

# Stupanj poznavanje problematike i pristup osobama s intelektualnim teškoćama

## Level of knowing issues and approach to persons with intellectual disabilities

Ksenija Cazin<sup>1</sup>, Ljubica Kušić<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Opća bolnica Karlovac, Služba za kirurgiju, A.Štampara 3, 47000 Karlovac, Hrvatska

<sup>1</sup> General Hospital Karlovac, Department of Surgery A. Štampara 3, 47000 Karlovac, Croatia

<sup>2</sup> Centar za rehabilitaciju „NADA“, Donji Vojnić 2a, 47220 Vojnić, Hrvatska

<sup>2</sup> Center for rehabilitation „NADA“, Donji Vojnić 2a, 47220 Vojnić, Croatia

### Sažetak:

Intelektualne poteškoće ne spadaju u grupe bolesti. Osobe s intelektualnim teškoćama [IT], nalaze se u stanju zaustavljenog, nedovršenog ili ometenog psiho-fizičkog rasta i razvoja, koje se očituje sa tzv. kvocijentom inteligencije [eng. intelligence quotient-IQ] nižim od 70, smanjenim adaptacijskim sposobnostima, a sve navedeno verificirano je prije navršene 18-te godine života. Osobe s intelektualnim teškoćama su punopravni članovi društvene zajednice, imaju svoje želje, osjećaje, potrebe i sposobnosti. Nadalje, one nisu bolesnici već osobe kojima je potrebno razumijevanje i povjerenje.

Svrha rada je usporediti stavove i znanja o osobama s intelektualnim teškoćama, u dvije grupe medicinskih sestara, koje posjeduju istu razinu obrazovanja, ali su zaposlene su u dvije različite institucije, i to u socijalnoj i zdravstvenoj ustanovi.

U istraživanje je uključeno 80 ispitanika koji su raspoređeni u dvije skupine od 40. ispitanika [40 ispitanika medicinske sestre zaposlene u socijalnoj ustanovi; 40 ispitanika medicinske sestre zaposlene zdravstvenoj ustanovi].

Ispitivanje je provedeno uporabom anonimnog Likertovog upitnika s 5. gradacija mogućih odgovora [1. uopće se ne slažem; 2. ne slažem se; 3. niti se slažem niti se ne slažem; 4. slažem se; 5. vrlo se slažem], a dobiveni rezultati prikazani su u tablicama i grafičkom obliku.

Poznavanje problematike i pristup osobama s intelektualnim teškoćama ne ovisi o razini obrazovanja već o profesionalnoj nadogradnji i radnom iskustvu u socijalnoj ustanovi.

**Glavne riječi:** osobe s intelektualnim teškoćama • socijalna ustanova • zdravstvena ustanova

**Kratki naslov:** Problematika i pristup osobama s intelektualnim teškoćama

### Abstract:

Intellectual disabilities do not belong to the group of diseases. People with intellectual disabilities [IT], are in a state of arrested, incomplete or restrained mental and physical growth and development, which is reflected in the so-called IQ lower than 70, reduced adaptive abilities, and all of this was verified before the age of 18-years of life. People with intellectual disabilities are full members of the community, have their own desires, feelings, needs and abilities. Furthermore, they are not sick, but people who needs to understanding and trust. People with intellectual disabilities are full-fledged members of our community, have their desires, feelings needs and abilities. They are not patients, they are the people who need to understand and complete confidence.

The purpose of this study is to compare the attitudes and knowledge about people with intellectual disabilities, between nurses which have the same level of primary education but are employed in two different institutions, social and health institutions.

The study included 80. subjects which were equally distributed in two groups of respondents [40 nurses in social institutions; 40 nurses in medical institutions]. Testing is conducting using an anonymous Likert five-point questionnaire [1. strongly disagree; 2. disagree; 3. neither agree nor disagree; 4. agree; 5. strongly agree] and results will be presented in tables and graphical form.

Knowledge of issues and approach people with disabilities do not depend about the level of education but on professional upgrades and direct work experience in a social institution.

**Keywords:** people with intellectual disabilities • social institution • medical institution

**Running head:** issues and approach to persons with intellectual disabilities

Received May 31<sup>st</sup> 2013;

Accepted June 11<sup>th</sup> 2013;

### Autor za korespondenciju/Corresponding author:

Ksenija Cazin, bac.med.techn.

General Hospital Karlovac, Department of Surgery A. Štampara 3, 47000 Karlovac, Croatia

Tel: +385-47-608-375

Fax:+ 385-47-608-34

E-mail: ksenija.cazin@gmail.com

## Uvod / Background

Pojam intelektualne teškoće učestalije je u uporabi od pojma mentalna retardacija. Tijekom zadnjih 200 godina upotrebljavali su se pojmovi poput idiotizam, slaboumnost, mentalni nedostatak, mentalne teškoće i mentalna ispodprosječnost [1,2,3,4,5,6]. Postoji pet značajnih čimbenika koje je potrebno uzeti u razmatranje pri razmatranju navedenog pojma [7]. Prvo, pojam bi trebao biti specifičan, trebao bi se odnositi na jedan entitet, dopustiti razlikovanje prema drugim entitetima te poboljšati komunikaciju. Drugo, trebao bi se dosljedno primjenjivati od strane relevantnih skupina [pojedinaca, škola, obitelji stručnjaka, pravnika, liječnika, profesionalnih organizacija, istraživača]. Treće, pojam bi trebao na odgovarajući način predstavljati trenutno znanje i trebao bi biti u mogućnosti uključiti novo znanje u skladu sa novim znanstvenim spoznajama. Četvrto, trebao bi biti dovoljno robustan pri svojoj provedbi da dopusti svoju upotrebu u različite svrhe, uključujući definiranje, dijagnosticiranje, klasificiranje i planiranje podrški. Peto, trebao bi odražavati komponentu imenovanja grupe ljudi, kako bi se komunicirale bitne vrijednosti posebno u odnosu na grupu [7]. Metodologija procesa imenovanja [primjerice prikopčavanje bitnih vrijednosti] bila je predmet mnogobrojnih rasprava te je utvrđeno da pojam mentalna retardacija ne opisuje dostojanstvo i poštovanje i u često rezultira devaluacijom ovih osoba [8,9,10,11]. Potrebno je definirati odnose za precizno objašnjavanje pojma i uspostavu značenja i granica istog. Autoritativna definicija intelektualnih teškoća kod mentalne retardacije jest ona koju navodi American Association on Intellectual and Developmental Disabilities [AAIDD], prije American Association on Mental Retardation [AAMR]. Definicija iz Priručnika AAMR-a iz 2002. godine danas je znanstveno važeća [12].

Intelektualne teškoće karakteriziraju značajna ograničenja u intelektualnom funkcioniranju i u adaptivnom ponašanju. Teškoće se manifestiraju u konceptualnim, socijalnim i praktičnim adaptivnim vještinama. Invaliditet je vidljiv prije navršene 18 godine života. Dolje navedene pretpostavke [5 pretpostavki] nužne su za uporabu definicije intelektualnih teškoća:

- Ad 1]** Ograničenja kod trenutnog funkcioniranja moraju se razmotriti unutar konteksta okruženja koje je tipično za vršnjake i kulturu pojedinca;
- Ad 2]** Valjana procjena u obzir uzima kulturološku i jezičnu raznolikost kao i razlike u komunikacijskim, osjetilnim, motoričkim i faktorima ponašanja;
- Ad 3]** U pojedincu ograničenja često koegzistiraju sa snagama;
- Ad 4]** Valjana svrha opisivanja ograničenja leži u nastojanju da se razvije profil potrebnih podrški;
- Ad 5]** Sa odgovarajućim kontinuiranim personaliziranim podrškama funkcioniranje osobe sa intelektualnim teškoćama u pravilu će se poboljšati [12].

Problemi osoba s intelektualnim teškoćama, u svakodnevnom životu, nastaju zbog društvenog ograničenja i na temelju društvene evaluacije stanja, a ne zbog same njihove različitosti. Nije potrebno da se osobe s teškoćama mijenjaju, mi se moramo mijenjati i ne smijemo podleći onome što zovemo podređenost većine manjini. Govoreći o njima

treba govoriti s aspekta njihove sposobnosti, a ne njihove nemogućnosti jer se, u protivnom slučaju, u zajednici učvršćuje negativna slika o osobama s intelektualnim teškoćama. Osobe s intelektualnim teškoćama diljem Europe i svijeta stigmatizirane su i suočavaju se sa značajnim preprekama u ostvarivanju svojih temeljnih prava [13].

Srednje medicinske škole školuju kadar zdravstvenih djelatnika koji nakon završenog srednjeg obrazovanja ima mogućnost zapošljavanja u zdravstvenim i socijalnim ustanovama. Tijekom školovanja, na opisanoj razini obrazovanja, nedostatne su informacije o pristupu i radu s osobama sa intelektualnim teškoćama. Tek pohađanjem pred-diplomskih i diplomskih studija moguće je dobiti potrebna znanja o osobama s intelektualnim teškoćama, i to kroz teoretski i praktični dio nastave. Obilaskom društvenih institucija u kojima se osobe sa intelektualnim teškoćama druže i rade mijenjaju se stavovi i predrasude prema navedenim osobama.

Svrha ovog rada je procjena stupnja poznavanja problematike osoba s intelektualnim teškoćama, kod medicinskih sestara zaposlenih u zdravstvenoj ustanovi i medicinskih sestara zaposlenih u socijalnoj ustanovi. Ispitivanje je provedeno uporabom Likertovim upitnikom [anonimno], i to na uzorku od dvije skupine ispitanika. Rezultati su prikazani deskriptivno i u grafičkom obliku. Svrha ovog rada je prikaz rezultata ispitanika iz dvije institucije, te se iznalazi odgovor da u pristupu osobama s intelektualnim teškoćama nije dovoljna samo primarna edukacija i empatija, već direktna profesionalna nadogradnja te kontinuirano usvajanje novih znanja i stjecanje novih sposobnosti.

## Metode / Methods

Istraživanje potvrđuje i/ili isključuje slijedeće hipoteze, i to:

**Hipoteza 1]** Pretpostavka je, da je u Centru „NADA“ visok stupanj znanja o osobama s intelektualnim teškoćama

**Hipoteza 2]** Pretpostavka je, da je u zdravstvenim ustanovama nizak stupanj znanja o osobama s intelektualnim teškoćama.

**Hipoteza 3]** Pretpostavka je da je razlika između stupnja znanja u Centru „NADA“ i zdravstvenim ustanovama prema osobama s intelektualnim teškoćama značajna

Komparativnom analizom će se utvrditi približno ista frekvencija odgovora na svaku pojedinu tvrdnju.

U svrhu procjene poznavanja problematike u pristupu osobama s intelektualnim teškoćama uporabljen je Likertov upitnik [anonimna anketa], koji se sastoji od 10 postavljenih tvrdnji s 5. gradacija mogućih odgovora: [1. uopće se ne slažem; 2. ne slažem se; 3. niti se slažem niti se ne slažem; 4. slažem se; 5. vrlo se slažem].

Uz usmeno i pismeno obrazloženje svi su ispitanici pristali na ispunjavanje ankete. Zajamčena im je anonimnost. Od ispitanika [skupina A i skupina B], očekuje se odabir najprije mjerene tvrdnje. U istraživanje je uključeno 80 ispitanika koji su raspoređeni u dvije skupine od po 40 ispitanika. U skupina A nalaze se ispitanici koji rade s osobama s intelektualnim teškoćama u socijalnoj ustanovi Centar „NADA“ u podružnicama Karlovac i Vojnić. U skupini B su ispitanici koji rade u zdravstvenim ustanovama, a koji uvriježeno ne

rade s osobama s intelektualnim teškoćama [studenti I godine izvanrednog stručnog studija sestinstva u Karlovcu]. Svi ispitanici su ženskog spola i imaju završenu srednju medicinsku školu.

U obradi rezultata ankete korištene su kvantitativne statističke metode, i to distribucija frekvencija odgovora na pojedine tvrdnje.

Podatci su analizirani uporabom dvije metode, i to:

- Ad 1]** Analizirana je frekvencija gradacije na svaku pojedinu tvrdnju, određivanjem: aritmetičke sredine, medijana, moda, standardne devijacije i koeficijenta standardne devijacije u obje skupine. Rezultati dobiveni ovim načinom prikazani su u tablicama za svaku pojedinu skupinu ispitanika [skupina A i skupina B]. Frekvencija odgovora na svaku pojedinu tvrdnju prikazana je u grafičkoj formi usporedbom frekvencija odgovora obje skupine [skupine A i skupine B]. Dobivene numeričke vrijednosti rezultata uslijedile su nakon ručne obrade podataka, a za transformaciju podataka iz numeričke u grafičku formu, kao i završnu obradu podataka korišteno je osobno računalo, Microsoft Office Excel 2007.
- Ad 2]** Analizirana je frekvencija odgovora po ponuđenim stupnjevima gradacije [1. uopće se ne slažem, 2. ne slažem se, 3. niti se slažem niti se ne slažem, 4. slažem se, 5. vrlo se slažem] u obje skupine [skupina A i skupina B], određivanjem aritmetičke sredine, medijana, moda, standardne devijacije i koeficijenta standardne devijacije u obje skupine. Frekvencija odgovora po stupnjevima gradacije prikazana je tablicom za obje skupine ispitanika [skupina A i skupina B].

Prikaz dobivenih rezultata razvrstan je u osam metodoloških prikaza, i to:

- ad 1]** Frekvencija odgovora skupine A na svaku postavljenu tvrdnju po stupnjevima gradacije u tabličnom prikazu;
- ad 2]** Frekvencija gradacije skupine A na svako pojedino pitanje, određivanjem aritmetičke sredine, medijana, moda, standardne devijacije i koeficijenta standardne devijacije;
- ad 3]** Frekvencija odgovora skupine B na svaku postavljenu tvrdnju po stupnjevima gradacije u tabličnom prikazu;
- ad 4]** Frekvencija gradacije skupine B na svako pojedino pitanje, određivanjem aritmetičke sredine, medijana, moda, standardne devijacije i koeficijenta standardne devijacije;
- ad 5]** Analiza odgovora skupine A po postavljenim tvrdnjama određivanjem aritmetičke sredine, medijana, moda, standardne devijacije i koeficijenta standardne devijacije;
- ad 6]** Analiza odgovora skupine B po postavljenim tvrdnjama određivanjem aritmetičke sredine, medijana, moda, standardne devijacije i koeficijenta standardne devijacije;
- ad 7]** Grafički prikazi frekvencije odgovora na svako pojedino pitanje, usporedbom odgovora skupine A i skupine B;
- ad 8]** Grafički prikaz frekvencije odgovora s određenom aritmetičkom sredinom po stupnjevima gradacije za obje skupine [skupinu A i skupinu B].

**TABLICA [1]** Frekvencije odgovora skupine A

	Tvrdnja 1a	Tvrdnja 2a	Tvrdnja 3a	Tvrdnja 4a	Tvrdnja 5a
1. Tijekom školovanja nisam puno naučio/la o osobama s intelektualnim teškoćama	9	0	9	2	20
2. Osobe s intelektualnim teškoćama nemaju vlastite želje ni potrebe	27	0	3	0	10
3. U kontaktu s osobom s intelektualnim teškoćama osjećam se bespomoćno	34	3	0	1	2
4. Kad bih mogao/la hospitaliziranog bolesnika s intelektualnim teškoćama bih prepustio kolegi/ici	33	0	1	3	3
5. Tijekom hospitalizacije osobe s intelektualnim teškoćama ne bi trebalo miješati s ostalim bolesnicima	21	0	1	2	16
6. Osoba s intelektualnim teškoćama nije u stanju usvojiti pravila pozitivnog zdravstvenog ponašanja	13	4	6	7	10
7. Osobe s intelektualnim teškoćama, kao bolesnici, nisu u stanju opisati svoje tegobe i simptome	14	1	9	3	13
8. Ne posjedujem specifična znanja i vještine za komunikaciju i rad s osobama s intelektualnim teškoćama	17	2	4	5	12
9. Osoba s intelektualnim teškoćama nije u stanju slijediti upute zdravstvenog osoblja o postupcima liječenja	13	0	6	8	13
10. Kad bih ostao/la sam/a s osobom s intelektualnim teškoćama osjećao/la bih strah	34	4	0	0	2

**TABLICA [2]** Frekvencija gradacije skupine A

	1	2	3	4	5
AS	21,5	1,4	3,9	3,1	10,1
Me	19	0,5	3,5	2,5	11
Mo	34	0	9	2	10
$\sigma$	9,732534	1,712698	3,478505	2,766867	6,100091
V	45%	122%	89%	89%	60%

**TABLICA [4]** Frekvencija gradacije skupine B

	1	2	3	4	5
AS	13,7	9	8,6	4,9	3,7
Me	13,5	8,5	7,5	5	3
Mo	21	6	7	5	2
$\sigma$	5,696978	5,108816	4,273952	2,424413	3,020302
V	42%	56%	50%	49%	82%

**TABLICA [3]** Frekvencije odgovora skupine B

	Tvrđnja 1a	Tvrđnja 2a	Tvrđnja 3a	Tvrđnja 4a	Tvrđnja 5a
1. Tijekom školovanja nisam puno naučio/la o osobama s intelektualnim teškoćama	14	6	11	5	4
2. Osobe s intelektualnim teškoćama nemaju vlastite želje ni potrebe	21	5	1	3	10
3. U kontaktu s osobom s intelektualnim teškoćama osjećam se bespomoćno	10	13	7	8	2
4. Kad bih mogao/la hospitaliziranog bolesnika s intelektualnim teškoćama bih prepustio kolegi/ici	21	4	7	6	2
5. Tijekom hospitalizacije osobe s intelektualnim teškoćama ne bi trebalo miješati s ostalim bolesnicima	21	3	7	2	7
6. Osoba s intelektualnim teškoćama nije u stanju usvojiti pravila pozitivnog zdravstvenog ponašanja	13	6	17	3	1
7. Osobe s intelektualnim teškoćama, kao bolesnici, nisu u stanju opisati svoje tegobe i simptome	6	19	13	2	0
8. Ne posjedujem specifična znanja i vještine za komunikaciju i rad s osobama s intelektualnim teškoćama	10	13	7	6	4
9. Osoba s intelektualnim teškoćama nije u stanju slijediti upute zdravstvenog osoblja o postupcima liječenja	7	11	8	9	5
10. Kad bih ostao/la sam/a s osobom s intelektualnim teškoćama osjećao/la bih strah	14	11	8	5	2

**TABLICA [5]** Analiza odgovora skupine A po postavljenim tvrdnjama

	AS	Me	Mo	$\sigma$	V
1. Tijekom školovanja nisam puno naučio/la o osobama s intelektualnim teškoćama	8	9	9	7,842193571	98%
2. Osobe s intelektualnim teškoćama nemaju vlastite želje ni potrebe	8	3	0	11,37981	142%
3. U kontaktu s osobom s intelektualnim teškoćama osjećam se bespomoćno	8	2	/	14,57737974	182%
4. Kad bih mogao/la hospitaliziranog bolesnika s intelektualnim teškoćama bih prepustio kolegi/ici	8	3	3	14,03567	175%
5. Tijekom hospitalizacije osobe s intelektualnim teškoćama ne bi trebalo miješati s ostalim bolesnicima	8	2	/	9,77241014	122%
6. Osoba s intelektualnim teškoćama nije u stanju usvojiti pravila pozitivnog zdravstvenog ponašanja	8	7	/	3,7013511	44%
7. Osobe s intelektualnim teškoćama, kao bolesnici, nisu u stanju opisati svoje tegobe i simptome	8	9	/	5,83095189	73%
8. Ne posjedujem specifična znanja i vještine za komunikaciju i rad s osobama s intelektualnim teškoćama	8	7	/	6,28490254	79%
9. Osoba s intelektualnim teškoćama nije u stanju slijediti upute zdravstvenog osoblja o postupcima liječenja	8	8	13	5,43139025	69%
10. Kad bih ostao/la sam/a s osobom s intelektualnim teškoćama osjećao/la bih strah	8	4	0	14,1844986	183%

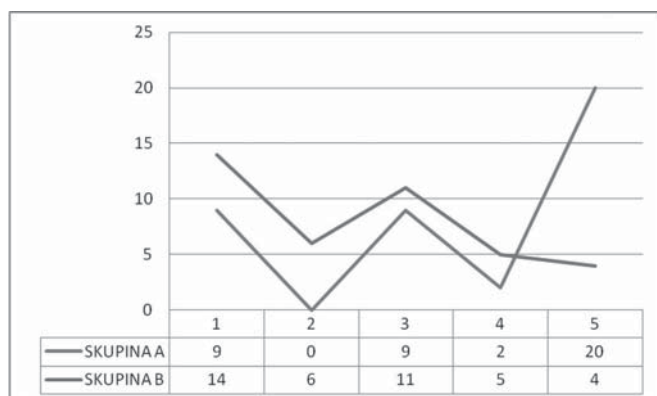
**TABLICA [6]** Analiza odgovora skupine B po postavljenim tvrdnjama

	AS	Me	Mo	$\sigma$	V
1. Tijekom školovanja nisam puno naučio/la o osobama s intelektualnim teškoćama	8	6	/	4,301162634	54%
2. Osobe s intelektualnim teškoćama nemaju vlastite želje ni potrebe	8	5	/	8	100%
3. U kontaktu s osobom s intelektualnim teškoćama osjećam se bespomoćno	8	8	/	4,062019202	51%
4. Kad bih mogao/la hospitaliziranog bolesnika s intelektualnim teškoćama bih prepustio kolegi/ici	8	6	/	7,516648189	94%
5. Tijekom hospitalizacije osobe s intelektualnim teškoćama ne bi trebalo miješati s ostalim bolesnicima	8	7	7	7,615773106	95%
6. Osoba s intelektualnim teškoćama nije u stanju usvojiti pravila pozitivnog zdravstvenog ponašanja	8	6	/	6,782329983	85%
7. Osobe s intelektualnim teškoćama, kao bolesnici, nisu u stanju opisati svoje tegobe i simptome	8	6	/	7,90569415	99%
8. Ne posjedujem specifična znanja i vještine za komunikaciju i rad s osobama s intelektualnim teškoćama	8	7	/	3,535533906	44%
9. Osoba s intelektualnim teškoćama nije u stanju slijediti upute zdravstvenog osoblja o postupcima liječenja	8	8	/	1,908650479	24%
10. Kad bih ostao/la sam/a s osobom s intelektualnim teškoćama osjećao/la bih strah	8	8	/	4,74341649	59%

Frekvencije odgovora na svako pojedino pitanje prikazana su linijskim grafikonom, uz usporedbu odgovora skupine A i skupine B, linijskom krivuljom.

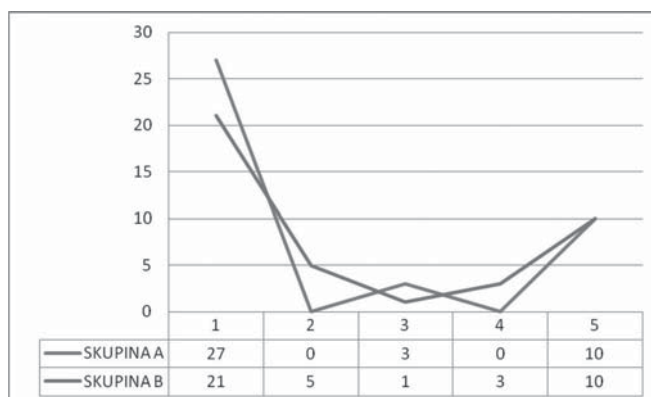
### 1. Tijekom školovanja nisam puno naučio/la o osobama s intelektualnim teškoćama

Grafička krivulja koja prikazuje frekvenciju odgovora ima manja odstupanja u prve 4 gradacije. Na odgovoru 5.[vrlo se slažem] vidljivo je veće odstupanje između skupine A i skupine B.

**SLIKA [1]** Frekvencija odgovora na tvrdnju 1.

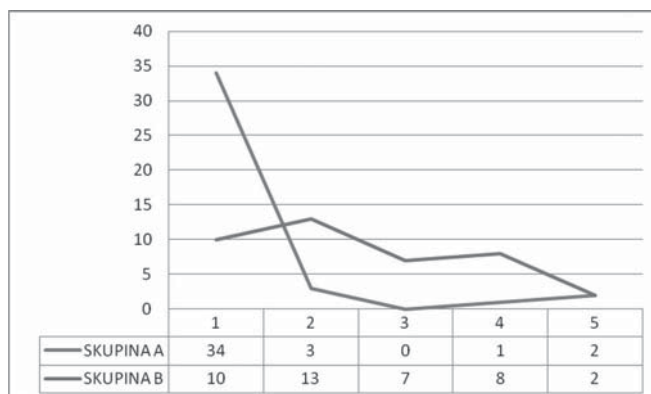
### 2. Osobe s intelektualnim teškoćama nemaju vlastite želje ni potrebe

Ispitanici skupine A i skupine B podjednako su odgovorili na postavljenu tvrdnju. U skupini A niti jedan ispitanik nije odgovorio na gradaciju 2 i 4, dok su svi ispitanici skupine B odgovorili na sve tvrdnje.

**SLIKA [2]** Frekvencija odgovora na tvrdnju 2.

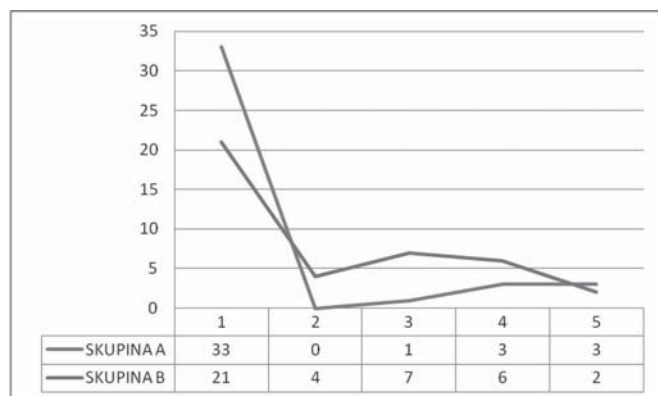
### 3. U kontaktu s osobom s intelektualnim teškoćama osjećam se bespomoćno

Krivulja linijskog grafikona prikazuje da se 34 ispitanika skupine A uopće ne slažu s ovom tvrdnjom. Po 2 ispitanika skupine A i skupine B vrlo se slažu s ovom tvrdnjom.

**SLIKA [3]** Frekvencija odgovora na tvrdnju 3.

4. Kad bih mogao/la hospitaliziranog bolesnika s intelektualnim teškoćama bih prepustio kolegi/ici

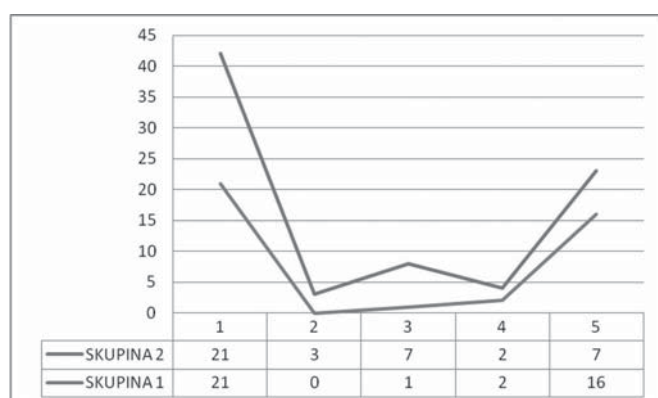
U interpretaciji odgovora u velikom broju ispitanici skupine A [33] i skupine B [21] uopće se ne slažu s ovom tvrdnjom. Na ostale tvrdnje frekvencije odgovora su raspoređene kao što je vidljivo na slici 4.



SLIKA [4] Frekvencija odgovora na tvrdnju 4.

5. Tijekom hospitalizacije osobe s intelektualnim teškoćama ne bi trebalo miješati s ostalim bolesnicima

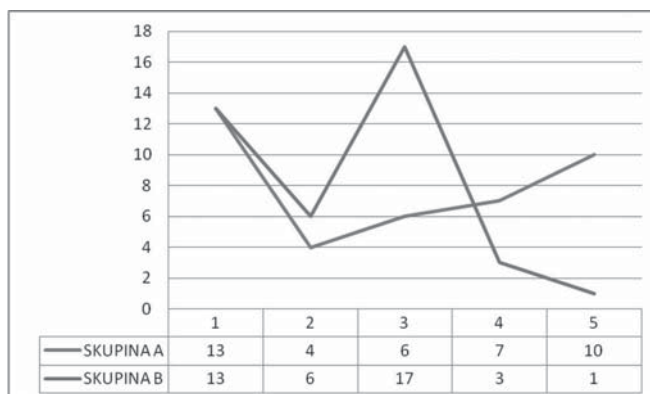
Prikazom na linijskom grafu vidljivo je da velik broj ispitanika skupine A [21] i skupine B [21] uopće se ne slažu s ovom tvrdnjom. S ovom tvrdnjom vrlo se slažu ispitanici skupine A [16] i skupine B [7].



SLIKA [5] Frekvencija odgovora na tvrdnju 5.

6. Osoba s intelektualnim teškoćama nije u stanju usvojiti pravila pozitivnog zdravstvenog ponašanja

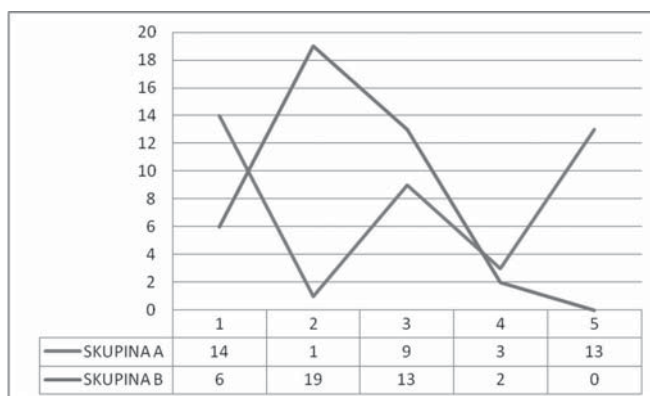
Odgovori ispitanika skupine A [13] i skupine B [13] su istovjetni da se uopće ne slažu s ovom tvrdnjom. Samo 1 ispitanik skupine B se vrlo slaže, dok iz skupine A njih 10.



SLIKA [6] Frekvencija odgovora na tvrdnju 6.

7. Osobe s intelektualnim teškoćama, kao bolesnici, nisu u stanju opisati svoje tegobe i simptome

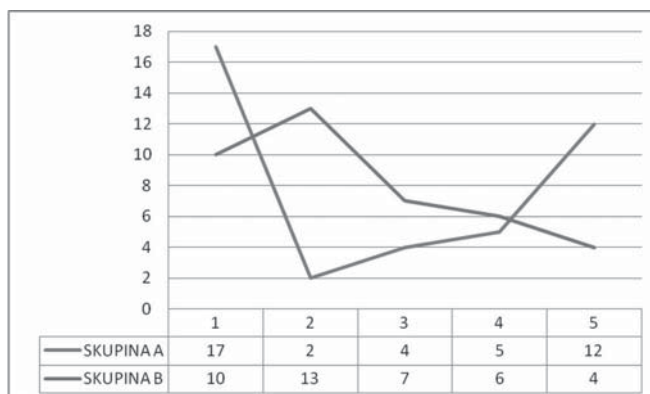
Analizom odgovora na ovu tvrdnju vidljivo je da postoji velika razlika između skupine A i skupine B, što je prikazano krivuljom linijskog grafa i frekvencijom odgovora prikazanim u tablici pripadajuće slike 7.



SLIKA [7] Frekvencija odgovora na tvrdnju 7.

8. Ne posjedujem specifična znanja i vještine za komunikaciju i rad s osobama s intelektualnim teškoćama

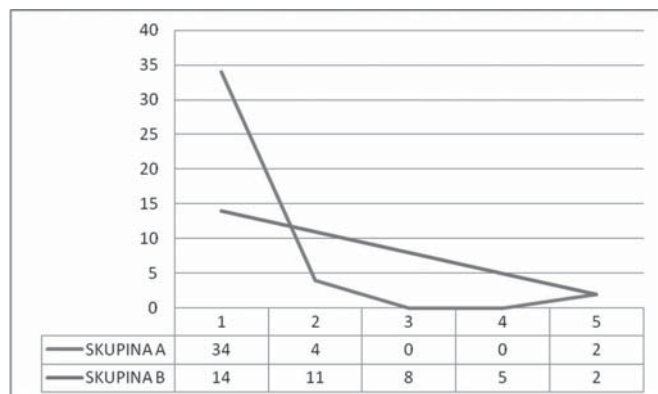
Ispitanici skupine A [17] uopće se ne slažu s ovom tvrdnjom a skupine B [10]. Iz skupine A [12] ispitanika se vrlo slažu, a iz skupine B [4] ispitanika.



SLIKA [8] Frekvencija odgovora na tvrdnju 8.

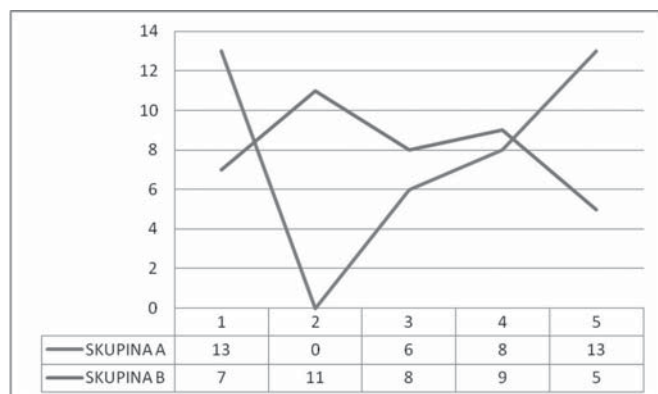
9. Osoba s intelektualnim teškoćama nije u stanju slijediti upute zdravstvenog osoblja o postupcima liječenja

Frekvencijom odgovora na ovu tvrdnju, vidljiva je razlika između skupine A i skupine B što je vidljivo iz slike 9.



SLIKA [9] Frekvencija odgovora na tvrdnju 9.

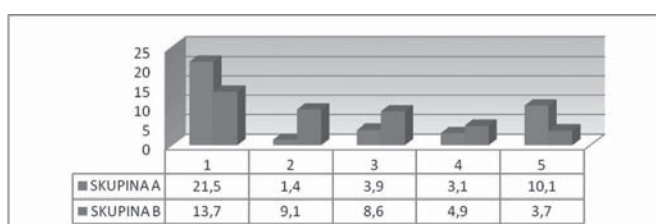
10. Kad bih ostao/la sam/a s osobom s intelektualnim teškoćama osjećao/la bih strah



SLIKA [10] Frekvencija odgovora na tvrdnju 10.

Ispitanici iz skupine A koji rade s osobama s intelektualnim teškoćama uopće se ne slažu s ovom tvrdnjom [34] dok su skupini B odgovori raspoređeni kroz sve gradacije.

Prikazom aritmetičkih sredina frekvencija odgovora po gradacijskim stupnjevima, vidljivo je da ispitanici skupine A imaju najvišu koncentraciju odgovora na krajnjim gradacijskim stupnjevima.



SLIKA [11] Prikaz frekvencije odgovora ispitivanih skupina A i B po stupnjevima gradacije, izračunom aritmetičkih sredina.

Iz provedenog istraživanja proizlazi, da osobe koje rade u socijalnim ustanovama imaju veću razinu znanja o osobama s intelektualnim teškoćama što je rezultat njihova radnog iskustva.

Osnovna edukacija ispitanika skupine A i ispitanika skupine B je na istoj razini, no direktno radno iskustvo i profesionalna višegodišnja nadogradnja u radu s osobama s intelektualnim teškoćama u konačnici daju ovakve rezultate.

## Rasprava / Discussion

Razmatrajući proces usvajanja novih stavova i spoznaja o osobama sa intelektualnim poteškoćama, naglašavamo da opisani proces nije jednoznačan i usklađen. Opisani proces ima mnogo konflikata i proturječnosti, jer svaka ljudska jedinka je izložena djelovanju različitih i kontradiktornih utjecaja. Što je veće društveno značenje utjecaja i stavova koji su u konfliktu time je teža i situacija osobe koja taj konflikt proživljava [3].

U istraživanju su uključene dvije skupine ispitanika, i to: medicinske sestre koje rade u socijalnoj ustanovi, Centru za rehabilitaciju „NADA“ [skupina A] i medicinske sestre koje rade u zdravstvenim ustanovama [studenti I godine izvanrednog stručnog studija sestrinstva u Karlovcu, akademska godina 2012/2013].

Prikazom frekvencija odgovora na linijskom grafikonu, te tabličnim prikazom statistički obrađenih rezultata vidljiva je razlika između skupine A koja se svakodnevno susreće s osobama s intelektualnim oštećenjima i skupine B, zaposlenicima zdravstvene ustanove.

U skupini A, uglavnom su odgovori raspoređeni na gradaciji 5. [vrlo se slažem] ili na gradaciji 1. [uopće se ne slažem]. U skupini B frekvencija odgovora je ravnomjernije raspoređena po gradacijskim stupnjevima.

Prema dobivenim rezultatima iznalazi se, i to:

**Hipoteza [1]** Pretpostavka je, da je u Centru „NADA“ visok stupanj znanja o osobama s intelektualnim teškoćama. Ispitanici skupine A koji su zaposlenici ove ustanove, odgovorima na postavljene tvrdnje u Likertovom upitniku, iznalazi se da ispitanici posjeduju veća znanja u poznavanju problematike osoba s intelektualnim teškoćama. Odgovori su raspoređeni na krajnje gradacijske stupnjeve. Odgovor „uopće se ne slažem“ s aritmetičkom sredinom 21,5%, „ne slažem se“ - aritmetička sredina 1,4%, „niti se slažem, niti se ne slažem“ - aritmetička sredina 3,9%, „slažem se“ - aritmetička sredina 3,1%, „vrlo se slažem“ - aritmetička sredina 10,1%.

Ispitanici skupine B, koji su zaposlenici zdravstvene ustanove, odgovore su koncentrirali kroz sve gradacijske stupnjeve, a najmanje na 5. gradacijski stupanj „vrlo se slažem“ [3,7%]. Odgovor „uopće se ne slažem“ s aritmetičkom sredinom 13,7%, „ne slažem se“ - aritmetička sredina 9,1%, „niti se slažem, niti se ne slažem“ - aritmetička sredina 8,6%, „slažem se“ - aritmetička sredina 3,1%.

Analizom dobivenih rezultata hipoteza je prihvatljiva.

**Hipoteza [2]** Pretpostavka je, da je u zdravstvenim ustanovama nizak stupanj znanja o osobama s intelektualnim teškoćama. Analizom rezultata nije utvrđeno da je nizak stupanj znanja medicinskih sestara koje rade u zdravstvenim

ustanovama. Frekvencija odgovora na postavljene tvrdnje ne pokazuje nizak stupanj znanja, već samo veću koncentraciju odgovora na nižim gradacijskim stupnjevima. Odgovor na 5. gradacijski stupanj „vrlo se slažem“ ima aritmetičku sredinu 3,7%, što je rezultat neiskustva u radu s osobama s intelektualnim teškoćama.

Analizom dobivenih rezultata odbacujemo navedenu hipotezu.

**Hipoteza [3]** Pretpostavka je da je razlika između stupnja znanja medicinskih sestara u Centru „NADA“ i medicinskih sestara u zdravstvenim ustanovama prema osobama s intelektualnim teškoćama značajna.

Analizom rezultata aritmetičkih sredina skupine A, na frekvencije odgovora „uopće se ne slažem“ s aritmetičkom sredinom 21,5%, „ne slažem se“ - aritmetička sredina 1,4%, „niti se slažem, niti se ne slažem“ - aritmetička sredina 3,9%, „slažem se“ - aritmetička sredina 3,1%, „vrlo se slažem“ - aritmetička sredina 10,1%, te frekvencijom odgovora skupine B na odgovor „uopće se ne slažem“ s aritmetičkom sredinom 13,7%, „ne slažem se“ - aritmetička sredina 9,1%, „niti se slažem, niti se ne slažem“ - aritmetička sredina 8,6%, „slažem se“ - aritmetička sredina 3,1%, „vrlo se slažem“ ima aritmetičku sredinu 3,7%, dolazimo do zaključka da je razlika u stupnju znanja značajna. Odgovori skupine B su u prosjeku za polovicu nižih vrijednosti od odgovora skupine A.

Analizom dobivenih rezultata hipoteza je prihvatljiva.

Usporedbom odgovora na sva postavljena pitanja iznalazi se slijedeći rezultat, i to:

Tvrdnje 2, 4 i 5 statistički imaju značajno istovjetne odgovore:

2. Osobe s intelektualnim teškoćama nemaju vlastite želje ni potrebe [skupina A s koeficijentom varijacije 142% i skupina B s koeficijentom varijacije 100%];

4. Kad bih mogao/la hospitaliziranog bolesnika s intelektualnim teškoćama bih prepustio kolegi/ici [skupina A s koef. varijacije 175% i skupina B s koef. varijacije 94%];

5. Tijekom hospitalizacije osobe s intelektualnim teškoćama ne bi trebalo miješati s ostalim bolesnicima [skupina A s koef. varijacije 122% i skupina B s koef. varijacije 95%].

Ispitanici skupine A i B dali su značajno istovjetne odgovore na navedene tvrdnje, dok se u odgovorima na ostale tvrdnje, odgovori značajno razlikuju.

Ovakav pristup ispitivanju može se primjeniti i na drugoj problematici koja uključuje empatiju kao nužan komunikacijski profesionalan alat.

Analizom dobivenih rezultata, koje smo dobili uporabom Likertovog upitnika zaključuje se, i to:

**1]** Postoje statistički značajne razlike na pojedinim pitanjima;

**2]** Na osnovu dobivenih rezultata prihvaćamo Hipotezu 1: Pretpostavka je, da je u Centru „NADA“ visok stupanj znanja o osobama s intelektualnim teškoćama;

**3]** Na osnovu dobivenih rezultata odbacujemo Hipotezu 2: Pretpostavka je, da je zdravstvenim ustanovama nizak stupanj znanja o osobama s intelektualnim teškoćama;

**4]** Na osnovu dobivenih rezultata prihvaćamo Hipotezu 3. Pretpostavka je da je razlika između stupnja znanja me-

dicinskih sestara u Centru „NADA“ i medicinskih sestara u zdravstvenim ustanovama prema osobama s intelektualnim teškoćama značajna;

**5]** Analizom odgovora na svaku pojedinu tvrdnju te njihovom komparacijom, ispitanici skupine A i skupine B daju istovjetne odgovore na tvrdnje 2, 4 i 5, dok se odgovorima na ostale tvrdnje [1, 3, 6, 7, 8, 9, 10] značajno razlikuju.

Poznavanje stupnja problematike osoba s intelektualnim teškoćama veća je kod skupine A koje više vremena provodi u bliskom kontaktu s tim osobama. Poznavanje njihovih emocija, potreba i osjećaja rezultat su direktnog radnog iskustva. Rezultat su i odgovori koji su koncentrirani na krajnje tvrdnje, gdje daju konkretne odgovore [grafikon 11].

Skupina B u kojoj su ispitanici medicinske sestre koje rade u zdravstvenoj ustanovi, razlikuje se u poznavanju stupnja problematike osoba s intelektualnim teškoćama u manjoj mjeri [iako im je primarna edukacija jednaka]. Distribucija frekvencija njihovih odgovora je raspršena duž cijele gradacijske skale, što je također rezultat njihova [ne]iskustva u radu s osobama s intelektualnim teškoćama i posljedično tome nejasnih stavova.

Rezultate dobivene ovim ispitivanjem moguće je proširiti, za što su potrebne dodatne statističke analize ili dodatna istraživanja.

## Literatura / References

- [1] Goodey C F. Blockheads, rounheeds, pointed heeds: Intellectual disability and the brain before modern medicine. *Journal of the history of the Behavioral Sciences*. 2005; 41: 165-183.
- [2] Mercer JR. (1992) The impact of changing paradigms of disability on MR in the year 2000. in: L. Rowitz (Ed.), *Mental retardation in the year 2000* (pp. 15-38). New York: Springer - Verlag
- [3] Schroeder S R, Gertz G, &Valasquez F. (2002). Final project repor. Usage of term „mental retardation“: Language,image and public education. Lawrence: University of Kansas, Center on Developmental Disabilities
- [4] StaintonT. Reason and value: The thoughts of Plato and Aristotle the construction of the intellectual disability. *Mental Retardation* 2001; 39: 452-460.
- [5] Trent JW Jr (1994). *Inventing the feeble mind: A history of mental retardation in the United States*, Berkley: University of California Press.
- [6] Wighr D, Digby A (Eds): (1996). *From idiocy to mental deficiency*. London: Routlege.
- [7] Luckason R, Reeve A. Naming, defining, and classifying in mental retardation. *Mental retardation*. 2001; 39: 47-52.
- [8] Finlay WML, Lyons E. Rejecting the label: A social constructionist analysis. *Mental Retardation*. 2005; 43: 120-134.
- [9] Hayden. M. F. & Nelis, T (2002). Self advocacy. In R. L. Schaloch, P. C. Baker & M. D. Croer (Eds.), *Embarking on a new century: Mental retardation at the end of 20 th century* (pp. 221-234). Washington, DC: American Assoiation on Mental Retardation.
- [10] Repley M. (2004). *The social construction of intellectual disability*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- [11] Snell, M. E. & Voorhees, M. D. (2006). On being Labeled with mental retardation. In H.N. Switzky & S. Greenspan (Eds). *What is mental retardation: Ideas for an elvolving disability* (pp. 61-80). Washington, DC: American Assoiaton on mental Retardation.
- [12] Luckason, R., Borthwick - Duffy, S., Buntinx, W. H. E., Coulter, D. L., Craig, E. M., Reeve, A., Scalock, R. L., Snell, M. E., Spitalnik, D. M., Spreat, S., & Tasse, M. J. (2002). *Mental retardation: Definition clasification and system of supports* (10th ed.). Washington, Dc: American Association on Mental Retardation.
- [13] Not, T. (2008). Mentalna retardacija: definicija, klasifikacija i suvremena podrška osobama s intelektualnim teškoćama. *Nova prisutnost VI/3*, str. 339-351