

Zdrowie & Niepełnosprawność Inteluktualna

Osoby z niepełnosprawnością intelektualną mają prawo do opieki medycznej

- Zdrowie to nie tylko całkowity brak choroby, czy niepełnosprawności, ale także stan pełnego, fizycznego, umysłowego i społecznego dobrostanu (dobrego samopoczucia.¹ W ostatnich latach definicja ta została uzupełniona o sprawność do „prowadzenia produktywnego życia społecznego i ekonomicznego” a także wymiar duchowy.^{2,3}
- Dostęp do najwyższego standardu opieki zdrowotnej dla wszystkich osób niepełnosprawnych to prawo, które zostało przyjęte przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych 13 grudnia 2006 roku w ramach Konwencji ONZ o Prawach Osób Niepełnosprawnych.²
- Osoba z niepełnosprawnością intelektualną nie jest z natury osobą z problemami zdrowotnymi. Stan zdrowia zależy m.in. od uwarunkowań genetycznych, sytuacji społecznej, środowiska życiowego oraz dostępu i korzystania z opieki zdrowotnej. Wszystkie te czynniki muszą być brane pod uwagę podczas zapewniania osobie z niepełnosprawnością opieki medycznej.³

Osoby z niepełnosprawnością intelektualną częściej niż reszta populacji doświadczają problemów

- Zdrowie to nie tylko całkowity brak choroby, czy niepełnosprawności, ale także stan pełnego, fizycznego, umysłowego i społecznego dobrostanu (dobrego samopoczucia.¹ W ostatnich latach definicja ta została uzupełniona o sprawność do „prowadzenia produktywnego życia społecznego i ekonomicznego” a także wymiar duchowy.^{2,3}
- Dostęp do najwyższego standardu opieki zdrowotnej dla wszystkich osób niepełnosprawnych to prawo, które zostało przyjęte przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych 13 grudnia 2006 roku w ramach Konwencji ONZ o Prawach Osób Niepełnosprawnych.²
- Osoba z niepełnosprawnością intelektualną nie jest z natury osobą z problemami zdrowotnymi. Stan zdrowia zależy m.in. od uwarunkowań genetycznych, sytuacji społecznej, środowiska życiowego oraz dostępu i korzystania z opieki zdrowotnej. Wszystkie te czynniki muszą być brane pod uwagę podczas zapewniania osobie z niepełnosprawnością opieki medycznej.³

Średnio w drużynie 10 zawodników Olimpiad Specjalnych na całym świecie:



4 ma nieleczoną próchnicę
1 wymaga pilnego skierowania do dentysty



4 potrzebuje okularów
2 ma jakąś chorobę oczu (np. Jaskra)



5 ma poważne problemy z giętkością, i
4 z równowagą, co naraża ich na częstsze urazy



3 ma złe wyniki podczas badania słuchu



2 mają niską gęstość kości



6 ma nadwagę / otyłość, co zwiększa ryzyko chorób przewlekłych

Współpraca z organizacjami w celu zapewnienia sprzętu medycznego.

Od 2014 przekazano bezpłatnie 100,000 okularów korekcyjnych i 2,000 aparatów słuchowych zawodnikom Olimpiad Specjalnych na całym świecie.

Tworzenie społeczności gdzie opieka zdrowotna na wysokim poziomie jest dostępna przez cały rok.

Poprzez Zdrowe Społeczności, Olimpiady Specjalne rozbudowują dostępność usług medycznych dla zawodników poprzez poprawę całorocznego dostępu do opieki medycznej, edukację i dostęp do wellness. W 2014 roku wystartowało 14 pilotażowych Programów Zdrowa Społeczność Olimpiad Specjalnych.



Olimpiady Specjalne
Zdrowie

MOŻLIWE
DZIĘKI

FUNDACJI
Golisano

Celem Kampanii Zdrowa Społeczność Olimpiad Specjalnych jest utworzenie 100 Programów Olimpiad Specjalnych ukierunkowanych na całoroczny dostęp do opieki zdrowotnej dla osób z niepełnosprawnością intelektualną.

Zmiany w systemie opieki zdrowotnej.

Od 2014 roku Olimpiady Specjalne przeszkoliły 120,000 pracowników służby zdrowia, jak pracować z osobami niepełnosprawnymi intelektualnie. 84% wolontariuszy Programu Zdrowi Sportowcy czuło się lepiej przygotowanych do leczenia osób z niepełnosprawnością intelektualną.

Zapewnianymi badania screeningowe

1,4 miliona zawodników przebadaliśmy w 127 krajach.



Problemy zdrowotne osób z niepełnosprawnością intelektualną są utrwalane przez bariery w opiece medycznej

Brak edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia.

- Szereg badań pokazuje, że osoby z niepełnosprawnością intelektualną są mniej skłonne do udziału w działaniach promujących zdrowie, niż ich pełnosprawni rówieśnicy.⁸
- Jest bardziej prawdopodobne, że młodzież i dorośli z niepełnosprawnością intelektualną będą wyłączeni z edukacji seksualnej niż ich pełnosprawni rówieśnicy.⁹

Osoby z niepełnosprawnością intelektualną są mniej aktywne fizycznie i dlatego są bardziej narażone na przewlekłe choroby

- Dorośli z niepełnosprawnością intelektualną wykazują ponad dwukrotnie rzadszą aktywność fizyczną (ćwiczenia rzadziej niż raz w tygodniu) niż ich pełnosprawni rówieśnicy.¹⁰
- Badania na Tajwanie i w Anglii pokazały, że tylko 8% nastolatków z niepełnosprawnością intelektualną wykonywało zalecane 30-minutowe ćwiczenia fizyczne 3 razy w tygodniu.^{11,12}

Niewykryte problemy zdrowotne

Wiele problemów zdrowotnych osób niepełnosprawnych intelektualnie zostaje niewykrytych podczas diagnozy, gdyż problem czy dolegliwości są przypisywane posiadanej niepełnosprawności. Jest to często spowodowane brakiem wiedzy, jak postępować z osobami niepełnosprawnymi intelektualnie, co powoduje niemożność poprawnego ich zdiagnozowania. Na przykład człowiek niepełnosprawny intelektualnie może nie mieć orzeczonego problemu ze wzrokiem przez 40 lat i być niezdiagnozowany pod tym kontem, dlatego że lekarz nie wie jak przystosować tablicę służącą do oceny wzroku i jego rodzina myśli, że problemy z czytaniem są spowodowane niepełnosprawnością.

- Często, symptomy problemów zdrowotnych związanych z zachowaniem (n.p. drażliwość, wycofanie, agresja) są błędnie przypisywane tylko osobom z niepełnosprawnością intelektualną. Przykład - według badań jedynie jedna dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie przyjmujących leki psychotropowe, miła kiedykolwiek konsultacja psychiatryczną.¹³
- Podczas przeprowadzonego w Wielkiej Brytanii badania pielęgniarki zgłosiły, że 49% ich pacjentów ma dobry wzrok. Badania pogłębione wykazały, że dobry wzrok miało jedynie 1%. W tym samym badaniu pielęgniarki zgłosiły, że 74% pacjentów ma dobry słuch. Pogłębione badanie wykazało, że dobry słuch ma jedynie 11%.¹⁴

Kiedy niepełnosprawni intelektualnie szukają pomocy medycznej, lekarze nie są przygotowani do zapewnienia im wysokiej jakości opieki. Osoby z niepełnosprawnością intelektualną 2 razy częściej zgłaszają niezadowolony z umiejętności pracowników służby zdrowia, 4 razy częściej zgłaszają złe traktowanie przez nich i 3 razy częściej zostaje im odmówione udzielenie opieki medycznej.¹⁵

- Badania O.S. wykazały, że 52% dziekanów szkół medycznych i 56% studentów przyznało, że absolwenci są niecałkowicie przygotowani do opieki osobami niepełnosprawnymi intelektualnie.¹⁶
- Błędne społeczne wyobrażenia czynią te bariery trudne do pokonania.

Pomimo, że dowiedziony jest trudniejszy dostęp do zdrowia dla osób z niepełnosprawnością intelektualną, 68% światowej populacji uważa, że otrzymują oni opiekę medyczną na takim samym poziomie, co osoby pełnosprawne, a nawet na wyższym.⁶

Bariery zdrowotne w społeczeństwie, w środowisku życiowym (dom, rodzina, społeczność) i na poziomie indywidualnym

Społeczeństwo



- Ubóstwo & nierówności ekonomiczne.
- Dyskryminacja i napiętnowanie.
- Brak świadomości o specyficznych dla niepełnosprawności dysproporcjach zdrowotnych.
- Brak szkoleń dla pracowników służby zdrowia.
- Polityka, która redukuje lub ogranicza dostęp do usług medycznych.
- Różne formy zatrudnienia, co skutkuje bezrobociem, a w niektórych krajach brakiem ubezpieczenia zdrowotnego dobrej jakości.

Dom & społeczność

- Brak dostępu do zdrowej żywności.
- Opiekun kontroluje dostęp do środków medycznych, wyboru jedzenia i uczestnictwa w aktywnościach fizycznych.
- Brak zasobów rodzinnych (n.p. pieniędzy i transport).
- Brak wsparcia społecznego ze strony rodziny, przyjaciół, sąsiadów i członków społeczności.
- Brak koordynacji wśród dostawców usług.
- Brak dostępu do usług społecznych (szczepienia, edukacja zdrowotna, itp) z powodu przymusowej segregacji w domem.



Jednostka

- Stosowanie leków, które wpływają na wagę i apetyt.
- Brak potrzebnej wiedzy do podejmowania decyzji związanych ze zdrowiem.
- Fizyczne Ograniczenia niepozwalające na ćwiczenia.

1. Constitution of the World Health Organization. Geneva, World Health Organization, 1948 (<http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>, accessed 7 May 2009).
2. United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Geneva, United Nations, 2006 (<http://www2.ohchr.org/english/law/disabilities-convention.htm>, accessed 16 May 2009).
3. Krahn, G. L., Hammond, L., & Turner, A. (2006). A cascade of disparities: health and health care access for people with intellectual disabilities. *Mental retardation and developmental disabilities research reviews*, 12(1), 70-82.
4. World Health Organization (2013). *Overweight and obesity*. Retrieved from: http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/overweight/en/index.html
5. Centers for Disease Control (2012). *Selected health conditions and risk factors: United States, selected years 1988-1994 through 2009-2010*. Retrieved from: <http://www.cdc.gov/nchs/data/hus/2012/063.pdf>. Hollins, S., & Tuffrey-Wijne, I. (2013). Meeting the needs of patients with learning disabilities. *BMJ: British Medical Journal*, 346.
6. Bainbridge, D. (2008) *The antecedents and impacts of participation in Special Olympics Healthy Athletes on the perceptions and professional practice of health care professionals: A preliminary investigation*. Washington, DC: Special Olympics, Inc.
7. World Health Organization (2011). *World Report on Disability*. Retrieved from http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240685215_eng.pdf.
8. World Health Organization (2011). *World Report on Disability*. Retrieved from http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240685215_eng.pdf.
9. Finlayson, J., Jackson, A., Cooper, S. A., Morrison, J., Melville, C., Smiley, E., Allan, L., & Mantry, D. (2009). Understanding predictors of low physical activity in adults with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 22(3), 236-247.
10. Emerson, E. (2005) *Underweight, obesity and exercise among adults with intellectual disabilities in supported accommodation in Northern England*. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49, 134-143.
11. Lin, J. D., Lin, P. Y., Lin, L. P., Chang, Y. Y., Wu, S. R., & Wu, J. L. (2010). Physical activity and its determinants among adolescents with intellectual disabilities. *Research in developmental disabilities*, 31(1), 263-269.
12. Lewis, M., Lewis, C., Leake, B., King, B., & Lindemann, R. (2002). The Quality of Health Care for Adults with Developmental Disabilities. *Public Health Reports*, 117(2), 174.
13. Kerr, A.M., McCulloch, D., Oliver, K. et al (2003). Medical needs of people with intellectual disability require regular assessment, and the provision of client-and carer-held reports. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47:134-145.
14. World Health Organization (Sept 2013). *Fact Sheet: Disability and Health*. Retrieved from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/en/>.
15. Special Olympics International. (2005). *Changing Attitudes Changing the World: The Health and Health Care of People with Intellectual Disabilities*. Washington, DC: Special Olympics International.
16. Siperstein, G.N., Norins, J., Corbin, S., & Shriver, T. (2003). Multinational study of attitudes toward individuals with intellectual disabilities. Washington, DC: Special Olympics, Inc.