

Prikaz zdravstvene njege odrasle osobe s težom mentalnom retardacijom u obiteljskom okruženju

Health care of an adult person with severe mental retardation in family environment

Zrinka Cindrić¹

SAŽETAK: Mentalna je retardacija (MR) snižena sposobnost koju karakteriziraju značajna ograničenja u intelektualnom funkcioniranju i adaptivnom ponašanju, izražena u pojmovnim, socijalnim i praktičnim adaptivnim vještinama. Osobe s MR-om uglavnom ostaju u obiteljskom okruženju te se zadovoljavanje njihovih potreba i rješavanje problema provodi u uvjetima obiteljskog doma. Kako bi se obitelj uspješno skrbila za svojega člana s kognitivnim deficitom, mora imati adekvatnu socijalnu, zdravstvenu, edukacijsku i financijsku potporu. Tretiranje osoba s MR-om kao manje vrijednih zbog njihovoga stanja te isključivanje iz svakodnevnog života, otežava pokušaje obitelji da ih se integrira u društvenu svakodnevnicu. Medicinska sestra pridonosi uspješnoj skrbi za osobu s MR-om tako da surađuje s bolesnikom i njegovom obitelji, ali i s ostalim stručnjacima, po potrebi uključenima u skrb za osobu s MR-om. Pravodobno prepoznavanje problema koji se pojavljuju u bolesnika usmjerit će medicinsku sestru prema postavljanju cilja te planiranju intervencija. Skrb koju pruža medicinska sestra osobi s MR-om postaje kompleksan zbroj intervencija koje su, u interakciji s obitelji, usmjerene poboljšanju kvalitete bolesnikova života. Cilj rada je prikazati specifičnosti zdravstvene njege osobe s MR-om, u uvjetima vlastita doma i potrebu za posebnim pristupom medicinske sestre ovakvom bolesniku. Riječ je o studiji slučaja jedne ženske osobe s MR-om u razdoblju od 1. svibnja 2006. do 1. prosinca 2006. Skrb medicinske sestre za osobu s teškom mentalnom retardacijom prikazana je prema procesu zdravstvene njege, što uključuje sestrinsku anamnezu i status te planove zdravstvene njege.

Ključne riječi: mentalna retardacija (MR), proces zdravstvene njege, kvaliteta života, obitelj

ABSTRACT: *Mental retardation (MR) is a developmental disability characterized by significant limitations in intellectual functioning and adaptive behavior, expressed in person's cognitive, social and practical adaptive skills. Persons with MR mostly remain within their family environment where all their needs are satisfied and problems solved. In order for families to successfully care about their members with cognitive deficiency, they must have adequate social, health, educational and financial support. Treating persons with MR as less valuable because of their condition, and excluding them from everyday life, makes their families' efforts even more difficult when trying to integrate them into daily social life. Medical nurse contributes to a successful care for person with MR through cooperation with the patient and his family, and other experts as well who are involved in this process. Timely recognition of problems that occur in such patients will guide the nurse towards setting a goal and intervention planning. Nursing care of the person with MR becomes a complex summation of interventions that are, in interaction with the patient's family, directed towards improvement of the patient's life quality. The aim of this paper is to present characteristics of health care in persons with MR, under conditions of one's own home and the need for special approach of medical nurse to such patients. We present a case of a female person with MR followed-up in the period between May 1, 2006 and December 1, 2006. Nursing care of this person with severe mental retardation is described according to health care process, including nursing anamnesis, status and health care plans.*

Key words: mental retardation (MR), health care process, life quality, family

Zaprimljeno / Received: 18. 02. 2009.

Odobreno / Accepted: 11. 05. 2009.

Uvod

Definicija mentalne retardacije

Prema Dijagnostičkom i statističkom priručniku za duševne poremećaje (DSM-IV), mentalna retardacija (MR) označuje značajno ispodprosječno intelektualno funkcioniranje, praćeno velikim ograničenjem adaptivnog funkcioniranja s početkom prije 18. godine.

Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema (MKB-10) definira MR kao stanje zaostalog ili nepotpunog uma, posebno karakterizirano oštećenjem sposobnosti za vrijeme razvoja, koje pridonose cjelokupnom stupnju razvoja inteligencije, kao npr. mišljenje, govor, motorika i sposobnosti ostvarivanja društvenog kontakta, a MKB-10 dijeli MR na sljedeće četiri supkategorije:

Laka mentalna retardacija pri kojoj je približni kvocijent inteligencije između 50 i 69 (odgovara mentalnoj dobi od 9 do 12 godina). Takva subnormalnost uzrokuje poteškoće u učenju. Mnogi će odrasli s tom supkategorijom biti sposobni za rad i ostvarivanje socijalnih kontakata.

Umjerenom mentalna retardacija bilježi kvocijent inteligencije između 35 i 49 (odgovara mentalnoj dobi od 6 do 9 godina). Većina osoba s umjerenom MR može postići određeni stupanj neovisnosti, što obuhvaća brigu o sebi, učenje i komuniciranje. Odraslim osobama ove kategorije trebat će različiti oblici pomoći i potpore za život i rad.

Pri *teškoj mentalnoj retardaciji* približni je kvocijent inteligencije između 20 i 34 (mentalna dob od 3 do 6 godina). Takve osobe trebaju stalnu pomoć okoline.

¹ Zrinka Cindrić bacc. med. techn. Ustanova za zdravstvenu njegu METUS, zrinka.cindric@os.t-com.hr

Pri dubokoj mentalnoj retardaciji kvocijent inteligencije je manji od 20 (mentalna dob je manje od 3 godine). Osobe s dubokom MR imaju ozbiljna ograničenja u komunikaciji i pokretljivosti te su im potrebne stalna pomoć i njega¹.

U starijoj se literaturi za isti poremećaj rabe nazivi kao što su oligofrenija, slaboumnost, psihička zaostalost, nedovoljna mentalna razvijenost, mentalna hendikepiranost i drugi.

Svim je definicijama zajedničko da osobe s MR-om imaju poteškoće u učenju, socijalnim vještinama, svakodnevnom funkcioniranju, te sazrijevanju. U današnje vrijeme pojam mentalne retardacije sve češće zamjenjuje izraz *osobe s odgojno-obrazovnim poteškoćama*.

U svakome društvu rađa se oko 3% djece koja ne dosegnu kognitivni razvoj viši od IQ 70. Oko 2% uspijeva ih se uklopiti u svakodnevni život okoline i ne zahtijeva posebnu pomoć društva. Uz smanjenu inteligenciju, oko 1% te djece ima i probleme s prilagodbom na društvenu okolinu. Ne uklapaju se u svakodnevni život okoline i trebaju specijalnu pomoć društva u razvoju i životu. Takva djeca smatraju se intelektualno hendikepiranom, naime mentalno retardiranom. Iako u Hrvatskoj nema egzaktnih epidemioloških podataka, može se pretpostaviti da ima oko 15 000 takve djece do 18 godina ili, sveukupno, oko 45 000 osoba (djece i odraslih) koje su intelektualno hendikepirane².

Društveni položaj osoba s razvojnim poremećajima

Položaj osoba s razvojnim poremećajima, pa tako i s MR-om, ovisio je o običajima i vjerovanjima vremena i lokalnih kultura. Mentalno retardirane osobe spominju se i u dalekoj prošlosti, 1 500 godina prije Krista, u terapijskom papirusu iz Tebe (Luxor) u Egiptu. U antičko doba Grčke i Rima ubijanje malformirane novorođenčadi bilo je uobičajena praksa. U 2. stoljeću, u Rimskom Carstvu, osobe s oštećenjima, uključujući i djecu, često su bile prodavane za zabavu. Međutim, pojavom kršćanstva, ovakva je praksa nestala te se počelo brinuti za ovakve manje sretne pojedince³. Tek se u 19. stoljeću počelo govoriti o mentalnoj retardaciji kao o stanju koje karakterizira »mozak poput prazne ploče«. Znanstvenici su počeli proučavati specifičnosti osoba s MR-om, uočavajući važnost bavljenja takvim osobama, kao i potrebu da ih se nauči osnovnim vještinama, u skladu s njihovim mogućnostima⁴.

Danas se osobe s mentalnom retardacijom tretira kao sveprisutne članove društva, premda ih se često stigmatizira i prima s određenim predrasudama. Predrasude prinose tomu da se ove članove društva, koji su već samim svojim stanjem hendikepirani, dodatno izdvaja i potiskuje u skućeni svijet samoće i zaborava. Negativni socijalni odgovor na osobe s MR-om prisutan je i danas, unatoč poboljšanoj skrbi, zakonskoj potpori te mnogim medicinskim shvaćanjima uzroka ovog poremećaja. Brojna istraživanja pokazala su negativno socijalno stajalište prema osobama s MR-om, a opisuje ih se i kao »socijalno najnevidljivije osobe« od svih ljudi s poremećajima bilo koje vrste. Pogrešno shvaćanje osoba s MR-om stvara stereotipe kao što su nestabilnost, nepredvidljivost, opasnost te ih udaljava od socijalne okoline i onemogućuje uspostavljanje bilo kakvih bliskijih kontakata, koje takvim osobama i te kako mnogo znače⁵.

Danas su prava osoba s MR-om i formalno uokvirena u Deklaraciji o pravima osoba s mentalnom retardacijom

(UN, 1971.); Nacionalnom strategijom izjednačavanja mogućnosti za osobe s invaliditetom od 2007. do 2015., Vlada RH, 2007.; Akcijskim planom Vijeća Europe za promicanje prava potpunog sudjelovanja u društvu osoba s invaliditetom: poboljšanje kvalitete života osoba s invaliditetom u Europi 2006.-2015. akcijska smjernica br. 8 - život u zajednici, i akcijska smjernica br. 9 - zdravstvena skrb.

Etiologija

Uzroci MR-a leže u multiplim čimbenicima te ona nastaje kao rezultat interakcije genetskih čimbenika, okruženja, razvoje preosjetljivosti ili trauma.

1. Prenatalni uzroci

1.1. Genetski uzroci

Nasljedni poremećaj metabolizma aminokiselina (npr. fenilketonurija, leucionozna, homocistinurija), lipida (npr. gangliozidoze, cerebozidoze, sfingolipidoze), ugljikohidrata (npr. galaktozemija), purina (Lesch-Nyhanov sindrom), mukopolisaharida (npr. Hurleov sindrom) i dr. Mitohondrijske encefalomiopatije
Heredodegenerativne bolesti mozga (npr. ceroidna lipofuscinoza, ortokomatska i sudanofilna leukodistrofija)
Poligenski nasljedan (obiteljski) oblik umne zaostalosti
Nasljedni oblici hipotireoze (npr. defekti u sintezi tiroksina)
Kromosomske anomalije (npr. Downov sindrom, sindrom lomljivog X-kromosoma, Rettov sindrom i dr.)
Neurokutani sindromi (npr. tuberkulozna skleroza, ataksija-teleangiektazija i dr.)
Nasljedne anomalije razvoja mozga i lubanje (primarna mikrocefalija, kraniosinostoza, nasljedni hidrocefalus)

1.2. Intrauterino stečeni uzroci

Placentna disfunkcija
Infekcije (rubeola, toksoplazmoza, citomegaloviroza, lues)
Malformacije zbog oštećenja fizikalnim i kemijskim agensima, zračenjem, oštećenja lijekovima, trovanje majke i dr.
Teža pothranjenost i specifične deficitne bolesti majke (npr. nedostatak joda)
Nepoznati prenatalni uzroci

2. Perinatalni uzroci

Nedonošenost
Hipoksična ishemična oštećenja
Ozljede i krvarenja
Infekcije u perinatalnoj dobi
Hipoglikemije
Kernikerus

3. Postnatalni uzroci

Infekcije (meningitis i encefalitis)
Metaboličko-toksične encefalopatije
Nekontrolirane epilepsije
Kranio cerebralne ozljede
Intoksikacije (lijekovima, alkoholom, insekticidima, drogom i dr.)
Cerebrovaskularni incidenti ishemijski i krvarenja (vaskularne anomalije, embolije, poremećaji zgrušavanja)
Asfiksija (gušenje, utapanje)
Psihoza, infantilni autizam
Psihopatije u roditelja
Socijalni uzroci (odgojna prikradenost zbog siromaštva, zaostalosti okoline, etnički ili rasno uzrokovane zapostavljenosti i dr.)

4. Višestruki, nepoznati uzroci

Ovoj kategoriji pripada više od polovine do dvije trećine sve djece s umnom zaostalošću, osobito one blažeg stupnja⁶

Tablica 1. Etiologija mentalne retardacije. Preuzeto iz: Mardešić D. i sur.: Pedijatrija, 6., dopunjeno izd., Školska knjiga, Zagreb, 2000. str. 1047.

Dijagnoza mentalne retardacije

Rano prepoznavanje i otkrivanje mentalne retardacije štiti dijete od brojnih frustracija koje proizlaze iz nereálnih očekivanja okoline, a koje dijete ne može zadovoljiti te razvija lošu sliku o sebi i gubi samopouzdanje. MR nije bolest ili specifična nesposobnost, već administrativno određeni naziv za različita genetska, socijalna i medicinska stanja koja imaju zajedničku karakteristiku – značajno ispodprosječno intelektualno funkcioniranje. U mnogim se zemljama dijagnoza mentalne retardacije postavlja samo u slučajevima kada je takvoj osobi potrebna pomoć društva tijekom njezina života¹.

Skrb za osobe s mentalnom retardacijom

Mentalna retardacija ne može se liječiti i izliječiti, može se samo stimulirati razvoj djeteta u kojega je utvrđeno smanjenje funkcije ili nerazvijenost središnjega živčanog sustava⁷. Briga za mentalno retardirane osobe posebno je važna u organizacijskom smislu i znači javnozdravstveni problem, jer ne uključuje samo zdravstvene djelatnike nego i pedagoge, socijalne djelatnike, defektologe/prof. edukacijsko-rehabilitacijskog smjera, članove religijskih zajednica i ostale pripadnike društva na koje su upućene osobe s MR-om, kao i njihove roditelje ili skrbnike².

Velik broj odraslih osoba s MR-om živi u krugu obitelji pa se zadovoljavanje zdravstvenih potreba obavlja u poznatoj sredini, na koju takve osobe najbolje reaguju. Također je nužno i u edukativnom i u socijalnom pogledu raditi na integraciji osoba s mentalnom retardacijom. Osnovni ciljevi integracije osoba s MR-om jesu: stimulacija optimalnog psihofizičkog razvoja i podupiranje zdravoga psihičkog života, prevencija psihičkih poremećaja i aktivno suzbijanje duševnih bolesti i poremećaja u ponašanju¹.

Da bi se pravilno procijenila sposobnost mentalno retardirane osobe, potrebno je donijeti mišljenje o uzrocima, prognozi, kao i prijedlog o daljnjem postupku u koji je uključena, vrsti školovanja, zaštiti i pomoći. Većina osoba s lakom mentalnom retardacijom zahtijeva pomoć tijekom školskog razdoblja, bilo u specijalnoj školi bilo u redovnoj, ali s prilagođenim programom. Skrb za osobe s mentalnom retardacijom najbolje je provoditi u centrima za mentalno zdravlje osoba s mentalnom retardacijom, gdje se terapija provodi u obliku posebnih programa prilagođenih sposobnostima osobe s MR-om. Terapija treba imati multidisciplinarni pristup, jer u skrb za takve osobe nije uključena samo medicinska sestra (zdravstvena njega) nego i fizioterapeut, logoped, socijalni radnik i mnogi drugi. Također je potrebno omogućiti obitelji da aktivno sudjeluje u svakom stupnju osposobljavanja svoga člana da bi ga, u konačnici, u uvjetima i okruženju vlastita doma mogli prihvatiti i osigurati mu optimalne uvjete za život. Na taj način postizemo cilj: pomoći osobama s MR-om, radeći na poboljšanju uvjeta njihova življenja i integracije u zajednicu².

Brigu o osobama s MR-om preuzima medicinska sestra koristeći se primarnim organizacijskim modelom zdravstvene njege (»prema bolesniku«), što znači da jedna medicinska sestra, obično više stručne spreme, potpuno zbrinjava određeni broj bolesnika/štićenika, među kojima se nalaze i osobe s MR-om. Medicinska sestra zajedno sa štićenikom utvrđuje potrebe za zdravstvenom njegom; planira zdravstvenu njegu; provodi zdravstvenu njegu prema planu; prati zdravstveno

stanje i ponašanje bolesnika; vrednuje uspjelost zdravstvene njege; uključuje pri planiranju i provedbi zdravstvene njege štićenikovu obitelj; sudjeluje u planiranju i provođenju dijagnostičkih i terapijskih postupaka; koordinira cjelokupnu aktivnost u zbrinjavanju štićenika⁸.

Ovakav model skrbi o osobi s MR-om ima prednosti, jer štićenik prihvati prisutnost medicinske sestre, eliminira nepovjerenje i strah pa su i rezultati u provedbi zdravstvene njege bolji i kvalitetniji. Situacija na terenu odražava suradnju svih profila zdravstvenih djelatnika, no to je napose vidljivo u suradnji patronažne sestre i medicinske sestre iz zdravstvene njege u kući. U slučaju skrbi za osobu s MR-om, patronažna je sestra ona koja će u prvom kontaktu s bolesnikom procijeniti njegove potrebe, postaviti sestrinske dijagnoze, utvrditi ciljeve te zajedno s bolesnikom i obitelji planirati intervencije. Nakon toga, u suradnji s obiteljskim liječnikom, traži se provođenje zdravstvene njege u kući, koju provodi medicinska sestra iz ustanove za zdravstvenu njegu, a patronažna će sestra nakon obavljene njege evaluirati uspjelost provedene zdravstvene njege.

Obitelj mora biti uključena u odluke o pristupanju i provedbi planirane zdravstvene njege. Pri odluci da će se o osobi s MR-om obitelj skrbiti u svojem domu, potrebno je uzeti u obzir i okruženje, koje je bitno za kvalitetnu skrb. Prostor u kojemu će osoba obitavati treba sadržavati nešto što pripada samo njoj, jer osobe s MR-om imaju potrebu za osobnim vlasništvom, svojim ormarićem, samo svojom odjećom, osobnim stvarima koje nitko ne dira bez pitanja. Osim toga, potrebno je pobrinuti se i za sigurnost posebno osoba s težom i teškom MR, jer su one sklone samoozljeđivanju. Na taj se način izbjegavaju moguće uznemirujuće situacije koje mogu dovesti do ugrožavanja njihove sigurnosti⁷.

Često su osobe s MR-om, uz svoje osnovno stanje, oboljele i od drugih bolesti kao što su npr. šećerna bolest, različite srčane mane, hormonalni poremećaji i dr. te uzimaju terapiju propisanu za određeni poremećaj. Budući da nisu u mogućnosti same voditi brigu o redovitom uzimanju terapije, obitelj i u ovoj situaciji ima važnu ulogu. Medicinska će sestra utvrditi da li se terapija pravilno primjenjuje, a, ako primijeti da nije tako, ona također mora utvrditi razloge zbog kojih se događaju nepravilnosti. Ovisno o uzroku nepravilnog davanja terapije, odabrat će intervencije kojima će osigurati pravilnu provedbu⁷.

Nakon što s obitelji isplanira pružanje zdravstvene njege, medicinska sestra će educirati obitelj o vještinama koje će biti potrebne da bi si olakšali pružanje skrbi svome članu s MR-om. Ako je osoba s MR-om u mogućnosti dio vještina obaviti samostalno, potrebno joj je to omogućiti, premda takva aktivnost i ne bila potpuno ispravno obavljena. To će osobi dati osjećaj samopouzdanja i korisnosti, te će na taj način napredovati za daljnji život.

Jedan od problema koji prati pružanje adekvatne zdravstvene njege osobi s MR-om jest i otežana komunikacija na koju nailazi medicinska sestra. Obitelj se, boraveći uz svoga člana, navikne na njegovo manjkavo izražavanje ili je razvila svoj specifičan jezik, koji razumiju samo oni i osoba s MR-om⁷. U tom slučaju medicinska sestra treba nastojati naučiti njihov način komuniciranja da bi što uspjelije i kvalitetnije obavila zdravstvenu njegu. Samo ako je obitelj i štićenik dožive kao zainteresiranu i brižnu osobu, medicinska će sestra postići uspjeh u pružanju skrbi za osobu s MR-om.

Sestrinske dijagnoze u osoba s MR-om

Sestrinske dijagnoze u osoba s MR-om, općenito uzevši, mogu imati široki raspon, jer populacija za koju ih definiramo ima različite poteškoće i potrebe. Moguće sestrinske dijagnoze su:

- nepridržavanje zdravstvenih uputa
- visok rizik od ozljede
- visok rizik od infekcije
- pretilost
- funkcijska inkontinencija
- crijevna inkontinencija
- smanjena mogućnost brige o sebi
- nesanica
- smanjeno samopoštovanje
- neučinkovito sučeljavanje sa stresom
- neučinkovito uspostavljanje socijalnih odnosa
- tjeskoba
- visok rizik od samoozljeđivanja
- nemogućnost uspostavljanja verbalne komunikacije
- socijalna izolacija
- smanjen osjećaj samopoštovanja
- strah.

Cilj rada

Cilj je rada prikazati specifičnosti zdravstvene njege osobe s MR-om u uvjetima vlastitog doma i potrebu za posebnim pristupom medicinske sestre ovakvom bolesniku. Rad stavlja naglasak na potrebu suradnje medicinske sestre i obitelji u kojoj osobe s MR-om žive.

Ispitanici i metode

Riječ je o studiji slučaja ženske osobe s MR-om u razdoblju od 1. svibnja 2006. do 1. prosinca 2006. Skrb medicinske sestre za osobu s teškom mentalnom retardacijom prikazana je prema procesu zdravstvene njege, što uključuje sestrinsku anamnezu i status, te planove zdravstvene njege.

Prikaz procesa zdravstvene njege u osobe s teškom mentalnom retardacijom

Sestrinska anamneza i status

Štićenica Đ. D., rođena 23. svibnja 1967., živi u Đakovu, s ocem umirovljenikom u dobi od 70 godina. Majka je preminula prije 9 mjeseci. Psihološkom procjenom iz 1982. g. utvrđen joj je kvocijent inteligencije (IQ) 35, te je svrstana u kategoriju teške mentalne retardacije. Osim toga, unatrag 14 godina dijagnosticiran joj je i diabetes mellitus, te je od tada na inzulinskoj terapiji (NovoMix FlexPen 30 u dozi od 30 i. j. ujutro i 12 i. j. uvečer). Zbog agresivnih epizoda, psihijatar je štićenici propisao antipsihotik (Zyprexa Velotab, 5 mg, uvečer), a zbog povišenih vrijednosti krvnoga tlaka, obiteljski liječnik propisuje Ormidol tbl., 50 mg, ujutro.

Pri posjetu medicinske sestre štićenica je dezorijentirana, kontaktibilna (uz neartikulirani govor koji je razumljiv samo ukućanima), otežano pokretna. Krvni tlak 125/80 mmHg, bilo 73/min., visina 162 cm, tjelesna težina 88 kg. Adipozna, koža

lica normalne boje i prokrvljenosti, zubalo manjkavo. Zbog pretilosti koža je ispod trbuha obješena te je u pregibu vidljivo crvenilo. Potkoljenice i stopala blijede boje i hladni na dodir. Prisutan izraziti tremor.

Iz razgovora s ocem dobiveni su podaci da štićenica ne pije, ne puši, popije jednu šalicu kave na dan. Svu terapiju daje otac koji o tome vodi brigu i pazi da je redovito dobiva. Đ. D. je bila hospitalizirana prije 14 godina, kada joj je laparoskopski odstranjen žučnjak. Otada nije bila u bolnici, a kontrole u endokrinološkoj ambulanti obavlja sestra štićenice te se u dogovoru sa specijalistom endokrinologom terapija korigira. Trenutačno prije doručka dobiva 30 i. j., a prije večere 12 i. j. NovoMix 30 FlexPen inzulina. Otac kaže da zasada nema poteškoća te on može davati inzulini. Zbog uzimanja antipsihotika, D. Đ. se na svoj način žali da joj se vrti u glavi, te je izrazito nesigurna pri hodu. Otac to potvrđuje, ističe da je vrtoglavica izraženija danju nego noću.

Jede tri glavna i dva međuobroka na dan, što je savjetovano u skladu s redovitim dijabetičkom dijetom. Međuobroci se uglavnom sastoje od voća ili jogurta, dok za doručak i večeru jede sendvič i šalicu mlijeka. Ručak se redovito kuha, a uz variva i kuhano meso katkad pojede i prženo meso jer tako pripremljeno više voli. Najveći je problem količina hrane koju pojede, jer se ne može kontrolirati te traži još dokle god vidi hranu na stolu. Zbog svoje emotivne osjetljivosti, otac često popusti njezinim zahtjevima, iako je u štićenice zamjetna pretilost. Svu hranu joj je potrebno usitniti, jer to nije kadra sama učiniti. Tekućine popije oko 1,5 L, od toga nešto mlijeka, vode, a posebno voli dijetalne sokove.

Stolicu ima svaki dan, a regulira je svakodnevnom konzumacijom ribane jabuke. Mokri uredno, a noću se obično jedanput digne također da bi mokrila. Budući da se teže orijentira, otac obvezno noću ostavlja upaljeno svjetlo u kupaonici.

Slabo se kreće. Za obavljanje osobne higijene kao što su umivanje, pranje zuba i češljanje potrebna joj je tuđa pomoć, jer, ako to radi sama, onda to obavi samo djelomično. Pri kupanju također treba pomoć druge osobe, no kada joj se da spužva, opere njome ruke, prsa i trbuh. Zbog vrtoglavice i tremora izuzetno joj je teško ući u kadu i mirno stajati, jer se boji da će pasti. U odijevanju također nije samostalna, premda bi neke odjevne predmete mogla obući i sama (hlače, čvršću jaknu). Zakopčavanje puceta joj je problem zbog izrazitog tremora. Zbog toga sve ove aktivnosti obavlja otac ili sestra.

Uvečer ide spavati oko 21 sat i spava do 6.30 sati ujutro. Katkad zbog izrazite uznemirenosti ne spava cijelu noć. To je napose prisutno ako se mijenja njezina rutina, tj. ako se planira kakav događaj vezan uz njoj bliske osobe.

Dobro vidi i čuje, no sposobnost joj je rasuđivanja manjkava. Zbog toga sve potrebne radnje i planove umjesto nje provode otac ili sestra. U trenutcima dobrog raspoloženja neke radnje pristane obaviti i samostalno (otići po čašu vode).

Otac kaže da se veseli kada je okružena društvom te da je posebno zadovoljna kada nešto napravi sama pa je se zbog toga pohvali. Ne podnosi neuspjeha i odbijanje, zbog njih bude žalosna, a kadšto i agresivna. Posebno je uporna kada nešto želi ostvariti, i ne smiruje se dok ne dobije to što želi. To je napose teško za njezinu okolinu koja često nije u mogućnosti ispuniti joj želje upravo u tom trenutku. Voli ići na pecanje s ocem, a nakon povratka kući uvijek je bolje raspoložena.

Živi u obiteljskoj kući s ocem, a u istoj kući živi i sestra s obitelji pa štićenica nikada nije sama. Posjećuju ih rodbina i

prijatelji, čemu se ona posebno raduje. Pokazuje strah i uznemirenost kada tko od ukućana treba otići iz kuće. Posebno je vezana uz oca, kojega vrlo rijetko pušta da ode nekamo bez nje.

Prvu menstruaciju dobila je sa 17 godina. Otada joj je menstrualni ciklus neredovit te se zna dogoditi da prođu i 4 mjeseca bez mjesečnice. Ipak na određeni način može predosjetiti kada će dobiti menstruaciju pa otprilike dan ili dva prije počne o tome pričati na svoj način i tako pripremi ukućane da joj mogu pomoći.

Najstresnija situacija unatrag godinu dana bila je smrt majke prije 9 mjeseci. Na nju je reagirala izrazitom promjenom ponašanja i raspoloženja. Zbog povećane agresivnosti, u početku joj je bila povećana doza antipsihotika, no nakon dva mjeseca se smirila pa je doza lijeka smanjena. Povremeno obitelj ipak uočava da se povlači u sebe, ne reagira na pokušaj uspostavljanja komunikacije te uporno doziva majku.

Sestrinske dijagnoze

- Nemogućnost uspostavljanja verbalne komunikacije u/s nerazumljivim govornim obrascem, što se očituje poteškoćama u vokalizaciji riječi.
- Pretilost u/s nedostatkom samokontrole što se očituje TV 162 cm, TT 88 kg.
- Smanjena mogućnost održavanja osobne higijene u/s kognitivnim deficitom, što se očituje neugodnim mirisom i masnom kosom.
- Smanjena mogućnost odijevanja u/s tremorom, što se očituje dopola obučenom bluzom i čarapama te nezakopčanim pucetima na bluzi.
- Poremećaj usnivanja u/s uznemirenošću, što se očituje nemirnim okretanjem u krevetu cijele noći.
- Tjeskoba u/s gubitkom bliske osobe, što se očituje povlačenjem štíćenice u svoj unutarnji svijet te izbjegavanjem komunikacije s ukućanima.

Planovi zdravstvene njege

Nemogućnost uspostavljanja verbalne komunikacije u/s nerazumljivim govornim obrascem, što se očituje poteškoćama u vokalizaciji riječi

SESTRINSKA DIJAGNOZA	CILJ	INTERVENCIJE	EVALUACIJA
Nemogućnost uspostavljanja verbalne komunikacije u/s nerazumljivim govornim obrascem, što se očituje poteškoćama u vokalizaciji riječi.	Štíćenica će uspostaviti verbalnu komunikaciju s medicinskom sestrom tijekom idućih triju posjeta.	Medicinska sestra će: 1. pristupiti štíćenici s osjećajem prisnosti, 2. nastojati zadobiti povjerenje štíćenice, 3. razgovarati sa štíćenicom u njoj poznatom okruženju, 4. objasniti ukućanima važnost njihove suradnje i potpore, 5. pažljivo slušati što štíćenica želi reći i potvrditi razumijevanje govora ponavljanjem rečenoga, 6. potražiti edukacijski materijal za pomoć pri komunikaciji sa štíćenicom, 7. pokazati razumijevanje i potporu pri svakom uspješno provedenom razgovoru, 8. poticati štíćenicu da se što više verbalno izražava, 9. ignorirati napade ljutnje u štíćenice nakon neuspjele komunikacije, 10. procijeniti kada je štíćenicu potrebno upozoriti da takav oblik ponašanja nije prihvatljiv.	Cilj postignut. Štíćenica je uspostavila verbalnu komunikaciju sa sestrom.

Pretilost u/s nedostatkom samokontrole, što se očituje TV d 162 cm i TT od 88 kg

SESTRINSKA DIJAGNOZA	CILJ	INTERVENCIJE	EVALUACIJA
Pretilost u/s nedostatkom samokontrole, što se očituje TV od 162 cm i TT od 88 kg	Štíćenica će tijekom 1 mjeseca smanjiti tjelesnu težinu za 1 kg.	Medicinska sestra će: 1. uputiti ukućane u nužnost smanjenja tjelesne težine u štíćenice, 2. savjetovati obitelj da upotrebljava namirnice niske kalorijske vrijednosti, 3. upozoriti na važnost konzumiranja količinski manjih obroka, 4. savjetovati obitelj da hranu za jedan obrok daju štíćenici posluženo na tanjuru, bez mogućnosti da vidi posudu u kojoj stoji ostatak hrane, 5. uputiti ukućane u potrebu odvlačenja pozornosti od ponovnog uzimanja hrane, 6. savjetovati obitelj da tijekom obroka ponude štíćenici čašu vode, 7. upozoriti ukućane na potrebu povećanja tjelesnih aktivnosti štíćenice (hodanje).	Cilj postignut. Štíćenica je nakon mjesec dana smršavjela 1,2 kg.

Smanjena mogućnost održavanja osobne higijene u/s kognitivnim deficitom, što se očituje neugodnim mirisom i masnom kosom

SESTRINSKA DIJAGNOZA	CILJ	INTERVENCIJE	EVALUACIJA
Smanjena mogućnost održavanja osobne higijene u/s kognitivnim deficitom, što se očituje neugodnim mirisom i masnom kosom.	Štićenica će svakodnevno oprati ruke, prsa i trbuh samostalno, a ostale dijelove tijela oprat će joj ukućani.	Medicinska sestra će: 1. savjetovati ukućane o potrebi stvaranja sigurne okoline za obavljanje osobne higijene, 2. uputiti obitelj u važnost uključivanja štićenice u aktivnosti obavljanja osobne higijene, 3. poticati obitelj da osigura dovoljno vremena za osobnu higijenu kako bi štićenica obavila radnje koje su predviđene, 4. savjetovati obitelj da postavi rukohvate pokraj kade, 5. uputiti ukućane u potrebu korištenja plastičnom stolicom ako štićenica ne može stajati, 6. upozoriti obitelji na pogodnosti gumene podloge za kadu koja sprječava klizanje, 7. poticati obitelj da pruži prigodu štićenici da sama opere i obriše dijelove tijela koje može (ruke, prsa, trbuh).	Cilj postignut. Štićenica je svaki dan samostalno oprala ruke prsa i trbuh, a ostale dijelove tijela oprali su joj ukućani.

Smanjena mogućnost odijevanja u/s tremorom, što se očituje dopola obučenom bluzom i čarapama te nezakopčanim pucetima na bluzi

SESTRINSKA DIJAGNOZA	CILJ	INTERVENCIJE	EVALUACIJA
Smanjena mogućnost odijevanja u/s tremorom, što se očituje dopola obučenom bluzom i čarapama te nezakopčanim pucetima na bluzi	Štićenica će svaki dan samostalno obući hlače, a ostale odjevne predmete obući će joj ukućani.	Medicinska sestra će: 1. poduprijeti ukućane u nastojanju da štićenica nosi onu odjeću koju sama može odjenuti (hlače, čvršća jakna), 2. uputiti obitelj da osigura štićenici dovoljno vremena za samostalno odijevanje, 3. savjetovati članove obitelji da ostale odjevne predmete oni odjenu štićenici.	Cilj postignut. Štićenica je svaki dan samostalno obukla hlače, a ostale odjevne predmete obukli su joj ukućani.

Poremećaj usnivanja u/s uznemirenošću, što se očituje nemirnim okretanjem u krevetu cijele noći i razdražljivošću nakon jutarnjeg ustajanja

SESTRINSKA DIJAGNOZA	CILJ	INTERVENCIJE	EVALUACIJA
Poremećaj usnivanja u/s uznemirenošću, što se očituje nemirnim okretanjem u krevetu cijele noći i razdražljivošću nakon jutarnjeg ustajanja	Štićenica će smireno usnuti svaku večer, spavat će 8 sati tijekom noći te ne će biti razdražljiva.	Medicinska sestra će: 1. saznati od ukućana koje situacije uznemiruju štićenicu, 2. savjetovati obitelj da napiše sve stvari, osobe i aktivnosti koje štićenica voli, a koje ju uznemiruju, 3. uputiti obitelj da ne mijenja rutinu odlaska na spavanje, 4. preporučiti ukućanima da prije spavanja izbjegavaju postupke koji će uznemiriti štićenicu, 5. savjetovati obitelj da prije spavanja daju štićenici nezaslađeni čaj od mente, 6. potaknuti obitelj da osmisli igru ili druženje koje će oraspoložiti štićenicu, što će prakticirati uvečer prije spavanja, 7. preporučiti ukućanima da tijekom dana što više potiču štićenicu na tjelesne aktivnosti.	Cilj postignut. Štićenica je svaku večer mirno usnula, spavala je 8-9 sati tijekom noći i nije bila razdražljiva.

Tjeskoba u/s gubitkom bliske osobe, što se očituje povlačenjem štićenice u svoj unutarnji svijet te izbjegavanjem komunikacije s ukućanima

SESTRINSKA DIJAGNOZA	CILJ	INTERVENCIJE	EVALUACIJA
Tjeskoba u/s gubitkom bliske osobe, što se očituje povlačenjem štićenice u svoj unutarnji svijet te izbjegavanjem komunikacije s ukućanima.	Štićenica će svaki dan: biti manje tjeskobna na svoj način će izražavati osjećaje sudjelovat će u obiteljskim razgovorima.	Medicinska sestra će: 1. uputiti ukućane u faze žalovanja, 2. savjetovati obitelj da uključi štićenicu u razgovor o smrti bliske osobe (majke), 3. preporučiti obitelji da potiče štićenicu da na svoj način govori o majci, 4. savjetovati obitelj da majčinu sliku izloži na vidno mjesto, 5. uputiti ukućane da izbjegavaju spominjanje uspomena koje su neugodne za štićenicu, 6. potaknuti obitelj da okupira štićenicu aktivnostima koje voli, a koje su vezane uz majku.	Cilj postignut. Štićenica je svaki dan bila sve manje tjeskobna. Sudjelovala je u obiteljskim razgovorima i na svoj način izražavala osjećaje vezane uz gubitak bliske osobe (majke).

Rasprava

Medicinska sestra koja se skrblila o ženskoj osobi s MR-om u razdoblju od 6 mjeseci zahvaljujući svojim profesionalnim i komunikacijskim vještinama uspješno je provodila zdravstvenu skrb temeljenu na procesu zdravstvene njege. Postavljeni su ciljevi prema planovima zdravstvene njege postignuti i bolesnica je u navedenom razdoblju napredovala u smislu zadovoljenja svojih potreba. Treba naglasiti da se skrb za osobu s MR-om pokazala kao dragocjeno iskustvo koje je pomoglo medicinskoj sestri da bolje razumije specifičnosti zdravstvene njege ovakvih bolesnika.

Skrb za osobu s MR-om poseban je izazov za medicinsku sestru koja radi na terenu. Ovakav rad zahtijeva svakodnevno praćenje stanja štićenika, u uvjetima koji su često nezadovoljavajući i otežavaju pružanje skrbi. Zbog toga se medicinska sestra susreće i savjetuje sa stručnjacima iz drugih područja, kao što su to npr. socijalni radnik, fizijatar, fizioterapeut, stomatolog i drugi. Suradnja s predstavnicima vlasti pridonijet će jasnijoj percepciji problema osoba s MR-om, potičući i širu društvenu zajednicu na djelovanje.

Da bi se pomoglo osobama s MR-om, neobično je važno poticati ih na razvoj pozitivne slike o sebi. To možemo postići bezuvjetnim prihvaćanjem takve osobe kao važnoga člana društva i obitelji. Da bi se osobi s MR-om pokazalo kako je jedinstvena i prihvaćena, potrebno je pomoći obitelji savjetima o nužnosti komunikacije među njezinim članovima. Osim toga, da bismo pokazali svoje prihvaćanje, potrebna je i dobra komunikacija s vanjskom okolinom, koja će, zauzimanjem za rješavanje problema s kojima se susreću osobe s MR-om i njihova obitelj, podići kvalitetu života takvih osoba⁹.

Svi oni koji izaberu poziv medicinske sestre, prihvaćaju uz njega sve lijepe i manje lijepe trenutke koji ga prate. Malo je onih koji, opredjeljujući se za taj poziv, razmišljaju o situaciji kada će svoje znanje trebati pružiti osobi s MR-om. Bilo zbog toga što je ova skupina ljudi marginalizirana u samoj društvenoj zajednici, bilo stoga što obitelji s takvim članom pokušavaju same rješavati probleme, medicinske sestre malo kad imaju prigodu upitati se, što je zapravo stvarna potreba i koje su specifičnosti u pristupu osobama s mentalnom retardacijom. Zbog toga nam zdravstvena njega i proces sestrinske skrbi, proveden sustavnim praćenjem stanja i potreba osobe s MR-om, pružaju veliku pomoć u podizanju kvalitete zdravstvene skrbi za ovu populaciju.

Potreba unaprjeđenja sestrinske struke stavlja pred medicinske sestre dužnost kontinuirane edukacije, koja u svojoj konačnici služi poboljšanju kvalitete zdravstvene njege. U tu svrhu služi svakodnevna težnja medicinske sestre da pronalženjem novih dostignuća iz područja sestrinske skrbi pruži bolesniku najbolju moguću njegu. Da bi se provela kvalitetna zdravstvena njega, potrebno je mnogo više od izvođenja intervencija predviđenih planom, pa je stoga važno da medicinska sestra posjeduje određeni stupanj samostalnosti, samoinicijative i kritičnosti¹⁰. Ipak, bez obzira na vrstu posla koji obavlja, postoji zajednički čimbenik za sve medicinske sestre: to je njihova sposobnost za primjeren odnos prema bolesniku¹¹.

Zaključak

Specifičnost zdravstvene njege osoba s MR-om leži u činjenici da medicinska sestra treba više vremena posvetiti ovakvom bolesniku, jer na tome počiva uspješnost uspostavljanja povjerenja, koje je teško dobiti od osobe s MR-om. Različitost zdravstvene njege osobe s MR-om, u odnosu na osobe urednih intelektualnih sposobnosti, ogleda se i u potrebi svladavanja posebnih obrazaca komuniciranja koje razvija osoba s MR-om. U pristupu osobi s MR-om medicinska sestra treba imati povišeni prag tolerancije te iskazati strpljenje da bi motivirala ovakvog štićenika za obavljanje aktivnosti koje će on s mnogo poteškoća svladati. Također je potrebno uspješno posredovati između obitelji koja ima člana s MR-om i ostalih stručnjaka čiju pomoć treba osoba s MR-om.

U svrhu kvalitetnog provođenja planirane zdravstvene njege, medicinska sestra treba primijeniti cjeloviti i individualizirani pristup osobi s MR-om, pri čemu će joj pomoći unaprjeđivanje komunikacijskih vještina, a također i znanje psihologije. Za što uspješnu suradnju s članovima različitih institucija i različitih profesija medicinska sestra mora se kontinuirano educirati kako bi uspješno pratila suvremene trendove pružanja skrbi osobama s MR-om. Dostupnost elektroničkih medija, stručnih članaka te stručne literature otvara medicinskoj sestri mogućnost pružanja kvalitetne zdravstvene njege osobama s MR-om.

Literatura

1. Kocijan-Hercigonja, D. Mentalna retardacija, Biološkijske osnove, klasifikacija i mentalno-zdravstveni problemi, Naklada Slap, Jastrebarsko, 2000.;9-13.
2. Došen, A., Igric, L.J. Unaprjeđenje skrbi za osobe s mentalnom retardacijom, ERF, Zagreb, 2002.; 69-118.
3. Sheerenberger, R. C. A History of Mental Retardation, Brookes Publishing Co., Baltimore, 1983.;30-7.
4. Doll, E. A. Trends and Problems in the Education of the Mentally Retarded, 1800-1940, American Journal of Mental Deficiency, 1962;72., 175-83.
5. Bregman, J. D. Current Developments in the Understanding of Mental Retardation, Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1991.;30:861-72.
6. Mardešić, D. i sur. Pedijatrija. 6. dopunjeno izd., Školska knjiga, Zagreb, 2000.;1045-9.
7. Došen, A. Mentalno zdravlje djece s mentalnom retardacijom, Medicina, 2005.;42(41):101-6.
8. Pilić, N. Zdravstvena njega, Školska knjiga, Zagreb, 2004.;29-31.;48-50.
9. Esser, A. H., Lacey, S. D. Mental Illness: a Home Care Guide, John Wiley & Sons, New York, 1989.;93-232.
10. Fučkar, G. Proces zdravstvene njege, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb, 1995.;14.-65.
11. Gruden, V. (ml), Gruden, Z., Gruden, V. (st) Primijenjena psihoterapija, Medicinska naklada, Zagreb, 2006.; 273-8.