



HRVATSKA UDRUGA PARAPLEGIČARA
I TETRAPLEGIČARA

LIPANJ 2003.

GOD. III. BROJ 7

GLASILO HUPT

Interview: Krešimir Sever
Osobni asistent u projektu Neovisnog življenja

/Ne/ razumijevanje: Problem pristupačnosti
u zagrebačkim zdravstvenim ustanovama

Medicina: Statistika ozljeda
kralježnične moždine

Što je MRSA?

Pomagala: O invalidskim kolicima

Turizam: Očekivanje gostiju s invaliditetom
u hotelskim i drugim turističkim objektima



DOBRODOŠAO, SVETI OČE, U POHODE LJEPOTI NAŠOJ!

Apostol mira i Poglavar Crkve i po treći puta dolazi u pohode Hrvatskoj - i nije slučajno da je ovo 100. zvanično putovanje Pape Ivana Pavla II. Hrvatski se katolici imaju razloga osjećati čak i povlaštenima, svakako počašćenima. Nova evangelizacija i ozračje tolerancije među različitim mentalitetima... duhovna, religiozna obnova čovjeka, sve su to - uz još mnoge druge - razlozi više da se, izgrađujući sebe, gradi bolje okruženje kako na mikro, tako i na makro planu.

Oči svijeta pomno prate sve što se događa u ovako iznimnim pastoralnim prigodama. Rijeka, Osijek, Dubrovnik... i diljem Hrvatske koncentracija velike a pozitivne energije u atmosferi novozavjetnih poruka! Čak i oni koji se ne deklariraju kao vjernici, barem radi vrednota suživota i dijaloga, imaju prigodu zaviriti u svoju dušu i odrediti se što humanije prema svome bližnjemu. HUPT je lanjske godine u skromnosti i s radošću grupe svojih članova pribivao na audijenciji kod Sv. Oca pred crkvom Sv. Petra. Svima to bijaše nezaboravan doživljaj.

Glasi HUPT-a, nastajući u našem vremenu i u našim dušama, ne zanemaruje našu stvarnost pa - onima koji su vjerski i molitveno agilniji - neka ovo bude dodatni poticaj za preporuke što organiziranijeg para/tetra zajedništva, koje će nam ubuduće trebati sve više, dakako, na dobrobit nailazećih i nas sadašnjih osoba s para/tetraplegijom.

U svakom slučaju, vrijedi zabilježiti povijesne trenutke, a bilo bi nam drago da nam se jave naši članovi sa svojim zapisom ovog događaja - bilo u riječi, bilo u slici. Hvala.

Tiho



GLASILO HUPT

HRVATSKA UDRUGA PARAPLEGIČARA I TETRAPLEGIČARA

SADRŽAJ

2 Riječ urednika

3 Aktualnosti HUPT-a:

Izborna skupština



Projekti

Poticanjem osobnih mogućnosti do kvalitetnijeg življenja

Žalba i očitovanje na ocjenu HUPT-ovog projekta

"Web portal za osobe s paraplegijom i tetraplegijom"

5 Interview: Krešimir Sever - Osobni asistent u projektu Neovisnog življenja

7 Problem pristupačnosti u zagrebačkim zdravstvenim ustanovama

14 Specifične potrebe njege kod osoba s tetraplegijom

16 Izlaganje: VALENTIN POZAIĆ, SJ:



Dostojanstvo umiranja - teološko moralni vidici

22 Medicina: Statistika ozljeda kralježnične moždine

26 Problemi infekcije kod samokateterizacije

29 Što je MRSA

31 Pomagala: O invalidskim kolicima

37 Studentska rubrika

39 Posuđeni članci: Pravo na ljubav i pravo na protest

41 Volja za toleranciju

42 Krokodilske suze, dodatne potrebe, desert

46 Turizam: Očekivanje gostiju s invaliditetom u hotelskim i drugim turističkim objektima

Izdavač: HRVATSKA UDRUGA PARAPLEGIČARA I TETRAPLEGIČARA
Zagreb, Park prijateljstva 1, tel: 3831195; fax: 3648 582; e-mail: hupt99@yahoo.com
žiro račun 30105-678-115499 registarski broj 00001365
ISSN 1332-9871 www.hupt.hr

Glavni i odgovorni urednik: Tihomir Perhat
Tisak: Grafocentar, Zagreb



RIJEČ UREDNIKA

Cijenjeni-e,



Neprijeporno je da se podosta teksta koji objavljujemo može pronaći i pročitati iz izvorišta. Međutim, malo tolerancije ambicioznijih, koji su za apsolutnu izvornost, te informiranijih, koji smatraju da se svi moramo jednako truditi da bi došli do zahtjevnijih podataka, otvara dovoljno prostora u ovom dvobroju Glasila HUPT-a da pružimo itekako korisna znanja i spoznaje s kojima se živi i koje imaju trajniju vrijednost. Tu, prije svega, mislim na *Dodatak*, *Posudene članke* i one tekstove do kojih možete putem Interneta. Ali, naravno, nemamo svi ni kompjuter ni pristup Internetu.

Ja se i nadalje zalažem za objavljivanje autoriziranih tekstova naših članova i suradnika, jer je to jedan od bitnih razloga i poticaja postojanja Glasila HUPT-a. Stoga unaprijed zahvaljujem svima koji će se potruditi nešto napisati i objaviti u Glasilu, a dosadašnjim suradnicima, uz zahvalu, i zamolba da nas i nadalje prate kroz život i rad.

Ne zamjerite što nema pokojeg potpisa pod tekstovima, jer ima podosta timskog rada (*nadam se, ne i plagijata*).

Svima želim što ugodnije i što sadržajnije ljeto!

A poslije ljeta ... IZNENAĐENJA!

Tiho



AKTUALNOSTI IZ HUPT-A

IZBORNA SKUPŠTINA

Kao što većina članova/osnivača zna, od Osnivačke skupštine prošle su četiri godine i vrijeme je za Izbornu skupštinu. Skupština će se, prema planu, održati u rujnu ove godine, u Zagrebu. Pripremamo skupštinske materijale koje ćete dobiti s pozivom i dnevnim redom. Međutim, koristimo ovu prigodu da Vam pošaljemo prijedlog novog Statuta, koji je u biti prijedlog izmjena i dopuna. Stoga ga pomno proučite i, ukoliko imate primjedbi i prijedloga, pošaljite nam u pisanoj formi svoje ideje najkasnije do 1. kolovoza 2003. Na taj način imaju šansu sudjelovati u oblikovanju Statuta i oni članovi koji neće nazočiti Skupštini, a samim skupštinarima to je olakšanje u pripremi Skupštine i u samom tijeku rasprave na Skupštini.

Prema Statutu svi članovi HUPT-a su članovi Skupštine i bilo bi idealno da se nađemo svi na okupu. Naravno da su tako idealna stanja gotovo nemoguća, zato molimo sve one koji pouzdano znaju da će se odazvati pozivu na Skupštinu da nam se jave do 1. kolovoza, jer moramo potvrditi mjesec dana unaprijed rezervaciju hotela. *Nadamo se da će Skupština biti održana u Zagrebu - u rujnu o. g. - a odabir smještaja još nije određen.* Moguće je da uoči Skupštine tiskamo još jedan broj G-HUPT-a sa svim potrebnim materijalima i drugim korisnim informacijama. Kako je i dosad bilo, planiramo održati neke radionice, susrete sa stručnjacima te obavezno druženje.

Cijenjeni huptovci, nastojte planirati svoje vrijeme tako da se na Skupštini okupimo u što većem broju te da sudjelujemo u odlukama koje određuju naredno četverogodišnje razdoblje naše udruge i u dobroj mjeri svoje sudbine.

PROJEKTI

HUPT se, kao i sve srodne udruge, financiraju na osnovu prijavljenih projekata na natječaje Ureda za udruge ili drugih potencijalnih

financijera. Ove godine prijavili smo tri projekta Uredu za udruge i jedan projekt Gradskom uredu za zdravstvo, rad i socijalnu skrb GZ-a.

1. *Informativno izdavačka djelatnost*
2. *Web portal*
3. *Ljudska prava*
4. *Poticanjem osobnih mogućnosti do kvalitetnijeg življenja*

Od prijavljenih projekata prihvaćen je projekt Informativno izdavačka djelatnost te projekt Poticanjem osobnih mogućnosti do kvalitetnijeg življenja. HUPT, osim ova dva projekta, već drugu godinu radi na pripremi projekta HUPT-ove ogleadne kuće, o čemu su članovi, koji su bili na Skupštini 2002. godine, informirani.

Tijekom godine pronađe se pokoji natječaj za prijavu projekata za osobe s invaliditetom, pa je moguće da će se HUPT prijaviti na neki od njih, jer sa sredstvima koja su odobrena teško da će se moći pokriti najnužniji troškovi, npr. organizacije Skupštine.

Međutim, kada se projekt prijavi i, ako se za njega odobre određena sredstva, projekt se mora do kraja godine realizirati. To često nije jednostavno, jer na realizaciji projekata rade isključivo sami članovi volonteri kojih uvijek nedostaje.

POTICANJEM OSOBNIH MOGUĆNOSTI DO KVALITETNIJEG ŽIVLJENA

Ured za zdravstvo, rad i socijalnu skrb Grada Zagreba odobrio je projekt Poticanjem osobnih mogućnosti do kvalitetnijeg življenja. U okviru tog projekta HUPT će do konca godine održati 6 tematskih susreta/radionica u svezi načina pristupa rješavanja raznih pitanja iz svakodnevnog života. Jedan bi bio usmjeren na specifične potrebe paraplegičara i tetraplegičara. U ljetnim mjesecima predviđamo susreta na sljemenskoj stazi "Bliznec" prilagođene i osobama koje se kreću u invalidskim kolicima.



Nazočnost i sudjelovanje dosada su načelno potvrdili: dr. sc. Tonči Matulić, dr. sc. Mario Essert, dr. sc. Luka Štilinović, kao i kazališni redatelj gospodin Krešimir Dolenčić. Voditelj ovog projekta je mr. sc. dr. Josip Šimičić, član HUPT-a i sam osoba s tetraplegijom.

Očekujemo da će se svi naši članovi, tj. osobe s para/tetraplegijom, iz Zagreba odazvati i iskoristiti priliku da se obogate novim spoznajama o sebi i okruženju u kojem žive.



ŽALBA I OČITOVANJE NA OCJENU HUPT- OVOG PROJEKTA "WEB PORTAL ZA OSOBE S PARAPLEGIJOM I TETRAPLEGIJOM"

HUPT je morao reagirati na nečuveni stav Ureda za udruge. Budući da se radi o ignorantskom stavu Ureda prema našem Web portalu, donosimo naš dopis u cijelosti da nam članovi vide u kakvom okruženju živimo te da na stranicama našega glasila zabilježimo trenutak naš sadašnji nad kojim će se zgražati i buduće generacije. Dakle, u Uredu za udruge, Ulica Grada Vukovara 78, neki bi znatiželjnik mogao pronaći arhiviran dopis slijedećeg sadržaja:

Hrvatska udruga paraplegičara i tetraplegičara (HUPT) primila je dopis Klasa: 007-01/03-01/11, Ur. br. 50419-03-534 kojim nas izvještavate o neprihvatanju gore navedenog projekta (WEB PORTAL ZA OSOBE S PARAPLEGIJOM I TETRAPLEGIJOM – op. p.) s obrazloženjem: "Stručna radna skupina nije podržala prijavljeni projekt, budući je Povjerenstvo za osobe s invaliditetom zaduženo za izradu web stranica osoba s invaliditetom".

Smatramo da je ovakvo obrazloženje za neprihvatanje spomenutog Projekta potpuno neprihvatljivo i vjerojatno se radi o zabuni. Ne možemo vjerovati da se u zemlji, gdje demokratski procesi uvelike ovise o djelovanju i razvijenosti civilnog društva, ograničava pojedinačna inicijativa. Osim toga, HUPT je odmah po osnutku napravio web stranice koje kontinuirano dopunjuje i usavršava. Nerijetko nam se javljaju temeljne udruge za pomoć i konzultacije prilikom

izrade svojih stranica, a isto tako i organizacije iz inozemstva. Na našim Web stranicama se već danas mogu naći prijevodi najnovijih međunarodnih dokumenata, iako izvorno njegujemo i specifične potrebe samih osoba s paraplegijom i tetraplegijom, što nam je i nadalje cilj činiti. Naglašavamo da je uopće neprihvatljiv patronat nad izradom i sadržajem Web stranica bilo koje nevladine udruge. Dopuštamo si reći kako Povjerenstvo za osobe s invaliditetom postoji duže od HUPT-a – i do danas nema web stranice (što samo po sebi dovoljno govori! – op. urednika).

Soga molimo da se preispita Odluka, a pogotovo njeno obrazloženje.

*S poštovanjem,
Predsjednica:*

Manda Knežević

U Zagrebu, 11. ožujka 2003. g.

Završno možemo istaći, bez pretjerane samohvale, da HUPT za svoj Web portal dobiva pohvale od inozemnih i hrvatskih udruga i mnogih pojedinaca koji se razumiju u kakvoću odrađenog posla i sav trud što smo ga do sad uložili. Mnogi ističu da smo im poticajni u njihovom radu, a nerijetko traže i dopuštenje da nas uvrstavaju u svoje sadržaje.

Bez obzira na stav Ureda za udruge, HUPT će i nadalje kreativno i produktivno ići svojim poodavno zacrtanim ciljevima, što nam garantira i znanje i potreba zadovoljavanja onoga što od nas zahtijevaju sve kompjuteriziraniji i kompjuterski obrazovaniji i članovi i suradnici.

Nadamo se da će nam se ubuduće nuditi odnosi suradnje i partnerstva, a ne patronat i tutorstvo onih koji su u poziciji da, kao stručna radna skupina, stručno-skupno raspolažu novcima poreznih obveznika.



Krešimir Sever - Osobni asistent u projektu Neovisnog življenja

Projekt Neovisno življenje provodi se u okviru Saveza zajednica osoba s invaliditetom Hrvatske. To je pokret koji se provodi diljem cijelog svijeta. Pokret ukazuje na zajednicu kao značajni faktor koji sputava građanina s invaliditetom da sudjeluje u užoj i široj zajednici. Ukazuje također na to da osoba s vrlo visokim stupnjem invaliditeta može sudjelovati i djelovati u zajednici, ukoliko joj ona osigura dovoljno pomoći, tada i kada je takvoj osobi pomoć potrebna i na način kako to toj osobi odgovara. Jednostavno rečeno, prema osobama s invaliditetom krše se sva osnovna ljudska prava. Kod mnogih osoba s invaliditetom kontrola njihovih života je ugrožena, a cilj pokreta je da svaka osoba ima pravo kontrolirati svoj život. Najznačajnije što se ovim Projektom želi postići je ozakonjenje prava na osobnog asistenta kod osoba s visokim stupnjem tjelesnog invaliditeta, koje samostalno ne mogu udovoljavati osnovnim ljudskim potrebama. Pilot projekt započet je s mladićima koji su odlučili civilno služiti vojni rok. Jedan od njih, koji je odslužio svoj civilni vojni rok, je Krešimir Sever, diplomirani veterinar. Bili smo slobodni zamoliti ga da odgovori na neka pitanja.

Civilni vojni rok služili ste kao osobni asistent u projektu Neovisnog življenja. Što Vas je ponukalo na civilno služenje te kako je došlo do Vašeg izbora osobne asistenture osobama s invaliditetom?

Odluka za civilno služenje vojnoga roka došla je spontano, iskreno, želja mi je bila istovremeno ispuniti svoju dužnost i na neki način postati koristan našem društvu. Za projekt Neovisnog življenja prvi put sam čuo od gospođe Slađane Gradiški iz Centra za rehabilitaciju u Slobošćini koja mi je ujedno i preporučila takav način služenja. Isprva nisam imao nikakvu detaljnu predodžbu o čemu se radi, no nešto je u meni poticalo, da je to upravo ono što želim.

Opišite nam Vaše prve dojmove. Kako je tekla prilagodba i što Vam je u početku bilo najdojmljivije?

Prvi susreti s osobama-korisnicima bili su više nego dojmljivi. Iako sve od početka nije teklo tako glatko, iznenadila me njihova smirenosti i strpljivost, spontanost i prijateljstvo. Njihova

prisutnost otvarala je u meni neprestano jedno te isto pitanje, zar smo svi mi zaista slijepi da bezosjećajno zaobilazimo osobe od kojih se toliko toga može naučiti, a kojima je pomoć neophodna da ljudski prožive život?

Jesu li se Vaši stavovi i odnosi prema osobama s invaliditetom mijenjali u procesu Vašeg angažmana?

Nisu se mijenjali stavovi, već sam se mijenjao ja. Vrlo brzo sam shvatio da bih se lako mogao naći u takvom položaju. Svaki djelić učinka stvorio je spoznaju da pomažući bivam ispunjen te se otvara bistra slika o životnom poslanju, da smo stvoreni jedni za druge.

Sada, kad ste izbliza upućeni u razne aspekte problematike osoba s fizičkim invaliditetom i s odnosom društva prema potrebama ljudi s kojima ste radili, da li ćete u buduću imati potrebu ne zažmiriti i ne se oglušiti priskočiti prigodno u pomoć ili čak sustavnije, ako budete u prigodi, djelovati da se u Vašem okruženju poboljšaju uvjeti života građana s invaliditetom?



Pomažući osobama sa invaliditetom, u meni se otvorio prostor za promišljanje kako da im priskočim u pomoć. Prepoznao sam da je najpreča pomoć pomoći im da se prihvate, zavole sebe i ljude koji su uz njih, jer životni su tereti teški dok ih se ne prihvati. Zato je najpotrebnije da osjete kako su voljeni, potrebni društvu i svijetu, jer bi društvo i svijet imao bez njih prazninu.

Izdvojite nam neku pojedinost koja Vas je posebno razveselila, ili pak rastužila, ili navela na ozbiljnije promišljanje o životu i kako o svojoj, tako i o tuđoj sudbini?

Sve pojedinosti i događaji bijahu usmjereni temeljenim preduvjetima: ljubavi i poniznosti – koji su osigurali obostrano potpuno razumijevanje, okrunjeno radošću i blagoslovom.

Osobna asistentura je novi oblik pomoći koji bi mi željeli ozakoniti? Vi ste vidjeli i spoznali sve potrebe osobe s najtežim oblicima fizičkog invaliditeta. Smatrate li nužnošću da se osobna asistentura takvim osobama mora ozakoniti kroz sustav osiguranja?

Vjerujem da ne postoji čovjek koji bi dovodio u pitanje ozakonjenje institucije osobnog asistenta. Svatko tko i jedan dan provede u društvu osoba s najtežim oblikom invaliditeta uvidjet će da su potrebe velike. Mnogi od njih moraju, da bi sebi osigurali dostojan život, angažirati veći broj osoba, što iziskuje bespotrebni gubitak vremena, a često i napor. Ponekad, iz razloga postojanja više osoba, dolazi do nesporazuma te osoba-korisnik ostane uskraćena za nešto što je osnovna životna potreba.

Što nam iz svojih iskustava možete izdvojiti kao smjerdavno za nadgradnju iskustava budućih mladih ročnika? Naravno da su iskustva uvijek strogo osobna, međutim, ipak ste Vi među prvim generacijama formiranja hrvatskog profila osobnog asistenta. Jeste li toga svjesni?

Smatram da u središtu interesa svakog mladog ročnika mora biti osoba-korisnik, kojem on mora nesebično pružiti potpunu pomoć u cilju poboljšavanja kvalitete njegova života. Povremeni susreti ročnika, na kojima bi se izmjenjivala iskustva, vjerujem da bi uveliko doprinijela kvalitetnijem i ugodnijem izvršavanju obveza prema korisnicima.

Iako su svi dosadašnji ročnici pokazali veliko razumijevanje za ono što se čini kroz projekt Ne-ovisno življenje i svatko od njih je zaslužio posebnu pozornost, već Krešimirov interview može dati sliku o čemu se zapravo radi. A radi se o mladim momcima koji tijekom osam mjeseci civilnog služenja vojnog roka provedu u vrlo humanom poslu. Ovi

mladići, koji su svi visoko obrazovani, nakon odsluženja svog vojnog roka imaju mnogo novih spoznaja. Nikada više neće moći reći da nisu znali što je to: građevinska barijera, problem prijevoza osoba koje se kreće u invalidskim kolicima, problem pristupa u javne i stambene objekte, problem ozakonjenja osobnog asistenta i, što je najvažnije, problem vjekovnih predrasuda. Svi oni će, vjerujemo, kroz svoj život doprinijeti da se predrasude ublaže i da se stvara okoliš po mjeri svih građana.



Manda Knežević



Problem pristupačnosti u zagrebačkim zdravstvenim ustanovama

UVOD

U cijeloj Republici Hrvatskoj, pa tako i u Zagrebu, još uvijek postoji velik problem u pristupačnosti uopće, što znači – jednako tako i u zdravstvenim ustanovama. On je naročito izražen za one ljude koji se kreću isključivo pomoću invalidskih kolica.

Nepristupačnost je problem koji je moguće naći u bilo kojem segmentu zdravstva; primarnoj zdravstvenoj zaštiti, poliklinikama, bolnicama, ambulantama, pa čak i na onim odjelima za koje bi se očekivalo da su pristupačni - rehabilitacije, na primjer. Na taj način čak i redovni odlasci na kontrolu postaju mučne avanture, a za pristupačne ambulante daju se usmene preporuke, jer svaki se posjet liječniku mora pažljivo planirati.

Želimo istaknuti, kako u svakodnevnom životu posve samostalne osobe (osobe u kolicima) dolaskom u bolnicu postaju potpuno nesamostalne i ovisne, a isključivo zbog nepristupačnosti i neorganiziranosti prostora i opreme.

Ovim osvrtom hoće se dati informacija u kojoj mjeri su objekti zdravstvenih ustanova na području Grada Zagreba uistinu pristupačni, kako bi se u sklopu Zagrebačke strategije za osobe s invaliditetom od 2003. do 2006. godine, kao i strategije na državnoj razini, mogla postići čim bolja i za krajnje korisnike svrhovitija rješenja.

PROBLEM

Pristupačnost u zdravstvenim ustanovama ne podrazumijeva samo graditeljski pojam „pristupačno”. U ovom kontekstu, uz građevinsku pristupačnost, to znači i organizacija prostora i poznavanje specifičnosti pojedinih grupacija osoba s invaliditetom, kao i edukacija, te

poznavanje i savladavanje vještina za pružanje pomoći tim osobama. Osobe s paraplegijom i tetraplegijom, osim kretanja u invalidskim kolicima, imaju specifične poteškoće s kojima su se one naučile nositi i prevladavati ih u svojim okruženjima. Specifičnosti kod osoba s paraplegijom i tetraplegijom kreću se od savladavanja transfera kolica–krevet, problema osjeta dijelova tijela, spastičnosti, osjetljivost kože, prevladavanja inkontinencije pa do spolnih funkcija. Gotovo da nema niti jedne zdravstvene ustanove koja može prostorno, opremljenošću i kadrovima zadovoljiti ovdje razmatrane specifičnosti. Radi se o pristupačnom prostoru, odgovarajućoj opremi i educiranom osoblju.

Čak i specijalistički odjeli imaju riješenu *možda* tek poneku od ovih potreba. Zbog svega narečenog može se govoriti o tome kako je osoba s invaliditetom svojim dolaskom u zdravstvenu ustanovu dvostruko hendikepirana. Nerijetko se osobi s invaliditetom ne može napraviti rutinski pregled bez većih poteškoća – i to samo zbog njene nemogućnosti da stane na svoje noge ili, na primjer, zbog nemogućnosti penjanja na stol za pregled i sl.

O humanom odnosu i suvremenom pristupu prema problemu invaliditeta, koji je često vrlo neprimjeren, u ovom tekstu nećemo pisati.

Tri desetljeća osobe s invaliditetom traže da se njihovom stanju pristupa i sa socijalnog, a ne samo i isključivo s medicinskog motrišta.

Socijalni model motrišta na invaliditet ograničenja osoba s invaliditetom ne vidi u njihovim oštećenjima, već u barijerama u okolišu (mentalnim, građevinskim i inim barijerama). Te barijere priječe mnoge osobe s invaliditetom da sudjeluju u zajednici. One su glavni ograničavajući faktor samostalnog življenja ljudi s invaliditetom. Invaliditet nije sam po sebi



ograničavajući. U prikladnom okruženju i s korištenjem naučenih vještina te pružanjem onoliko pomoći koliko je to nužno, osobe s invaliditetom mogu sudjelovati u svakodnevnim životnim aktivnostima, manje-više, isto kao i osobe koje nemaju vidljiv fizički invaliditet. Prema ovom modelu, zajednica sa svim svojim sadržajima mora se prilagođavati potrebama građana različitih mogućnosti.

Nažalost, proces priznavanja punih ljudskih prava svim građanima na različitim je stupnjevima i ovisi i o kulturološkim i ekonomskim čimbenicima. Osim toga, ljudi s invaliditetom sastavni su dio društva u cjelini pa socijalna politika u ovom području ne smije biti razmatrana kao odijeljena djelatnost za samo taj dio društva, nego u sveobuhvatnoj institucionalnoj građi i u kontekstu cjelovitog pristupa države, razdiobi prihoda, društvenoj dobrobiti i organizaciji zdravstva. Takav holistički pogled olakšava razumijevanje, vrednovanje i procjenu prenosivosti određenih programa iz jedne društvene klime u drugu.

Kako bi ispitao jesu li pristupačni zdravstveni objekti, HUPT je proveo pilot-istraživanje na području Grada Zagreba. Moramo odmah naglasiti kako, iako smo imali obećanja Ministarstva zdravstva i Gradskog ureda za zdravstvo, rad i socijalnu skrb, njihovu pomoć prilikom provedbe ankete nismo dobili.

Ispitivanja su provedena u određenim ustanovama, u onima u kojima su osobe s ozljedom kralježnične moždine najčešće boravile kao pacijenti. To su: Klinika za traumatologiju; Poliklinika za reumatske bolesti, fizikalnu medicinu i rehabilitaciju „Drago Šop”, Terapija; Klinička bolnica „Sestre milosrdnice”, Klinika za urologiju, Klinika za dječje bolesti, Klinika za ginekologiju, Fizikalna medicina i rehabilitacija, Klinika za onkologiju i nuklearnu medicinu, Klinika za neurokirurgiju, Klinika za kirurgiju; Zavod za prometnu medicinu i psihologiju prometa; Klinički bolnički centar „Šalata”, Klinika za ortopediju; Hrvatski zavod za transfuzijsku medicinu; Klinika za infektivne

bolesti „dr. Fran Mihaljević”; Bolnica za plućne bolesti, Specijalna bolnica za kronične bolesti; Stomatološka klinika KBC; Bolnica za tuberkulozu pluća i plućne bolesti djece i mladeži; Opća bolnica „Sveti duh”; Klinika za tumore; Klinika za prevenciju kardiovaskularnih bolesti i rehabilitaciju.

U svom smo istraživanju pošli od Vodiča kroz Grad Zagreb za osobe s invaliditetom u izdanju Gradskog ureda za zdravstvo, rad i socijalnu skrb, Zagreb 2002. Međutim, iako je on dobar temelj, pristupačnost koja se otkriva je relativna. Pristupačan ulaz u jednu zdravstvenu ustanovu, osiguranje parkirališnog prostora i jedan pristupačni WC, npr. u KBC Rebro, u stvarnosti ne podrazumijeva pristupačnost. Svi prostori koji su namijenjeni javnosti, a u to svakako ulaze i bolničke sobe s pripadajućim sanitarnim prostorima, ambulante i uz njih vezani sadržaji, prostori za kupnju novina, pića i duhane, telefonske govornice, javni zahodi i sl., trebaju biti pristupačni da bi osobe s invaliditetom mogle zadovoljiti svoje potrebe u zdravstvenoj ustanovi.

Što se tiče ostalih prostora – servisnih, upravnih i drugih – ne vidimo razloga zašto i oni ne bi bili posve pristupačni. Tako bi se mogli stvoriti uvjeti za zapošljavanje i osoba s invaliditetom na onim mjestima na kojima oni fizički mogu raditi. Na taj način društvo bi imalo koristi od rada takve osobe, a ona bi bila mnogo zadovoljnija samom sobom. To se zove inkluzija.

Uz to, u pojedinim većim bolnicama, na njihovim brojnim odjelima može se zateći cijeli spektar različitih elementa pristupačnosti, a da nijedan ne udovoljava svim kriterijima za pristupačnošću. Nažalost, loše situacije prevladavaju, pa je u gotovo svim ustanovama akutan problem preuskih prostora između kreveta, neimanje antidekubitalnih madraca, uglavnom potpuna nepristupačnost zahodskoj školjci i/ili prostoru za tuširanje. U nekim bolnicama dizala je nemoguće samostalno rabiti, a u skoro svima su rampe prestrme i, shodno tome, opasne za samostalno korištenje.



ZAKLJUČCI

HUPT će nastaviti sa sustavnim ispitivanjima svake pojedine zdravstvene ustanove i o prikupljenim podacima izvješćivat ćemo nadležne, SOIH-ovu službu za pristupačnost i mobilnost, zainteresiranu javnost i medije.

HUPT moli i zalaže se da se prilikom svake gradnje ili adaptacije vodi računa o potrebama i mogućnostima osoba sa ozljedom kralježnice, odnosno o osobama koje se kreću isključivo pomoću invalidskih kolica. Često se ne radi o značajnim sredstvima, a ljudsko dostojanstvo će biti očuvano u svojoj punini.

Ako u jednoj zemlji ne postoji spinalni centar u kojem bi bilo moguće na optimalan način obaviti medicinske pretrage, posebno one specijalističke, u kojem je stacionarna njega posve okrenuta korisniku-pacijentu, tad je za očekivati i da će svi odjeli svih bolnica biti

spremni pružiti mnogo više od trenutačnih ograničavajućih uvjeta koji u njima možemo zateći.

Mora se istaknuti i neugodna činjenica kako je zdravstvo zapravo vrlo konzervativno kad su u pitanju promjene u odnosima prema korisnicima, kao i u svojoj organizaciji. Teško je inače objasniti zašto je posve normalno potrošiti enormne novce na dugotrajno i mučno saniranje dekubitusa koje je netko dobio u bolnici, jer nisu postojali uvjeti za humani boravak u zdravstvenom objektu. Human u ovom slučaju ne znači samo dobar i korektan odnos osoblja prema pacijentu, nego sjedanje u kolica kad god je to moguće, odlazak na zahod, u razumnim granicama dozvoljeno kretanje bolničkim prostorima itd. Usto, mirniji i zadovoljniji pacijent se brže oporavlja. Kad su se trgovački centri, zbog svoje potencijalne zarade, prilagodili, zašto se - barem zbog zadovoljstva svojih korisnika - ne bi i zdravstvo?

DODATAK 1: JEDNO ISKUSTVO IZ BOLNICE

Proveo sam nedavno 2,5 mjeseca u bolnici Rebro, u Zagrebu. Za mene, kao tetraplegičara, ulaz u nju po kosini bio je samostalno neizvediv, jer je isuviše strm. Bio sam smješten na odjelu koji je obnovljen. Na prvi pogled izgleda moderno i čisto, u sobi su bila 3 kreveta, iako su njene dimenzije za dva. Razmak između njih je bio takav da se nisu mogla staviti tri ormarića, odnosno, dva su mogla biti stavljena samo užom stranom, što je onemogućavalo njihovo korištenje, odnosno, korištenje se svodilo samo na gornju plohu. I pristup ormaru je bio otežan i do njega je mogao samo netko mršav. Rekli su mi neka moja kolica budu odvezena natrag u moj stan, jer ih ovdje neću moći koristiti. Nisam mogao koristiti niti zahod ni kupaonicu koja je bila u sklopu sobe. Kupaonica je imala toliku udaljeñu stolicu da se na nju nisam mogao prebaciti, a uski prostor i uska vrata onemogućavala su ulaz u kupaonicu. Odmah mi je stavljen kateter, a obavljanje stolice u pelenu je vrlo nelagodno iskustvo. Sestre i liječnici su bili jako ljubazni, ali nisu shvaćali u dovoljnoj mjeri moje poteškoće. Tako sam vrlo malo bio okretan u krevetu i stavljan u sjedeći položaj pa sam dodatno dobio trombozu i dva dekubitusa.





	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Mogu li se prepreke na putu lakto uočiti?	Da	Da	Da	Ne	(Da)	Da	Da	Da	Da	Da	Ne	Da	Da	Da	Da	Da
Jesu li pristupačni prostori označeni međunarodnim znakom pristupačnosti?	Ne	Ne	Ne	Ne	Ne	Ne	Ne	Ne	Ne	Ne	Ne	Ne	Ne	Ne	Da	Ne
Postoje li smjerekazi koji upućuju na lokaciju pristupačnih prostora?	Ne	Ne	Da	Ne	Ne	Ne	Ne	Ne	Ne	Da	Ne	Ne	Da	Da	Da	Ne
Je li urbana oprema tako postavljena kako ne bi ometala slobodni prolaz pješaka?	Ne	Ne	Da	Ne	Da	Da	Da	Da	Da	Ne	Ne	Da	Da	Da	Da	Ne
Postoji li barem jedan telefon pristupačan korisnicima u inv. kolicima u nastac. zdravstvenim ustanovama, odnosno po jedan na svakom odjelu bolnica ili drugih stacionarnih zdravstvenih ustanova?	Ne	Ne	Ne	Ne	Ne	Ne	Ne	Ne	Ne	Ne	Ne	Ne	Ne	Ne	Ne	Ne
Jesu li prorez za ubacivanje novčića ili tet. kartica, te brojčanik postavljani do maksimalne visine od 1,40m, preporučljivo 1,20m?	Ne	Ne	Ne	Ne	Ne	Ne	Ne	Ne	Ne	Ne	Ne	Ne	Ne	Ne	Ne	Ne
Jesu li putovi svih saltera i klozka postavljani na približnu visinu od 0,90m od poda?	Ne	Ne	Ne	Ne	Ne	Ne	Ne	Da	Ne	Ne	Ne	Ne	Ne	Ne	Ne	Ne
Je li staza široka barem 0,90m?	Da	Ne	Da	Ne	Da	Ne	Ne	Da	Da	Da	Da	Da	Da	Da	Da	Da
Ima li na putu prolaska stuba ili stubišta?	Ne	Ne	Ne	Ne	Da	Ne	Ne	Da	Da	Da	Da	Da	Ne	Ne	Ne	Da
Jesu li postavljene rampe na pločnicima kako bi se savladala razlika u visini između kolnika i pješacke staze kod:	Nema	Nema	Da	Nema	Nema	Da	Da	Nema	Nema	Ne	Nema	Nema	Nema	Nema	(Da)	
- Pješackih prijelaza?			Ne													
- Parkirnih ugibalista?			Ne													
- Pristupačnih parkirnih mjesta?			Ne													
- Ulaza u objekte?			Ne													
Postoje li pristupačna parkirališna mjesta?	Da	Ne	Ne	Ne	Ne	Ne	Da	Da	Da	Da	Ne	Ne	Da	Da	Da	Da
Jesu li pristupačna mjesta za parkiranje na udaljenosti do 50,00m od ulaza u objekt?	Da	Da	Ne	Ne	Da	Da	Da	Da	Ne	Da	Da	Da	Da	Da	Da	Da
Povezuju li rampe na pločnicima pristupačna mjesta za parkiranje i pločnik?	Ne	Ne	Ne	Ne	Da	Da	Da	Ne	Ne	Ne	Ne	Ne	Ne	(Da)	Ne	Ne
Jesu li pristupačna mjesta označena međunarodnim znakom pristupačnosti?	Ne	Ne	Ne	Ne	Ne	Da	Da	Ne	Ne	Ne	Ne	Ne	Ne	Da	Ne	Ne
Postoji li rampa uz stube ili stubište?	Nema	Nema	Ne	Ne	Ne	Ne	Da	Da	Ne	Da	Ne	Ne	Da	Da	Da	Ne

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Je li nagib rampe ne veći od 1:20?	Ne		Ne	Ne	Ne	Ne	Ne	Ne	Ne	Da			Ne	Da	Ne	Ne
Je li rampa široka barem 0,90m?	Ne		Ne		Ne	Ne	Da	Da		Da		Da (röntg.)	Ne		Da	Ne
Je li površina rampe slobodna od prepreka?	Da		Ne		Ne	Ne	Da	Da		Da		Da	Da		Da	Ne
Postoji li pristupačan put do dizala?	Da		Da	Nema dizala	Da	Da (uz ključ)	Da	Da	Da	Da	Da	Nema Dizala	Da	Da	Da (uz ključ)	Nema Dizala
Jesu li pristupačne sve etaže koje su otvorene javnosti?	(Da)		Da			Ne	Da	Da	Da	Da	Da		Da	Da		
Jesu li minimalne unutarnje dimenzije kabine dizala barem 1,00 x 1,30m?	Da		Da		Da		Da	Da	Da	Da	Da		Da	Da	Da	
Je li širina otvora vrata najmanje 0,80m?	Da		Da		Da		Da	Da	Da	Da	Da		Da	Da	Da	
Može li se elevator koristiti bez pomoći druge osobe?	Da (u kup.)	Ne	Nema	Nema	Nema	Nema	Nema	Nema	Nema	Nema	Nema	Nema	Nema	Nema	Nema	Nema
Jesu li pristupačni glavni ulazi u objekte?	Da	Ne	Da	Ne	Da	Ne	Da	Ne	Ne	Da	Da	Da	Da	Da	Da	Da
Je li barem jedan ulaz po objektu pristupačan osobama u invalidskim kolicima?	Da	Da	Da	Ne	Da	Da	Da	Da	Da	Ne	Da	Ne	Da	Da	Da	Ne
Ima li u objektima s više katova pristupačan ulaz slobodan put do dizala?	Da	Da	Da	Ne	Da	Da	Da	Da	Da		Da			Da	Da	
Je li pristupačan ulaz lako uočljiv?		Da	Da	Ne	Da	Da	Da	Da						Da	Da	
Jesu li dimenzije ulaznog podesta zadovoljavajuće (1,20 x 1,50m ako se vrata otvaraju prema van, odnosno 1,20 x 1,20m ako se otvaraju prema unutra)?			Da	Ne	Da	Ne	Da	Da						Da		
Mogu li ulazna vrata osobe s invaliditetom samostalno otvoriti?			Ne	Ne	Da	Ne	(Da)							Da	Da	
Je li čisti otvor vrata širok barem 0,90m?			Da	Da	Da	Da	Da							Da	Da	
Ima li dovoljno prostora za manevriranje između dvojih vratiiju (mogućnost za manevriranje invalidskim kolicima u prostoru među dvojjim vratima: slobodni krug za manevriranje od 1,50m)?	Da	Ne	Da	Ne	Da	Da	Da	Da	Da	Da	Da	Ne	Ne	Da	Da	Da





	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Mogu li se vrata otvoriti bez mnogo snage?	Ne	Ne	Da	Da	Ne	Da	Da	Da	Da	Ne	Da	Da	Da	Da	Da	Ne
Jesu li otirači pred vratima u razini s podom i učvršćeni u kutovima?	Da	Ne	Da	Ne	Ne	Ne	Ne	Da	Da	Ne	Da	Ne	Da	Da	Da	Da
Jesu li pragovi niži od 20mm i zaobljeni?	Da	Ne	Da	Ne	Da	Da	Da	Da	Da	Ne	Da	Ne	Da	Da	Da	Da
Je li svjetla širina javnog hodnika barem 1,50m?	Da	Da	Da	Ne	Da	Da	Da	Da	Da	Da	Da	Ne	Da	Da	Da	Da
Postoji li barem jedan unisex zahod pristupačan osobama u inv. kolicima u nastac, zdravstvenim ustanovama, odnosno po jedan unisex zahod pristupačan osobama u invalidskim kolicima po svakom odjelu bolnica ili drugih stacionarnih zdravstvenih ustanova?	Da	Ne	Ne	Ne	Da	Ne	Ne	Da	Ne	Ne	Da	Ne	Nema	Nema	Nema	
Je li označen pristupačan zahod ili kupaoonica?	Da				Da		Da	Ne		Ne	Da					Da
Jesu li zahodske školjke i bideti postavljene na visinu 0,45-0,50m?					Ne		Da	Da		Ne	Ne					
Je li razmak između zahodske školjke i najbližeg zida na kojemu je montiran rukohvat između 0,45 i 0,50m?	Da				Ne		Ne	Da		Ne	Ne					
Ima li dovoljno mjesta za manevriranje invalidskim kolicima (slobodni krug za manevriranje od 1,50m)?	Da				Ne			Ne		Ne	Da					
Je li pristupačan umivaonik postavljen na visinu 0,80 do 0,85m?	Da				Da		Da	Da		Ne	Da					
Postoji li barem jedan pristupačan tuš i/ili kada?	Da				Ne		Da	Da		Ne	Da					
Jesu li rukohvati u zahodima, kraj kada i tuševa postavljeni na visinu između 0,85 i 0,95m?	Da				Ne		Da	Da		Ne	Ne			Da		
Jesu li rukohvati udaljeni od zida 35 do 40mm?	Da				Da					Ne	Ne					
Mogu li se slavine lako uhvatiti i koristiti jednom rukom?	Da				Da			Da		Ne	Da					
Je li donji rub zrcala na visini koja ne prelazi 1,00m?	Ne				Ne			Ne		Ne	Ne					
Je li zrcalo nagnuto, ako je smješteno na visinu veću od 1,00m?	Ne				Ne			Ne		Ne	Ne					

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Jesu li sklopke na vodokotičima, posude za otpatke i toaletni papir postavljene na visinu 0,50-1,20m?	Da				Da			Da		Ne	Da					
Je li otvor vrata širok barem 0,75m?	Da				Ne			Da		Ne	Da					
Jesu li razlike u visinama svladane rampama ili elevatorima?					Ne			Ne		Da		Ne				
Postoji li na svakom odjelu bol. ili stac. objekta barem jedna soba prilagođena osobama u inv. kolicima?	Da	Da	Da	Ne	Ne	Da	Da	Ne	Ne	Ne	Ne	Da	Da	Ne	Ne	Da
Postoji li prostor između kreveta širok barem koliko su široka dvoja inv. kolica?	Da	Da	Ne	Da	Ne	Ne	Da	Ne	Ne	Ne	Ne	Ne	Ne	Ne	Ne	Da
Postoji li električni krevet?	Da		Da (inten.)	Ne	Da	Da	Ne	Da	Ne	Da (inten.)	Ne		Ne	Ne	Ne	Ne
Imaju li kreveti namijenjeni osobama s parapli. ili tetrapl. antidekubitalni madrac?	Da			Ne	Ne (u post. nabave)	Da	Ne	Da	Ne	Da (inten.)	Da		Ne	Da	Ne	Ne
Imaju li kreveti namijenjeni osobama s paraplegijom ili tetraplegijom kolutove za sprječavanje dekubitusa?			Da	Ne	Da	Da	Ne	Da	Da	Da	Ne		Da	Da	Da	Ne
Imaju li kreveti namijenjeni osobama s parapli. ili tetrapl. kolutove/vijence za sprječavanje dekubitusa peti i stopala?		Da	Da	Ne	Da	Da	Ne	Da	Da	Da	Da		Da	Da	Da	Ne
Postoji li daska za transfer u/tz kolica?	Da	Da	Da	Ne	Ne	Da	Ne	Ne	Ne	Ne	Ne		Ne	Ne	Ne	Da
Postoje li nastavci za zahodsku dasku (pjena/spužva)?		Ne	Da	Ne	Ne	Ne	Ne	Da	Ne	Ne	Ne		Ne	Ne	Ne	Ne
Postoje li potrebštine za inkontinenciju prema individualnim potrebama pacijenata?	Da		Da	Da	Da	Da	Ne	Da	Da	Ne	Ne		Da	Da	Da	Ne
Jesu li stolovi (u restoranima, blagavaon. i dnev. boravcima) predviđeni i prilagođeni za korisnike u inv. kolicima?		Nema	Da	Ne	Ne	Ne	Ne	Da	Ne	Ne	Da	Nema	Da	Da	Ne	Ne

4. Klinički bolnički centar "Šalata"

- Klinika za ortopediju
- 5. Hrvatski zavod za transfuzijsku medicinu
- 6. Klinika za infektivne bolesti "dr. Fran Mihaljević"
- 7. Bolnica za plućne bolesti, Specijalna bolnica za kronične bolesti
- 8. Stomatološka klinika KBC
- 9. Bolnica za tuberkulozu pluća i plućne bolesti djece i mlade
- 10. Opća bolnica "Sveti duh"
- 11. Klinika za tumore
- 12. Klinika za prevenciju kardiovaskularnih bolesti i rehabilitaciju

1. Klinika za traumatologiju

- 2. poliklinika za reumatske bolesti, fizikalnu medicinu i rehabilitaciju "Drago Šop" - terapija
- 3. Klinička bolnica "Sestre milosrdnice"
- Klinika za urologiju, Klinika za dječje bolesti, za ginekologiju
- Fizikalna medicina i rehabilitacija
- Klinika za onkologiju i nuklearnu medicinu
- Klinika za neurokirurgiju, Klinika za kirurgiju



Specifične potrebe njege kod osoba s tetraplegijom

Specifičnost zadovoljavanja potreba kod osoba s dijagnozom tetraplegija je u prvom redu što osoba dolazi u takovo stanje u jednom trenutku kada se cjelokupni njen život mijenja iz temelja, a s druge strane u kompleksnosti zadovoljavanja njenih potreba. Radi se o gubitku osjeta dijela tijela, problemu prevladavanje inkontinencije – ponekad mokrenja i stolice i spastičnosti ekstremiteta. Ponekad kod takvih osoba ne postoji mogućnost osposobljavanja za samozbrinjavanje u higijenskim potrebama. Dom takve osobe gotovo nikada nije odgovarajući za nesmetano funkcioniranje osobe koja se kreće u invalidskim kolicima. Članovi uže obitelji i prijatelji također nisu pripremljeni za suživot s tako fizički ovisnom osobom.

To stanje se također preslikava i na lokalnu zajednicu. U tom trenutku najvažnija je pravodobna i ispravna informacija koja se, nažalost, ne dobije. Sve ovisi o snalažljivosti i sposobnosti obitelji i prijatelja kako doći do valjane informacije. Izuzetno važnu ulogu igra i materijalno stanje obitelji ozlijeđene osobe.

Da bi se ozlijeđena osoba čim prije reintegrirala u društvo, potrebna joj je stručna pomoć najbliže okoline. Pri povratku osobe s tetraplegijom s rehabilitacije sva očekivanja usmjerena su na njeno pravo na njegu i rehabilitaciju u kući.

POTREBE I VREMENSKI PERIOD NJEGE

Osobe s tetraplegijom imaju potrebu za određenom pomoći. Potrebnu pomoć kod svake takve osobe treba gledati zasebno. Za zadovoljenje osnovnih životnih potreba nekima je potrebna minimalna pomoć druge osobe, dok je nekima potrebna znatna pomoć druge osoba za zadovoljavanje najosnovnijih životnih funkcija.

S obzirom da je osoba s tetraplegijom ovisna o pomoći druge osobe, potrebnu pomoć uvelike takvoj osobi pružaju najbliži članovi obitelji (roditelji, supružnici, djeca, rođaci i sl.). Ali, bez medicinskog osoblja, pogotovo nakon odlaska s rehabilitacije i povratka kući, svakodnevica je nemoguća.

POTREBE KOJE U OSOBNOJ NJEZI OBAVLJAJU ZDRAVSTVENI DJELATNICI:

1. U domu osobe:

- jutarnja higijena (pranje zubi, umivanje, češljanje, pranje tijela)
- medicinska njega (kateterizacija, čišćenje, mijenjanje stome, previjanje)
- pomoć pri kupanju i pranju kose
- pomoć pri ulasku u krevet i izlasku
- odijevanje i svlačenje

2. osoba u ustanovi (centri za skrb, domovi umirovljenika itd.), uz već navedeno:

- pomoć pri pripremanju za spavanje i okretanje kroz noć (barem jednom u noći, a nerijetko i striktno svaka 2-3 sata – kad treba prevenirati dekubituse)

- pomoć pri hranjenju i piću
- održavanje prostora

Da bi zdravstveni djelatnik/ca obavio/la njegu nepokretne osobe, potrebno je svakodnevno dolaženje. Vremenski period mora biti dovoljan za zadovoljenje spomenutih primarnih potreba. Hoće li to biti 30, 45, 60 ili više minuta, ovisi o tome što se mora napraviti.

FIZIKALNA TERAPIJA KOJU OBAVLJA FIZIOTERAPEUT:

- individualne aktivne, pasivne i asistirane vježbe
- djelomična ručna masaža
- respiracijski trenin
- sprečavanje kontraktura
- terapije strujom, magnetom itd.



Fizioterapeut dolazi 5 puta tjedno. Minimalno vrijeme za razgibavanje čitavog tijela nepokretne osobe je 45 minuta. Obzirom da je svaka terapija određena šifrom, vremenski period ovisi o vrsti terapije i potrebi same osobe.

PROBLEMI U OSTVARIVANJU PRAVA NA NJEGU, POMOĆ I FIZIKALNU TERAPIJU

Prema Pravilniku o uvjetima i načinima ostvarivanja prava na kućnu pomoć i njegu od strane HZZO-a osiguranik ima pravo:

- 1x tjedno 45 min. za kupanje
- 5x tjedno 22.5 min. za osobnu higijenu
- 5x tjedno 22.5 min. za sprječavanje posljedica dugog ležanja
- prema šiframa terapija 30-60 min. fizikalna terapija

PROBLEM:

Osobi s tetraplegijom nikada nije odobrena njega u vremenskom periodu koji joj je doista potreban. Iako se radi o trajnom stanju, povjerenstvo svaka tri mjeseca traži novu dokumentaciju i potvrdu na osnovu koje može promijeniti vrijeme ostanka fizioterapeuta i medicinskog djelatnika.

Medicinski djelatnik *ne stigne* u tako kratkom vremenu zadovoljiti niti minimum potreba osobe kojoj dolazi.

Od lipnja 2002. godine Pravilnik se promijenio. Pravilnik je stavio sve osobe koje su u samozbrinjavanju ovisne o zdravstvenim djelatnicima u vrlo nezavidan položaj. Smanjivanjem prava na vremensko trajanje pomoći uskraćeno je zapravo pravo osobi kojoj je takva pomoć nužna na normalno funkcioniranje.

Iako sve osobe imaju istu dijagnozu, koliko će vremenski raditi medicinsko osoblje i fizioterapeut s takvom osobom, ovisi o stavkama iz Pravilnika, ali najvažnija je upornost samog osiguranika i razumijevanju Povjerenstva HZZO-a.

REZULTATI ANKETE PROVEDENE U HUPT-U

Anketa je provedena na 23 osobe, članova Hrvatske udruge paraplegičara i tetra-plegičara. Visina ozljede je između C2-TH10.

- Sedam osoba u kući ima fizikalnu terapiju i osobnu pomoć i njegu.
- Pet osoba ima samo fizikalnu terapiju, dok tri osobe imaju samo osobnu pomoć i njegu.
- Osam osoba živi u domu umirovljenika.

U prosjeku fizikalna terapija u kući se provodi 4 puta tjedno.

Osobna njega i pomoć u kući provodi se prosječno 5 puta tjedno.

Iako je vremenski period kod pojedinih osoba 5x22,5 minuta, anketom je utvrđeno da fizioterapeut provodi prosječno 40 minuta kod osoba. Isto tako je utvrđeno da medicinska sestra provodi s osobom 35,8 minuta.

Kod 88,5 % osoba s tetraplegijom ne mogu biti zadovoljene potrebe u odobrenom vremenskom razdoblju, iz čega proizlazi i njihovo nezadovoljstvo. 12,5% osoba je zadovoljno.

8 osoba traži 6x60 min. fizikalnu terapiju, međutim, 3 osobe bi bile zadovoljne i s 5x45 min. 3 osobe potražuju minimalno 45 minuta medicinsku sestru. 1 je nezadovoljan s razlogom: ukinuta fizikalna terapija, jer "nema svrhe". Jedna osoba je izrazila potrebu za 120 minuta dnevno i fizikalne terapije i njegu.

Osobe koje provode osobnu njegu i pomoć u domu tretiraju se prema potrebama kroz 24 sata. Fizikalnu terapiju provode 3x30 min. tjedno 42,8% osoba, 7% ne prima nikakve terapije. 14% osoba ima 4x60min. fizikalnu terapiju, dok 7% osoba ima tjedno 3x60 min. terapiju. 29,2% osoba se tretira prema potrebi.

Usluge koje dodatno dobivaju u domu su:

- pomoć pri hranjenju i piću
- transfer krevet-kolica-krevet
- oblačenje i svlačenje
- okretanje kroz noć
- održavanje prostora i ostalo



ZAKLJUČAK: *Tetraplegija je trajno stanje, stoga je nepotrebno i uzaludno dokazivanje istog stanja svaka tri mjeseca radi novog rješenja. Za ovakva stanja koja se ne mijenjaju odobrenje za provođenje fizikalne terapije i osobne njege i pomoći trebalo bi biti trajnog karaktera. Jedanput godišnje Povjerenstvo bi trebalo posjetiti takvu osobu i eventualno konstatirati činjenično stanje.*

Osiguranici čiji invaliditet zahtjeva nužnu pomoć u zadovoljavanju svakodnevnih potreba imaju pravo na sadržajan i pun život. To mogu ostvariti uz tuđu pomoć koju im treba osigurati zajednica u kojoj žive.

Izlagateljica: Anka Slonjšak

Hrvatska udruga paraplegičara i tetraplegičara

IZLAGANJE

Valentin Pozaić SJ: Dostojanstvo umiranja: teološko-moralni vidici

UMJESTO UVODA U OVO IZLAGANJE NEKA NAM POSLUŽE TRI ZNAČAJNA ZAPAŽANJA I DVA POTICAJA.

TRI ZAPAŽANJA:

1. Živimo u doba silnog i skandaloznog proturječja: velike deklaracije o ljudskim pravima - na jednoj strani, i velike povrede osnovnih ljudskih prava - na drugoj strani. A to se zbiva posebice u najpotresnijim trenucima postojanja: dok čovjek dolazi na svijet i kad odlazi s ovoga svijeta. Posvuda se ističe tolerancija, a nitko za nikoga nema razumijevanja, strpljivosti, počevši od obitelji: jaz među generacijama...

2. Na jednoj panel-konferenciji o starosti i starenju u Zagrebu bila je iznesena teška primjedba, a ujedno i teška optužba. Bilo je, naime, rečeno da ovaj naraštaj, koji je prošao dva rata, taj naraštaj ne može ni umrijeti: ne može umrijeti na razini ljudskog dostojanstva, na razini ljudskih prava, jer do toga nikome nije stalo: ni u Crkvi ni u državi. Znak vremena za vrtićima - shvaćen je. Znak vremena za hospicijem - nije shvaćen. Domovi umirovljenika, i oni u okviru samostana Časnih Sestara i Caritasa - kap su u moru potreba.

3. U Hrvatskoj, toj Lijepoj našoj, svako malo poteže se pitanje eutanazije - ubijanja ljudi - nepoželjnih; navodno iz samilosti prema njima i njihovoj boli, ili zbog njihove bolesti i patnje -

koja je dotičnima nepodnosiva, ili onima koji bi ih trebali njegovati? Nije slučajno, vjerojatno, da se to pitanje nameće putem televizije - najmoćnijeg sredstva manipuliranja s ljudima. I u vrijeme dotičnog programa, odmah se uključi telefon: glasovanje za ili protiv, a da se zapravo i ne zna za što se glasuje. Vjerojatno zna onaj tko to organizira. Tako i po novinama. Nedavno, kad je dan u javnost nacrt prijedloga o pravima pacijenata-bolesnika, rasprava je u javnosti bila naslovljena, ne o pravima bolesnika, nego kao da se radi o eutanaziji. I naslov je, uz zastrašujuću fotografiju, glasio: *Odluku o eutanaziji ubuduće će donositi pacijenti*. I, dakako, u tekstu je bilo uokvireno: *Bitno je reći. Što mislite o eutanaziji? Uključite se u raspravu na e-mail ...* A o eutanaziji, zapravo, nije trebalo biti ni riječi. Kao da je netko u Hrvatskoj plaćen i pretplaćen da nameće pitanje eutanazije - ubijanja ljudi, umjesto njegovanja ljudi, umjesto poštivanja ljudi.

DVA POTICAJA:

1. Kada je Nobelova nagrada za mir godine 1979. bila dodijeljena Majci Tereziji (27.08.1910 - 05.09.1997), katoličkoj redovnici, koja se, među ostalim, posvetila njezi umirućih u Indiji i drugdje po svijetu, tako i u Hrvatskoj, ta je



nagrada na svoj način bila i priznanje pokretu hospicija – ustanove za čovjeka dostojno umiranje. Članak koji počinje riječima “Nedavno mi jedna liječnica iz Zagreba reče: Zna li vi da sve više ljudi u našem gradu nema gdje umrijeti” imao je g. 1999. značajan naslov: “Traži se nova Majka Terezija”.¹

2. Istodobno Ivan Pavao II. potiče: “Mjesne Crkve i redovničke zajednice imaju priliku pružiti na tom polju pionirsko svjedočanstvo svjesni Gospodinovih riječi: ‘Oboljeh, i pohodiste me’”.² Isus, šaljući Dvanaesticu, rekao im je: “Putem propovijedajte: ‘Približilo se kraljevstvo nebesko!’ Bolesne liječite...” (Mt 10,8). Prvog dijela se više-manje redovito sjećamo, a drugi kao da prečujemo, barem kad je u pitanju završno razdoblje ovozemaljskog života.

ZNAČENJE POJMA EUTANAZIJA

Nejasnoća, konfuzija – ne/namjerna – uzrok je mnogih nesporazuma i zala. Stoga želimo poblize i jasno odrediti o čemu govorimo:

1) U svom izvornom značenju eutanazija je označavala čovjekovu želju i molitvu za dobrom, tj. blagom, brzom i bezbolnom smrću, bolje rečeno za blagim umiranjem.

2) Na sljedećem stupnju, eutanazija označuje pozitivnu brigu, zauzimanje, kao i negu da se umiranje, koliko je samo moguće, proživi bez tjelesnih boli i duševnih tjeskoba - poštujući i život i naravni dolazak smrti.

3) Treće, suvremeno značenje uključuje u sebi ona dva prva, dodajući mu novi, agresivni sadržaj. Taj se pojam danas uglavnom upotrebljava u njegovom “preciznijem - i iskvaenom - značenju”,³ tj. u smislu namjernog i nasilnog oduzimanja života. U tom se smislu, trećem - izopačenom, upotrebljava i u crkvenim dokumentima:

Pod izrazom eutanazija misli se na čin ili propust koji po svojoj naravi ili s nakanom uzrokuje smrt kako bi se na taj način uklonila

1 Zirdum I., *Traži se «nova» Majka Terezija*, Glas Koncila, br. 44 – 31. listopada 1999., str. 21.

2 Ivan Pavao II., *Occorre far fronte alla nuova sfida della legalizzazione dell'eutanasia* (Discorso ai partecipanti all'Assemblea Plenaria della Pontificia Accademia per la vita, 27.02.1999), *Dolentium Hominum* 2 (1999) str. 24.

3 Ramsey P., *Ethics at the Edges of Life: Medical and Legal Intersections*, Yale Univ. Press, New Haven 1980 (4. izd.) str. 146.

*svaka bol. Eutanazija se, dakle, sastoji u nakani volje i u primijenjenim postupcima.*⁴

Izraz eutanazija danas se upotrebljava u značenju *mercy killing* - *samilosno ubojstvo*. To je neophodno imati na umu da se izbjegn timer moguće zabune, nesporazumi i dvosmislenosti u raznim nazivima koji se u svakodnevnoj uporabi, pa i u stručnoj literaturi, nadodaju opterećenom pojmu eutanazija (aktivna - pasivna, direktna - indirektna, pozitivna – negativna, na zahtjev – bez zahtjeva, izvedena samostalno ili asistirana; nadalje: eugenička, ekonomska...).

I tu je na djelu lingvističko inženjerstvo: zamagljivanje stvarnosti. Kad god je u pitanju eutanazija, misli se na namjerno ubojstvo.

Za izvorno značenje eutanazije, u njezinom smislu blage i nenasilne smrti, danas se rabi izraz *pratnja umirućih*: pružanje svake moguće i razumski opravdane pomoći, bez nasilja nad životom ili tijekom umiranja. Život se poštuje i ljubi, smrti se ne otima njezin pravi čas.

OZAKONJENA EUTANAZIJA

Eutanazija može biti depenalizirana – izvršenje se ne kažnjava, ili legalizirana – postupak je ozakonjen kao nešto dobro.⁵ Eutanaziju je legalizirala Nizozemska, zatim Belgija,⁶ a Švicarska ima neki stari zakon po kojem se može eutanazirati ljude. Tako se uz bankarski turizam u Švicarskoj počinje razvijati i turizam smrti.⁷ Na taj način *kultura smrti*⁸ dobila je svoje zakonske okvire... bezakonje je ozakonjeno.

U hrvatskom zakonodavstvu 'eutanazija' nije poznata, već se pod naslovom *Usmrćenje na zahtjev* kaže: “Tko drugoga usmrti na njegov

4 Sveti zbor za nauk vjere, *Deklaracija o eutanaziji*, br. II (V. POZAIĆ, *Život dostojan života. Eutanazija u prosudbi medicinske etike*, FTI, Zagreb 1985, str. 102-103).

5 Pozaić V., *Eutanazija pred zakonom*, *Obnovljeni život* 4 (1998) 437-446.

6 Oduncu S. F., *Euthanasie bei unheilbaren Leid?*, *Stimmen der Zeit* 2 (2003) 121-130 (usporedba: Nizozemska – Belgija); *Zakonsko “čudovište”* (Nizozemska), *Glas Koncila*, br. 34 – 22. kolovoza 1999, str. 5; *Sumrak čovječanstva: Ubiti, ne pomoći!* (Nizozemska), *Glas Koncila*, br. 16 – 22. travnja 2001., str. 4.

7 *Zur Selbsttötung nach Zürich*, *Christ in der Gegenwart* 6 (9. Februar 2003), str. 42.

8 Ivan Pavao II., *Occorre far fronte alla nuova sfida della legalizzazione dell'eutanasia* (Discorso ai partecipanti all'Assemblea Plenaria della Pontificia Accademia per la vita, 27.02.1999), *Dolentium Hominum* 2 (1999) str. 23.



izričit i ozbiljan zahtjev, kaznit će se kaznom zatvora od jedne do osam godina”.⁹

LJUDSKO DOSTOJANSTVO

Kao jedan od najjačih motiva, društveno i uljudbeno prihvatljivih, u prilog eutanazije redovito se navodi vrednota ljudskog dostojanstva. Tvrdi se, naime, da su teška stanja bolesti i tehnizirana umiranja u nepomirljivoj suprotnosti s ljudskim pravom na dostojanstvo u tijeku umiranja. U tom cilju razvijena je cijela taktika: manipulacija jezikom, dramatizacija slučajeva; video primjeri patetičnog samo-optuživanja; indukcija disidentskog ponašanja u pravnim, medicinskim i religijskim krugovima; a tzv. *dostojanstvo smrti* ističe se kao znak kulturnog elitizma.¹⁰

Dostojanstvo smrti, dostojanstvena smrt i tome slično: besmislen je izraz. Smrt ne može biti dostojanstvena. Smrt je s jedne strane kazna za grijeh; s druge strane, smrt je degradacija biološke dimenzije ljudskog bića; ništa dostojanstveno. Može se, i treba, govoriti o ljudskom dostojanstvu u bolesti, o ljudskom dostojanstvu u tijeku umiranja. Jer, čovjek živi i dok umire.

Ljudsko dostojanstvo izvire iz cjelokupne kvalitete čovjeka kao osobe, kao tjelesno-duhovnog bića, obdarena razumom, mogućnošću samoodređenja, slobodom i odgovornošću i, ukoliko je stvoren na sliku Božju (Post 1,26-27), određen za vječnost. Ljudsko je dostojanstvo izvan dosega čovjekove moći. Ono je tu bez obzira na okolnosti u kojima pojedinac živi. Čovjek ga može poštivati ili ne, ali ga ne može dodijeliti ili oduzeti. Čovjek ne može biti lišen svoje bitne oznake: da je *homo sapiens, imago Dei* – razumno biće, slika Božja.

Snagom svojega dostojanstva svaki čovjek u svakom stadiju svoga života, makar ono bilo stavljeno u pitanje teškom bolešću ili patničkim tijekom umiranja, uvijek zadržava pravo i dužnost na poštivanje temelja i preduvjeta tog dostojanstva. Čak ni s biološkog stanovišta čovjek ne može biti sveden na živućeg ne-

čovjeka, ne može biti o-ne-čovječen. S teološkog gledišta pogotovo ne postoji tako nešto kao život bez vrijednosti, nevrijedan da se živi, besmislen život. Život je dragocjena vrednota na svakom stupnju postojanja. Katekizam o tome kaže jednostavno i jasno:

*“Oni kojih je život opao ili oslabljen zahtijevaju posebno poštovanje. bolesne i prikraćene osobe treba potpomagati da bi mogle živjeti koliko je moguće normalno”.*¹¹

U vrijeme navale kulture smrti, Crkva gaji ljubav prema čovjeku, kako nas uči u svojoj prvoj enciklici Sveti Otac Ivan Pavao II:

*“Čovjek je u svoj istini svoga postojanja ... prva staza kojom Crkva mora proći ispunjavajući svoje poslanje. Taj je čovjek prvi i osnovni put Crkve, put što ga je sam Krist zacrtao...”*¹²

ZAHTJEV - AUTONOMIJA - SLOBODA

I kad bi čovjekova odluka – zahtjev za eutanazijom - uistinu bila slobodna, autonomna, to još ne bi značilo da bi takvo njegovo dokončanje bilo u skladu s ljudskim dostojanstvom. Naprotiv! Naime, ljudski čini nisu na čast ljudske osobe samo zato što su slobodni, nego zato što su etički, moralni – dobri, plemeniti. Zločini, premda su slobodni ljudski čini, nisu na čast, nego su na poniženje ljudske osobe – one koja tako djeluje, i onih na koje je to djelovanje usmjereno. Sloboda nije najveći, posljednji domet čovjeka, već samo sredstvo da u ljubavi može živjeti istinu, činiti dobro (usp. Ef 4,15).

Ako su boli umirućega, teškog patnika, dosegle stupanj nepodnosivosti, što se posebno ističe, koliko je on uistinu u takvom stanju 'slobodan' za tako presudnu odluku? Iskustvo svjedoči da molbe teških bolesnika i umirućih zapravo treba staviti pod veliki upitnik, da ih treba korjenito preispitati. Je li zahtjev za eutanazijom, za smrću zahtjev za ubojstvom ili krik za oslobođenjem? Što se krije iz izjava: hoću umrijeti, pustite me umrijeti, usmrtite me? Nije li to poziv je za otkrivanjem značenja i sadržaja takvog simptoma: može li u tako teškim

⁹ Kazneni zakon, Narodne novine, Zagreb 1997, Članak 94. (Narodne novine, Službeni list Republike Hrvatske, broj 110 – 21. listopada 1997, str. 3475, čl. 94).
¹⁰ Zurak N., *Eutanazija*, Glasnik HKLD 1 (2001) str.47.

¹¹ Katekizam Katoličke Crkve, HBK, Zagreb 1994, br. 2276.

¹² Ivan Pavao II, *Redemptor hominis – Otkupitelj čovjeka* (1979), Ks, Zagreb 1980, br. 14.



okolnostima, kako se navodi o nesnosnom trpljenju, pacijent uopće donijeti slobodno takvu odluku? Ako ju je prije napisao, stoji li i sada iza nje?

Materijalni, doslovni, zahtjev znači uistinu želju za uništenjem – smrću, ili je:

a) *prosvjed* protiv nepodnosivog stanja: neublažene boli, neopravdanog produživanja umiranja, ogorčenost na okolinu ili njegovatelje, trenutak depresije, tuge; ne pomažete mi živjeti, više ne želi živjeti u takvim okolnostima;

b) *vapaj* za pomoć društveno mrtvog čovjeka: vapaj za boljom njegom, vapaj za većom ljudskom pažnjom, blizinom, vapaj za: solidarnošću, za nadom kad ishlape ljudske nade.

c) ili su to *posljednja životna pitanja*: ima li još moj život smisla u vašim očima, posjedujem li još moj identitet i dostojanstvo, smijem li još živjeti po vašem sudu?

Nakon svega valja postaviti i neka dodatna pitanja: sigurnost dijagnoze, hoće li se mogućnost ponude eutanazije pretvoriti u poticaj, pa u prisilu, ili u ucjenu, hoće li se izvršiti na zahtjev ili bez znanja, protiv volje...

Reći takvoj osobi 'da', značilo bi, jednostavno poručiti joj: da, imaš pravo; tvoj život više nema smisla, više se ne isplati; ti sâm više ne vrijediš; slažem se s tobom: bolje je da umreš, da te više nema.

Naprotiv, odbiti zahtjev, znači: Nije istina da tvoj život nema smisla; ti ga samo ne uspijevaš otkriti; i ja te razumijem, no, tvoj život, pa i u ovakvim okolnostima, ima smisao; to je zato što ti posjeduješ vrijednost koja ne ovisi o tvojim okolnostima: ti si vrijedan zato što ti, jednostavno, jesi ti! Ja ću biti blizu i pomoći ti; i dalje ću ti nastojati pomagati kako bi ti ponovno uspio pronaći svoj smisao i svoju vrijednost, sve do posljednjega trenutka. Jer ja te volim.¹³

DOŽIVLJAJ UMIRANJA

Svjesni smo da je umiranje i smrt bremenito dubokim ljudskim osjećajima: jedan život se gasi; lome se emocionalne obiteljske, društvene niti; umirući i oni oko njega proživljavaju

sukob.¹⁴ Kršćanska tradicija nazivala je smrt *dies natalis* – rođendan za nebo, u skladu s molitvom: "Tvojim se vjernima, Gospodine, život mijenja, a ne oduzima; i pošto se raspadne dom ovozemnog boravka, stječe se vječno prebivalište na nebesima".¹⁵

Sama smrt ne predstavlja za čovjeka-vjernika konačnu katastrofu, već prijelaz iz prolaznosti u neprolaznost, iz vremenitosti u vječnost, iz jednog stanja života u drugo: više i dragocjenije.

Nije zadaća medicine boriti se protiv smrti kao takve: smrt je neminovna, redovita na kraju svakog života. Niti se bavimo epikurejskim smicalicama: Dok sam ja tu - nema smrti; kad dođe smrt nema mene. Pred licem smrti zadrhti svako ljudsko srce. Borimo se protiv *patološke* smrti, a prihvaćamo smrt u njezino pravo vrijeme. O tome nam govori i Biblija: "Sve ima svoje doba i svaki posao pod nebom svoje vrijeme. Vrijeme rađanja i vrijeme umiranja" (Prop 3,1-2).

BOLEST, BOL I PATNJA

Prihvatiti život znači prihvatiti i neizbježivi dio boli i patnje. Nije zdravo, niti je znak zrelosti stvarati paniku pred svakom pojavom boli. Bolest i patnja ambivalentne su stvarnosti. Pozitivan pristup ne nijeće stvarnost bolesti i boli, ali ih vidi kao sastavni dio života. Na fiziološkom području bol upozorava da negdje nešto nije u redu, i tako je u službi zdravlja i života. Poznato je kako je opasna bolest ne osjećati bol. Na izrazito humanoj razini, bol se pojavljuje kao kušnja ljudske zrelosti: kad je prihvaćena pospješuje nove nazore na stvarnosti života i smrti; budi solidarnost s onim koji trpi. A mala svakodnevna umiranja, u bolesti i boli, pripremaju čovjeka za presudni čas oprostaja od ovoga života. Umijeće umiranja tvori cjelinu s umijećem življenja: *Ars vivendi - ars moriendi*.

Osnovna ljudska i kršćanska razboritost preporučuje ublaživanje ili pak, ako je moguće, uklanjanje boli i trpljenja. Vrijedi izreka: Sedare dolore opus divinum est = Ublažiti bol božansko je djelo. "Je li prema nauci vjere i morala liječniku i pacijentu upotrebom narkotika

13 Verspiereen Patrick, *La demande d'euthanasie et ses significations*, Laennec 1 (Octobre 1996) 5-8.

14 II Vatikanski koncil, *Dokumenti*, KS, Zagreb 1970, *Gaudium et spes*, br. 18.

15 *Predslavlje pokojničko*, 1.



dopušteno uklanjanje bolova i svijesti (čak i pred samu smrt, ako se predviđa da će upotreba narkotika skratiti život)?”, papa Pio XII. je g. 1957. odgovorio: “Dopušteno je, ako ne postoje drugi načini i ako u danim okolnostima to ne sprečava ispunjenje ostalih vjerskih i moralnih obaveza”.¹⁶

Deklaracija o eutanaziji, iz g. 1980, preuzima taj stav kao valjan,¹⁷ a potvrđuje ga i enciklika *Evandjele života* iz 1995. godine.¹⁸ Dakako, ublažavanje boli uz rizik i cijenu gubitka svijesti i skraćivanja života, ubrzavanja tijekom umiranja, jedan je od težih i posljednjih koraka u terapiji. Sustavna i olaka primjena terapija koje oduzimaju svijest, ošamutiti pacijenta da se ukloni bol, nije nikako prihvatljiva.

RAZBORITO JE LIJEČITI SE

O tome nam govori načelo o *redovitim – izvanrednim* sredstvima. Upravo uz pomoć tog načela u SAD rješavan je i riješen slučaj djevojke u komi, Ann Karen Quinlan (pala u komu 1975; isključili respirator 1976; nastavila živjeti, bez znakova svijesti, do 13. lipnja 1985, umrla u 31. godini).¹⁹ U novije vrijeme rabe se izrazi: razmjerna i nerazmjerna (proporcionalna - neproporcionalna),²⁰ i u službenim crkvenim dokumentima.²¹

Stetičko-moralnog stajališta redovita sredstva se moraju upotrijebiti za liječenje bolesti, ublažavanje boli i za produljenje života. Izvanredna sredstva mogu se ali ne moraju upotrijebiti.

U konkretnosti, kad je smrt blizu i neizbježiva, a raspoloživa sredstva, ako bi bila primijenjena, bila bi nedjelotvorna - nerazmjerna, slobodno je odreći se tih sredstava, ili ih uopće ne primijeniti. Ako li je terapija već u tijeku, može se prekinuti. Dosljedno, “liječnik tada ne bi trebao sebi

predbacivati da nije pružio svu pomoć osobi u opasnosti”.²² U suprotnome, liječnik bi se izlagao opasnosti da upadne u tzv. terapijsku upornost (aggressive medical treatment), koju enciklika *Evangelium vitae* definira kao medicinske intervencije “koje više ne odgovaraju realnom stanju bolesnika, jer su već nerazmjerne rezultatima koji bi se mogli očekivati ili su nepodnošljive za njega ili za njegovu obitelj”.²³

VREDNOVANJE

Imajući sve to pred očima, ne iznenađuje odlučan i jasan stav Katoličke nauke kad je u pitanju eutanazija. Takav se postupak smatra sramotnim i užasnim zločinom,²⁴ te se izričito veli:

*Treba ponovno sa svom odlučnošću izjaviti da nitko i ništa ne može nikoga ovlastiti da zada smrt nekom nevinom ljudskom biću, bilo da se radi o zametku ili embriju, djetetu ili odraslom, starcu, neizlječivom bolesniku ili nekome koji je u agoniji. Nitko ne može tražiti taj ubojnički postupak ni za sebe ni za drugoga koji je povjeren njegovoj brizi, niti na nj pristati, izričito ili uključivo. Nijedna vlast ne može to zakonito nametnuti niti dopustiti. Radi se o kršenju Božanskog zakona, o povredi dostojanstva ljudske osobe, o zločinu protiv života, o atentatu na ljudski rod.*²⁵

Sažimajući katolički nauk, Ivan Pavao II. u enciklici *Evandjele života*²⁶ potvrđuje da je “eutanazija teška povreda Božjega zakona, ukoliko je namjerno ubojstvo ljudske osobe moralno neprihvatljivo”. Eutanazija, nasilje nad životom, ponižava čovjeka u njegovom završnom stadiju života i dovodi u pitanje njegovu vječnost.

USPJEH ILI PORAZ

Značajne su u tom pogledu riječi utemeljiteljice St. Christopher’s hospicija, Dr. Cecily Saunders: “Ako pacijentu ublažite bol, ako se on doživi kao voljena osoba, tada vam ne će

16 Pio XII, *Tri religiozna i moralna pitanja glede analgezije*, AAS 49 (1957) 147; *Discorsi ai medici*, str. 580.

17 Sveti zbor za nauk vjere, *Deklaracija o eutanaziji*, III.

18 Ivan Pavao II, *Evangelium vitae - Evandjele života*, br. 65.

19 Pozaić V., *Rasponi, mogućnosti i granice rizika*. Glas Koncila br. 27, 7. srpnja 1985, str. 4.

20 Romano M.L., *Proporzionalità delle cure*, Dizionario di bioetica (a cura di Leone S. - Privitera S.), EDB-ISE, Palermo 1994, 768-772.

21 Sveti zbor za nauk vjere, *Deklaracija o eutanaziji*, Rim 1980, IV (hrvatski tekst: Pozaić V., *Život dostojan života. Eutanazija u prosudbi medicinske etike*, FTI, Zagreb 1985, str. 106).

22 *Deklaracija o eutanaziji*, IV.

23 Ivan Pavao II, *Evangelium vitae - Evandjele života*, KS, Zagreb 1995, br. 65.

24 II. Vatikanski koncil, *Dokumenti*, KS, Zagreb 1970, GS 27.

25 Sveti zbor za nauk vjere, *Deklaracija o eutanaziji* br. II (u: Pozaić V., *Život dostojan života*, str. 103).

26 Ivan Pavao II, *Evangelium vitae - Evandjele života*, KS, Zagreb



postavljati zahtjeve za eutanazijom. Mislim da je eutanazija priznanje poraza i totalno negativan stav".²⁷

To je i nehotice posvjedočio talijanski političar, i ministar u vladi, Loris Fortuna. On, veliki pobornik razvoda braka, zakona o pobačaju - i na kraju, pokušao je uvesti i zakon o eutanaziji, svoj je život htio dovršiti, doživjeti u bolnici *Clinica del Rosario*, okružen časnim sestrama... I nije zahtijevao za sebe eutanaziju.

ARGUMENTI UPOZORENJA

U raspravi se nerijetko koriste - i obezvrjeđuju - dokazi upozorenja na moguće porazne posljedice, na što nas upozorava iskustvo. *Historia magistra vitae* - Povijest je učiteljica života (ali ima malo učenika - kažu). Pobornici eutanaziranja ljudi kažu da su to argumenti-dokazi neopravdanog, neutemeljenog zastrašivanja. Zovu se: - *the slippery slope* - *die schiefe Ebene* = *skliska nizbrdica*, *the thin end of the wedge* = *brid klina*; - *the dam* = *brana*.

U tom stilu pisao je pred tridesetak godina kanadski liječnik i demograf Dr. R. A. Gallop²⁸:

Kad jednom dopustiš ubojstvo nerođenog djeteta, to se više ne će zaustaviti.

Ne će biti dobne granice.

Stavit ćeš u pogon lančanu reakciju, čija ćeš žrtva vjerojatno biti i ti.

Tvoja će te djeca ubiti, jer si ti dopustio ubojstvo njihove braće i sestara.

Tvoja će te djeca ubiti, jer te ne će htjeti podnositi u tvojoj starosti.

Tvoja će te djeca ubiti zbog tvojih kuća i imanja.

Ako je liječnik spreman uzeti novac da ubije nevino dijete u utrobi, on će i tebe ubiti ubodom igle kad bude plaćen od tvoje djece. To je strašna mòra koju spremaš za budućnost.

Ishod utakmice kulture smrti na početku i na kraju života (legalizacija zla: pobačaj, droga, eutanazija) ide u prilog smrti, protiv života. Logika zla i Zloga dovela je do opasnog stanja:

Najprije su roditelji ozakonili ubijanje svoje djece - abortus.

Sada su djeca ozakonila ubijanje svojih roditelja - eutanazija.

ZAKLJUČAK

Pitanje o zahtjevu ili nametanju eutanazije, pitanje temeljnog ljudskog prava na život, ljudskog dostojanstva u trpljenju i umiranju, više je praktično nego li teoretsko, akademsko pitanje. Na praktičan zahtjev života potreban je praktičan odgovor života. Eutanazija, kao nasilje nad životom i umiranjem, ne rješava pitanje ljudskog dostojanstva u umiranju, već stvara nova bolna pitanja. Jedan od mogućih djelotvornih i provjerenih odgovora, u skladu s ljudskim pravom na život i dostojanstvo u umiranju, daje hospicij. Pozitivan stav spram života na svim njegovim razinama i stupnjevima, može nadjačati i iskorijeniti onaj negativan.

Zvuči paradoksalno, proturječno, da se u ime čovječnosti smije, štoviše, treba i mora ubiti - čovjeka. U ime humanizma - ubiti čovjeka = negacija humanizma. Ljudski se problemi mogu i trebaju rješavati na ljudski način, u skladu s ljudskim dostojanstvom: homo sapiens, imago Dei. Odgovor po mjeri čovjeka daje kultura života i civilizacija ljubavi.

Nije li vrijeme da se ipak vratimo obitelji: u našim promišljanjima i u našem zakonodavstvu, i u našoj civilizaciji? Iz pisma koje sam nedavno primio, navodim jedan dio; i to je dio odgovora - ovaj puta utješnog - na pitanje gdje živimo:

Stare u dom - drugima na brigu, a mladi dalje u jurnjavi za zaradom. A mnogi starci (i mi smo već tu blizu) toliko čeznu za svojim domom, familijom, djecom, unucima, pa makar im bilo lošije nego u domu umirovljenika. Mislim, da bi meni samoj bio rastanak od ambijenta i familije vrlo bolan, pa smo s toga razloga kod kuće donjegovali i Tomislavove i moje roditelje, ne s previše muke, ali s puno ljubavi

(Dr. S. F., 27.03.2003).

1995, br. 65 (usp. br. 64-67).

27 Usp. Eibach U., *Tötung auf Verlangen? "Mercy killing"?*, u: *Der evangelische Erzieher* 26 (1974) str. 255.

28 Gallop R.A., Navod iz: Marx P., *Death Without Dignity: Killing for Mercy*, Collegeville, Min., 1978 (2nd ed.), p.43.



Statistika ozljeda kralježnične moždine

Iako je danas dostupno mnogo više informacija nego prije o ljudima s ozljedom kralježnične moždine, većina tih informacija je nedostatna, jer s vremenom variraju i razlikuju se od države do države (da ne kažemo od rata do rata, od katastrofe do katastrofe i raznih varijabli prometnih i inih varijabli). Neki statistički podaci ovdje su sažeti i imaju informativni značaj.

Postoji vrlo malo informacija o uzrocima ozljeda kralježnične moždine, osim kratkih opisa. Sljedeće informacije se odnose na traumatske ozljede. Podaci su sakupljeni istraživanjima Univerziteta u Alabami koji su koristili izvore regionalnih SCI (spinal cord injury) centara, koje su osnovali NIDPR.

Za više informacija o SCI statistici nazovite 205-934-3320, broj Nacionalnog SCI statističkog centra, Birmingham, Alabama.

BROJ NOVIH OZLJEDA TIJEKOM JEDNE GODINE (USA)

32 ozljede na milijun ljudi ili 7800 ozljeda godišnje u USA.

Većina istraživača smatra da ovaj broj ne odgovara stvarnom stanju. Ozljede koje nisu uključene su slučajevi kada pacijent umre odmah ili ubrzo nakon ozljeđivanja, slučajevi gdje je mali neurološki deficit ili on nestane, i slučajevi gdje ljudi imaju neurološke probleme, kao posljedicu traume, ali nisu klasificirani kao SCI. Procijenjeno je da 20 ljudi na milijun (4860 godišnje) umre prije nego stignu do bolnice. (Možete li zamisliti što se događa u zemljama gdje je transport bolesnika kudikamo otežaniji i na nižim granama no u Americi?)

TOTALNI BROJ SCI

Procijenjuje se da 250,000-400,000 ljudi ima SCI ili spinalnu disfunkciju - 82% muškaraca, 18% žena.

Najveći postotak ozljeda je između 16-30 godina života.

Prosječna dob kod ozljeđivanja je 33,4 godine.

Srednja dob je 26 godina, a najčešća godina kod ozljeđivanja je 19-sta godina života.

UZROCI SCI

Prometne ozljede 44%

Nasilje 24%

Padovi 22%

Sportske ozljede 8%

(2/3 sportskih ozljeda je kod ronjenja)

Druge 2%

Prevratanje motornih vozila je glavni uzrok ozljeda

nakon 45. godine života.

Činovi nasilja i sportske ozljede su manje učestale kod starije dobi.

Činovi nasilja su drugi najčešći uzrok SCI u posljednjih 4 godine.

BRAČNI STATUS KOD OZLJEĐIVANJA

Samci 53%

Oženjeni 31%

Razvedeni 9%

Drugi 7%

BRAČNI STATUS 5 GODINA NAKON OZLJEĐIVANJA

	Osobe sa SCI	Osobe bez SCI
Ostali su samci	88%	65%
Ostali su oženjeni	81%	89%

STATUS ZAPOSLENOSTI MEĐU OSOBAMA IZMEĐU 16.-59. GODINE ŽIVOTA U VRIJEME OZLJEĐIVANJA

Zaposleni 58,8%

Nezaposleni 41,2 %

(studenti, umirovljeni, domaćice)

STATUS ZAPOSLENOSTI MEĐU LJUDIMA SA SCI 8 GODINA NAKON OZLJEĐIVANJA

Paraplegičari 34,4%

Tetraplegičari 24,3%

Ljudi koji su se vratili na posao u prvoj godini nakon ozljeđivanja obično se vraćaju na isto radno mjesto, kod istog poslodavca.

Ljudi koji se vraćaju nakon prve godine nakon ozljeđivanja ili rade za drugog poslodavca ili su studenti koji u našli posao.



OZLJEDE

Od 1988. godine 45% su totalne ozljede, 55% su djelomične SCI. Totalne ozljede rezultiraju potpunim gubitkom osjeta i funkcija ispod mjesta ozljede. Djelomična ozljeda rezultira djelomičnim gubitkom funkcija, pokreta i osjeta. Totalna ozljeda ne znači nužno da je moždina prekinuta. Svaka od navedenih kategorija može se pojaviti kao paraplegija ili tetraplegija.

Osim kod djelomično očuvane motorike, ne više od 0,9 % je doživjelo potpuni oporavak, iako se početna dijagnoza kod svih može poboljšati.

Sveukupno, malo više od 50% svih ozljeda rezultira tetraplegijom.

Organ	Funkcionalne promjene	Moguće komplikacije	Terapeutski pristup
Pluća	Diafragmična paraliza. Promjenjen način disanja.	Manji vitalni kapacitet. Bronhitis. Atelectasis.	Intenzivne vježbe disanja. Izbjegavanje infekcija.
Mjehur	Gubitak osjeta u mjehuru. Veliki rezidualni kapacitet. Kateter.	Kronične infekcije. Hydronephrosis. Polynephritis.	Program intenzivnog treninga mjehura.
Crijeva	Reducirana peristaltika. Nedostatno izbacivanje stolice. (Želudac, gušterača). Digitalna stimulacija.	Loša probava. Perforacija.	Program treninga crijeva čepićima i digitalnom stimulacijom.
Koža (put)	Nedostatak osjeta. Reducirana vazomotorika. Nema termoregulacije.	Rane od pritiska. Crvenilo kože. Znojenje/osjećaj hladnoće.	Okretati pacijenta svaka tri sata Antidekubitantni madrac i jastuk Nadizanje u kolicima svakih 15 minuta. Onemogućiti pritisak na crvene dijelove kože. Naučiti pregledati kožu.
Skelet	Redukcija kalcija.	Osteoporoza. Lomovi.	Prevenција deformacija redovitim vertikalizacijama.
Zglobovi	Imobilizacija. Spastičnost. Nema muskularne stabilizacije.	Kontrakture. Luksacije.	Pozicioniranje. Istezanje mišića.
Nervni sustav	Promijenjena kibernetika.	Autonomna disrefleksija (glavobolje, porast krvnog pritiska, obiljevanje).	Onemogućiti stimulaciju autonomnog živčanog sustava prepunjivanjem mjehura, pritiskom na rane (dekubituse), iritacijom prilikom kateterizacije itd.).
Krvotok	Širenje vena. Reducirana vazomotorika.	Nizak pritisak. Edemi. Embolija.	Trening za cirkulaciju. Elastične čarape.
Leđna moždina	Zbijanje. Distalna autonomija leđne moždine. Gubitak nervnih somatskih nizova.	Bolovi. Spasticitet. Bolesti nervnog sustava s neobičnim simptomima.	Lijekovi, TENS itd. Fizičke metode, lijekovi. Nadzor.
Spolnost	Nedostatak osjeta. Problemi s erekcijom/ejakulacijom. Promjenjena kvaliteta sperme.	Nemogućnost postizanja orgazma. Kadkad muškarci ne mogu začeti djete.	Isprobavanje novih tehnika.



Funkcionalne mogućnosti i ciljevi kod kompletne povrede leđne moždine

Ozljeda Posljednji intaktni segment Voljno pokretani mišić	Funkcionalne mogućnosti	Potrebna pomoć druge osobe Potrebna medicinska pomagala
C0-C3 M. trapezius, Mn. scaleni	Osoba je ovisna, koristi električna kolica koja se upravljaju pomoću štapića u ustima; respiratorne funkcije su insuficijentne.	Potrebna je 24-satna njega i aparat za pomoć kod disanja; kontrola okoliša pomoću komanda s usnim štapićem.
C4 M. diaphragma	Osoba je ovisna, dobro kontrolira vrat i može rabiti električna kolica upravljana glavom i usnim štapićem, kojim se služi i pri pisanju, slikanju, tipkanju, te okretanju stranica.	Potrebna je tuđa pomoć za skoro sve dnevne aktivnosti. Za transfer je potreban lifter; za kupanje kolica za tuširanje. U kolicima je nužna pasivna fiksacija.
C5 M. biceps brachii	Osoba je uglavnom ovisna. Za kontrolu okoliša koristi gornje ekstremitete, a električna kolica vozi pomoću poluge na upravljačkoj kutiji. Manje distance svladava pomoću kolica na ručni pogon. Kod jela osoba koristi adapter pričvršćen na šaku.	Potrebna je tuđa pomoć za skoro sve dnevne aktivnosti. Treba pomoć za gornje udove i pasivnu pomoć. Aktivna fiksacija u kolicima.
C6 M. extensor carpi radialis	Osoba je djelomično neovisna; za hvatanje koristi trik-pokrete. Može raditi jednom rukom bez otpora i koristiti kolica na ručni pogon. Moguć je samostalan transfer.	Osoba treba redovitu pomoć, kolica na ručni pogon, a električna kolica za dulje distance. Transfer radi u istoj visini i rabi prilagođeni pribor za jelo.
C7 M. triceps brachii	Osoba je uglavnom samostalna, a za hvatanje koristi trik-pokrete. Transfer je samostalan, kao i odijevanje; koristi kolica na ručni pogon i svladava male kosine. Može voziti prilagođeni automobil.	Za svoju samostalnost treba imati dobro prilagođeni okoliš, električni krevet, dasku za transfer. Treba pomoć kod kupanja i stolice.
C8 M. latissimus dorsi, Mm. lumbricales	Potpuna samostalnost. Osoba rabi kolica na ručni pogon, svladava manje stube i hvata sa snagom.	Za kupanje treba kolica za tuširanje, a za kontrolu mjehura i stolice električni krevet.
D1-D9 Mm. intercostales	Osoba je samostalna u kolicima na ručni pogon. Moguće je svladavanje većih kosina.	Potrebna je prilagođen stan za kretanje u kolicima. Pri kupanju rabi se sjedalo ili kolica za tuširanje.
D10-L2 lumbalni mišići. M. rectus	Potpuna neovisnost u kolicima: korištenie protezâ za	Osoba rabi kolica na ručni pogon. prilagođeni automobil.



femoris	stajanje i svladavanje nekoliko stuba.	proteze za cijelu nogu te visoke štake.
L3-L4 M. quadriceps, M. tibialis anterior	Osoba je samostalna te sjedi bez naslona. Može hodajući svladati stuba.	Invalidska kolica i kratke proteze za noge te štake.
L5-S1 M. triceps surae, Mm. peronei	Potpuna neovisnost; može stajati i raditi. Osoba vozi automobil s automatskim mjenjačem.	Treba potkoljenične proteze.

Funkcionalni ciljevi za osobe s ozljedom kralježnične moždine ovisno o visini ozljede

CILJ . samozbrinjavanje	C4	C5	C6	C7	C8-T1	T2-T12	L1-L3	L4-S1
Jedenje	■	■	■	■	■	■	■	■
oblačenje	■	■	■	■	■	■	■	■
osobna higijena	■	■	■	■	■	■	■	■
mokrenje i stolica	■	■	■	■	■	■	■	■
Kupanje	■	■	■	■	■	■	■	■
električna kolica	■	■	■	■	■	■	■	■
standardna kolica	■	■	■	■	■	■	■	■
premještanje u/iz kolica	■	■	■	■	■	■	■	■
pokretljivost u krevetu	■	■	■	■	■	■	■	■
Uporaba telefona	■	■	■	■	■	■	■	■
Pisanje	■	■	■	■	■	■	■	■
Tipkanje	■	■	■	■	■	■	■	■
pokretljivost	■	■	■	■	■	■	■	■
Ortoze	ECU	UEO	UEO	UEO	■	KAFO	KAFO	AFO
Uporaba ručnih komanda	■	■	■	■	■	■	■	■
vlak, zrakoplov	■	■	■	■	■	■	■	■
Autobus	■	■	■	■	■	■	■	■

Legenda:

■ puna neovisnost, ■ djelomična neovisnost uz pomagala, ■ ovisnost uz pomoć, ■ nemogućnost izvođenja, AFO - aparat za gležanj i stopalo, ECU - environmental control unit, KAFO - koljeno-gležanj-stopalo ortoza, UEO - ortoza za gornje ekstremitete



Problemi infekcije kod samokateterizacije

UVOD

Tijekom stoljeća retencija mokraće bila je izazov kako za medicinsku znanost tako i za zajednicu. Znano je da su stari kapetani na brodovima irske i norveške trgovačke flote imali katetere u svojim kabinama i na taj način rješavali akutni zastoj mokraće. Nepoznato je i treba istražiti jesu li i pomorski kapetani dubrovačke republike nosili katetere ili slične naprave. U Francuskoj, u 19. stoljeću kupac kišobrana dobio je i kateter na poklon koji se nalazio u vrhu kišobrana zatvoren vijkom. Iz ovih nekoliko povijesnih podataka vidljivo je da postupak intermitentne kateterizacije i nije novijeg datuma. U medicinske „alate“ intermitentna sterilna kateterizacija uvedena je 1940. g, a prvi ju je primjenio sir Ludwig Guttman¹ u terapiji bolesnika s ozljedom ledne moždine. On, kao i ostali terapeuti, dokazali su velike prednosti intermitentne kateterizacije nad ostalim terapijama.

Godine 1950. eksperimentom je dokazano da prekomjerno rastezanje mjehura smanjuje protok krvi kroz mjehur i na taj su način epitel i mišić osjetljivi na bakterijsku invaziju i infekciju. 1960. g. Hinman² je ustanovio da, kad se u zdravi mokraćni mjehur instilira suspenzija E.coli, nema infekcije kod bolesnika koji imaju mogućnost potpunoga pražnjenja mokraćnoga mjehura. Na osnovi fiziologije mjehura i eksperimenta s infekcijama Jack Lapidés³ je zaključio da za bolesnike koji imaju problema s pražnjenjem mjehura „inter-mitentna (povremena)

kateterizacija treba biti neškodljivi postupak pod uvjetom da se mje-huru ne dopusti preveliko rastezanje, a obavlja se na atraumatski način. Nadalje, dovoljna je čista, a ne aseptična, tehnika s obzirom na to da će bilo koja bakterija unesena kateterom biti neutralizirana prirodnom zaštitom domaćina“.

Ovu svoju tvrdnju Lapidés je testirao 1970. g. na 30-godišnjoj bolesnici oboljeloj od multiple skleroze, a godinu dana kasnije sa svojim je suradnicima izvijestio o 14 bolesnika koji su se intermitentno kateterizirali kroz dulji vremenski period. Od toga je vremena uveden naziv čista povremena kateterizacija (*CIC clean intermittent catheterisation*).

KOME JE NAMIJENJENA POVREMENA ČISTA KATETERIZACIJA?

Svim onim bolesnicima koji iz bilo kojega razloga ne mogu prazniti svoj mokraćni mjehur. To su djeca sa spinom bifidom te jakim deformitetima ledne moždine i konsekvativnom plegijom donjih ekstremiteta, bolesnicima s traumatskom ozljedom ledne moždine, bolesnicima s multiplom sklerozom itd.

VAŽNE TOČKE INTERMITENTNE KATETERIZACIJE

- Intermitentna kateterizacija indicirana je kod bolesnika s tzv. neurogenim mjehurom ili hipotoničnim mjehurom koji ne može efikasno mokriti i mogu izazvati oštećenje bubrega, upale mokraćnih putova i inkontinenciju.
- Pospješujući drenažu i eliminiirajući ekscisivni ostatni urin, intermitentna kateterizacija čuva bubrege, smanjuje simptomatične infekcije mokraćnih putova i poboljšava kontinenciju.
- Dovodi bolesnike u stanje da mogu kontrolirati svoj mokraćni mjehur, ubrzavajući

1. Guttman L, Frankel H. The value of intermittent catheterisation in the early management of traumatic paraplegia and tetraplegia. *Paraplegia* 1966;4:63-85.

2. Hinman F, Cox CE. The voiding vesical defence mechanism; the mathematical effect of residual urine, voiding interval and volume on bacteriuria. *J urol* 1966;96:491-498.

3. Lapidés J, Diokino AC, Silber SJ, Lowe BS. Clean, intermittent self-catheterisation in the treatment of urinary tract disease. *J Urol*



neovisnost, samopouzdanje i kvalitetu življenja.

- Znatno tjelesno oštećenje nije zapreka kateteriziranju. Bolesnici savladavaju tehniku usprkos svojoj nepokretnosti zbog paraplegije, gubitka osjećaja u području perineuma, intencionoga tremora, deformiteta leđne moždine, visoke dobi, sljepoće i mentalnoga hendikepa.
- Mnogi se bolesnici s neuropatskim mjehurom trebaju često kateterizirati, da bi spriječili oštećenje mokraćnih putova zbog gubitka osjećaja prepunjenoga mjehura ili visokoga tlaka u mjehuru.

- Zbrka koja nastaje uslijed konzumiranja velikih količina tekućine i rijetkoga kateteriziranja, najčešći je uzrok da su bolesnici i nadalje inkontinentni.

- Mnoge bolesnike treba uputiti na mogućnost intermitentnoga kateteriziranja, jer im se na taj način može omogućiti i izmijeniti kompletan način življenja. Ako to ne uspije, postoje i drugi načini terapije (npr. medikamentozna, kirurška). Najčešći uzroci neurogenoga mokraćnoga mjehura

- Spina bifida.
- Multipla skleroza.
- Ozljede leđne moždine.
- Tumori leđne moždine.
- Prolabirani intervertebralni disk.
- Dijabetička neuropatija.

INDIKACIJE

Bolesnici koji imaju poteškoće s pražnjenjem mokraćnoga mjehura, inkontinentni su, a inkontinencija je udružena s velikim ostatnim urinom. Njima se može pomoći intermitentnom kateterizacijom bez obzira imaju li, ili nemaju, neurogeni mjehur. U neurološki zdravoga bolesnika, hipotonični mjehur može biti udružen s problemima mišića dna zdjelice ili sa starošću. Intermitentna se kateterizacija upotrebljava kod bolesnika s produženom postoperativnom retencijom (najčešće nakon ginekoloških zahvata ili zahvata na rektumu), ili opstrukcija uretre.

DJECA

Djeca s neurogenim mjehurom osobito su osjetljiva: bubrežna oštećenja koja se razvijaju u najranijim danima uzrokovana su funkcionalnom zaprekom u otjecanju urina, razvija se vezikoureteralni refluks, inkoordinacije između detrusora i sfinktera zbog koje raste intravezikalni tlak i razvija se infekcija. Intermitentna kateterizacija može biti indicirana da se zaštite gornji mokraćni putovi do dobi djeteta kada kontinencija igra važnu ulogu.

SIMPTOMI

Najčešći simptom je inkontinencija s akutnom retencijom. Anamneza oklijevanja prije mokrenja, napinjanja tijekom akta mokrenja, hitni nagon za mokrenjem, učestalo mokrenje, suprapubična bol i učestale uroinfekcije mogu upozoravati na dugotrajniju retenciju mokraće. Bolesnici koji imaju oštećeni senzibilitet nisu svjesni punoga mokraćnoga mjehura i imaju bezbolnu ischiuriju paradoxu, a može se javiti i tzv. podmuklo oštećenje bubrežne funkcije.

PREDUVJETI

Dva su osnovna uvjeta koji moraju biti ispunjeni za čistu intermitentnu kateterizaciju. To su veliki ostatni volumen u mokraćnome mjehuru i motivirani bolesnik (ili skrbnik). Ekscesivni ostatni urin podrazumijeva veliki kapacitet mjehura i aktivan sfinkter. Može se ustanoviti i fizikalnim pregledom bolesnika (u donjem dijelu trbuha vidljiva je tumefakcija ili se palpira tvorba do veličine dječje glave, perkusijom u donjem dijelu trbuha dobiva se muklina). Lako se dokazuje ultrazvučnom pretragom, običnom preglednom snimkom urotakta, a tvorba nestaje postavljanjem katetera. Što je veći volumen to je velika vjerojatnost da će bolesnik ostati suh između dviju kateterizacija. Bolesnici s velikim ostatnim volumenom imaju i povećani rizik oštećenja bubrežne funkcije sve dok se opstrukcija ne riješi. Ako je ostatni urin manji od 100 ml kod odrasloga bolesnika, mala je vjerojatnost da bolesnik bude suh između dviju kateterizacija.



Motivacija bolesnika je različita. Bolesnik koji je nedavno postao nepokretan, čiji mjehur sada dominira sputavajući ga u svim aktivnostima, može biti jako motiviran u svladavanju tehnike kate-terizacije. Nasuprot njemu dijete koje je bilo od rođenja inkontinentno može smatrati da terapija njegove inkontinencije spada u majčinu dužnost i neće poka-zivati želju i interes za samostalnošću. Naravno da i uvjerljivost i entuzijizam učitelja ima važnu ulogu.



KAKO ČESTO SE KATETERIZIRATI?

Kateterizacija treba biti dovoljno česta da se spriječi prekomjerno rastezanje mjehura i da je bolesnik suh. Bolesnici se trebaju kateterizirati najmanje četiri puta dnevno - češće se trebaju kateterizirati djeca i bolesnici koji konzumiraju veće količine tekućine. Uz pomoć volumena koji je dobiven kateterizacijom možemo procijeniti kapacitet mjehura i to nam može sugerirati koliko bolesnik može piti između kateterizacija. Prekomjerno ispunjeni mokraćni mjehur česta je pojava i ne smije se dozvoliti da volumen naraste iznad 400ml. Količina od 1500ml obično je primjerena količina koju bolesnik treba popiti tijekom dana.

KATETERI

To su jednokratni plastični kateteri uz koje treba obvezatno dodati sredstvo za podmazivanje uretre. Bez sredstva za podmazivanje kateterizacija muške osobe praktički je nemoguća. Autor ovoga priloga zalaže se da se za svaku kateterizaciju upotrijebi novi kateter, a ne da se kateter ispiri i ponovno upotrebljava.

INFEKCIJA

Simptomatska infekcija urotrakta je rijetki problem i uglavnom dobro reagira na odgovarajuću antibiotsku terapiju, uz češću kateterizaciju i povećani unos tekućine. Asimptomatske infekcije su češće, ali rijetko zahtijevaju terapiju. Samo 10-25% bolesnika koji se kateteriziraju imaju trajno sterilan urin. Profilaktička antibakterijska uporaba općenito se ne

preporuča, osim kod djece s vezikoureteralnim refluksom. Uloga lokalnih faktora u kolonizaciji mjehura nije tako jasna kao što bismo voljeli da jest. Čini se nadalje, da se nitko nije bavio razlikama u mikrobiološkim aspektima bakteriurije u pacijenata liječenih čistom intermitentnom kateterizacijom nasuprot pacijenata s normalnim mjehurima koji pate od infekcija urotrakta. Problemi koji su vezani za uretru i susjedne organe, a u vezi s čistom interm. kateterizacijom do određene su mjere ignorirani. Opetovani problemi s upalama kod nekih bolesnika mogli bi se temeljiti na nekim od tih struktura. Postoji, dakle, još uvijek određeni broj neriješenih pitanja na polju čiste intermitentne kateterizacije.

KOMPLIKACIJE

Tijekom započinjanja kateteriziranja ili tijekom faze učenja najčešće se javlja manje krvarenje i to uglavnom kod muškaraca i to ne zahtijeva nikakvu terapiju. Od komplikacija koje se mogu očekivati su orhiepididimitis, uretritis, konkretni mjehura, ozljede uretre, strikture. Kod ženskih bolesnika takve se komplikacije ne očekuju.

POPIS LITERATURE

1. Guttman L, Frankel H. The value of intermittent catheterisation in the early management of traumatic paraplegia and tetraplegia. *Paraplegia* 1966;4:63-85.
2. Hinman F, Cox CE. The voiding vesical defence mechanism; the mathematical effect of residual urine, voiding interval and volume on bacteriuria. *J urol* 1966;96:491-498.
3. Lapidus J, Diokino AC, Silber SJ, Lowe BS. Clean, intermittent self-catheterisation in the treatment of urinary tract disease. *J Urol* 1972;107:458-461.
4. Dimanovski J. Intermitentna samokateterizacija. Priručnik, Zagreb 1994.

Jordan Dimanovski
Klinika za urologiju
Bolnica „Sestre milosrdnice“, Zagreb
11. poslijediplomski tečaj iz kliničke mikrobiologije,
Zagreb, studeni 2002



Mrsa

ŠTO JE MRSA?

Staphylococcus aureus je bakterija koja se često može naći u nosevima zdravih ljudi (20-30%) i često se može naći na koži. Većina sojeva te bakterije se dobro tretira antibioticima, ali MRSA (methicillin resistant *Staphylococcus aureus*) je otporan na većinu antibiotika. Neki sojevi bakterija se pojavljuju u epidemijama i označavaju se slovom E ispred MRSE, npr. EMRSA-16, EMRSA-3, i oni se međusobno vrlo razlikuju.

JE LI MRSA OPASNA?

MRSA je vrlo rijetko opasna za široku javnost. Ona nije ništa opasnija od drugog soja



te iste bakterije tzv. Methicillin sensitive S.aureas (to znači S. Aureas koja se može liječiti s antibiotikom meticilinom). Iako nije ništa opasnija, razlika je u tome što se MRSA teško tretira. Ova se bakterija obično nalazi u bolnicama i to među bolesnicima u intenzivnoj njezi, na odjelima za opekotine, kirurškim i ortopedskim odjelima. MRSA nije opasna za zdrave zaposlenike odjela, obitelj i prijatelje operiranog, već samo za navedene bolesnike na odjelima. Prijatelji i obitelj mogu normalno posjećivati i ne treba se bojati normalnog socijalnog kontakta s nosiocem MRSE.

ŠTO MRSA UZROKUJE?

Kod većine bolesnika kod kojih je izolirana MRSA ona je prisutna na koži, u nosu, ili u grlu bez ikakve bolesti. Međutim, ako je prisutna upala i vrućica koju je izazvala prisutnost MRSE, smatra se da su ti bolesnici inficirani s MRSOM. Posebno je rizična skupina bolesnika koji su bili

operirani, imaju kateter, intravenoznu infuziju ili dren. Kod njih se mogu pojaviti isti simptomi kao i kod inficiranih s Meticillin sensitive S. Aureas, a to su infekcije rane, kožne infekcije, urinarne inf., upala pluća ili sepsa, tj. trovanje krvi.

KAKO SE MRSA TRETIRA?

Ako je MRSA prisutna bez ikakvih simptoma i kliničke slike, ona se tretira površinski sa specijalnim antibioticima, npr. Mupirocinom koji se stavlja unutar nosa, a pranje kože i kose se obavlja s dezificijensom, npr. Chlorhexidinom. Te preventivne mjere se koriste da bi se smanjila mogućnost inficiranja s MRSOM i spriječilo širenje na druge bolesnike.



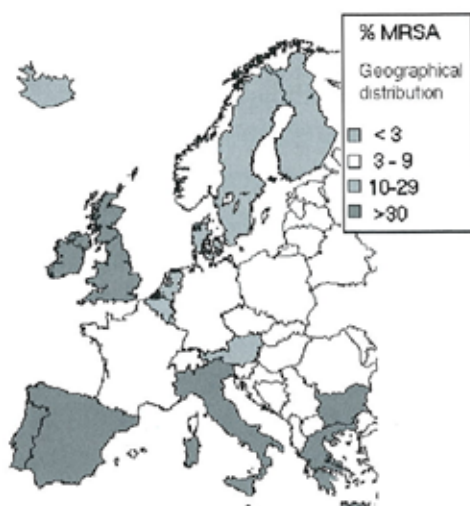
Gdje je prisutna infekcija, antibiotici, kao npr. Flucloxacillin, Erytromycin, Cephalosporin su bez ikakvog efekta i zahtjeva se tretiranje s drugim antibioticima, npr. Vancomycinom ili Teicoplaninom. Oni su vrlo skupi, mogu biti toksični i daju se intravenozno, što znači da se mogu dobiti samo u bolnici.

To je samo jedan od razloga zašto se mora učiniti napor da se spriječi širenje te bakterije.



KAKO SE SPRJEČAVA ŠIRENJE MRSE?

Najvažnija mjera je savjesno pranje ruku bolničkog osoblja prije i poslije kontakta s pacijentom i prije bilo kakvog zahvata da bi se spriječilo širenje MRSE s jednog na drugog pacijenta. Pacijent s MRSOM se mora izolirati u zasebnu sobu s zatvorenim vratima, mora se održavati pojačana higijena sobe, u njego-vim dokumentima mora stajati da je nositelj MRSE, što je važno kod eventualnog hospitaliziranja u budućnosti. To znači da se uvijek mora izolirati od drugih bolesnika već kod prijema u bolnicu, jer se tako sprečava širenje, i uvijek napomenuti da je nositelj MRSE. Korištenje antibiotika i dezificijensa, koje je već spomenuto ranije, također pomaže u reduciranju širenja. I konačno,



kad je takav bolesnik otpušten kući, cijela soba se mora dobro dezinficirati, a posteljina i klinički otpad ukloniti u posebnim vrećama.

NEUGODNA MRSA

Drugim riječima *Staphylococcus aureus*, bakterija nastala u 60-tim godinama prošlog stoljeća. Od tada pa sve do danas ta je bakterija, nažalost, ugodno pohranjena u 20-40% zdravih, ljudskih, nosnih šupljina. S obzirom da se okolnosti u kojima MRSA uzrokuje zarazu nerijetko nalaze unutar bolničkih objekata, takva područja u stvari predstavljaju epicentar uistinu plodnih područja zaraze. Međutim, da bismo spriječili bakterijski razvoj, nužno je, prije svega, bolničko okruženje preventivno zaštititi od moguće infekcije i to na način da se unutar

bolničkih prostorija ponajprije održava higijena odgovarajuće razine, u koju se ubraja suhoća i čistoća prostorije te pranje ruku nakon njege. Njegovatelji bi trebali zaštititi svoje tijelo jednokratnim pregačama i lateks rukavicama koje se nakon upotrebe bacaju kao klinički otpad. Ovakva higijenska primjena važna je kako se zaraza ne bi širila dalje pogotovo ne na pacijente s invaliditetom koji su istim ili sličnim zarazama uvelike skloniji. Najčešće okolnosti u kojima se susrećemo sa bakterijom su različita oštećenja kože, kao npr. posjekotine i rane te rane uzrokovane pritiskom (dekubitusi). MRSA tada uzrokuje gnojne čireve, kožne i druge infekcije.

MRSA je skraćeni naziv u engleskom jeziku za meticillin resistant *Staphylococcus aureus*. Što znači da je bakterija otporna na antibiotik meticilin i na neke druge antibiotike. S obzirom da je malen broj uspješnih antibiotika, od kojih se neki poput Fluclaxacilin-a ili Erytromicin-a bez ikakvog efekta, preostaju jedino Vancomycin ili Teicoplanin koji su vrlo skupi i daju se samo intravenozno, infekcije se stoga teže tretiraju, a bolesnici k tome zahtijevaju i odgovarajući smještaj unutar izoliranih prostorija sa zatvorenim vratima, kakvih je kod nas uistinu malo. Posjetioci oboljelih od MRSE morali bi se zaštititi pregačama i rukavicama.

Tretiranje većine slojeva MRSE odvija se apliciranjem krema i tekućina na kožu, ne bi li se koža oslobodila prisutnosti bakterije. Neki sojevi bakterija pojavljuju se u epidemijama i označavaju se slovom E ispred MRSE, kao npr. EMRSA-16, EMRSA-3 i oni se međusobno razlikuju. Inficiranje s MRSOM pretpostavlja prisutnost upale i vrućice.

U liječenju se, dakle, koriste različiti antibiotici i dezificijensi, uglavnom za površinsko tretiranje. Bez ikakvih simptoma i kliničke slike koristi se npr. Mupirocin koji se stavlja unutar nosa, dok se pranje kože kose obavlja dezificijensom. Rane i čirevi kod njegovatelja ili klijenata moraju biti dobro pokriveni nepromočivim pokrovom. Izvan bolnice pacijent mora nastaviti s dobrom higijenom, ali nema potrebe za izolacijom od ostatka obitelji.

Nakon što je završen program iskorjenjivanja, daljnja čišćenja nisu potrebna. Dakle, ako se





poštuju mjere predostrožnosti, nosioci MRSE nisu opasni po okolinu.

U globalu MRSA ne predstavlja opasnost za opću populaciju, već potencijalnu opasnost predstavljaju rizične skupine oboljelih, kao što su prije svega nosioci MRSE, njegovatelji oboljelih – osobito

oni s ekcemima, dermatitisom ili ozljedama, operirani bolesnici ili pak oni sa intravenoznom infuzijom, i, naravno, bolesnici s kateterima, u koje ubrajamo paraplegičare i tetraplegičare.

Tekst obradio i prilagodio: Antun Najcer

POMAGALA

O invalidskim kolicima i stvarima koje idu uz njih

VRSTE KOLICA

KOLICA NA SKLAPANJE

To su klasična kolica. Ima ih od onih standardnih (penzionerskih, za baku) do suvremenih, dobro prilagodljivih i podesivih aktivnih kolica. Sva imaju sličan mehanizam sklapanja - preklopnu mehaniku papučica za noge prema gore i povlačenjem presvlake sjedišta prema gore ona postaju uska. Zbog mogućnosti preklapanja potrebno je nešto pomičnosti u okviru kolica i to zato da kod preklapanja ništa ne bi zapelo.

Prednost: više udobnosti, jer se kod neravnog tla ponešto izjednačuju. Mana: dio snage potrebne za pokretanje „propadne“ zbog pokretljivosti okvira.

Sve mjere, dakle širina i dubina sjedala, te visina lednog naslona daju se individualno uskladiti prilikom izbora kolica. Isto tako, može se prilagoditi nagib sjedala i „mogućnost prevrtanja“ prema jačini invaliditeta ili znanju upravljanja od strane korisnika. Ova kolica su najprikladnija kao dnevna kolica.

Za sportske aktivnosti se ne preporučuju, jer se zbog ograničene podesivosti ne mogu dovoljno prilagoditi. Osim toga, zbog mnogih pokretnih dijelova koji omogućuju sklapanje, nedovoljno su stabilna za neke sportske aktivnosti, na primjer za košarku.

KRUTA KOLICA

Preklapanje je drugačije nego kod sklopivih kolica. Kod krutih kolica kotači se postrance skidaju, a ledni naslon preklapa se na sjedalo. Na taj način se kolica mogu ukrcati u auto. U takvim kolicima ništa se drugo ne pokreće, što znači da se svu snagu koja je na raspolaganju može upotrijebiti za pokretanje. To je naročita prednost za tetraplegičare. Svakako je slaba strana da kolica reagiraju na svaku, pa i najmanju neravnost terena.

Sve mjere se, kao i kod sklopivih kolica, mogu pojedinačno prilagoditi. Dodatno, moguće je promijeniti kut lednog naslona, čime se individualno prilagođava položaj sjedala. Kruta kolica se koriste za svaki dan, te za sport. Kolica moraju biti prilagođena svakoj pojedinoj vrsti



sporta, tako da su prilagođena ne samo visini ozlijede nego i posebnom položaju prilikom obavljanja pojedinih sportskih aktivnosti. Tko još ne zna sasvim sigurno kojim će se sportom baviti, treba izabrati kolica koja dopuštaju što veći slobodni prostor za kasniju prilagodbu.

ELEKTROMOTORNA KOLICA

Unutarnja, vanjska i kombinirana elektromotorna kolica

Elektromotorna kolica za unutarnju uporabu se odlikuju posebno malim izmjerama (dužina i širina). Kako bi bila što lakše pokretljiva, imaju straga i naprijed prilično male kotače. Dva motora pokreću oba nešto veća kotača, tako da je moguće okrenuti se na mjestu. Jedan motor vozi unatrag, a drugi naprijed.

Takva kolica se obično ne rabe izvan kuće, jer mali kotači zapinju za svaku neravninu. Prikladna su za tetraplegičare, koji ne mogu pokrenuti mehanička kolica, a imaju mali stan, te za one koji se za dulje izlaske presele u elektromotorna kolica za vanjsku uporabu.

Elektromotorna kolica za vanjsku uporabu trebala bi se koristiti za dulje vožnje i neravni teren. Ona svojim velikim kotačima, koje pokreće motor prema naprijed, i direktnim upravljanjem stražnjih kotača nisu naročito okretna, ali mogu do neke mjere prelaziti i preko rubnih kamena.

Ipak, osobe koje koriste javna prometna sredstva (autobus, tramvaj i sl.) sigurnije su od onih koje se voze same, jer se i mokre rampe ili pukotine na pločniku također moraju svladati. Međutim, tko ne može voziti automobil, a želi istražiti više od svoje najbliže okoline, može razmišljati o nabavi ovakvih kolica.

Slijedeća loša strana ovih kolica je da se mjere ne mogu prilagoditi onako točno kao kod aktivnih kolica (širina i dubina sjedala, visina naslona).

Kombinirana elektromotorna kolica predstavljaju kompromis. Ona su još relativno okretna, a imaju i nešto veće kotače, pa se mogu koristiti i vani. Princip okretanja sličan je kao i kod unutarnjih elektromotornih kolica, a sastoji se od dva motora koji omogućuju okretanje na mjestu. Ova kolica imaju indirektno upravljanje. To znači da su manji, obično prednji kotači,

neaktivni i samo slijede smjer dat od motora. To je isti princip kao i kod mehaničkih kolica: dva motora - dvije ruke. Ipak, teško je prevladati neravnine terena i staze s nagibom. Ovakva kolica su pogodna za tetraplegičare koji imaju prostran stan te donekle za one koji se bez premještanja voze u grad ili na dulje staze.

Što se tiče prilagodbe na individualne tjelesne mjere, vrijedi isto što i za vanjska elektromotorna kolica: nije moguća centimetarska točnost.

DODATNI POGON

HANDBIKE

Handbike se pričvršćuje ili izravno ili pomoću adaptera na prednji dio običnih kolica. I to na način da se prednji kotači kolica podignu, pa tako kolica s četiri kotača postaju trokolica. Ukoliko je snaga ruku dobra, može se postići prilična brzina. Zato se taj handbike po mogućnosti pričvršćuje na robustna kruta kolica. Za tetraplegičare postoji mogućnost prilagodbe specijalnih ručnih komandi, time se izjednačuje nedostatak u funkciji ruku. Od bicikla je preuzet okvir i mjenjač pogona, kao i mogućnost nabave dodatnih dijelova. Ukupni tehnički razvitak sve se više približava onome kod bicikla. Tako se i kod handbikera prepoznalo kako kotač ima bolja trkaća svojstva što je veći. Prema tome, trend ide prema kotačima od 20' do 26'.

Za sportski orijentirane vozače nude se produženja s oprugama za nosač kotača. Oni, osim udobnosti, pojačavaju pritisak na prednji kotač. Kotač se ne okreće tako lako i snažniji vozači mogu lakše svladati uzbrdicu.

Osoba koja nije u mogućnosti svladati dulje odsječke ili uspone trebala bi razmisliti ne bi li bila bolja opcija handbike s elektromotornim pokretačem kolica. Tako je na ravnom odsjeku moguće trenirati izdržljivost, a kad snaga popusti, može se pritiskom na gumb ukopčati elektromotor pričvršćen na kolica.

Ukoliko se netko ne želi voziti u elektromotornim kolicima, može doći u obzir električno pokretan nastavak za kolica. S nešto vježbe i truda, može se ova vrsta bikera samostalno



pričvrstiti na kolica. Treba misliti kako u tom slučaju otpada komplicirani transfer u elektromotorna kolica - možda se isplati malo razmišljati u tom smjeru.

DODATNI ELEKTROMOTORNI POKRETAČI

E-MOTION I SLIČNI POKRETAČI

Ovaj pokretač odgovara onim osobama koje mogu voziti normalna mehanička kolica, ali se brzo umaraju, recimo - na najmanjim zaprekama ili usponu.

Princip funkcionira na slijedeći način: kotači-pokretači mehaničkih kolica zamijene se kotačima kod kojih je smješten elektromotor u njihovim šipkama. Ovaj pojačava snagu kotača-pokretača, ali ih ne zamjenjuje. Kad je ukopčan, pomaže dodatnom pokretnom silom. Izmjer ove pomoći može se individualno prilagoditi tako da se s više snage može trenirati, ali, ako se želi, može se uključiti elektro-snaga.

E-FIX I POWER F16

E-Fix je elektromotorni pokretač koji se pričvršćuje na mehanička kolica i moguće ga je primijeniti gotovo na sve mehaničke modele. Elektromotorni pokretači ugrađeni su u prečke velikih kotača, baterije su pričvršćene ispod sjedala, a komande su postavljene postranično.

Područje za pričvršćenje uglavnom treba tražiti u unutarnjem prostoru, jer zbog malih slobodnih pokretnih kotača mehaničkih kolica ne može se očekivati više slobodnog vanjskog prostora. Osoba koja želi pokretati kotače kolica s ugrađenim E-Fix (ili nekog drugog proizvođača) mora znati kako su takva kolica vrlo teška i moguće je samo ograničeno mehaničko pokretanje. Zbog svega navedenog, kolica na kojima je ugrađen E-Fix ne mogu se tako brzo sklopiti, jer se neki dijelovi moraju skinuti. Osim toga, na kolicima ostaje veća količina raznih žica.

Pokretačke i baterijske jedinice kod Power F16 (Sopur) pričvršćene su na mehanička kolica otraga. Kad se skinu one i upravljačka kutija, a

stave uobičajeni kotači za pokretanje s gumbima za skidanje, ostaju kolica sa samo jednim dodatnim kilogramom teškim adapterom.

Zbog niskog težišta cijelog sistema s dodatnim pokretačem nešto je stabilnija vožnja na otvorenom nego kod E-Fixa. Ali tu ostaje problem malih slobodnih pokretnih kotačića mehaničkih kolica. Ujedno, za promisliti je kako cijeli taj sustav teži dodatnih dvadeset i tri kilograma.

JASTUCI I SUSTAVI ZA SJEDENJE

KOJI JASTUK JE NAJBOLJI?

Na to pitanje ne može se lako odgovoriti uzimajući u obzir samo ime proizvođača. Kako jastuk mora štiti *najdragocjeniji* dio, u igri su prilikom izbora mnogi čimbenici. Ukoliko je netko zadovoljan sa svojim jastukom, gotovo da je svejedno na čemu sjedi, dok ne nastanu problemi. Ja osobno nikom ne bi savjetovala da mijenja jastuk dok je sve u redu.

Ukoliko postoji potreba za jastukom, ili njegovom promjenom, nikad ne valja kupovati iz kataloga. Odgovarajući jastuk mora se isprobati, tako da se najmanje nekoliko sati na njemu sjedi. Samo na taj način može se zaključiti postoji li opasnost za pojavu dekubitusa, osjećaj nestabilnog sjedenja, ili možda jastuk neobičnom visinom, odnosno oblikom, potpuno mijenja položaj sjedenja.

Jastuk treba podržati dobri sjedeći položaj bez pritiska i bolova, pritom uzevši u obzir osobni način sjedenja i osobne anatomske karakteristike.

JASTUCI OD SPUŽVE

Postoje mnoge vrste spužva i sve spužve se daju nabaviti u raznim stupnjevima tvrdoće - od vrlo tvrde spužve do superelastičnog lateksa.

Ako prilikom sjedenja na nekom jastuku od spužve dolazi do bolova i crvenila kože, najjednostavnije je taj problem riješiti korištenjem drugog, mekšeg jastuka. Nikako se ne smiju izrezivati rupe u spužvi kako bi se dobile točke smanjenja pritiska! Time se povećava pritisak na okolnim područjima, a to može dovesti do povećane opasnosti od ranâ.



ROHO JASTUCI

Osnova jastuka su male zračne komore. Prikladan je za osobe koje su jako ugrožene od dekubitusa i čvrsto sjede. Budući se jastuk sastoji od međusobno povezanih zračnih komora, na njemu je sjedenje vrlo nestabilno.

Loše strane - optimalni tlak zraka u jastuku teško je pogoditi, a i može se lako probušiti (naprimjer od žara cigareta), što dovodi do neuporabljivosti.

JAY JASTUCI

Jastuci se sastoje od spužvaste baze i želatinozne mase. Čvrstoća i oblik baze, kao i količina želatinozne mase, odlučuju o djelotvornosti. Program jastuka sastoji se od materijala koji omogućuju razdiobu pritiska (naprimjer Jay2) od jednostavnih do složenijih tipova. Prednost visoko vrijednih jastuka, kao Jay2 i Jay Active, je dobro sjedenje i mogućnost prilagodbe kod anatomskih napravnosti sjednih kostiju i kukova.

STIMULITE

Jastuci se sastoje od ćelijaste strukture različitih stupnjeva tvrdoće i oblika. Ovisno o razdiobi tvrdih i mekših zona, raspoređuje se pritisak i pozicija na jastuku.

Prednosti jastuka su mala težina i dobra cirkulacija zraka (na primjer kod jakog znojenja). Osim toga, jastuk se vrlo brzo suši, te se prema tome može koristiti poslije kupanja.

KAD TREBA KORISTITI SPECIJALNE SUSTAVE ZA POTPORU LEĐA?

Ako se s uobičajenim naslonima kolica ne može dobro sjediti, čvrsti anatomski formirani leđni sistemi su – uz leđne školjke koje ortopedski mehaničar individualno izrađuje - još uvijek jedna mogućnost. Kod toga, izraz „normalna leđa kolica” podrazumijeva sistem traka koje omogućuju individualno anatomsko podešavanje.

Tko – unatoč svim pokušajima da se naslon za leđa optimalno prilagodi (pitati fizioterapeuta ili fizioterapeuticu!) – još uvijek sjedi koso ili ga/ju muče bolovi, neka si podrobno da razjasniti sisteme različitih proizvođača: Jay, Otto Bock,

ROHO, Meyra, Spenco, RESTON. I ovdje vrijedi pravilo da, uz objašnjenja, mora postojati mogućnost isprobavanja izabranog sustava, jasno u vlastitim kolicima! Ti leđni sistemi omogućuju razne položaje prilagodbe i potpore, ovisno o proizvođačima. Leđni dio mora biti točno ugrađen i u visini i u kutu, jer, ako već ove pretpostavke ne odgovaraju, kako će ostatak biti uspješan?

STVARI KOJE IDU UZ KOLICA

SISTEMI ZA UTOVAR U AUTO

Osobi koja nije, zbog pomanjkanja snage ili funkcija ruku, u stanju staviti sama kolica u auto stoji na izbor nekoliko sustava utovara. Pretpostavka za sve je kako su kolica sklopiva, te ona ne smiju prijeći izvjesnu duljinu. Tko želi izbjeći iznenađenja, neka se najprije o detaljima raspita kod proizvođača.

EDAG (ENGINEERING UND DESIGN AG) - SYSTEM

Mogućnost samostalnog utovara kolica daje poluga s hvataljkama koja kolica povlači iza vozačkog sjedala. Prednost ovog rješenja je da su kolica smještena u samo vozilo i nisu izložena prljavštini ili vlazi. S druge pak strane, samo jedan dio stražnjih sjedala ostaje uporabljiv. Osim toga, na automobilu se moraju preraditi stražnja vrata u zaokretna ili posmična. Budući da svi proizvođači ne nude tu opciju, postoji ograničenje u izboru vozila.

DIZAČ NA KROV

Druga varijanta je dizač na krov. Ovdje se kolica povuku u posebnu kutiju na krovu auta i time unutrašnjost vozila stoji nepromijenjeno na raspolaganju. Taj uređaj je moguće bez preinaka montirati na gotovo svako vozilo.

DIZAČ ZA KOLICA

Ako je prilikom transfera u/iz automobila potrebna pomoć druge osobe i ako se toj osobi želi olakšati utovar kolica, postoji mogućnost dizača samo za kolica. Tako se kolica mogu, bez upotrebe snage, smjestiti u prtljažnik i sva sjedala ostaju slobodna.



ELEVATORI I RAMPE

Osobe koje kod vožnje ostaju sjediti u kolicima imaju dvije mogućnosti doći u auto, van ili u manji autobus.

Jedna mogućnost je elevator koji osobu u kolicima digno ili bočno ili odostraga u automobil. Ti sustavi se mogu nabaviti i za samostalnog vozača, tako da čak i visoki tetraplegičar s odgovarajućom opremom (gas, kočnica i sustav za učvršćenje kolica) može posve samostalno voziti auto.

Druga opcija su različite rampe. Za neke sustave mora se auto jako i skupu preraditi, kako bi se hidraulički snizio, a i rampa mora početi ispod praga vozila. Na taj način se dobiva ne prestrm nagib, unatoč kratke rampe. Kod drugog sistema rampâ, bez prerade vozila, se ugrađuje otraga. Rampa se preklapa nekoliko puta i može rasklopljena doseći priličnu dužinu. Isto tako, može se dobiti nagib primjeren za elektromotorna kolica.

UREĐAJI ZA KRETANJE PO STUBAMA (ELEVATORI, GUSJENICE I SCALAMOBIL)

Za svladavanje stuba treba odmah u početku razjasniti neka pitanja:

- Jesu li stube u pravcu ili su pod kutom?
- Želi li se stube savladavati samostalno ili uz pomoć druge osobe?
- Je li moguće izvršiti transfer ili se stube moraju svladati u kolicima?

Ako postoje kružne stube i želi ih se svladati bez tuđe pomoći, kao i bez transfera iz kolica, postoji samo mogućnost ugradnje elevatorske platforme s dizalom. Ako je transfer moguć, tad se može presjesti u sjedeće dizalo, koje ujedno izgleda zgodno, jer ne zauzima puno mjesta i moguća je neupadljiva ugradnja.

Ako su stube u pravcu, tad je sve jednostavnije. Postoji izbor između stubišnih gusjenica koje se mogu samostalno posluživati, ili onih kojima se upravlja uz pomoć druge osobe. Kod ove opcije ništa se fiksno ne ugrađuje u kuću. Neke gusjenice su prenosive ili se mogu koristiti na različitim stubama u kući, ali to naravno ovisi o njihovoj težini. Kod uporabe stubišne gusjenice ostaje se sjediti u vlastitim kolicima.

Uređaj kojim je moguće savladavati i problematične stube je scalamobil. Može se kod toga ostati u vlastitim kolicima (obično su za to prikladna sklopiva kolica), ili se može sjesti u specijalno sjedalo. Svladavanje stubišnih zaokreta moguće je samo uz pomoć druge osobe koja mora biti zato dobro izvježbana kako transport ne bi bio opasan. Taj uređaj svladava gotovo sve problematične stube i, kako je težak nešto preko 20 kilograma, još uvijek je podesan za transport.

SAVJETI

INVALIDSKA KOLICA

Na što moram paziti prilikom nabavke invalidskih kolica?

Ako ste postavljeni u poziciju da morate izabrati invalidska kolica iz kataloga – što prije napustite dućan i promijenite trgovca!

· Prodavatelj mora po prethodnom dogovoru pripremiti nekoliko invalidskih kolica koje ćete onda moći pregledati i isprobati.

· Nadalje, trgovac treba točno objasniti sve funkcije invalidskih kolica.

· Treba ustanoviti postoji li mogućnost samostalnog korištenja kolica (slaganje, vađenje i stavljanje stranica i pedala, korištenje kočnica).

· Mora se ustanoviti može li se raditi transfer u i iz kolica ili postranični elementi smetaju (stranice, kočnice).

· Mogu li (ili moja pratnja) ukrcati kolica u automobil.

· U dućanu su dužni točno objasniti sve mjere, opremu i dijelove.

· Važno je i sviđaju li mi se kolica (samo u tom slučaju čovjek se dobro osjeća u njima).

· Prodavač ili prodavačica moraju dati informativni materijal.

· U nazočnosti kupca prodavatelj mora ispuniti točno formular s mjerama te kupcu dati jednu kopiju istoga.

· Treba ustanoviti je li sva oprema uistinu i potrebna, kako ne bi bilo problema sa zdravstvenim osiguranjem.

Na pitanje koja su ona prava kolica odgovor se može dati samo uzevši u obzir individualne



potrebe. U kojim kolicima mogu postići najugodnije sjedenje? Je li mi važan komfor u vožnji (govori se o sklopivim kolicima) ili imam samo malo snage koju moram optimalno iskoristi (kruta kolica)? Ako se radi o kolicima koje gura druga osoba, s kojim tipom kolica će se najbolje snaći?

NA ŠTO MORAM PRIPAZITI KOD ISPORUKE KOLICA?

Nitko si to ne mora dozvoliti - da mu *uvale* jedno pomoćno sredstvo, kao što su kolica, poput mačka u vreći. Nije preveliki zahtjev da se prilikom preuzimanja ili isporuke sjedne u kolica i isproba kako bi se ustanovilo je li sve u redu.

Dakle, neka Vam trgovci sve pojasne i prije potpisa trebate isprobati svoja kolica i eventualno dati potrebne primjedbe.

KOJE MOGUĆNOSTI PODEŠAVANJA IMAJU DOBRA KOLICA?

- Nagib sjedala je visinska razlika između prednjeg i stražnjeg dijela sjedala (pravilo: što je viši nivo ozljede, to mora biti veći nagib sjedala prema natrag).

- Podešavanje naslona: niti jedna leđa nisu ravna, nego imaju anatomske oblike. Naslon mora biti ugodan za leđa.

- Postizanje željenog kuta između leđnog naslona i sjedala obično je moguće samo kod krutih kolica. Sve u svemu, nije potrebno pretjerati – kolica ne trebaju postati ležaljka, ali isto tako naslon ne smije gurati prema naprijed.

- Gdje su kotači? Ako su kotači više postavljeni prema naprijed, kolica se lakše voze i pokretnija su, ali i sklonija prevrtanju unazad. Kao rješenje ovog problema nude se, kao dodatna oprema, zaštitni kotačići protiv prevrtanja.

- Kut položaja pedale. Koljena ne smiju stršiti, a stopala moraju biti u neutralnom položaju. Zbog toga pedale moraju biti podesive.

- Ako postoje nasloni za ruke, trebali bi biti pokretni po visini. Lakat mora udobno ležati i biti poduprt.

KAKO SE SJEDI U KOLICIMA?

Najvažnije je sjediti u kolicima i tijekom vožnje osjećati se opušteno i sigurno. Nema

smisla stalno se pridržavati u kolicima ili paziti da se ne ispadne. Tako se uzalud troši dragocjena energija, koju je bilo moguće koristiti za druge aktivnosti, što za dulje vrijeme nije zadovoljavajuće. Treba pokušati sjediti uspravno koliko je moguće. Ipak, postoje osobne anatomske granice, pa tako nije uvijek moguće raditi sve kao iz udžbenika. Položaj sjedenja trebao bi, po mogućnosti, biti simetričan, jer kod duljega kosoga držanja dolazi do bolova i može nastati dekubitus – zbog neravnomjernog opterećenja sjedećih kostiju. Napokon, važno je i naći položaj u kojemu se spazme manje očituju.

KAKO BI SE TREBALA IZMJERITI KOLICA?

Sve mjere bi trebalo uzeti u uspravnom i udobnom sjedećem položaju u izabranim kolicima.

Prilikom određivanja širine sjedala mora se sa svake strane ostaviti mjesta za jednu ruku u vertikalnom položaju. Ako se ostavi previše mjesta između tijela i stranica, smanjuje se stabilnost držanja u kolicima. Isto tako, ne smije nastati bočni pritisak na tijelo.

Kako bi se mogla odrediti dužina sjedala, osoba se mora moći dobro nasloniti na naslon i mora imati dobru potporu za bedra. Između leđa i sjedala trebalo bi biti mjesta za jednu ruku.

Visina naslona jako ovisi o fizičkim mogućnostima korisnika i svrsi kolica. Sportska kolica trebaju, jasno, što niži naslon, jer je kod sporta potrebno mnogo slobode za kretanje. Sjedi li se cijeli dan u uredu, tad će se čovjek tijekom dana umoriti, a uspravni položaj moći će se održati samo višim naslonom.

Osnovno, leđne lopatice moraju ostati slobodne i tako omogućiti rukama što više slobodnog kretanja. Uobičajeni leđni naslon je cca 5 centimetra niži od lopatica. Visina naslona ovisi jako od potrebe sigurnosti i visini ozljede.

U svakom slučaju treba promisliti na kakvom jastuku će se sjediti, jer kod njih postoje velike razlike u visini.

Sabine Biedermann

Preuzeto s www.startrampe.net © 2001.

S njemačkog prevela Tatiana Zdvořák Erlih



VII. SMOTRA SVEUČILIŠTA

Na sedmoj po redu Smotri Sveučilišta, koja se održala u predvorju kinodvorane Studentskog centra u Savskoj, kroz SC prošlo je nekoliko tisuća budućih brućoša.

Novost ovogodišnje Smotre je posebno uređen prostor za studente s invaliditetom.

“Korak” i “Šišmiš” po prvi puta su se predstavili na Smotri sveučilišta, kao jedine udruge osoba s invaliditetom na Smotri, gdje se predstavljaju fakulteti. Na štandu su radile članica “Koraka” Anita Ruškan i volonterka “Šišmiša” Helena Marković. Štand su posjetili budućí brućoši COOO “Dubrava” i “Vinko Bek” koji su po prvi put imali priliku upoznati se s Udrugama i dobiti informacije iz prve ruke o studiranju osoba s invaliditetom. Interes su pokazali i nazočni profesori i dekani, pogotovo oni koji su u direktnoj vezi s problemima osoba s invaliditetom. Npr: profesori edukacijsko-rehabilitacijskog, arhitektonskog, filozofskog fakulteta, kao i drugih fakulteta. Svi su pozdravili inicijativu štanda te pokazali interes oko problema. Prorektor za nastavu Zagrebačkog sveučilišta Vjekoslav Jerolimov svojim je zanimanjem i zalaganjem dokazao da postoje izuzeci u praksi oglašivanja na probleme invalida.

U sklopu Smotre u kino dvorani SC-a održano je predavanje člana “Koraka” Edina Okanovića, studenta s Riječkog sveučilišta, o studiranju osobe u kolicima. Uz asistenciju dvoje kolega iz Rijeke Edin je pričao o svojim iskustvima na fakultetu, o odnosu među ljudima općenito, ali i o mogućnostima studiranja.

Održana je i predstava “Gledam ljude” pod vodstvom Denisa Marijona, a po dramaturškom predlošku Davora Kavalarija. U predstavi glume članovi “Koraka” i “Šišmiša”: Anita Ruškan, Denis Marijon, Edo Hadžić, Jasmina Došen, Nikolina Udiljak, Tomislav Juzbašić i Zrinka Hakala



I MI SMO TU

(Iz predavanje Edina Okanovića, studenta prve godine prava u Rijeci)

Ovo je predavanje o kvaliteti života studenata s invaliditetom i problematici mnogobrojne neadekvatnosti za iste studente.

Ovaj program pod nazivom “I mi smo tu!” proizašao je kao inicijativa autorovog sudjelovanja na trodnevnom skupu studenata s invaliditetom – Prvoj konferenciji o kvaliteti života studenata s invaliditetom, održanoj od 6. do 8. prosinca prošle godine, u organizaciji udruga “Korak” i “Šišmiš”.

ZAŠTO “I MI SMO TU!”?



Zato što živimo u vremenu u kojem, da bi opstao, treba napredovati, između ostaloga, i u društvu koje teži napretku. Iskreno, jedan od razloga za iniciranje i provođenje programa s ovom tematikom zapravo je i moja sebičnost u pogledu tog napretka – kao napretka na području odnosa prema studentima, odnosno osobama s invaliditetom uopće.

ZAŠTO JA?

Zato što sam ja student s invaliditetom i mlad čovjek u invalidskim kolicima. Zato što svoju budućnost vidim i želim u društvu u kojem živim i za čije potrebe studiram. Zato što vjerujem da ljudi nisu zli, nego da je njihovo ponašanje – kad je negativno određeno – rezultat nepoznavanja ili neupućenosti...

URED I OTVORENI TELEFON ZA STUDENTE S INVALIDITETOM

Aktivnosti ureda:

U Hrvatskoj ne postoji institucija koja se bavi studentima s invaliditetom, njihovim pravima, potrebama i načinima ostvarivanja prava.

Udruga studenata s tjelesnim invaliditetom “Korak” prva je organizacija koja pokušava:



prikupiti podatke o pravima studenata s invaliditetom, utvrditi gdje i što studiraju te koje su potrebe studenata s invaliditetom na pojedinim fakultetima gdje studiraju.

Ciljevi projekta jesu:

- utvrditi gdje i što studiraju osobe s invaliditetom
- poboljšati kvalitetu života studenata s invaliditetom
- nastojati na usklađivanju potreba i mogućnosti
- nastojati da se uključe predstavnici "Koraka" u rad povjerenštava koja se bave pitanjima studenata s invaliditetom, a, ukoliko ne postoje, nastojati na osnivanju povjerenštava za studente s invaliditetom pri visokoškolskim institucijama i pri Ministarstvu znanosti i tehnologije

- izraditi univerzalna načela primjenjiva pri rješavanju pitanja kojima se poboljšava kvaliteta života studenata s invaliditetom
- proširiti svijest okolini o osobama s invaliditetom

Zahvaljujemo:

- Sveučilištu u Zagrebu na pozivu za sudjelovanje na 7. Smotri
- Studentskom centru na logistici
- Hrvatskom narodnom kazalištu
- Riječkom studentskom centru na tehničkoj pomoći
- I svima Vama koji sudjelujete!



*Studentsku rubriku priredila:
Marijana Blažanović*

STVARI KOJE MORAMO UČINITI DA BISMO MOGLI RADITI STVARI KOJE ŽELIMO UČINITI

Ovaj odsječak vodi korak po korak u stvarima koje se tiču vašega slobodnoga vremena i vašega života.

Evo naputaka koji vam mogu pomoći u početku:

1. Pogledajte u telefonski imenik u tzv. žutim stranicama naslov Razonoda - rekreacija. Gradski rekreacijski centri obično su nabrojani, a ako nisu, pogledajte bijele stranice. Nazovite ih i vidite što vam nude. Također mnogi odjeli za rekreaciju poslat će vam informacije o svojim programima.

2. Ponovno zgrabite telefonsku knjigu. Možda postoji neki klub (sportski ili slično) u vašoj blizini. Mnogi klubovi posjeduju različite programe i aktivnosti s različitim cijenom.

3. Provjerite postoji li kakva srednja škola u vašoj blizini. One obično imaju različite izvore i ideje o slobodnim aktivnostima. Postoje sekcije za fotografije, rad na različitim strojevima ili učenje stranih jezika. Ako u vašoj blizini postoji sveučilište, nazovite ih i raspitajte se postoje li tečajevi trajne edukacije za odrasle. Ti tečajevi mogu biti skriveni pod različitim nazivima a mogu vam poslužiti za zabavu, a ne za stjecanje bodova ili zvanja.

4. Skoro svako mjesto ima crkvu, sinagogu, džamiju itd. Ako ste zainteresirani, nazovite ih i raspitajte se o različitim aktivnostima koje osim religijskoga sadržaja imaju i socijalni program. To je također jedan od načina da sretete različite osobe.

5. Jeste li ikada obratili pozornost na znakove i reklame uz cestu tijekom vožnje pri ulasku u grad? Postoje različiti klubovi i možda će neki biti zanimljivi i vama. Oni mogu biti izvor različite zabave i rada.

6. Budite znatiželjni. Kupujte novine. To je jedan od vaših svakodnevnih izvora informacija o rekreaciji.

7. Kad odlazite u dućan ili trgovački centar, zaustavljajte se povremeno i čitajte oglase i postere zalijepljene unaokolo po prozorima ili zidovima. Možete katkada otkriti neobične stvari koje se događaju ili kupiti dobre proizvode.

8. Upalite radio ili TV i slušajte oglase i reklame koje se odnose na aktivnosti u gradu, kvartu, općini.

9. Raspitajte se o lokalnoj knjižnici. Knjižnice katkada mogu imati detaljne informacije o mnogim stvarima. Jeste li znali da današnje knjižnice posjeduju CD, kasete, video-vrpce s filmovima koje možete posuditi? Naravno, tu su i knjige, časopisi, tjednici i uvijek ljubazni knjižničari. U nekim slučajevima postoje i različite izložbe, razni gosti s predavanjima kao i mnogi drugi programi. Ustanovite što vam se nudi.

10. Vjerovali ili ne, ali postoje i neki programi koje financira vlada i obično postoji odjel za tisak koji publicira različite vrste tiskovina, npr. o rekreaciji, područjima koja su pristupačna osobama u kolicima i mogućnostima putovanja. Možda se takva publikacija može naći i u knjižnici.

11. I na kraju, pokušajte se uvrstiti na popis osoba kojima se šalju publikacije (ne one bezvrijedne) iz trgovačke komore, različitih političkih stranaka, sveučilišta i kulturnih centara.

Sada ste uglavnom otkrili što trebate činiti. Sljedeći korak je da sve te informacije složite i označite pojedinačno gdje se aktivnosti nalaze, koliko koštaju, telefonski broj, adrese itd. Sve vam je to potrebno da možete planirati unaprijed. Zapamtite, ove vam informacije služe samo u početku. Nakon nekoga vremena znat ćete kamo trebate ići, što trebate činiti i kako to činiti.



Prenosimo članak objavljen u dvotjedniku za kulturna i društvena zbivanja Zarez, 13. ožujak 2003.

Pravo na ljubav i pravo na protest

Ljude različitih motoričkih sposobnosti ne boli svakodnevno hrvanje s fizičkim tegobama. Najviše od svega boli ih patroniziranje i sažalijevanje. Uz Radionicu kulturalne konfrontacije posvećenu ljudima različitih motoričkih sposobnosti (pojam „invaliditeta” kao „nesposobnosti” pritom je javno kritiziran i odbačen), održanu u teatru EXIT, 2. ožujka 2003.



Jedna od scena priređenih na Radionici kulturalne konfrontacije i zatim javno izvedenih u teatru EXIT radno je nazvana „scena u parku”, da bi na samoj izvedbi publika predložila da joj se ime promijeni u *pravo na ljubav*. U prizoru sudjeluju tri para: vrlo mladi ljubavnici, toliko zaokupljeni erotskim istraživanjem tijela svoga partnera, da uopće ne primjećuju svijet oko sebe. Klupa u parku jedino je mjesto na kome su uvjereni da imaju malo „privatnosti”. No, svijet zato primjećuje njih: jedan stariji par, primjerice, prolazeći parkom, s odobravanjem promatra *soft porn* koreografiju *Just do it* generacije. Nešto dalje u parku smješten je i par ljubavnika od kojih je djevojka paraplegičarka. Njihove su nježnosti tihe i intimne, u svakom slučaju neegzibicionističke, no upravo oni privlače golemu, a pritom i negativno intoniranu, pozornost prolaznika. Stariji bračni par naročito je zgranut činjenicom da je seksualna bliskost između ljudi različitih motoričkih sposobnosti, onih „u kolicima” i „izvan kolicima”, uopće moguća.

Komentare ne upućuju izravno paru koji ih nervira, ali međusobno ih izmjenjuju dovoljno glasno da ih čuje i ostatak prolaznika; posebno par različitih motoričkih sposobnosti. Kada mladić kome su komentari upućeni (*Ja to nemrem gledati!* - dobacuje stariji muškarac i bulji u djevojčina kolica) bijesno odreagira na uvredljive replike prolaznika, pri čemu ga djevojčina ruka nastoji zaustaviti, scena završava na uobičajeni način: u točki najvećeg konflikta. Publika je zamoljena da predloži rješenja.

Samopouzdanje ili konfrontacija

Jedno od prvih rješenja došlo je od ljubavnog para *iz publike*: na scenu su izašli paraplegični mladić, s neparaplegičnom djevojkom udobno smještenom u njegovu krilu, dakle na kolicima. Uskočivši u uloge para različitih motoričkih sposobnosti, uopće nisu reagirali na dobacivanja prolaznika. Rekli su da im je situacija na sceni predobro poznata i da je rješavaju tako da - slobodno ću parafrazirati - ignoriraju idiote. Unatoč svim neumjesnostima i provokacijama





starijeg para, dvoje iz publike nastavilo se smješkat i isključivo jedno drugome i nježno milovali. Dio publike zaključio je da drugog rješenja jednostavno nema, jer scena govori o privatnim predrasudama starijeg para, a ne o „društvenim problemima”. No, drugi dio gledatelja smatrao je da su predrasude eklatantan primjer društvenog sljepila, šire kulture neosjetljivosti i nasilja, protiv koje se ne možemo boriti samo jačanjem samopouzdanja, nego i javnom reakcijom. Nisu li predrasude uzroci ratova, nisu li ishodište najsurovijih neprijateljstava? Mora biti, dakle, da u njihovu mehanizmu postoji nešto *izrazito društveno*. Ono što smo svakako na izvedbi boalovske Radionice mogli naučiti od članova Udruge hrvatskih paraplegičara i tetraplegičara tiče se neočekivane skale ranjivosti: ljude različitih motoričkih sposobnosti ne boli svakodnevno hrvanje s fizičkim tegobama. Najviše od svega boli ih patroniziranje i sažaljevanje. Bole ih, baš kao i nas, „najobičnije” predrasude. Njima su se bavile još dvije od ukupno četiri scene: prizor iz prodavaonice cipela pokazao je da naročitu odbojnost kod paraplegičara i tetraplegičara izazivaju osobe deklarativne „plemenitosti”, posebno one uzvišenih kršćanskih osjećaja koje imaju potrebu glasno sažaljevati osobe u kolicima ili, kako je objasnio jedan od paraplegičara iz publike, tvrditi da je invaliditet „kazna božja” zbog koje se „treba puno moliti”, pa će „možda doći do ozdravljenja”. Ovakvo šamansko kršćanstvo ne samo da je strahovito uvredljivo i utemeljeno na misinterpretaciji Biblije (kako nam je objasnio isti gledatelj) nego ponovo proizlazi iz goleme predrasude da osobe različitih motoričkih sposobnosti „ne mogu” uživati život, „ne mogu” stvarati, „ne mogu” se ostvariti. Scena je riješena komunikacijski:

izrazito blaga i kooperativna djevojka iz publike, uz pomoć čitava gledališta, uspjela je samarićanskoj vjernici predložiti da umjesto sućuti prema invalidima radije razmisli zašto je u kupovinu cipela krenula *u društvu s prijateljicom*: znači li to da i nju treba sažaljevati, jer je pomoć očito katkad potrebna i njoj? Ista je (zaista lucidna) gledateljica pomalo pokolebanu vjernicu usput nagovorila da patetično divljenje prema „herojstvu invalida” izrazi aktivistički: angažiravši se, zajedno s paraplegičarima i tetraplegičarima, da svaki dućan u gradu kupi rampu koja omogućuje ulaz kolicima.

Politika slobode

U istom smo dahu saznali da noćnu moru za ljude različitih motoričkih sposobnosti ne predstavljaju samo svuda po gradu „posijane” stepenice, nego i javni zahodi: čak i u centru grada potpuno neprilagođeni ljudima s posebnim potrebama. Zašto? Možda zato što je jedna od djelatnih predrasuda ove kulture i ona o poželjnoj „nevidljivosti” ili bar izoliranosti različitih. Mi živimo političku logiku nojeva: ako se dovoljno dugo praviš da nešto ne postoji, možda „to” zbilja odustane od vlastite egzistencije. A možda bi, u nekoj ne tako dalekoj budućnosti europskih integracija, na manjku zahoda na invalide mogla pasti i pokoja domaća vlada. Sudeći po jednoj od najdomišljatijih i ponajviše empatičnih publika koju smo na boalovskim radionicama ikada imali, tako nešto uopće nije nemoguće. Predrasudama se bavila i scena s medicinskom sestrom koja supruzi paraplegičara koji umire od raka mirno i „dobronamjerno” savjetuje da prihvati konačnost suprugova stanja i „napokon nađe nekoga tko će se brinuti za nju, umjesto





ona za njega". Sestra pritom smatra da je invaliditet BOLEST, a ne STANJE (što je faktički netočno). Ovaj je problem riješila zbiljska liječnica iz gledališta, najprije se ispričavši povrijeđenoj supruzi, a zatim zatraživši dopisivanje scene: edukativnim razgovorom s neprimjerenom medicinskom sestrom. Iznimku od tematike destruktivnih predrasuda pokazala je jedino prva scena, nakon koje je zaključeno da se protiv rutinskog parkiranja običnih vozila na prostoru rezerviranom za invalide mogu i moraju poduzeti pravne akcije, drastično *pooštrivši* kazne za takav prekršaj: ove prijedloge promjena Zakona, u ime prisutne publike, proslijedit ćemo Hrvatskom pravnom centru. Važno je reći da je Radionica posvećena paraplegičarima i tetraplegičarima višestruko

potvrdila da se za rješavanje predrasuda mora pokrenuti *bučan* društveni dijalog: za to je, s jedne strane, nužna politička volja stranaka na vlasti (mijenjajmo ih ako je nemaju!) i, s druge strane, javni angažman svih koji smo/su žrtve diskriminacije. Ma kako samopouzdana bili, unutarnja nam stabilnost neće pomoći da se bez rampe uspemo saborskim ili bilo kojim drugim stepenicama. Tek kada problemi različito sposobnih ljudi postanu socijalno *vidljivi* i javno adresirani (sjetimo se slučaja HIV pozitivnih djevojčica), moguće je govoriti o dugoročnijem vađenju kolektivne glave iz pijeska nerazumijevanja.



Nataša Govedić

Prenosimo članak objavljen u dvotjedniku za kulturna i društvena zbivanja *Zarez*, 13. ožujak 2003.

Volja za toleranciju

Razgovor s polaznikom i jednim od izvodača Radionice, Jankom Ehrlichom Zdvorákom, članom Udruge paraplegičara i tetraplegičara

Uz Radionicu kulturalne konfrontacije na temu osoba različitih motoričkih sposobnosti, održanu 2. ožujka 2003. godine u teatru EXIT

Što Vam je, u smislu političkog ili etičkog iskustva, donijela Boalova radionica?

Neopisivo zadovoljstvo u saznanju da ipak postoji volja za toleranciju i želja za upoznavanjem drukčije sposobnih ljudi.

Kako ste doživjeli reakcije publike?

Već sama činjenica da je publika došla na ovakvu vrstu predstave govori kako je ta publika ipak već nešto osvještenija - ili barem senzibiliziranija - za potrebe, probleme i život drugih



ljudi (ili drukčijih). Inače, reakcije same po sebi bile su iznenađujuće vrlo poticajne i konstruktivne.

Što mislite o kazalištu u kojem građani imaju mogućnost pomoći drugim građanima, odnosno posvetiti se rješavanju uprizorenih problema?

Kako u početku cijelog projekta nisam ništa znao o načinu na koji bi se stvar mogla realizirati, skepsa me je držala i dobrim dijelom tijekom proba. No, kad sam se i sam uživio u projekt, osjećao sam sve više „dobre vibracije” koje su postojale. Međutim, čini mi se da je uloga moderatora, Jokera, gotovo nezamjenjiva. On/ona ipak vodi i usmjeruje kako glumce, tako i publiku; inače bi lako moguće ubrzo došlo do svađe i kaosa. Ljudi lako zaboravljaju pravila.

Čega ste se najviše bojali prije javne izvedbe?

Svojem straha od javnog nastupa... O samoj radionici nisam ništa znao, pa se nisam imao čega ni bojati.

Čemu ste se najviše razveselili na samoj izvedbi?

Činjenici da su svi, baš svi, imali pozitivan stav. Prirodnosti glumaca i načinu na koji su sudionici-profesionalci znali podučiti i usmjeriti cijelu grupu.

Slažete li se s onim građanima koji su zahtijevali da osobe različitih motoričkih sposobnosti odlučnije traže svoje javno pravo glasa da organiziraju kampanje, snimaju filmove, pripremaju predstave, svakako prekinu s pozicijom takozvane društvene nevidljivosti?

Apsolutno.

Što je ostalo neizrečeno na Radionici, koji su se važni problemi skrili pred prvim skeniranjem?

Pa, tema nikad dosta. Možda bi bilo zgodno uključiti osobe s invaliditetom u projekte koji nisu izravno vezani s njima. Nije potrebno da se osobe s invaliditetom uvijek bave same sobom.

Nataša Govedić

Prenosimo članak objavljen u dvojtjedniku Zarez, br. 91, 7. XI 2002.

Krokodilske suze, dodatne potrebe, desert

Antifašistička lamentacija jednog slijepca

U posljednjih desetak godina u našim je medijima sve više napisa i emisija u kojima se na kojekakve načine tematizira problematika tzv. hendikepiranih (invalidnih) osoba. Većina takvih priloga prigodnog je karaktera, što nužno ima za posljedicu ostajanje na površini, jer dublje zadiranje u ovu izrazito zamršenu problematiku, osim nepatvorene empatije, iziskuje i naglašenu sposobnost snalaženja, jer nedoumice nastupaju već pri ovlaš naznačenu nastojanju oko razjašnjenja nazivlja što se, unatoč semantičkoj rogobatnosti, u vezi s ovom osjetljivom problematikom kod nas upotrebljava više-manje rutinski. Premda to nezgrapno nazivlje i nije

najteži problem koji tišti ovu populacijsku skupinu, mislim da je korisno katkada se i time pomnije pozabaviti, pa ću to u ovom tekstu barem fragmentarno pokušati.

SAŽALJENJE I SAMOSAŽALJENJE

No prije toga moram obrisati suze. Neću se u tu svrhu poslužiti čistim džepnim (platnenim) rupčićem, jer ovaj put zasigurno nije u pitanju moja vlastita lakrimoznost. Nipošto me nije sram suza koje imaju pokriće u jakoj emociji poput ožalošćenosti, uvrijeđenosti, ganutosti (ne zaboravljam nipošto ni suze radosnice!). No, u



ovom je slučaju riječ o krokodilskim suzama sažaljenja (uključujući i samosažaljenje) koje se otkad je svijeta i vijeka liju na hektolitre, ali se ljudska nevolja usprkos navodno iscjeljujućem djelovanju te slankaste izlučevine ničim ne umanjuje.

I u času dok pišem ove retke emitira se u glavnom večernjem terminu „prvog dalekovidničnog rasporeda” dokumentarac o 33-godišnjoj djevojci Petri koja je „pobijedila stepenice”, koja kao logoped radi u dječjem vrtiću blizu roditeljskog doma i tako do izvjesne mjere ostvaruje kategorički imperativ invalidne osobe: *integrirati se u svakodnevnu životnu kolotečinu*. Ona neusiljeno svjedoči životnu radost i snagu volje koja je kadra savladati kojekakve barijere (pa čak i pronaći gotovo idealno zaposlenje!). No, ta njezina fascinantna živost u drugom dijelu emisije najednom poprima sumornu patinu sjete, jer mlada djevojka na krilima mašte dospijeva i u one zakutke ljudske egzistencije koji za osobu u invalidskim kolicima najčešće ostaju samo pusto željkovanje. I ona bi poput tolikih „normalnih” rado bila netko drugi, išla bi bez mamine pratnje u kino, kuhala, prala posuđe, čistila i spremala stan i tako to... Ništa loše u tome, lako je razumjeti, upravo toliko koliko je potrebno da izmami suzu. Ali život je ipak život, a on - vrag jedan! - ispisuje kojekakve romane i u stanju nas je stubokom svakojako iznenaditi... I poput ove rečenice s tri točkice okončava se i ova profesionalno urađena emisija kojoj omnipotentna televizičnost ipak nije podarila nikakav konkretan poučak, a o kakvoj-takvoj katarzičnosti da se i ne govori. Djevojka tugaljiva konstatira negativizam svoga okružja što vodi u depresivnost, kaže da to kod nje „ne prolazi”, ali njezin sneno sjetni timbar ne dopušta da jače na vidjelo izroni njena najjača životna silnica. Petra je, naime, logoped, ona umije pomagati ljudima koji imaju govorne poremećaje, a takvih je u ovo naše postmoderno doba sve više: počev od kojekakvih račlanja, šušljanja i tepanja pa sve tamo do zabrinjavajuće skučenosti (da ne kažem: mutavosti) verbalne komunikacije koja - avaj! - spopada čak i poslanike hrvatske estradne (muzikantske) branše, ne mimoilazeći ni pojavnost zvučne paslike hrvatskog „krugo-

valnog” etera. Da - ima toga, dragi moji, sve sam to vidio na vlastite uši! A kad bih tome pridometnuo i olfaktornu komponentu, sigurno bi mnogi pali u nesvijest. Ali ne, ne treba se bojati. Misao je zauzdana, a tu je još i Petra iz emisije. Unatoč svim govornim poremećajima koje bi znala liječiti, Petrica bi radije kuhala i prala posuđe, umjesto da se još zagrijanije lati svog logopedskog posla za kojim se - kako rekoh - ukazuje sve veća potreba.

I tako sam, riječ po riječ, došao i do one kojom je završio prethodni pasus, a ja ću je sada svojevolumno uzvisiti i staviti na pijedestal svekolikog počela.

U POČETKU BIJAŠE POTREBA!

Pohađajući srednju školu birotehničkog smjera, imao sam u III. razredu predmet koji se zvao uredsko poslovanje. Prvo što smo tamo naučili bila je ova pragmatički sročena definicija: „Potreba je osjećaj nedostatka koji prati želja za njegovim uklanjanjem.” Ne znam koliko smo zbog posvješćivanja ove definicije svi skupa pametniji, ali meni će baš ona pomoći da se obrušim na eufemizam kojim se tijekom zadnjih desetak godina najčešće označavaju invalidne osobe. To su *osobe s dodatnim potrebama*. Korištenjem ove „ublaženice” htjelo bi se u komunikaciji s hendikepiranom osobom postići štošta međusobno nespojivo. Želi se ukazati na posebnost ovih ljudi, izbjegava se spomenuti ono što o njima uglavnom znamo (postojanje tjelesnog nedostatka ili mentalnog poremećaja), jer je to - tako se misli - neki dio čovjekove intime u koji ne treba dirati. S druge strane se posezanjem za ovim eufemizmom otvara mogućnost pokroviteljskog pristupa invalidu koji stjecajem okolnosti ima ove ili one posebne („dodatne”) potrebe za koje treba izdvojiti posebna sredstva, pa se tako to potrebama nakrcano biće temeljem pokroviteljski shvaćene društvene nazovi-skrbi, za koju je u državnom proračunu sve manje novca, zaogrće neudobnim korzetom koji mu silno otežava život. Invalid, naime, bez obzira na sve te potrebe, ipak ne želi biti samo onaj kojemu nešto treba. I on bi rado svojim snagama pomogao drugima pri zadovoljavanju njihovih





potreba. Nužnost je da se u ovakvim slučajevima raspravlja na kolektivnoj, a ne na individualnoj razini, a to se za invalida koji želi biti shvaćen i prihvaćen kao jedinka koja uz sve nedostatke odrednice stravično ruini, pa se tako invalidova opstojnost svodi na istu onu parazitarnost od koje su, primjerice, u doba Trećeg Rajha polazili nacionalsocijalistički ideolozi u svojoj težnji za ostvarivanjem ideala posjeduju i mnoge kvalitete što su okrunjene onim što se zove *dignitas humana*. To se ljudsko dostojanstvo stalnim naglašavanjem invalidovih dodatnih potreba kao njegove temeljne egzistencijske u svemu čiste arijske rase koja se mora lišiti posvemašnje bogaljske bastardnosti. U tu svrhu u Rajhu su na snagu stupili posebni propisi o prisilnoj sterilizaciji mladih i sredovječnih invalida, a u slučaju mentalno retardiranih osoba nerijetko se pribjegavalo eutanaziji. Paradoks je, međutim, onodobno postojanje sličnih zakona i u nefašističkim zemljama poput Švedske, a maćehinski odnos prema invalidima bio je sve do koncilskih vremena na različite načine manifestan i u Katoličkoj crkvi. Tek je primjerice novom reformom kanonskog prava početkom osamdesetih godina minulog stoljeća postalo moguće da za katoličkog svećenika bude zaređen kandidat s nekim vidljivim tjelesnim hendikepom.

MANIPULACIJA INVALIDIMA

Iz svega ovoga, što zbog prostorne ograničenosti tek taksativno nabrajam, lako je zaključiti da svako oživljavanje fašističke misaonosti ima po principu spojenih posuda negativan učinak na položaj invalida u društvu.

Kod nas se o svemu ovome premalo piše, a još manje govori. Australški filozof Peter Singer u svojim se radovima već dulje vrijeme zalaže za tzv. „društvo bez patnje“, a na udaru su mu najprije invalidi pa onda i sve ostale društvene skupine koje se po nekom vanjskom obilježju razlikuju od onoga što se smatra „normalnim“.

O pseudopolitičkoj manipulaciji invalidima proizišlim iz tzv. domovinskog rata štošta je rečeno i napisano. No, iz invalidskog rakursa o tome će se još dugo govoriti. Životno valjana rješenja za „domovince“ neće izmisliti glagoljivi političari, nego će ih strateški razraditi njihovi civilno-invalidski istokobnici. Izdvajanje „domovinaca“ u posebne udruge segregacijski je i diskriminacijski čin. Ove će udruge, naime, još neko vrijeme nekako životariti od sentimenta i uspomene, ali se na nemiloj vjetrometini života od takvih floskula ne može egzistirati.

Očito je, dakle, da s nazivljem koje se odnosi na invalide stvari nisu jednostavne. Tuđice kao što su *hendikep* i *invalid* prolaze bolje od opisnih eufemizama. Vrlo je malo ljudi koji pri spomenju pojma „invalid“ automatski s time u svijesti povezuju pojmove kao što su „nevrijedan“, „nevaljan“ i sl. Humor i šaljivost najčešće su dobra poveznica preko koje se invalidi i oni koji to izvanjski nisu brzo zbližavaju i uspostavljaju neki zajednički fluid. Ova me misao vodi u završnicu ove antifašističke lamentacije.

Nitko ne može davati ono čega sam nema.

sestra Lujza



ZA DESERT - OPTIMIZAM!



Prije nego što misaono udovoljim ovom za nekoga možda neobičnom podnaslovu, dužan sam upozoriti na strategijsku stupicu o koju se mnogi in-

validi vrlo često sapleću. Riječ je o ambivalentnosti pristupa vlastitu hendikepu. On mi je s obzirom na moj hendikep (sljepoća stečena u prvim mjesecima života) ponajbolje poznat upravo kod slijepih (imenicu „slijepac“ doživljavaju kao izrazito pejorativnu pljusku). U mukotrpnom procesu samoprihvatanja invalid se, naime, mora jasno opredijeliti kako će sam sebe doživljavati i kakav želi izgledati u očima drugih. Ako sam svjestan toga da na temelju preostalih psihofizičkih sposobnosti mogu ostvarivati mnogo toga što mnogi „normalni“ nisu u stanju, onda je licemjerno da se u nekim drugim životnim situacijama prikažem bespomoćnim, ne bih li na taj način izmamio krokodilske suze, dodatne potrebe i otužne žalopojke. No baš se na tome često lome životna koplja mnogih mojih istokobnika, o čemu je

dopadljivo pisao nedovoljno istraženi hrvatski slijepi književnik Stanislav Šarić (1922.-1996.), posvetivši tome svoju monumentalnu roman-siranu kroniku *Symphonia quasi eroica*.

I napokon taj moj optimizam! Ma kako bila siva naša hrvatska svakodnevnica, pojave se i vedriji dani. Treba ih koristiti. Mi invalidi koji se kako-tako umijemo nositi s raznim životnim nedaćama često smo u mogućnosti poslužiti kao inspirativan primjer „normalnima“ koji često pri zapadanju u manju životnu krizu strahuju od prijetećeg kraha. U tom smislu invalidi na društvo mogu djelovati reanimacijski blagotvorno, jer se svakim djelatnim zbližavanjem invalida i neinvalida u nama obnavlja naša temeljna ljudskost. U tom *obnavljanju ljudskosti* krije se ključ socijalnog napretka kojemu je osobit cilj egzistencijalno osmišljavanje života. O tome je ponajljepše pisao Viktor E. Frankl (1905.-1997.)

Završit ću ovu lamentaciju pozivom na toleranciju od većine prema svima onima koji se od te većine po nečemu razlikuju. Ne mislim ovdje samo na invalide, nego na sve one koji se načinom života, stavovima i vanjskom pojavnošću osjećaju drukčijima. Ovako shvaćena tolerancija djelotvorno će nas štititi od svega onoga što nam je svojedobno sa svim strahotama predočio hitlerovski fašizam.

Sead Muhamedagić

Postoji, dakako, mnogo zla koje još nije svladano, ali pravi optimisti vide to zlo, i prepuni su nade. Malodušnost nema mjesta u njihovom vjerovanju, jer oni vjeruju u neprolaznu pravdu Božju i u čovječje dostojanstvo.

Helen Keller: *Optimizam*



Očekivanja gostiju s invaliditetom u hotelskim i drugim turističkim objektima

Osobe s invaliditetom pojavljuju se sve češće kao gosti hotelskih i drugih turistima namijenjenim objekata. Iz iskustva osoba s invaliditetom i iskustva drugih turističkih zemalja osobe s invaliditetom iz ponude izdvajaju podatke koji su bitni za njihovo samostalno funkcioniranje. Radi se o: parkiralištu, ulasku u objekt, zajedničkim prostorima za goste, hotelskoj sobi te objektima koji su u turističkoj ponudi.

Na inicijativu HUPT-a Ministarstvo turizma je 2002. godine provelo istraživanje o pristupačnosti hrvatskih hotela. Ukupno 58 hotela je odgovorilo na našu Kontrolnu listu za turističke objekte, i to: iz Istarske, Primorsko-goranske, Zadarske, Splitsko-dalmatinske, Dubrovačko-neretvanske i Karlovačke županije te iz Zagreba.

Ministarstvo turizma je 2003. godine, a na poticaj HUPT-a, izradilo Posebne standarde koji će se primjenjivati prilikom kategorizacije hotela i drugih turističkih objekata, a tiču se osoba s invaliditetom.

Za očekivati je da se pri općedruštvenim procesima za ulazak u Europsku uniju daje značaj pri uklanjanju građevinskih prepreka u hotelskim objektima. Vlasnike hotela mora se upoznati s domaćim i međunarodnim procesima u vezi s osobama s invaliditetom. Prilagodbe hotela i drugih turističkih sadržaja nužnost su u općoj humanizaciji građenog okruženja. Detaljna analiza postojećih barijera u hotelskim i drugim turističkim objektima omogućava funkcionalne i racionalne zahvate u postojećem prostoru i opremi.

PARKIRALIŠTE

Parkirališni prostor koji bi odgovarao osobi koja se kreće u invalidskim kolicima mora biti širok najmanje 360 cm, a preporuča se 390 cm. Mjesto koje se označava kao prostor za parkiranje za osobe s invaliditetom i locira se što bliže javnoj

pješačkoj površini, odnosno ulaznim vratima. Označavanje odgovarajućeg parkirališta je prvi uvjet koji je tehnički izvediv posvuda.

ULAZ U HOTELSKI OBJEKT

Ulaz u hotelski objekt mora biti siguran i napravljen tako da omogućava jednostavan ulaz u prostor. Tehnički uvjet za prevladavanje visinske razlike je izgradnja rampe ili postavljanje mehaničkog dizala. Na manjoj visinskoj razlici (do 50cm) moguće je postaviti montažne ili monolitne rampe. Rampa uz stubište za pristup objektu može imati nagib najviše do 1:12, preporučljivo 1:20. Pri većim visinskim razlikama prikladna su mehanička dizala ili elevatori (platforme, dizala na stubama i sl.). U slučajevima koji zahtijevaju veće zahvate ili se zbog očuvanja spomeničke baštine, kao prije-lazno rješenje, može nabaviti transporter za stepenice (gusjenica) i sl. što se montira na kolica i omogućava prevladavanje stuba.

ZAJEDNIČKI PROSTORI HOTELSKOG OBJEKTA

Recepcija, restaurant, sanitarije, hodnik i dizala, prostori za rekreaciju, bazen s pripadajućim sadržajima... zajednički su prostori i očekuje se njihova dostupnost osobama s invaliditetom. One žele što je više moguće funkcionirati samostalno i/ili uz pratnju.

Dio recepcijskog pulta mora biti snižen na 90 cm od poda. Osoba u invalidskim kolicima na taj način može nesmetano komunicirati s osobljem na recepciji.

Stolovi za posluživanje jela moraju biti oblikovani tako da ispod ploče stola ima barem 70 cm slobodnog prostora te da se noge nalaze u uglovima stola.



Zajednički sanitarni prostor je moguće najjednostavnije adaptirati tako da se spoje dva klasična WC-a u jedan. Na taj se način može dobiti dovoljno prostora za manevriranje u invalidskim kolicima. Vrata na sanitarnom čvoru moraju biti široka najmanje 90 cm.

HOTELSKA SOBA

U hotelima s različitim tipovima hotelskih soba veće su mogućnosti za izbor sobe koja bi adaptacijom mogla postati funkcionalna za osobu koja se kreće u invalidskim kolicima. U hotelskim sobama kritične prepreke su premali pretprostori/hodnici i premale kupaonice.

Zahvat za otklanjanje prepreka je proširenje vrata koja moraju biti široka najmanje 90 cm. Preporučljivija su klizna vrata. S uporabom kliznih vrata povećavaju se prostorne mogućnosti u samoj kupaonici. Uz klizna vrata vrlo je važno postavljanje školjke, umivaonika te kade ili tuša, tako da ostane dovoljno prostora za najnužnije manevriranje s invalidskim kolicima (promjer kruga od najmanje 1,5 m).

U slučaju izgradnje novih hotelskih objekata očekuje se da funkcionalnost objekta bude u skladu s Pravilnikom o prostornim standardima, urbanističko-tehničkim uvjetima i normativima za sprječavanje stvaranja arhitektonsko-urbanističkih barijera (NN 47/82).

UPUTE ZA POJEDINAČNE DETALJE OPREME SANITARNOG PROSTORA

Umivaonik mora biti konzolne izvedbe i montiran na visini 80-85 cm, mješalica jedno-ručna te ogledalo čiji je donji rub smješten na 1 m visine od poda. Utičnica kod ogledala na visini 120-140 cm od tla, zahodska školjka postavljena na visinu 45-50 cm. U slučaju klasičnog tuša ne treba se montirati tuš kade, nego se treba urediti odvod kako bi voda mogla otjecati u pod, a na zid montirati plastični sklopivi stolac. Prostor se može ograditi s kupaonskom zavjesom. Metalni rukohvati postavljeni na visinu 85-90 cm nužan su dodatak kod zahodske školjke i tuša, gdje osoba s invaliditetom presjeda na školjku ili stolac za tuširanje. Pod kupaone treba biti protuklizan.

Elementi za dodatnu opremu postoje na našem tržištu. Dodatna oprema omogućava osobama s invaliditetom lakše funkcioniranje. Prilagodba životnog prostora hotelske sobe povezana je s opremom. Oprema mora biti tako razvrstana da omogućava dostupnost postelji, stolu ili pultu, garderobnim elementima te izlaz na balkon ili ložu. Poželjna je visina postelje 50 cm. Ovo se može postići s dodatnim posteljnim madracem. Funkcionalniji su za osobe s invaliditetom garderobni elementi s kliznim vratima i s više elemenata na izvlačenje te s poteznim vješalicama. Podni tepisi s debelom strukturom su neprimjereni, jer ometaju i otežavaju kretanje osobe u invalidskim kolicima. Instalacijski elementi trebaju biti na standardnoj visini koja je primjerena osobama koje se kreću u invalidskim kolicima. Prag balkonskih vrata može se prilagoditi obostranom kosinom. Sve navedeno u praksi je provjereno kao funkcionalno i racionalno rješenje.

KULTURNO POVIJESNI I UGOSTITELJSKI OBJEKTI U TURISTIČKIM MJESTIMA

Turističke zajednice također moraju utjecati na pristupačnost sadržaja koji se nude turistima izvan turističkih objekata. Radi se o kulturnim, povijesnim i zabavnim sadržajima.

ZAKLJUČAK

U posljednjih dvadesetak godina sve je veća mobilnost osoba s invaliditetom. Radi se o osobama koje dio života ili cijeli život provode u stanju invalidnosti. Takve osobe žele „normalan“ život u kojem će se uvažavati njihove potrebe te da ih se ne onemogućava u sudjelovanju u svim segmentima življenja i rada. Radi se o ljudskim pravima i dostojanstvu ljudi koji su različiti od prosječnih građana.

Afirmacija osoba s invaliditetom na svim područjima ukazuje kako su one također gosti u raznim prilikama. Pojedinci s invaliditetom žele zajednički ljetovati sa svojim obiteljima i prijateljima. Također i udruge organiziraju zajednička ljetovanja svojih članova. Posljednjih godina sve češće se u našoj zemlji održavaju





međunarodni skupovi koji raspravljaju o problemima osoba s invaliditetom, bilo u organizaciji udruga osoba s invaliditetom ili u organizaciji strukovnih udruga. Stručni i znanstveni skupovi, koji ne moraju imati veze s

OGLAS

Član Upravnog odbora HUPT-a Zlatko Vukić vlasnik je Ville ZAGORA s prilagođenim apartamanima i za osobama koje se kreću u invalidskim kolicima. Članovima HUPT-a vlasnik nudi smještaj s popustom od 30 %!

Villa ZAGORA nalazi se vrlo blizu elitnih turističkih destinacija u Puli (uz samu Marinu "Veruda") pa je zbog toga i odličan izbor za odmor u svim godišnjim dobima.

NAGRADE ZA TOČNO ISPUNJENU KRIŽALJKU

1. MOBILNI TELEFON

Silvija Koso, Krležoina 37, 52100 PULA

2. CD - DA, TI TO MOŽEŠ

Ivan Anušić, Prilaz Fabijanića 7,
23000 ZADAR

3. CD - PRISTUPAČNOST ZA OSOBE SA INVALIDITETOM

Josip Čunović, Ul. brsće Radić 74a,
10410 VELIKA GORICA - MRACLIN

invaliditetom, sve češće imaju sudionike i osobe s invaliditetom. Javljaju se pojedinci i skupine osoba s invaliditetom iz inozemstva koje traže pogodne i pristupačne destinacije za svoj odmor i ljetovanje.

Međunarodne organizacije koje se bave organiziranjem turističkih putovanja za osobe koje se kreću u invalidskim kolicima u svojim promidžbenim materijalima i na web stranicama objavljuju zemlje koje su pristupačna odredišta. Nude pristupačne sadržaje potrebama osoba s invaliditetom. Gotovo svi promidžbeni materijali stranih tour-operatora označavaju pristupačnost u ponudi hrvatskog turizma. To isto, nažalost, nije praksa u hrvatskim turističkim materijalima.

Manda Knežević i Janko Ehrlich Zdrovač

KRATKA SPORTSKA VIJEST



Na slici MILKA MILINKOVIĆ

Sportsko društvo paraplegičara "Frankopan" iz Kraljevice ulazi u završne pripreme za važna takmičenja. 27. svibnja je Državno prvenstvo u atletici na kojem će sudjelovati svi članovi ŠDP "Frankopan", dok se Miroslav Matić i Milka Milinković pripremaju za sudjelovanje na europskom prvenstvu u Assenu (Holandija) koje će se održati od 11. do 22. lipnja 2003. godine.

Usput neka bude zabilježeno da je Hrvatski sportski savez invalida uručio Milki Milinković priznanje za dugogodišnji uspješni rad i djelovanje u sportu osoba s invaliditetom.





Hvala ti najmilijem pape hrvatski, koji si me dočekivao raširene ruke i srca otvorena po ulicama Dalmacije, Slavonije, Kvarnera. Spjećam se tvojih patnji uzrokovanih ratom, što su još uvijek vidljive na tvom licu i što se odražavaju na tvoje živote i blizu sam svima koji podnose tragične posljedice rata. Prognata mi je molitvom tvoja snaga, tvoja hrabrost i tvoje ufanje i siguran sam da će ti nestrpljivo željeloj omogućiti da i ti jednom ugledaš bolje dane. Hvala i tebi mladeži Hrvatske! Mladeži hrvatska neka te Bog blagoslovi, zemljo hrvatska Bog te blagoslovi!

Prije apostolskog blagoslova na gradarškom Forumu 9. lipnja 2003



