kromosomske abnormalnosti: tuberoznu sklerozu, sindrom fragilnog X-kromosoma, Williams-Beurenov sindrom, Prader-Willijev sindrom te sindrom Cornelia De Lange [1].

Godinama se smatralo da se autizam pojavljuje u stopi od četiri do pet slučajeva na 10,000 djece [4]. Pojavom novih, poboljšanih kriterija za dijagnostiku i prepoznavanjem šireg kliničkog fenotipa, prevalencija je kasnih 1980-tih i ranih 1990-tih rasla na oko 10 – 20 slučajeva/10,000 djece, ili jedno dijete na svakih 500 – 1000 pojedinaca [21].

Pretpostavlja se da bi stopa rasta u posljednje dvije dekade mogla dosegnuti prevalenciju od 1% ukupne populacije djece školske dobi [22].

Povećana svijest građana o velikom broju djece koja žive s poremećajima iz spektra autizma mogla bi dati poticaj znanstvenicima iz različitih područja za daljnja istraživanja etiološke baze ove problematike [4].

3. Dijagnostika i tretman poremećaja iz spektra autizma

U dijagnostici se nameću dvojbe zbog raznolikosti potencijalne etiologije i širokog spektra simptoma, što zahtijeva permanentno uvođenje i usavršavanje što sofisticiranijih dijagnostičkih instrumenata i metoda. Često nije moguće precizno odrediti granice urednog razvoja, a predmnijeva se da su psihički poremećaji različite točke na istom kontinuumu i variraju u nekom rasponu usko vezanom uz granicu normale izvan koje slijedi poremećaj [3].

Definitivna dijagnoza postavlja se od strane multidisciplinarnog tima, koji čine dječji psihijatar, dječji neurolog, psiholog, logoped, edukator-rehabilitator, radni terapeut, po potrebi i drugi stručnjaci s iskustvom u dijagnosticiranju poremećaja u najranijoj dobi [1]. Kriteriji za postavljanje dijagnoze prema DSM-IV prikazani su u tablici 3.1.

Dijagnostički kriteriji (DSM-IV, 1994)
A. Ukupno 6 (ili više) upita pod (1.), (2.), (3.), i to najmanje dva pod (1.), te po jedan pod (2.) odnosno (3.):
1. Kvalitativno oštećenje socijalnih interakcija koje se očituje kao najmanje dvoje od sljedećeg: **a) znatno oštećenje neverbalnih načina ponašanja kao što su pogled oči u oči, izraz lica, držanje tijela i geste za uspostavu socijalnih interakcija,** **b) ne razvijaju se odnosi s vršnjacima primjereni razvojnom stupnju,** **c) nema spontane podjele uživanja interesa ili dostignuća s drugim ljudima,** **d) nema socijalne ili emocionalne uzajamnosti.**
2. Kvalitativno oštećenje komuniciranja koje se očituje kao najmanje jedno od sljedećeg: **a) kasni ili potpuno izostaje razvoj govornog jezika (nema alternative u obliku geste ili mimike),** **b) kod osoba s primjereno razvijenim govorom, izrazito oštećenje sposobnosti započinjanja i održavanja konverzacije,** **c) stereotipna i repetitivna uporaba jezika ili idiosinkratički jezik,** **d) izostaju različiti oblici spontanih igara, pretvaranja ili oponašanja primjerenih razvojnom stupnju.**
3. Ograničeni, repetitivni i stereotipni modeli ponašanja, interesa i aktivnosti koji se očituju kao najmanje jedno od sljedećeg: **a) zaokupljenost jednim ili više stereotipnih i restriktivnih modela interesa, koja**

je abnormalna uspješnošću ili intenzitetom, **b) uočljivo nefleksibilno priklanjanje specifičnim, nefunkcionalnim rutinama ili ritualima,** **c) stereotipni i repetitivni motorički manirizmi,** **d) trajna zaokupljenost dijelovima predmeta.**
B. Kašnjenje ili abnormalno funkcioniranje prije treće godine života na barem jednom od sljedećih područja: 1. **socijalne interakcije,** 2. **jezik kao sredstvo komunikacije,** 3. **simboličke ili imaginativne igre.**
C. Smetnja se ne može bolje opisati kao Rettov poremećaj ili dezintegrativni poremećaj u djetinjstvu.

Tablica 3.1. Prikaz dijagnostičkih kriterija za autistični poremećaj [5]

Filipek i suradnici predložili su dijagnosticiranje u dva koraka: dijagnostika prvog stupnja – rutinski razvojni pregled, osnovni laboratorijski pokazatelji (analiza krvi, mokraće, olova, EKG, EEG, procjena vida i sluha formalno) i probirni testovi za autizam [1].

Postoje različiti probirni (screening) testovi, međutim, do danas su ADI-R (dijagnostički intervju za autizma – dopunjen) i ADOS (dijagnostička opservacijska skala za autizam) zadržali status „zlatnog standarda“ u dijagnostičkim protokolima [21,23].

Dijagnostiku drugog stupnja čini formalna klinička procedura koja uključuje uzimanje anamneze psihijatrijskim intervjuom s njegovateljima, opservacije, psihički profil, multi-informativni pristup, timski pristup, analizu povijesti bolesti, neurološku evaluaciju i EEG u spavanju; radi se i proširena laboratorijska evaluacija ukoliko je indicirana – kromosomska analiza, sindrom fragilnog X kromosoma, metabolička obrada, vidni evocirani potencijali, ispitivanje sluha, slikovni prikazi mozga CT, MRI [1].

Poremećaji iz spektra autizma heterogena su skupina poremećaja, često udružena sa pratećim medicinskim poteškoćama poput gastrointestinalnih ili problema sa spavanjem; sve zajedno čini dijagnozu i tretman kompleksnijom i zahtijeva razmatranje različite etiologije i razvoj plana skrbi da bi se postigli ciljevi [24].

Wing 1987. godine govori o liječenju i tretmanu djece s autizmom; pod liječenjem podrazumijeva otklanjanje primarnim uzroka, što u spektru autizma nije moguće, jer uzroci nisu razjašnjeni [5].

Najprikladnijim tretmanom danas se smatraju edukacijske i ponašajne intervencije, obiteljski pristup i savjetovanje [1].

Važnost rane dijagnostike je u promptnosti intervencija, što je ključ uspješnog svladavanja djetetovih temeljnih komunikacijskih, socijalnih i kognitivnih vještina; deficiti združene pažnje, afektivnog reciprociteta i teorije uma mogu biti prepoznati ranije i specifične intervencije tada imaju veći potencijal u ispunjenju svoje svrhe [25].

Suportivna psihoterapija uputna je u osoba s višom razinom funkcioniranja; farmakološka terapija (npr. antipsihotici, inhibitori ponovne pohrane serotonina, klonidin) može biti korisna u liječenju specifičnih simptoma – autoagresije, agresije, stereotipnih pokreta i pretjerane aktivnosti [1].

4. Ostali poremećaji iz spektra autizma

Rettov sindrom (F84.2) je neurodegenerativni poremećaj ograničen na populaciju djevojčica i manifestira se nakon perioda normalnog funkcioniranja nakon rođenja (između sedmog i osamnaestog mjeseca života) [5,21].

Jedan od ranijih neuroloških pokazatelja je usporenje rasta glave, koje vodi mikrocefaliji u drugoj godini života [26]. Slijedi psihotična regresija, zaostatak u razvoju socijalnih i kognitivnih vještina, govora, opća retardacija rasta, gubitak težine i mišićna slabost; karakteristični su stereotipni pokreti rukovanja ili pranja ruku [5,21,26].

Među najteže značajke Rettovog sindroma spada pojavnost napadaja, koji su u rasponu od lako kontrolirajućih do neukrotivih epilepsija, kompleksno parcijalnog i toničko-kloničkog tipa [26]. Gotovo sve djevojčice imaju abnormalan EEG nalaz sa sporom aktivnošću i šiljcima, ali klinički napadaji javljaju se u trećini slučajeva [21].

Posebni dezintegrativni poremećaj u djetinjstvu (F84.3) odnosi se na rijetku pojavu normalnog razvoja do najmanje 24 mjeseca, kojeg slijedi rapidna neurorazvojna regresija i najčešće autistična simptomatologija [21].

Nakon početne faze koja je u početku akutna, a nalikuje na konfuziju, povlačenje i hiperaktivnost, slijedi faza kroniciteta u kojoj dolazi do dezintegracije svih psihičkih funkcija, govora; učestale su stereotipije i hiperaktivnosti sve do destruktivnosti [3].

Prognoza je obično znatno gora nego kod autističnog poremećaja, ali u slučajevima gdje nema napadaja ili epileptiformne aktivnosti, ishod bi mogao biti povoljniji [27].

Aspergerov sindrom (F84.5) i autistični poremećaj posebne su podskupine pervazivnih razvojnih poremećaja, a bitna razlika postoji na intelektualnoj razini; djeca s Aspergerovim poremećajem imaju višu razinu intelektualnog funkcioniranja, iako i kod njih postoji kvalitativno oštećenje socijalnih odnosa, stereotipno ponašanje te kašnjenje u razvoju govora [5].

Općenito opisana klinička slika uključuje nedostatak empatije, naivnosti, jednostranost i neprimjerenost u socijalnim interakcijama, slabu sposobnost stvaranja prijateljstva i posljedična socijalna izolacija, pedantan i slabo intoniran govor, slaba neverbalna komunikacija, intenzivna apsorpcija okolnih tema, poput činjenica o vremenu, zemljovidu ili rasporedu vlakova; oni ih nauče napamet i odražavaju loše razumijevanje, ostavljajući dojam ekscentričnosti; nespretnost, loše koordinirani pokreti i neobičan stav tijela [28].

Zbog svojih neuobičajenih socijalnih manira, često su ismijavani od strane vršnjaka; ipak, iskreno žele ostvariti interpersonalne odnose i nerijetko manifestiraju emocionalne i ponašajne probleme, ako ne uspiju u tome [5,21].

Duboki pervazivni razvojni poremećaj ne pobliže određen (F84.) je izraz koji označava klinički značajnu autističnu simptomatologiju, uključujući deficite u socijalnim interakcijama, verbalnoj ili neverbalnoj komunikaciji, stereotipno ponašanje, ali ne postoje kriteriji za neki specifični pervazivni razvojni poremećaj ili drugu psihijatrijsku kategoriju [5].

5. Uloga medicinske sestre kod poremećaja iz spektra autizma

Obzirom da deficiti u komunikaciji i socijalnim interakcijama dominiraju kliničkom slikom i povećavaju rizik za socijalnu izolaciju, temeljni je cilj multidisciplinarnog zdravstvenog tima inkluzija djeteta u socijalnu okolinu. Medicinske sestre često su prve kojima se roditelji obraćaju za savjet ili upit i sve se više naglašava njihova uloga u multidisciplinarnom pristupu; važnost je njihova rada u prepoznavanju potrebe djeteta s ASD i njegove obitelji, i usklađivanju istih s cjelokupnim planom intervencija [29]. Individualizacija pristupa podrazumijeva prilagođavanja sestrinskih intervencija svakom pojedincu ponaosob. Visok stupanj znanja, razvijene komunikacijske vještine, prilagođene metode i postupci, nužan su preduvjet za dobru procjenu djeteta s poremećajima autističnog spektra, učinkovitost odabranih intervencija, sigurnost provođenja zdravstvene njege i kolaboraciju s drugim stručnjacima zdravstvenog i nezdravstvenog profila. Evidence based i best practice skrb temelj je adekvatne i efektivne sestrinske djelatnosti: pacijentu usmjerene skrbi koja može primjerene intervencije implementirati u sigurnu okolinu za razvoj i napredak djeteta.

Teorija obiteljskog sistema naglašava recipročni utjecaj članova obitelji jednih na druge i predskazuje kako je psihosocijalna prilagodba roditelja i braće vjerojatno pod utjecajem prisutnosti djeteta s autizmom, direktno ili indirektno [30]. Prvi korak uspješnog tretmana poremećaja iz spektra autizma jest da obitelj prihvati definitivnu dijagnozu; kako bi se taj proces kretao u pozitivnom smjeru, zadatak je medicinske sestre pomoći obitelji u razumijevanju problematike poremećaja spektra i potrebitog dijagnostičkog procesa [31]. Sposobnost adaptivnosti i razvijene komunikacijske vještine, ključ su uspjeha u nastojanjima da se pomogne obitelji u novonastalim izazovima i potekne poboljšanje ishoda za djecu i cijelu obitelj [32].

National Research Council of the National Academies USA (2003) potiče promociju ranog skrininga djece s poremećajima iz spektra autizma; rane intervencije oslanjaju se na neuroplastičnost, stoga je pravovremeno prepoznavanje simptoma i postavljanje dijagnoze ključno kako bi se djetetu omogućilo dosizanje maksimalnog potencijala [25].

Edukativne intervencije od rane dobi uključuju bihevioralne tehnike i habilitaciju, a odnose se na komunikaciju, socijalne vještine, vještine svakodnevnog življenja i maladaptivna ponašanja [33]. Različiti edukativni programi ranih intervencija mogu varirati u određenim strategijama, međutim, svima su zajednički isti principijelni ciljevi – poboljšati socijalne i komunikacijske vještine i reducirati nepoželjna ponašanja [33]. Odabir intervencija nužno uključuje kronološku dob djeteta, razvojnu fazu i funkcionalne sposobnosti [25].

Bihevioralna terapija temelji se na procesu primjene intervencija čija osnova počiva u načelima izvedenih iz istraživanja eksperimentalne psihologije, kako bi se sustavno povećali i

održavali poželjni oblici ponašanja, smanjili interferirajući maladaptivni oblici ponašanja, podučavale nove vještine i cjelokupni proces prilagodio novom okruženju ili situaciji [33].

Iako su deficiti socijalnih vještina glavna odlika ASD, tek mali dio istraživanja obuhvaća interakciju u svakodnevnom socijalnom kontekstu [34]. Oštećenja socijalnih interakcija utječe na gotovo svaki aspekt djetetova funkcioniranja, nevezano uz njegovu intelektualnu sposobnost [35]. Na standardiziranim testovima socijalne kompetencije ili u formalnim izvještajima učitelja, djeca s ASD općenito pokazuju slabije rezultate od djece urednog razvoja, ponekad i od djece s drugim razvojnim poteškoćama [36]. Teorija uma je kompleksna socijalna sposobnost integracije vlastitih mentalnih stanja i mentalnih stanja drugih ljudi da bi se predvidio smisao i smjer određene socijalne situacije, i objašnjava kako pojedinci s poremećajima iz spektra autizma ne samo da ne razumiju što drugi misle ili osjećaju: oni ne razumiju niti vlastita razmišljanja ili osjećaje [25]. Takva problematika potencijalno otežava boravak djeteta u zdravstvenoj ustanovi ili njegov vaninstitucionalni kontakt sa zdravstvenim osobljem i njeno razumijevanje ključno je za adekvatan pristup djetetu, koji je jedino moguć ukoliko kompetencije medicinskih sestara imaju čvrste osnove u teorijskom znanju i praktičnim smjernicama za intervencije.

Ograničena sposobnost izražavanja ne mora nužno značiti ograničenu sposobnost razumijevanja, stoga je osnova lakše komunikacije adaptirati dijete na okolinu, odabrati stil pristupa i intervencije koje pomažu kod svih kognitivnih i razvojnih razina; ključna je minimalizacija senzorne stimulacije i korištenje jednostavnih, direktnih uputa i rečeničnih konstrukcija bez komentara, metafora, analogija, preuveličavanja, jer djeca s poremećajima iz spektra interpretiraju primljenu poruku vrlo doslovno [37]. Djeca moraju biti upućena u načine komunikacije koji će na pozitivan način izraziti njihove namjere i motivirati ih za nastavak interakcije [29]. Najvažniji faktor dobre komunikacije je omogućavanje djetetu potrebnog vremena za procesuiranje informacija i formulaciju odgovora, što podrazumijeva potpunu koncentraciju tokom interakcije, pažljivo slušanje i promatranje ponašanja koja mogu biti neverbalni pokušaj prenošenja poruke [38].

Pojedinci s ASD skloni su vizualnoj orijentaciji, što može biti osobito korisno kod izrazito ograničenih ili nikakvih verbalnih sposobnosti (upotreba slika, video zapisa, znakovnog jezika, tipkanja mogu biti efikasne metode komunikacije) [38].

Komunikacija s pacijentima nužan je preduvjet osiguravanja kvalitetne zdravstvene njege; da bi to omogućile, medicinske sestre trebaju biti upućene u tipičan razvoj komunikacijskih vještina djece s ASD i načine komunikacije koji mogu poboljšati proces sporazumijevanja [38]. Tablice 5.1. i 5.2. prikazuju i uspoređuju tipičan (uredan) komunikacijski razvoj i komunikacijske karakteristike djece s ASD.

Dob	Verbalna prekretnica	Neverbalna prekretnica
Rano djetinjstvo	Plač	Fokus očima na ljude i lica
6 – 7 mjeseci	Žamor; vokalno izražavanje da se privuče pažnja	Svjesnost o jeziku oko sebe
10 – 13 mjeseci	Prve riječi; počinje prepoznavanje značenja nekih riječi	Upotreba gesta poput upiranja prstom i mahanja
16 mjeseci	Uporaba jedne riječi s namjerom	Geste postaju profinjenije, upotrebljene s namjerom i uparene riječima
18 – 24 mjeseca	Početak pitanja i odgovaranja; razumijevanje reciprociteta konverzacije	Motorička imitacija odraslih i druge djece u kompleksnim akcijama; početak združene pažnje
24 mjeseca	Upotreba fraze od dvije riječi	Uključena združena pažnja
3 – 5 godina	Nastavak kompleksnog razvoja, upotreba cijelih rečenica	Simbolična igra postaje kompleksnija

Tablica 5.1. Tipičan komunikacijski napredak djece urednog razvoja [38]

Pojam	Definicija	Primjer
Eholalija	Dijete ponavlja što mu je bilo rečeno; odmah ili nakon nekog vremenskog perioda	Roditelj: „Jesi li žedan?“ Dijete: „Jesi li žedan?“ Dijete s ASD ponavlja pitanje, umjesto davanja odgovora
Dodirne geste	Dijete koristi druge ljude kao alat da dobije što treba ili želi; geste nisu simbolične	Dijete s ASD uzima ruku roditelja bez kontakta očima i vuče ga do televizora da promijeni program
Obrat zamjenica	Dijete pogrešno koristi osobne zamjenice	Dijete urednog razvoja: „Ja želim ići u park.“ Dijete s ASD: „Ti želiš ići u park.“ (misleći na sebe)

Neologizmi	Dijete dodjeljuje značenje nekoj riječi ili frazi na način koji nije socijalno prihvaćen	Djetetu s ASD su dane kokice tijekom filma o psu imena Piko. Idući put kada dijete želi kokice, pita za „Pika“. Riječ „Piko“ je neologizam za kokice.

Tablica 5.2. Komunikacijske karakteristike djece s ASD [38]

Ograničeni interesi odnose se na manifestaciju jednog ili više stereotipnih, repetitivnih obrazaca ponašanja, poput preokupacije igračkom, likom iz crtanog programa, knjigom, a intenzitet takve veze može biti ograničavajući za mogućnost fokusiranja djeteta na praćenje uputa ili izvršavanje zadataka [37].

Drugi uzrok problema ponašanja su senzorne poteškoće, koje se javljaju u više od 80% osoba s ASD (obično se odnose na ograničeno auditivno procesuiranje i taktilnu defenzivnost koja nastaje uslijed vrlo niskog praga za taktilnu stimulaciju) i mnoga repetitivna ponašanja mogu zapravo biti adaptivna forma odgovora na senzorne podražaje iz okoline [38]. Pretjerana stimulacija može biti okidač za auto- i heteroagresiju, što je česti razlog zbog kojeg se obitelj javlja zdravstvenim službama u potrebi za medicinskom evaluacijom [39].

Djeca s ASD imaju poteškoće s prilagodbom novoj okolini i komponente zdravstvene skrbi mogu biti stresne za dijete i roditelje. Prilikom opće procjene djeteta važno je imati na umu da se radi o spektru (neka djeca manifestiraju više simptoma, dok drugi imaju tek minimalne smetnje) i utvrditi razvojni stadij, prag senzorne tolerancije, efektivne komunikacijske metode i eventualne intervencije koje su kod tog pojedinca djelovale u prethodim interakcijama [37]. Najbolji plan skrbi podrazumijeva individualan pristup i uključuje obitelj u procjeni statusa. Specifična pitanja za inicijalnu procjenu djeteta s ASD prikazana su u Tablici 5.3.

Ograničenje socijalnih vještina
Kako dijete prihvaća nova lica?
Kako dijete reagira na drugu djecu njegove dobi, ili na odrasle?
Senzitivnost na dodir, zvukove?
Što za njega znači udoban prostor?
Koji je najbolji način pristupa (npr. dodir ili fizički odmak)?

Ograničenja komunikacije
Kako dijete komunicira: verbalno/neverbalno? Traži li upotrebu crteža, pisanja? Osjeća li se ugodno u direktnom kontaktu, ili preferira komunikaciju alternativnim metodama (npr. tekstualne poruke umjesto govorne riječi)? Je li sposobno razumjeti emocionalne pokazatelje? Na koji način izražava bol?
Ograničeni interesi i stereotipna ponašanja
Postoji li u djeteta predmet fiksacije (ako da, kako se obitelj nosi s time)? Koje stvari mogu potencijalno uzrujati dijete (npr. u hospitalnom okruženju)? Koji su rani znakovi indikacije uznemirenja? Koje su nabolje intervencije za smanjenje pretjerane stimulacije i uznemirenosti?

Tablica 5.3. Inicijalna procjena djeteta s poremećajima iz spektra autizma [37]

Popratni simptomi poput hiperaktivnosti, impulzivnosti, smanjenja pažnje ili promjena emocionalnih stanja uobičajeni su među djecom sa poremećajima iz spektra autizma i prethodna istraživanja pokazala su da je 34 – 55% djece podvrgnuto terapiji psihotropnim lijekovima, uključujući antipsihotike, antidepresive i psihostimulanse [40]. Međutim, ustanovilo se da čak 62% roditelja nevoljko daje lijekove svom djetetu, što implicira da bi osnovne smjernice u procjeni djeteta s autizmom u kontekstu obiteljske situacije trebale uključivati specifična pitanja o vrsti ordiniranih lijekova i njihovoj sigurnoj primjeni u kućnim uvjetima [37]. Tablica 5.4. prikazuje skupine psihotropnih lijekova koji se propisuju u tretmanu poremećaja iz spektra autizma, specifične simptome zbog kojih su ordinirani, te nuspojave.

Lijek	**Ciljana ponašanja**	**Farmakološka klasifikacija**	**Moguće nuspojave**
Ritalin/Concerta/Daytrana (metilfenidat) **Catapres (klonidin)** **Adderall (amfetamin, dekstroamfetamin)**	Rastresenost (nemogućnost zadržavanja pažnje) Deficiti pažnje Hiperaktivnost	Stimulans	nervoza, poteškoće u spavanju ili uspavljivanju, vrtoglavica, mučnina, povraćanje, suha usta, gubitak apetita, bol u želucu, proljev, glavobolja, bolne

			menstruacije
Risperdal (risperidon) **Abilify (aripiprazol)** **Seroquel (kvetiapin)**	Razdražljivost Nastupi gnjeva Agresivnost Nestabilnost raspoloženja	Antipsihotik (Neuroleptik)	pospanost, vrtoglavica, mučnina, povraćanje, proljev, konstipacija, žgaravica, suha usta, povećana salivacija, povećan apetit, povećanje težine, bol u želucu, anksioznost, uznemirenost, bol u udovima
Prozac (fluoxetin) **Zoloft (sertralin)** **Lexapro (escitalopram)**	Stereotipije (repetitivna ponašanja) Nestabilnost raspoloženja Anksioznost Depresija	Antidepresiv	suha usta, nervoza, mučnina, suha usta, upaljeno grlo, pospanost, slabost, nekontrolirani tremor dijelova tijela, gubitak apetita, gubitak težine, prekomjerno znojenje
Depakote (divalproeks natrij) **Lamictal (lamotrigin)**	Nestabilnost raspoloženja Napadaji (epilepsija) Migrene i glavobolje	Antikonvulziv	pospanost, vrtoglavica, glavobolja, proljev, konstipacija, žgaravica, promjene apetita, promjene težine, bol u leđima, uznemirenost, promjene raspoloženja, abnormalne promjene misaonog toka, gubitak pamćenja, nekontrolirani tremor dijelova tijela, gubitak koordinacije, nekontrolirani pokreti očiju, zamagljene ili dvostruke slike, tinitus, začepljen ili nos koji curi, upaljeno grlo, gubitak kose

Buspar (buspiron) **Ativan (lorazepam)**	Anksioznost	Anksiolitik	pospanost, bol ili mučnina u želucu, povraćanje, konstipacija, proljev,glavobolje, suha usta, depresija, uznemirenost, umor, nervoza, poteškoće sa spavanjem, vrtoglavica sa malaksalošću, slabost, obamrlost

Tablica 5.4. Lijekovi u terapiji poremećaja iz spektra autizma [22]

Spektar autističnih poremećaja obuhvaća i široko područje različitih poteškoća s hranjenjem, uključujući selektivnost i averziju prema hrani (do potpunog odbijanja iste), alergije na hranu, gastrointestinalne smetnje, motoričke smetnje vezane uz poremećen akt gutanja [41]. Obzirom da su djeca s ASD nutricijski vulnerabilna populacija, kvalitativna i kvantitativna procjena unosa nutrijenata bitna je u ocjeni nutritivnog statusa i određivanju smjernica za specifične intervencije [42]. Trend u tretmanu je bihevioralan pristup koji se primijenjuje unutar obitelji (npr. upotreba preferirane namirnice, kako bi se povećala konzumacija nepreferirane), a zdravstveno osoblje zaduženo za zbrinjavanje poteškoća hranjenja trebalo bi biti upućeno u tijek napretka bihevioralne terapije i surađivati s obitelji kako bi im preporučili adekvatne intervencije [43].

6. Cilj istraživanja

Svrha ovog istraživanja je ispitati temeljnu informiranost medicinskih sestara i studenata sestrinstva o kliničkom fenotipu poremećaja autističnog spektra, kao i o problematici u širem smislu socijalne situacije, s ciljem uvida u područja upoznatosti i kreiranja apela za daljnju sustavnu obuku.

Prva hipoteza proizlazi iz prethodno provedenih istraživanja [13,22,44,45,46,47,48,49] i tvrdi da u populaciji medicinskih sestara postoji deficit znanja ili diskrepancija u razumijevanju različitih aspekata ASD koji čine kliničku i sociološku cjelinu, što onemogućuje individualizaciju pristupa (prilagođavanja sestrinskih intervencija svakom pojedincu ponaosob) i otežava kolaboraciju s drugim stručnjacima zdravstvenog i nezdravstvenog profila. Druga hipoteza ističe da postoje razlike u razini upoznatosti među ispitanicima koji su prema srednjoj stručnoj spremi medicinskog usmjerenja, u odnosu na one koji su neke druge strukovne škole ili gimnazije (neovisno o trenutnom stupnju obrazovanja), u korist ispitanika srednjeg medicinskog obrazovanja.

7. Metodologija

Metodologija rada uključivala je neeksperimentalno, kvantitativno anketno ispitivanje, čija je sadržajna baza istraživanje Julie Strunk, Ph.D., R.N., provedeno 2009., odobreno od strane James Madison University School of Nursing, Harrisonburg, Virginia, USA. Originalna anketa kreirana je 2008. temeljem detaljnog pregleda literature i osobnog iskustva ispitivača u direktnom kontaktu s djecom s poremećajima iz autističnog spektra kroz rad medicinske sestre. Anketu je verificiralo vijeće stručnjaka, uključujući profesore sestrinstva, specijaliste medicine, te državnog koordinatora za osobe s poteškoćama u razvoju. Pojmovi anketnih pitanja uključivali su koncept upotrebe medikamenata, komunikacijske i socijalne vještine, kulturološke raznolikosti i ograničenja [22].

Modificirana anketa rađena za potrebe ovog istraživanja kreirana je pomoću online alata za izradu obrazaca i provedbu anketa, dijela online servisa tvrtke Google. Uključivala je 3 demografska pitanja o stupnju obrazovanja, godinama radnog iskustva i upoznatosti s poremećajima iz spektra autizma, te 12 pitanja direktno vezana uz problematiku (Prilog 1.). U anketi je korištena 4-stupanjska ljestvica mogućih odgovora s kategorijama: potpuno nepoznato, minimalno poznato, djelomično poznato, vrlo poznato. Istraživanje se usmjerilo na populaciju radno aktivnih medicinskih sestara i studenata sestrinstva na području Varaždina, Zagreba, Osijeka i Dubrovnika, kamo su elektronskim putem na osobne e-mail adrese (nadležnih institucija zaposlenja i obrazovanja) razaslane molbe za sudjelovanje u istraživanju, uz obrazloženje svrhe istog, kao i poveznica na Internet adresu ankete. Anketa je provedena u periodu od travnja do svibnja 2017. godine. Rezultati su statistički obrađeni u slobodnom programskom jeziku R, verzija R 3.4.1 za Windows, te prikazani brojčano i postotno u tablicama frekvencija za sva pitanja; grafički prikaz u nastavku odražava postotni udio ispitanika. Statistička obrada uključila je pregled rezultata prema stupnju obrazovanja; isto je prikazano u tablicama frekvencija – grupiranost prema stupnju obrazovanja.

Osim toga, utvrđivalo se postoji li razlika između ispitanika koji su po srednjoj stručnoj spremi medicinskog usmjerenja, u odnosu na one koji su nemedicinske struke (druga strukovna škola ili gimnazija). Za potrebe te analize, ispitanici su podijeljeni u dvije kategorije: oni koji imaju srednjoškolsko medicinsko obrazovanje u odnosu na one koji nemaju (neovisno o najvišem stupnju obrazovanja). Testiranje postojanja razlika u potonje navedene kategorije provedeno je primjenom Wilcoxonovog testa, gdje su se p vrijednosti niže od 0,05 smatrale statistički značajnima. Rezultati su prikazani tablično.

Povjerljivost podataka osigurana je anonimnošću ankete i ujedinjenom interpretacijom dobivenih rezultata.

8. Rezultati provedenog istraživanja

8.1. Demografska struktura ispitanika

Ukupan broj od tristotine trideset i tri (333) ispitanika pristao je odgovoriti na anketu. Prema trenutnom stupnju obrazovanja, u istraživanju je participiralo 188 ispitanika srednje stručne spreme, o toga 32,73% (109/333) medicinskog usmjerenja i 23,72% (79/333) druge strukovne škole/gimnazije, 112 prvostupnika sestrinstva (31,53%, odnosno 105/333 srednjeg medicinskog usmjerenja i 2,10%, odnosno 7/333 sa drugom strukovnom školom/gimnazijom) i 33 magistra sestrinstva (9,61%, odnosno 32/333 srednjeg medicinskog usmjerenja i 0,30%, odnosno 1/333 sa drugom strukovnom školom/gimnazijom (Tablica 8.1.1., Grafikon 8.1.1. u nastavku).

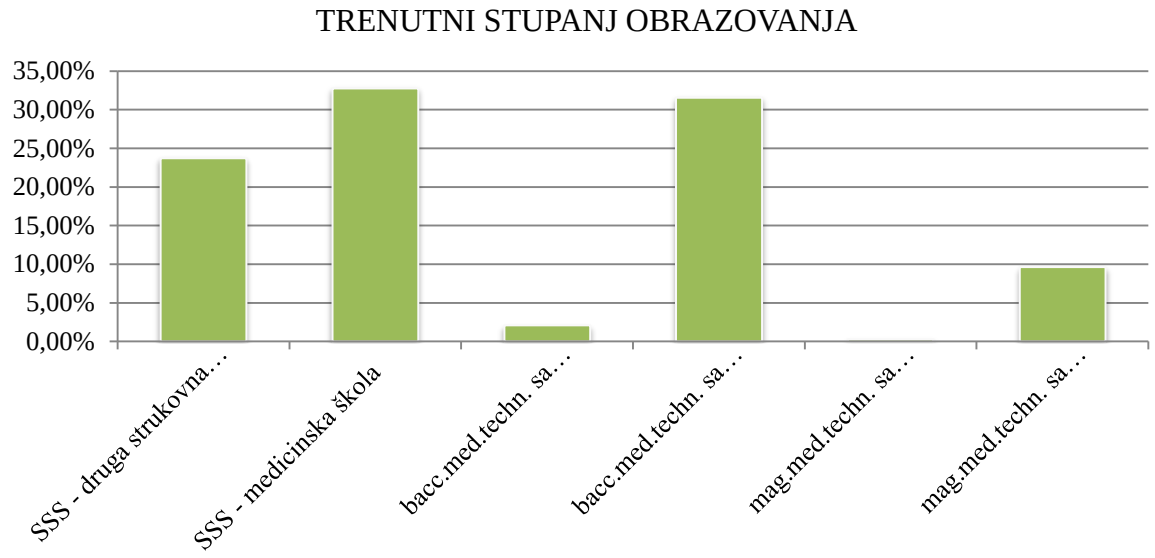
	N (%)
Trenutni stupanj obrazovanja	
SSS - druga strukovna škola/gimnazija	79 (23.72)
SSS - medicinska škola	109 (32.73)
bacc.med.techn. sa drugom strukovnom školom/gimnazijom	7 (2.10)
bacc.med.techn. sa srednjom medicinskom školom	105 (31.53)
mag.med.techn. sa drugom strukovnom školom/gimnazijom	1 (0.30)
mag.med.techn. sa srednjom medicinskom školom	32 (9.61)
Godine radnog iskustva u zdravstvu	
Nemam radnog iskustva u zdravstvu	129 (38.74)
<4 godina	53 (15.92)
5-9 godina	15 (4.50)
>9 godina	136 (40.84)
Upoznatost s poremećajima iz spektra autizma	
Da	183 (54.95)
Ne	109 (32.73)
Nisam siguran/na	41 (12.31)

Tablica 8.1.1. Demografski podaci ispitanika [izvor: autor]

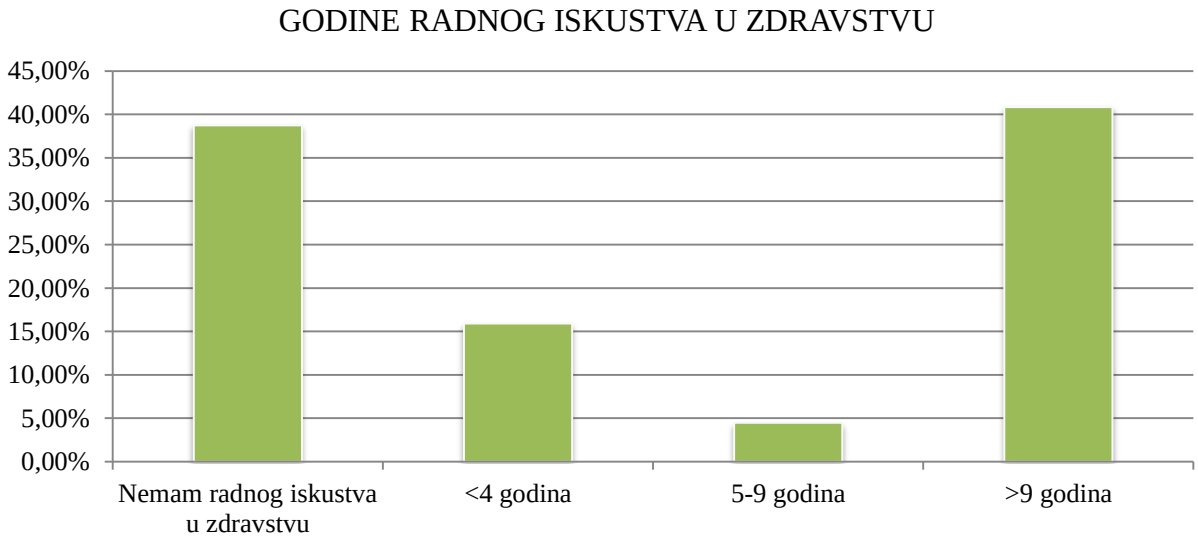
Nešto više od trećine ispitanika, 38,74% (129/333), nema radnog iskustva u zdravstvu, dok su ostali, njih 61,26% (204/333), raspoređeni kako slijedi: 15,92% (53/333) ima manje od četiri godine radnog iskustva u zdravstvu, 4,50% (15/333) između pet i devet godina, dok 40,84% (136/333) ispitanika više od devet godina radi u sustavu zdravstva (Tablica 8.1.1., Grafikon 8.1.2. u nastavku).

Na pitanje jesu li se ikada susreli sa poremećajima iz spektra autizma, više od polovice participanata, njih 54,95% (183/333), izjasnilo se potvrdno, 32,73% (109/333) se izjasnilo

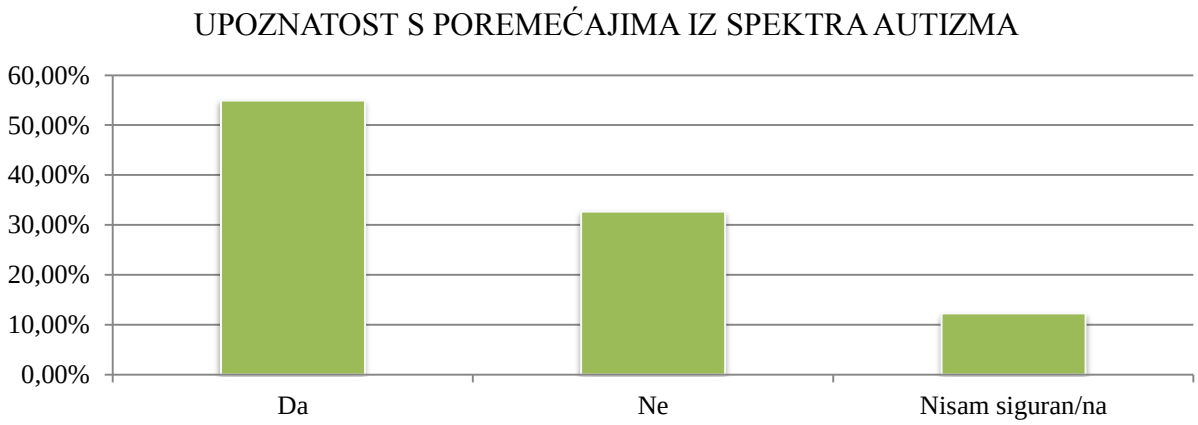
negativno, dok je 12,31% (41/333) na isto pitanje označilo tvrdnju „Nisam siguran/sigurna“ (Tablica 8.1.1., Grafikon 8.1.3. u nastavku).



Grafikon 8.1.1. Demografski podaci ispitanika – trenutni stupanj obrazovanja [izvor:autor]



Grafikon 8.1.2. Demografski podaci ispitanika – godine radnog iskustva u zdravstvu [izvor: autor]



Grafikon 8.1.3. Demografski podaci ispitanika – upoznatost s poremećajima iz spektra autizma [izvor: autor]

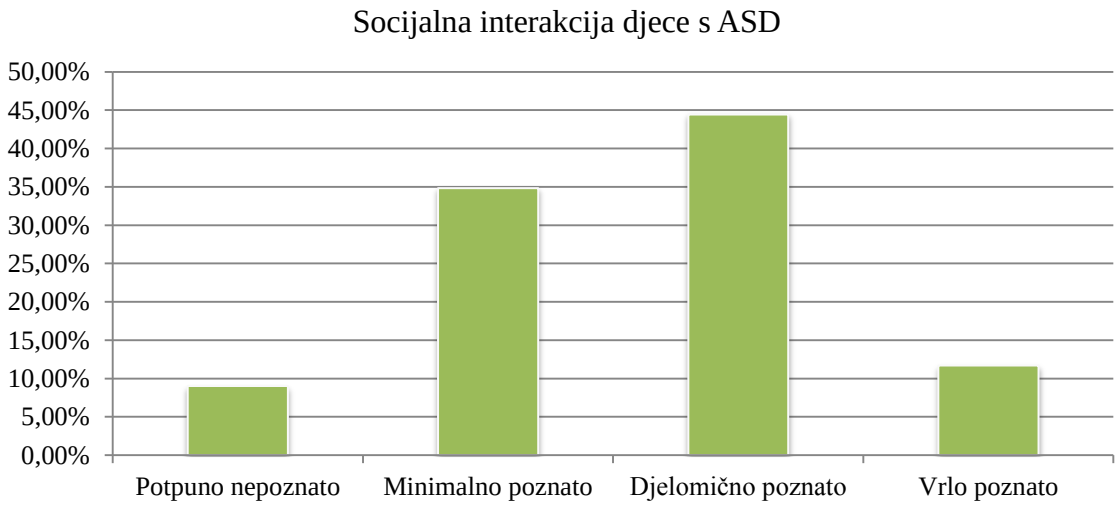
8.2. Frekvencije razine upoznatosti za sva pitanja

Rezultati istraživanja indiciraju da su pojmovi socijalne interakcije, interpersonalne komunikacije, ponašanja i interesa djece s poremećajima iz spektra autizma konceptualno poznati među populacijom medicinskih sestara i studenata sestrinstva. Međutim, u specifičnim područjima skrbi (medikacija i nuspojave, specifičnosti prehrane, bihevioralna terapija kao dio tretmana zbrinjavanja, inkluzija djeteta u školsku okolinu, komunikacija s obitelji iz drugih kultura, informiranost o resursima koje pruža zajednica) vidljiv je prostor za unapređenje postojećeg znanja i informiranosti. Detaljan numerički i postotni prikaz odgovora vidljiv je u tablici frekvencija za sva pitanja (Tablica 8.2.1.); grafički prikaz slijedi (Grafikon 8.2.1. – Grafikon 8.2.12.).

Pitanje	**Razina upoznatosti sa kliničkom slikom i tretmanom poremećaja autističnog spektra**			
	Potpuno nepoznato N (%)	Minimalno poznato N (%)	Djelomično poznato N (%)	Vrlo poznato N (%)
Socijalna interakcija	30 (9.01)	116 (34.83)	148 (44.44)	39 (11.71)
Interpersonalna komunikacija	53 (15.92)	139 (41.74)	111 (33.33)	30 (9.01)
Ponašanja i interesi	22 (6.61)	114 (34.23)	143 (42.94)	54 (16.22)
Medikacija i nuspojave	81 (24.32)	149 (44.74)	90 (27.03)	13 (3.90)

Specifičnosti prehrane	106 (31.83)	118 (35.44)	88 (26.43)	21 (6.31)
Načini i modeli komunikacije s djetetom	46 (13.81)	124 (37.24)	131 (39.34)	32 (9.61)
Suzbijanje nepoželjnih oblika ponašanja	59 (17.72)	139 (41.74)	114 (34.23)	21 (6.31)
Bihevioralna terapija kao dio tretmana zbrinjavanja	101 (30.33)	121 (36.34)	93 (27.93)	18 (5.41)
Inkluzija djeteta u školsku okolinu	70 (21.02)	134 (40.24)	106 (31.83)	23 (6.91)
Komunikacija s obitelji	40 (12.01)	114 (34.23)	129 (38.74)	50 (15.02)
Komunikacija s obitelji iz drugih kultura	100 (30.03)	141 (42.34)	70 (21.02)	22 (6.61)
Informiranost o resursima koje pruža zajednica (udruge podrške…)	76 (22.82)	136 (40.84)	92 (27.63)	29 (8.71)

Tablica 8.2.1. Razina upoznatosti kliničkom slikom i tretmanom [izvor: autor]



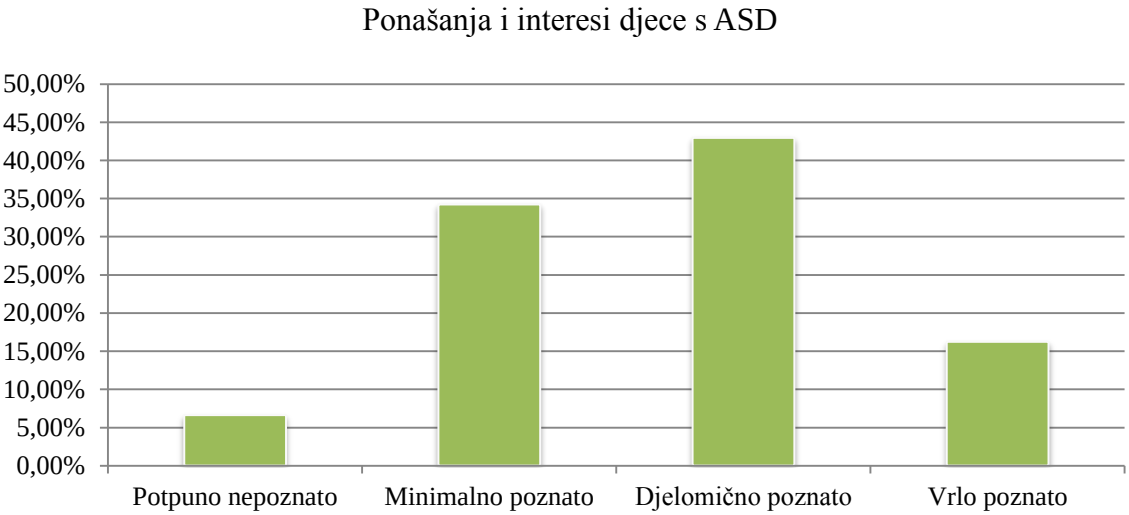
Grafikon 8.2.1. Razina upoznatosti – socijalna interakcija djece s ASD [izvor: autor]

Najveći broj ispitanika, njih 44,44% (148/333) socijalnu interakciju smatra djelomično poznatim pojmom, dok nešto manje od trećine, 34,83% (116/333), prema provedenom istraživanju, ima minimalna saznanja o problematici. Značajan je broj onih čija su saznanja o tema, prema dobivenim rezultatima, vrlo dobra – 11,71% (39/333).



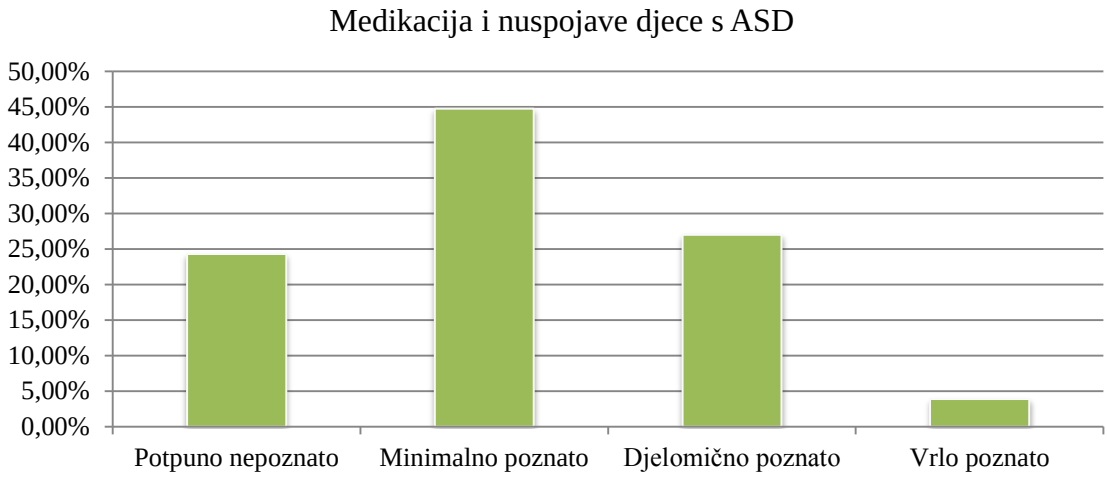
Grafikon 8.2.2. Razina upoznatosti – interpersonalna komunikacija djece s ASD [izvor:autor]

Interpersonalna komunikacija u više od trećine ispitanika djelomično je, 33,33% (111/333), i vrlo dobro poznat pojam – 9,01% (30/333). Većini preostalih učesnika ankete, 41,74% (139/333), interpersonalna komunikacija minimalno je poznato područje.



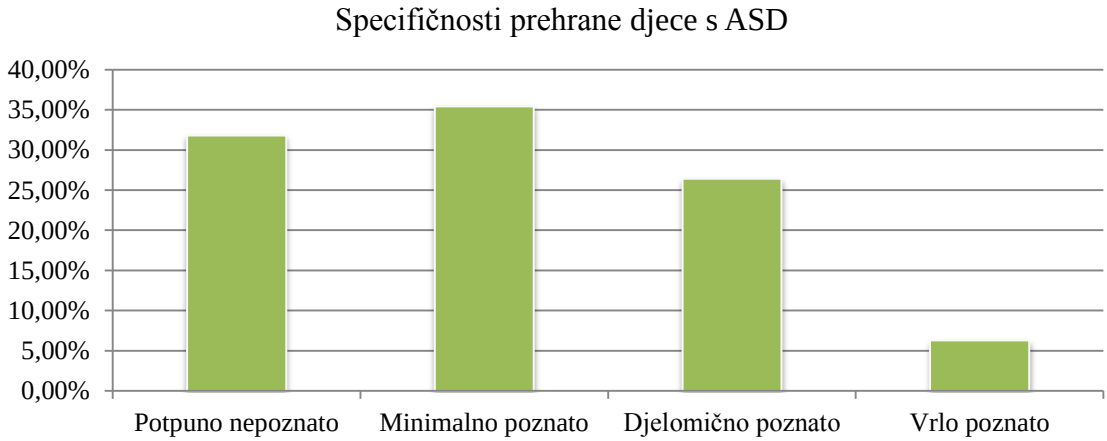
Grafikon 8.2.3. Razina upoznatosti – ponašanja i interesi djece s ASD [izvor: autor]

Čak 16,22% (54/333) ispitanika ponašanja i interese djece s ASD smatra vrlo poznatom temom. Prema dobivenim rezultatima, nešto manje od polovice ispitane populacije, 42,94% (143/333), djelomično je upoznata istim, dok je minimalna upoznatost s ponašanjima i interesima djece s ASD u provedenom istraživanju prisutna u 34,23% (114/333) ispitanika.



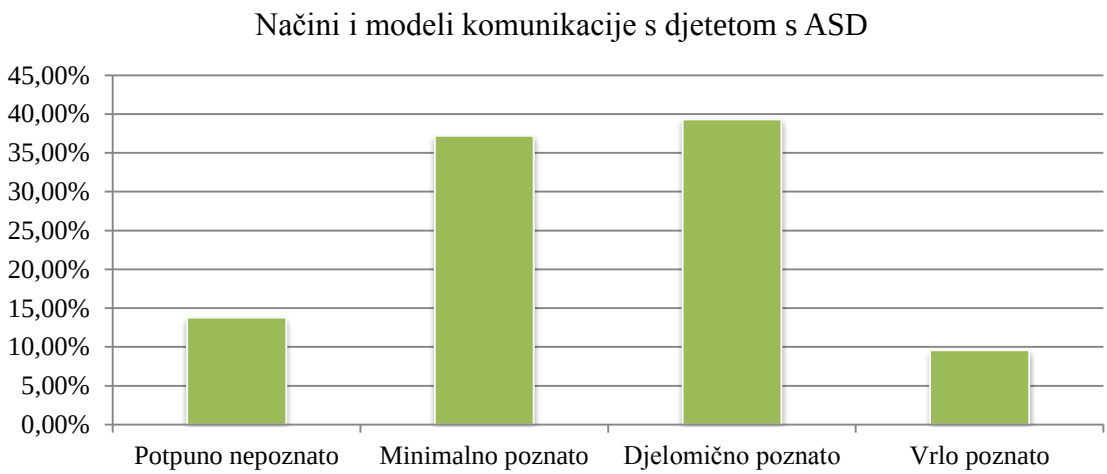
Grafikon 8.2.4. Razina upoznatosti – medikacija i nuspojave [izvor: autor]

Medikaciju i nuspojave djece s ASD čak 24,32% (81/333) ispitanika smatra potpuno nepoznatom temom te se gotovo polovica, njih 44,74% (149/333), odlučila za tvrdnju „Minimalno poznato“. Tek 3,90% (13/333) ispitivane populacije područje primjene medikamenata drži vrlo poznatim.



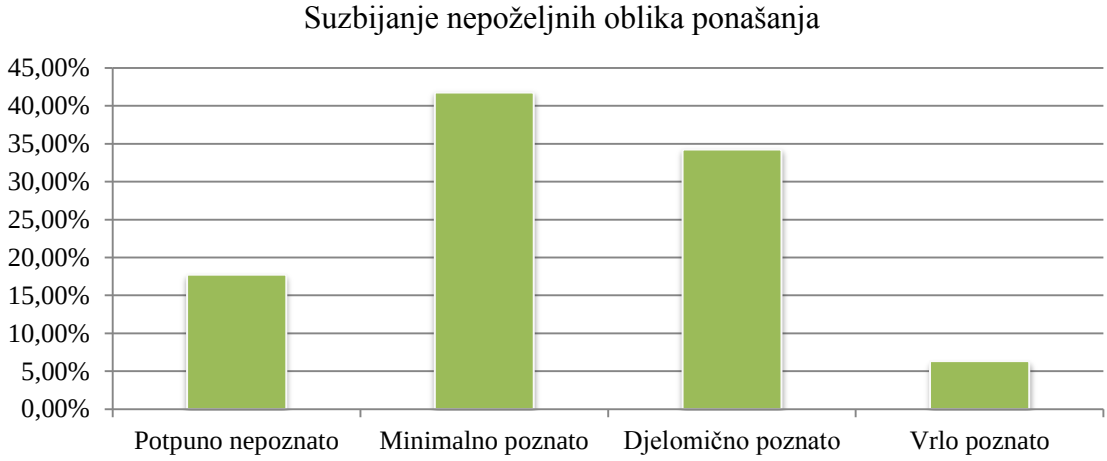
Grafikon 8.2.5. Razina upoznatosti – specifičnosti prehrane [izvor:autor]

Specifičnosti prehrane područje je koje je u provedenom istraživanju zauzelo najveći postotak odgovora u prilog tvrdnji „Potpuno nepoznato“, čak 31,83% (106/333). Visok postotak odgovora vidljiv je i kod opcije „Minimalno poznato“ – 35,44% (118/333). 6,31% (21/333) smatra se adekvatno informiranim o poteškoćama hranjenja djece s ASD.



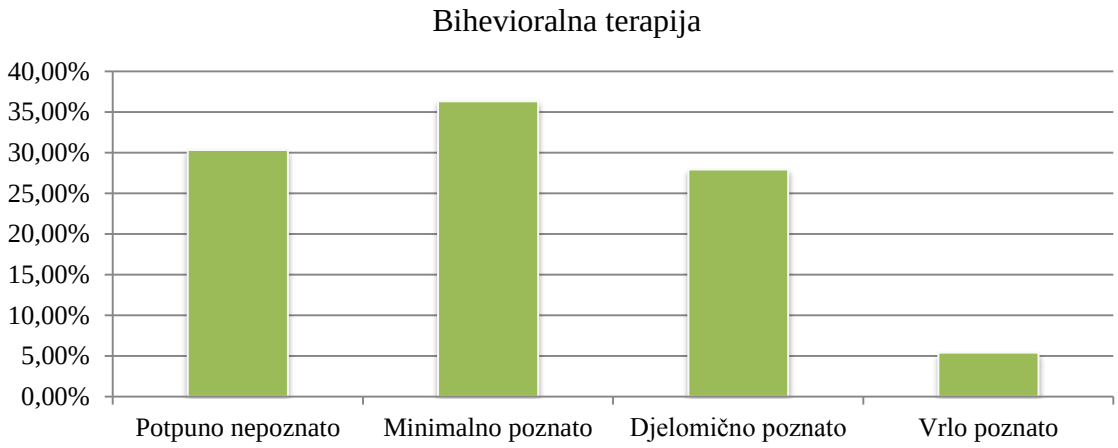
Grafikon 8.2.6. Razina upoznatosti – načini i modeli komunikacije s djetetom s autizmom [izvor: autor]

Značajan udio ispitanika, čak 39,34% (131/333) komunikaciju s djecom s ASD smatra djelomično poznatim, ili vrlo poznatim područjem, 9,61% (32/333). Istodobno je, prema dobivenim rezultatima, njih 37,24% (124/333) minimalno upoznato temom.



Grafikon 8.2.7. Razina upoznatosti – suzbijanje nepoželjnih oblika ponašanja [izvor: autor]

Rezultati dobiveni kategorijom „Suzbijanje nepoželjnih oblika ponašanja“, govore u prilog minimalne, 41,74% (139/333), i djelomične upoznatosti, 34,23% (114/333). Međutim, visok udio ispitanika opredijelio se za tvrdnju „Potpuno nepoznato“, 17,72% (59/333).



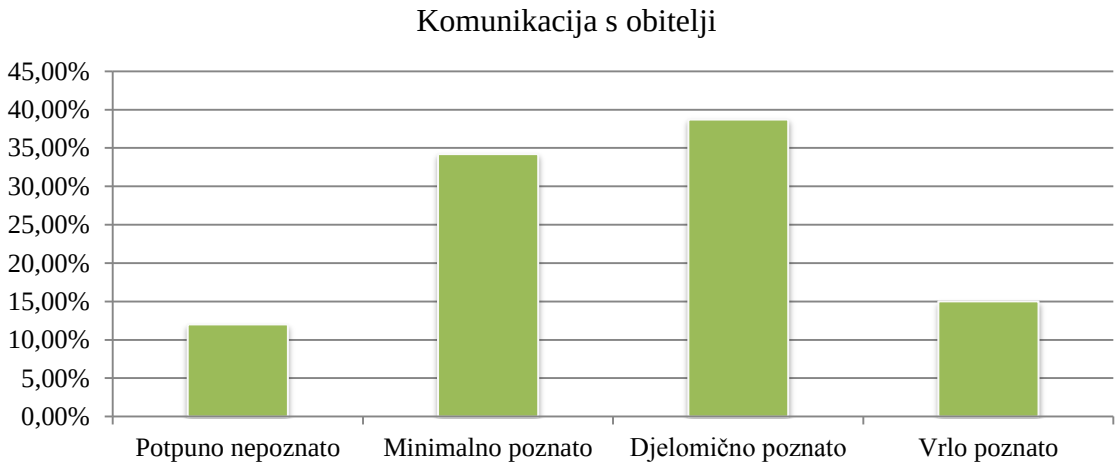
Grafikon 8.2.8. Razina upoznatosti – Bihevioralna terapija kao dio tretmana zbrinjavanja [izvor: autor]

Iza specifičnosti prehrane, bihevioralna terapija kao dio tretmana zbrinjavanja zauzela je najveći postotak odgovora u kategoriji potpuno nepoznatog, čak trećinu – 30.33% (101/333). Većina preostalih ispitanika opredijelila se za tvrdnju „Minimalno poznato“. 36,34% (121/333). Vrlo dobro je upoznato tematikom 5,41% (18/333) sudionika istraživanja, kako pokazuju rezultati.



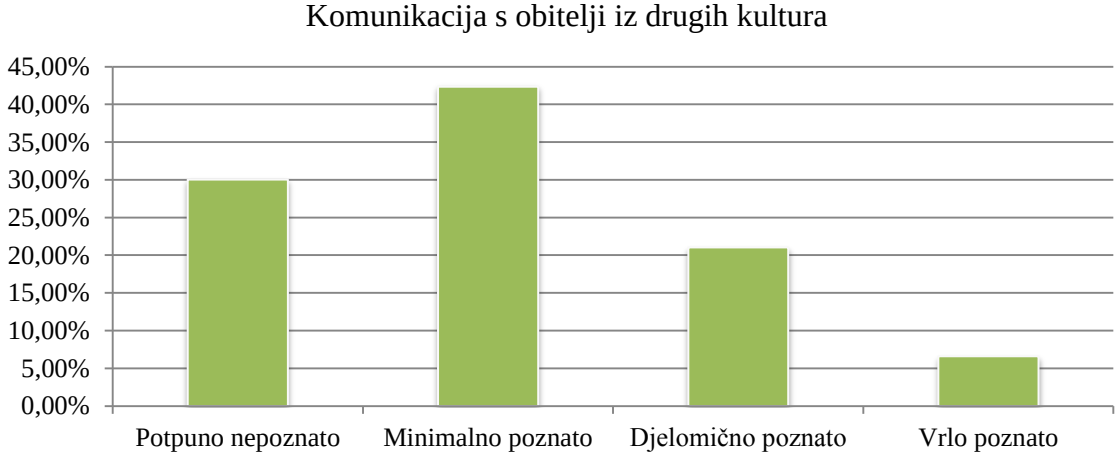
Grafikon 8.2.9.. Razina upoznatosti – inkluzija djeteta u školsku okolinu [izvor: autor]

Inkluzija djeteta u školsku okolinu pojam je koji 6,91% (23/333) smatra vrlo poznatim, dok čak 21,02% (70/333) ispitivanih medicinskih sestara i studenata sestrinstva drži ovo područje potpuno nepoznatim. Veći dio preostalih participanata ankete, prema rezultatima, minimalno je upoznat ispitivanim – 40,24% (114/333).



Grafikon 8.2.10. Razina upoznatosti – komunikacija s obitelji [izvor: autor]

Komunikacija s obitelji tema je koja je, prema dobivenim rezultatima, djelomično poznata – 38,74% (129/333). Značajan udio ispitanika odlučio se i za tvrdnju „Vrlo poznato“ – 15,02% (50/333). Međutim, nezanemariv je broj onih kojima je područje potpuno strano, čak 12,01% (40/333).



Grafikon 8.2.11. Razina upoznatosti – komunikacija s obitelji iz drugih kultura [izvor: autor]

Za razliku od teme „Komunikacija s obitelji“, komunikacija s drugim kulturama minimalno je poznat, 34,23% (114/333), do potpuno nepoznat pojam – 30,03% (100/333). Tek 6,61% (22/333) sudionika istraživanja smatra se kompetentnima u komunikaciji s obiteljima iz drugih kultura.



Grafikon 8.2.12. Razina upoznatosti – informiranost o resursima koje pruža zajednica [izvor: autor]

Rezultati istraživanja pokazuju slabu upoznatost resursima koje zajednica pruža kao podršku obiteljima djece s ASD: 40,84% (136/333) smatra svoju upoznatost minimalnom, dok je za 22,82% (76/333) participanata ispitivana tema potpuno strana.

8.3. Frekvencije razine upoznatosti prema stupnju obrazovanja

	Potpuno nepoznato N (%)	Minimalno poznato N (%)	Djelomično poznato N (%)	Vrlo poznato N (%)
SSS - druga strukovna škola/gimnazija	14 (4.20)	23 (6.91)	33 (9.91)	9 (2.70)
SSS - medicinska škola	10 (3.00)	42 (12.61)	44 (13.21)	13 (3.90)
bacc.med.techn. sa drugom strukovnom školom/gimnazijom	1 (0.30)	2 (0.60)	3 (0.90)	1 (0.30)
bacc.med.techn. sa srednjom medicinskom školom	5 (1.50)	39 (11.71)	49 (14.71)	12 (3.60)
mag.med.techn. sa drugom strukovnom školom/gimnazijom	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (0.30)	0 (0.00)
mag.med.techn. sa srednjom medicinskom školom	0 (0.00)	10 (3.00)	18 (5.41)	4 (1.20)

Tablica 8.3.1. Tablica frekvencija – grupiranost prema stupnju obrazovanja (socijalna interakcija) [izvor: autor]

Rezultati statističke obrade pokazuju kako je razina upoznatosti područja socijalne interakcije djece s ASD proporcionalna prema stupnju obrazovanja (SSS - druga strukovna škola/gimnazija ∝ SSS - medicinska škola ∝ bacc.med.techn. sa drugom strukovnom školom/gimnazijom ∝ bacc.med.techn. sa srednjom medicinskom školom ∝ mag.med.techn. sa drugom strukovnom školom/gimnazijom ∝ mag.med.techn. sa srednjom medicinskom školom) i govori u prilog djelomične upoznatosti.

	Potpuno nepoznato N (%)	Minimalno poznato N (%)	Djelomično poznato N (%)	Vrlo poznato N (%)
SSS - druga strukovna škola/gimnazija	19 (5.71)	31 (9.31)	22 (6.61)	7 (2.10)
SSS - medicinska škola	16 (4.80)	50 (15.02)	35 (10.51)	8 (2.40)
bacc.med.techn. sa drugom strukovnom školom/gimnazijom	1 (0.30)	4 (1.20)	2 (0.60)	0 (0.00)
bacc.med.techn. sa srednjom medicinskom školom	15 (4.50)	38 (11.41)	41 (12.31)	11 (3.30)
mag.med.techn. sa drugom strukovnom školom/gimnazijom	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (0.30)	0 (0.00)
mag.med.techn. sa srednjom medicinskom školom	2 (0.60)	16 (4.80)	10 (3.00)	4 (1.20)

Tablica 8.3.2. Tablica frekvencija – grupiranost prema stupnju obrazovanja (interpersonalna komunikacija) [izvor: autor]

Prema rezultatima istraživanja, razina upoznatosti područja interpersonalne komunikacije djece s ASD proporcionalna prema stupnju obrazovanja (SSS - druga strukovna škola/gimnazija ∝ SSS - medicinska škola ∝ bacc.med.techn. sa drugom strukovnom školom/gimnazijom ∝ mag.med.techn. sa srednjom medicinskom školom) za minimalnu upoznatosti i djelomičnu upoznatost (bacc.med.techn. sa srednjom medicinskom školom ∝ mag.med.techn. sa drugom strukovnom školom/gimnazijom). Međutim, ne može se zanemariti visok udio prvostupnika i magistara sestrinstva sa srednjom medicinskom školom koji su se odlučili za tvrdnju „Potpuno nepoznato“ – 17/333.

	Potpuno nepoznato N (%)	Minimalno poznato N (%)	Djelomično poznato N (%)	Vrlo poznato N (%)
SSS - druga strukovna škola/gimnazija	8 (2.40)	24 (7.21)	34 (10.21)	13 (3.90)
SSS - medicinska škola	9 (2.70)	42 (12.61)	40 (12.01)	18 (5.41)
bacc.med.techn. sa drugom strukovnom školom/gimnazijom	0 (0.00)	3 (0.90)	2 (0.60)	2 (0.60)
bacc.med.techn. sa srednjom medicinskom školom	5 (1.50)	35 (10.51)	50 (15.02)	15 (4.50)
mag.med.techn. sa drugom strukovnom školom/gimnazijom	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (0.30)
mag.med.techn. sa srednjom medicinskom školom	0 (0.00)	10 (3.00)	17 (5.11)	5 (1.50)

Tablica 8.3.3. Tablica frekvencija – grupiranost prema stupnju obrazovanja (ponašanja i interesi [izvor: autor]

Razina upoznatosti ponašanja i interesa djece s ASD, prema dobivenim rezultatima, pokazuje smjer djelomične i vrlo dobre upoznatosti. Značajno je napomenuti da se, uspoređujući srednju stručnu spremu, veći dio ispitanika druge strukovne škole/gimnazije (prema trenutno ostvarenoj razini obrazovanja) opredijelio za tvrdnju „Djelomično poznato“, dok su ispitanici srednjeg medicinskog obrazovanja na isto pitanje u većem udjelu odgovorili sa „Minimalno poznato“.

	Potpuno nepoznato N (%)	Minimalno poznato N (%)	Djelomično poznato N (%)	Vrlo poznato N (%)
SSS - druga strukovna škola/gimnazija	19 (5.71)	38 (11.41)	20 (6.01)	2 (0.60)
SSS - medicinska škola	32 (9.61)	43 (12.91)	30 (9.01)	4 (1.20)
bacc.med.techn. sa drugom strukovnom školom/gimnazijom	1 (0.30)	5 (1.50)	1 (0.30)	0 (0.00)
bacc.med.techn. sa srednjom medicinskom školom	25 (7.51)	45 (13.51)	31 (9.31)	4 (1.20)
mag.med.techn. sa drugom strukovnom školom/gimnazijom	0 (0.00)	1 (0.30)	0 (0.00)	0 (0.00)
mag.med.techn. sa srednjom medicinskom školom	4 (1.20)	17 (5.11)	8 (2.40)	3 (0.90)

Tablica 8.3.4. Tablica frekvencija – grupiranost prema stupnju obrazovanja (medikacija i nuspojave) [izvor: autor]

Medikacija i nuspojave tema su koja je, u svim razinama obrazovanja, potpuno nepoznat do minimalno poznat pojam. Valja istaknuti kako se i visok udio magistara sestrinstva sa srednjom medicinskom školom opredijelio za odgovor „Potpuno nepoznato“ – njih 4/32. Tek 13 od ukupno 333 ispitanika smatra da je dobro upoznato tematikom lijekova koji se primjenjuju u tretmanu ASD.

	Potpuno nepoznato N (%)	Minimalno poznato N (%)	Djelomično poznato N (%)	Vrlo poznato N (%)
SSS - druga strukovna škola/gimnazija	33 (9.91)	28 (8.41)	14 (4.20)	4 (1.20)
SSS - medicinska škola	44 (13.21)	38 (11.41)	22 (6.61)	5 (1.50)
bacc.med.techn. sa drugom strukovnom školom/gimnazijom	2 (0.60)	4 (1.20)	1 (0.30)	0 (0.00)
bacc.med.techn. sa srednjom medicinskom školom	24 (7.21)	33 (9.91)	38 (11.41)	10 (3.00)
mag.med.techn. sa drugom strukovnom školom/gimnazijom	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (0.30)	0 (0.00)
mag.med.techn. sa srednjom medicinskom školom	3 (0.90)	15 (4.50)	12 (3.60)	2 (0.60)

Tablica 8.3.5. Tablica frekvencija – grupiranost prema stupnju obrazovanja (specifičnosti prehrane) [izvor: autor]

Specifičnosti prehrane također je nepoznat do minimalno poznat pojam u ispitivanoj populaciji medicinskih sestara i aktualnih studenata sestrinstva. I ovdje je primjetan značajan udio magistara sestrinstva sa srednjom medicinskom školom kojima je, prema dobivenim podacima, tema potpuno strana do minimalno poznata – 18/32.

	Potpuno nepoznato N (%)	Minimalno poznato N (%)	Djelomično poznato N (%)	Vrlo poznato N (%)
SSS - druga strukovna škola/gimnazija	13 (3.90)	32 (9.61)	26 (7.81)	8 (2.40)
SSS - medicinska škola	19 (5.71)	37 (11.11)	45 (13.51)	8 (2.40)
bacc.med.techn. sa drugom strukovnom školom/gimnazijom	1 (0.30)	3 (0.90)	3 (0.90)	0 (0.00)
bacc.med.techn. sa srednjom medicinskom školom	13 (3.90)	38 (11.41)	42 (12.61)	12 (3.60)
mag.med.techn. sa drugom strukovnom školom/gimnazijom	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (0.30)	0 (0.00)
mag.med.techn. sa srednjom medicinskom školom	0 (0.00)	14 (4.20)	14 (4.20)	4 (1.20)

Tablica 8.3.6. Tablica frekvencija – grupiranost prema stupnju obrazovanja (načini i modeli komunikacije s djetetom) [izvor: autor]

Problematika načina i modela komunikacije s djetetom proporcionalna je prema stupnju obrazovanja, a udjeli odgovora variraju između „Minimalno poznatog“ i „Djelomično poznatog“. Značajan dio ispitanika označio je tvrdnju „Vrlo poznato“; pri tom nije primijećena razlika između ispitanika srednjeg medicinskog obrazovanja i ispitanika druge strukovne škole/gimnazije (prema trenutno ostvarenoj razini obrazovanja).

	Potpuno nepoznato N (%)	Minimalno poznato N (%)	Djelomično poznato N (%)	Vrlo poznato N (%)
SSS - druga strukovna škola/gimnazija	17 (5.11)	29 (8.71)	28 (8.41)	5 (1.50)
SSS - medicinska škola	24 (7.21)	45 (13.51)	36 (10.81)	4 (1.20)
bacc.med.techn. sa drugom strukovnom školom/gimnazijom	0 (0.00)	3 (0.90)	3 (0.90)	1 (0.30)
bacc.med.techn. sa srednjom medicinskom školom	16 (4.80)	44 (13.21)	37 (11.11)	8 (2.40)
mag.med.techn. sa drugom strukovnom školom/gimnazijom	0 (0.00)	1 (0.30)	0 (0.00)	0 (0.00)
mag.med.techn. sa srednjom medicinskom školom	2 (0.60)	17 (5.11)	10 (3.00)	3 (0.90)

Tablica 8.3.7. Tablica frekvencija – grupiranost prema stupnju obrazovanja (suzbijanje nepoželjnih oblika ponašanja) [izvor: autor]

Suzbijanje nepoželjnih oblika ponašanja, prema dobivenim rezultatima, slabo je poznato područje na svim razinama obrazovanja, sa najvećim udjelom ispitanika kojima je tema minimalno poznata, 139/333, te se posebno ističe značajan broj onih kojima je ispitivano područje potpuno nepoznato – 59/333.

	Potpuno nepoznato N (%)	Minimalno poznato N (%)	Djelomično poznato N (%)	Vrlo poznato N (%)
SSS - druga strukovna škola/gimnazija	27 (8.11)	25 (7.51)	24 (7.21)	3 (0.90)
SSS - medicinska škola	37 (11.11)	43 (12.91)	24 (7.21)	5 (1.50)
bacc.med.techn. sa drugom strukovnom školom/gimnazijom	1 (0.30)	2 (0.60)	3 (0.90)	1 (0.30)
bacc.med.techn. sa srednjom medicinskom školom	27 (8.11)	40 (12.01)	32 (9.61)	6 (1.80)
mag.med.techn. sa drugom strukovnom školom/gimnazijom	0 (0.00)	1 (0.30)	0 (0.00)	0 (0.00)
mag.med.techn. sa srednjom medicinskom školom	9 (2.70)	10 (3.00)	10 (3.00)	3 (0.90)

Tablica 8.3.8. Tablica frekvencija – grupiranost prema stupnju obrazovanja (bihevioralna terapija kao dio tretmana zbrinjavanja) [izvor: autor]

Bihevioralna terapija kao dio tretmana zbrinjavanja također je slabo poznata među ispitivanom populacijom. „Minimalno poznato“ odgovor je za koji se opredijelio najveći broj učesnika istraživanja, njih 121 od 333. Zamjetljiv je visok udio odgovora u prilog potpune nepoznatosti koji su dali prvostupnici i magistri sestrinstva – 36/333.

	Potpuno nepoznato N (%)	Minimalno poznato N (%)	Djelomično poznato N (%)	Vrlo poznato N (%)
SSS - druga strukovna škola/gimnazija	23 (6.91)	26 (7.81)	25 (7.51)	5 (1.50)
SSS - medicinska škola	26 (7.81)	49 (14.71)	28 (8.41)	6 (1.80)
bacc.med.techn. sa drugom strukovnom školom/gimnazijom	0 (0.00)	2 (0.60)	4 (1.20)	1 (0.30)
bacc.med.techn. sa srednjom medicinskom školom	16 (4.80)	46 (13.81)	33 (9.91)	10 (3.00)
mag.med.techn. sa drugom strukovnom školom/gimnazijom	1 (0.30)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)
mag.med.techn. sa srednjom medicinskom školom	4 (1.20)	11 (3.33)	16 (4.80)	1 (0.30)

Tablica 8.3.9. Tablica frekvencija – grupiranost prema stupnju obrazovanja (inkluzija djeteta u školsku okolinu) [izvor: autor]

Inkluzija djeteta u školsku okolinu je područje koje je, prema dobivenim rezultatima, nešto bolje poznato među prvostupnicima i magistrima sestrinstva, u odnosu na medicinske sestre ili studente sestrinstva srednjoškolskog obrazovanja (prema trenutno ostvarenoj razini obrazovanja). Međutim, općenita razina upoznatosti govori u prilog minimalne do nikakve informiranosti.

	Potpuno nepoznato N (%)	Minimalno poznato N (%)	Djelomično poznato N (%)	Vrlo poznato N (%)
SSS - druga strukovna škola/gimnazija	14 (4.20)	26 (7.81)	29 (8.71)	10 (3.00)
SSS - medicinska škola	17 (5.11)	39 (11.71)	37 (11.11)	16 (4.80)
bacc.med.techn. sa drugom strukovnom školom/gimnazijom	0 (0.00)	2 (0.60)	4 (1.20)	1 (0.30)
bacc.med.techn. sa srednjom medicinskom školom	9 (2.70)	35 (10.51)	43 (12.91)	18 (5.41)
mag.med.techn. sa drugom strukovnom školom/gimnazijom	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (0.30)	0 (0.00)
mag.med.techn. sa srednjom medicinskom školom	0 (0.00)	12 (3.60)	15 (4.50)	5 (1.50)

Tablica 8.3.10. Tablica frekvencija – grupiranost prema stupnju obrazovanja (komunikacija s obitelji) [izvor: autor]

Kategorija komunikacije s obitelji djeteta s ASD dala je proporcionalne odgovore prema stupnju obrazovanja. Visok je udio ispitanika koji smatraju da su vrlo dobro upoznati temom – 50/333. Međutim, primjetan je značajan broj ispitanika srednjeg medicinskog obrazovanja (trenutno ostvarena razina) i prvostupnika sestrinstva sa srednjim medicinskim obrazovanjem kojima je ovo područje potpuno nepoznato – 26/333.

	Potpuno nepoznato N (%)	Minimalno poznato N (%)	Djelomično poznato N (%)	Vrlo poznato N (%)
SSS – druga strukovna škola/gimnazija	26 (7.81)	34 (10.21)	13 (3.90)	6 (1.80)
SSS – medicinska škola	34 (10.21)	47 (14.11)	22 (6.61)	6 (1.80)
bacc.med.techn. sa drugom strukovnom školom/gimnazijom	1 (0.30)	3 (0.90)	3 (0.90)	0 (0.00)
bacc.med.techn. sa srednjom medicinskom školom	32 (9.61)	41 (12.31)	25 (7.51)	7 (2.10)
mag.med.techn. sa drugom strukovnom školom/gimnazijom	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (0.30)	0 (0.00)
mag.med.techn. sa srednjom medicinskom školom	7 (2.10)	16 (4.80)	6 (1.80)	3 (0.90)

Tablica 8.3.11. Tablica frekvencija – grupiranost prema stupnju obrazovanja (komunikacija s obitelji iz drugih kultura) [izvor: autor]

Za razliku od komunikacije s obitelji, pitanje o komunikaciji s drugim kulturama pokazalo je kako se ispitivana populacija ne snalazi u ophođenju s obiteljima koje nisu istog kulturološkog kruga. Slaba informiranost prisutna je na svim razinama obrazovanja, s visokim udjelom odgovora „Potpuno nepoznato“ – 100/333. Tek 22 od 333 ispitanika smatra da je vrlo dobro upoznata propitivanom temom.

	Potpuno nepoznato N (%)	Minimalno poznato N (%)	Djelomično poznato N (%)	Vrlo poznato N (%)
SSS - druga strukovna škola/gimnazija	21 (6.31)	33 (9.91)	17 (5.11)	8 (2.40)
SSS - medicinska škola	31 (9.31)	45 (13.51)	24 (7.21)	9 (2.70)
bacc.med.techn. sa drugom strukovnom školom/gimnazijom	0 (0.00)	5 (1.50)	2 (0.60)	0 (0.00)
bacc.med.techn. sa srednjom medicinskom školom	21 (6.31)	39 (11.71)	36 (10.81)	9 (2.70
mag.med.techn. sa drugom strukovnom školom/gimnazijom	0 (0.00)	1 (0.30)	0 (0.00)	0 (0.00)
mag.med.techn. sa srednjom medicinskom školom	3 (0.90)	13 (3.90)	13 (3.90)	3 (0.90)

Tablica 8.3.12. Tablica frekvencija – grupiranost prema stupnju obrazovanja (informiranost o resursima koje pruža zajednica) [izvor: autor]

Ispitanici ovog istraživanja slabo su upoznati resursima koje zajednica pruža kao podršku obiteljima djece s ASD i to je primjetno u svim grupama obrazovanja, s istaknutim podatkom da je čak 76/333 ispitanih medicinskih sestra i studenata sestrinstva potpuno neinformirano o temi.

Provedeno istraživanje ima ograničenje koje se mora uzeti u obzir prilikom interpretacije i vrednovanja rezultata; unatoč više pokušaja da se sakupi proporcionalan uzorak u ovisnosti o stupnju obrazovanja (slanjem molbi na osobne e-mail adrese), konačan raspon ispitanika u spomenutoj kategoriji i dalje je ostao u istim relacijama. Moguće je da bi drugačiji raspon pokazao određene otklone u odnosu na dobivene rezultate.

8.4. Testiranje razlika

	Srednja medicinska škola N= 246	Srednja škola nemedicinskog usmjerenja N=87
	p vrijednost	
Socijalna interakcija	0.2749	
Interpersonalna komunikacija	0.08423	
Ponašanja i interesi	0.8888	
Medikacija i nuspojave	0.5751	
Specifičnosti prehrane	0.01578	
Načini i modeli komunikacije s djetetom	0.2812	
Suzbijanje nepoželjnih oblika ponašanja	0.8946	
Bihevioralna terapija kao dio tretmana zbrinjavanja	0.9962	
Inkluzija djeteta u školsku okolinu	0.5582	
Komunikacija s obitelji	0.3578	
Komunikacija s obitelji iz drugih kultura	0.7806	
Informiranost o resursima koje pruža zajednica (udruge podrške i sl.)	0.3959	

Tablica 8.4.1. Testiranje razlika u odgovorima između onih koji su išli u srednju medicinsku školu, u odnosu na one koji nisu išli u srednju medicinsku školu [izvor: autor]

Primjena Wilcoxonovog testa pokazala je da ne postoji statistički značajna razlika razine upoznatosti ispitivanih koncepata među ispitanicima koji su išli u medicinsku školu, u odnosu na one koji su po srednjoj stručnoj spremi druge strukovne škole ili gimnazije ($p > 0.05$ u svim kategorijama, izuzev pitanja „Specifičnosti prehrane“ $p = 0.01578$).

9. Rasprava

Rezultati ovog istraživanja koreliraju s prethodno provedenim istraživanjima i potvrđuju da u populaciji medicinskih sestara postoji deficit znanja ili manjkava informiranost o problematici poremećaja iz spektra autizma.

Numerički raspon odgovora indicira kako su medicinske sestre i studenti sestrinstva upoznati s konceptom pojmova kliničke manifestacije spektra i komunikacije s obitelji, međutim, u specifičnim područjima (medikacija i nuspojave, specifičnosti prehrane, bihevioralna terapija kao dio tretmana zbrinjavanja, inkluzija djeteta u školsku okolinu, komunikacija s obitelji iz drugih kultura, informiranost o resursima koje pruža zajednica) primjećuje se nešto niža razina informiranosti, što slijedi rezultate originalnog istraživanja Julie E. Strunk [22].

Rezultati ankete kongruentni su s istraživanjem Matenge B. iz 2014. [46] koje je pokazalo kako su medicinske sestre svjesne poteškoća u socijalnim interakcijama, razvoju komunikacije i nesvrsishodnim ponašanjima. Međutim, u istom istraživanju zamijećeno je kako se dio medicinskih sestara osjeća nesigurno u tumačenju takvih simptoma i izražavaju zbunjenost u slučajevima kada dijete ne pokazuje abnormalnosti u rasponu koji bi za njih bio lako prepoznatljiv [46]. Također je istaknuto kako je upoznatost s ranom intervencijom slaba, i nije za očekivati da bi medicinske sestre mogle pružiti adekvatnu potporu obiteljima djece s ASD [46].

Slični rezultati objavljeni su 2013. godine i potvrđuju nesigurnost medicinskih sestara u komunikaciji s djecom s poteškoćama, koja svoje izvore ima u nedostatku edukacije i iskustva [47].

Samopercepcija kompetencija u zbrinjavanju ASD u primarnoj zdravstvenoj zaštiti ispitivana 2013. pokazala je značajne deficite u pružanju skrbi, s naglaskom na područja koja uključuju obitelj djeteta sa spektrom autizma [48].

Važnost suradnje različitih medicinskih i nemedicinskih profesija naglašena je 2011. u istraživanju koje također afirmira deficite upoznatosti te poziva na daljnju sustavnu edukaciju i povećanje kontakata studenata s pojedincima s ASD [49].

Postoje određene nepodudarnosti rezultata ove ankete s istraživanjima koja su proveli Ingwe, Bakare i suradnici [13,44,45], i pokazali kako u populaciji medicinskih sestara kao cjelini postoje veći nedostaci znanja ili nerazumijevanje dubokih deficita trijade simptoma – poteškoća komunikacije, socijalne interakcije i repetitivnih ponašanja; također su istakli nejasnoće koje medicinske sestre imaju vezano uz samu definiciju ASD, vrijeme pojavljivanja i komorbiditet.

Takve razlike moguće je objasniti činjenicom da su koncepti u ovom istraživanju ispitivani općenito, a ne opisom koji bi se odnosio na konkretnu situaciju i odražavao stav koji medicinske sestre zauzimaju vezano uz tematiku, ili ponašanja koja primjenjuju u konkretnoj situaciji.

Možda bi situacijski ispitivana percepcija poremećaja pokazala slabiju upoznatost s temeljnom kliničkom slikom.

Drugo moguće objašnjenje je što se klinička slika spektra autizma manifestira na mjestima izrazite interpersonalne interakcije, poput bolničkog okruženja. Obzirom na visok udio zaposlenih ispitanika s višegodišnjim radnim iskustvom (204/333), izgledno je da su teme socijalne interakcije, interpersonalne komunikacije, ponašanja i interesa, ili pak načina komunikacije medicinske sestre s djetetom, općenito vrednovane odgovorima koji sugeriraju višu razinu upoznatosti, što ne mora nužno biti odraz stvarnog znanja ili informiranosti, niti su takva ponašanja isključivo korištena u identifikaciji djece s poremećajima iz spektra autizma [50].

Testiranje razlika upoznatosti ispitivanih koncepata među ispitanicima koji su srednjom stručnom spremom medicinskog usmjerenja, u odnosu na ispitanike koji su neke druge strukovne škole ili gimnazije, donijelo je neočekivane rezultate; izuzev kategorije koja se tiče dijetetskih pitanja, među njima ne postoji statistički značajna razlika razine znanja ili informiranosti. Takvi podaci mogu se interpretirati dvojako;

- ako se fokusira na studijsku razinu obrazovanja, mogle bi se naći velike zamjerke u srednjoškolskoj edukaciji medicinskih sestara, koja na studijski program plasira kandidate istog ranga znanja kao i kandidati neke druge škole,

- ako pak se promatra sustav obrazovanja medicinskih sestara kao cjeline (uključujući sve razine obrazovanja) i uzme u obzir činjenica da je razina upoznatosti medicinskih sestara s poremećajima autističnog spektra generalno niska, sasvim sigurno je da postoje veliki propusti u studijskoj razini obrazovanja, koja prvostupnicima i magistrima sestrinstva nije u mogućnosti pružiti adekvatnu edukaciju za primjetan odmak od razine srednjoškolskog obrazovanja (uzimajući u obzir da studijski program upisuju medicinska i nemedicinska zanimanja).

U svakom slučaju, alarmantna je potreba za novim smjernicama u edukativnom programu na svim razinama školovanja medicinskih sestara, kao i inzistiranje na obuci kroz radni vijek.

Iako malo, u nekim dijelovima limitirano istraživanje, njegovi rezultati pružaju važan pregled informiranosti medicinskih sestara i studenata sestrinstva iz nekoliko regija Hrvatske o aktualnoj temi poremećaja iz spektra autizma. Premda su područja ključnih simptoma (poteškoće u socijalizaciji, komunikaciji i repetitivna ponašanja) pokazala razinu informiranosti koja se može nazvati upoznatošću, rezultati jasno sugeriraju deficite po svim ispitivanim točkama i pozivaju na sustavnu i kontinuiranu edukaciju kako studenata sestrinstva, tako i medicinskih sestara u radnom odnosu kroz cjeloživotno obrazovanje. Edukativne smjernice za unapređenje znanja kroz sustav obrazovanja predložene su u Tablici 9.1.

1. Klinička slika ASD	Deficiti u socijalnim interakcijama Deficiti u komunikaciji Repetitivna, nesvrsishodna ponašanja
2. Komorbiditet ASD	Epileptiformna aktivnost Gastrointestinalne poteškoće Poteškoće sa spavanjem Pojavnost psihijatrijskih dijagnoza
3. Pristup kod deficita u socijalnim interakcijama	
4. Pristup kod deficita u komunikaciji	
5. Intervencije kod repetitivnih, nesvrsishodnih forma ponašanja	
6. Intervencije kod maladaptivnih forma ponašanja	
7. Medikacija i nuspojave	
8. Specifičnosti prehrane	
9. Važnost ranog skrininga i ranih intervencija	
10. Važnost multidisciplinarnog pristupa	
11. Važnost uključenosti obitelji u sustav zbrinjavanja	
12. Način komunikacije s obitelji	

Tablica 9.1. Prijedlog edukativnih smjernica za unapređenje znanja o ASD [izvor: autor]

10. Zaključak

Unatoč porastu prevalencije kroz dekade i ekspanziji istraživanja na području kliničke slike i neurobiološke podloge, mali broj istraživanja usmjerio se ulozi medicinske sestre u identifikaciji i intervencijskoj obradi poremećaja iz spektra autizma. Podaci o upoznatosti medicinskih sestara danom temom počeli su se javljati unatrag desetak godina: sporadično i s različitih strana svijeta, naglašavajući isti problem – u sustavu edukacije postoji jaz koji onemogućuje zdravstvenim djelatnicima da se nose s izazovima koji su, time veći, što ne obuhvaćaju samo hospitalizirane pacijente, već čitav ekosustav obitelji i socijalne okoline.

Postavlja se sljedeće pitanje: možemo li uistinu govoriti o napretku sestrinstva u profesionalizaciji, progresu kritičkog promišljanja u prvostupnika (ili magistra) u odnosu na srednjoškolsko medicinsko obrazovanje, ako su kompetencije studijski obrazovane medicinske sestre disbalansirane do mjere potpunih praznina u određenim područjima? U takvim slučajevima medicinska sestra kao dio multidisciplinarnog tima ostaje samo kao želja.

Kako bi se naglasila kompleksnost tematike i broj mogućih velikih propusta, u nastavku slijedi primjer slučaja (ljubaznošću N.Dolović, prof.edu.-reh., predavanje „Autizam i škola“, Čakovec, dana 22.10.2016.) ;

Proces inkluzije u školsku okolinu podrazumijevao je da dječak s ASD nauči pisati slovo A. Učiteljica je na papiru nacrtala točke koje je trebalo spojiti da bi nastalo slovo A. Uputila je dječaka da spoji točke, što je on uspio usvojiti. Tu radnju uvježbavali su određeno vrijeme, dokle učiteljica nije donijela odluku da makne točke i zatraži od dječaka da napiše slovo A, smatrajući da je sad uistinu usvojio slovo. Kad je maknula točke, dječak nije pokazivao nikakve znakove saznanja o slovu A, niti je razumio što od njega traži. Kasnije je uviđena greška koju je učiteljica napravila u dobroj namjeri da pomogne djetetu; tražila je od njega da spoji točke. Dječak nije mogao apstrahirati točke do pojma slova A. Da je tražila od njega da napiše slovo A, vjerojatno bi konačan rezultat bio prihvatljiviji i za dječaka i za nju.

Cilj prikaza slučaja osvještavanje je kako mentalni sklop djece s poremećajima autističnog spektra (koji običavamo nazivati ograničavajućim), nije nužno ograničavajući ako se odabere pravi način, prava doza, u pravo vrijeme. Središnji dio adekvatne skrbi jest čin pozornosti: pozornošću u edukaciji i pozornošću u humanističkom smislu dolazimo do otkrića stvarnosti svijeta poremećaja iz spektra autizma.

Rezultati ovog rada mogu se pridružiti rastućem broju istraživanja s različitih strana svijeta i pomoći u premošćivanju barijera vezanih uz pružanje adekvatne skrbi pojedincima s ASD. Unapređenje znanja o poremećajima iz spektra autizma, omogućuje medicinskoj sestri da se

suoči sa jedinstvenim izazovima susreta s ASD i pruži sigurnu, kvalitetnu, efektivnu, *evidence based* i *best practice* skrb kakva im pripada kao punopravnim članovima društva.

Preporuke za buduća istraživanja uključuju kvalitativnu procjenu stavova i vjerovanja medicinskih sestra o poremećajima iz spektra autizma. Znanstvena edukacija i kompetencije ključni su za pružanje skrbi. Međutim, ovim je obiteljima, možda više negoli drugim, važan humanistički aspekt skrbi i holističko sestrinstvo koje može pridonijeti vrijednosnim elementima u svim aspektima procesa prihvaćanja dijagnoze, te kroz izazove i poteškoće pomoći u pronalaženju najboljih ishoda za dijete i čitavu obitelj.

11. Literatura

[1] Begovac I, Majić G, Vidović V, Barišić N. (2009) Autizam ranog djetinjstva. Pedijatrijska neurologija. Medicinska naklada, str . 734-739.

[2] Howlin P. (1998) Practitioner Review: Psychological and Educational Treatments for Autism. J. Child Psychol. Psychiat. Vol. 39, No. 3, pp. 307–322.

[3] Bujas Petković Z, Frey Škrinjar J. (2010) Pervazivni razvoji poremećaji – poremećaji iz autističnog spektra, Paediatr Croat 2010;54:151-158.

[4] Inglese MD, Elder JH. (2009) Caring for children with autism spectrum disorder. Part I: prevalence, etiology, and core features. J Pediatr Nurs. 2009 Feb;24(1):41-8.

[5] Bujas Petković Z, Taradi S. (2004) Pervazivni razvojni poremećaji. Dječja i adolescentna psihijatrija: Školska knjiga; str. 141-161.

[6] Begovac i sur. (2015) Dječji autizam. Psihijatrija. Medicinska naklada, str. 298-299.

[7] Mundy P, Sigman M, Kasari C. (1990) A longitudinal study of joint attention and language development in autistic children. Journal of Autism and Developmental Disorders. March 1990, Volume 20, Issue 1, pp 115–128

[8] Šakić M, Kotrla Topić M, Ljubešić M. (2012) Pristup procjeni uma u dojenačkoj i predškolskoj dobi. Psihologijske teme 21 (2012), 2, 359-381.

[9] Saxe R, Carey S, Kanwisher N. (2004) Understanding other minds: linking developmental psychology and functional neuroimaging. Annu Rev Psychol. 2004;55:87-124.

[10] Božić I, Milić J, Šijan I. Zrcalni neuroni i njihova potencijalna uloga u psihopatologiji. Dostupno na: http://gyrus.hiim.hr/images/gyrus7/Gyrus%20hq_Part8.pdf Pristupljeno: 03.07.2017.

[11] Rizzolatti G, Arbib MA. (1998) Language within our grasp. Trends Neurosci. 1998 May;21(5):188-94.

[12] Dapretto M, Davies MS, Pfeifer JH, Scott AA, Sigman M, Bookheimer SY, Lacoboni M. (2005) Understanding emotions in others: mirror neuron dysfunction in children with autism spectrum disorders. Nat Neurosci. 2006 Jan;9(1):28-30. Epub 2005 Dec 4.

[13] Igwe MN, Bakare MO, Agomoh AO, Onyeama GM, Okonkwo KO. (2010) Factors influencing knowledge about childhood autism among final year undergraduate Medical, Nursing and Psychology students of University of Nigeria, Enugu State, Nigeria. Ital J Pediatr. 2010 Jun 13;36:44.

[14] Happe F, Ronald A, Plomin R. (2006) Time to give up on a single explanation for autism. Nature Neuroscience 9, 1218 – 1220

[15] Haglund NG, Källén KB. (2011) Risk factors for autism and Asperger syndrome. Perinatal factors and migration. Autism. 2011 Mar;15(2):163-83.

[16] Rybakowski F, Chojnicka I, Dziechciarz P, Horvath A, Janas-Kozik M, Jeziorek A, Pisula E, Piwowarczyk A, Słopień A, Sykut-Cegielska J, Szajewska H, Szczałuba K, Szymańska K, Waligórska A, Wojciechowska A, Wroniszewski M, Dunajska A. The role of genetic factors and pre- and perinatal influences in the etiology of autism spectrum disorders - indications for genetic referral. (2016) Psychiatr Pol. 2016;50(3):543-54.

[17] Reichenberg A, Gross R, Weiser M, Bresnahan M, Silverman J, Harlap S, Rabinowitz J, Shulman C, Malaspina D, Lubin G, Knobler HY, Davidson M, Susser E. Advancing paternal age and autism. (2006) Arch Gen Psychiatry. 2006 Sep;63(9):1026-32.

[18] Croen LA, Najjar DV, Fireman B, Grether JK. (2007) Maternal and paternal age and risk of autism spectrum disorders. Arch Pediatr Adolesc Med. 2007 Apr;161(4):334-40.

[19] O'Roak BJ, State MW. (2008) Autism genetics: strategies, challenges, and opportunities. Autism Res. 2008 Feb;1(1):4-17.

[20] Bolton P, Macdonald H, Pickles A, Rios P, Goode S, Crowson M, Bailey A, Rutter M. (1994) A case-control family history study of autism. J Child Psychol Psychiatry. 1994 Jul;35(5):877-900.

[21] Filipek PA, Accardo PJ, Baranek GT, Cook EH Jr, Dawson G, Gordon B, Gravel JS, Johnson CP, Kallen RJ, Levy SE, Minshew NJ, Ozonoff S, Prizant BM, Rapin I, Rogers SJ, Stone WL, Teplin S, Tuchman RF, Volkmar FR. (1999) The screening and diagnosis of autistic spectrum disorders. J Autism Dev Disord. 1999 Dec;29(6):439-84.

[22] Strunk JA. (2009) School nurses' knowledge of autism spectrum disorders. J Sch Nurs. 2009 Dec;25(6):445-52.

[23] Kolevzon A, Cai G, Soorya L, Takahashi N, Grodberg D, Kajiwara Y, Willner JP, Tryfon A, Buxbaum JD. (2011) Analysis of a purported SHANK3 mutation in a boy with autism: clinical impact of rare variant research in neurodevelopmental disabilities. Brain Res. 2011 Mar 22;1380:98-105.

[24] Coury D, Jones NE, Klatka K, Winklosky B, Perrin JM. (2009) Healthcare for children with autism: the Autism Treatment Network. Curr Opin Pediatr. 2009 Dec;21(6):828-32.

[25] Singhania R (2005) Autistic Spectrum Disorders. The Indian Journal of Pediatrics. April 2005, Volume 72, Issue 4, pp 343–351.

[26] Chahrour M, Zoghbi HY. (2007) The Story of Rett Syndrome: From Clinic to Neurobiology Neuron, Volume 56, Issue 3, 8 November 2007, Pages 422-437.

[27] Rosman NP, Bergia BM. Childhood disintegrative disorder: distinction from autistic disorder and predictors of outcome. (2013) J Child Neurol. 2013 Dec;28(12):1587-98.

[28] Klin A, Volkmar FR, Sparrow SS, Cicchetti DV, Rourke BP. (1995) Validity and neuropsychological characterization of Asperger syndrome: convergence with nonverbal learning disabilities syndrome. J Child Psychol Psychiatry. 1995 Oct;36(7):1127-40.
[29] Aylott J. (2000) Understanding children with autism: exploding the myths. Br J Nurs. 2000 Jun 22-Jul 12;9(12):779-84.
[30] Cebula KR. (2012) Applied behavior analysis programs for autism: sibling psychosocial adjustment during and following intervention use. J Autism Dev Disord. 2012 May;42(5):847-62.
[31] Elder JH, D'Alessandro T. (2009) Supporting families of children with autism spectrum disorders: questions parents ask and what nurses need to know. Pediatr Nurs. 2009 Jul-Aug;35(4):240-5, 253.
[32] Frye L. (2016) Fathers' Experience With Autism Spectrum Disorder: Nursing Implications. J Pediatr Health Care. 2016 Sep-Oct;30(5):453-63.
[33] Myers SM, Johnson CP. (2007) Management of children with autism spectrum disorders. Oct 29, Pediatrics 2007;120;1162-1182
[34] Bottema-Beutel K. Glimpses into the blind spot: Social interaction and autism. (2017) J Commun Disord. 2017 Jun 16;68:24-34.
[35] Howlin P. (1998) Practitioner review: psychological and educational treatments for autism. J Child Psychol Psychiatry. 1998 Mar;39(3):307-22.
[36] McConnell SR. (2002) Interventions to facilitate social interaction for young children with autism: review of available research and recommendations for educational intervention and future research. J Autism Dev Disord. 2002 Oct;32(5):351-72.
[37] Scarpinato N, Bradley J, Kurbjun K, Bateman X, Holtzer B, Ely B. (2010) Caring for the child with an autism spectrum disorder in the acute care setting. J Spec Pediatr Nurs. 2010 Jul;15(3):244-54.
[38] Brown AB, Elder JH. Communication in autism spectrum disorder: a guide for pediatric nurses. (2014) Pediatr Nurs. 2014 Sep-Oct;40(5):219-25.
[39] Parikh MS, Kolevzon A, Hollander E. (2008) Psychopharmacology of aggression in children and adolescents with autism: a critical review of efficacy and tolerability. J Child Adolesc Psychopharmacol. 2008 Apr;18(2):157-78.
[40] Nickels K, Katusic SK, Colligan RC, Weaver AL, Voigt RG, Barbaresi WJ. (2008) Stimulant medication treatment of target behaviors in children with autism: a population-based study. J Dev Behav Pediatr. 2008 Apr;29(2):75-81.

[41] Barnhill K, Tami A, Schutte C, Hewitson L, Olive ML. (2016) Targeted Nutritional and Behavioral Feeding Intervention for a Child with Autism Spectrum Disorder. Case Rep Psychiatry. 2016;2016:1420549.

[42] Ranjan S, Nasser JA. (2015) Nutritional Status of Individuals with Autism Spectrum Disorders: Do We Know Enough? Adv Nutr July 2015 Adv Nutr vol. 6: 397-407

[43] Williams KE, Seiverling L. (2010) Eating Problems in Children With Autism Spectrum Disorders. Top Clin Nutr Vol. 25, No. 1, pp. 27–37

[44] Igwe MN, Ahanotu AC, Bakare MO, Achor JU, Igwe C. (2011) Assessment of knowledge about childhood autism among paediatric and psychiatric nurses in Ebonyi state, Nigeria. Child Adolesc Psychiatry Ment Health. 2011 Jan 9;5(1):1.

[45] Bakare MO, Ebigbo PO, Agomoh AO, Eaton J, Onyeama GM, Okonkwo KO, Onwukwe JU, Igwe MN, Orovwigho AO, Aguocha CM. (2009) Knowledge about childhood autism and opinion among healthcare workers on availability of facilities and law caring for the needs and rights of children with childhood autism and other developmental disorders in Nigeria. BMC Pediatr. 2009 Feb 12;9:12.

[46] Matenge B. (2014) An exploration of nursing professionals' understanding of Autism Spectrum Disorder. Department of Psychology, Faculty of the Humanities, University of Cape Town. Dostupno na: http://open.uct.ac.za/handle/11427/12880 Pristupljeno: 06.07.2017.

[47] Singer B. (2013) Perceptions of school nurses in the care of students with disabilities. J Sch Nurs. 2013 Oct;29(5):329-36.

[48] Will D, Barnfather J, Lesley M. (2013) Self-Perceived Autism Competency of Primary Care Nurse Practitioners. The Journal for Nurse Practitioners. Volume 9, Issue 6, June 2013, Pages 350-355.

[49] Werner S. (2011) Assessing female students' attitudes in various health and social professions toward working with people with autism: a preliminary study. J Interprof Care. 2011 Mar;25(2):131-7.

[50] Daley TC, Sigman MD. (2002) Diagnostic Conceptualization of Autism Among Indian Psychiatrists, Psychologists, and Pediatricians. J Autism Dev Disord. 2002 Feb;32(1):13-23.

Prilozi

Prilog 1. Online verzija ankete „Upoznatost medicinskih sestara i studenata sestrinstva s poremećajma autističnog spektra

*ASD (autism spectrum disorders)

*Required

1. Molim navedite svoj trenutni stupanj obrazovanja: *

- ◯ SSS - medicinska škola
- ◯ SSS - druga strukovna škola/gimnazija
- ◯ bacc.med.techn. sa srednjom medicinskom školom
- ◯ bacc.med.techn. sa drugom strukovnom školom/gimnazijom
- ◯ mag.med.techn. sa srednjom medicinskom školom
- ◯ mag.med.techn. sa drugom strukovnom školom/gimnazijom

2. Molim navedite godine radnog iskustva u zdravstvu: *

- ◯ Nemam radnog iskustva u zdravstvu
- ◯ <4 godina
- ◯ 5-9 godina
- ◯ >9 godina

3. Jeste li se ikada susreli s poremećajima autističnog spektra: *

- ◯ Da
- ◯ Ne
- ◯ Nisam siguran/na

4. Sljedećih nekoliko pitanja govori o kliničkoj slici i tretmanu poremećaja autističnog spektra. Molim navedite u kojoj se mjeri tvrdnja odnosi na Vas: *

	Potpuno nepoznato	Minimalno poznato	Djelomično poznato	Vrlo poznato
Socijalna interakcija djece s ASD	◯	◯	◯	◯
Interpersonalna komunikacija djece s ASD	◯	◯	◯	◯
Ponašanja i interesi djece s ADS	◯	◯	◯	◯
Medikacija i nuspojave	◯	◯	◯	◯
Specifičnosti prehrane	◯	◯	◯	◯
Načini i modeli komunikacije s djetetom s ADS	◯	◯	◯	◯
Suzbijanje nepoželjnih oblika ponašanja	◯	◯	◯	◯
Bihevioralna terapija kao dio tretmana zbrinjavanja	◯	◯	◯	◯
Inkluzija djeteta u školsku okolinu	◯	◯	◯	◯
Komunikacija s obitelji	◯	◯	◯	◯
Komunikacija s obitelji iz drugih kultura	◯	◯	◯	◯
Informiranost o resursima koje pruža zajednica (udruge podrške i sl.)	◯	◯	◯	◯

Sveučilište Sjever

SVEUČILIŠTE SJEVER

IZJAVA O AUTORSTVU
I
SUGLASNOST ZA JAVNU OBJAVU

Završni/diplomski rad isključivo je autorsko djelo studenta koji je isti izradio te student odgovara za istinitost, izvornost i ispravnost teksta rada. U radu se ne smiju koristiti dijelovi tuđih radova (knjiga, članaka, doktorskih disertacija, magistarskih radova, izvora s interneta, i drugih izvora) bez navođenja izvora i autora navedenih radova. Svi dijelovi tuđih radova moraju biti pravilno navedeni i citirani. Dijelovi tuđih radova koji nisu pravilno citirani, smatraju se plagijatom, odnosno nezakonitim prisvajanjem tuđeg znanstvenog ili stručnoga rada. Sukladno navedenom studenti su dužni potpisati izjavu o autorstvu rada.

Ja, KRISTINA HUDLER *(ime i prezime)* pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog *(obrisati nepotrebno)* rada pod naslovom UPOZNATOST MEDICINSKIH SESTARA I STUDENATA SESTRINSTVA S POREMEĆAJIMA AUTISTIČNOG SPEKTRA *(upisati naslov)* te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Kristina Hudler
(vlastoručni potpis)

Sukladno Zakonu o znanstvenoj djelatnost i visokom obrazovanju završne/diplomske radove sveučilišta su dužna trajno objaviti na javnoj internetskoj bazi sveučilišne knjižnice u sastavu sveučilišta te kopirati u javnu internetsku bazu završnih/diplomskih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice. Završni radovi istovrsnih umjetničkih studija koji se realiziraju kroz umjetnička ostvarenja objavljuju se na odgovarajući način.

Ja, KRISTINA HUDLER *(ime i prezime)* neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog *(obrisati nepotrebno)* rada pod naslovom UPOZNATOST MEDICINSKIH SESTARA I STUDENATA SESTRINSTVA S POREMEĆAJIMA AUTISTIČNOG SPEKTRA *(upisati naslov)* čiji sam autor/ica.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Kristina Hudler
(vlastoručni potpis)