Informiranost roditelja o pokazateljima razvojnih poremećaja kod djece

Olivari, Ivana

Undergraduate thesis / Završni rad

2019

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

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:122:644215

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-04-23**

Repository / Repozitorij:

University North Digital Repository

zir.nsk.hr

dabar
DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJI

Sveučilište Sjever

Završni rad br. 1231/SS/2019

Informiranost roditelja o pokazateljima razvojnih poremećaja kod djece

IvanaOlivari, 1807/336

Varaždin, prosinac 2019. godine

Sveučilište Sjever

Odjel za Sestrinstvo

Završni rad br. 1231/SS/2019

Informiranost roditelja o pokazateljima razvojnih poremećaja kod djece

Student

Ivana, 1807/336

Mentor

dr.sc. Jurica Veronek, v.pred.

Varaždin, prosinac 2019. godine

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

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL: Odjel za sestrinstvo

STUDIJ: preddiplomski stručni studij Sestrinstva

PRISTUPNIK: Ivana Olivari | MATIČNI BROJ: 1807/336

DATUM: 03.09.2019. | KOLEGIJ: Zdravstvena njega osoba s invaliditetom

NASLOV RADA: Informiranost roditelja o pokazateljima razvojnih poremećaja kod djece

NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU: Parental familiarity indicators of developmental difficulties in children

MENTOR: dr.sc. Jurica Veronek | ZVANJE: v.pred.

ČLANOVI POVJERENSTVA:

1. prof.dr.sc. Andreja Brajša - Žganec, predsjednik
2. dr.sc. Jurica Veronek, mentor
3. dr.sc. Ivana Živoder, član
4. dr.sc. Irena Canjuga, zamjenski član
5.

Zadatak završnog rada

BROJ: 1231/SS/2019

OPIS:

Smatra se da su poremećaji iz spektra autizma najčešći razvojni poremećaji koji se pojavljuju u prvim godinama života i traju cijeli život. Poremećaji iz spektra autizma kompleksni su razvojni poremećaji karakterizirani nemogućnošću uspostave normalne socijalne interakcije, teškoćama u komunikaciji te stereotipnim obrascima ponašanja. Od iznimne je važnosti što ranije prepoznavanje poremećaja i postavljanje dijagnoze, kako bi se dijete na vrijeme uključilo u sustav pravilne i kontinuirane rehabilitacije i edukacije. Dokazano je brojnim istraživanjima da se ranim prepoznavanjem te ciljanom ranom intervencijom značajno može poboljšati životni ishod osobe s poremećajima iz spektra autizma. Cilj istraživanja je utvrditi informiranost roditelja o razvojnim poremećajima kod djece te ujedno koliki broj djece na istraženom uzorku ima više od tri rizična faktora nastanka poremećaja u razvoju. Dobiveni rezultati usporediti će se s rezultatima sličnih istraživanja.U radu je potrebno:

1. Opisati razvojne poremećaje i poremećaje iz spektra autizma
2. Prikupiti i obraditi podatke dobivene istraživanjem
3. Usporediti podatke dobivene provedenim istraživanjem s podacima iz dosadašnjih istraživanja
4. Navesti citiranu literaturu

ZADATAK URUČEN

POTPIS MENTORA

SVEUČILIŠTE SJEVER

Predgovor

Zahvaljujem se poštovanom mentoru dr.sc. Jurici Veroneku na pomoći pri odabiru teme, savjetima i podršci u izradi završnog rada. Također želim zahvaliti svim članovima povjerenstva te svim profesorima Sveučilišta Sjever koji su svojim znanjem, vještinama, ali i neizmjernom voljom doprinijeli našem daljnjem razvoju i nadopunjavanju znanja kroz ove tri godine.

Veliko hvala mojoj obitelji kojoj želim posvetiti svoj završni rad zbog pružene podrške, razumijevanja tijekom školovanja. Na kraju bih se željela zahvaliti svojim kolegama i kolegicama koji su mi bili velika pomoć pri ostvarivanju zadanog cilja do kojeg sam danas i došla.

Sažetak

Smatra se da su poremećaji iz autističnog spektra, kako se danas nazivaju, ili kratko autizam, najčešći razvojni poremećaji koji se pojavljuju u prvim godinama života i traju cijeli život. Također podatci govore da je stopa pojavnosti autizma 1 na 150 novorođene djece što je vrlo zabrinjavajuće te podatak da se svaku 21 minutu u svijetu rodi dijete kojemu će biti dijagnosticiran jedan od poremećaja iz autističnog spektra. Danas se autistični poremećaji smatraju pervazivnim razvojnim poremećajima, za što je karakteristično i pervazivno oštećenje većeg broja razvojnih područja, primjerice socijalne interakcije i komunikacije ili javljanje stereotipnih oblika ponašanja, interesa ili aktivnosti. Takav obrazac ponašanja utječe na mogućnost zadovoljavanja osnovnih ljudskih potreba, te posljedično i na samu kvalitetu života. Od iznimne je važnosti što ranije prepoznavanje poremećaja i postavljanje dijagnoze, kako bi se dijete na vrijeme uključilo u sustav pravilne i kontinuirane rehabilitacije i edukacije.

Provedeno je istraživanje među roditeljima djece u starosti od 12 do 18 mjeseci. Instrument provedbe istraživanja bio je M-CHAT upitnik kojim se željelo ispitati pokazatelje koji dovode do razvojnih poremećaja. Ispitivanje je provedeno putem društvenih mreža, glavni cilj bio je ispitati koliki broj djece na istraženom uzorku ima više od tri rizična faktora nastanka poremećaja u razvoju, dok su sekundarni ciljevi usmjereni bili na to je li dob roditelja i spol djeteta povezana s brojem rizičnih faktora za oboljenje od razvojnih poremećaja. U istraživanju je sudjelovalo ukupno 94 roditelja djece u dobi između 12 i 18 mjeseci. Dobivenim rezultatima možemo zaključiti kako 28,7% djece ima više od tri rizična faktora za nastanak poremećaja u razvoju, nadalje nije dobivena značajna povezanost dobi roditelja i broja rizičnih faktora za nastanak poremećaja, te nema značajnih razlika u broju rizičnih faktora ovisno o spolu djeteta.

Zbog svoje kompleksnosti PSA zahtijevaju više pozornosti kako od strane stručnjaka tako i od stane okoline. Potrebno je podizati znanje i svijest društva o samom problemu poremećaja autističnog spektra ali i njegovoj ranoj dijagnozi i simptomima. Intenzivna rana intervencija kod djece omogućuje bolji napredak, usvajanje osnovnih vještina, komunikacije, razumijevanja, prihvaćanja same dijagnoze. Stoga pri prvim znakovima poremećaja potrebno je uključiti dijete u individualizirane edukacijske programe.

Ključne riječi: poremećaji spektra autizma, djeca, roditelji, uloga medicinske sestre

Summary

Autism spectrum disorders, as they are known by today, or shortened autismare considered to be the most common developmental disabilities that appear at an early age and are a lifelong condition. Data also shows the alarming fact that the prevalence of autism is 1 in 150 children, meaning that every 21 minutes a child is born that will be diagnosed with autism spectrum disorder. Today autism spectrum disorder is labeled under the term pervasive developmental disorders, which are characterised by the pervasive impairment of a larger number of developmental areas, such as social interaction and communication or the appearance of stereotypical forms of behaviour, restricted interests and repetitive activities. Behaviour patterns such as these affect the ability to satisfy basic human needs and in consequence affect the very quality of life. The early recognition of the disorder and proper diagnosis are of immense importance, so that the child may start an apppropriate and continuous system of rehabilitation and education.

The study was conducted with the parents of children aged 12 to 18 months. The M-CHAT questionnaire was the instrument used in the study to examine the indentifiers of pervasive disorders. The questionnaire was filled out via social networks, the main goal being to identify how many children in the questioned sample possess more than three risk factors for developing a developmental disorder, while the secondary objective was focused on whether the age of the parent and sex of the child was linked to the number of risk factors in developing a developmental disorder. 94 parents of children between the ages of 12 and 18 months participated in the study. The end results showed that 28,7% of children had more than three risk factors to develop a developmental disorder, furthermore there was no correlation between the age of the parents and the number of risk factors, as well as no correlation between the sex of the child and number of risk factors.

Due to it's complexity autism spectrum disorder deserves more attention from specialists as well as more concern from the community. It is necessary to educate and increase awareness in the community about autism spectrum disorder and the need for early diagnosis and recognition of symptoms. Intensive early intervention in children enables better progress, acquiring basic skills, communication, comprehension and better acceptance of the diagnosis. The reforewhen a child shows the first signs of the disorder it should be integrated into individualized educational programmes.

Key words: autism spectrum disorder, children, parents, role of nurse

Popis korištenih kratica

PSA Poremećaji iz spektra autizma

PECS Picture Exchange Communication

M-CHAT TheModifiedChecklist for AutisminToddlers

WHO World Health Organitization

AS Aspergerov sindrom

Sadržaj

1. Uvod 7
2. Etiologija autizma i podjela autističnih poremećaja. 9
   2.1. Autistični poremećaj /Kannerov sindrom 10
   2.2. Rettov poremećaj 10
   2.3. Aspergerov poremećaj 10
3. Dijagnoza autističnog poremećaja 14
   3.1. Creakova nine-point skala 14
   3.2. Dijagnostički kriteriji prema Rutteru 15
   3.3. Dijagnostički kriterij za postavljanje dijagnoze Aspergerova sindroma 15
4. Klinička slika 17
   4.1. Oštećenje socijalnih interakcija 17
   4.2. Oštećenje verbalne i neverbalne komunikacije 17
   4.3. Ograničeni i stereotipni oblici interesa i aktivnosti 18
5. Tretmani poremećaja iz autističnog spektra 19
   5.1. Sustav komuniciranja razmjenom slika (PECS) 19
   5.2. Glazbena terapija 20
   5.3. Likovna terapija 20
   5.4. Terapija igrom 20
   5.5. Terpijsko plivanje 21
   5.6. Holding terapija 21
   5.7. Terapija senzoričke integracije 22
   5.8. Dnevna životna terapija 22
6. Uloga medicinske sestre u zdravstvenoj njezi osoba s autizmom 23
7. Istraživački dio rada 26
   7.1. Cilj istraživanja 26
   7.2. Hipoteze 26
   7.3. Metodologija 27
   7.4. Postupak 27
   7.5. Statistička obrada 27
8. Rezultati istraživanja 28
   8.1.. Sociodemografske karakteristike uzorka 28
   8.1.1. Upitnik o tipičnim i netipičnim razvojnim ponašanjima djece dobi od 12 do 18 mjeseci 29
   8.1.2. Prevalencija rizičnih faktora (negativnih odgovora) kod djece dobi između 12 i 18 mjeseci u istraživanju 32
   8.1.3. Povezanost između dobi ispitanika i doživljenog nasilja na poslu 33
   8.1.4. Razlika u broju rizičnih faktora ovisno o spolu djeteta 33
9. Rasprava 34
10. Zaključak 36
11. Literatura 37

12. Prilog.....40

1. Uvod

U Republici Hrvatskoj (RH) danas živi oko 8000 osoba s autizmom. Nerazumijevanje, depresija, izolacija i anksioznost nezaobilazan su dio života osoba s autizmom i članova njihovih obitelji, što dovodi do promijenjenog obrasca obiteljskog života. Teškoće u komunikaciji imaju znatan utjecaj na kvalitetu života svakog čovjeka. Autizam kao kompleksni razvojni poremećaj karakteriziran je nemogućnošću uspostave normalne socijalne interakcije, teškoćama u komunikaciji te stereotipnim obrascima ponašanja. Nadalje, autizam znatno djeluje na obiteljsku strukturu, posebice zato što do postavljanja dijagnoze često prođe i nekoliko godina. Iako roditelji katkad i od djetetova rođenja zapažaju teškoće i uočavaju ponašanje tipično za autizam, suočavanje s dijagnozom za njih predstavlja izniman stres. Pri verifikaciji dijagnoze roditelji nemaju zadovoljavajući stupanj emocionalne podrške u svojoj okolini, a to otežava prihvaćanje dijagnoze i objektivnog stanja djeteta te uzrokuje znatan stupanj zabrinutosti za djetetovu budućnost.[1]

Poremećaje iz spektra autizma (PSA) obilježavaju odstupanja u socijalnoj komunikaciji i interakciji te atipičnosti u obilježjima općeg ponašanja i interesa. PSA je poznat i pod nazivom pervazivni razvojni poremećaj jer za razliku od ostalih razvojnih poremećaja koji su izolirani ili specifično utječu na pojedini dio razvoja, PSA istovremeno zahvaća veći broj razvojnih područja i može na više načina utjecati na svaki od njih, pri čemu rezultira velikom raznolikošću razvojnih profila i ishoda. Posljednjih se godina pokazuje veliko zanimanje javnosti i stručnjaka o samom problemu PSA.[2]

Bruno Bettelheim(1967. godine) psihoanalitički psihijatar smatrao je da je dijete s autizmom osiromašeno iznutra i zatvoreno u školjci zbog negativnih vanjskih utjecaja. Danas je sigurno da su organski uzroci glavni etiološki čimbenik, među ostalim genski, metabolički, traumatski te se ni psihološki uzroci ne smiju zanemariti. Za samu procjenu poremećaja iz autističnog spektra u prošlosti se koristila jedna od najstarijih ljestvica tzv. Creakova *nine-point ljestvica* (1963.godina), u kojoj je bilo ponuđeno 14 simptoma, a potrebno je barem 9 za postavljanje dijagnoze autizma, to su: [3]

- Velike teškoće pri druženju i igranju s drugom djecom.
- Dijete se ponaša kao da je gluho.
- Dijete ima jak otpor prema učenju.
- Dijete nema straha prema stvarnim opasnostima.
- Dijete ima jak otpor prema promjenama rutine.
- Dijete se radije koristi gestom ako nešto želi.
- Dijete se smije bez vidljiva razloga.

- Dijete se ne voli nositi ni maziti.
- Pretjerana fizička aktivnost.
- Dijete izbjegava pogled oči u oči.
- Neuobičajena vezanost za objekte ili dijelove objekta.
- Dijete okreće predmete i potreseno je ako je u tome prekinuto.
- Ponavljajuće i čudne igre.
- Dijete se izolira od ostalih vršnjaka.

Osobe s autizmom trebaju podršku tijekom cijeloga života, stoga se sestrinska skrb primjenjuje kod osoba svih dobnih skupina. Pristup treba biti individualiziran. U skladu s tim, sve sestrinske intervencije treba prilagoditi starosnoj dobi osobe s autizmom. Da bi sestrinske intervencije bile učinkovite, potrebna je kvalitetna procjena osobe s autizmom, obiteljske strukture i mogućih sustava podrške. Pri tome je vještina komunikacije važan čimbenik za uspješnost u procjeni i provođenju svakodnevnih zadataka medicinske sestre. Ovladavanje metodama/postupcima koji omogućavaju visok stupanj u kvaliteti komunikacije preduvjet je za provođenje sigurne i učinkovite zdravstvene njege.[1]

2. Etiologija autizma i podjela autističnih poremećaja

Dugi niz godina smatralo se da su autistični poremećaji urođeni, odnosno nastali u najranijoj dječjoj dobi.[4]

Još nije posve jasno je li autizam posljedica jednog ili više različitih uzroka koji daju sličnu kliničku sliku. Točna etiologija nastanka autizma do danas nije znanstveno utvrđena. Različita istraživanja pokazala su da se autizam češće javlja među braćom i sestrama. Tri do četiri puta se češće javlja kod dječaka nego kod djevojčica. Sve navedeno ukazuje na genetske uzroke. Može se javiti i kod djece koja su intrauterino zaražena herpes virusom, citomegalovirusom ili pak virusom rubeole. Potom, može nastati nakon različitih trauma za vrijeme poroda. Nedavna istraživanja pokazuju rasprostranjenost od jedan do dva slučaja na tisuću ljudi za autizam i otprilike 6 na 1000 na poremećaje iz spektra autizma. Broj registriranih osoba s autizmom se značajno povećava u posljednje vrijeme.[3]

Desetljećima su prevladavale pretpostavke o psihosocijalnim uzrocima nastanka autizma. Međutim posljednjih godina smatra se da su uzroci biološke naravi. Danas prevladavaju stavovi da je za na nastanak autizma odgovorno nasljeđe, biokemijske osobitosti, moždano oštećenje i poremećaji funkcije; poremećaji kognitivnih procesa i govorno-jezičnog razvoja. Visoka inteligencija, dobro razvijen govor, vedar duh, uspješnost razvojnih intervencija, socijalna okolina koja pruža podršku u nošenju s problemima i koja potiče zdrav razvoj, čimbenici su koji mogu djelovati kao zaštitni faktor[4].

Prema definiciji Svjetske zdravstvene organizacije (*eng. WHO*)autizam je skupina poremećaja koje obilježavaju kvalitativne nenormalnosti uzajamne interakcije, komunikacije, kao i ograničen ponavljajući repertoar aktivnosti i interesa. Ove kvalitativne nenormalnosti osnovno su funkcionalno obilježje osoba s autizmom.[1]

Deseta međunarodna klasifikacija bolesti, ozljeda i srodnih zdravstvenih stanja (MKB-10) Svjetske zdravstvene organizacije pod šifrom F84 klasificira pervazivne razvojne poremećaje [4]:

- Autistični poremećaj
- Pervazivni razvojni poremećaj
- Rettov poremećaj
- Dezintegrativni poremećaj u djetinjstvu
- Aspergerov poremećaj

2.1. Autistični poremećaj /Kannerov sindrom

Dječji autizam (F84.0) najznačajniji je predstavnik poremećaja ove skupine. Američki psihijatar Leo Kanner 1943. godine prvi je opisao sindrom na temelju sustavnog praćenja i promatranja jedanaestero djece koja su izgledala tjelesno zdrava, ali su pokazivala karakteristične smetnje komunikacije i govora. Taj poremećaj nazvao je infatilnim autzimom. U njegovim spisima stoji kako *„od početka postoji autistična izolacija, koja, kad god je moguće, obustavlja, ignorira, zaustavlja sve što izvana dolazi do djeteta“*.[5]

Četiri su ključna obilježja za postavljanje dijagnoze [3]:

- Kvalitativno oštećenje uzajamne socijalne aktivnosti
- Kvalitativno oštećena komunikacija
- Ograničeni interesi i stereotipski obrasci ponašanja
- Početak prije treće godine života.

Osim navedenih, moguće su još neke poteškoće kao što su fobije, strahovi, poremećaji hranjenja i spavanja, agresivna ponašanja, ispadi bijesa te samoozljeđivanje.[3]

2.2. Rettov poremećaj

Rettov sindrom je neurodegenerativni poremećaj ograničen na populaciju djevojčica, a manifestira se najčešće između sedmog i osamnaestog mjeseca života. Među najteže značajke Rettovog poremećaja spada pojavnost napadaja epilepsije, kompleksno parcijalnog i toničko-kloničkog tipa.[6]

Jedan od ranijih pokazatelja je usporeni rast glave koji vodi mikrocefaliji u drugoj godini života, nakon čega slijedi psihička regresija, zaostatak u kognitivnim i socijalnim vještinama, poremećaj govora, rasta, gubitak težine i mišićna slabost. Također su karakteristični stereotipni pokreti ruku.[7]

Dijete koje je već počelo puzati, prestaje to raditi, nezainteresirano je za okolinu, postaje usporeno, zatvara se.[3]

Gotovo sve djevojčice imaju abnormalan EEG nalaz sa sporom aktivnošću i šiljcima dok se klinički napadaji javljaju u trećini slučajeva.[4]

2.3. Aspergerov poremećaj

Godine 1943. pedijatar Hans Asperger primijetio je kako neka djeca koja su dolazila u njegovu kliniku imaju slične karakterne osobine i ponašanja. Unatoč studijama koje su sredinom 40-ih donijele nove spoznaje, metode mjerenja i teorijske modele u vezi s razvojem djeteta,

Asperger nije pronašao objašnjenje za mali broj slične i neobične djece koju je otkrio u svome radu. Razvoj takve djece i opise njihovih poteškoća i sposobnosti zabilježio je u djelu „*Autistische Psychopathy im Kindesalter*“ (Asperger, 1944., 1991.), pri čemu je u uzorku bilo više dječaka nego djevojčica.[8]

Hans Asperger primijetio je: [8]

- zaostatak u razvoju djetetove socijalne zrelosti i socijalnog razumijevanja,
- poteškoće pri ostvarivanju kontakata i traženju prijatelja, dosađivanje vršnjacima,
- ograničeno spontano komuniciranje, i težnju za stvaranjem novih riječi
- zaostatak na verbalnom području komunikacije i neverbalnom ,slab kontakt očima,
- nedostatak mimike za uspostavljanje kontakta s drugima, slabo razvijene izražajne geste i pokrete koji ništa ne izražavaju,
- neobičnu prozodiju govora s obzirom na ton, ritam i brzinu govora,
- nedostatak empatije s obzirom na starost djece i njihove intelektualne mogućnosti i druga oštećenja na području emotivnog doživljavanja,
- egocentrične preokupacije koje toliko okupiraju djetetove misli i vrijeme da se ne može usredotočiti ni na što drugo,
- poteškoće s učenjem - u vezi s pažnjom i potrebom za više dodatne pomoći učitelja ili roditelja,
- pomanjkanje maštovite igre u ranom djetinjstvu,
- hiper/hiposenzitivnost,
- motoričku nespretnost, prije svega u grupnim sportovima,
- nedostatak smisla za humor.

Također, utvrđuje da se navedene osobine kod neke djece mogu otkriti već oko 2-3 godine. Slične osobine je primijetio i kod nekih očeva i zaključio da bi se moglo raditi o genetskom oštećenju, a ne o utjecaju okoliša. Sindrom je konceptualizirao kao smetnju osobnosti iz spektra autizma, odnosno kao doživotni i stabilan tip ličnosti. Upozorio je da neka od djece mogu razviti specifične vrste nadarenosti i da mogu biti vrlo uspješna na svome radnom području. Istovremeno, 1943. godine je u Baltimoru slična istraživanja objavljivao Leo Kanner koji je u svome radu „Autistična oštećenja emotivnog kontakta“ prvi put pisao o autističnoj djeci. Promatrao je 11 djece i njegovi opisi su i danas referentna točka za osobine autizma. Govori o autističnoj usamljenosti, opsesivnoj želji za tim da se stvari ne mijenjaju, o dobro razvijenim spoznajnim mogućnostima gdje bi se radilo samo o dobrom mehaničkom pamćenju, preosjetljivosti na različite podražaje, hladnim, intelektualnim roditeljima, stereotipnim pokretima prstima i verbalnim ritualima.[9]

Aspergerovi i Kannerevi pacijenti imali su puno toga zajedničkog na području emocija, socijalne interakcije, komuniciranja, neobičnih interesa, a razlikuju se u jezičnim i motornim sposobnostima učenja.[10]

Opažanja Lorne Wing koja je prva upotrijebila termin Aspergerov sindrom (u nastavku AS)1981. godine potvrđuju povezanost AS i autizma, jer je utvrdila da je kod neke djece kojima je u djetinjstvu bila postavljena dijagnoza Kannerovog sindroma klinička slika u odrasloj dobi sličnija AS, a to je pripisivala ranijem otkrivanju smetnje i s tim u vezi brzoj intervenciji i intenzivnom programu pomoći.[13]

Govori o tihoj i nespretnoj djeci koja su nakon uključivanja u intenzivne programe počela pokazivati želju za igrom s drugom djecom, koristiti kompleksne rečenice, razvijati komunikacijske sposobnosti i biti svjesna socijalnog konteksta. Početna promatranja takve djece ukazivala su na intelektualne nedostatke, ali nakon intenzivnog rada, djeca su po svome kvocijentu inteligencije bila uvrštena među prosječnu. Uvodi se pojam spektar autističnih poremećaja upravo zbog različitih manifestacija istog problema jer se klinička slika među djecom razlikuje u zavisnosti o intelektualnim sposobnostima i godinama, a promjene se pojavljuju i kod istog djeteta.[12]

U poznatom istraživanju (Wing i Gold)podijelili su djecu iz spektra autističnih poremećaja u tri podskupine [8]:

- udaljeni – socijalni poremećaj se iskazuje kao ravnodušnost prema drugim ljudima,
- pasivni – osobe prihvaćaju interakciju, ali uvijek na poticaj nekoga drugoga,
- aktivni i čudni – pokazuju interes za interakciju, iako drugima pristupaju na bizaran, jednostran i repetitivan način.

Autori navode moguće karakteristike djece s AS kao što su fascinacija riječima i brojkama, iako mnogo toga od naučenoga ne razumiju,te snažna emotivna vezanost uz članove obitelji. Osobe s AS teško razlikuju tko je tko među prijateljima jer im se svi čine jednako važnima. Prema svima se ponašaju jednako prijateljski i pristupaju na neuobičajen način (npr. grljenje, vrištanje, nerazumijevanje što se smije nekome reći, a što je previše intimno). Prvi znakovi da su pojedinci s AS drukčiji od drugih često se primijete s polaskom u osnovnu školu, kad se od njih očekuje suradnja s vršnjacima, što je za njih teško, iako su možda u obitelji bili sposobni igrati se s članovima obitelji. Učitelji mogu za vrijeme školskog sata primijetiti nedostatak pažnje koja bi bila primjerena za određeni razvojni stupanj, nerazumijevanje neverbalnih signala ili ekstremnu anksioznost kada se neke ustaljene rutine promijene.[14]

Očito se ne radi o intelektualnom poremećaju, već o pomanjkanju socijalnog razumijevanja stvari i ljudi oko sebe.[15]

Asperger je opisao četiri dječaka koji su imali sljedeće karakteristike: zaostatak u razvoju djetetove socijalne zrelosti i socijalnog razumijevanja; poteškoće pri ostvarivanju kontakta i traženju prijatelja; ograničeno spontano komuniciranje; težnja za stvaranjem novih riječi, zaostatak na verbalnom području komunikacije i neverbalnom području komunikacije te slab kontakt očima; nedostatak mimike za uspostavljanje kontakta s drugima.[8]

Djeca sa Aspergerovim sindromom nisu svjesna nepisanih pravila socijalnog ponašanja te će nenamjerno reći ili učiniti stvari koje mogu uvrijediti druge ljude.[11]

Dijete s Aspergerovim sindromom često počinje govoriti prije nego može samostalno hodati. Usvaja raznolik govor s bogatim rječnikom i često osebujno strukturiranim riječima. Ono govori kad hoće, bez prilagođavanja onima koji ga slušaju, ima teškoće s prepoznavanjem signala kada treba početi govoriti te ne može uviđati utjecaj prekida razgovora na osjećaje drugih ljudi. Također sklono je doslovno tumačiti sve što druga osoba kaže te je manje svjesno skrivenih, implicitnih ili višestrukih značenja što utječe na razumijevanje uobičajenih fraza ili metafora (npr. „Iz vedra neba“;, Pao joj mrak na oči“, itd.).[4]

3. Dijagnoza autističnog poremećaja

Kod djece mlađe od tri godine je jako teško s potpunom sigurnošću postaviti dijagnozu autističnog poremećaja te potom odrediti potreban tretman i edukaciju. Važne odrednice u dijagnozi autističnog poremećaja su intenzitet simptoma, dob djeteta, intelektualno funkcioniranje,anamnestički podaci i nalazi medicinskih pretraga. Multidisciplinarna dijagnostička procjena te iskusan kliničar koji kontinuirano prati dijete doprinose postavljanju sigurne dijagnoze. U samom postavljanju dijagnoze od izuzetne je važnosti precizno utvrditi intelektualni status djeteta. Gluhoj ili nagluhoj djeci te djeci sa senzomotoričkom afazijom ili disfazijom može biti pogrešno dijagnosticiran autistični poremećaj. Tri ključne točke autističnog poremećaja koje uključuju svi dijagnostički kriteriji su: početak poremećaja u djetinjstvu, nedostatak odgovora na osobe i predmete te poremećaj govora i kognitivnih funkcija. Kako bi se povećala pouzdanost dijagnoze potrebno je napraviti standardne krvne slike, rendgenske pretrage (CT mozga, magnetna rezonancija) i EEG standardno snimanje, objektivnu audiometriju, detaljan okulistički nalaz i osnovne genetičke pretrage (kariogram), a ukoliko je moguće i snimanje kroz cijelu noć te snimanje nakon neprospavane noći.[7]

Autističan poremećaj se može pogrešno dijagnosticirati kao dječja shizofrenija. Dječja shizofrenija se za razliku od autističnog poremećaja pojavljuje kasnije, negdje u pubertetu te kod shizofrenije nije zahvaćen govor. Također dijete sa shizofrenijom može imati halucinacije i poremećaje mišljenja, dok kod autističnog djeteta to nije slučaj.[7]

Za obavljanje dijagnostike u Republici Hrvatskoj deklarativno od strane Ministarstva zdravstva određena je Specijalna bolnica za psihijatriju djece i mladeži u Zagrebu, Dječji psihoterapijski odjel na Klinici za psihološku medicinu KBC „Rebro“ u Zagrebu, Dječja klinika u Klaićevoj u Zagrebu te dječji vrtić „ Nad lipom“ u Zagrebu.[10]

3.1. Creakovanine-point skala

Dijagnostički se kriteriji svakih desetak godina mijenjaju. Creakova *nine-point* skala iz 1963. godine je najviše korištena skala za postavljanje dijagnoze autizma. Sastoji se od četrnaest ponuđenih simptoma, a potrebno je barem devet za postavljanje dijagnoze autizma: velike teškoće u druženju i igranju s drugom djecom, dijete se ponaša kao da je gluho, ima jak otpor prema učenju, nema straha od stvarnih opasnosti, ima jak otpor prema promjenama u rutini, radije se koristi gestom ako nešto želi, smije se bez vidljivih razloga, ne voli se maziti niti da ga se nosi, pretjerana fizička aktivnost, izbjegava pogled oči u oči, neuobičajena povezanost za objekte ili dijelove objekta, dijete okreće predmete i potreseno je ako je u tome prekinuto, ponavljajuće i čudne igre, dijete se drži po strani.[4]

3.2. Dijagnostički kriteriji prema Rutteru

Dijagnostički kriteriji prema Rutteru su: oštećenje socijalnog razvoja s brojnim posebnim karakteristikama koje odstupaju od djetetove intelektualne razine; zakašnjeli i izmijenjeni razvoj jezika i govora s određenim specifičnostima, a koji odstupa od djetetove intelektualne razine; inzistiranje na jednoličnosti, što se očituje u stereotipnim oblicima igre, abnormalnim preokupacijama ili otporu promjenama; pojava bolesti u dobi od trideset mjeseci.[4]

3.3. Dijagnostički kriterij za postavljanje dijagnoze Aspergerova sindroma

Kriterij za postavljanje dijagnoze Aspergerova sindroma prvi su put jasno definirani na seminaru o Aspergerovu sindromu u Londonu 1988. Godine. Na tom skupu navedeno je šest kriterija za postavljanje dijagnoze od kojih svi moraju biti zastupljeni:[10]

1. Naglašene su teškoće u ostvarivanju socijalne interakcije koje se očituju u nemogućnosti realiziranja odnosa ili igre s vršnjacima, nedostatku prirodne želje za društvom vršnjaka što rezultira osjećajem suvišnosti i socijalne izolacije, socijalno i emocionalno neadekvatno ponašanje koje se očituje kao emocionalna hladnoća, igre su rutinske.
2. Naglašeno je zanimanje za ograničene i neobične aktivnosti, npr. grčku povijest, meteorologiju, itd., to zanimanje može promijeniti sadržaj, ali uvijek ostaje ekstremno i uvijek se ponavlja na isti način; dijete svemu prilazi radije mehanički nego da shvaća i zaključuje inventivno.
3. Učenje je stereotipno i rutinsko, a sve su aktivnosti u djetetovu svakodnevnom životu skučenije nego u zdrave djece.
4. Dijete već od najranije dobi pokazuje smetnje govora i jezika; oskudan je socijalni govor; većinom je monoton i formom odudara od normalnog; iako razvijen, dijete ga ne upotrebljava na primjeren način.
5. Naznačeni su i neverbalni problemi komunikacije, čudne i nespretne geste i mimike.
6. Motorička je nespretnost karakteristična i ima je svako dijete s Aspergerovim sindromom te je jedan od bitnih dijagnostičkih simptoma u odnosu prema infaltivnom autizmu.[10]

Dijagnoza se postavlja na osnovu anamneze, pregleda, promatranja i ponašanja. Ponašanje treba promatrati u različitim situacijama. Iscrpan psihološki pregled, uzimajući u obzir neuropsihološke nalaze, može pomoći, ne samo u dijagnozi, već i u planiranju terapijskih postupaka.[10]

U svijetu postoji niz različitih screening testova kojima se provjerava postojanje ranih znakova autizma kod djece. Modificirana ček lista za autizam kod djece (*The Modified Check list for Autismin Toddlers* – M-CHAT) je test kojim roditelji procjenjuju senzomotorni razvoj, socijalnu interakciju, jezik i komunikaciju, te združenu pažnju djeteta u dobi do 24 mjeseca. Test se sastoji od 23 pitanja i odgovara se s da / ne. Djeca koja imaju 3 negativna odgovora ili 2 ili više kritičnih odgovora, trebala bi biti upućena specijalisti koji može procijeniti autizam.[11]

4. Klinička slika poremećaja iz spektra autizma

DSM-V. klasifikacija američkog psihijatrijskog udruženja navodi tri skupine simptoma: poremećaje socijalnih interakcija, poremećaje verbalne i neverbalne komunikacije, ograničene aktivnosti i interese te različite motoričke smetnje i stereotipije. Javljanje prvih simptoma je do treće godine života.[15]

Kod djece s autizmom, već u dojenačkoj dobi mogu se primijetiti prvi znakovi poremećaja; rani poremećaj prehrane (odbijanje dojke, prihvaćanje samo određene hrane), poremećaj sna, plačljivost, autoagresija, pretjerana mirnoća ili nemir, odsutnost anticipirajućeg držanja djeteta mišićna atonija ili rigiditet, smanjen interes za igru i igračke, pretjerana anksioznost, nezainteresiranost za zbivanja u okolini, nedostatna emocionalna povezanost s roditeljima i okolinom. Autizam kao spoj poremećaja socijalne interakcije, verbalne i neverbalne komunikacije te motoričkih smetnji uz različite smetnje ponašanja kliničkoj slici daje posebnost i razlikuje autizam od drugih dječjih poremećaja. Jedan od središnjih problema je nesposobnost uporabe jezičnih simbola, uz teškoće generalizacije i neverbalne komunikacije, ali i poremećaj socijalnih aktivnosti uz kognitivni deficit. Mnoge nepoznanice i dileme razjasnit će se otkrivanjem uzroka.[3]

4.1. Oštećenje socijalnih interakcija

Vidljiva je smanjena sposobnost istraživanja ugode zbog radosti drugih, dolazi do pomanjkanja empatije, nedostatka zanimanja za drugu djecu, neuspješan odnos s vršnjacima, izostanak ili smanjena mogućnost imitacije, smanjena sposobnost izražavanja ugode, nedostatak socijalne i emocionalne usklađenosti, oštećenje neverbalnih načina ponašanja (izraz lica, držanje tijela).[16]

4.2. Oštećenje verbalne i neverbalne komunikacije

Izostanak prvog smješka, kasni razvoj govora ili izostajanje, oštećenje sposobnosti započinjanja i održavanja konverzacije, dodirivanje rukom ili vođenje umjesto verbalnog zahtjeva, stereotipna i repetitivna uporaba jezika, obrnuti izgovor ili korištenje besmislene rime, oslovljavaju se vlastitim imenom.[16]

4.3. Ograničeni i stereotipni oblici interesa i aktivnosti

Zaokupljenost jednim ili više interesa koji nije uobičajen po intenzitetu ili usmjerenosti, otpor prema promjenama rutine, povučenost u sebe, trajna zaokupljenost predmetima, moguća auto agresija, agresivno ponašanje prema drugima, poremećaji spavanja i hranjenja, opsesivno-kompulzivno ponašanje.[16]

5. Tretmani poremećaja iz spektra autizma

Tretman za djecu s PSA podrazumijeva terapiju čija je svrha ukloniti ili ublažiti simptome PSA, ali i edukativne postupke kojima im se nastoje pružiti određena znanja. Prvi je poznati tretman autističnog dječaka proveo francuski liječnik Itard s dječakom Viktorom. Itrad se služio metodama koje su obuhvaćale učenje o svakodnevnim aktivnostima te samopomoć uz govorne vježbe. Postignut je veliki napredak u razvoju socijalizacije i komunikacije te osamostaljivanja, no nije došlo do potpunog ozdravljenja.[17]

Također se navodi da unatoč velikim pomacima i naporima i dalje ne postoji jednoznačno učinkovit tretman, a razlog tome je priroda poremećaja čiji je uzrok i dalje nepoznat.[18]

Smatra se da propadanje intelektualnih funkcija do kojih dolazi razvojem bolesti i nedovoljnom stimulacijom djeteta kao i neadekvatnim terapijskim i odgojnim postupcima, može se spriječiti ili ublažiti adekvatnim tretmanom.[19]

Terapija djece s PSA započela je pedesetih godina otvaranjem Ortogenetske škole B. Bettelheima u Chicagu. S obzirom da se tada PSA smatrao emocionalnim poremećajem i tretman je bio usmjeren u tom pravcu. Bettelheim je djecu odvojio i izolirao od roditelja jer se tada smatralo da su uzrok PSA-u emocionalno hladni roditelji pa bi tako uklonio uzrok poremećaja, a djeca bi u novim uvjetima slobodno kreirala svoju ličnost koja je do tada bila sputana. Danas se smatra da je uspostavljanje čvrste emocionalne veze i povjerenja između terapeuta i djeteta preduvjet uspješnom tretmanu.[20]

5.1. Sustav komuniciranja razmjenom slika (PECS)

PECS (*Picture Exchange Communication*) ili sustav komuniciranja razmjenom slika je alternativna metoda uvježbavanja komunikacije koji se koriste za osobe s poteškoćama u govoru. PECS je pogodan za podučavanje komunikacije djece s PSA jer omogućuje vođenje i oblikovanje djeteta u procesu usvajanja vještina koje traže razumijevanje koncepta komunikacije.[21]

Praksa je pokazala da logopedi ne postižu željene učinke u radu s djecom s PSA. Ovaj način komunikacije puno je bolji jer ne zahtjeva od djeteta sjedenje za stolom, a i sam postupak je precizno razrađen te ga je jednostavno primijeniti. Djeca usvajaju više stupnjeve komunikacije, poput korištenja rečenica složenih od slika i riječi, što omogućuje djetetu više od samog zahtijevanja. Dijete pomoću razmjene slika može komentirati, dijeliti iskustvo, utjecati na ponašanja i mentalna stanja komunikacijskog partnera. PECS je važan u vrtićkom okruženju jer se poteškoće vezane uz socijalnu interakciju očituju kao izostanak situacija u kojima djeca s PSA spontano prilaze drugoj djeci kako bi se s njima igrala i komunicirala.[21]

5.2. Glazbena terapija

Glazbena terapija može poslužiti kao relaksacija koja treba biti ciljana i pažlivo odabrana prema afinitetu djeteta, ne preglasna ili iritirajuća. Djeca s PSA često vole pjevati ili se izražavati različitim melodijama. Glazba može poslužiti i kao dio odgojno-obrazovnog programa. U takvoj se vrsti terapije pomoću pasivne i aktivne percepcije glazbenih sadržaja te glazbenim izražavanjem uspostavlja kvalitetnija komunikacija s djetetom s PSA. Ovaj način rada provodi se u skladu s individualnim programom koji određuje glazbeni terapeut za svako dijete, a oblik rada može biti individualan ili grupni. Glazbena se terapija provodi u specijaliziranom glazbenom kabinetu koji je opremljen Orffovim instrumetarijem, sintetičkim glazbalom, različitim vrstama udaraljki. Temeljna programska područja glazbene terapije su; aktivno i pasivno slušanje glazbe razvoj sluha i auditivne percepcije (igre za razvoj sluha, vježbe razlikovanja i prepoznavanja zvukova, vježbe auditivne pažnje i pamćenja, itd.), sviranje na glazbalima i pjevanje (brojalice, vokalno-tehničke vježbe, igre s pjevanjem, osvještavanje disanja, itd.).[17]

5.3. Likovna terapija

Likovna terapija je metoda za poticanje razvojnih procesa i odgoja djece s PSA. Zbog potpunog izostanka govora i uobičajene neverbalne komunikacije, mnoga djeca s PSA putem crteža mogu, na njima jednostavan način komunicirati s drugim osobama i tako prenijeti svoje poruke. Crteži u autistične djece većinom su stereotipni te se ponavljaju uvijek na sličan način. [16]

5.4. Terapija igrom

Terapija igrom (eng. *Play therapy)*psihoterapijski je pravac utemeljen na teorijskim postavkama koje ističu da su djeca sposobna, od najranije dobi, donositi odluke i preuzimati odgovornost u skladu s njihovom dobi i sposobnostima. Terapija igrom kao oblik psihoterapije bila je dugo vremena dominantna i gotovo jedina terapija kojom se nastojalo da dijete izrazi slobodu potisnutih emocionalnih konflikta. Spoznaja da je autizam razvojni poremećaj o oštećenjem kognitivnih funkcija dala je smjernice strukturiranoj terapijskoj i edukativnoj sredini, a nestrukturirana, koja je tradicionalna u psihoterapiji potisnuta je kao manje povoljan ili pomoćna metoda. Psiholozi za terapiju igrom smatraju da je glavni cilj terapije dati djeci priliku da donesu odluke, sami riješe svoje probleme te preuzmu odgovornost za svoje postupke i to u većoj mjeri nego im je to dozvoljeno u svakodnevnom životu. U ovoj se vrsti terapije koriste različiti mediji i tehnike kao što su terapeutsko pričanje priča, kreativne vizualizacije, ples,

glazba, pokret, dramatizacije, glina i plastelin, crtanje i slikanje te pijesak. Terapija je namijenjena za djecu predškolske i školske dobi koja imaju emocionalne teškoće ili teškoće u ponašanju.[14]

Ključni problemi u fizikalnim rehabilitacijskim tretmanima su ponavljajući i često bolni pokreti i samo kretanje, upravo terapijom igrom želi se uklopiti sam fizikalni rehabilitacijski tretman kroz igru, dokazano je kako uključivanje terapije igrom u tretmane fizičke rehabilitacije može povećati motivaciju pacijenata.[22]

5.5. Terapijsko plivanje

Vodena terapija poboljšava motoričke sposobnosti osoba s poremećajem iz spektra autizma. Provedeno je ispitivanje učinkovitosti multisistemske vodene terapije na bihevioralnim, emocionalnim, socijalnim i plivačkim vještinama djece s poremećajem spektra autizma. Multisistemska vodena terapija podijeljena je u tri faze (emocionalna prilagodba, prilagođavanje plivanju i socijalna integracija) ispitivanje je trajalo deset mjeseci. Nakon završenog tretmana skupina vodene terapije je pokazala značajna poboljšanja u odnosu na kontrole funkcionalne prilagodbe, emocionalnog odgovora, prilagodbe na promjene i na razini aktivnosti te ublažava funkcionalna oštećenja djece.[23]

U radu s djecom s poteškoćama u razvoju najpoznatiji je Hallwick koncept za učenje plivanja. On je organiziran tako da se provodi bez korištenja rekvizita jer oni daju lažnu sigurnost. Cilj terapije je da se djeca kroz zajedničku igru, zabavno druženje nauče samostalno služiti vodom kao medijem kretanja. Uz to, uče nove socijalne i društvene vještine te razvijaju osjećaj pripadnosti. [24]

5.6. Holding terapija

Holding terapiju ili terapiju čvrstog držanja prva je opisala američka psihijatrica Martha Welch. To je terapija koja teži emocionalnom reaktiviranju djeteta i majke. Terapija je utemeljena na teoriji da je PSA emocionalni poremećaj između djeteta i majke. Kako se smatralo da su i druge veze unutar obitelji poremećene, očeve se potiče da sudjeluju u terapiji. Prakticira se način da majka, unatoč djetetovu otporu i otimanju, čvrsto drži dijete. Za vrijeme terapije dijete treba tješiti i pokazivati mu ljubav dok se ono potpuno ne opusti i dok mu takvo postupanje ne postane ugodno. Ovaj koncept terapije provodi se u kućnom okruženju uz kombiniranje ostalih terapija.[25]

5.7. Terapija senzoričke integracije

Ovaj tretman prirodna je vrsta terapije kojom se kod male djece potiče interakcija s okolinom. Autistična djeca nisu sposobna registrirati većinu osjeta iz svoje okoline, oni ne mogu integrirati te osjete kako bi stvorili jasnu percepciju i svoj položaj u tom prostoru. Terapija senzoričke integracije stimulira kožu i vestibularan sustav i tako povećava razinu budnosti senzornog sustava. Cilj terapije kod djece s PSA je poboljšati senzoričku obradu kako bi se što više osjeta djelotvornije registriralo i moduliralo.[17]

5.8. Dnevna životna terapija

Dnevna je životna terapija, za razliku od većine drugih orijentirana prema grupnom radu. Temelji se na metodama dr. Kiyo Kitahare iz Japana koja je u Tokiju otvorila školu za djecu s PSA, njezina škola sadrži tri glavne smjernice; stvaranje „ritma življenja“, stabiliziranje oslabljenog emotivnog stanja kroz program tjelesnog vježbanja, uklanjanje osjećaja ovisnosti o drugome, a provodi se kroz grupnu edukaciju i unaprjeđenje djetetova intelektualnog razvoja, te kroz uzastopno ponavljanje određenih aktivnosti. U početku djeca sa PAS sudjeluju u razredu s posebnim vođenjem, koji se većinom sastoji od deset učenika. U tom razredu, do određenog stupnja, napreduju u samopouzdanju te u stjecanju sposobnosti da se uklope u grupu i uče u njoj koliko i drugi. Nakon toga se priključuju razredu s djecom urednog razvoja.[17]

6. Uloga medicinske sestre u zdravstvenoj njezi osoba s poremećajima iz spektra autizma

U Republici Hrvatskoj danas živi oko 8000 osoba a autizmom. Nerazumijevanje, depresija, izolacija i anksioznost nezaobilazan su dio života osoba s autizmom i članova njihovih obitelji, što dovodi do promijenjenog obrasca obiteljskog života. Metode pomoći osobama s autizmom i članovima njihovih obitelji uključuju pružanje kvalitetne psihološke podrške, rano dijagnosticiranje i pružanje kvalitetne zdravstvene skrbi. Percepcija stupnja kvalitete vlastitog života osoba s autizmom ne ovisi samo o težini stupnja bolesti, nego i o kvaliteti zdravstvenih metoda liječenja, posebice o zdravstvenoj skrbi. Nemogućnost zadovoljenja osnovnih ljudskih potreba te participiranja u društvenim aktivnostima ima znatan utjecaj na smanjenje stupnja kvalitete života osoba s autizmom. Odnos prema njima zahtijeva multidisciplinaran pristup, koji uključuje djelovanje stručnjaka iz raznih biomedicinskih grana kako bi se postigla zadovoljavajuća razina samostalnosti osobe i njezino potpuno aktivno uključenje u društvenu zajednicu.[1]

Postoji nekoliko ključnih odrednica u postupku procjene i donošenja konačnog postavljanja dijagnoze:[2]

1. ***Razvojna perspektiva.*** Autizam je cijelo životni razvojni poremećaj koji se u različitoj dobi očituje različitim obilježjima, koja se mijenjaju i u razvojnoj liniji pojedinog djeteta. Posebno je važno naglasiti poznavanje urednog razvoja i svih njegovih širokih inačica, kao i razlikovanje autizma od drugih razvojnih poremećaja.[2]
2. ***Više izvora informacija***. U postupku procjene važno je uključiti informacije o djetetu iz više izvora, te informacije o tome kako dijete funkcionira u različitim sredinama i s različitim osobama.[2]
3. ***Multidisciplinarni tim stručnjaka***. U postupku procjene trebao bi, kad god je to moguće, sudjelovati tim stručnjaka. Bilo bi poželjno i da jedan od stručnjaka ima ulogu koordinatora.[2]

Osobe s autizmom trebaju podršku tijekom cijeloga života, stoga se sestrinska skrb primjenjuje kod osoba svih dobnih skupina. Pristup treba biti individualiziran. U skladu s time, sve sestrinske intervencije treba prilagoditi starosnoj dobi osobe s autizmom. Da bi sestrinske intervencije bile učinkovite, potrebna je kvalitetna procjena osobe s autizmom, obiteljske strukture i mogućih sustava podrške. Pri tome je vještina komunikacije važan čimbenik za uspješnost u procjeni i provođenju svakodnevnih zadataka medicinske sestre. Ovladavanje metodama/postupcima koji

omogućavaju visok stupanj u kvaliteti komunikacije preduvjet je za provođenje sigurne i učinkovite zdravstvene njege.[1]

Prvi je korak uvidjeti stanje u kojem se svako dijete nalazi i kakav je njegov odnos s okolinom. Važno je uzeti u obzir aktualno stanje motoričkih sposobnosti, način komunikacije i interes djeteta. Također od velike je važnosti uključiti obitelj u procjeni interesa i iskustva svakog pojedinca. Potrebno ih je uključiti od početka i uzeti u obzir njihova očekivanja i zanimanje u motoričkim aktivnostima koje bi provodili u slobodno vrijeme. Za uočavanje razine motoričkih sposobnosti, načina komunikacije, razine sigurnosti u rješavanju zadataka, razine samo orijentacije, usmjerenosti pažnje bez mnogo pomoći sa strane, razine konkretnog zaključivanja, poticaja i direktnih interesa, korisno je procijeniti dijete u opuštenoj, neformalnoj situaciji. [17]

Zadovoljenje osnovnih životnih potreba te ostvarivanje interesa, spoznaja vlastitih vrijednosti i težnji na različitim područjima i u različitim razdobljima života uključeni su u pojam definicije kvalitete života. Takva percepcija umanjuje rizik od socijalne izolacije i povećava inkluziju u društvo. Međutim, znatan problem djece s autizmom i osoba u njihovoj okolini jest nemogućnost uspostavljanja zadovoljavajuće komunikacije, što ima negativne utjecaje na funkcioniranje osobe s autizmom u životnom okruženju. Osobe s autizmom ne mogu pojmiti socijalni kontekst, imaju teškoće u igri, imaginaciji, komunikaciji, opiru se promjenama u rutini. Roditelji na takvu situaciju reagiraju na različite načine, različitim intenzitetom, a najčešće emocijama poput ljutnje, tuge, nevjerice i depresije. Dobra procjena članova tima omogućuje prilagodbu i usklađenost potreba osobe i obitelji s mogućnostima zdravstvenog tima u pružanju zdravstvenih usluga. Prvotno je potrebno članove obitelji educirati o autizmu, kako bi roditelji objektivizirali težinu autističnog poremećaja. Roditeljima treba objasniti metode liječenja koje se trebaju provesti u djeteta, i to radi aktivnog sudjelovanja roditelja u tijeku liječenja. U opisanom procesu liječenja, uloga medicinske sestre važna je na svim razinama zdravstvene zaštite. Intervencije medicinske sestre u primarnoj zdravstvenoj zaštiti usmjerene su na provođenje zdravstvenog odgoja i prosvjećivanja s ciljem podizanja duševne i tjelesne sposobnosti osobe s autizmom i članovima obitelji. Nadalje, usmjerene su na uklanjanje negativnih navika uporabom postupnog uvođenja, uz znatnu suradnju članova obitelji. Osobe s autizmom različito reagiraju na promjene boravka, stoga i na hospitalizaciju, što je uzrokovano narušavanjem rutine na koju su navikli. Tijekom boravka osobe u stacionarnoj zdravstvenoj ustanovi potrebno je ukloniti nepotrebne predmete, a predmeti koji su u uporabi moraju biti detaljno opisani, dopuštajući osobi da ih dodirne i upozna. Previše postupaka, pokreta i prevelik broj zdravstvenih radnika može uzrujati osobe s autizmom i otežati obavljanje metoda liječenja. Zato je svaki postupak potrebno obavljati postupno, koristeći jednostavne izraze, slike uz primjereno osvjetljenje. Kod svega navedenog potrebito je aktivno uključivanje roditelja u sve medicinsko-sestrinske metode

liječenja. Zdravstvena njega osoba s autizmom temelji se na holističkom pristupu zadovoljavanja osnovnih ljudskih potreba, uvažavanju osobitosti svakog pojedinca, kvalitetnoj i učinkovitoj komunikaciji, bezuvjetnom prihvaćanju, poštovanju i povjerenju. Cilj je zdravstvene njege povećati samostalnost osobe s autizmom, poboljšati kvalitetu obiteljskih odnosa i adaptivno funkcioniranje osobe i obitelji te koristiti metode za povećanje stupnja kvalitete života. Uza sve navedeno, medicinska sestra kao član multidisciplinarnog zdravstvenog tima znatno doprinosi inkluziji osoba a autizmom u društvenu zajednicu.[1]

7. Istraživački dio rada

7.1. Cilj istraživanja

Cilj istraživanja bio je ispitati koliki broj djece na istraženom uzorku ima više od 3 rizična faktora nastanka poremećaja u razvoju. Sekundarni ciljevi istraživanja bili su ispitati jesu li dob roditelja i spol djeteta povezani s brojem rizičnih faktora koji ukazuju na mogućnost teškoća u razvoju.

7.2. Hipoteze

1. Više od 3 rizična faktora za nastanak razvojnih poremećaja pojavljuju se kod minimalno 15% djece zbog raspona dobi djece uključenih u istraživanje (12-18 mjeseci).

2. Postoji statistički značajna povezanost između dobi roditelja i rizičnih faktora za razvoj poremećaja. Djeca starijih roditelja (iznad 35 godina) imaju veći broj rizičnih faktora za razvoj poremećaja od roditelja mlađe djece.

3. Postoji statistički značajna razlika između broja rizičnih faktora ovisno o spolu djeteta. Dječaci imaju veći broj rizičnih faktora koji ukazuju na mogućnost teškoća u razvoju poremećaja od djevojčica.

7.3. Metodologija

Kao instrument u ovom istraživanju korišten je anketni upitnik izrađen za potrebe istraživanja temeljen na „Procjeni pokazatelja za nastanak razvojnih poremećaja kod djece„. Anketni upitnik se ispunjavao preko interneta na dobrovoljnoj bazi te je sudjelovanje u istraživanju bilo u potpunosti anonimno. Anketni upitnik sadrži pitanja namjenjena roditeljima djece starosti 12-18 mjeseci. Prvi dio upitnika odnosi se na sociodemografske karakteristike ispitanika – spol,dob, razinu završenog obrazovanja,mjesto stanovanja,radni odnos i broj djece.

Drugi dio upitnika uključuje pitanja o djeci, odnosno sadrži 22 pitanja vezana uz tipična i atipična razvojna ponašanja djece te dobi. Roditelji su na dihotomnoj varijabli mogli odgovoriti pojavljuje li se to ponašanje ili ne. 5 varijabli je mjerilo atipična ponašanja djece te dobi te je poželjan odgovor na te varijable bio *ne*, dok je 16 varijabli mjerilo tipična i poželjna ponašanja djece te dobi te je poželjan odgovor na ta pitanja bio *da*. Pitanje o tome hoda li dijete samostalno je kao poželjne odgovore prihvaćalo i *da* i *ne* odgovor zbog uvažavanja individualnih razlika između motoričkog razvoja djece te dobi.

7.4. Postupak provedbe istraživanja

Istraživanje je provedeno 20.09.2019. i trajalo je do 27.09.2019. putem Google obrasca podijeljenog putem društvenih mreža.

7.5. Statistička obrada

Statistička obrada napravljena je pomoću SPSS 23 IMB statističkog programa. Podatci su prikazani izraženi postotkom unutar tablica i grafikona, dok su deskriptivno prikazani aritmetičkom sredinom uz standardnu devijaciju i raspon rezultata od minimalno do maksimalno ostvarenog. Hipoteze su testirane Pearsonovom korelacijom i t-testom za nezavisne uzorke.

8. Rezultati istraživanja

8.1. Sociodemografske karakteristike uzorka

U istraživanju je sudjelovalo ukupno 94 roditelja djece dobi između 12 i 18 mjeseci.

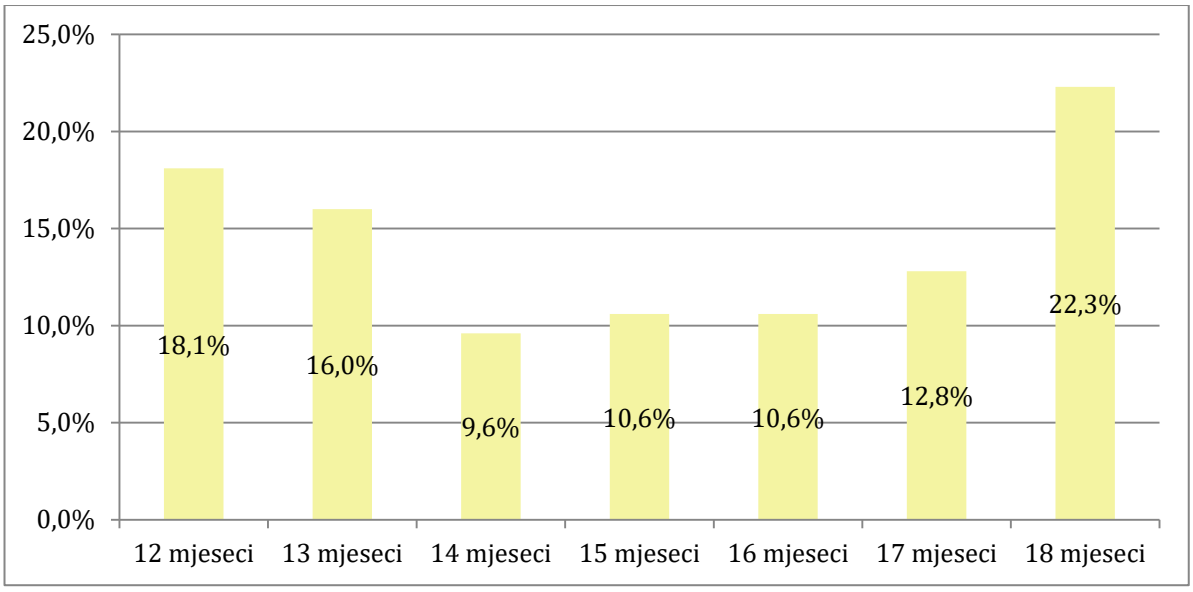
Sociodemografske karakteristike uzorka		
Spol	*Ženski* *Muški*	95,7% 4,3%
Dobna skupina	*18-25 godina* *26-35 godina* *36-45 godina*	23,4% 60,6% 16,0%
Razina završenog obrazovanja	*Osnovna škola* *Srednja škola* *Preddiplomski studij (VŠS)* *Diplomski studij (VSS)*	1,1% 60,6% 11,7% 26,6%
Mjesto stanovanja	*Gradska sredina* *Seoska sredina*	60,6% 39,4%
Radni odnos	*Zaposlen/a* *Nezaposlen/a*	62,8% 37,2%
Broj djece	*Jedno* *Dvoje* *Troje* *Četvero i više*	40,4% 38,3% 18,1% 3,2%

Tablica 8.1.1. Prikaz sociodemografskih karakteristika uzorka istraživanja prikazanih u postotku[izvor: autor]

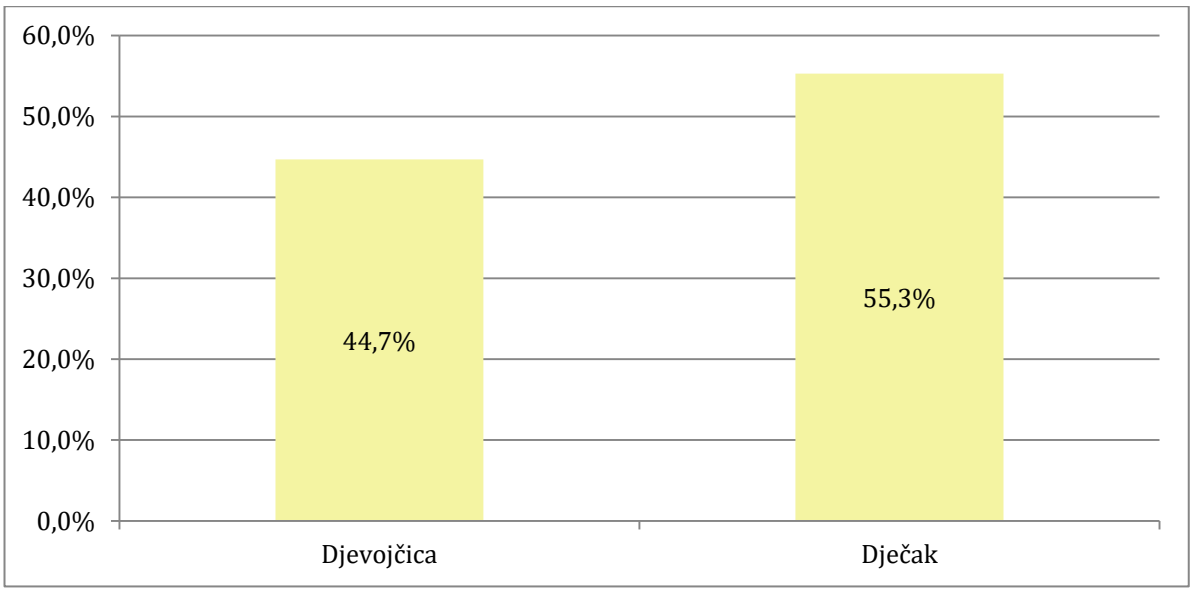
Od ukupnog broja sudionika istraživanja 90 ispitanih roditelja bile su majke(95,7%), dok su 4ispitana roditelja bili očevi(4,3%). Najveći broj roditelja ima između 26 i 35 godina njih ukupno 57 (60,6%), također ukupno 57 roditelja ima završenu srednju školu (60,6%), žive u gradskoj sredini (60,6%), 63 roditelja su zaposlena (62,8%) te ukupno 38 roditelja ima jedno dijete (40,4%). Sve sociodemografske karakteristike uzorka prikazane su u tablici u nastavku.

8.1.1. Upitnik o tipičnim i netipičnim razvojnim ponašanjima djece dobi od 12 do 18 mjeseci

U istraživanju su sudjelovali roditelji djece dobi između 12 i 18 mjeseci. Prosječna dob djeteta je 15,06 mjeseci +/-2,26 mjeseci. 44,7% te djece su djevojčice, dok je 55,3% dječaka.



Grafikon 8.1.1.1.Prikaz postotka djece podijeljen po dobi djece[izvor: autor]



Grafikon 8.1.1.2. Prikaz postotka djece podijeljen po spolu djece [izvor: autor]

Upitnik se sastojao, od 22 varijable (pitanja) od kojih je 5 varijabli mjerilo atipična ponašanja djece te dobi te je poželjan odgovor na te varijable bio *ne*, te su ti odgovori bili kodirani s 0, dok su dogovori *da* na tim pitanjima kodirani s 1.

Pitanje	**Da**		**Ne**	
1. *Da li Vaše dijete ima neki motorički ili kognitivni poremećaj?*	9	9,6%	85	90,4%
2. *Da li Vaše dijete uživa sjediti u krilu ili biti u Vašem naručju?*	86	91,5%	8	8,5%
3. *Da li se Vaše dijete voli penjati na namještaj ili stepenice?*	90	95,7%	4	4,3%
4. *Da li se Vaše dijete voli igrati skrivača?*	87	92,6%	7	7,4%
5. *Da li se Vaše dijete ponekad pretvara da priča na telefon, hrani lutku...*	79	84%	15	16%
6. *Da li Vaše dijete koristi kažiprst kako bi pokazalo što želi?*	78	83%	16	17%
7. *Može li se vaše dijete lijepo igrati sa malim igračkama (npr. autići, kockice) bez bacanja, stavljanja u usta ili slično?*	55	58,5%	39	41,5%
8. *Da li Vam dijete ikad donosi predmete da Vam pokaže?*	88	93,6%	6	6,4%
9. *Da li Vas dijete gleda u oči duže od dvije sekunde?*	91	96,8%	3	3,2%
10. *Da li Vaše dijete ikada izgleda preosjetljivo na buku?*	27	28,7%	67	71,3%
11. *Da li na osmjeh odgovara osmijehom?*	90	95,7%	4	4,3%
12. *Da li Vas imitira (npr. kada napravite grimasu i ono to učini)?*	81	86,2%	13	13,8%
13. *Da li se odaziva na svoje ime?*	93	98,9%	1	1,1%
14. *Ako mu pokažete igračku na drugom kraju sobe da li je dijete prati pogledom?*	90	95,7%	4	4,3%
15. *Da li Vaše dijete samostalno hoda?*	68	72,3%	26	27,7%

16. Da li dijete gleda prema onome što i Vi gledate?	83	88,3%	11	11,7%
17. Da li Vaše dijete radi neobične pokrete prstima pored svog lica?	18	19,1%	76	80,9%
18. Da li dijete pokušava privući pažnju svojim aktivnostima?	84	89,4%	10	10,6%
19. Da li ste se nekada zabrinuli da Vam dijete ne čuje?	15	16%	79	84%
20. Da li dijete razumije što ljudi govore?	86	91,5%	8	8,5%
21. Da li u nekim situacijama dijete samo žuri ili hoda naokolo bez cilja?	43	45,7%	51	54,3%
22. U nepoznatim situacijama da li dijete gleda u Vas da vidi Vašu reakciju?	91	96,8%	3	3,2%

Tablica 8.1.1.3. Prikaz odgovora na pojedinačnoj varijabli prikazan u postotku [izvor: autor]

16 varijabli je mjerilo tipična i poželjna ponašanja djece te dobi te je poželjan odgovor na ta pitanja bio *da*koji je kodiran s 0, a odgovor *ne* s 1. Pitanje o tome hoda li dijete samostalno je kodirano tako da su i *da* i *ne* odgovor kodirani s 0. Ukupan broj rizičnih faktora kod pojedinog djeteta dobiven je zbrojem svih navedenih varijabli (pitanja) te shodno tome veći rezultat na upitniku ukazuje na veći broj rizičnih faktora (negativnih odgovora) za nastanak razvojnog poremećaj kod djeteta. Tablica 2. prikazuje postotak odgovora po pojedinačnoj varijabli.

Kada se gleda taj ukupno ostvareni rezultat,u ovom istraživanju je minimalni ostvareni rezultat istovjetan minimalno mogućem rezultatu, a to je 0, dok je maksimalni ostvareni rezultat (od mogućeg 22) u ovom istraživanju 10.

	$\bar{X}$	SD	Min	Max
Ukupan rezultat	2,81	2,24	0	10

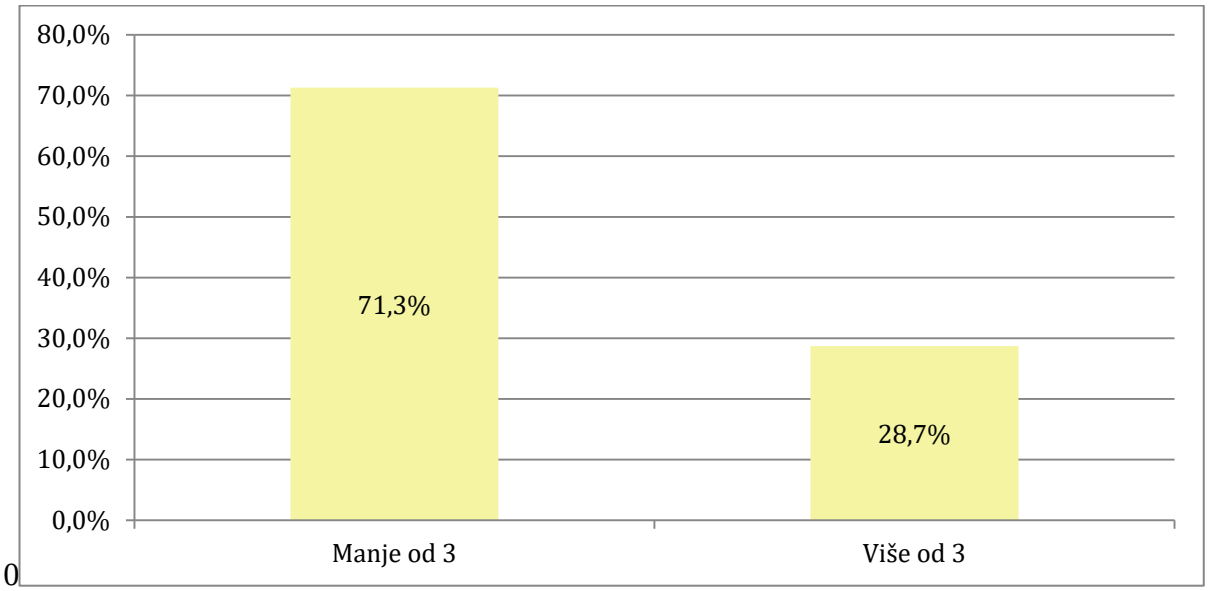
Napomena: $\bar{X}$ *aritmetička sredina, SD - standardna devijacija, Min i Max - raspon rezultata*

Tablica 8.1.1.4. Deskriptivni podatci ukupnog zbroja varijabli za rizične faktore nastanka razvojnog poremećaja [izvor autor]

Prosječno dijete ima 2,81 +/- 2,24 rizična faktora. Deskriptivni podatci za ukupan zbroj varijabli prikazan je u tablici 3.

8.1.2. Prevalencija rizičnih faktora (negativnih odgovora) kod djece dobi između 12 i 18 mjeseci u istraživanju

Glavni cilj istraživanja bio je utvrditi kod koliko djece se pojavljuju više od tri rizična faktora za nastanak poremećaja u razvoju.



0

Grafikon 8.1.2.1. Prikaz postotka djece podijeljen po broju rizičnih faktora[izvor autor]

Prvom hipotezom je pretpostavljeno da će se više od tri rizična faktora pojaviti kod minimalno 15% djece. U ovom istraživanju je dobiveno da kod 28,7% djece se pojavljuje više od 3 rizična faktora za nastanak poremećaja u razvoju čime je hipoteza potvrđena.

8.1.3. Povezanost između dobi ispitanika i rizičnih faktora za nastanak razvojnog poremećaja

Drugom hipotezom se htjelo ispitati postoji li statistički značajna povezanost između dobi roditelja i rizičnih faktora za nastanak razvojnog poremećaja te imaju li djeca starijih roditelja (iznad 35 godina) veći broj rizičnih faktora za razvoj poremećaja od djece mlađih roditelja.

	Broj rizičnih faktora
Dob roditelja	r = -0,10

Tablica 8.1.3.1.Povezanost između dobi roditelja i broja rizičnih faktora[izvor autor]

Za provjeru hipoteze napravljena je Pearsonova korelacija. Nije dobivena statistički značajna povezanost (p>0,05) između dobi roditelja i broja rizičnih faktora za nastanak poremećaja u razvoju te je hipoteza odbačena.

8.1.4. Razlika u broju rizičnih faktora ovisno o spolu djeteta

Posljednja hipoteza je htjela ispitati postoji li statistički značajna razlika između broja rizičnih faktora ovisno o spolu djeteta te imaju li dječaci veći broj rizičnih faktora za oboljenje od razvojnih poremećaja od djevojčica.

	Spol	**$\bar{X}$**	**SD**	**T**	**df**	**P**
Broj rizičnih faktora	M	2,79	2,22	0,10	92	0,92
	Ž	2,83	2,29			

Tablica 8.1.4.1. Razlika u broju rizičnih faktora ovisno o spolu djeteta[izvor autor]

Hipoteza je testirana t-testom za nezavisne uzorke. Nije dobivena statistički značajna razlika (p>0,05) u broju rizičnih faktora između djevojčica i dječaka te je i ta hipoteza odbačena.

9. Rasprava

Cilj ovog istraživanja bio je utvrditi koliki broj djece spada u rizičnu skupinu za nastanak poremećaja iz spektra autizma. Istraživanje je provedeno putem društvenih mreža, a na postavljena pitanja odgovarali su roditelji djece u starosti od 12 do 18 mjeseci.

Od ukupnog broja sudionika istraživanja 95,7% ispitanih roditelja bile su majke dok su ostalih 4,3% bili očevi. Najveći broj roditelja imao je između 26 i 35 godina (60,6%), također njih 60,6% imali su završenu srednju školu te su živjeli u gradskoj sredini. 62,8% roditelja je u radnom odnosu a 40,4% ispitanih ima samo jedno dijete.

Prosječna dob djeteta je 15,6 mjeseci, 44,7% te djece su djevojčice, dok je 55,3% dječaka.
Glavni cilj istraživanja bio je ispitati koliki broj djece ima više od tri rizična faktora. Prvom hipotezom je pretpostavljeno da će se više od tri rizična faktora pojaviti kod minimalno 15% djece. U ovom istraživanju je dobiveno da kod 28,7% djece se pojavljuje više od tri rizična faktora za nastanak poremećaja u razvoju čime je hipoteza potvrđena.

Drugom hipotezom se željelo ispitati postoji li statistički značajna povezanost između dobi roditelja i rizičnih faktora za nastanak razvojnog poremećaja te imaju li djeca starijih roditelja (iznad 35 godina) veći broj rizičnih faktora za razvoj poremećaja od roditelja mlađe djece.Za provjeru hipoteze napravljena je Pearsonova korelacija. Nije dobivena statistički značajna povezanost ($p>0,05$) između dobi roditelja i broja rizičnih faktora za nastanak poremećaja u razvoju te je hipoteza odbačena ($r = -0,10$).

Istraživanje provedeno u Danskoj od 1955. do 2006. godine pokazalo je kako djeca čije su majke starosti od 12 do 19 godina imaju čak 51% povećan rizik od mentalnog poremećaja, također nije nađen značajno povećan rizik za potomstvo kod starijih majki. Suprotno tome, djeca čiji su očevi stariji od 45 godina imaju 34% povećan rizik za nastanak PSA[26].
Posljednjom hipotezom željela sam ispitati postoji li statistički značajna razlika između broja rizičnih faktora ovisno o spolu djeteta te imaju li dječaci veći broj rizičnih faktora za oboljenje od razvojnih poremećaja od djevojčica. Hipoteza koja je testirana t- testom za nezavisne uzorke nije dobila statistički značajnu razliku u broju rizičnih faktora između dječaka i djevojčica te je ta hipoteza odbačena, Međutim u većini studija omjer pojavnosti između dječaka i djevojčica kreće između 4:1 i 5:1, a neke studije bilježe još veći omjer (6;1). Istraživanje provedeno 2006 godine u SAD-u pokazalo je prevalenciju dijagnoze PSA u iznosu 2,50 od 100djece, što predstavlja 1,5 milijuna djece u dobi od 3 do 17. Nakon prilagođavanja odabranim demografskim, socioekonomskim i rođenim karakteristikama, prevalencija PSA kod dječaka je bila 3,46 puta veća nego kod djevojčica[27].

Nedavne opsežne studije utemeljene na širu populaciju pokazuju da bi omjer prevalencije/ incidencije mogao biti niži u rasponu od 2/5 :1 (muškarac/ žena). Neke su studije pokazale su da spol nije povezan s intelektualnim poteškoćama. Trend nižeg omjera možemo utvrditi kao uspješnije identificiranje ženske populacije koja usprkos autizmu bolje funkcionira u svakodnevnom životu, a koje su možda bile propuštene u ranijim ispitivanjima, posebno na uzorcima klinika ili škola koji su podložni utvrđivanju pristranosti.[28]

10. Zaključak

Autizam je poremećaj karakteriziran slabom ili nikakvom socijalnom interakcijom, komunikacijom i stereotipnim obrascima ponašanja, sam uzrok do danas nije poznat. Zbog svoje kompleksnosti PSA zahtijevaju više pozornosti kako od strane stručnjaka tako i od stane okoline. Potrebno je podizati znanje i svijest društva o samom problemu poremećaja autističnog spektra ali i njegovoj ranoj dijagnozi i simptomima. Intenzivna rana intervencija kod djece omogućuje bolji napredak, usvajanje osnovnih vještina, komunikacije, razumijevanja, prihvaćanja same dijagnoze. Stoga pri prvim znakovima poremećaja potrebno je uključiti dijete u individualizirane edukacijske programe. Kako bi se došlo do vidljivijih rezultata potrebno puno strpljenja i upornosti jer samo dosljednim radom dolazi do vidljivih rezultata u komunikaciji i socijalizaciji. Značajnu ulogu u krajnjem ishodu imaju roditelji djeteta, te je stoga također od iznimne važnosti edukacija roditelja autistične djece o uporabljenim metodama/postupcima liječenja.

Medicinska sestra kao član multidisciplinarnog zdravstvenog tima djeluje na svim vertikalnim razinama sustava zdravstvene zaštite. Sestrinska skrb za osobe s autizmom temelji se na holističkom pristupu, i to radi zadovoljavanja osnovnih ljudskih potreba, uvažavanju osobitosti svakog pojedinca, kvalitetnoj i učinkovitoj komunikaciji, bezuvjetnom prihvaćanju, poštovanju i povjerenju s ciljem povećanja inkluzije osoba s autizmom u društvu.

U Hrvatskoj je još uvijek Autizam nepoznanica, jako malo se provodi informiranosti građana o samom poremećaju, važnosti pravovremenog dijagnosticiranja te poticanje djeteta na svakodnevne aktivnosti i inkluziju među vršnjacima. Od neizmjerne je važnosti izvrsno funkcioniranje sustava zdravstva i socijalne skrbi unutar kojeg se vrši probir i pravovremena dijagnostika. Opće poznata je dobrobit koju donose rano-intervencijski procesi.

Pozitivne primjere možemo vidjeti u Finskoj koja pruža novčane naknade od strane nevladine organizacije koja je od velike pomoći za roditelje i samu djecu s PSA, s obzirom da je jedan od glavnih izvora financiranja potrebne asistivne tehnologije. Svako dijete je uključeno u redovni program i u redovnu skupinu. Za djecu s posebnim potrebama vrtić nudi raznovrsne usluge poput logopeda, fizioterapeuta, glazboterapeuta, dva stručna suradnika edukacijska rehabilitatora i psihologa. Za svako dijete u vrtiću postoji strukturirani slikovni prikaz rasporeda aktivnosti koji prati i dijete s poremećajem iz spektra autizma, a jednako tako Papilio program koji u suštini ima važan utjecaj na socijalni i emocionalni razvoj kao i na poticanje razvoja adaptivnih oblika oblika ponašanja (prevenciju i ublažavanje nepoželjnih.

Upravo kroz ovakve primjere trebamo i mi krenuti i olakšati bolji život djeci i njihovim roditeljima.

U Varaždinu, 19.12.2019.

11. Literatura

[1] M. Ljubičić, S. Šare, M. Markulin: Temeljne informacije o zdravstvenoj njezi osoba s autizmom, Opća bolnica Zadar,2014.

https://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=191799 dostupno 20.09.2019.

[2] M. Cepanec, S. Šimleša, J. Stošić: Rana dijagnostika poremećaja iz autističnog spektra, Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet, Zagreb,2015.

https://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=250451 dostupno 20.09.2019.

[3] Z. B. Petković, J. F. Škrinjar i suradnici. Poremećaj autističnog spektra – značajke i edukacijsko-rehabilitacijska podrška. Školska knjiga, Zagreb,2010.

[4] H. Remschmidt: Autizam- Pojavni oblici, uzroci, pomoć, Naklada Slap, 2009.

[5] M. DInglese, J. H. Elder: Caring for children with autism spectrum disorder.Part I: prevalence,etiology, and corefeatures; University of Florida, College of Nursing, Psychiatry, Gainesvile, USA 2008.https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19159834

[6] M. Chahrour, H. Y. Zoghbi: The story of Rett syndrome: from clinic to neurology; Department of Molecular and Human Genetics, Baylor College of Medicine, Houston, USA 2007.https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17988628

[7] P. A. Filipek, P. J. Accardo, G. T. Baranek, E.H. Cook, G. Dawson, B. Gordon, J. S. Gravel, C. P. Johnson, R. J.Kallen, S. E. Levy, N. J. Minshew, S. Ozonoff, B. M. Prizant, I. Rapin, S. J. Rogers, W. L. Stone, S. Teplin, R. F. Tuchman, F. R. Volkmar: The screeninig and diagnosis of autistic spectrum disorders:University of California, Irvine, USA 1999. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10638459

[8] S. Weiss: Posebnosti socijalnog razvoja dječaka s Aspergerovim sindromom- studija slučaja; časopis za pedagogijsku teoriju i praksu, 2010.

https://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=123086

[9] D. V. M. Bishop: Forty years on: Uta Frith's contribution to research on autism and dyslexia,Q J ExpPsychol (Colchester) 2008.

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2409181/

[10] J. A. Meyer, P. C. Mundy, A. Vaughan Van Hecke, J. S. Durocher: Social attribution processes and comorbid psychiatric symptoms in children with Asperger syndrome. Autism, author manuscript 2009.https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2654174/

[11] T. Attwood: Aspergerov sindrom, vodič za roditelje i stručnjake, Zagreb; Naklada Slap, 2010.

[12] K. Sofronoff, T. Attwood, S. Hinton, I. Levin: A randomized controlled trial of a cognitive behavioural intervention for anger menagement in children diagnosed with Asperger syndrome, School of Psychology, University of Queensland,Brisbane,Australia, 2007. .https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17082978

[13] A. S. Reeve, K. F. Reeve, D. B. Townsend, C. L. Poulson: Establishing a Generalized Repertoire of Helping Behavior in Children with Autism, 2007. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1868822/

[14]M.B. Posserud,A.J. Lundervold,C. Gilberg: Autistic features in a total population of 7-9-year-old children assessed by the ASSQ(AutismSpectrumScreeningQuestionnaire), Center of Childand Adolescent Mental Health, UniversityofBergen, 2006.

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16423148

[15] S. Nikolić i suradnici: Autistično dijete, Prosvjeta, Zagreb, 2000

[16] S. Zrilić: Djeca s posebnim potrebama u vrtiću i nižim razredima osnovne škole: priručnik za roditelje, odgojitelje i učitelje: kako se igrati i učiti s djecom s posebnim potrebama, kako ih uspješno integrirati u vrtićki i školski socijalni kontekst, kako učiti od njih? Zadar: Sveučilište u Zadru, 2013.

[17] K. Blažević, J. Škrinjar, J. Cvetko, L. Ružić: Posebnosti odabira tjelesne aktivnosti i posebnosti prehrane kod djece s autizmom, 2006.

https://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=12693

[18] S. Vrljičak, J. F. Škrinjar, J. Stošić: Evaluacija tranzicijskog vrtićkog programa za djecu s poremećajem iz spektra autizma, Sveučilište u Zagrebu, Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet, 2016.https://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=238460

[19] Z. B. Petković. Autistični poremećaj: dijagnoza i tretman, Školska knjiga, Zagreb 1995.

[20] P. Ventola, J. Lei, C. Paisley, E. Leboowitz, W. Silverman: Paretinga Childwith ASD: Comparison of parenting style between ASD, anxiety, and typical development,Autism Dev.Disord.2018 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5711559/

[21] M. H. Charlop-Christy, M. Carppenter, L. Le, L. A. LeBlanc, K. Kellet: Using the Picture Exchange Communication System (PECS) with children with autism: assessment of PECS acquisition, speech, social-communicative behavior, and problem behavior,Journalof Applied Behavior Analysis, 2002.

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1284381/pdf/12365736.pdf

[22] E. Gamboa, C. Ruiz, M. Trujilo: Improving Patient Motivation Towards Physical Rehabilitation Treatments with Play Therapy Exergame, Multimedia and Computer Vidion Research Group, Universidad del Valle, Columbia, 2018.

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29866970

[23] G. Caputo, I. G. Ippolito, L. Senteza, M. R. Muzio, S. Salzano, M. Conson: Effectivenessof a Multisystem Aquatic Therapy for Children with Autism Spectrum Disorders, Autism Dev. Disord. 2018. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29313176

[24] M. J. Kostelnik i sur.: Djeca s posebnim potrebama: priručnik za odgajatelje, učitelje i roditelje. Zagreb 2004.

[25] U. H. Rohmann, H. Hartmann: Modified holding therapy. A basic therapy in the treatment of autistic children, Z Kinder Jugend psychiatr. 1985.
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3837566

[26]S.Sandin,D.Schendel,P.Magnusson,C.Hultman,P.Suren,E.Susser,M.Gissler,N.Gunnes,R. Gross,M.Henning,M.Bresnahan,A.Sourander,M.Hornig,K.Carter,R.Francis,E.Parner,H.Leonard M. Rosanoff: Autism riskas sociated with parental age and with increasing difference in age between the parents, Mol Psychiatry,2016.https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26055426

[27]M.D.kogan,C.J.Vladutiu,L.A.Schieve,R.M.Ghandour,S.J.Blumberg,B.Zablotsky,J.M.Per rin, P.Shattuck,K.A.Kuhlthau,R.L.Harwood,M.C.Lu: The prevalence of parent-reported autism spectrum disorder among US children, Official journal of the American Academy of Pediatrics,2018.https://pediatrics.aappublications.org/content/142/6/e20174161#ref-20

[28]M.C. Lai,M.V. Lombardo, B.Auyeung,B.Chakrabarti,S.Baron Cohen: Sex/gener differences and autism: setting the scene for future research, J. Am. Acad. Adolesc. Psyhiatriy,2015.https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25524786

12. Prilog

Poštovani, pred Vama se nalazi upitnik kojim se želi procijeniti mogućnost prisutnosti razvojnih poremećaja kod djece. Upitnik je namijenjen isključivo roditeljima djece u dobi od 12 do 18 mjeseci starosti. Anketa je u potpunosti anonimna i prikupljeni podaci koristiti će se isključivo za izradu rada na studiju Sestrinstva, Sveučilišta Sjever. Kako bi se dobili što objektivniji rezultati, molim Vas da na anketu odgovorite iskreno.

Unaprijed hvala na vremenu u rješavanju upitnika!

Ivana Olivari

Pitanja o roditeljima:

1. Spol
    - Ženski
    - Muški

2. U koju dobnu skupinu pripadate?
    - 18-25 godina
    - 26-35 godina
    - 36-45 godina
    - 46 godina i više

3. Razina završenog obrazovanja?
    - OŠ
    - SSS
    - VŠS
    - VSS

4. Mjesto stanovanja?
    - Gradska sredina
    - Seoska sredina

5. Radni odnos?
    - Zaposlen
    - Nezaposlen

6. Koliko djece imate?
    - Jedno
    - Dvoje
    - Troje
    - Četvero i više

Navedena pitanja odnose se dijete u dobi od 12 do 18 mjeseci.

7. Koliko mjeseci Vaše dijete ima?

---

8. Spol djeteta?
    - Ženski
    - Muški
9. Da li Vaše dijete ima neki motorički ili kognitivni poremećaj?
    - Da
    - Ne
10. Da li Vaše dijete uživa sjediti ili biti u Vašem naručju?
    - Da
    - Ne
11. Da li se Vaše dijete voli penjati na namještaj ili stepenice?
    - Da
    - Ne
12. Da li se Vaše dijete voli igrati?
    - Da
    - Ne
13. Da li se Vaše dijete ponekad pretvara da priča na telefon, hrani lutku...?
    - Da
    - Ne

14. Da li Vaše dijete koristi kažiprst kako bi pokazalo što želi?
    - Da
    - Ne
15. Može li se Vaše dijete lijepo igrati sa malim igračkama (npr, autići, kockice) bez bacanja, stavljanja u usta ili slično
    - Da
    - Ne
16. Da li Vam dijete ikad donosi predmete da Vam pokaže?
    - Da
    - Ne
17. Da li Vas dijete gleda u oči duže od dvije sekunde?
    - Da
    - Ne
18. Da li Vaše dijete ikada izgleda preosjetljivo na buku?
    - Da
    - Ne
19. Da li na osmjeh odgovara osmijehom?
    - Da
    - Ne
20. Da li Vas imitira (npr. kada napravite grimasu i ono to učini?
    - Da
    - Ne
21. Da li se odaziva na svoje ime?
    - Da
    - Ne
22. Ako mu pokažete igračku na drugom kraju sobe da li je dijete prati pogledom?
    - Da
    - Ne
23. Da li Vaše dijete samostalno hoda?
    - Da
    - Ne
24. Da li dijete gleda prema onome što i Vi?
    - Da
    - Ne

25. Da li Vaše dijete radi neobične pokrete prstima pored svog lica?
    - Da
    - Ne
26. Da li dijete pokušava privući pažnju svojim aktivnostima?
    - Da
    - Ne
27. Da li ste se nekada zabrinuli da vam dijete ne čuje?
    - Da
    - Ne
28. Da li dijete razumije što ljudi govore?
    - Da
    - Ne
29. Da li u nekim situacijama dijete samo žuri ili hoda naokolo bez cilja?
    - Da
    - Ne
30. U nepoznatim situacijama da li dijete gleda u Vas da vidi Vašu reakciju?
    - Da
    - Ne

Sveučilište
Sjever

IZJAVA O AUTORSTVU
I
SUGLASNOST ZA JAVNU OBJAVU

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

Ja, IVANA OLIVARI *(ime i prezime)* pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (*obrisati nepotrebno*) rada pod naslovom Informiranost roditelja o pokazateljima razvojnih poremećaja kod djece *(upisati naslov)* te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)
Ivana Olivari
(vlastoručni potpis)

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

Ja, IVANA OLIVARI *(ime i prezime)* neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog (*obrisati nepotrebno*) rada pod naslovom Informiranost roditelja o pokazateljima razvojnih poremećaja kod djece *(upisati naslov)* čiji sam autor/ica.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)
Ivana Olivari
(vlastoručni potpis)

44