

Sveučilište u Zagrebu
Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet
Stomatološki fakultet

Lea Grüngold, Dunja Zagorščak

**RAZINA ORALNE HIGIJENE KOD ODRASLIH OSOBA S INTELEKTUALNIM
TEŠKOĆAMA**

Zagreb, 2012. godina

Ovaj rad izrađen je u Centru za rehabilitaciju Zagreb, podružnica Slobodina 2 i u Udruzi za promicanje inkluzije, pod vodstvom prof. dr. sc. Daniele Bratković i prof. dr. sc. Ilije Škrinjarića i predan je na natječaj za dodjelu Rektorove nagrade u akademskoj godini 2011/2012.

Sadržaj rada

1. Uvod.....	1
1.1. Važnost interdisciplinarnih istraživanja.....	1
1.2. Pojam intelektualnih teškoća.....	2
1.3. Oralno zdravlje.....	4
1.4. Kvaliteta življenja.....	5
1.5. Oralni status kod osoba s intelektualnim teškoćama.....	6
1.6. Strah od stomatologa kod osoba s intelektualnim teškoćama.....	7
2. Cilj rada i hipoteze.....	8
3. Metode rada.....	8
4. Rezultati.....	10
5. Rasprava.....	16
6. Zaključci.....	18
7. Popis literature.....	22
8. Prilog.....	25
9. Zahvale.....	26
10. Sažetak.....	27
11. Summary.....	28

1. Uvod

Izvrješće o osobama s invaliditetom u Republici Hrvatskoj, za 2012. godinu pokazuje da u Hrvatskoj živi 518081 ovih osoba (Benjak, 2012). Na osobe s invaliditetom dobi od 19 do 64 godine otpada 54,7%, a osobe s invaliditetom iznad 65 godina 37,7%. Invaliditet u dječjoj dobi od 0 do 19 godina javlja se u 7,4% slučajeva (Benjak, 2012). Budući da se ovo istraživanje temelji na radu s osobama koje imaju intelektualne teškoće, važno je navesti kolika je njihova zastupljenost u populaciji. Tako u Republici Hrvatskoj, živi 21934 ljudi s intelektualnim teškoćama (4,1% od ukupne populacije osoba s invaliditetom) i 142279, što je 27,5% od ukupne populacije osoba s invaliditetom (Benjak, 2012). Člankom 57., stavkom 2. Ustava, Republika Hrvatska se obvezuje da će posebnu skrb posvetiti osobama s invaliditetom i njihovom uključivanju u društveni život, a člankom 58. svakome se jamči pravo na zdravstvenu zaštitu u skladu sa zakonom. Kao jedan od najvažnijih dokumenata za osobe s invaliditetom na međunarodnoj razini, potrebno je spomenuti Konvenciju o pravima osoba s invaliditetom UN-a (2006). U toj Konvenciji, članak 25. govori nam isključivo o zdravlju. Kao potpisnica toga dokumenta, Hrvatska se obvezuje da će svim osobama s invaliditetom omogućiti najviše ostvarive zdravstvene standarde bez diskriminacije na osnovi invaliditeta. Obvezuje se i da se kvaliteta usluge koja se pruža u zdravstvu neće razlikovati od kvalitete usluge koja se pruža ostalom stanovništvu. Iako je samim Ustavom Republike Hrvatske osigurano da osobe s intelektualnim teškoćama imaju ista prava za ostvarivanje svih uvjeta za adekvatno oralno zdravlje, stomatološku uslugu te samim time i život bez boli i nelagode u vidu stomatognatog sustava, u praksi to često nije slučaj. Zbog ograničenih motoričkih, senzornih i/ili intelektualnih sposobnosti (Wilkins, 1994; McKelvey Nelson, 2000), takve osobe su često prepuštene na brigu roditeljima ili skrbnicima koji postaju zaduženi za njihovu oralnu higijenu. Mnogi skrbnici zbog manjka znanja ili sposobnosti ne prepoznaju važnost adekvatne oralne higijene i primjerene prehrane. Hennequin i sur. (1999) u svom istraživanju navode da osobe za čije se oralno zdravlje brinu skrbnici imaju neadekvatnu stomatološku skrb te trpe osjetnu količinu boli zbog svog oralnog statusa.

1.1. Važnost interdisciplinarnih istraživanja

Interdisciplinarno istraživanje je pristup unapređivanja znanosti u kojem istraživači iz različitih područja rade svaki na granicama svoje discipline kako bi zajednički riješili neko složenije pitanje ili problem (Larson i Landers, 2011). Isti autori, u SAD-u su iz svog istraživanja 2004. godine, zaključili da je „interdisciplinarne vještine“ moguće i štoviše, nužno, naučiti studente kako bi bili što kvalitetniji u svom budućem radu. Pa tako osnivaju studij pod nazivom „Building Interdisciplinary Research Models“, kako bi kod studenata razvili što bolje kompetencije interdisciplinarnosti (Larson i Landers, 2011). Rezultati istraživanja kojeg su isti autori proveli kako bi pokazali kakve kompetencije su postigli njihovi studenti na tom studiju su išli njima u korist.

Najveća tri područja koja su autori istraživali su kompetencije provođenja istraživanja, komunikacije i interakcije s drugim stručnjacima. Kod provođenja istraživanja pokazalo se da studenti imaju niz povećanih kompetencija od kojih su neke: proučavanje i upotreba teorija i metoda iz različitih disciplina, integracija tih metoda u interdisciplinarnom istraživanju, objava interdisciplinarnih radova. U komunikaciji su to: izražavanje poštovanja prema drugoj disciplini, čitanje raznih časopisa van svoje discipline, redovita komunikacija s kolegama iz drugih disciplina. Kod interakcije s drugim stručnjacima to su: povećanje zanimanja za druge discipline i zajednički rad s njima u svrhu provođenja interdisciplinarnog istraživanja (Larson i Landers, 2011). Budući da je rad na interdisciplinarnim istraživanjima relativno nova tema, tu se javljaju i mnogi problemi. Pfirman i Martin (2010, prema Shrimpton i Astbury, 2011) govore o interdisciplinarnom djelovanju kao o „stresnom, demoralizirajućem i frustrirajućem djelovanju koje vodi k slabom priznanju od strane stručnjaka, smanjenoj mogućnosti objave rada i potrebi za ulaganjem više vremena u istraživanje“. Isto tako, National Academy of Sciences u Australiji (2004, prema Shrimpton i Astbury, 2011) navode neke od glavnih prepreka koje se javljaju u provođenju interdisciplinarnih istraživanja, a to su ograničeni izvori od kojih istraživači mogu imati koristi, činjenica da postoje znanstvene nagrade za istraživanja, ali one još nisu prepoznale vrijednost interdisciplinarnih istraživanja, te problemi u komunikaciji koji mogu nastati radi pravila i procedura koja su različita na fakultetima s kojih su istraživači koji provode istraživanje. Za takve i slične probleme, Greenberg i Bellack (1999, prema Handron i sur., 2001) nude slijedeća rješenja. Najprije je potrebno definirati što uopće znači interdisciplinarnost i taj pojam ujednačiti među različitim ustanovama. Zatim, potrebno je upoznati studente s interdisciplinarnošću već na početku studija i to putem neke obaveze, a ne kao izbornu aktivnost svakog studenta, pogotovo među studentima koji se bave medicinskim i društvenim znanostima. Potrebno je senzibilizirati studente za druge profesije i područja znanosti te poticati entuzijazam za njihovu suradnju, prije no što postanu previše usmjereni na vlastito područje (Handron i sur., 2001). Upravo zato, radi složenosti problematike kojom se bavi ovo istraživanje, nije bilo moguće provesti ga ni na jedan drugi način, osim interdisciplinarno.

1.2. Pojam intelektualnih teškoća

U ovom radu isprepliću se dva modela poimanja intelektualnih teškoća, medicinski i socijalni model. Kao medicinsku definiciju pojma intelektualnih teškoća (mentalne retardacije), možemo navesti onu iz DSM-IV. Mentalna retardacija (intelektualne teškoće) uključuje značajno ispodprosječno intelektualno funkcioniranje koje je popraćeno značajnim ograničenjima u adaptivnom funkcioniranju i značajnim ograničenjima u najmanje dva od svih navednih područja: komunikacija, briga o sebi, stanovanje, socijalne vještine, snalaženje u okolini, samousmjeravanje, funkcionalna akademska znanja, rad, slobodno vrijeme, zdravlje i sigurnost. Oštećenje nastaje prije

18. godine života (American Psychiatric Association, 2000). U priručniku su također navedeni stupnjevi mentalne retardacije (intelektualnih teškoća), a to su: laka (QI 50, 55-70), umjerena (QI 30, 40-50, 55), teža (QI 20, 25-35, 40) i teška (QI 25, 20 ili manje) (American Psychiatric Association, 2000).

S druge strane, kao primjer socijalnog modela, definiciju daje i Američka asocijacija za intelektualne i razvojne teškoće (AAIDD) koja definira pojam intelektualnih teškoća kao oštećenje kojem su svojstvena značajna ograničenja i u intelektualnom funkcioniranju i u adaptivnom ponašanju, izražena u pojmovnim, socijalnim i praktičnim adaptivnim vještinama. Oštećenje nastaje prije 18. godine (Schalock, Buntinx, Borthwick-Duffy i sur., 2007). Ova definicija podržava multidimenzionalan pristup intelektualnim teškoćama. Teoretski model iz 2002. usmjeren je ekološki model, što znači da je za razumijevanje intelektualnih teškoća važno funkcioniranje pojedinca, podrške i sljedećih pet dimenzija: intelektualno funkcioniranje; adaptivno ponašanje; sudjelovanje, interakcija i socijalne uloge; zdravlje; kontekst (Schalock, Buntinx, Borthwick-Duffy i sur., 2007). Dimenzija intelektualno funkcioniranje odnosi se na inteligenciju. Značajna ograničenja u intelektualnom funkcioniranju prikazuju se pomoću kvocijenta inteligencija (QI), koji odstupa približno 2 standardne devijacije od aritmetičke sredine (QI manji od 70-75). Adaptivne vještine predstavljaju skup pojmovnih, socijalnih i praktičnih vještina koje je osoba naučila u svrhu funkcioniranja u svakidašnjem životu. Sudjelovanje i interakcija su najbolje određene direktnim opažanjem stupnja sudjelovanja pojedinca u svakodnevnim aktivnostima. Socijalne uloge odnose se na procjenu onih aktivnosti za koje se smatra da su normativne za specifične dobne skupine. Za definiciju zdravlja uzima se ona Svjetske zdravstvene organizacije (WHO, 1993, 2001). Kontekst opisuje povezanost stanja osobe i okolinu u kojoj osoba živi, a sastoji se od trenutnog socijalnog okruženja osobe, npr. obitelji ili skrbnika (Schalock, Buntinx, Borthwick-Duffy i sur., 2007). Važno je spomenuti i etiologiju intelektualnih teškoća. Klasifikacija iz 2002. godine koju omogućava Američka asocijacija za intelektualne i razvojne teškoće (AAIDD), govori o tome da je etiologija intelektualnih teškoća multifaktorska i takva klasifikacija nam pomaže u razumijevanju trenutnog stanja pojedinca, prepoznaje da se u 40-50% ne može točno identificirati etiologija intelektualnih teškoća (Luckasson i sur., 2002; Van Karnebeek i sur., 2005, prema Schalock, Buntinx, Borthwick-Duffy i sur., 2007) i omogućuje pružanje optimalne podrške. Taj pristup dijeli moguće uzroke intelektualnih teškoća u dva smjera, prema vrsti faktora i vremenu njihova utjecaja. Prema vrsti faktora Američka asocijacija za intelektualne i razvojne teškoće (AAIDD) dijeli ih na: biomedicinske (genetske ili metaboličke bolesti); socijalne (okolinske ili obiteljske interakcije koje se iskazuju u vidu stimulacije ili dobivanja pozornosti roditelja ili obitelji); faktore ponašanja (opasne aktivnosti ili upotreba lijekova/droge/alkohola tijekom trudnoće); edukacijski (dostupnost edukacijske podrške koja potiče intelektualni razvoj i razvoj adaptivnih vještina). Prema vremenu

njihova utjecaja dijeli ih na prenatalne, perinatalne i postnatalne faktore. U sklopu ekološkog modela, javlja se potreba prestanka korištenja termina „mentalna retardacija“ i korištenje termina „intelektualne teškoće“. Potrebno je naglasiti da je općenito poželjno periodično evaluirati sustave klasifikacije kako bi u njih mogli uključiti nove spoznaje i nove koncepte. Važno je uzeti u obzir i što sve nosi klasifikacija i definiranje određenog termina. Pa tako, Gross i Hahn (2004), Luckasson i Reeve (2001), Stowe, Turnbull, i Sublet (2006) (prema Schalock, Luckasson i Shogren, 2007) navode neke posljedice koje mogu proizaći iz toga kako je definiran određen termin. Način na koji je definiran određen termin može utjecati na to koliko je određena podrška pogodna za određenog pojedinca, koliko je pojedinac podvrgnut ili nije podvrgnut određenim obvezama (npr. ako ga se podvrgava obvezama koje ne želi), koliko je pojedinac izuzet ili nije izuzet od određenih obveza (npr. različite sudske kazne), koliko je uključen ili isključen (koliko je zaštićen od diskriminacije) i koliko ima ili nema određena prava (npr. prava iz mirovinskog sustava). Oko svake definicije, pojma postoje i određene pretpostavke, tj. opaske. Termin „intelektualne teškoće“ pokriva onu istu populaciju kojima je dijagnosticirana „mentalna retardacija“, u svim stupnjevima i potrebama za podrškom. Termin je bolji zbog toga što bolje objašnjava teškoću u njenom kontekstu i teškoće koje se javljaju u ponašanju, pruža podlogu za određivanjem individualne podrške, manje je uvredljiva za osobe s teškoćama i sukladnija je sa svjetskom terminologijom (Luckasson i sur., 2002, prema Schalock, Luckasson, Shogren, 2007). Zato će se u ovom radu upotrebljavati termin „intelektualne teškoće“.

1.3. Oralno zdravlje

Definicija zdravlja Svjetske zdravstvene organizacije (WHO) iz 1948. glasi: „Zdravlje je stanje potpunog tjelesnog, duševnog i socijalnog blagostanja, a ne samo odsustvo bolesti i iznemoglosti“, a kako je oralno zdravlje važna komponenta općeg zdravlja svakog pojedinca koja direktno utječe na njegovo fizičko i mentalno zdravlje, izgled te na estetske, psihološke i socijalne projekcije prema okolini (Rao i sur., 2005), onda, ukoliko je narušena komponenta oralnog zdravlja možemo reći da taj pojedinac nije zadovoljio sve uvjete definicije. Sama definicija oralnog zdravlja je kompleksna te ju je Svjetska zdravstvena organizacija (WHO) 1965. definirala kao: „Stanje zdravih i za funkciju sposobnih zuba i njihovih potpornih tkiva, uključujući zdravlje svih dijelova usne šupljine koji sudjeluju u žvakanju.“ Osim žvačne funkcije pod pojam oralnog zdravlja spada i očuvana estetika i fonacija (Bego i sur., 2007, prema Verzak, 2001). Oralna higijena osoba s intelektualnim teškoćama je lošija od osoba istih dobnih skupina bez takvih teškoća (Rao i sur., 2005; Oredugba i Akindayomi, 2008), kao i parodontni status (Wilkins, 1994). Također je prisutan i veći broj nesaniranih karijesnih lezija te manji broj postojećih zdravih zubi (Oredugba i Akindayomi, 2008; Altun i sur., 2010). Razlozi su mnogostruki. Murray i McLeod (1973) te Shaw i sur. (1981) su ustanovili poveznicu između stupnja oralne higijene i stupnja oštećenja u pojedinca (Murray i

McLeod, 1973; Shaw i sur., 1981, prema Rao i sur., 2005). U pojedinaca s motoričkim teškoćama javlja se slabija manualna spretnost te nemogućnost izvođenja pokreta potrebnih za oralnu higijenu (Hennequin i sur., 2008) dok se kod pojedinaca s intelektualnim teškoćama javlja manjak motivacije i nemogućnost shvaćanja važnosti oralne higijene (Wilkins, 1994; Rao i sur., 2005; Oredugba i Akindayomi, 2008). Drugi autori primjećuju pogoršanje oralne higijene i zdravlja sa starenjem (Rao i sur., 2005; Oredugba i Akindayomi, 2008; Hennequin i sur., 2008). Oralna higijena i oralno zdravlje se povezuje i sa socio–ekonomskim statusom pojedinca (Pezzementi i Fisher, 2005). Stiefel (2002) navodi povezanost između lošijeg socio-ekonomskog statusa i stupnja teškoća, naročito u populaciji s teškim stupnjem teškoća. Pezzementi i Fisher (2005) su primjetili da su sudionici Paraolimpijskih igara u SAD-u, koji su bili iz siromašnijih dijelova zemlje, imali 1.6 puta veću učestalost restaurativnih postupaka od sudionika koji su bili iz bogatijih dijelova SAD-a. Takav podatak povezuju s manjkom dostupnosti preventivnog programa za osobe lošijeg socio–ekonomskog statusa.

1.4. Kvaliteta življenja

Svjetska zdravstvena organizacija (WHO) definira kvalitetu življenja kao individualnu percepciju vlastite pozicije u životu, u kontekstu kulturalnih i vrijednosnih sustava u kojima se živi i u odnosu na vlastite ciljeve, očekivanja, standarde i preokupacije (Hughes i sur., 1995, prema Bratković, 2002). Za kvalitetu življenja se općenito smatra da nije nešto što osoba posjeduje ili dobiva, već kreira zajedno s drugima; da je diskrepanca između ostvarenih i nezadovoljenih potreba i želja pojedinca; da je ostvarena kada su zadovoljene osnovne potrebe osobe i kad osoba ima mogućnosti ostvarivati svoje ciljeve i mogućnosti u važnim životnim područjima (Goode, 1994, Woodil i sur., 1994, Goode, 1997, prema Bratković 2002). Što se tiče kvalitete življenja osoba s intelektualnim teškoćama, jednako kao i u ostaloj populaciji, ona je određena posrednim i neposrednim odnosima u društvu, zajednici, politici, proizvodnji, kulturi, odgoju, obrazovanju i vrstama podrške koje osobi stoje na raspolaganju (Galeša, 1996, prema Bratković, 2002). Autor Schalock (1986, 1996, 1997, prema Bratković, 2002) naveo je da se o indikatorima kvalitete življenja osoba s intelektualnim teškoćama u pravilu može govoriti jednako kao i kod opće populacije. Tako on navodi osam dimenzija kvalitete življenja, a to su: emocionalna dobrobit, međuljudski odnosi, materijalna dobrobit, osobni razvoj, fizička dobrobit, samoodređenje, socijalna uključenost i prava. Oralnu higijenu kao takvu, možemo svrstati u fizičku dobrobit. Ona uključuje slijedeće indikatore: zdravlje, prehranu, rekreaciju, pokretljivost, zdravstvenu zaštitu, zdravstveno osiguranje, slobodno vrijeme i svakodnevne aktivnosti (Schalock, 1986, 1996, 1997, prema Bratković, 2002). Ako pogledamo Maslowljev piramidu koja nam govori o hijerarhiji ljudskih potreba, vidimo da su na dnu piramide fiziološke potrebe. Ispunjavanje svih fizioloških potreba nužno je kako bi osoba mogla uopće pomišljati na sve ostale potrebe, i kad ove potrebe nisu zadovoljene, sve ostale postaju sekundarne

(Maslow, 1943, prema Cherry, 2011). Kako bi mogli raditi na unaprjeđenju ostalih dimenzija kvalitete življenja, potrebno je početi sa zadovoljavanjem osnovnih. U prilog tome govore i Owens i sur. (2006, prema DeLucia i Davis, 2009) koji navode da su potrebe za stomatološkim tretmanom uglavnom nezadovoljene ukoliko se uspoređuju s općom populacijom. Također, navode da je loše oralno zdravlje jedno od najčešćih stanja koje negativno utječe na dnevnu rutinu pojedinca. Rezultati brojnih istraživanja koja su navedena u izvještaju Surgeon Generala (Department of Health and Human Services: Oral health in America: a report of the Surgeon General 2000) pokazuju da je dobra oralna higijena iznimno važan faktor u poboljšanju općeg zdravlja (Armour i sur., 2008), prehrambenim navikama, sposobnosti žvakanja i uživanja u hrani, govoru i izrazu lica te kvaliteti življenja (Gordon i sur., 1998). Sličnog su stava i Benyamini i sur., 2004 (prema Cushing i sur., 1985; Slade i Spencer, 1993) koji navode da problemi s oralnim zdravljem mogu dovesti do neugode i boli koja se kasnije odražava u vidu problema kod komunikacije, izgleda, hranjenja i rezultira socijalnim problemima i manjkom samopoštovanja. Tema povezanosti kvalitete življenja i oralnog zdravlja se sve više aktualizira. U literaturi postoji više definicija tog pojma, no autori su mišljenja da je bitnije navesti faktore koji se tiču oralnog zdravlja, a da izravno utječu na kvalitetu življenja pojedinca. Oni su: (Mehtta i Kaur, 2011)

- 1) Funkcija stomatognatog sustava (žvakanje, govor)
- 2) Socijalni život pojedinca (intimnost, komunikacija, socijalna interakcija)
- 3) Psihičko stanje pojedinca (izgled, samopoštovanje)
- 4) Neugoda/Bol (akutna, kronična).

1.5. Oralni status kod osoba s intelektualnim teškoćama

Kod osoba s intelektualnim teškoćama prisutan je specifičan oralni status kao posljedica nasljednih i razvojnih poremećaja, stupnja i vrste oštećenja, odgovarajućeg medicinskog tretmana te socio-ekonomskog statusa (Wilkins, 1994; Walsh, 2003; Pezzementi i Fisher, 2005). Wilkins (1994) predlaže sljedeću sistematizaciju oralnih stanja kod osoba s intelektualnim teškoćama:

- 1) Kongenitalne malformacije
 - a. Rascjep usne i/ili nepca
 - b. Ostale kraniofacijalne malformacije
- 2) Abnormalnosti zuba
 - a. Strukturne abnormalnosti
 - b. Abnormalnosti u broju zubi
- 3) Oralne ozljede
 - a. Atricija
 - b. Traumatske ozljede zubi i mekih tkiva

- 4) Hemipareza i/ili pareza
- 5) Malookluzija
- 6) Zubni karijes
- 7) Paradontne bolesti
- 8) Oralna stanja povezana s terapijom osnovne bolesti
 - a. Terapija fenitoinom
 - b. Kemoterapija
 - c. Radioterapija

Koch i Poulsen (2005) navode veću incidenciju abnormalnosti zuba u vidu hipomineraliziranih zubi i hipodoncije u osoba s intelektualnim teškoćama dok Šutalo i sur. (1994) navode da se hipodoncija često javlja zajedno s Down sindromom. Autori navode, kao posljedicu mišićnih deformiteta, makroglosije, hipodoncije i loših oralnih navika kao što su potiskivanje jezika i disanje na usta (Wilkins, 1994) uz veću incidenciju abnormalnosti zuba također i probleme škripanja, slinjenja i hranjenja. Uslijed povećanog stupnja anksioznosti i emocionalnih problema kod pojedinaca u takvoj populaciji, dolazi do oštećenja i atricije zuba, disfunkcije temporomandibularnog zgloba, osjetljivosti i boli kao posljedice djelovanja bruksizma. Trošenje zuba kao posljedica bruksizma najprije postaje vidljivo na sjekutićima i očnjacima te raste s kronološkom dobi individue, a do 30-49 godine života ono postane relevantno te zahtijeva primjenu restaurativnih postupaka (Koch i Poulsen, 2005). U zadnjoj skupini Wilkinsove klasifikacije su oralna stanja koja su posljedica nuspojava terapije osnovne bolesti. Tako kod osoba koje su pod terapijom fenitoinom možemo susresti različite stadije hipertrofije gingive, kod onkoloških bolesnika koji su pod kemoterapijom nalazimo oralne ulceracije, mukozitis te sklonost infekciji, a kod radioterapije kao čestu nuspojavu susrećemo kserostomiju (Wilkins, 1994; Greenberg i Glick, 2006). Uz svu specifičnost oralnog statusa koji je prisutan kod osoba s intelektualnim teškoćama, dvije najzastupljenije bolesti u toj populaciji još uvijek su zubni karijes i bolesti paradonta (Wilkins, 1994). Obzirom na ranije navedene podatke i rezultate istraživanja o problemima prilikom provođenja oralne higijene s kojima se susreću osobe s intelektualnim teškoćama takav podatak ne iznenađuje.

1.6. Strah od stomatologa kod osoba s intelektualnim teškoćama

Općenito, strah se definira kao stanje nelagode, neshvaćanja, uznemirenosti oko nesigurnosti u budućnosti ili opasnosti koja se pojavljuje u sadašnjosti (Biggs i sur., 2003). Strah od stomatologa je specifičniji, što znači da je to zapravo reagiranje osobe na stresan način u situaciji u kojoj se osobu liječi zbog nekog oralnog stanja (Corah i sur. 1978, prema Biggs i sur., 2003). Prema autorima Prangnell i Green (2008), strah od stomatologa je čest problem i predstavlja veliku prepreku u ostvarivanju primjerene zaštite oralnog zdravlja. Isto tako, oni govore o tome da osobe s intelektualnim teškoćama imaju općenito više strahova od tipične populacije, a to pogotovo vrijedi

za njihov pojačan strah od stomatologa (Ransford i sur., 1998, prema Prangnell i Green, 2008). Gordon i sur. (1998, prema Prangnell, Green, 2008) u svojem istraživanju iznose činjenicu da čak 55% osoba iz populacije osoba s intelektualnim teškoćama pati od straha od stomatologa. Cumella i sur. (2000, prema Prangnell i Green, 2008) u istraživanju provedenom u Velikoj Britaniji dobivaju rezultate koji govore u prilog činjenici da osobe s intelektualnim teškoćama imaju povećan strah od stomatologa, te da im to predstavlja ozbiljnu prepreku u dobivanju odgovarajuće dentalne skrbi. Isto tako, autori zaključuju da je premalo pažnje posvećeno tome da se strah od stomatologa pokuša umanjiti kod osoba s intelektualnim teškoćama. Strah od stomatologa često uzrokuje slabiju posjećenost stomatologa, te samim time utječe na kvalitetu življenja (Rawlinson, 2000, prema Prangnell i Green, 2008) i na samopouzdanje osobe (Cumella i sur. 2000, prema Prangnell i Green, 2008). Istraživanjem je pokazano da neki stomatolozi zaziru od liječenja osoba s intelektualnim teškoćama upravo radi njihovog „otpora“ prema liječenju (Altabet, 2002, prema Prangnell i Green, 2008). U liječenju osoba s intelektualnim teškoćama, najčešće se upotrebljavaju fizičke prepreke ili kemijske supstance kako bi njihovo ponašanje bilo pod kontrolom (Conyers i sur., 2004, prema Prangnell i Green, 2008). Upravo takvi pristupi umanjuju mogućnost izbora osoba i stavljaju naglasak na postupak liječenja u kojoj je osoba s intelektualnim teškoćama samo njen pasivan sudionik.

2. Cilj rada i hipoteze

Cilj rada je ispitati učinkovitost primjene edukacije o oralnoj higijeni, napisane, kreirane, za ovo istraživanje te prilagođene i individualizirane za ovu populaciju. Edukacija o oralnoj higijeni temelji se na povećanju razine znanja o oralnoj higijeni te na osvještavanju osoba s intelektualnim teškoćama o važnosti, pravilnim navikama u održavanju oralne higijene, smanjenu stresa koje osobe doživljavaju pri odlasku stomatologu i upućivanje sudionika o njihovim pravima što se tiče zdravstvene zaštite. Postavljene su iduće hipoteze:

H1: Primjenom edukacije o oralnoj higijeni postići će se statistički značajan napredak u razini znanja ispitanika.

H2: Primjenom edukacije o oralnoj higijeni postići će se statistički značajan napredak u razini oralne higijene.

3. Metode rada

U provođenju istraživanja koristili su se instrumenti potrebni za stomatološku i edukacijsko-rehabilitacijsku procjenu. Edukacija oralne higijene provedena je putem radionica. Ispitanici su podijeljeni u tri uzorka, osobe s intelektualnim teškoćama koje žive u stacionaru rehabilitacijske ustanove socijalne skrbi Centra za rehabilitaciju Zagreb (podružnica Slobodina 2; poduzorak 1),

osobe s intelektualnim teškoćama koje su uključene u dnevni program spomenute ustanove (podružnica Sloboština 2; poduzorak 2) i osobe s intelektualnim teškoćama iz programa organiziranog stanovanja u zajednici Udruge za promicanje inkluzije (poduzorak 3). Ukupno je obuhvaćeno 38-ero ispitanika, 12 ženskog i 26 muškog spola, s lakim i umjerenim intelektualnim teškoćama. Kronološka dob ispitanika bila je od 18 do 56 godina. Održane su 4 radionice za svaki uzorak, tj. ukupno 12 radionica. Radionice su bile koncipirane na način da su u njihovom prvom dijelu ispitanicima održane prilagođene prezentacije, u drugom dijelu su sudionici praktično isprobavali naučeno (na sadrenim modelima čeljusti i pranjem zubi u kupaonici). Osim učenja tehnike pranja zubi, u radionicama su se obrađivale teme svladavanja stresa koje osobe doživljavaju prilikom odlaska stomatologu i samozastupničke teme (upoznavanje s člankom 25., Konvencije o pravima osoba s invaliditetom koji se odnosi na zdravlje, tj. ostvarivanje zdravstvenih standarda za sve osobe, bez diskriminacije na osnovi invaliditeta). Korišteni postupci rada su demonstracija, igra uloga, igra, razgovor, „oluja ideja“, itd.. Korištena sredstva su zubne četkice i paste (koje je svaki sudionik dobio), sadreni modeli čeljusti, stomatološki instrumenti (ogledalo, sonda), plišane igračke, papir, pastele, slikovne upute pranja zubi po koracima.

Inicijalno i finalno (na drugoj i četvrtoj radionici), ispitanici su ispitani upitnikom znanja o oralnoj higijeni, konstruiranim za ovo istraživanje (Prilog 1). Varijable upitnika znanja su boja zdravog zuba, boja zubnog mesa, koju vrstu hrane je poželjno manje jesti da bi se spriječio nastanak karijesa, kad je najvažnije oprati zube i čime se zubi peru, pri čemu je točan odgovor nosio 1 bod, a netočan 0 bodova. Ispitanici su ispitani usmenim putem.

Isto tako, proveden je test OHI-S (Greene i Vermillion, 1960), koji je odabran zbog svoje jednostavnosti i efikasnosti u određivanju individualne i grupne oralne higijene. Prilikom određivanja OHI-S korištena je standardna oprema: stomatološko ogledalo i sondu te su određene dvije komponente testa (plak indeks, DI-S i indeks kamenca, CI-S). OHI-S indeks je promatran na šest zubi (na labijalnim plohamo lijevog, desnog prvog gornjeg molara i gornjeg desnog središnjeg sjekutića, te na lingvalnim plohamo lijevog, desnog donjeg prvog molara i lijevog donjeg središnjeg sjekutića). Kriteriji za bodovanje su standardizirani od 0-3 boda za plak indeks (DI-S) i indeks kamenca (CI-S). Kriteriji za DI-S su slijedeći: 0 bodova za odsutnost plaka, 1 bod za prisutnost plaka koji ne zahvaća više od 1/3 mjerene plohe zuba, 2 boda za prisutnost plaka koji zahvaća više od 1/3 i manje od 2/3 mjerene plohe zuba, 3 boda za prisutnost plaka koji zahvaća više od 2/3 mjerene plohe zube. Na temelju srednje vrijednosti indeksa OHI-S pacijenti su razvrstani u tri skupine: 0 – ($0 \leq \text{OHI-S} \leq 1$) – dobra oralna higijena; 1 – ($1,1 \leq \text{OHI-S} \leq 2,0$) – zadovoljavajuća oralna higijena; 2 – ($2,1 \leq \text{OHI-S} \leq 3,0$) – loša oralna higijena (Chalas, 2008).

Podaci su obrađeni kvantitativno. Izrađena je deskriptivna analiza podataka i T-test za zavisne uzorke u programu „Statistica 9“, kako bi utvrdili razlike između inicijalnog i finalnog stanja oralne

higijene i razine znanja ispitanika.

4. Rezultati

S obzirom da nisu bili u potpunosti izjednačeni po broju, kronološkoj dobi i stupnju intelektualnih teškoća, zasebno su analizirani i prezentirani rezultati na poduzorcima ispitanika.

Na poduzorku ispitanika (N=13) smještenih u stacionaru rehabilitacijske ustanove socijalne skrbi (poduzorak 1), dobiveni su slijedeći rezultati na upitniku znanja (Tablica 1).

Tablica 1: Rezultati t-testa upitnika znanja poduzorka 1¹

Broj ispitanika (N)	Znanje o oralnoj higijeni (izraženo u bodovima)				t	p
	INICIJALNO		FINALNO			
	\bar{x}	s.d.	\bar{x}	s.d.		
13	3,08	0,86	4,23	0,72	-1,15	0,000007

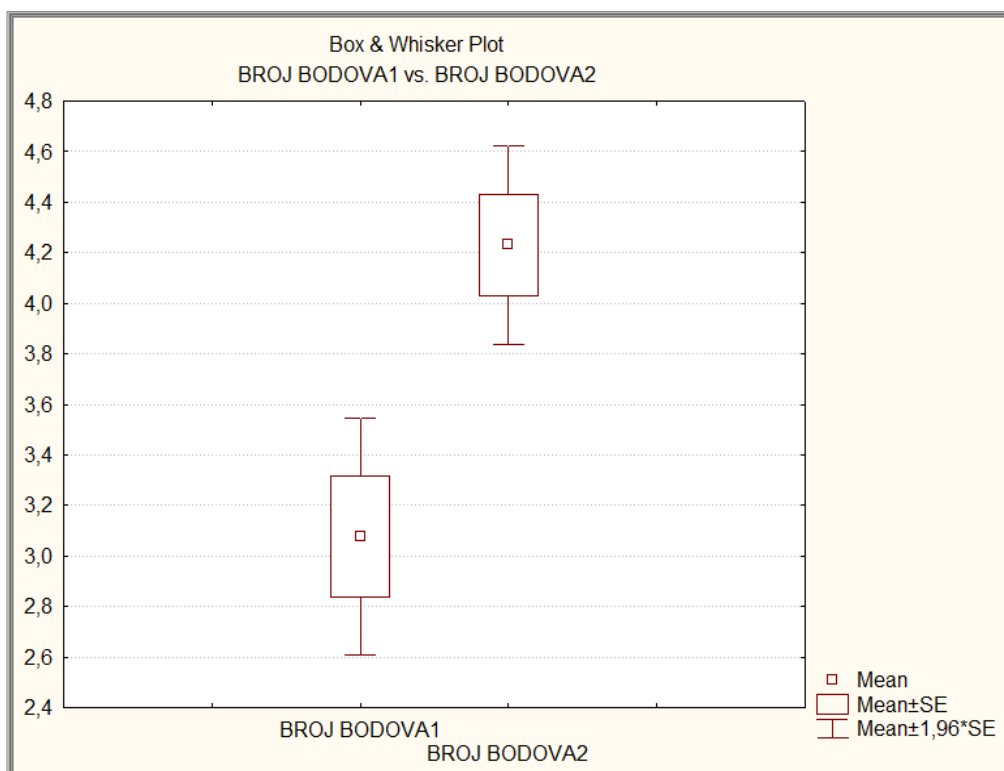
¹ \bar{x} - aritmetička sredina

s.d. - standardna devijacija

t – razlika između dvije aritmetičke sredine

p – statistička pogreška

S obzirom da je statistička pogreška manja od 0,01%, ($p < 5\%$), može se prihvatiti hipoteza H1, tj. da je edukacija o oralnoj higijeni dovela do napretka u razini znanja o oralnoj higijeni. Prosječan rezultat na upitniku znanja prije provođenja edukacije bio je 3,08, a poslije je porastao na 4,23. Dobivene rezultate smo prikazali i Box&Whisker Plotom, na kojem su grafički prikazani navedni rezultati (Slika 1).



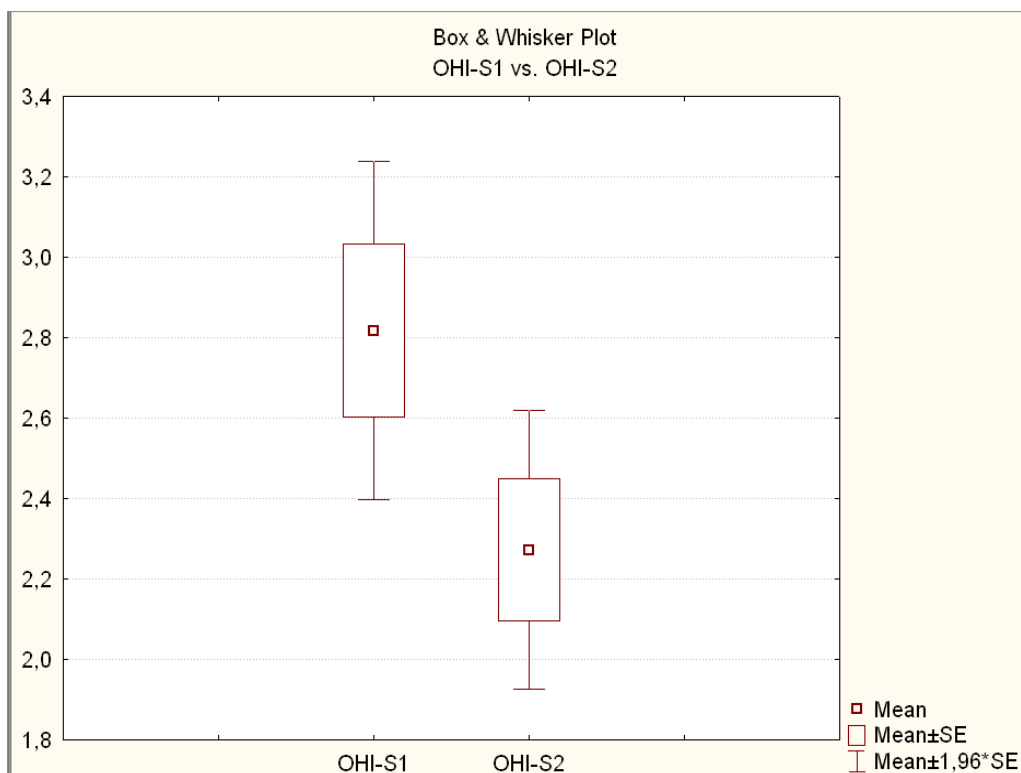
Slika 1: Box&Whisker Plot razine znanja prije i poslije edukacije o oralnoj higijeni poduzorka 1

Rezultati vidljivi na Slici 1 pokazuju statistički značajne razlike u razini znanja prije i poslije edukacije o oralnoj higijeni kod poduzorka 1.

Tablica 2: OHI-S indeks poduzorka 1¹

Broj ispitanika (N)	OHI-S indeks				t	p
	INICIJALNO		FINALNO			
	\bar{x}	s.d.	\bar{x}	s.d.		
13	2,82	0,77	2,27	0,64	0,54	0,00054

Statistička pogreška je manja od 0,01% ($p < 5\%$), što znači da se može prihvatiti hipoteza H2, tj. da postoji statistički značajna razlika između vrijednosti OHI-S indeksa inicijalno i finalno. Prosječan rezultat OHI-S indeksa prije edukacije bio je 2,82, a poslije 2,27. Dobiveni rezultati prikazani su grafički (Slika 2).



Slika 2: Razlike u vrijednostima OHI-S indeksa prije i poslije edukacije o oralnoj higijeni

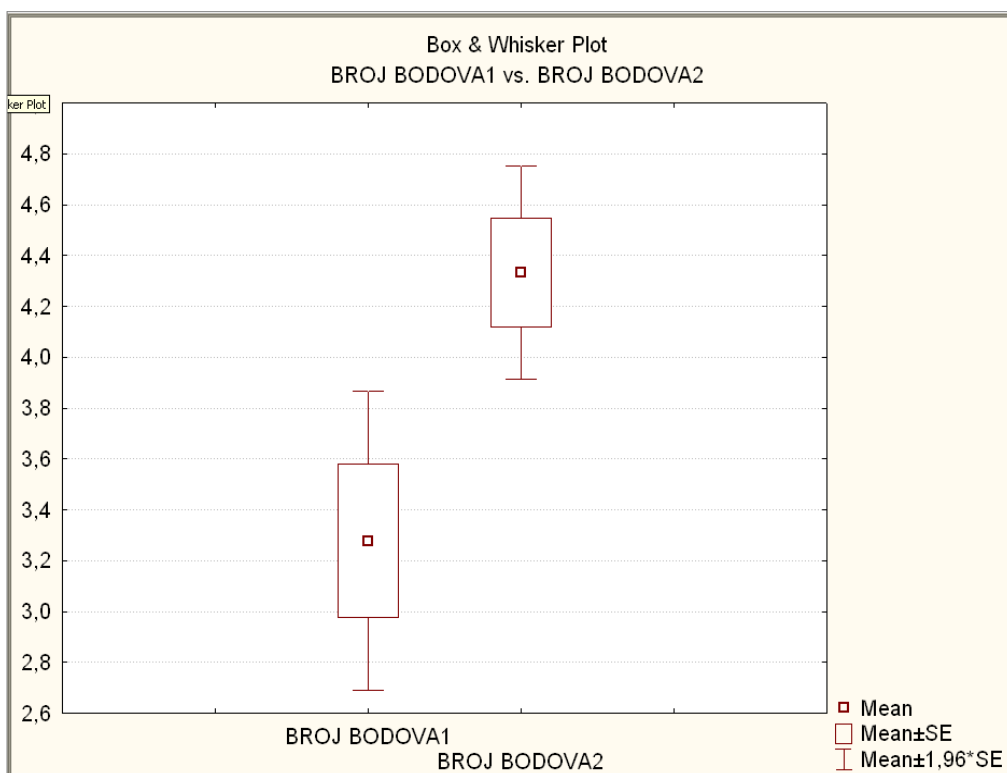
Na prikazanoj slici, uz statističku pogrešku manju od 5%, vidljivo je smanjenje vrijednosti OHI-S indeksa nakon edukacije o oralnoj higijeni.

Kod ispitanika iz dnevnog programa (poduzorak 2, N=18), dobiveni su slijedeći rezultati na upitniku znanja (Tablica 3).

Tablica 3: Rezultati t-testa upitnika znanja poduzorka 2¹

Broj ispitanika (N)	Znanje o oralnoj higijeni (izraženo u bodovima)				t	p
	INICIJALNO		FINALNO			
	\bar{x}	s.d.	\bar{x}	s.d.		
18	3,28	1,27	4,33	0,91	-1,05	0,00127

U navedenom poduzorku prihvaćamo hipotezu H1, tj. da je edukacija o oralnoj higijeni dovela do poboljšanja razine znanja, iz razloga što je statistička pogreška manja od 5% ($p < 5\%$). Prosječan rezultat na upitniku znanja prije provođenja edukacije bio je 3,28 a poslije je porastao na 4,33. Rezultati su prikazani slikom (Slika 3).



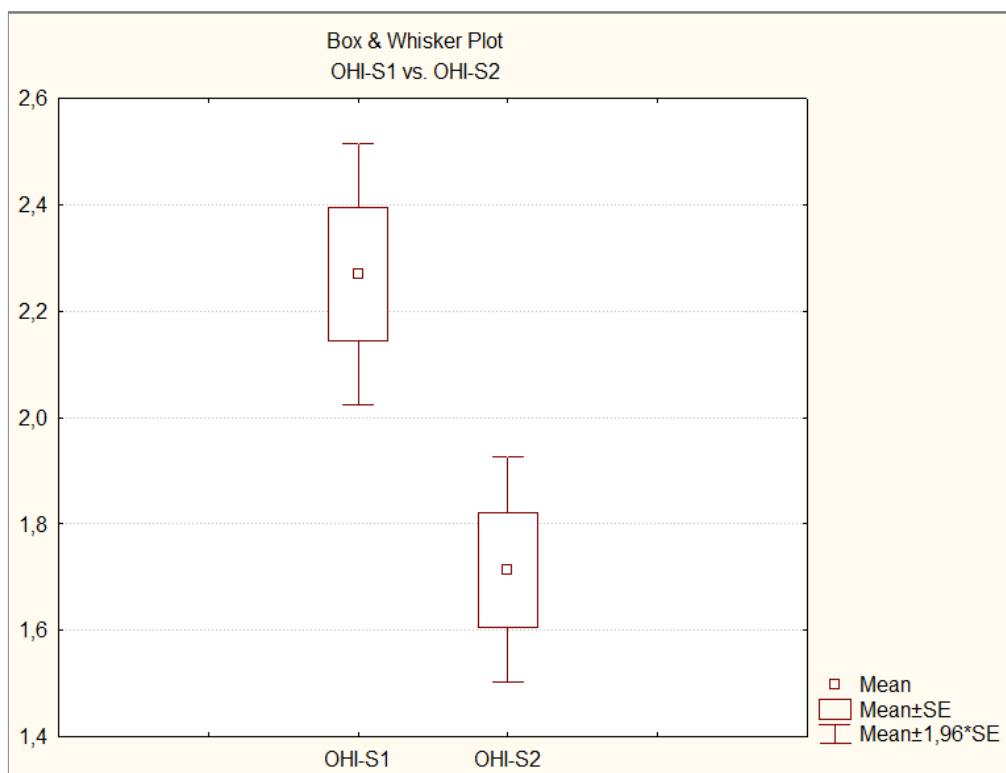
Slika 3: Razlike u broju bodova na upitniku znanja kod poduzorka 2, prije i poslije edukacije o oralnoj higijeni

Slika 3 prikazuje povećanje finalne razine znanja u odnosu na inicijalnu razinu znanja.

Tablica 4: OHI-S indeks poduzorka 2¹

Broj ispitanika (N)	OHI-S indeks				t	p
	INICIJALNO		FINALNO			
	\bar{x}	s.d.	\bar{x}	s.d.		
18	2,27	0,53	1,71	0,46	0,56	0,000006

Analizom podataka, dobivena statistička pogreška je manja od 0,01% ($p < 5\%$), što znači da se može prihvatiti hipoteza H2, tj. da postoji statistički značajna razlika između vrijednosti OHI-S indeksa prije i poslije edukacije o oralnoj higijeni. Prosječan rezultat OHI-S indeksa prije edukacije bio je 2,27, a poslije 1,71. Slika 4 grafički prikazuje dobivene rezultate.



Slika 4: Grafički prikaz promjene na vrijednosti OHI-S indeksa prije i poslije edukacije o oralnoj higijeni

Razlika aritmetičkih sredina vrijednosti OHI-S indeksa mjenog inicijalno i finalno iznosi 0,56. Iz navedenih podataka je vidljivo poboljšanje oralne higijene nakon provedenih edukacija o oralnoj higijeni.

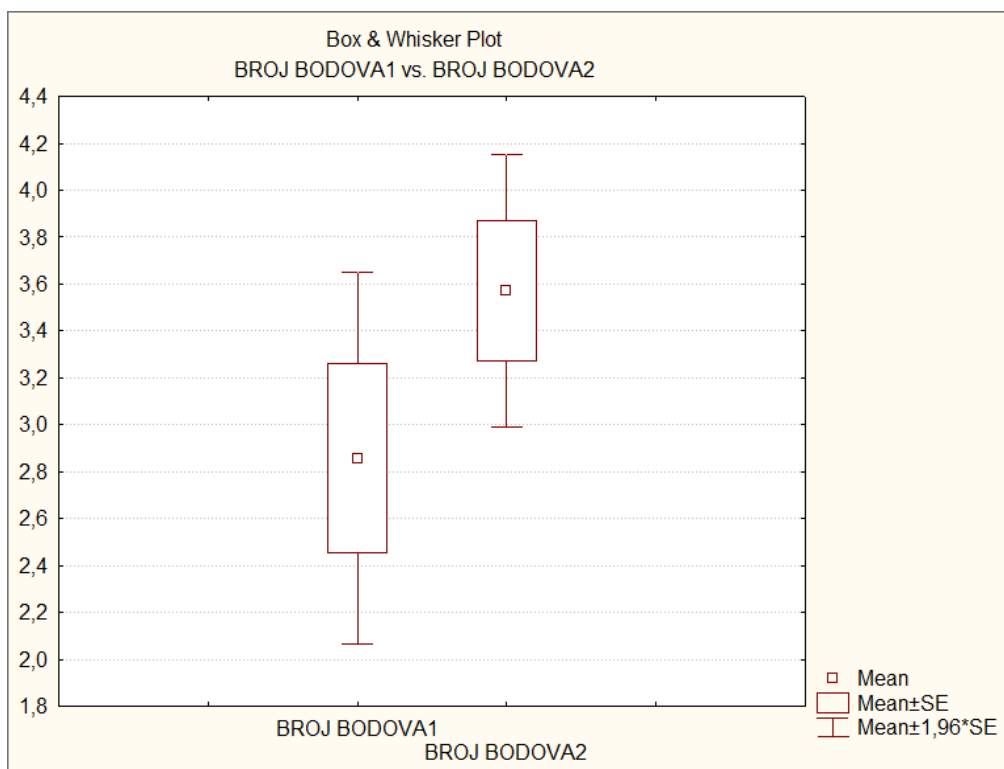
Kod sudionika istraživanja iz programa organiziranog stanovanja (poduzorak 3, N=7), dobiveni su slijedeći rezultati na upitniku znanja.

Tablica 5: Rezultati t-testa upitnika znanja poduzorka 3¹

Broj ispitanika (N)	Znanje o oralnoj higijeni (izraženo u bodovima)				t	p
	INICIJALNO		FINALNO			
	\bar{x}	s.d.	\bar{x}	s.d.		
7	2,86	1,07	3,57	0,79	-0,71	0,14

S obzirom da je statistička pogreška veća od razine značajnosti ($p > 5\%$), ne može se prihvatiti

hipoteza H1, te je zaključak da edukacijom o oralnoj higijeni nisu dobiveni statistički značajni rezultati na poboljšanju razine znanja. Prosječan rezultat na upitniku znanja prije provođenja edukacije bio je 2,86, a poslije je porastao na 3,57, što znači da razlika postoji i postoji izvjesno poboljšanje, no ono nije statistički značajno. Na Slici 5, rezultati su prikazani grafički.



Slika 5: Razina znanja prije i poslije provođenja edukacije o oralnoj higijeni na poduzorku 3

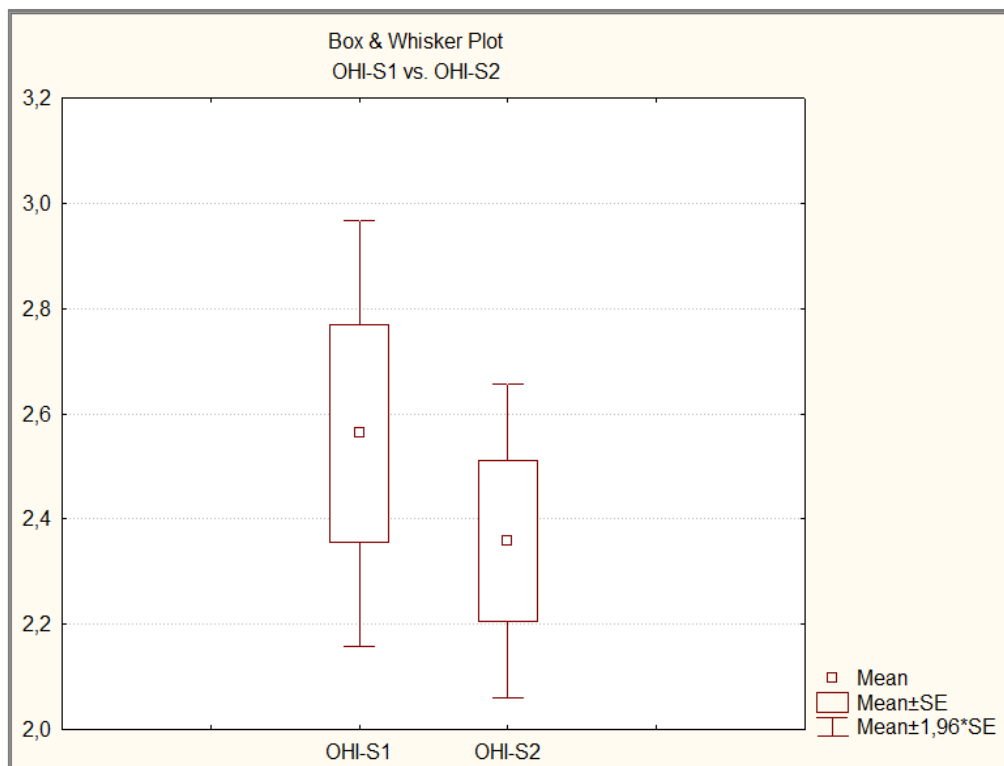
Slikom 5 vidljivi su pomaci prema boljoj razini znanja, no nisu dovoljni da budu statistički značajni.

Tablica 6: OHI-S indeks poduzorka 3¹

Broj ispitanika (N)	OHI-S indeks				t	p
	INICIJALNO		FINALNO			
	\bar{x}	s.d.	\bar{x}	s.d.		
7	2,56	0,54	2,36	0,4	0,2	0,15

Statistička pogreška je veća od statističke razine značajnosti ($p > 5\%$), što znači da se ne može prihvatiti hipoteza H2. Zaključak je da ne postoji statistički značajna razlika između vrijednosti OHI-S indeksa prije i poslije edukacije o oralnoj higijeni. Prosječan rezultat OHI-S indeksa prije

edukacije bio je 2,56, a poslije 2,36, što znači da izvjestan napredak postoji, no on nije statistički značajan. Rezultati su prikazani grafički na Slici 6.



Slika 6: Vrijednosti OHI-S indeksa prije i poslije provođenja edukacije o oralnoj higijeni na poduzorku 3

Na Slici 6, vidljivo je neznatno smanjenje vrijednosti OHI-S, što upućuje da su ispitanici poboljšali oralnu higijenu, nakon provedenih edukacija, no vrijednosti OHI-S indeksa provedenog finalno nisu bili dovoljni da postignu statistički značajnu razliku.

5. Rasprava

Na temelju ukupnih rezultata istraživanja, kod poduzorka 1 i 2 mogu se prihvatiti hipoteze, a kod poduzorka 3 se odbacuju. U poduzorcima 1 i 2, prihvaćene su hipoteze H1 i H2, što znači da su postignute statistički značajne razlike između inicijalnog i finalnog ispitivanja te je dobiven željeni učinak edukacije o oralnoj higijeni. U poduzorku 3, zbog statističke pogreške veće od 5%, ne prihvaćaju se hipoteze H1 i H2.

Zbog različitog broja ispitanika u svakom od poduzoraka, nije bilo moguće međusobno uspoređivati dobivene rezultate. Statistički je nemoguće generalno gledati rezultate, zato što bi tako zamaskirali uvjete života u kojima osobe žive. Ipak, moguće je deskriptivno analizirati rezultate dobivene inicijalnim mjerenjem upitnikom znanja po pitanjima. U sva tri poduzorka, ispitanici su pokazali najbolje znanje na pitanju 5: „S čim peremo zube?“, u uzorcima 2 i 3 svi odgovori su bili točni, dok

je u poduzorku 1 85% ispitanika odgovorilo točno. Najslabiji rezultati dobiveni su na pitanju 2: „Koje je boje zubno meso?“ i pitanju 3: „Kada je najvažnije prati zube?“. Ispitanici u poduzorku 1 odgovorili su točno 46%, a u poduzorku 3, više od polovice, tj. 57% ih je znalo odgovor na pitanja. U poduzorku 2, najslabiji rezultati dobiveni su na pitanju 3, na kojem je 33% ispitanika znalo točan odgovor. Iako se mjesta i uvjeti življenja ispitanika razlikuju, inicijalni odgovori su slični. Ispitanici većinom znaju osnovna sredstva za pranje zubi, susreću se s tim svakodnevno te ih posjeduju. Boja zubnog mesa većini ispitanika nije bila poznata, zato što nisu upoznati s pojmom „zubnog mesa“, što je odraz manjka osvježenosti o vlastitom tijelu i samostalnoj brizi za vlastito zdravlje. Istu paralelu možemo povući s pitanjem „Kada je najvažnije prati zube?“, zato što ispitanici u poduzorku 1 peru zube većinom po rasporedu (zbog strukturiranog rasporeda), a u poduzorku 2, ispitanici borave sa svojim roditeljima/skrbnicima i unutar njihove obiteljske zajednice, postoji određena dinamika obavljanja aktivnosti svakodnevnog života. Ispitanici u poduzorku 3 žive samostalnije uz podršku, te samim time imaju veću slobodu u obavljanju aktivnosti svakodnevnog života. Autori ovog rada zamijetili su da su ispitanici svih poduzoraka pokazali veliku zainteresiranost i motiviranost za samostalnu brigu o vlastitom oralnom zdravlju i higijeni prihvaćajući svoje obaveze njenog provođenja.

Rezultati dobiveni mjerenjem OHI-S indeksa, pokazuju slične promjene kao i kod upitnika znanja. U poduzorku 1 kod inicijalnog mjerenja, prosječan rezultat OHI-S indeksa iznosi 2,82 što po klasifikaciji spada pod najveće vrijednosti loše oralne higijene. U finalnom mjerenju postignut je rezultat 2,27, što je još uvijek loša oralna higijena, no ona se približava zadovoljavajućoj oralnoj higijeni. Kod poduzorka 2, u inicijalnom mjerenju, postignut je rezultat 2,27 što po klasifikaciji, spada pod lošu oralnu higijenu. U finalnom mjerenju, nakon edukacije, postignut je rezultat 1,71, što po klasifikaciji spada pod zadovoljavajuću oralnu higijenu. U poduzorku 3, prosječan inicijalni rezultat OHI-S indeksa je 2,56, a njegov finalni prosječni rezultat je 2,36. Oba rezultata po klasifikaciji, spadaju pod lošu oralnu higijenu. Stefanovska i sur. (2010) je u svojem istraživanju provodila šestomjesečnu edukaciju o oralnoj higijeni kod djece s intelektualnim teškoćama te navodi da su vrijednosti OHI indeksa prije edukacije iznosile 2.46, dok su nakon provedene edukacije vrijednosti iznosile 0.73. Tim je istraživanjem potvrđena važnost dugotrajne edukacije kod osoba s intelektualnim teškoćama. Vrijednosti OHI-S kod sva tri poduzorka u ovom radu pokazuju sličnost u vrijednostima inicijalnog mjerenja ali i pokazuju tendenciju smanjenja nakon edukacije. Razlike finalnih vrijednosti OHI u oba istraživanja razlikuju se u tome što je jedna edukacija trajala 6 mjeseci, a druga 1 mjesec. Vidljivo je da se dugotrajnijom edukacijom postižu bolji rezultati.

Autori ovog rada mišljenja su da broj ispitanika u poduzorku 3 (N=7), nije bio dovoljan da postigne

statistički značajne rezultate. Provođenje programa o oralnoj higijeni u poduzorku 3 zahtijevao je od ispitanika da dolaze na radionice u svoje slobodno vrijeme na dislociranu lokaciju. Isto tako, možemo uključiti faktor umora zbog toga što je većina ispitanika u poduzorku 3 radno aktivna i imaju svoje hobije i druge obaveze kojima se bave u slobodno vrijeme. Zbog specifične organizacije programa stanovanja u zajednici, čiji su članovi ispitanici iz poduzorka 3, javljale su se teškoće u redovitosti dolazaka na radionice te se samim time može zaključiti da bi i to mogao biti jedan od faktora koji je utjecao na rezultate.

Isto tako, ne može se sa sigurnošću tvrditi da je u poduzorcima 1 i 2 samo edukacija pridonijela poboljšanju, već moramo uzeti u obzir i oblike podrške koju osobe dobivaju u ustanovi, a ta je podrška opsežnija i/ili sveobuhvatna. To znači da su vjerojatno i sami njegovatelji koji više protektivno brinu o higijeni sudionika pridavali više pažnje na redovno provođenje oralne higijene sudionika u tijeku edukacije. Edukacija je bila integrirana u dnevni program te su u tom periodu sudionici boravili isključivo na radionicama.

Mora se uzeti u obzir i određene manjkavosti samih radionica, a to je činjenica da se tako kompleksan program edukacije teško može uspješnije provesti u kratkom periodu s heterogenim skupinama. U daljnjim edukacijama potrebno je više pažnje posvetiti individualnom pristupu i produžiti vrijeme provođenja edukacije. S obzirom na rezultate ranijih istraživanja koji ukazuju da se sa starenjem pogoršava i oralna higijena (Rao i sur., 2005; Oredugba i Akindayomi, 2008; Hennequin i sur., 2008), ne možemo očekivati prevelike promjene u kratkom vremenu, već je to problematika na kojoj se treba sustavno i interdisciplinarno raditi, počevši od dječje kronološke dobi. Zbog velikog raspona kronološke dobi ispitanika, ali i činjenice da su sudionici bili odrasle osobe ustaljenih navika s već prethodno stečenim iskustvima, velike promjene nisu bile očekivane. Unatoč spomenutim nedostacima provedene edukacije o oralnoj higijeni, rezultati su ipak pokazali tendenciju ka promjeni na bolje za sve ispitanike.

Pretraživanjem literature nisu pronađena adekvatna istraživanja koja se bave ovom problematikom kod odraslih osoba s intelektualnim teškoćama. Zbog toga je nemoguće usporediti dobivene rezultate sa sličnim istraživanjima. Problematika leži i u nedostatku preventivnih programa koji se tiču oralne higijene, manjku edukacije o istoj temi zdravstvenih djelatnika, ali i drugih stručnjaka i osoblja koje radi s osobama s intelektualnim teškoćama.

6. Zaključci

Kao što je vidljivo iz rezultata i rasprave, prihvaćenost hipoteza se razlikuje s obzirom na poduzorke ispitanika, pa se ne mogu donositi pouzdani zaključci ovog istraživanja. Uz činjenicu da su i drugi subjektivni i okolinski faktori mogli na njih utjecati, oprez u generalizaciji potreban je i zbog relativno kratkog vremena provedbe eksperimentalnih edukativnih radionica. Ipak, dobiveni

podaci ukazuju na određene pozitivne tendencije učinkovitosti primjene ovakvih edukativnih programa u radu s osobama s intelektualnim teškoćama.

Oralno zdravlje jedan je od ključnih preduvjeta za ostvarivanje fizičke dobrobiti pojedinca. Utjecajem na fizičku dobrobit, nastojalo se utjecati i na druge dimenzije kvalitete življenja. U osmišljenim edukativnim radionicama, nastojalo se utjecati i na međuljudske odnose (povećanje homogenosti grupe i suradnje), emocionalnu dobrobit (smanjenje razine stresa), osobni razvoj (poticanje brige o sebi, razvijanje vještina održavanja oralne higijene), socijalnu uključenost i prava (putem radionice na kojoj se razgovaralo o zakonskim pravima na zdravstvenu zaštitu u Republici Hrvatskoj). Ako povučemo paralelu sa sličnim istraživanjima, možemo naći srodne zaključke. Aldridge (2010), u svom radu elaborira koje su sve vještine potrebne kako bi osoba s intelektualnim teškoćama bila samostalnija, odnosno manje ovisna o podršci okoline. U popisu koji spomenuti autor navodi, pod kategorijom „izgledati dobro i biti uredan“, među ostalim se nalazi i briga o oralnom zdravlju. Od izuzetne važnosti je da se ovakvim programima rada s osobama s intelektualnim teškoćama pristupa cjelovito, kako bi osoba mogla bolje doživljavati sebe kao jedinku koja je sposobna samostalno ili uz odgovarajuću podršku birati i djelovati. Na taj način, osobe s intelektualnim teškoćama osnažujemo tako da imaju utjecaja na vlastito zdravlje, potičemo njihovu samostalnost i razvijamo vještine brige o sebi. Samim time, kod osobe, utječemo i na njeno stvaranje pozitivne slike o sebi, povećano samopoštovanje i dobro samozastupanje. Kako navodi Mosley (1994, prema Alfiev, 2007), dobro samopoštovanje vodi osobu u dobro samozastupanje i obrnuto. Wehmeyer (1996, prema Bratković i Zelić, 2010) opisuje samozastupanje kao djelovanje u svojstvu primarnog uzročnog čimbenika u vlastitom životu i vršenje odabira i donošenje odluka vezanih uz kvalitetu vlastitog života neovisno o nepoželjnim vanjskim utjecajima ili miješanju sa strane. Tako osoba može povećati životnu neovisnost i osnažiti se za potpuniju realizaciju vlastitih potreba i prava. Wullink i sur. (2009) proveli su istraživanje u kojem ispituju koliko se u stručnoj literaturi (objavljenim člancima), spominje samostalnost osoba s intelektualnim teškoćama u pristupanju zdravstvenim uslugama, koliko su samostalni u brizi za svoje zdravlje te imaju li uopće mogućnost vršenja izbora kad je u pitanju njihova zdravstvena dobrobit. Od ukupno 791 članka uključenog u istraživanje, samo 39 ih se bavilo takvim temama.. Iako se već 30-ak godina provodi normalizacija uvjeta života i deinstitutionalizacija osoba s intelektualnim teškoćama, o njihovoj autonomiji, povezanoj s brigom o vlastitom zdravlju se ne govori dovoljno i takve su teme nedovoljno prisutne u stručnoj literaturi (Wullink i sur., 2009). Gabre (2000, prema Wullink i sur., 2009) u svom istraživanju dobiva rezultate koji upućuju na to da osobe s intelektualnim teškoćama koje su deinstitutionalizirane i žive u zajednici imaju veću prevalenciju karijesa i povećane tjelesne težine. Naglasak je stavljen na pozitivne strane deinstitutionalizacije, što znači da osobe s intelektualnim teškoćama tako imaju više autonomije u većini životnih aspekata, osim u brizi za

vlastito zdravlje. Zbog takvih i sličnih razloga, potrebno je više i sustavnije raditi na promicanju važnosti brige o vlastitom zdravlju, a samim time i oralnom zdravlju.

Kao što je već prije spomenuto, u kontekstu zdravstvene dobrobiti tj. brige o oralnoj higijeni ključni su programi prevencije, a Wilkins (1994) navodi i načela koja svaki stomatološki tim treba slijediti kod rada s pacijentima s intelektualnim teškoćama. Važan dio toga rada su preventivni postupci koji uključuju dobru motivaciju samog pacijenta, ali i skrbnika/roditelja, poboljšanje oralne higijene pacijenta kako bi se smanjila potreba za opsežnim stomatološkim tretmanima, sprječavanje gubitka zuba te samim time i prevenciju malnutricije i sklonosti prema infekciji te poboljšanje općeg zdravlja. Kao važan cilj nameće se poboljšanje estetike, kao jedan od faktora prema socijalnom prihvaćanju. Ne treba zanemariti činjenicu da bi svaki stomatološki posjet trebao biti ugodan i atraumatski događaj za pacijenta. Ukoliko se poštuju navedeni principi, stomatološki tim može ostvariti značajan doprinos za pacijentovu dobrobit, neovisnost i osjećaj vrijednosti.

Unutar stomatološke profesije, pod inicijativom Američke stomatološke udruge (American Dental Association), 1981. prepoznaje se važnost brige o oralnom zdravlju kod osoba s intelektualnim teškoćama te se prvi puta uvodi termin „special care“ (Ettinger i sur., 2004). Dok u razvijenim zemljama stomatološka skrb osoba s intelektualnim teškoćama spada pod domenu posebne specijalističke grane stomatologije (zbog svih specifičnosti oralnog statusa i potrebe za prilagođavanjem pristupa), u Hrvatskoj je ona još uvijek pod domenom Dječje stomatologije.

I rezultati ovog istraživanja, kakvo je prvi puta provedeno u našim uvjetima, ukazuju na potrebu daljnjeg provođenja sličnih istraživanja, kako bi se unaprijedilo znanje o ovako važnoj i neopravdano zapostavljenoj temi i kako bi se što više osoba s intelektualnim teškoćama moglo uključiti u njima prilagođene odgovarajuće edukativne programe.

Aktivnim uključivanjem osoba s intelektualnim teškoćama u proces prevencije i rješavanja problema oralne higijene, postizemo njihovu veću samostalnost, mogućnost izbora i donošenja odluka, a samim time i veću mogućnost preuzimanja kontrole nad vlastitim životom. Edukacija samih osoba s intelektualnim teškoćama omogućuje njihovo osvješćivanje. Potrebno je uključiti i što veći broj stručnjaka koji bi trebali suradnički raditi na ovoj problematici te ostvariti dobrobit zajedno s osobama s intelektualnim teškoćama. Potrebno je započeti s edukacijom već na fakultetima koji primarno obrazuju stručnjake različitih profila za rad s ovom populacijom. Studente i stručnjake edukacijsko-rehabilitacijskog profila potrebno je uključiti u programe zdravstvene prevencije za što bi se trebali dodatno educirati, kako bi osobu s intelektualnim teškoćama mogli kvalitetno podučiti o važnosti oralnog zdravlja i o tome kako se pravilno i samostalnije brinuti o istome. Isto tako, potrebno je educirati stomatološko osoblje, kako bi moglo što lakše, primjenjujući stečena znanja, uspostaviti kvalitetnu i učinkovitu komunikaciju i suradnju s osobama s intelektualnim teškoćama. Istraživanja pokazuju (Wolff i sur., 2004, prema DeLucia i

Davis, 2009) da 51% studenata 4. godine s pet američkih stomatoloških fakulteta nisu nikada bili u mogućnosti u klinici susresti pacijente s intelektualnim teškoćama, dok 68% studenata navodi da su u svom školovanju slušali ukupno 5 ili manje sati o ovoj problematici. 60% studenata iz iste studije navodi da se ne osjeća kompetentno za rad s osobama s intelektualnim teškoćama. S druge strane Dao i sur. (2005, prema DeLucia i Davis, 2009) navodi da su stomatolozi koji su dovoljno educirani na fakultetu za rad s osobama s intelektualnim teškoćama, u svojoj praksi imali pozitivnije stavove i više kompetencija u tretmanu istih. Takvi podaci nam ukazuju na važnost uključivanja studenata Stomatološkog fakulteta u rad s osobama s intelektualnim teškoćama.

S napretkom struke i znanosti sve više se ukazuje na važnost holističkog pristupa pojedincu kao biopsihosocijalnom biću. I rad na problemskom području obuhvaćenom ovim istraživanjem potvrđuje kako se pretpostavke uspješnog djelovanja nalaze jedino u interdisciplinarnom pristupu.

7. Popis literature

1. Alfirev, M. (2007): Poticanje razvoja samoodređenja i samozastupanja mladih s intelektualnim teškoćama. Zagreb: Udruga za promicanje inkluzije.
2. Aldridge, J. (2010): Promoting the independence of people with intellectual disabilities, *Learning Disability Practice*, 13, 9, 31-36.
3. Allen, P.F. (2003): Assessment of Oral Health Related Quality of Life, *Health and Quality Outcomes*, 1, 40, <http://www.hqlo.com/content/1/1/40>
4. Altun, C., Guven, G., Akgun, O.M., Akkurt, M.D., Basak, F., Akbulut, E. (2010): Oral Health Status of Disabled Individuals Attending Special Schools, *European Journal of Dentistry*, 4, 4, 361-366.
5. American Psychiatric Association (2000): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision*, Washington DC, http://books.google.hr/books?id=w_HajjMnjxwC&printsec=frontcover&dq=dsm+iv&hl=hr&sa=X&ei=GRRzT5yvLaaB4gSQ9dSZDw&ved=0CCwQ6AEwAA#v=onepage&q=dsm%20iv&f=false
6. Armour, B.S., Swanson, M., Waldman, H.B., Perlman, S.P. (2008): A Profile of State-Level Differences in the Oral Health of People With and Without Disabilities, in the U.S., in 2004, *Public Health Reports*, 123, 67-75.
7. Bego, K., Njemirovskij, V., Pelivan, I. (2007): Epidemiološko istraživanje oralnog zdravlja u srednjoj Dalmaciji: pilot studija, *Acta Stomatologica Croatica*, 41, 4, 337-344.
8. Biggs, Q.M., Kelly, K.S., Toney, J.D. (2003): The Effects of Deep Diaphragmatic Breathing and Focused Attention on Dental Anxiety in Private Practice Setting, *The Journal of Dental Hygiene*, 77, 11, 105-113.
9. Benjak, T. (2012): Izvješće o osobama s invaliditetom u Republici Hrvatskoj, http://www.hzjz.hr/epidemiologija/kron_mas/invalidi11.pdf
10. Bratković, D. (2002): Kvaliteta življenja osoba s umjerenom i težom mentalnom retardacijom u obiteljskim i institucionalnim uvjetima života. Doktorska disertacija. Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet Sveučilišta u Zagrebu.
11. Bratković, D., Zelić, M. (2011): Samozastupanje osoba s intelektualnim teškoćama. U: Leutar, Z. (ur.) *Zbornik radova međunarodne znanstvene konferencije Socijalni rad i borba protiv siromaštva i socijalne isključenosti - profesionalna usmjerenost zaštiti i promicanju ljudskih prava* (451-474), 20.-23.10.2010., Mostar. Zagreb: Zaklada Marija De Mattias.
12. Cherry, K. (2011): *Hierarchy of Needs*, <http://psychology.about.com/od/theoriesofpersonality/a/hierarchyneeds.htm>
13. Darby, M.L., Walsh, M.M. (2003): *Dental Hygiene Theory and Practice*. Missouri, St. Louis: Saunders.

14. DeLucia, L.M., Davis, E.L. (2009): Dental Students Attitudes Toward the Care of Individuals With Intellectual Disabilities: Relationship Between Instruction and Experience, *Journal of Dental Education*, 73, 4, 445-453.
15. Ettinger, R.L., Chalmers, J., Frenkel, H. (2004): Dentistry for Person with Special Needs: How Should It Be Recognized?, *Journal of Dental Education*, 68, 8, 803-806.
16. Gordon, S.M., Dionne, R.A., Snyder, J. (1998): Dental fear and anxiety as a barrier to accessing oral health care among patients with special health care needs, *Special Care Dentist*, 18, 2, 88-92.
17. Greenberg, M.S., Glick, M. (2006): *Burketova Oralna Medicina – dijagnoza i liječenje*. Zagreb: Medicinska Naklada.
18. Handron, D., Diamond, J., Zlotnik, J.L. (2001): Challenges of Providing Interdisciplinary Mental Health Education, *Journal of Family Social Work*, 5, 3, 49-62.
19. Hennequin, M., Moysan, V., Jourdan, D., Dorin, M., Nicolas, E. (2008): Inequalities in Oral Health for Children With Disabilities: A French National Survey in Special Schools, *Plos ONE*, 3, 6,
<http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0002564>
20. Koch, G., Poulsen, S. (2005): *Pedodoncija - klinički pristup*. Jastrebarsko: Slap.
21. Konvencija o pravima osoba s invaliditetom: Narodne novine, Međunarodni ugovori, br. 6/07.
22. Larson, E.L., Landers, T.F., Begg, M. D. (2011): Building Interdisciplinary Research Models: A Didactic Course to Prepare Interdisciplinary Scholars and Faculty, *CTS Journal*, 4, 1, 38-41.
23. McKelvey Nelson, D. (2000): *Review of Dental Hygiene*. Philadelphia, Pennsylvania: Saunders.
24. Mehta, A., Kaur, G. (2011): Oral Health-Related Quality of Life-The Concept its Assessment and Relevance in Dental Research and Education, *Indian Journal of Dentistry*, 2, 2, 26-29.
25. Oredugba, F.A., Akindayomi, Y. (2008): Oral Health Status and Treatment Needs of Children and Young Adults Attending a Day Centre for Individuals With Special Health Care Needs, *BMC Oral Health*, 8, 30, <http://www.biomedcentral.com/1472-6831/8/30>
26. Pezzementi, M.L., Fisher, M.A. (2005): Oral Health Status of People with Intellectual Disabilities in the Southeastern United States, *Journal of the American Dental Association*, 136, 7, 903-912.
27. Prangnel, S. J, Green, K. (2008): A cognitive behavioural intervention for dental anxiety for people with learning disabilities: a case study, *British Journal of Learning Disabilities*, 36, 4, 242-248.
28. Rao, D., Amitha, H., Munshi, A.K. (2005): Oral Hygiene Status of Disabled Children and Adolescents Attending Special Schools of South Canara, India, *Hong Kong Dental Journal*, 2, 2, 107-113.

29. Schalock R.L., Buntinx B., Borthwick-Duffy S., Luckasson, R., Snell, M., Tassé, M. J., Wehmeyer, M. (2007): *User's Guide: Mental Retardation: Definition, Classification, and Systems of Supports*, 10th Edition: Applications for Clinicians, Educators, Disability Program Managers, and Policy Makers, Washington DC,
http://books.google.hr/books?id=i7tG2lD4vCwC&pg=PA1&lpg=PA1&dq=luckasson+et+al+2002&source=bl&ots=l4Fq8cEDXg&sig=mldW_0jKvK8f6hFzJJe3tBfi31g&hl=hr&sa=X&ei=OxJzT9PqEMza4QSLw9mEDw&ved=0CEoQ6AEwBQ#v=onepage&q=luckasson%20et%20al%202002&f=false
30. Schalock, R.L., Luckasson, R.A., Shogren, K.A. (2007): *The Renaming of Mental Retardation: Understanding the Change to The Term Intellectual Disability*, *Intellectual and Developmental Disabilities*, 45, 2, 116-124.
31. Slade G.D., Spencer A.J., Gorkic, E., Andrewa, G. (1993): *Oral health status and treatment needs of non-institutionalized persons aged 60 + in Adelaide, South Australia*, *Australian Dental Journal*, 38, 5, 373-380.
32. Shripmtom, B., Astbury, B. (2011): *Motivations for doing Interdisciplinary Research: Results from an Australian Qualitative Study*, *The International Journal of Interdisciplinary Social Sciences*, 6, 1, 195-206.
33. Stefanovska, E., Nakova M., Radojkova-Nikolovska V., Ristoska S. (2010): *Tooth-brushing Intervention Programme Among Children With Mental Handicap*, *Bratislavské Lekárske Listy*, 111, 5, 299-302.
34. Stiefel, D.J. (2002): *Dental Care Consideration for Disabled Adults*, *Special Care Dentist*, 22, 3, 26-39.
35. Šutalo, J. (1994): *Poremećaji u razvoju tvrdih zubnih tkiva*. U Šutalo, J., Zadro, B. (ur.): *Patologija i terapija tvrdih zubnih tkiva* (str. 55-106). Zagreb: Naklada Zadro.
36. *Ustav Republike Hrvatske: Narodne novine*, br. 56/90, 135/97, 8/98, 113/00, 124/00, 28/01, 41/01, 55/01, 76/10, 85/10.
37. Wilkins, E.M. (1994): *Clinical Practice of Dental Hygienist*. Boston, Massachusetts: Williams&Wilkins.
38. Wullink, M., Widdershoven, G., van Schroyen Lantman-de Valk, H., Metsemakers, J., Dinant, G. J. (2009): *Autonomy in relation to health among people with intellectual disability: a literature review*, *Journal of Intellectual Disability Research*, 53, 9, 816-826.

8. Prilog

UPITNIK ZNANJA O ORALNOJ HIGIJENI

1. KOJE JE BOJE ZDRAVI ZUB?

- A) CRNE B) BIJELE C) ZELENE

2. KOJE JE BOJE ZUBNO MESO?

- A) CRVENE B) BIJELE C) CRNE

3. ŠTO MORAM MANJE JESTI DA MI SE ZUBI NE POKVARE?

- A) SLATKO B) SLANO C) KISELO

4. KADA JE NAJVAŽNIJE OPRATI ZUBE?

- A) UJUTRO (KAD SE PROBUDIM) B) POPODNE (POSILIJE RUČKA)
C) NAVEČER (PRIJE SPAVANJA)

5. ČIME MORAMO PRATI ZUBE?

- A) PRSTOM I PASTOM ZA ZUBE B) SVOJOM ČETKICOM I
PASTOM ZA ZUBE C) BILO KOJOM ČETKICOM I PASTOM ZA
ZUBE

9. Zahvala

Ovim putem želimo zahvaliti svojim mentorima, prof. dr. sc. Danieli Bratković i prof. dr. sc. Iliji Škrinjariću, koji su nam svojim sugestijama i velikim znanjem o ovoj tematici uvelike pomogli u izradi rada. Svojom strpljivošću, poznavanjem literature i teme koju obrađuje ovaj rad, omogućili su nam da naš zajednički rad dobije ovakav izgled. Također bismo im htjeli zahvaliti na osobnom angažmanu koji su uložili kako bi se ovo istraživanje moglo provesti interdisciplinarno i kao takvo prijaviti na ovaj Natječaj.

Posebno zahvaljujemo osobama s intelektualnim teškoćama iz uzoraka ispitanika na pristanku i sudjelovanju u istraživanju, koje su svojom spremnošću na suradnju izdvojile i vrijeme za edukaciju.

Nadalje zahvaljujemo Centru za rehabilitaciju Zagreb, podružnica Slobodna 2, a ponajviše predstojnici podružnice prof. def. Ružici Stipčić, koja je pokazala velik interes za provođenje edukacije i samim time motivirala sve ostale zaposlenike Centra. Isto tako, zahvaljujemo na suradnji i Udruzi za promicanje inkluzije, osobito dipl. iur. Nedi Mišćević, koja nam je puno pomogla u rješavanju administrativnih postupaka bez kojih ne bi bilo moguće provesti ovaj rad.

Naposljetku, zahvaljujemo kolegama i prijateljima koji su ulažući svoje slobodno vrijeme pomogli u provedbi istraživanja, Ani Gelo, Rozi Gložinić, Borisu Vargoviću i Neli Vondraček

10. Sažetak

„Razina oralne higijene kod odraslih osoba s intelektualnim teškoćama“
Lea Grüngold, Dunja Zagorščak

SAŽETAK

Oralno zdravlje je komponenta ljudskog života čija se kvaliteta odražava i na sveukupnu kvalitetu življenja osobe. Briga za oralno zdravlje kod osoba s intelektualnim teškoćama je tema koja u Hrvatskoj nije dovoljno zastupljena. Osobama s intelektualnim teškoćama često nije osiguran primjeren pristup u ostvarivanju prava na zdravstvenu i stomatološku zaštitu. Zato se javlja potreba za interdisciplinarnim radom stručnjaka stomatološkog i edukacijsko-rehabilitacijskog profila. Osobama s intelektualnim teškoćama potrebno je pružiti individualiziran pristup, omogućiti pravovremenu edukaciju i informiranost o važnosti oralne higijene i zdravlja, kako bi prevenirali patološke promjene oralnog statusa, a samim time omogućili osobama da brinu o vlastitom zdravlju i povećaju svoju razinu samostalnosti. Cilj ovog rada je provedba i evaluacija edukacije o oralnoj higijeni ispitivanjem oralnog statusa i razine znanja prije i poslije edukacije. Uzorak ispitanika podijeljen je na tri poduzorka (osobe s intelektualnim teškoćama koje žive u stacionaru rehabilitacijske ustanove socijalne skrbi, osobe s intelektualnim teškoćama uključene u dnevni program spomenute ustanove i osobe s intelektualnim teškoćama iz programa organiziranog stanovanja u zajednici). Ukupno ih je 38, kronološke dobi između 18 i 46 godina. U svakoj skupini provedene su četiri edukativne radionice. Sudionici su ispitani upitnikom znanja (konstruiranim za ovo istraživanje i prilagođenim za osobe s intelektualnim teškoćama) i OHI-S indeksom, prije i nakon provedbe edukacije. Postavljene su dvije hipoteze istraživanja koje pretpostavljaju statistički značajne razlike u rezultatima od inicijalnog do finalnog stanja. Testirane su t-testom za zavisne uzorke, a njihova prihvaćenost se razlikuje na pojedinim poduzorcima. U svim poduzorcima vidljiv je napredak u stanju oralne higijene i razini znanja, iako u jednom poduzorku, zbog određenih objektivnih i subjektivnih pretpostavki pomaci nisu statistički značajni. Ukupni rezultati istraživanja upućuju na zaključak da su ovakvi programi edukacije o oralnoj higijeni nužni i korisni te je potrebno i dalje interdisciplinarno raditi na istraživanjima koja se bave ovom problematikom. Ključne riječi: osobe s intelektualnim teškoćama, oralna higijena, edukacija o oralnoj higijeni

11. Summary

„Oral health status in adults with intellectual disabilities“

Lea Grüngold, Dunja Zagorščak

SUMMARY

Oral health is an important part of human life whose level of quality has a great impact on quality of life in general. In Croatia, oral health care for people with intellectual disabilities is a subject which is under-represented. People with intellectual disabilities have unmet health and dental needs. Because of this problem, there is a great need for interdisciplinary work of dental team and experts in rehabilitation and education. Individual approach, education at early age and awareness about importance of oral hygiene and health is necessary for people with intellectual disabilities. That way we can prevent pathological changes in oral status and therefore enable them to take care of their own health and increase their level of autonomy. Goal of this research was to conduct and evaluate a program of oral health and hygiene education. Study participants were divided in three groups (people with intellectual disabilities living in an institution, people with intellectual disabilities coming for a daily program in an institution, people with intellectual disabilities living on their own in a program for living in the community). The total number of participants was 38. Education was conducted in a form of educational workshops, and there were four workshops for each group. Evaluation was conducted with a questionnaire (examining their knowledge about oral health and hygiene, constructed for this research and adapted for this three research groups) and OHI-S index. Evaluation was conducted initially and finally, therefore, before and after the education. We tested our hypothesis with a t-test for dependent samples and their acceptance varies depending on the group. Although the progress was visible in all three groups, because of some specific objective and subjective causes, the results in one group were not statistically significant. Final results of this research indicate that this kind of research and interdisciplinary approach are very significant.

Key words: people with intellectual disabilities, oral hygiene, oral health and hygiene education