

Potrebe za zdravstvenom njegom korisnika Centra za rehabilitaciju osoba s posebnim potrebama

Botić, Anita

Undergraduate thesis / Završni rad

2023

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:176:774153>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-01-13**

Repository / Repozitorij:



[Repository of the University Department for Health Studies, University of Split](#)



SVEUČILIŠTE U SPLITU
Podružnica
SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA
SVEUČILIŠNI PRIJEDIPLOMSKI STUDIJ
SESTRINSTVO

Anita Botić

**POTREBE ZA ZDRAVSTVENOM NJEGOM KORISNIKA
CENTRA ZA REHABILITACIJU OSOBA S POSEBNIM
POTREBAMA**

Split, 2023.

SVEUČILIŠTE U SPLITU
Podružnica
SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA
SVEUČILIŠNI PRIJEDIPLOMSKI STUDIJ
SESTRINSTVO

Anita Botić

**POTREBE ZA ZDRAVSTVENOM NJEGOM KORISNIKA
CENTRA ZA REHABILITACIJU OSOBA S POSEBNIM
POTREBAMA**

**HEALTH CARE NEEDS OF USERS OF THE CENTER
FOR THE REHABILITATION OF PERSONS WITH
SPECIAL NEEDS**

Završni rad / Bachelor's Thesis

Mentor:

izv. prof. dr. sc. Vesna Antičević

Split, 2023.

ZAHVALA

Željela bih prvenstveno da zahvalim svojoj obitelji na strpljenju i razumijevanju.

Zahvalila bih mentorici i profesorima koji su se trudili da nam prenesu svoja znanja kroz ove 3 godine školovanja. Ovo je bilo nezaboravno iskustvo kroz koje sam upoznala krasne kolege i prijatelje.

TEMELJNA DOKUMENTACIJSKA KARTICA

ZAVRŠNI RAD

Sveučilište u Splitu

Sveučilišni odjel zdravstvenih studija

Sveučilišni prijediplomski studij sestrinstvo

Znanstveno područje: Biomedicina i zdravstvo

Znanstveno polje: Kliničke medicinske znanosti

Mentor: izv. prof. dr. sc. Vesna Antičević

Potrebe za zdravstvenom njegom korisnika Centra za rehabilitaciju osoba s posebnim potrebama

Anita Botić, 41493

SAŽETAK:

Osobe s invaliditetom odnosno osobe s posebnim potrebama često su kroz povijest bile izložene diskriminaciji, zlostavljanju, izolaciji te drugim oblicima neprihvatljivog ponašanja, što je rezultiralo njihovim neprimjerenim tretmanom. Danas se dugotrajna skrb osoba s mentalnom retardacijom temelji na uslugama Centra za rehabilitaciju od kojih je osobito tražen smještaj korisnika kako bi im se pružila stalna zdravstvena njega i skrb koja im je nužna. Cilj ovog rada bio je prikazati rad Centra za rehabilitaciju osoba s posebnim potrebama te prikazati promjene u zdravstvenim potrebama korisnika Centra za rehabilitaciju "Mir" u razdoblju od 2016. do 2022. godine. Utvrđene promjene u potrebama za zdravstvenoj njezi mogu se tumačiti kao rezultat pandemije, starenja populacije korisnika i/ili promjena u kvaliteti pružene zdravstvene njege. Ono što je proizašlo iz istraživanja je da zdravstvenih djelatnika nedostaje jer je nemoguće zadržati kvalitetu pružene skrbi i njege uz jednaki broj djelatnika i istovremeni porast potreba korisnika.

Ključne riječi: posebne potrebe, osobe s invaliditetom, zdravstvena njega, ustanova

Rad sadrži: 37 stranice, 4 slike, 21 literaturna referenca

Jezik izvornika: hrvatski

BASIC DOCUMENTATION CARD

BACHELOR'S THESIS

University of Split

University Department for Health Studies

University undergraduate study of nursing

Scientific area: Biomedicine and health

Scientific field: Clinical medical sciences

Supervisor: izv. prof. dr. sc. Vesna Antičević

Health care needs of users of the Center for the Rehabilitation of Persons with Special Needs

Anita Botić, 41493

SUMMARY:

People with disabilities or people with special needs have often throughout history been exposed to discrimination, abuse, isolation and other forms of unacceptable behavior, which resulted in their inappropriate treatment. Today, the long-term care of people with mental retardation is based on the services of the Rehabilitation Center, which is especially requested to show the work of the Center for the Rehabilitation of Persons with Special Needs and to show the changes in the health needs of the users of the Rehabilitation Center "Mir" in the period from 2016 to 2022. Determined changes in health care needs can be interpreted as a result of the pandemic, the aging of the user population and/or changes in the quality of the health care provided. What emerged from the research is that there is a shortage of healthcare professionals because it is impossible to maintain the quality of the care provided with the same number of employees and the simultaneous increase in user needs.

Keywords: special needs, people with disabilities, health care, institution

Thesis contains: 37 pages, 4 figures, 21 references

Original in: Croatia

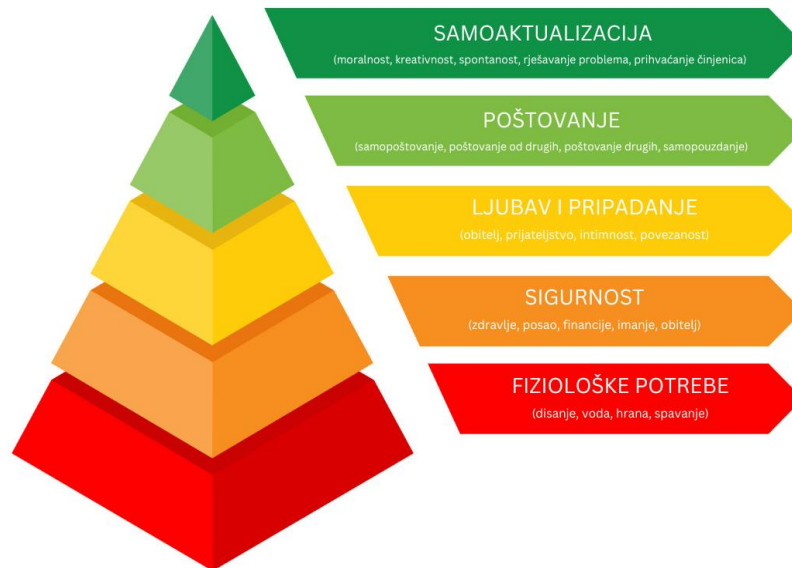
1. UVOD.....	1
1.1 INTELEKTUALNE TEŠKOĆE.....	3
1.1.1 STIGMATIZACIJA OSOBA S INTELEKTUALNIM TEŠKOĆAMA.....	3
1.1.2 UZROCI INTELEKTUALNE TEŠKOĆE.....	5
1.1.3 KLASIFIKACIJA STUPNJEVA INTELEKTUALNIH TEŠKOĆA.....	5
1.2 POREMEĆAJI IZ SPEKTRA AUTIZMA.....	7
1.3 DOWN SINDROM.....	12
1.4 CEREBRALNA PARALIZA.....	15
1.5 PRADER-WILLI SINDROM.....	18
2. CILJEVI RADA.....	21
3. IZVORI PODATAKA I METODE.....	22
3.1 ISPITANICI.....	22
3.2 METODE ISTRAŽIVANJA.....	22
4. REZULTATI.....	23
5. RASPRAVA.....	25
5.1 STRUKTURA I USTROJSTVO CENTRA ZA REHABILITACIJU OSOBA S POSEBNIM POTREBAMA “MIR”.....	25
5.1.1 TIM STRUČNJAKA KOJI SKRBI O POTREBAMA KORISNIKA CENTRA ZA REHABILITACIJU.....	29
5.1.1.1 ZADAĆE MEDICINSKIH SESTARA/MEDICINSKIH TEHNIČARA U SKRBI ZA KORISNIKE.....	30
5.2 PROMJENE U POTREBAMA ZA ZDRAVSTVENOM NJEGOM KORISNIKA CENTRA ZA REHABILITACIJU OSOBA S POSEBNIM POTREBAMA.....	30
5.3 ZDRAVSTVENA SKRB ZA KORISNIKE U VRIJEME COVID-19 PANDEMIJE.....	32
6. ZAKLJUČAK.....	33
7. LITERATURA.....	34
8. ŽIVOTOPIS.....	36

1. UVOD

Kroz povijest, osobe s intelektualnim teškoćama su bile označene, odbačene i stigmatizirane. Bile su zanemarene u pogledu skrbi i obrazovanja, te su često bile izolirane od zajednice, a u određenim povijesnim razdobljima bile su proganjane i zlostavljane. I danas ljudi, bez obzira što smo u 21. stoljeću, stvaraju predrasude i stereotipe o njihovim mogućnostima i potrebama te se percipiraju kao manje vrijedne (1).

Osobe s intelektualnim teškoćama su stavljene u skupinu osoba s invaliditetom. Prema Zakonu o Registru osoba s invaliditetom iz 2022., osoba s invaliditetom je osoba koja ima dugotrajna tjelesna, mentalna, intelektualna ili osjetilna oštećenja koja u međudjelovanju s različitim preprekama mogu sprječavati njezino puno i učinkovito sudjelovanje u društvu na ravnopravnoj osnovi s drugima (2). Načelno, invaliditet je širok pojam koji se koristi za opisivanje fizičkih, mentalnih, senzornih ili emocionalnih ograničenja koja mogu utjecati na sposobnost osobe da obavlja svakodnevne aktivnosti i sudjeluje u društvenom životu. Invaliditet može biti prisutan od rođenja ili se može razviti tijekom života zbog različitih faktora; genetskih, zdravstvenih, okolinskih (ozljede).

Nadalje, u prošlosti dolazi do izmjene naziva za osobe s mentalnom retardacijom kao što su osobe s teškoćama u razvoju i osobe s posebnim potrebama. U svakom pojmu netko nalazi nešto što je diskriminirajuće ili uvredljivo. Tako u nazivu osobe s posebnim potrebama se smatra da sve osobe, bez obzira na (ne)postojanje invaliditeta, imaju osnovne ljudske potrebe po A. Maslowu. (Slika 1.)



Slika 1. Maslowljeva hijerarhija potreba

Izvor: <https://krenizdravo.dnevnik.hr/zivotni-stil/put-ka-sreci/samoaktualizacija-sto-je-i-kako-je-postici>

Ti se nazivi slabije upotrebljavaju, a u novije vrijeme se upotrebljava naziv osobe s intelektualnim teškoćama. U svijetu je veliki postotak osoba s invaliditetom. Prema podacima iz rada prof. Josipa Račkog iz 1995., čak 10% ljudi u svijetu pati od nekog hendikepa. U njegovom radu je objašnjeno zbog čega naziv osobe s posebnim potrebama ne treba izbjegavati. Autor smatra da svaka osoba ima osnovne ljudske potrebe, ali i da prema osobama s intelektualnim poteškoćama moramo imati individualni pristup. Moramo prepoznati i zadovoljiti posebne potrebe koje ta osoba treba svladati, a koje su uzrokovane endogenim i egzogenim čimbenicima koji dovode do disfunkcije u određenom području (3).

U kliničkoj dijagnostici i funkcionalnom razvoju posebne potrebe se odnose na osobe s invaliditetom koji trebaju: medicinsku, mentalnu ili psihološku pomoć. U tu skupinu spadaju: poremećaji iz spektra autizma, cerebralna paraliza, Down sindrom, disleksija, diskalkulija, dispraksija, disgrafija, sljepoća i gluhoća (odnosno osjetilna oštećenja), ADHD te cistična fibroza (4).

U današnje vrijeme o osobama s posebnim potrebama se skrbi u specijaliziranim ustanovama čija je svrha osnivanja upravo pružanje zdravstvenih usluga pripadnicima ove populacije stanovništva. Potreba za dugotrajnom skrbi javlja se u situacijama kad je priroda teškoća takva da obitelj ne može zadovoljiti sve potrebe korisnika. U takvim slučajevima se osoba smještava u ustanove za dugotrajnu, često cjeloživotnu skrb.

U nastavku rada će biti zasebno prikazani najčešći poremećaji koji zahtijevaju specijaliziranu zdravstvenu skrb. Pregled poremećaja ćemo započeti opisom intelektualne teškoće koja je često jedan od pratećih fenomena svakog od njih.

1.1. INTELEKTUALNA TEŠKOĆA

Mentalna retardacija, koja se često naziva i intelektualnom teškoćom ili intelektualnim invaliditetom, je stanje koje karakterizira značajno smanjenje intelektualnih funkcija i adaptivnih sposobnosti pojedinca. Ova stanja mogu se pojaviti tijekom djetinjstva i ostati tijekom cijelog života. Intelektualna teškoća obuhvaća znatno nižu razinu intelektualnih funkcija u usporedbi s prosječnim osobama. To se obično izražava kroz niže rezultate u testovima inteligencije (IQ testovima). Definicija intelektualne teškoće može varirati, ali obično uključuje IQ ispod 70-75. Pored intelektualnih funkcija, intelektualne teškoće također uključuje ograničenja u adaptivnim sposobnostima. To uključuje vještine potrebne za svakodnevni život, kao što su komunikacija, samozaštita, samostalna briga o sebi, socijalna interakcija, obavljanje kućanskih poslova i radne vještine (1).

1.1.1. Stigmatizacija osoba s intelektualnim teškoćama

Nažalost, tijekom već opisane povijesti, osobe s intelektualnim teškoćama često bile marginalizirane, stigmatizirane i često su bile izložene lošem ponašanju i diskriminaciji. Najbolji primjer takvog ponašanja je pokret eugenike koji je promicao sterilizaciju ili "eliminaciju" osoba s intelektualnim teškoćama s ciljem "unapređenja" genetskog materijala ili pak stav Aristotela o potrebi "eliminacije" djece s ovim teškoćama kako bi se očuvala čistoća društva. U davna vremena u vrijeme antičke Sparte malformiranu i oštećenu djecu se ostavljalo na stijenama Tajgeta da umru, a u Rimljana su se po Senekinom zakonu bacali u Tiber, dok su Germani ostavljali djecu divljim zvijerima (1).

Upotreba uvredljivog jezika i izraza za opisivanje osoba s intelektualnim teškoćama bila je česta praksa u povijesti. Ovakav jezik dodatno je poticao stigmatizaciju i diskriminaciju. Termini koji su se koristili uključuju izraze *idiot*, *kreten*, *moron*, *imbecil*, *mongoloid*. Termin mentalna retardacija koncipiran je sredinom 20. stoljeća. Retardacija potiče od latinske riječi *reatarde* što znači činiti sporo, kašnjenje, tako termin mentalna retardacija znači i mentalno kašnjenje. Do kraja 20. stoljeća su izmijenjeni/izbačeni termini koji su se isto smatrali nekorektnim. Iako se danas koriste izrazi intelektualne teškoće i intelektualni invaliditet, mentalna retardacija i dalje ima svoj legitimitet kao termin na području zdravstva (5).

Također, tijekom 18. stoljeća započela je institucionalizacija osoba s intelektualnim teškoćama odnosno praksa smještanja osoba s intelektualnim oštećenjem u institucionalne ustanove umjesto da žive u zajednici ili obitelji. Tijekom većeg dijela 20. stoljeća, institucionalizacija osoba s intelektualnim teškoćama bila je raširena praksa u mnogim društvima. Ove institucije često su bile pretrpane, s lošim uvjetima i nedostatkom stručne skrbi. U mnogim institucijama su zabilježene zlostavljanje, zanemarivanje i loši uvjeti. Osobe s intelektualnim teškoćama često su bile lišene prava na obrazovanje, zdravstvenu skrb i dostojanstven život. Tijekom posljednjih desetljeća došlo je do promjena u pristupu skrbi za osobe s intelektualnim teškoćama. Postignut je napredak u smislu deinstitucionalizacije, gdje se osobe s intelektualnim teškoćama premještaju iz institucija u zajednice ili se pak institucije otvaraju prema zajednici

radeći na inkluziji korisnika. Cilj je osigurati da te osobe žive u što manje restriktivnim okruženjima i imaju pristup kvalitetnoj skrbi i podršci. Adekvatne ustanove u Republici Hrvatskoj su Centri za rehabilitaciju koji koriste čitav niz radnji kako bi se otvorili prema lokalnoj zajednici, primjerice usluge organiziranog stanovanja i usluge boravka.

1.1.2. Uzroci intelektualne teškoće

Intelektualna teškoća može imati različite uzroke koji se mogu pojaviti tijekom prenatalnog, perinatalnog ili postnatalnog razvoja djeteta. U nekim slučajevima uzrok intelektualnih teškoća ostaje nepoznat. Naslijeđeni genetski faktori igraju ključnu ulogu u razvoju intelektualnih teškoća u 5% slučajeva. Nenaslijeđeni oblici mogu nastati nekim nezgodama ili mutacijama u genskom razvoju. Primjer toga je Down sindrom (trisomija 21 kromosoma), Klinefelterov sindrom, kongenitalna hipotireoza, Williamsov sindrom, fenilketonurija te Prader-Wilijev sindrom. Uzroci nastanka intelektualnih teškoća mogu biti još i izloženost određenim toksinima ili bolestima (meningitis), problemi pri rođenju (nedostatak kisika), problemi u trudnoći (nepravilan razvoj fetusa) te nedostatak joda.

1.1.3. Klasifikacija stupnjeva intelektualnih teškoća

Prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti (MKB-10) intelektualne teškoće se klasificiraju prema postignutim bodovima na testu inteligencije na sljedeći način:

1. Laka intelektualna teškoća- približni IQ kreće se između 50 i 69 te odgovara mentalnoj dobi 9- 12 godina. Moguće su teškoće pri učenju. Mnoge osobe u odrasloj dobi koje se nalaze u toj podkategoriji intelektualnih teškoća se mogu osposobiti za ostvarenje socijalnih kontakata i obavljanje jednostavnih radnih aktivnosti.
2. Umjerena intelektualna teškoća- približni IQ kreće se između 35 i 49 i odgovara mentalnoj dobi 6- 9 godina. Značajan broj osoba koje pripadaju ovoj podkategoriji intelektualnih teškoća mogu doseći određeni stupanj samostalnosti koja uključuje brigu o sebi, učenje i komuniciranje. Odraslim osobama koje spadaju u podkategoriju

umjerene intelektualne teškoće nužni su različiti oblici pomoći i podrške.

3. Teška (teža) intelektualna teškoća- približni IQ kreće se između 20 i 34 te osobe u ovoj podkategoriji prema sposobnostima odgovaraju mentalnoj dobi 3-6 godina. Odraslim osobama koje spadaju u ovu podkategoriju je nužna stalna pomoć okoline.

4. Duboka (teška) intelektualna teškoća- IQ je ispod 20, mentalna dob je ispod 3 godine. Osobe koje spadaju u ovu podkategoriju posjeduju ozbiljna ograničenja prilikom komunikacije i pokretanja i nužna im je konstantna njega i pomoć (6).

Učenje kod osoba s intelektualnim teškoćama može biti izazovno, ali pravilna podrška i prilagođene metode obrazovanja mogu značajno poboljšati njihove mogućnosti za uspješno učenje. Važno je pristupiti učenju na individualan način, uzimajući u obzir razinu intelektualnih teškoća, potrebe i snage svake osobe. Učitelji i stručnjaci za obrazovanje trebaju prilagoditi kurikulum kako bi odgovarao razini razumijevanja i sposobnosti učenika s intelektualnim teškoćama. Ovo može uključivati jednostavnije materijale, više vremena za svladavanje gradiva i korištenje vizualnih pomagala. Individualni planovi obrazovanja (IEP) je dokument koji se razrađuje za svakog učenika s intelektualnim teškoćama. On detaljno opisuje njihove ciljeve, potrebe i planove za učenje te pruža smjernice za prilagođeni pristup obrazovanju. Vizualna pomagala, kao što su slike, grafikoni i simboli, mogu biti izuzetno korisni za učenje osoba s intelektualnim teškoćama (5).

Blaga intelektualna teškoća determinirana je kvocijentom inteligencije od 50 do 69. Visina tog kvocijenta odgovara mentalnoj dobi djece od 9 do 12 godina. Laka intelektualna teškoća nije previše izražena i teško ju je izdvojiti od prosječne djece. U aktivnostima u školi i druženjima se ne razlikuju od ostale djece, ali pri učenju, pamćenju i obradi podataka se vide poteškoće. Glavna karakteristika blage intelektualne teškoće je: teškoće pri učenju i usvajanju novih informacija. Kad osoba odraste, ona je sposobna za rad i ostvarivanje socijalnih kontakata (7).

Umjerena intelektualna teškoća se uspostavlja kao dijagnoza kod osoba kojima je kvocijent inteligencije u rasponu od 35 do 49. Takve osobe odgovaraju mentalnoj dobi djeteta od 6 do 9 godina. Umjerena intelektualna teškoća je skoro uvijek očigledna unutar prve godine djetetova života. Takva djeca kasno progovore i potrebna im je velika potpora društva, škole, zajednice, obitelji da bi mogli u potpunosti sudjelovati u

svakodnevnom životu. Ustrajnim učenjem mogu savladati jednostavne vještine brige o sebi i određen stupanj samostalnosti (5).

Teška intelektualna teškoća prati raspon kvocijenta inteligencije od 20 do 34 što odgovara mentalnoj dobi djeteta između 3 i 6 godina. Osobe ne mogu ostvariti socijalni kontakt niti kontakt i imaju velike poteškoće s učenjem. Također, osobe trebaju pomoć okoline i nisu u mogućnosti da vode brigu o sebi niti da budu samostalni.

Duboka intelektualna teškoća prati mentalnu dob djeteta ispod 3 godine. Kvocijent inteligencije im je ispod 20. Osobe sa ovim stupnjem inteligencije ovise o drugoj osobi u svim segmentima dnevnih i životnih aktivnosti, od komunikacije do pokretljivosti. Potrebna im je stalna skrb i pomoć 24 sata.

Još jednu skupinu intelektualne teškoće možemo prikazati, a to je granična intelektualna teškoća kojima kvocijent inteligencije varira od 70 do 79. Približno su mentalnoj dobi od 10 do 13 godina. Većina djece se normalno uklope u prosječnu populaciju, iako ta razlika je uočljivija u odrasloj dobi pri čemu osobe s graničnom intelektualnom teškoćom zadržavaju niži socioekonomski status (7).

1.2. POREMEĆAJI IZ SPEKTRA AUTIZMA

Termin autizam uvodi švicarski psihijatar E. Bleuler 1911. Mnogi smatraju da taj termin nije dobar jer se njime označavaju osnovni simptomi shizofrenije: manjak komunikacije, povlačenje u svoj svijet i izolacija od okoline (8). Međutim Ramachandran (2013.) smatra da sama riječ potiče od grčke riječi *authos*, što znači sam, koja je glavna karakteristika tog poremećaja.

Autizam je poremećaj koji je prvi opisao Leo Kanner 1943. godine pa se naziva i Kannerov sindrom. Autizam je neurobiološki razvojni poremećaj koji se manifestira u različitim oblicima, no karakterizira ga poteškoća u socijalnoj interakciji, komunikaciji i prisutnost ponavljajućih ili stereotipnih ponašanja ili interesa. Autizam se često ubraja u poremećaje iz spektra autizma (ASD) jer obuhvaća različite stupnjeve ozbiljnosti i različite simptome kod različitih osoba. Uzrok nastanka je nepoznat i dan danas (9).

Osim autizma, u tu skupinu spadaju još: Aspergerov sindrom, dječji dezintegrativni poremećaj i pervazivni razvojni poremećaj (9).

Svi ovi poremećaji se razlikuju po spektru psiholoških stanja i rasponom abnormalnosti kod socijalne interakcije i komunikacije, ograničenih interesa i ponavljajućih ponašanja (10). Svi znakovi autizma prikazani su na *Slici 2*, a mogu se i sistematizirati na sljedeći način:

Poteškoće u socijalnoj interakciji:

- Ograničene ili neobične socijalne interakcije, kao što su poteškoće u uspostavljanju prijateljstava.
- Nedostatak razumijevanja društvenih normi, poput razmjene osjećaja i empatije.
- Teškoće u čitanju emocionalnih izraza i neobičan kontakt očima.

Poteškoće u komunikaciji:

- Ograničenost u verbalnoj komunikaciji, uključujući poteškoće u razvoju govora ili odsutnost govora.
- Ponavljajući i stereotipni govorni obrasci ili fraze.
- Ograničenost u sposobnosti razumijevanja govora drugih ljudi.

Ponavljajuća ponašanja i interesi:

- Ponavljajući pokreti, geste ili radnje (npr. mahanje rukama, okretanje predmeta).
- Intenzivni i specifični interesi koji su često uski i fiksirani.
- Ovisnost o rutinama i teškoće u prilagodbi promjenama u svakodnevnom životu.

Poteškoće u osjetilnoj osjetljivosti:

- Osjetilna osjetljivost na svjetlo, zvuk, mirise, teksture ili okus koji se razlikuju od tipičnih reakcija.



Slika 2. Znakovi autizma

Izvor: [Svjetski dan svjesnosti o autizmu - Udruga Mali princ \(mali-princ.hr\)](http://svjetski-dan-svjesnosti-o-autizmu.org)

Autistični poremećaj se manifestira do 30. mjeseca djetetova života. Prije su smatrali da je taj poremećaj rijedak, ali u novija vremena statistike pokazuju znatan porast (9). Poremećaj se primarno očituje kroz deficite u socijalizaciji i komunikaciji

tijekom razvoja djeteta. Utvrđeno je da postoji niz neurobioloških osobitosti koji su specifični za autizam, a ne za zdravu djecu ili kod djece s poteškoćama u razvoju (8).

Smatra se da je uzrok autizma skup različitih bioloških učinaka, a u novija vremena smatra se da autizam uzrokuje više čimbenika:

- utjecaj nasljeđa;
- moždana oštećenja i oštećenja moždane funkcije (virusne infekcije, genetski čimbenici, komplikacije kod trudnoća i poroda);
- poremećaj emocionalnog razvoja;
- biokemijske osobitosti;
- poremećaj kognitivnih procesa i govornog razvoja;
- interakcija navedenih čimbenika (8).

Unazad 20 godina se javljaju majke i ljudi koji smatraju da je uzrok autizma cijepljenje. Jedan od sastojaka koji su oni smatrali da je glavni krivac je tiomersal, koji se koristi kao konzervans u nekim cjepivima (11). Ipak, 2004. godine na američkom institutu CDC je provedeno istraživanje, a te iste godine *Američki Institute of Medicine* (IOM) objavljuje znanstvenu literaturu u kojoj odbacuju povezanost cjepiva koja sadrže tiomersal s autizmom (11). Isti taj institut 2011. godine je objavio istraživanja sa zaključkom da niti jedno cjepivo, neovisno o sadržaju , nije povezano s nastankom autizma kod djece niti u odrasloj dobi (12).

Smatra se da dijete s poremećajem iz spektra autizma treba što ranije izlagati adekvatnim tretmanima i odgojnim postupcima, jer u suprotnom će doći do propadanja intelektualnih funkcija i osobe u cjelini. Rana intervencija za autizam igra ključnu ulogu u poboljšanju ishoda za osobe s ovim poremećajem. Što se ranije dijagnosticira i pruži odgovarajuća podrška, to su veće šanse za razvoj ključnih vještina. Rana intervencija obuhvaća različite terapije, pristupe i prilagođene planove za svako dijete. Rad s obitelji i integracija intervencije u svakodnevni život djeteta su također važni. Praćenje i prilagodba plana su nužni kako bi se postigli najbolji rezultati (9).

Bihevioralna terapija je terapija koja se primjenjuje još od 1960. godine. Kreativna terapija, uključujući likovnu terapiju, glazbenu terapiju, plesnu terapiju i druge oblike izražajne umjetnosti, može biti korisna za osobe s autizmom. Ovi oblici terapije koriste kreativne aktivnosti kako bi se potaknuo izražaj, komunikacija i emocionalno blagostanje (9). Primjerice, likovna terapija pruža alternativni način komunikacije za osobe s autizmom. Kroz likovne medije, oni mogu komunicirati svoje misli, želje i potrebe, čak i ako imaju poteškoća u govoru. Nadalje, grupne seanse likovne terapije pružaju priliku za interakciju s drugim sudionicima. Kroz zajedničko stvaranje umjetničkih djela, osobe s autizmom mogu razvijati socijalne vještine, dijeliti iskustva i učiti surađivati s drugima.

O roditeljima kao terapeutima koji su na našim područjima zapravo roditelji njegovatelji su podijeljena mišljenja. Jedni smatraju da će roditelji kao terapeuti napraviti više štete nego koristi zbog subjektivnog odnosa prema djetetu, dok drugi smatraju da su oni neizostavni u samom procesu terapije kao uspješne. Svjetski dan svjesnosti o autizmu je 2. travnja. Pokušava se skrenuti pozornost na sve češći i veći problem u svijetu (13).

Aspergerov sindrom spada u skupinu autističnih poremećaja koji je poznat po abnormalnostima društvenog funkcioniranja i ponavljajućim ponašanjima, no inteligencija i lingvistička funkcionalnost su i dalje očuvane. Po tome se razlikuje od ostalih autističnih poremećaja (13). Samo ime ovom sindromu je dao austrijski pedijatar, Hans Asperger, koji je 1944. godine opisao ovu bolest. Opisivao je djecu kod koje su zabilježeni znakovi autizma te je došao do zaključka da imaju: izuzetnu inteligenciju i uredni lingvistički razvoj, dok istodobno pokazuju suženu mogućnost ekspresije i samo razumijevanje neverbalne komunikacije, nemaju mogućnost pokazivanja empatije te su izuzetno nespretni (14).

Uzrok poremećaja nije utvrđen, ali se smatra da postoji genetska povezanost. Očevi djece sa Aspergerovim sindromom često iskazuju znakove poremećaja u nekom obličju (15). Za razliku od djece sa autizmom koji imaju ograničene interese za predmete, kod djece sa Aspergerovim sindromom interesi su na matematici, povijesti, zemljopisu ili na detaljima iz svakodnevnog života (npr. auta) (14).

U svom radu Asperger je smatrao da se simptomi i poteškoće tijekom cijelog života mijenjaju i perzistiraju. U djetinjstvu se te poteškoće najviše vide u socijalnoj

adaptaciji, a kad djeca krenu u školu te se poteškoće proširuju na učenje i na određene poremećaje u ponašanju. U adolescenciji su poteškoće u traženju adekvatnog zanimanja, a u odrasloj dobi su poteškoće kako u partnerskim tako i u socijalnim odnosima (14). Ovaj sindrom se može dijagnosticirati i osobama treće životne dobi, iako rjeđe (15).

Djeci sa Aspergerovim sindromom u školama je omogućen individualiziran pristup, a nastavnici su dužni prilagoditi nastavni program djeci sa poremećajem (15). Aspergerov sindrom vrlo često možemo povezati i sa drugim poremećajima kao što su: poremećaji pažnje i hiperaktivnost, anksioznost, depresija, bipolarni poremećaj, Tourettov sindrom i opsesivno- kompulzivni poremećaj (OKP) (13).

Liječenje se provodi farmakološkim i ne farmakološkim tretmanima. U farmakološke tretmane spadaju: upotreba stimulansa, α - 2 adrenergičnih agonista, atipičnih antipsihotika, antidepresiva i antikonvulziva. Nefarmakološke terapijske intervencije obuhvaćaju sociobihevioralnu i kognitivno bihevioralnu terapiju (13). Problem sa samom upotrebom terapije je to što se dijagnoza postavlja najčešće u odrasloj dobi, što je dosta kasno. To se povezuje sa činjenicom da se autizam dosta često povezuje sa neverbalnosti, što nije karakteristika Aspergerova sindroma. S primjenom terapije bi trebalo krenuti što prije radi što boljih rezultata (14). Neki smatraju da ovaj sindrom nije poremećaj, već da se radi samo o ljudima koji su različiti, pa ih nazivaju neurodivergentnima (15).

1.3. DOWN SINDROM

Ovaj sindrom je prvi opisao 1866. godine John Langdon Down. Down sindrom se pojavljuje kao anomalija tj. trisomija 21. para kromosoma. To je ustanovljeno 1957. godine. Na pojavu trisomije na 21. paru kromosoma utječe starost majke na način da što je majka starija to se vjerojatnost pojave ovog sindroma povećava. Vjerojatnost anomalije kod žena od 45 godina je 1:30. Zbog toga se u novija vremena rade testovi probira, a najčešće se upotrebljava test trostrukog probira ili tripl test, čija je osjetljivost 70%. Ovaj test se izvodi u periodu između 15 i 18 tjedna trudnoće. Najnovije su dostupni neinvazivni probir testovi koji se rade u 9 tjednu trudnoće, a njihova

osjetljivost po tvrdnjama proizvođača raste na 99%. U svakom slučaju ako test probira pokaže da je pozitivan, trudnica se šalje dalje na amniocentezu čime se sa sigurnošću postavlja dijagnoza Down sindroma kod djeteta (16).

Uobičajen izgled osobe s Down sindromom je: slabiji mišićni tonus, niži rast, viši položaj očiju na licu i nešto širi dlan. Osobe s Down sindromom češće obolijevaju od srčanih bolesti, bolesti dišnog sustava, Alzheimerove bolesti, bolesti štitnjače, a često obolijevaju i od leukemije. S obzirom da se dosta ovih bolesti uspješno liječe, životni vijek osoba sa Down sindromom je produžen i kvalitetniji nego u prošlim vremenima. Očekivani životni vijek prema istraživanjima u SAD-u se podigao na 60 godina (16).

Svaka osoba u svom organizmu treba imati 46 kromosoma. Osobe s Down sindromom imaju 47 kromosoma. Uzrok Down sindroma je nerazdvajanje kromosoma tijekom mejoze ili mitoze. Uzrok može biti i u patološkom razdvajanju kromosoma koji uključuje 21 kromosom. Po tome se razlikuju tri tipa ovog sindroma: regularni, mozaički i translokacijski tip. Regularni tip je najčešći i nastaje tijekom mejoze tj. tijekom nastanka spolnih stanica. Mozaički je zastupljen u manjem postotku, a nastaje tijekom mitoze. Što se tiče translokacijskog tipa govori se o Robertsonovim translokacijama, koji je posljedica strukturnog poremećaja kromosoma (17).

Klinički u osoba s ovim sindromom su zastupljeni različiti stupnjevi intelektualnih teškoća. Mentalna retardacija varira od blagog pa sve do teškog oblika. Zbog poremećaja razvoja mozga prisutni su i različiti stupnjevi neurorazvojnog odstupanja i usporen psihomotorni razvoj, koji je u dojenačkom razdoblju slabije izražen. Izražena karakteristika novorođenčeta je: hipotonija i hiperfleksibilnost zglobova. Zbog toga djeca s Down sindromom teže prohodaju. Osobe s Down sindromom imaju karakterističan, prepoznatljiv izgled što uključuje široke razmaknute i koso položene oči, malene uške, nos i usta, jezik je isplažen, zatiljak plosnat, u medijalnom očnom kutu su nabori, širok dlan s kratkim prstima i brazdu četiri prsta na dlanu. Tipičan izgled osobe s Down sindromom prikazan je na *Slici 3*. Visina im je najčešće oko 150 cm. Osobe s Down sindromom često su prijateljske i vole društvo. Imaju tendenciju da budu ljubazni prema drugima i često razvijaju bliske odnose s obitelji i prijateljima. Mnogi ljudi s Down sindromom imaju pozitivan i veseo karakter. Često se smiju, vole zabavu i skloni su optimizmu (17).



Slika 3: Facijalne karakteristike djeteta s Down sindromom

Izvor: <https://isbscienceg9.blogspot.com/2014/10/down-syndrome.html>

Pojava epilepsije kod djece s Down sindromom nije velika, ali je zastupljenost veća nego u općoj populaciji. Najčešće sa javlja u obliku konvulzija prije prve godine djetetova života. U odrasloj dobi, najčešće iznad 60 godina, češće imaju funkcionalne i neuropatološke simptome slične Alzheimerovoj bolesti. Od ostalih bolesti u osoba s Down sindromom su zastupljeni gastrointestinalni simptomi u obliku duodenalne artrezijske ili stenozne, opstipacije, GERB te celijakije. Od oftalmoloških bolesti kod njih su najčešće zastupljene: miopija, astigmatizam, strabizam, nistagmus, a ponekad razvijaju i glaukom.

Najčešći otorinolaringološki poremećaji su: upala srednjeg uha koji je često uzročnik gubitka sluha, pa su kontrole jako važne. Stomatološki problemi se javljaju u obliku mikrodoncije (deformacija), poremećaja oblika zuba zbog male usne šupljine, gingivitisa. Od endokrinoloških bolesti najčešće su zastupljeni bolest štitne žlijezde (hipotireoza) te dijabetes. Od hematoloških bolesti najčešća je pojava leukemije u osoba sa Down sindromom. Osim toga od ostalih poremećaja se javlja mikrocitoza, leukopenija, trombocitoza u dojenačkom dobu. Od respiratornih bolesti najčešće razvijaju astmu, noćnu apneju, poremećaje plućne vaskularizacije, anomalije gornjih i

donjih dišnih puteva i kronični kašalj. Infekcije dišnih puteva su česte i s teškim oblicima simptoma. Osobe s Down sindromom često povezujemo s različitim imunološkim poremećajima poput osjetljivosti na infekcije, autoimunim bolestima i malignim bolestima.

Najčešće anomalije koje mogu imati djeca s Down sindromom su srčane mane. To je najčešći uzrok smrti u perinatalnom i neonatalnom razdoblju osoba s Down sindromom. Mogu se udružiti sa kardijalnim malformacijama pa u odrasloj dobi prelaze u kronični oblik. Neki oblici su bezazleni, a neki zahtijevaju operativni zahvat. Preporučuje se da svako novorođenče uradi pretrage UZ i EKG srca i napravi općeniti kardiološki pregled. Tijekom trudnoće moguće je već u prvom tromjesečju precizno dijagnosticirati defekt AV kanala preciznom suvremenom ultrazvučnom tehnologijom. Samo liječenje srčanih grešaka ovisi o težini i vrsti grešaka, većina ih zahtjeva redovne kontrole. Liječenje osoba sa Down sindromom zahtjeva zajedničku suradnju roditelja, stručnjaka, djelatnika i same zajednice (18).

Učenje životnih vještina za osobe s Down sindromom ima ključnu ulogu u njihovoj neovisnosti i prilagodbi na svakodnevni život. Nastavak podrške i učenja ovih vještina može značajno poboljšati kvalitetu života osoba s Down sindromom. Obitelj je često prvi učitelj djeteta s Down sindromom i igra važnu ulogu u njihovom obrazovanju. Nadalje, uloga obitelji je da potiče inkluziju djeteta s Down sindromom u zajednicu i potragu za prilikama za socijalnu interakciju s vršnjacima.

1.4. CEREBRALNA PARALIZA

Cerebralna paraliza (CP) je skupina trajnih motoričkih poremećaja koji se javljaju kao posljedica oštećenja mozga prije ili tijekom porođaja, tijekom razvoja djeteta ili u prvim godinama života. Ova oštećenja mozga mogu utjecati na kontrolu mišića, ravnotežu i pokretljivost, uzrokujući različite stupnjeve poteškoća u pokretanju i koordinaciji. Oštećenje je nepopravljivo, a invaliditet trajan (19).

Dijagnoza cerebralne paralize (CP) obično se postavlja na temelju temeljitog medicinskog pregleda i procjene djeteta od strane pedijatra, neurologa, fizijatra i drugih

stručnjaka za razvoj djece. Proces dijagnostike može se prikazati kroz korake. Prvo liječnici razgovaraju s roditeljima ili skrbnicima kako bi saznali o prenatalnoj, perinatalnoj i postnatalnoj povijesti djeteta. Ovo uključuje informacije o trudnoći, porodu, razvoju i prethodnim medicinskim problemima. Nakon toga obavlja se fizički pregled kojim se identificiraju eventualni neuromotorički problemi, abnormalnosti u tonusu mišića, nerazvijenost određenih mišića i drugi znakovi koji sugeriraju cerebralnu paralizu. Neurolog također sudjeluje u pregledu. Dodatni testovi mogu biti uključeni kako bi se isključili drugi uzroci simptoma i potvrdila dijagnoza. To može uključivati slikovne studije mozga, magnetsku rezonancu (MRI) ili računalnu tomografiju (CT) kako bi se vidjelo ima li oštećenja u mozgu. Nakon temeljitog pregleda i testiranja, postavlja se dijagnoza CP-a i, ako je moguće, određuje se vrsta cerebralne (20).

Tipovi cerebralne paralize su:

a) Spastični tip je najčešći tip, a karakterizira ga povećan tonus koji ovisi o veličini oštećenja motornih neurona. Još ga karakterizira pojačani refleksi stezanja mišića, pozitivan refleks Babinskog, poteškoće sa koordinacijom. Ovaj tip je najzastupljeniji i pogađa 75% djece.

b) Diskinetsku cerebralnu paralizu karakteriziraju nepravilni i nekontrolirani pokreti mišića, što može uključivati sporadične trzaje, uvijanje, i nepravilne kretnje. Osobe s diskinetskom CP-om često imaju poteškoće u održavanju stabilnosti i preciznosti pokreta, što otežava svakodnevne aktivnosti poput hodanja, držanja predmeta i komunikacije.

c) Ataksični tip karakterizira gubitak koordinacije, nedostatak osjećaja ravnoteže, a sve zbog oštećenja na malom mozgu.

d) Hipotonični tip je jako malo zastupljen u djece sa dječjom paralizom i treba ga razlikovati od ostalih bolesti koji mogu izazivati hipotoniju (bolesti mišića, poremećaj metabolizma ili neke genetske bolesti). Najčešće ovaj oblik poslije par mjeseci djetetova života prelazi u spastični tip.

Klasifikacijski sustav grubog motoričkog funkcioniranja (GMFCS) je standardizirani sustav koji se koristi za procjenu i klasifikaciju motoričke funkcije djece s cerebralnom paralizom i drugim sličnim poremećajima. Ovaj sustav pomaže

stručnjacima da bolje razumiju i komuniciraju o motoričkom funkcioniranju djece s CP-om. GMFCS se obično koristi za klasificiranje djece u pet različitih razina, od I do V, pri čemu svaka razina opisuje razinu funkcionalne samostalnosti i mobilnosti. Stupnjevi nisu fiksni i mogu se mijenjati kroz odrastanje (20).

Razina I opisuje djecu s najboljom funkcionalnom sposobnošću koja mogu hodati bez pomoći, iako neki od njih mogu imati blage poteškoće u ravnoteži i koordinaciji. Razina II opisuje djecu koja mogu hodati s minimalnom pomoći, ali za duže udaljenosti mogu trebati ortopedske pomagala poput štaka ili hodalica. Razina III opisuje djecu koja mogu hodati uz znatnu potporu ili pomoć, obično koristeći invalidska kolica za veće udaljenosti. Razina IV opisuje djecu koja su uglavnom ograničena na vožnju invalidskim kolicima, iako mogu imati određenu kontrolu trupa i gornjeg dijela tijela. Razina V opisuje djecu s najvećim poteškoćama u kretanju, obično su potpuno ovisna o pomoći za svakodnevne aktivnosti.

Djeca s cerebralnom paralizom osim motoričkih problema imaju i pridružene probleme. Čak 30 do 50% imaju intelektualne poteškoće (19), a od ostalih problema su: poteškoće s vidom kao strabizam vezan uz diplegiju (obostrana oduzetost simetričnih dijelova tijela), hemianopsija je vezana za hemiplegiju, a retinopatija je najčešće povezana sa prijevremenim porodom. Moguće su poteškoće sa sluhom i poremećaji s oralnom motorikom što može biti uzrok pojačane salivacije, disfagija, disartija. Problem sa disfagijom, zbog otežanog gutanja može dovesti do pothranjenosti. U ovakvim slučajevima se uvodi gastrostoma ili gastrojejunostoma. Gastrointestinalni problemi su česti kod cerebralne paralize u obliku gastroezofagijalnog refluksa, opstipacije. Nerijetko osobe s cerebralnom paralizom imaju poteškoće sa urinarnom inkontinencijom, često mokrenje ili zastoj u mokrenju. Kod djece s cerebralnom paralizom mogu se pojaviti i epileptični napadaji. To je znak većeg oštećenja kortikalnog dijela mozga. Zbog manjka vitamina D i kalcija, česte su i osteoporoze u djece s cerebralnom paralizom.

Od terapije važna je habilitacija koja ima dva cilja. Jedan je smanjiti komplikacije, a drugi je poboljšati sposobnost usvajanja novih vještina. Rana intervencija je jako važna u terapijskom smislu. Rano uvođenje fizikalne terapije može smanjiti utjecaj oštećenja mozga na razvoj cerebralne paralize. Fizikalna terapija se radi u

neurorazvojnog tretmanu po Bobath konceptu. Osnova ovog tretmana je povećanje funkcionalnih vještina. Ovim tretmanom tretiramo poremećaj pokreta. Vremenom dijete preuzima pokret i nauči kako ga započeti. Terapijski koncept refleksne lokomocije radi se po Vojti. On obuhvaća obrazac pokreta koji se ne pojavljuje spontano nego stimulacijom određenih dijelova tijela. U ranoj intervenciji važnu ulogu zastupa obitelj i njihova edukacija. Plan liječenja se kreira individualno prema svakom djetetu. U liječenju je važan timski rad u koji su uključeni: neuropedijatri, neurofiziatri, ortoped, oftalmolog, psiholog, neurokirurg, logoped, socijalni radnik, medicinska sestra te fizioterapeut (20).

Osobe s cerebralnom paralizom imaju pravo na obrazovanje i punu integraciju u društvo. Inkluzivni pristup u školama i zajednici pomaže im da razvijaju svoje potencijale i postanu što neovisniji. Različite organizacije i resursi pružaju podršku osobama s cerebralnom paralizom i njihovim obiteljima, uključujući pravne usluge, financijsku pomoć i druge oblike podrške.

1.5. PRADER - WILLI SINDROM

Prader - Willi sindrom je rijedak, ali složen genetički poremećaj koji dolazi zbog nedostatka izražaja očevih gena na 15 kromosomu. Prvi put je opisan 1956. godine, a opisuju ga švicarski pedijatri Prader, Labhart i Willi. Ovaj sindrom se javlja otprilike u 1 : 30 000 novorođene djece, a podjednako su zastupljena kod oba spola.

Uzrok nastanka je nepoznat, ali se smatra da bi jedan od faktora nastanka mogao biti i poremećaj u hipotalamusu koji mogu nastati i postnatalno uslijed nekih povreda ili operacija. Taj poremećaj može na tri načina nastati, i to: mikrodencija koja je najzastupljenija oko 75% i nastaje zbog gore spomenutog nedostatka očevih gena na 15 kromosomu. Drugi je manje zastupljen, a javlja se uslijed majčinske uniparentalne disomije tj. da ta osoba nosi oba kromosoma 15 majčina. Najrjeđi oblik je kada postoji očev gen, ali on nema ekspresiju zbog mutacije gena.



Slika 4: Fizički izgled djeteta s Prader - Willi sindromom

Izvor: <https://www.pinterest.com/dawn143/prader-willi-syndrome/>

Klinička slika se kroz vrijeme mijenja. Tijekom intrauternoga razdoblja javlja se hipotonija i smanjenje fetalnih pokreta. Porod se većinom završava carskim rezom ili operativno završava vaginalni porod. Novorođenčad sa ovim sindromom se većinom rađaju manje tjelesne težine i visine u odnosu na svoju braću ili sestre. Uz hipotoniju javlja se i letargija i novorođenče slabije plače i ima slabije izražene reflekse. Zbog hipotonije se javljaju poteškoće pri hranjenju pa se takvoj djeci često uvode sonde za hranjenje. Potrebe za takvim hranjenjem se obično gube do godine dana. Sa godinom dana tek samostalno sjede, a prohodaju obično sa 2 godine života. Tijekom druge godine se javlja jaka glad i potreba za hranom i ako se ne vodi kontrola obično se javlja

i gojaznost što je prikazano na *Slici 4*. Od treće godine života imaju stalan osjećaj gladi i potrebu za hranom. U tom periodu javlja se patološka pretilost. IQ im se kreće od 40 do 60. Obično ne dosegnu prosječnu visinu u obitelji i zdravstveno stanje je praćeno raznim komorbiditetima. Zbog kognitivnog oštećenja i potrebe za stalnim nadzorom nad uzimanjem hrane, osobe sa ovim sindromom se obično smještaju u institucije pod nadzor.

Prader-Willi sindrom prate i drugi poremećaji, a to su: nedostatak hormona rasta, hipogonadizam, hipotireoza, insuficijencija nadbubrežne žlijezde, poremećaj ponašanja, skolioza, oftalmološki poremećaji. Lijek za ovaj sindrom ne postoji ali u multidisciplinarnom pristupu i u suradnji sa pedijatrijama, psiholozima, logopedima, endokrinolozima, nutricionistima, genetičarima skrb za ovakvu osobu se može planirati i poboljšati kvalitetu života (19).

U ovom radu će biti prikazan rad ustanove Centar za rehabilitaciju "Mir" čija je temeljna svrha djelovanja skrb o osobama s posebnim potrebama prikazanim u uvodnom dijelu rada.

2. CILJEVI RADA

Ciljevi ovoga rada su sljedeći:

- prikazati strukturu i ustrojstvo Centra za rehabilitaciju “Mir” u kojemu je istraživanje provedeno s posebnim osvrtom na zadaće medicinske sestre/ medicinskih tehničara u skrbi za korisnike
- prikazati promjene u potrebama za zdravstvenom njegom korisnika Centra za rehabilitaciju osoba s posebnim potrebama u razdoblju od početka 2016. godine do kraja 2022. godine.

3. IZVORI PODATAKA I METODE

3.1. ISPITANICI

U ovom istraživanju, izvor podataka za analizu je dokumentacija javne ustanove Centar za rehabilitaciju "Mir" koja pruža skrb za osobe s intelektualnim teškoćama, za koju smo od navedene ustanove dobili pismeno dopuštenje pristupa (Posl. br.464/22).

Istraživanje se sastoji u analizi i interpretaciji informacija i podataka koji su sadržani u dostupnoj dokumentaciji. Prikupljeni su i obrađeni podatci o korisnicima Centra. Radi se o osobama s intelektualnim poteškoćama uvjetovanim različitom etiologijom. U Centar se smještaju punoljetni korisnici kojima je primarna dijagnoza prirođena ili stečena intelektualna poteškoća, bilo koje vrste. Za smještaj je potrebno prvenstveno podnijeti zahtjev Područnom uredu prema mjestu prebivališta (Hrvatski Zavod za socijalni rad), te se dalje šalje na komisiju u predviđenu ustanovu, koja sa komisijom za prijem i otpust odobrava ili odbija zahtjev ili stavlja na listu čekanja.

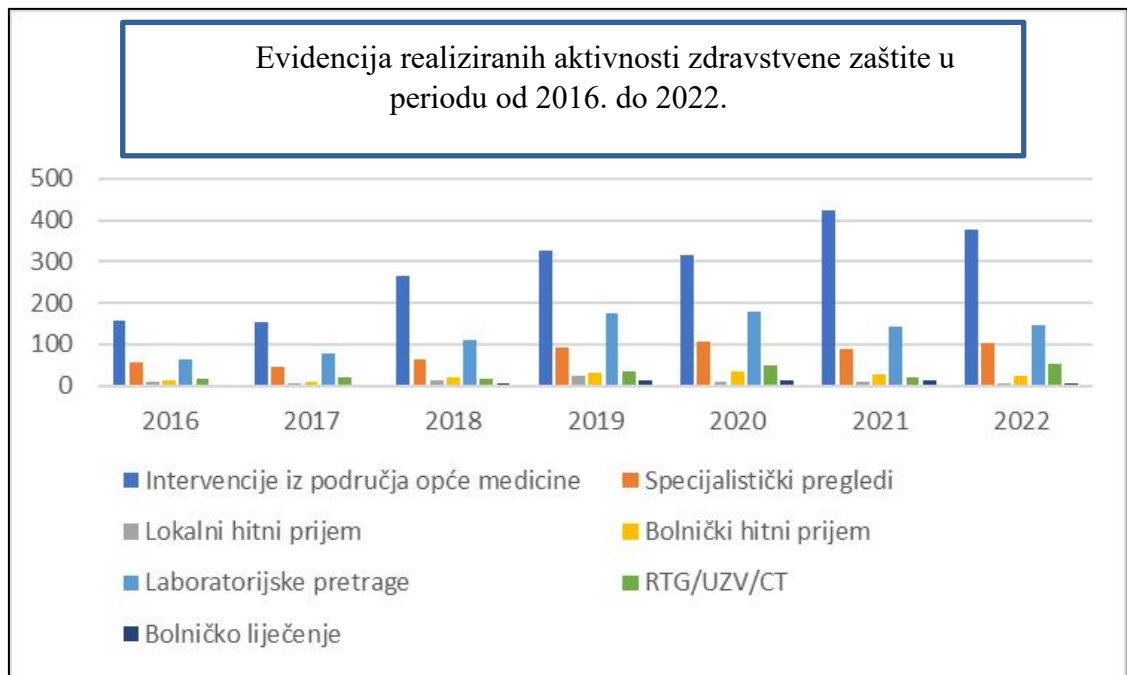
3.2. METODE ISTRAŽIVANJA

U kontekstu našeg istraživanja riječ je o pregledavanju relevantnih dokumenata, kao što su izvješća, evidencije, medicinski kartoni, statistička izvješća ili bilo koja druga dokumentacija koja se odnosi na skrb i potrebe korisnika te ustanove. Prvo su identificirani i prikupljeni svi relevantni dokumenti koji se odnose na temu istraživanja. Nakon prikupljanja, dokumenti su pažljivo analizirani kako bi se izvukle relevantne informacije. Nakon analize, rezultati se tumače kako bi se donijeli zaključci ili se identificirale promjene, trendovi ili problemi koji su se pojavili tijekom vremena, a o čemu će biti riječ nešto kasnije u radu.

4. REZULTATI

Zdravstvena njega obuhvaća skup postupaka, aktivnosti i interakcija koje se provode kako bi se očuvalo ili poboljšalo zdravlje pojedinca. Ova vrsta njege pruža se od strane obučениh medicinskih profesionalaca, kao što su medicinske sestre, medicinski tehničari, liječnici i drugi zdravstveni radnici, a usmjerena je na različite aspekte zdravstvene zaštite, uključujući prevenciju, dijagnostiku, liječenje i rehabilitaciju.

Zdravstvena njega korisnika Centra za rehabilitaciju sastoji se od intervencija iz područja opće medicine, specijalističkih pregleda, intervencija hitne medicine na lokalnoj i bolničkoj razini, stomatoloških pregleda, ginekoloških pregleda, laboratorijskih pretraga, RTG/UZV/CT pretraga, cijepljenja protiv gripe, hospitalizacije, osiguranja ortopedskih pomagala, nabave higijenskih potrepština i lijekova, intervencija iz nadležnosti Zavoda za javno zdravstvo te vođenja evidencije o umrlima. Ključne intervencije i kretanje broja intervencija u razdoblju prethodnih sedam godina prikazane su na Slici 5.



Slika 5: Evidencija realizirani aktivnosti zdravstvene zaštite u periodu od 2016. do 2022. godine

Intervencije iz područja opće medicine obuhvaćaju redovne i kontrolne preglede korisnika, zdravstvenu njegu akutnih stanja te je područje nužno povezano s cijelim nizom intervencija od laboratorijskih pretraga do nabavke lijekova. Tijekom razdoblja od 2016. do 2022. godine najveći porast u broju aktivnosti zabilježen je upravo u opisanom području. Broj intervencija iz područja opće medicine svoj vrhunac su doživjele 2021. godine, kada ih je bilo 425 što u odnosu na 157 intervencija tijekom 2016. godine čini porast od 171%. Specijalistički pregledi korisnika odnose se na redovne i kontrolne preglede korisnika primarno kod neurologa i psihijatra. Tijekom navedenog vremenskog razdoblja u njihovom broju dolazi do blagih varijacija, pri čemu se uočava trend porasta broja specijalističkih pregleda korisnika tijekom sedmogodišnjeg razdoblja.

Intervencije hitne medicine odnose se na aktivnosti vezane uz urgentna stanja korisnika u slučajevima akutnih i kroničnih oboljenja, ozljede te procjenu potrebe za hospitalizacijom korisnika. Intervencije lokalnog hitnog prijema svoj vrhunac doživjele su 2019. godine kada ih je bilo 23. Tijekom godina na intervencije lokalnog hitnog prijema opada 10-tak aktivnosti bez velikog pada odnosno porasta tijekom godina. Intervencije bolničkog hitnog prijema bilježe blagi rast koji je svoj vrhunac imao 2020. godine kada je bilo 36 opisanih intervencija. Obzirom na malen broj intervencija takvog tipa razlike među godina čine svega nekoliko intervencija.

Sve vrste pretraga (laboratorijske, radiološke, ultrazvučne itd.) su u stalnom porastu, a njihov porast tijekom godina prelazi 100% u odnosu na početnu godinu. Bolničko liječenje također je u porastu tijekom godina, iako je, kao i kod intervencija hitne medicine, riječ o izuzetno malom broju intervencija. Ostale intervencije i aktivnosti koje se odnose na zdravstvenu njegu korisnika Centara za rehabilitaciju također su u porastu, dok je jedina aktivnost koje je konstantna nabavka lijekova koja se odnosi na tjednu nabavu potrebne farmakoterapije.

5. RASPRAVA

5.1. STRUKTURA I USTROJSTVO CENTRA ZA REHABILITACIJU OSOBA S POSEBNIM POTREBAMA “MIR”

U raspravi će biti prikazana organizacijska struktura i način rada u ustanovi Centra za rehabilitaciju “Mir”. To je javna ustanova socijalne skrbi. Osnivač centra je Ministarstvo rada, mirovinskog sustava, obitelji i socijalne politike (kratica MROSP). Kao samostalni subjekt posluje od 1997. godine. Glavno izvršno tijelo Centra je ravnatelj, a stručno planiranje, praćenje i evaluaciju obavlja Stručno vijeće Centra.

Organizacijske cjeline ove ustanove su Odjel stanovanja, Odjel rehabilitacije i izvaninstitucijskih usluga te Ustrojbena jedinica pomoćno-tehničkih poslova.

U ovom radu ćemo se bazirati samo na prvi dio ove cjeline tj. na odjel stanovanja. Odjel stanovanja spada u institucijske usluge u koju su smještene odrasle osobe s intelektualnim poteškoćama na dugotrajan ili na privremeni smještaj. Ove usluge smještaja se pružaju po modelu zajednice stambenih jedinica, s naglaskom na kvalitetu življenja. U stambenom dijelu je smješteno 55 osoba s intelektualnim poteškoćama kojima je prosječna dob od 51,4 godine. Osim ovog dijela usluge stanovanja uz podršku koristi još 13 korisnika u dvije stambene jedinice (inkluzije). Struktura korisnika prikazana je u Tablici 1.

Tablica 1. Struktura korisnika Centra za rehabilitaciju 2022. godine

Skupine korisnika	Broj članova skupine	Dob
Crvena kuća	12	55
Ljubičasta kuća	11	46
Žuta kuća	12	51,5
Zelena kuća	10	50
Plava kuća	10	60
Inkluzija	13	46
Ukupno	68	51,4

Usluge stanovanja se pružaju u objektima koji su dobili oznake po bojama radi lakšeg snalaženja korisnika, i to su: crvena, ljubičasta, zelena, žuta i plava kuća. Postoji dodatan objekt za osoblje, u kojem su za vrijeme pandemije po potrebi boravili korisnici iz stanovanja uz podršku odnosno organiziranog stanovanja. Svaka od tih stambenih jedinica sadrži od 10 do 12 korisnika usluge stanovanja. Broj članova je stalan i opći kriteriji podjele korisnika prema skupinama nije prema kronološkoj dobi, nego prema nivou općeg i specifičnog funkcioniranja te prema afinitetima i privrženosti grupi svakog korisnika.

Dnevni ritam i organizacija se odvija po već stečenom ritmu i navikama po sljedećem rasporedu prikazanom u Tablici 2.

Tablica 2: Raspored aktivnosti tijekom dana

Vrijeme	Aktivnosti
07:00 – 09:00 h	ustajanje, osobna higijena (prema mogućnostima), pomoć pri pružanju osobne higijene (kupanja), nakon čega slijedi priprema doručka, uređenje i čišćenje stanova, kuće i okućnice te pomoć drugim korisnicima
09:00 – 12:00 h	radne i kreativne aktivnosti, rehabilitacijski postupci i terapije
12:00 – 13:00 h	ručak
13:00 – 15:00 h	slobodno vrijeme, odmor
15:00 – 18:30 h	organizirano vrijeme po izboru, druženje
18:30 – 20:00 h	priprema oko večere, večera, pomoć drugim korisnicima
20:00 – 22:00/23:00 h	slobodno vrijeme po želji korisnika, priprema za spavanje

U svim segmentima se korisnici stimuliraju i potiču da što više radnji obavljaju samostalno i uz podršku djelatnika. Oni korisnici koji to ne mogu dobiju skrb i njegu u cijelosti. U kreativne aktivnosti, rehabilitacijske postupke i terapiju u ovome centru su:

- likovna radionica (dodatna radionica za glinu i keramiku);
- igraonica;
- kabinet za fizioterapiju;
- sportska dvorana;

- glazbena radionica;
- radionica za šivanje i vez.

Sve ove usluge se obavljaju u prostorima zgrade rehabilitacije koja se nalazi u krugu stambenog dijela centra. Pored ovih prostorija u zgradi su smještene još : ambulanta, prostor dnevnog boravka, senzorna soba, kabineti: edukacijskog rehabilitatora, logoped, psiholog, socijalni rehabilitator, socijalni radnik, biblioteka i prostor uprave ustanove. U sklopu stambenog dijela je i zajednički restoran i kuhinja. Struktura zaposlenika u odjelu stanovanja sačinjava: medicinske sestre (zaposlene 3), njegovatelji (zaposlene 9), rehabilitatori, socijalni radnik, radni instruktor, psiholog, pedagog, fizioterapeut, radni terapeut, viši asistent, čistačice.

Intervencije iz područja zdravstvene skrbi i zdravstvene zaštite se planiraju svake godine, što je prikazano u Tablici 3, a sva urgentna i nepredvidiva stanja se odrađuju dinamikom i kvalitetom prema standardima socijalne skrbi i pravilima zdravstvene skrbi.

Tablica 3: Plan zdravstvenih intervencija

<i>Intervencije</i>	<i>Učestalost intervencija</i>
<i>Intervencije iz kruga opće medicine</i>	Na dnevnoj bazi
<i>Stomatološki pregledi</i>	Na tjednoj bazi
<i>Ginekološki pregledi</i>	Na godišnjoj bazi
<i>Specijalistički pregledi</i>	Na godišnjoj bazi
<i>Zdravstvena njega korisnika</i>	Na dnevnoj bazi
<i>Sistematski pregled</i>	Na godišnjoj bazi
<i>Kontrola tjelesne težine</i>	Na mjesečnoj bazi

Prema tablici 3. u intervencije se podrazumijeva svakodnevno komuniciranje s liječnikom obiteljske medicine kod kojih je korisnik upisan. U komunikaciji i dogovoru s liječnikom se jednom godišnje vadi krv, a po potrebi i češće. U dogovoru s liječnikom je i priprema za sezonsko cijepljenje i svaka pojava i promjena kroničnih bolesti i stanja.

Jednom tjedno je odlazak stomatologu kod kojega ovaj Centar ima stalni slobodni termin. S korisnicima s kojima se suradnja i pregled ne može ostvariti, a ima stomatoloških problema, pregled i obrada se rade pod anestezijom uz cijelu anesteziološku pripremu. Planirani su i pregledi kod ginekologa jednom godišnje, a u slučaju potrebe i više puta. U slučaju odstupanja zdravstvenog stanja a ne mogućnosti pregleda i odbijanja suradnje korisnika, sve obrade se rade pod totalnom anestezijom i uz cijelu anesteziološku obradu. Jednom godišnje se rade specijalistički, kontrolni pregledi: neurologa, psihijatra, dijabetologa. Ovdje ne spadaju neka akutna, nova stanja. Od krvnih pretraga jednom godišnje se vadi nivo lijeka, a sva ostala akutna stanja koja iziskuju RTG ili laboratorijske pretrage se rade pored osnovnih planiranih pretraga. Tjelesna težina se korisnicima provjerava četiri puta godišnje, a kod većih odstupanja tjelesne težine se onda ti korisnici važu češće. Na godišnjoj razini se organizira pregled ortopeda i realizacija ortopedskih pomagala. Infektivni otpad se odvozi jednom mjesečno. Kontrola sterilizacije se obavlja dva puta godišnje prema uputama HZJZ-a. Na dnevnoj razini se obavlja sva zdravstvena njega, a sve edukacije se obavljaju prema potrebama.

5.1.1. Tim stručnjaka koji skrbi o potrebama korisnika Centra za rehabilitaciju

Stručni tim u Centru sastavljen je od stručnjaka različitih profila: rehabilitator, socijalni radnik, psiholog i medicinska sestra. Po potrebi u rad stručnog tima mogu se uključiti i drugi stručni radnici iz Centra za socijalnu skrb. Stručni tim radi pojedinačno i na sjednicama, te njega saziva i njime rukovodi predsjednik. Sve na sjednicama stručnog tima se evidentira u zapisnik. Sjednice se održavaju prema planu i potrebi tijekom cijele godine.

U izvršavanju svojih zadataka članovi stručnog tima obavljaju sljedeće poslove:

- sudjeluju pri prijemu novih korisnika
- organiziraju i sudjeluju u izradi individualnog programa rada s korisnikom
- predlažu primjerene metode u stručnom radu s korisnikom
- kontinuirano prate učinkovitost pojedinih programa i evaluaciju istih

- predlažu nove programe i metode rada u skladu s potrebama korisnika
- provode savjetovanje stručnih radnika s ciljem unaprjeđivanja stručnog rada
- vode propisanu evidenciju i dokumentaciju na razini Centra te brinu o ažurnosti i urednosti iste.

5.1.1.1 Zadaće medicinskih sestara/medicinskih tehničara u skrbi za korisnike

Medicinska sestra obavlja sve poslove medicinske (zdravstvene) njege i brige po pravilima struke, a u to spada:

- vodi brigu o zdravstvenom stanju korisnika
- provodi njegu i terapiju
- odgovara za izvršenje propisane terapije
- prati korisnike na preglede u medicinske ustanove
- provodi dezinfekciju i sterilizaciju opreme i instrumenata
- vodi brigu o medicinskoj dokumentaciji korisnika
- redovito se stručno usavršava
- sudjeluje u planu i izradi jelovnika
- sudjeluje u radu stručnih tijela i povjerenstva Centra
- izrađuje analize planove rada i potrebna izvješća
- vodi brigu o stručnom skladištenju i distribuciju lijekova i medicinskih pomagala i opreme
- predlaže i traži liječničku intervenciju i poziva hitnu pomoć
- prema potrebi radi na svim lokacijama Centra i obavlja druge stručne poslove
- dežura prema rasporedu
- odgovara voditelju i ravnatelju.

5.2.PROMJENE U POTREBAMA ZA ZDRAVSTVENOM NJEGOM KORISNIKA CENTRA ZA REHABILITACIJU OSOBA S POSEBNIM POTREBAMA

Prema rezultatima ovog istraživanja, sve potrebe za zdravstvenom njegom u razdoblju od 2016. do 2022. godine ukazuju na trend povećanja što se očituje kroz povećanje broja izvršenih zdravstvenih usluga. Potrebe za redovnim kontrolama i pregledima u ordinaciji opće medicine, s izabranim liječnikom povećane su za 170%, a posebno u 2021. godini. Najveći razlog toga je pojava pandemije COVID-19. Kada su potrebe za pregledima, savjetima i uputama s izabranim liječnicima ostvarivani na dnevnoj razini i po više puta, ali isto tako 2022. kada je proglašen prestanak pandemije COVID-a 19 vidi se da je potreba u odnosu na 2016. godinu i dalje visoka, a glavni razlog tome je što sve osobe sa svojim intelektualnim poteškoćama i sa svojim tjelesnim oštećenjima kroz godine idu u regresiju. Navedenoj skupini se kroz godine pojavljuju razne zdravstvene komplikacije i pogoršanja u njihovim osnovnim teškoćama i pojava raznih kroničnih oboljenja i komorbiditeta.

To se vidi i po drugom stupcu na Slici 1., gdje je navedeni broj specijalističkih pregleda. Uočljiv je najviši porast 2020. godine, a ni 2022. godina puno ne odstupa u broju realiziranih intervencija. U ovim specijalističkim pregledima i kontrolama su pored kontrole: neurologa, psihijatra i dijabetologa i druga kronična stanja i pojave, kao ulcus cruris, colitisi, gastritis, upale pluća, dekubitusi, dermatološke promjene, najčešće psoriasis vulgaris i sl. Razlog tome je, kao što je i gore navedeno, starenje te regresija općeg stanja korisnika.

Po pitanju intervencija lokalne hitne medicinske pomoći uslijed urgentnih akutnih i kroničnih oboljenja i ozljeda najveći porast realiziranih usluga je prisutan 2019. godine tj. u periodu pojave i proglašenja pandemije COVID-19, dok je potreba za bolničkim liječenjem najizraženija 2020. godine, vjerojatno uslijed pandemije COVIDA-19. No, bez obzira na te tri godine koje su direktno vezane uz pandemiju COVIDA-19, porast se vidi i općenito kada usporedimo 2016., 2017. godinu s 2022. godinom pri čemu je porast realiziranih usluga hitne medicinske pomoći od 100% izrazito visok.

Brojevi odlazaka ginekologu u smislu redovitih planiranih pregleda, kontrolni pregledi i specijalizirani pregledi na Klinici za ženske bolesti te odlasci na kontrolne preglede stomatologu, akutna stanja i izrada zubnih proteza nisu prikazani u ovom radu, ali uvidom u dokumentaciju uočeno je da su na stomatološke preglede korisnici najviše odlazili 2022. godine, nakon proglašenja prestanka pandemije, a najmanje tijekom trogodišnjeg trajanja pandemije obzirom da se izbjegavalo izlaganje korisnika zarazi, ukoliko se nije radilo o hitnim stanjima.

Na svim razinama imamo porast usluga i potreba, pa tako i na godišnjim potrebama za vađenjem krvi što se izvodi u samom Centru. Uzrok vađenja su razna akutna stanja, godišnja cijepljenja, pripreme za specijalistički pregled, a u periodu COVIDa-19 su se radili PCR brisovi. Porastom krvnih pretragama bilježi se i porast RTG, ultrazvuka, MSCT, kolonoskopija, gastroskopija, što ukazuje na sve veći porast kroničnih tegoba, što je opet povezano sa sve starijom populacijom.

5.3. ZDRAVSTVENA SKRB ZA KORISNIKE U VRIJEME COVID-19 PANDEMIJE

Nadalje, 2021. godine uočen je veliki porast komunikacije s Hrvatskim zavodom za javno zdravstvo (HZJZ) i organiziranju cijepljenja korisnika za vrijeme COVID-19 pandemije. Bez toga cijepljenja je ta komunikacija bila ostvarena dva puta godišnje uslijed organiziranja sanitarnih pregleda, a 2021. godine je ostvareno 138 intervencija tog tipa. Te iste godine zabilježeno je troje umrlih, što je jako puno s obzirom da je u ovoj sedmogodišnjoj evidenciji ukupno zabilježeno 5 smrtnih slučajeva. Smrtnost korisnika direktno je vezana uz posljedice COVID-19 pandemije.

Iako je neupitno da je pandemija utjecala na porast intervencija u Centrima za rehabilitaciju, porast je svakako vezan i uz starenje korisnika budući se oni u Centar smještavaju dugoročno, odnosno do svoje smrti. Također, porast intervencija vezan je uz porast očekivanog životnog vijeka osoba s invaliditetom što se može objasniti novim znanjima o patološkim stanjima i promjene u kvaliteti njege. Osobe s invaliditetom zahtijevaju posebnu pažnju i prilagođenu zdravstvenu njegu kako bi se osigurala

njihova sigurnost, dobrobit i kvaliteta života. Svaka osoba s invaliditetom, koja je još uz to u starijoj životnoj dobi, ima svoje jedinstvene potrebe i ograničenja. Stoga je važno provesti temeljitu procjenu kako bismo razumjeli specifične potrebe svakog korisnika. Osobe s invaliditetom često se suočavaju s emocionalnim izazovima, uključujući depresiju, anksioznost ili osjećaj izolacije koja je osobito tijekom COVIDa-19 značajno utjecala i na njihovu dobrobit.

6. ZAKLJUČAK

Prema podacima iznesenim u ovom radu, može se zaključiti da su se unatrag 7 godina pojedini oblici zdravstvene zaštite korisnika jedne ovakve ustanove višestruko povećali. Napori svih medicinskih sestara i njegovatelja došli su do je kritične razine kako bi kvaliteta života i usluga korisnika bila primjerena njihovim povećanim potrebama. Nažalost broj zaposlenih medicinskih sestara i njegovatelja kroz sve ove godine je ostao isti te, obzirom da se radi o dugotrajnim zaposlenjima, došlo je i do starenja kadra. Regresija zdravstvenih stanja korisnika i pojavom drugih kroničnih bolesti u kombinaciji s istim brojem ljudi koji su direktno zaduženi za kvalitetu njihovih života dovest će do toga da se neće moći ostvariti jednaka kvaliteta njege u budućnosti. Kako bi se spriječilo daljnje narušavanje skrbi za osobe s posebnim potrebama, nužno je povećati broj radnih mjesta, organizirati dodatne edukacije djelatnika te odgovarajuće preraspodjele posla. Zdravstvena njega osoba s invaliditetom treba biti holistička i prilagođena individualnim potrebama kako bi se osigurala najbolja kvaliteta života korisnika. Također, važno je uključiti obitelj i skrbnike u njegu kako bi se pružila potrebna podrška i koordinacija njege.

7. LITERATURA

1. Not T. Mentalna retardacija: definicija, klasifikacija i suvremena podrška osobama s intelektualnim teškoćama (stručni rad). Zagreb; 2008.
2. Zakon o Registru osoba s invaliditetom, NN br. 63/22
3. Rački J. Osobe sa osobitim potrebama: Tretman osobitih potreba u školi i drugim životnim sredinama (stručni rad). Zagreb: Fakultet za defektologiju; 1995.
4. Winzer MA. The history of special education: From isolation to integration. Washington D.C.: Gallaudet University Press; 1993.
5. Bratković D, Bilić M, Nikolić B. Mogućnost vršenja izbora u svakidašnjem životu osoba s mentalnom retardacijom. Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja; 2003.
6. Kocijan Hercigonja D, Došen A, Folnegović-Šmalc V, Kozarić-Kovačić D. Mentalna retardacija. Naklada Slap, Zagreb; 2000.
7. Alfirev M. Socijalni model u rehabilitaciji osoba s mentalnom retardacijom. Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja; 2000.
8. Mandić K. Autizam (diplomski rad). Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Učiteljski fakultet; 2016.
9. Raspudić T. Autizam (diplomski rad). Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Učiteljski fakultet; 2017.
10. Petković ZB. Autizam i autizmu slična stanja (pervazivni razvojni poremećaji). Paediatrica Croatica; 2000. 217-222 str.
11. Institute of medicine. Immunization safety review: Vaccines and Autism. Washington DC: National Academies Press; 2004.
12. Institute of medicine. Adverse Effects of Vaccines: Evidence and Causality. Washington DC: National Academies Press; 2012.
13. Tarazi FI, Sahli ZT, Pleskow J, Mousa SA. Asperger's syndrome: diagnosis, comorbidity and therapy. Expert Rev Neurother. 2015 Mar;15(3):281-93
14. Šimleša S, Ljubešić M. Aspergerov sindrom u dječjoj dobi. Zagreb: Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet Sveučilišta u Zagrebu; 2009.
15. Bilić I. Aspergerov sindrom-karakteristike i cjeloživotna perspektiva [Završni rad]. Split: Sveučilište u Splitu, Filozofski fakultet; 2021 [pristupljeno 03.10.2023.]

16. Bull MJ. Downov sindrom. *New England Journal of Medicine*; 2020.
17. Bebek D. Sindrom Down, genetičke forme-10 godišnje iskustvo jednog centra (doktorska disertacija). Split: Sveučilište u Splitu. Sveučilišni odjel za zdravstvene studije; 2019.
18. Kuzmanović L. Down sindrom-prirođene srčane greške (doktorska disertacija). Rijeka: Sveučilište u Rijeci, Medicinski fakultet; 2020.
19. Katušić A. Cerebralna paraliza: redefiniranje i reklasifikacija. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*; 2012.
20. Kraguljac D, Brenčić M, Zibar T, Schnurrer-Luke-Vrbanić T. Habilitacija djece s cerebralnom paralizom. *Medicina Fluminensis: Medicina Fluminensis*; 2018.

8. ŽIVOTOPIS

Osobni podatci

Ime: Anita

Prezime: Botić

Datum rođenja: 24.12.1974.

Mjesto rođenja: Zenica, BiH

Prebivalište: Poparićeva tora 30, Kaštela, Hrvatska

Obrazovanje

1993 godine završena srednja Medicinska škola, Desanka Todić, Zenica

2023. godine završen Sveučilišni studij sestrinstva, Split

Radno iskustvo

1993.-1995.- Kantonalna bolnica Zenica, BiH . Odjel dječije kirurgije

1998.-2000.- Ustanova za kućnu njegu Keti Medical, Trogir

2005.-2008.- Dom za starije i nemoćne Arkus Kaštela

2008.-2016.- Ustanova za kućnu njegu Vita Split

Od 2016 god. u Centru za rehabilitaciju Mir Kaštela gdje i danas radim