

MEĐUNARODNA KONFERENCIJA
“MULTIDISCIPLINARNI PRISTUPI U EDUKACIJI I REHABILITACIJI”
ZBORNIK RADOVA

Tehnička organizacija
Udruženje defektologa, edukatora-rehabilitatora "STOL"

Urednici

Prof.dr.Haris Memišević
Mr.sc.Selmir Hadžić

Recenzenti

Prof.dr.Haris Memišević
Prof.dr.Edin Mujkanović
Mr.sc.Maja Srzić

Izdavač

Perfecta, Sarajevo

Za izdavača

Adis Duhović, prof.

Dizajn i DTP

Perfecta, Sarajevo

Štampa

Perfecta, Sarajevo

Tiraž

100 komada

ISSN 2637-3270

UDRUŽENJE DEFEKTOLOGA, EDUKATORA-REHABILITATORA "STOL"

MEĐUNARODNA KONFERENCIJA

**"MULTIDISCIPLINARNI PRISTUPI U
EDUKACIJI I REHABILITACIJI"**

ZBORNIK RADOVA

Sarajevo, 2021. godine

SADRŽAJ

POSTOJI LI ALTERNATIVA IZAZOVNOM PONAŠANJU DJECE I OMLADINE U AUTISTIČNOM SPEKTRU? / IS THERE AN ALTERNATIVE TO CHALLENGING BEHAVIOUR OF CHILDREN AND YOUTH ON THE AUTISM SPECTRUM?	9
SUBJEKTIVNI DOŽIVLJAJ KOMUNIKACIONIH TEŠKOĆA ODRASLIH SOBA SA FLACIDNOM DIZARTRIJOM / SELF-REPORT OF COMMUNICATIVE IMPAIRMENT IN ADULTS WITH FLACCID DYSARTHRIA	29
POZITIVNI EFKTI PROGRAMA OBAVEZNOG PREDŠKOLSKOG ODGOJA I OBRAZOVANJA NA ASPEKTE DJEČIJEG RAZVOJA U GODINI PRED POLAZAK U ŠKOLU NA PODRUČJU ZENIČKO-DOBOJSKOG KANTONA / POSITIVE EFFECTS OF THE COMPULSORY PRESCHOOL EDUCATION PROGRAM ON ASPECTS OF CHILD DEVELOPMENT IN THE YEAR BEFORE GOING TO SCHOOL IN THE AREA OF ZENICA-DOBOJ CANTON	41
NIVO KOGNITIVNIH DISFUNKCIJA OSOBA SA MULTIPLOM SKLEROZOM / LEVEL OF COGNITIVE DYSFUNCTIONS OF PERSONS WITH MULTIPLE SCLEROSIS	55
PERCEPCIJA NIVOVA SOCIJALNE PODRŠKE OSOBA SA MULTIPLOM SKLEROZOM / PERCEPTION OF THE LEVEL OF SOCIAL SUPPORT OF PERSONS WITH MULTIPLE SCLEROSIS	65
PRISTUPAČNOST USLUGA SPECIJALNIH EDUKATORA I REHABILITATORA ZA VRIJEME PANDEMIJE COVID-19 IZ PERSPEKTIVE RODITELJA / ACCESSIBILITY OF SERVICES OF SPECIAL EDUCATORS AND REHABILITATORS DURING THE COVID-19 PANDEMIC FROM THE PERSPECTIVE OF PARENTS	79
DJECA SA KOHLEARNIM IMPLANTATOM U INKLUZIVNOM OBRAZOVANJU / CHILDREN WITH COCHLEAR IMPLANTS IN INCLUSIVE EDUCATION	87
RODITELJSKI STRES U OBITELJIMA DJECE S TEŠKOĆAMA U RAZVOJU I STRATEGIJE SUOČAVANJA / PARENTAL STRESS IN FAMILIES OF CHILDREN WITH DISABILITIES AND COPING STRATEGIES	99
TRENTNI POLOŽAJ DEFEKTOLOGA U DRUŠTVU / CURRENT STATUS OF SPECIAL EDUCATORS IN SOCIETY	113
IZRAŽENOST KOGNITIVNIH STILOVA UVJETOVANIH KOCKANJEM KOD SREDNJOŠKOLACA NA PODRUČJU GRADA ŽIVINICE / EXPRESSION OF COGNITIVE STYLES CONDUCTED BY GAMBLING IN SECONDARY SCHOOL STUDENTS IN THE TOWN OF ŽIVINICE	127
LOGOPEDSKA TERAPIJA KOD DJECE SA OBOSTRANIM RASCJEPOM GORNJE USNE - PRIKAZ SLUČAJA / LOGOPEDIC THERAPY FOR CHILDREN WITH CLEFT UPPER LIP ON BOTH SIDES - CASE REPORT	141
UZROČNO-POSLEDIČNA VEZA EKRAIZACIJE, ELEKTROMAGNETNIH/ RADIOFREKVENCIJSKIH ZRAČENJA I POREMEĆAJA KOMUNIKACIJE / CAUSAL RELATIONSHIP OF SCREENING, ELECTROMAGNETIC / RADIOFREQUENCY RADIATION AND COMMUNICATION DISORDERS	149

MLADI KAO KONZUMENTI I EVALUATORI INFORMACIJA DOSTUPNIH NA INTERNETU- KAKO DJELOVATI? / YOUTH AS CONSUMERS AND EVALUATORS OF INFORMATION AVAILABLE ON THE INTERNET-WHAT CAN BE DONE?	163
PREVALENCIA POREMEĆAJA SLUŠNOG PROCESIRANJA KOD DJECE U ČETVRTIM RAZREDIMA OSNOVNE ŠKOLE / THE PREVALENCE OF AUDITORY PROCESSING DISORDER IN CHILDREN FROM LOWER GRADES OF PRIMARY SCHOOL	175
USPJEŠNOST PRIMJENE LOGOPEDSKOG TRETMANA I REEDUKACIJE PSIHOMOTORIKE KOD DJETETA SA USPORENIM GOVORNO- JEZIČKIM RAZVOJEM- PRIKAZ SLUČAJA / SUCCESS OF SPEECH THERAPY TREATMENT AND PSYCHOMOTOR RE-EDUCATION IN A CHILD WITH DELAYED SPEECH-LANGUAGE DEVELOPMENT - CASE STUDY	187
ZNAČAJ I ULOGA PORODICE U RAZVOJU DJECE SA POTEŠKOĆAMA U ODGOJNO-OBRAZOVNOM PROCESU / IMPORTANCE AND THE ROLE OF FAMILIES IN THE DEVELOPMENT OF KIDS WITH DISABILITIES IN EDUCATIONAL PROCESS	197
INTERVIZIJA U SPECIJALNOJ EDUKACIJI / THE INTERVISION METHOD IN SPECIAL EDUCATION	209
POJEDINI ASPEKTI USLUGA RANE INTERVENCIJE PRI RAZVOJNOM SAVETOVALIŠTU / SOME ASPECTS OF EARLY INTERVENTION SERVICES IN DEVELOPMENT COUNSELING	223
PERCIPIRANO ZDRAVLJE RODITELJA DJECE SA AUTIZMOM / SELF PERCEIVED HEALTH OF PARENTS OF CHILDREN WITH AUTISM	237
UPOTREBA SISTEMA AUGMENTATIVNE I ALTERNATIVNE KOMUNIKACIJE U PRAKSI/ THE USAGE OF AUGMENTATIVE AND ALTERNATIVE COMMUNICATION SYSTEMS IN PRACTICE	245
POVEZANOST STIGMATIZACIJE MALOLJETNIH PRESTUPNIKA I DEZORGANIZACIJE PORODICE / THE CONNECTION BETWEEN THE PHENOMENON OF STIGMATIZATION OF JUVENILE OFFENDERS AND THE DISORGANIZATION OF THE FAMILY	259
PROGRAM RANE INTERVENCIJE-STAVOVI RODITELJA DJECE S TEŠKOĆAMA U RAZVOJU / EARLY INTERVENTION PROGRAM-ATTITUDES OF PARENTS OF CHILDREN WITH DISABILITIES	273
KOGNITIVNA I EMOCIONALNA EMPATIJA KAO ČINIOCI STAVA UČENIKA TIPIČNE POPULACIJE PREMA VRŠNJACIMA SA SMETNJAMA U RAZVOJU / COGNITIVE AND EMOTIONAL EMPATHY AS FACTORS OF STUDENTS' ATTITUDE TOWARDS PEERS WITH DEVELOPMENTAL DISORDERS	283
PRIMJENA TELETERAPIJE U LOGOPEDSKOM RADU / APPLICATION OF TELETHERAPY IN SPEECH THERAPY	299
ŠKOLOVANJE NA DALJINU S UČENICIMAS POREMEĆAJIMA IZ AUTISTIČNOG SPEKTRA / DISTANCE EDUCATION OF CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDER	309
UTICAJ SAVREMENE TEHNOLOGIJE NA RAZVOJ DECE / THE INFLUENCE OF MODERN TECHNOLOGY ON CHILD DEVELOPMENT	327
ISKUSTVA PRUŽANJE PSIHOSOCIJALNE PODRŠKE RODITELJIMA DJECE I MLADIH OSOBA S TEŠKOĆAMA U RAZVOJU / EXPERIENCES IN PROVIDING PSYCHOSOCIAL SUPPORT TO PARENTS OF CHILDREN AND YOUNG PEOPLE WITH DISABILITIES	339

VEŠTAČKA INTELIGENCIJA I RAČUNARI KAO POMOĆ U ŠKOLSKOM I VANŠKOLSKOM OBRAZOVANJU DECE SA SMETNJAMA U RAZVOJU / ARTIFICIAL INTELLIGENCE AND COMPUTERS AS ASSISTANCE IN SCHOOL AND EXTRACURRICULAR EDUCATION OF CHILDREN WITH DEVELOPMENTAL DISABILITIES	351
NIVO OČUVANOSTI MENTALNOG ZDRAVLJA OSOBA SA MULTIPLIM SKLEROZOM / LEVEL OF PRESERVATION OF MENTAL HEALTH IN PEOPLE WITH MULTIPLE SCLEROSIS	361
ULOGA NASTAVNIKA U PREVENICIJI PROBLEMA U PONAŠANJU KOD UČENIKA U OSNOVNOJ ŠKOLI / THE ROLE OF TEACHERS IN THE PREVENTION OF BEHAVIORAL PROBLEMS IN PRIMARY SCHOOL STUDENTS	375
ODNOS JEZIČKOG RAZVOJA I JEZIČKIH POREMEĆAJA KOD DJECE SA BILINGVIZMOM / RELATIONSHIP BETWEEN LANGUAGE DEVELOPMENT AND LANGUAGE DISORDERS IN CHILDREN WITH BILINGUALISM	387
UTICAJ SPORTSKOG TURIZMA NA RAZVOJ DJECE U DOBA COVIDA / THE IMPACT OF SPORTS TOURISM ON THE DEVELOPMENT OF CHILDREN IN THE COVIDA ERA	401
LOGOPED U INTERDISCIPLINARNOM TIMU / SPEECH THERAPIST IN AN INTERDISCIPLINARY TEAM	417
KOMPETENCIJE NASTAVNIKA U OSNOVNOJ ŠKOLI / COMPETENCES TEACHERS OF PRIMARY SCHOOL	433

**POSTOJI LI ALTERNATIVA IZAZOVNOM PONAŠANJU
DJECE I OMLADINE U AUTISTIČNOM SPEKTRU?**

**IS THERE AN ALTERNATIVE TO CHALLENGING
BEHAVIOUR OF CHILDREN AND YOUTH ON THE
AUTISM SPECTRUM?**

Ahmetović Melika

Ludwig-Maximilians University, Munich, Germany

SAŽETAK

Izazovno ponašanje podrazumijeva određene, najčešće nepoželjne oblike ponašanja, poput udaranja, ujedanja, pljuvanja, grebanja, vrištanja i ostalih sličnih oblika ponašanja kroz koje se roditelji, učitelji i ostale osobe u kontaktu s osobama u autističnom spektru, osjećaju izazvanim ili ugroženim. Izazovno ponašanje je, ne samo u okviru autističnog spektra, u fokusu istraživanja i moguće je naći veliki broj knjiga i studija o tome kako promijeniti ili spriječiti izazovno ponašanje – uglavnom bazirano na metodama modifikacije ponašanja. To nije cilj ovog priloga.

U ovom prilogu želi se dati doprinos razumijevanju izazovnog ponašanja, kao i razumijevanju osoba koje takvo ponašanje pokazuju. Tek kada smo razumjeli uzroke i funkciju određenog ponašanja, možemo i naći način kako da ponašanje spriječimo ili promijenimo. Svako ponašanje ima svoju funkciju – stoga je naš osnovni zadatak da razumijemo koji smisao i funkciju ima ponašanje koje određena osoba pokazuje u određenoj situaciji. Za osobu koja pokazuje izazovno ponašanje je to ponašanje subjektivno, smisleno i ispravno, čak i ako je isto to ponašanje za sve ostale osobe neprikladno, opasno ili zastrašujuće. Stoga Bo Hejlskov Elven (2015:17) definira izazovno ponašanje kao "ponašanje koje stvara probleme osobama koje su u kontaktu sa osobom u autističnom spektru". Od osobe koja pokazuje izazovno ponašanje, očekuje se da promijeni nešto, kako bi se i ponašanje promijenilo. Za osobe u autističnom spektru takva promjena nije jednostavna i u nekim slučajevima jako otežana. Osoba koja pokazuje određeno (izazovno) ponašanje nema razlog da isto promijeni (jer je za njega/nju subjektivno smisleno) ili ne posjeduje potrebne kompetencije za samostalnu promjenu, za okolinu izazovnog, ponašanja. U jednom ili drugom slučaju je naš zadatak i naša obaveza nešto da promijenimo kako bi omogućili promjenu ili spriječili pojavu izazovnog ponašanja.

ABSTRACT

Challenging behaviour is often regarded as certain specific, mostly disturbing behaviours. These might be fighting, biting, spitting, screaming and any other kind of behaviour that feels offensive to or challenge the people dealing with persons on autism spectrum. Challenging behaviour is, not just in regard to autism spectrum in the focus of research and there are many books on the market about how to change these behaviours, often using cognitive behavioural methods. That is not the aim of this article. The aim of this article is to contribute to understanding challenging behaviour in a person on autism spectrum, as well as to understanding of the persons showing the challenging behaviour.

The understanding of challenging behaviour and the purpose of such behaviours is a prerequisite for preventing and managing those behaviour. Each and every behaviour has a purpose – therefore is of the utmost importance to understand the purpose of behaviour, the person is showing in a certain situation. For the person showing the challenging behaviour, is that behaviour subjectively purposeful and therefore correct, even if the people dealing with persons on autism spectrum perceive the same behaviour as inappropriate, dangerous or intimidating. Bo Hejlskov Elven (2015:17) defines the challenging behaviour as "behaviour that causes problems for people around the person on autism spectrum". Persons showing challenging behaviours are mostly expected to change and adapt – in order to get rid of challenging behaviour. This is certainly a very difficult task for most of the persons on the autism spectrum. Person showing a certain (challenging) behaviour, must not have a reason to change the behaviour (behaviour has a good purpose from the subjective point of view) or the person doesn't have the competencies necessary to change and adapt the behaviour, perceived as challenging. In both cases it is OUR task and responsibility to change (something) in order to provide the setting suitable for changing or preventing the challenging behaviour.

1. UVOD

Istraživanja, u posljednjih 10 godina, su pokazala da 35 – 94 % djece i mladih u autističnom spektru pokazuju poremećaje ponašanja (Theunissen, 2019). Najčešće se takva ponašanja pokazuju u vidu opozicionalnog ponašanja (7- 28%), ADHS (30 - 50%) i autoagresivnog ponašanja (oko 50%), a najveći broj pokazuje stereotipno ponašanje (preko 90%) (Theunissen, 2019). Svako problematično ponašanje usmjereno prema vani je za okolinu izazovno. Ono izaziva pažnju, smeta, nervira i vrlo često nas plaši. Jako brzo se stvori utisak postojanja teške problematične situacije koja treba tretman. S druge strane introvertna ponašanja (povlačenje u sebe ili pasivnost) se obično ne označavaju kao "problematična" iako i ova ponašanja podjednako zahtijevaju našu pažnju jer su jednako problematična na drugi način (Fröhlich, et al. 2019). U literaturi susrećemo različitu terminologiju: upadljivo ponašanje, poremećaj ponašanja, problemsko ponašanje i sl. U engleskom jeziku postoji termin "challenging behaviors" (izazovno ponašanje) i to je termin koji će se koristiti u ovom radu. Izazovno ponašanje je ne samo u okviru autističnog spektra, u fokusu istraživanja i moguće je naći veliki broj knjiga i studija o tome kako promijeniti ili spriječiti izazovno ponašanje – uglavnom bazirano na metodama modifikacije ponašanja. To nije cilj ovog rada.

Ovim prilogom želi se dati doprinos razumijevanju izazovnog ponašanja, kao i osoba koje takvo ponašanje pokazuju. Tek kad smo razumjeli uzroke i funkciju određenog ponašanja, možemo naći i način kako da ponašanje spriječimo ili promijenimo.

2. TEORETSKA OSNOVA

U ovod dijelu će biti specificiran fenomen „Poremećaj autističnog spektra“ kao i konstrukt „izazovnog ponašanja“. Informacije navedene u ovom dijelu zasnovane su na trenutnom nivou naučnog i istraživačkog rada u Njemačkoj.

2.1 TERMIN „POREMEĆAJ AUTISTIČNOG SPEKTRA“

Poremećaj autističnog spektra je kompleksan neurološki razvojni poremećaj, koji se pokušava objasniti na osnovu različitih teorija. Smatra se da se uzrok ovom kompleksnom poremećaju može naći, između ostalog, u genima.

Još uvijek nije moguće imenovati jedan osnovni uzrok pojave poremećaja autističnog spektra. Iz tog razloga se govori o „sumativnoj dijagnozi“ (Daun i Tuckermann 2019), zbog čega je i postavljanje dijagnoze autizma veoma kompleksno i ovisno o različitim dijagnostičkim kriterijima i klasifikacijskim sistemima - koji se bazirano na novim istraživanjima i saznanjima redovno revidiraju. Trenutno postoje dva vazna klasifikacijska sistema, na osnovu kojih se dijagnosticira autizam – na prilično različite načine.

2.1.1. Klasifikacija poremećaja autističnog spektra na osnovu ICD-10 i DSM-V

ICD-10 (International Classification of Disorders – 10) je klasifikacijski sistem bolesti i zdravstvenih problema izdat od strane svjetske zdravstvene organizacije u kojem se poremećaji autističnog spektra dijele u podgrupe (rani dječiji autizam, atipični i Asperger-autizam).

Prema ovom klasifikacijskom sistemu autizam počinje u ranom djetinjstvu, ima vezu sa biološkim sazrijevanjem CNS-a i trajnog je karaktera. Klinička slika poremećaja autističnog spektra podrazumijeva trias simptoma: kvalitativni poremećaj socijalne interakcije; kvalitativni poremećaj komunikacije i govora i restriktivni, repetitivni stereotipni oblici ponašanja, interesa i aktivnosti (Poustka et al., 2019).

1. Kvalitativni poremećaj socijalne interakcije podrazumijeva poteškoće uspostavljanja prijateljskih veza; umanjenu potrebu za interakcijom s drugima; neprilagođeno socijalno i emocionalno ponašanje kao i manjak socio/emocionalne interakcije.

2. Kvalitativni poremećaj komunikacije i govora:

Rani dječiji autizam je prema ICD-10 praćen nesposobnošću govornog izražavanja – ponekad su pojedinačne riječi, eholalije ili jednostavne rečenice sa dvije ili tri riječi moguće.

Kod visoko funkcionalnih osoba u autističnom spektru (Asperger sindrom) je govor pretežno održan ali je glas monoton i govor ekscentričan.

3. Restriktivni, repetitivni, stereotipni oblici ponašanja, interesi i aktivnosti:

Pod ovim ponašanjima podrazumijevamo ponašanja kao fiksiranje na pojedine predmete ili nefunkcionalno korištenje pojedinih predmeta, jaka potreba za ritualiziranim aktivnostima i nedostatak fleksibilnosti. Takođe se ovdje ubrajaju i manirizmi i stereotipije, kao hod na vrhovima prstiju, hiperaktivnost, manjak gestikulacije i mimike (Theunissen, 2020).

Navedeno tradicionalno tipiziranje autizma je bilo višestruko kritizirano tokom 20. stoljeća, jer je u okviru pojedinačnih kategorija moguće naći više sličnosti nego razlika (Theunissen, 2020).

Iako iste kategorije autizma nalazimo i u okviru DSM -V (Diagnostic and Statistical Manual V), simptomi se ovdje ne posmatraju kategorijalno nego dimezionalno u smislu stepena teškoće.

S određivanjem stepena teškoće željelo se postići minimiranje stigmatiziranja i upućivanje na nivo podrške kojeg određena osoba treba.

DSM-V ujedinjuje komunikaciju i interakciju u jedno područje, te razlikuje samo dvije grupe simptoma (trajne deficite komunikacije i socijalne interakcije i ograničene, repetitivne oblike ponašanja, interese i aktivnosti) (Poustka et al., 2019, Theunissen, 2020). Osim toga su navedene sljedeće specifikacije: sa/bez intelektualnih teškoća ili sa/bez poremećaja govora. Intelektualne teškoće se smatraju čestim ali ne obaveznim komorbidnim poremećajem.

Simptomi se moraju osim toga javiti u takvoj kombinaciji koja ometa funkcionalno djelovanje osobe (Daun i Tuckermann 2019, Klauß 2017).

Poremećaj autističnog spektra je priključen području „neurološki razvojni poremećaji“, koji obuhvataju poremećaje, koji se javljaju od rođenja/djetinjstva i imaju neurološke uzroke, te se stoga smatra posebnim stanjem koje se karakteriše posebnim sistemom percepcije i obrade informacija a koji se odražava u poremećajima u području socialne interakcije, komunikacije i području ponašanja. Termin poremećaj autističnog spektra sam po sebi ističe da poremećaji mogu da budu različitog kvaliteta. Simptomi se javljaju prilično rano i često se pogoršavaju sa povećanjem zahtjeva od strane socijalne okoline.

ICD-11, koja u Njemačkoj treba da stupi na snagu 2022. godine, treba da preuzme dimenzionalnu podjelu od DSM-V i klasificira poremećaj autističnog spektra kao psihičke i poremećaje ponašanja u kategoriji neuroloških razvojnih poremećaja. U ICD-11 će postojati još podkategorije sa/bez intelektualnih teskoća ili govornih poremećaja ili sa obje kategorije (Amorosa et al., 2017).

2.1.2. Neuropsihološke teorije nastanka poremećaja autističnog spektra

Trenutno se koriste sljedeće tri neuropsihološke teorije za objašnjenje perceptivnih karakteristika kod osoba s poremećajima autističnog spektra. Theory of Mind (teorija uma) se tumači kao sposobnost pripisivanja mentalnih stanja sebi ili drugima. Ova sposobnost je preduslov za adekvatnu komunikaciju i socijalnu interakciju i igra važnu ulogu u specifičnim poremećajima recipročne socijalne komunikacije i interakcije (Daun i Tuckermann, 2019).

Klauß (2017) ističe, da osobe u autističnom spektru imaju teškoće u ispoljavanju emocija što se s jedne strane može smatrati uzrokom njihove primjene idiosinkratičnog govora, s druge strane osobe u autističnom spektru imaju teškoće da prepoznaju emocije kod drugih ljudi kao i da razumiju uzroke emocija. Takođe je moguće dijagnosticirati teškoće u području neverbalne komunikacije, posebno u području „podijeljene pažnje“ („joint attention“). Joint attention podrazumijeva stanje usmjeravanja pažnje partnera u jednoj interakciji na iste predmete ili događaje. To se postiže zajedničkim vizuelnim (pogled) znakovima, pokazivanjem ili drugim (ne)verbalnim znakovima (Klauß, 2017). Za vrijeme interakcije, usmjeravanje pažnje na okolinu, u kojoj se neka radnja dešava, je takođe otežano što je često uzrok nedostatku osnove za razvoj socijalnog ponašanja. Osim toga postoji manjak sposobnosti sinhronizacije između informacije i neverbalnih signala koji obično prate pojedine informacije (Klauß, 2017).

Osobe s autizmom pokazuju teškoće u funkcionalnom korištenju govora u svrhu komunikacije.

Kurita (1985) ističe, da najveći broj djece u autističnom spektru ne razvija komunikativnu funkciju govora, razvoj govora zaostaje ili dolazi do gubitka postojeće sposobnosti govora (Klauß, 2017). Ukoliko osobe s autizmom razviju govor obično on zvuči kao „imperativ“, što znači da oni više daju naredbu drugima nego da vode dijalog.

Pored poremećaja teorije uma kod velikog broja osoba u autističnom spektru moguće je naći poremećaje izvršnih funkcija.

Ekektivne (izvršne) funkcije prema Dziobek i Bölte (2011, 568) podrazumijevaju „multidimenzionalni konstrukt...koji obuhvata mentalnu fleksibilnost, sposobnost inhibicije, radnu memoriju, rješavanje problema, planiranje i sklonost interferenciji“.

Kod poremećaja izvršnih funkcija dolazi do umanjenja sposobnosti inhibicije reakcija što negativno utiče na postizanje cilja.

Postojanje posebnih interesa, manjak fleksibilnosti i manjak sposobnosti planiranja i prognoziranja ishoda mogu biti posljedica poremećaja izvršnih funkcija (Daun i Tuckermann 2019). Osobe u autističnom spektru imaju poteškoće da u nepoznatim situacijama smisleno planiraju i njihovo ponašanje je više pod uticajem eksternih i internih stimulusa (Klauß, 2017).

Centralna koherencija podrazumijeva sposobnost sakupljanja informacija kako bi se došlo do višeg značenja unutar nekog konteksta. Kada percipiramo ljude, objekte ili emocije obično ih stavljamo u odnos sa nekom konkretnom situacijom i konkretnim uslovima i planiramo u skladu s tim naše akcije i reakcije.

Osobe s autizmom imaju teškoće u ovom području jer veliki broj istih percipira signale u vidu detalja i izolirano iz cjelovite slike.

Kao posljedica toga teško se shvata kontekst određene situacije i samim tim se ne mogu planirati adekvatne reakcije ili akcije u određenoj situaciji (Daun i Tuckermann, 2019).

Novija istraživanja pokazuju da slabost centralne koherencije ne mora biti uzrokovana globalnim poremećajem obrade informacija nego se može raditi o „običnoj“ preferenciji detalja. Dakle osobe s autizmom se fokusiraju radije na detalje nego na cjelovitu sliku (Müller, 2007).

2.2. DEFINIRANJE TERMINA „IZAZOVNO PONAŠANJE“

Postoje djeca, mladi i odrasli koji se agresivno ponašaju, koji sebe ozljeđuju, iznenađuju vrište, ujedaju, grebu sebe ili druge ili su povučeni, djeluju nezainteresovano za okolinu, ili ponavljaju jednu aktivnost satima. Navedeni oblici ponašanja bivaju, u principu, od okoline označeni kao bizarna, čudna i besmislena ponašanja (Heijkoop et al., 2014, Dengler, 2017).

U pedagoškom radu se često opservirani oblici ponašanja stavljaju u relaciju sa određenim socijalnim normama i/ili od strane grupe postavljenim pravilima i uslovima rada – tako da svako odstupanje biva označeno kao nepoželjno ili problem (Fröhlich-Gildhoff et al., 2017).

Na osnovu toga možemo reći da je poremećaj ponašanja „poremećeni odnos između individue i okoline, koje pogođena osoba pokušava da riješi kroz određena ponašanja koja se od strane okoline označavaju kao ponašanja koja odstupaju od normi i očekivanja, koja su „nenormalna“ i koja bivaju označena kao problem“ (Lingg i Theunissen, 2008). Ukoliko neki učenik nije u stanju u prvom razredu škole da 45 minuta sjedi na svom mjestu – to neće biti označeno kao problem, jer se u skladu sa razvojnom dobi djeteta, to se od njega i ne očekuje. Ukoliko dijete u 5. razredu škole ne može mirno da sjedi na svom mjestu 45 minuta – to će ponašanje biti označeno kao ponašanje koje odstupa od norme i smeta funkcionisanju grupe (Fröhlich-Gildhoff et al., 2017). Sa željom pronalaženja adekvatnog naziva za ponašanja koja odstupaju od norme, napravljeni su brojni pokušaji u prošlosti. Tako su poznati termini kao poremećaji ponašanja, originalno ponašanje, problemsko ponašanje i izazovno ponašanje.

Posljednji termin, *challenging behaviors* dobija veliku pažnju u angloameričkom području (Lingg & Theunissen, 2008).

Emerson definira izazovno ponašanje ili ‚challenging behavior‘ kao:

...culturally abnormal behaviour of such intensity, frequency and duration that the physical safety of the person or others is placed on serious jeopardy, or behaviour which is likely to seriously limit or deny access to the use of ordinary community facilities (Emerson, 2001, 3).

Navedena definicija ne polazi od uzroka izazovnog ponašanja nego se usmjerava na uticaj istih na život pogođenih osoba. Što znači ukoliko su izazovna ponašanja u jakoj mjeri zastupljena time ona sprečavaju osobu u participiranju u aktivnostima u zajednici, ugrožavaju tjelesno zdravlje i integritet ili druge osobe (Emerson, 2001).

Dieckmann (2007) posmatra izazovno ponašanje kao socijalni fenomen koji se odražava u uzajamnom procesu interakcije. Na osnovu toga je određeno ponašanje „tek na osnovu funkcije koju ima, za socijalnu okolinu ili način života osobe, [,] izazovno“.

Dakle, može se zaključiti da je izazovno ponašanje u principu „problematično osobama koje su u kontaktu s osobom koje pokazuje izazovno ponašanje“ (Elvén, 2015).

Upravo iz razloga jer određeno ponašanje „drugima“ predstavlja problem, bitno je svako ponašanje posmatrati kao ponašanje koje je za samu osobu subjektivno smisljeno (Dieckmann, 2007). Svejedno kako mi određeno ponašanje definiramo bitno je shvatiti da djeca, omladina i odrasli kroz njihovo ponašanje pokazuju da je njihov razvoj i njihov život ugrožen.

„Njihovo ponašanje se mora shvatiti kao poziv u pomoć“ (Myschker i Stein 2018,14).

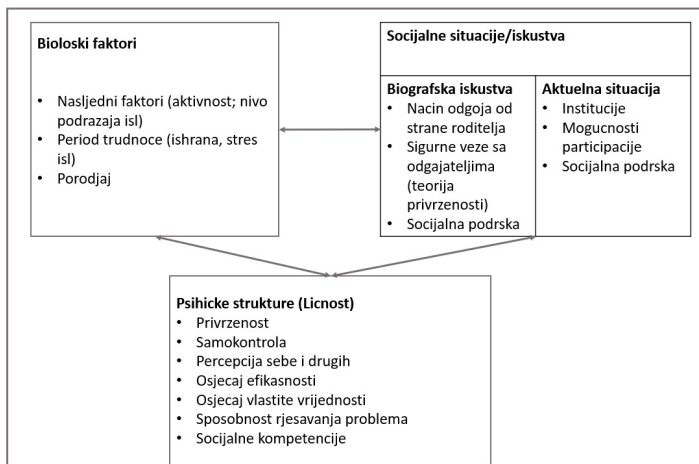
Ovo shvatanje omogućava da se pogođenim osobama ponude individualno smisljene i pogodne metode intervencije, koje omogućavaju alternative izazovnom ponašanju.

2.2.1. Nastanak izazovnog ponašanja

Bio-Psiho-Socijalni model (WHO, 2001) je osnovni model u pedagogiji, kojim se nastoji objasniti čovjekovo ponašanje i doživljaj.

U centru modela je osoba koja na svijet dolazi sa posebnim individualnim biološkim karakteristikama kao preduslovom za dalji razvoj i koja tokom svog razvoja dolazi u kontakt sa okolinom i pri tome svjesno ili nesvjesno prikuplja iskustva.

Uzajamno djelovanje genetskih i socijalnih faktora doprinosi razvoju ličnosti kao i „nastavku uzajamnog djelovanja osobe i okoline“ (Fröhlich-Gildhoff et al., 2017, 17). U principu kvalitet uzajamnog djelovanja sve tri karakteristike određuje u kojoj mjeri će se ponašanje osoba – u skladu sa postavljenim socijalnim i individualnim normama pozitivno ili negativno razviti.



Slika 1: Bio-Psiho-Socijalni Model (Fröhlich-Gildhoff et al., 2017, 18)

Upravo u vezi sa izazovnim ponašanjem kod osoba u autističnom spektru Theunissen ističe veliku potrebu „uzimanja u obzir životne situacije osoba s ciljem razumijevanja uzroka i funkcije ponašanja“ (Theunissen, 2019, 86).

Stalno opserviranje i poređenje životne situacije i događaja u okolini osobe u autističnom spektru sa karakteristikama osoba i njihovog ponašanja omogućava bolje razumijevanje eventualnih uzroka (trigera) izazovnog ponašanja kao i pronalaženje adekvatnih mjera podrške.

Pored životne situacije jako je bitno razumijevanje funkcije ponašanja koje osobe u autističnom spektru pokazuju. Izazovno ponašanje se ne smije smatrati karakteristikom ličnosti ili se posmatrati kao karakteristika koja je „tipična“ za autistični spektar – izazovno ponašanje mora biti viđeno kao način izražavanja koji za osobu u autističnom spektru u određenom momentu ima smisao i vodi rješenju određenog problema.

U tabeli 1. su prikazani primjeri kako izazovno ponašanje može biti tumačeno u odnosu na karakteristike osoba u autističnom spektru. Iako osobe u autističnom spektru imaju posebne kognitivne i perceptivne karakteristike, ipak je izazovno ponašanje uvijek odraz poremećaja odnosa između osobe i okoline a ne problem same osobi u autističnom spektru (Theunissen, 2019).

Tabela 1: Funkcionalno posmatranje izazovnog ponašanja kod osoba s poremećajem autističnog spektra (Theunissen, 2019)

Karakteristike	Autistično („iritirajuće“) ponašanje	Izazovno ponašanje
Posebnosti percepcije	Često pokrivanje ušiju, izbjegavanje bučnih situacija ili situacija u kojima se javljaju određeni (očekivani) zvukovi	S vrištanjem odbija da obuče jaknu sa patent zatvaračem – jer je zvuk pri zatvaranju istog za osobu nepodnošljiv
Neobične sposobnosti učenja	Osobe imaju posebne preferirajuće strategije učenja	Odbija da slijedi upute učitelja za rješavanje zadatka
Jake strane i posebni interesi	Može jako dugo da ostane koncentriran na zadacima koji ga interesuju	Odbija da napusti za njega interesantan zadatak; odbija da jede
Motoričke karakteristike	Poteškoće sa počinjanjem aktivnosti („motoričke Startblokade“)	Radni list nije ispunjen – što se može protumačiti kao odbijanje radnih aktivnosti
Potreba za strukturom, rutinom i postojanošću	Perseveracija	Skakanje u mjestu, vrištanje ili bijeg ukoliko se promjeni nešto u poznatoj situaciji
Govorne posebnosti	Doslovno razumijevanje govora (nerazumijevanje prenesenih značenja ili generalizacija)	Na nalog učiteljice („Plavi sto ide u radni kutak“) ne reaguje (jer plavi sto ne može hodati – učiteljica nije rekla: djeca koja sjede za plavim stolom idu u radni kutak) sto se može smatrati arogantnim, provokativnim i izazovnim ponašanjem
Posebnosti socijalne komunikacije i interakcije	Izbjegavanje socijalne komunikacije i interakcije	Izbjegavanje praćeno vrištanjem i bijegom iz situacije koja zahtijeva zajedničke aktivnosti sa drugom djecom
Emocionalne posebnosti	Iznenadne, spontane (re)akcije	Pokazuje spontane, često nepogodne reakcije npr. smijeh u tužnim situacijama.

3. MOGUĆE FUNKCIJE IZAZOVNOG PONAŠANJA KOD UČENIKA U AUTISTIČNOM SPEKTU

Charlotte ima 16 godina i osoba je s autizmom. Kada je ustrašena ili ne osjeća neugodno ona sebe ozljeđuje, posebno na glavi. Ponekad ona krvari jako iz rana na licu.

Martin često ima napade ljutnje. U tom slučaju on baca stvari sa stola ili udara nogama o namještaj.

Tina je stalno u pokretu – ona ide kroz prostorije i proizvodi glasne zvukove – i s vremena na vrijeme ispusti glasan krik.

Sandra kada sjedi u krugu sa drugima – ne može da drži ruke kod sebe - nego štipa ili grebe druge oko sebe.

Navedena ponašanja pokazuju, da je izazovno ponašanje kod osoba u autističnom spektru, jako zastupljen vid ponašanja i kao takav veoma „izazovan“ za užu i širu porodicu, učitelje i terapeute i za sve koji su u kontaktu s osobama u autističnom spektru.

Da bismo adekvatno reagovali na nepoželjno ponašanje, jako je važno shvatiti sta je ponašanje izazvalo i šta se ponašanjem želi postići.

Fröhlich et al. (2019) smatraju da izazovno ponašanje može imati sljedeće različite funkcije:

- Provokativno ponašanje
- Ponašanje kojim se izaziva neki efekt
- Ponašanje kojim se nešto zahtijeva i/ili odbija
- Ponašanje kao rezultat nesporazuma
- Ponašanje kojim se želi stupiti u kontakt i dobiti pažnja
- Ponašanje s ciljem zadržavanja kontrole
- Ponašanje kojim se izbjegava neugodna senzorna percepcija
- Ponašanje kojim se izražava nezadovoljstvo
- Ponašanje kao stimulacija
- Ponašanje kao regulator
- Ponašanje kao izraz krize

3.1. PROVOKATIVNO PONAŠANJE

Veliki broj izazovnih ponašanja se često interpretira kao provokacija. Fröhlich et al. (2019) navode da je ovaj fenomen normalna pojava, jer mi imamo sposobnost da se uživimo u stanje druge osobe i polazimo od naših vlastitih motiva „kada bih ja to radila – imala bih cilj da provociram drugu osobu jer znam da joj to smeta“.

Pokušaj provokacije od strane osoba u autističnom spektru je izrazito rijetka pojava. Da ove osobe rijetko žele provocirati ima svoje objašnjenje vezano za teoriju uma i centralnu koherenciju. Da bismo bili u stanju provocirati drugu osobu, moramo imati sposobnost da se uživimo u stanje druge osobe (teorija uma) kao i da razumijemo uzročno-posljedične odnose u određenom kontekstu (centralna koherencija) – osobe u autističnom spektru imaju teškoće u oba navedena područja. Dakle, prije nego se izazovno ponašanje označi kao provokacija potrebno je zapitati se, da li osoba koja pokazuje ponašanje zaista posjeduje kompetencije potrebne za provokaciju. Naravno, mali broj osoba u autističnom spektru zaista posjeduje potrebne kompetencije za provokaciju i u tom slučaju je potreban intenzivan rad na međuljudskom odnosu s ciljem rješavanja interpersonalnih problema koja bi mogli biti uzrok motivaciji za provokaciju (Fröhlich et al., 2019).

3.2. PONAŠANJE KOJIM SE IZAZIVA NEKI EFEKT

Manipuliranje predmetima ili osobama po principu uzrok-posljedica je bazalna sposobnost koja se razvija već u toku prve godine života. Mala djeca se raduju efektima koje izazivaju i rado stupaju u takve jednostavne interakcije tako dugo dok nisu u stanju da stupaju u kompleksnije interakcije sa predmetima i osobama. Kod osoba sa jače izraženim intelektualnim teškoćama često se sreću navedeni jednostavni oblici interakcije. Ukoliko kod osoba u autističnom spektru sumnjamo na postojanje dodatnih intelektualnih teškoća, potrebno je kako ističe Fröhlich et al. (2019) postaviti dva pitanja s ciljem testiranja hipoteze:

1. Da li se izazovno ponašanje smanjuje/nestaje, ako efekt izostane?
2. Da li je efekat atraktivan, čak i ako se na drugi način izazove?

3.3. PONAŠANJE KOJIM SE NEŠTO ZAHTIJEVA I/ILI ODBIJA

Osobe u autističnom spektru često nisu u stanju da govorom komuniciraju njihove potrebe i interese, tako da to često rade kroz svoje ponašanje. Vrištanje ili „bacanje na pod“ je često izraz zahtijevanja nečega npr. omiljene igračke ili hrane do koje osoba ne može samostalno doći. Izazovno ponašanje može isto tako biti izraz nesporazuma jer zahtjev nije bio shvaćen od strane partnera u interakciji (Fröhlich et al., 2019). Ukoliko sumnjamo da je izazovno ponašanje odraz „zahtjeva“ moramo se posvetiti osobi i pokušati razumjeti šta je to što osoba od nas zahtjeva. To se može provjeriti tako što pratimo da li izazovno ponašanje prestaje ukoliko osoba dobije što želi. Fröhlich et al. (2019) na ovom mjestu ističe, da mi ne moramo svaki zahtjev da ispunimo (ponekad to i nije moguće), ali je bitno obratiti pažnju na potrebu osobe u autističnom spektru kao i pokazati da smo razumjeli tu potrebu. Isti slučaj vrijedi kada osoba svojim ponašanjem želi nešto da odbije. Odbijanje je lakše razumjeti nego zahtjev – mnogo je teže razumjeti razlog odbijanja nečega. Odbijanje ćemo često susresti prilikom ponude različitih aktivnosti osobama u autističnom spektru. Na ovom mjestu se ističe, da odbijanje ne znači da mi više ne pravimo ponude aktivnosti osobi koja ih je odbila – nego moramo više pažnje obratiti na vrstu aktivnosti koje nudimo i kompetencije koje su za to potrebne (Fröhlich et al., 2019).

3.4. PONAŠANJE KAO REZULTAT NESPORAZUMA

Osobe sa ograničenim sposobnostima komunikacije su češće izložene neporazumi-ma nego osobe bez poremećaja komunikacije. Osobe u autističnom spektru imaju pored ograničenih sposobnosti komunikacije i poteškoće vezane za teoriju uma – oni često shvataju ono što je rečeno doslovno, tako da ne shvataju šta druga strana od njih zapravo želi. Osim toga ove osobe imaju slabu centralnu koherenciju, imaju teškoće generalizacije - svaka situacija je za njih kao sasvim nova – nikad prije doživljena situacija. Stoga je i učenje ponašanja u određenoj situaciji na osnovu prethodnih iskustava otežano (tzv. generalizacija) (Fröhlich et al., 2019). Stoga da bismo mogli otkriti da li je izazovno ponašanje izazvano neporazumom potrebno je obratiti

pažnju kako se izražavamo i naše izražavanje redovno reflektirati kao i razumijevanje rečenog od strane osobe u autističnom spektru i njene mogućnosti generalizacije (Fröhlich et al., 2019).

3.5. PONAŠANJE KOJIM SE ŽELI STUPITI U KONTAKT I DOBITI PAŽNJA

Osobe u autističnom spektru često stupaju u kontakt sa drugima na samo njima karakterističan način. Razlog tome vidimo u umanjenoj fleksibilnosti mišljenja i djelovanja ovih osoba – oni rado koriste iste isprobane sheme. Ukoliko je partner u interakciji sa osobom u autističnom spektru, na vrisak, udarac ili pitanje reagovao – osoba u autističnom spektru to označi kao „komunikaciju“ (jer je osoba na neki način reagovala) i uključuje korišteno ponašanje u stalni repertoar svog ponašanja. To znači da će se svi budući pokušaji komuniciranja odvijati na ovome sličan način, iako druga strana možda ne odobrava ili čak izbjegava takav način komuniciranja (Fröhlich et al., 2019).

Činjenica je i da emocionalni nivo razvoja kod mnogih osoba u autističnom spektru zaostaje za hronološkom dobi – stoga je kod starijih osoba u autističnom spektru jako bitno raditi na uspostavljanju dobre i sigurne međuljudske veze (privrženosti) kako bismo mogli imati mogućnost sigurnije odrediti da se kod određenog izazovnog ponašanja radi o traženju pažnje (Fröhlich et al., 2019). Izazovna ponašanja kojima se želi dobiti pažnja se mogu dobro prevenirati na način da se redovno obratimo osobi u autističnom spektru, poklonimo joj pažnju ili je pohvalimo (Fröhlich et al., 2019).

3.6. PONAŠANJE S CILJEM ZADRŽAVANJA KONTROLE

Ograničene izvršne funkcije kod osoba u autističnom spektru uzrokuju smanjenje fleksibilnosti djelovanja kao i sklonost perseveraciji ili ritualističnom ponašanju. Nepoznate situacije (promjenjena redoslijeda aktivnosti, promjena osoblja i sl.) su često veoma stresne za osobe u autističnom spektru i mogu dovesti do napada panike. Čak i situacije koje se ne razlikuju mnogo od poznatih situacija, mogu uzrokovati teškoće i stres za osobe sa slabošću centralne koherencije – obzirom da se ove osobe često fokusiraju na detalje (Fröhlich et al., 2019). Upravo fokus na detalje otežava usmjeravanje pažnje ovih osoba na različite aspekte neke situacije. Da bi se zaštitili od „poplave impulsa i informacija“, ove osobe često razvijaju individualne strategije zaštite (kao na primjer, prekrivanje ušiju rukama ili sakrivanje očiju). Ukoliko se osobe u ovakvim trenutcima prisiljavaju na konfrontaciju sa okolinom, potrebno je da imaju dobro razvijene izvršne funkcije – da bi znali šta se od njih zahtijeva u tom trenutku (što, kao što znamo, nije slučaj). Stoga se može zaključiti da su prelazne situacije, na primjer, jedan od sigurnih uzroka pojave izazovnog ponašanja osoba u autističnom spektru, jer ove situacije zahtijevaju od ovih osoba sve što one ne mogu. Izazovna ponašanja u ovakvim situacijama, kada se ovim osobama čini da se svijet oko njih raspada, imaju funkciju zadržavanja kontrole i osjećaja sigurnosti. U ovom slučaju je jako bitno otkriti koje su to situacije u kojima se osoba osjeća ugroženo i da li se primjećuje razlika kada se prelazne situacije jasno i detaljno strukturiraju, vizualiziraju i/ili unaprijed najave (Fröhlich et al., 2019).

3.7. PONAŠANJE KOJIM SE IZBJEĞAVA NEUGODNA SENZORNA PERCEPCIJA I/ ILI IZRAŽAVA NEZADOVOLJSTVO

Osobe sa hipersenzitivnom percepcijom ili ograničenom sposobnošću obrade informacija doživljavaju veliki broj situacija stresno.

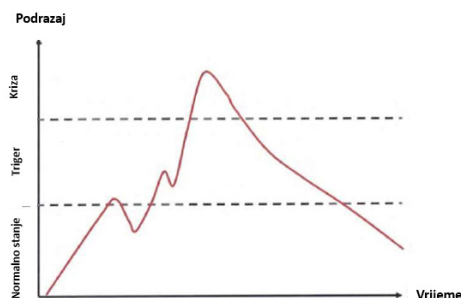
Ukoliko se izazovno ponašanje osobe smanjuje ili nestaje u okolini siromašnoj impulsima to može značiti da izazovno ponašanje ima funkciju izbjegavanja neugodnih senzornih percepcija (Fröhlich et al., 2019). Uzrok izazovnog ponašanja može biti i nezadovoljstvo uzrokovano, na primjer, bolovima. Ova ponašanja se moraju gledati kao poziv u pomoć i ovdje je bitno uključiti medicinsku pomoć, ali i posmatrati znakove pokazivanja bolova, kako bismo u budućnosti lakše otkrili funkciju ponašanja (Fröhlich et al., 2019). Dokumentacija ponašanja igra veliku ulogu kod svih funkcija ponašanja.

3.8. PONAŠANJE KAO STIMULACIJA

Ljuljanje, čupkanje rukava, mirisanje čuperka kose, mahanje rukama ispred lica – svi ovi oblici ponašanja, koji mnogima djeluju čudno i upadljivo, imaju za osobe u autističnom spektru jako bitnu funkciju: stimulacijsku („Stimming“)– kroz ova ponašanja osobe žele osjetiti/doživjeti nešto što je za njih prijatno. Da li izazovno ponašanje ima funkciju stimulacije može se utvrditi ukoliko osoba nakon ponašanja pokazuje smirenost i zadovoljstvo. Izazovna ponašanja u svrhu stimulacije su posebno za druge problematična jer u javnosti privlače pažnju na sebe. Kada izazovna ponašanja imaju funkciju stimulacije za osobu, treba ih mijenjati (tj. naći alternativu istom) SAMO u slučaju ukoliko su druge osobe kroz to ponašanje ugrožene ili osoba povređuje sebe (Fröhlich et al., 2019).

3.9. PONAŠANJE KAO REGULATOR I/ILI IZRAZ KRIZE

Sva ljudska bića su dnevno izložena različitim stresnim situacijama, zbog čega je nivo stresa i podražaja stalno u porastu (slika 2).



Slika 2: Model porasta nivoa podražaja prema Fröhlich et al. (2019, 45)

Da bi se uspjeli izboriti sa zahtjevima svakodnevnice uprkos velikom broju stresnih situacija, svi mi moramo imati i mogućnost da se regulišemo (smirimo) i opustimo.

Uprkos regulaciji može se desiti da osoba dođe do tačke u kojoj gubi kontrolu i nađe se u kriznoj situaciji. Fröhlich et al. (2019) navode različite faktore koji mogu imati uticaj na povećan nivo podražaja, na primjer:

- Nesporazumi koji nastaju kao rezultat nerazumijevanja usljed nemogućnosti izražavanja vlastitih potreba
- Problemi u prilagođavanju novim situacijama (posebno nagle promjene)
- Biti izložen neugodnim situacijama

Osim navedenih faktora potrebno je istaći i važnost dužine trajanja faktora, postoje faktori koji dugoročno djeluju (slaba centralna koherencija; slabost izvršnih funkcija, razdraženost, socijalna izolacija i slabost kontrole impulsa). Navedeni aspekti dovode do trajnog povećanja nivoa podražaja, što znači da je nivo podražaja kod osoba u autističnom spektru generalno višiji nego kod ostalih ljudi (Slika 3).



Slika 3: Prikaz trajno povećanog nivoa podražaja prema Fröhlich et al. (2019, 48)

Ukoliko uz to navedemo još situativne faktore kao što su konflikti, iznenadne promjene u okolini, glasni zvukovi ili umor zbog postojanja poremećaja spavanja, može doći do toga da se prag tolerancije brzo pređe i osoba izgubi kontrolu nad sobom. U ovom slučaju može doći do agresivnosti i autoagresivnosti kao i uništavanju predmeta u okolini, jer se osoba nalazi u stanju „psihičkog haosa“ (Fröhlich et al., 2019) i nema više sposobnost da kontroliše svoje ponašanje. Model prema Fröhlich et al. (2019) pokazuje da izazovno ponašanje također može biti pokušaj regulacije, ali i izraz krize. Kod izazovnog ponašanja kao regulacijske strategije postoje razlike u reagovanju kod osoba sa i bez intelektualnih teškoća. Osobe sa intelektualnim teškoćama služe se prvenstveno mentalnim strategijama regulacije dok osobe bez intelektualnih teškoća pokušavaju da se reguliraju kroz određena ponašanja. U principu je bitno omogućiti mehanizme regulacije da bi se spriječila kriza.

4. ZAKLJUČAK

„Za problemsko ponašanje potrebno je uvijek dvoje – jedno koje se ponaša i drugo koje to ponašanje primijeti“ (Helmut Heid)

Kao što se moglo vidjeti u navedenom radu, izazovno ponašanje osoba u autističnom spektru je jedan od veoma ozbiljnih pedagoških zadataka.

Najveći izazov tog zadatka jeste upravo prepoznavanje funkcije određenog ponašanja, s ciljem određivanja adekvatnih metoda intervencije odnosno omogućavanja alternativa izazovnom ponašanju. Da li će određeno ponašanje biti označeno kao izazovno ovisi o interpretaciji određenog ponašanja kroz okolinu (druge osobe).

Same osobe koje pokazuju izazovno ponašanje ne vide problem u njihovom ponašanju. Njihovo ponašanje je za njih subjektivno smisljeno i potrebno da bi postigli određeni cilj. Često je to njima moguće samo na načine koji nisu ili su djelimično društveno prihvatljivi – zbog čega se i označavaju izazovnim ponašanjem. Green (1998) ističe da ne smijemo zaboraviti da osobe koje mogu da se ponašaju društveno prihvatljivo će se i ponašati društveno prihvatljivo. Ovo je osnovni princip od kojeg moramo da polazimo u radu sa osobama u autističnom spektru a koji nam pomaže da se udaljimo od pretpostavke da se ove osobe ponašaju „izazovno“ sa lošim namjerama ili iz nekih drugih destruktivnih razloga.

Kada polazimo od ovog principa, mi tretiramo osobe s poštovanjem i odgovornošću.

U proteklih 20 godina je područje rada sa osobama u autističnom spektru i intelektualnim teškoćama doživjelo drastičnu promjenu. Prije 50 godina se rad s ovim osobama svodio uglavnom na prilično grube i nehumane tretmane i intervencije koje nisu poštovale individualnost osoba, njihove potrebe i sposobnosti.

U današnjoj zajednici se očekuje da sve osobe dobiju podršku koja im je potrebna kako bi živjele kao dio zajednice.

Mi smo još uvijek jako daleko od optimalnog stanja – još uvijek smo suočeni kako s isključivanjem na svim nivoima, tako sa zastarjelim, nezasnovanim tretmanima – ali upravo takva iskustva nam još jasnije pokazuju koliko je važno krenuti novim stazama u radu s osobama u autističnom spektru, stazama koje omogućavaju poštovanje, brigu, pravednost i sigurnost.

LITERATURA

1. Amorosa, H., Biscaldi-Schäfer, M., Bormann-Kischkel, C., Dose, M., Ensenaer, R., Ensslen, M. (2017). Autismus-Spektrum-Störungen (ASS). Ein integratives Lehrbuch für die Praxis. 2nd ed. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.

2. Daun, K., Tuckermann, A. (2019). Autismus-Spektrum-Störung: Herausforderungen und unterrichtliche Möglichkeiten. In H. Schäfer, S. Bauernschmitt, A. Beetz, (Ed.). *Handbuch Förderschwerpunkt geistige Entwicklung* (s.291–302). Weinheim: Beltz
3. Dengler, B. (2017). Wege zur Teilhabe - Herausforderndes Verhalten von Menschen mit Behinderungen. Handreichung. Hg. v. Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung - Landesverband Bayern e.V. Erlangen. Online verfügbar unter <https://www.lebenshilfebayern.de>.
4. Didden, R., Sturmey, P., Sigafos, J., Lang, R., O'Reilly, M. F., Lancioni, G. E. (2012). Nature, Prevalence, and Characteristics of Challenging Behavior. In J. L. Matson (Ed.). *Functional assessment for challenging behaviors*. (s. 25-44). New York, NY: Springer
5. Dieckmann, F. (2007). Beratende und therapeutische Dienste bei geistiger Behinderung und herausforderndem Verhalten. Stuttgart: Kohlhammer
6. Dziobek, I., Bölte, S. (2011). Neuropsychologische Modelle von Autismus-Spektrum-Störungen. Behaviorale Evidenz und neuro-funktionale Korrelate. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*. 39, 79–90.
7. Elven, B.H. (2015). Herausforderndes Verhalten vermeiden. 2nd Ed. Tübingen: dgvt Verlag
8. Emerson, E.(2001). Challenging Behaviour. (2.Ed). Cambridge: Cambridge University Press
9. Fröhlich, N., Castañeda, C., Waigand, M. (2019). (K)eine Alternative haben zu herausforderndem Verhalten?! Ein Praxisbuch mit Begleitposter für Eltern, pädagogische Fachkräfte, Therapeuten und Interessierte. Heigenbrücken: Monika Waigand
10. Fröhlich-Gildhoff, K., Rönnau-Böse, M. & Tinius, C. (2017). Herausforderndes Verhalten von Kindern. Erfahrungen mit einem systematischen Qualifizierungskonzept in Kitas. *Theorie und Praxis der Sozialpädagogik* 8/2017, 40-43.
11. Green, R. W. (1998). The Explosive Child.: A New Approach for Understanding and Parenting Easily Frustrated, Chronically Inflexible Children. New York: Harper Collins
12. Heijkoop, J., Pressler, M., Mühl, H. (2014). Herausforderndes Verhalten von Menschen mit geistiger Behinderung. Neue Wege der Begleitung und Förderung. 6. Aufl. Weinheim: Beltz-Juventa
13. Klauß, T. (2017). Herausforderndes Verhalten von Menschen mit Lernschwierigkeiten. *Kontakte. Magazin der Lebenshilfe Köln*, 6-13.
14. Lingg, A., Theunissen, G. (2008). Psychische Störungen und geistige Behinderungen. Ein Lehrbuch und Kompendium für die Praxis. 5., überarb. Und aktualisierte Aufl. Freiburg, Br.: Lambertus. Online verfügbar unter http://www.contentselect.com/index.php?id=bib_view&ean=9783784121710.
15. Müller, C. (2007). Zentrale Kohärenz bei Menschen mit Autismus – Aktuelle Befunde zur visuellen Wahrnehmung. *Heilpädagogik Online*. 6 (2), 3–23.

16. Myszker, N., Stein, R. (2018). Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen. Erscheinungsformen - Ursachen - Hilfreiche Maßnahmen. 8., erweiterte und aktualisierte Auflage. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer. Online verfügbar unter <https://ebookcentral.proquest.com/lib/gbv/detail.action?docID=5431604>.
17. Poustka, L., Poustka, F., Kamp-Becker, I. (2019). Autismus-Spektrum-Störungen. In S. Schneider, J. Margraf (Ed). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*, Band 3. Psychologische Therapie bei Indikationen im Kindes- und Jugendalter. Berlin, Heidelberg: Springer
18. Theunissen, G. (2019). Autismus und herausforderndes Verhalten. Praxisleitfaden Positive Verhaltensunterstützung. 3. durchgesehene Auflage. Freiburg im Breisgau: Lambertus
19. Theunissen, G. (2020). Autismus verstehen. Außen- und Innensichten. 2., aktualisierte Auflage. Stuttgart: Kohlhammer

**SUBJEKTIVNI DOŽIVLJAJ KOMUNIKACIONIH TEŠKOĆA
ODRASLIH SOBA SA FLACIDNOM DIZARTRIJOM**

**SELF-REPORT OF COMMUNICATIVE IMPAIRMENT IN
ADULTS WITH FLACCID DYSARTHRIA**

Arsenić Ivana, Jovanović Simić Nadica, Drljan Bojana,
Ječmenica Nevena, Daničić Zorica

Univerzitet u Beogradu, Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju, Srbija

SAŽETAK

Istraživanje je imalo za cilj da ispita stepen teškoća koji odrasle osobe sa flacidnom dizartrijom doživljavaju u različitim komunikacionim situacijama. Uzorak je činilo 30 ispitanika uzrasta od 36 do 87 godina ($AS=66,47$), od čega je 56,70% osoba muškog, a 43,30% osoba ženskog pola.

Primenom VHI (Voice Handicap Index) skale je procenjeno koliko poremećaj glasa koji se javlja u sklopu dizartrije utiče na kvalitet komunikacije. Utvrđeno je koje komunikacione situacije predstavljaju problem osobama sa flacidnom dizartrijom i u kom stepenu. Viši prosečni skorovi na celokupnoj skali, kao i na supskalama ukazuju na veći stepen komunikativnih teškoća.

Rezultati su pokazali da su odrasle osobe sa flacidnom dizartrijom na celokupnoj skali imale prosečan skor ($AS=45,07$) koji ukazuje na umeren stepen doživljenih komunikativnih teškoća. Pored toga, skorovi na pojedinačnim supskalama (fizičkoj $AS=17,53$; funkcionalnoj $AS=16,37$; emocionalnoj $AS=11,17$) isto ukazuju na umeren stepen teškoća zbog poremećaja glasa, a koji ispitanici doživljavaju u pojedinačnim domenima koji utiču na kvalitet komunikacije.

Osobe sa flacidnom dizartrijom mogu imati ozbiljne promene u glasu i govoru izmerene primenom objektivnih tehnika procene. Međutim, rezultati samoprocene kvaliteta komunikacije su pokazali da ove osobe ne opisuju svoje komunikativne deficite u teškom stepenu. Navedno ukazuje na značaj primene i objektivnih i subjektivnih metoda u proceni poremećaja glasa i govora.

Ključne reči: flacidna dizartrija, komunikativne teškoće, VHI skala

ABSTRACT

The aim of the research was to evaluate the degree of communicative impairment of adults with flaccid dysarthria in different communication situations. The sample included 30 participants aged from 36 to 87 years (Mean = 66.47), with male to female ratio of 56.70%:43.30%.

VHI (Voice Handicap Index) scale is used to estimate the impact of voice disorder to the quality of communication. Specific communication situations which were challenging for people with flaccid dysarthria were determined, as well as the extent to which difficulties occur. Higher average composite scores on the scale, as well as individual scores on the subscales, indicate a higher degree of communication impairment.

The results showed that adults with flaccid dysarthria have an average score (Mean=45.07) on the overall scale, which indicates a moderate degree of experienced communication impairment, while scores on individual subscales (physical:

Mean=17.53; functional: Mean=16.37; emotional: Mean=11.17) indicate a moderate degree of impairment that participants have due to voice disorders, in specific domains that influence communication.

People with flaccid dysarthria can have considerable level of physical changes in voice and speech. However, results of communication quality self-report showed that they do not experience severe impairment in communication. That emphasize the importance of combining objective and subjective methods of voice and speech assessment in people with speech and voice disorders.

Key words: flaccid dysarthria, communication impairment, VHI scale

UVOD

Flacidna dizartrija je motorički poremećaj govora koji nastaje u sklopu bulbarne paralize. Bulbarna paraliza se javlja usled lezije donjeg motornog neurona koji uključuje kranijalne nerve (V, VII, IX, X, XII) odgovorne za produkciju govora. Lezija može da nastane u jedru kranijalnih nerava, perifernim nervnim vlaknima ili na mestu prenosa nervnog impulsa u neuromišićnom spoju (Messele, 2007).

Bez obzira na etiologiju i težinu, najveće promene se zapažaju u funkcionisanju mehanizama larinksa, palatofarinksa i artikulatora, zbog čega se javlja hipernazalnost, promukao i dahtav kvalitet glasa, neprecizna artikulacija vokala i konsonanata, kao i spor i otežan govor (Dworkin, 2002). Respiracija je takođe otežana i primećuje se neravnomerno disanje uz brzu ekspiraciju i gubitak vazduha. Oštećena je i prozodija, glas je monoton, uz jednoličnu jačinu i visinu, a prisutni su i prekidi visine glasa i kao i redukovana visina glasa i redukovani akcenti.

Stepen težine flacidne dizartrije može da bude blag, a može da ide i do potpuno nerazumljivog govora ili nemogućnosti ostvarivanja govorne produkcije. Bez obzira na stepen oštećenja, osobe sa flacidnom dizartrijom ulažu napor kako bi govorile, razumljivost govorne produkcije je narušena, kao i kvalitet komunikacije koju ostvaruju.

CILJ ISTRAŽIVANJA

Osobe sa flacidnom dizartrijom zbog promena u glasu i govoru, koje se mogu utvrditi objektivnim i subjektivnim metodama, imaju narušenu razumljivost govorne produkcije. U praksi se pokazalo da osobe sa istim vrstom i težinom difonije mogu potpuno drugačije da doživljavaju sopstveni poremećaj kao i da različito reaguju na njega. Takođe, osobe sa različitim tipovima dizartrije mogu da imaju drugačije komunikacione probleme, dok neke od njih čak i ne uočavaju da su ti problemi prisutni.

Stoga, istraživanje je imalo za cilj da ispita stepen teškoća koji odrasle osobe sa flacidnom dizartrijom doživljavaju u različitim komunikacionim situacijama. Prilikom procene glasa i govora osoba sa dizartrijom najčešće se koristi akustička analiza glasa koja pruža kvantitativne podatke o vrednostima akustičkih parametara glasa koje pokazuju odstupanje u odnosu na norme koje važe za tipične govornike. Takođe, perceptualna procena primenjuje se kako bi se utvrdila razumljivost govorne produkcije i pokretljivost govornih organa. Međutim, najmanje zastupljen vid procene odnosi se na samoprocenu sopstvenog glasa i govora osoba koje imaju govornu patologiju. Još jedan od ciljeva ovog istraživanja je bio i da se ukaže na značaj primene metoda samoprocene koji će olakšati utvrđivanje adekvatnog logopedskog tretmana, evaluaciju tretmana, kao i procenu glasa i govora nakon sprovedenog tretmana.

METODOLOGIJA ISTRAŽIVANJA

Istraživanje je sprovedeno u Klinici za rehabilitaciju „Dr Miroslav Zotović“ i u Specijalnoj bolnici za cerebrovaskularne bolesti „Sveti Sava“ u Beogradu. Na osnovu medicinske dokumentacije pacijenata, kao i logopedске procene dobijeni su podaci o tipu i težini dizartrije, a od ispitanika su prikupljeni podaci o uzrastu, polu i pušačkom statusu. Pacijenti navedenih ustanova i njihove porodice dali su pristanak za učestvovanje u istraživanju.

Uzorak je činilo 30 ispitanika uzrasta od 36 do 87 godina ($AS=66,47$) od čega su 56,70% bile osobe muškog, a 43,30% osobe ženskog pola. Među ispitanicima je bilo 14 nepušača (46,70%) i 16 pušača (53,30%).

Od ispitanika se zahtevalo da popune skalu „Indeks glasovnog oštećenja“ (Voice Handicap Index - VHI) čiji su autori Džekopson i saradnici (Jacobson et al., 1997), a koja ispituje uticaj poremećaja glasa na psihosocijalno funkcionisanje osobe sa govornom patologijom. Na taj način je utvrđeno kako ispitanici iz uzorka procenjuju sopstvenu komunikaciju i koliki stepen teškoća doživljavaju u različitim komunikacionim situacijama zbog poremećaja govora i glasa.

VHI skala sadrži 30 ajtema Likertovog tipa podeljenih u tri supskale: funkcionalnu, fizičku i emocionalnu. Svaka supskala sadrži po 10 ajtema, pa tako funkcionalna supskala sadrži tvrdnje koje opisuju uticaj glasovnog poremećaja na obavljanje dnevnih aktivnosti koje uključuju komunikaciju, fizička supskala procenjuje laringealnu nelagodnost prilikom komunikacije i karakteristike glasovnog i govornog outputa, a emocionalna supskala ispituje emocionalne reakcije osobe na probleme koji se javljaju u komunikaciji kao posledica poremećaja glasa i govora. Ispitanici su za svaki ajtem birali jedan od ponuđenih odgovora: „nikada“, „skoro nikada“, „ponekad“, „skoro uvek“ ili „uvek“, pri čemu su dodeljivane vrednosti od 0 (nula) do 4.

VHI skala je namenjena proceni svih tipova disfonija bez obzira na etilogiju i omogućava kvantifikovanje teškoća koje ispitanici doživljavaju u komunikaciji (Jacobson et al., 1997). Ova skala je danas slobodno dostupna i koristi se u oblastima koje se bave rehabilitacijom glasa kao i za utvrđivanje poteškoća u komunikaciji kod osoba sa govorno-jezičkim poremećajima (Guimaraes, Cardoso, Pinto, & Ferreira, 2017), a takođe ispunjava sve kriterijume pouzdanosti, validnosti i dostupnosti normativnih podataka (The Agency for Health Care Research and Quality, 2002). Originalna verzija VHI-30 sa engleskog jezika je 2016. godine prevedena na srpski jezik (Sotirović i sar., 2016) i pokazuje dobru internu konzistentnost, test-retest pouzdanost i kliničku validnost.

REZULTATI ISTRAŽIVANJA SA DISKUSIJOM

Ispitanici sa flacidnom dizartrijom koji su bili sposobni, sami su čitali pitanja iz instrumenta i popunili su VHI skalu. Ostalim ispitanicima su pitanja čitana, a odgovore koje su davali je beležio istraživač. Ajtemi skale sadrže tvrdnje o poteškoćama koje se mogu javiti u komunikaciji kao posledica promena u glasu i govoru, pa su ispitanici ukazivali na to da li se te poteškoće javljaju i koliko često. Ispitanici su vrednovali ajteme od 0 (nula) do 4, i to na taj način što se odgovoru „nikada” pripisivao skor 0 (nula), odgovoru „skoro nikada” = 1, „ponekad” = 2, „skoro uvek” = 3 i „uvek” = 4.

Ukupan skor na skali može da se kreće od 0 do 120, pri čemu viši skorovi ukazuju na veći stepen komunikacionih teškoća koje ispitanik doživljava zbog flacidne dizartrije. Dobijeni skor na celokupnoj skali između 0 i 30 se tumači kao blaga komunikaciona teškoća izazvana poremećajem glasa, između 31 i 60 kao umerena teškoća, i skor između 61 i 120 kao ozbiljna teškoća nastala usled poremećaja glasa. Osim skorova dobijenih na celoj skali, utvrđene su i prosečne vrednosti dobijene na svakoj od tri supskale, gde se skor može kretati od 0 do 40, pri čemu skor od 0 do 10 ukazuje na blage, skor od 11 do 20 umerene i skor od 21 do 40 ozbiljne teškoće u komunikaciji koje doživljavaju ispitanici iz istraživanja.

U tabeli 1 prikazani su prosečni skorovi 30 ispitanika sa flacidnom dizartrijom za svaku supskalu, kao i za celokupnu VHI skalu. Takođe su prikazane minimalne, kao i maksimalne vrednosti koje su dobijene na skali i supskalama kod pojedinih ispitanika iz uzorka.

Tabela 1. Prosečni skorovi na VHI skali i supskalama

	N	Min	Max	AS	SD
Fizička supskala	30	5,00	34,00	17,53	8,30
Emocionalna supskala	30	1,00	26,00	11,17	7,17
Funkcionalna supskala	30	5,00	31,00	16,37	7,30
Ukupan skor	30	16,00	86,00	45,07	19,99

N-broj ispitanika; Min-minimalna vrednost na uzorku; Max-maksimalna vrednost na uzorku; AS – aritmetička sredina; SD-standardna devijacija

Iz tabele se uočava da je prosečna vrednost na celokupnoj skali iznosila $AS=45,07$ što se tumači kao umeren stepen teškoća koji ispitanici doživljavaju u komunikacionim situacijama zbog poremećaja glasa nastalih usled flacidne dizartrije. Minimalna vrednost ostvarena na skali bila je $Min=16,00$, dok je maksimalna bila $Max=86,00$ što ukazuje na to da je među ispitanicima sa flacidnom dizartrijom bilo onih koji su imali blaže teškoće u komunikaciji, kao i onih koji su imali ozbiljne teškoće u različitim komunikacionim situacijama.

Ako se međusobno posmatraju supskale najniža prosečna vrednost je dobijena na emocionalnoj supskali i iznosila je $AS=11,17$, zatim na funkcionalnoj supskali i to $AS=16,37$, dok je najveća prosečna vrednost kod ispitanika sa flacidnom dizartrijom dobijena na fizičkoj supskali i iznosila je $AS=17,53$. Iz navedenih rezultata se može uočiti da na sve tri supskale ispitanici imaju umeren stepen komunikacionih teškoća, s tim da su emocionalni problemi kod ispitanika najblaži u odnosu na fizičke i funkcionalne probleme koje doživljavaju u komunikacionim situacijama a koje se povezuju sa poremećajem glasa, i da se vrednosti prosečnog skora ostvarenog na emocionalnoj supskali nalaze na samoj granici sa blagim komunikacionim teškoćama.

Osim prosečne vrednosti koja je dobijena na celokupnoj VHI skali i koja ukazuje na to da ispitanici iz uzorka imaju u proseku umerene komunikacione teškoće utvrđeno je i kolika je zastupljenost različitog stepena komunikacionih teškoća kod osoba sa flacidnom dizartrijom (tabela 2).

Tabela 2. Zastupljenost različitog stepena komunikacionih teškoća na celokupnoj VHI skali

		Frekvencija	Procenat (%)
Ukupan skor	Blag	9	30
	Umeren	14	46,7
	Težak	7	23,3
	Total	30	100,0

Od 30 ispitanika njih devetoro (30%) je imalo ukupne skorove na VHI skali koji ukazuju na blag stepen komunikacionih teškoća, četrnaestoro (46,7%) je imalo skorove koji ukazuju na umeren stepen komunikacionih teškoća, dok je najmanji procenat ispitanika (23,3%) ili njih sedmoro imalo ukupne skorove koji se tumače kao ozbiljne komunikacione teškoće.

Takođe su izdvojena po dva ajtema svake supskale na kojima su ispitanici iz uzorka imali najveće prosečne skorove (tabela 3) što ukazuje na situacije u kojima ove osobe imaju najviše komunikacionih teškoća. Iako prosečne vrednosti na pojedinačnim ajtemima nisu veoma visoke (s obzirom na to da maksimalna vrednost može iznositi $Max=4$) u navedenim situacijama osobe sa flacidnom dizartrijom imaju najviše poteškoća. U ovom slučaju, ajtemi sa najvišim prosečnim skorovima nalaze se u sklopu funkcionalne supskale.

Tabela 3. Ajtemi sa najvišim prosečnim skorovima dobijenim na supskalama

	N	Min	Max	AS	SD
Emocionalna supskala					
Moj problem sa glasom me uznemirava.	30	0	4	1,60	1,28
Osećam se napeto u razgovoru sa drugim ljudima zbog svog glasa.	30	0	4	1,43	1,25
Funkcionalna supskala					
Koristim telefon ređe nego što bih želeo/želela.	30	0	4	2,43	1,38
Ljudi imaju poteškoću da me razumeju u bučnoj prostoriji.	30	0	4	2,30	1,15
Fizička supskala					
Ulažem veliki napor da bih govorio/govorila.	30	0	4	2,03	1,27
Zvuk mog glasa varira u toku dana.	30	0	4	2,03	1,22

N-broj ispitanika; *Min*-minimalna vrednost na uzorku; *Max*-maksimalna vrednost na uzorku; *AS* – aritmetička sredina; *SD*-standardna devijacija

Posmatrajući pojedinačne ajteme skale, u istraživanju koje je međusobno poredilo skorove ispitanika sa hipokinetičkom, spastičnom, flacidnom i ataksičnom dizartrijom (Arsenić, 2019) pokazalo se da osobe sa flacidnom dizartrijom najviše vrednosti u odnosu na tri subgrupe ostvaruju na ajtemima: Ljudi me pitaju: „Šta nije u redu sa tvojim glasom?“, Osećam kao da moram da se naprežem da bih govorio, Smatram da drugi ne razumeju moj problem sa glasom i Manje zarađujem zbog svog problema sa glasom. Iz navednog se može zaključiti u kojim situacijama ove osobe imaju više komunikacionih teškoća u odnosu na osobe sa drugim tipovima dizartrije. Takođe, u istom istraživanju se pokazalo da osobe sa flacidnom dizartrijom imaju najviše prosečne skorove na funkcionalnoj i fizičkoj supskali, kao i na celokupnoj VHI skali u odnosu na ispitanike sa drugim tipovima dizartrije. Ovakvi podaci ukazuju na ozbiljnost i težak stepen komunikacionih teškoća koje se javljaju kod osoba sa flacidnom dizartrijom. Nakon što su dobijeni prosečni skorovi na celokupnoj VHI skali, kao i na emocionalnoj, funkcionalnoj i fizičkoj supskali i nakon što je utvrđena zastupljenost različitog stepena komunikacionih teškoća među ispitanicima, kao i komunikacione situacije u kojima se javlja najviše teškoća, ispitano je da li se skrovi na celokupnoj VHI skali i na supskalama kod ispitanika sa flacidnom dizartrijom razlikuju u odnosu na pol, uzrast i pušački status. spitano je da li se muškarci i žene sa flacidnom dizartrijom statistički značajno razlikuju u ostvarenim prosečnim vrednostima na svakoj supskali VHI skale, kao i na ukupnom skoru ove skale (tabela 4). Statistički značajna razlika nije zabeležena ni na jednoj supskali, kao ni na ukupnoj skali, što ukazuje na to da u ovom uzorku nije postojala razlika u ostvarenim prosečnim skorovima između osoba muškog i ženskog pola.

Tabela 4. Razlike u skorovima na VHI skali i supskalama u odnosu na pol

	Pol	N	AS	SD	t	df	p
Fizička supskala	Muški	17	17,176	8,560	-0,265	28	0,793
	Ženski	13	18,000	8,276			
Emocionalna supskala	Muški	17	10,706	7,078	-0,396	28	0,695
	Ženski	13	11,769	7,540			
Funkcionalna supskala	Muški	17	17,824	7,502	1,263	28	0,217
	Ženski	13	14,462	6,839			
Ukupan skor	Muški	17	45,706	21,315	0,197	28	0,845
	Ženski	13	44,231	18,944			

N – broj ispitanika, *AS* – aritmetička sredina, *SD* – standardna devijacija, *t* – *t* test, *df* – stepen slobode, *p* – statistička značajnost

Takođe je ispitano da li postoje statistički značajne razlike vezane za uzrast ispitanika sa flacidnom dizartrijom u ostvarenim prosečnim vrednostima na supskalama, kao i na celokupnoj VHI skali (tabela 5). Utvrđeno je da ne postoji statistički značajna korelacija između starosti ispitanika i vrednosti na dimenzijama VHI skale, kao i na ukupnom skoru ove skale.

Tabela 5. Razlike u skorovima na VHI skali i supskalama u odnosu na uzrast

		Uzrast
Fizička supskala	r	0,080
	p	0,673
Emocionalna supskala	r	-0,055
	p	0,772
Funkcionalna supskala	r	0,020
	p	0,917
Ukupan skor	r	0,021
	p	0,913

r – Pirsonov koeficijent korelacije, *p* – statistička značajnost

Na kraju je ispitano i da li se osobe iz uzorka koje su pušači i nepišači međusobno razlikuju prema ostvarenim skorovima na supskalama VHI skale i na celokupnoj skali (tabela 6). Ovo ispitivanje je sprovedeno jer se veruje da pušači mogu da imaju dodatne probleme sa glasom i govorom u odnosu na nepušače, naročito nakon nastanka ozbiljnijih govornih poremećaja. Međutim, iz tabele se uočava da ne postoji statistički značajna razlika između navedene dve grupe ispitanika na dimenzijama VHI skale.

Tabela 6. Razlike u skorovima na VHI skali i supskalama u odnosu na pušački status

	Pušači	N	AS	SD	t	df	p
Fizička supskala	Da	16	19,000	8,033	1,036	28,000	0,309
	Ne	14	15,857	8,583			
Emocionalna supskala	Da	16	11,125	6,985	-0,033	28,000	0,974
	Ne	14	11,214	7,648			
Funkcionalna supskala	Da	16	17,063	7,861	0,551	28,000	0,586
	Ne	14	15,571	6,802			
Ukupan skor	Da	16	47,188	19,904	0,614	28,000	0,544
	Ne	14	42,643	20,560			

N – broj ispitanika, *AS* – aritmetička sredina, *SD* – standardna devijacija, *t* – *t* test, *df* – stepen slobode, *p* – statistička značajnost

ZAKLJUČAK

U ovom istraživanju cilj je bio da se utvrdi kako osobe sa flacidnom dizartrijom doživljavaju sopstvenu komunikaciju nakon nastanka govornog poremećaja i koliki je stepen komunikacionih teškoća sa kojima se svakodnevno suočavaju. Osim toga, ispitano je i koje fizičke probleme imaju ove osobe prilikom ostvarivanja komunikacije, kako funkcionišu u komunikacionim situacijama i da li imaju emocionalne probleme vezane za poremećaj govora i glasa u toku komunikacije. Dobijeni prosečni skorovi na celokupnoj skali, kao i na supskalama pojedinačno ukazuju na doživljaj umerenog stepena komunikacionih teškoća, ali se i uviđa da među ispitanicima iz uzorka postoje oni koji smatraju da imaju blag, ili sa druge strane ozbiljan komunikacioni problem.

Kada se proučava komunikacija osoba sa dizartrijom uglavnom se ispituje koliki je uticaj dizartrije na interakciju sa drugim ljudima; kakva su osećanja koje osoba sa dizartrijom ima kada je drugi ne razumeju; šta osoba misli o sopstvenom glasu i govoru; i da li osobe sa dizartrijom imaju probleme prilikom konverzacije. Rezultati dosadašnjih istraživanja su pokazali da ove osobe imaju komunikacione probleme koji izazivaju osećaj frustracije, depresije i nervoze i da izbegavaju komunikaciju i osećaju se nesigurno prilikom iniciranja iste kako zbog sopstvenog govornog poremećaja tako i zbog nestrpljenja i problematičnog ponašanja komunikacionih partnera. U ovom ispraživanju rezultati su pokazali da ispitanici sa flacidnom dizartrijom nemaju ozbiljnije emocionalne probleme zbog poremećaja govora i glasa, dok se nešto veće poteškoće javljaju na funkcionalnom, a najveće na fizičkom planu u toku komunikacije. U drugim studijama koje su ispitivale komunikacione teškoće osoba sa dizartrijom su takođe utvrđeni viši skorovi na fizičkoj supskali, dok funkcionalna i emocionalna supskala nisu bile toliko afektirane (Schindler et al., 2010; Trinite & Sokolovs, 2014). Ovakvi rezultati ukazuju na to da je najistaknutiji problem usled promene

glasa percepcija istog tokom produkcije govora. U navedenom istraživanju, kao i u našem, dobijeni su niži prosečni skorovi na emocionalnoj supskali i pokazuju da, iako disfonija može da predstavlja značajan hendikep u svakodnevnom životu, nije snažno povezana sa osećanjem nelagodnosti, stida, i nesposobnosti.

Poređenjem skorova dobijenih na VHI skali među ispitanicima različitog pola, uzrasta i pušačkog statusa u našem istraživanju nisu se javile statistički značajne razlike. Takođe i u drugim studijama nije pokazan uticaj pola na rezultate skale (Forti et al., 2014; Schindler et al., 2010), ali u studiji sa našeg područja (Sotirović et al., 2016) rezultati su pokazali da promene glasa imaju veći subjektivni uticaj na pacijente ženskog pola u odnosu na osobe muškog pola. Pregledom dostupne literature nisu nađeni podaci koji ispituju uticaj uzrasta osoba sa dizartrijom na ostvarene skorove na VHI skali i njenim supskalama, ali u jednom od naših prethodnih istraživanja (Arsenić & Jovanović Simić, 2019) utvrđena je statistički značajna negativna korelacija između varijable uzrasta i pojedinih ajtema na funkcionalnoj, fizičkoj i emocionalnoj supskali čime se pokazalo da mlađi ispitanici u odnosu na starije imaju više problema u vezi sa pojedinim tvrdnjama.

Posmatrajući vrednosti koje su dobijene na pojedinačnim ajtemima skale, kao i prosečne skorove na celokupnoj skali, utvrđeno je da ispitanici u ovom istraživanju u proseku doživljavaju umerene komunikacione teškoće. Ovakvi rezultati su interesantni, jer iako osobe sa flacidnom dizartrijom imaju ozbiljne objektivne promene u glasu i govoru, one subjektivno ne doživljavaju težak stepen poteškoća u komunikaciji koji bi uticao na kvalitet komunikacije koju ostvaruju. Na osnovu navedenog se uviđa značaj kombinovanja objektivnih metoda i metoda samoprocene glasa i govora kod osoba sa govornom patologijom. Lošiji rezultati jedne procene, ne moraju uvek biti u korelaciji sa rezultatima drugog tipa procene. Nekada se dešava i da blagi poremećaji govora i glasa mogu izazivati ozbiljne komunikacione teškoće, dok se može desiti i obrnuta situacija. Iako se smatra da objektivni testovi pružaju važne kvantitativne podatke, samoprocena je pokazala da isti poremećaj glasa različiti pacijenti mogu potpuno različito percipirati (Sotirović et al., 2016). U poslednjim decenijama povećalo se interesovanje za kvalitet života pacijenata sa poremećajima glasa i došlo je do toga da se u proceduru procene patologije osim akustičkih i perceptualnih metoda procene uvedu i skale za samoprocenu teškoća pacijenata.

Na kraju je potrebno istaći da je VHI skala instrumen koji se pokazao kao koristan za procenu percepcije pacijenta o sopstvenom glasovnom problemu, što olakšava procenu potrebe za tretmanom i najpogodnijoj vrsti tretmana, kao i procenu efekata tretmana. Osim toga, navodi se da je važno ispitati kakva je percepcija osoba sa dizartrijom o komunikacionim teškoćama i uporediti te rezultate sa percepcijom članova porodice osobe. U nekim studijama je nađen visok stepen slaganja (McRae, Diem, Vo, O'Brien, & Seeberger, 2002), dok se u drugim studijama pokazalo da su osobe koje su brinule o pacijentima sa dizartrijom ukazale na viši stepen komunikacionih teškoća

u odnosu procenu samih osoba sa dizatrijom (Fleming et al., 2005). Takođe, u praksi se pokazalo da je korisno primeniti VHI skalu pre i posle tretmana kako bi se utvrdilo da li postoje razlike u stepenu komunikacionih teškoća koje doživljavaju osobe sa dizatrijom, što bi ukazalo na uspešnost sprovedenog tretmana.

LITERATURA

1. Arsenić, I. (2019). Karakteristike govora i glasa kao prediktori kvaliteta komunikacije odraslih osoba sa dizatrijom. Doktorska disertacija
2. Arsenić, I., Jovanović-Simić, N. (2019). Samoprocena stepena hendikepa osoba sa hipokinetičkom dizatrijom, Zbornik rezimea Stručno-naučna konferencija sa međunarodnim učešćem „Dani defektologa Srbije“ (str. 112), 21-24.02.2019., Zlatibor.
3. Dworkin, J. P. (2002). *Motor Speech Disorders: A Treatment Guide*. St. Louis: Mosby.
4. Fleming, A., Cook, K., Nelson, N., & Lai, E. (2005). Proxy reports in Parkinson's disease: Caregiver and patient self-reports of quality of life and physical activity. *Movement Disorders*, 20(11), 1462–1468.
5. Forti, S., Amico, M., Zambarbieri, A., Ciabatta, A., Assi, C., Pignataro, L., & Cantarella, G. (2014). Validation of the Italian voice handicap index-10. *Journal of Voice*, 28(2), 263-e17.
6. Guimaraes, I., Cardoso, R., Pinto, S., & Ferreira, J. J. (2017). The psychometric properties of the voice handicap index in people with Parkinson's disease. *Journal of Voice*, 31(2), 258-e13.
7. Indicators, I. Q. (2002). Agency for Healthcare Research and Quality.
8. Jacobson, B. H., Johnson, A., Grywalski, C., Silbergleit, A., Jacobson, G., Benninger, M. S., & Newman, C. W. (1997). The voice handicap index (VHI): development and validation. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 6(3), 66-70.
9. Messele, A. (2007). An acoustic analysis of a pathological speech: the case of an Amharic speaking person with flaccid dysarthria. Unpublished MA Thesis, Adis Ababa University.
10. McRae, C., Diem, G., Vo, A., O'Brien, C., & Seeberger, L. (2002). Reliability of measurements of patient health status: A comparison of physician, patient, and caregiver ratings. *Parkinsonism and Related Disorders*, 8(3), 187–192.
11. Schindler, A., Ottaviani, F., Mozzanica, F., Bachmann, C., Favero, E., Schettino, I., & Ruoppolo, G. (2010). Cross-cultural adaptation and validation of the Voice Handicap Index into Italian. *Journal of voice*, 24(6), 708-714.
12. Sotirović, J., Grgurević, A., Mumović, G., Grgurević, U., Pavićević, L., Perić, A., ... & Milojević, M. (2016). Adaptation and Validation of the Voice Handicap Index (VHI)-30 into Serbian. *Journal of Voice*, 30(6), 758-e1.
13. Trinite, B., & Sokolovs, J. (2014). Adaptation and validation of the Voice Handicap Index in Latvian. *Journal of Voice*, 28(4), 452-457.

**POZITIVNI EFEKTI PROGRAMA OBAVEZNOG
PREDŠKOLSKOG ODGOJA I OBRAZOVANJA NA
ASPEKTE DJEČIJEG RAZVOJA U GODINI PRED
POLAZAK U ŠKOLU NA PODRUČJU ZENIČKO-
DOBOJSKOG KANTONA**

**POSITIVE EFFECTS OF THE COMPULSORY PRESCHOOL
EDUCATION PROGRAM ON ASPECTS OF CHILD
DEVELOPMENT IN THE YEAR BEFORE GOING TO
SCHOOL IN THE AREA OF ZENICA-DOBOJ CANTON**

Berber Majda¹, Patković Nedim²

¹Richmond Park International Preschool of Zenica, Bosna i Hercegovina

²JU Centar za djecu i odrasle osobe s posebnim potrebama ZDK, Bosna i Hercegovina

SAŽETAK

Važan preduvjet za razvoj djeteta i njegovo prilagođavanje na školu je stvaranje motivirajućeg (vrtićkog) okruženja u kojem se potiče stjecanje novih iskustava, aktivnost, radoznalost, igra, komunikacija i stvaranje. Prtipremni program u godini pred polazak u školu djetetu doprinosi da stekne osobine, sposobnosti i vještine (govorne) potrebne za uspjeh u školi. Međutim, s obzirom na činjenicu da imamo djecu koja ne pohađaju vrtiće i lišena su tog bogatog iskustva, na prostoru Zeničko-dobojskog kantona od 2012/2013. godine realizira se Program obaveznog predškolskog odgoja i obrazovanja (u trajanju od 150 sati), a od 2016/2017. godine (od 180 sati) koji bi, koliko toliko, trebao doprinjeti adekvatnijoj spremnosti djece za polazak u osnovnu školu, a koji je prekinut s realizacijom zbog trenutne situacije s Corona virusom.

Shodno tome, u okviru ove teme definirali smo prednosti (pozitivne efekte) Programa obaveznog predškolskog odgoja i obrazovanja u godini pred polazak u školu koji se efektuju na spremnost djece (u najvećoj mjeri s akcentom na razvoj govora) za polazak u 1. razred. Također, prezentirat ćemo prijedloge i preporuke odgajatelja, roditelja i učitelja u cilju unapređenja kvalitete Programa obaveznog predškolskog odgoja i obrazovanja.

Ključne riječi: razvojne karakteristike djece (razvoj govora), spremnost za školu, predškolski program u godini prije polaska u školu.

ABSTRACT

An important requirement for a child's development and his adaptation to school is the development of a motivating (kindergarten) environment in which the acquisition of new experiences, activity, curiosity, play, communication and creation are encouraged. The preparatory program in the year before starting school helps the child to acquire the qualities, abilities and skills (speaking) necessary for success in school. However, given the fact that we have children who do not attend kindergartens and are deprived of that rich experience, in the area of Zenica-Doboj Canton from 2012/2013. The Program of compulsory preschool education (lasting 150 hours) is being implemented in 2016/2017 (from 180 hours) which, at least, should contribute to a more adequate readiness of children to start primary school, and which was interrupted with the realization due to the current situation with the Corona virus.

Consequently, within this topic, we defined the advantages (positive effects) of the Compulsory Preschool Education Program in the year before starting school, which affect the readiness of children (mostly with an emphasis on speech development) to start 1st grade. We will also present suggestions and recommendations of educators, parents and teachers in order to improve the quality of the Compulsory Preschool Education Program.

Key words: developmental characteristics of children (speech development), readiness for school, preschool program in the year before starting school.

1. UVOD

Za djecu predškolske dobi od velike važnosti je da borave u podsticajnoj, osmišljenoj i organiziranoj sredini, te da učestvuju u programima koji je za njih razvojno značajan, koji uvažava njihove potrebe, interesovanja i mogućnosti i na najbolji način potiče njihov psihofizički razvoj, a samim time i spremnost za školu. Međutim, shodno činjenici da imamo djecu koja ne pohađaju vrtić, te su lišena tog bogatog iskustva, u godini prije polaska u osnovnu školu provodi se organizirana priprema te djece u sklopu Programa obaveznog predškolskog odgoja i obrazovanja. Program obaveznog predškolskog odgoja i obrazovanja ima za cilj, u skladu s naučnim dostignućima, poticati socijalizacijske procese djece, jačati njihovo samopouzdanje, razvijati snošljivost i razumijevanje sebe, drugih i drugačijih. Programom su obuhvaćena sva djeca (djeca iz socijalno ugroženih porodica, djeca iz ruralnih sredina, djeca sa posebnim obrazovnim potrebama i druga djeca) u cilju osiguravanja jednakih uvjeta za svako dijete. Također, Program obaveznog predškolskog odgoja i obrazovanja u godini pred polazak u školu predstavlja, na neki način, dopunu porodičnom odgoju. Otvoren je za potrebe kako djeteta tako i porodice. Također, doprinosi programskom i organiziranom povezivanju predškolskog i osnovnog obrazovanja i odgoja, što obezbjeđuje kontinuitet u odgoju i obrazovanju djece, te im olakšava prijelaz iz jedne sredine u drugu.

Shodno navedenim činjenicama i pretpostavci da se Program obaveznog predškolskog odgoja i obrazovanja pozitivno efektuje na spremnost djece za polazaku školu, ovim istraživanjem nastojat ćemo *definisati i druge prednosti, ali i moguće nedostatke (teškoće) Programa obaveznog predškolskog odgoja i obrazovanja koji se efektuju na spremnost djece za polazak u školu.*

2. TEORIJSKI OKVIR ISTRAŽIVANJA

Program obaveznog predškolskog odgoja i obrazovanja

Jedna od najvažnijih funkcija institucionaliziranog predškolskog odgoja i obrazovanja je priprema djece za školu. Ta funkcija je važna za pojedinca, porodicu, ali i društvo u cjelini što potvrđuju i mnoga znanstvena istraživanja.

Naime, odgoj i obrazovanje, već od najranije dobi, u Evropi zauzima značajno mjesto. Poznata je činjenica da je na Samitu u Barceloni 2002. godine Vijeće Evrope odlučilo da do 2010. godine sve zemlje članice moraju osigurati da najmanje 90% djece od treće godine do polaska u školu bude obuhvaćeno predškolskim odgojem i obrazovanjem (...) s akcentom da se posebna pažnja usmjeri na brigu i uključenje djece iz ugroženih grupa za koje je predškolski odgoj ključan za uspjeh u nastavku školovanja (APOS0, 2011: 9).

Kada je riječ o našoj zemlji, BiH se nije ni približila ovom postavljenom cilju. Međutim, predškolski odgoj i obrazovanje u Federaciji BiH uređeni su kantonalnim zakonima koji su doneseni u skladu sa Okvirnim zakonom o predškolskom obrazovanju u BiH. Zakonom su predviđeni predškolski odgoj i obrazovanje kao integrirani dio cjelokupnog sistema odgoja i obrazovanja u BiH, koji osigurava optimalne i jednake uvjete da svako dijete od rođenja do polaska u školu razvija i ostvaruje sve svoje intelektualne i tjelesne sposobnosti. S obzirom da je predškolsko obrazovanje u nadležnosti kantona, ovim zakonom utvrđena je obaveza kantonalnih ministarstava obrazovanja da organiziraju i uvedu *Program obaveznog predškolskog odgoja i obrazovanja*. Međutim, unatoč roku o obaveznom usklađivanju svojih zakona sa ovim Okvirnim zakonom, sva kantonalna ministarstva nisu to učinila do kraja 2012. godine.

Agencija za predškolsko, osnovno i srednje obrazovanje BiH je početkom 2011. godine realizirala istraživanje u cilju utvrđivanja trenutnog stanje u oblasti implementacije Okvirnog zakona o predškolskom odgoju i obrazovanju u BiH, kojim se garantira predškolski odgoj i obrazovanje u godini pred polazak u školu. Iz izvještaja o provedbi Okvirnog zakona o predškolskom odgoju i obrazovanju u BiH uzet ćemo u obzir stavove odgajatelja i roditelja o važnosti predškolskog odgoja i obrazovanja u godini pred polazak u školu:

Odgajatelji koji su zaposleni u predškolskim institucijama u BiH smatraju da je implementacija Okvirnog zakona o predškolskom odgoju i obrazovanju neminovna, prije svega jer je riječ o uzrastu u kojem je spremnost djeteta za usvajanje novih vještina i znanja veoma naglašena. Iz svog dugogodišnjeg iskustva odgajatelji ističu evidentnu razliku u spremnosti djece za školske obaveze, u kojima su djeca, koja su pohađala vrtić ili neki program predškolskog odgoja i obrazovanja, bila uspješnija u postizanju školskih rezultata, a naročito u prvom razredu. Također, prema mišljenju odgajatelja predškolski odgoj i obrazovanje u godini pred polazak u školu bi trebali organizirati vrtići, a realizirati odgajatelji, jer takvo okruženje bi bilo manje formalno i prijatnije za petogodišnjake. Uvjerenja su da je tri sata tokom tri mjeseca ili dva do tri sata jednom sedmično (koliko je predviđeno nekim od donesenih zakona) nedovoljno za kvalitetnu pripremu djece za polazak u školu, a i zabrinuti su organiziranjem programa u ruralnim sredinama, jer problem predstavlja nedostatak adekvatnog prostora. Kada su u pitanju stavovi roditelja o značaju i potrebi predškolskog odgoja i obrazovanja u godini pred polazak u školu, mišljenja su da je implementacija Okvirnog zakona o predškolskom odgoju i obrazovanju neophodna, jer svako dijete treba da ima jednako pravo na kvalitetan predškolski odgoj i obrazovanje. Općenito, roditelji su skeptični kada je u pitanju spremnost i mogućnost općina i ministarstava da izdvoje potrebna sredstva kako bi se obavezni predškolski odgoj i obrazovanje realizirao u cjelini, posebno kada su u pitanju djeca koja dolaze iz udaljenijih, ruralnih područja. Također, smatraju

da ulogu i učešće roditelja u predškolskim institucijama, kao i u osnovnim školama, treba ojačati. Spremni su i žele aktivnije učešće u edukaciji svoje djece, ali inicijativu očekuju od vrtića i škole. Otvoreni su za nova saznanja i dodatnu edukaciju, koja bi im pomogla da ojačaju svoje roditeljske kompetencije i podrže razvoj svoje djece (APOSO, 2011: 20-23).

Dakle, iako kantonalna ministarstva nisu ispoštovala date rokove oko usklađivanja zakona s Okvirnim zakonom o predškolskom odgoju i obrazovanju u BiH (time nije ispoštovan ni Program obaveznog predškolskog odgoja i obrazovanja koji bi se trebao realizirati u godini pred polazak u školu u svim kantonima), stavovi odgajatelja i roditelja upućuju na činjenicu da je implementacija Okvirnog zakona o predškolskom odgoju i obrazovanju neophodna, navodeći da svako dijete treba imati jednaka prava na predškolski odgoj i obrazovanje koji je neminovan u cilju kvalitetnije pripreme i spremnosti za polazak u školu.

Program obaveznog predškolskog odgoja i obrazovanja u Zeničko-dobojskom kantonu

Program obaveznog predškolskog odgoja i obrazovanja u Zeničko-dobojskom kantonu počinje sa implementacijom 2012/2013. godine sa gotovo 100% obuhvatom djece. Zakonom o predškolskom odgoju i obrazovanju Zeničko-dobojskog kantona definirano je da Program obaveznog predškolskog odgoja i obrazovanja za djecu u godini pred polazak u školu traje 150 sati i da ga finansira Ministarstvo za obrazovanje, nauku, kulturu i sport Zeničko-dobojskog kantona. Namijenjen je djeci predškolske dobi koja nisu obuhvaćena nekim drugim oblikom predškolskog odgoja i obrazovanja, a koja su pred polazak u osnovnu školu. Program u pogledu sadržaja obuhvata sva područja predviđena cjelovitim razvojnim programom, ali u reduciranom obimu. Iako traje samo 150 sati, u resornom kantonalnom ministarstvu smatraju da on može na adekvatan način doprinijeti spremnosti djece za polazak u osnovnu školu.

Dakle, Program obaveznog predškolskog odgoja i obrazovanja se odnosi na djecu koja prvi put ulaze u predškolske ustanove s ciljem da se socijaliziraju, razvijaju kreativnost, da kroz igru uče i stječu znanja i vještine ističe Naira Jusufović, stručna savjetnica za oblast obrazovanja iz Pedagoškog zavoda Zenica. Ona, također, naglašava kako je neophodno utjecati i na promjenu svijesti roditelja o tome da će djeca kroz programe obaveznog predškolskog naučiti čitati i pisati, jer cilj Programa obaveznog predškolskog odgoja i obrazovanja ne podrazumijeva učenje slova i brojeva, nego da djeci u periodu boravka u predškolskim ustanovama bude što zabavnije kako bi buduće škovanje prihvatili sa što manje poteškoća.

3. METODOLOŠKI OKVIR ISTRAŽIVANJA

Cilj ovog istraživanja je, na osnovu mišljenja, stavova i zapažanja odgajatelja, učitelja i roditelja, ispitati prednosti Programa obaveznog predškolskog odgoja i obrazovanja koji se efektuju na spremnost djece za polazak u školu u Zeničko-dobojskom kantonu, dok je praktični cilj ispitati prijedloge i preporuke koje imaju roditelji i učitelji za unapređenje kvalitete aktuelnog Programa. U skladu sa ciljem istraživanja postavljene su zadaci i istraživačka pitanja koji se odnose na stavove i mišljenje odgajatelja, roditelja i učitelja o pozitivnim stranama Programa, također ideje i preporuke roditelja i učitelja u cilju poboljšanja i unapređenja kvalitete Programa obaveznog predškolskog odgoja i obrazovanja.

a. Uzorak ispitanika

Tabela 1. Uzorak ispitanika – odgajatelji i roditelji (predškolske ustanove)

Red.br.	Naziv predškolske ustanove	Broj ispitanika (odgajatelji/ realizatori Programa)	Broj ispitanika (roditelji djece koja pohađaju Program)
1.	JU "Predškolski odgoj i obrazovanje Zenica" Zenica	20	30
2.	PPU "Sindibad" Zenica	4	-
3.	PPU "Hud-Hud" Zenica	1	-
4.	PPU "Dječija Montessori kuća" Zenica	3	-
5.	PPU "Alem" Zenica	1	-
6.	PPU "Bambi" Zenica	1	-

Tabela 2. Uzorak ispitanika – učitelji (osnovne škole)

Red.br.	Naziv škole	Broj ispitanika (učitelji)
1.	OŠ "Edhem Mulabdić" Zenica	7
2.	OŠ "Meša Selimović" Zenica	8
3.	OŠ "Vladimir Nazor" Zenica	4
4.	OŠ "Musa Ćazim Ćatić" Zenica	4
5.	OŠ "Miroslav Krleža" Zenica	7

Istraživanje je provedeno u period od aprila 2017. do maja 2017. godine, za vrijeme trajanja realizacije Programa obaveznog predškolskog odgoja i obrazovanja.

4. ANALIZA I INTERPRETACIJA REZULTATA ISTRAŽIVANJA

a. Prednosti (pozitivna strana) Programa obaveznog predškolskog odgoja i obrazovanja prema mišljenju odgajatelja, roditelja i učitelja

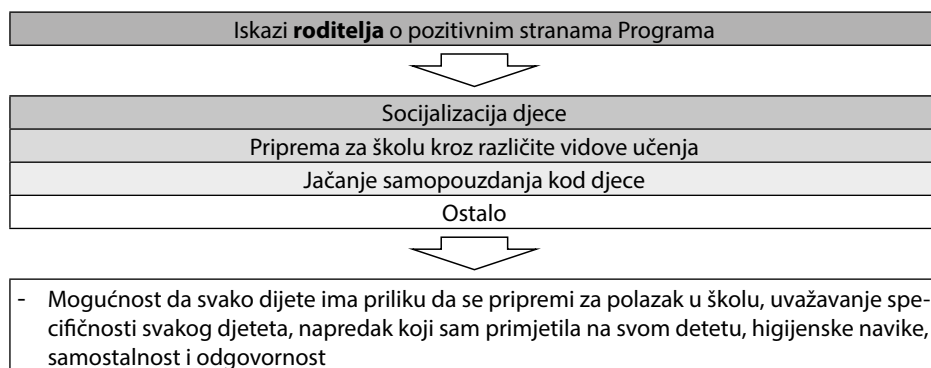
Grafički prikaz analiziranog pitanja iz uzorka:



Grafikon 1. Iskazi odgajatelja o pozitivnim stranama Programa obaveznog predškolskog odgoja i obrazovanja koje se očituju na spremnost djece za polazak u školu

Naime, da je je utjecaj društvene sredine od velikog značaja u pripremi pojedinca za učešće u društvenoj sredini (Kon, 1991, prema Hasanagić, 2015) potvrđuje i činjenica da je socijalizacija djece ocjenjena kao pozitivna strana Programa obaveznog predškolskog odgoja i obrazovanja. Prema mišljenju odgajatelja, pored socijalizacije, dobra strana Programa očituje se i na druge aspekte razvoja: razvoj govora i komunikacije, stjecanje radnih navika, kao i jačanje samopouzdanja kod djece, dok je veoma mali broj onih koji smatraju da je pozitivna strana ipak usvajanje higijenskih navika, odvajanje od roditelja, psihofizički razvoj, dobra podloga za dalje ili to što su Programom obuhvaćena djeca iz ruralnih područja.

Grafički prikaz analiziranog pitanja iz uzorka:



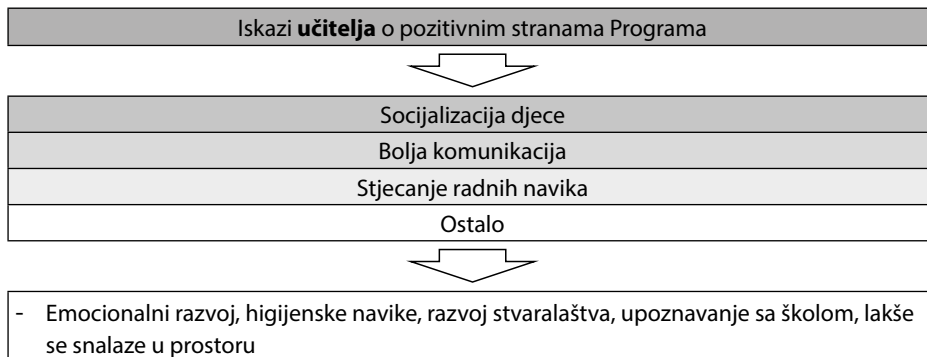
Grafikon 2. Iskazi roditelja o pozitivnim stranama Programa obaveznog predškolskog odgoja i obrazovanja koje se očituju na spremnost djece za polazak u školu

Na osnovu odgovora koje smo klasificirali prema sličnost (grafikon 2), možemo vidjeti da je *socijalizacija djece*, prema većini roditelja, ocjenjena kao pozitivna strana Programa obaveznog predškolskog odgoja i obrazovanja, a što je, zapravo, jedan od važnih ciljeva ovog Programa.

Nadalje, roditelji navode da dobru stranu Programa čini priprema za školu kroz različite vidove učenja, što bi prema Mitrović (1986) značilo da se pored igre uvode i druge aktivnosti (pažnja se usmjerava govornoj kulturi, razvijanju radnih navika i discipline...).

Prema izjavama roditelja, jačanje samopouzdanja kod djece, također, jedna je od pozitivnih strana Programa obaveznog predškolskog odgoja i obrazovanja, jer djeca u dobi između 4 i 7 godina, pod uvjetima institucionalnog odgojnog djelovanja, imaju razvijenije samopouzdanje što im omogućava uključivanje u grupne aktivnosti, prilagođavanje normama grupe, pa samim time i prihvatanju od strane vršnjaka (Informacija o implementaciji Programa obaveznog predškolskog odgoja i obrazovanja, 2014).

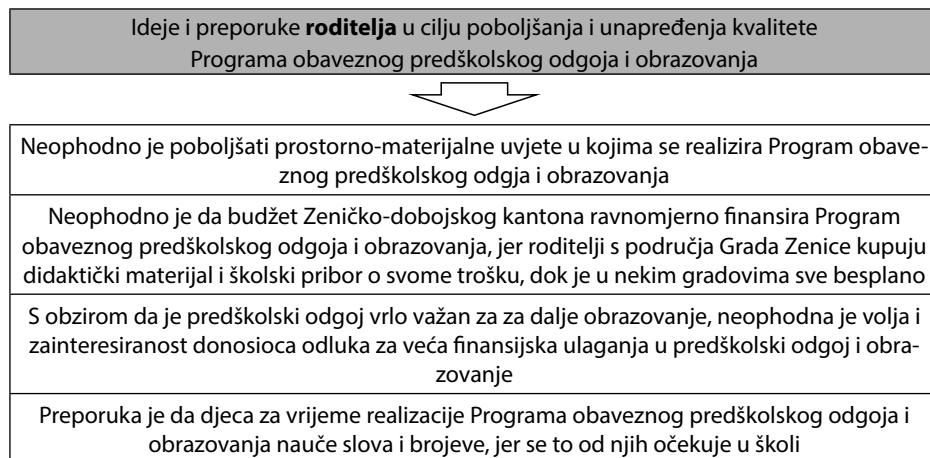
Grafički prikaz analiziranog pitanja iz uzorka:



Grafikon 3. Iskazi učitelja o pozitivnim stranama Programa obaveznog predškolskog odgoja i obrazovanja koje se očituju na spremnost djece za polazak u školu

Vidimo, dakle, da učitelji svojim iskazima upućuju na činjenicu da je socijalizacija djece jedna od najvećih prednosti Programa obaveznog predškolskog odgoja i obrazovanja. Zatim, pozitivna strana Programa, prema njihovim iskazima, očituje se i u boljoj komunikaciji i stjecanju radnih navika. Jako malo je onih koji smatraju da se Program pozitivno efektuje na ostala razvojna područja kod djece. Prijedlozi i preporuke roditelja i učitelja u cilju poboljšanja i unapređenja kvalitete Programa obaveznog predškolskog odgoja i obrazovanja

Grafički prikaz analiziranog pitanja iz uzorka:



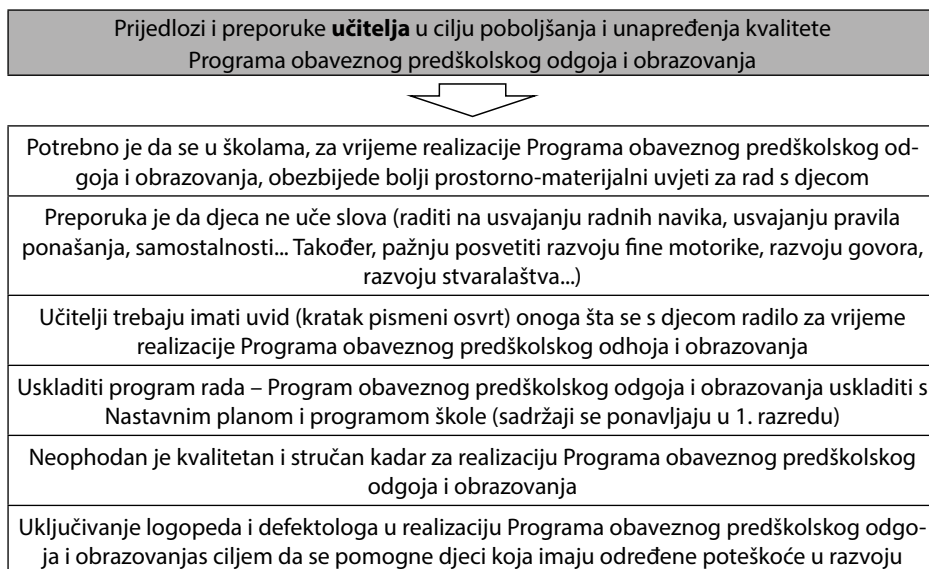
Grafikon 7. *Prijedlozi i preporuke roditelja u cilju poboljšanja kvalitete Programa obaveznog predškolskog odgoja i obrazovanja*

Naime, uzimajući u obzir dosad navedene činjenice o tome da se Program obaveznog predškolskog odgoja i obrazovanja, na području Zeničkog-kantona, realizira u neuslovnim, skućenim i neopremljenim prostorijama razumljiv je prvi prijedlog za poboljšanje prostorno-materijalnog okruženja s obzirom da prostor treba biti organiziran po mjeri djeteta, jer sredina koja je bogata poticajima pruža djetetu mnogo materijala za usvajanje znanja, vježbanje sposobnosti i izražavanje originalnosti vlastitim stvaralaštvom, navode Males i sar. (2001, prema Mlinarević, 2004). Osim prijedloga za poboljšanje prostorno-materijalnog okruženja, roditelji skreću pažnju i na to da je neophodno da Budžet Zeničko-dobojskog kantona ravnomjerno finansira Program obaveznog predškolskog odgoja i obrazovanja (u nekim gradovima djeca dobiju sve besplatno, dok roditelji sa područja Grada Zenice navedeno nabavljaju o svom trošku). Naime, ovaj prijedlog ima smisla, jer ako uzmemo u obzir činjenicu da je Vlada Zeničko-dobojskog kantona usvojila Program utroška sredstava iz Budžeta Zeničko-dobojskog kantona za 2017. godinu, broj: 02-14-3045/17 (o čemu smo već govorili u prethodnom dijelu rada), te su time osigurana sredstva za materijalne troškove u iznosu 66.824,00 KM (za cijeli kanton), postavlja se pitanje kako je moguće da su evidentne te razlike, iz čega, naravno, proizilazi i neophodnost da se nadležni pozabave ovim činjenicama.

Nadalje, s obzirom da predškolski odgoj podrazumijeva odgoj djeteta od rođenja do polaska u školu, nemoguće je zanemariti najraniju dob djeteta (Malić i Mužić, 1983). Dakle, uzimajući u obzir činjenicu da je predškolski odgoj važan već od najranije dobi, te ima značajnu ulogu u daljem obrazovanju opravdan je i treći prijedlog roditelja o tome da je neophodna volja i zainteresiranost donosioca odluka za veća finansijska ulaganja u predškolski odgoj i obrazovanje. Iako je preporuka roditelja da djeca, za

vrijeme realizacije Programa obaveznog predškolskog odgoja i obrazovanja, nauče slova i brojeve, jer (kako kažu) to se od njih očekuje u školi, poznata je činjenica da cilj predškolskog odgoja nije da djeca nauče čitati i pisati, nego steći određene vještine i kompetencije u cilju bolje pripreme za uključivanje u školsku sredinu i prihvaćanje školskih obaveza (Došen-Dobud, 2001). Dakle, u vrtiću, odnosno realizacijom Programa obaveznog predškolskog odgoja i obrazovanja, u godini pred polazak u školu, djeca kroz različite aktivnosti, igre i igrokaze trebaju postupno upoznavati slova (Peteš, 2003).

Grafički prikaz analiziranog pitanja iz uzorka:



Grafikon 8. Prijedlozi i preporuke učitelja u cilju poboljšanja kvalitete Programa obaveznog predškolskog odgoja i obrazovanja

Naime, da su učitelji, također, svjesni činjenice da su neophodni bolji prostorno-materijalni uslovi za realizaciju Programa obaveznog predškolskog odgoja i obrazovanja, govori u prilog i njihov prvi prijedlog. Zatim, iako je preporuka roditelja da djeca, za vrijeme realizacije Programa obaveznog predškolskog odgoja i obrazovanja, nauče slova, jer (kako kažu) to se od njih očekuje u školi, učitelji se ne slažu s tim. Preporuka učitelja je da djeca ne uče slova. Prema njihovom mišljenju, pažnju je potrebno usmjeriti na druge aspekte: raditi na usvajanju radnih navika, usvajanju pravila ponašanja, samostalnosti, ali i razvoju fine motorike, razvoju govora, razvoju stvaralaštva i sl.

Da je opserviranje i praćenje djece jedan od važanih segmenata u odgojno-obrazovnom radu, govori u prilog i prijedlog učitelja koji smatraju da je neophodan uvid (kratak pismeni osvrt) onoga šta se s djecom radilo za vrijeme realizacije Programa obaveznog predškolskog odgoja i obrazovanja. Naime, ovdje se govori o sljedećem: "opservacijom

bi odgajatelji mogli školama dati detaljne podatke o aktivnostima koje su se realizirale i dječijem učešću u njima, kao i značajne podatke o samom djetetu" (Bećirović i Čehić, 2016: 148). To, zapravo, znači da bi učiteljima informacije (o motoričkim sposobnostima djeteta, interesovanjima djeteta za rad, sklonosti prema određenim aktivnostima...) bile od velikog značaja, a samim time razumljiv je i njihov prijedlog o potrebi da odgajatelji sačine uvid ili kratak pismeni osvrt onoga šta se s djecom radilo za vrijeme realizacije Programa obaveznog predškolskog odgoja i obrazovanja.

Nadalje, četvrti prijedlog poziva donosioce odluka o potrebi usklađivanja program rada, odnosno Program obaveznog predškolskog odgoja i obrazovanja treba uskladiti s Nastavnim planom i programom škole, jer se sadržaji, koji su se realizirali kroz Program, ponavljaju u 1. razredu. Kada je riječ o profilu odgajatelja koji se angažiraju za potrebe realizacije Programa obaveznog predškolskog odgoja i obrazovanja, potrebno je da posjeduju određene kompetencije koje podrazumijevaju: "dobro i temeljno poznavanje mogućnosti djece u šestoj godini, temeljno poznavanje Programa, poznavanje i znalački odabir načina sredstava za koja se s velikom sigurnošću može pretpostaviti da će imati najbolje učinke u razvojnom poticanju djece..." (Došen-Dobud, 2001: 14-15). S obzirom da stručni profil odgajatelja treba posjedovati određene kompetencije, onda je razumljiv i prijedlog da je za realizaciju Programa obaveznog predškolskog odgoja i obrazovanja neophodan kvalitetan i stručan kadar.

Budući da je poticanje spremnosti djece za školu odgovoran i zahtjevan posao, "zahtjeva multidisciplinarni pristup i uključenost profesionalaca različitih vokacija" (Hasanagić, 2015), razumljiv je i prijedlog o uključivanju logopeda i defektologa u realizaciju Programa obaveznog predškolskog odgoja i obrazovanja s ciljem da se pomogne djeci koja imaju određene poteškoće u razvoju.

5. ZAKLJUČAK

Provedeno istraživanje imalo je za cilj (na osnovu mišljenja, stavova i zapažanja odgajatelja, učitelja i roditelja) istražiti **prednosti – pozitivnu stranu Programa obaveznog predškolskog odgoja i obrazovanja, koji se efektuju na spremnost djece za polazak u školu u Zeničko-dobojskom kantonu.**

Prikupljeni rezultati na uzorku od 90 ispitanika statistički su obrađeni i interpretirani, na temelju čega je moguće zaključiti da Program obaveznog predškolskog odgoja i obrazovanja, u trajanju od trenutno 180 sati, osim što ima za cilj osigurati jednake uvjete za svako dijete i pozitivno se efektuje na različite aspekte dječijeg razvoja, ukazuje i na niz poteškoća i prepreka.

U cilju unapređenja kvalitete Programa obaveznog predškolskog odgoja i obrazovanja neophodno je, dakle, poboljšati prostorno-materijalne uvjete u kojima se realizira Program obaveznog predškolskog odgoja i obrazovanja. Također, neophodno je

da budžet Zeničko-dobojskog kantona ravnomjerno finansira Program obaveznog predškolskog odgoja i obrazovanja. Zatim, prema mišljenju roditelja, neophodna je volja i zainteresiranost donosioca odluka za veća finansijska ulaganja općenito u predškolski odgoj i obrazovanje. Iako roditelji naglašavaju da se od djece traži da znaju slova i brojeve (čitati, pisati i računati) polaskom u školu, oštra preporuka učitelja od 1. do 5. razreda je da djeca ne uče slova – raditi na usvajanju radnih navika, usvajanju pravila ponašanja, samostalnosti... Također, pažnju posvetiti razvoju fine motorike, razvoju govora, razvoju stvaralaštva...) iz čega proizilazi činjenica da su roditelji još uvijek nedovoljno informirani. Učitelji, također, naglašavaju da je neophodna opservacija djeteta – učitelji trebaju imati uvid (kratak pismeni osvrt) onoga šta se s djecom radilo za vrijeme realizacije Programa obaveznog predškolskog odgoja i obrazovanja. Prema mišljenju učitelja, Program trebaju realizirati kvalitetne i stručne osobe. Ono što, također, predstavlja poteškoće u radu, a ujedno je i preporuka, jeste neusklađenost programa rada – Program obaveznog predškolskog odgoja i obrazovanja uskladiti s Nastavnim planom i programom škole, jer se sadržaji ponavljaju u 1. razredu i djeci je dosadno. Prema mišljenju nekih učitelja neophodno je uključivanje logopeda i defektologa u realizaciju Programa obaveznog predškolskog odgoja i obrazovanja s ciljem da se pomogne djeci koja imaju određene poteškoće u razvoju.

LITERATURA

1. Britto P.R. (2012), *School Readiness: a conceptual framework*, New York: United Nations Children's Fund.
2. Berk, L. (2008), *Psihologija cjeloživotnog razvoja*, Jastrebarsko: Naklada Slap
3. Bognar, L. (2000), *Kvalitativni pristup istraživanju odgojno-obrazovnog procesa*, Osijek: Pedagoški fakultet.
4. Došen-Dobud, A. (2001), *Predškola – vodič za voditelje i roditelje*, Zagreb: Alinea.
5. Furlan, I. (1985), *Čovjekov psihički razvoj*, Zagreb: Školska knjiga.
6. Hasanagić, A. (2015), *Psihološke osnove pripreme djece za školu*, Sarajevo: Centar za napredne studije.
7. Hitrec, G. (1991), *Kako pripremiti dijete za školu*, Zagreb: Školska knjiga.
8. Kamenov, E. i Spasojević, P. (2008), *Predškolska pedagogija*, Bijeljina: Pedagoški fakultet.
9. Kundačina, M. i Bandur, V. (2007), *Akademsko pisanje*, Užice: Učiteljski fakultet.
10. Malić, J. i Mužić, V. (1983), *Pedagogija – treće izdanje*, Zagreb: Školska knjiga.
11. Mitrović, D. (1986), *Predškolska pedagogija – IV izdanje*, Sarajevo: Svjetlost
12. Oštarčević, J. (2008), *Priručnik za upis djece u prvi razred*, Zagreb: Agencija za odgoj i obrazovanje.
13. Peteh, M. (2003), *Svako slovo nešto novo*, Zagreb: Alinea.

14. Slunjski, E. (2008), Dječji vrtić, zajednica koja uči – mjesto suradnje, dijaloga i zajedničkog učenja, Zagreb: SM Naklada.
15. Slunjski, E. (2011), Kurikulum ranog odgoja, Zagreb: Školska knjiga
16. Starc, B., Čudina Obradović, M., Pleša, A., Profaca, B., Letica, M. (2004), Osobine i psihološki uvjeti razvoja djeteta predškolske dobi: priručnik za odgojitelje, roditelje i sve koji odgajaju djecu predškolske dobi, Zagreb: Tehnička knjiga.
17. Tatalović-Vorkapić, S. (2013), Razvojna psihologija, Rijeka: Učiteljski fakultet u Rijeci. Walsh, K. B. (2000), Stvaranje učionica u kojima dijete ima centralnu ulogu (3-6 godina), Sarajevo: Centar za obrazovne inicijative "Step by Step".
18. Bećirović, J. i Čehić, I. (2016), Ka novim iskoracima u odgoju i obrazovanju, // Zbornik radova Odsjeka za pedagogiju: Znanstveno-stručna međunarodna konferencija održana od 11-12. oktobra 2013. Ur. Adila Pašalić Kreso. Sarajevo: Filozofski fakultet, str. 143-151.
19. Mlinarević, V. (2004), Vrtično okruženje usmjereno na dijete, Život i škola, br. 11 (1/2004), str. 112-119.
20. Informacija o uključenosti djece predškolskog uzrasta u odgojno – obrazovni proces u godini pred polazak u školu u Federaciji Bosne i Hercegovin (2013), Mostar: Federalno Ministarstvo obrazovanje i nauke.
21. Informacija o implementaciji Programa obaveznog predškolskog odgoja i obrazovanja za djecu u godini pred polazak u osnovnu školu na području Zeničko-dobojskog kantona, (2014), Zenica: Ministarstvo za obrazovanje, nauku, kulturu i sport.
22. Izvještaj o implementaciji Okvirnog zakona o predškolskom odgoju i obrazovanju u BiH, (2011), Sarajevo: Agencija za predškolsko, osnovno i srednje obrazovanje.
23. Okvirni zakon o predškolskom odgoju i obrazovanju ("Službeni glasnik BiH", broj 88/07).
24. Okvirna politika unapređenja ranog rasta i razvoja djece u Bosni i Hercegovini („Službeni glasnik Bosne i Hercegovine“, broj: 36/12).
25. Strateški pravci razvoja predškolskog odgoja i obrazovanja u Bosni i Hercegovini, (2004), Sarajevo: Ministarstvo civilnih poslova.

**NIVO KOGNITIVNIH DISFUNKCIJA OSOBA SA
MULTIPLIM SKLEROZOM**

**LEVEL OF COGNITIVE DYSFUNCTIONS OF PERSONS
WITH MULTIPLE SCLEROSIS**

Bubanja Ivana, Cukić Živana, Stanisavljević Saša

Univerzitet u Beogradu, Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju, Srbija

SAŽETAK

Multipla skleroza predstavlja hronično inflamatorno oboljenje centralnog nervnog sistema. Cilj istraživanja bio je ispitati razlike u nivo kognitivnih disfunkcija obolelih od multiple skleroze u odnosu na formu bolesti, starosnu dob i pol ispitanika. U uslovima globalne pandemije izazvane virusom COVID-19 istraživanje je sprovedeno online, na različitim internet grupa obolelih od multiple skleroze. Za izradu ovog istraživanja korišćen je upitnik Perceived deficits questionnaire (PDQ). Upitnik se sastoji od opštih demografskih podataka i 20 ajtema, koje su bazirane na proceni nivoa kognitivnih disfunkcija (pažnja/koncentracija, retrospektivna memorija, potencijalna memorija i planiranje/organizacija). Za statističku obradu podataka, korišćen je Studentov t-test, na uzorku od (N=80) ispitanika. Rezultati istraživanja, ukazuju da postoji statistički značajna razlika u međusobnom poređenju na subskalama ($p < .001$). Nije utvrđena statistički značajnost na relaciji nivo kognitivnih disfunkcija obolelih od multiple skleroze u odnosu na pol, starosnu dob i formu bolesti. Uzorak istraživanja nije bio ujednačen prema polu, starosnoj dobi i formi bolesti ispitanika, predlog je ponoviti ovo istraživanje na većem i reprezentativnijem uzorku.

Ključne reči: multiple skleroza, kognitivne disfunkcije, pažnja, memorija

ABSTRACT

Multiple sclerosis is a chronic inflammatory disease of the central nervous system. The aim of the study was to examine the differences in the level of cognitive dysfunctions in patients with multiple sclerosis in relation to the form of the disease, age and sex of the subjects. In the conditions of the global pandemic caused by the COVID-19 virus, the research was conducted online, on various internet groups of people suffering from multiple sclerosis. The Perceived Deficits Questionnaire (PDQ) questionnaire was used to develop this study. The questionnaire consists of general demographic data and 20 items, which are based on the assessment of the level of cognitive dysfunction (attention / concentration, retrospective memory, potential memory and planning / organization). For statistical data processing, Student's t-test was used, on a sample of (N = 80) subjects. Research results, indicate that there is a statistically significant difference in mutual comparison on subscales ($p < .001$). No statistical significance was found in relation to the level of cognitive dysfunctions in patients with multiple sclerosis in relation to gender, age and form of the disease. The research sample was not uniform according to the gender, age and form of the respondents' disease, it is proposed to repeat this research on a larger and more representative sample.

Key words: multiple sclerosis, cognitive dysfunctions, attention, memory

UVOD

Multiplu sklerozu kao posebnu bolest prvi je opisao francuski neurolog Jean-Martin Charcot, između 1829-1849 godine. Patološki opis multiple skleroze u svojim radovima autor naziva multipla sa plakovima. Tri osnovna simptoma koje autor opisao jesu: nistagmus, tremor i „pevujući“ govor- dizartrija. Takođe, u opisu svojih pacijenata javljaju se promene i u kognitivnim funkcijama opisanih kao „ značajno slabljenje pamćenja“ i „ lagani gubitak ideja“ (Firth, 1948). Multipla skleroza potiče od grčke reči multiplus što znači raznovrstan, složen i odnosi se na različite zone centralnog nervnog sistema u kojima može doći do oštećenja mijelinskog omotača, i grčke reči skleros (ožiljak) (Slavković, 2016). Kliničko ispoljavanje multiple skleroze karakteriše velika raznovrsnost u manifestacijama i težini bolesti. Kliničke manifestacije obuhvataju motorne, senzitivne i vizuelne simptome, oštećenja moždanog stabla i malog mozga. Najveća učestalost pojave bolesti je u periodu od 20 do 40 godina života. Etiologija multiple skleroze je nepoznata, ali se ne isključuju genetski faktori i faktori sredine (Dačković, 2016). Prva pojava kliničkih simptoma koji upućuju na multipla sklerozu, najčešće se definiše kao klinički izolovani sindrom, koji vremenom dovodi do progresije i pojave novih simptoma koji se na kraju dijagnostikuju u jednoj od četiri forme multiple skleroze (Vranić, 2014). Sve ove tegobe imaju potpuni ili delimični oporavak, a javljaju se u periodu od nekoliko dana do nekoliko meseci (Suknjaja, 2016).

Prema kliničkom toku postoje 4 tipa multiple skleroze:

1. Relapsno-remitentni oblik koji se javlja u 80-90% slučajeva. Ovaj tok bolesti karakterističan je sa jasnim fazama pogoršanja, odnosno egzacerbacijama.
2. Primarno progresivni tip koji se javlja u 15% slučajeva. Ovu formu karakteriše akumulacija neurološkog deficita od samog početka.
3. Sekundarno progresivni oblik nastaje na osnovu relapsno-remitentne bolesti sa postepenim nakupljanjem stepena invaliditeta i karakteristična je viljivim pogoršavanjem, bez egzacerbacija i remisija
4. Progresivno-relapsni oblik je najređi, koja je inicijalno prikazana kao primarna progresivna forma, ali kod koje se vremenom razvija prava neurološka egzacerbacija, moguća je sekundarno progresivna forma sa neprepoznatim relapsima (Pavlović, 2012 prema Ilić, Stefanović, Janković, 2011).

Nastanak kognitivnih promena kod obolelih od multiple skleroze, poslednjih godina jedna je od glavnih tema neuropsihološkog istraživanja. Izraženost i vrste kognitivnih poremećaja razlikuje se od pacijena do pacijenta (Slavković, 2016 prema Rao, Leo, Bernardin, Unverzagt, 1991). Kognitivne disfunkcije najčešće se manifestuju poremećajem pažnje, pamćenja, apstraktnog mišljenja i brzine informacionog procesiranja (Rao & el.1991). Kognitivni poremećaji osoba obolelih od multiple skleroze prisutno je u 30-75% slučajeva. Najčešće zahvaćeni kognitivni domeni su brzina

obrade informacija, pažnja, orijentacija u prostoru, egzakutivne funkcije, pamćenje. Jezičke funkcije kod obolelih su uglavnom očuvane (Guimaraes, Jose Sa, 2012). Kognitivne promene takođe mogu uticati na komunikaciju i izazvati poremećaje jezika koji ometaju sposobnost osobe da komunicira. Takođe, oboleli mogu imati problema sa pronalaženjem reči, dok drugi imaju problem obrade informacija i reagovanja na reči koje su čuli ili pročitali (Kryder, 2016).

Otežano kognitivno funkcionisanje obolelih od multiples skleroze može se razviti u bilo kom toku bolesti, nezavisno od forme bolesti, ali često može biti udruženo sa neurološkim deficitima (DeSousa, Albert, Kalman, 2002). Kada je reč o prikazu poteškoća u pojedinačnim kognitivnim funkcijama, može se reći da je prisustvo smanjenog kapaciteta pažnje prisutno kod 25% obolelih od multiple skleroze (Rao & el. 1991). Radna memorija predstavlja sposobnost privremenog skladištenja, ali i korišćenja informacija radi potrebe izvođenja kompleksnih zadataka. Poteškoće u kognitivnom funkcionisanju, odnosno u radnoj memoriji prisutno je kod skoro jedne trećine obolelih od multiple skleroze (Bryan, Luszcz, 2000). Poteškoće u kognitivnom funkcionisanju obolelih od multiple skleroze ispoljavaju često negativne efekte na svakodnevno funkcionisanje, radne obaveze, socijalne odnose i kvalitet života (Rao & el.1991).

Jedno od istraživanja kognitivnih funkcija obolelih od multiple skleroze na našim prostorima kaže da je od ukupnog broja ispitanika 168 sa različitim tipovima multiple skleroze, 58,9% imao kognitivni poremećaj. Procenat kognitivno oštećenih bolesnika imalo je 41,9% u grupi ispitanika sa klinički izolovanim sindromom, 35,6% u grupi ispitanika sa relapsno-remitentnom formom multiple skleroze, 96,8% sa sekundarno progresivnom formom, i 85,7% sa primarno progresivnom formom multiple skleroze. Oboleli sa progresivnim tipom multiple skleroze imali su teže kognitivno oštećenje u odnosu na obolele sa blažim tipom. Takođe, utvrđeno je da postoji statistička značajnost između stepena onesposobljenosti i kognitivnog funkcionisanja obolelih od multiple skleroze (Dačković, 2016).

Ostojić (2017) je u svojoj studiji preseka imala cilj da ispita kognitivne funkcije i kvalitet života dece i adolescenata obolelih od multiple skleroze, kao i korelacije sa klinično-demografskim karakteristikama bolesti. Uzorak istraživanja je činilo 26 ispitanika, od kojih je 10 ispitanika bilo muškog pola i 16 ispitanika ženskog pola. Uzrast ispitanika je bio od 14 do 18 godina. Instrument koji je korišćen za procenu kognitivnog funkcionisanja bio je Revidirana skala za merenje inteligencije dece (Skala za procenu globalne inteligencije REVISK). Instrument je namenjen isključivo dečijem uzrastu, uzrasta 5-15 godina, ali je prilagođen potrebama istraživanja. Test se sastoji od 11 subskala verbalnog i neverbalnog tipa (dopuna slike, aritmetika, sklapanje figura, shvatanje, slaganje kocki, rečnik, šifra, sličnost, strip, ponavljanje brojeva). Rezultati testa predstavljeni su kroz manipulativno-neverbalni, verbalni i ukupni koeficijent inteligencije. Ukupni koeficijent inteligencije interpretirali su se na sledeći način: ≥ 130 visoko nadprosečan, 120-129 nadprosečan, 110-119 visoko prosečan, 90-109 prosečan, 80-89 nisko prosečan, 70-79 granični i ≤ 69 veoma nizak (intelektualna

ometenost). Rezultati istraživanja govore da je prosečna vrednost ukupnog koeficijenta inteligencije adolescenata obolelih od multiple skleroze bila bliža donjoj granici preseka. Od ukupnog broja ispitanika, 26,3% je imalo nizak prosečni koeficijent inteligencije, odnosno u rasponu 80-89. Prosečna vrednost verbalnog koeficijenta je bila viša od prosečne vrednosti manipulativnog koeficijenta inteligencije. Među ispitanicima prema polu, nije ronađena razlika u IQ skorovima ($t = 1,01$), ali su u manipulativnom koeficijentu po skorovima, prednost imale devojčice ($\bar{x} = 95$), dok je kod dečaka prosečna vrednost iznosila $\bar{x} = 89,13$. Kako autor ističe, svi dobijeni rezultati su najverovatnije uslovljeni kraćim trajanje bolesti ispitanika, odsustvom trajnog neurološkog deficita i malim uzorkom istraživanja. Povezanost kognitivnih funkcija sa kliničkim i geografskim parametrima nije pronađena.

Jedna od najvećih studija merenja kognitivnih funkcija kod 187 dece i adolescenata obolelih od multiple skleroze i 44 dece sa izolovanim sindromom. Za procenu kognitivnih funkcija autori su koristili bateriju od 11 neuropsiholoških testova. Prosečan uzrast ispitanika bio je $14,8 \pm 2,6$ godina, a prosek dužina trajanja bolesti $1,9 \pm 2,2$. Kriterijume za kognitivni deficit ispoljavalo je 65 (35%) ispitanika obolelih od multiple skleroze i 8 (18%) ispitanika sa izolovanim sindromom. Najveći procenat u oštećenjima bilo je prikazano u domenu fine motorne koordinacije (54%), vizomotorna integracija (50%) i brzina obrada informacija (35%). Veći stepen kognitivnog deficita utvrđen je kod dece sa multiplom sklerozom, u odnosu na decu sa izolovanim sindromom. Sve ovo autori objašnjavaju tim što je multipla skleroza hronična bolest progresivnog toka, u odnosu na izolovani sindrom (Julian, Serafin, Charvet, Ackerson, Benedict, 2012).

Na osnovu dosadašnjih istraživanja i teorijskih osnova, možemo reći da se osnovni problem istraživanja može definisati kroz sledeća pitanja: U kojoj meri oboleli od multiple skleroze imaju problema sa kognitivnim disfunkcijama? Koliko često se oboleli susreću sa problemima pamćenja, koncentracije, planiranja? Kako bi dobili odgovore na pitanja, u istraživanju je korišćen standardizovani upitnik za procenu kognitivnih disfunkcija *Perceived deficits questionnaire (PDQ)*, koji je namenjen ispitanicima obolelim od multiple skleroze. PDQ se sastoji od 20 ajtema, koja su po strukturi podeljena na 4 subskele: subskala pažnja/koncentracija, subskala retrospektivne memorije, subskala potencijalne memorije i subskala planiranja/organizacije. Ovim upitnikom smo dobili jasan uvid o situacijama u koje se osoba susrela sa problemima pamćenja, pažnje ili koncentracije u protekle 4 nedelje. Varijable istraživanja podeljene su na pol, starosnu dob (ispitanici su vršili odabir jednu od tri ponuđene kategorije <20/30; 31-50; i 51 i više godina), forma bolesti (ispitanik bira jednu od formi bolesti koja mu je dijagnostikovana: benigni; relapsno remitentni; primarno progresivni; sekundarno progresivni; i progresivno relapsni), nivo kognitivnih disfunkcija (PDQ- ispitanici su odgovarali pojedinačno na postavljene tvrdnje kroz stepenovanje: 0- nikada, 1-retko, 2- ponekad, 3-često, 4-gotovo uvek).

Hipoteze istraživanja:

1. Veći nivo kognitivnih disfunkcija očekujemo kod ispitanika sa težom formom multiple skleroze
2. Veći nivo kognitivnih disfunkcija očekujemo kod ispitanika starije uzrasne dobi obolelih od multiple skleroze
3. Veći nivo kognitivnih disfunkcija očekujemo kod ispitanika ženskog pola obolelih od multiple skleroze

Cilj istraživanja bio je ispitati razlike u nivo kognitivnih disfunkcija obolelih od multiple skleroze u odnosu na formu bolesti, starosnu dob i pol ispitanika.

METOD

U uslovima globalne pandemije izazvane virusom Covid 19, istraživanje je sprovedeno online Google docs anketom. Upitnik je bio prosleđen korisnicima Udruženja obolelih od multiple skleroze, kao i različitim internet grupama: MULTIPLA SKLEROZA (MS) grupa podrške, MULTIPLA SKLEROZA SRBIJA, MULTIPLA SKLEROZA BOSNE I HERCEGOVINE, MULTIPLA SKLEROZA HRVATSKA, Multipla skleroza Balkan. Ispitanici su popunjavati upitnik samostalno. Prikupljeni podaci bili su anonimni i korišćeni za potrebe ovog istraživanja. U cilju prikupljanja socio-demografskih podataka, slobodno je konstruisan anketni list, koji je bio sačinjen od kategorija pol, starosna dob i odabir dijagnostikovane forme multiple skleroze. Takođe, u istraživanju je korišćen standardizovani upitnik za procenu kognitivnih disfunkcija Perceived deficits questionnaire (PDQ), sačinjen od četiri subskale. Svaka od pojedinačnih subskala može da ima skor od 0-20. Ukupan skor *Perceived deficits questionnaire* (PDQ) iznosi od 0-80 bodova. Veći skor na upitniku, predstavlja veći nivo kognitivnih disfunkcija kod ispitanika. Na nivou ukupne skale Perceived deficits questionnaire (PDQ), Kronbahovim α koeficijenom utvrđena je visoka pouzdanost ($\alpha = .95$). Kada je reč o pojedinačnim subskalama, utvrđena je dobra pouzdanost. Vrednost koeficijenta subskale pažnja/koncentracija ($\alpha = .86$), retrospektivna memorija ($\alpha = .84$), potencijalna memorija ($\alpha = .81$) i subskala planiranje/organizacija ($\alpha = .87$).

Uzorak istraživanja činilo je $N = 80$ ispitanika, od kojih je $N = 67$ ispitanika ženskog pola, obolelih od multiple skleroze. Ispitivani uzorak je podeljen prema starosnoj dobi na tri kategorije i to: ispitanici mlađe starosne dobi (<20 – 30 godina), činilo je $N = 11$ ispitanika, ispitanici srednje starosne dobi (31 – 50 godina) činilo je $N = 58$ ispitanika i starije starosne dobi (51 i više godina) svega $N = 11$ ispitanika. Kada je reč o formi multiple skleroze ispitivani uzorak je bio podeljen u pet kategorija: benigni tok bolesti bio je zastupljen kod $N = 7$ ispitanika, relapsno remitentni tok bolesti zastupljen kod $N = 55$ ispitanika, primarno progresivni tok bio prisutan kod $N = 8$ ispitanika, sekundarno progresivni tok bolesti imalo je $N = 9$ ispitanika i progresivno relapsni svega $N = 1$ ispitanik. U Tabeli 1 prikazana je detaljna distribucija uzorka.

Tabela 1. Distribucija uzorka u odnosu na osnovne demografske podatke

Varijabla		f	%
Pol	Muški	13	17.3
	Ženski	67	82.7
Starosna dob	<20 – 30	11	14.2
	31 – 50	58	71.6
	51 i više	11	14.2
Forma multiple skleroze	Benigni	7	8.6
	Relapsno remitentni	55	68.8
	Primarno progresivni	8	9.9
	Sekundarno progresivni	9	11.5
	Progresivno relapsni	1	1.2

Rezultati univarijantnog hi-kvadrata testa ukazuju da je uočena statistički značajna razlika frekvenci kategorija na varijabli pol ($\chi^2 = 36.45$, $df = 1$, $p < .001$), starosna dob ($\chi^2 = 55.22$, $df = 2$, $p < .001$) i forma multiple skleroze ($\chi^2 = 121.25$, $df = 4$, $p < .001$).

Na osnovu rezultata Šapiro-Vilk testa možemo reći da distribucija mera na PDQ skali statistički značajno odstupa od normalne raspodele ($W = .96$, $p = .034$). S obzirom da je nivo merenja na svakoj numeričkoj varijabli intervalan, a rezultati Šapiro-Vilk testa ukazuju da postoji statistički značajno odstupanje od normalne raspodele, pri obradi podataka vršen je odabir neparametrijskih statističkih testova. Testiranje razlika na relaciji forma multiple skleroze i nivo kognitivnih disfunkcija ispitanika vršena je Kraskal-Volisov testom. Takođe, primena istog testa vršena je na relaciji starosna dob ispitanika i nivo kognitivnih disfunkcija. Sa druge strane na relaciji pol i nivo kognitivnih disfunkcija vršeno je primenom Man-Vitni testa. U međusobnom poređenju subskala, korišćen je Vilkokson test ekvivalentnih parova.

REZULTATI I ZAKLJUČAK ISTRAŽIVANJA

Tabela 2. Opis numeričkih varijabli za ceo uzorak ($N = 80$)

	Empirijski raspon			
	Min	Max	Mdn	IQR
PDQ	2.00	74.00	34.22	18.10
Pažnja/koncentracija	0.00	20.00	9.67	4.90
Retrospektivna memorija	0.00	20.00	7.09	5.21
Potencijalna memorija	1.00	19.00	7.75	4.44
Planiranje/organizacija	0.00	20.00	9.72	5.22

PDQ-nivo kognitivnih disfunkcija

Tabela 3. Opis numeričkih varijabli prema polu, uzrastu i tipu multiple skleroze

		Empirijski raspon				
		N	Min	Max	Mdn	IQR
Nivo kognitivnih disfunkcija	M	13	12.00	61.00	35.00	26.00
	Ž	67	2.00	74.00	31.00	27.00
Nivo kognitivnih disfunkcija	ML	11	18.00	64.00	40.00	21.00
	SR	58	2.00	74.00	30.50	27.00
	ST	11	13.00	70.00	37.00	23.00
Nivo kognitivnih disfunkcija	BT	7	19.00	58.00	29.00	35.00
	RR	55	2.00	72.00	30.00	28.00
	PP	8	16.00	47.00	36.50	18.00
	SP	9	13.00	74.00	35.00	41.00
	PR	1	/	/	/	/

Napomena. M = muški pol; Ž = ženski pol; ML = <20-30 godina; SR = 31-50 godina; ST = 51 godina i više; BT = benigni; RR = relapsno remitentni; PP = primarno progresivni; SP = sekundarno progresivni; PR = progresivno relapsni

Rezultati Man Vitni testa ukazuju na to da ne postoji statistička značajnost između muškog i ženskog pola na celokupnoj PDQ skali ($U = 424.5, p > .05$). Na osnovu ovih rezultata možemo reći da se hipoteza tri odbacuje. Rezultati Kruskal-Volisa testa pokazuju da ne postoje statistički značajne razlike u nivou kognitivnih disfunkcija ispitanika sa multiplom sklerozom različite starosne dobi ($H = 3.60, df = 2, p > .05$). Ovim rezultatima hipoteza dva se odbacuje, jer nije utvrđena statistička značajnost u nivou kognitivnih disfunkcija kod ispitanika starije uzrasne dobi.

Rezultati Kruskal-Volisa testa ukazuju da, među ispitanicima sa različitim oblikom multiple skleroze, ne postoji statistički značajna razlika u nivou kognitivnih disfunkcija ($H = 4.82, df = 4, p > .05$). Na osnovu dobijenih rezultata, možemo reći da se hipoteza jedan odbacuje, pošto nije utvrđena statistička značajnost u nivou kognitivnih disfunkcija kod ispitanika sa težom formom multiple skleroze. Sa druge strane primenom Vilksosonovog testa ekvivalentnih parova, utvrđena je statistički značajna razlika između subskele pažnja/koncentracija i subskala retrospektivna memorija ($Z = 8.54, p < .001$), između subskele pažnja/koncentracija i subskala potencijalna memorija ($Z = 5.77, p < .001$), između subskele retrospektivna memorija i subskele potencijalna memorija ($Z = -2.13, p = .036$), između subskele retrospektivna memorija i subskele planiranje/organizacija ($Z = -6.13, p < .001$) kao i između subskele potencijalna memorija i subskala planiranje/organizacija ($Z = 4.65, p < .001$). Nije utvrđena statistički značajna razlika između subskele pažnja/koncentracija i subskala planiranje/organizacija ($Z = -.12, p > .05$).

LITERATURA

1. Bryan, J., & Luszcz, M. A. (2000). Measurement of executive function: Considerations for detecting adult age differences. *Journal of clinical and experimental neuropsychology*, 22(1), 40-55.
2. Dačković, J. R. (2016). Procena kognitivnog statusa kod bolesnika sa različitim kliničkim fenotipovima multiple skleroze (Doctoral dissertation, Univerzitet u Beogradu-Medicinski fakultet).
3. DeSousa, E. A., Albert, R. H., & Kalman, B. (2002). Cognitive impairments in multiple sclerosis: a review. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 17(1), 23-29.
4. Firth, D. (1948). The case of August D'Este. *Cambridge University. Cambridge University Press*, 34(7), 381-384.
5. Guimarães, J., Sá, M. J. (2012). Cognitive dysfunction in multiple sclerosis. *Frontiers in neurology*, 3, 74.
6. Ilić, D., Stefanović, S., Janković, S. (2011). Kvalitet života kod pacijenata sa multiple sklerozom. *Racionalna terapija*, 3(2), 1-6.
7. Julian L, Serafin D, Charvet L, Ackerson J, Benedict R. (2012). Cognitive Impairment Occurs in Children and Adolescents With Multiple Sclerosis Results From a United States Network. *Journal Child Neurology*; 28 (1):102-7.
8. Kryder, S.L. (2016). Speak for yourself. *The magazine of the National MS Society, Pennsylvania*.
9. Ostojić, S. B. (2017). Istraživanje kognitivnog funkcionisanja i psihosocijalnih aspekata kod dece i adolescenata obolelih od multiple skleroze (Doctoral dissertation, Univerzitet u Beogradu, Medicinski fakultet).
10. Pavlović, D. (2012). Neurologija. Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju, Beograd.
11. Rao, S. M., Leo, G. J., Bernardin, L., & Unverzagt, F. (1991). Cognitive dysfunction in multiple sclerosis.: I. Frequency, patterns, and prediction. *Neurology*, 41(5), 685-691.
12. Slavković, S. (2016). Uticaj kognitivnih i motoričkih sposobnosti na stepen socijalne participacije kod obolelih od multiple skleroze (Doctoral dissertation, Univerzitet u Novom Sadu, Medicinski fakultet).
13. Suknjaja, V. (2016). Povezanost vremena nastanka multiple skleroze sa karakteristikama kliničke slike, toka bolesti, nalazima nuklearne magnetne rezonance i likvora (Doctoral dissertation, Univerzitet u Novom Sadu, Medicinski fakultet).
14. Vranić, I. (2014). Ispitivanje motoričkih i kognitivnih funkcija kod pacijenata oboljelih od multiple skleroze. Diplomski rad, Sveučilište u Zadru, odjeljenje za psihologiju.

**PERCEPCIJA NIVOVA SOCIJALNE PODRŠKE OSOBA SA
MULTIPLIM SKLEROZOM**

**PERCEPTION OF THE LEVEL OF SOCIAL SUPPORT OF
PERSONS WITH MULTIPLE SCLEROSIS**

Cukić Živana, Stanisavljević Saša, Bujanja Ivana

Fakultetu za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju Univerziteta u Beogradu, Srbija

SAŽETAK

Multipla skleroza je hronično neurološko oboljenje koje ostavlja posledice u skoro svim domenima života obolelih. U zavisnosti od forme bolesti, te posledice mogu biti manje ili više uočljive.

Istraživanje je obavljeno sa ciljem utvrđivanja nivoa autopercipcije socijalne podrške obolelih od MS. Obzirom na trenutnu situaciju globalne pandemije, upitnik je postavljen online, a ispitanici ($N = 75$; žene 62) su odgovarali na pitanja preuzeta iz standardizovanog testa *MSQLI* koji se odnosi na ispitivanje autopercipcije socijalne podrške, *MSSS - Modified social support survey*. Pored osnovnih demografskih podataka (pol, uzrast i forma bolesti), *MSSS* se sastoji od 18 ajtema raspoređenih u četiri subskele kojim se izražava opipljiva, emocionalna, afektivna i podrška pozitivnih socijalnih interakcija. Dobijeni podaci obrađeni su neparametrijskom analizom, a rezultati su pokazali da ispitanici percipiraju visok nivo socijalne podrške na ukupnom skor, kao i na svim subskalama pojedinačno. Međutim, poređenjem rezultata subskala međusobno, uočena je statistička značajnost na relaciji opipljiva-afektivna podrška, pozitivne socijalne interakcije-emocionalna podrška i emocionalna-afektivna podrška.

Prilikom tumačenja rezultata, treba imati na umu da je najveći broj ispitanika dijagnostikovao sa blažom formom MS (relapsno remitentni oblik, $N = 52$), te se predlaže da se u budućnosti istraživanje ponovi ali na većem i reprezentativnijem uzorku.

Ključne reči: multipla skleroza, socijalna podrška, kvalitet života

ABSTRACT

Multiple sclerosis is a chronic neurological disease which outcomes affect almost all domains of life of patients. Depending on the form of the disease, these results can be more or less noticeable. The research was conducted with the aim of determining the level of self-perception of social support for patients with MS. Given the current situation of the global pandemic, the questionnaire was posted online, and respondents ($N = 75$; women 62) answered questions taken from the standardized *MSQLI* test related to the examination of self-perception of social support, *MSSS - Modified social support survey*. In addition to basic demographic data (gender, age, and form of the disease), the *MSSS* consists of 18 items arranged in four subscales that express tangible, emotional, affective, and support for positive social interactions. The obtained data were processed by non-parametric analysis, and the results showed that the respondents perceive a high level of social support on the overall score, as well as on all subscales individually. However, by comparing the results of the subscales with each other, statistical significance ($p < .001$) was observed in the relation tangible-affective support, positive social interactions-emotional support and emotional-affective support.

When interpreting the results, it should be considered that the largest number of subjects was diagnosed with a milder form of MS (relapsing-remitting form, $N = 52$), and it is suggested that the study should be repeated in the future but on a larger and more representative sample.

Key words: multiple sclerosis, social support, quality of life

UVOD

Hronične bolesti predstavljaju stanja koja se ne mogu otkloniti privremenim terapijama, kratkotrajnim tretmanima niti jednostavnim medicinskim zahvatima. Prema Matešić (2014), posledice koje hronične bolesti ostavljaju, njihovo dugotrajno delovanje na organizam kao i nepovratne patološke promene predstavljaju primarne karakteristike hronične bolesti, koje neminovno vode osobu ka nastanku invaliditeta. Hronične bolesti karakteriše takođe perzistentno, odnosno dugotrajno stanje. Multipla skleroza (MS) predstavlja hronično zapaljensko oboljenje koje se u najvećoj meri javlja kod mladih ljudi, u periodu osamostaljivanja, stvaranja porodice i karijere. Osnovna patofiziološka karakteristika MS je demijelinizacija (Tepavčević, Pekmezović i Drulović, 2009). Nedović, Rapaić, Odović, Potić i Milićević (2012), navode da ne postoji opšte prihvaćena definicija MS, ali da najopštiji opis daju Kompston i Kol (Compston & Coles, 2008), koji MS definišu kao stečeno hronično neurološko oboljenje centralnog nevrnog sistema, koje se manifestuje velikim brojem znakova i simptoma. Neophodno je napomenuti da svaka hronična bolest, bez obzira na tok i intenzitet, nakon nekog vremena, kod oboljelog dovodi do razvoja invaliditeta što neminovno utiče na kvalitet života i socijalne relacije obolelih. Shodno tome, važno je definisati šta invaliditet predstavlja.

Koncept invalidnosti je multidimenzionalni fenomen. Veliki broj definicija invalidnosti se bavi definisanjem onoga šta to ne predstavlja invalidnost, dok je manji broj definicija orijentisan opisu šta to invalidnost zaista predstavlja. U zakonima i drugim pravnim aktima, najčešće se pojam invalidnosti ne definiše, nego se objašnjava kroz definisanje pojma „invalidnih lica“. Sam model posmatranja invaliditeta se menjao tokom vremena. Defektološke nauke invalidnost posmatraju dublje, i zastupaju stav eklektičkog biopsihosocijalnog modela, koji obuhvata prethodna dva. Ovaj model podrazumeva da je invalidnost rezultat karakteristika osobe sa invaliditetom i sredine u kojoj živi, odnosno, način na koji osoba sa invaliditetom postupa u i prema društvu i obrnuto. Svetska zdravstvena organizacija se poslednjih nekoliko godina zalaže za biopsihosocijalni model invalidnosti, pokušavajući da integriše medicinski i socijalni model u jedan jedinstveni. Prema SZO (2001) biopsihosocijalni pristup invalidnosti podrazumeva sveobuhvatan pogled usmeren na zdravlje, socijalni i individualni aspekt ličnosti. Ovaj model promovise invalidnost u pozitivnom svetlu stavljajući akcenat na ono šta osoba sa invaliditetom može, a ne na ono što ne može. Ovaj model invalidnosti takođe olakšava definisanje i kreiranje strategija i planova u različitim stručnim oblastima (Nedović, i sar., 2012).

U literaturi postoje različita posmatranja i definisanja pojma kvaliteta života. Različiti autori nude različite dimenzije kvaliteta života, međutim, većina se slaže da je na prvom mestu najbitnije zdravlje pojedinca, odnosno telesno blagostanje. Prema tome, u radu je izdvojena opšte prihvaćena definicija zdravlja Svetske zdravstvene organizacije, i na osnovu nje izdvojeno šest osnovnih dimenzija koje opisuju kvalitet života. To su: telesno/fizičko blagostanje, okruženje, socijalne relacije, psihološko blagostanje, nivo nezavisnosti, veroispovest.

Na osnovu navedenih dimenzija koje nudi SZO, nameće se zaključak da su najbitniji faktori koji utiču na kvalitet života subjektivni i objektivni faktori, odnosno lični činioci i činioci okoline, kao i njihova interakcija. Takođe, važno je istaći da je pojam kvalitet života povezan sa zdravljem je daleko specifičniji, i ukazuje na to kako zdravlje subjekta može da utiče na kvalitet života generalno. Niz obavljenih istraživanja ukazuje da je zdravlje najznačajniji prediktor ličnog zadovoljstva iz kog dalje proističe sposobnost obolele osobe da podjednako učestvuje u društvu (Šušnjević, 2015).

Simptomi i znaci koji se javljaju kod stanja MS su raznovrsni. Primarno, simptomi koji se ispoljavaju zavise od lokalizacije primarne lezije, stepena oštećenja i drugih subjektivnih faktora. Ipak MS dominiraju oštećenja poput motornog, senzornog i vizuelnog deficita, potom zamor, kognitivni i psihijatrijski simptomi. U nekim slučajevima ovi simptomi mogu biti minimalni, te ih osoba ne može prepoznati i zbog toga ih zanemaruje. Ponekad su simptomi veoma izraženi, a u tom slučaju se MS može dijagnostikovati brzo, što rezultira pravovremenom primenom adekvatne terapije. MS se u zavisnosti na tok bolesti može podeliti na četiri grupe:

- benigni tok bolesti, kada se simptomi ispoljavaju u veliki vremenskim intervalima, ostavlja najmanje posledice na opštu sposobnost čoveka
- relapsno-remitentna MS (RRMS) koja je najčešće zastupljena među populacijom obolelih od MS, karakteriše se smenjivanjem faza pogoršanja i mirovanja bolesti, posle svakog pogoršanja ostaju neurološke posledice koje vremenom progrediraju
- primarno-progresivna forma MS se najčešće javlja posle 40te godine života obolelog, a glavna karakteristika je da bolest polako vremenom progredira bez faza naglog pogoršanja ili poboljšanja opšte funkcionalnosti subjekta
- progresivno-relapsna MS jeste najređa forma MS, u samom početku bolesti karakteriše se kao PPMS, koja od samog starta ima progresivne neurološke egzacerbacije, a kao posledicu ima potpunu invalidnost ili letalni ishod u narednih 5. godina (Nedović, i sar., 2012).

Slavković, Tošić i Golubović (2017), navode da na socijalno funkcionisanje osoba sa MS, u najvećoj meri utiče upravo progresivan tok bolesti i same posledice bolesti koje vremenom progrediraju, a čak 50-80% obolelih u narednih deset godina od postavljanja dijagnoze, ostaje bez posla usled ostvarivanja prava na invalidsku penziju. Jedna od osnovnih karakteristika osoba sa invaliditetom jeste nezaposlenost. Neza-

poslenost kao takva, izoluje osobu od društva i upućuje je na porodicu, te porodica izuzetno važan faktor u pružanju socijalne podrške. Procenat nezaposlenost osoba sa invaliditetom (OSI) varira od države do države, a iznosi od 18-82%. Različita istraživanja bavila su se problematikom dostupne i primenjene adekvatne socijalne podrške OSI, a rezultati su pokazali da adekvatna pružena socijalna podrška može značajno da redukuje progresiju bolesti i invaliditeta. Pridruženi poremećaji kod osoba sa MS su uglavnom glavni faktori koji utiču na funkcionalnu sposobnost osobe što se najviše uočava u socijalnom funkcionisanju obolelog. Psihijatrijski poremećaji se javljaju u velikom broju slučajeva, depresija u 80%, agitacija u 40%, anksioznost u 37%, i dr.

Važno je napomenuti da veliki broj obolelih od MS ima česte promene raspoloženja, a najčešći poremećaji psihe koji se javljaju su anksioznost i depresija. Mentalno zdravlje obolelih je značajno narušeno usled konzumacije neophodnih lekova koji utiču na tok spavanja i izazivaju česte promene raspoloženja. Pored navedenog, oboleli od MS često osećaju intenzivni strah nastao usled činjenice da ih bolest vodi ka nepovratnom stanju, invaliditetu. Taj osećaj da će zavisiti od drugoga, te biti nepokretan ili nesposoban za obavljanje drugih životnih aktivnosti, osobe obolele od MS gura ka anksioznosti, a kasnije i razvijanju depresivnog stanja. Izostanak podrške od članova porodice često je posledica nejasnog tumačenja potreba obolelog (Matešić, 2014). Važno je spomenuti da se adekvatna socijalna podrška može odraziti na zdravstveno stanje bolesnika. Naklonost, ljubav, razumevanje i podsticanje od strane porodice utiču na telesno i mentalno zdravlje, kognitivno i motoričko funkcionisanje, te deluje kao moderator kvaliteta života (Vuger-Kovačić, 2011). Takođe, važno je spomenuti, kod obolelih od MS javlja se i fenomen socijalne fobije (Časar Rovazdi, Vidović, Rendulić Slivar, Nježić, Kraml, Butković Soldo, 2018). "Socijalna fobija je anksiozni poremećaj kojeg karakterizira intenzivan strah u društvenim situacijama, pri čemu se osobe boje da će biti negativno procenjene." Svaka hronična bolest uzrokuje stres, a te znakove je važno pravovremeno prepoznati. Ovi znaci mogu biti emocionalni (hronična razdražljivost ili neraspoloženost, osećaj demoralizacije, stalna dosada, jaka anksioznost ili nemir); misaoni (stalna zabrinutost, rastresenost, pesimizam, neodlučnost); fizički (hladne ili znojave ruke, suva usta, glavobolja, lupanje srca, bolovi u želucu, mučnina, mišićni spazmi, slabost, nesanica ili preterana pospanost, brzo i plitko disanje), (Šendula-Jengiđ, Gušćić, 2012).

Costa, Sá & Calheiros (2012), izvršili su istraživanje sa ciljem utvrđivanja efekta socijalne podrške na kvalitet života kod pacijenata obolelih od MS. Uzorak je činilo 150 ispitanika. Autori su koristili *Medical Outcomes Study Social Support Survey* za ispitivanje socijalne podrške osoba sa MS, i *Health Status Questionnaire* da bi ispitali zdravstveno stanje ispitanika. Rezultati istraživanja su pokazali da je zdravstveni status ispitanika koji dobijaju viši nivo socijalne podrške bolji, te da je socijalna podrška važan prediktor sveobuhvatnog zdravlja osoba obolelih od MS. Do istog zaključka došla je i grupa autora (Krokavcova, Dijk, Nagyova, Rosenberger, Gavelova, Middel, Gdovinova,

Groothoff, 2008), koji su ispitivali značaj socijalne podrške na zdravstveni status obolelih od MS. U zaključnim razmatranjima, ovi autori navode da prisustvo socijalne podrške može značajno da poboljša zdravstveni status obolelih, a samim tim i poveća nivo kvaliteta života. Značaj socijalne podrške ogleda se i u nivou očuvanosti mentalnog i psihičkog zdravlja obolelih od MS. Mohr, Classen & Barrera (2004) su ispitivali na koji način nivo pružene podrške utiče na pojavu depresije kod obolelih od MS. Rezultati istraživanja su pokazali da postoji pozitivna korelacija među ispitivanim varijablama, i da su oni ispitanici koji su bili izloženi većem nivou pružene socijalne podrške pokazali poboljšanje u domenu psihičkog zdravlja, odnosno, smanjenju manifestacija depresivnog sindroma. Zengin, Erbay, Yildirim & Altındağ (2017) objavili su pilot studiju koja je imala za cilj ispita kvalitet života, suočavanje sa problemima i socijalnu podršku kod osoba sa MS. Studija je obuhvatila ukupno 214 ispitanika na teritoriji Istanbula, Snkare i Izmira, a veći deo uzorka činili su ispitanici ženskog pola (59,2%). Rezultati studije pokazali su da je većina ispitanika koja je primala socijalnu podršku od strane porodice i prijatelja, u toku lečenja, suočavanju sa dijagnozom i problemima, pokazala bolje funkcionisanje u društvenoj zajednici što je uticalo na statistički značajan veći nivo kvaliteta života u svim domenima, a posebno u domenu socijalnog funkcionisanja. Teorijski značaj socijalne podrške osobama sa MS poznat je odavno, međutim, čini se da se stvari u praktičnom smislu ipak nisu menjale. Gulick (1994) je izvršio istraživanje kojim je obuhvaćeno 200 ispitanika. Cilj istraživanja je bio da utvrdi poreklo, nivo i uticaj socijalne podrške (porodica, prijatelji, medicinski radnici) na kvalitet života svakodnevnice osoba oba pola obolelih od MS. Rezultati istraživanja su pokazali da najveći deo ispitanika prima najviši nivo socijalne podrške od porodice i prijatelja, međutim, žene su te koje lakše prepoznaju potrebu da pruže podršku obolelima, što dalje implicira da su ispitanici ženskog pola koje su u bračnoj zajednici primale manju podršku od supružnika u odnosu na ispitanike muškog pola. Rommer, Suhnel, Konig & Zettl (2016) obavili su istraživanje sa ciljem da utvrde ulogu socijalne podrške kod obolelih od MS na mehanizam suočavanja sa dijagnozom i problemima u socijalnom funkcionisanju. Istraživanjem je obuhvaćeno 243 ispitanika sa MS. Pored sociodemografskih varijabli, uzete su u obzir i sledeće varijable: nivo zdravstvenog oštećenja, prisustvo depresije, nivo primljene socijalne podrške i ponašanje obolelih od MS. Rezultati istraživanja su pokazali da najveću ulogu u suočavanju sa dijagnozom i problemima u socijalnom funkcionisanju imaju porodica i prijatelji obolelih, te da nivo pružene socijalne podrške značajno utiče na mehanizme suočavanja i ponašanje obolelog. Takođe, postoji pozitivna korelacija između nivoa pružene socijalne podrške i stepena depresije kod obolelih. Studija novijeg datuma ukazuje na značajnu povezanost socijalne podrške i mentalnog zdravlja, kvaliteta života i motoričkog funkcionisanja kod osoba obolelih od MS. Rezultati studije ukazuju na pozitivnu korelaciju u odnosu nivoa primljene socijalne podrške i mentalnog zdravlja, kvaliteta života i motoričkog funkcionisanja (Keever, Buyukturkoglu, Riley, Jager & Leavitt, 2021).

Rezultati prikazanih studija jasno navode značaj socijalne podrške osobama obolelim od MS. Iz toga, proističe potreba za kontinuiranim ispitivanjem i utvrđivanjem nivoa samoprocene socijalne podrške obolelih. Polazeći od ranije utvrđenih teorijskih premisa, cilj i zadatak ovog istraživanja jeste da ispita i utvrdi nivo samoprocene socijalne podrške obolelih od MS. Veliki broj istraživanja koja su se bavila ovom temom ističu da postoji značaj u pruženoj socijalnoj podršci od strane prijatelja i porodice osobama obolelim od MS. Koliko tačno podrške primaju osobe obolele od MS ispitivalo smo pomoću testa *Modified social support survey*. Nivo autopercepcije socijalne podrške obolelih je upravo i problem ovog istraživanja. Iz toga sledi da su zadaci istraživanja da utvrde postojanje razlike u nivou autopercepirane socijalne podrške podkategorija obolelih u odnosu na pol, uzrast i formu bolesti, ali i utvrđivanje razlika među nivoom percepirane podrške na subskalama testa. Pretpostavlja se da se nivo samoprocene socijalne podrške razlikuje kod ispitanika različitih kategorija, i to u odnosu na pol, starosnu dob i formu multiple skleroze.

METODOLOGIJA RADA

Opšti cilj istraživanja jeste ispitati nivo samoprocene socijalne podrške osoba obolelih od multiple skleroze u odnosu na postavljene kategorije ispitanika; specifični ciljevi jesu ispitati uticaj pola, starosne dobi i forme multiple skleroze na samoprocenu nivoa socijalne podrške. Takođe, nastojimo utvrditi da li postoji razlika u nivou percipirane podrške na subskalama testa.

Iz opšteg i specifičnih ciljeva proizilaze sledeće pretpostavke

- Pretpostavlja se da postoji razlika u nivou samoprocene primljene socijalne podrške između muškog i ženskog pola.
- Pretpostavlja se da postoji razlika u nivou samoprocene primljene socijalne podrške među različitim uzrasnim kategorijama.
- Pretpostavlja se da postoji razlika u nivou samoprocene primljene socijalne podrške među različitim kategorijama forme MS.
- Pretpostavlja se da postoji razlika između samoprocene različitih oblika socijalne podrške koje su ispitivane (opipljiva, emocionalna, afektivna i podrška pozitivnih socijalnih interakcija).

UZORAK U ISTRAŽIVANJU

Uzorak ($N = 75$) čine korisnici društvene mreže *Facebook* koji su ujedno članovi odabranih *Facebook grupa*: MULTIPLA SKLEROZA (MS) grupa podrške, MULTIPLA SKLEROZA SRBIJA, MULTIPLA SKLEROZA BOSNE I HERCEGOVINE, MULTIPLA SKLEROZA HRVATSKA, Multipla skleroza Balkan. Obzirom da je popunjavanje ankete online, pretpostavlja se da su istu popunili samo oboleli od MS, prema tome, uzorak

je neslučajan dobrovoljački. Ispitanici su podeljeni tri kategorije, što odgovara postavljanim hipotezama: u odnosu na pol (muški i ženski), u odnosu na starosnu dob (mlađa >30 godina, srednja 31-50, i starija grupa <51), i u odnosu na formu bolesti (benigni tok, relapsno remitentni, primarno progresivni, sekundarno progresivni i progresivno relapsni). Najzastupljenije kategorije ispitanika su osobe ženskog pola ($N = 62, 82,7\%$), kategorije ispitanika koje su srednje starosne dobi ($N = 53, 70,7\%$), i ispitanici koji boluju od relapsno remitentnog oblika MS ($N = 51, 68\%$).

Rezultati univarijantnog Hi-kvadrat testa su pokazali da postoji statistički značajna razlika u pogledu frekvenci kategorija na pojedinim kategoričkim varijablama, odnosno na varijabli uzrast i forma bolesti (Tabela 1.), i isto tako, prisutna je značajna povezanost na relaciji forma MS-uzrast (Tabela 2.).

Tabela 1. Prikaz rezultata univarijantnog χ^2 na kategoričkim varijablama

		χ^2	df	p
POL	Muško	8.64	1	.003
	Žensko			
UZRAST	<30	49.2	2	.000
	31-50			
	51<			
FORMA MS	Benigni tok	20.65	4	.000
	Relapsno remitentni			
	Primarno progresivni			
	Sekundarno progresivni			
	Progresivno relapsni			

Tabela 2. Prikaz kontingencije kategoričkih varijabli

Relacija	χ^2	df	p	rV
Forma MS x Pol	.79	4	.94	.10
Forma MS x Uzrast	15.48	8	.05	.32
Pol x Uzrast	3.93	2	.14	.29

INSTRUMENT ISTRAŽIVANJA

Podaci su prikupljeni pomoću dela modifikovanog standardizovanog mernog instrumenta MSQLI - Multiple sclerosis quality of life inventionary koji se odnosi na ispitivanje socijalne podrške - MSSS - Modified social support survey. Upitnik koji je postavljen ispitanicima je intervalnog merenja i sastoji se iz dva dela, prvi se odnosi na opšte demografske podatke ispitanika, kao što su pol, starost i forma bolesti, drugi

deo sačinjen je od 18 ajtema sadržanih u četiri subskele: subskala opipljive podrške (TAN), subskala emocionalne podrške (EMI), subskala afektivne podrške (AFF) i subskala pozitivnih socijalnih reakcija (POS). Ukupan skor upitnika kreće se od 0-100, dok se uputstva za izračunavanje sumarnog skora na subskalama i ukupnoj skali nalaze u prilogu teksta. Ajtemi koji su sadržani u drugom delu upitnika podrazumevaju pitanja koja se odnose na samoprocenu nivoa percipirane socijalne podrške ispitanika u poslednje 4 nedelje do trenutka popunjavanja upitnika. Ispitanici označavaju od 1-5 nivo percipirane socijalne podrške, pri čemu je 1- nijednog trenutka; 2-malo vremena; 3- neko vreme; 4- većinu vremena; 5- sve vreme. Upitnik su ispitanici popunjavali samostalno online, putem *Google docs* anketa. Prvi deo upitnika sadrži sledeće kategoričke podatke: pol, starosnu dob i formu bolesti. Drugi deo upitnika sadrži podatke o samoproceni nivoa primljene socijalne podrške, koje na osnovu krajnjih skorova svrstavamo u numeričke. Na nivou celokupne skale za ispitivanje percepcije socijalne podrške osoba obolelih od multiple skleroze (MMOS) detektovana je visoka pouzdanost instrumenta ($\alpha = .97$). Kako na skali u celini, tako i na pojedinačnim subskalama takođe je detektovana visoka pouzdanost instrumenta: TAN ($\alpha = .94$), EMI ($\alpha = .95$), AFF ($\alpha = .92$) i POS ($\alpha = .96$).

Varijable koje su obuhvaćene istraživanjem su kategoričke varijable pol, uzrast i forma MS. U okviru ove tri grupe, prisutne su podgrupe na osnovu kojih su ispitanici podeľjeni u različite kategorije. Kategorija pol sadrži dve podgrupe, muški i ženski pol. Kategorija uzrast sadrži tri podkategorije: mlađa grupa <30 godina, od 31-50 godina je grupa srednje starosne dobi, i stariji od 51 godine su starija grupa ispitanika. U okviru kategoričke varijable forma MS, ispitanici su označavali kojoj podkategoriji pripadaju: benigni tok, relapsno remitentni, primarno progresivni, sekundarno progresivni, progresivno relapsni. Numeričke varijable predstvaljaju, prema uputstvu originalnog ključa za ocenjivanje mernog instrumenta, transformisani ukupni skorovi subskala i ukupnog skora (TAN, EMI, AFF, POS i MSSS).

TEHNIKA PRIKUPLJANJA PODATAKA I OBRADA PODATAKA

Obzirom na trenutnu situaciju globalne pandemije izazvane virusom SaRS COV-2, anketa je postavljena na društvenoj mreži Facebook u Facebook grupama čiji je cilj okupljanje obolelih od multiple skleroze, međusobno pružanje podrške kao i razmena iskustava. Uzorak istraživanja ($N = 75$) je neslučajan dobrovoljački, a ispitanici su korisnici društvene mreže Facebook koji su ujedno članovi odabranih Facebook grupa: MULTIPLA SKLEROZA (MS) grupa podrške, MULTIPLA SKLEROZA SRBIJA, MULTIPLA SKLEROZA BOSNE I HERCEGOVINE, MULTIPLA SKLEROZA HRVATSKA, Multipla skleroza Balkan. Anketa je anonimna, a svi podaci su korišćeni samo u isključivo za potrebe ovog istraživanja.

Prikupljeni podaci obrađeni su u statističkom programu za obradu podataka SPSS 26. Prvi korak u obradi podataka je utvrđivanje ekstremnih vrednosti, prilikom čega je utvrđeno da nisu prisutni autlajeri, kako na celoj skali, tako ni na subskalama pojedinačno. Na nivou celokupne skale za ispitivanje percepcije socijalne podrške osoba obolelih od multiple skleroze (MMOS) pomoću Šapiro Vilka testa, detektovano je značajno odstupanje od modela normalne raspodele ($W = .93, p < .001$). Kako na skali u celini, tako i na pojedinačnim subskalama je takođe detektovano statistički značajno odstupanje od modela normalne raspodele: TAN ($W = .92, p < .000$), EMI ($W = .93, p < .001$), AFF ($W = .90, p < .000$) i konačno POS ($W = .91, p < .000$).

Obzirom da je instrument upotrebljen u istraživanju intervalnog tipa merenja, da je na svim subskalama i skali u celini utvrđeno odstupanje od normalne raspodele kao i da su varijanse na Levinovom testu približno jednake, podaci su obrađeni putem neparametrijske analize, odnosno primenom statističke analize za nezavisne uzorke-Mann Vitni test i Kruskal Volis test. Međusobno poređenje subskala izvršeno je pomoću Vilkoksonovog test zavisnih parova. Dalje u radu, rezultati su izveštavani tekstualno, dok su adekvatni deskriptori prikazani tabelarnim putem.

REZULTATI ISTRAŽIVANJA I ZAKLJUČAK

Tabela 3. Opis numeričkih varijabli za ceo uzorak (N = 151)

	N	Min	Max	Mdn	IQR
TAN	75	0.00	100.00	54.55	50.00
EMI	75	0.00	100.00	65.33	58.33
AFF	75	3.13	100.00	57.16	50.00
POS	75	0.00	93.75	57.58	53.31
MSSS	75	0.78	98.44	58.65	52.86

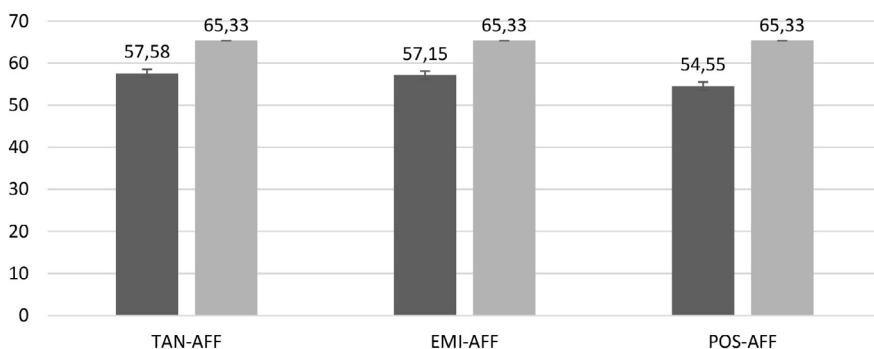
Tabela 4. Opis numeričkih varijabli prema kategorijama ispitanika

		N	Min	Maks	Mdn	IQR
MSSS	M	13	18.23	96.90	57.81	61.59
	Ž	62	0.78	98.44	61.06	48.37
MSSS	<20-30	10	12.76	96.88	57.16	46.61
	31-50	53	0.78	98.44	62.50	46.35
	>51	12	7.81	91.41	54.94	68.82
MSSS	BT	6	17.97	57.1	33.59	33.20
	RR	51	0.78	98.44	69.01	47.14
	PP	8	22.40	89.06	67.68	55.92
	SP	9	7.81	91.41	53.64	39.19
	PR	1	/	/	/	/

*M muški pol, Ž ženski pol; BT benigni tok, RR relapsno remitentni, PP primarno progresivni, SP sekundarno progresivni, PR progresivno relapsni

Rezultati Man Vitni testa ukazuju da ne postoji statistička značajnost kada je reč o samoproceni primljene socijalne podrške u kategoriji pol, te da i muškarci i žene podjednako doživljavaju stepen primljene socijalne podrške ($U = 389.50, p > .05, df = 1$). Primenom Kruskal Volis statističke analize, testirane su kategorije uzrast ($H = 0.71, p > .05, df = 2$) i forma bolesti ($H = 5.11, p > 0.5, df = 4$), pri čemu su dobijeni rezultati koji ukazuju da ne postoji statistički značajna razika ni u ovim kategorijama.

Testiranje postignutih korov na subskalammedusbono izvršeno je pomću Vilkokso-novog testa ekvivalentnih parova. Rezultati ove analize ukazali su da potoji statitička značajnost na relacijama TAN-AFF $Z = 3.47, p < .001$; EMI-AFF $Z = 3.29, p < .001$, POS-AFF $Z = -3.35, p < .001$ (Grafikon 1.)



Grafikon 1. Distribucija zbirova postignutih na subskalama na kojima je utvrđena statistička značajnost

Pretpostavka da postoji povezanost u samoproceni primljene socijalne podrške između podgrupa u okviru kategorije pol se odbacuju na nivou $p < .05$. Rezultati neparametrijske analize ukazuju da nije utvrđena statistički značajna razlika u samoproceni primljene socijalne podrške između muškaraca i žena. Ove rezultate možemo objasniti malim brojem muškaraca uključenih u istraživački postupak.

Rezultati statističke obrade ukazuju da ne postoji značajnost kada je u pitanju ispitivanje autopercepcije socijalne podrške među različitim uzrasnim kategorijama. Prema ovim rezultatima, ispitanici mlađe, srednje i starije uzrasne grupe iskazuju podjednak rezultat, te možemo reći da svi na visokom nivou samoprocenjuju primljenu socijalnu podršku.

Kada je reč o rezultatima ispitivanja o uticaju forme bolesti na samoprocenu socijalne podrške, nije uočena statistička značajnost na subskalama koje mere opipljivu, emocionalnu, afektivnu i podršku pozitivnih socijalnih interakcija, kao i na skali u celini. Nisu pronađeni podaci o istraživanjima koja su se bavila ispitivanjem uticaja forme bolesti na nivo primljene socijalne podrške.

Castro et al. (2011) u svojoj studiji o ispitivanju efekta socijalne podrške na kvalitet života obolelih od MS navode da u odnosu na pol, ne postoje statistički značajne razlike između muškaraca i žena, međutim, kada je reč o uzrastu ispitanika, postoje statistički značajne razlike u nivou samoprocene nivoa primljene socijalne podrške. Gulick (1994) navodi da pol i bračni status mogu biti faktori koji utiču na nivo samoprocene socijalne podrške, međutim, ne postoje adekvatno sprovedene studije o ovoj pojavi. Kao jedan od problema u poređenju rezultata nameće se postojanje velikog broja različitih upitnika koji ispituju nivo primljene socijalne podrške, te je teško pronaći i uporediti rezultate na nivou subskala.

Rezultati ovog istraživanja ukazuju da pol, uzrast i forma bolesti ne utiču na samoprocenu nivoa primljene socijalne podrške. Međutim, posmatrajući posledice koje teže forme MS ostavljaju na zdravlje obolelih, smatramo da bi istraživanje trebalo ponoviti na ujednačenom uzorku prema tipu MS. Ovo istraživanje je uključilo najveći broj ispitanika sa blažom formom MS, pri čemu su i očekivani dobijeni rezultati. Kako i većina istraživača navodi, veći stepen invaliditeta utiče na smanjenje kvaliteta života, što dalje implicira da je i nivo socijalne podrške, konsekvntno, manji. Veliki broj istraživača se bavio pitanjem uticaja socijalne podrške na mentalno zdravlje obolelih, te se sugerise da se u budućnosti istraživanje ponovi sa pridruženom skalom *Mental Health Status Examination* na većem uzorku reprezentativnijeg karaktera.

Drugi deo našeg istraživanja koji se bavio ispitivanjem različite socijalne podrške, koja se meri ovim testom, ima interesantne rezultate. Prikazani rezultati ukazuju na postojanje statističke značajnosti na tri relacije, i to u međusobnom odnosu subskala TAN-AFF, POS-AFF i EMI-AFF. U odnosu na dobijene rezultate, možemo izvesti zaključak da ispitanici smatraju da, nezavisno od pola, uzrasta ili forme MS, primaju manje konkretne (opipljive) i emocionalne podrške u odnosu na afektivnu podršku (pružanje ljubavi). Takođe, ispitanici smatraju da ostvaruju manje pozitivnih socijalnih interakcija sa ljudima iz svoje okoline u odnosu na stepen primljene afektivne podrške. Pregledom dostupne literature radi poređenja rezultata istraživanja, možemo zaključiti da se mali broj autora bavio ovim pitanjem.

Prilikom tumačenja rezultata, treba imati na umu da je najveći broj ispitanika dijagnostikovao sa blažom formom MS (relapsno remitentni oblik, $N = 52$), te se predlaže da se u budućnosti istraživanje ponovi ali na većem i reprezentativnijem uzorku.

LITERATURA

1. Vuger – Kovačić, D. (2011). *Kvaliteta života osoba oboljelih od multiple skleroze*. U: Vuletić, G. (Ur). *Kvaliteta života i zdravlje, 190 – 201*. Osijek: Filozofski fakultet Sveučilišta u Osijeku.
2. Časar Rovazdi, M., Vidović, V., Rendulić Slivar, S., Nježić, B., Kraml, O., Butković Soldo, S. (2018). *Socijalna fobija kod oboljelih od multiple skleroze*. *Medicinski vjesnik* 50(1): 32.
3. Costa, D. C., Sá, M. J., Calheiros, J. M. (2012). *The effect of social support on the quality of life of patients with multiple sclerosis*. *Arq Neuropsiquiatr.* 70(2):108-13.
4. Gulick, E., E. (1994). *Social support among persons with multiple sclerosis*. *Nursing & Health* 17: 195-206.
5. Kever, A., Buyukturkoglu, K., Riley, C. S., Jager, P. D., Leavitt, M. V. (2021). *Social support is linked to mental health, quality of life, and motor function in multiple sclerosis*. *Journal Neurologica.* 268: 1827-1836
6. Kisić Tepavčević, D., Pekmezović, T., Drulović, J. (2009). *Ispitivanje kvaliteta života bolesnika sa multiplom sklerozom*. *Vojnosanitetski preglad* 66(8): 645–650.
7. Krokavcova, M., Dijk, J. P., Nagyova, I., Rosenberger, J., Gavelova, M., Middel, B., Gdovinova, Z., Groothoff, J. W. (2008). *Social support as predictor of perceived health status in patient with multiple sclerosis*. *Patient Education and Counseling* 73: 159–165.
8. Matešić, I. (2014). *Kvaliteta života i multipla skleroza. Završni rad*. Sveučilište J. J. Strossmayera. Filozofski fakultet, Osijek.
9. Mohr, D. C, Classen, C., Barrera, M. (2004). *The relationship between social support, depression and treatment for depression in people with multiple sclerosis*. *Psychological Medicine* 34: 533–541.
10. Nedović, G., Rapaić, D., Odović, G., Potić, S., Miličević, M. (2012). *Socijalna participacija osoba sa invaliditetom*. Beograd: Društvo defektologa Srbije.
11. Rommer, P. S., Sühnel, A., König, N., Zettl, U.-K. (2016). *Coping with multiple sclerosis-the role of social support*. *Acta neurologica scandinavica* 00: 1–6.
12. Slavković, S., Tošić, M., Golubović, Š. (2017). *Faktori koji utiču na socijalno funkcionisanje obolelih od multiple skleroze*. *Timočki medicinski glasnik* 42(4): 209-216.
13. Šendula-Jengiđ, V., Guščić, I. (2012). *Multipla skleroza – od psihotraume do oporavka*. *Med Vjesn* 44(1-4): 103-110.
14. Šušnjević, S. (2015). *Kvalitet života odraslih osoba sa motornim invaliditetom na teritoriji Vojvodine*. *Doktorska disertacija*. Medicinski fakultet. Novi Sad.
15. Zengin, O., Erbay, E., Yildirim, B., Altındağ, Ö. (2017). *Quality of life, coping, and social support in patients with multiple sclerosis: a pilot study*. *Turk. J Neurol.* 23: 211-218.
16. Pristupljeno: [https://sr.wikipedia.org/sr-ec/Hroni%C4%8Dan_\(medicina\)](https://sr.wikipedia.org/sr-ec/Hroni%C4%8Dan_(medicina))
17. Pristupljeno: <http://www.istrazime.com/klinicka-psihologija/socijalna-fobija/>

**PRISTUPAČNOST USLUGA SPECIJALNIH EDUKATORA I
REHABILITATORA ZA VRIJEME PANDEMIJE COVID-19 IZ
PERSPEKTIVE RODITELJA**

**ACCESSIBILITY OF SERVICES OF SPECIAL EDUCATORS
AND REHABILITATORS DURING THE COVID-19
PANDEMIC FROM THE PERSPECTIVE OF PARENTS**

Ćalasan Slađana, Mastilo Bojana, Vuković Bojana, Zečević Ivana
Medicinski fakultet u Foči, Univerzitet u Istočnom Sarajevu, Bosna i Hercegovina

SAŽETAK

Jedan od problema sa kojima su se suočila djeca sa smetnjama u razvoju i njihovi roditelji tokom pandemije uzrokovane virusom Covid-19 bio je zatvaranje ustanova u okviru kojih su specijalni edukatori i rehabilitatori direktno pružali svoje usluge. Cilj rada je sagledavanje ovog problema iz perspektive roditelja djece sa smetnjama u razvoju. Istraživanje je provedeno on-line putem, upitnikom izrađenim u programu Google Forms. Upitnik je popunilo 115 informanata, 95 majki (87,2%), 13 očeva (11,9%) i 2 staratelja djece (1,8%). Uzorak je činilo 41 dijete uzrasta od rođenja do sedam godina (36,9%), 48 djece od sedam do 13 godina (43,2%), devetoro djece od 14 do 21 godine (8,1%) i 15 starijih od 21 godine (13,6%). Podaci su prikupljeni tokom februara i marta mjeseca 2021. godine. Rezultati naše deskriptivne studije pokazali su da je prije pandemije 88,1% djece sa smetnjama u razvoju bilo korisnik usluga specijalne edukacije i rehabilitacije, najčešće jedan do dva puta sedmično (56,4%), u trajanju od 30 do 60 minuta (68,6%). Kao glavni razlog nepružanja ovih usluga tokom pandemije COVID-19 roditelji navode zatvaranje ustanova i izricanje mjera izolacije djetetu (23,5%) ili terapeutu (20%). Nemogućnost pružanja usluga roditelji su najčešće prevazilazili radom sa djetetom po uputama terapeuta (61,9%) ili korišćenjem on-line platformi (teleterapija) (28,9%). Novi način korišćenja usluga većini roditelja nije oduzimao više vremena (64,2%), novčanih sredstava (77,8%) niti uticao na izvršavanje njihovih poslovnih obaveza (66,7%). Nemogućnost direktnog pružanja usluga specijalne edukacije i rehabilitacije prevaziđena je uvođenjem novih oblika podrške roditeljima u vidu njihovog savjetovanja za rad sa djecom po uputama terapeuta i kreiranjem on-line platformi (teleterapijom).

Ključne riječi: COVID-19, djeca sa smetnjama u razvoju, usluge specijalnih edukatora i rehabilitatora

ABSTRACT

One of the problems faced by children with disabilities and their parents as well during the Covid-19 virus pandemic was the closure of facilities where special educators and rehabilitators provided their services directly. The aim of this paper is to perceive this problem from the perspective of parents of children with disabilities. The research was conducted online, using a questionnaire developed in Google Forms. The questionnaire was completed by 115 informants, 95 mothers (87.2%), 13 fathers (11.9%) and two custodian of children (1.8%). The sample consisted of 41 children aged from birth to seven years (36.9%), 48 children from seven to 13 years (43.2%), nine children from 14 to 21 years (8.1%) and 15 older than 21 year (13.6%). Data were collected during February and March 2021. The results of our descriptive study showed that before the pandemic, 88.1% of children with disabilities were users

of special education and rehabilitation services, most often once or twice a week (56.4%), for 30 to 60 minutes. As the main reason for not providing these services during the COVID-19 pandemic, parents state the closure of institutions and the imposition of isolation measures on the child (23.5%) or the therapist (20%). The inability to provide services was most often overcome by parents working with the child on the instructions of a therapist (61.9%) or using an online platform, the so-called teletherapy (28.9%). The new way of using services did not take more parenting time (64.2%), money (77.8%) or affect the fulfillment of their business obligations (66.7%). The impossibility of providing special education and rehabilitation services directly has been overcome by introducing new forms of support to parents in the form of their counseling for working with children according to the therapist's instructions and creating an online platform (teletherapy).

Key words: COVID-19, children with disabilities, services of special educators and rehabilitators

UVOD

Prilikom uvođenja karantinskih mjera nisu uzete u obzir potrebe ranjivih osoba i onih koji su već bili u nepovoljnom položaju, tako da su uvedene mjere nesrazmjerno pogodile određene grupe stanovništva (Organization for Security and Co-operation in Europe, 2020). Mjere kao što su zatvaranje škola i ograničavanje kretanja, remete ustaljeni život djece i društvenu podršku, a istovremeno izlažu dodatnom stresu roditelje i osobe koje se brinu o djeci jer moraju pronaći druge mogućnosti za brigu o njima ili se odreći odlaska na posao (The Alliance for Child Protection in Humanitarian Action, Technical Note: Protection of Children during the Coronavirus Pandemic, Version 1, March 2019).

Najčešći negativni aspekti pandemije COVID-19 su ograničene aktivnosti i socijalni kontakti (Murray, McKenzie, Martin, & Murray, 2021). Takođe je jasno da se određene društvene grupe, osim neposredne ugroženosti mogućom infekcijom, suočavaju i sa posebnim izazovima organizacije života u okolnostima ograničenog kretanja (Glumbić & Đorđević, 2020). Posebno su u teškoj poziciji djeca sa smetnjama u razvoju. Prestanak rada dnevnih boravaka i vrtića otvorio je problem staranja o djeci čiji su roditelji radno angažovani, a zbog prirode posla nije im omogućen rad od kuće (Pajvančić, Petrušić, Nikolin, Vladislavljević, & Baćanović, 2020). Kada su u pitanju djeca osnovnoškolskog uzrasta, zatvaranje škola i nastava na daljinu nisu praćene posebnim mjerama koje bi omogućile da djeca sa smetnjama u razvoju mogu da prate onlajn nastavu, odnosno da se obrazuju po individualnom obrazovnom planu, uz odgovarajuću pedagošku podršku (Pajvančić i sar., 2020). Poseban problem predstavlja i zatvaranje ustanova u okviru kojih su specijalni edukatori i rehabilitatori direktno pružali svoje usluge. Ovo je dovelo do pronalaženja novih načina rada sa djecom sa

smetnjama u razvoju, koji bi mogli zamijeniti dotadašnji neposredan tretman. Roditelji su najčešće prevazilazili nemogućnost pružanja direktnih usluga specijalnih edukatora i rehabilitatora komunicirajući sa njima putem on-line platformi (teleterapija). Postavlja se pitanje da li je novi način pružanja usluga specijalne edukacije i rehabilitacije uticao na kvalitet i kvantitet istih. Cilj rada je sagledavanje ovog problema iz perspektive roditelja djece sa smetnjama u razvoju.

METODOLOGIJA

Uzorak

Upitnik je popunilo 115 informanata, 95 majki (87,2%), 13 očeva (11,9%) i 2 staratelja djece (1,8%). Uzorak je činilo 41 dijete uzrasta od rođenja do sedam godina (36,9%), 48 djece od sedam do 13 godina (43,2%), devetoro djece od 14 do 21 godine (8,1%) i 15 starijih od 21 godine (13,6%).

Mjesto i vrijeme istraživanja

Podaci su prikupljeni tokom februara i marta mjeseca 2021. godine.

Instrument

Za potrebe istraživanja kreiran je upitnik u programu *Google Forms*. Upitnik je zatvorenog tipa, sastoji se iz tri dijela koji sadrže ukupno 27 pitanja. Prvi dio upitnika sastoji se od šest pitanja (6) o sociodemografskim karakteristikama ispitanika (mjesto stanovanja, pol, kalendarski i školski uzrast, tip ometenosti djeteta). Drugi dio upitnika (8) odnosi se na kvalitet i kvantitet usluga specijalnih edukatora i rehabilitatora (da li je dijete bilo korisnik usluga, koliko često i dugo na sedmičnom nivou je trajao tretman, da li je roditelj/staratelj bio zadovoljan kvalitetom tih usluga, te da li je dijete bilo korisnik više različitih usluga specijalne edukacije i rehabilitacije). Posljednji, treći dio upitnika (13) sadrži ista pitanja kao i drugi dio, ali se odgovori roditelja odnose na vremenski period tokom pandemije uzrokovane virusom Covid-19. U ovom dijelu roditelji/staratelji takođe su dali i odgovore na pitanja o razlozima odlaganja ili nepružanja usluga specijalne edukacije i rehabilitacije za vrijeme pandemije, kako su prevazišli tu nemogućnost, i da li im je novi način obezbjeđivanja usluga specijalne edukacije i rehabilitacije oduzimao više novca i vremena ili uticao na izvršavanje njihovih poslovnih obaveza.

Procedure istraživanja

Istraživanje je provedeno *on-line* putem. Za upitnik je generisana posebna poveznica koja je prosljeđena na mail adrese različitih udruženja za djecu sa smetnjama u razvoju. Zaposlenici ovih udruženja prosljedili su upitnik roditeljima djece koja su korisnici njihovih usluga.

REZULTATI

Najveći broj djece u našem uzorku je sa govorno-jezičkim smetnjama (54,6%), zatim sa intelektualnom ometenošću (16,7%), 13% djece ima poremećaje iz spektra autizma, 10,2% motorička oštećenja (cerebralna paraliza, tjelesna invalidnost), a najmanji je broj djece sa senzornim oštećenjima (oštećenje vida, sluha) (5,5%).

Rezultati naše deskriptivne studije pokazali su da je prije pandemije uzrokovane virusom Covid-19 88,1% djece sa smetnjama u razvoju bilo korisnik usluga specijalne edukacije i rehabilitacije, najčešće jedan do dva puta sedmično (56,4%), u trajanju od 30 do 60 minuta (68,6%). Procenat djece koja nisu bila uključena u bilo kakav vid tretmana iznosi 11,9%. Veoma visok procenat roditelja izrazio je svoje zadovoljstvo kvalitetom usluga specijalne edukacije i rehabilitacije koje je dobijalo njihovo dijete (95,1%). Roditelji su naveli da je 55,3% djece bilo korisnik jedne, a 45,6% više različitih usluga specijalne edukacije i rehabilitacije, pri čemu su to najčešće bile usluge logopeda (73,8%). Usluge specijalne edukacije i rehabilitacije djeca su najčešće dobijala pri udruženjima za djecu sa posebnim potrebama (54,9%) i vrtiću/školi (36,3%). 65% roditelja moralo je biti uključeno u tretman, u smislu da je po uputama terapeuta radilo dodatno sa djetetom u kućnim uslovima, dok je 35% roditelja samo imalo obavezu da dovodi dijete na tretman.

Kada je u pitanju stanje tokom pandemije izazvane COVID-19, neočekivano visok procenat roditelja navodi da je njihovo dijete i u novonastalim uslovima korisnik usluga specijalne edukacije i rehabilitacije (86,4%), najčešće jedan do dva puta sedmično (61,8%), u trajanju od 30-60 minuta (71,8%). I dalje su roditelji u veoma visokom procentu zadovoljni kvalitetom pružanih usluga specijalne edukacije i rehabilitacije (96,1%). 63,1% djece nastavilo je da prima jednu, a 36,9% djece više različitih usluga. Logopedске usluge i u stanju pandemije ostaju najčešći tip usluga koje dijete prima (73,1%). Kao glavni razlog nepružanja usluga specijalne edukacije i rehabilitacije tokom pandemije COVID-19 roditelji navode zatvaranje ustanova (71,8%) ili izricanje mjera izolacije djetetu (23,5%) ili terapeutu (20%). Bolest izazvana COVIDOM-19 dovela je do nemogućnosti pružanja usluga od strane terapeuta (12,9%) ili nemogućnosti primanja istih od strane djeteta (9,4%).

Od posebnog su nam značaja bili odgovori roditelji kako i na koji način su prevazišli nemogućnost pružanja usluga specijalne edukacije i rehabilitacije. Najveći broj roditelja nastavio je da radi sa djetetom po uputama terapeuta u kućnim uslovima (61,9%). Terapeut je pratio dijete korišćenjem online platformi (teleterapijom) i na taj način obavljao tretman (28,9%). 8,2% roditelja bilo je primorano da angažuje privatnog terapeuta a isti procenat roditelja nije uspio da pronađe odgovarajuću alternativu tokom pandemije izazvane virusom COVID-19. Rezultati naše studije pokazali su da je većina specijalnih edukatora i rehabilitatora prevazišla nemogućnost direktnog pružanja usluga uvođenjem novih oblika rada koji su najčešće podrazumijevali savjetovanje roditelja za rad sa djecom u kućnim uslovima i kreiranje on-line platformi (teleterapiju).

Zanimljivi su podaci da novi način korišćenja usluga većini roditelja nije oduzimao više novčanih sredstava (77,8%), vremena (64,2%), niti uticao na izvršavanje njihovih poslovnih obaveza (66,7%). Ipak, postotak roditelja kod kojih je drugačiji način obezbijevanja usluga specijalne edukacije i rehabilitacije tokom pandemije ipak ostvario negativan uticaj na njihovo novčana sredstva (22,2%), slobodno vrijeme (35,8%) ili izvršavanje poslovnih obaveza (33,3%) nije zanemarljiv. Postoji veliki broj razumnih objašnjenja i za jedne i za druge rezultate. Naime, rad sa djetetom u kućnim uslovima uglavnom nije povećao novčane izdatke iz prostog razloga što je roditelj u ovoj situaciji bio pošteđen ili troškova prevoza kako bi dijete odveo na tretman, ili izostajanja sa posla (uzimanja neplaćenog odsustva) kako bi brinuo o djetetu. Moramo napomenuti da se navedeno prvenstveno odnosi na roditelje koji su tokom pandemije mogli da obavljaju svoj posao od kuće. Ovi roditelji takođe nisu plaćali usluge čuvanja djeteta drugoj osobi ili ustanovi. U potpuno drugačijoj situaciji našli su se roditelji kojima zbog prirode posla nije omogućen rad od kuće. Oni su bili primorani pronaći i plaćati osobu koja će brinuti o njihovom djetetu, uzeti neplaćeno odsustvo ili dati otkaz, što je u svim slučajevima značilo pojačane troškove ili smanjenje prihoda. Kada je u pitanju slobodno vrijeme roditelja, pandemija je uglavnom ostvarila negativan uticaj. Naime, u uslovima prije pandemije, dok je dijete boravilo kod terapeuta gdje je primalo usluge neposrednog tretmana, roditelji su mogli da obavljaju neke privatne ili poslovne obaveze, ili iskoriste to vrijeme za odmor. U uslovima pandemije, pak, rad sa djetetom po uputama terapeuta zahtijeva stalno prisustvo roditelja i njihov cjelokupni angažman. Novi način korišćenja usluga specijalne edukacije i rehabilitacije nije uticao na izvršavanje poslovnih obaveza roditelja ukoliko su oni mogli da rade od kuće. Ovi roditelji su uglavnom uspijevali da se organizuju na način da ne trpe ni njihove poslovne obaveze, niti rad sa djetetom po uputama terapeuta u kućnim uslovima. Potpuno drugu krajnost predstavljaju roditelji koji nisu mogli obavljati posao od kuće, a koji su usljed navedenih razloga, nemogućnosti istovremenog izvršavanja poslovnih obaveza i brige o djetetu, najčešće bili primorani uzeti neplaćeno odsustvo ili čak i dati otkaz.

ZAKLJUČAK

Nemogućnost direktnog pružanja usluga specijalne edukacije i rehabilitacije prevaziđena je uvođenjem novih oblika podrške roditeljima u vidu njihovog savjetovanja za rad sa djecom po uputama terapeuta i kreiranjem on-line platformi (teleterapijom). Veliki broj specijalnih edukatora i rehabilitatora razvio je kreativna rešenja koja su omogućila pružanje njihovih usluga uprkos ograničenjima izazvanim COVID-19. Usluge specijalne edukacije i rehabilitacije tokom pandemije, iz perspektive roditelja djece sa smetnjama u razvoju, uglavnom nisu izgubile na svom kvantitetu i kvalitetu.

LITERATURA

1. Alijansa za zaštitu djece u humanitarnim aktivnostima, Tehnička informacija: Zaštita djece za vrijeme pandemije koronavirusa, verzija 1, mart 2019 (The Alliance for Child Protection in Humanitarian Action, Technical Note: Protection of Children during the Coronavirus Pandemic, Version 1, March 2019)
2. Glumbić, N., & Đorđević, M. (2020). On-line podrška osobama s autizmom, njihovim porodicama i terapeutima tokom vanrednog stanja. *Specijalna edukacija i rehabilitacija*, 19(1), 59–70.
3. Murray, G. C., McKenzie, K., Martin, R., & Murray, A. (2021). The impact of COVID-19 restrictions in the United Kingdom on the positive behavioural support of people with an intellectual disability. *British Journal of Learning Disabilities*, 1–7.
4. Odgovor na krizu uzrokovanu pandemijom COVID-19: analiza iz perspektive ljudskih prava i rodne ravnopravnosti (2020). Organization for Security and Co-operation in Europe. <https://www.osce.org/bs/mission-to-bosnia-and-herzegovina/470658> (pristupljeno 21. III 2021).
5. Pajvančić, M., Petrušić, N, Nikolin, S, Vladislavljević, A, Baćanović, V. (2020). Rodna analiza odgovora na COVID-19 u Republici Srbiji. *Misija OEBS-a u Srbiji i Ženska platforma za razvoj Srbije 2014–2020*.

**DJECA SA KOHLEARNIM IMPLANTATOM U
INKLUZIVNOM OBRAZOVANJU**

**CHILDREN WITH COCHLEAR IMPLANTS IN INCLUSIVE
EDUCATION**

Dramalija Merima

Univerzitet u Sarajevu, Pedagoški fakultet, Bosna i Hercegovina

SAŽETAK

Čulo sluha uz ostala čula omogućava da percipiramo svijet oko sebe. U slučaju da je osoba rođena sa oštećenjem sluha ili je oštećenje nastupilo u ranom razvoju, doživljaj vanjskih podražaja i slika o svijetu koji nas okružuje neće biti potpuna. Napretkom medicine i usavršavanjem tehnologije, omogućeno je osobama oštećena sluha da čuju uz pomoć slušnih pomagala. Slušno pomagalo koje u velikoj mjeri olakšava život osobama oštećenog sluha i omogućava im kvalitetnije slušanje i razumijevanje onoga što čuju je kohlearni implantat. Djeci sa ugrađenim kohlearnim implantatom neophodna je podrška u vidu rehabilitaciono – korektivnih tretmana slušanja i govora, ova djeca zahtijevaju poseban način komunikacije kao i prilagođavanje pristupa u radu u inkluzivnim školama. Uključivanje djece sa kohlearnim implantatom u redovne škole predstavlja izazov svima koji su uključeni u odgojno – obrazovni proces zbog specifičnog načina komunikacije. Djeci sa kohlearnim implantatom u redovnoj školi potrebno je omogućiti kontinuiranu podršku kroz cjelokupno obrazovanje kako u osnovnoj tako i u srednjoj školi.

Cilj ovog rada je da se obrazlože pristupi u radu sa djecom sa kohlearnim implantatom u redovnoj školi koji će omogućiti nastavnicima da na što kvalitetniji i efikasniji način doprinesu edukaciji, komunikaciji i socijalizaciji djece sa kohlearnim implantatom.

Ključne riječi: kohlearni implantat, inkluzivno obrazovanje, redovne škole, djeca sa kohlearnim implantatom

ABSTRACT

The sense of hearing along with other senses allows us to perceive the world around us. In the event that a person is born with a hearing impairment or the impairment occurred in early development, the experience of external stimuli and images of the world around us will not be complete. With the advancement of medicine and the improvement of technology, people with hearing impairments have been able to hear with the help of hearing aids. A hearing aid that greatly facilitates the lives of people with hearing impairments and enables them to hear better and understand what they hear is a cochlear implant. Children with implanted cochlear implants need support in the form of rehabilitation - corrective treatments for hearing and speaking, these children require a special way of communication as well as adjusting the approach to work in inclusive schools. The inclusion of children with cochlear implants in regular schools is a challenge for all those involved in the educational process due to the specific way of communication. Children with cochlear implants in regular school need to be provided with continuous support throughout their education in both primary and secondary school.

The aim of this paper is to explain the approaches in working with children with cochlear implants in regular school that will enable teachers to contribute to the education, communication and socialization of children with cochlear implants in the best possible and most efficient way.

Keywords: cochlear implant, inclusive education, regular schools, children with cochlear implant

UVOD

Mnogi ljudi u našem svijetu nemaju mogućnost korištenja pogodnosti koje im pruža čulo sluha. Slušanjem mi učimo, kao i doživljavamo različite zvukove koji našem životu daju posebnu boju i percepciju. Osobe sa oštećenjem sluha nailaze na mnoge prepreke u životu. Ne mogu da čuju cvrkut ptica, šum mora, zvuk automobila, ne mogu da slušaju muziku i da doživljavaju prirodu onako kako je čujuće osobe doživljavaju.

Oštećenje sluha ubrajamo u jedno od najčešćih kongenitalnih (urođenih) oštećenja, a javlja se u prosjeku u jedno do troje djece na 1000 novorođenčadi. Kod 70 do 80% djece oštećenje je prisutno već kod otpusta iz porodilišta, a u 20 do 30% nastaje kasnije, najčešće zbog bolesti ili traumatskih ozljeda glave (Mujkanović, Mujkanović, 2018.)

Postoje i ljudi koji čuju, ali ne doživljavaju sve zvukove prirodno i sa svakom frekvencijom. Današnja tehnologija je toliko napredovala da je stvorena umjetna pužnica, tačnije kohlearni implantat. Zahvaljujući kohlearnim implantatima, mnogim osobama smo danas pružili priliku da doživljavaju zvukove oko nas, makar približno kako ih mi doživljavamo. Djeca sa kohlearnim implantatima pohađaju i redovno i specijalno obrazovanje, te je potrebno da nastavnike u redovnim školama upoznamo sa kohlearnim implantatom i da im damo smjernice kako postupati sa tom djecom.

Kohlearni implantat

Kohlearni implantat je složen elektronski uređaj koji, kod određenih osoba s oštećenim sluhom, može u većoj ili manjoj mjeri, zamijeniti funkciju oštećenog dijela unutrašnjeg uha – pužnice (kohlee). U slučaju kad su jako ili potpuno uništene određene slušne ćelije, zbog čega nisu u mogućnosti prihvatiti zvučne podražaje, kohlearni implantat ima ulogu da direktno prenosi ove podražaje na živac i preko njega dalje do mozga.

Razlika između klasičnih slušnih aparata u odnosu na kohlearni je da, klasični aparat služi da pojačava zvuk koji vrši podražaj neoštećenih slušnih ćelija u pužnici. Pojačanje se vrši samo za pojedine frekvencije, što znači da nikakvu korist od ovih aparata nemaju određene frekvencije za koje su odgovorne oštećene slušne ćelije (npr. Srednje i visoke frekvencije) (Hasanbegović, 2010).

Sastav kohlearnog implatanta

Kohlearni implantat je sastavljen od dva osnovna dijela :vanjskog i unutrašnjeg.

Vanjski dio čine: mikrofon, govorni processor (mali kompjuter, može biti manji, zaušni ili veći koji se nosi na tijelu), odašiljač (koji je tankim kablom spojen s mikrofonom i govornim procesorom).

Unutrašnji dio čine: prijemnik i elektrode.

Unutrašnji dio je u potpunosti ispod kože, a uz pomoć magneta koji je ugrađen u odašiljač, spaja se s vanjskim dijelom, što znači da među njima ne postoji direktan kontakt (Hasanbegović, 2010).

Odabir kandidata za ugradnju kohlearnog implantata

Indikacije za ugradnju kohlearnog implantata jesu teška naglušost ili gluhoća pri kojoj se klasičnim slušnim pomagalom ne postiže zadovoljavajuća slušna komunikacija. Kod prelingvalne naglušosti uređaj je važno ugraditi u što ranijoj dobi, ali ne prije navršene prve godine života. Implantat je moguće ugraditi i kasnije, ali s kašnjenjem implantacije, krajnji uspjeh može biti lošiji. Kod postlingvalnih naglušosti uređaj je potrebno ugraditi što prije nakon nastanka naglušosti – dok su informacije o slušnim podražajima još svježije. Kod gluhoće nastale zbog meningitisa može doći do osifikacije (okoštavanja) pužnice i tada u nju nije moguće ugraditi elektrodu. Stoga je kod takve gluhoće važno usadak ugraditi odmah u prvim tjednima nakon bolesti (Katić i Prgomet, 2009).

Pri odabiru kandidata za ugradnju kohlearnog implantata ponajprije je važna opsežna i pouzdana dijagnostika, dakle detaljno ispitivanje funkcije svih razina slušnog puta prije operacije, ponajprije radi procjene podobnosti kandidata, zatim i radi što preciznijeg predviđanja doseg rehabilitacije, kao i praćenja neposredno nakon operacije i tokom rehabilitacije, ali i u svrhu što pravilnijeg usmjeravanja postupaka rehabilitacije. Tu je potrebno posebno naglasiti potrebu za što ranijom dijagnostikom gluhoće, što podrazumijeva ispitivanje sluha kod svakog novorođenčeta, a ne samo kod rizične djece. Ispitivanje funkcije vestibularnog osjetila, koje je i anatomski i funkcionalno blisko osjetilu sluha, također je nužno jer značajno utječe na slušanje. Kod djece je osobito važno ispitivanje logopeda koji utvrđuje razinu razvoja govora, artikulaciju i psiholingvističke sposobnosti kandidata, te psihološko ispitivanje koje obuhvaća ispitivanje inteligencije, pamćenja i psihomotorni razvoj. Mnogi su čimbenici koji upućuju na podobnost kandidata za takvu vrstu slušnog osposobljavanja (sukladno tome i kriteriji za procjenu podobnosti kandidata), a neki od njih su obostrana gluhoća, nekorisnost bilo kakvog slušnog pomagala i potpuna nerazumljivost govora, zdravo srednje uho, prohodnost pužnice dokazana kompjutoriziranom tomografijom ili magnetskom rezonancijom, dobar odziv na elektrostimulaciju slušnog

živca, pozitivno mišljenje logopeda o rehabilitaciji kohlearnim implantatom, uredan nalaz psihologa i psihijatra te uredni nalazi za opću anesteziju. Od svih navedenih uvjeta najveća pozornost trebala bi se posvetiti odzivu slušnog živca na elektrostimulaciju, nalazu logopeda i psihologa, te odnosu kandidata i okoline prema kohlearnom implantatu. Treba reći da je obrada i procjena podobnosti kandidata za ugradnju kohlearnog implantata vrlo zahtjevna i odgovorna i o njoj ovisi kvaliteta rezultata koji će operacijom biti postignuti (Ivković, 2002).

Ugradnja kohlearnog implantata se ne preporučuje :

- ako oštećenje sluha nije primarno u pužnici,
- osobama koje dobro ostvaruju slušanje klasičnim slušnim aparatima – dobro razumiju govor, i ako se prilikom razumijevanja koriste i očitavanjem govora s usta,
- osobama s dugotrajnom gluhoćom,
- kad sumnji da operacija neće biti uspješna,
- kod slabog općeg zdravstvenog stanja osobe
- kod nemogućnosti sudjelovanja u postoperativnom program,
- kod nerealnih očekivanja o mogućoj korisnosti kohlearnog implantata,
- kod izostanka podrške u porodici. (Hasanbegović, 2010)

Kvalitet života osoba s ugrađenim kohlearnim implantatom

Bolje čujenje i slušanje, govorno – jezički razvoj i subjektivni osjećaj zadovoljstva, odnosno fizička, psihološka i socijalna dobrobit, utječu na poboljšanje cjelokupnog kvaliteta života. Čini se da osoba s oštećenim sluhom cijeni poboljšanje kvaliteta života, jer izlaskom iz svijeta tišine, koji joj omogućava kohlearni implantat, ove osobe dobijaju povjerenje u sebe, te višu razinu samostalnosti, što rezultira željom za komuniciranjem i socijalnom integracijom. Odluku o ugradnji kohlearnog implantata donose roditelji djeteta na prijedlog stručnjaka, koji u obzir uzima rezultate brojnih pretraga i preporuke svih članova tima. Obzirom da kohlearni implantat nije najbolje rješenje za svako dijete, roditelji trebaju da u toku dijagnostičkog postupka prikupe što više informacija i odluče šta je najbolje za njihovo dijete. Informacije treba prikupiti od stručnjaka koji posjeduju dobra teorijska i praktična znanja, ali i dovoljno iskustva da takvu informaciju mogu pružiti. Posebno je važno prikupiti informacije od roditelja koji već imaju djecu s kohlearnim implantatom. Ukoliko roditelji donesu pozitivnu odluku o ugradnji kohlearnog implantata, onda su obavezni upoznati se i sa njegovom ulogom, dužinom rehabilitacije, kao i njegovim održavanjem. Unutrašnji dio kohlearnog implantata može trajati doživotno, jer je napravljen od materijala koji se ne troši i prilagođava se okolnom tkivu, dok se vanjski dio može oštetiti, ali se njegovi dijelovi mogu jednostavno zamjeniti (Hasanbegović, 2010).

Rehabilitacija nakon operacije

Operacija u većem dijelu nalikuje klasičnim otolaringološkim zahvatima, uz neke specifičnosti kao što je ugradnja prijemnika u sljepoočnu kost te osobito minuciozan postupak pažljivog uvlačenja same elektrode u kanal pužnice. Operacija može trajati od sat i po do pet sati. Pacijent ostaje u bolnici dan ili dva nakon operacije. Kada rane od hirurškog zahvata, nakon otprilike jednog mjeseca, budu zaliječene, pacijent dolazi u kliniku kako bi mu bili postavljeni vanjski dijelovi naprave (govorni procesor, mikrofon i odašiljač). Kliničar tada prilagođava govorni procesor i postavlja jačinu stimulacije za svaku elektrodu, od tihog do snažnog zvuka. Pri postupku ugradnje kohlearnog implantata najsloženija, odnosno najteža i najduža je faza rehabilitacije, odnosno slušno-govornog osposobljavanja osobe kojoj je implantat ugrađen. Ona se provodi postupno i može trajati godinama. Tokom prve godine govorni procesor se kompjuterski podešava svakih šest do osam sedmica, a kasnije nešto rjeđe. Cilj je pronaći najbolju strategiju obrade zvuka u govornom procesoru i tako omogućiti ugodno i kvalitetno slušanje, a time i dobro razumijevanje.

Svrha ugradnje kohlearnog implantata razvijanje je slušanja u onoj mjeri koja omogućuje razvoj govora, od preverbalnih komunikacijskih vještina i vokalizacije, kroz prve riječi i fraze, do razvoja sposobnosti spontanog korištenja govora. Slušati znači usredotočiti se na uočene zvukove, otkrivati njihovu strukturu i značenje te reagirati na primljenu poruku. Kohlearni implantat omogućuje sluh, no on je samo odgovor mozga na zvučni podražaj – potrebno je naučiti kako razumjeti zvukove koji se primaju kroz napravu. To se postiže slušno-govornom rehabilitacijom, u kojoj je nužan dobar timski rad otolaringologa, audiorehabilitatora/logopeda dijagnostičara, te članova obitelji osobe s kohlearnim implantatom (Dulčić i sur., 2012).

Rehabilitacija gluhih osoba kohlearnim implantatom danas je opće prihvaćena metoda i može se reći da praktično svakom pacijentu kome je ugrađen donosi korist, veću ili manju, ovisno o pojedinom slučaju. Najbolji rezultati mogu se očekivati kod postlingvalno gluhih osoba, osobito ako gluhoća traje kratko. Vrlo dobri rezultati postižu se i kod djece koja su rođena gluha, i to ako se implantat ugradi u dobi od 2 do 3 godine života – kad se govor razvija i kod onih koji čuju. Što je razdoblje gluhoće duže, to su rezultati lošiji. Smatra se da su izgledi najlošiji za prelingvalno gluhe osobe kod kojih gluhoća traje preko 15 do 20 godina, jer se gubi neuralna funkcija između perifernih i centralnih dijelova slušnog puta, no i tu zbog velikih individualnih razlika treba uzeti u obzir sve okolnosti, a potom donijeti procjenu o podobnosti za implantaciju. Prema dosadašnjem iskustvu s rezultatima rehabilitacije pacijenata u cijelom svijetu, uz nezaobilazno poštovanje svih individualnih razlika, pouzdano se može ustvrditi da je rehabilitacija gluhih osoba kohlearnim implantatom velik napredak na tom području, te se može utvrditi da "kohlearni implantat ne čini čuda, ali djeluje čudesno" (Ivković, 2002).

Pismenost kod gluhih učenika s kohlearnim implantatima

Uz kohlearni implantat komunikacija postaje bolja jer gluhe osobe lakše očitavaju s usana sugovornika. To često dovodi do poboljšanja kvalitete života s psihološkog, socijalnog i tjelesnog gledišta. Gluha osoba tako stječe sigurnost, ima veću razinu samopouzdanja i samopoštovanja, kao i samostalnosti, a uz to i češće osjeća želju za integracijom u društvo. Što kvalitetnija integracija u redovne odgojno – obrazovne ustanove okosnica je ugradnje kohlearnih implantata gluhoj djeci. Koliko je to pozitivno, toliko je i negativno jer gluha djeca s kohlearnim implantatom često imaju poteškoće s određivanjem identiteta. Ne mogu se poistovjetiti sa zajednicom gluhih jer čuju, kao ni sa zajednicom čujućih jer ne čuju na razini na kojoj čuju čujući. Iz toga je razloga nužna ona stavka motivacije za ugradnju kohlearnog implantata, ali ne motivacije roditelja, već motivacije samoga djeteta. Implantat nije za svaku gluhu osobu. Naglasak treba biti na potrebi individualizacije pristupa svakom gluhom djetetu, svakoj gluhoj osobi, njihovim željama, sposobnostima i stepenu razvoja. Osnova za kasniji uspjeh gluhih osoba s kohlearnim implantatom potpuna je i rana izloženost jeziku, neovisno o njegovom modalitetu, a ona se odvija u porodičnom okruženju. Uloga je stručnjaka pružiti sve dostupne opcije porodici, kako bi zajedno sastavili individualizirane ciljeve habilitacije, prilagođene potrebama djeteta (Hasanbegović, 2010).

Inkluzivno obrazovanje

Inkluziju možemo promatrati u širem i u užem smislu. U širem smislu, inkluzivno obrazovanje znači reformu obrazovanja na taj način da podržava i prihvati sve raznolikosti bez obzira na spol, rasu, sposobnosti, nacionalno i religijsko porijeklo. U užem smislu, inkluzivno obrazovanje se odnosi na pružanje adekvatne podrške djeci sa teškoćama u razvoju. Prema užoj definiciji, inkluzija je pružanje odgovarajućeg, visoko – kvalitetnog obrazovanja djeci sa posebnim edukacijskim potrebama u redovnim školama (Memišević, 2019). Bosna i Hercegovina je potpisnica UN Konvencije o Pravima Osoba sa Invaliditetom iz 2006. godine. Poseban naglasak se stavlja na član 24. Konvencije koji pokriva oblast obrazovanja i daje veliki značaj u unapređenju položaja osoba sa invaliditetom, a on glasi (UN Generalna Skupština: UN Konvencija o pravima osoba sa invaliditetom, 2006) : Države potpisnice priznaju pravo osoba sa invaliditetom na obrazovanje. S ciljem ostvarivanja ovog prava bez diskriminacije i na osnovu jednakih mogućnosti, države potpisnice osiguravaju inkluzivni sistem obrazovanja na svim nivoima, kao i cjeloživotno obrazovanje usmjereno na :

- puni razvoj ljudskog potencijala i osjećaja dostojanstva i vlastite vrijednosti, te jačanja poštivanja ljudskih prava, osnovnih sloboda i ljudske različitosti;
- razvoj osobnosti osoba sa invaliditetom, njihovih talenata i kreativnosti, te mentalnih i fizičkih sposobnosti, do punog potencijala;
- omogućavanje djelotvornog sudjelovanja osoba s invaliditetom u slobodnom društvu.

U ostvarenju ovog prava, države potpisnice osiguravaju:

- da osobe sa invaliditetom nisu isključene iz općeg sistema obrazovanja na osnovu invaliditeta, te da djeca sa invaliditetom ne budu isključena iz besplatnog i obaveznog osnovnog i srednjeg obrazovanja na osnovu invaliditeta;
- da osobe s invaliditetom imaju dostupno inkluzivno, kvalitetno i besplatno osnovno i srednjoškolsko obrazovanje, na ravnopravnoj osnovi s drugim osobama, u zajednicama u kojima žive;
- razumno prilagođavanje individualnim potrebama;
- da osobe s invaliditetom dobiju potrebnu podršku, u sistemu općeg obrazovanja, kako bi se olakšalo njihovo stvarno obrazovanje;
- da se osiguraju učinkovite individualizirane mjere potpore u okruženju koje najviše doprinosi akademskom i socijalnom razvoju u skladu s ciljem potpunog uključivanja.

Države potpisnice omogućit će osobama s invaliditetom učenje životnih i socijalnih vještina kako bi se olakšalo njihovo puno i jednako sudjelovanje u obrazovanju i u zajednici. U tom cilju, države potpisnice će poduzeti sljedeće :

- olakšati učenje Brailleovog pisma, alternativnog pisma, augmentativnih i alternativnih načina, sredstava i oblika komunikacije, vještina orijentacije i pokretljivosti, te olakšati podršku vršnjaka i mentorski rad;
- olakšati učenje znakovnog jezika i promoviranje jezičnog identiteta zajednice gluhih osoba;

osigurati da se obrazovanje osoba, a posebno djece koja su slijepa, gluha ili gluho – slijepa obavlja na najprikladnijim jezicima i oblicima i sredstvima komunikacije za pojedinca, te u okruženju koje osigurava najveći mogući akademski i društveni razvoj.

Kako bi pomogle u ostvarivanju ovog prava, države potpisnice poduzet će odgovarajuće mjere za zapošljavanje nastavnika, uključujući one s invaliditetom, koji znaju znakovni jezik i/ili Brailleovo pismo, i obučit će stručnjake i osoblje koji rade na svim nivoima obrazovanja. Takva obuka treba uključivati svijest o invaliditetu i korištenje odgovarajućih oblika komunikacije, obrazovnih tehnika i materijala za potporu osobama s invaliditetom.

Države potpisnice osigurat će da osobe s invaliditetom imaju pristup općem tercijarnom obrazovanju, stručnom osposobljavanju, obrazovanju odraslih i cjeloživotnom učenju bez diskriminacije i na ravnopravnim osnovama kao i drugi. U tom cilju, države potpisnice će osigurati da se osobama s invaliditetom osiguraju razumne prilagodbe (Memišević, 2019).

Djeca s kohlearnim implantatima u inkluzivnom obrazovanju

Zadnjih nekoliko godina, u redovnim školama sve je veći broj učenika s kohlearnim implantatom. Prilagodbe u odgojno – obrazovnom radu za djecu sa kohlearnim implantatom su slične kao i kod nagluhe djece. Kako bi dijete naučilo govoriti i razumjeti govor uz pomoć kohlearnog implantata, mora imati dovoljno mogućnosti da čuje govor i da samo govori. Većini djece sa kohlearnim implantatom i za veliki dio pravovremeno implantirane djece, kohlearni implantat donosi veliko rasterećenje, a posebno u psihičkom životu. Također, očekuje se bolja integracija u svijet čujućih osoba (Mujkanović, Mujkanović, 2018).

Da bi se učenik sa kohlearnim implantatom uspješno obrazovao u redovnoj školi veoma je bitno da prije njegovog dolaska u razred upoznamo ostale učenike za njegov dolazak. Ta se priprema sastoji od upoznavanja djece sa specifičnostima djeteta sa kohlearnim implantatom. Najbolje je da se osmisli neka igra u kojoj će djeca shvatiti šta je to oštećenje sluha, koji su uzroci oštećenja sluha, šta je to kohlearni implantat i kako da pomognu svom drugaru da se socijalizuje u njihovom razredu. Kako bi poboljšali inkluzivno obrazovanje, djecu možemo naučiti i znakovnom jeziku kako bi lakše komunicirali sa djetetom koje ima kohlearni implantat.

Zbog prirode oštećenja, neke nastavne sadržaje će ova djeca usvajati s većim odstupanjem, npr. maternji jezik, strani jezik, muzička kultura. Potrebno je nekada da nastavnik izradi individualni prilagođeni program za učenika sa kohlearnim implantatom iz pojedinih nastavnih predmeta. Nastavnik izrađuje individualni prilagođeni program u saradnji sa raznim stručnjacima, poput defektologa (edukatora i rehabilitatora), surdoaudiologa i specijaliziranom ustanovom koja se bavi odgojem i obrazovanjem djece oštećenog sluha. Nerazumijevanje gradiva kod ovih učenika često proizilazi iz nerazumijevanja pojedinih riječi ili rečeničnih konstrukcija. Nastavnik mora usmjeriti pažnju na nove pojmove koji su ovim učenicima nerazumljivi i nepoznati tako što će im nastojati objasniti te pojmove sa slikom, sinonimom ili kratkim jednostavnim objašnjenjem. Veoma mi bilo dobro i pozitivno da učenik sa kohlearnim implantatom sam kreira svoj individualni rječnik novih pojmova s objašnjenjima. U tekstovima, nastavnik nepoznatu riječ treba istaknuti markiranjem (Mujkanović, Mujkanović, 2018). Nema motivacije niti efikasnog rada s učenicima s kohlearnim implantatom ukoliko nema dobrih nastavnih sredstava. Ono što pospješuje verbalno pamćenje je očiglednost, pa je potrebno sadržaje rada potkrijepiti pismom : transparentnosti s natpisima, npr, imena djece, dijelovi namještaja, sadržaja nastavnog gradiva itd. Pisani materijal bi se trebao unaprijed pripremiti, bilo u sklopu teksta prezentacije ili na tvrđem papiru prikladnom za tablu ili pano. Koriste se sva dostupna vizuelna sredstva, a posebno mjesto zauzima kalendar prirode. Kalendar prirode se počinje koristiti već u predškolskom urastu i traje duže nego što je uobičajno (Mujkanović, Mujkanović, 2018).

Metode koje se najčešće koriste u radu sa djecom s kohlearnim implantatom su :

- Metoda govora i slušanja : govor – izražajan, jasan, poznate riječi, uvođenje novih pojmova, pauze za vrijeme govora, formulacija pitanja;
- Metoda demonstracije;
- Metoda praktičnog rada;
- Metoda dramatizacije;
- Metoda crtanja: slobodno ili tematski.

Da bi dijete s kohlearnim implantatom moglo ravnopravno i aktivno da učestvuje u nastavnom procesu, veoma je bitno :

- omogućiti djetetu da sjedi u prvoj klupi ili na centralnom mjestu u krugu kako bi mogao da vidi pokrete usana svojih vršnjaka i nastavnika;
- ostvariti lični kontakt sa djetetom s kohlearnim implantatom, koji je najbolji za stvaranje dobre atmosfere i dobrih međusobnih odnosa;
- nastojati da se ostvari kontakt sa ovim učenicima na način koji se u određenom momentu čini najprihvatljivijim : govorom, pisanjem, pokazivanjem, ručnom abecedom ili znakovnim jezikom ukoliko ga nastavnik poznaje;
- govor nastavnika bi trebao biti prilagođene brzine, jačine, ritma i intonacije;
- govor mora da bude razgovjetan, bez povišenog tona, izražajan, jasan, zasnovan na poznatim riječima kao nosiocima razumijevanja;
- potrebno je praviti pauze tokom govora i jasno formulirati pitanja;
- nepoznate riječi je potrebno dodatno objasniti, a posebno je potrebno objasniti apstraktne pojmove;
- potrebno je više puta provjeriti da li je učenik s kohlearnim implantatom razumio šta mu se govori ili šta se od njega traži, za šta nije dovoljno samo njegovo klimanje glavom;
- trebamo obezbijediti što više auditivnih i vizuelnih sredstava (koristiti što više slika, predmeta, modela, video zapisa za demonstriranje pojava);
- koristiti pokrete kao nosioce radnje za sve što teže izražava govorom;
- koristiti grafički prikaz/cрте, razne aplikacije što olakšava razumijevanje;
- na kraju nastavnog časa treba da se ponove ključni pojmovi;
- treba da se omogući učeniku dovoljno vremena kako bi izrazio svoje misli;
- treba da se podstiče samostalno opisivanje, tolerišući agramatičnost (Mujkanović, Mujkanović, 2018).

ZAKLJUČAK

Obrazovanje djece sa kohlearnim implantatom ima isti cilj kao i obrazovanje djece bez oštećenja sluha. Naša društvena sredina ne daje iste mogućnosti djeci oštećenog sluha kao što daje mogućnosti djeci bez oštećenja sluha i sputava ih u ostvarivanju njihovih potencijala. Naše redovne škole nisu adekvatno opremljene nastavnim sredstvima i također im nedostaje stručnog kadra. Jedan nastavnik koji se nikada nije susretao sa djetetom koje ima kohlearni implantat ne može znati kako da postupa prema tom djetetu i kako da mu na najbolji mogući način prenese znanja koja treba usvojiti. Zato je potrebno da pomognemo nastavnicima u inkluzivnom obrazovanju kako bi na što bolji način pomogli djeci sa kohlearnim implantatima da se prilagode u redovnoj školi, da napreduju u skladu sa svojim mogućnostima i da ostvaruju svoje potencijale.

LITERATURA

1. Dulčić, A., Pavičić Dokoza, K., Bakota, K. i Čilić Burušić, L. (2012). Verbotonalni pristup djeci s teškoćama sluha, slušanja i govora. Zagreb: Artresor naklada.
2. Dulčić, A. i Kondić, Lj. (2002). Djeca oštećena sluha. Zagreb: Alineja.
3. Hasانبegović, H. (2010). Uvod u rehabilitacijsku audiologiju. Tuzla.
4. Katić, V. i Prgomet, D. (2009). Otorinolaringologija i kirurgija glave i vrata. Zagreb: Ljevak.
5. Memišević, H. (2019). Intelektualne teškoće. Sarajevo: Pedagoški fakultet Univerziteta u Sarajevu.
6. Mujkanović, E. (2011). Surdopedagogija [Skripta]. Bijakovići: Fakultet društvenih znanosti dr. Milenka Brkića.
7. Mujkanović, E., Mujkanović, E. (2018). Djeca s teškoćama u razvoju u inkluzivnom obrazovanju. Mostar: Sveučilište Hercegovina.
8. Radovančić, B. (1995). Osnove rehabilitacije slušanja i govora. Zagreb: Fakultet za defektologiju.
9. Ribić, K. (1991). Psihofizičke razvojne teškoće. Zadar: ITP Forum.

**RODITELJSKI STRES U OBITELJIMA DJECE S
TEŠKOĆAMA U RAZVOJU I STRATEGIJE SUOČAVANJA**

**PARENTAL STRESS IN FAMILIES OF CHILDREN WITH
DISABILITIES AND COPING STRATEGIES**

Grbavac Ivona, Rako Matea

Bosna i Hercegovina

SAŽETAK

Biti roditelj smatra se najvažnijom i najispunjenijom ulogom. Ipak, roditeljstvo sa sobom nosi različite zahtjeve i izazove. Ustanovljavanje razvojnih teškoća kod djeteta traumatizirajući je događaj za roditelje te nerijetko rezultira višom razinom roditeljskog stresa, koji ovisi o brojnim čimbenicima kakvi su: veličina obitelji, karakteristike djeteta i njegove teškoće, karakteristike roditelja, strategije suočavanja sa stresom, karijera, percepcija invaliditeta, obiteljska kohezija, socioekonomska situacija, stavovi društva prema invaliditetu, dostupnost usluga, itd. Roditeljima je izuzetno važno pronaći prikladne strategije suočavanja i nošenja sa stresom na osobnoj, obiteljskoj i društvenoj razini, a pritom ne smije izostati podrška sustava i društva kao ni uključivanje roditelja u aktivnosti lokalne zajednice jer se s osjećajem prihvaćenosti i razumijevanja roditelj osnažuje na emocionalnom i socijalnom planu, što se odražava na odgoj njegova djeteta.

Cilj ovoga rada je pružiti pregled uzroka roditeljskog stresa, dostupnosti i važnosti kako usluga formalne podrške od strane stručnjaka i institucija tako i neformalne podrške koju pružaju šira okolina, prijatelji, vjerske zajednice i mediji. Kvalitetna podrška može se znatno odraziti na razvoj roditeljskih kompetencija, a roditelje je potrebno staviti u središte interesa stručnjaka i društva upravo zato što su oni najvažniji odgovitelji djece te bez skladne suradnje uspjeh intervencija izostaje.

Ključne riječi: roditeljstvo, roditeljski stres, strategije suočavanja, podrška

ABSTRACT

Being a parent is considered to be the most important and fulfilling role. However, parenting brings some different requirements and challenges. Determining disability in a child is a traumatic event for parents and often results in higher levels of parental stress, which depends on many factors such as: family size, characteristics of the child and his disabilities, parental characteristics, stress coping strategies, career, perception of disability, family cohesion, socio-economic situation, society's attitudes towards disability, availability of services, etc. It is very important for parents to find appropriate coping strategies on a personal, family and social level. Therefore, the support of the system and society shouldn't be left out and neither the inclusion of parents in the activities of the local community because with a sense of acceptance and understanding, the parent is empowered emotionally and socially, which is reflected in the upbringing of his child.

The aim of this paper is to provide a review of the causes of parental stress, the availability and importance of both formal support services by professionals and institutions and informal support provided by the wider social environment, friends,

religious communities and the media. Quality support can have a significant impact on the development of parental competencies. Parents need to be placed at the center of interest of professionals and society precisely because they are the most important educators of their children and without harmonious cooperation the success of interventions is lacking.

Key words: parenting, parental stress, coping strategies, support

1. UVOD

Iako je razumljivo da se stručnjaci u najvećoj mjeri fokusiraju na dijete, njegove potrebe i intervencije kojima bi se utjecalo na poboljšanje djetetovih sposobnosti, roditelje djece s teškoćama ne smije se zanemariti. Roditelji su prvo i posljednje stajalište u donošenju neke odluke za dijete. Suočavanje s činjenicom da dijete ima teškoću i da možda neće ostvariti pune potencijale u nekim vještinama i situacijama izuzetno je teško za prihvatiti i za sobom povlači višu razinu stresa i odgovornosti, zato treba poštovati faze kroz koje roditelj prolazi u procesu prihvaćanja, a nipošto ih osuđivati. Roditeljima je neminovno potrebna podrška, kako formalna tako i neformalna, a kvalitetna podrška može se znatno odraziti na njihov doživljaj roditeljske kompetentnosti i odabir odgovarajućih strategija suočavanja sa stresom.

S obzirom na veliki opseg teme, u ovom radu detaljnije će se usmjeriti na definiranje i opis uzroka roditeljskog stresa, strategije suočavanja sa stresom te oblike podrške koje roditelji primaju.

Roditeljski stres

Roditeljski stres predstavlja doživljaj pojedinca da nije u stanju ispuniti zahtjeve roditeljstva u skladu s osobnim očekivanjima i normama okoline (Čudina-Obradović i Obradović, 2003). Složen je proces koji, osim što povezuje zahtjeve roditeljstva, također ima utjecaja na ponašanje i psihološko stanje roditelja, djetetovu psihosocijalnu prilagođenost te kvalitetu odnosa roditelj-dijete (Deater-Deckard, 1998 prema Profaca i Arambašić, 2004). Primarna dijagnoza djeteta snažno utječe na psihološku dobrobit roditelja te su šok, nevjerica, tuga i poricanje uobičajene reakcije roditelja u ovom slučaju. Značajan broj literature pokazuje da se roditelji isprva nose s izgubljenim očekivanjima, mogućnostima i snovima o svom savršenom djetetu te sav taj proces gubitka kroz koji prolaze rezultira emocionalnim stresom. Pojedini roditelji nakon postavljanja dijagnoze osjećaju olakšanje, budući da konačno dolazi kraj njihovim sumnjama te dobivaju odgovore (Martin i Colbert, 1997 prema Dervishalija, 2013).

Prema modelu „Stres u obitelji djece s razvojnim teškoćama“ (Perry, 2004) postoje četiri čimbenika važna za razumijevanje obiteljskog stresa:

- izvori stresa (povezani s djetetom i nekim životnim okolnostima)
- resursi (osobni i obiteljski resursi za roditelje)
- podrška (formalna i neformalna podrška dobivene od roditelja)
- ishodi (pozitivne i negativne posljedice).

Prema rezultatima istraživanja Hassall, Rose i McDonald (2005) većina varijacija u roditeljskom stresu obrazložena je zadovoljstvom roditelja, poteškoćama u ponašanju djeteta te roditeljskim lokusom kontrole.

Uzroci roditeljskog stresa

Stres roditelja djece s teškoćama u razvoju ovisi od brojnih čimbenika: od veličine obitelji, karakteristika djeteta s teškoćama što se odnosi na vrstu, dob, vidljivost teškoće, djetetova ponašanja te razinu neovisnosti djeteta, karakteristika roditelja koje obuhvaćaju osobine ličnosti, ranije doživljena iskustva, percepciju invaliditeta, dob, obrazovanje, karijeru, socioekonomsku situaciju i zabrinutost za dijete i njegovu budućnost; od društvenog konteksta koji podrazumijeva stavove društva prema invaliditetu i dostupnost usluga, roditeljskih strategija suočavanja sa stresom (Gallagher i Whiteley, 2012 prema Awad, Al-Ahliyya i Awwad Bawalsah, 2016; Mihić, Rajić i Kopunović Torma, 2016), međusobne povezanosti članova obitelji te zadovoljstva brakom (Vundać, 2019). Sve to može dovesti do emocionalne iscrpljenosti, opće napetosti (Leutar i Štambuk, 2007 prema Vlah, Ferić i Raguz, 2019), nedostatka vremena za sebe, financijskih problema (Rusu, 2019) i uvjerenja o nižoj samoefikasnosti roditelja. Zbog nedovoljno učinkovitog nošenja sa stresnim faktorima, roditelji, a osobito majke djece s teškoćama u razvoju u povećanom su riziku od lošeg tjelesnog i mentalnog funkcioniranja (Arakelyan, Maciver, Rush, O'hare i Forsyth, 2019)

Karakteristike roditelja

U prilagodbi roditelja na roditeljstvo djeteta s teškoćom važnu ulogu igraju osobni resursi poput strategija nošenja sa stresom, osobna vjerovanja, osobne karakteristike, obrazovanje i radni status roditelja. Primjerice, roditelj koji je obrazovan, optimističan i religiozan skloniji je boljem nošenju sa stresom u odnosu na pesimističnog, nereligioznog i roditelja sa nižim stupnjem obrazovanja. Od ostalih obiteljskih resursa koji utječu na način nošenja sa stresom izdvajaju se bračni status (samohrani i razvedeni roditelji skloniji su iskusiti više poteškoća nego roditelji u braku) i kvaliteta odnosa među roditeljima (Perry, 2004). Kronični stres roditelja djece s teškoćama osim što negativno može utjecati na kvalitetu odnosa roditelj-dijete, također može utjecati na odnose između samih roditelja (Rusu, 2019). Jedna od varijabli koja se odnosi na stres roditelja jest obiteljska kohezija. Veća razina obiteljske kohezije povezana je s nižom razinom roditeljskog stresa. Majke koje primijete podršku od strane obitelji, izvještavaju o nižim razinama stresa vezanim uz odgoj djece (Warfield i sur., 1999 prema Dervishalija, 2013). Invaliditet u obitelji može imati različit značaj za muškarce i žene.

Konkretno, žene su, za razliku od muškaraca, sklonije kriviti sebe za probleme svog djeteta te je njihov identitet ugrožen teškoćom i nemogućnostima djeteta (Anderson & Elfert, 1989 prema Gray, 2003). Doživljaj roditeljstva može biti pozitivan, negativan ili pomiješanih predznaka, a rezultat je zadovoljstva djetetom, uspostavljenim odnosom između sebe i djeteta, razvojnim rezultatima djeteta te zadovoljstva sebe kao roditelja (Čudina-Obradović i Obradović, 2003). Mnogi roditelji, naročito majke preuzimaju ulogu glavnog nosioca skrbi i intenzivne dnevne podrške djeci s teškoćama, što se odražava na život cijele obitelji (Brown i sur., 2006 prema Cvitković, Žic Ralić i Wagner Jakab, 2013).

Studija koju je Gray (2003) proveo na obiteljima djece s autizmom, pokazalo se da je stanje djeteta imalo različit utjecaj na majke i očeve. Očevi su tvrdili da stanje njihova djeteta nije na njih osobno utjecalo, kao što je to bio slučaj sa njihovim suprugama. Također su priznali da je način na koji je autizam njihova djeteta utjecao na njih, bilo zapravo kroz stres koji su iskusile njihove supruge. Grey također tvrdi da se različite razine stresa koje su iskusile majke i očevi mogu objasniti može se objasniti spolnim ulogama povezanim s poslom i odgojem djece. Majke su obično više uključene u odgoj djeteta, dok se očevi više trude raditi kako bi podržali financijske potrebe svoje obitelji.

Karakteristike djeteta

Karakteristike djeteta znatno utječu na doživljaj roditeljske kompetencije. Težina djetetova temperamenta koja se u najranijoj dobi očituje kroz neustaljene ritmove hranjenja i spavanja, emocionalni problemi te agresivna ili prkosna ponašanja djeteta, povećavaju roditeljski stres i umanjuju osjećaj kompetencije izazivajući osjećaj bespomoćnosti (Čudina-Obradović i Obradović, 2003). Ustanovljenje teškoće u razvoju povećava razinu stresa koji se, općenito govoreći, odnosi na razvojni stupanj, kognitivne i emocionalne karakteristike djeteta (Perry, 2004). Konkretnije, roditelji izvor stresa vide u neizvjesnosti ishoda djetetova zdravstvenog stanja, nepredvidljivosti u potrebama djeteta i njegovu ponašanju, učestalim posjetima liječnicima i drugim stručnjacima, načinu oblikovanja vlastitog odgojnog stila, lošoj suradnji s ustanovama koje pružaju podršku (Mihčić i sur., 2016), budućnosti, obrazovanju i zapošljavanju, ograničenosti slobode izbora (Vlah i sur., 2019) te neizvjesnosti hoće li njihova djeca biti dovoljno samostalna da vode vlastiti ispunjen život u svojoj novoj obitelji (Vundać, 2019). Zabrnutost se javlja i po pitanju odnosa prema drugoj djeci u obitelji i odnosa prema bračnom partneru, gdje obično dolazi do narušavanja obiteljske kohezivnosti (Awad i sur., 2016; Dobrotić, Pećnik i Baran, 2015; Milić Babić, 2012 prema Bogdanović i Šnele, 2018). Naime, odnos između supružnika može biti znatno narušen zbog doživljavanja kroničnog dnevnog stresa povezana s djetetom, stoga je važna njihova međusobna komunikacija i podrška u nalaženju zajedničkih rješenja (Rusu, 2019). Zbog prisutnosti invaliditeta u obitelji roditelji su gotovo u potpunosti prestrukturiraju život i promijenjene prioritete tako da se sve manje uključuju u dotadašnje društvene i rekreacijske aktivnosti (Awad i sur., 2016), a odustaju i od hobija kako bi se usmjerili na djetetove potrebe, što također pridonosi porastu razine stresa (Bogdanović i Šnele, 2018).

2. OBLICI PODRŠKE

Socijalna podrška je jedan od najvažnijih resursa koje obitelj može dobiti, a može biti formalna i neformalna (Rusu, 2019). Ona uključuje fizičku i materijalnu pomoć, promjenu stavova, dijeljenje resursa i informacija, kao i emocionalnu i psihološku pomoć (Leutar i Oršulić, 2015). Formalni oblik podrške čine profesionalna podrška stručnjaka, primjerice edukacijskog rehabilitatora, kao i državnih institucija i javne politike, dok se neformalna odnosi na podršku šire okoline, prijatelja, vjerske zajednice (Rusu, 2019) i široko dostupnih informacija poput medija, interneta i literature (Vlah i sur., 2019). Cosser (2005 prema Nižić, Penava i Mutabdžić, 2019) navodi da kod roditelja postoji osjećaj tuge zbog gubitka predodžbe o idealnome životu s djetetom kakav su zamišljali i sram zbog ponašanja djeteta u različitim okruženjima i društvenim aktivnostima. Varijable obiteljskog funkcioniranja snažan su prediktor prekomjernog stresa roditelja. Na stres i kvalitetu života obitelji snažan utjecaj ima podrška obitelji, prijatelja, profesionalnih službi, socijalnih grupa, financijski izvori, količina vremena, stresni životni događaji (Smith i Oliver 2001), zdravlje obitelji, obiteljski odnosi, karijera, rekreacija i odmor (Brown i sur., 2003 prema Cvitković i sur., 2013).

Prema rezultatima istraživanja koje su proveli Smith i Oliver (2001) pokazalo se da su obiteljski prihodi uzrokovali roditeljski stres više nego stvarno stresni događaji i podrška obitelji. Značajno povišena razina stresa kod roditelja djece s teškoćama u razvoju najčešće je posljedica nedostatka odgovarajućih prihoda i pristupa određenim resursima. Financijska opterećenja uzrokovana čestim hospitalizacijama, medicinske komplikacije i druge znanstvene usluge samo su neki od izazova s kojima se svakodnevno susreću (Hanson i Hanline, 1990 prema Smith i Oliver, 2001). Najizraženijom potrebom kod roditelja djece s teškoćama u razvoju smatra se potreba za informacijama. Budući da informacije smanjuju neizvjesnost i daju orijentaciju, s razlogom dostupnost informacijama zauzima prvo mjesto u Standardima kvalitete socijalnih usluga u djelatnosti socijalne skrbi (Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi, 2010 prema Ljubešić, 2013). Prema dobivenim rezultatima istraživanja koje je provela Ljubešić (2013) pokazalo se da je potreba za stručnim savjetom na roditeljska pitanja statistički značajno viša u skupini roditelja djece s teškoćama, nego u ostalih roditelja. 36% roditelja opće populacije često/ponekad pomisli da bi im dobro došao stručni savjet po pitanju roditeljstva i odgoja, dok kod roditelja djece s teškoćama to učini njih 79% (Ljubešić, 2013). Roditeljima je najjednostavnije podijeliti svoje brige s obitelji i prijateljima koji imaju djecu, zatim liječniku, a u najmanjoj mjeri stručnjacima različitih profila, među kojima su i edukacijski rehabilitatori. Članovi obitelji i prijatelji, naime, pružaju snažnu emocionalnu i savjetodavnu podršku (Raguž, 2016). Roditelji također ističu vrijednost drugih roditelja koji se nalaze u istoj situaciji, odnosno imaju dijete s teškoćama, jer smatraju da zajedno s njima mogu lakše svladati životne probleme i razmjenjivati iskustva i dobiti emocionalnu podršku (Raguž, 2016; Whiting, Nash, Kendall i Roberts, 2019). Zadovoljni su načinom na koji roditeljske udruge pružaju brigu

i zagovaranje (Bećirević i Dowling, 2012; Repalust, 2017) te su, kako navodi Repalust (2017), takve udruge često prvo mjesto na koje roditelji dolaze, pogotovo onda kada nije dostatna podrška sustava. Također je važno naglasiti umrežavanje i podršku roditeljima koju treba pružiti od strane obrazovnog, socijalnog i zdravstvenog sustava, ali i suradnju s različitim udrugama i vjerskim zajednicama (Leutar i Oršulić, 2015). Ukupnoj kvaliteti života obitelji, ukoliko su znatne, mogu pridonijeti duhovne vrijednosti, i to povećanjem stabilnosti i blagostanja primarnog njegovatelja (Brown i sur. 2006 prema Cvitković i sur., 2013). Kao vrijedan izvor podrške prepoznate su i društvene mreže, posebno *Facebook* (Ammari, Morris i Schoenebeck, 2014; Whiting i sur., 2019), a povezane su sa smanjenom razinom roditeljskog stresa (Hassall i sur., 2005). Takve virtualne interakcije se roditeljima čine manje osuđujuće nego one u realnom svijetu te dobivaju drugačiji uvid o tome kakav sadržaj o djeci s teškoćama je prikladan za objaviti, mogu se informirati, pomoći u pronalaženju preporuka za pojedine usluge i dobiti povratnu informaciju o iskustvima drugih roditelja, no u svemu tome postoje i izazovi glede privatnosti vlastitoga djeteta (Ammari i sur., 2014).

2.1. Školstvo (vrtići i škole)

Rezultati istraživanja koje su proveli Dobrotić i sur. (2015) pokazali su kako roditelji češće iznose frustracije zbog neosjetljivosti i neusklađenosti sustava zdravstva, obrazovanja i socijalne skrbi kod čijih se djelatnika susreću s brojnim predrasudama i nerazumijevanjem. U istraživanju provedenom u Bosni i Hercegovini, autorice Nižić i sur. (2019) izvijestile su kako su roditelji najmanje zadovoljni podrškom koja dolazi od sustava obrazovanja, a susretali su se sa situacijama gdje škola nije dopuštala da dijete pohađa nastavu po prilagođenom programu, ravnatelj srednje škole nije dopuštao upis djeteta te da je obrazovanje generalno bilo loše kvalitete ako je suditi po njihovoj procjeni. Ipak, u Republici Hrvatskoj istraživanje Leutar i Oršulić (2015) koje je obuhvatilo 161 roditelja djeteta s teškoćama pokazalo je kako roditelji najviše podrške dobivaju upravo iz odgojno-obrazovnog sustava, tj. škole i vrtića.

Dakle, iako postoje različiti rezultati ovisno o geopolitičkim lokacijama, neminovno je kako je potrebno više se usmjeriti na brigu o tjelesnom i mentalnom zdravlju roditelja djece s teškoćama te im ponuditi socijalnu i emocionalnu podršku (Dobrotić i sur., 2015).

2.2. Zdravstvo (usluge, liječenje, dostupnost)

U Hrvatskoj i Bosni i Hercegovini, roditelji djece s teškoćama u razvoju dijagnostički proces definirali su kao vrlo stresno iskustvo. Kao uzrok toga, navodili su pesimističan način na koji su stručnjaci priopćavali dijagnozu djeteta te prognoze koje su uslijedile djetetovim razvojem. Od 2009. godine u BiH su novčane naknade dodijeljene samo obiteljima čije je dijete procijenjeno s 90% invaliditeta (najteži stupanj). Ovim su pra-

vilom mnoge obitelji isključene od novčane pomoći, što kod roditelja izaziva žaljenje i traženje revizije za procjenu invalidnosti kako bi se postigao veći postotak. Ovakve procedure, kod roditelja i djece izazivale su anksioznost i stres te su stvarale dodatne troškove (Bećirević i Dowling, 2012).

2.3. Stručnjaci

Zbog svakodnevnih životnih izazova oko odgoja djeteta s teškoćama u razvoju, roditeljima je neophodna pomoć i podrška stručnjaka jer ih osnažuje u ciljanim područjima života i pruža oslonac u nošenju sa stresom i održavanju vlastitih kapaciteta. Stručnjak bi pritom trebao pokazati empatiju, razumijevanje, biti komunikativan i suradljiv te spreman odgovoriti na postavljena pitanja (Vlah i sur., 2019). Milić Babić, Franc i Leutar (2013) navode kako uključenost u programe rane intervencije utječe na bolju prilagodbu roditelja na djetetovu teškoću, smanjenje razine roditeljskog stresa te jačanje povjerenja u vlastite resurse i pomoć koju mogu pružiti drugi. Negativna pak iskustva mogu dovesti do razvijanja negativnih stavova o stručnjacima i programu rane intervencije, što je povezano i s negativnim ishodima poput povećanja roditeljskog stresa i osjećaja nekompetentnosti (Sarimski, Hintermair i Lang, 2013).

Prema rezultatima nekih istraživanja, roditelji u Hrvatskoj i Bosni i Hercegovini kao teškoće u formalnom sustavu navode nepravovremeno pružanje podrške i informiranja, tj. u vrijeme dijagnoze i procjene, neprofesionalno ponašanje stručnjaka (Bećirević i Dowling, 2012; Vlah i sur., 2019), nezadovoljstvo medicinskom skrbi i procjenama invaliditeta (Bećirević i Dowling, 2012). „Roditelji djece s teškoćama u razvoju očekuju od socijalne politike dobro organiziran, pravodoban, učinkovit i pravedan sustav potpore djeci s teškoćama u razvoju, dok svoje potrebe zanemaruju“ (Ljubešić, 2013, str. 145). Stručnjak bi zato pri radu s roditeljima morao u obzir uzeti čimbenike obiteljskog funkcioniranja kakvi su podrška bližnjih, stručna podrška, financijsko stanje, slobodno vrijeme i stresni životni događaji. Na osnovu takve procjene, stručnjaci mogu ponuditi roditeljima dostupne programe podrške uz koje će roditelj moći imati potrebno vrijeme za sebe i druge svakodnevne aktivnosti. Za intervencije koje će biti namijenjene djetetu, potrebna je suradnja stručnjaka i roditelja pri donošenju odluka (Smith i sur., 2001).

3. STRATEGIJE SUOČAVANJA SA STRESOM

Škreblin (2017) navodi dva temeljna načina suočavanja koja se najčešće spominju u literaturi, a to su: suočavanje usmjereno na problem i suočavanje usmjereno na emocije. Suočavanje usmjereno na problem odnosi se na pokušaje rješavanja problema koji je izvor stresa, dok se suočavanje usmjereno na emocije odnosi na upravljanje emocionalnim reakcijama na stresni događaj s ciljem smanjenja stresa (Folkman i Lazarus, 1980; Lazarus i Folkman, 2004 prema Škreblin, 2017). Prema rezultatima istraživanja

koje su provele Milić Babić i sur. (2013) roditelji djece s teškoćama u razvoju najčešće koriste strategije aktivnog suočavanja i mobiliziranje resursa obitelji, zatim slijedi traženje duhovne podrške, pasivno izbjegavajuće strategije te posljednje traženje podrške okoline. Najprije su usmjereni na korištenje potencijala vlastite obitelji kombinirajući duhovnu podršku prilikom aktivnog pristupanja teškoćama. Nadalje, jedan od načina ostvarivanja djetetove dobrobiti jest osnaživanje roditeljskog samopouzdanja i kompetencija kroz procese edukacije i savjetovanja. Roditelji koji imaju više znanja i vještina, učinkovitije mogu poticati rast i razvoj svojeg djeteta. Otvoreni razgovori i konzultiranje s članovima obitelji, stručnjacima, prijateljima, osnažujući i podržavajući odnosi, roditeljima mogu olakšati proces prilagodbe (Heiman, 2002 prema Milić Babić i sur., 2013). Postoji razlika između majki i očeva u strategijama suočavanja koje koriste. Dok očevi suzbijaju svoje osjećaje, izbjegavaju ih radeći do kasno ili se drže podalje od kuće, majke, za razliku od njih, imaju tendenciju iskaljivati svoje osjećaje. Majke su više stigmatizirane teškoćom svog djeteta, sklonije su iskusiti širi raspon osjećaja (tuga, bijes, plač) te više razgovaraju o svojim emocionalnim teškoćama s drugima (Gray, 1993). Za istraživanu populaciju najrelevantnijim atributima smatraju se optimizam, sposobnost upravljanja osjećajima, samopoštovanje, strategije suočavanja, samoeфикаsnost, socijalna i vanjska podrška. Posebno važnim također se smatrao i odnos između roditelja i djeteta. Ovi su atributi ugrađeni u četiri ključne teme: praktično suočavanje, emocionalno suočavanje, mreže podrške i „ti i tvoje dijete“, od kojih je svaka intervencija koncipirana kako bi unaprijedila i promovirala otpornost (Whiting i sur., 2019). Samson i Wesley (2019) proveli su studiju s ciljem utvrđivanja veze između strategija suočavanja i prihvaćanja s emocionalnom kompetencijom roditelja. Istraživanje je provedeno na jugu Indije, a sudjelovalo je 60 roditelja s podjednakim omjerom očeva i majki djece s teškoćama učenja. Za svrhu ispitivanja korištena je Skala emocionalnih kompetencija, Skala roditeljskog prihvaćanja – odbijanja i Skala suočavanja (*The Scale of Emotional Competencies, Parental Acceptance-Rejection Scale and Coping Health Inventory*). Istraživanje je rezultiralo značajnom vezom između prihvaćanja i emocionalne kompetencije i suočavanja te vezom između emocionalne kompetencije i suočavanja. Promatrajući kroz indijski kontekst doživljavanja djetetove teškoće kao tereta za obitelj, dijete s teškoćama učenja stvorilo je frustraciju, nezadovoljstvo i samooptuživanje. Roditelji su ipak, nakon prihvaćanja postojanja teškoće, borili se da postanu emocionalno kompetentni za suočavanje s takvim izazovom, nastojeći vjerovati u dijete te tako pozitivno gledati na situaciju.

4. ZAKLJUČAK

Ustanovljenje teškoće kod djeteta roditeljima isprva budi negativne reakcije i, uza sve obiteljske kapacitete i karakteristike, povećava razinu stresa, napora i dovodi do preispitivanja vlastite kompetentnosti, no s vremenom roditelji prihvate tu situaciju i usmjeravaju svoje snage k što boljem razvoju djeteta, pri čemu se znatno mijenja

dinamika života (Leutar i Oršulić, 2015). Iako se ovdašnji sustav pretežito usmjerava na teškoću djeteta, potrebno je sve više stavljati naglasak na obiteljski usmjerenu podršku te raditi na osnaživanju roditeljskih kompetencija i suradnji jer bez njihova mišljenja, ideja i uvažavanja nema djelotvorne rane intervencije (Repalust, 2017). Roditeljima su usluge i podrška u lokalnim zajednicama nerijetko nedostupne ili pak nezadovoljavajuće (Bećirević i Dowling, 2012; Nižić i sur., 2019; Vlah i sur., 2019), stoga je potrebno ulagati kontinuirane napore u unaprjeđenje sustava i usluga koje bi bile u skladu s obitelji te stvoriti kvalitetan tim stručnjaka među kojima bi također postojala česta suradnja i komunikacija (Nižić i sur., 2019). Roditeljima je potrebna podrška radi kvalitetnijeg odgoja i razvoja poželjnog pristupa djetetu s obzirom da su oni najvažniji odgojitelji djece te bi baš zato trebali biti u fokusu interesa stručnjaka i društva (Pintar, 2018). Upravo se socijalna podrška smatra najmoćnijim faktorom povezanim s uspješnom brigom o djetetu, ali i smanjivanjem emocionalnih problema, povećanjem bračnog zadovoljstva i smanjivanjem socijalne izolacije (Rusu, 2019). U konačnici, potrebno je raditi i na senzibilizaciji javnosti i podizanju svijesti o djeci s teškoćama u razvoju, promicanju prava i potreba kako djeteta tako i roditelja te uključivanju roditelja u socijalne interakcije lokalne zajednice jer se s osjećajem prihvaćenosti i razumijevanja osoba osnažuje, a takvim intervencijama utječe se i na preoblikovanje postojeće politike.

LITERATURA

1. Ammari, T., Morris, M. R. i Schoenebeck, S. Y. (2014). Accessing Social Support and Overcoming Judgment on Social Media among Parents of Children with Special Needs. *Proceedings of the International AAAI Conference on Web and Social Media*, 8(1), 22–31.
2. Arakelyan, S., Maciver, D., Rush, R., O'hare, A. i Forsyth, K. (2019). Family factors associated with participation of children with disabilities: a systematic review. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 61(5), 514–522.
3. Awad, J., Al-Ahliyya, B. i Awwad Bawalsah, J. (2016). Stress and Coping Strategies in Parents of Children with Physical, Mental, and Hearing Disabilities in Jordan . *International Journal of Education*, 8(1).
4. Bećirević, M. i Dowling, M. (2012). *Parents' Participation in the Social Inclusion of Children with Disabilities in Bosnia and Herzegovina and Croatia*. London: The Open Society Foundation.
5. Bogdanović, A. i Šnele, M. S. (2018). Postoji li razlika u procjeni kvalitete života između roditelja djece s teškoćama u razvoju i roditelja djece bez teškoća u razvoju: metaanaliza. *Ljetopis socijalnog rada*, 25(2), 249–271.
6. Čudina-Obradović, M. i Obradović, J. (2003). Potpora roditeljstvu: izazovi i mogućnosti. *Revija za socijalnu politiku*, 10(1), 45–68.

7. Cvitković, D., Žic Ralić, A., Wagner Jakab, A. (2013). Vrijednosti, interakcija sa zajednicom i kvaliteta života obitelji djece s teškoćama u razvoju. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 49(Supplement), 10–22.
8. Dobrotić, I., Pećnik, N. i Baran, J. (2015). *Potrebe roditelja i pružanje usluga roditeljima koji podižu djecu u otežanim okolnostima*. Zagreb: Udruga Roditelji u akciji - RODA.
9. Gray, D. E. (1993). Perceptions of stigma: the parents of autistic children. *Sociology of Health and Illness*, 15(1), 102–120.
10. Gray, D. E. (2003). Gender and coping: The parents of children with high functioning autism. *Social Science and Medicine*, 56(3), 631–642.
11. Hassall, R., Rose, J. i McDonald, J. (2005). Parenting stress in mothers of children with an intellectual disability: The effects of parental cognitions in relation to child characteristics and family support. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49(6), 405–418.
12. Leutar, Z. i Oršulić, V. (2015). Povezanost socijalne podrške i nekih aspekata roditeljstva u obiteljima s djecom s teškoćama u razvoju. *Revija za socijalnu politiku*, 22(2), 153–176.
13. Ljubešić, M. (2013). Potrebe roditelja djece s teškoćama u razvoju. U N. Pećnik (Ur.), *Kako roditelji i zajednice brinu o djeci najmlađe dobi u Hrvatskoj* (str. 139–146). Zagreb: Ured UNICEF-a za Hrvatsku.
14. Mihić, I., Rajić, M. i Kopunović Torma, D. (2016). Stres roditeljstva i kvalitet brige u porodicama dece sa smetnjama u razvoju. *Godišnjak Filozofskog fakulteta u Novom Sadu*, 41(2), 247–268.
15. Milić Babić, M., Franc, I. i Leutar, Z. (2013). Iskustva s ranom intervencijom roditelja djece s teškoćama u razvoju. *Ljetopis socijalnog rada*, 20(3), 453–480.
16. Nižić, M., Penava, T. i Mutabdžić, M. (2019). Iskustva roditelja djece s intelektualnim teškoćama u komorbiditetu s ADHD-om. *Hum: časopis Filozofskog fakulteta Sveučilišta u Mostaru*, 14(22), 215–240.
17. Perry, A. (2004). A Model of Stress in Families of Children with Developmental Disabilities: Clinical and Research Applications. *Journal on Developmental Disabilities*, 11(1), 1–16.
18. Pintar, Ž. (2018). Roditeljstvo u otporu. *Školski vjesnik*, 2, 287–298.
19. Profaca, B. i Arambašić, L. (2004). Upitnik izvora i intenziteta roditeljskog stresa. *Suvremena psihologija*, 7(2), 243–260.
20. Raguž, A. (2016). *Socijalna podrška i uvjerenja o traženju stručne pomoći kod roditelja djece s teškoćama u razvoju*. Diplomski rad. Sveučilište u Rijeci, Filozofski fakultet.
21. Repalust, M. (2017). *Iskustva roditelja djece s teškoćama u razvoju te razvojnim i socijalnim rizicima vezanima uz ranu intervenciju u Međimurskoj županiji*. Diplomski rad. Sveučilište u Zagrebu, Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet.

22. Rusu, P. (2019). Stres i otpornost unutar obitelji. U N. Lisak i S. Alimović (Ur.), *PRI-RUČNIK ZA RODITELJE Building Bridge: Promoting wellbeing for family*. Suceava: Iasi: Lumen.
23. Sarimski, K., Hintermair, M. i Lang, M. (2013). Parent stress and satisfaction with early intervention services for children with disabilities - a longitudinal study from Germany. *European Journal of Special Needs Education*, 28(3), 362–373.
24. Smith, T. B., Oliver, M. N. I. i Innocenti, M. S. (2001). Parenting stress in families with children with disabilities. *American Journal of Orthopsychiatry*, 71, 257–261.
25. Vlah, N., Ferić, M. i Raguz, A. (2019). Nepovjerenje, spremnost i nelagoda roditelja djece s teškoćama u razvoju prilikom traženja socijalno-stručne pomoći. *Jahr: Europski časopis za bioetiku*, 10(1), 75–97.
26. Vundać, P. (2019). *Mehanizmi suočavanja sa stresom kod roditelja djece s teškoćama u razvoju*. Diplomski rad. Sveučilište u Zagrebu, Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet.
27. Whiting, M., Nash, A. S., Kendall, S. i Roberts, S. A. (2019). Enhancing resilience and self-efficacy in the parents of children with disabilities and complex health needs. *Primary health care research & development*, 20(33), 1–7.

TRENTNI POLOŽAJ DEFETTOLOGA U DRUŠTVU

CURRENT STATUS OF SPECIAL EDUCATORS IN SOCIETY

Hodžić Ivana, Begenišić Ognjen

Bosna i Hercegovina

SAŽETAK

Kako je naučnicima teško definisati defektologiju (edukaciju i rehabilitaciju) zbog njene transdisciplinarnosti nije ni čudo što su ljudi nedovoljno upoznati s njenim značenjem kao i stručnjacima koji se njome bave. Danas kada kažemo defektolog (edukator – rehabilitator) mislimo na različite profile, sposobnosti, kompetencije i koristi za djecu i odrasle s teškoćama u razvoju. I ne samo njih nego i sve ostale članove društvene zajednice (vršnjake, roditelje, prijatelje, porodicu, komšije, nastavnike...)

Međutim, postavlja se pitanje koliko je rad i saradnja s defektologom tabu tema današnjice i da li defektolozi (edukatori – rehabilitatori) uživaju ugled u našem društvu. Svjedoci smo da se unazad nekoliko godina promijenila struktura djece s kojom defektolozi rade, promijenio se pristup inkluzivnom obrazovanju te se pojavila velika heterogenost učenika s obzirom na njihove potrebe i zahtjeve. Tako se promijenio i način rada defektologa (edukatora – rehabilitatora). Ali, da li se promijenila svijest društva i prihvatanje ove struke kao izuzetno važne, potrebne i cijenjene u današnjem sistemu obrazovanja i odgoja djece.

Cilj ovog rada jeste prikazati trenutnu informisanost društva o zanimanju defektolog i njegovom opisu posla kao i spremnost na saradnju s defektologom (edukatorom – rehabilitatorom).

Ključne riječi: defektolog, saradnja, škola, teškoće u razvoju

ABSTRACT

As it is difficult for scientists to define defectology (education and rehabilitation) due to its transdisciplinary nature, it is no wonder that people are insufficiently familiar with its meaning as well as the experts who deal with it. Today, when we say defectologist (educator - rehabilitator), we mean different profiles, abilities, competencies and benefits for children and adults with disabilities. And not just them but also all other members of the social community (peers, parents, friends, family, neighbours, teachers ...) However, the question that arises is how much is the work and cooperation with a special educator, a taboo topic today, and whether special educators (educators - rehabilitators) enjoy a reputation in our society. We have witnessed that the structure of children special educators work with has changed in the last few years, the approach to inclusive education has changed and there has been a great heterogeneity of students with regard to their needs and requirements. As a result the way special educators (educators - rehabilitators) work has changed. But has the consciousness of society changed? Have they accepted this profession as extremely important, necessary and valued in today's system of education and upbringing of children?

The aim of this paper is to show the current knowledge of the society about the profession of special educator and their job description as well as the readiness to cooperate with a special educator (educator - rehabilitator).

Key words: special educator, cooperation, school, developmental difficulties

DEFEKTOLOG KAO DIO DRUŠTVENE ZAJEDNICE

Danas u svijetu preko pola milijarde ljudi ima probleme koje njihov život čine bitno težim od života ostalih ljudi. Ovoj ogromnoj grupi je neophodna posebna pomoć ili njega, odnosno specifičan tretman koji će im pomoći da iskoriste i do maksimuma razviju preostale sposobnosti, kako bi njihova radna sposobnost porasla, a život bio kvalitetniji.

Postoje zanimanja koja mogu biti obavljana prvenstveno ako si human čovjek.

Defektolog (edukator - rehabilitator) je jedno od takvih zanimanja. Defektolozima treba veoma razvijena empatija, vanserijsko strpljenje i želja da dio svog života posvete drugima. Također, potrebna je želja za nesebičnom pomoći i podrškom, kvalitetna komunikacija, uravnoteženost, posvećenost i mnogo ljubavi.

Defektologija je nauka koja ima široke grane. Grana se iz medicine u pedagogiju i na tom putu mnogo je stručnjaka koji predano rade. Međutim, postavlja se pitanje koliko je rad i saradnja s defektologom tabu tema današnjice i da li defektolozi (edukatori – rehabilitatori) uživaju ugled u našem društvu. Statistike ukazuju na pojavu sve većeg broja djece sa urođenim razvojnim smetnjama nastalim kao posljedica djelovanja različitih faktora rizika. Značajna je uloga defektologa u ranom otkrivanju, pravovremenom i tačnom dijagnostikovanju kao i uključivanju takve djece u rani rehabilitacioni tretman. Primjenom rehabilitacionih protokola smanjiće se, ublažiti ili potpuno otkloniti nastanak mogućeg hendikepa kao posljedice djelovanja faktora razvojne ometenosti.

Svjedoci smo da se unazad nekoliko godina promijenila struktura djece s kojom defektolozi rade, promijenio se pristup inkluzivnom obrazovanju te se pojavila velika heterogenost učenika s obzirom na njihove potrebe i zahtjeve. Tako se promijenio i način rada defektologa (edukatora – rehabilitatora). Ali, da li se promijenila svijest društva i prihvatanje ove struke kao izuzetno važne, potrebne i cijenjene u današnjem sistemu obrazovanja i odgoja djece.

Profesionalni identitet se gradi, njeguje, održava i štiti. Možemo se osvrnuti na zemlje u regionu i vidjeti da je građenje profesionalnog identiteta defektologa u Srbiji teklo uzlaznom putanjom decenijskim zalaganjem njenih stručnjaka u radu sa djecom, mladim i odraslim osobama sa smetnjama i poremećajima u ponašanju, da bi on bio doveden u pitanje u prethodnom periodu, od uvođenja inkluzivnog obrazovanja pa

nadalje. Uvođenje inkluzivnog obrazovanja nije doprinijelo unapređenju položaja i uloge defektologa kako bi se to moglo očekivati. Promoteri inkluzivnog obrazovanja nisu bili dovoljno upoznati sa tim šta sve takvo obrazovanje donosi, šta ono znači i koji su nužni preduслови za njegovo uvođenje.

Kao što se vidi, inkluzija je u društvu, medijima i u okviru samih akademskih krugova različito interpretirana, a postizanje i ostvarivanje inkluzivne prakse je još uvijek dinamičan i nezavršen proces. Inkluzija se takođe uglavnom tiče djece sa posebnim potrebama, iako Deklaracija iz Salamanke stavlja u pravi plan i zalaže se za različitost kao kvalitet. Stoga neki autori tvrde, ako je različitost kvalitet, onda bi inkluzivna edukacija trebala da se bavi različitim formama obrazovanja, a ne različitim postignućima iste forme edukacije.

Pregledi literature, sa analizom perspektiva i trendova istraživanja na ovom polju kažu da se većina literature zasniva na :

“istraživanju prakse i strategija sa ciljem poboljšanja akademskog znanja i vještina studenata i učenika sa specijalnim potrebama, u inkluzivnom kontekstu”.

Ovo može da ukazuje na to da edukacija učenika sa posebnim potrebama, bez obzira na to da li se naziva inkluzivna edukacija ili ne, postavlja i rješava pitanja na kvantitativan način, mjereći i procjenjujući u odnosu na “normalnog” učenika. Stoga, edukativna strategija “negativne edukacije” je paradoks sveobuhvatnom cilju inkluzivne edukacije. Dok god se mjeri ono što dijete nije u stanju da uradi, sama teorija i praksa nisu usmjereni ka inkluzivnoj edukaciji.

Rani napori specijalne edukacije u Evropi prema zbrinjavanju pojedinaca sa poremećajima u razvoju i sa hendikepima su tradicionalno bili usmjereni ka kompenzatornim aktivnostima, posebno za djecu sa senzornim poremećajima. Edukativni napori su bili usmjereni ka smanjivanju jaza između “abnormalnog” i “normalnog” te su bili povezani najviše sa medicinskom paradigmom, koristeći se medicinskim parametrima. U okviru ovog medicinskog modela, biološke i psihološke abnormalnosti se razmatraju kao pojedinačna pitanja i problemi. Hendikep se stoga razumije kao biološki i/ili psihološki faktor unutar pojedinca, objašnjen sa aspekta poteškoća i problema koje pojedinac doživljava.

S druge strane, Vigotski, jedan od najvećih autoriteta na polju specijalne edukacije i rehabilitacije, tvrdi da je edukacija učenika i djece sa poteškoćama i poremećajima razvoja kvalitativni problem, a ne kvantitativni:

“dijete, čiji je razvoj ometen i poremećen određenim defektom nije jednostavno dijete manje razvijeno u odnosu na svoje vršnjake. Prije će biti da je ono razvijeno drugačije, u kvalitativnom smislu. Dijete u svakoj fazi svog razvoja predstavlja kvalitativnu jedinstvenost, specifičnu organsku i fiziološku strukturu. Na apsolutno isti način, dijete sa hendikepom predstavlja kvalitativno različit, jedinstven tip razvoja”.

U suštini, vaspitno-odgojni rad defektologa (specijalnih edukatora) se zasniva na rad sa djecom i osobama sa poteškoćama i poremećajima razvoja, sa dosta specifičnosti i razlika u odnosu na rad sa djecom koja imaju uredan razvoj. Rad sa djecom sa posebnim potrebama i sa poremećajima razvoja zahtijeva posebnu metodiku podučavanja i vaspitanja, sa prilagođavanjem vaspitno-obrazovnog programa djeci, te sa drugačijom organizacijom nastave. Kod učenika sa urednim i normalnim razvojem, metodika je daleko uži i jednostavniji pojam, koncept i praksa, dok je metodika vaspitno-odgojnog rada sa djecom i učenicima sa poremećajima u razvoju širi pojam, sa većom kompleksnošću. Rad defektologa, ili specijalnog edukatora se ne ograničava samo na nastavu i podučavanje, već na kompletan proces rehabilitacije i podizanja samostalnosti i sposobnosti učenika koji ima posebne potrebe, ili koji spada u određenu ugroženu grupu te se ne može svesti u neke prosječne vrijednosti. Svi specijalni edukatori moraju da imaju adekvatno razvijene pedagoške i didaktičke metode u radu sa ovom djecom i učenicima, a samu metodiku rada i način edukacije i rehabilitacije određuju fiziološke i psihološke odlike samog učenika.

French i Chopra (2006) smatraju da specijalni edukator (defektolog) ima veliki broj uloga u procesu rehabilitacije i edukacije djece i učenika s teškoćama u razvoju:

- specijalni edukator je obavezan da vrši procjenu intelektualnih i drugih sposobnosti i karakteristika učenika i osoba sa posebnim potrebama, upotrebom formalnih i neformalnih metoda, analizom dokumentacije i bilo kojeg drugog izvora informacija, uz upotrebu svog iskustva pri procjeni,
- početna procjena učenika i osobe sa posebnim potrebama mora da bude upotpunjena redovnim praćenjem njegovog, ili njenog napretka tokom pružanja podrške pri rehabilitaciji i specijalnoj edukaciji, u skladu sa prihvaćenim standardima i protokolima,
- specijalni edukator treba da saraduje sa svim članovima koji učestvuju u rehabilitaciji i osposobljavanju učenika sa posebnim potrebama (pedagozi, psiholozi, drugi specijalni edukatori, itd.), posebno prilikom izrade individualnih programa za učenike sa posebnim potrebama,
- specijalni edukator treba da organizuje i izvodi nastavu individualno (sa pojedinim učenicima koja treba veća pažnja i trud kako bi se efikasno rehabilitovali) i u malim grupama, bilo u okviru učionice, ili van iste,
- specijalni edukator mora da bude osposobljen i spreman raditi i u većim grupama učenika, sa heterogenim sastavom, gdje postoje i učenici sa težim poremećajima razvoja,
- specijalni edukatori treba da budu spremni na tijesnu i blisku saradnju sa redovnim nastavnicima,
- specijalni edukator treba da pomaže pri prilagođavanju nastavnog plana i programa redovne nastave, kako bi se omogućila prava inkluzija (potpuna integracija)

učenika sa blažim poremećajima i manjim posebnim potrebama u redovne tokove nastave i školovanja,

- specijalni edukator treba da učestvuje u odabiru pravog i najadekvatnijeg nastavnog materijala i sredstava, te da pomaže pri dizajniranju istog, sa inovativnim elementima,
- specijalni edukator treba da pruža pomoć i daje savjete prilikom obuke drugih članova rehabilitacionog tima, pomoćnika u nastavi, itd.,
- specijalni edukator treba da bude otvoren za blisku saradnju sa porodicom učenika sa posebnim potrebama, kako bi se plan rehabilitacije i edukacije što efektivnije i efikasnije sproveo u djelo,
- specijalni edukator mora savjesno i odgovorno da obavlja svoje zadatke tokom izvođenja posebne edukacije, te da izrađuje, vodi i ažurira svu neophodnu dokumentaciju, koja služi za praćenje razvoja i napretka učenika sa posebnim potrebama, itd.
- Jasno je da defektolozi ili specijalni edukatori moraju imati razvijen set vještina. Ove vještine su *conditio sine qua non* za sprovođenje plana rehabilitacije učenika sa posebnim potrebama, a one obuhvataju:
 - visok stepen profesionalizma, odgovornosti i pouzdanosti pri radu sa učenicima sa posebnim potrebama,
 - prepoznavanje najpogodnijih modaliteta nastave, u skladu sa potrebama učenika,
 - sposobnost precizne procjene i evaluacije razvoja i napretka učenika,
 - dobro poznavanje svih elemenata savremenih modaliteta specijalne edukacije i nastave,
 - sposobnost analize specijalne nastave, prepoznavanja nedostataka iste, te mijenjanje i prilagođavanje nastave, kako bi se ista što bolje prilagodila potrebama učenika,
 - sposobnost, umijeće i razvijen set vještina za rad sa cijelim spektrom različitih poremećaja razvoja kod učenika sa posebnim potrebama.

CILJ I METODOLOGIJA

Cilj istraživanja bio je prikazati trenutnu informisanost društva o zanimanju defektolog i njegovom opisu posla kao i spremnost na saradnju s defektologom (edukatorom – rehabilitatorom).

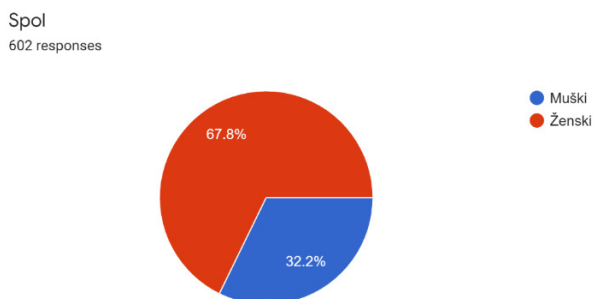
Način prikupljanja informacija bio je web upitnik koji je zbog svoje ekonomičnosti i dostupnosti postao jedna od vodećih metoda prikupljanja i obrade podataka.

Ciljna grupa bili su web korisnici koji ne rade u istoj ili sličnoj struci, različitog uzrasta i stručne spreme. Ukupno je bio 581 ispitanik.

Istraživanje je trebalo odgovoriti na nekoliko ključnih pitanja:

- Da li su ispitanici čuli za zanimanje defektolog (edukator – rehabilitator)
- Da li znaju čime se bavi defektolog (edukator – rehabilitator)
- Da li su upoznati radi li defektolog u školi koju pohađa njihovo dijete
- Da li bi pristali da sa njihovom djecom radi defektolog

U istraživanju je učestvovalo ukupno 581 ispitanika, od toga 67.8% ženskog spola i 32.2% muškog spola.



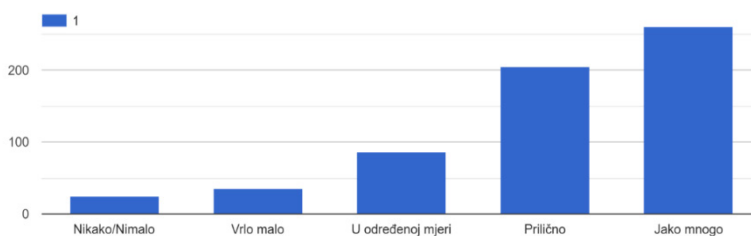
Prosječna starost ispitanika bila je 36 godina.

Visoku stručnu spremu imalo je 263 ispitanika dok je 318 ostalih (VŠS, SSS, NKV...)

REZULTATI

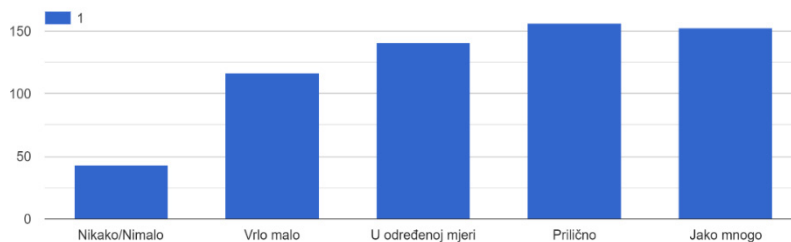
Ključno pitanje 1: Da li su ispitanici čuli za zanimanje defektolog?

Da li ste čuli za zanimanje defektolog (edukator - rehabilitator)



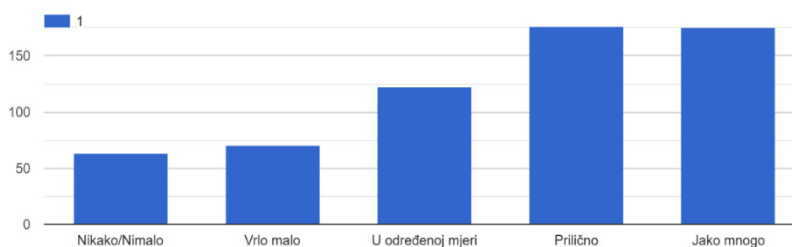
Nikako i vrlo malo: 56; U određenoj mjeri: 85; Prilično i jako mnogo: 440

Da li ste u medijima čuli za zanimanje defektolog (edukator – rehabilitator)



Nikako i vrlo malo: 160; U određenoj mjeri: 141; Prilično i jako mnogo: 280

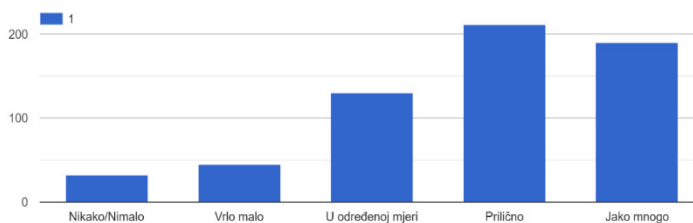
Da li ste upoznati sa tim da je defektologija (specijalna edukacija i rehabilitacija) zasebna nauka



Nikako i vrlo malo: 135; U određenoj mjeri: 122; Prilično i jako mnogo: 324

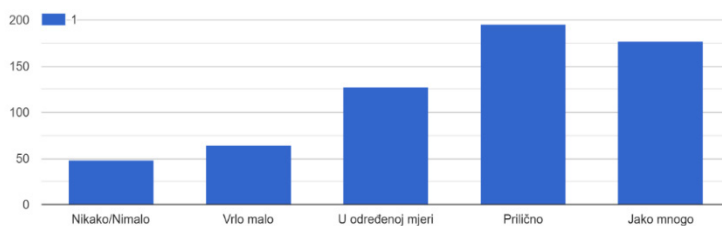
Ključno pitanje 2: Da li ispitanici znaju čime se bavi defektolog (edukator – rehabilitator)?

Da li ste upoznati čime se bavi defektolog (edukator – rehabilitator)



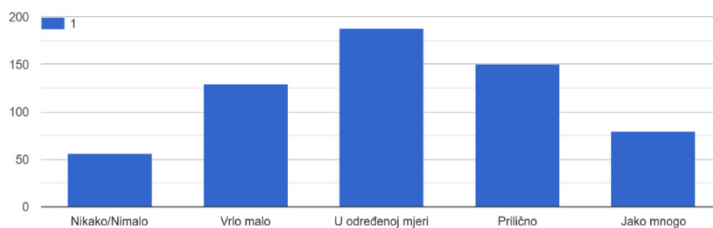
Nikako i jako malo: 78; U određenoj mjeri: 128; Prilično i jako mnogo: 375

Da li ste upoznati sa kojom populacijom ljudi/djece rade defektolozi (edukatori – rehabilitatori)



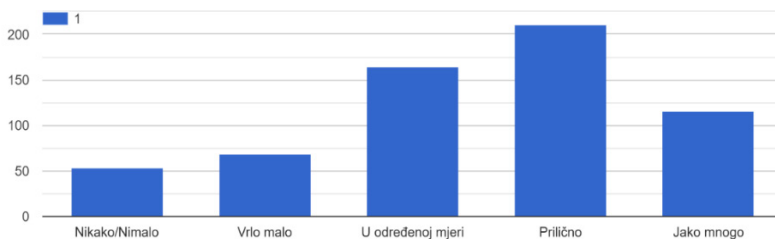
Nikako i jako malo: 112; U određenoj mjeri: 127; Prilično i jako mnogo: 324

Koliko znate o oblastima rada defektologa (edukatora – rehabilitatora)



Nikako i jako malo: 184; U određenoj mjeri: 185; Prilično i jako mnogo: 212

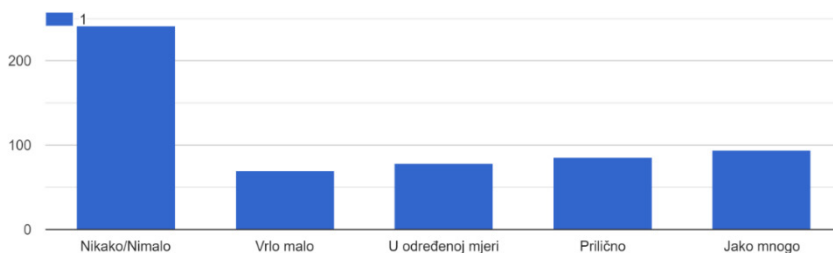
Da li znate u kojim ustanovama rade defektolozi (edukatori –rehabilitatori)



Nikako i jako malo: 123; U određenoj mjeri: 166; Prilično i jako mnogo: 292

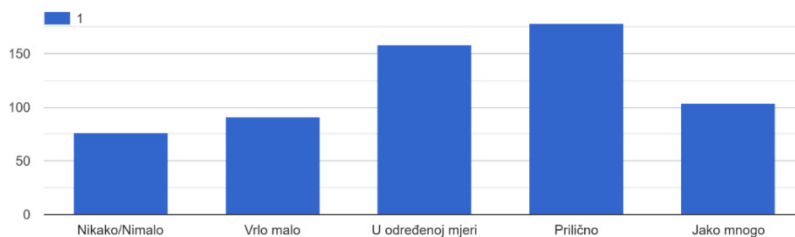
Ključno pitanje 3: Da li su ispitanici upoznati radi li defektolog (edukator – rehabilitator) u školi koju pohađa njihovo dijete?

Da li ste upoznati da li u školi koju pohađa Vaše dijete radi defektolog (edukator – rehabilitator)



Nikako i jako malo: 323; U određenoj mjeri: 78; Prilično i jako mnogo: 180

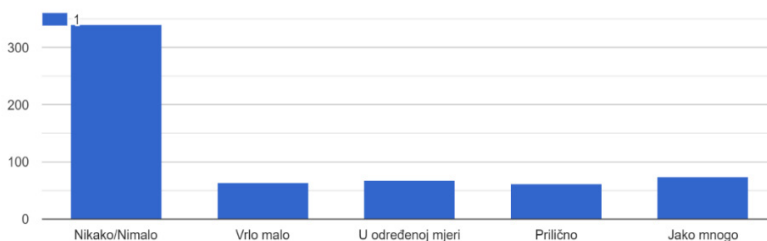
Da li ste upoznati s tim da defektolozi ne rade samo s djecom/odraslima s intelektualnom ometenošću



Nikako i jako malo: 167; U određenoj mjeri: 156; Prilično i jako mnogo: 258

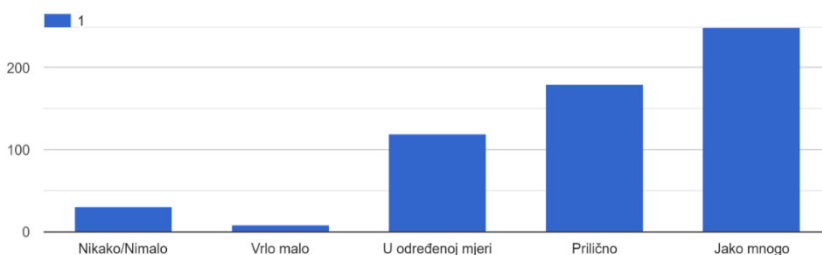
Ključno pitanje 4: Da li bi ispitanici pristali da sa njihovom djecom radi defektolog (edukator – rehabilitator)?

Da li ste imali saradnju sa defektologom (edukatorom- rehabilitatorom)



Nikako i vrlo malo: 250; U određenoj mjeri: 68; Prilično i jako mnogo: 123

Da li bi pristali da sa Vašim djetetom radi defektolog (edukator – rehabilitator)



Nikako i vrlo malo: 40; U određenoj mjeri: 120; Prilično i jako mnogo: 421

ZAKLJUČAK

Iako su ispitanici u velikoj mjeri čuli za zanimanje defektolog većina njihovih odgovora našla se između pozitivnih i negativnih parametara. To nam govori da se o defektologiji (edukaciji i rehabilitaciji) zna ali nedovoljno i ne onoliko koliko ta nauka zaslužuje da zauzme mjesto u našem društvu.

Posebno je važno informisati društvo o radu defektologa u školama i o potrebi za angažmanom defektologa (edukatora – rehabilitatora).

Na pitanje o saradnji s defektologom (edukatorom – rehabilitatorom) više od pola ispitanika odgovorilo je da nije imalo saradnju. To nam govori da su nedovoljno upoznati sa načinima i vrstama saradnje koje mogu ostvariti.

Nedovoljna informisanost društva o segmentima i širini rada defektologa dovodi do negativnih stavova prema ovoj struci ali i segregacije djece koja su uključena u neki vid rada s defektologom.

Istraživanje je pokazalo da se putem medija može vršiti veći uticaj na društvo i na taj način pružiti više informacija o vrstama tretmana koje pružaju defektolozi (edukatori – rehabilitatori).

LITERATURA

1. Amor, A.M. et al. (2018). International perspectives and trends in research on inclusive education: A systematic review. *International Journal of Inclusive Education*, 1(19)
2. Barton, L. (1997). Inclusive education: romantic, subversive or realistic? *International Journal of Inclusive Education*, 1(3)

3. Ćirić Lj., Slavnić S., (2011). Uvod u defektologiju, FASPER Beograd, Skripta 22.03.2011.god.,15-23.
4. Florian, L. & Black-Hawkins, K. (2011). Exploring inclusive pedagogy. *British Educational Research Journal*, 37(5)
5. French, N. K., & Chopra, R. V. (2006). Teachers as Executives. *Theory Into Practice*, 45(3)
6. G. Savić, M. Zotović (2011). *Značaj i uloga defektologa u ranom tretmanu djece sa smetnjama u razvoju*. Teslić: Seminar za defektologe Republike Srpske
7. Hodžić, S. (2017). *Smjernice za rad defektologa/edukatora – rehabilitatora u redovnoj osnovnoj školi*. Tuzla: OFF-SET Tuzla
8. M.Šćepanović (2019). *Položaj i uloga defektologa danas; Društvo defektologa Vojvodine, Novi Sad*
9. Skidmore, D. (1996). Towards an integrated theoretical framework for research into special educational needs. *European Journal of Special Needs Education*, 11(1)
10. Vygotsky L.S. (1993), *The collected works of LS Vygotsky, Vol 2: The fundamentals of defectology*. New York: Plenum

**IZRAŽENOST KOGNITIVNIH STILOVA UVJETOVANIH
KOCKANJEM KOD SREDNJOŠKOLACA NA PODRUČJU
GRADA ŽIVINICE**

**EXPRESSION OF COGNITIVE STYLES CONDUCTED BY
GAMBLING IN SECONDARY SCHOOL STUDENTS IN THE
TOWN OF ŽIVINICE**

Jahić Adela¹, Bijedić Meliha¹, Kuralić-Čišić Lejla¹, Hrnjić Almedina²,
Suljkanović Djedović Emina³

¹Univerzitet u Tuzli, Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet, Bosna i Hercegovina

²JU Dom zdravlja Živinice, Bosna i Hercegovina

³JU Osnovna škola "Klokotnica", Bosna i Hercegovina

SAŽETAK

Cilj rada je utvrditi razlikuju li se srednjoškolci u gradu Živinice u izraženosti kognitivnih stilova uvjetovanih kockanjem s obzirom na spol, dob i vrstu škole. Istraživanje je provedeno u na uzorku od 340 učenika oba spola (170 učenika i 170 učenica) u srednjim školama na području grada Živinice. Zastupljeni su učenici od 1-4 razreda, a dob ispitanika se kreće od 16 do 18 godina. Za potrebe istraživanja korištena su dva mjerna instrumenta: Zambardov upitnik vremenske perspektive eng. *Zimbardo Time Perspective Inventory* (ZTPI), (Zimbardo i Boyd, 1999), Međunarodni fond varijabli ličnosti (eng. *Internacional personality item pool-IPIP*) (Goldberg, 1999). Podaci su prikupljeni putem samoiskaza. Rezultati istraživanja pokazuju da je prosječna starosna dob muških ispitanika koji nisu igrali neku od igara na sreću 16,74 godine, dok su oni koji su igrali neku od igara na sreću u prosjeku stari 17,01 godinu. Od ukupno 112 učenika koji su se izjasnili da su igrali neku od igara na sreću, njih 85 ili 68,00% su učenici četverogodišnje strukovne škole, dok je 27 ili 60,00% učenici gimnazije. . Između ženskih učenika sklonih i onih koji nisu skloni kockanju dobivena je statistički značajna razlika u ekstraverziji, jednoj od petofaktorskih dimenzija ličnosti ($P < 0,05$).

Ključne riječi: kockanje, srednjoškolci, spol, vrsta škole.

ABSTRACT

The aim of this study was to determine whether high school students in the town of Živinice differ in the expression of cognitive styles conditioned by gambling with regard to gender, age and type of school. The research was conducted on a sample of 340 students of both sexes (170 boys and 170 girls) in high schools in the city of Živinice. Students from grades 1-4 are represented, and the age of the respondents ranges from 16 to 18 years. For the purposes of the research, two measuring instruments were used: Zambard's time perspective questionnaire eng. *Zimbardo Time Perspective Inventory* (ZTPI), (Zimbardo and Boyd, 1999), International Personality Item Pool (IPIP) (Goldberg, 1999). Data were collected through self-reports. The results of the research show that the average age of male respondents who did not play any of the games of chance is 16.74 years, while those who played any of the games of chance are on average 17.01 years old. Out of a total of 112 students who stated that they played one of the games of chance, 85 or 68.00% of them are students of a four-year vocational school, while 27 or 60.00% are high school students. . A statistically significant difference in extraversion, one of the five-factor dimensions of personality ($P < 0.05$), was obtained between female students prone and those who are not prone to gambling.

Key words: gambling, high school students, gender, type of school.

UVOD

Ranije se mislilo da se problemi povezani s kockanjem uglavnom odnose na populaciju odraslih. Međutim, sve veći broj istraživanja pokazuju da sva djeca i adolescenti imaju svojevrsan „mix“ faktora kako rizičnih tako i zaštitnih koji determiniraju vjerojatnoću da će nastati problem. Kockanje mladih i problemi srednjoškolaca generalno su vezani za prelazno razdoblje iz djetinjstva u odraslo doba praćeno brojnim tjelesnim, psihičkim, intelektualnim, emocionalnim, društvenim i duhovnim pojavama (Cian, 1988, Ninčević, 2009). Epidemiološki podaci ukazuju da se kockanje mladih, poput mnogih ponašanja u adolescenciji, događa na frekvencijskom kontinuumu, u rasponu od nesudjelovanja do eksperimentisanja, povremenog kockanja, redovitog kockanja do zaokupljenosti kockanjem s ozbiljnim posljedicama (Stinchfield i Winters, 1998., prema Winters i sar. 2002).

Postoji veliki broj definicija kockanja, no u svim definicijama ističu se neki zajednički elementi kao što su: 1) neizvjestan ishod igre, 2) nemogućnost kontrole ponašanja i 3) mogućnost pojave štetnih posljedica kockanja. Kockanje ili kocka zajednički je naziv za skup raznovrsnih igara, ponašanja i aktivnosti, koje uključuju ulaganje novca, uz rizik i nadu u očekivanje pozitivnog ishoda tj. igrač reskira i nadu da će povratiti uloženo ili dobiti više od toga (Koić i sur. 2009).

Ulaganje nečeg vrijednog u događaj koji može (ali i ne mora) rezultirati većim i povoljnijim ishodom (Petry, 2001). Svjesno i namjerno ulaganje vrijednosti (ne nužno novca) u ishod nekog događaja. Torre i Zoričić (2013) navode da se kockanje mladima doima privlačnim jer dovodi do snažnih uzbuđenja uz istovremenu mogućnost lake zarade novca, koji dovode do ostvarenja svih mladenačkih sanjarija. Danas većina ljudi kockanje vidi kao socijalno neprihvatljivo ponašanje rezervirano za marginalizirane skupine. Drugim riječima, kockanje je ulaganje nečeg vrijednog u događaj koji može rezultirati većim i povoljnijim ishodom (Petry, 2001., prema Dodig i Ricijaš, 2011).

Uslijed opće društvene prihvaćenosti kockanja, mladi odrastaju u društvu u kojem im je ta aktivnost dostupna i u kojem se igre na sreću u velikoj mjeri smatraju bezazlenom razonodom i zabavom. Iako je u gotovo svim razvijenim zemljama maloljetnim osobama zakonom zabranjeno sudjelovanje u kockarskim aktivnostima, istraživanja (Derevensky i Gupta, 2004.) pokazuju kako je veća prevalencija kockanja među mladima nego među odraslim osobama, što znači da mladi pronalaze načine da sudjeluju u kockarskim aktivnostima. S obzirom na učestalost i posljedice, kockanje najbolje možemo opisati kao kontinuum ponašanja od potpunog izostanka kockanja, preko društvenog i rizičnog, pa do problematičnog i patološkog kockanja. Današnje generacije djece i mladih odrastaju u vremenu u kojem su različite vrste kockanja izuzetno dostupne i slobodno reklamirane. Za razvoj problema uzrokovanih kockanjem važno je da ovo ulaganje bude kratkoročno, kako bi se mogao pojaviti i intenzivirati osjećaj pobuđenosti tokom iščekivanja ishoda. Unazad nekoliko godina svjedoci smo sve većem broju osoba koje razvijaju problemsko kockanje, a kao mogući uzroci navode

se sve veća dostupnost igara na sreću (Dodig i Ricijaš, 2011). Kockar je uvjetovan uzbuđenjem koje je povezano s kockanjem ili, pak, kockanje postaje način nošenja negativnim psihološkim stanjima.

Od jednake važnosti je i dob u kojoj djeca počinju sa kockanjem. Psiholozi Lesieur i Klein (1987., prema Thompson, Pinny i Schibrowsky, 1996) navode da djeca problematičnih kockara imaju veliku šansu da i sami postanu problematični kockari.

Torre i Zoričić (2013) navode sljedeće crte ličnosti kao predispozicijske uzročnike rizika za nastanak ovisnosti o kockanju kod mladih koji kockaju:

- nepodnošljivost neugodnih emocionalnih stanja i opća preosjetljivost,
- nemotiviranost i nemar za nadzor nad vlastitim ponašanjem,
- niska tolerancija na frustraciju, impulzivnost i naprsitost,
- izražena potreba za podražajima i uzbuđenjima uz istodobnu nisku sposobnost za odgodu, čekanje i podnošenje dosade,
- nedostatak socijalnih alternativnih vještina za postizanje osjećaja ispunjenja identiteta.

Kockanje adolescenata, ali i odraslih se poput ostalih rizičnih ponašanja nalazi na kontinuumu te u skladu s tim razlikujemo i nekoliko tipova kockara (Fong, 2005):

Društveni kockari, većina odraslih i adolescenata koji kockaju čine to na društvenoj bazi i ne podliježu dugoročnim problemima vezanim uz kockanje. Kockanje traje određeno vrijeme, uz unaprijed određene prihvatljive gubitke.

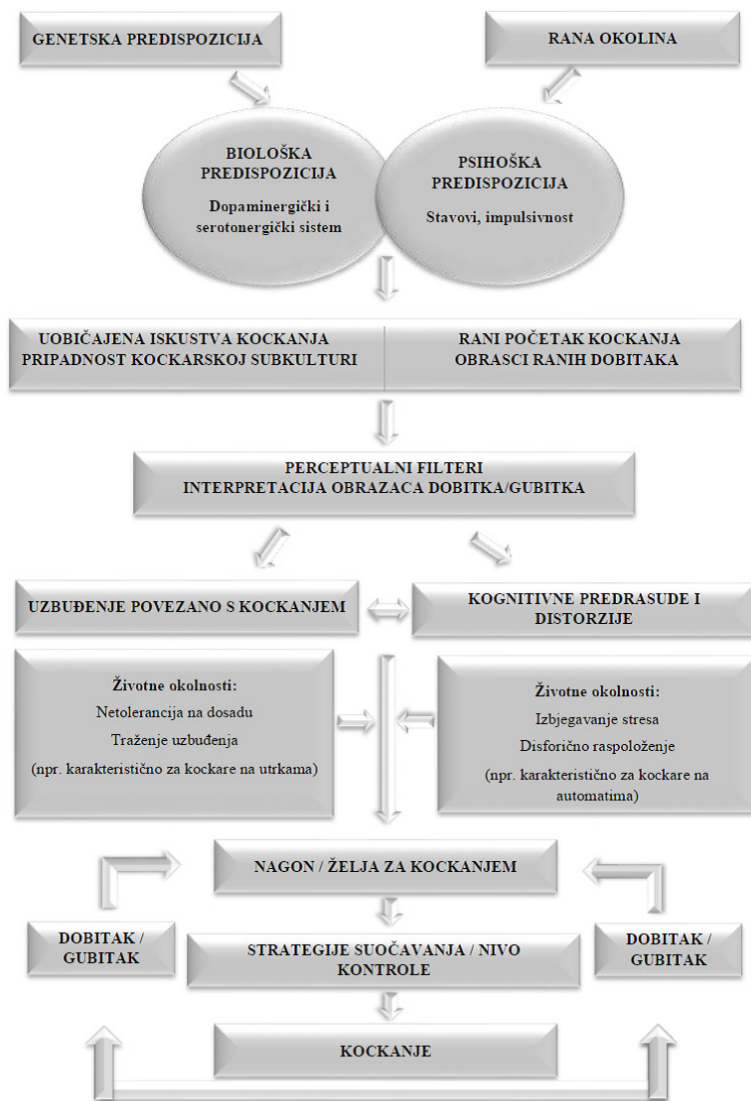
Rizični kockari-oni koji kockaju unatoč manjim problemima. Riječ je o populaciji u riziku jer kockanje počinje dominirati kvalitetom života osobe, ali još uvijek ne dovodi do težih oštećenja.

Patološki kockari-pokazuju uporno i povremeno neprilagođeno ponašanje koje ometa osobni, roditeljski ili profesionalni život. Odnosno, oni nastavljaju s kockanjem unatoč negativnim posljedicama. Kako su igre na sreću aktivnosti koje na tržištu imaju širok raspon modaliteta prilagođenih igračima i njihovim potrebama, za pretpostaviti je da je intenzivnije uključivanje u jednu kockarsku aktivnost obilježeno intenzivnijim igranjem i drugih igara, što potvrđuju i istraživanja (Dodig, 2013).

Kao rizični faktori za razvoj problematičnog kockanja navode se i kognitivne distorzije, pa tako postoje tri vrste kognitivnih distorzija koje su identificirane kod osoba uključenih u kockarske aktivnosti: prvo, kockari su skloni iluziji kontrole, odnosno vjerovanju da oni sami mogu uticati na željene ishode kockanja, drugo kockari procjenjuju ishode kockanja na pristran način pripisujući dobitke svojim vlastitim sposobnostima, a gubitke lošoj sreći, i treće kockari pogrešno razumiju prirodu slučajnosti vjerujući da su objektivno nezavisni događaji međusobno povezani (Milton, 2006). Konkretno kognitivne distorzije koje su najčešće prisutne kod mladih, prema Wood i Griffiths (2002) su vjerovanje da će nastaviti dobijati ukoliko su do sada imali seriju dobitaka, ali i vjerovanje kako će im određeni rituali u ponašanju pomoći u pobjedi.

Biopsihosocijalni model kako napominje Dodig (2013) razvio je Sharpe (2002) s ciljem integracije dosadašnjih saznanja u model (Shematski prikaz 1) koji je empirijski moguće testirati, te koji bi bio temelj budućih istraživanja problematičnog kockanja. Isti autor u kreiranju sveobuhvatnog modela polazi od pretpostavke da postoje određene predispozicije za razvoj problema vezanih uz kockanje, te ih dijeli u dvije grupe:

- biološku (promjene u neurotransmiterima) i
- psihološku (npr. impulsivnost).



Shematski prikaz 1. Biopsihosocijalni model patološkog kockanja (Dodig, 2013)

Cilj istraživanja je utvrditi razlikuju li se srednjoškolci u gradu Živinice u izraženosti kognitivnih stilova uvjetovanih kockanjem s obzirom na spol, dob i vrstu škole;

U istraživanju se pošlo od pretpostavke da postoje razlike u kockarskim aktivnostima među srednjoškolcima u općini Živinice s obzirom na spol na način da mladići kockaju intezivnije i učestalije kod starijih učenika i učenika strukovne škole.

METODE

Uzorak ispitanika

Istraživanje je provedeno u aprilu i maju 2016. godine na uzorku od 340 učenika oba spola (170 učenika i 170 učenica) u srednjim školama u općini Živinice (Medicinska škola, Elektrotehnička škola i J.U. Gimnazija Živinice). Zastupljeni su učenici od 1-4 razreda, a dob ispitanika se kreće od 16 do 18 godina od 1 do 4 razreda.

Mjerni instrumenti

Za potrebe istraživanja korišteni su sljedeći instrumenti:

Zambardov upitnik vremenske perspektive eng. *Zimbardo TimePerspective Inventory* (ZTPI), (Zimbardo i Boyd, 1999) za muški i ženski spol.

Instrument (ZTPI) se sastoji od pet različitih subskala, od kojih svaka predstavlja jednu koherentnu vremensku dimenziju. Instrument se sastoji od pet faktora vremenske perspektive: 1) prošlost-negativna, 2) prošlost-pozitivna, 3) sadašnjost-hedonistička, 4) sadašnjost-fatalistička, 5) budućnost. Dosadašnja istraživanja koja su u svojem središtu imala odnos vremenske perspektive i rizičnih ponašanja, te s druge strane ponašanja usmjerenih prema zdravlju pokazala su kako su značajne samo perspektive sadašnjosti i budućnosti (Henson i sar., 2006., Keough i sur., 1999., prema Zimbardo i Boyd, 1999).

Međunarodni fond varijabli ličnosti (eng. *Internacional personality item pool-IPIP*) za muški i ženski spol (Goldberg, 1999).

Goldbergov IPIP - 100 (Međunarodni fond varijable ričnosti) je upitnik ličnosti zasnovan na Big Five modelu ličnosti. Sadrži 100 čestica, po 20 za svaku od Big Five dimenzija: ekstroverziju, ugodnost, savjesnost, neuroticizam i intelekt. Zadatak sudionika je procijeniti na skali od pet nivoa (Potpuno netačno; Uglavnom netačno; Niti tačno niti netačno; Uglavnom tačno; Potpuno tačno) koliko tvrdnja u svakoj pojedinoj varijabli odgovara njegovom samoopisu. Korišten je i instrument za mjerenje iskripljavanja odgovora. Sadrži 43 varijable od kojih je 21 preuzeta iz L-skale Eysenckovog upitnika ličnosti a 22 iz Paulhusovog BIDR-a, upitnika koji operacionalizira Paulhusov model iskripljavanja odgovora na upitnicima ličnosti. Upitnik je usmjeren za procjenu

ponašanja srednjoškolaca i njihove uključenosti u kockarske aktivnosti. Popunjavanjem anketnog upitnika nema tačnih i netačnih odgovora, nego se nastoji ispitati mišljenje i iskustvo mladih u srednjoj školi. Anketni upitnik IPIP ima 27 pitanja. Zaslužan za konceptualizaciju BigFive modela bio je Goldberg (1999) koji je jednako tako zaslužan i za njegovu popularizaciju. Faktore, koji se tradicionalno obilježavaju brojevima, Goldberg je nazvao na slijedeći način: (I) Ekstraverzija ili Surgencija; (II) Ugodnost ; (III) Savjesnost ili Pouzdanost; (IV) Emocionalna stabilnost (V) Kultura ili Intelekt. Faktori velepetorog modela ličnosti predstavljaju ličnost u najopćenitijoj i najapstraktnijoj razini, a svaka od pet dimenzija uključuje veliki broj specifičnih karakteristike ličnosti. Istraživanja ovog modela pokazuju da dobivenih 5 faktora ovim modelom na samo da su odraz temeljenih dimenzija ličnosti na konceptualnoj, već su isto tako odraz dimenzija na ponašajnoj razini.

Način prikupljanja i obrade podataka

Podaci su prikupljeni na način da su učenici popunjavali upitnike, putem samoiskaza. Svi rezultati su prikazani poštujući princip anonimnosti, a prethodno je dobivena pismena suglasnost i roditelja djece, a i od menadžmenta škola u kojima su prikupljeni podaci.

Istraživanje se provodilo u skladu s etičkim kodeksom istraživanja s djecom, a korištena metoda samoiskaza po principu „papir-olovka“. Prije ispunjavanja anketnog upitnika učenici su bili upoznati s time da je sudjelovanje u istraživanju u potpunosti dobrovoljno i anonimno, te da će dobiveni podaci istraživanjem biti korišteni u istraživačke svrhe. Podaci dobiveni ovim istraživanjem obrađeni su metodama parametrijske i neparametrijske statistike odnosno metodama deskriptivne statistike.

REZULTATI ISTRAŽIVANJA I DISKUSIJA

U cilju utvrđivanja osobina ličnosti koristimo dimenzije ličnosti i tvrdnje koje ih prezentiraju su ekstraverzija, ugodnost, savjesnost, emocionalna stabilnosti intelekt.

Tabela 1. Osobine ličnosti muških učenika

OSOBI NE LIČNOSTI	Nisu skloni kockanju	Skloni kockanju	P
	$\mu \pm \sigma$	$\mu \pm \sigma$	
Ekstraverzija	30,13 \pm 4,48	29,57 \pm 3,92	0,548
Ugodnost	29,91 \pm 4,15	29,19 \pm 3,78	0,416
Savjesnost	30,31 \pm 4,24	30,04 \pm 4,22	0,772
Emocionalna stabilnost	30,41 \pm 5,25	30,08 \pm 4,08	0,746
Intelekt	30,16 \pm 5,29	29,51 \pm 4,14	0,532

Tabela 2. Osobine ličnosti ženskih učenika

OSOBI NE LIČNOSTI	Nisu skloni kockanju	Skloni kockanju	P
	$\mu \pm \sigma$	$\mu \pm \sigma$	
Ekstraverzija	32,88 ± 6,32	30,07 ± 5,37	0,038
Ugodnost	30,65 ± 6,22	30,88 ± 5,43	0,865
Savjesnost	31,85 ± 6,27	30,73 ± 5,79	0,426
Emocionalna stabilnost	31,88 ± 7,21	30,88 ± 6,46	0,526
Intelekt	33,08 ± 6,67	32,37 ± 5,71	0,620

Između ženskih učenika sklonih i onih koji nisu skloni kockanju dobivena je statistički značajna razlika u ekstraverziji, jednoj od petofaktorskih dimenzija ličnosti ($P < 0,05$). Prepoznavanje individualnih razlika bitno je za predviđanje ponašanja drugih u određenim društvenim situacijama i kontroliranje ishoda tih ponašanja. Ključni pridjevski markeri za ekstraverziju su društven, druželjubiv, pričljiv, asertivan, otvoren, pustolovan. Prema dobijenim rezultatima, učenici koji nisu skloni kockanju imaju veći prosječan rezultat kod ove osobine ličnosti za razliku od učenika koji su skloni kockanju. Instrument se sastojao od varijabli namijenjenih ispitivanju pet velikih dimenzija ličnosti (Goldberg, 1999).

Ekstraverzija ili surgencija podrazumijeva kvantitet i intenzitet interpersonalnih interakcija, pozitivnu emocionalnost, uzbuđenje, dominirajući stav. Ovu dimenziju opisuju s jedne strane elokventnost, izraženu aktivnost, a s druge strane povučenost, otuđenost, i izražena šutljivost. Primjer ove varijable "Nije mi neugodno što sam u centru pažnje".

U daljem dijelu rezultata istraživanja biće opisane razlike između učenika koji kockaju prema vrsti škole i spolu.

Tabela 3. Učestalost kockanja kod muških učenika prema vrsti škole

Vrsta škole	Da li ste ikada igrali neku od igara na sreću?					
	Ne		Da		Ukupno	
	f	%	f	%	f	%
Četverogodišnja srednja škola	40	32,00	85	68,00	125	100,00
Gimnazija	18	40,00	27	60,00	45	100,00
Ukupno	58	34,12	112	65,88	170	100,00

$$\chi^2=0,942; df=1; p=0,332$$

Slijedom rezultata u gornjoj tabeli vidljivo je da od ukupno 58 učenika muškog spola koji se izjasnio da nikada nije igrao neku od igara na sreću, njih 40 ili 32,00 % su učenici četverogodišnje strukovne škole i 18 ili 40,00 % su učenici gimnazije.

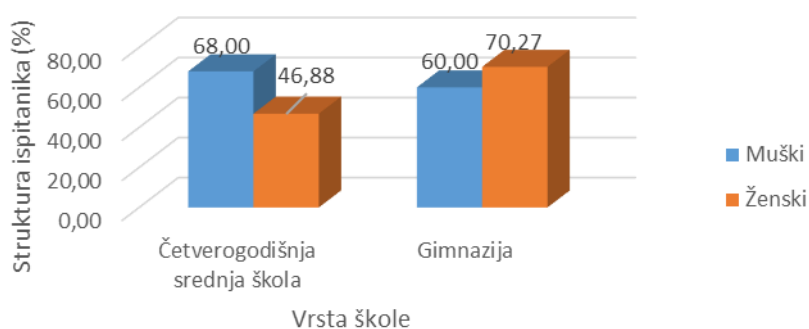
Od ukupno 112 muških učenika koji su se izjasnili da su igrali neku od igara na sreću, njih 85 ili 68,00% su učenici četverogodišnje strukovne škole, dok je 27 ili 60,00% učenici gimnazije.

Tabela 4. Učestalost kockanja kod ženskih učenika prema vrsti škole

Vrsta škole	Da li ste ikada igrali neku od igara na sreću?					
	Ne		Da		Ukupno	
	f	%	f	%	f	%
Četverogodišnja srednja škola	51	53,13	45	46,88	96	100,00
Gimnazija	22	29,73	52	70,27	74	100,00
Ukupno	73	42,94	97	57,06	170	100,00

$$x^2=9,335; df=1; p=0,002$$

Rezultati u gornjoj tabeli pokazuju da od ukupno 73 učenice kojese se izjasnile da nikada nisu igrale neku od igara na sreću, njih 51 ili 53,13 % su učenice četverogodišnje strukovne škole i 22 ili 29,73 % su učenice gimnazije. Od ukupno 97 učenica kojese se izjasnile da su igrale neku od igara na sreću, njih 45 ili 46,88 % su učenice četverogodišnje strukovne škole i 52 ili 70,27 % su učenice gimnazije. Izračunata vrijednost hi-kvadrat testa i pripadajuća p-vrijednost ($p=0,002$) je manja od 0,05 (5% nivoa značajnosti na kome je vršeno testiranje) upućuje na zaključak da postoji statistički značajna povezanost između vrste škole i sklonosti kockanju kod učenica. To znači da je veći procenat učenica koje su se nekada kockale u gimnaziji u odnosu na četverogodišnju strukovnu školu. Grafički prikazano, sklonost kockanju prema spolu i vrsti škole izgleda ovako.



Grafikon 1. Struktura ispitanika sklonih kockanju prema spolu i vrsti škole

Nakon utvrđivanja učestalosti, odnosno sklonosti kockanju među u čenicima srednjih škola u odnosu na spol, u nastavku slijedi prikaz obilježja koji se odnose na starosnu dob.

Tabela 5. Prosječna starosna dob obzirom na spol i sklonost kockanju

SPOL ISPITANIKA	SKLONOST KOCKANJU		P
	Ne	Da	
Muški	16,74 ± 1,052	17,01 ± 0,982	0,102
Ženski	17,00 ± 1,014	16,81 ± 1,074	0,255
UKUPNO	16,89 ± 1,035	16,92 ± 1,028	0,773

Shodno rezultatima u gornjoj tabeli, možemo zaključiti da je prosječna starosna dob muških ispitanika koji nisu igrali neku od igara na sreću 16,74 godine, dok su oni koji su igrali neku od igara na sreću u prosjeku stari 17,01 godinu. Nadalje, može se kazati da je prosječna starosna dob ženskih ispitanika koji nisu igrali neku od igara na sreću 17,00 godina, dok su one koji su igrali neku od igara na sreću u prosjeku stare 16,81 godinu. Podaci su konzistentni sa drugim istraživanjima, kada je u pitanju koji procenat učenika srednjih škola je kockalo bar jedanput u životu je sljedeće prema Bijedić i saradnicima (2015) 70%.

Prikaz frekvencija s obzirom na vrstu škole o igranju pojedinih vrsta igara na sreću

U narednoj tabeli su prikazni rezultati koji pokazuju zastupljenost pojedinih kockarskih aktivnosti među učenicima srednjih škola na području općine Živinice.

Tabela 6. Prikaz frekvencija s obzirom na vrstu škole o igranju pojedinih vrsta igara na sreću

Red. Broj	KOCKARSKE AKTIVNOSTI	Četverogodišnja strukovna škola (130)		Gimnazija (79)		Z	P
		f	%	f	%		
1	Sportske kladionice (sportska prognoza, Toto 13 i sl)	113	86,92	35	44,30	6,57	0,000
2	Loto listići	103	79,23	36	45,57	5,00	0,000
3	TV Bingo	100	76,92	62	78,48	-0,26	0,794
4	Bingo u casinu	84	64,62	22	27,84	5,16	0,000
5	Jednokratni srečke (strugalica, srečke na otvaranje)	76	58,46	44	55,69	0,39	0,695
6	Igre na automatima (npr. Jednoruku Jack i slično)	66	50,77	25	31,64	2,70	0,007
7	Elektronski rulet (bez djelatelja žetona, tj. croupiera)	56	43,08	17	21,51	3,17	0,002

Red. Broj	KOCKARSKA AKTIVNOSTI	Četverogodišnja strukovna škola (130)		Gimnazija (79)		Z	P
		f	%	f	%		
8	Rrulet (sa djelatijem žetona, tj. croupierom)	47	36,15	15	18,98	2,63	0,008
9	Kartaške igre u casinu (poker, Black_jack i sl) s djelatijem	43	33,08	14	17,72	2,42	0,016
10	Virtualne utrke konja	39	30,00	14	17,72	1,98	0,048
11	Klađenje na različite izbore (npr. Oscar,Eurosong, izbor za Miss i sl.)	36	27,69	15	18,98	1,42	0,155
12	Internet kockanje (bilo koja igra za novac na internetu)	32	24,62	15	18,98	0,94	0,345
13	ON-line kockanje na Internetu bez novčanog uloga-virtualno (npr. Facebook i slično)	34	26,15	22	27,84	-0,27	0,789

Tako je među učenicima četverogodišnje strukovne škole najzastupljenija sportska kladionica, odnosno sportska prognoza, Toto 13 i drugo, (86,92% učenika se potvrdno izjasnilo), zatim slijede loto listići (79,23%) i TV Bingo (76,92%), Bingo u casinu (64,62%), Jednokratne srećke-strugalice i srećke na otvaranje (58,46%), Elektronski rulet-bez dijeljenja žetona, tj.croupiera (43,08%), Rulet-sa dijeljenjem žetona tj.croupierom (36,15%), Kartaške igre u casinu-poker-Black-jack i sl.(33,08%), Klađenje na različite izbore (npr.Oskar,Eurosong, i sl.), (27,69%), Internet kockanje-bilo koja igra za novac na Internetu, (24,62%), On-line kockanje na Internetu bez novčanog uloga-virtualno (26,15%).

Među učenicima gimnazije najzastupljeniji je TV Bingo (78,48%), zatim slijede jednokratne srećke (55,69%), loto listići (45,57%), sportske kladionice(44,30%), Igre na utomatima (31,64%), Bingo u casinu (27,84%), On-line kockanje na internetu bez novčanog uloga-virtualno(27,84%), Elektronski rulet (21,51%). Budući da, mediji sve više reklamiraju i ujedno potenciraju različite sportske kladionice, tako da se mladima svakodnevno pruža mogućnost svakodnevnog klađenja, jer su kladionice lahko dostupne i pristupačne. Kockanje adolescenata je danas rastući i značajan javno zdravstveni problem, jer mladi upravo predstavljaju skupinu najrizičniju za razvoj problema vezanih uz kockarske aktivnosti (Hing i sur.,2016). Adolescenti koji se druže sa devijantnim vršnjacima, manifestiraju veći broj problema u ponašanju. Stoga, nije iznenađujuće da će oni adolescenti koji se druže s vršnjacima koji kockaju, isto tako biti uključeni u problematično kockanje nekada u budućnosti. (Casey i sar., 2011). Langhinrichsen- Rohling i saradnici (2004) pronalaze kako su upravo podložnost i osjetljivost na vršnjački pritisak jedni od značajnijih faktora rizika za razvoj problema s kockanjem kod mladih. Može se zaključiti da je problematično kockanje određeno složenim skupom međusobno povezanih faktora uzroka, od bioloških odrednica i porodične historije pa sve do društvenih normi. (Messerlian i sar., 2005)

ZAKLJUČAK

Reklamiranje i dostupnost igara na sreću potiču zanimanje mladih za kockarske aktivnosti, ali pridonose općem raspoloženju da je kockanje veoma prihvatljiv oblik zabave. Problematično kockanje nije samo emocionalni, fizički ili ekonomski problem za pojedinca. Problematični kockari su manje produktivni učenici, radnici i članovi porodice. Ne smijemo zanemariti činjenicu da današnja generacija mladih odrasta u okruženju u kojem je kockanje široko prihvaćena i promotivna aktivnost. Iz prikazanih rezultata jasno proizilazi kako je aktivnosti i napore veoma važno i potrebno usmjeriti prema poduzimanju konkretnih preventivnih mjera i kreiranju tretmanskih programa za populaciju srednjoškolaca. Dakle, odgovarajuća edukacija s ciljem poticanja prosocijalnih ponašanja, jačanje socijalno-emocionalnih vještina, kvalitetne škole. Preventivni rad s mladima i na fakultetima dao bi pozitivne rezultate u razvoju mladih, gdje bi im se, radeći njihovom pouzdanju usadile pozitivne vrijednosti tako da ne bi lahko pali pod utjecaj drugih vršnjaka, okruženja i utjecaja masovnih medija.

LITERATURA

1. Bijedić, M., Kuralić-Čišić, L., Kovačević, R., Vardo, E. (2015). Obilježja kockanja srednjoškolaca u Tuzli i Sarajevu, Izvještaj o rezultatima istraživanja, Edukacijsko rehabilitacijski fakultet Univerziteta u Tuzli, Tuzla.
2. Casey, D., M., Williams, R., J., Mossière, A., M., Schopflocher, D., P., el-Guebaly, N., Hodgins, D., C., Smith G., J., Wood, R., T. (2011): The role of family, religiosity, and behavior in adolescent gambling. *Journal of Adolescence*, 34: 841 - 851.
3. Cian, L.(1988). *Adolescenti e giovani sulla strada della vita*. Roma: LAS.
4. Derevensky, J.L., Gupta, R. & Della Cioppa, G. (2004). A Developmental Perspective of Gambling Behavior in Children and Adolescents. *Journal of Gambling Studies*, 12 (1), 49-66.
5. Dodig, D., Ricijaš, N. (2011a). Obilježja kockanja zagrebačkih adolescenata. *Ljetopis socijalnog rada*, 18 (1), 103-125.
6. Dodig, D., Ricijaš, N. (2011b). Kockanje zagrebačkih adolescenata-uloga psihopatskih osobina, rizičnog i delinkventnog ponašanja. *Kriminologija i socijalna integracija*, 19 (2), 45-55.
7. Dodig, D.(2013a). Obilježja kockanja mladih i odrednice štetnih psihosocijalnih posljedica. *Doktorska disertacija*. Zagreb: Studijski centar socijalnog rada Sveučilište u Zagrebu.
8. Dodig, D. (2013b). Izazovi procjene i odrednice izraženosti psihosocijalnih posljedica kockanja adolescenata. *Kriminologija i socijalna integracija*, 21 (2), 1-14.
9. Fong, W.T. (2005). *Pathological Gambling in Adolescents: No Longer Childs Play*. *Adolescent Psychiatry: Developmental and Clinical Studies*.

10. Goldberg, L. R. (1999). *A Broad-Bandwidth, Public Domain Personality Inventory Measuring the Lower- Level Facets of Several Five-Factor Models*.
11. Hing, N., Russell, A., Tolchard, B., Nower, L. (2016): Risk factors for gambling problems: an analysis by gender. *Journal of Gambling Studies*, 32(2), 511-534.
12. Koić, E., Đorđević, V., Filaković, P., Nađ, S. (2009): "Alea lacta Est", A Case Series Report of Problem and Pathological Gambling, *Collegium Antropologium*, 33(3), 961-971.
13. Langhinrichsen-Rohling, J., Rohde, P., Seeley, J., R., Rohling, M., L. (2004). Individual, family, and peer correlates of adolescent gambling. *Journal of Gambling Studies*, 20(1), 23-46.
14. Messerlian, C., Derevensky J., Gupta, R. (2005). Youth Gambling Problems: A Public Health Perspective. *Health Promotion International*, 20 (1), 69 - 79.
15. Milton, S. (2006). Addictions without substance series: The conundrums of gambling. *Drugs and Alcohol Today*, 6 (3), 37 - 41.
16. Ninčević. M. (2009). Izgradnja adolescenskog identiteta u današnje vrijeme, *Odgojne znanosti*, 11(1), 119-141.
17. Petry, N.M. (2001). Substance Abuse, Pathological Gambling and Impulsiveness. *Drug and Alcohol Dependence*, 63: 29-38.
18. Sharpe, L. (2002). A Reformulated Cognitive-behavioral Model of Gambling: A Biopsychosocial Perspective. *Clinical Psychology Review*, 22: 1-25.
19. Thompson, W.N. Pinney, K.N. Schibrowsky, J.A.(1996). The family that gambles together; business and social concerns. *Journal of travel research*, 34: 70-74.
20. Torre, R., Zorčić, Z. (2013). *Kockanje i klađenje od zabave do ovisnosti*. Zagreb, Hrvatski savez klubova lijčenih alkoholičara.
21. Winters, K.C. Stinchfield, R.D., Kim, L.C.(2002). Monitoring adolescent gambling in Minnesita. *Journal of Gambling Studies*, 11: 165-183.
22. Wood, R., T., Griffiths, M., D. (2002). Adolescent perceptions of the National Lottery and scratchcards: A qualitative study using group interviews. *Journal of Adolescence*, 25 (6), 655 - 668.
23. Zimbardo, P.G. and Boyd, J.N. (1999). Putting time in perspective: A valid, reliable individual-differences metric. *Journal of Personality and Social Psychology* 77(6) 1271-128.

LOGOPEDSKA TERAPIJA KOD DJECE SA OBOSTRANIM RASCJEPOM GORNJE USNE - PRIKAZ SLUČAJA

LOGOPEDIC THERAPY FOR CHILDREN WITH CLEFT UPPER LIP ON BOTH SIDES - CASE REPORT

Jakšić Jelena¹, Čalasan Slađana²

¹ OŠ „Sveti Sava“, Zvornik, Bosna i Hercegovina

² Medicinski fakultet Foča, Univerzitet Istočno Sarajevo, Foča, Bosna i Hercegovina

APSTRAKT

Kod djece s rascjepom usne i/ili nepca postoji veći rizik za kašnjenjem u razvoju govora i jezika u odnosu na njihove vršnjake tipičnog razvoja. Istraživanja su pokazala da djeca sa rascjepima vokalizuju jednako često kao i djeca tipičnog razvoja, ali su uočene razlike u složenosti ranih vokalizacija, produkciji konsonanata i vremenu pojavljivanja prve riječi. Cilj rada bio je da se prikaže logopedska terapija kod dječaka sa bilateralnim/obostranim rascjepom gornje usne. Dječak uzrasta od četiri godine dolazi na pregled kod logopeda. Na osnovu heteroanamneze sa majkom i uvida u zdravstvenu dokumentaciju dobijeni su sljedeći podaci. Obostrani rascjep gornje usne kod dječaka prvi put je otkriven još u majčinoj utrobi, ultrazvučnim pregledom. Po rođenju je hranjen pomoću šprice u trajanju od četiri do pet mjeseci, a kasnije je postepeno uvođena flašica i čvrsta hrana. Prvi operativni zahvat korekcije rascjepa usne izvršen je na uzrastu od godinu dana, a tri godine kasnije i drugi. Obje operacije protekle su uredno. Dijete razumije većinu verbalnih naloga i izvršava ih, ali je njegov govor nerazumljiv za širu socijalnu sredinu. Preporučeno je i sproveden intenzivan logopedski tretman. Govor djece s rascjepom usne i/ili nepca često je karakterisan poremećajem rezonancije, artikulacije i fonacije. Ta tri aspekta mogu negativno uticati na cjelokupnu razumljivost govora, ali i na socijalne vještine i emocionalni razvoj djeteta. Usljed navedenog, može se zaključiti da razumljiv govor predstavlja primarni zajednički cilj hirurških intervencija i logopedske terapije.

Ključne riječi: logopedska terapija, rascjep usne, rascjep nepca

ABSTRACT

Children with cleft lips and/or palate, have a greater risk in delaying the development of speech and language in relation to their peers in their typical growth. Research has shown that children with cleft lip vocalize as often as all other children of typical growth, but differences are observed in the complexity of early vocalization, pronunciation of consonants and the time required for pronunciation of the first word. The aim of the work was to show logopedic therapy with boys who have bilateral/both sides cleft upper lips. A boy, age of four, came to an examination with speech therapist. Based on heteroanamnesis done with the mother and his medical record, the following data were obtained. The cleft upper lip on both sides was first discovered in the mother's uterus, by an ultrasound examination. Since birth he was fed by syringe, in duration of four to five months, and milk and solid food was introduced gradually. The first operational procedure, correction of the cleft lips, was performed at the age of one, and the second one, three years later. Both operations went in order. Child understands most of the verbal orders and executes them, but his speech is incomprehensible for the wider social environment. It was recommended and

implemented intense logopedic therapy. The pronunciation of children with cleft lips and/or palate is often characterized by the disorder of the resonance, articulation and phonation. These three aspects may negatively affect the entire understanding of speech, and also on social skills and emotional growth. Due to the above, it can be concluded that understandable speech is the mutual primary aim of surgical interventions and logopedic therapy.

Keywords: logopedic therapy, cleft lips, cleft palate

UVOD

Kod djece sa rascjepom usne i/ili nepca postoji veći rizik za kašnjenjem u razvoju govora i jezika u odnosu na njihove vršnjake tipičnog razvoja. Istraživanja su pokazala da djeca sa rascjepima vokalizuju jednako često kao i djeca tipičnog razvoja, ali su uočene razlike u složenosti ranih vokalizacija, produkciji konsonanata i vremenu pojavljivanja prve riječi (Scherer, Williams & Proctor-Williams, 2008). Govor djece s rascjepom nepca često je karakterisan poremećajem rezonancije, artikulacije i fonacije. Ta tri aspekta mogu negativno uticati na cjelokupnu razumljivost govora, ali i na socijalne vještine i emocionalni razvoj djeteta (Schuster et al., 2006). Stoga razumljiv govori predstavlja primarni cilj svih hirurških i terapijskih intervencija, odnosno kvaliteta saniranja rascjepa proporcionalan je kvalitetu govora.

Budući se usna i nepce formiraju u različito vrijeme, rascjep može zahvatiti usnu, nepce ili su rascjepom zahvaćeni i usna i nepce (Jašić i sar., 2014). Rascjepi koji zahvataju samo usnu češći su kod muškog, a rascjepi nepca kod ženskog pola (Tinanoff, 2007). Kod rascjepa usne nakon operativnog zahvata obično nema većih govornih odstupanja. Ako postoje onda su to uglavnom odstupanja vezana za bilabijalne glasove koji nastaju komunikacijom gornje i donje usne (*p, b, m*). Osim bilabijalnih glasova, postoje i teškoće prilikom produkcije glasova iz grupe afrikata i frikativa, a u čijem obrazovanju takođe učestvuju usne (*š, ž, ć, č, dž, đ*). Kod rascjepa nepca, problemi s izgovorom glasova su nešto izraženiji. Bitno je naglasiti da su evidentirane poteškoće tokom razvoja govora kod djece s rascjepima slične onima kroz koje prolaze djeca tipičnog razvoja, međutim kod djece s rascjepima one su učestalije, jačeg intenziteta i otpornije na terapiju. Za uspješno liječenje djece s rascjepima usne i nepca od izuzetne je važnosti timski rad, koji podrazumijeva angažovanost pedijatra/neonatologa i maksilofacijalnog hirurga, otorinolaringologa, logopeda, ortodonta, anesteziologa, oralnog hirurga, stomatologa, psihologa i socijalnog radnika (Jašić i sar., 2014). Jedna od početnih dužnosti kraniofacijalnog tima je pružanje emocionalne podrške i pomoć pacijentu i porodici u što lakšem prevazilaženju problema (Nahai et al., 2005). Dembitz i Knežević (2010) ističu da napretkom medicine, unapređenjem rane intervencije, logopedске i ortodontske terapije, gotovo 80% djece s orofacijalnim rascjepom ostvaruje potpuno ili gotovo potpuno uredan govor.

PRIKAZ SLUČAJA

Dječak uzrasta od četiri godine dolazi na pregled kod logopeda. Na osnovu heteroanamneze sa majkom i uvida u zdravstvenu dokumentaciju dobijeni su sljedeći podaci. Obostrani rascjep gornje usne (*labium leporinum bilaterale*) kod dječaka prvi put je otkriven još u majčinoj utrobi, ultrazvučnim pregledom. Po rođenju je hranjen pomoću šprice u trajanju od četiri do pet mjeseci, a kasnije je postepeno uvođena flašica i čvrsta hrana. Prvi operativni zahvat korekcije rascjepa usne izvršen je na uzrastu od godinu dana, a tri godine kasnije i drugi. Obje operacije protekle su uredno. Na logopedskom pregledu dječak saraduje u domenima raspoloživih kapaciteta. Uspostavlja kontakt pogledom. Odgovara na pitanja kako se zove i koliko ima godina, kao i na pitanja: Ko? Šta? Gdje? Oralna praksija je nedovoljno dobro razvijena. Glasovi *p*, *b*, *m*, *s*, *z*, *c*, *š*, *ž*, *ć*, *č*, *đ*, *dž*, *lj*, *r* su distorzovani ili omitovani, što značajno utiče na razumljivost govora. Imenuje većinu predmeta koje svakodnevno koristi i ima rečenicu od dvije riječi. Razumije prijedloge na, ispod i iza. Izvršava dva verbalna naloga uz podsticaj. Motorički je spretan, baca i šuta ciljano loptu i hvata je. Samostalno se penje/silazi stepenicama, skače sastavljenih stopala. Kada je u pitanju socijalizacija, voli se igrati sa drugom djecom, saraduje u igri i inicira je. Zna imena svojih drugara. Lako se odvaja od roditelja.

Zbog velikog broja glasova maternjeg jezika koje dijete nepravilno izgovara, govor je nerazumljiv za širu socijalnu sredinu. Pored toga, raspolaže relativno malim brojem riječi za svoj uzrast. Stoga je preporučen i sproveden intenzivan logopedski tretman sa ciljem uspostavljanja pravilnog izgovora svih glasova maternjeg jezika i bogaćenja jezičkog fonda. Sa roditeljima je dogovoreno da dijete dovode na logopedski tretman dva do tri puta sedmično.

Logopedska terapija kod djece sa obostranim rascjepom usne ima za cilj da formira glasove koje dijete nema/omituje, kao i da iskoriguje supstituiscane i distorzovane glasove u mjeri koju dopušta prisutna anomalija govornih organa. Vježbe koje se koriste u terapiji moraju biti strogo individualizovane i prilagođene mogućnostima djeteta. Kod našeg djeteta krenuli smo prvo sa korekcijom bilabijalnih glasova (*p*, *b*, *m*). Za formiranje glasova važno je da se formira jedan glas, a zatim osobine tog glasa prenosimo i na ostale glasove iz iste glasovne grupe. Prvo smo dobili glas *b*, zatim *m*, i na kraju *p*. Sa uvježbavanjem izgovora jednog glasa istrajali smo sve dok dijete nije savladalo artikulaciono akustičke osobine tog glasa i usvojilo ga u potpunosti. Tek nakon postignute potpune automatizacije jednog glasa, prešli smo na formiranje sljedećeg. Kada smo dobili sve bilabijalne glasove, prešli smo na formiranje glasova iz grupe frikativa (*s*, *z*, *š*, *ž*) i afrikata (*c*, *č*, *ć*, *dž*, *đ*) koji su kod djeteta bili omitovani ili distorzovani. Glasovi ovih glasovnih grupa najteži su za usvajanje pa se i najkasnije formiraju u dječijem govoru. Mi smo išli sljedećim redosljedom: *s*, *z*, *š*, *ž*, *c*, *ć*, *đ*, *č*, *dž*, vodeći se razvojnom linijom po kojoj se glasovi javljaju. Formiranje glasova ovim redosljedom ne važi kao pravilo već se prilagođava mogućnostima djeteta. Da se

tokom tretmana desilo spontano javljanje nekog glasa van ovog redoslijeda, odmah bismo taj novi glas prihvatili i pomogli djetetu da ga usvoji. Pri formiranju glasova maksimalno smo koristili verbalne upute o položaju govornih organa i načinu protoka vazdušne struje uz propratnu vizuelnu podršku – korišćenje ogledala za posmatranje pravilnog pozicioniranja govornih organa, pri čemu je važno da terapeut sjedne pored djeteta kako bi dijete moglo vidjeti svoj i terapeutov odraz. Vježbe logomotorike, koje imaju za cilj poboljšanje motorne funkcije mišića orofacijalne regije, bile su neizostavan dio tretmana. Korišćene su i taktilne tehnike, npr. postavljanje jednog prsta na usne s ciljem osvještavanja bilabijalnog zatvaranja usana. Američka asocijacija za sluh i govor (ASHA, 2007) navodi važnost podizanja svijesti o oralnom protoku vazduha što se postiže uz pomoć jednostavnih igračaka namijenjenih za duvanje. Uz igru, važno je u duvanje postepeno uključivati proizvodnju glasova. U svrhu povećanja broja izgovorenih suglasnika/konsonanata i proširivanja rječnika djeteta pratili smo preporuke ove organizacije. Naime, kod djeteta mlađeg uzrasta ova se dva cilja nastoje postići simultano, pažljivim odabirom željenih riječi koje se najčešće odnose na ljude, igračke, odjeću i hranu, kao i na osnovne pridjeve, glagole i prijedloge. Riječi koje dijete uči moraju imati jednostavnu slogovnu strukturu i sadržavati one suglasnike koje je dijete već naučilo izgovarati a naknadno se uvode riječi sa novim suglasnicima.

Tokom tretmana ostvarili smo dobru saradnju sa roditeljima djeteta i obučili ih kako da u svakodnevnim situacijama optimalno podstiču govorno-jezički razvoj svog djeteta, posebno majku, jer ona i najveći dio vremena provodi sa djetetom. Dijete još uvijek dolazi na tretman, jer još uvijek nisu iskorigovani svi glasovi, ali je postignut očigledan napredak u razumljivosti govora djeteta, kao što je evidentan i porast broja riječi kojima dijete aktivno raspolaže. Moramo napomenuti da uspješna logopedska terapija zavisi prvenstveno od uspješnosti prethodno urađenih hirurških intervencija. Našoj terapiji prethodila su dva uspješno završena operativna zahvata korekcije rascjepa usne, što je sigurno uticalo na pozitivan ishod logopedskog tretmana.



Slika 1 i 2. Fotografije djeteta nakon urađene prve i druge hirurške intervencije korekcije rascjepa usne

ZAKLJUČAK

Govor djece s rascjepom usne i/ili nepca često je karakterisan poremećajem rezonancije, artikulacije i fonacije. Ta tri aspekta mogu negativno uticati na cjelokupnu razumljivost govora, ali i na socijalne vještine i emocionalni razvoj djeteta. Stoga razumljiv govor kod djeteta sa rascjepom usne i/ili nepca predstavlja primarni zajednički cilj hirurških intervencija i logopedске terapije. Iako postoje preporuke koje je poželjno ispoštovati i primijeniti u logopedskom radu sa djetetom sa rascjepom usne i/ili nepca, ujedno je potreban i strogo individualizovan pristup u tretmanu.

LITERATURA

1. American Speech-Language-Hearing Association. (2007). Childhood apraxia of speech [Position Statement]. Available from <http://www.asha.org/policy/ps2007-00277.htm>
2. Dembitz, A., & Knežević, P. (2010). Govor djece s orofacijalnim rascjepom. *Proizvodnja i percepcija govora: profesoru Damiru Horgi povodom njegovog sedamdesetog rođendana*, 49-57.
3. Jašić, M., Trifoni, N., Milevoj Ražem, M., Zupičić, B., & Kalagac Fabris, L. (2014). Epidemiološke karakteristike novorođenčadi s rascjepom usne i/ili nepca u općoj bolnici Pula u 10-godišnjem periodu (2003-2012). *Glasnik pulske bolnice*, 11(11), 34-37.
4. Nahai, F. R., Williams, J. K., Burstein, F. D., Martin, J., & Thomas, J. (2005, November). The management of cleft lip and palate: pathways for treatment and longitudinal assessment. In *Seminars in Plastic Surgery* (Vol. 19, No. 4, p. 275). Theme Medical Publishers.
5. Scherer, N. J., Williams, A. L., & Proctor-Williams, K. (2008). Early and later vocalization skills in children with and without cleft palate. *International journal of pediatric otorhinolaryngology*, 72(6), 827-840.
6. Schuster, M., Maier, A., Haderlein, T., Nkenke, E., Wohlleben, U., Rosanowski, F., ... & Nöth, E. (2006). Evaluation of speech intelligibility for children with cleft lip and palate by means of automatic speech recognition. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 70(10), 1741-47.
7. Tinanoff N. Cleft Lip and Palate, u: Kliegman et al. Nelson Textbook of Pediatrics, 18th ed: Saunders 2007, 1532-3.

**UZROČNO-POS LJEDIČNA VEZA EK RANIZACIJE,
ELEKTROMAGNETNIH/RADIOFREKVENCIJSKIH
ZRAČENJA I POREMEĆAJA KOMUNIKACIJE**

**CAUSAL RELATIONSHIP OF SCREENING,
ELECTROMAGNETIC / RADIOFREQUENCY RADIATION
AND COMMUNICATION DISORDERS**

Jurišić Irena

Hrvatska

SAŽETAK

Živimo u vremenu kada 'ekrani' osvajaju najmlađe svojom praktičnošću, neposrednošću i zaigranošću. Tehnološki napredak donosio velike koristi za čovječanstvo ali postoje i određeni rizici i negativne posljedice. Iako empirijski nalazi o ovom fenomenu nisu jednoznačni niti konačni, mnoga istraživanja pokazuju da izloženost prevelikim dnevnim dozama elektromagnetnim/radiofrekvencijskim zračenjima i nepravilna upotreba ekrana za posljedicu ima negativan utjecaj na cjeloviti razvoj djeteta. Jedna od posljedica je i poremećaj komunikacije. Postojanjem zrna sumnje postoji i neodgovorna potreba za oprezom, u protivnom se može lako dogoditi da u život, pravilan tjelesni i mentalni razvoj djece uvedemo Trojanskog konja. Ovaj rad se bazira na pretpostavci da djeca zbog kombiniranog djelovanja dugotrajne izloženosti elektromagnetnim/radiofrekvencijskim zračenjima i ekranizaciji za posljedicu imaju poremećaj komunikacije. U radu su korištene metode analize, komparacije, klasifikacije i dokazivanja dijela empirijskih nalaza o ovom konstrukt.

Ključne riječi: djeca, ekranizacija, elektromagnetna/radiofrekvencijska zračenja, komunikacija.

ABSTRACT

We live in a time when 'screens' conquer the youngest with their practicality, immediacy and playfulness. Technological advances have brought great benefits to humanity but there are also certain risks and negative consequences.

Although the empirical findings on this phenomenon are neither unequivocal nor definitive, many studies show that exposure to excessive daily doses of electromagnetic / radiofrequency radiation and improper use of the screen result in a negative impact on the overall development of the child. One of the consequences is a communication disorder.

With the existence of a grain of doubt, there is an urgent need for caution, otherwise it can easily happen that we introduce the Trojan horse into the life, proper physical and mental development of children. This paper is based on the assumption that children have a communication disorder due to the combined effects of long-term exposure to electromagnetic / radio frequency radiation and screening. The paper uses methods of analysis, comparison, classification and proving part of the empirical findings on this construct.

Key words: children, screening, electromagnetic / radiofrequency radiation, communication

UVOD

Danas su mobilni uređaji postali suptilni pozadinski objekti, uvijek prisutni i neophodni dio životne stvarnosti. Okupiranost komunikacijskom tehnologijom, posebno pametnim mobitelima, dovodi do rastuće domene usmjerene ili podijeljene svijesti, odnosno do ekspanzije „odsutne prisutnosti“ (Aagaard 2016; Gergen, 2002).

Suvremena tehnologija nema sama po sebi izravne negativne učinke na uredan razvoj djeteta. Problem leži u neizravnim učincima raseljavanja drugih značajnih aktivnost, kao što je interakcija odrasle osobe i djeteta i načina korištenja suvremene tehnologije.

U ovom se radu analiziraju dosadašnja studijska istraživanja o elektroničkim medijima i njihovom utjecaju na djecu, raščlanjujući i prosuđujući njihove ishode. Većina studija ukazuje na snažan utjecaj ekrana i radiofrekvencijskih/elektromagnetnih zračenja na kognitivni razvoj, razvoj komunikacije i cjelokupno zdravlje djeteta.

DIJETE I EKLAN

Interakcija s ekranom sve više upija djetetovu pažnju, pa se pojavljuju i novi skupovi značenja. Sinonim „odsutne prisutnosti“ ukazuje na odgodu odgovora u razgovoru, nedostatku kontakta očima, nedostatku povjerenja, dok je tijelo u nepomičnom položaju, što za posljedicu ima narušenu socijalnu interakciju (Aagaard, 2016). Takva praksa odvraća dijadu djece i roditelja, roditelja i djece od interakcije licem u lice, što utječe na kognitivni, jezični i emocionalni razvoj djeteta (Bozzola 2018) i otvara pitanje o tome kako ometanje mobilnog uređaja ima učinka na malo dijete i odnos roditelja i djeteta.

Suvremena tehnologija, pametni mobiteli, posljednjih godina kako doživljavaju svoju naglu ekspanziju tako i mogućnosti upotrebe bilo kada i bilo gdje, pružajući nove i različite mogućnosti. Problemi počinju kada ekrani zamijene tjelesnu aktivnost, praktično istraživanje i socijalnu interakciju licem u lice sa stvarnim osobama i u stvarnome svijetu (McArthur i sur., 2020; Radesky i sur., 2015).

Istovremeno, ove nove prilike otvaraju nova pitanja u vezi s razvojnom prikladnošću digitalnih medija i tehnologije i najbolje iskoristivosti njihovih novih značajki, u svrhu podrške maloj djeci u razvoju i učenju.

Kako se novi sadržaji i konteksti koje pružaju mobilni mediji uklapaju u svakodnevni život djece i kakav je njihov utjecaj na mentalno i tjelesno zdravlje djece, malo je poznato.

POSljedICE RADIOFREKVENCIJSKIH (RF)/ELEKTROMAGNETNIH (EMF) ZRAČENJA NA RAZVOJ DJETETA

Kao rezultat tehnološkog napretka ljudi ubrzano mijenjaju elektromagnetno okruženje Zemlje (Singh i Kapoor 2014). Telekomunikacijske tehnologije temeljene su na radiofrekventnom prijenosu. Za prijenos informacija putem mobilne komunikacije, koriste se elektromagnetna polja (EMF) visoke frekvencije (Hardell i sur., 2003).

Danas postoje brojne nove aplikacije za emitiranje i prijam radiofrekvencijskih elektromagnetnih polja (RF/EMF). EMF su nevidljivi i generirani iz električnih vodova, prijenosnih tornjeva, telekomunikacija, kućanskih aparata, mobilnih telefona, WiFi-a, 5G, baznih stanica čak i dječjih igračaka (Moon, 2020; Morgan i sur., 2014). Procjenjuje se da u područjima pokrivenim staničnim mrežama živi sedam milijardi ljudi, što čini 95% svjetske populacije (International Telecommunication Union 2016).

Elektromagnetni valovi pružaju nemjerljive korist čovječanstvu, ali s druge strane oni također mogu stvoriti potencijalne opasnosti zbog nekontroliranih i prekomjernih emisija zračenja o čijoj se rezultirajućoj integriranoj dozi kod mladih ljudi malo zna (Singh i Kapoor 2014). Znanstvenici su još krajem devedesetih (Lai i Singh 1997) u svojim studijama ukazivali na štetnost RF/EMR i upotrebe mobilnih telefona (Birks i sur., 2020; Hardell i sur., 2003; Sudan i sur., 2018). Sve se više vode rasprave o utjecaju netermalnih učinaka RF/EMF na zdravlje ljudi i potencijalnim negativnim učincima upotrebe mobitela, rizika od raka, s naglaskom na glavu, mozak, oči (Christ i sur., 2010, Gandhi i sur., 2011; Haghani i sur., 2020, Prasad i sur., 2017). Javnost, regulatorna tijela i agencije za javno zdravstvo, stručne skupine poput Znanstvenog odbora za novonastalo i novootkriveno rizike na zdravlje (SCENIHR) i Svjetska zdravstvena organizacija (WHO), traže dokaze o sigurnosti upotrebe mobilnih telefona. Zbog postojanja pretpostavke o uzročno-posljedičnoj vezi, preporuka WHO (2010) je provođenje potencijalne studije djece i adolescenata s ishodom koji uključuju poremećaje ponašanja i neurološke poremećaje, kvantificiranje osobne izloženosti iz niza RF izvora i identifikiranje odrednica izloženosti u općoj populaciji. U Institutu Ramazzini u Bologni, proveli su, na štakorima, istraživanje, najveće do sada, utjecaja izloženosti RFR-u koje proizvode repetitori i odašiljači za mobilnu telefoniju. Rezultati ukazuju na statistički značajan porast učestalosti malignih švanoma i glioma (tumori mozga). Sve razine izloženosti korištene u navedenoj studiji ispod su američke FCC granice za najveću dopuštenu dozu izloženosti stanovništva (Falcioni i sur. 2018). Godine 2011. Internacionalna Agencija za istraživanje raka (IARC) organizirala je skup u Lyonu u Francuskoj, u kojoj je sudjelovalo 30 znanstvenika, kako bi se procijenio kancerogenost RF-EMF, koje emitiraju uređaji koji se koriste u bežičnoj telekomunikaciji, uključujući mobilne telefone i mnoge druge izvore u profesionalnim i općim okruženjima. Agencija IARC (2013) je RF-EMR klasificirala kao kancerogenu skupinu 2B.

I dalje se provode brojna istraživanja (Birks i sur., 2020; Moon, 2020; Redmayne i sur., 2020; Sudan i sur., 2018) čiji rezultati impliciraju vezu utjecaja izloženosti RF/EMR-u na kognitivne i tjelesne funkcije, posebno u djece i adolescenata.

Da EMR mogu utjecati na poteškoće u ponašanju djeteta, kao što su emocionalni i hiperaktivni problemi, učenje i pamćenje, poremećaj neuronskih funkcija, uključujući regulaciju sinaptičke plastičnosti, oslobađanje neuro odašiljača, preživljavanje neurona, metaboličke poremećaje moždanih neurotransmitera tijekom razdoblja rasta i razvoja, elektromagnetnim sindromom preosjetljivosti, dokazuju mnoge studije u razdoblju od 2002. do 2020. godine (Divan i sur., 2011; Fengming i sur., 2017; Moon, 2020; Sakatani, Okada i Hirose, 2002). Definitivno se ne može isključiti ni mogućnost potencijalne opasnosti djelovanja RF/EMR i na genetsku strukturu (Singh i Kapoor 2014).

Istraživačke studije dokazuju, kako in vivo tako i in vitro, da korištenje mobilnih telefona značajno povećava rizik za razvoj vestibularnog švanoma, tumora na mozgu, aneuploidije, poremećaja vretena, promijenjene strukture mikrotubula ili oštećenje DNA, promjena u razini melatonina, kardiovaskularne smrti, kognitivne i tjelesne funkcije, lučenje melatonina u epifizi (Birks i sur., 2020; Garaj-Vrhovec i sur., 2011; 2002; IARC 2013; Moon, 2020; Redmayne i sur., 2020; Sato i sur., 2010; Sudan i sur., 2018).

Mnoge zemlje imaju visoko razvijenu svijest o štetnom djelovanju RF/EMR, mobitela, na sveukupno zdravlje djece. Francuska je još 2010. ozakonila zabranu upotrebe mobitela djeci mlađoj od 12 godina. Ministar javnog zdravstva u Belgiji 2013. godine zabranio je prodaju mobitela za djecu mlađu od 7 godina. Guverner Aksoy Huseyin iz provincije Samsun, u Turskoj, 2013. godine, pokrenuo je kampanje kako bi upozorio javnost o štetnosti mobilnih telefona, pa je zabranjeno i njihovo reklamiranje tijekom dječjih TV programa. U Austriji je 2013. Savezna vlada izradila informativni list koji građanima pruža smjernice za smanjenje izloženosti bežičnim uređajima, savjetuju roditelje da ograniče dječju izloženost mobitelima (Morgan, Kesari i Davis 2014). U Koreji se preporučuju opće mjere za smanjenje izloženost EMF-u (Moon 2020). Međutim, neke studije, daju malo dokaza ili u potpunosti opovrgavaju štetne učinke RF-EMR i upotrebe mobitela, na primjer na: rani neurorazvoj djeteta, kognitivne probleme ili probleme u ponašanju, rizik od raka ili promjena na DNA. (Choi i sur., 2017; Guxens i sur., 2013; Kumlin, 2005). Područje bioelektromagnetike okruženo je kontraverzama. Neke su studije u suprotnosti i ne potvrđuju ih uvijek neovisni istraživači (Seitz 2004). Postoje argumenti za oba stajališta, pozitivno i negativno. Kontraverzu dodatno pojačava i nedostatak bilo kakvog prihvatljivog uzročnog mehanizma, što rezultira da se važni detalji jednostavno ne shvaćaju i stvaraju zabunu u široj javnosti (Singh i Kapoor 2014). Ipak, zbog nedostatka dovoljnog znanja o biološkim učincima RF/EMF i upotrebe mobitela, posebno od strane mlađe populacije, naglašavaju se mjere predostrožnosti njihove upotrebe.

VEZA EKLANIZACIJE I POREMEĆAJA KOMUNIKACIJE

Nove tehnologije omogućuju nove vrste sadržaja. Sadržaj i kontekst uključenosti djeteta jest temeljna važnost razumijevanja upotrebe suvremene tehnologije, a ne samo polemika bave li se djeca i kako mobilnim medijima (Lauricella, Blackwell i Wartella

2017). Međutim, ovi su uređaji postali toliko popularni i imaju toliko atraktivne značajke da ih neki pojedinci i obitelji počinju koristiti na načine koji su problematični za njih i za njihove odnose (McDaniel 2015).

Dijete ima prirodnu tendenciju da slijedi roditeljski model. Gledanje u ekrane postalo je prvo zanimanje djece puno prije njihova polaska u školu. Roditelji općenito vjeruju da digitalna tehnologija poboljšava i povećava tehnološku svijest njihove djece i ima pozitivan utjecaj na njihov obrazovni razvoj (Samuel, Ojuawo, Gbadamosi i Olaoye 2020). Međutim, sve više znanstvenika slaže se i upozorava na poremećaje govora i jezika, poremećaje pažnje i ponašanja, nižih mimičko-gestualnih vještina, finog motoričkog razvoj kod predškolske djece, pada školskih rezultata, pretilost, poremećaj spavanja povezanih s ranim početkom i velikom frekvencijom gledanja TV-a (Chonchaiya i Pruksananonda 2008; Duch i sur., 2013; Ferguson i Beresin, 2017; Li i sur., 2020; Operto i sur., 2020; Peiró-Velert 2014). Biologija čovjeka je osnovni potencijal za razvoj jezika koji se realizira tek u sinergiji s okruženjem. Dijete razvija sposobnost razumijevanja i upotrebe jezika u interakciji s ljudima, predmetima, događajima i drugim čimbenicima okoliša (Linebarger i Vaala, 2010; Operto i sur., 2020) i nema zamjene za izravnu interakciju s roditeljima. Dokazi (Golinkoff i sur., 2015) sugeriraju da govor usmjeren na dojenče ima perceptivni, socijalni i jezični značaj za dojenčad koja uče jezik, a ljudsko okruženje podržava usvajanje jezika pružanjem djeci mogućnosti komunikacijskog iskustva. Barr (2013) naglašava da ekran može ometati razvoj učenja dojenčadi i mališana jer maloj djeci treba izravno iskustvo iz prve ruke s materijalima i opremom koji izazivaju njihova razmišljanja i vještine rješavanja problema. Ljudski je glas i dalje jedini pouzdan izvor koji ukazuje na komunikaciju. Televizija je složen medij i za dešifriranje zahtijeva sazrijevanje mozga i kognitivne vještine, koje se obično razvijaju nakon 2 ili 3 godine života, a današnja djeca mlađa od godine dana koriste pametne telefone i do druge godine razvijaju niz vještina koje im omogućavaju ciljano komunicirati dodirnim na ekran (Kabali i sur., 2015). Period od 2- 3 godine je vrlo važan za djetetov razvoj jer se tada postavlja temelj za izgradnju komunikacije koji je presudan za poticanje jezičnog razvoja čak i prije nego što se jezik pojavi (Golinkoff i sur., 2015). Ipak većina djece u dobi od 2 godine svakodnevno koristi mobilni uređaj i provodi vrijeme za televizorom, dok većina onih od 3 i 4 godine koristi uređaje samostalno, bez pomoći odraslih (Kabali i sur., 2015). Dostupne studije sugeriraju da roditelji djeci do 3 godine ograniče upotrebu digitalnih uređaja kako bi potaknuli društvenu interakciju, stimulirali razvijanje komunikacijskih vještina i podržali učenje jezika (Operto i sur., 2020; Madigan i sur., 2020).

Snažnu moć elektronskih medija u odvlačenju dječje pažnje dokazuje i njihova primjena tijekom provođenja bolnih kirurških postupaka bez uvođenja djece u anesteziju ili sedacije (davanja lijekova koji djeluju na središnji živčani sustav) (McQueen 2012). Vrijeme koje dijete provodi za ekranima ograničava druge vrlo važne aktivnosti u djetetovom životu kao što su: igra, učenje, razgovor ili spavanje, a sve te aktivnosti

sudjeluju u tjelesnoj, mentalnoj i psihosocijalnoj izgradnji najmlađih. Prema studiji Sveučilišta u Torontu, Kanada (American Academy of Pediatrics 2017), što dijete provodi više vremena ispred ekrana, to više zaostaje u učenju jezika. Praćeno je 849 djece u dobi od 6 mjeseci do 2 godine, između 2011. i 2015. godine. Istraživači su primijetili 49% povećani rizik od odgode govora za svakih dodatnih pola sata korištenja ekrana. Također i rezultati drugih studija (Yang, Chen, Wang, Zhu 2017; Madigan i sur., 2019) podupiru povezanost između vremena upotrebe ekrana, programskom sadržaju i razvoja djeteta. Ako djeca gledaju TV, bilo bi poželjno da to rade uz vodstvo roditelja ili njegovatelja, tada mogu razvijati svoje kognitivne/jezične vještine. Američka akademija za pedijatriju preporučuje da se dijete prije navršenih 18 mjeseci ne izlaže ekranu, a za djecu u dobi od 2 do 5 godine da ne gledaju u ekran više od 1 sata dnevno uz, koliko je god moguće, zajedničko praćenje programa, a djeca starija od 6 godina dobivaju dosljedna ograničenja u pogledu količine i kvalitete upotrebe zaslona. Ove su preporuke usvojila mnoga međunarodna tijela upravljanja (American College of Pediatricians 2016; Canadian Paediatric Society 2017; WHO 2019), ali su kritizirani zbog nedostatka empirijske podrške (Ferguson i Beresin 2017; Straker i sur., 2018). Također neke druge studije (Divan i sur., 2011, Papadopoulou, 2017) ne dovode u vezu prenatalnu upotrebu mobitela s neurorazvojnim učincima, zastojem u motoričkom ili kognitivnom/jezičnom razvoju.

Jezik, u značenju, nastaje kroz ljudsku interakciju. Kroz jezik djeca stječu svoje načine razumijevanja sebe i svijeta oko sebe, a to im prirodno najbolje omogućava direktna interakcija s roditeljima i bližnjima.

ZAKLJUČAK

Kompetentno korištenje suvremene tehnologije daje čovjeku prednost u odnosu na one koji ga ne koriste ili slabo koriste njegove resurse. Internetsko okruženje omogućuje zadovoljenje mnogih društvenih potreba suvremenog čovjeka, pa televizija i pametni mobiteli zauzimaju važno mjesto i u svakodnevnom životu djeteta. Unatoč brojnim znanstvenim istraživanjima i dalje je teško precizno procijeniti njihove pozitivne i negativne učinke. Potrebno je destilirati sve informacije i objašnjenja da bi se egzaktno shvatio rizik, koliko od „ekranizacije“ toliko i od štetnih učinaka RM/EMR. Ipak, radi prevencije nužno je ovom tehnologijom upravljati u interesu djeteta. Dublja analiza utjecaja korištenja pametnih mobitela/ekrana na razvoj djeteta ukazuje da dok su vestibularni, proprioceptivni i taktilni sustav nedovoljno stimulirani, vidni i slušni senzorni sustavi su preopterećeni. Ova senzorna neravnoteža može stvoriti velike probleme na cjelokupnom neurološkom razvoju djeteta. U jezičnom razvoju djeteta ništa ne može zamijeniti međusobnu interakciju djece i odraslih i djece. Glavni pokretač ove kognitivne funkcije uvijek će biti razgovor, igra, interakcija iz stvarnog svijeta u različitim kontekstima i s različitim ljudima. Kako se namjene šire, nove će

situacije vjerojatno dodatno povećati upotrebu ekrana, pametnih mobitela i razinu RM/EMR. Ako se uzme da se radi o štetnosti na ljudsko zdravlje s niskom potencijom, zasigurno broj izloženih (već je) će biti na milijardama ljudi, čime to postaje veliki javnozdravstveni problem. Na tisuće djece su izloženi potencijalnom riziku od RM/EMR zračenja čije je dugoročne posljedice teško predvidjeti.

LITERATURA

1. Aagaard, J. (2015). Mobile devices, interaction, and distraction: a qualitative exploration of absent presence. *AL & SOCIETY*, 31(2), 223-231.
2. American College of Pediatricians. (2016). The Impact of Media Use and Screen Time on Children, Adolescents, and Families, 4(11), Preuzeto s <https://acpeds.org/position-statements/the-impact-of-media-use-and-screen-time-on-children-adolescents-and-families> (20. veljače 2021).
3. American Academy of Pediatrics. (2017). Handheld screen time linked with speech delays in young children. *Science Daily*, 4(5). Preuzeto s <https://www.sciencedaily.com/releases/2017/05/170504083141.htm> (20. veljače 2021).
4. Barr, R. (2013). Memory constraints on infant learning from picture books, television on touchscreens. *Child Development Perspectives*, 7(4), 205-210.
5. Birks, L. E., Van Wel, L., Liorni, I., Pierotti, L., Guxens, M., Huss, A., Foerster, M., Capstick, M., Eeftens, M., El Marroun, H., Estarlich, M., Gallastegi, M., Safont, L. G., Joseph, W., Santa-Marina, L., Thielens, A., Torrent, M., Vrijkotte, T., Wiert, J., Röösl, M., Cardis, E., Vermeulen, R. & Vrijheid, M. (2020). Radiofrequency Electromagnetic Fields from Mobile Communication: Description of Modeled Dose in Brain Regions and the Body in European Children and Adolescents. *Environmental Research*, 24(11), 193.
6. Bozzola, E., Spina, G., Ruggiero, M., Memo, L., Agostiniani, R., Bozzola, M., Corsello, G. & Villani, A. (2018). Media devices in pre-school children: the recommendations of the Italian pediatric society. *Italian Journal of Pediatrics*, 44(1).
7. Canadian Paediatric Society. (2017). Digital Health Task Force, Ottawa, Ontario. Screen time and young children: Promoting health and development in a digital world. *Paediatr Child Health*, 22(8), 461-477.
8. Choi, K. H., Ha, M., Ha, E. H., Park, H., Kim, Y., Hong, Y. C., Lee, A. K., Hwa Kwon, J., Choi, H. D., Kim, N., Kim, S. & Park, C. (2017). Neurodevelopment for the first three years following prenatal mobile phone use, radio frequency radiation and lead exposure. *Environmental Research*, 156, 810-817.
9. Christ A., Gosselin, M.-C., Christopoulou, M., Kühn, S. & Kuster, N. (2010). Age-dependent tissue-specific exposure of cell phone users. *Physics in Medicine and Biology*, 55(7), 1767-1783.

10. Chonchaiya, W. & Pruksananonda, C. (2008). Television viewing associates with delayed language development. *Acta Paediatrica*, 97(7), 977-982.
11. Divan, H. A., Kheifets, L. & Olsen, J. (2011). Prenatal cell phone use and developmental milestone delays among infants. *Scand J Work Environ Health*, 37(4), 341-348.
12. Falcioni, L., Bua, L., Tibaldi, E., Lauriola, M., De Angelis, L., Gnudi, F., Mandrioli, D., Manservigi, M., Manservigi, F., Manzoli, I., Menghetti, I., Montella, R., Panzacchi, S., Sgargi, D., Strollo, V., Vornoli, A. & Belpoggi, F. (2018). Report of final results regarding brain and heart tumors in Sprague-Dawley rats exposed from prenatal life until natural death to mobile phone radiofrequency field representative of a 1.8 GHz GSM base station environmental emission. *Environmental Research*, 165(8), 496-503.
13. Fengming, L., Jin, C., Yinggang, L., Dianguo, X., Jianhua, Chen. & Xuewen, S. (2017). Impact of electromagnetic irradiation produced by 3G mobile phone on brain neurotransmitters in mice during growth and development period. *Biomedical Research*. Preuzeto s <https://www.alliedacademies.org/articles/impact-of-electromagnetic-irradiation-produced-by-3g-mobile-phone-on-brain-neurotransmitters-in-mice-during-growth-and-development-7959.html> (18. veljače 2021).
14. Ferguson, C. J. & Beresin, E. (2017). Social science's curious war with pop culture and how it was lost: the media violence debate and the risks it holds for social science. *Preventive Medicine*, 99, 69-76.
15. Gandhi, O. P., Morgan, L. L., de Salles, A. A., Han, Y. Y., Herberman, R. B. & Davis, D. L. (2011). Exposure limits: The underestimation of absorbed cell phone radiation, especially in children. *Electromagn Biology and Medicine*, 31(1), 34-51.
16. Gergen, K. (2002). *The Challenge of Absent Presence*. In: Katz, J., Aakhus, M. (eds) *Perpetual contact: mobile communication, private talk, public performance*. Cambridge University Press, Cambridge. Preuzeto s <https://works.swarthmore.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1568&context=fac-psychology> (18. veljače 2021).
17. Golinkoff, R. M., Can, D. D., Soderstrom, M. & Hirsh-Pasek, K. (2015). (Baby) Talk to Me. *Current Directions in Psychological Science*, 24(5), 339-344.
18. Guxens, M., van Eijsden M., Vermeulen, R., Loomans, E., Vrijkotte, T. G., Komhout, H., van Strien, R. T. & Huss, A. (2013). Maternal cell phone and cordless phone use during pregnancy and behaviour problems in 5-year-old children. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 67(5), 432-438.
19. Haghani, M., Pouladvand, V., Mortazavi, S.M.J., Razavinasab, M., Bayat, M. & Shabani, M. (2020). Exposure to Electromagnetic Field during Gestation Adversely Affects the Electrophysiological Properties of Purkinje Cells in Rat Offspring. *Journal of Biomedical Physics Engineering*, 8(1).
20. Hardell, L., Hansson Mild, K., Sandström, M., Carlberg, M., Hallquist, A. & Pålsson, A. (2003). Vestibular Schwannoma, Tinnitus and Cellular Telephones. *Neuroepidemiology*, 22(2), 124-129.

21. IARC, (2013). Non-ionizing Radiation, Part 2: Radiofrequency Electromagnetic Fields. IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans/ World Health Organization 102. International Agency for Research on Cancer.
22. International Telecommunication Union, (2016). ICT Facts and Figures 2016. International Telecommunication Union, Geneva, Switzerland.
23. Yang, X., Chen, Z., Wang, Z. & Zhu, L. (2017). The Relations between Television Exposure and Executive Eunction in Chinese Preschoolers: The Moderated Role of Parental Mediation Behaviors. *Front in Psychology*, 8.
24. Kabali, H. K., Irigoyen, M. M., Nunez-Davis, R., Budacki, J. G., Mohanty, S. H., Leister, K. P. & Bonner, R. L. (2015). Exposure and Use of Mobile Media Devices by Young Children. *Pediatrics*, 136(6),1044-1050.
25. Kumlin, T., Heikkinen, P., Laitinen, J. T. & Juutilainen, J. (2005). Exposure to a 50 Hz magnetic field induces a circadian rhythm in 6-hydroxymelatonin sulfate excretion in mice. *Journal of Radiation Research*, 46(3), 313–318.
26. Lauricella, A. R., Blackwell, C. K., & Wartella, E. (2017). *The “new” technology environment: The Role of Content and Context on Learning and Development from Mobile Media. Media Exposure During Infancy and Early Childhood*, 1-23.
27. Lai, H. & Singh, N. P. (1997). Melatonin and a spin-trap compound block radio-frequency electromagnetic radiation-induced DNA strand breaks in rat brain cells. *Bioelectromagnetics*, 18(6), 446–454.
28. Li, C., Cheng, G., Sha, T., Cheng, W., & Yan, Y. (2020). The Relationships between Screen Use and Health Indicators among Infants, Toddlers, and Preschoolers: A Meta-Analysis and Systematic Review. *International journal of environmental research and public health*, 17(19), 7324.
29. Madigan, S., Browne, D., Racine, N., Mori, C. & Tough, S. (2019). Association between screen time and children’s performance on a developmental screening test. *JAMA Pediatrics*, 173(3), 244-250.
30. Madigan, S., McArthur, B. A., Anhorn, C., Eirich, R. & Christakis, D. A. (2020). Associations Between Screen Use and Child Language Skills: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Pediatrics*, 174(7), 665-675.
31. McDaniel, B. T. (2015). “Technoference”: Everyday intrusions and interruptions of technology in couple and family relationships. In C. J. Bruess (Ed.), *Family communication in the age of digital and social media*. New York, NY: Peter Lang.
32. McQueen, A., Cress, C. & Tothy, A. (2012). Using a tablet computer during pediatric procedures: a case series and review of the “apps”. *Pediatric Emergenci Care*, 28(7), 712–714.
33. Moon, J. H. (2020). Health effects of electromagnetic fields on children. *Clinical and Experimental Pediatrics*, 63(11), 428.

34. Morgan, L. I., Kesari, S. & Davis, D. (2014). Why children absorb more microwave radiation than adults: The consequences. *Journal of Microscopy and Ultrastructure*, 2(4), 197.
35. Operto, F. F., Pastorino, G. M. G., Marcianno, J., de Simone, V., Volini, A. P., Olivieri, M., Buonaiuto, R., Vetri, L., Viggiano, A., Coppola, G. (2020). Digital Devices Use and Language Skills in Children between 8 and 36 Month. *Brain Sciences*, 10(9), 656.
36. Papadopoulou, E., Haugen, M., Schjøberg, S., Magnus, P., Brunborg, G., Vrijheid, M. & Alexander, J. (2017). Maternal cell phone use in early pregnancy and child's language, communication and motor skills at 3 and 5 years: the Norwegian mother and child cohort study (MoBa). *BMC Public Health*, 17(1).
37. Peiró-Velert, C., Valencia-Peris, A., González, L. M., García-Massó, X., Serra-Añó, P., & Devís-Devís, J. (2014). Screen media usage, sleep time and academic performance in adolescents: clustering a self-organizing maps analysis. *PLoS One*, 9(6), e99478.
38. Prasad, M., Kathuria, P., Nair, P., Kumar, A. & Prasad, K. (2017). Mobile phone use and risk of brain tumours: a systematic review of association between study quality, source of funding, and research outcomes. *Neurological Sciences*, 38(5), 797-810.
39. Radesky, J. S., Schumacher, J. & Zuckerman, B. (2015). Mobile and Interactive Media Use by Young Children: the Good, the Bad, and the Unknown. *PEDIATRICS*, 135(1), 1-3.
40. Redmayne, M., Inyang, I., Dimitriadis, C., Benke, G. & Abramson, M. J. (2020). Cordless telephone use: implications for mobile phone research. *Journal of Environmental Monitoring*, 12(4), 809.
41. Sakatani, S., Okada, Y. C. & Hirose, A. (2002). A quantitative evaluation of dominant membrane potential in generation of magnetic field using a pyramidal cell model at hippocampus CA3. *Neurocomputing*, 44-46, 153-160.
42. Samuel, J. G., Ojuawo, A. A., Gbadamosi, S. T. & Olaoye, O. T. (2020). Perceived usefulness of digital technology on language development of children. *Department of Social Sciences Education, University of Ilorin. IJITIE*, 4(1).
43. Sato, Y., Akiba, S., Kubo, O., & Yamaguchi, N. (2010). A case-case study of mobile phone use and acoustic neuroma risk in Japan. *Bioelectromagnetics*, 32(2), 85-93.
44. Seitz, H., Stinner, D., Eikmann, T., Herr, C. & Rösli, M. (2004). Electromagnetic hypersensitivity (EHS) and subjective health complaints associated with electromagnetic fields of mobile phone communication—a literature review published between 2000 and 2004. *Science of the Total Environment*, 349(1-3), 45-55.
45. Singh, S. & Kapoor, N. (2014). Health Implications of Electromagnetic Fields, Mechanisms of Action, and Research Needs. *Biological Sciences*, 23(9), 24.
46. Sudan, M., Birks, L. E., Aurrekoetxea, J. J., Ferrero, A., Gallastegi, M., Guxens M., Ha, M., Lim, H., Olsen, J., González-Safont, L., Vrijheid, M. & Kheifets, L. (2018). Maternal cell phone use during pregnancy and child cognition at age 5 years in 3 birth cohorts. *Environment International*, 120, 155-162.

47. Straker, L., Zabatiero, J., Danby, S., Thorpe, K. & Edwards, S. (2018). Conflicting Guidelines on Young Children's Screen Time and Use of Digital Technology Create Policy and Practice Dilemmas. *The Journal of Pediatrics*, 202, 300-303.
48. World Health Organization. (2010). WHO Research Agenda for Radiofrequency Fields. World Health Organization. Preuzeto s https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44396/9789241599948_eng.pdf. (18. veljače 2021).
49. Ripetitori telefonia mobile, l'Istituto Ramazzini comunica gli esiti del suo studio (2018). Preuzeto s <https://www.ramazzini.org/comunicato/ripetitori-telefonia-mobile-listituto-ramazzini-comunica-gli-esiti-del-suo-studio/>. (18. veljače 2021).

**MLADI KAO KONZUMENTI I EVALUATORI
INFORMACIJA DOSTUPNIH NA INTERNETU- KAKO
DJELOVATI?**

**YOUTH AS CONSUMERS AND EVALUATORS OF
INFORMATION AVAILABLE ON THE INTERNET-WHAT
CAN BE DONE?**

Jusić Mersiha

Internacionalni univerzitet u Sarajevu, Fakultet umjetnosti i društvenih nauka,
Odsjek za psihologiju, Sarajevo, Bosna i Hercegovina

SAŽETAK

Otkako je internet postao nezaobilazan dio svakodnevnice u fokusu mnogih istraživanja su efekti koje online aktivnost ima na život modernog čovjeka, a posebno djece i mladih kao "najplastičnije" uzrasne grupe. Pandemija COVID-19 je još intenzivnije "preselila" veliki dio savremene realnosti u virtuelni svijet, i ponovo aktuelizirala pitanje kratkoročnih i dugoročnih utjecaja. Ovaj put, internet je postao primarna platforma na kojoj mladi nalaze informacije, bilo u kontekstu obrazovanja, bilo da su njima izloženi kroz društvene mreže. Veliki broj tih informacija zahtijeva kritičku obradu i promišljanje, ulaganje mentalnog napora i mnoge druge kognitivne "manevre" kako bi se benefiti interneta mogli istinski kapitalizirati i u stvarnom životu mladih. Široka zastupljenost tema i sama dostupnost informacija stvaraju iluziju znanja i razumijevanja svijeta. No, procesuiranje datih informacija, koje same po sebi mogu biti manje ili više kvalitetne, nerijetko je brzo, selektivno, impulsivno, obojeno različitim pristrasnostima, te kao takvo stvara osnovu za potencijalno nekonstruktivne oblike ponašanja zasnovane na površnim i pogrešnim interpretacijama. U ovom stručnom radu se obrađuju specifičnosti obrade informacija i izvođenja zaključaka, koje edukatori trebaju imati na umu, u cilju razvoja kritičkog, kompleksnog, te samim tim objektivnijeg pristupa informacijama. Osvještavanjem kognitivnih "zamki" mladi postaju otporniji na manipulacije koje dolaze iz virtuelnog svijeta.

Ključne riječi: mladi, internet, heuristička pristranost, kompleksno mišljenje

ABSTRACT

Ever since the Internet became an inevitable part of everyday life many researches have focused on its effects, especially in children and youth as the most "plastic" age group. COVID-19 pandemic transferred to even greater extent the reality into the virtual realm, again stressing the issue of both short-term and long-term effects. It not only made Internet youth's primary platform to find educationally relevant information, both also a place to be exposed to various information through social media. Most of this information requires critical processing and analysis, intensive mental effort, and many other cognitive "maneuvers" in order to truly capitalize on the benefits of the Internet in real lives of young people. Broad topics and easily available information create an illusion of knowledge and, even more importantly, understanding of the world. However, often is the processing of this information of more or less quality itself, fast, selective, impulsive, and biased, making it a basis for potentially unconstructive behavior, based on superficial and faulty interpretations. This professional paper analyzes specificities of information processing and conclusion formation, that educators should be aware of in their efforts to develop critical and complex thinking in youth, thus enhancing their unbiased approach to information. Making youth aware of these cognitive "traps" improves their resilience to manipulations that emerge in virtual world.

Key words: youth, Internet, heuristic bias, complex thinking

UVOD

Ako postoji i jedna neupitna karakteristika modernog čovjeka danas, to je njegova stalna izloženost informacionim stimulusima. Postalo je tako prirodno konstantno biti uvezan i "pratiti" informacije iz minute i minutu, toliko da nam je teško i zamisliti sat ili dva bez pristupa online svijetu. Pored toga, online smo povezani sa prijateljima, rodbinom, "pratiteljima", poznanicima i pratimo njihove svakodnevne objave, ujedno i kompenzirajući smanjene mogućnosti realne interakcije. Svakako da su nenadmašive prednosti savremenog pristupa velikim količinama informacija, njihovim brzim pretraživanjem i sortiranjem. Ipak, jednako je važno promišljati ne samo o sadržajima koji su nam dostupni, nego i načinu na koji obrađujemo te sadržaje.

Pitanje koje je cilj ovog kratkog stručnog rada stoga glasi koliko smo opremljeni adekvatnim strategijama obrade i pristupa informacijama i koliko smo svjesni raznih kognitivnih zamki i distorzija do kojih može doći u procesu obrade istih. Također, šta možemo uraditi kako bismo minimizirali greške u izvođenju zaključaka? Ovo pitanje je posebno važno i aktuelno kod mladih, koji tek stasavaju u svijetu informacionih tehnologija kao primarnoj realnosti, i koji, uzevši u obzir ranjivost svoje uzrasne grupe, često niti nemaju priliku iskustveno testirati svoje zaključke, suočiti ih sa pokazateljima iz realnog svijeta, te time i osvijestiti kvalitet kako informacija, tako i vlastitog pristupa istim. Ovo otvara prostor kreiranju stavova i uvjerenja koji mogu biti temeljno pogrešni, te kao takvi baza socijalno nepoželjnih ponašanja. Ovim, uslovno rečeno, distorzijama su izloženi svakako i odrasli ljudi, koji također nerijetko nemaju intelektualnu upornost da temeljitije razmisle o temama o kojima se informišu. No, nažalost, uzrasna grupa odraslih nije više direktno dostupna za preventivan rad kroz odgojno-obrazovni sistem. Mladi jesu, te se sa njima još uvijek može raditi na prevazilaženju ovih kognitivnih pristranosti. Njihova sposobnost da apstraktno i logički misle, kao što to predviđa Piaget, predstavlja osnovu uspješnosti ovakvih napora i intervencija.

Kognitivne pristranosti se mogu desiti i pri obradi informacija bilo kojeg tipa, i ne nužno onih iz online svijeta. Ipak, s obzirom da se velika većina mladih oslanja upravo na online izvore, kao i na to da su od djetinjstva bili izloženi utjecaju interneta, važno je na početku ovog rada napomenuti koji kognitivni procesi a koji su rezultat gore spomenutog, posebno pogoduju nastanku kognitivnih pristranosti.

Prvi je utjecaj korištenja interneta na pažnju. Internet omogućuje brzo pretraživanje informacija njegujući kod svojih korisnika tzv. medijski multi-tasking, tj. simultanu obradu više različitih izvora informacija, od kojih svaka u većoj ili manjoj mjeri nudi potkrepljenje. Prirodnom selekcijom (bolje reći, informacionom) otpadaju informacije koje nemaju kvalitet privlačenja pažnje, što u konačnici podiže standard u "kvaliteti" materijala, frekventnije izlažući korisnike visoko kompetitivnim, isključivo pažnji privlačnim sadržajima. U jednom istraživanju nađeno je da se pri surfanju internetom u prosjeku svakih 19 sekundi mijenja sadržaj, a na 75% cijelog sadržaja se

pažnja usmjeri kraće od minute (Yeykelis, 2014). Posljedica ovakvog informacionog ambijenta je povećana distraktibilnost pažnje irelevantnim stimulusima i u svakodnevnom životu (Ophir, Nass i Wagner, 2009). Ovo će potvrditi i iskustvo mnogih edukatora koji dugi niz godina rade sa mladima i djecom, a koji imaju dojam da upravo moderna tehnologija stvara generacije kojima je lahko skrenuti pažnju, tj. koji imaju znatno manju sposobnost kontinuirane pažnje i fokusa na jedan sadržaj.

Drugo, internet počinje služiti čovjeku kao eksterna memorija, smanjujući potrebu za korištenjem semantičkog pamćenja (pamćenja činjenica), te dovodeći tako do svojevrsnog kognitivnog rasterećenja. No, sveprisutnost pametnih telefona i njihova sjedinjenost sa individuumom u svakom trenutku, zapravo može dovesti do iluzije znanja zasnovane na lahkoći pronalaženja informacija, dok se, ustvari, te informacije zaboravljaju brže nego one kojima je pristupljeno na drugačiji način. Sasvim je prirodno osloniti se na internet u potrazi za faktima, no čini se da "online pretraživanje brzo nauči ljude da postanu ovisni o ovom alatu kad god su suočeni sa nepoznatim pitanjima" (Firth et al, 2019, p.123).

Treće, socijalna kognicija tj. percipiranje i obrada informacija o drugim ljudima, u virtualnom svijetu čini se, funkcionira po istim principima kao i u realnom. Tako npr. na odbačenost na društvenoj mreži mozak reaguje na isti način kao i na odbačenost u stvarnom životu, aktivirajući iste dijelove mozga (Grossman, 2013). Nažalost, društvene mreže svojom specifičnošću mogu nepovoljno djelovati i na polju socijalne kognicije. Tako je nečija (ne)omiljenost sasvim jasno kvantificirana i prikazana kroz broj pregleda, pratitelja, lajkova itd. što ne ostavlja dosta prostora alternativnim tumačenjima (koja bi bila možda i povoljnija za samopoimanje), što je posebno značajno u adolescenciji. Također, društvene mreže predstavljaju poligon za upoređivanje sa drugima, koje se najčešće svodi na "upoređivanje prema gore" s obzirom da velika većina korisnika objavljuje neke markantne trenutke, estetski rafinirane fotografije, neobične događaje, uspjehe itd, stvarajući tako nerealistična očekivanja, a zbog čega u konačnici samopercepcija mladih može postati nepovoljna.

Ova tri utjecaja djeluju u smjeru otežavanja mladima da izvedu valjane zaključke na osnovu dostupnih informacija. Drugim riječima, internet nas u tehničkom smislu potiče da površno čitamo i pamtimo, te brzo mislimo. Da bismo razumjeli kognitivne pristranosti u procesu donošenja zaključaka, razmotrimo za početak osnovne principe mišljenja.

MODOVI MIŠLJENJA I ZAKON NAJMANJEG TRUDA

Pod riječju "mišljenje" uglavnom podrazumijevamo svjesno rezoniranje o nekom problemu, namjerno koncentrisanje na donošenje odluka i rješenja. No, često se mišljenje odvija i automatski, bez svjesne kontrole ili namjere, te uz mali ili nikakav napor. Ovu distinkciju su prepoznali psiholozi nazivajući ih Sistem 1 i Sistem 2, u okviru teorije dualnog procesiranja (Stanovich i West, 2000). Radi ilustracije, da bismo dali

odgovor na pitanje o umnošku dva dvocifrena broja aktiviraćemo Sistem 2, naše razmišljanje će biti sporo i koncentrisano, slijedit će jasno definisane i logične korake. S druge strane, Sistemom 1 ćemo generisati brzo zaključak o prijateljskom tonu prodavača, odgovoriti na pitanje koliko je 2+2, voziti automobil poznatim putem, itd. Sistem 1 je, dakle, brz, nesvjestan, intuitivan, emocionalno i kontekstualno obojen, dok je Sistem 2 svjestan, logičan, racionalan, objektivn. Ako je dominantan Sistem 1, prvo zaključujemo o nečemu, a tek onda iznalazimo argumente za taj zaključak. Naravno da oba moda mišljenja ili načina funkcionisanja uma imaju svoju funkcionalnu ulogu u svakodnevnom životu. Pružaju nam, ili bi barem to trebali, balans uloženog truda i efikasnosti/brzine. Donošenje (pre)brzog zaključka o nečemu (Sistem 1) je efikasno (štedi vrijeme i trud) ako je velika vjerovatnoća da je taj zaključak tačan i ako su posljedice eventualne greške prihvatljive. S druge strane, ako se radi o nepoznatoj situaciji, o nečemu važnom, a nema vremena za prikupljanje dodatnih informacija, tada je donošenje (pre)brzog zaključka riskantno, i poželjno je aktiviranje Sistema 2 (Kahneman, 2011). Ove sisteme je potrebno razumjeti u kontekstu donošenja zaključaka na osnovu dostupnih informacija. Naime, postavlja se pitanje koliko mentalnog napora, svjesne koncentracije i racionalne fokusiranosti, mladi ulažu u svom svakodnevnom razmišljanju o sadržajima koje biraju ili kojima su izloženi, te samim tim i koliko su plodovi njihovog mišljenja i zaključivanja opravdani i utemeljeni. Posebno je ovo pitanje važno ako imamo na umu tzv. *zakon najmanjeg napora*, koji na čovjeka kao procesora informacija gleda kao na "kognitivnog štedišu" tj. nekog ko ne želi rasipati svoju mentalnu energiju ukoliko to nije nužno. Ukoliko postoji više načina da dođemo do cilja odnosno riješimo neki problem, biraćemo onaj koji zahtijeva najmanje truda. Napor je za nas "mentalni trošak", te vremenom stječemo vještine koje će automatizirati cijeli proces, kako ne bismo stalno iznova pretjerano ulagali energiju u razmišljanje (to je naš Sistem 1). Ovakav pogled na proces zaključivanja i donošenja odluka još više potencira pitanje koliko je danas kompleksno mišljenje prisutno u svijetu savremenih tehnologija, koje same po sebi favorizuju brzinu nauštrb objektivnosti i valjanosti. Također, zbog "prirodnosti" ovog ekonomičnog pristupa zaključivanju veliki je izazov modificiranje istog i pokušaj da ga se modificira u smjeru veće kompleksnosti.

Ovo pitanje možemo razmatrati i na nivou kognitivnih stilova kao uobičajenih načina na koje osoba percipira, procesuiri i pamti informacije, te operira njima. U ovom kontekstu, posebno relevantan kognitivni stil je refleksivnost-impulsivnost, a odnosni se na spremnost da se ideje promišljeno analiziraju, da se o alternativama dobro razmisli i odaberu zaključci. S druge strane, impulsivnost (brzopletost) znači rješavanje zadatka brzo, bez pretjeranog razmišljanja tj. odabir prvog rješenja koje se čini prikladnim. Ova dva suprotna kognitivna stila su posebno uočljivi u obrazovnom kontekstu, a pod utjecajem su i savremenih tehnologija. Brzina funkcionisanja internet pretraživanja, posebno aktuelna u vrijeme online nastave, favorizira impulsivnost tj. brz dolazak, ne samo do materijala, nego i do zaključaka o njemu. I nastavnici svojim metodama obrade materijala, kao i ocjenjivanja učeničkih postignuća, mogu nesvjesno favorizovati impulsivni kognitivni stil kod učenika, koji može implicirati površnost. Nekada u pokušaju

da nastavni čas učine dinamičnijim i više motivirajućim, postavljaju učenicima izazove koji su strogo vremenski ograničeni, zahtijevaju brzo razmišljanje, što upravo pogoduje onima koji su po prirodi brzopleti, i teže da što prije odgovore bez obzira na tačnost. Svakako da i karakteristike ličnosti, prvenstveno temperament, igraju ulogu u oblikovanju kognitivnog stila. No, oni koji rade sa mladima trebaju vrednovati i pokazati da vrednuju promišljanje, kompleksniji pristup traženju rješenja, kroz strpljenje u čekanju odgovora, te potkrepljivanje ulaganja truda u istraživanju što više alternativnih načina pristupa nekom problemu. Mladima se treba poslati poruka da je proces razmišljanja i strategija koja se koristi jednako važna, a možda i važnija od dolaska do tačno definisanog rješenja. Na taj način se u konačnici doprinosi stasavanju generacija koje neće biti kognitivno "lijene" da istraže sve aspekte određenog pitanja, a pozitivne posljedice ulaska tako kompetentnih mladih u društvo su nemjerljive. Samo jedna od njih je u njihovoj svjesnoj kritičkoj evaluaciji informacija na internetu, što je i glavni fokus ovog rada, a koja svakako zahtjeva mentalni trud i napor s obzirom da je, kao što smo vidjeli, osnovna zakonitost da se taj napor nastoji držati na minimumu. U nastavku ćemo analizirati neke heurističke zakonitosti kojima proces mišljenja nerijetko podliježe, a koje direktno proizilaze iz potrebe za minimiziranjem mentalnog napora, s posebnim naglaskom na internet okruženje mladih.

INTUITIVNE GREŠKE I PRISTRANOST POTVRĐIVANJA

Jedna od najčešćih i temeljnih intuitivnih grešaka nastaje iz potrebe za pojednostavlivanjem svijeta koji nas okružuje. U tom smislu i mladi traže informacije i podatke koje će potvrditi njihove već postojeće stavove i mišljenja. Njihov Sistem 1 više teži nekritički prihvatiti sugerirano, upravo jer je tako lakše i iziskuje manje mentalnog napora. Na taj način stvara se jedna koherentna slika svijeta (koja može biti i iluzija) nasuprot realnoj procjeni koja je energetski "skupa" i kompleksna. Zapravo, kada kreiraju zaključak, rade to na osnovu informacija, koje su, i po kvantitetu i po kvalitetu možda upitne. No, to nije važno. Ono što je važno je "pitkost" priče formirane na osnovu tih ograničenih informacija, a ta "pitkost" i jednostavnost je ono zbog čega i postaju subjektivno jako uvjereni u svoja mišljenja i zaključke, iako su oni površni. Njihova priča je naizgled logična, dijelovi se uklapaju, sve je "sasvim jasno" i ima smisla. Rezoniranje često funkcioniра po principu "što jednostavnije, to bolje", pri čemu se zaboravlja da je priča formirana na osnovu vrlo ograničenih informacija i inputa. Brzina izvođenja i jednostavnost zaključka bi trebali biti ozbiljno upozorenje za racionalnost mladih, da preispitaju stav i zapitaju se šta još ne znaju o temi o kojoj su formirali (ili potvrdili) stav. Um (mladog) čovjeka se teško nosi sa onim što ne zna i slijep je za ovu očitu logičku pogrešku. Za njega postoji samo ono što on zna, djelići informacija sklopljeni u jednu cjelinu uz zanemarivanje svega ostalog, pa čak i elemenata "priče" koji su po prirodi suštinski. Ovaj mehanizam "lijenosti" i mentalne neangažiranosti je osnova na kojoj opstaju stereotipi i predrasude, a, kako smo imali priliku vidjeti i tokom pandemije COVID-a 19, i mnogih teorija zavjera.

Važnost i aktuelnost ove teme ogleda se u posljedicama formiranja ovakvih površnih stavova na svakodnevno ponašanje, npr. pridržavanje preventivnih mjera i donošenje važnih odluka. S obzirom da je u životu mlade osobe glavni izvor informacija danas upravo internet, razmotrimo još jednu nepovoljnu tehničku okolnost koja dodatno otežava kompleksnije razmišljanje. Radi se o fenomenu tzv. "filter balona" (Pariser, 2011). Ovim pojmom se označava stanje intelektualne izolacije koje nastaje kao posljedica algoritamskog načina funkcionisanja interneta, koji na osnovu historije pretraživanja i drugih dostupnih personaliziranih podataka, korisniku nudi sadržaje koje bi on "želio/la vidjeti". Na taj način do korisnika teže dopiru drugačije informacije, koje bi dovele u pitanje njegova postojeća gledišta i svjetonazor. Na društvenim mrežama, npr. Facebooku u korisničkom feedu se ne prikazuju sve objave, nego se pravi selekcija na osnovu ranijih interakcija korisnika sa sličnim postovima, čega većina nije ni svjesna. Time korisnik, psihološki govoreći, potkrepljuje sam svoja uvjerenja. Za zdravo odrastanje i kreiranje stavova potrebna je izloženost različitim i novim idejama, a ne puko potvrđivanje već postojećih. Potrebno je naučiti mlade da se nose sa nejasnoćama, da ih prihvataju, da sumnjaju... Kako navodi Pariser (2011), svijet koji je konstruiran samo od poznatog je svijet u kojem se nema šta naučiti, čime se kroz *autopropagandu* mladi indoktriniraju vlastitim idejama.

Nerijetko svjedočimo tome da društvene mreže, umjesto da mladima prošire vidike i budu izvor informacija kojima će se konstruktivno i kritički pristupiti, zapravo sužavaju te iste vidike stvarajući kod mladih dojam o jednostavnosti njihovog crno-bijelog svijeta, što otvara prostor za ranjivost i podložnost raznim manipulacijama i propagandi. Zato se mladi kroz preventivno-edukativne aktivnosti trebaju podučavati da internet koriste upravo kao mjesto za istraživanje, koristeći različite (i što različitije) resurse koje on nudi, a ne kao mjesto za potvrđivanje svojih stavova. Radi ilustracije, može im se sugerisati da u Google pretraživač ukucaju određeni pojam, te zamole svoje prijatelje, rodbinu i poznanike da učine isto, a potom analiziraju razlike u ponuđenim linkovima. Tako će se uvjeriti da je njihovo informaciono okruženje već kreirano u skladu sa njihovim postojećim preferencijama, a ne univerzalno i objektivno, kako su ga možda doživljavali. Ovakve aktivnosti se mogu inkorporirati u postojeće nastavne aktivnosti mnogih predmeta.

DOSTUPNOST

Jedna od heurističkih zakonitosti koja dodatno može doprinijeti donošenju pogrešnih zaključaka je i *princip dostupnosti*. Naime, suočeni sa određenim pitanjem, (mladi) ljudi o njemu prosuđuju na osnovu broja primjera o tome kojih se mogu sjetiti iz svog života, tačnije na osnovu brzine kojom se dosjete takvih primjera. Zato često precjenjuju/potcjenjuju određenu pojavu i sude o njoj netačno, jer ovom mentalnom prečicom, na dojmu o brzini prisjećanja primjera baziraju svoj zaključak. Ovo je razlog zašto npr. u mnogim istraživanjima ispitanici mnogo precjenjuju učestalost

avionskih nesreća kao uzroka smrti u poređenju sa drugim uzrocima. Upravo zbog brzog pronalaženja primjera iz medija, dokumentaraca i drugih izvora, nameće im se zaključak da su ovakve nesreće česte, dok, upravo suprotno tome, spadaju među najrjeđe uzroke smrti.

Statistički gledano, zaključak ovakvog tipa, napravljen na osnovu vrlo malog uzorka, ponovo predstavlja put kojim se lakše ide. Ukoliko se zaključak izvede čak i na osnovu vlastitog iskustva, zaboravlja se da je i to iskustvo ipak ograničeno. S obzirom na ogromnu količinu informacija koje samim tim stvaraju dojam poznatosti, internet dodatno nudi mladima još skliskiji prostor za donošenje pogrešnih zaključaka na osnovu principa dostupnosti. Tako npr. prateći vijesti i priče koje se pojavljuju u njihovom *feedu* (koji je, podsjetimo se, već personaliziran i kompatibilan sa njihovim vlastitim pogledom na svijet), a koje obično obiluju senzacionalnošću kako bi okupirale pažnju, mladi kreiraju impresije o tome šta su gorući problemi u društvu, pojave i događaji, što zapravo i ne mora odgovarati stvarnosti, jer je i dalje mnogo događaja o kojima ne znaju jer se o njima ne izvještava. Tako se stvara pogrešan dojam o magnitudi značaja određenih pojava. Također, na osnovu dostupnih i dominantnih komentara stvara se dojam o javnom mnijenju koji također može biti pogrešan, a povratnom spregom ponovo potkrepljuje već postojeće stavove mladih. Pri tome se zaboravlja koliko zapravo ljudi *ne* daje svoje komentare na društvenim mrežama (velika većina), i šta je to što bi ti ljudi, ukoliko bi ih se pitalo za mišljenje komentarisali, te kakvu bi drugačiju perspektivu ponudili u razmišljanju o nekoj temi. Ipak, um zanemaruje ono što ne vidi, ono što ne vidi za njega i ne postoji, te se tako stvaraju zaključci u čiju se objektivnost ne sumnja, jer se, naizgled logički, ipak izvode iz *određenih* empirijskih podataka. Pri tome se zanemaruje ograničenost istih. Zato je jedna od mentalnih strategija kojoj treba podučiti mladu osobu da je od pitanja „Šta znam o tome?“ važnije pitanje „Šta (još) ne znam o tome?“

Zbog navedenog je važno raditi i na razvoju naučnog i statističkog razmišljanja kod mladih, govoriti o veličini uzorka, njegovoj reprezentativnosti, te samim tim i valjanosti zaključaka dobivenih na osnovu određenog ograničenog uzorka. Teme vjerovatnoće već su prisutne u nastavnom planu i programu (matematike), što pruža osnovu da se one i organski povežu sa svakodnevnim životom u nečemu što je mladima vrlo blisko i relevantno. Potrebno je podcrtavati razlike između svakodnevnog pristupa izvođenju zaključaka i statističkog, koji nudi objektivnu metodologiju analize podataka. Pomoću raznih misaonih vježbi i konkretnih primjera iz svijeta internet medija još više se može kapitalizirati na tim temama, omogućivši mladima da razviju kompetencije koje će ih učiniti svjesnim konzumentima informacija kojima će biti izloženi cijeli život. Na ovaj način oni neće prosto ignorisati ono što ne znaju, bit će otporni na manipulacije informacijama, te će njihov proces donošenja zaključaka i odluka biti kvalitetniji. Neće se primarno fokusirati na sadržaj informacije, nego i na validnost podataka na osnovu kojih je ona nastala, čime ni njihov svijet neće (p)ostati vještački koherentan i pojednostavljen.

AFEKTIVNA PRISTRANOST

Pristranosti u donošenju zaključaka su posebno naglašene kada su u temu snažno upletene i emocije. Psiholozi su davno primjetili da ljudi nesvjesno dozvoljavaju da ono što vole ili ne vole odredi i njihova uvjerenja (Slovic, Finucane, Peters, & MacGregor, 2007). Mladi će tako, npr. ako vole neki ekstremni sport preuveličavati njegove dobre strane, a umanjivati rizike, i obrnuto, za nešto što im se ne sviđa preuveličat će rizike, a biti slijepi za pozitivne strane istog. Krajnje pojednostavljeno bismo mogli reći da stavovi i uvjerenja prema nečemu predstavljaju zapravo (intelektualno) opravdanje za već postojeće emocije. Prema onome prema čemu već gaje pozitivne emocije mladi imaju tendenciju približavanja, i obrnuto, tendenciju udaljavanja od onoga što kod njih izaziva negativne emocije. One možda i jesu u prvi mah nastale zbog manje ili više direktnog pozitivnog ili negativnog iskustva sa objektom stava, ali, ponovo, to iskustvo je uvijek ograničeno, a potom je, usljed formirane emocionalne reakcije, otežano da se usljed novih informacija revidira stav.

Mladi su posebno skloni kognitivnim pogreškama nastalim na bazi samopercepcije koja je u ovom periodu života u fokusu tj. pristrani su podržati nešto što imponira njihovoj ličnosti, zbog čega se oni sami osjećaju boljima, uspješnijima, ljepšima. Isto tako, skloni su kreirati pristrasan stav o nečemu što ih podsjeća na njihove realne ili percipirane nedostatke, ili što ih plaši. Posebno je emocija straha snažna kao mobilizirajuća determinanta njihovog ponašanja. Važno je da oni sami prepoznaju svoju ranjivost i mogućnost da se ta ranjivost izmanipulira u virtualnom prostoru. Naravno da ovakav poduhvat zahtijeva određenu razinu zrelosti i introspekcije, kojom se možda ni odrasli ne mogu uvijek pohvaliti. Nominalno je samospoznaja već u određenom obliku jedna od kompetencija koja se postavlja kao ishod mnogih nastavnih predmeta, kao i pedagoškog rada s mladima na časovima odjeljenske zajednice. Potrebno je, stoga, samo je povezati sa konzamacijom i evaluacijom informacija, te tako osvijestiti upliv emocija u procesuiranje određenih informacija.

Čini se da naš um, kada se treba pozabaviti određenim kompleksnim, teškim, novim, pitanjem, pribjegava i *substituciji*, i zamjenjuje ga sličnim a lakšim, pa umjesto odgovora na pitanje: "Šta mislim o ovome?" odgovara na pitanje: "Kako se osjećam u vezi ovoga?" Može se desiti i da se dati problem substituiru sa nekim poznatim, sličnim pitanjem. U sferi moralnosti i politike emocionalna reakcija na određenu temu može biti temelj uvjerenja kojeg osoba svjesno iznosi, vjerujući da je ono bazirano na rezonovanju. Rezonovanje je, nažalost, ipak previše zamorno, pogotovo u okolnostima preplavljenosti informacijama iz minute u minute. Stoga je mnogo lakše intuitivno i brzo pristupiti pitanjima koja iziskuju suštinsko razmatranje. Posebno je, kao što smo spomenuli, značajno osvijestiti kod mladih internet kao potencijalni poligon za manipuliranje emocijama.

Ovo je posebno relevantno i u kontekstu participacije mladih na izborima, s obzirom da su predizborne kampanje postale u velikoj mjeri zasnovane na društvenim mrežama, koje po svojoj prirodi favoriziraju kratke i jednostavne poruke. S obzirom da tek ulaze u svijet politike kao birači, a imajući na umu kognitivne „zamke“ o kojima smo govorili, sasvim je moguće da u njihovim preferencijama veću ulogu odigraju sasvim periferne karakteristike kandidata, a malu ili skoro nikakvu konkretan program, politička orijentacija, itd. Svakako da na ovu slabost nisu otporni ni odrasli. Ovaj prostor za manipulaciju je odavno prepoznat, te se sve manje i manje kampanja (i političkih i marketinških) i zasniva na programima i planovima, informacijama (jer njih je potrebno misaono obraditi), a više na općem dojmu, atraktivnosti, sitnim gestama, koje ni na koji način ne moraju biti povezane sa kompetencijama potrebnim za uspješno učešće u političkim tijelima u budućnosti. U prognozu uspješnosti kandidata na osnovu intuicije (Sistema 1) osoba je pretjerano uvjerena, a sama prognoza je previše ekstremna, jer zanemaruje input realnih pokazatelja. Mogli bismo reći da bi napori usmjereni ka osvještavanju ovakve pristranosti predstavljali osnovu informacijsko-medijske i političke pismenosti koju želimo razvijati kod mladih.

ZAKLJUČAK

U ovom kratkom stručnom radu ukazali smo na neke heurističke zakonitosti kojima podliježe svakodnevno mišljenje savremenog čovjeka. Radi uštede vremena i mentalnog napora pribjegava se ovim kognitivnim „prečicama“, iako postoji sposobnost da se svjesno i ciljano i kompleksnije misli. U svakodnevnom životu mladih osoba informacijski inputi na kojima je zasnovano njihovo mišljenje uglavnom dolaze iz virtualnog svijeta, koji, zbog svojih specifičnosti (obilja informacija, brzine pristupa) još više potiče površnost i impulsivnost u procesuiranju istih. U uslovima pandemije koja pred društvo postavlja nove izazove, posebno je važno analizirati efekte koje ovo okruženje ima na mlade osobe, jer se konsekvntno odražava na njihovo donošenje odluka. Najmarkatnija mentalna zamka je u potrebi za pojednostavljanjem slike svijeta i nesvjesnosti o velikoj količini informacija koje zapravo postoje, ali koje u datom trenutku osobi nisu dostupne. Algoritamski način funkcionisanja društvenih mreža koji kreira tzv. filter balon, još više stvara artifičijelni virtualni ambijent u kojem mladi samo potvrđuju svoje već postojeće stavove, a ne preispituju ih novim i različitim gledištima, tako stvarajući svoj jednostavni, crno-bijeli svijet. Zato je važno mlade podučavati kako da kvalitetno procesuiraju informacije, da budu svjesni principa dostupnosti i substitucije, moguće nepouzdanosti datih informacija, da statistički misle... Mladi su posebno ranjivi na afektivnu pristranost, s obzirom na razvojne zadatke kojima su izloženi u ovom periodu života, a impresije (koje miješaju sa zaključcima) bazirane na vlastitim emocijama mogu imati efekta i na njihovo zdravstveno, političko i potrošačko ponašanje.

Neophodno je kroz preventivno- edukativni rad ukazivati mladima na ove zakonitosti, kako bi bili svjesni temeljnog načina funkcionisanja svog mišljenja i pojednostavlivanja koje, iako automatsko i prirodno, nije nužno i neminovno. Ako podučimo mlade da o stvarima po *defaultu* kompleksnije razmisle, oni će biti svjesniji i svega onog što ne znaju, zbog čega će oprezno prilaziti informacijama i evaluirati ih, te neće lahko nasjedati na pokušaje da im se nešto sugerira. Podučavajući ih preispitivanjima cijelog procesa izvlačenja zaključaka, kao i osvještavanju vlastitih emocija, jačamo njihovu otpornost na pokušaje manipulacija, nastalih upravo na poznavanju heurističkih zakonitosti.

LITERATURA

1. Carr, N. (2011). Plitko. Zagreb: Naklada Jesenski i Turk
2. Kahneman, D. (2011). Thinking, fast and slow. Penguin Books
3. Grossmann, T. (2013). *The role of medial prefrontal cortex in early social cognition*. Front Hum Neurosci, 7:340.
4. Firth, J., Torous, J., Subbs, B., Firth, J., Smith, L., Alvarez-Jimenez, M., Gleeson, J., Vancampfort, D., Armitage, C.J., & Sarris, J. (2019). *The "online brain": how the Internet may be changing our cognition*, World Psychiatry 18:2, 119-129.
5. Ophir, E., Nass, C, & Wagner, AD. (2009). *Cognitive control in media multitaskers*. Proc Natl Acad Sci;106:15583-7.
6. Pariser, E. (2011). The Filter Bubble: How the New Personalized Web Is Changing What We Read and How We Think. Penguin Books
7. Slovic, P., Finucane, M., Peters, E.& MacGregor, D. (2007). *The Affect Heuristic*. European Journal of Operational Research. 177. 1333-1352.
8. Stanovich, K E., & West, R F. (2000). *Individual difference in reasoning: implications for the rationality debate?* Behavioral and Brain Sciences. 23 (5): 645–726.
9. Yeckelis, L., Cummings, J.J., & Reeves. B. (2014). *Multitasking on a single device: arousal and the frequency, anticipation, and prediction of switching between media content on a computer*. J Commun 64:167-192.

**PREVALENCA POREMEĆAJA SLUŠNOG PROCESIRANJA
KOD DJECE U ČETVRTIM RAZREDIMA OSNOVNE ŠKOLE**

**THE PREVALENCE OF AUDITORY PROCESSING
DISORDER IN CHILDREN FROM LOWER GRADES OF
PRIMARY SCHOOL**

Kantić Ahmet

JZU Dom zdravlja Tešanj

Ascom doo Tešanj

Islamski pedagoški fakultet, Univerzitet u Zenici

Fakultet društvenih znanosti, Sveučilište Hercegovina

Bosna i Hercegovina

SAŽETAK

Poremećaj slušnog procesiranja se odnosi na perceptivne teškoće u obradi auditivnih informacija u CNS-u, koji se očituju slabom izvedbom u jednoj ili više sposobnosti slušnog procesiranja. Istraživanje je provedeno sa ciljem utvrđivanja prevalencije poremećaja slušnog procesiranja (PSP) kod učenika u četvrtim razredima osnovne škole. Osnovni statistički skup iz koga je izabran uzorak za ovo istraživanje, činili su učenici uzrasta 9.5 do 10.5 godina. Uzorak ispitanika činilo je 95 učenika oba spola, a omjer ženskih i muških ispitanika je bio 48,4:51,6 %. Pri testiranju na subtestu filtriranih riječi postižu prosječan rezultat od 26,63 uz standardnu devijaciju od 4,45. Pri testiranju na subtestu govora u buci, postižu prosječan rezultat 23,83 uz standardnu devijaciju 2,96. Na subtestu dihlotički test riječi učenici postižu prosječan rezultat 45,49, uz standardnu devijaciju 9,56, dok na dihlotičkom testu rečenica, postižu prosječan rezultat 17,56, uz standardnu devijaciju 3,24. U ovoj školskoj grupi 8,4% učenika ostvarilo je rezultat niži od dvije standardne devijacije na najmanje dva subtesta, što se prema zahtjevima testa definiše kao poremećaj slušnog procesiranja, a odnos djevojčica:dječak iznosi 1:3. Može se konstatovati da je u recentnom periodu prevalencija PSP kod školske djece u porastu, prvenstveno zbog fokusiranja pažnje na ovaj problem.

Ključne riječi: slušno procesiranje, poremećaji slušnog procesiranja (PSP), prevalencija PSP

ABSTRACT

The auditory processing disorder refers to perceptual difficulties in the process of auditory informations in CNS, which are manifested by poor performance in one or more abilities of auditory processing. The research is conducted with a purpose of determining the prevalence of auditory processing disorder in children from fourth grade of primary school. The basic statistical set from which the pattern for this research is chosen, was made of students aged from 9,5 to 10,5. The pattern was consisted of 95 students, both genders, and the ratio of male to female respondents was 48,4:51,6%. On the Filtered Words subtest, students achieved the average result of 26,63 with standard deviation of 4,45. On the Auditory Figure-Ground subtest, they achieved the average result of 23,83 with standard deviation of 2,96. On the Competing Words subtest, the average result of 45,49 with standard deviation of 9,56 was achieved, while on Competing Sentences subtest, the average result was 17,56 with standard deviation of 3,24. 8,4% of this group students achieved the result lower than two standard deviations on at least two subtests, which is, by test, defined as auditory processing disorder, and the ratio girl to boy is 1:3. It can be stated that in the recent period, there is an increasment in the prevalence of APD in school children, primarily because of attention focus on this problem.

Keywords: auditory processing, auditory processing disorders (APD), prevalence of APD

UVOD

Slušni put ima tri osnovne komponente: uho – slušni organ, slušni nerv – n. statoacusticus i centri za obradu slušnog signala u kori velikog mozga. Slušni put započinje vanjskim i srednjim uhom koje omogućava mehaničkoj energiji zvuka da se prenese do osjetnih stanica u pužnici, gdje se mehanička energija pretvara u bioelektrični signal koji se putem slušnog živca prenosi do kortikalnih centara u mozgu (Brkić, 2005).

Slušno procesiranje je sposobnost da slušamo, razumijemo i odgovaramo na informacije koje čujemo kroz svoje slušne kanale. Slušno procesiranje je pojam koji opisuje kako mozak prepoznaje i interpretira zvukove okoline (Heđever, Bonetti 2010). Naime, postoje osobe koje imaju u potpunosti očuvan – intaktan sluh, ali jako teško razumijevaju govorne zvukove, posebno uz prisustvo buke. Takve osobe ne mogu procesirati zvukove na odgovarajući način (Roeser i Downs, 2004).

Američka asocijacija logopeda (ASHA) definirala je 2005. godine slušno procesiranje i poremećaj slušnog procesiranja (PSP). Slušno procesiranje se odnosi na učinkovitost i djelotvornost kojom centralni nervni sistem koristi slušne informacije, odnosno na perceptivnu obradu slušnih informacija u centralnom nervnom sistemu (CNS), i neurobiološku aktivnost koja je u podlozi te aktivnosti i stvara elektro-fiziološke slušne potencijale. PSP se odnosi na perceptivne teškoće u obradi auditivnih informacija u CNS-u, koji se očituju slabom izvedbom u jednoj ili više sposobnosti slušnog procesiranja (Američka asocijacija logopeda – ASHA, 2005). Sve definicije PSP-a uključuju četiri ključne činjenice: da je sluh uredan, da postoji neurološka baza poremećaja, da je djetetova sposobnost slušanja oštećena i da postoji prekid u primanju, prisjećanju, razumijevanju i upotrebi informacija dobijenih slušnim putem (Lucker, 2011). S obzirom na to da je kod ove djece sluh uredan, često se ove poteškoće pripisuju poremećaju pažnje, poremećajima u ponašanju, manjku motivacije ili nekim drugim poremećajima (Heđever, 2015). U ranoj dječijoj dobi se PSP manifestira kroz preosjetljivost na buku, teškoće u pamćenju pjesmica i priča. Kasnije simptomi perzistiraju u vidu loše govorne diskriminacije u bučnom okruženju, tako što dijete teško prati i razumijeva govor. Ovo se posebno odnosi na školsko okruženje, odnosno razumijevanje govora u bučnom okruženju koje je tipično za razrede u školi, ali naravno, nije ograničeno samo na školu (Heđever, 2015). Tokom prvog razreda osnovne škole postaje jasno da ovakva djeca imaju neki problem, ali zbog raznolikih i varirajućih simptoma se obično klasifikuju kao djeca sa problematičnim ponašanjem i sl. Takva djeca koriste različite kompenzacijske strategije zbog kojih neopaženo prolaze do polaska u školu, kada počinju znatnije zaostajati za vršnjacima (Young, 2003). Keith (2004) navodi da djeca sa PSP mogu imati poteškoće u smislu: otežane diskriminacije govornih zvukova (razumijevanja govora u buci, kada govori više osoba itd.), lošije snalaženje u razgovoru u grupi, teškoće u zanemarivanju nevažnih slušnih podražaja, teškoće u primanju i procesiranju više govornih poruka istovremeno, sporost u odgovaranju na

slušne informacije, teškoće praćenja dužih razgovora, te dužih ili složenih verbalnih uputa, brzo zamaranje tokom dužih ili kompleksnijih slušnih aktivnosti, česti upiti za ponavljanje informacija i uputa (potrebno je višestruko ponavljanje za postizanje razumijevanja), teškoće kratkoročnog i dugoročnog pamćenja u prisjećanju verbalno prezentiranih informacija (npr. recitiranje abecede, brojeva telefona, dana u sedmici, učenja rime i pjesama itd.), teškoće slušne diskriminacije, teškoće pamćenja i manipuliranja fonemima, teškoće lokalizacije zvuka. Bamiou, Musiek i Luxon (2001) su utvrdili incidencu PSP-a od 5-7 %, a odnos dječaci naspram djevojčica je 2:1. U recen-tnom periodu se konstatuje da ne postoji univerzalan tretman za svako dijete sa PSP –a. Osim toga što je nužno da otpočne što ranije, u obzir se moraju uzeti razni aspekti kao što su rezultati dijagnostičkih testova, jezičko-govorna procjena, psihološki profil djeteta i povijest bolesti (ASHA, 2005). U tretmanu je primarno, prema Bellis (2003), raditi na povećavanju sposobnosti korištenja informacija dobijenih auditornim pu-tem. Tretman se može zasnivati na tri postupka: pojačavanje perceptivnih slušnih sposobnosti; pojačavanje jezičkih i kognitivnih resursa individue; poboljšavanje kva-liteta auditivnog signala (Schminky i Baran, 1999).

METODE RADA

Cilj istraživanja

Istraživanje je provedeno sa ciljem utvrđivanja prevalence poremećaja slušnog procesiranja (PSP) kod učenika u četvrtim razredima osnovne škole.

Uzorak ispitanika

Osnovni statistički skup iz koga je izabran uzorak za ovo istraživanje, činili su učenici uzrasta 9.5 do 10.5 godina po devetogodišnjem nastavnom planu i programu rada, bez razvojnih smetnji (urednog sluha te motornog, senzornog i intelektualnog razvo-ja). Uzorak ispitanika činilo je 95 učenika oba spola od čega su djevojčice (46) 48,4% a muški (49) ili 51,6%.

Istraživanje je provedeno u periodu februar–decembar 2017. godine u dvadeset šest osnovnih škola u Bosni i Hercegovini, u sklopu naučno-istraživačkog projekta „Jezič-ko procesiranje bosansko-hercegovačke djece osnovnoškolskog uzrasta“ u organiza-ciji Edukacijsko-rehabilitacijskog fakulteta Univerziteta u Tuzli.

Uzorak varijabli

Varijable istraživanja obuhvataju spol i rezultate postignute na četiri subtesta iz Bate-rije testova za ispitivanje poremećaja slušnog procesiranja PSP-1 u koje spadaju: test filtriranih riječi (TFR), test govora u buci (TGB), dihlotički test riječi (DTR), dihlotički test rečenica (DTRE), kao i ukupan rezultat ostvaren na testu PSP-1 (Suma).

Način provođenja istraživanja i mjerni instrumenti

Mjerni instrument koji je korišten u ovom istraživanju je Baterija testova za ispitivanje poremećaja slušnog procesiranja PSP 1 (Heđever, 2015). Instrument je namijenjen za ispitivanje i otkrivanje poremećaja slušnog procesiranja i standardiziran je za dob od 5.5 do 11.5 godina. Predviđeno trajanje testiranja iznosi 30 minuta. Test se sastoji od četiri subtesta: Test filtriranih riječi, Test govora u buci, Dihotički test riječi i Dihotički test rečenica. Ova se skupina subtestova zasniva na jednostavnom ponavljanju zadanih stimulusa (riječi i rečenica), a od ispitanika se ne traži semantičko razumijevanje zadataka niti njihovo fonetsko/fonološko razlikovanje. Testiranje se provodilo individualno sa svakim djetetom u tihoj i mirnoj prostoriji, bez distraktibilnih podražaja, kao i bez prisustva drugih osoba ili djece. Ispitivanje je provedeno uz pismenu saglasnost roditelja djece i direktora osnovnih škola u kojima je rađeno istraživanje.

Prije samog početka ispitivanja sa svakim se djetetom nastojao uspostaviti topao i prijateljski odnos kako bi dijete prihvatilo ispitivanje. Objašnjeno im je da će sudjelovati u jednom ispitivanju u kojem će oni, kao i sam ispitivač imati slušalice na glavi. Također im je objašnjeno da je njihov zadatak pažljivo slušati riječi te ponavljati ono što čuju. Neposredno prije testiranja provjeravala se kod djeteta sposobnost orijentacije (lateralizacije) lijevo/desno. To se posebno provjeravalo kod mlađe djece i ako je potrebno, prije testiranja se kratko uvježbavalo, na način da dijete na verbalni nalog pokaže svoju desnu/lijevu ruku i desno/lijevo uho i sl.

Prema Heđever (2015), predviđeno je da razina kalibracijskog zvuka bude podešena na 60 dB SPL (mjereno prema tipu izofonske krivulje – A). Temeljem ove kalibracije prosječna razina zvuka govora (na odgovarajućim slušalicama) prilikom testiranja iznosila je oko 60 dB SPL. To je ujedno i optimalna razina glasnoće za dijete sa urednim sluhom. Ispitivač je vršio kalibraciju prije ispitivanja te sam provjeravao glasnoću na slušalicama. Na početku pripreme za testiranje (prije podešavanja glasnoće), oba para slušalica su bila zajedno spojena i uključena u računar koji je služio za reprodukciju.

U prva tri subtesta korištene su samo jednosložne riječi koje su poznate na dječjem uzrastu (predškolskom i osnovnoškolskom), a identične su u različitim jezicima (hrvatski, bosanski, srpski i crnogorski). Upravo ovaj izbor riječi i rečenica napravljen je s ciljem da se ovaj test može primjeniti i kod djece kojima je maternji jezik jedan od navedenih, odnosno da se ovaj test može primjeniti i evaluirati i u susjednim državama pa tako i u Bosni i Hercegovini. U četvrtom subtestu (dihotičko slušanje rečenica) također su korištene jednostavne i djeci razumljive rečenice s riječima koje su također uglavnom identične u prethodno navedenim jezicima (Heđever, 2015).

Test filtriranih riječi je monoauralni niskoredundanti govorni test kojim se ispituje sposobnost prepoznavanja riječi kojima je smanjena razumljivost odnosno inteligibilitet. On nam omogućava da procijenimo djetetovu sposobnost razumijevanja distorziranog govora.

Testiranje se provodi tako da se ispitaniku na jedno uho (monoauralno) prezentira serija filtriranih riječi (niskopropusni filter s graničnom frekvencijom na 1 kHz i strmi- nom gušenja od 32 dB/okt.) (Heđever, 2015). Test se provodi za svako uho posebno. Smatra se prikladnim za otkrivanje PSP-a kod djece koja imaju teškoće u slušnoj re- cepciji. Sadrži dvije liste po 17 riječi koje su fonološki ujednačene za desno i lijevo uho tako da odabrane riječi sadrže podjednak broj glasova s obzirom na način i mjesto tvorbe te su ujednačene i prema frekvencijskom spektru.

Test govora u buci spada također u kategoriju monoauralnih niskoredundantnih go- vornih testova. U ovom testu su riječi – stimulusi prezentirane bez filtriranja ali u prisutnost pozadinskog šuma. Ovdje se kao šum koristi kontinuirani ljudski žamor velike skupine ljudi, koji mora biti potpuno nerazumljiv i konstantnog ujednačenog intenziteta koji je za 8 dB niži od razine riječi - stimulusa. Prezentira se monoauralno kao i prethodni test. Test sadrži dvije liste po 14 riječi koje su fonološki i frekvencijski ujednačene za desno i lijevo uho (Heđever, 2015).

Dihotički test riječi prezentira binauralno dvije različite riječi (test kompeticije riječi) u isto vrijeme i to na način da se jedna riječ čuje na jednom uhu, a istovremeno druga riječ se čuje na drugom uhu. Od ispitanika se traži da prvo ponovi riječ koju je čuo jednom (npr. desnom) uhu, a zatim riječ koju je čuo u drugom uhu (iako su obje riječi bile prezentirane istovremeno) (Heđever, 2015). Abnormalni rezultati na ovom testu ukazuju na široki raspon poteškoća poput poremećaja slušnog procesiranja, jezičkih teškoća, teškoća u učenju. I ovaj je test kao i prethodni dobro izbalansiran prema spektru riječi, te mjestu i načinu glasova u riječima. Isto tako, u akustičkom editiranju riječi su postavljene u binauralne parove gdje je trajanje stimulusa desno/lijevo izjed- načeno po vremenskom trajanju na razini tačnosti od 1 ms. Test sadrži po 15 parova riječi za svako uho (ukupno 60 različitih riječi).

Dihotički test rečenica prezentira binauralno dvije različite rečenice, a ispitivanje se provodi na isti način kao i u prethodnom testu s riječima. Ovaj se test također koristi za procjenu stupnja maturacije i hemisferne dominantnosti za jezik. Usporedba rezul- tata dihotičkog testa riječi i dihotičkog testa rečenica omogućuje veću sigurnost u procjeni eventualnih teškoća na jezičkoj razini. Test sadrži po 10 parova rečenica za svako uho, ukupno 40 rečenica (Heđever, 2015).

Svi odgovori su bilježeni na posebno pripremljenom obrascu koji sadrži sve zadatke iz sva četiri subtesta. Poremećaj slušnog procesiranja označavao se samo u slučaje- vima kada su rezultati na najmanje dva (od ukupno četiri) subtesta bili u kategoriji ispod dvije standardne devijacije. Na kraju ispitivanja svako dijete je pohvalom na- građeno za uspješno sudjelovanje u ispitivanju.

Statistička obrada podataka

Korišteni su standardni statistički postupci: izračunavanje frekvencije pojavljivanja i postoci, te su rezultati prikazani grafički. Postignuti rezultat je opisan prosječnom vrijednošću i standardnom devijacijom; medijanom i odgovarajućim među-kvartalnim opsegom, te minimalnom i maksimalnom postignutom vrijednošću.

REZULTATI I DISKUSIJA

Ukupan uzorak za ispitivanje čine djeca starosti od 9.5 do 10.5 godina (u istraživanju navedeni kao četvrta školska grupa); njih je u ovom uzorku 95, od čega su djevojčice (46) 48,4% a muški (49) ili 51,6%. Uzorak je prikazan u tabeli 1.

Tabela 1. Deskriptivni pokazatelji ispitivanog uzorka

Četvrta školska grupa	Djevojčice	Dječaci	Ukupno
Broj ispitanika	46	49	95
Procenti %	48,4	51,6	100

U slijedećoj tabeli su prikazani postignuti rezultati na subtestovima slušnog procesiranja kod četvrte školske grupe. Postignuti rezultat je opisan prosječnom vrijednošću i standardnom devijacijom; medijanom i odgovarajućim među-kvartalnim opsegom, te minimalnom i maksimalnom postignutom vrijednošću.

Tabela 2. Rezultati testiranja slušnog procesiranja za četvrtu školsku grupu

Vrsta subtesta	M (SD)	Medijan (IQR)	Min-Max
Test filtriranih riječi	26,63 (4,45)	28,00 (23,00-30,00)	15,00-34,00
Test govora u buci	23,83 (2,96)	24,00 (22,00-26,00)	17,00-33,00
Dihotički test riječi	45,49 (9,56)	47,00 (42,00-52,00)	18,00-59,00
Dihotički test rečenica	17,56 (3,24)	19,00 (17,00-20,00)	5,00-20,00

M – (eng. mean) srednja vrijednost; SD – standardna devijacija; IQR – (eng. interquartile range) – među-kvartalni opseg; Min – minimum; Max – maksimum; Raspon vrijednosti za test filtriranih riječi iznosi 0-34, za test govora u buci 0-28, za dihotički test riječi 0-60, i za dihotički test rečenica 0-20.

Posmatrajući rezultate koje je postigla četvrta školska grupa. Djeca ovog uzrasta su na testu filtriranih riječi, postigla prosječan rezultat od 26,63 uz standardnu devijaciju od 4,45. Medijan je bio 28,00, a među-kvartalni opseg 23,00-30,00. Minimalan rezultat je iznosio 15,0, a maksimalan 34,00.

Na drugom testu, to jeste na testu govora u buci, djeca četvrte školske grupe su postigla prosječan rezultat 23,83 uz standardnu devijaciju 2,96. Medijan je bio 24,00, a među-kvartalni opseg 22,00-26,00. Minimalna postignuta vrijednost na ovom testu je iznosila 17,00, a maksimalna 33,00.

Treći subtest ovog upitnika je dihوتيčki test riječi. Na ovom testu djeca četvrte školske grupe su postigla prosječan rezultat 45,49, uz standardnu devijaciju 9,56, medijan 47,00, te među-kvartalni opseg 42,00-52,00. Minimalan postignuti rezultat je bio 18,00, a maksimalan 59,00.

Na posljednjem subtestu, dihوتيčkom testu rečenica, djeca četvrte školske grupe su postigla prosječan rezultat 17,56, uz standardnu devijaciju 3,24, medijan 19,00, te među-kvartalni opseg 17,00-20,00. Minimalan rezultat je bio 5,00, a maksimalan 20,00.

Ukupan rezultat postignut na testu je standardizovan izračunavanjem z vrijednosti, na osnovu koje su dalje definisani: poremećaj procesiranja (negativno odstupanje od dvije standardne devijacije na najmanje dva subtesta), granični rezultat (negativno odstupanje od dvije standardne devijacije na jednom subtestu), prosječan rezultat, i rezultat iznad prosjeka (pozitivna vrijednost od jedne standardne devijacije).

Rezultati testa slušnog procesiranja za četvrtu školsku grupu su predstavljeni u Tabeli 3.

Tabela 3. Rezultati slušnog procesiranja za četvrtu školsku grupu

Vrsta testa	Poremećaj (%)	Granični rezultat (%)	Prosjek (%)	Iznad prosjeka (%)
Grupa				
Test filtriranih riječi	4,2	5,3	28,4	62,1
Test govora u buci	0,0	10,5	41,1	48,4
Dihوتيčki test riječi	23,2	16,8	50,5	9,5
Dihوتيčki test rečenica	9,5	12,6	49,5	28,4
Dječaci				
Test filtriranih riječi	4,1	8,2	30,6	57,1
Test govora u buci	0,0	16,3	42,9	40,8
Dihوتيčki test riječi	28,6	16,3	46,9	8,2
Dihوتيčki test rečenica	14,3	16,3	51,0	18,4
Djevojčice				
Test filtriranih riječi	4,3	2,2	26,1	67,4
Test govora u buci	0,0	4,3	39,1	56,5
Dihوتيčki test riječi	17,4	17,4	54,3	10,9
Dihوتيčki test rečenica	4,3	8,7	47,8	39,1

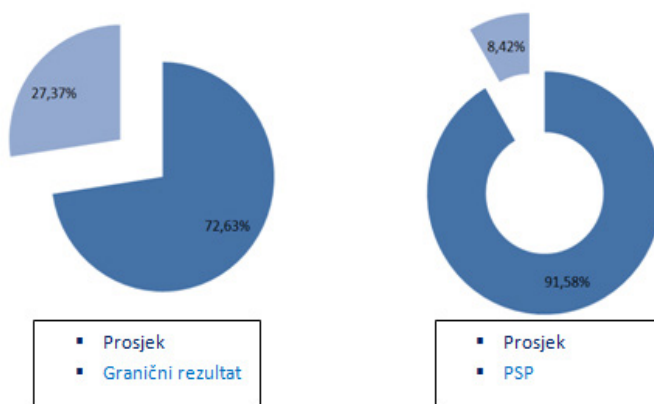
Sa ciljem sistematičnijeg prikazivanja utvrđene učestalosti poremećaja slušnog procesiranja u Tabeli 4 su predstavljeni rezultati koji pokazuju koliki procenat djece je postigao bar na jednom subtestu od ukupno četiri rezultat niži od dvije standardne devijacije koji se definiše kao granični rezultat, kao i koliki procenat je ostvario rezultat definisan kao poremećaj slušnog procesiranja na najmanje dva subtesta.

Tabela 4. Učestalost odstupanja slušnog procesiranja kod djece u četvrtoj školskoj grupi

Uzrasna grupa	Granični rezultat		Poremećaj slušnog procesiranja na najmanje dva subtesta	
	N	%	N	%
Četvrta školska grupa	26	27,4	8	8,4
Dječaci	17	34,7	6	12,2
Djevojčice	9	19,6	2	4,3

N – broj djece;

U četvrtoj školskoj grupi 27,4% djece je ostvarilo rezultat niži od dvije standardne devijacije na bar jednom subtestu, dok je 8,4% ostvarilo ovakav rezultat na najmanje dva subtesta. Na Slici 1 je grafički prikazana učestalost odstupanja slušnog procesiranja djece četvrte školske grupe. Posmatrajući ostvareni rezultat između dječaka i djevojčica i u ovoj uzrasnoj grupi je uočljiva razlika između dječaka i djevojčica. Odnos dječak : djevojčica u slučaju postizanja rezultata definisanog kao poremećaj slušnog procesiranja na najmanje dva subtesta iznosi 3:1, što znači da dječaci ovog uzrasta tri puta češće postižu rezultat koji se definiše kao poremećaj slušnog procesiranja.



Slika 1. Učestalost odstupanja slušnog procesiranja djece četvrte školske grupe; svijetlom bojom je predstavljen procenat djece koja su ostvarila rezultat niži od dvije standardne devijacije na bar jednom subtestu, definisan kao granični rezultat, dok tamna boja pokazuje prosječan rezultat; a) rezultat niži od dvije standardne devijacije postignut na bar jednom subtestu; b) rezultat niži od dvije standardne devijacije postignut na najmanje dva subtesta definisan kao PSP.

ZAKLJUČAK

Poremećaj slušnog procesiranja kao aktuelna tema je nedovoljno zastupljen u svakodnevnoj logopedskoj praksi. Jedan od razloga za navedeno leži u činjenici da na našim prostorima nije bilo adekvatnog standardiziranog testa za procjenu poremećaja slušnog procesiranja. Zbog heterogene prirode PSP-a do danas ne postoji zlatni standard - standardni test za procjenu PSP-a (Medwetsky, 2002). PSP1 kojim su testirana djeca u ovom istraživanju se sastoji od četiri subtesta. Test filtriranih riječi i Test govora u buci predstavljaju monoauralne niskoredundantne subtestove, koji se koriste već duži niz godina i koji mogu znatno poboljšati senzitivnost baterije testova za utvrđivanje PSP-a (Dawes i Bishop, 2009), što se veže uz činjenicu da su djeca u osnovnoj školi posebno osjetljiva na buku (Shield i Dockrell, 2003). Subtestovi dihotički test riječi i dihotički test rečenica su se pokazali kao najdiskriminativniji subtestovi, koji mogu procijeniti funkcije neuroloških veza u auditivnom sistemu. Slabiji rezultati na ovim subtestovima mogu ukazivati na zakašnjeni razvoj i maturaciju centralnog nervnog sistema kao i neurološke smetnje, kao i centralna oštećenja sluha i poremećaj slušnog procesiranja (Meyers i sur, 2000). U našem istraživanju ukupna prevalenca iznosi 8,4 %, odnosno to je procenat ispitanika koji su imali rezultat lošiji od – 2 SD, a odnos dječak : djevojčice iznosi 3:1 i u skladu je sa našim očekivanjima. Iz priloženog je vidljivo da postoji znatna razlika u PSP između ispitanika suprotnog pola. U svojim istraživanjima Bamioiu, Musiek i Luxon (2001) su utvrdili incidencu od 5-7 %, a odnos dječaci naspram djevojčica je 2:1. Jerger i Musiek (2000) navode da je prevalenca PSP-a kod školske djece u porastu u recentnom periodu, zbog fokusiranja na ovaj problem i da iznosi oko 7 %. U periodu od sedme do desete godine postepeno postižu bolji uspjeh u fokusiranju pažnje kao i eliminisanju distraktibilnih (pozadinskih) zvukova (Bailey, 2010). Korištenje testa PSP1 omogućava diferencijalnu dijagnostiku između PSP-a i drugih teškoća, ali pored testiranja PSP1 za pravilno dijagnosticiranje potrebno je uraditi i audiološko testiranje (audiometrija, a po potrebi i otoakustičke emisije OAE) radi utvrđivanja statusa sluha, te izvršiti psihološku procjenu zbog procjene kognitivnih sposobnosti i pažnje, kao i zbog isključivanja postojanja nekog drugog poremećaja. Jerger i Musiek (2000) preporučuju da se bihevioralna mjerenja klinički nadopunjuju elektrofiziološkim i elektroakustičkim mjerenjima, posebice otoakustičkim emisijama. Sve navedeno znači da se za potpunu dijagnostiku i izradu plana u tretmanu PSP-a, pored logopeda u ovaj proces trebaju uključiti i drugi stručnjaci prvenstveno audiolog i psiholog.

LITERATURA

1. ASHA – American Speech-Language-Hearing Association (Američka asocijacija logopeda) (2005) (Central) Auditory Processing Disorders. Tehnical Report. URL: www.asha.org/policy/ (15.12.2020)

2. Bailey, T. (2010) Auditory Pathways and Processes: Implications for Neuropsychological Assessment and Diagnosis of Children and Adolescents, *Child Neuropsychology*, 16:6, 521-548
3. Bamiau, D.E., Musiek, F.E. & Luxon, L.M. (2001) Aetiology and clinical presentations of auditory processing disorders – a review. *Archives of Disease in Childhood*, 85, 361-365.
4. Brkić, F. (2005) *Audiologija*, Tuzla, HARFO-GRAF
5. Dawes, P. i Bishop, D.V.M. (2009) Auditory processing disorder in relation to developmental disorders of language, communication and attention: A review and critique. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 44 (4), 440-465.
6. Heđever, M., Bonetti, A. (2010) Ispitivanje poremećaja slušnog procesiranja pomoću filtriranih riječi kod učenika nižih razreda osnovnih škola. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 46 (2): 51-56.
7. Heđever, M. (2015) Priručnik Test PSP-1, Baterija testova za ispitivanje slušnog procesiranja. Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet. Zagreb, (Neobjavljeno izdanje).
8. Jerger, J., Musiek, F. (2000) Report of the consensus in the diagnosis of auditory processing disorders in school-aged children. *Journal of American Academy of Audiology*, 11, 467-474.
9. Keith, R.W. (2012) Technical report. SCAN 3 for Children. Test for Auditory processing disorders. London, UK: Pearson.
10. Lucker, J.R. (2011) What does electrophysiological measure of the auditory system tell us about APD? *SSW Reports*, 32 (3): 1-3.
11. Medwetsky, L. (2002) Central auditory processing testing; a battery approach. In J. Katz (Ed.), *Handbook of Clinical Audiology* (5th ed., pp. 510-524). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
12. Meyers, J.E. et al. (2000) Dichotic Listening: Expanded Norms and Clinical Application, *Archives of Clinical Neuropsychology*, Pergamon, 17 (2002) 79-90.
13. Roeser, R.J., Downs, M.P. (2004) A New Era for the Identification and Treatment of Children with Auditory Disorders, *Auditory Disorders in school children: The Law, Identification, Remediation*. 4th Edition, New York: Thieme Medical Publishers Inc.
14. Shield, B. i Dockrell, J. E. (2003) The effects of noise on children at school: A review. *Building Acoustics*, 10,97–116.
15. Young, M. L. (2003) Recognizing and treating children with central auditory processing disorders. URL: <http://www.scilearn.com/sites/default/files/imported/alldocs/mktg/10035-952MYoungCAPD.pdf>. (12.01.2019)

**USPJEŠNOST PRIMJENE LOGOPEDSKOG TRETMANA
I REEDUKACIJE PSIHOMOTORIKE KOD DJETETA SA
USPORENIM GOVORNO- JEZIČKIM RAZVOJEM- PRIKAZ
SLUČAJA**

**SUCCESS OF SPEECH THERAPY TREATMENT AND
PSYCHOMOTOR RE-EDUCATION IN A CHILD WITH
DELAYED SPEECH-LANGUAGE DEVELOPMENT - CASE
STUDY**

Jusufbašić Samra, Abidović- Mačković Amela

JU Dom zdravlja Maglaj, Centar za rani rast i razvoj, Maglaj, Bosna i Hercegovina

SAŽETAK

Pojam usporenog govorno- jezičkog razvoja odnosi se na teškoće u razvoju receptivnih i ekspresivnih jezičkih sposobnosti, koje se najčešće mogu primjetiti u periodu od godinu i pol do treće godine. Multidisciplinarnim pristupom i procjenom roditelji dobivaju kompletan izvještaj o razvoju djeteta (govorno- jezički, psihomotorni i psihološki razvoj). U ovom radu cilj je prikazati kako se primjenom logopedskog tretmana trogodišnjeg djeteta sa usporenim govorno- jezičkim razvojem i reedukacijom psihomotorike postižu značajni rezultati u progovaranju, usvajanju prvih riječi, rečenica i postizanja doživljaja samog sebe i svoga tijela. Za procjenu receptivnog i ekspresivnog govora korištena su didaktička pomagala- slike, dok je za procjenu saznanje organizovanosti, praksicne organizovanosti, gnostičke i praktognostičke organizovanosti korišten Praktikum opšte defektološke dijagnostike. Za procjenu psihološkog razvoja korišten Razvojni test autorice Čturić (RTČ,1996). Primjenom logopedskog tretmana i reedukacijom psihomotorike evidentiran je uspjeh na polju receptivnog i ekspresivnog jezičkog razvoja, kao i u doživljaju samog sebe, svijesti o sebi kao ličnosti, ovladavanju sopstvenog tijela i organizacije pokreta.

Gljučne riječi: usporen govorno- jezički razvoj, logopedska procjena, logopedski tretman, reedukacija psihomotorike.

ABSTRACT

The term delayed speech-language development refers to difficulties in the development of receptive and expressive language abilities, which can most often be noticed in the period from one and a half to three years. Through a multidisciplinary approach and assessment, parents receive a complete report on the child's development (speech-language, psychomotor and psychological development). In this paper, the aim is to show how the application of speech therapy treatment of a three-year-old child with delayed speech and language development and reeducation of psychomotor skills achieves significant results in speaking, adopting the first words, sentences and achieving experience of himself and his body. Didactic aids - pictures were used to assess receptive and expressive speech, while the Practicum of General Defectological Diagnostics was used to assess cognitive organization, practical organization, gnostic and practognostic organization. The Development Test by Čturić (RTČ, 1996) was used to assess psychological development. The application of speech therapy treatment and re-education of psychomotor skills has recorded success in the field of receptive and expressive language development, as well as in the experience of oneself, self-awareness as a person, mastering one's own body and organizing movement.

Key words: Delayed speech and language development, speech therapy assessment, speech therapy treatment, psychomotor re-education.

UVOD

Usporeni razvoj govora odnosi se na zaostajanje dok je govor još u razvoju, najčešće u razdoblju do treće-četvrte godine života. Djeca razumiju govor svoje okoline, ali se služe rečenicama koje nisu primjerene hronološkoj dobi (Škarić, 1988, prema Kotarac, 2017)

Drugi naziv za ovaj jezični poremećaj je alalija (negovorenje). Tri su razine alalije: 1) dijete ne govori i ne razumije tuđi govor, 2) dijete donekle razumije govor, ali ne govori, 3) dijete razumije govor, no njegov je govor reduciran – sastoji se od izoliranih riječi koje imaju vrijednost rečenica, npr. mama, tata, daj, ne (Bouillet, 2010, prema Lakić, 2016).

U blažim slučajevima dijete koristi gestu, ima naznake želje za komunikacijom uz otežano sporazumijevanje s okolinom te oskudno razumijevanje, dok u najtežim slučajevima uopće ne govori i ne razumije tuđi govor. U najtežim slučajevima poremećaj se može zapaziti vrlo rano, čak i prije druge godine života (Benc Štuka, 2010).

Jezičke teškoće možemo različito definisati, ali je bitno istaći da ih karakterišu veća ili manja odstupanja u razumijevanju i proizvodnji jezika u svim jezičkim sastavnicama: fonologiji, morfologiji, sintaksi, semantici i pragmatici. S obzirom da postoji povezanost između svih jezičkih sastavnica, ukoliko se jave odstupanja u bilo kojoj jezičkoj sastavnici, navedena poteškoća će se odraziti i na ostale komponente jezika (Salihović i sar., 2006).

Reedukacija psihomotorike ili tretman pokretom javlja se u našem savremenom svijetu kao metod koji djetetu otkriva jasan doživljaj sebe sama, svest o sebi kao ličnosti, te doživljaj i svijest o svome mjestu u svijetu, što mu omogućava samostalanost u životu, u ravni uzrasta koji ono doseže (Bojanin, 2006).

Reedukacija psihomotorike usmerena je na razvoj izražajnih sposobnosti djeteta, prije svega onih sposobnosti koje djetetu omogućavaju da ovlada sopstvenim tijelom i samim tim da može da osmisli i organizuje pokret tako da on bude svrsishodan. Ovaj vid tretmana koristi se kao način usmjeravanja i prevježbavanja djetetovih iskustava nastalih uslijed disharmoničnog razvoja struktura i funkcija psihomotornog sprega (Bojanin, 1986, prema Krstić, 2006).

PRIKAZ SLUČAJA

2.1. ANAMNESTIČKI PODACI

Ispitanik je trogodišnje dijete sa dijagnozom usporenog govorno- jezičkog razvoja (usporen razvoj receptivnih i ekspresivnih jezičkih sposobnosti). Iz anamnestičkih podataka logoped saznaje da je drugo dijete iz druge uredne trudnoće, završene

prirodnim putem. Rani psihomotorni razvoj protekao je uredno, osim govora koji se nije razvijao. Prvu riječ „mama“ izgovara sa 12 mjeseci, nakon toga „babo“, „nana“. Majka navodi da je dosta vremena provodio pred tv-om izložen stranom jeziku, tabletu i telefonu. Kod djeteta su bila primjetna odstupanja u receptivnom i ekspresivnom jezičkom razvoju: nije izvršavao jednostavne verbalne naloge, nije pokazivao dijelove tijela. Ponavljanje verbalnih stimulusa bilo je očuvano. Upućen je na psihološki pregled, na kojem je primjenjen Razvojni test Čturić (1996). Na testiranju su postignuti neuravnoteženi rezultati. Razvoj motorike i okulomotorike je u razvojnim okvirima, dok je u razvoju govora i komunikacije prisutno zaostajanje.

2.2. TESTOVNE PROCEDURE

Za procjenu sposobnosti receptivnog i ekspresivnog govora korištena je neformalna procjena od strane logopeda prateći razvojnu skalu i sposobnosti koje bi trebale biti usvojene u odnosu na hronološku dob. Zadaci su bili da: imenuje 20 slika iz različitih kategorija (životinje, hrana, piće, predmeti, aktivnosti), da pokaže na sebi preko 5 dijelova tijela, da li u spontanom govoru da li kombinuje 3 do 4 riječi, da li razumije složene verbalne naloge. Obzirom da su djetetove receptivne i ekspresivne jezičke sposobnosti bile ispod očekovanih u odnosu na hronološku dob, logoped je majci predložio da se pored logopedskog tretmana dijete uključi i u tretman Re edukacije psihomotorike. Prije nego što se počelo sa tretmanom Re edukacije psihomotorike logoped je uradio procjenu djetetovih sposobnosti prema testovnom materijalu iz Praktikuma opšte defektološke dijagnostike (Povše Ivkić, Govedarica, 2000), i to: procjenu saznanje organizovanosti, procjenu praksične organizovanosti, procjenu gnostičke organizovanosti, procjenu poznavanja dijeova tijela i procjenu praktognostičke organizovanosti. Djetetove sposobnosti na procjeni takođe su bile ispod očekivanih u odnosu na hronološku dob.

2.3. STRUKTURA I OPIS TRETMANA

Logopedski tretmani planirani su u vidu govorno- jezičkog poticanja u kojem je korišteno puno didaktičkog materijala, drvenih puzzli sa zanimljivim sadržajem (npr. voće, životinje- divlje i domaće, prijevozna sredstva, uklapalice sa geometrijskim oblicima) slikovnice, itd. Ovaj materijal se najčešće koristio na početku tretmana kako bi se dijete adaptiralo na prostor, tretman i logopeda. Svaku aktivnost s djetetom logoped je imenovao kako bi se potaklo razumijevanje govora i funkcionalnost igre (npr. sada redamo kocke, pravimo kućicu, uzimam auto, pade auto, ti podigni auto, uzimam medu, itd). Prve riječi su bile jednostavne, dvosložne riječi (mama, beba, buba, medo, daj, bubanj, nana, pape, Pepa, pile, patka, itd), obavezno poštujući da među prvim riječima budu one riječi koje sadrže glasove koji se među prvim usvajaju i koji su djetetu lako uočljivi i lagani za izgovoriti. Uz riječ „DAJ“ logoped je forsirao i gestu, kao i za riječi „TO“ i „TU“ (pokazna gesta). Nakon što su

riječi bile usvojene, logoped je uvodio nove riječi iz različitih kategorija (hrana, piće, životinje, predmeti iz okruženja) uz dodavanje još jedne riječi, najčešće glagola: npr. "Ide medo", "Ide pas", "Maca spava", "Beba spava", "Beba jede", "Bato jede", "Seka trči", "Konj trči", itd.

Tretman Reedukacije psihomotorike počeo je vježbama doživljaja sopstvene (tjelesne) cjelovitosti. Logoped/ reedukator počeo je sa vježbama pred ogledalom uz fizičko vođenje. Prva cjelina koja je bila obrađena bila je glava. Dijete je prvo počelo usvajati dijelove glave: kosu, oči, nos, usta, uši. Uz pokazivanja dijelova tijela uvježbavani su i pokreti ideomotorne praksije: npr. "Kako se pere kosa", "Kako se peru zubi", "Kako se umijemo", "Kako nosom mirišemo cvijet", "Kako se šalje pusa", itd. Nakon glave logoped/ reedukator je prešao na usvajanje slijedećih dijelova tijela: ramena, stomak, leđa, guza, koljena, noge. Za lakše usvajanje logoped/ reedukator je koristio i drvene puzzle dijelova tijela, ili sliku tijela formata A4 koju je sjekao na četiri dijela i zajedno sa djetetom je slagao. Naučeni dijelovi tijela pokazivani su i na lutki. Nakon jednostavnih vježbi, logoped je sa djetetom radio i složenije vježbe, tako da jednu ruku stavi na glavu, a drugom rukom da dotakne bradu, ili jednom rukom dodirne stomak, a drugom rukom dodirne oko, itd. Vježbe pokazivanja i usvajanja dijelova tijela logoped/ reedukator je vizualizirao kroz pjesmice: "Glava, ramena, koljena, stopala" ili "Svako veće perem grudi tako rade pravi ljudi. Trljaj, trljaj sve se puši, perem glavu, vrat i uši". Za uvježbavanje doživljaja gestualnog prostor logoped/ reedukator i dijete stajali su ispred ogledala. Djetetu je rečeno da uradi isto kao logoped/ reedukator: da podigne ruke gore, da ispruži ruke ispred sebe, da raširi ruke, da spusti ruke. Nakon što je dijete usvojilo nalog da ispruži ruke ispred sebe, logoped/ reedukator je uveo vježbu da ruke ispruži iza sebe. Uz ove vježbe dijete je učilo da je: "Gore sunce", "Gore leti avion", "Gore leti ptica", "Gore je oblak", "Dole je pod", "Dole je put", "Ispred je teta", "Ispred su vrata", "Iza je prozor", itd. Nakon uvježbavanja jednostavnih naloga, logoped/ reedukator je zadavao i složenije vježbe: da jednu ruku podigne, a drugu spusti, ili obzirom da su uvježbani dijelovi tijela da jednu ruku stavi na glavu, a drugu da ispruži ispred sebe. Uz intenzivan logopedski tretman i reedukaciju psihomotorike u periodu od 5 do 6 mjeseci dijete u svom vokabularu ima preko 50 riječi koje kombinuje u kraće rečenice i spontano ih koristi u svakodnevnoj komunikaciji. Dijelovi tijela na sebi i drugima su usvojeni, kao i pokreti ideomotorne praksije. Dijete razlikuje prijedloge, tačno odgovara na jednostavna pitanja, daje konkretne odgovore. Klasifikuje predmete po bojama, ali boje još uvijek ne imenuje. Rezultati primjene Reedukacije psihomotorike prikazani su u tabelama 1, 2, 3 i 4.

Tabela 1. Rezultati procjene sazajne organizovanosti

Zadatak testa (uzrast od 12 do 36 mjeseci)	Inicijalna procjena	Finalna procjena
da li samostalno stoji, hoda, pravi korake , kako traži skriveni predmet, nivo razvijenosti govora (potreba za govorom, artikulacija, razumijevanje govora, semantički nivo govora)	samostalno stoji, hoda, nivo razumijevanja je ispod očekivanog za dob	samostalno stoji, hoda, nivo razumijevanja u skladu sa hronološkom dobi
da li dijete može da nađe igračku prema slici	pronalaži igračku prema slici	pronalaži igračku prema slici
da li dijete prepoznaje 5-6 slika	uz poticaj imenuje slike	samostalno imenuje preko 5- 6 slika
da li dijete prepoznaje 5-6 dijelova tijela	uz poticaj prepoznaje oko, nos, usta	samostalno prepoznaje preko 5-6 dijelova tijela
da li dijete prepoznaje na lutki ili slici dijelove tijela	ne prepoznaje	samostalno prepoznaje dijelove tijela na lutki i sebi
da li dijete precrtava krug, gradi most od kockica, zna svoje ime, da li zna samo da oblači nešto od odjeće,obuće, da li u govoru upotrebljava zamjenice (zamjenicu JA)	spontano uzima olovku, crta krug, slaže kockice, ne odgovara na pitanje KAKO SE ZOVEŠ, ponavlja za majkom ime,ne koristi zamjenicu JA, može uz pomoć obući patike.	Spontano uzima olovku, crta krug, slaže kockice, zna svoje ime, uz poticaj upotrebljava zamjenicu JA, može samostalno obući patike, kapu, prsluk.

Tabela 2. Procjena praksične organizovanosti

Zadatak testa: Procjena organizovanosti ideomotorne praksije	Inicijalna procjena	Finalna procjena
Da li dijete zna da pokaže kako se pozdravlja (pa-pa), kako se tapše, šalje poljubac (zadaci iz test probe broj I)	Dijete zna da pokaže kako se maše, ne pokazuje tapšanje, šalje poljubac	Dijete pokazuje kako se maše, kako se tapše, kako se šalje poljubac

Tabela 3. Procjena gnostičke organizovanosti

Skala za procjenu poznavanja dijelova tijela na sebi za djecu od 3 do 14 godina.

Zadatak testa: Procjena prepoznavanja dijelova tijela (3-4 godine)	Inicijalna procjena	Finalna procjena
Dijete pokazuje dijelove tijela: glava, vrat, leđa, guza, pupak, trbuh, kosa, oci, nos, usta, jezik, usi, čelo, ruka, prsti, mali prst, noga, koljeno	Dijete pokazuje samo njemu poznate dijelove (uz poticaj): oko, nos, usta	Dijete pokazuje: glavu, vrat, leđa, guzu, trbuh, kosa, oči, nos, usta, jezik, uši, ruka, prsti, noga, koljeno

Tabela 4. Procjena praktičnosti organizovanosti

Zadatak testa	Inicijalna procjena	Finalna procjena
Ispružene šake	Dijete imitira pokret	Dijete imitira pokret
Skupljene šake	Dijete imitira pokret	Dijete imitira pokret
Lijeva ispružena šaka, desna skupljena	ne imitira pokret	Dijete imitira pokret
Lijeva skupljena, desna ispružena šaka	Ne imitira pokret	Dijete imitira pokret
Desnom rukom dodirnuti lijevi dlan	Ne imitira pokret	Dijete imitira pokret
Lijevom rukom dodirnuti desni dlan	Ne imitira pokret	Dijete imitira pokret
Desnom rukom kružiti oko lijeve ruke	Ne imitira pokret	Dijete imitira pokret (uz pomoć)
Lijevom rukom kružiti oko desne ruke	Ne imitira pokret	Dijete imitira pokret (uz pomoć)
Lijevu ruku saviti u laktu, desnu ruku saviti u laktu i postaviti ispod	Ne imitira pokret	Dijete imitira pokret (uz pomoć)
Desnu ruku saviti u laktu, lijevu ruku saviti u laktu i postaviti ispod	Ne imitira pokret	Dijete imitira pokret (uz pomoć)
Desnu ruku ispružiti u desnu stranu	Ne imitira pokret	Dijete imitira pokret
Lijevu ruku ispružiti u lijevu stranu	Ne imitira pokret	Dijete imitira pokret
Lijevu ruku podignuti, desnu ispružiti u stranu	Ne imitira pokret	Dijete imitira pokret
Desnu ruku podignuti, lijevu ispružiti u stranu	Ne imitira pokret	Dijete imitira pokret
Lijevu ruku podići, desnu ispružiti naprijed	Ne imitira pokret	Dijete imitira pokret
Desnu ruku podići, lijevu ispružiti naprijed	Ne imitira pokret	Dijete imitira pokret
Raširiti obe ruke, desnu podići, lijevu spustiti	Ne imitira pokret	Dijete imitira pokret (uz pomoć)
Raširiti obe ruke, lijevu podići, desnu spustiti	Ne imitira pokret	Dijete imitira pokret (uz pomoć)

DISKUSIJA

Motivacija roditelja predstavlja možda i najznačajniju potpornu snagu od koje zavisí uspjeh početne faze tretmana (Dimoski, 2015). Takođe, autorica navodi da je uloga roditelja, različita u odnosu na faze rada, od preventivne uloge koja podrazumjeva stimulisanje i praćenje komunikativnog i govorno- jezičkog razvoja djeteta i obezbjeđivanje kompetentnih ranih intervencija stručnjaka, preko specifičnih uloga u narednim fazama tretmana.

Kako bismo pomogli djetetu da bude uspješno, trebamo osigurati mnoštvo pozitivnih socijalnih prilika i mogućnosti učenja, kako bi sinapse (veze između neurona) koje su njima podražene ostale trajne, te kako bi se njihovo propadanje smanjilo na

minimum. Stimulacija omogućava mozgu rast i uspješan razvoj, stoga poticajno ozračje pospješuje razvoj inteligencije i individualnih prednosti (Babić, Vučetić, Sukreški, 2013).

Prema Mashburn, Justice, Jason, Downwer i Pianta (2009) pozitivan utjecaj na razvoj ekspresivnog rječnika imaju dobro organizovane učionice u kojima dijete provodi produktivno vrijeme, koje podrazumjeva priliku uključivanja u razgovor sa odgajateljem i sa svojim vršnjacima. Takođe, autori navode da predškolski program i učionice koje su dizajnirane da pružaju priliku za interakciju djece sa vršnjacima koji imaju iznad prosječne jezičke sposobnosti, pozitivno će utjecati na razvoj govora kod djeteta.

Prvih šest godina djetetovog života su veoma važne u daljem intelektualnom, emocionalnom i socijalnom razvoju. Ukoliko se kod djece u ovom periodu primjete određena jezička odstupanja, logopedska procjena, dijagnostika i tretman spriječiti će nastajanje kasnijih poteškoća u određenim komunikacijskim i edukacijskim zadacima. Učenje govornih i jezičkih vještina su od suštinske važnosti za obrazovni uspjeh učenika, te je zbog toga veoma važno blagovremeno otkriti, a samim tim i tretmanski djelovati na sva jezička odstupanja, s ciljem smanjenja ili u potpunosti otklanjanja jezičkih odstupanja u djece (Karagić, 2016).

ZAKLJUČCI

Kombinacija logopedskog tretmana i Reeducacije psihomotorike dala je uspješne rezultate u govorno- jezičkom razvoju. Reeducacija psihomotorike omogućila je djetetu da stvori sliku o sebi i svome tijelu, razvije svijest o tjelesnom doživljaju, prostornoj orijentaciji. Nazivanjem i dodirivanjem svakog dijela tijela, kod djeteta razvijamo znanje o sebi, bogatimo vokabular, pospješujemo razumijevanje i djetetu pružamo mogućnost trajnog usvajanja doživljaja sebe i svoga postojanja u prostoru. Zbog toga, poznavanje i pokazivanje dijelova tijela jedno je od važnih dijagnostičkih kriterija koji se primjenjuju, kako u defektološkoj tako i u psihološkoj praksi. Izvođenjem i ponavljanjem navedenih vježbi kod djeteta razvijamo već pomenuto znanje i svjesnost sebe, svoga tijela, položaja tijela u prostoru, kao i razumijevanje jednostavnih naloga koji su se provođenjem dijagnostičkih procedura pokazali veoma loši.

Roditeljima djeteta savjetovano je da se dijete svakodnevno stimuliše u svim kućnim aktivnostima kako bi se što bolje usvojili pojmovi koji su naučeni logopedskim tretmanom i Reeducacijom psihomotorike. U narednom periodu potrebno je razvijati pragmatiku i upotrebu jezika u različite svrhe kao što su: pozdravljanje, davanje informacija, zahtijevanje, prilagodba na sagovornika, poštivanje pravila konverzacije, prepričavanje kratkih priča, recitovanje pjesmica. Takođe, savjeti roditeljima pruženi su u cilju prevazlaženja ili ublažavanja postojećih govorno- jezičkih teškoća. Preporučeno je obavezno isključivanje svih multimedija, naročito tv-a, tablet-a, telefona i stranog jezika. Preporučeno je uključivanje u vršnjačku grupu radi socijalizacije i podrške u razvoju govora.

LITERATURA

1. Babić, V., Vučetić, V., Sukreški, M. (2013). Specifišnosti senzomotoričkog razvoja djeteta do 30 mjeseci starosti. Zbornik radova 11. godišnja konferencija Kondicijska priprema sportaša, Zagreb, str. 513- 517.
2. Benc Štuka, N. (2010) Jezične teškoće. U D.Andrešić i N. Benc Štuka (Ur.), Kako dijete govori? (str. 20-33) Zagreb: Planet Zoe.
3. Bojanin, S. (2006) Reedukacija psihomotorike ili tretman pokretom. Psihijatrija danas, vol.38, br.1, str. 11-27.
4. Dimoski, S. (2015) Uloga roditelja u tretmanu djece sa razvojnim govorno- jezičkim poremećajima. Govorno- jezički poremećaji razvojnog doba; Zbornik radova, Beograd 131-146.
5. Karagić, S. (2016) Učestalost jezičkih odstupanja učenika prvih razreda osnovnih škola. Magistarski rad. Edukacijsko- rehabilitacijski fakultet Univerziteta u Tuzli.
6. Kotarac, P. (2017) Razvoj govora. Učiteljski fakultet. Sveučilište u Zagrebu: Odsjek za odgojiteljski studij, Petrinja.
7. Krstić, N. (2006) Reedukacija psihomotorike kao oblik neuropsihološke rehabilitacije. Psihijatrija danas, vol. 38, br. 1, str. 51-66.
8. Lakić, A. (2016) Jezične igre i prevencija govornih poteškoća u predškolskoj dobi. Učiteljski fakultet. Sveučilište u Zagrebu: Odsjek za odgojiteljski studij, Čakovec.
9. Mashburn, AJ., Justice, LM., Downer, JT., Pianta, RC., (2009) Peer Effects on Preschool Children s Language Development. Child Development 80: 686-702.
10. Salihović, N., Junuzović-Žunić, L., Ibrahimagić, A. (2006) Poremećaji glasa, govora i jezika. Tuzla: Harfo-graf.

**ZNAČAJ I ULOGA PORODICE U RAZVOJU DJECE SA
POTEŠKOĆAMA U ODGOJNO-OBRAZOVNOM PROCESU**

**IMPORTANCE AND THE ROLE OF FAMILIES IN THE
DEVELOPMENT OF KIDS WITH DISABILITIES IN
EDUCATIONAL PROCESS**

Karić Nejla, Dramalija Merima

Pedagoški fakultet Univerziteta u Sarajevu, Bosna i Hercegovina

SAŽETAK

Porodica snosi najveću odgovornost za odgoj djeteta i osnovni je temelj za razvoj svakog djeteta. Članovi porodice su prvi koji ostvaruju kontakt sa djetetom i predstavlja ju važnu ulogu u oblikovanju djeteta i njegovih sposobnosti. Roditelji su prvi učitelji sa kojima se dijete susreće u svom životu pružajući mu podršku, poticaj i prilike za učenje kroz različite aktivnosti, te oni tu ulogu treba da zadrže kroz sve segmente njegovog života. Djeca sa poteškoćama u razvoju posebno trebaju podršku i poticaj od strane porodice kako bi postignuli maksimum svojih sposobnosti i ostvarili svoj puni potencijal. U svakodnevnom životu česti smo svjedoci da se porodice djece sa poteškoćama susreću sa različitim problemima, za koje je potrebno obezbijediti adekvatnu pomoć i podršku kako bi se oni savladali. U odgojno-obrazovnom procesu porodica je ključan i neizostavan faktor koji doprinosi uspješnosti realizacije samog procesa.

Cilj rada jeste da se upoznamo i da obrazložimo ključne faktore koje porodica ima za razvoj djeteta te da objasnimo sponu između stručnih osoba i porodice i strategija kojima se koriste da zajedničkom saradnjom pomognu djetetu da napreduje i ostvari rezultate. Sa adekvatnom podrškom porodice svaka prepreka djeteta sa kojom se suoči u toku svog razvoja bit će jednostavnija.

Ključne riječi: porodica, roditelji, porodica djece sa poteškoćama u razvoju

ABSTRACT

The most important factor in a child's upbringing is family and it's fundamental for development of children. Family members are the first ones who make a contact with a child and they are the most important in shaping child and his abilities. Parents are first teachers that child meets in his life and are the ones who provide support, motivation and abilities to learn through different activities, it's important that they keep that role through child's entire life. Children with disabilities require support and incentive from their families to achieve maximum of their abilities and to reach their full potential. In everyday life we are witnesses that families of children with disabilities are exposed to varieties of different problems that require adequate help and support to overcome them. In educational process family is the key and indispensable factor which contributes to the success of process itself.

The aim of the study is to get to know and to explain key factors that families have for children's development. The paper focuses on connection between professionals and families and strategies that they use in mutual cooperation to help children to achieve results and make progress. With adequate support from a family there is nothing that a child can't do and every barrier that they meet will be overcome much easier.

Key words: family, parents, family of children with disabilities

UVOD

Od samog rođenja djeteta porodica igra veoma ključnu ulogu u odgoju i obrazovanju djeteta. Roditelji predstavljaju prve učitelje sa kojima se dijete susreće i sa kojima razmjenjuje aktivnosti i iskustva. Pri rođenju djeteta sa poteškoćama, sama struktura u porodici se mijenja, uloge koje su prije bile zastupljene mogu biti izmijenjene te mora doći do prilagodbe uloga i resursa novonastaloj situaciji. Roditelji djece sa poteškoćama često izražavaju emocionalne reakcije u obliku krivnje, gubitka samopoštovanja, hronične tuge, osjećaja odvojenosti, što može dovesti do izolacije porodice (Hrnjica, 2007).

Zbog nemogućnosti nošenja sa izazovima sa kojima su se susreli roditeljima je potrebna stručna podrška i pomoć, kako bi se na što adekvatniji način upoznali sa novonastalom situacijom i kako bi svom djetetu pružili adekvatan odgoj i obrazovanje. Podrška roditeljstvu je svaka intervencija za roditelje u cilju smanjenja rizika i promicanja zaštitnih faktora za djecu, u odnosu na njihovo socijalno, fizičko i emocionalno blagostanje (Moran i suradnici, 2004). Svrha podrške roditeljstvu je „jačanje roditeljske sposobnosti da djetetu pruža optimalne uvjete za razvoj djetetovih potencijala, da odgovara na djetetove razvojne potrebe, da djetetu omogućava ostvarivanje prava“ (Pećnik, 2013).

Izvori podrške za roditelje mogu biti neformalni (porodica, prijatelji, susjedi), polu-formalni (putem organizacija u zajednici baziranim na volonterstvu) i formalni (putem organiziranih službi baziranih na potrebama, u suradnji sa zakonskim sektorom ili s nevladinim sektorom (Moran i suradnici, 2004).

ULOGA I ZNAČAJ PORODICE U ODGOJNO-OBRAZOVNOM PROCESU

Porodica ima ključnu i vitalnu ulogu u odgoju i obrazovanju djece. Ta uloga se ogleda u različitim segmentima, a neki od njih koje možemo navesti su zaštita, briga, davanje značajnog pogleda i uvida u potrebe djece. Djeca sa poteškoćama u razvoju zahtjevaju znatno veću uključenost roditelja u sam odgojno-obrazovni proces od djece koja su tipičnog razvoja.

Obiteljski odgoj je prvi odgoj koji društvo daje djetetu. Za svako dijete, bilo to dijete sa poteškoćama ili ne, porodica je prvi i najvažniji odgojni faktor. Ona predstavlja prvu jedinicu društva i zajedničkim životom i radom nastoje odgojno podići i osposobiti članove za život i rad u društvu u kojem će živjeti (Zečić i sur., 2019).

Kako tipična djeca, tako i djeca sa poteškoćama u razvoju u svojoj porodici doživljavaju svoja prva iskustva, svoje prve aktivnosti, prve socijalne odnose koji su kasnije bitni za njegov život i njegovu socijalizaciju. Dijete u svojoj porodici stječe prve navike, moralne osobine, socijalne kontakte, porodične zadatke i navike, svoj karakter,

empatiju i ljubav. Prva osoba sa kojom dijete ostvaruje kontakt jeste majka. Kako ona sa njim komunicira, kako zadovoljava njegove higijenske i druge potrebe, ovisit će kako će dijete komunicirati sa ostalim članovima obitelji, sa okruženjem, sa svojim vršnjacima itd. (Zečić i sur., 2019).

Roditeljska ljubav je najvažnija u odgoju djece sa poteškoćama u razvoju. Nezamjenjiva je i veoma jako odgojno sredstvo koje se ne susreće ni u jednoj drugoj odgojnoj i obrazovnoj ustanovi. Djeca oponašaju svoje roditelje, identificiraju se s njima, pa se i sami uče voljeti, biti topli, nježni, osjećajni (Zečić i sur., 2019). Roditelji su glavni primjer svojoj djeci kako da se ponašaju. Djeca svoje roditelje imitiraju i tako stječu obrasce ponašanja.

Dobri roditelji ne prepuštaju odgoj svoje djece intuiciji i modelu koji su sami imali. Upoznaju se sa osnovnim uslovljenostima razvoja, educiraju se, čitaju, razgovaraju i u sve to uključuju i svoje dijete. Takvi roditelji svoje dijete pripremaju za promjene i uče ga kako da postane odrastao tako što ga podstiču da sebi sam pomogne. To uspijeva kod onih roditelja koji mogu svojim primjerom dokazivati svoju odgovornost, nezavisnost, odlučnost i sl. (Kalaš, Mavrak 1997). Roditelj djeteta sa tjelesnim poteškoćama je veoma složen i odgovoran zadatak i stalan posao koji često traje i po 24h. Veoma je značajno da roditelj prihvati svoje dijete onakvim kakvo ono jeste i da se trudi poučiti ga svim aktivnostima, odnosno osamostaliti ga onoliko koliko to dozvoljavaju dječije mogućnosti. Organiziranim i smišljenim aktivnostima, roditelji podstiču pravilan razvoj svog djeteta na svim područjima odgoja u skladu sa dječijim preostalim sposobnostima i mogućnostima. Roditelj treba da podstiče djetetov intelektualni, moralni, radni, estetski, tjelesni i radni odgoj. Dužan je da uspostavi komunikaciju i suradnju sa svim stručnjacima koji rade sa djetetom (Zečić i sur., 2019). Roditelj predstavlja sponu između dva različita okruženja sa kojima se dijete susreće. Ta spona jeste između djetetovog prirodnog okruženja (kuće) i školskog okruženja. Iz tog razloga jako je bitno da roditelji ostvare dobar kooperativni odnos sa školom, ali i da škola i nastavnici prepoznaju roditelja kao determinantnog faktora koji doprinosi uspjehnosti samog obrazovanja djeteta. Da bi se ostvario akademski uspjeh i postigao djetetov maksimalni potencijal bitna je uključenost porodice u obrazovanje svoje djece.

Porodica je prvo obrazovno okruženje, jer je u toj porodici dijete prvo steklo obrazovanje i smjernice. Glavna zadaća porodice za odgoj djece temelj je moralnog i vjerskog odgoja, jer se priroda i karakter djece uglavnom preuzima od roditelja i ostalih članova porodice. Uključivanje roditelja u odgojno-obrazovni proces, povezano je sa akademskim uspjehom učenika. Čini se da uključivanje roditelja u škole doprinosi promicanju uspjeha dječijeg obrazovanja (Benner i sur., 2016).

Prema Ljubešić (2003) postoji sedam temeljnih potreba koje porodica mora osigurati:

- a) potreba za toplim i podržavajućim odnosom,
- b) potreba za zaštitom, sigurnošću i regulacijom,
- c) potreba za stjecanjem iskustva, prilagođeno individualnim potrebama djeteta,

- d) potreba za iskustvima primjerenima razvoju,
- e) potreba za strukturom i granicama,
- f) potrebama za stabilnom i podupirućom zajednicom i kulturalnim kontinuitetom (istu potrebu imaju i roditelji, potrebu za stabilnim susjedstvom i u dobro organiziranoj lokalnoj zajednici),
- g) zaštita budućnosti.

Stav roditelja uveliko utječe na dječiji razvoj. Stav prihvaćanja ili odbijanja, stav suosjećanja ili ravnodušnosti, strpljenja ili žurbe, stav zaštite ili puštanja izravno utječu na djetetovu emocionalnu reakciju (Hafid, 2013).

Sposobnosti koje djeca usvajaju, izbore koje donose pod utjecajem su konteksta strukture cijele porodice - uključujući socio-ekonomski status, odnose između članova porodice, roditeljskih očekivanja, porodičnih vrijednosti i tradicije. Te varijable djeci mogu olakšati ili ograničiti horizont za djelovanje i postizanje određenih ciljeva (Hodkinson i Sparks, 1996).

Prema Rosiću (2005.) odgajatelj kao profesionalac treba prihvatiti ideje roditelja koje su vrijedne razmatranja, te takve poslušati i pokušati prilagoditi djetetu i odgoju. Odgojno-obrazovna ustanova ne može u potpunosti realizirati postavljene odgojno-obrazovne ciljeve bez saradnje s roditeljima, a cijeli taj proces može se ostvariti samo ako svi sudionici ulažu dovoljno napora u taj proces.

Ono što je prvo i najbitnije jeste da se roditelji i odgajatelji upoznaju. Upoznavanjem bolje će se razumjeti, te izgraditi povjerenje, a potom i spremnost na saradnju. Ako roditelji ne ostvare povjerenje prema odgajatelju saradnja neće biti ostvariva. Saradnja se može ostvariti samo onda ako sudionici nalaze zadovoljstvo u zajedničkom radu. I jedni i drugi moraju uložiti napor da razumiju jedni druge. Ako samo jedna strana radi na saradnji ona neće biti potpuna. Samo u obostranoj saradnji i razumijevanju roditelja i odgajatelja mogu se uskladiti utjecaji na dijete, a oni moraju biti jedinstveni. Različiti roditelji imaju različite potrebe (Jurčević-Lozančić, 2005).

Uspostavljanje povjerenja između roditelja i onih koji pružaju pomoć djetetu (razrednik / učitelj, pedagog, psiholog) je važan preduvjet za početak saradnje (Dejvis, 1995).

Uspjeh saradnje škole i porodice uveliko zavisi od komunikacije oba subjekta, uključujući roditelje kao važne partnere u poticanju, održavanju i poboljšanju ove saradnje. Postavljanje granica između kuće i škole postaje važan preduvjet za uspostavljanje zadovoljavajuće saradnje (Reay, 2005), dok nejasnoće granica i nedostatak jasno definiranih uloga imaju nepovoljan utjecaj na razvoj partnerstava (Todd, 2003).

Različitom uključenosti roditelja u školski život pomaže im da shvate put u to kako škola funkcionira, njezinu strukturu, organizaciju i kurikulum (Cotton, 2000).

Prema rezultatima mnogobrojnih istraživanja na ovu tematiku evidentno je to da sudjelovanje roditelja u raznim školskim programima značajno doprinosi dječijem obrazovnom napretku, većoj motivaciji i samopoštovanju, ublažavanju ponašajnih problema, napretku u općoj brizi o djetetu, kao i na poboljšanje u mnogim drugim segmentima u porodici (Barnes i Weikart, 1993.; Rockwell i sur., 1995, citirano u Karić, 2008).

Aktivnosti učenja u školama, kao i saradnja roditelja i učitelja vrlo su važne i strateške za poboljšanje kvalitete obrazovanja njihovih učenika. Saradnja roditelja i učitelja može pružiti djeci znanje i iskustvo u smislu provođenja aktivnosti učenja. Učitelj može dobiti informacije potrebne za učenje njegovih učenika, a roditelji mogu od učitelja dobiti informacije o životu i karakteru njihove djece u školi (Abdurahman, 2003). Da bi se stvorila kvaliteta, potrebno je imati timski rad između porodice i škole, skladni odnosi vrlo su potrebni u ostvarenju vizije i misije škole i programa. Uspjeh institucije nije ništa drugo nego saradnja svih uloga (Maunah, 2019). Iako postoji mnogo dokaza da škola igra važnu ulogu u oblikovanju budućnosti osoba sa poteškoćama (Pitt i Curtin, 2004; Šah, 2007.), Batcher (1982) tvrdi da je porodica bitan emocionalni sistem koji oblikuje i određuje individualni životni tok.

Aktivna uloga roditelja u obrazovanju njihovog djeteta važna je za svu djecu, ali može biti posebno važno za učenike sa poteškoćama zbog individualizirane prirode njihovog obrazovanja (Rispoli, 2018). Walton i Rusznyak (2016) primjećuju da je sve veća raznolikost broja učenika što je prepoznato kao značajan izazov za obrazovne sisteme.

Roditelji su već dugo srž i ključ kvalitetnog obrazovanja učenika s invaliditetom. Bili su partneri u raznim svojstvima, poput članova organizacije, odgajatelja za svoju djecu, programera usluga ili političkih zagovornika (Turnbull, Turnbull, Erwin, Soodak i Shogren, 2015). Epstein je identificirao šest načina na koje svi roditelji mogu biti uključeni u škole i koji predstavljaju kritične prilike za škole za izgradnju partnerstva: roditeljstvo, komunikacija, volontiranje, učenje kod kuće, donošenje odluka i saradnja sa zajednicom (Epstein, 1995).

Porodice djece sa poteškoćama u razvoju i škole saraduju na više razina: prepoznaju i komuniciraju o obrazovnim potrebama, sudjeluju u procesu ocjenjivanja, utvrđuju ciljeve i dizajn Individualiziranog obrazovnog programa (IEP), raspravljaju i razmišljaju o napretku prema ciljevima IEP-a, i planiraju daljnje korake potrebne za uspješan prijelaz. Kada se dogodi učinkovita saradnja, učenici doživljavaju značajne koristi, od povećane izvedbe, boljeg pohađanja nastave i ponašanja u školama, do usluga koje su zapravo usklađene s potrebama učenika (Chen i Gregory, 2011; Kreider, Caspe, Kennedy i Weiss, 2007.; Shumov i Miller, 2001; Simpkins, Weiss, McCartney, Kreider i Dearing, 2006). Posebno je važno informiranje i dogovaranje između roditelja i razrednog učitelja/razrednika djeteta kako bi se uspostavio što kvalitetniji rad. Roditelji iznose sve važne podatke o psihofizičkom razvoju djeteta, obuhvaćenosti odgojno-obrazovnim i rehabilitacijskim programima, podatke o porodici i porodičnim odnosima, vlastita očekivanja (Igrić, Ivančić, Sekušak-Galašev, Stančić, 2004).

STRATEGIJE ZA SARADNJU RODITELJ – UČITELJ

S obzirom na sam odnos roditelja i učitelja, Ziraldo (2016) identificira sljedeće karakteristike učinkovitog tima roditelj-učitelj:

1. Odvojite vrijeme za međusobni susret i pažljivo slušanje.
2. Tretirajte jedni druge kao sastavne dijelove tima za planiranje i donošenje odluka.
3. Dopustite svakoj osobi da izrazi mišljenje i da da prijedloge.
4. Pristupite neslaganjima na način koji potiče međusobno rješavanje problema.
5. Potaknite drugo mišljenje kada postoji neriješeno neslaganje ili kada nema odgovora na tešku situaciju.

Za uspješne roditeljske sastanke Ziraldo (2016) nudi sljedeće prijedloge:

1. Usredotočite se na najbolji interes učenika.
2. Koncentrirajte se na određivanje pozitivnog toka djelovanja.
3. Potaknite roditelje da dođu na sastanak s pitanjima.
4. Podijelite informacije o snagama učenika, potrebama, programskim ciljevima i strategijama podučavanja.
5. Podijelite informacije sa studentom; pohađanjem roditeljskih sastanaka učenici mogu predstaviti svoje ideje i perspektive i naučiti zagovarati svoje potrebe.
6. Postavite postupak za praćenje.
7. Sažeti informacije, jer će to biti osnova za sljedeći sastanak.
8. Izrazite zahvalnost za međusobno sudjelovanje.

ZAKLJUČAK

Potrebe učenika sa poteškoćama i njihovih roditelja su individualne i raznolike te zavise od mnogobrojnih faktora. Bez obzira na vrstu potrebe i njenu individualnost od ključnog je značaja da roditelji postanu ravnopravni učesnici obrazovnog procesa u koji je uključeno njihovo dijete. Uloga i bitnost uključenosti roditelja u odgojno-obrazovni proces iskazuje se u svakom segmentu, od njegove uključenosti u formiranje IEP-a, do uključenosti u različite nastavne i izvannastavne aktivnosti. Roditelj kao partner u stručnom timu predstavlja jako bitan izvor informacija o djetetu. Da bi se ostvarili postavljeni odgojno-obrazovni ciljevi neophodna su roditeljska iskustava i znanja o samoj specifičnosti teškoća koje dijete posjeduje i o samom funkcionisanju djeteta, jer niko ne poznaje dijete i njegove interese bolje od njegovog roditelja. Iskustva i mišljenje roditelja o uslugama koje njihovo dijete dobija mogu poslužiti kao smjernice za unapređenje prakse.

LITERATURA

1. Abdurahman, M. (2003). Education for children with learning difficulties. Jakarta: Rieneka Cipta.
2. Batcher, W. E. (1982) .The influence of the family on career selection: a family systems perspective, *The Personnel and Guidance Journal*, pp. 87-91.
3. Benner, A.D., A.E. Boyle and S. Sadler. 2016) . Parental involvement and adolescents' educational success: The roles of prior achievement and socioeconomic status. *Journal of Youth and Adolescence*, 45(6): 1053-1064. Available at: <https://doi.org/10.1007/s10964-016-0431-4>.
4. Chen, W., & Gregory, A. (2011). Parental involvement in the prereferral process: Implications for schools. *Remedial & Special Education*, 32, 447-457. doi:10.1177/0741932510362490 [Crossref], [Web of Science ®], [Google Scholar]
5. Cotton, K. (2000): The schooling practices that matter most. SIRS: Northwest Regional Educational Laboratory.
6. Dejvis, H. (1995). Savetovanje roditelja hronično obolele dece i dece ometene u razvoju, Beograd: Institut za mentalno zdravlje.
7. Epstein, J. L. (1995). School/family/community partnerships: Caring for the children we share. *Phi Delta Kappan*, 76, 701-712. [Web of Science ®], [Google Scholar]
8. Hafid, A.D. (2013) . Basic concepts of educational sciences. Bandung: PT Alfabeta.
9. Hodkinson, P., Sparkes, A., Hodkinson, H. (1996). Triumphs and Tears: Young People, Markets and the Transition from School to Work. London: David Fulton Publishers.
10. Hrnjica, S. (2007): Psihološke pretpostavke saradnje škole i porodice u pružanju pomoći detetu sa posebnim potrebama, u N. Polovina i B. Bogunović (prir.), *Saradnja škole i porodice (254-264)*. Beograd: Institut za pedagoška istraživanja.
11. Igrić, Lj., Ivančić, Đ., Sekušak-Galašev, S., Stančić, Z. (2004). *Moje dijete u školi: Priručnik za roditelje djece sa posebnim edukacijskim potrebama*. Zagreb.
12. Jurčević-Lozančić A. (2005). Izazovi odrastanja: Predškolsko dijete u okruženju suvremene obitelji i vrtića. *Petrinja: Visoka učiteljska škola*.
13. Kalaš, Dž., Mavrak, M. (1997). *Medicinska psihologija i pedagogija (3.razred srednje medicinske i zdravstvene struke)*. Sarajevo: Federacija Bosne i Hercegovine. Ministarstvo obrazovanja, nauke, kulture i sporta i Grafičko-izdavačka kuća „Oko“ d.d. Sarajevo.
14. Karić, J. i V. Radovanović (2008). Pružanje podrške porodicama dece sa posebnim potrebama u redovnom sistemu obrazovanju, u Zorica Matejić Duričić (ur.): *U susret inkluziji-dileme u teoriji i praksi, (187- 197)*, Beograd: Univerzitet u Beogradu, Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju, Izdavački centar CIDD.

15. Kreider, H., Caspe, M., Kennedy, S., & Weiss, H. (2007). Family involvement in middle and high school students' education (Family Involvement Makes a Difference Research Brief 3). Cambridge, MA: Harvard Family Research Project.
16. Ljubešić, M. (2005). Stimulacija emocionalnog razvoja djece. *Hrvatski časopis za javno zdravstvo*, 1(2).
17. Moran, P., Ghate, D., Van Der Merwe, A., i Policy research bureau. (2004). What works in parenting support?: a review of the international evidence. London: Department for Education and Skills.
18. Munah, B. (2019). The Contribution of Family and Community Education in Realizing the Goals of School Education. *Americal Journal of Education and Learning*. Vol.4, No.2, 292-301,2019.
19. Pećnik, N. (2013). Kako roditelji i zajednice brinu o djeci najmlađe dobi u Hrvatskoj. Zagreb: UNICEF Hrvatska.
20. Pitt, V. & Curtin, M. (2004). Integration versus segregation: the experiences of a group of disabled students moving from mainstream school into special needs further education, *Disability & Society*, 19(4), 387–400.
21. Reay, D. (2009). 'Class acts': Home–school involvement and working-class parents in the UK. In R. Deslandes (Ed.), *International perspectives on contexts, communities and evaluated innovative practices: Family–school–community partnerships* (pp. 50–63).
22. Rispoli, K.M.; Hawley, L.R.; Clinton, M.C. (2018). Family background and parent–school interactions in parent involvement for at-risk preschool children with disabilities. *J. Spec. Educ.* 2018, 52, 39–49.
23. Rosić, V. (2005). *Odgoj, obitelj, škola*. Rijeka: Naklada Žagar.
24. Shah, S. (2010). Role of Family in Empowering the Young Disabled People. *International Journal of Disability Studies*. Vol. 4, Nos. 1 & 2, January-December 2010, pp. 100-125.
25. Shah, S. (2007). Special or mainstream? The views of disabled students. *Research Papers in Education* Vol.22, No.4, December 2007, pp. 425-442.
26. Shumow, L., & Miller, J. D. (2001) Parents' at-home and at-school academic involvement with young adolescents. *Journal of Early Adolescence*, Vol 21, 68-91.
27. Todd, L. (2003). Disability and the restructuring of welfare: The problem of partnership with parents. *International Journal of Inclusive Education*, 7, 281–296.
28. Turnbull, A., Turnbull, R., Erwin, E. J., Soodak, L. C., & Shogren, K. A. (2015). *Families, professionals, and exceptionality: Positive outcomes through partnerships and trust* (7th ed.). Upper Saddle River, NJ: Merrill Prentice Hall. [Google Scholar]
29. Zečić, S., Tomić, R., Bišćević, I. (2019). *Obiteljski odgoj djece s teškoćama u razvoju*. Tuzla.
30. Ziraldo, L. (2016). *Working Together: Effective Advocacy and Collaboration*. Powerpoint Presentation.

31. Walton, E.; Rusznyak, L. (2016). Choices in the design of inclusive education courses for pre-service teachers: The case of a South African university. *Inter. J. Dis. Dev. Educ.* 2016, 64, 231–248.
32. Weiss, H. B., Dearing, E., Mayer, E., Kreider, H., & McCartney, K. (2005). Family educational involvement: Who can afford it and what does it afford? In C. Cooper, C. Garcia Coll, W. Bartko, H. Davis, & C. Chatman (Eds.), *Developmental pathways through middle childhood: Rethinking context and diversity as resources* (pp.17-40). Mahwah, NJ: Erlbaum.

INTERVIZIJA U SPECIJALNOJ EDUKACIJI

THE INTERVISION METHOD IN SPECIAL EDUCATION

Klavž Tanja

Counselling Centre for Children, Adolescents and Parents Maribor, Slovenia

SAŽETAK

Stručni radnici specialne edukacije (kao i edukacije generalno) tokom radnog procesa ostvarujemo veliki broj interakcija sa različitim osobama. Prilikom pronalaženja adekvatne pomoći i osnaživanja pojedinca sa kojim radimo, možemo da osetimo zadovoljstvo i ispunjenje nas kao ličnosti, ali se takođe susrećemo i sa dilemama odnosno situacijama koje nas opterećuju. Pored socialnog faktora kao što su međuljudski odnosi, susrećemo se i sa drugim otežavajućim faktorima koji su vezani na radne uslove, uloge pojedinca na radnom mestu i mogućnosti za razvoj kariere te organizacione klime. Posledično, pojavljuje se potreba za profesionalnim rasterećenjem. U članku predstavljamo metodu intervizije kao jedan od oblika supervizije koja se fokusira na pronalaženje adekvatnog rešenja problema. Na praktičnom primeru prikazujemo karakteristike i ulogu intervizije prilikom razvoja profesionalne i lične kompetencije, definišemo vrline i mane klasičnog oblika intervizije te rezimiramo iskustvo sa procesom intervizije tokom pandemije covid-19.

Ključne reči: specijalna edukacija, profesionalno rasterećenje, rešavanje problema, intervizija

ABSTRACT

Professionals in the field of special education and education in general enter into many interactions with different people within their work process on a daily basis. While being professionally oriented towards identifying potential sources of help and empowerment for the individual, we can find ourselves either in situations that have a positive impact on our professional satisfaction and growth, or that present themselves as problematic situations that burden us. In addition to social factors such as interpersonal relationships, we can also be stressed by other factors arising from work conditions: by the role of the individual in the workplace, by career development opportunities and also by the organisational climate. Therefore we may need the option of, or opportunity for, professional relief within a systematic problem-solving process. As an example of such a process, in this paper we present the intervision method as one form of supervision. With a practical example we point out the role and features of intervision, its impact on the professional development and personal competence of an individual. We also define the advantages and disadvantages of the classic form of intervision and summarise an experience of the intervision process during the Covid-19 pandemic.

Key words: Special education, professional relief, problem solving process, intervision method

INTRODUCTION

The work of the special pedagogue is primarily carried out in the field of education and/or in the health care system. In education we are often in the role of a teacher, counsellor or provider of additional professional assistance, and in the field of health care we usually engage in diagnostic evaluation and therapeutic work. The basis of both areas of work is daily direct contact with people, within which we offer various forms of help and support. However, we often receive too little constructive feedback about our work. The specificity of our work is also in the fact that we often carry it with us wherever we go, and think over our work assignments or problem situations in our private time. Indeed during the pandemic the dividing line between work and private life became even more blurred. The latter is just one of the stressors we are subject to. According to several pieces of research (Drobnič Vidic, 2014.), both health care and education represent sectors characterised by a high level of stress. Therefore it is important to consider different sources of professional support in solving problem situations. One of the options, which is unfortunately underused in our work sphere is the intervision method.

INTERVISION AS A FORM OF SUPERVISION PROCESS

Supervision is a special method of learning that developed on the model of consultations, known from medical practice. Its useful value was recognised and adopted by the social work sector and later extended to other helping professions. Supervision is characterised by the promotion of self-reflection and a positive effect on the competencies of professionals in helping professions (Dekleva, 1995). It pursues the goal of relieving professionals and developing opportunities for their constructive coping with stressful situations. In reflecting on one's own professional behavior, the individual is guided by other experts with more knowledge and experience - supervisors (Milošević Arnold et al., 1999). Due to the involvement of an external expert, the organisation of supervision is associated with certain financial expenses. That can represent an obstacle to the establishment of a supervision group. Along with various forms of supervision, we therefore emphasise the role of intervision as a form of supervision process, which is relatively easy to organise in any work environment due to the structure and principles of its operation.

Intervision represents one of the formats that can be used in problem solving processes in a team, besides team meetings, case discussions and regular supervision. It is defined as an intercollegial learning process in which a small group of colleagues with a similar level of professional qualification and work experience discuss professional practice issues, that arise in their work environment, and are able to reflect and to communicate them, in a rational and autonomous way by following a specified

process (Staempfli, 2020 in Staempfli and Fairtlough, 2019; Franzenburg, 2009; Hanekamp 1992 in Milošević Arnold, 2007). In contrast to supervision it does not rely on an external expert acting as a facilitator, and none of the participants possess the permanent role of supervisor. Instead, the members of the group take turns in the roles and gain experience as experts for their problems and solutions (Franzenburg, 2009). They share responsibility for the process and for the consistency of the group.

Intervision method dynamics differs significantly from informal relief conversations with co-workers. Yet, due to the equality of the group members, the hazard of quickly slipping into regular, non-structured friend-to friend conversation during the intervision process exists.

It is recommended that the intervision group include individuals who already have prior experience with this form of problem-solving process or have been trained for it previously (Van Kessel, 2002). In cases where the group members don't have previous experience with this method, some authors (Van Kessel, 2002) suggest that the group be formed, and at least during early sessions monitored and led through the formal-organisational aspects of the process, by an external supervisor.

In order for the intervision group to maintain a constructive course and really enable a way of experiential learning, the process should follow certain guidelines and rules, including the following:

- Participation in the intervision process is voluntarily.
- It is advised that there be no hierarchical or other (kinship, partnership) relationship between the participants.
- The participants are employed and present a current/relevant, unsolved issue or problem.
- Information shared in the intervision process must be confidential.
- The participants conclude an intervision agreement (described below).

It is important that during the introductory session participants of each intervision group conclude an agreement, preferably in writing. This document obliges the participants to respect the reached agreements and abide by the principles of professional secrecy throughout the duration of the intervision. It specifies the organisation and structure of the intervision, its content, rules of conduct and goals (personal and group goals). It is especially important that each participant defines and writes down his own personal objective and goals, regarding which he can point out his expectations from the intervision process in the field of learning, support and personal and professional growth. Such an agreement contributes to ensuring a safe environment for each member of the group individually (Milošević Arnold, 2007).

In order to facilitate a safe, confidential and positive environment, it is important to also respect some basic rules of conduct, such as:

- Don't be judgemental and do not patronise. Avoid offering advice on what to do or how to approach a certain problem. Also try to avoid "Why" questions, instead invite people to clarify their arguments and motives (by "What and How").
- Listen carefully and pay attention to peoples emotions. In order to be sure that the presented situation/problem is understood correctly, use recapitulation.
- Treat other participants with respect.
- Do not take over responsibility for your colleagues' problems (show understanding and interest and try to motivate and support them in solving their own problems) (Trautmann, 2010).

An effective working relationship can only be established in an environment where members trust each other, where confidentiality reigns. The fact that the members of an intervision group are equal in terms of status, knowledge and experience also contributes significantly to confidentiality and a relaxed atmosphere, as well as to mutual understanding and effective learning from their own experiences and the experiences of others (Milošević Arnold, 2007). In such an environment the participants feel accepted and willing to show their weaknesses. Such a working relationship has a positive effect on the individual (personally and professionally) as well as on his work environment.

ROLES IN AN INTERVISION GROUP

Different authors propose different numbers of members for an intervision group, the proposals range from 2-8 participants (Bellersen and Kohlmann, 2017; Milošević Arnold, 2007; Van Kessel, 2002). As the most optimal number of participants in relation to the chosen intervision process method, practice groups are usually formed from 4 to 6 members (Queensland Counsellors Association, 2009; Milošević Arnold, 2007). Roles in an intervision group are not permanent; group members switch between the following roles from session to session:

FACILITATOR

The role of facilitator is to lead the intervision process and, in this context, to help the group member to define or reflect on his problem in a specific way. He must be careful not to rely on a sense of responsibility to solve the problem and also not to diminish the significance of the problem. It is important that he helps the member-intervisor to focus on what he or she can do in the situation in question (Milošević Arnold, 2007).

CASE PRESENTER

An individual who acts as a case presenter describes his problem, which in practice really burdens him and to which he wants to find a potential solution. It is important that the presented issue is still unresolved during the meeting.

MEMBER OF A REFLECTING GROUP

The role of a reflective member of a group is to listen and give a reflection on the problem question or situation and share constructive opinions and experiences (Bajrović Petek, 2020).

Some intervision methods also involve an observer member (Van Kessel, 2002) and/or note taker (Staempfli, 2019).

When in search of possible positive solutions to a problem, it is important that members, regardless of their role, completely rule out any evaluation of either the presented problem situation or possible solutions to the problem. For the latter, the most important is the amount of ideas.

It is recommended that an agreement on the division of roles is agreed before the start of the session. Our intervision group made such a distribution of roles already at the first, introductory meeting within the intervision agreement. In addition to that we also agreed that the member who is intended to take the role of case presenter communicates his problem in writing to the other members one week before the meeting.

PERSONAL EXPERIENCE WITH THE FORMS AND METHODS OF WORK IN AN INTERVISION GROUP

During my professional career I have met various forms of supervision - the classic form of supervision with an external expert; a form of 'internal' supervision, which includes only employees from our organisation, with the role of supervisor being performed by a colleague, psychologist and trained supervisor. Another form of supervision I have been involved in as a special educator is intervision.

The initiative to form our intervision group came from a colleague with extensive experience of various forms of supervision. She primarily took care of the organisational aspects of the group. The group consisted of five members, by profession pedagogues and special pedagogues, employed in various education and health care departments/institutions. Despite the suggestion from the literature to run between

24-28 intervison sessions, our group agreed on 12 meetings. The first meeting was planned as an introductory meeting, aimed at concluding an intervison agreement, which included:

- A list of participants.
- Dates and locations of meetings. We met once a month, dates were set six months in advance. Meetings were always scheduled at the same location and in the same room.
- Ways of informing group members in case of absence of a member.
- Ethics or rules of conduct in the intervison group with an emphasis on confidentiality.
- Agreement on the preparation of written reflections after each meeting, which the members were to exchange with each other before the next meeting.
- Personal and group objectives.

The introductory meeting was followed by ten meetings dedicated exclusively to the problem-solving process. The last, 12th meeting was dedicated to the evaluation of the course of work in the intervison sessions.

Like all forms of supervision in which I have participated, the intervison group was held as a direct, face-to-face meeting. This changed in March 2020, when the world found itself in the grip of a pandemic, and the new reality of most people, including (special) educators, became working from home via different online platforms.

The thought that the pandemic and measures taken in connection with it would only be short-lived led to a temporary suspension of many supervision and intervison groups. However, with the ever-increasing extension of measures and increased distress of different professionals, the clear need for the continuity of it soon became apparent.

The only option for carrying out supervisory forms of professional support was via online tools. Staempfli (2020) suggests two ways in which the Intervison method can be adapted to facilitate peer-group reflection online:

Videoconferencing as a form closest to the classic, face-to face intervison that anticipates live sessions with all the members present at the same time; the importance of following the ground rules of the Intervison method is emphasised, especially in order to provide everyone with an opportunity to speak in a respectful, non-judgmental and positive way.

Collaborative writing online. Written online intervison is very different from face-to-face peer group sessions. It may seem less suitable for the intervison process, but Staempfli emphasises that reflecting on "a challenge or situation through colla-

borative writing offers a great way to connect with each other and to engage in deep reflection, whereby the documenting of one thoughts is in itself an act of reflective learning." The steps of the intervision procedure follow the same sequence as in classic intervision. Group members can work on a single shared document simultaneously or complete each step of the process within a certain agreed timeframe.

Both described approaches could also be combined.

"Both (of) these online intervision approaches require facilitators to be familiar with the technology used in the process of intervision. As the attention of the facilitator is both, on the reflective discussion and on technological aspects, it helps if they only focus on these tasks and do not also take part in the actual case discussion" (Staempfli, 2020: 1). Therefore Staempfli (2020) suggests an additional facilitator whose role is solely technical support to members, in the specific use of the videoconferencing tools.

The members of our intervision group decided on a videoconferencing form of intervision. Since we had already had a few live meetings, the transition to the online platform did not make us feel uncomfortable. The only concern expressed was about the security of the information transmitted via the online platform. In regard to this, we chose a tool/application that was considered secure enough.

Regardless of how the intervision process is derived, there are several different methods for it, for example the Gossip method, Balint method, Learn from success method, etc. The key to choosing the method to be used, in addition to being appropriate for the presented case, is also the fact that the facilitator must know the chosen method well and use it appropriately. Our group mostly used the Incident method, which is one of the best known and common methods in Slovenian intervision practice. During the course of the videoconferencing intervision, we also used a method that supervision manuals mostly do not yet include, but has proven to be very effective. This is de Bono's Six Thinking Hats method.

THE SIX THINKING HATS METHOD

In the usual reflection on a situation that burdens us, we may feel confused by a flood of thoughts, information and ideas. When trying to find a solution we may run in circles and find it difficult to keep our focus on we want to achieve. To help in the creative search for possible solutions to the problem situation, Edward de Bono developed the Six Thinking Hats method. It is described as a useful technique for helping groups to:

- Engage in developing and sharing ideas.
- Make better decisions about which ideas to progress.
- Align their thinking (it suggests the use of parallel, rather than confused or conflicted, thinking) (The Management Centre, 2015).

This technique is widely used today in both the business world and in the field of education. It is based on the idea of the existence of six imaginary hats. Each hat is a different colour and represents a different type of thinking. When members of a problem solving group "put on" a hat, they focus exclusively on a particular aspect of thinking. By changing from one hat to another the thinking mode also changes (The Management Centre, 2015).

In this way, creative thinking and critical evaluation of the presented ideas are encouraged, and at the same time it enables the analysis of the problem through various aspects of thinking, which enable a comprehensive overview of the problem situation and the search for positive solutions (Mulej, n.d.).

As stated above, the Six Thinking Hats method was used in our videoconference intervention meetings. The web application through which our meetings took place allowed us to write down thoughts and ideas within each of the aspects of thinking in a timely and transparent manner, so that they were simultaneously visible to all participants in the process.

In the introductory part of session the case presenter first described the facts and circumstances of the problem and formulated her intervention question. After each mode of thinking in the presented process below, the case presenter was invited to reflect on the ideas that she perceived as useful in solving the problem.

After that, the process facilitator invited all reflective members of the group, including the case presenter, to reflect under the white hat. This aspect of thinking is about factual, observable data (The Management Centre, 2015). It is crucial to present current data and facts without one's own interpretations and judgments; reflection runs in the direction of what we already know about the subject and what we don't yet know. The flow of thinking can also be focused on what information is still needed in order to potentially solve the problem. The members wrote down all the key data encouraged by the white hat on the electronic whiteboard - what we know about the cooperation so far between the people involved in the problem situation; the ways and course of cooperation between them, the positions taken by those involved (Dukić, 2020).

After this phase of reflection, we 'put on' the red hat. The facilitator invited the members of the group to become aware of their own feelings about the presented facts, to empathise with the feelings, premonitions and impressions of the case presenter. At this point, it is also advisable to focus on one's own intuition and on the possible emotional reactions of others to the presented facts and ideas. When all the emotions were written on the whiteboard the case presenter summed up the feelings which she recognised as hers.

The process continued under the green hat, which symbolises creative thinking and is usually the key to problem solving discussions (Dukić, 2020). This hat is characterised by thinking outside the box and finding different solutions to the problem. It is often used in a brainstorm to generate ideas (The Management Centre, 2015). It is important to be open to all different proposals, without evaluating them. We focused on new, alternative solutions to the problem; we tried to look at the problem situation from other perspectives. Again, after all the ideas had been written on a white board, the case presenter was invited to select three ideas as possible solutions, that could be effectively used in the presented problem situation.

Under the yellow hat the participants focused exclusively on the possible benefits and advantages of the previously selected ideas (The Management Centre, 2015). The opposite to the yellow hat thinking mode was later presented under the black hat, that represents critical thinking. In this stage members are encouraged to consciously consider factors that might represent an obstacle to the realisation of an idea. The focus is on possible pitfalls, challenges and problems that they may comprise. At the same time, it encourages consideration of alternatives that might come in handy if the original plan accidentally breaks down (Dukić, 2020).

At the end of our Six Thinking Hats intervision session the facilitator invited the case presenter to again consider the red hat. The case presenter (and later also the other reflective members) were encouraged to focus on the feelings about the process, content and outcomes.

According to de Bono, there is another aspect of thinking - the blue hat, that represents control, organisation, planning and guidance. It is usually 'worn' by one person - the meeting leader, or in the case of our presented intervision session, by the facilitator. The blue hat wearer defines the process and ensures everyone is wearing the right hat at the right time (The Management Centre, 2015, Dukić, 2020).

It is not necessary that in a problem solving process all the aspects of thinking are included; engaging in developing ideas may arise either from all thinking modes or can focus on finding separate solutions for individual hats. Regardless of this method's form of use, it certainly represents a highly valuable and productive approach for both the supervision and intervision learning processes.

BENEFITS AND DISADVANTAGES OF THE INTERVISION METHOD

According to the literature and personal experience with the intervision method, there are not a lot of disadvantages to speak of. However, they can arise, especially if the structure of the process is not followed according to its regulations. Possible disadvantages are listed below:

- A combination of relaxed, positive environment, a sense of mutual trust and status equality among participants can lead to members focussing on expressing support and comforting each other rather than being actively involved in a constructive problem solving process.
- Equality between members can cause them to run in circles when looking for solutions and always list the same or similar solutions for different problem situations.
- The members can focus more on problems that are irrelevant for the process, such as organisational or technical issues and others (Milošević Arnold, 2007)
- Incomparably greater than the potential disadvantages, are the benefits of the intervision process. Below we list some of them:
- Feelings of trust, mutual support and success in problem solving established in the intervision process present a protective factor against occupational strain and negative stress.
- The method contributes to a collegial exchange of knowledge and encourages learning from the experiences of others.
- It improves the transfer of theoretical knowledge into practice and vice versa.
- It encourages insight into our own professional approach.
- From the organisational point of view, intervision offers effective and cost-effective professional training (Trautmann, 2010).

In addition to the abovementioned advantages of supervision, the members of our intervision group emphasised the importance of mindfulness in the process (remaining focused on the 'here and now'). Being mindful about the problem situation enables a person's critical reflection of his own personal and professional competence. We also pointed out the fondness for the personal, face-to-face form of intervision which gives the members a sense of closeness already from the beginning of the process. However, we also identified the positive aspects of online intervention, where we mainly recognised the time-saving aspect (no time for travelling to the meeting needed). By taking into account the benefits of intervision we can conclude that "Intervision has proven to be a powerful instrument to encourage multidisciplinary work, making use of the expertise and skills available in a team" (Trautmann, 2010: 7).

CONCLUSION

Special education as a profession is characterised by a helping relationship and interpersonal interactions in confidence, and as such ranks among professions that are more prone to stress. Various available forms of professional support, which are especially widespread in the field of social work and psychotherapy, are unfortunately still significantly underdeveloped in special pedagogy. Despite its many advantages and the fact that it represents a form of learning, that is relatively easy to organise in almost any working sphere, the intervision method is relatively less commonly used in

our profession. We believe that such a method should be implemented in the study program of special education itself, as many findings show that various supervision methods are “very effective in the transition from the education system to the work environment” (Novak, 2020: 71). We suggest that departments and associations of special pedagogues shift the focal point to supervision and intervision, and systematically encourage the formation of such groups. In doing so, we recommend the preparation of a manual for intervision in special education, which should, besides the already established methods of problem solving, also include new forms such as the presented ‘Six Learning Hats’ method. To sum up, intervision does not focus solely on professional challenges and the promotion of special educators’ expert competences, it also influences lifelong learning.

REFERENCES

1. Bajrović Petek, N. (2020). Intervizija kot taktika spoprijemanja z negativnim stresom. In M. Željeznov Seničar (Ed.), *Promocija zdravja v vzgoji in izobraževanju*, 10-12. Ljubljana: MiB
2. Bellersen, M., Kohlmann, I. (2017). *Intervision: Dialogue methods and action learning*. Vakmedianet Management.
3. Dekleva, B. (1995). Uvajanje supervizije kot razvojno-podporne dejavnosti na področju obravnavanja problemov v zvezi z odklonskostjo mladih. In Dekleva B (Ed.), *Supervizija v izven družinski vzgoji (6-13)*. Ljubljana: Inštitut za kriminologijo.
4. Drobnič Vidic, A. (2014). Specifični stresorji pri poklicu učitelja. *Delo in Varnost*, 59(6), 41–48.
5. Dukič, Š. (2020). Kako dobre ideje spremeniti v odlične? Tehnika šestih klobukov razmišljanja. *Psihologija dela*. From <https://psihologijadela.com/2020/10/12/kako-dobre-ideje-spremeniti-v-odlicne/>.
6. Franzenburg, G. (2009). Educational Intervision: Theory and Practice. *Problems of Education in the 21st Century*, 13, 37–43.
7. Milošević Arnold, V., Vodeb Bonač, M., Erzar Metelko, D., Možina, M. (1999). *Supervizija: Znanje za ravnanje*. Ljubljana: Socialna zbornica Slovenije.
8. Milošević Arnold, V. (2007). *Priročnik za intervizijo v socialnem delu*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
9. Mulej, N. (n. d.). Šest klobukov razmišljanja – o metodi – Nastja Mulej. *Kreativni razvoj in učinkovito sodelovanje*. From <https://www.nastjamulej.com/sest-klobukov-razmisljanja-o-metodi/>.
10. Novak, V. (2020) Intervizija. In E. Boštjančič (Ed.), A. Petrovič (Ed.), *Kako spodbujati zaposlene: psihološki pristopi od a do ž*, (65-78). Ljubljana: Znanstvena založba Filozofska fakultete.

11. Staempfli, A. (2019). PSDP-Resources and Tools: Intervision model of peer-led group reflection. United Kingdom: The Darlington Hall Trust. From <https://practice-supervisors.rip.org.uk/wp-content/uploads/2019/11/Intervision-model-of-peer-led-group-reflection.pdf>
12. Staempfli, A. (2020). Online reflective groups. From <https://medium.com/@AdiStaempfli/online-reflective-practice-groups-4d1126114b7b>
13. The Management Centre (2015). Six Thinking Hats: How to work out what's a good idea. From <http://www.managementcentre.co.uk/downloads/6TH.pdf>
14. Trautmann, F. (2010). Intervision guidelines. United Nations of Drugs and Crime. From <https://www.unodc.org/documents/balticstates/Library/Pharmacological-Treatment/IntervisionGuidelines/IntervisionGuidelines.pdf>
15. Van Kessel, L. (2002). Začasna pomoč pri interviziji v organizacijah: model v praksi ali kako se lahko učimo intervizije. In S. Žorga (Ed.), Modeli in oblike supervizije (131-152). Ljubljana: Pedagoška fakulteta.
16. Queensland Counsellors Association (2009). Untitled document. From <https://psicoterapiabilbao.es/wp-content/uploads/2017/11/Peer-Supervision-Toolkit.pdf>

POJEDINI ASPEKTI USLUGA RANE INTERVENCIJE PRI RAZVOJNOM SAVETOVALIŠTU

SOME ASPECTS OF EARLY INTERVENTION SERVICES IN DEVELOPMENT COUNSELING

Kovačić Zoran^{1,2}, Cvijetić Marija³

¹Škola za osnovno i srednje obrazovanje sa domom „Vuk Karadžić“, Sombor, Srbija

²Srednja medicinska škola „Dr Ružica Rip“, Sombor, Srbija

³Pedagoški fakultet u Somboru, Univerzitet u Novom Sadu, Srbija

SAŽETAK

Rana intervencija obuhvata širok spektar usluga namenjenih detetu čiji razvoj odstupa od uobičajenog, kao i njegovoj porodici, u prvim godinama života deteta. Cilj rada bio je da se analiziraju pojedini elementi rane intervencije, kao i da se ispita struktura korisnika usluga rane stimulacije i tretmana, koje pruža Savetovništvo za rani razvoj deteta pri Školi za osnovno i srednje obrazovanje sa domom "Vuk Karadžić" u Somboru. Uzorak je činilo 33-oje dece, uzrasta od jedne do šest godina ($AS=4,03$; $SD=1,24$), obuhvaćene uslugama razvojnog savetovništva. Podaci su prikupljeni uvidom u dosijee dece koja su korisnici usluga savetovništva, kao i na osnovu informacija dobijenih od roditelja prilikom inicijalnog sastanka. Većina roditelja (88,8%) je primetila odstupanja od očekivanog toka razvoja kod svoje dece tokom prve dve godine života, dok je nešto više od polovine dece (48,5%) uključeno u program tretmana u istom razvojnem periodu. Odstupanja od očekivanog razvojnog toka su statistički značajno ranije primećena kod dece koja su rođena nakon održavane trudnoće, u odnosu na decu rođenu nakon uredne trudnoće ($U=54,000$, $p=0,011$), kao i kod dece rođene pre ili nakon predviđenog termina, u odnosu na decu rođenu u predviđenom terminu ($\chi^2=6,582$, $p=0,037$). Rezultati dobijeni ovim istraživanjem mogu poslužiti kao smernice za dalje unapređenje usluga rane intervencije od strane razvojnog savetovništva.

Ključne reči: rana intervencija, razvojno savetovništvo, tretman, teškoće u razvoju, roditelji

ABSTRACT

Early intervention includes a wide range of services intended for a child whose development deviates from the usual, as well as his family, in the first years of the child's life. The aim of the study was to analyze certain elements of early intervention, as well as to examine the structure of users of early stimulation and treatment services provided by the Counseling center for early childhood development at Elementary and secondary school with students' dormitory "Vuk Karadžić" in Sombor. The sample consisted of 33 children, aged one to six years ($M=4.03$; $SD=1.24$), included in the services of development counseling. Data were collected by examining the files of children who are beneficiaries of counseling services, as well as on the basis of information obtained from parents during the initial meeting. The majority of parents (88.8%) noticed deviations from the expected course of development in their children during the first two years of life, while slightly more than half of the children (48.5%) were included in the treatment program in the same developmental period. Deviations from the expected developmental course were statistically significantly earlier observed in children born after a maintained pregnancy, compared to children born after a normal pregnancy ($U=54,000$, $p=0.011$), as well as in children born

before or after the anticipated date, compared to children born in the expected term ($\chi^2=6,582$, $p=0,037$). The results obtained in this study can serve as guidelines for further improvement of early intervention services by development counseling.

Key words: early intervention, developmental counseling, treatment, developmental difficulties,

UVOD

Rana intervencija podrazumeva niz planskih aktivnosti i usluga za dete čiji razvoj odstupa od uobičajenog u prvim godinama života. Uzrast dece koja su obuhvaćena programima rane intervencije je od rođenja do tri, odnosno do pet godina. U zavisnosti od vrste i intenziteta odstupanja od uobičajenih razvojnih normi, cilj rane intervencije može biti usmeren na prevazilaženje postojećih teškoća i dostizanje predviđenih razvojnih normi u narednom periodu, ili na minimalizovanje teškoća u razvoju i preveniranje sekundarnih posledica uticaja ometenosti na detetov razvoj i funkcionisanje. Pored podsticanja optimalnog razvoja deteta, kao cilj rane intervencije navodi se i razvijanje postojećih veština njegovih roditelja i unapređenje porodičnog funkcionisanja. Uz holistički i transdisciplinarni pristup utiče se na podsticanje razvoja deteta i njegove porodice (Golubović, 2018), pa se navodi da rana intervencija obuhvata različita pozitivna socijalna iskustva i prilike za učenje deteta u ranom detinjstvu, obezbeđene od strane odraslih osoba iz detetovog okruženja – različitih stručnjaka i roditelja (Bruder, 2010).

Evropska mreža za ranu intervenciju (European Association on Early Childhood Intervention) podrazumeva pod ranom intervencijom "oblik podsticanja usmeren prema detetu, njegovoj porodici i široj okolini, u najranijem uzrastu deteta, s ciljem unapređivanja celokupnog detetovog stanja i razvoja te pravilnog porodičnog delovanja" (Golubović, 2018). Ona započinje detaljnom procenom snaga i potreba deteta i porodice, na osnovu kojih se planiraju i obezbeđuju adekvatna podrška i usluge, uz kontinuirano praćenje sprovođenja intervencije i napretka tokom razvoja deteta (Ramey & Ramey, 1998). Rezultati brojnih studija govore u prilog efikasnosti rane intervencije kod dece sa različitim tipovima teškoća u razvoju – oštećenjem sluha, intelektualnom ometenošću, poremećajima iz spektra autizma (Hines & Bennett, 1996; Landa, 2018; Verhaert et al., 2008). Kada je reč o razvojnim domenima na koje se može uticati ranom intervencijom, istraživanja ukazuju da se primenom programa stimulacije i tretmana u ranom detinjstvu mogu unaprediti intelektualne sposobnosti, adaptivno ponašanje, dnevne životne veštine, socijalne veštine, komunikacija, igra i motoričke sposobnosti ove grupe dece (Camilli et al., 2010; Dawson et al., 2010; Moeller, 2000).

Prema savremenom pristupu ranoj intervenciji, smatra se da usmeravanje usluga rane intervencije isključivo prema detetu umanjuje značaj i ulogu roditelja, koji se na taj način stavlja u pasivan položaj (McBride & Peterson, 1997). Ovaj pristup naglašava

aktivno uključivanje roditelja i princip "porodica u centru", čime se doprinosi lakšem nošenju sa mogućim izazovima i frustracijama roditeljstva dece sa smetnjama u razvoju (Pinjatela & Joković Oreb, 2010). U tom smislu, smatra se da je za postizanje ciljeva rane intervencije važno pružanje individualizovanih razvojnih, edukativnih i usluga tretmana detetu, uporedo sa obezbeđivanjem podrške roditeljima, u skladu sa zajednički procenjenim potrebama porodice (Blauw-Hospers & Hadders-Algra, 2005).

Republika Srbija je u poslednjih nekoliko godina podzakonskim i zakonskim aktima u velikoj meri usaglasila svoje zakonodavstvo sa međunarodnim dokumentima koja se odnose na prava deteta i njihovu zaštitu i razvoj. Uzimajući u obzir da se ova zakonska akta tiču domena zdravstvene zaštite, obrazovanja i socijalne zaštite, izuzetno je važno da njihova primena, koja se tiče velikog broja ustanova i stručnjaka različitog profila, bude adekvatno koordinisana. U tom kontekstu, može se reći da pitanje rane intervencije u Srbiji još uvek nije sistemski rešeno, budući da su usluge rane intervencije u nejednakoj meri dostupne u različitim delovima naše zemlje i da ne postoji jedinstveni okvir za njihovo organizovanje i pružanje.

Cilj ovog rada bio je da se analiziraju pojedini elementi rane intervencije, kao i da se ispita struktura korisnika usluga rane stimulacije i tretmana, koje pruža Savetovalište za rani razvoj deteta pri Školi za osnovno i srednje obrazovanje sa domom "Vuk Karadžić" u Somboru.

METODE

Uzorak

Uzorak je činilo 33-oje dece, uzrasta od jedne do šest godina ($AS=4,03$; $SD=1,24$), obuhvaćene uslugama razvojnog savetovališta. Struktura uzorka u odnosu na pojedine personalne varijable data je u Tabeli 1.

Tabela 1. Struktura uzorka u odnosu na pojedine personalne varijable

Varijabla	Grupe	n	%
Pol	Muški	23	69,7
	Ženski	10	30,3
Postojanje dijagnoze	Ima dijagnozu	16	48,5
	Nema dijagnozu	17	51,5
Trudnoća	Uredna	23	69,7
	Održavana	10	30,3
Porodaj	Pre termina	15	45,5
	U terminu	13	39,4
	Posle termina	5	15,2

Deca obuhvaćena uzorkom uključena su u tretmane pri razvojnom savetovalištu na uzrastu od jedne do četiri godine ($AS=2,70$; $SD=1,02$). Struktura uzorka u odnosu na varijable koje se odnose na ranu intervenciju date su u Tabeli 2.

Tabela 2. Struktura uzorka u odnosu na pojedine aspekte rane intervencije u savetovalištu

Varijabla	Grupe	n	%
Uzrast kada su roditelji primetili odstupanje od tipičnog razvoja	Jedna godina	13	39,4
	Dve godine	13	39,4
	Tri godine	6	18,2
	Četiri godine	1	3,0
Uzrast uključivanja u rani tretman	Jedna godina	3	9,1
	Dve godine	13	39,4
	Tri godine	9	27,3
	Četiri godine	7	21,2
	Pet godina	1	3,0
Ko je uputio dete u savetovalište	Pedijatar	22	66,7
	Psiholog	7	21,2
	Logoped	1	3,0
	Defektolog	1	3,0
	Roditelj samoinicijativno	2	6,1
Tretmani u savetovalištu	Oligofrenološki	24	72,7
	Logopedski	22	66,5
	Somatopedski	6	18,2
	Tiflološki	2	6,1

Instrument i procedura

Podaci o polu, uzrastu, dijagnozi i tretmanima u koje je dete uključeno su prikupljeni uvidom u dosijee dece koja su korisnici usluga savetovališta. Informacije o trudnoći, porođaju, vremenu uočavanja razvojnih teškoća i upućivanju u savetovalište preuzete su iz upitnika koji su roditelji popunjavali prilikom prvog dolaska u savetovalište.

Statistička obrada

Za potrebe obrade podataka primenjene su mere deskriptivne statistike (frekvencije, procenti, prosečne vrednosti, standardne devijacije) i statističke tehnike za poređenje grupa – Man Vitnijev U test i Kruskal Volisov test.

REZULTATI

U okviru obrade podataka analizirali smo da li postoje razlike između različitih grupa dece (korisnika usluga savetovališta), u odnosu na vreme uočavanja razvojnih teškoća i vreme uključivanja u ranu intervenciju pri razvojnom savetovalištu. Poredbene grupe su formirane u odnosu na odabrane personalne varijable: pol, postojanje/nepostojanje dijagnoze, tip trudnoće i vreme rođenja.

Razlike u odnosu na pol

Za potrebe utvrđivanja razlika u vremenu prepoznavanja razvojnih problema kod deteta od strane roditelja i vremenu uključivanja u rani tretman između dečaka i devojčica primenjen je Man Vitnijev U test. Prema prosečnim vrednostima datim u Tabeli 3, odstupanje od tipičnog razvoja se ranije primećuje kod devojčica nego kod dečaka i devojčice se ranije uključuju u rani tretman. Međutim, na osnovu vrednosti p koeficijenta nakon primenjenog statističkog testa ($p > 0,05$), zaključujemo da nema statistički značajne razlike između dečaka i devojčica u vremenu uočavanja razvojnih teškoća od strane roditelja i vremenu uključivanja u rani tretman.

Tabela 3. Uočavanje razvojnih problema i uključivanje u tretman kod dece različitog pola

Varijabla	Grupa	Prosečan uzrast	Srednji rang	U	p
Uočavanje odstupanja od tipičnog razvoja	Dečaci	1,91	17,96	93,000	0,356
	Devojčice	1,70	14,80		
Uključivanje u tretman	Dečaci	2,87	18,61	78,000	0,128
	Devojčice	2,30	13,30		

U= Man Vitnijev U test; p=statistička značajnost

Razlike u odnosu na postojanje dijagnoze

Na sličan način kao u odnosu na pol, analizirano je i da li postoje statistički značajne razlike u vremenu uočavanja problema od strane roditelja i vremenu uključivanja u tretman, kod dece koja danas imaju dijagnozu i one koja nemaju utvrđenu dijagnozu teškoća u razvoju. Na osnovu vrednosti prosečnog uzrasta deteta prikazanih u Tabeli 4 uočava se da su roditelji dece koja danas imaju dijagnozu u proseku ranije uočili odstupanje od tipičnog razvoja kod svoje dece, nego roditelji dece koja danas nemaju utvrđenu dijagnozu. Primena Man Vitnijevog testa je potvrdila da su dobijene razlike u prosečnom uzrastu deteta prilikom uočavanja razvojnih teškoća statistički značajne ($p < 0,05$). Iako se prosečne vrednosti uzrasta uključivanja u rani tretman dece sa i bez dijagnoze nešto više kod dece sa dijagnozom u odnosu na decu bez dijagnoze, nema statistički značajne razlike u vremenu uključivanja u tretman između dece koja imaju i dece koja nemaju dijagnozu ($p > 0,05$).

Tabela 4. Uočavanje razvojnih problema i uključivanje u tretman kod dece sa i bez dijagnoze

Varijabla	Grupa	Prosečan uzrast	Srednji rang	U	P
Uočavanje odstupanja od tipičnog razvoja	Deca koja imaju dijagnozu	1,50	13,28	76,500	0,022*
	Deca koja nemaju dijagnozu	2,18	20,50		
Uključivanje u tretman	Deca koja imaju dijagnozu	2,63	16,50	128,500	0,762
	Deca koja nemaju dijagnozu	2,76	17,47		

*U= Man Vitnijev U test; p=statistička značajnost; *=statistički značajan rezultat*

Razlike u odnosu na tip trudnoće

Budući da su našim uzorkom obuhvaćena deca iz uredne i održavane trudnoće, izvršili smo poređenje ove dve grupe, u odnosu na uzrast identifikovanja razvojnih teškoća i uzrast uključivanja u ranu intervenciju. Poređenjem prosečnog uzrasta deteta na kome su roditelji uočili razvojne teškoće između dece iz uredne i dece iz održavane trudnoće, pokazalo je da se kod dece koja su rođena nakon održavane trudnoće statistički značajno ranije ($p < 0,05$) uočava odstupanje od očekivanih razvojnih normi (Tabela 5). Postojanje statistički značajnih razlika između dece iz uredne i dece iz održavane trudnoće nije utvrđeno kada je u pitanju uzrast uključivanja u tretman ($p > 0,05$).

Tabela 5. Uočavanje razvojnih problema i uključivanje u tretman kod dece iz uredne i održavane trudnoće

Varijabla	Grupa	Prosečan uzrast	Srednji rang	U	p
Uočavanje odstupanja od tipičnog razvoja	Deca iz uredne trudnoće	2,09	19,65	54,000	0,011*
	Deca iz održavane trudnoće	1,30	10,90		
Uključivanje u tretman	Deca iz uredne trudnoće	2,91	18,96	70,500	0,064
	Deca iz održavane trudnoće	2,20	12,50		

*U= Man Vitnijev U test; p=statistička značajnost; *=statistički značajan rezultat*

Razlike u odnosu na termin rođenja

Poslednja analiza u našem istraživanju odnosila se na poređenje uzrasta prepoznavanja razvojnih teškoća i uzrasta uključivanja u ranu intervenciju između dece rođene pre termina, u terminu i nakon predviđenog termina. Primenom Kruskal Volisovog testa utvrđene su statistički značajne razlike ($p < 0,05$) u vremenu uočavanja odstupanja od tipičnog razvojnog toka kod deteta, u odnosu na vreme rođenja (Tabela 6). Naknadni (post hoc) testovi su pokazali da su roditelji dece rođene pre ($p = 0,027$) ili nakon očekivanog termina ($p = 0,041$) značajno ranije primetili zaostajanje u razvoju u odnosu na roditelje dece koja su rođena u terminu. Postojanje statistički značajne razlike u vremenu uključivanja u tretman između dece koja su rođena pre termina, u terminu i posle termina nije utvrđeno ($p > 0,05$).

Tabela 6. Uočavanje razvojnih problema i uključivanje u tretman kod dece rođene pre, tokom i nakon termina

Varijabla	Grupa	Prosečan uzrast	Srednji rang	χ^2	p
Uočavanje odstupanja od tipičnog razvoja	Deca rođena pre termina	1,60	14,33	6,582	0,037*
	Deca rođena u terminu	2,31	21,92		
	Deca rođena nakon termina	1,40	12,20		
Uključivanje u tretman	Deca rođena pre termina	2,47	14,67	2,468	0,291
	Deca rođena u terminu	3,00	20,08		
	Deca rođena nakon termina	2,60	16,00		

$\chi^2 =$ Hi kvadrat; $p =$ statistička značajnost

DISKUSIJA

Na osnovu rezultata dobijenih u ovom istraživanju, zaključujemo da nema statistički značajne razlike između dečaka i devojčica u vremenu uočavanja razvojnih teškoća od strane roditelja i vremenu uključivanja u rani tretman. Pošli smo od stanovišta da će se polne razlike u uočavanju i vremenu uključivanja u tretman ispoljiti u korist devojčica u odnosu na dečake. Ovakvo stanovište razmatrali smo uzimajući u obzir uticaje psihosocijalnih i ekonomskih činilaca koji već na najranijem uzrastu određuju polne uloge, načine reagovanja i ponašanja, kao i očekivanja sredine (Jerković, 2002). Ponašanja na najranijem uzrastu, ali i kasnije, koja se u jednoj mogu smatrati prihvatljivim u nekoj drugoj sredini mogu biti protumačena kao neprilagođena. Pored sredinskih, na polne razlike utiče i niz kompleksih bioloških i genetskih činilaca

(Else-Quest et al., 2006; Erickson & Schulkin, 2003). Istraživanja pokazuju da su devojčice na najranijem uzrastu bolje u aktivnostima fine motorike (Nagy et al., 2007), dok su dečaci značajno napredniji prilikom analize pojedinih aspekata grube motorike (Piek et al., 2002). Pored ovih i mnogi drugi aspekti razvoja na najranijem periodu mogu da budu znak eventualnih kašnjenja u razvoju.

Rezultatima našeg istraživanja nisu utvrđene statistički značajne razlike u vremenu uočavanja teškoća u razvoju od strane roditelja između dece koja imaju uspostavljenu dijagnozu i dece koja nisu dijagnostikovana. Značajan broj dece u savetovalište za rani razvoj javlja se zbog kašnjenja u razvoju, ali bez konačne dijagnoze. Posle nekog vremena, a nakon rada defektologa i eventualno drugih stručnjaka sa detetom, ukoliko je to potrebno, roditeljima se preporuča poseta dečijem psihijatru, a u cilju psihijatrijske procene i eventualnog postavljanja dijagnoze. Iako broj dece koja danas imaju dijagnozu, a korisnici su savetovališta nije mali, nije primećena statistički značajna razlika u vremenu uključivanja u tretman u odnosu na decu koja nemaju dijagnozu. Nedvojbeno je važnost adekvatnog i pravovremenog dijagnostikovanja, a uključivanje u tretman svakako ne podrazumeva samo decu sa dijagnozom. Uzimajući u obzir da su ranom intervencijom obuhvaćena deca sa i bez dijagnoze (Lozanović, Rudić, Radivojević, 2013), možemo zaključiti da ovaj sistem rada podrazumeva obuhvat značajnog broja dece koja su kandidati za ranu intervenciju.

Iako su ranije primećena određena razvojna odstupanja od strane roditelja kod dece iz održavane u odnosu na decu iz uredne trudnoće, deca iz održavane trudnoće prema našim rezultatima nisu ranije uključivana u tretman. Slične rezultate dobili smo i analizirajući vreme uključivanja u tretman kod dece koja su rođena na vreme u odnosu na decu koji su rođena pre ili nakon predviđenog termina. S druge strane, utvrdili smo da su roditelji dece koja su rođena pre, ili nakon termina, ranije primećivali odstupanja kod svoje dece od tipičnog razvojnog toka. Važnost ranog započinjanja intervencije i pružanja podrške bazira se na plastičnosti mozga u prvim godinama života, kao i na nalazima da primena kvalitetnih programa ranog tretmana kod dece koja zaostaju u razvoju rezultuje kasnijim smanjenjem potreba za uslugama specijalne edukacije (Ramey & Ramey, 1998). Faktori rizika u koje spadaju i eventualni prenatalni, perinatalni, ili postnatalni problemi (Spittle & Treyvaud, 2016) jesu svakako razlog da se razvoj dece iz održavanih trudnoća prati češće u odnosu na decu koja su rođena nakon urednih trudnoća. Takođe, posebnu pažnju stručnjaka treba da imaju deca koja su rođena pre ili nakon predviđenog termina. Ovakav pristup deci iz održavanih trudnoća, kao i deci koja nisu rođena u okvirima predviđenog termina podrazumeva dodatno angažovanje pedijatrijskih službi i bolju saradnju sa drugim, nemedicinskim službama, u cilju najboljeg interesa deteta. Iako je razvojno savetovalište koje je bilo predmet ovog istraživanja dobar primer saradnje sa nadležnim Domom zdravlja, pre svega uzimajući u obzir ko su stručnjaci koji upućuju roditelje u savetovalište (to je najčešće pedijatar, a zatim psiholog), saradnja sa kolegama drugih profila mora da bude predmet dodatnog osnaživanja.

Prema istraživanju Golubović i saradnika (2015), većina roditelja (75,1%) čija su deca bila obuhvaćena uslugama rane intervencije primetila je problem u razvoju deteta u prvoj (43,2%), drugoj (20,5%) i trećoj (11,4%) godini života deteta. Sa druge strane, rezultati istog istraživanja su pokazali da je procenat dece uključene u tretman u istom razvojnom periodu manji od procenta dece čiji su roditelji prepoznali problem (56,8%). Takvi rezultati navode na zaključak da kod neke dece koja zaostaju u razvoju na ranom uzrastu postoji određeni vremenski jaz između uočavanja odstupanja od tipičnog razvoja i obezbeđivanja usluga ranog tretmana kao i da je taj vremenski jaz potrebno umanjiti kad god je to moguće, imajući u vidu značaj ranog započinjanja stimulacije i tretmana, za kasniji razvoj deteta. Nadalje, potrebno je uzeti u obzir i to da roditelji često oklevaju da se obrate stručnjaku, kada posumnjaju da razvoj njihovog deteta kasni u odnosu na predviđene norme ili ne prati uobičajeni tok razvoja sposobnosti i veština. Verujemo da su najčešći razlozi za to strah i vera da će sa detetom biti sve u redu i bez obuhvatanja tretmanima na najranijem uzrastu. Roditelji su neophodni saradnici u procesu pružanja rane intervencije, budući da je utvrđeno da je kvalitet angažovanja roditelja povezan sa napretkom koji dete postiže tokom primene programa rane intervencije (Kasari et al., 2010). Sve navedeno upućuje na potrebu boljeg i daljeg informisanja stručnjaka o području delovanja defektologa različitih profila, kao i osnaživanje roditelja da se jave stručnjaku i eventualno sugerišu pedijatru, ili drugom stručnjaku da obrate pažnju na pojedine aspekte razvoja i ponašanja deteta.

ZAKLJUČAK

Uprkos postojanju zakonskih okvira za osnivanje razvojnih savetovališta u našoj zemlji, kao i postojanja izuzetno velike potrebe za programima rane intervencije, usluge rane intervencije za decu koja pokazuju teškoće u ranom razvoju još uvek nisu dostupne u dovoljnoj meri.

Rezultati našeg istraživanja ukazuju da je kod dece koja danas imaju dijagnozu statistički značajno ranije uočeno odstupanje od očekivanih razvojnih normi, u odnosu na decu koja nemaju utvrđenu dijagnozu. Nadalje, razvojne teškoće ranije su prepoznate kod dece iz održanih trudnoća (u odnosu na decu iz urednih trudnoća) i dece rođene pre ili nakon termina (u odnosu na decu rođenu u terminu). Uprkos ranijem prepoznavanju odstupanja od tipičnog razvojnog toka kod navedenih grupa dece, rezultati su pokazali da te grupe dece nisu ranije uključene u tretman. Dakle, ranije prepoznavanje razvojnih teškoća kod dece iz našeg uzorka ne vodi nužno i ranijem uključivanju u ranu intervenciju. Jedno od pitanja za naredna istraživanja moglo bi se odnositi na to zbog čega se deca kod koje roditelji ranije primete problem u razvoju ne uključuju ranije u tretman. Moguće je da roditelji oklevaju da se jave stručnjacima u strahu od potvrđivanja sopstvenih sumnji da nešto sa detetom nije u redu, ili

se nadaju spontanom poboljšanju stanja i „povratku“ deteta na tipičan razvojni put. Druga mogućnost je da roditelji nisu dovoljno informisani o dostupnosti usluga razvojnih savetovališta.

Ograničenjem ovog istraživanja mogao bi se smatrati relativno mali broj obuhvaćenih ispitanika, pa je sprovođenje sličnog istraživanja na većem uzorku poželjno u budućnosti. Kada je reč o praktičnim implikacijama, rezultati dobijeni ovim istraživanjem mogu poslužiti kao smernice za dalje unapređenje usluga rane intervencije od strane razvojnog savetovališta. Najvažnija implikacija mogla bi se odnositi na povećanje dostupnosti usluga razvojnog savetovališta roditeljima i povećanje njihove informisanosti o pomenutim uslugama, kako bi se umanjio vremenski jaz između prepoznavanja razvojnih teškoća kod deteta od strane roditelja i započinjanja ranog tretmana.

LITERATURA

1. Blauw-Hospers, C. H., & Hadders-Algra, M. (2005). A systematic review of the effects of early intervention on motor development. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 47(6), 421-432.
2. Bruder, M. B. (2010). Early childhood intervention: Promise to children and families for their future. *Exceptional Children*, 76(3), 339-355.
3. Camilli, G., Vargas, S., Ryan, S., & Barnett, W. S. (2010). Meta-analysis of the effects of early education interventions on cognitive and social development. *Teachers College Record*, 112(3), 579-620.
4. Dawson, G., Rogers, S., Munson, J., Smith, M., Winter, J., Greenson, J., ... & Varley, J. (2010). Randomized, controlled trial of an intervention for toddlers with autism: the Early Start Denver Model. *Pediatrics*, 125(1), e17-e23.
5. Else-Quest, N. M., Hyde, J. S., Goldsmith, H. H., & Van Hulle, C. A. (2006). Gender differences in temperament: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 132(1), 33-72.
6. Erickson, K., & Schulkin, J. (2003). Facial expressions of emotion: A cognitive neuroscience perspective. *Brain and Cognition* 52(1), 52-60.
7. Golubović, Š. (Ed). (2018). Rana intervencija u detinjstvu. Univerzitet u Novom Sadu: Medicinski fakultet.
8. Golubović, Š., Marković, J., & Perović, L. (2015). Things that can be changed in early intervention in childhood. *Medicinski pregled*, 68(7-8), 267-272.
9. Hines, S., & Bennett, F. (1996). Effectiveness of early intervention for children with Down syndrome. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 2(2), 96-101.
10. Jerković, I. (2002). Uloga kauzalnih atribucija roditelja u formiranju i održavanju razvojnih poremećaja kod dece. Doktorska disertacija. Univerzitet u Beogradu. Filozofski fakultet.

11. Kasari, C., Gulsrud, A. C., Wong, C., Kwon, S., & Locke, J. (2010). Randomized controlled caregiver mediated joint engagement intervention for toddlers with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40(9), 1045-1056.
12. Landa, R. J. (2018). Efficacy of early interventions for infants and young children with, and at risk for, autism spectrum disorders. *International Review of Psychiatry*, 30(1), 25-39.
13. Lozanović, D., Rudić, N., & Radivojević, D. (2013). Podrška razvoju dece u ranom detinjstvu. Priručnik za primarnu zdravstvenu zaštitu. Beograd: Udruženje pedijatarata Srbije.
14. McBride, S. L., & Peterson, S. (1997). Home based early intervention with families of children with disabilities: Who is doing what?. *Topics in Early Childhood Special Education* 17(2), 209-233.
15. Moeller, M. P. (2000). Early intervention and language development in children who are deaf and hard of hearing. *Pediatrics*, 106(3), e43-e43.
16. Nagy, E., Kompagne, H., Orvos, H., & Pál, A. (2007). Gender related differences in neonatal imitation. *Infant and Child Development* 16(3), 267-276.
17. Piek, J., Gasson, N., Barrett, N., & Case, I. (2002). Limb and gender differences in the development of coordination in early infancy. *Human Movement Science* 21(5-6), 621-639.
18. Pinjatela, R., & Joković Oreb, I. (2010). Rana intervencija kod djece visokorizične za odstupanja u motoričkom razvoju. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja* 46(1), 80-102.
19. Ramey, C. T., & Ramey, S. L. (1998). Early intervention and early experience. *American Psychologist*, 53(2), 109-120.
20. Spittle, A., & Treyvaud, K. (2016). The role of early developmental intervention to influence neuro behavioral outcomes of children born preterm. *Seminars in Perinatology* 40(8), 542-548.
21. Verhaert, N., Willems, M., Van Kerschaver, E., & Desloovere, C. (2008). Impact of early hearing screening and treatment on language development and education level: Evaluation of 6 years of universal newborn hearing screening (ALGO®) in Flanders, Belgium. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 72(5), 599-608.

**PERCIPIRANO ZDRAVLJE RODITELJA
DJECE SA AUTIZMOM**

**SELF PERCEIVED HEALTH OF PARENTS OF CHILDREN
WITH AUTISM**

Kurspahić-Mujčić Amira¹, Mujčić Amra²

¹Medicinski fakultet Univerziteta u Sarajevu, Bosna i Hercegovina

²Srednja medicinska škola, Sarajevo, Bosna i Hercegovina

SAŽETAK

Autizam je poremećaj koji se očituje poteškoćama u društvenim interakcijama i komunikaciji te neuobičajenim ponašanjem. Višestruke poteškoće povezane s autizmom nisu izazov samo za oboljelu djecu u razvoju već i za njihove roditelje. Pružanje dugotrajne skrbi djetetu s autizmom može postati opterećujuće i negativno utjecati na fizičko i mentalno zdravlje roditelja. Ovim preglednim radom će se prikazati percipirano zdravlje roditelja djece s autizmom u odnosu na percipirano zdravlje roditelja djece tipičnog razvoja. Pretražena je PubMed baza podataka. Korišteni su ključni pojmovi „Self-Assessment” - samoprocjena, „Health Status” - zdravstveni status te „Parents” - roditelji, „Autism” – autizam. U provedenim istraživanjima pokazano je da roditelji djece s autizmom u odnosu na roditelje djece tipičnog razvoja imaju lošije percipirano fizičko i mentalno zdravlje, te da izjavljuju da se njihovo zdravlje pogoršalo u posljednjih godinu dana. Mentalno zdravlje majki je lošije od mentalnog zdravlja očeva. Utvrđeno je da su skladni porodični odnosi, visok socio-ekonomski status i zajednica koja podržava porodice sa autističnim djetetom protektivni faktori zdravlja roditelja. Većina roditelja djece sa autizmom ima povećanu razinu stresa, deprivaciju sna i osjeća se umorno što direktno utječe na njihovo mentalno i fizičko funkcioniranje. Unatoč takvim poteškoćama, mnogi roditelji djece s autizmom su izjavili da se osjećaju prilično sretnima, postigavši više od 7 bodova na skali sreće 0–10.

Budući da su roditelji glavni pružatelji podrške djeci s autizmom, očuvanje dobrog zdravlja i dobrobiti roditelja preduvjet je optimalne skrbi za djecu. Stoga je mjerenje percepcije zdravlja roditelja ključno u procjeni ishoda bolesti i liječenja.

Ključne riječi: samoprocjena, zdravstveni status, roditelji, autizam

ABSTRACT

Autism is a disorder characterised by severe difficulties in social interaction and communication, and with unusual behaviours. The multiple difficulties associated with an autism are not only challenging for the affected children in growing up but also for their parents. Providing the high level of care required by a child with autism can become burdensome and may impact both physical and mental health of the parents. Through this transparent work, one will try to examine self-perceived health of parents of children with autism in comparison with those of parents of children of typical development. The PubMed database was searched. The key terms “Self-Assessment”, “Health Status” - and “Parents”, “Autism” were used. In previous research, we have found that parents of children with autism had poorer self-perceived physical and mental health and reported significantly more deteriorated health in the last year than parents of children of typical development. Maternal mental health was poorer than paternal mental health. Harmonious family relationships, high

socio-economic status, and the community which supports families of children with autism was found to have a protective effect on parents health. Most parents of children with autism have increased levels of stress, sleep deprivation and fatigue which directly affects their mental and physical functioning. Despite such difficulties, many parents of children with autism described themselves to be fairly happy, scoring more than a 7 on a 0–10 scale of happiness. Because parents are the main providers of support for children with autism, preserving parents' good health and well-being is a precondition for an optimal care for children. Therefore, measuring self-perceived health of parents is essential in outcome and treatment evaluation.

Key words: self-assessment, health status, parents, autism

UVOD

Autizam je poremećaj koji je karakteriziran poteškoćama u područjima socijalne interakcije i komunikacije uz ograničena, ponavljajuća ponašanja, interese i radnje (1). S obzirom da se radi o doživotnom poremećaju pružanje dugotrajne brige djetetu sa autizmom može postati opterećujuće za roditelje i negativno utjecati na njihovo fizičko i mentalno zdravlje (2) Zbog činjenica da narušeno zdravlje roditelja može ugroziti kvalitet njihove skrbi za dijete sa autizmom te da najveći broj djece sa autizmom živi u porodici nužno je razmotriti pitanje: „Kakvo je zdravlje roditelja nositelja skrbi za djecu s autizmom?“

U provedenim istraživanjima je obično ispitivano percipirano zdravlje roditelja djece sa autizmom. Percepcija zdravlja je subjektivna procjena tjelesnog stanja i evaluacija vlastitog zdravlja (3). Bazični oblik samoprocjene zdravlja vrši se kroz jedno pitanje u kojem se od ispitanika traži da daje opću procjenu vlastitog zdravlja na skali definiranih tačaka npr. od vrlo loše do vrlo dobro. Međutim za bolji uvid u zdravstveni status najčešće se koriste multidimenzionalni instrumenti odnosno upitnici zdravstvenog statusa. Jedan od takvih upitnika je SF-36 (The short form 36 health survey questionnaire) autora Ware i saradnika (4).

Upitnik se sastoji iz 36 pitanja (čestica). Po tipu odgovora pitanja su višestrukog izbora. Rezultat se standardno izražava na devet dimenzija (subskala) koje čine profil zdravstvenog statusa. To su: fizičko funkcioniranje, ograničenja zbog fizičkih poteškoća, ograničenja zbog emocionalnih poteškoća, socijalno funkcioniranje, psihičko zdravlje, vitalnost i energija, tjelesni bolovi, percepcija općeg zdravlja i promjene u zdravlju u odnosu na prošlu godinu.

Rezultat se izražava kao standardizirana vrijednost u rasponu od 0 do 100 za svaku dimenziju. Niski rezultati odražavaju procjenu zdravlja lošom. Visoki rezultati odražavaju procjenu zdravlja dobrom. Nadalje, rezultati još mogu biti sažeti u dvije sumarne mjere fizičkog i psihičkog zdravlja. U sumarnu mjeru fizičkog zdravlja (kompozitno

fizičko zdravlje) ulaze slijedeće dimenzije: fizičko funkcioniranje, ograničenja zbog fizičkih poteškoća i tjelesni bolovi. U sumarnu mjeru psihičkog zdravlja (kompozitno psihičko zdravlje) ulaze dimenzije: ograničenja zbog emocionalnih poteškoća, socijalno funkcioniranje i psihičko zdravlje.

Također je važno napomenuti da se većina čestica odnosi na procjenu zdravstvenog stanja unazad posljednje četiri nedjelje. Na taj su način autori nastojali da odgovori ispitanika budu što manje pod utjecajem trenutnog raspoloženja ili kratkotrajnih aktualnih zdravstvenih poteškoća što bi umanjilo dijagnostičku valjanost prikupljenih podataka (5).

CILJ RADA

Cilj rada je bio prikazati percipirano zdravlje roditelja djece s autizmom u odnosu na percipirano zdravlje roditelja djece tipičnog razvoja.

PREGLED LITERATURE

Pretražena je PubMed baza podataka. Korišteni su ključni pojmovi „Self-Assessment“-samoprocjena, „Health Status“- zdravstveni status te „Parents“- roditelji, „Autism“- autizam.

REZULTATI

Pregledom literature, može se uočiti da veliki broj provedenih istraživanja u svijetu ukazuje na razlike u percipiranom zdravlju između roditelja djece s autizmom i roditelja djece tipičnog razvoja.

Jedno od takvih istraživanja je ono koje su proveli Benjak i saradnici u Hrvatskoj (2009). Zdravstveni status je procijenjen korištenjem SF-36 upitnika kod 178 roditelja djece sa autizmom i 172 roditelja djece tipičnog razvoja. U skupini roditelja djece sa autizmom medijan starosti je bio 43 godine, u skupini roditelja djece tipičnog razvoja 42 godine. Većina ispitanika u obje skupine je bila u braku, iako je veći broj samohranih roditelja bio u skupini roditelja djece s autizmom (11.2%), u usporedbi sa 9.3% iz skupine roditelja djece tipičnog razvoja. Oko trećine ispitanika imalo je fakultetsko obrazovanje (38%), s tim da je postojala distribucija na svim obrazovnim područjima. S obzirom na roditeljski status, stupanj obrazovanja i dob roditelja nije bilo razlike između skupina. Rezultati su pokazali da u svim dimenzijama zdravlja, osim u fizičkom zdravlju, roditelji djece s autizmom, su bili lošijeg zdravlja i postojala je statistički značajna razlika u njihovoj percepciji zdravstvenog stanja u odnosu na roditelje djece tipičnog razvoja. Najlošije dimenzije zdravlja u roditelja djece s autizmom su

bile energija i vitalnost (50.0), psihičko zdravlje (52.0) te dimenzija socijalnog funkcioniranja (55.6). Vrijednosti ove tri dimenzije zdravlja su prema svjetskoj znanstvenoj literaturi, bile ispod raspona uobičajenih za opću populaciju, koji iznose 60-80. Pad vrijednosti medijane ispod 60, dovodi do narušavanja mehanizma homeostaze organizma. Trideset i pet posto roditelja djece s autizmom je ocijenilo da im se zdravlje pogoršalo u zadnjih godinu dana, što je 18% više nego kod roditelja djece tipičnog razvoja. Razlike između skupina bile su statistički značajne. Autori zaključuju da su roditelji djece s autizmom posebno vulnerabilan dio populacije i da je roditeljstvo u njihovom slučaju dovedeno u vezu s njihovim narušenim zdravljem (6).

Istraživanje Yamada i saradnika (2012) spada među istraživanja koja su percipirano zdravlje roditelja djece s autizmom proučavala posebno za očeve i majke. Cilj istraživanja bio je ispitati percipirano zdravlje majki i očeva djece s autizmom u odnosu na zdravlje majki i očeva opće populacije, te razlike u percipiranom zdravlju majki i očeva sa autizmom. Istraživanje je provedeno u Japanu. Korišten je SF-36 upitnik. Studija je obuhvatila 147 porodica (uključujući 147 majki i 122 oca, od 158 djece u dobi od 6-15 godina). Utvrđeno je da su, u odnosu na opću populaciju, majke djece sa autizmom postigle statistički niže rezultate na šest subskala (ograničenja zbog fizičkih poteškoća, ograničenja zbog emocionalnih poteškoća, socijalno funkcioniranje, psihičko zdravlje, vitalnost i energija i percepcija općeg zdravlja). U odnosu na opću populaciju, očevi djece sa autizmom postigli su statistički niže rezultate na jednoj subskali (vitalnost i energija). Kompozitno fizičko zdravlje očeva i majki se nije statistički razlikovalo od opće populacije, niti međusobno. Kompozitno psihičko zdravlje majki je bilo statistički lošije od opće populacije i od očeva. Kompozitno psihičko zdravlje očeva nije bilo statistički lošije od opće populacije. Iako očevi djece tipičnog razvoja pokazuju u većini subskala veće vrijednosti od očeva djece sa autizmom, ta razlika nije značajna (7). U istraživanju koje su proveli Bashirian i saradnici (2019) u Iranu razlike u percipiranom zdravlju između majki i očeva djece sa autizmom nisu bile statistički značajne, što nije očekivano s obzirom na rezultate ranijih istraživanja. Uzorak je uključio 163 roditelja (82 majke i 81 oca) djece sa autizmom. Prosječna starost oca je bila 42.49 (SD 7.86) godina a majke 37.05 (SD 7.41) godina. Među očevima je bilo 94.8%, a među majkama 10.5% zaposlenih. Fakultetsko obrazovanje je imalo 27.2% očeva i 22.0% majki (8).

Istraživanje Hoefmana i saradnika je proučavalo percipirano zdravlje i osjećaj sreće roditelja djece sa autizmom i faktore od utjecaja. Istraživanje je provedeno u SAD (2014). Korišten je SF-36 upitnik. Istraživanje je uključilo 224 roditelja djece sa autizmom. Prosječna starost djece je bila 8.4 (SD 3.5) godine. Prosječna starost roditelja je bila 39.4 (SD 8.3) godine. Oko 60% roditelja je imalo fakultetsko obrazovanje, većina je bila zaposlena. Nešto više od jedne trećine roditelja imalo je godišnji prihod veći od 100.000 USD. Rezultati su pokazali da poteškoća djeteta ne mora nužno značiti i lošije percipirano zdravlje roditelja. U prosjeku je percipirano zdravlje roditelja na

skali od 0 do 100 bilo 77.6 (SD 15.8). Osjećaj sreće je ocijenjen sa više od 7 bodova na skali sreće 0–10. Pozitivan uticaj na percipirano zdravlje roditelja, osjećaj sreće imao je visok socioekonomski položaj i percipirana socijalna podrška (9).

DISKUSIJA

Osnovni cilj ovog rada bio je prikazati percipirano zdravlje roditelja djece sa autizmom u odnosu na percipirano zdravlje roditelja djece tipičnog razvoja. Pored toga zanimalo nas je postoje li razlike u percipiranom zdravlju između majki i očeva djece sa autizmom. Rezultati su pokazali da postoji statistički značajna razlika između roditelja djece s autizmom i roditelja djece tipičnog razvoja u pogledu subjektivne procjene zdravlja, pri čemu je lošije percipirano zdravlje roditelja djece sa autizmom. Polazeći od definicije zdravlja Svjetske zdravstvene organizacije, koja kaže da je zdravlje “stanje potpunog fizičkog, mentalnog i socijalnog blagostanja, a ne samo odsustvo bolesti i onesposobljenosti” (10), dobivene rezultat svakako možemo smatrati očekivanim. Naime, život s djetetom sa autizmom predstavlja situaciju koja je u mnogome drugačija od života s djetetom tipičnog razvoja, i koja može utjecati na zdravlje roditelja.

Kada je riječ o majkama i očevima djece sa autizmom, mada se moglo očekivati da će postojati statistički značajna razlika u percepciji zdravlja imajući u vidu pojedina prethodna istraživanja (7), neka istraživanja nisu potvrdili ovu pretpostavku (8). Međutim većina autora provedenih istraživanja ističe da su majke izrazito vulnerabilni dio porodica s autističnim djetetom (11). Očevi se prema nekim istraživanjima relativno dobro adaptiraju na roditeljstvo djetetu s autizmom (12)

Istraživanja pokazuju da poteškoća djeteta ne mora nužno značiti i lošije percipiramo zdravlje roditelja. Postoje mnogi protektivni faktori zdravlja roditelja poput: harmoničnih porodičnih odnosa, visokog socioekonomskog statusa te podrške zajednice, koji pomažu roditeljima lakše prihvatiti, a kasnije i živjeti s poteškoćom svoga djeteta. Poteškoća djeteta može učiniti porodicu jačom i zbližiti njezine članove. Neki roditelji su prihvaćanjem poteškoće svoga djeteta postali drugačiji ljudi s većom razinom empatije, bez prevelikih i nerealnih očekivanja u životu te su postali više usmjereni na brigu i zajedništvo u porodici (13).

ZAKLJUČCI

U provedenim istraživanjima pokazano je da roditelji djece s autizmom u odnosu na roditelje djece tipičnog razvoja imaju lošije percipirano fizičko i mentalno zdravlje. Majke su vulnerabilni dio porodica s autističnim djetetom. Skladni porodični odnosi, visok socioekonomski status i zajednica koja podržava porodice sa autističnim djetetom su protektivni faktori zdravlja roditelja. Mnogi roditelji djece s autizmom se osjećaju prilično sretnima. Budući da su roditelji glavni pružatelji podrške djeci s

autizmom, očuvanje dobrog zdravlja i dobrobiti roditelja preduvjet je optimalne skrbi za djecu. Stoga je mjerenje percepcije zdravlja roditelja potrebno uzeti u obzir pri izradi planova i strategija za pomoć, brigu i unaprjeđenje položaja djece s autizmom i njihovih porodica.

LITERATURA

1. Allik, H., Larsson, J.O., & Smedje, H. (2006). Health-related quality of life in parents of school-age children with Asperger Syndrome or High-Functioning Autism. *Health Qual Life Outcomes*, 4:1.
2. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
3. Bashirian, S., Karami, M., Khazaei, S., & Jenabi, E. (2019). Predictors of quality of life for parents of children with autism disorders in Iran. *Adv Hum Biol*, 9:108-111.
4. Benjak, T., Vuletić-Mavrinac, G., & Pavić-Simetin, I. (2009). Comparative study on self-perceived health of parents of children with autism spectrum disorders and parents of non-disabled children in Croatia. *Croat Med J*, 50(4):403-409.
5. Brown, I., Anand, S., Fung, W.L.A., Isaacs, B., & Baum, N. (2003). Family quality of life: Canadian results from an international study. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 15(3): 207-230.
6. Callahan D. (1973). The WHO definition of 'health'. *Stud Hastings Cent*, 1(3):77-88.
7. Hoefman, R., Payakachat, N., van Exel, J., Kuhlthau, K., Kovacs, E., Pyne, J., & Tilford, J.M. (2014). Caring for a child with autism spectrum disorder and parents' quality of life: application of the CarerQoL. *J Autism Dev Disord*, 44(8):1933-1945.
8. Jenkinson, C. (1998). The SF-36 physical and mental health summary measures: an example of how to interpret scores. *J Health Serv Res Policy*, 3(2):92-96.
9. Johnson, N.L., Frenn, M., Feetham, S., & Simpson, P. (2011). Autism spectrum disorder: parenting stress, family functioning and health-related quality of life. *Families Systems & Health*, 29(3):232-252.
10. Kaleta, D., Polańska, K., Dzikowska-Zaborszczyk, E., Hanke, W., & Drygas, W. (2009). Factors influencing self-perception of health status. *Cent Eur J Public Health*, 17(3):122-127.
11. Rodrigue, J.R., Morgan, S.B., & Geffken, G.R. (1992). Psychosocial adaptation of fathers of children with autism, Down syndrome, and normal development. *J Autism Dev Disord*, 22(2):249-263.
12. Ware, J.E., & Sherbourne, C.D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*, 30(6):473-483.
13. Yamada, A., Kato, M., Suzuki, M., Suzuki, M., Watanabe, N., Akechi, T., & Furukawa, T. A. (2012). Quality of life of parents raising children with pervasive developmental disorders. *BMC Psychiatry*, 12:119.

**UPOTREBA SISTEMA AUGMENTATIVNE I
ALTERNATIVNE KOMUNIKACIJE U PRAKSI**

**THE USAGE OF AUGMENTATIVE AND ALTERNATIVE
COMMUNICATION SYSTEMS IN PRACTICE**

Kurtović Kanita, Abdičević Dalila

Univerzitet u Sarajevu, Pedagoški fakultet, Bosna i Hercegovina

SAŽETAK

Augmentativna i alternativna komunikacija (AAC) je područje kliničke prakse, koja se bavi potrebama pojedinaca sa značajnim i složenim smetnjama u komunikaciji. AAC je augmentativna kada se koristi kao dopuna već postojećeg govora, a alternativna je kada se koristi umjesto govora, kojeg nema ili nije funkcionalan. Cilj ovog istraživanja bio je utvrditi da li i koliko edukatori-rehabilitatori koriste sisteme augmentativne i alternativne komunikacije u praksi, te kakvi su njihovi stavovi prema sistemima augmentativne i alternativne komunikacije.

Kreirana je anketa od 10 pitanja. Na pitanja su odgovarali edukatori-rehabilitatori različitih profila. Uzorak istraživanja je 94 edukatora-rehabilitatora.

Na osnovu rezultata istraživanja utvrđeno je da edukatori-rehabilitatori koriste AAC u svom radu, te imaju pozitivne stavove prema istoj. Rezultati istraživanja su pokazali da edukatori-rehabilitatori u svom radu više koriste niskotehno­loške i srednjete­hno­loške AAC sisteme, u odnosu na visokotehno­loške AAC sisteme. Jedan od razloga zašto se ne koriste visokotehno­loški sistemi AAC je zbog nedostatka sredstava.

Na kraju rada prikazani su pojedini sistemi augmentativne i alternativne komunikacije koji se mogu koristiti u praksi.

Ključne riječi: augmentativna i alternativna komunikacija, edukatori–rehabilitatori, praksa

ABSTRACT

Augmentative and alternative communication (AAC) is an area of clinical practice that addresses the needs of individuals with significant and complex communication disorders. AAC is augmentative when used to supplement existing speech, and alternative when used in place of speech, which is absent or not functional. The aim of this research was to determine whether and to what extent special educators use the augmentative and alternative communications systems in practice, and what their positions are in relation to the augmentative and alternative communications system.

To conduct this research, a survey was created with 10 questions. The questions were answered by special educators of different profiles. The research sample considered was 94 special educators.

Based on the results of the research, it was determined that special educators use AAC in their work and have positive attitudes towards it. The results of the research showed that special educators use low-tech and mid-tech AACs more frequently, compared to high-tech AAC systems. One of the reasons identified for the less frequent use of high-tech AAC systems were due to the lack of resources.

The paper concludes by presenting certain systems of augmentative and alternative communication which can be used in practice.

Key words: augmentative and alternative communication, special educators, practice

UVOD

Cilj istraživanja bio je utvrditi da li i koliko često edukatori i rehabilitatori koriste sisteme augmentativne i alternativne sisteme komunikacije u praksi, to jeste u radu s djecom sa govornim i komunikacijskim teškoćama. Također smo ispitali kakvi su stavovi edukatora i rehabilitatora prema sistemima augmentativne i alternativne komunikacije.

Augmentativna i alternativna komunikacija (AAC) je područje kliničke prakse koje se bavi potrebama pojedinaca sa značajnim i složenim komunikacijskim smetnjama, koje se očituju kao poremećaji u produkciji i/ili razumijevanju govornog jezika i uključuju govorne i pisane načine komunikacije. AAC je augmentativna kada se koristi kao dopuna već postojećeg govora, a alternativna je kada se koristi umjesto govora, kojeg nema ili nije funkcionalan. Sistem augmentativne i alternativne komunikacije je integrirana grupa komponenti, koja se koristi za poboljšanje komunikacije. Te komponente su: oblik AAC (potpomognuta ili nepotpomognuta), simboli, tehnike odabira i strategije (ASHA, 2021).

Augmentativna i alternativna komunikacija se obično dijeli prema dvije osnove: potpomognuta i nepotpomognuta, te niskotehnološka, srednjetehnološka i visokotehnološka. Potpomognuta AAC uključuje sisteme koji zahtijevaju opremu, a to mogu biti slike, predmeti, komunikacijske ploče, uređaji za generiranje govora, AAC softveri i slično. Dok nepotpomognuta AAC ne zahtijeva vanjsku opremu, to jeste osoba koristi svoje tijelo ili dijelove tijela, a to može biti znakovni jezik, geste, neverbalna komunikacija i slično (Ibrahimagić, 2019).

Niskotehnološki potpomognuti AAC sistemi podrazumijevaju vrlo malo mehaničkih dijelova i ne zahtijevaju izvor struje. Srednjetehnološki potpomognuti AAC sistemi podrazumijevaju relativno komplikovane mehaničke uređaje, koji mogu zahtijevati izvor struje. Visokotehnološki AAC sistemi su uglavnom uređaji bazirani na kompjuterskim sistemima koji podrazumijevaju sofisticirane računarske programe.

Tabela 1. Oblici augmentativne i alternativne komunikacije (Ibrahimagić, 2019.)

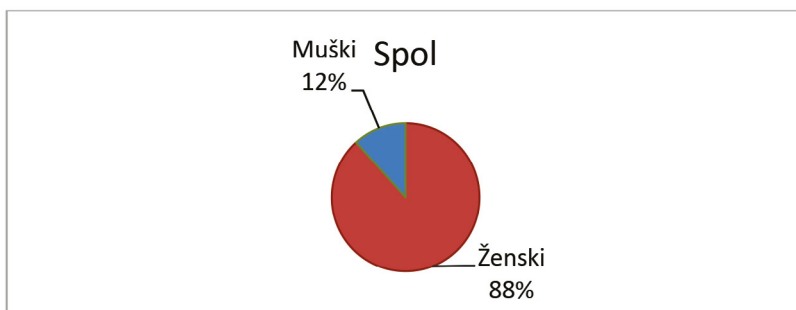
OBLICI AAC		
Nepotpomognuta	Potpomognuta	
Niskotehnološka	Nisko-Srednje tehnološka	Visokotehnološka
Geste	Slike	Uređaji za generiranje govora
Manuelni znakovi	Predmeti	Uređaji sa jednom porukom i
Facijalna ekspresija	Fotografije	digitalizirani uređaji za snimanje
Vokalizacija	Pisanje	AAC softveri za dinamičko
Verbalizacija	Komunikacijske ploče/knjige	predstavljanje simbola/jezika,
Jezik tijela		koji se koristi sa nekim oblikom
		hardvera (npr. kompjuter, tablet..)

Sistemi augmentativne i alternativne komunikacije imaju pozitivne efekte na razvoj govora i jezika, funkcionalnih komunikacijskih vještina, razvoj pismenosti, kognitivni razvoj, socijalno učešće i općenito poboljšavaju kvalitet života osoba sa kompleksnim komunikacijskim potrebama. Istraživanja sugeriraju da upotreba AAC u ranom uzrastu kod djece sa kompleksnim komunikacijskim potrebama mogu povećati funkcionalnu komunikaciju (izražavanje potreba i želja, razvoj socijalne bliskosti, razmjena informacija), poboljšati pragmatiku, semantiku i morfologiju jezika, razumijevanje i produkciju govornog jezika (Drager i sur. 2010). McNaughton i Light (2013) su zaključili da su koristi AAC aplikacija na mobilnim uređajima: povećanje svijesti i prihvaćanja AAC-a od strane društva, veće osnaživanje potrošača za korištenje AAC-a, jednostavna pristupačnost i povećana funkcionalnost ovih uređaja. Autori navode i potencijalne izazove, a to su: veća fokusiranost na unaprijeđenje tehnologija, a ne komunikacije, potreba za razvijanjem inovativnih pristupa u AAC projeni i intervenciji i manjak lakog pristupa svim pojedincima. Hamm i Mirenda (2006) su ispitivali korištenje AAC sistema kod osam ispitanika poslije školovanja. Rezultati istraživanja su pokazali da pet od osam ispitanika koristi jednostavne neelektronske AAC sisteme, a ostala tri su se u potpunosti oslanjala na geste, vokalizaciju i manuelne znakove. U ovom regionalnom istraživanju su učestvovali edukatori i rehabilitatori različitih profila, iz Bosne i Hercegovine, Srbije, Hrvatske i Crne Gore. Općenito u svijetu, pa i u Bosni i Hercegovini je malo istraživanja na ovu temu, te smo na ovaj način htjeli doprinijeti razvijanju svijesti o upotrebi i vrstama sistema augmentativne i alternativne komunikacije. Na kraju rada su izloženi pojedini AAC sistemi, koje mogu pomoći gotovo svakom djetetu sa teškoćama u razvoju i osobi sa invaliditetom.

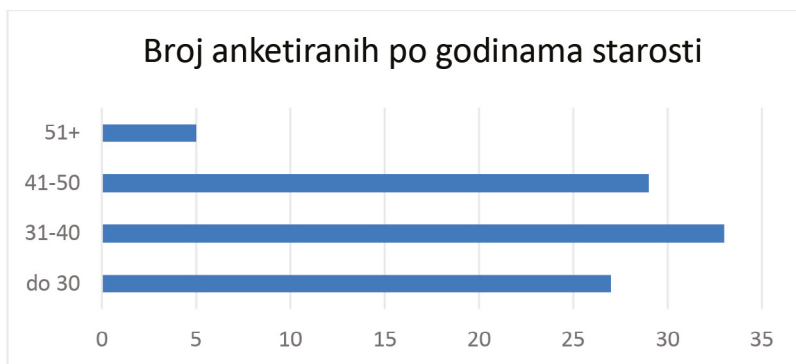
METODE

Uzorak

Uzorak istraživanja je 94 edukatora i rehabilitatora različitih profila. Od ukupnog broja ispitanika, 83 ispitanika je ženskog spola, a 11 muškog spola. Raspon dobi ispitanika je od 23 godine do 58 godina, pa je prosječna dob 37 godina.



Grafikon 1. Spol ispitanika



Grafikon 2. Broj anketiranih po godinama starosti

Instrument

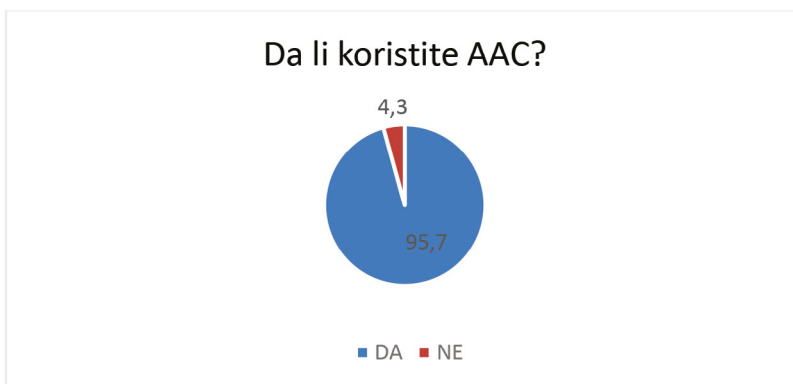
Za potrebe istraživanja, kreirali smo anketu od 10 pitanja. Anketa je napravljena u online obliku, preko Google Forms platforme. Na pitanja su odgovarali edukatori i rehabilitatori.

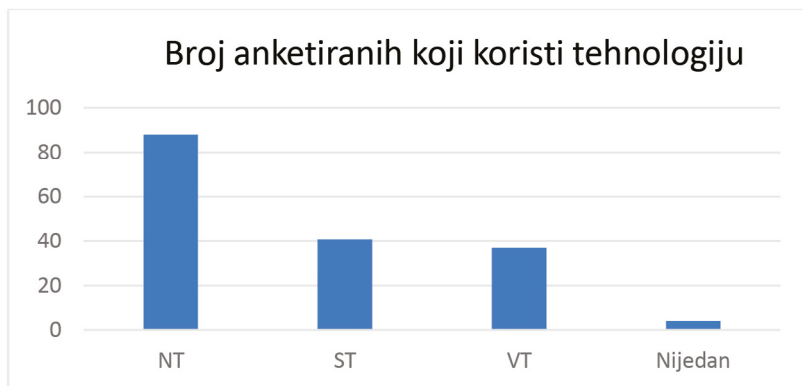
Tabela 2. Korišteni instrument

REDNI BROJ	PITANJE
1.	Da li u direktnom radu s učenicima koristite augmentativne i alternativne sisteme komunikacije (AAC)?
2.	Ukoliko koristite AAC sisteme, da li su oni niskotehnološki, srednjetehtnološki ili visokotehtnološki?
3.	Koliko često koristite niskotehtnološke AAC sisteme u radu?
4.	Ukoliko koristite neke niskotehtnološke AAC sisteme u radu, molim nabrojite?
5.	Koliko često koristite srednjetehtnološke AAC sisteme u radu?
6.	Ukoliko koristite neke srednjetehtnološke AAC sisteme u radu, molim nabrojite?
7.	Koliko često koristite visokotehtnološke AAC sisteme u radu?
8.	Ukoliko koristite neke visokotehtnološke AAC sisteme u radu, molim nabrojite?
9.	Ne koristite AAC sisteme zbog nedostatka sredstava, potrebe za dodatnom obukom, neprihvaćenosti od strane učenika ili teško za korištenje u nastavnom procesu?
10.	Da li mislite da su AAC sistemi korisni i imate pozitvan stav prema njima?

REZULTATI

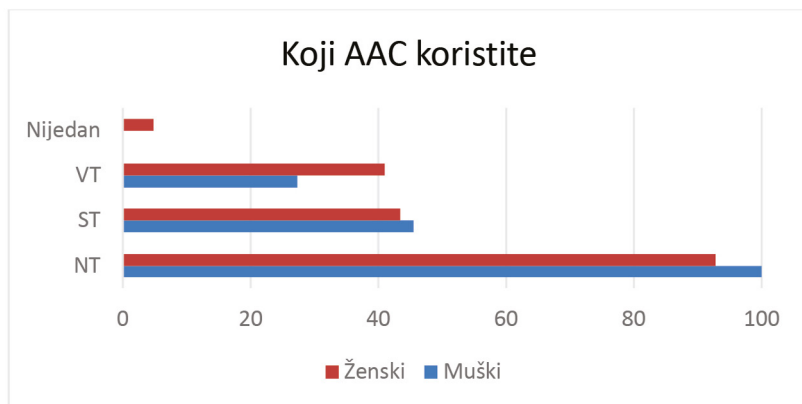
Na pitanje da li u koristite AAC sisteme, od 94 ispitanika, 90 ispitanika je odgovorilo DA, a 4 NE (Grafikon 3). Dalje, rezultati istraživanja pokazuju da od ukupnog broja ispitanika, njih 88 koristi niskotehtnološke AAC sisteme, 41 ispitanik koristi srednjetehtnološke AAC sisteme, a visokotehtnološke sisteme koristi njih 37 (Grafikon 4).

**Grafikon 3.** Da li koristite AAC

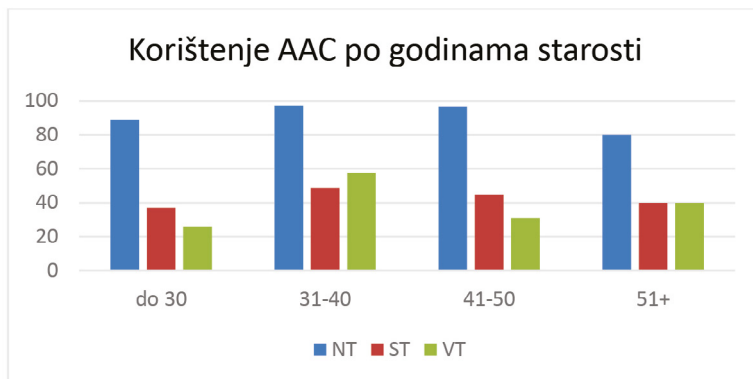


Grafikon 4. Broj anketiranih koji koristi niskotehnološku, srednjetechnološku i visokotechnološku AAC

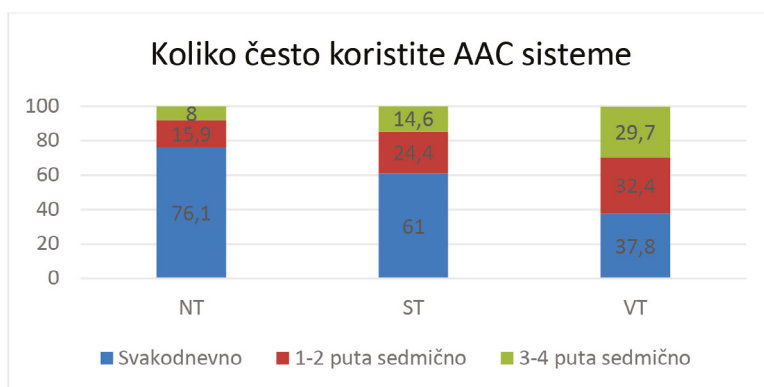
U odnosu na spol, rezultati istraživanja pokazuju da muškarci više koriste niskotehnološke i srednjetechnološke AAC sisteme, a žene više koriste visokotechnološke sisteme (Grafik 5). U odnosu na dob, ispitanici svih dobnih skupina, najviše koriste niskotehnološke AAC sisteme. Ispitanici u dobi do 30 godina i ispitanici u dobi od 41 do 50 godina nešto više koriste srednjetechnološke sisteme, u odnosu na visokotechnološke. Ispitanici u dobi od 31 do 40 godina više koriste visokotechnološku AAC, a ispitanici u dobi iznad 51 godine podjednako koriste visokotechnološke i srednjetechnološke sisteme (Grafikon 6). Rezultati istraživanja, također, pokazuju da se svi AAC sistemi najviše koriste svakodnevno, zatim 1-2 puta sedmično (Grafikon 7).



Grafikon 5. Spolne razlike u korištenju AAC sistema

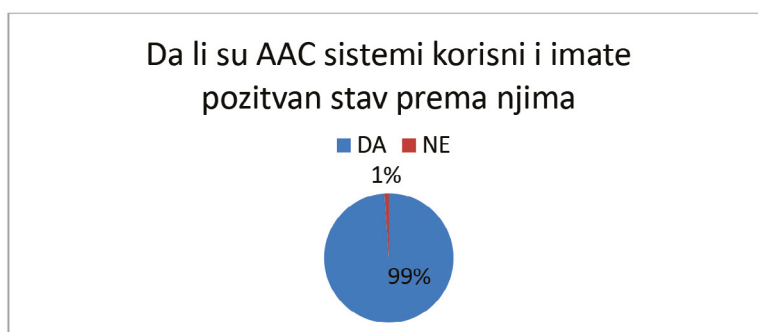


Grafikon 6. Korištenje AAC po godinama starosti



Grafikon 7. Koliko se često koriste AAC sistemi

Na pitanje da li mislite da su AAC sistemi korisni i imate li pozitivan stav prema njima, 93 edukatora i rehabilitatora je odgovorilo pozitivno (Grafikon 8).



Grafikon 8. Stavovi edukatora i rehabilitatora prema AAC sistemima

Također smo utvrdili koji se to niskotehnološki, srednjetehnološki i visokotehnološki AAC sistemi najviše koriste i razloge zbog kojih edukatori i rehabilitatore ne koriste AAC sisteme u praksi. Od niskotehnoloških nepotpomognutih AAC sistema najviše se koristi: verbalizacija, geste, znakovni jezik, a od potpomognutih to su: slike i to najčešće PECS (Picture Exchange Communication System), predmeti i slično. Od srednjetehnoloških sistema najviše se koriste komunikacijske ploče i knjige, GoTalk komunikatori, zvučne štipaljke i igračke. Od visokotehnoloških AAC sistema najviše se koriste Tobii Dynavox, Cboard, ICT-AAC aplikacije, i drugi softverski programi na tabletima.

Najčešći razlog zbog kojeg edukatori i rehabilitatori ne koriste AAC sisteme je zbog nedostatka sredstava (75,6%). Drugi razlozi su: potrebna dodatna obuka (31,7%), neprihvaćenost od strane učenika (12,2%) i teško za korištenje u nastavnom procesu (4,9%).

DISKUSIJA

Cilj istraživanja je bio utvrditi da li i koliko često edukatori-rehabilitatori koriste sisteme augmentativne i alternativne sisteme komunikacije u praksi, to jeste u radu s djecom sa govornim i komunikacijskim teškoćama. Ispitali smo stavove edukatora i rehabilitatora prema sistemima augmentativne i alternativne komunikacije. Također smo ispitali i koji su to AAC sistemi koji se najčešće koriste, te razloge zbog kojih se ne koriste AAC sistemi.

Rezultati istraživanja pokazuju da od ukupnog broja ispitanika, velik procenat edukatora i rehabilitatora, oko 95% koristi neku vrstu augmentativne i alternativne komunikacije u praksi, to jeste u radu s djecom s komunikacijskim teškoćama. Istraživanjem je utvrđeno da se najčešće koristi niskotehnološka AAC, zatim srednjetehnološka i visokotehnološka AAC. Što se tiče učestalosti korištenja AAC sistema, najčešće se svakodnevno koriste svi AAC sistemi, onda 1-2 puta sedmično. Od ukupnog broja ispitanika, njih 99% smatra da su AAC sistemi korisni i imaju pozitivan stav prema njima. Također, rezultati istraživanja pokazuju da edukatori i rehabilitatori najčešće ne koriste AAC sisteme zbog nedostatka sredstava.

Shuterland i suradnici (2005) su ispitali upotrebu AAC sistema na Novom Zelandu, te utvrdili da se najviše koriste niskotehnološki AAC sistemi za korisnike svih dobnih skupina, jedino djeca sa cerebralnom paralizom i odrasli sa ALS-om koriste više visokotehnološke AAC sisteme. Također, stručnjaci smatraju da su im potrebna dodatna znanja i vještine o AAC sistemima. Istraživanje Abdul Ghani i suradnika (2019) je pokazalo da 47% edukatora i rehabilitatora ne razlikuje augmentativnu od alternativne komunikacije, njih 33% razumije da se AAC može koristiti bez upotrebe tehnologije u učionici. Mali broj edukatora i rehabilitatora je bilo upoznato sa Go-Talk komunikatorima, kao jednim od alata, i 50% edukatora i rehabilitatora koristi PECS. Edukatori i rehabilitatori su najviše koristili internet za učenje o AAC sistemima i najčešće su

primjenjivali laptose. Prema Andzik i suradnicima (2017) edukatori i rehabilitatori su izjasnili da je mali broj njih dobio formalnu edukaciju za korištenje AAC tehnologije, te da su se sami podučavali o korištenju istih. Također, su naveli probleme koji se javljaju prilikom korištenja augmentativne i alternativne komunikacije, a to su nedostatak vremena za pripremanje materijala i neadekvatna suradnja tima. Timska saradnja je široko priznata kao najbolja praksa za najučinkovitije identificiranje, osiguravanje i primjenu AAC sistema. Za adekvatnu inkluziju djece sa kompleksnim komunikacijskim smetnjama potrebna je saradnja tima, kojeg čine: logoped, roditelj, nastavnik, edukator-rehabilitator i asistent. Vještine koje moraju posjedovati članovi tima se mogu svrstati u sljedećih pet kategorija: suradničko udruživanje, pružanje pristupa nastavnom programu, njegovanje socijalne podrške, održavanje i rad AAC sistema i kreiranje učionica koje podržavaju učenje heterogenih skupina učenika (Soto i sur. 2001). Uloge i odgovornosti edukatora i rehabilitatora uključuju: prilagodbu kurikuluma, priprema i održavanje dokumentacije, pisanje ciljeva i zadataka za korisnike AAC-a, procjena kognitivnih i socijalnih sposobnosti. Također manji broj edukatora i rehabilitatora je prijavilo da rade na identificiranju rječnika, utvrđivanje motivacije i stavova učenika prema AAC sistemima i utvrđivanje komunikacijskih potreba učenika (Locke i Mirenda, 1992). Bez obzira koliko znamo o samoj vrsti teškoće koju neko dijete ili osoba ima, opet je potrebno upoznati se s tim pojedincem i procijeniti njegove lične mogućnosti i zajednički utvrditi ostvarive ciljeve. Prije odabira bilo kojeg AAC sistema važno je uraditi detaljnu procjenu, te tako utvrditi koji AAC sistem odgovara kojem korisniku. Ne mora striktno značiti da je visokotehnološki AAC sistem bolji od niskotehnološkog i obratno. Nekoliko istraživanja utvrđuje da je najbolje koristiti multimodalni AAC, koji uključuje niskotehnološke, srednjetehnološke i/ili visokotehnološke AAC sisteme. Sama komunikacija je multimodalne prirode i inherentna je upotreba različitih načina rada u različitim mjerama, u ovisnosti od situacije, teme i partnera (Thunberg, 2011). Istraživanja sugeriraju da prilikom proces odabira AAC sistema treba da se sastoji od tri faze i to: podučavanje osobe da koristi različite AAC sisteme, pružanje mogućnosti odabira jednog od AAC sistema i nastaviti intervenciju sa najpoželjnijom opcijom (Sigafos i sur., 2014).

Niskotehnološki AAC sistemi se mogu napraviti na različite načine i od različitih materijala. Veoma je važno da su prilagođeni korisniku i njegovim potrebama, te da se mogu koristiti u svakom trenutku. Niskotehnološki AAC sistemi se mogu napraviti u obliku narukvice, novčanika, na privjescima, kao knjiga ili sveska i slično. Jedan od poznatijih niskotehnološki AAC sistem je etran, na kojem se najčešće nalazi abeceda, ali se može napraviti i za svako područje pojedinačno. Besplatni visokotehnološki sistemi koji se mogu koristiti na našem govornom području su: ICT-AAC aplikacije, PowerPoint prezentacije, Cboard, Tesi program, JA-KOM AAC aplikacije i Voice4Me, za koje je potreban neki hardver (mobitel, laptop, tablet). Neizostavan dio svih AAC sistema je abeceda, kojom bi korisnik mogao iskazati svoje potrebe, želje i ideje, koje nisu predviđene AAC sistemom.

Barijera tehnologije polako se ruši i primiče osobama sa invaliditetom i djeci s teškoćama u razvoju. Sama činjenica da učenik može koristiti računar ili tablet u bilo kojem nastavnom predmetu, jača mu motivaciju, razvija koncentraciju, omogućuje raznoliko učenje, čini svijet augmentativne i alternativne komunikacije beskrajnim. Iz priloženog se može zaključiti da je uloga AAC sistema, računara i posebnih programa gotovo neophodna u svakoj školi, bila ona redovna ili specijalna. Iako toliko neophodna i potreba, često ne nalazi svoju punu primjenu u školama. Krivac za to može biti neinformiranost nastavnog osoblja, ali u većem dijelu to je financijska strana, koja ne može poduprijeti brz razvoj tehnologije, što je potvrdilo i ovo istraživanje. Jedna od ideja koja se nameće nakon proučavanja ove tematike, jeste da se u budućnosti fokusiramo na informiranost nastavnog i stručnog osoblja u školama o mogućnostima primjene novijih tehnologija u obrazovanju djece sa kompleksnim komunikacijskim teškoćama, jer istraživanja u svijetu, ali i ovo istraživanje pokazuju kako edukatori i rehabilitatori smatraju da nisu dovoljno kompetenti da koriste AAC sisteme u praksi. Također, želimo naglasiti kako je važna saradnja tima u području augmentativne i alternativne komunikacije, kao i u drugim oblastima specijalne edukacije i rehabilitacije, te još jednom ističemo multidisciplinarnost pristupa u radu s djecom s teškoćama u razvoju.

LITERATURA

1. Abdul Ghani, S., Yassin, M. & Mohamed, Suziyani. (2019). Level of Augmentative and Alternative Communication Knowledge and Skills among Special Education Teachers for Autistic Students in Primary School. *Journal of ICSAR*, 3(1), 37-42.
2. Andzik, N. R., Chung, Y. C., Doneski-Nicol, J. & Dollarhide, C. T. (2017). AAC services in schools: a special educator's perspective. *International Journal of Developmental Disabilities*, 65(2), 89-97.
3. American Speech-Language-Hearing Association (2021). *Augmentative and Alternative Communication* (Practice Portal). Preuzeto 22. 03. 2021. sa www.asha.org/Practice-Portal/Professional-Issues/Augmentative-and-Alternative-Communication/.
4. Drager, K., Light, J. & McNaughton D. (2010). Effect of AAC interventions on communication and language for young children with complex communication needs. *Journal of Pediatric Rehabilitation Medicine: An Interdisciplinary Approach* 3, 303-310.
5. Hamm, B. & Mirenda, P. (2006). Post-school quality of life for individuals with developmental disabilities who use AAC. *Augmentative and Alternative Communication*, 22(2), 134-147.
6. Ibrahimagić, A. (2019). *Augmentativna i alternativna komunikacija*. Tuzla: Print-com doo grafički inženjering.

7. Locke, P. A. & Mirenda, P. (1992). Roles and responsibilities of special education teachers serving on teams delivering AAC services. *Augmentative and Alternative Communication*, 8(3), 200-214.
8. McNaughton, D. & Light, J. (2013). The iPad and Mobile Technology Revolution: Benefits and Challenges for Individuals who require Augmentative and Alternative Communication. *Augmentative and Alternative Communication*, 29(2), 107-116.
9. Shuterland, D. E., Gillon, G. G. & Yoder, D. E. (2005). AAC use and service provision: A survey of New Zealand speech-language therapists. *Augmentative and Alternative Communication*, 21(4), 295-307.
10. Sigafoos, J., O'Reilly, M. F., Lancioni, G. E. & Sutherland, D. (2014). Augmentative and Alternative Communication for Individuals with Autism Spectrum Disorder and Intellectual Disability. *Current Developmental Disorders Reports*, 1(2), 51-57.
11. Soto, G., Müller, E., Hunt, P. & Goetz, L. (2001). Professional Skills for Serving Students Who Use AAC in General Education Classrooms. *Language, Speech and Hearing Services in Schools*, 32(1), 51-56.
12. Thunberg, G. (2011). Augmentative and Alternative Communication Intervention for Children with Autism Spectrum Disorders, *Autism Spectrum Disorders – From Genes to Environment*, Tim Williams, IntechOpen, 329-348.

**POVEZANOST STIGMATIZACIJE MALOLJETNIH
PRESTUPNIKA I DEZORGANIZACIJE PORODICE**

**THE CONNECTION BETWEEN THE PHENOMENON OF
STIGMATIZATION OF JUVENILE OFFENDERS AND THE
DISORGANIZATION OF THE FAMILY**

Lazić Ljubinka

Regionalno udruženje stručnih radnika socijalne djelatnosti Doboj, Bosna i Hercegovina

SAŽETAK

Ovaj naučni rad se bavi analizom pojave stigmatizacije maloljetnih prestupnika od strane porodice maloljetnika. Porodica je grupa u kojoj se zadovoljavaju osnovne potrebe djece i koja ima reproduktivnu, vaspitnu i zaštitnu funkciju. Dezorganizacija porodice se negativno održava na članove, a od posebnog interesa je uticaj takve porodice na djecu. U ovom radu se polazi od postavke da dezorganizovana porodica ima uticaj na pojavu i razvoj stigmatizacije kod maloljetnih prestupnika.. Opšti cilj rada je se analizira kauzalno-posljedična veza dezorganizacije porodice i pojave stigmatizacije djece koja su ispoljila prestupničko ponašanje, a što se, u krajnjoj tački, negativno održava i na proces resocijalizacije. Nakon deskripcije pojmova, u radu su prezentovani rezultati sprovedenih istraživanja i analize literature. Poseban osvrt je izvršen na ispitivanje uticaja pojave stigmatizacije na rezultate u procesu resocijalizacije maloljetnih prestupnika, a prema mišljenjima stručnih radnika ustanova socijalne zaštite. Analiza je pokazala značajnu povezanost između stigmatizirajućih stavova porodice kao aktera procesa resocijalizacije i pojave stigmatizacije maloljetnih prestupnika. Zaključna razmatranja ukazuju na značaj zdrave, integrisane porodice za proces resocijalizacije, te na značaj saradnje centra za socijalni rad, porodice, škole i lokalne zajednice kao strategije u prevenciji prestupničkog ponašanja i stigmatizacije maloljetnika.

Ključne riječi: stigmatizacija, porodica, dezorganizacija, maloljetničko prestupništvo

APSTRACT

This scientific paper deals with the analysis of the phenomenon of stigmatization of juvenile offenders by the family of juveniles. The family is a group in which the basic needs of children are met and which has a reproductive, educational and protective function. Disorganization of the family is negatively negatively held on the members, and the influence of such a family on the children is of special interest. This paper is based on the premise that the disorganized family has an impact on the emergence and development of stigmatization with juvenile offenders. The overall goal of this paper is to analyze the causal-consequential relationship between disorganization of the family and the phenomenon of stigmatization of children who have manifested criminal behavior, which in final point,, negatively reflected on the process of re-socialization. After the description of the terms, the paper presents the results of conducted research and analysis of the literature. Special reference was made to examine the effect of the appearance of the stigmatization attached to the results in the process of social reintegration of juvenile offenders, and according to the opinions of expert workers of social protection. The analysis showed a significant connection between the stigmatizing attitudes of the family as an actor in the

process of resocialization and the phenomenon of stigmatization of juvenile offenders. Concluding observations point to the importance of healthy, integrated family of resocialization process, and the importance of cooperation between the center for social work, family, school and the local community as a strategy in the prevention of delinquent behavior and stigmatization of minors.

Keywords: stigmatization, family, disorganization

UVOD

Stigmatizacija je pojava koja nastaje kao posljedica negativnog odnosa okruženja osobe u odnosu na neku osobinu ili radnje koju je učinila, a s obzirom da su djeca u razvojnem periodu životu, kada je svaki uticaj od značaja za poželjnu maturaciju, svakako je stigmatizacija neželjena pojava. Stigmatiziranje djeteta koje je počinilo neki prestup predstavlja otežavajuću pojavu u procesu resocijalizacije djeteta i predupređenja recidivizma. S obzirom da je porodica primarna grupa u kojoj se dijete razvija i raste ona je i značajan činilac za podršku u resocijalizaciji prestupnika, tako da je i svaka negativna pojava u porodici nepoželjna, negativna, loša jer umanjuje pozitivne uticaje porodice na djecu. Danas se sve češće govori o dezorganizovanoj porodici i njenim negativnim uticajima na razvoj i vaspitanje djece. Porodica je grupa u kojoj se zadovoljavaju osnovne potrebe djece i koja ima reproduktivnu, vaspitnu i zaštitnu funkciju. Dezorganizacija porodice se negativno održava na članove, a od širokog je interesa je uticaj porodice na djecu. Negativne pojave u ponašaju djece poput maloljetničkog prestupništva su takođe posebno značajno polje intresovanja društvene javnosti, a s obzirom da je porodica bitan faktor resocijalizacije značajna je i njena organizacija i funkcionalnost. Naučna saznanja i empirijske spoznaje o porodici kao činiocu resocijalizacije djece prestupnika su od značaja iz razloga što mogu pridonijeti razvoju efektivnih programa, planova i strategija resocijalizacije, odnosno prevencije i preduprijeđenja prestupničkog ponašanja maloljetnika. Širenje opusa znanja i transfer znanja ka razvoju društva, je i opšti cilj naučnih istraživanja, pa je tako značajna i analiza kauzalnog odnosa dezorganizovane porodice i djece koja su ispoljila prestupničko ponašanje, a kako bi se preduprijedile negativne pojave i doprinijelo podizanju kvaliteta života djece i porodice kao faktoru socijalizacije djece.

STIGMATIZACIJA MALOLJETNIH PRESTUPNIKA

Stigmatizacija maloljetnih prestupnika je pojava koja je u naučnoj i stručnoj realnosti prepoznata kao posljedica prestupničkog ponašanja. Prema Rečniku stranih reči (2005) riječ stigma potiče iz grčkog jezika i izvorno se odnosi na žig, sramno znamenje kojim su Grci i Rimljani obilježali zločinca i odbjegle robove, odnosno prenosno, stigma se odnosi na sram, stid, a stigmatizacija je udaranje žiga, žigosanje, obilježavanje

nekoga kao negativne osobe ili pak pojavu rana kod religiozne osobe (Mićunović, 2005, str. 679). Gofman (1963) objašnjava stigmatu kao atribut, osobinu ili ponašanje osobe koje je neprihvatljivo u društvu i čini da se osoba osjeća "nepoželjnom i bezvrijednom". Stigma je, danas posmatrano, "bilo koja karakteristika pojedinca ili grupe koja ga odvaja od većine populacije, što rezultira neprijateljskim ili sumnjičavim ponašanjem ljudi prema takvom pojedincu ili grupi" (Gidens, 2007, str. 172). Sociološki posmatrano, stigmatiziranje polazi od shvatanja ili stereotipa koja su nerijetko pogrešna. Interakcionistička teorijska shvatanje se uprave bave odnosom različitih spoljašnjih faktora na razvoj osoba, na pojavu devijacija. Djeca kao bio-psiho-socijalna bića u razvoju su posebno podložna različitim spoljašnjim uticajima, a posebnu uticaju porodice kao primarne grupe. Zbog toga je posebno značajna pojava stigmatizacije kod djece koja su počinila neku kriminalnu radnju. Stigmatizacija maloljetnih prestupnika je pojava koja se razvija kod djece koja su počinila neki prestup, odnosno ispoljila ponašanje koje pravne norme društva označavaju kao prestup, a koje dovodi do razvoja negativnih stavova okoline maloljetnika prema maloljetniku a što zatim maloljetnik prihvata i time dolazi do negativnog samopimanja i može doprinijeti učvršćivanju ispoljavanja devijantnih oblika ponašanja. U literaturi se stigmatizacija maloljetnih prestupnika objašnjava kao negativno označavanje i obezvrijeđivanje maloljetnika koja tako pogoduje daljem prestupničkom ponašanju (Heartherton et al, 2000), a takođe i da maloljetnici koji primaju veći broj etiketa, iskazuju učestalije delinkventno ponašanje (Lazić, Lj. 2014, prema Adams et al, 2003).

Ako se polazi od kriminalnih teorijskih objasnjenja razvoja devijantnog ponašanja može se govoriti o klasičnim teorijama (zastrašivanja, racionalnog izbora), te o pozitivističkim teorijama sa biološkim, psihološkim i sociološkim pristupom. Za objašnjenje formiranja ličnosti i pojave stigmatizacije su zanimljive pozitivističke teorije i sociološka objašnjenja koja govore o uticaju spoljašnjih faktora. Teorije socijalnog interakcionizma, diferencijalne asocijacije, socijalnog učenja i slično govore o tome kako okolišni faktori mogu uticati na prestupnike usmjeravajući njihovo dalje ponašanje u smjeru kriminalnog razvoja ličnosti. Interakcionisti/konstruktivisti posmatraju društvene devijacije kao proces, a ne ličnu osobinu i posmatra se u odnosu društva (grupa, institucija, organizacija) prema ponašanjima pojedinačnih osoba, pa ovi teoretičari smatraju da je to i problem od kojeg se treba ići ka definisanju devijacija u društvu (Jugović, 2013). Teorija etiketiranja se temelji na shvatanju da etiket proizvodi stigmatizaciju koja je jača što je veća društvena reakcija, a takođe se povezuje i sa autostigmom i negativnim uticajem stigmatizacije na razvoj slike o sebi "preko koncepta

samopoimanja i samopoštovanja" (Majdak, M., Kamenov, Ž., 2009). Izdvojit ćemo i razvojne i cjeloživotne teorije koje proučavaju rizične faktore koji su u vezi sa razvojem rizičnog ponašanja, a ono što je značajno je to što su ovakva razmaranja doprinijela posmatranju faktora rizika kao stalno prisutnih izvora uticaja na razvoj i promjene ponašanja kod prestupnika. Tako se razvijaju i koncept otpornosti i značaj preventivnih

programa usmjerenih na faktore rizika i faktore zaštite (Ajduković, 2000). Koncept rizičnih i zaštitnih faktora je ustvari savremeni teoretski pristup koji zastupa stav da diverzitet faktora iz okoline prestupnika i onih subjektivnih iz samog prestupnika su u stalnoj interakciji. Ove faktore neki imenuju i kao socijalni kontekst, odnosno domeni koji se poklapaju donekle sa faktorima socijalizacije a dodaju se i individualna obilježja pojedinca (Polard i Hawkins, 1999; prema Avdibegović i sar., 2015).

Dodati se može osvrnuti na proces resocijalizacija maloljetnih prestupnika jer je on od izuzetnog značaja za maloljetnika, porodicu, društvo, a da je pojava stigmatizacije nešto dodatno ugrožava. Uopštena podjela je na egzogene i endogene faktore procesa resocijalizacije, te o institucionalni uticaji. (Macanović, N., 2009.). Egzogeni se nalaze u socijalnom okruženju i porodici, a endogeni u samoj ličnosti osobe.

DEZORGANIZOVANA PORODICA I MALOLJETNIČKO PRESTUPNIŠTVO

Upotreba izraza "dezorganizovana porodica" se odnosi na nepovoljne prilike, stanje, odnose u porodici. Prema Rečniku stranih reči (Mićunović, 2005) dezorganizacija je riječ francuskog porijekla i odnosi na rastrojstvo, nered ili pometnju u nekoj organizaciji, loše stanje organizacije. Pojam dezorganizacija porodice se odnosi na stabilnost njenih funkcija, odnosa unutar nje i socijalnih odnosa, a što određuje stanje porodice. Govoreći o strukturalnoj dezorganizaciji onda se porodična dezorganizacija određuje kao "svaka slabost, neprilagođenost ili raskidanje veze između članova porodice" (Elliot and Merrill, 1961, prema Milić. A., 2007, str. 262). Ako se stabilnost porodice posmatra kao stalni odnos "sila organizacije i dezorganizacije" onda je organizovanost porodice "aktuelni ekvilibrijum odnosa između članova u kome je ostvaren balans zajedničkih identifikacija, a sa druge strane, divergirajućih stanovišta, želja i interesa" (Milić, A, 2007, str. 262). Još se može dodati da se dezorganizacija često posmatra i kroz dezintegracije porodice, odnosno kroz strukturalne ili funkcionalne promjene, a kao indikatori porodične dezintegracije, koji narušavaju interakcijsko funkcionisanje porodice kao socijalne grupe, identifikovani su: nedostatak usaglašenosti po bitnim pitanjima, nedostatak uzajamne podrške i solidarnost, tj. emocionalna nepovezanost, nispunjavanje ciljeva porodice zbog nedostatka saradnje, poremećaja u obavljanju uloga u porodici i prisustvu konflikata između članova porodice (Filipović, Z., 1981; Milić, A, 2007, str.265). Uz izraz "dezorganizovana" u uskoj vezi je i "dezintegrisan" s tim što se dezintegracija odnosi više na strukturu, na nepotpunost porodice, na razvod, odustvo člana porodice zbog smrti ili pak na socijalnu neprilagođenost, isključenost. Dok funkcionalisti posmatraju porodicu kroz ostvarenost ili neostvarenost njenih funkcija, sociološko-ekološka čikaška škola dezorganizaciju porodice posmatraju kroz neprilagođenost porodice na spoljašnje društvene uticaje te dolazi do narušavanja porodičnog sistema.

Polazeći od prethodno pomenutog savremenog teorijskog shvatanje pojave i razvoja prestupničkog ponašanja, koncepta faktora rizika i faktora zaštite, takođe objašnjavamo i vezu i posljedice odnosa između dezorganizovane porodice i njen uticaj na pojave i razvoja stigmatizacije kod maloljetnih prestupnika. U literaturi se nailazi na više podjela i tipova rizičnih faktora, a ako ih sažememo na tri, može se reći da su to sljedeći: „poveznici koji su povezani s pojavom problematičnog ponašanja, prediktivni rizični faktori, koji prethode problematičnim ponašanjima i kauzalni faktori, za koje se može kroz eksperimente ili intervencije dokazati da dovode do promjena u ponašanju“ (Macanović, 2020, str. 43). Etiologija prestupničkog ponašanja se ustvari gleda kroz uzajamno djelovanje makrouzročnika kao što su različiti društveni faktori poput ekonomskih, političkih, društvenih kriza (rat, epidemije) i mikrouzročnika koji se nalaze na nivou pojedinca a to su „porodične prilike i odnosi – deficitarna i degradirana porodica; nasilje, posebno nasilje nad decom u porodici i seksualno nasilje; maloletničke trudnoće, škola (neuspeh, nasilje, učenje modela ponašanja i sl.); materijalni problemi (siromaštvo, eksploatacija rada, raskorak između potreba i mogućnosti); posjedovanje oružja; uticaj susedstva i delinkventnih grupa; narkomanija, konzumiranje alkohola, kockanje i druge bolesti zavisnosti i asocijalna ponašanja; okrutnost prema životinjama; beskućništvo; neadekvatno korišćenje slobodnog vremena; mediji; film i literatura; karakteristike ličnosti,“ (Konstatinović Vilić, Nikolić-Ristanović; 2014, str. 49). Iz ovog posebno izdvajamo porodicu kao faktor rizika koji pogađaju društvene situacije i stanja i iz koje polazi proces vaspitanja i socijalizacije djeteta. Odnosi u porodici i roditeljski stil i način ponašanja roditelja su faktori od izuzetnog značaja za ostvarivanje socijalizatorske funkcije porodice, odnosno za vaspitanje i razvoj osobina djece, kao i za prepoznavanje potreba, problema i pomoći svojim članovima kada se nalaze u nekoj nepovoljnoj situaciji ili krizi. U slučaju pojave probleme poput prestupničkog ponašanje djeteta porodica ima ulogu da pomogne djetetu da prevaziđe situaciju, da utiče na promjenu neželjenih usvojenih stavova ili obrazaca ponašanja koje je dijete ispojilo, a posebno bitna je emocionalna podrška i razumjevanje. Maloljetničko prestupništvo, naravno, narušava stabilnost i funkcionalnost porodice, a da to stanje porodica prevaziđe pomažu joj sistem vjerovanja (uslovljen društvenim vjerovanjima), organizacioni obrasci (podrška, povezanost, saradnja) i komunikacijski procesi u porodici (dvosmjerni, otvarajući) (Walsh, 1998, Hartman, 1983, Šućur, V., str. 2015). Zadatak porodice je ostvarivanje funkcija i to biološko-reproduktivne, vaspitne ili socijalizatorske, ekonomske, a takođe je ona i “značajna društvena kategorija u kojoj pojedinci zadovoljavaju svoje individualne i skupne potrebe: potrebu za ljubavlju, brižnošću i sigurnošću; potrebu za povjerenjem i poticanjem; osjećaj pripadanja, primanja i davanja” (Đuranović, M., Opić, V., 2013, str. 160). Porodica je primarna grupa u kojoj započinje i odbija se značaj dio procesa razvoja odnosno socijalizacija ličnosti. Socijalizacija je proces u kojem pojedinci uče obrasce ponašanja i to u dvije faze i prva se odvija tokom djetinstva, uglavnom unutar porodice, a druga faza se odvija u okviru obrazovnog sistema, u krugu prijatelja ili profesionalnoj grupi (ova faza traje cijeli život). (Rot, N., 1972.) Emocionalni i socijalno bliski odnosi u porodici utiču na

razvoj djeteta, njegovog zadovoljstva, samopouzdanja, dok loša povezanost narušava pozitivno vaspitno djelovanje porodice na cijeli život individue (Previšić, 2003). Uz ovo se još može izdvojiti teorijsko shvatanje o privrženosti i roditeljskom stilu kao značajnom konceptu, a koji se može povezati i sa periodom adolescencije koji je karakterističan po pojavi devijantnog ponašanja kod djece. Naime, iz perspektive teorije privrženosti, ona se razvija u ranom djetinjstvu, ali je kao integralni dio socijalnog ponašanja značajna kroz cijeli život osobe. U adolescenciji se privrženost roditeljski stil i odnosi su od posebnog značaja za postojanje topolog, sigurnog mjesta kojem se dijete uvijek može ugodno smjestiti, obratiti za pomoć. Na osnovu ranog razvojnog iskustva u odnosima sa roditeljima razvijenog sigurnog ili nesigurnog stila privrženosti djeca "stvaraju unutrašnje mentalne predstave ili radne modele sebe i drugih." (Marvin i Britner, 1999, Marić, 2020, str. 12). Roditeljski stil određuje način odnosa, komunikacije, podrške za adolescenta, a posebno za adolescenta koji ispolji prestupničko ponašanje. Dakle, adolescencija je period socijalnih promjena kod djeteta pred kojim se tada nalazi niz zahtjeva za adaptaciju na društvo, društvene odnose, vršnjačke grupe i uticaje, pa su od značaja i unutrašnji odnosi i interakcija sa porodicom, emocionalnim odnosi i toplina koju adolescent može dobiti u porodici.

METODOLOGIJA I CILJ RADA

Cilj ovog istraživanja jeste istražiti uticaj dezorganizacije porodice kao nepovoljnog konteksta na pojavu i razvoj stigmatizacije kod maloljetnih prestupnika. U radu se daje prikaz rezultata istraživanja provedenog ispitivanja stavova stručnih radnika u centrima za socijalni rad u Republici Srpskoj uz korišćenje nestandardizovanog namjenskog upitnika uz deskriptivnu i regresijsku analizu, te kratki pregled istraživanja u literaturi.

POVEZANOST DEZORGANIZOVANOSTI PORODICE I STIGMATIZACIJE MALOLJETNIH PRESTUPNIKA – REZULTATI

Stigmatizacija maloljetnih prestupnika je neželjena posljedica etiketiranja maloljetbika koji je počinio neki, zakonom okarakterisan kao kriminalni, akt, a njena povezanost sa faktorima koji dovede do njenog nastanka i njenog neativnog uticaja na maloljetnika su sporadična u naučnoj literaturi i praksi, ali itekako dokazana. Nepovoljne porodične prilike kao rizični faktori za razvoj neželjenih oblika ponašanja kod djece je pretpostavka koju je potvrdio niz istraživanja. Tako se u vezu sa oklonostima koji narušavaju funkcionano stanje i stabilnost porodice dovode različiti faktori poput unutrašnjih odnosa u porodici i konfliktnih situacija poput nasilja, razvoda, te spoljašnji faktori koji djeluju na porodicu kao što su siromaštvo, nezaposlenost, kriminalno ponašanja članova porodice. Analizom dokumentacije iz centara za socijalni

rad Srbije 2014. godine utvrđeno je da materijalni status porodice (nezaposlenost, izbjeglički status, neobrazovanost), odnosno siromaštvo i niski prihodi su potencijalni kriminogeni faktori od značaja za razvoj i učvršćivanje takvog ponašanja maloljetnika iz takvih porodica. (Krstić, Lj., 2014, str. 332). Da nepovoljno socio-materijalno stanje porodice nepovoljno djeluje na interakcije i komunikaciju u porodici te na roditeljski stil, pokazalo je i istraživanje grupe istraživača sa Univerziteta u Tuzli 2015.godine. S druge strane može se pomenuti i tzv. "kriminal blagostanja" jer se i kod porodica dobrog imovinskog stanja pojavljuje devijantno ponašanje djeteta (Avdibegović i sar., 2015, str. 305). Ovdje je potrebno se osvrnuti na roditeljski stil, na potencijale porodice i podršku koju ona pruža djeci, adolescentima. Savremena polazišta istraživača i teoretičara su da je značajna interakcija i razmjena između djece, roditelja i socijalnog konteksta, odnosno "za razumjevanje odnosa adolescenta i roditelja su važne dvije dimenzije, jedna se odnosi na roditeljske stilove vaspitanja, a druga na njihove postupke" (Marić, 2020, str. 11).. Da porodični uslovi, odnosno psihopatologija porodice i delinkvencije su u direktnoj vezi ukazalo je i istraživanje provedeno u Beogradu a isto je pokazalo da delinkventi s neurotskim poremećajima žive u disfunkcionalnim ili razorenim primarnim porodicama (sa psihijatrijskim poremećajima članova, prisutno zlostavljanje, dr.), a rizik za razvoj delinkvencije je četiri puta manji kod maloljetnika koji žive u potpunim i funkcionalnim porodicama. (Kecman, 2007).

Korištenjem nestandarizovanog upitnika, 2014. je sprovedeno ispitivanje stavova 115. stručnih radnika zaposlenih u 49 centara i službi za socijalni rad u Republici Srpskoj i izvršena statistička analizu deskripcijskom, diskriminativnom i regresijskom analizom. Za identifikaciju i analizu veze procesa resocijalizacije i pojave stigmatizacije maloljetnih prestupnika istraživana je veza između faktora socijalizacije i pojave i razvoja stigmatiziranosti. (Lazić, Lj., 2014) Faktor, odnosno veza koja se značajno izdvojila jeste veza između porodične dezorganizacije i stigmatizacije. Izdvojiću bitan dio dobijenih rezultata, a koji se konkretno odnose na predmet ovog rada.

Za provjeru i utvrđivanje pretpostavke da pojave dezorganizacije i dezintegracije porodice maloljetnog prestupnika doprinose razvoju pojave stigmatizacije u porodici, izvršena je analiza dobijenih podataka korištenjem hijerarhijske regresijske analize.

Naredna tabela daje prikaz rezultata regresijske analize za kriterij stigmatizacija, odnosno koeficijente korelacije i determinacije, kao i nivo statističke značajnosti, tako da je provjera pretpostavke. dala sljedeće rezultate.

Tabela 1. Rezultati regresijske analize

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.549	.302	.295	14.883

R Square u tabeli objašnjava koliko smo procenata varijanse objasnili i vrijednost koeficijenta determinacije i vrijednost istog iznosi 0.302, a uz to su dodate i vrijednosti koeficijenta multiple determinacije i standardna greška koja daje procjenu veće standardne devijacije.

Zatim se dodaje i sljedeća tabela za detaljniji prikaz regresijske analize za kriterij stigmatizacija.

Tabela 2. Rezultati regresijske analize dezorganizacije i dezintegracije za kriterij stigmatizacija

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
1 Constant	51.235	9.696		5.139	.000
Dezorganizacija i dezintegracija	2.714	.394	.549	6.893	.000

U ovom tabelarnom prikazu nalaze se vrijednosti koeficijenata B i Beta koji pokazuju koliko varijabla dezorganizacije i dezintegracije uzročno uslovljava pojavu stigmatizacije. Beta i statistička značajnost t testa je ovom slučaju na nivou 0.01. Ukoliko je veća prisutnost dezorganizacija sigurnije je da se dobije potvrda pretpostavke, a to vodi ka tome da što je veća dezorganizacija veća je i stigmatizacija a time je i proces resocijalizacije ugroženiji, a iz prikazanih rezultata tako je ovo vidljivo tako da se izvođa zaključak da se pretpostavka potvrđuje.

S obzirom da se stigmatizacija učvršćuje ukoliko je porodica maloljetnika dezorganizovana i time ugrožava resocijalizaciju, odnosno pravilan dalji razvoj ličnosti maloljetnika kao i usvajanje obrazaca društveno poželjnog ponašanja, izvršena je i analiza relacije samopoimanja i stigmatizacije maloljetnika. Provjeru ovog izvršena je korištenjem hijerarhijske regresijske analize.

Naredna tabela sadrži rezultate analize samopoimanja maloljetnih prestupnika.

Tabela 3. Rezultati regresijske analize samopoimanja maloljetnih prestupnika

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.544	.296	.289	14.947

Posmatrajući R Square vidi se koliko smo procenata varijanse objasnili, odnosno da je vrijednost koeficijenta determinacije 0.296, a vrijednost koeficijenta determinacije je 0.289. Standardna greška daje procjenu nešto veće standardne devijacije.

Detaljniji prikaz regresijske analize za kriterij stigmatizacija je u sljedećoj tabeli.

Tabela 4. Rezultati regresijske analize samopoimanja maloljetnih prestupnika za kriterij stigmatizacija

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
1 Constant	82.174	5.638		14.575	.000
Samopoimanje	1.916	.282	.544	6.796	.000
Razvoj delinkventnog identiteta maloljetnika	4.568	1.879	.268	2.431	.017

U tabeli se vide koeficijenti B i Beta koji pokazuju da je beta pozitivna kod obje tvrdnje koje su zavisne od varijable stigmatizacija. T test koji ukazuje na statističku značajnost je na nivou 0.01. Rezultati ukazuju na značajnu prisutna vrijednosti samopoimanja. To ukazuje na zaključak da što je samopoimanje negativnije to je veće slaganje sa tvrdnjom. Tako je potvrđeno da stigmatizacija maloljetnih prestupnika doprinosi razvoju delinkventnog identiteta maloljetnika. (Lazić, 2014).

RASPRAVA

Cilj provedenog istraživanja bio je ispitati kauzalnost veze između pojave stigmatizacije maloljetnih prestupnika i dezorganizovane porodice u kojoj maloljetnik živi kao negativnog situacionog faktora. Nadalje, polazeći od postavke da dezorganizovana porodica ima uticaj na pojavu i razvoj stigmatizacije kod maloljetnih prestupnika, opšti cilj rada je bio da se analizira kauzalno-posljedična veza dezorganizacije porodice i pojave stigmatizacije djece koja su ispoljila prestupničko ponašanje, a što se, u krajnjoj tački, negativno održava i na proces resocijalizacije.

Prikaz rezultata istraživanja, kroz pregled literature, pokazao je značajnu vezu između stigmatizirajućih stavova porodice kao aktera procesa resocijalizacije i pojave stigmatizacije maloljetnih prestupnika. Tako se dolazi do zaključaka da zdrava, integrisana porodica je poželjna za proces resocijalizacije, te da poseban značaj imaju saradnja porodice i centra za socijalni rad, porodice, škole i lokalne zajednice kao i strategije u prevenciji prestupničkog ponašanja i stigmatizacije maloljetnika. Dalje se može dodati da je sprovedeno istraživanje ukazalo na značajan uticaj socijalne sredine prema maloljetnom prestupniku na pojavu stigmatizacije i umanjivanje rezultata resocijalizacije, kao i da je prisutna, iako slabija, veza između pojave stigmatizacije i procesa resocijalizacije kroz relacije sa agensima: ustanove socijalne zaštite, porodica, škola, lokalna zajednica, sredstva javnog informisanja i nevladin sektor.

Dodati ce mogu i rezultati još nekih istraživanja i naučnih promišljanja. Interesanta je metaanaliza 153 istraživačka rada koja su se bavila prediktorima međuvršnjačkog nasilja i viktimizacije. Naime, ova metaanaliza vidi porodicu kao sredinski faktor i

zajednički prediktor nasilja, viktimizacije i provokativne viktimizacije (Cook, Williams, Guerra, Kim i Sadek, 2010). Nerijetka su istraživanja koja ukazuju na to da su kvalitet porodice i porodičnih odnosa najvažniji činitelj koji protektivno djeluje na djecu štiteći od devijacija, a između ostalog i od nasilja (Buljan Flander i Čosić, 2004, Knezović i Buško, 2007 prema Velki, 2012). Još se može dodati istraživanje odnosa stigmatizacije i slike o sebi maloljetnih prestupnika koje je sprovedeno u Zagrebu 2007. godine a koje je pokazalo da maloljetnici s izrečenim vaspitnim mjerama i sa većim stepenom stigmatizirajućeg ponašanja od strane relevantnih osoba u svojoj socijalnoj okolini, imaju niže samopoštovanje i lošije samopimanje. (Lazić, Lj., 2014, prema Majdak M., 2009.) Funkcionalna je porodica ona u kojoj su njeni članovi, roditelji i djeca, međusobno usklađeni tako da roditelji prilagođavaju svoj stil vaspitanja potrebama djeteta uz odvajanje i kvalitetno posvećivanje djetetu i uz odnos baziran na bezuslovnoj ljubavi pri čemu roditelji imaju i funkciju pomaganja djetetu u izgradnji sistema vrijednosti, socijalnim vještinama, razvoju samopoštovanja, samopouzdanja i pozitivne slike o sebi i tako pruža djetetu podršku i pomaže u osamostaljivanju. (Sakoman, 2009).

Dezorganizovana, dezintegrisana porodica, narušeno samopimanje i samopuzdanje kod maloljetnog prestupnika čine nepovoljan set okolnosti koje su nepoželjne u procesu resocijalizacije maloljetnika. Ove okolnosti mogu da djeluju podsticajno na pojavu neželjenih pojava poput stigmatizacije koja može da nastane kao posljedica društvenog etiketiranja ponašanja maloljetnikovog kao lošeg. Maloljetnik, kao ličnost koja još nije potpuno razvijena, nedovoljno zrela i u fazi razvoja samopouzdanja, podložan je i narušavanju svog samopimanja, odnosno razvoju negativnog samopimanja čime se dolazi do pojačavanja društvene stigme pa čak i do autostigme. To su izvedene sentence dobijene provedenom analizom.

Istraživanja odnosa funkcionalnosti porodice i stigmatizacije maloljetnika bi valjalo osvježiti sa novijim istraživanjima, obnoviti i tako obezbjediti kontinuirano praćenje istog, a u skladu sa izazovima i teškoćama pred kojima se porodica nalazi, posebno u zadnje vrijeme, vrijeme svjetske pandemije Covid-19 koja se pojavila krajem 2019. odnosano zavlada 2020.-te godine, a koja je pogodila i pojedince i porodice i čiji uticaj i posljedice se tek ispituju. Neupitna je činjenica neželjenih uticaja pandemije i lokdauna na porodične veze, na udaljavanje članova zbog pojedinačnih zdravstvenih i preventivnih izolacije.

ZAKLJUČAK

Porodica je socijalna grupa koja itekako utiče na razvoj maloljetničkog prestupništva na više načina, a jedna od njih je stigmatizacija djeteta koje je ispoljilo prestupničko ponašanje. Nepovoljno porodično strukturalno i funkcionalno stanje, kvalitet povezanosti, razumjevanja i podrške umanjuju porodičnu organizaciju i povezanost što neposredno utiče na razvoj ličnosti djeteta, usvajanje obrazaca ponašanja

te mogućnosti porodice da pruži podršku svojim članovima kada se nalaze u nekoj nepovoljnoj situaciji, krizi, djeci u situacijama kriminalne inficiranosti. Sprovedena analiza je pokazala da je često dezorganizovana i dezintegrirana porodica jedan od negativnih faktora za razvoj ličnosti maloljetnog prestupnika. Iz ovog se vidi indukovana potreba da se preduzimanje prilagođene socijalno-zaštitnih resocijalizacijskih intervencija i specijalne i generalne prevencije usmjerene ka pomoći porodici sa djetetom prestupnikom sa krajnjim ciljem predupređenja recidivizma, kao i podizanja nivoa zaštite djece i obezbjeđenja uslova za kvalitetan život i odrastanje u porodici.

LITERATURA

1. Ajduković, M. (2000). Ekološki multidimenzionalni pristup sagledavanju činitelja rizika i zaštite u razvoju poremećaja u ponašanju djece i mladeži. U: Bašić, J. i Janković, J. (ur.) *Rizični i zaštitni čimbenici u razvoju poremećaja u ponašanju djece i mladeži*. Zagreb: Povjerenstvo za prevenciju poremećaja u ponašanju djece i mladeži i zaštitu djece s poremećajima u ponašanju, 47- 62.
2. Avdibegović, E., Čišić, B., Karić, N., Kovačević, R, Šarić, H., Zečević, J. (2015), Diskusija i zaključci. U Avdibegović, E., Bijedić, M. & Dahić, M. (Ur.). *Utjecaj različitih konteksta socijalizacije na razvoj maloljetničke delinkvencije u postratnoj Bosni i Hercegovini (naučna monografija)*: Univerzitet u Tuzli, OFF-SET Tuzla.
3. Cook, C.R., Williams, K.R., Guerra, N.G., Kim, T.E. i Sadek, S. (2010). Predictors of bullying and victimization in childhood and adolescence: a meta-analytic investigation: *School psychology quarterly*, 25(2), 65.
4. Đuranović, M., Opić, V. (2013). *Mogućnosti prevencije rizičnih ponašanja djece predškolske dobi*. u *Zbornik radova*, 8 (1): Magistra Iadertina, Odjel za izobrazbu učitelja i odgojitelja Sveučilišta u Zadru, Zadar, str. 101-111
5. Gidens, E. (2007), *Sociologija*. Beograd: Centar za izdavačku delatnost.
6. Goffman, E. (1963). *Stigma, Notes on the management of spoiled identity*. NJ, Prentice-Hall: Englewood Cliffs-
7. Heartherton, T.F., Kleck, R.E. Hebl, M.R., Hull, J.G. (2000). *The social psychology of stigma*. New York: Guilford Press.
8. Jugović, A. (2013) *Teorije društvene devijantnosti*. Beograd: Parthenon.
9. Konstantinović Vilić, S & Nikolić-Ristanović, V. (2014). Fenomenološke i etiološke karakteristike maloletničkog kriminaliteta. U Nikolić-Ristanović, Stevanović (Ur.), *Maloletnička delinkvencija u svetu i Srbiji, - trendovi i društveni odgovori*, (39-56)., Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju, Univerzitet u Beogradu: Izdavačko-grafičko preduzeće „Prometej“ Beograd.
10. Krstić, Lj., Ž. (2014). *Činitelji delinkventnog ponašanja.*, *Jahr: Europski časopis za bioetiku*, 5 (2): 323-348.

11. Kecman, B. (2007). Porodična psihopatologija i delinkventnost. *Engrami*, Vol 29., br. 1-2., Beograd, 29-38.
12. Macanović, N. (2020). *Socijalno neprilagođeno ponašanje djece i adolescenata*. Banja Luka: Centar modernih znanja.
13. Macanović N., *Uloga egzogenih, endogenih i institucionalnih faktora u resocijalizaciji osuđenih lica*, *Socijalna misao* 2/2009, Beograd:Izdavačko preduzeće „Socijalna misao“.
14. Majdak, M., Kamenov, Ž. (2009). *Stigmatiziranost i slika o sebi maloljetnih počinitelja krivičnih djela*, Zagreb: Kriminologija i socijalna integracija, časopis za kriminologiju, penologiju i poremećaje u ponašanju, Vol 17., No 1., 2009.,
15. Mićunović, LJ. (2005), *Rečnik stranih reči*. Beograd: Victrix.
16. Milić, A. (2007). *Sociologija porodice*. Beograd: Čigoja štampa.
17. Previšić, V. (2003), *Obitelj kao odgojno-socijalna zajednica*, Nacionalna obiteljska politika, 191-204. Zagreb: Državni zavod za zaštitu obitelji, materinstva i mladeži.
18. Sakoman, S. (2009). Uloga obitelji u razvoju ovisničkih ponašanja. *Medicus*, 18(2), 193-204
19. Šučur, V. (2013). Razvojne karakteristike djece. u *Socijalni rad u školi, teorijsko-metodološke osnove*, ur. Gavrilović, A., Jugović, A., Lepir, Lj., Univerzitet u Banjoj Luci, Fakultet političkih nauka.
20. Velki, T. (2012). Uloga nekih obiteljskih čimbenika u pojavi nasilja među djecom. *Psiholojske teme*, 21(1), 29-60.

**PROGRAM RANE INTERVENCIJE-STAVOVI RODITELJA
DJECE S TEŠKOĆAMA U RAZVOJU**

**EARLY INTERVENTION PROGRAM-ATTITUDES OF
PARENTS OF CHILDREN WITH DISABILITIES**

Ibrahimović Nermina, Ličina Aida

Univerzitet u Sarajevu, Pedagoški fakultet, Bosna i Hercegovina

SAŽETAK

Rana intervencija je postupak pružanja usluga i podrške novorođenčadi, mlađoj djeci i njihovim porodicama kada dijete ima ili je u opasnosti od zaostajanja u razvoju, invaliditeta ili zdravstvenog stanja koje može utjecati na tipičan razvoj i učenje (ASHA). Uspješni programi rane intervencije uključuju i roditelje jer se djetetov razvoj najviše odvija u porodičnom okruženju. Roditelji su ravnopravni članovi tima za ranu intervenciju, koji imaju aktivnu ulogu prilikom donošenja odluka vezanih za pružanje dostupnih usluga rane intervencije. U BiH ne postoji jedinstven sistem rane intervencije čije je djelovanje određeno zakonom. Opći cilj je dobiti informacije od roditelja o zastupljenosti programa rane intervencije kroz projekte kod djece s teškoćama u razvoju u BiH. U skladu s tim ciljem istraživanja, postavljena su sljedeća istraživačka pitanja: dostupnost programa rane intervencije u BiH i kvalitet i učinci usluga rane intervencije. Za potrebe istraživanja kreirana je anketa koja se sastoji od pitanja o demografskim podacima i pitanja o stavovima roditelja o programu rane intervencije. Uzorak u istraživanju činilo je 71 roditelj djece s teškoćama u razvoju. Rezultati istraživanja su pokazali da je 78.9% (56) roditelja upoznato, a 21.1% (15) nije upoznato sa programom rane intervencije. 77.5% roditelja smatra da program rana intervencije doprinosi poboljšanju razvoja djeteta, dok 59.2% smatra da je programom rane intervencije poboljšan kvalitet života porodice. Rezultati istraživanja pokazuju da su djeca s teškoćama u razvoju uključena u različite projekte i ustanove na kojima počiva rana intervencija. Također, većina roditelja smatra da postojeće usluge rane intervencije doprinose poboljšanju razvoja djeteta i povećanju kvaliteta života porodice.

Ključne riječi: rana intervencija, djeca s teškoćama, roditelji djece s teškoćama

ABSTRACT

Early intervention is the process of providing services and support to newborns, young children as well as to their families when a child has or is at risk of developmental delay, disability or health condition that may affect typical development and learning (ASHA). Effective early intervention programs also involve parents because the child development takes place mostly in a family setting. Parents are equal members of an early intervention team, who play an active role in making decisions related to the provision of available early intervention services. There is no single system of an early intervention in BiH whose operation is determined by law. The general goal is to obtain information from parents about the representation of early intervention programs through projects for children with disabilities in BiH. In line with this research goal, the following research questions were asked: availability of an early intervention programs in BiH and quality and effects of an early intervention services. A survey was created for the purpose of the research, consisting of questions about demographic

data and questions about parents' attitudes about an early intervention program. The sample in the study consisted of 71 parents of children with disabilities. The results of the research showed that 78.9% (56) of parents were familiar, and 21.1% (15) were not familiar with an early intervention program. 77.5% of parents consider that an early intervention program contributes to the improvement of the child's development, while 59.2% believe that an early intervention program improves the quality of life of the family. The results of the research show that children with disabilities are involved in various projects and institutions on which an early intervention is based. Also, most parents believe that existing early intervention services contribute to improving the child's development and increasing the quality of life of the family.

Key words: early intervention, children with disabilities, parents of children with disabilities

UVOD

Rana intervencija je pojam koji podrazumijeva širok i raznolik spektar aktivnosti i postupaka koji su namijenjeni podršci ranom dječjem razvoj (Ramey, Ramey, 1998). Rana intervencija (RI) postupak je pružanja usluga i podrške novorođenčadi, mlađoj djeci i njihovim porodicama kada dijete ima ili je u opasnosti od zaostajanja u razvoju, invaliditeta ili zdravstvenog stanja koje može utjecati na tipičan razvoj i učenje (ASHA, 2008). Rana intervencija u djetinjstvu je proces savjetovanja, informiranja, edukacije i same podrške djeci s neurorazvojnim rizikom i razvojnim teškoćama te i samim njihovim obiteljima, koja vode do toga da prvih dvanaest mjeseci života djeteta imaju najvažniji utjecaj u daljnjem razvoju djeteta (Pianta, Barnett, Justice, Sheridan, 1973). Europska mreža za ranu intervenciju definira ranu intervenciju kao sve oblike poticanja koji se primjenjuju kao posredne i neposredne posljedice nekog utvrđenog razvojnog uvjeta, a usmjereni su prema roditeljima. Ove definicije objedinjuju ono što čini srž rane intervencije, a to znači: što ranije uključivanje djeteta u sam proces rehabilitacije, neovisno o tome je li oštećenje nastalo prenatalno, perinatalno ili postnatalno, te rad s roditeljima i pružanje podrške.

Temelj implementacije programa rane intervencije jesu saznanja o neuroplastičnosti mozga u razvoju- tj.mogućnosti uspostavljanja novih veza između ćelija mozga umjesto oštećenih te posljednične reorganizacije dijela moždanih funkcija, u pravcu adaptivnijih odgovora. Fenomen neuroplastičnosti mozga omogućava nam da primjerenim postupcima u adekvatnoj okolini mijenjamo neuralne strukture i funkcije.

Blackman (2002) navodi cilj rane intervencije – prevenciju ili minimalizaciju fizičkih, emocionalnih, kognitivnih te ostalih odstupanja djece, koja su biološki ograničena ili su pod utjecajem okolinskih rizičnih faktora (Blackman, 2002).

Prema ASHA-i (2008) postoje četiri principa kojima se treba voditi prilikom provođenja postupaka rane intervencije:

1. Usluge su obitelji orijentirane te kulturološki i jezično osjetljive;
2. Usluge su razvojno poticajne i promoviraju djetetovo aktivno sudjelovanje u svo-
me prirodnom okruženju;
3. Usluge su razumne, koordinirane i timski utemeljene;
4. Usluge su utemeljene na najkvalitetnijim dostupnim dokazima (ASHA, 2008).

Kada govorimo o programu rane intervencije za djecu s teškoćama u razvoju, u Bosni i Hercegovini ne postoji zakon ni na jednom nivou vlasti, ni u jednom sektoru (zdravstvo, obrazovanja, socijalna zaštita) koji pokriva oblast rane intervencije i njene usluge. Usluge rane intervencije se pružaju kroz projekte koje provode nevladine organizacije. Te projekte finansiraju međunarodne organizacije i lokalne vlasti, novčanim sredstvima koja nisu trajna i ne osiguravaju stabilnost ovih usluga. Centar za Ranu Intervenciju u Zeničko-dobojskom kantonu je jedina javna institucija za ranu intervenciju u Bosni i Hercegovini koju finansira vlada kantona (Babić-Čolaković, Pašalić, Memišević, 2016). Glavni cilj ovog Centra bio je da postane mjesto gdje će se pružati sve usluge rane intervencije, pa tako Centar danas pruža usluge od govorno-jezičke terapije do fizikalne terapije. U usporedbi sa ciljevima programa rane intervencije u svijetu, ciljevi Centra korespondiraju maksimizirajući razvojne ishode djece sa teškoćama u razvoju od 6 godina i mlađe kroz individualno prilagođene edukacijske i rehabilitacijske usluge i pružaju neophodne informacije i podršku za roditelje. Ovaj Centar predstavlja uspješan primjer, a ujedno i jedino mjesto za pružanje usluga rane intervencije u Bosni i Hercegovini. Ne postoje sistemski uređeni uslovi provođenja rane intervencije te neophodna je uvezanost sistema koji bi usmjeravali roditelja i dijete iz jednog sistema u drugi (Pašalić, 2019).

Porodica je važna u razvoju svakog djeteta, a razlog tome je što je to primarno okruženje u kojem se dijete razvija, ali i od kojeg uči. Zbog toga rana intervencija ne samo da uključuje rad djeteta, nego i rad roditelja koji podrazumijeva edukaciju i podršku djetetu koja mu je najpotrebnija. Roditeljima djece je također potrebna podrška, koja će im omogućiti da što brže prebrode emocionalnu krizu i aktivno se uključe u daljnji postupak rehabilitacije djeteta. Roditelji bi trebali imati jedno mjesto gdje bi mogli dobiti sve potrebne informacije o dostupnim tretmanima za njihovo dijete, a to mjesto bi upravo trebale predstavljati ustanove koje pružaju usluge rane intervencije (Kosiček, Kobetić, Stančić, Joković Oreb, 2009). Cilj programa rane intervencije je osnažiti članove porodice da potiču optimalan rast i razvoj djeteta tako da se djetetova okolina uredi tako da budi njegovu intrinzičnu motivaciju te ga potiče da što aktivnije sudjeluje u interakciji s okolinom. Usluge i podrška individualizirani su na temelju djetetovih snaga i potencijala te prioriteta i potreba porodice (Sabolić, 2006).

Mahoney i Wiggers (2007) navode najmanje tri velika razloga zašto roditelji moraju biti uključeni u proces rane intervencije. Prvo, roditelji i porodica su primarno okruženje djeteta u kojem ono uči i uvježbava vještine kroz svakodnevne aktivnosti te time imaju najveći utjecaj na njegov rani razvoj (Geral, Wiggers, 2007). Dok se stručnjaci mogu izmjenjivati u procesu rane intervencije, roditelji ostaju uz dijete pružajući pažnju, brigu i sigurnost. Drugo, roditelji imaju bitno i jedinstveno znanje o svom djetetu koje je ključno za planiranje programa rane intervencije (Dunla, Fox, 2007). Kao treći razlog navodi se da istraživanja pokazuju kako uključenost roditelja u proces utječe na uspješnost provedbe rane intervencije (Geral, Wiggers, 2007).

METODOLOŠKI OKVIR ISTRAŽIVANJA

Cilj istraživanja

Opći cilj je dobiti informacije od roditelja o zastupljenosti programa rane intervencije kroz projekte kod djece s teškoćama u razvoju u BiH.

Istraživačka pitanja

U skladu s ciljem istraživanja, postavljena su sljedeća istraživačka pitanja:

- Dostupnost programa rane intervencije u BiH
- Kvalitet i učinci usluga rane intervencije

Mjerni instrument

Za potrebe istraživanja kreirana je anketa koja se sastoji od pitanja o demografskim podacima i pitanja o stavovima roditelja o programu rane intervencije. Većina pitanja u anketi su bila koncipirana kroz ponuđene odgovore.

Uzorak ispitanika

Uzorak u istraživanju činilo je 71 (69 žena, 2 muškarca) roditelj djece s teškoćama u razvoju, starosti od 25 do 48 godine.

REZULTATI I DISKUSIJA

Demografski podaci iz ankete su pokazali da su većina ispitanika bile majke djece 97.2% te 2.8% su činili očevi. Starosna dob roditelja varirala je od 25-48 godina, prosječna dob 36,5 godina. Nivo obrazovanja varirao je od osnovne škole (1,4%), srednja škola (39,4%), fakultet (45,1%), pa do magistra/doktora nauka (9,9%) (Tabela 1). Djeca

roditelja iz uzorka imala su različite dijagnoze. Anкета je provedena na području Bosne i Hercegovine, a većina ispitanika je bila iz Sarajeva (N=51). Roditelji su naveli: govorno-jezičke poteškoće (N=45), usporeni psihomotorni razvoj (N=14), poremećaj autističnog spektra (11), višestruke teškoće (N=11), oštećenje sluha (N=10), deficit pažnje/ADHD (N=6), oštećenje vida (N=3), cerebralna paraliza (N=2). Dob djece uključene u program rane intervencije je bila od 10 mjeseci do 8,5 godina. Kada govorimo o spolu djece 77.5% bili su dječaci, a 22.5% djevojčice.

Tabela 1: Prikaz socio-demografskih karakteristika ispitanika

Socio-demografske karakteristike	Broj (%)
Spol	
Muškarci	2 (2,8)
Žene	69 (97,2)
Starosna grupa (u godinama)	
25-36	43 (60,56)
37-48	28 (39,43)
Stepen obrazovanja	
Završena osnovna škola	1(1,14)
Završena srednja škola	28 (39,4)
Završena viša škola/fakultet	35(49,29)
Završen master/doktorski studij	7 (9,9)

Kada govorimo o dostupnosti programa rane intervencije u Bosni i Hercegovini, što je ujedno i prvo istraživačko pitanje dolazimo do sljedećih podataka. Rezultati istraživanja su pokazali da je 78.9% (56) roditelja upoznato, a 21.1% (15) nije upoznato sa programom rane intervencije. Ono što je važno naglasiti jeste da program rane intervencije u Bosni i Hercegovini podrazumijeva brojne projekte različitih ustanova i NVO gdje su uključena djeca. Pa tako u odgovorima na pitanje „Koju ustanovu pohađa Vaše dijete?“ evidentno je da je područje rane intervencije i dalje nejasno za roditelje te nailazimo na mišljenje da je pohađanje redovnog vrtića jedan vid rane intervencije. S druge strane, navedene su i specijalizirane ustanove koje imaju predškolski odjel te NVO. Međutim i pored dostupnosti različitih ustanova nailazimo na odgovore da dijete ne pohađa nijednu ustanovu. (Tabela 2).

Tabela 2: Ustanove koje pohađa dijete

Ustanova/ NVO	Broj (%)
Vrtić	12(18,75)
JU "Vladimir Nazor" predškolski odgoj "More Nade"	8(12,5)
JU "Mjedenica" vrtić "Sunce u Mjedenici"	3 (4,68)
Centar za slušnu i govornu rehabilitaciju- predškolski odjel	5 (7,81)
Centar Rana Intervencija Zenica	2 (3,12)
EDUS	12 (18,75)
Privatni tretmani	6 (9,37)
Centar za mentalno zdravlje Travnik	1 (1,56)
Udruženje "Dobro djelo"	2 (3,12)
Ne pohađa nijednu ustanovu	6 (9,37)

Istraživanje je obuhvatilo roditelje djece s različitim teškoćama te možemo reći da je teškoća diktirala period uključivanja djeteta u ustanove. U slučaju kongenitalnih senzornih oštećenja djeca su uključena od samog rođenja u neki vid intervencije. Na pitanje „Sa koliko godina ste uključili Vaše dijete u navedenu ustanovu?“ raspon dobi varirao je od rođenja do 6.godine. Ipak, najveći broj odgovora bio je da je to period od 3-4 godine (N=20; 31.25%).

Kada govorimo o uključenosti u specijalizirane tretmane 50 djece (70.4%) je imalo specijalizirane tretmane, dok 21 dijete (29.6%) nije imalo. Trajanje tretmana na sedmičnom nivou je u najvećem broju odgovora od 1-2h.

Stručnjaci koji su bili angažovani u radu sa djecom prikazani su u tabeli broj 3. (Tabela 3).

Tabela 3: Stručnjaci

Stručnjaci	Broj (%)
Logoped	51 (78,5)
Eduikator-rehabilitator (defektolog)	40 (61,53)
Psiholog	31 (47,7)
Surdoaudiolog	7 (10,8)
Fizioterapeut	17 (26,2)
Nijedan stručnjak	3 (4,61)

Kao ravnopravni članovi tima za ranu intervenciju, roditelji imaju priliku preuzeti aktivnu ulogu prilikom donošenja odluka vezanih za pružanje usluga rane intervencije. Istraživanje je pokazalo da je N=43 (60.06%) aktivno uključeno u odabir, procjenu, postavljanje intervjcijskih ciljeva te samu intervenciju. N=14 (19.7%) je ponekad

bilo uključeno, a N=8 (11.2%) nije sudjelovalo u procesu provođenja rane intervencije. Drugo istraživačko pitanje odnosilo se na kvalitet i učinke usluga rane intervencije, te odgovori roditelja pokazuju sljedeće: N=55 (77.5%) roditelja smatra da program rana intervencije doprinosi poboljšanju razvoja djeteta, dok N=42 (59.2%) smatra da je programom rane intervencije poboljšan kvalitet života porodice. Na pitanje "Da li ste primijetili promjene u razvoju Vašeg djeteta koje su rezultat uključenosti u program rane intervencije?" N=51 (71.8%) smatra da su velike promjene u smjeru napredovanja, dok N=2 (2.8%) smatra da nije bilo nikakvih promjena.

ZAKLJUČAK

Zastupljenost programa rane intervencije u Bosni i Hercegovini se zadnjih nekoliko godina svodi na projekte koje provode NVO i određene ustanove. Roditelji djece s teškoćama u razvoju su svjesni važnosti ranih godina života što potvrđuju rezultati istraživanja da su djeca uključena u različite projekte. Uslijed nepostojanja javne ustanove koja im je dostupna za pružanje usluga rane intervencije, opcija koja preostaje roditeljima su nepovezani, pojedinačni i nedovoljni tretmani. Najveći broj ispitanika u ovom istraživanju činili su roditelji iz Sarajeva gdje još uvijek ne postoji jedinstven sistem čije je djelovanje određeno zakonom. Kvalitet i učinci usluga rane intervencije (kakve su kroz projekte dostupne u BiH) ispitani su u drugom dijelu anketu. Roditelji smatraju da postojeće usluge rane intervencije doprinose poboljšanju razvoja djeteta i povećanju kvaliteta života porodice. Još jedan od zaključaka do kojeg se došlo u istraživanju jeste aktivna uključenost roditelja u sam proces donošenja odluka za pružanje usluga rane intervencije. Većina roditelja koji su činili uzorak u istraživanju bili su aktivno uključeni odabir, procjenu, postavljanje intervjenskih ciljeva te samu intervenciju.

Iz navedenog možemo zaključiti da je neophodno sistemsko rješavanje oblasti rane intervencije. Po ugledu na programe rane intervencije kakvi se provode u svijetu, usluge rane intervencije i na našim prostorima bi trebale uključivati pružanje potrebnih informacija roditeljima o dostupnim tretmanima za njihovo dijete, a ujedno i predstavljati mjesto koje će im pružati potrebnu podršku.

LITERATURA

1. American Speech-Language-Hearing Association (ASHA). (2008). https://www.asha.org/practice-portal/professional-issues/early-intervention/#collapse_0
2. Babić-Čolaković, D., Pašalić, A., Memišević, H. (2016). Early intervention in Bosnia and Herzegovina-a description of model implemented in Zenica-Doboj Canton. *International Journal of Early Childhood Special Education*. 8(2):113-119

3. Blackman, J. (2002). Early Intervention: A Global Perspective. *Infants & Young Children, 15*, 11–19.
4. Dunlap, G., & Fox, L. (2007). Parent–Professional Partnerships: A valuable context for addressing challenging behaviours. *International Journal of Disability, Development and Education, 54*, 273 - 285.
5. Mahoney, G., & Wiggers, B. (2007). The Role of Parents in Early Intervention: Implications for Social Work. *Children & Schools, 29*, 7-15.
6. Košiček, T., Kobetić, D., Stančić, Z. i Joković Oreb, I. (2009). Istraživanje nekih aspekata rane intervencije u djetinjstvu. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja, 45* (1), 1-14. Preuzeto s <https://hrcak.srce.hr/44904>
7. Pašalić, A. (2019). Rana intervencija usmjerena na porodicu. <https://www.researchgate.net/publication/336197199> [10]
8. Pianta, R. C., Barnett, W. S., Justice, L. M., Sheridan, S. M. (1973). *Handbook of Early Childhood Education*. New York: The Guilford Press
9. Ramey, C. T., & Ramey, S. L. (1998). Early intervention and early experience. *The American psychologist, 53*(2), 109–120. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.53.2.109>
10. Sabolić, E. (2006). Rana intervencija rizične djece ili djece koja su se rodila kao rizična. U J. Barbir, N. Munjas-Pastuović, S. Stojković (Ur), *Zbornik radova međunarodnog znanstvenog i stručnog skupa Rehabilitacija – stanje i perspektive djece s teškoćama u razvoju i osobama s invaliditetom*. (str. 82-84). Rijeka: Centar za rehabilitaciju Rijeka

**KOGNITIVNA I EMOCIONALNA EMPATIJA KAO
ČINIOCI STAVA UČENIKA TIPIČNE POPULACIJE PREMA
VRŠNJACIMA SA SMETNJAMA U RAZVOJU**

**COGNITIVE AND EMOTIONAL EMPATHY AS FACTORS
OF STUDENTS' ATTITUDE TOWARDS PEERS WITH
DEVELOPMENTAL DISORDERS**

Lukić Ana¹, Đorem Slađana², Milić Jelena³, Joksimović Bojan³,
Božinović Milena³, Joksimović Vedrana³

¹Centar za specijalističke socijalne usluge „Za majku i dijete“ Banjaluka, Bosna i Hercegovina

²Osnovna škola „Hilmi ef. Šarić“ Tarčin, Bosna i Hercegovina

³Univerzitet u Istočnom Sarajevu, Medicinski fakultet Foča, Bosna i Hercegovina

SAŽETAK

Djeca sa smetnjama u razvoju manifestuju teškoće u razvoju i ne dosežu zadovoljavajući nivo razvoja, naročito ako im se ne pruži podrška u vidu njege i obrazovanja. Viši nivoi empatije su značajan faktor koji može uticati na pojavu pozitivnijih stavova učenika prema vršnjacima sa smetnjama u razvoju. Cilj istraživanja je bio da se procjeni da li empatija ima uticaj na stavove učenika prema vršnjacima sa smetnjama u razvoju. Studija je obuhvatila 120 učenika 4. i 5. razreda osnovnih škola, oba pola, uzrasta 10 i 11 godina. Istraživanje je rađeno u Banjaluci tokom 2020.godine. Ispitanici su podijeljeni na dvije grupe, one koji su pohađali nastavu sa učenicima sa smetnjama u razvoju i one koji nisu. Za ispitivanje stavova učenika prema učenicima sa smetnjama u razvoju korištena je Čedok Mekmaster skala, dok je za procjenu empatije korišten Indeks međuljudskog reagovanja.

Korelacionom analizom utvrđena je značajna ($r=0,18$; $p<0,05$) pozitivna povezanost između stavova učenika prema vršnjacima sa smetnjama u razvoju i zauzimanja perspektive. Učenici koji pohađaju nastavu sa učenicima sa smetnjama u razvoju imaju značajno ($t=-2,3$; $p=0,02$) niže vrijednosti ukupnog skora stavova ($3,05\pm 0,28$) u odnosu na učenike koji ne pohađaju ($3,16\pm 0,28$). Naše istraživanje je pokazalo da empatija imaju značajan uticaj na stavove učenika prema vršnjacima sa smetnjama u razvoju i da učenici sa višim nivoem empatije imaju pozitivniji stav prema ovim vršnjacima. Takođe, učenici koji su u inkluziji imaju negativniji stav prema vršnjacima ometenim u razvoju u odnosu na učenike koji nisu u inkluziji.

Ključne riječi: emocionalna empatija, učenici, smetnje u razvoju.

ABSTRACT

Children with disabilities manifest developmental difficulties and do not reach a satisfactory level of development, especially if they are not provided with support in the form of care and education. Higher levels of empathy are a significant factor that can influence the emergence of more positive attitudes of students towards peers with disabilities. The aim of the research was to assess whether empathy has an impact on students' attitudes towards peers with disabilities.

The study included 120 students of 4th and 5th grade of primary schools, both sexes, aged 10 and 11 years. The research was done in Banja Luka during 2020. Respondents were divided into two groups, those who attended classes with students with disabilities and those who did not. The Chedok McMaster scale was used to examine students' attitudes toward students with disabilities, while the Interpersonal Response Index was used to assess empathy.

Correlation analysis revealed a significant ($r=0.18$; $p<0.05$) positive correlation between students' attitudes towards peers with disabilities and perspective. Students who attend classes with students with disabilities have significantly ($t=-2.3$; $p=0.02$) lower values of the total score of attitudes (3.05 ± 0.28) compared to students who do not attend (3.16 ± 0.28).

Our research has shown that empathy has a significant impact on students' attitudes toward peers with disabilities and that students with a higher level of empathy have a more positive attitude toward these peers. Also, students who are included have a more negative attitude towards peers with developmental disabilities than students who are not included.

Key words: emotional empathy, students, disability.

UVOD

Emocionalna inteligencija je najnoviji pojam u porodici "inteligencija", a u psihološkoj literaturi se pojavio na samom početku devedesetih godina, i to u radovima Pitera Saloveja i Džona Majera. Navedeni autori su emocionalnu inteligenciju odredili kao skup sposobnosti koje bi trebale pridonijeti tačnijoj procjeni i izražavanju svojih emocija, kao i procjeni tuđih emocija i upotrebi osjećanja u motivisanju, planiranju i postignuću ciljeva u životu (Takšić, Mohorić, Munjas, 2006). Prva definicija emocionalne inteligencije je bila da je to "sposobnost praćenja svojih i tuđih osjećanja i emocija, i upotreba tih informacija u razmišljanju i ponašanju" (Salovey & Mayer, 1990). Kasnije je predložena revidirana definicija prema kojoj "emocionalna inteligencija uključuje sposobnosti brzog zapažanja procjene i izražavanja emocija; sposobnost uviđanja i generisanja osjećanja koja olakšavaju mišljenje; sposobnosti razumijevanja emocija i znanje o emocijama; i sposobnost regulisanja emocija u svrhu promocije emocionalnog i intelektualnog razvoja" (Mayer & Salovey, 1997). Moderne teorije emocija ukazuju da emocije usmjeravaju kognitivne aktivnosti i motivišu usmjereno ponašanje (Bošnjak, 2012).

Empatija se u najširem smislu odnosi na mogućnost razumijevanja i dijeljenja osjećanja druge osobe. Danas se većina autora slaže sa mišljenjem da se empatija sastoji od dvije komponente: kognitivne empatije - razumijevanja tuđeg stanja i afektivne ili emocionalne empatije - odgovarajućeg emocionalnog odgovora (Tattegah & Anderson, 2007). Kognitivna empatija uključuje „razumijevanje, poznavanje stanja svijesti i uslova druge osobe ili svijesti o tome kako nešto što se dešava drugoj osobi može djelovati na nju“, odnosno, ona podrazumijeva „preuzimanje uloge ili perspektive druge osobe tj. viđenje svijeta onako kako ga vidi druga osoba“. S druge strane, kada se govori o afektivnoj empatiji misli se na „odgovaranje sličnim ili istim osjećanjima u odnosu na emocije druge osobe“. Osim ove dvije komponente, neki autori dodaju

i treću, bihejvioralnu empatiju koja podrazumijeva ponašanje kojim se drugoj osobi pokazuje empatično razumijevanje (Bošnjak, 2012; Caruso & Mayer, 1998; Suzić, 1998; Kovačić, Frančišković 2014). Tokom odrastanja, kvalitet empatijskog doživljaja odgovara razvoju kognitivnog poimanja drugih osoba. Osjećajna komponenta empatije doživljava se različito dok dijete napreduje kroz stepene sociokognitivnog razvoja. Razvojni nivoi empatije odgovaraju fazama razvoja spoznaje: od globalne empatije, "egocentrične empatije", saosjećanja do empatije prema određenoj društvenoj grupi (Raboteg-Šarić, 1995). O razvojnom nivou empatije zavisi kako će osoba doživjeti i nazvati osjećajno uzbuđenje. Mala djeca, koja ne razlikuju sebe od drugih (kao različite osobe), mogu biti empatički uzbuđena i bez kognitivne komponente, a empatički doživljaj starije djece i odraslih ima znatne kognitivne elemente (Hicela, Kozic, 2012).

Stav je ideja o određenoj društvenoj grupi, koja je praćena emocijama i predviđa ponašanje prema toj grupi u specifičnim uslovima (Triandis, 1971). Ovom definicijom se ukazuje na prisustvo tri komponente stavova, a to su kognitivna, afektivna i bihejvioralna komponenta. Kognitivna dimenzija se odnosi na ideju koja je zasnovana na procesu, afektivnom komponentom se ukazuje na emocije koje prate ideju, dok bihejvioralna dimenzija odražava namjere osobe prema objektu stava. Praktičan značaj primjene trokomponentnog modela stavova u inkluzivnom okruženju se ogleda u tome da je pored kognitivne reprezentacije ometenosti značajno uključiti i afektivnu komponentu stavova (Gilmore, 2006) jer pozitivnija osećanja mogu dovesti do veće spremnosti za učešće u zajedničkim aktivnostima sa vršnjacima koji imaju smetnje u razvoju (Hong, Kwon & Jeon, 2014).

U populaciji djece i omladine sa smetnjama u razvoju najveći broj ih je sa intelektualnim smetnjama, a to su: djeca sa graničnim stepenom inteligencije, učenici sa lakom intelektualnom smetnjom i učenici sa kulturnom deprivacijom. Podaci o broju osoba sa intelektualnom smetnjom u opštoj populaciji veoma se razlikuju prema raznim izvorima u literaturi, pa je to od 1% do 2,5% (Vukajlović, Mešalić 2012). Faktori koji imaju značajan uticaj na stavove djece iz tipične populacije prema djeci sa smetnjama u razvoju su nivo razvijenosti empatije, nivo znanja o osobama sa smetnjama u razvoju, učestalost kontakata sa osobama i djecom sa smetnjama u razvoju i uticaj pola (Talijan, 2017).

Kontakt između pripadnika različitih grupa može dovesti do poboljšanja stavova, posredno, putem povećanja znanja i uticajem na emocije. Sa povećanjem znanja o pripadnicima određene grupe, smanjenjem anksioznosti prilikom susreta sa njima i povećanjem empatije prema ovim osobama dolazi do pozitivne promjene stavova (Talijan, 2017). Pokazano je da povećanje znanja ima manji efekat na formiranje pozitivnijih stavovova prema osobama sa smetnjama u razvoju u odnosu na povećanje empatije i/ili smanjenje anksioznosti. Kada su u pitanju stavovi opšte populacije, u studiji sprovedenoj na 878 ispitanika utvrđeno je da osobe ženskog pola imaju

pozitivnije stavove prema osobama sa smetnjama u razvoju, ali su ispoljile negativnije stavove u pogledu pitanja o inkluzivnom obrazovanju ove djece, u odnosu na ispitanike muškog pola (Talijan, 2016; Gilmore, 2006).

Osnovni cilj istraživanja je ispitati povezanost između različitih aspekata empatije (zauzimanje perspektive, maštanje, empatička briga, doživljaj lične uznemirenosti) učenika tipične populacije razredne nastave i njihovog stava prema vršnjacima sa smetnjama u razvoju. Podciljevi istraživanja su bili ispitati da li nivo razvijenosti empatije, inkluzivno obrazovanje, pol i kalendarski uzrast učenika tipične populacije utiče na povezanosti različitih aspekata empatije i stavova prema vršnjacima sa smetnjama u razvoju.

METOD RADA

Naše istraživanje je realizovano na uzorku od 120 ispitanika (60 dječaka i 60 djevojčica). Prvi poduzorak čini 60 đaka, četvrtih i petih razreda razredne nastave, koji nastavu ne pohađaju zajedno sa učenicima sa smetnjama u razvoju. Drugi poduzorak čini 60 đaka, četvrtih i petih razreda razredne nastave, koji nastavu pohađaju zajedno sa vršnjakom sa smetnjom u razvoju. Našim istraživanjem su obuhvaćeni đaci koji pohađaju nastavu zajedno sa učenicima sa poteškoćama u razvoju od samog početka njihovog školovanja, tj. od upisa u vaspitno-obrazovnu instituciju. Kalendarski uzrast ispitanika je bio 10 i 11 godina.

Stavovi učenika tipične populacije prema učenicima sa smetnjama u razvoju su ispitani Čedok Mekmaster skalom za procjenu stavova prema djeci sa hendikepom (Chedoke-McMaster Attitudes Towards Children with Handicaps Scale – CATCH, Rosenbaum, Armstrong, & King, 1986). Ova skala je dizajnirana za djecu uzrasta od devet do trinaest godina. Zasnovana je na trokomponentnom modelu stavova i obuhvata kognitivni, afektivni i bihejvioralni domen. Skala obuhvata 36 ajtema, sa jednakim brojem pozitivnih i negativnih tvrdnji. Odgovori na Čedok Mekmaster skali daju se na petostepenoj skali Likertovog tipa (od 0 - uopšte se ne slažem do 4 - u potpunosti se slažem). U našem istraživanju koristili smo verziju prevoda instrumenta na srpski jezik (Talijan, 2016). Dok se u toj verziji pitanja odnose na djecu sa Daunovim sindromom, mi smo, kao što je i u originalnom instrumentu pitanja formulisali tako da se odnose uopšteno na djecu sa smetnjama u razvoju. U našem istraživanju koristili smo jednokomponentni model stavova tj. ukupan skor na skali.

U ovom istraživanju Indeks međuljudskog reagovanja (Interpersonal Reactivity Index – IRI, Davis, 1980) je korišten za procjenu empatije. Odgovore na stavke Indeksa međuljudskog reagovanja ispitanici iskazuju na petostepenoj skali Likertovog tipa (od 1 – ne opisuje me dobro do 5 – opisuje me odlično). Skorovi za pojedine supskale

predstavljaju prosječne vrednosti ispitanika za stavke koje čine određenu supskalu. Instrument sadrži 28 ajtema koji su ravnomjerno raspoređeni u četiri podskale: podskala zauzimanje perspektive, maštanja, empatičke brige i doživljaja lične uznemirenosti.

Na osnovu dobijene saglasnosti Ministarstva prosvete i kulture Republike Srpske, istraživanje je realizovano u dvije Osnovne škole u Banjaluci. Zbog pogoršane epidemiološke situacije sa COVID virusom, ispitivači nisu imali dozvolu da uđu u škole. Istraživanje je realizovano na način da su ispitivači objasnili učiteljima na koji način da prikupe podatke, odnosno zadaju upitnike đacima, za potrebe ovog istraživanja, nakon čega su učitelji vratili popunjene upitnike ispitivačima.

U radu su se koristile metode deskriptivne i analitičke statistike. Od metoda deskriptivne statistike koristile su se aritmetička sredina sa standardnom. Od metoda analitičke statistike korištene su metode za procjenu značajnosti razlike i to: Student-ov t test za vezane uzorke. Za analizu povezanosti, korišćena je Pearsonova korelaciona analiza. Analiza veličine korelacije rađena je upotrebom Kohenovog testa za veličinu povezanosti, odnosno efekata. Kao nivo statističke značajnosti razlika uzeta je uobičajena vrijednost $p < 0,05$. Prikupljeni podaci analizirani su upotrebom „JASP®” (0.14.1.0, University of Amsterdam, Netherland) statističkog programa.

REZULTATI ISTRAŽIVANJA

Korelacionom analizom utvrđena je statistički značajna ($r=0,18$; $p < 0,05$) niska pozitivna povezanost između stavova učenika prema učeniima sa smetnjama u razvoju i zauzimanja perspektive; što znači da učenici koji imaju pozitivan stav prema učenicima sa smetnjama u razvoju istovremeno imaju veću tendenciju da spontano zauzmu perspektivu druge osobe. Između stavova učenika i preostalih domena Indeksa međuljudskih reagovanja nije uočena statistički značajna povezanost. Međutim, uočeno je da postoji srednja jaka pozitivna visoko statistički značajna povezanost između zauzimanja perspektive i maštanja ($r=0,37$; $p < 0,001$), empatične brige ($r=0,41$; $p < 0,001$) i lične uznemirenosti ($r=0,44$; $p < 0,001$), kao i jaka pozitivna povezanost između zauzimanja perspektive i empatije ($r=0,75$; $p < 0,001$). Ovo znači da učenici koji imaju visoke skorove domena zauzimanja perspektive istovremeno imaju visoke skorove tj.jako i značajno izražene visoke skorove u domenima maštanja, empatične brige, lične uznemirenosti i empatije. Visoko statistički značajna srednje jaka povezanost je uočena i između maštanja i empatične brige ($r=0,34$; $p < 0,001$) i doživljaja lične uznemirenosti ($r=0,32$; $p < 0,001$), kao i jaka povezanost sa empatijom ($r=0,71$; $p < 0,001$). Takođe, srednje jaka visoko statistički značajna povezanost utvrđena je i između empatične brige i doživljaja lične uznemirenosti ($r=0,47$; $p < 0,001$) i jaka povezanost sa empatijom ($r=0,74$; $p < 0,001$) (Tabela 1).

Tabela 1. Koleracije stavova učenika prema učenicima sa smetnjama u razvoju i domen Indeksa međuljudskog reagovanja.

Variable		Stavovi	Zauzimanje perspektive	Maštanje	Empatička briga	Lična uznemirenost
2. Zauzimanje perspektive drugog	Pearson's r	0,18*	— —			
3. Maštanje	Pearson's r	0,07	0,37**	— —		
4. Empatička briga	Pearson's r	-0,02	0,41**	0,34**	— —	
5. Lična uznemirenost	Pearson's r	0,01	0,44**	0,32**	0,47**	— —
6. Empatija (ukupan skor)	Pearson's r	0,08	0,75**	0,71**	0,74**	0,76**

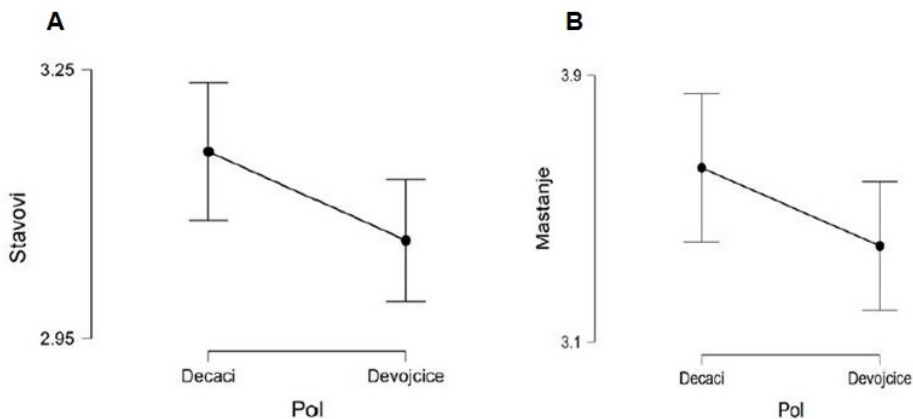
* $p < 0,05$; ** $p < 0,001$

Prosječne vrijednosti ukupnog skora CATCH upitnika i domena i ukupnog skora Indeksa međuljudskog reagovanja u odnosu na pol, prikazani su u Tabeli 2. T-testom za ispitivanje razlika između polova nisu utvrđene statistički značajne razlike između dječaka i djevojčica u ukupnom skoru „CATCH” upitnika i domena i ukupnog skora Indeksa međuljudskog reagovanja (Tabela 2).

Tabela 2. Prosječne vrijednosti ukupnog skora „CATCH” upitnika i domena i ukupnog skora Indeksa međuljudskog reagovanja u odnosu na pol.

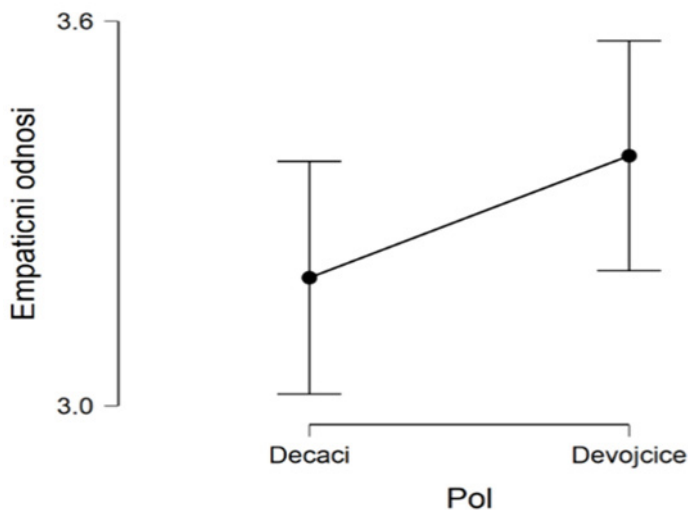
Variable	Dječaci		Djevojčice		p
	Aritm. Sredina	Stand. Devijac.	Aritm. Sredina	Stand. Devijac.	
Stavovi (ukupan skor)	3,16	0,28	3,06	0,28	0,06
Zauzimanje perspektive drugog	3,61	0,67	3,58	0,79	0,86
Maštanje	3,62	0,81	3,39	0,78	0,11
Empatička briga	3,20	0,66	3,39	0,73	0,14
Lična uznemirenost	2,96	0,83	2,99	0,70	0,83
Empatija (ukupan skor)	3,35	0,54	3,34	0,56	0,93

Kohenovom analizom veličine efekta utvrdili smo da dječaci iskazuju pozitivnije stavove prema učenicima sa smetnjama u razvoju, kao i više nivoe maštanja u odnosu na djevojčice (Grafikon 1, A i B).



Grafikon 1. Kohenova analiza veličine efekta stavova i maštanja prema učenicima sa smetnjama u razvoju između dječaka i djevojčica.

Kohenova analiza veličine efekta je pokazala i da dječaci imaju tendenciju da vlastitu empatičku brigu ocjenjuju nešto nižom ocjenom u odnosu na djevojčice (Grafikon 2).



Grafikon 2. Kohenova analiza veličine efekta empatičke brige između dječaka i djevojčica.

Tabela 3 prikazuje da su između učenika koji se školuju sa djecom sa smetnjama u razvoju i onih koji nemaju takvo iskustvo uočene statistički značajne razlike u stavovima i doživljaju lične uznemirenosti. Djeca koja ne pohađaju inkluzivnu nastavu iskazuju pozitivnije stavove ($3,16 \pm 0,28$) u odnosu na djecu koja nisu u inkluziji ($3,05 \pm 0,28$) ($p=0,02$). Takođe, djeca koja nisu u inkluziji imaju viši nivo lične uznemirenosti ($3,15 \pm 0,47$) od djece koja ne pohađaju inkluzivnu nastavu ($2,81 \pm 0,94$) ($p=0,01$) (Tabela 3).

Tabela 3. Prosječne vrijednosti ukupnog skora „CATCH” upitnika i domena i ukupnog skora Indeksa međuljudskog reagovanja u odnosu na inkluziju.

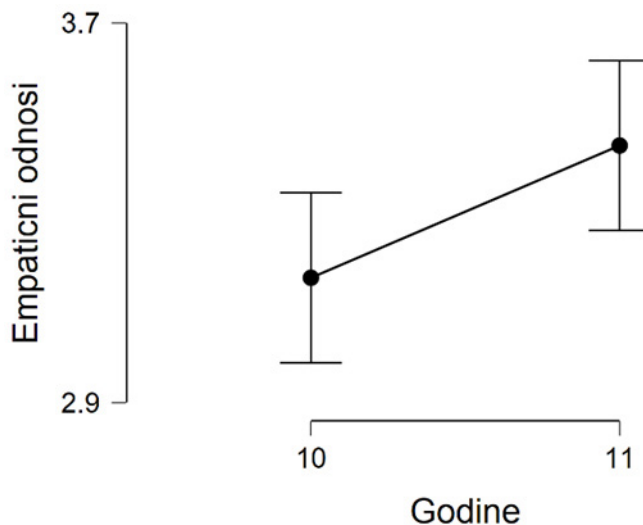
Variable	Inkluzija		Bez inkluzije		p
	Aritm. Sredina	Stand. Devijac.	Aritm. Sredina	Stand. Devijac.	
Stavovi (ukupan skor)	3,05	0,28	3,16	0,28	0,02
Zauzimanje perspective drugog	3,66	0,87	3,53	0,56	0,30
Maštanje	3,43	0,83	3,56	0,77	0,38
Empatička briga	3,24	0,80	3,37	0,59	0,29
Lična uznemirenost	2,81	0,94	3,15	0,47	0,01
Empatija (ukupan skor)	3,29	0,67	3,40	0,39	0,25

Tabela 4 prikazuje da je između učenika različitog uzrasta (10 i 11 godina) uočena statistički značajna razlika u domenu empatične brige. Stariji učenici su imali značajno viši nivo empatične brige u odnosu na mlađe učenike (Tabela 4).

Tabela 4. Prosječne vrijednosti ukupnog skora „CATCH” upitnika i domena i ukupnog skora Indeksa međuljudskog reagovanja u odnosu na uzrast učenika.

Varijable	t	Df	p	Cohen's d
Stavovi (ukupan skor)	1,67	118	0,10	0,31
Zauzimanje perspective drugog	0,22	118	0,83	0,04
Maštanje	1,15	118	0,25	0,21
Empatička briga	-2,2	118	0,03	-0,4
Lična uznemirenost	0,87	118	0,39	0,16
Empatija (ukupan skor)	0,1	118	0,92	0,02

Stariji učenici (11 godina) su imali statistički značajno ($t=-2,2$; $p=0,03$) više prosječne vrijednosti domena empatične brige u odnosu na mlađu grupu učenika uzrasta od 10 godina (Grafikon 3).



Grafikon 3. Razlika u prosječnim vrijednostima skora empatične brige između učenika podijeljenih na grupe u odnosu na uzrast.

DISKUSIJA

Naši rezultati su pokazali da učenici koji pohađaju nastavu sa učenicima sa smetnjama u razvoju imaju statistički značajno niže vrijednosti ukupnog skora stavova u odnosu na učenike koji ne pohađaju nastavu sa učenicima sa smetnjama u razvoju, tj. učenici koji su u inkluziji imaju značajno negativniji stav prema učenicima sa smetnjama u razvoju u odnosu na učenike koji nisu u inkluziji. Istraživanje Kovačević i sar. (Jablan, Kovačević, 2008) o odnosima između djece sa smetnjama u razvoju i vršnjaka tipičnog razvoja, pokazuje da 49% djece sa smetnjama u razvoju otežano uspostavlja kontakte sa vršnjacima tipičnog razvoja, 31% djece tipičnog razvoja ispoljava negativne stavove u obliku zadirkivanja i „ismijavanja“ i da 21% djece sa smetnjama ispoljava agresivno ponašanje. U studiji Mekdugal i sar. (McDougall, DeWit, King, Miller & Killip, 2004) rađenoj u Ontariju, Kanadi 2004.godine na uzorku od 1 872 učenika osnovne škole su utvrđeni oprečni rezultati u odnosu na naše. Ova studija je pokazala značajno veći ukupan skor u stavovima kod grupe djece koja su u inkluziji u odnosu na djecu koja nisu u kontaktu sa vršnjacima koji imaju smetnje u razvoju ($p < 0,001$). Takođe, ova studija je pokazala da od ukupnog broja ispitanih 61% ima blago neutralan do pozitivan stav prema djeci sa smetnjom u razvoju, dok je 21% učenika imalo neutralan do negativan stav prema djeci sa smetnjom u razvoju. Studiju Mekdugal i sar. podupiru rezultati studije Nikolarazi i sar. (Nikolarazi i sar., 2005) koje je rađeno u Grčkoj i Sjedinjenim Američkim Državama. U ovom istraživanju ispitivani su stavovi djece prema osobama sa smetnjama u razvoju. U studiji je učestvovalo 196 djece i

navodi se da djeca koja pohađaju inkluzivne razrede značajno više i brže prihvataju vršnjake sa smetnjama u razvoju u odnosu na djecu koja nisu nikada bili u kontaktu sa vršnjakom koji ima smetnju u razvoju (Nikolarai i sar., 2005). Ovakvi rezultati su u skladu sa prethodno navedenim istraživanjima (Hogan, McLellan & Bauman, 2000) (Llewellyn, 2000) koja indikuju da socijalni problemi predstavljaju značajnu barijeru u inkluziji djece sa smetnjama u razvoju, kao što su poteškoće u stvaranju prijateljstava i maltretiranje od strane vršnjaka.

Međutim, postoji manji broj studija čiji rezultati su u skladu sa našim rezultatima. Studija Dajson i sar. (Dyson, 2005) pokazuje da djeca tipičnog razvoja, koja nisu imala kontakt sa vršnjacima sa smetnjama u razvoju, pokazuju jednako pozitivne stavove prema vršnjacima sa smetnjama i bez smetnji (Dyson, 2005). U istraživanju Đević i sar. (Đević, 2015) rezultati su pokazali da učenici tipičnog razvoja imaju pretežno pozitivan stav prema zajedničkom pohađanju škole sa vršnjacima koje imaju poteškoće u razvoju. Međutim, od svih učenika koji su izrazili ovakav stav, skoro polovina je navelo da nije spremno da se sa njima druži ili sjedi zajedno u klupi. Iz navedenog autori zaključuju da pozitivan stav učenika tipičnog razvoja prema zajedničkom školovanju sa vršnjacima koji imaju smetnje u razvoju ne znači i njihovu spremnost da stvaraju bliže kontakte sa njima.

Pol i uzrast su dva lična činioca za koje je poznato iz prethodnih istraživanja da su povezani sa stavovima djece prema vršnjacima koji imaju smetnje u razvoju. Veliki broj studija je pokazao da dječaci imaju značajno negativnije stavove prema vršnjacima sa smetnjama u razvoju u odnosu na djevojčice (King, Rosenbaum, Armstrong, & Milner, 1989; Fisher, Pumpian & Sax, 1998; Cowardin, 1986). Takođe, studija Mekdugal i sar. (McDougall, 2004) kao i studija Kiši i sar. (Kishi & Meyer, 1994) su pokazale da djevojčice imaju značajno ($p < 0,05$) pozitivniji stav prema vršnjacima koji imaju smetnje u razvoju. Razlog tome može biti to da djevojčice, koje se često u patrijarhalnim sredinama posmatraju kao manje vrijedne od dječaka, bolje razumiju i imaju razvijeniju empatiju prema vršnjacima koji imaju smetnje u razvoju i zbog toga imaju pozitivniji stav prema njima (Olkin & Howson, 1994). Međutim, postoje i studije kao što je studija Spreng i sar. koje nisu ovo potvrdile (Spreng, McKinnon, Mar & Levine, 2009). U našoj studiji između polova nisu utvrđene statistički značajne razlike između dječaka i djevojčica u ukupnom skoru „CATCH” upitnika. Međutim, iako razlika u prosječnim vrijednostima ukupnog skora „CATCH” upitnika i domena i ukupnog skora Indeksa međuljudskog reagovanja nije uočena, primjećuje se da je razlika između polova u prosječnim vrijednostima u stavovima bila veoma blizu nivoa značajnosti. Upravo zbog toga smo uradili Kohenovu analizu veličine efekta i utvrdili da dječaci iskazuju pozitivnije stavove prema učenicima sa smetnjama u razvoju u odnosu na djevojčice.

Kada je u pitanju uzrast Fišer i sar. (Fisher, Pumpian & Sax, 1998) su pokazali da ispitanici mlađeg uzrasta imaju značajno negativnije stavove prema vršnjacima sa smetnjama u razvoju u odnosu na starije ispitanike. U našoj studiji nije uočena statistički

značajna razlika u prosječnim vrijednostima ukupnog skora „CATCH” upitnika, ali iako nema statističke značajnosti, Kohenova analiza veličine efekta ukazuje da postoji tendencija da učenici uzrasta 10 godina daju malo veću ocjenu u stavovima u odnosu na učenike kalendarskog uzrasta od 11 godina. Takođe, utvrdili smo da stariji učenici imaju statistički značajno više prosječne vrijednosti domena empatične brige u odnosu na mlađu grupu učenika uzrasta od 10 godina. U našoj studiji smo, takođe, pokazali da pol i uzrast nisu značajno uticali na povezanost između različitih aspekata empatije i stavova prema vršnjacima sa smetnjama u razvoju.

U našem istraživanju nisu uočene razlike u prosječnim vrijednostima ukupnog skora empatije između dječaka i djevojčica, kao nijednog njenog domena (maštanja, zauzimanja perspektive, empatične brige ili lične uznemirenosti). Međutim, Kohenovom analizom veličine efekta utvrdili smo da dječaci imaju tendenciju da iskazuju više nivoa maštanja u odnosu na djevojčice i da dječaci imaju tendenciju da vlastitu empatičku brigu ocjenjuju nešto nižom ocjenom u odnosu na djevojčice. Kada je u pitanju uzrast, utvrdili smo da su stariji učenici (11 godina) imali statistički značajno više prosječne vrijednosti domena empatične brige u odnosu na mlađu grupu učenika uzrasta od 10 godina, dok razlike u odnosu na ukupan skor empatije, domene maštanja, zauzimanja perspektive i lične uznemirenosti nisu uočene između grupa ispitanika različitog uzrasta.

U našoj studiji smo uočili da učenici koji se školuju u sklopu inkluzije imaju značajno niži skor domena lične uznemirenosti u odnosu na učenike koji nisu u inkluziji, dok razlike u ukupnom skor empatije, maštanju, empatičnoj brizi i zauzimanju perspektive nisu uočene. Na osnovu ovih rezultata se može zaključiti da efekti empatije (zauzimanje perspektive druge osobe) u odnosu na inkluziju nisu veliki.

ZAKLJUČAK

Dobijeni rezultati su pokazali da učenici tipične populacije koji se školuju zajedno sa vršnjacima sa smetnjama u razvoju imaju negativnije stavove prema ovim učenicima, u odnosu na učenike koji nastavu ne pohađaju zajedno sa njima.

S obzirom na to da je naše istraživanje sprovedeno u periodu kada se nastava za učenike sa poteškoćama u razvoju sprovodila online putem i da je samim istraživanjem obuhvaćen relativno mali uzorak, smatramo da bi se u budućnosti trebalo sprovesti istraživanje na nivou svih osnovnih škola Bosne i Hercegovine, kako bi dobili sveobuhvatnije rezultate o faktorima koji utiču na stavove prema djeci sa smetnjama u razvoju. Dobijeni rezultati umnogome bi poboljšali kvalitet inkluzivnog obrazovanja.

LITERATURA

1. Bošnjak-Sladoje B. (2012). Opažena empatičnost nastavnika i metakognitivne strategije učenika; Zbornik instituta za pedagoška istraživanja, vol 2, str. 283-298.
2. Campbell, J. M., Ferguson, J. E., Herzinger, C. V., Jackson, J. N. & Marino, C. A. (2004). Combined descriptive and explanatory information improves peer's perceptions of autism. *Research in Developmental Disabilities*, 25(4), 321-339.
3. Caruso, D. R. & Mayer, J. D. (1998). A Measure of Emotional Empathy for Adolescents and Adults. *Intelligence*, Vol. 27, 267-298.
4. Cowardin, N. (1986). Adolescent characteristics associated with acceptance of handicapped peers. *Adolescence*, 21, 931±940.
5. Dyson, L. L. (2005). Kindergarten children's understanding of and attitudes toward people with disabilities. *Topics in Early Childhood Special Education*, 25(2), 95-105.
6. Đević, R. S. (2015). Socijalna interakcija učenika sa smetnjama u razvoju u osnovnoj školi. Doctoral dissertation, Univerzitet u Beogradu-Filozofski fakultet.
7. Fisher, D., Pumpian, I., & Sax, C. (1998). High school students attitudes about and recommendations for their peers with signi[®]cant disabilities. *Journal of the Association for Persons with Severe Handicaps*, 23, 272±282.
8. Gilmore, L. (2006). Perceptions of Down syndrome in the Australian community. *Journal on Developmental Disabilities*, 12(1), 59-70.
9. Hogan, A., McLellan, L., & Bauman, A. (2000). Health promotion needs of young people with disabilities: A population study. *Disability and Rehabilitation*, 22, 352±357.
10. Hong, S. Y., Kwon, K. A., & Jeon, H. J. (2014). Children's attitudes towards peers with disabilities: Associations with personal and parental factors. *Infant and Child Development*, 23(2), 170-193.
11. I. Hicela, E. Glavina Kozić (2012). Emocionalna empatija učenika osmih razreda osnovne škole. *Školski vjesnik*, 61, 9-12.
12. Jablan, B., i Kovačević, J. (2008). Obrazovanje u redovnim školama i školama za decu ometenu u razvoju: zajedno ili paralelno. *Nastava i vaspitanje*, 57(1), 43-54.
13. King, S., Rosenbaum, P., Armstrong, R., & Milner, R. (1989). An epidemiological study of children's attitudes towards disability. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 31, 237±245.
14. Kishi, G., & Meyer, L. (1994). What children report and remember: A six-year follow-up of the effects of social contact between peers with and without severe disabilities. *Journal of the Association for Persons with Severe Handicaps*, 19, 277±289.
15. Llewellyn, A. (2000). Perceptions of mainstreaming: A systems approach. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 42, 106±115.

16. Mayer, J. D., & Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? In P. Salovey & D. J. Sluyter (Eds.), *Emotional development and emotional intelligence: Educational implications* (p. 3–34). Basic Books.
17. McDougall*, J., DeWit, D. J., King, G., Miller, L. T., & Killip, S. (2004). High School-Aged Youths' Attitudes Toward their Peers with Disabilities: the role of school and student interpersonal Factors. *International Journal of Disability, Development and Education*, 51(3), 287-313.
18. Nikolaraizi, M., Kumar, P., Favazza, P., Sideridis, G., Koulousiou, D., & Riall, A. (2005). A cross-cultural examination of typically developing children's attitudes toward individuals with special needs. *International Journal of Disability, Development and Education*, 52(2), 101-119.
19. Olkin, R., & Howson, L. (1994). Attitudes toward and images of physical disability. *Journal of Social Behavior and Personality*, 9(5), 81±96.
20. Raboteg-Šarić, Z. (1995). Psihologija altruizma-čuvstveni i spoznajni aspekti pro-socijalnog ponašanja, Zagreb: Alinea, str. 50-54, 133.
21. Salovey, P. & Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition, and Personality*, 9, 185-211.
22. Suzić, N. (1998). Kako motivisati učenike. Srpsko Sarajevo: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva.
23. Spreng, R. N., McKinnon, M. C., Mar, R. A., & Levine, B. (2009). The Toronto Empathy Questionnaire: Scale development and initial validation of a factor-analytic solution to multiple empathy measures. *Journal of Personality Assessment*, 91(1), 62-71. <https://doi.org/10.1080/00223890802484381>
24. Takšić V., Mohorić T., Munjas R. (2016). Emocionalna inteligencija: Teorija, operacionalizacija, primjena i povezanost s pozitivnom psihologijom. *Časopis za opšta društvena istraživanja*, 15 No. 4-5 (84-85), str. 729-752.
25. Talijan Bojana-Konsuelo (2016). Prevod pet instrumenata na srpski jezik (The translation of five instruments into Serbian language). Zenodo.
26. Talijan B. (2017). Promena stavova prema učenicima sa Daunovim sidromom primenom programa indirektnog kontakta. Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju, Beograd.
27. Tattegah, S. & Anderson, C. J. (2007). Pre-Service Teachers' Empathy and Cognitions: Statis-tical Analysis of Text Data by Graphical models. *Contemporary Educational Psychology*, Vol. 32, 48-82.
28. Triandis, H. C. (1971). *Attitude and attitude change*. Toronto: John Wiley & Sons, INC.
29. Usp. Zoja PISK, Empatija, u: Dragica KOZARIĆ-KOVAČIĆ – Tanja FRANČIŠKOVIĆ (2014). *Psihoterapijski pravci*, Zagreb, 144.
30. Vukajlović, B., Mešalić, Š. (2012). Metodički pristup-posebne potrebe u vaspitanju i obrazovanju. *Nezavisni univerzitet, Banjaluka*.

PRIMJENA TELETERAPIJE U LOGOPEDSKOM RADU

APPLICATION OF TELETHERAPY IN SPEECH THERAPY

Pavičić Dokoza Katarina

Poliklinika za rehabilitaciju slušanja i govora SUVAG, Zagreb, Hrvatska

SAŽETAK

Pandemija i lockdown utjecali su na sve segmente života pa tako i na pružanje zdravstvenih usluga. Iako se tehnologije za rehabilitaciju na daljinu primjenjuju dulje razdoblje u području medicine, u logopedskom radu je to uglavnom bilo povezano s pružanjem usluga na području SAD-a i Australije. Stanovništvo Hrvatska je, osim pandemije, tijekom 2020. bilo suočeno i s posljedicama dva razorna potresa što je dodatno rezultiralo potrebom brze implementacije digitalnih tehnologija u proces rehabilitacije, odgoja i obrazovanja. Istraživanje koje je proveo Dhawan (2020) navodi da su prednosti sustava učenja i rehabilitacije na daljinu velika fleksibilnost mjesta i vremena učenja i rehabilitacije, dok su izazovi tehničke poteškoće, nemogućnost učinkovitog upravljanja vremenom, distrakcija, te frustracije uzrokovane okolinskim čimbenicima. Tijekom 2020. god. značajno je povećan broj znanstvenih istraživanja usmjerenih na uspješnost pružanja logopedskih usluga na daljinu, tvz. teleterapije kao i na procjenu stavova pružatelja i korisnika telerehabilitacijskih usluga. Cilj ovog rada je dati pregled istraživanja na temu provođenja rehabilitacije na daljinu, posebice u radu s djecom s jezično-govornim poremećajima i oštećenjam sluha kao i rezultate njene evaluacije od strane pružatelja i korisnika telerehabilitacijskih usluga. Analiza podataka ide u prilog tome da je primjena teleterapije, tj. rehabilitacije na daljinu polučila vrlo dobre rezultate. Povratne informacije od strane pružatelja i korisnika teleterapijskih usluga omogućavaju bolje strukturiranje trenutnih programa, didaktičkih sadržaja i metodičkih pristupa u logopedskom radu u cilju očuvanja kontinuirane, pravovremne i pravovaljane logopedske usluge.

ABSTRACT

Pandemic and lockdown have had a big impact on all segments of life, including the provision of health services. Although digital (telemedicine) technologies have been applied in the field of medicine for some time now, telerehabilitation in the field of speech and language pathology has mainly been associated with the provision of services in the US and Australia. In addition to the pandemic, the population of Croatia was also faced with the consequences of two devastating earthquakes during 2020, which further resulted in the need for rapid implementation of digital technologies in the process of rehabilitation and education. Research conducted by Dhawan (2020) states that the benefits of distance learning and rehabilitation systems are great flexibility of place and time of learning and rehabilitation, while the challenges are technical difficulties, inability to manage time effectively, distraction, and frustration caused by environmental factors. During 2020 the number of scientific researches aimed at the success of the provision of telerehabilitation has increased significantly as well as an assessment of the attitudes of telerehabilitation service providers (SLTs) and users (patients, parents, caregivers). The aim of this paper is to provide an

overview of the research on distance rehabilitation, especially in dealing with children with language-speech disorders and hearing impairment, as well as the results of its evaluation by the provider and users of telerehabilitation users. The analysis of the data supports the usage of teletherapy, i.e. distance rehabilitation has yielded very good results. Feedback from teletherapy service providers and users enables better structuring of current programs, didactic content, and methodical approaches in SLTs work to preserve a continuous, valid and timely speech and language service.

UVOD

Telerehabilitacija/teleterapija ili terapija na daljinu je pružanje rehabilitacijskih, dijagnostičkih i savjetodavnih usluga uz pomoć informacijsko-telekomunikacijskih tehnologija. Pružanje telerehabilitacijskih usluga nije novo područje u logopediji. Primjena različitih tehnologija s ciljem pružanja zdravstvenih usluga izvan logopedске ambulante već duži niz godina primjenjuje se u SAD-a, Australiji, Kanadi. Velika disperzija stanovništva izvan urbanih regija sigurno je ubrzala primjenu telerehabilitacije u tim državama. No, u Hrvatskoj kao i zemljama u okruženju do sada to nije bila ustaljena praksa. Primjena telerehabilitacije bila je izuzetak koji je potvrđivao pravilo da nema široke uporabe ovog načina pružanja logopedskih usluga. Stanovništvo Hrvatske je, osim pandemije, tijekom 2020. bilo suočeno i s posljedicama dva razorna potresa što je dodatno rezultiralo potrebom brze implementacije digitalnih tehnologija u proces rehabilitacije, odgoja i obrazovanja kao i u druge segmente svakodnevnog života.

Svjetska zdravstvena organizacija (World Health Organization, 2016) definira telerehabilitaciju kao oblik pružanja zdravstvene usluge uporabom informacijsko-komunikacijskih tehnologija (ICT). Može se koristiti u dijagnostičke i terapijske svrhe, istraživačke i edukacijske te za izmjenu informacija.

OBLICI TELEREHABILITACIJE

Primjenu telerehabilitacijskih usluga često prate i različite teškoće bilo da se radi o tehničkim izazovima koje nosi ovaj oblik rehabilitacije (računalna kompetencija korisnika i pružatelja usluga, kvaliteta interneta) ili motivacija korisnika za sudjelovanje u terapiji u vidu ne/povjerenja u učinkovitost terapije, motivacija i sl. (Dhawan, 2020). No, velika prednost telerehabilitacije je fleksibilnost mjesta i vremena za pružanje logopedске usluge čima ona i u najzahtjevnijim okolnostima postoje pravovremena i dostupna. Različiti su oblici pružanja telerehabilitacijskih usluga. Prema WHO (2016) telerehabilitacijske usluge mogu se pružati sinkrono i asinkrono. Sinkrono pružanje usluga dešava se u stvarnom vremenu. Asinkrono pružanje usluga podrazumijeva dostavu ili pohranu radnih materijala koji se analiziraju izvan realnog vremena. ASHA

(2005) potvrđuje važnost i primjenjivost telerehabilitacije u logopedskoj i audiološkoj praksi. Uz sinkroni i asinkroni model, ASHA navodi i hibridni model pružanja usluga. Hibridni model uključuje kombinaciju sinkronih i asinkronih usluga koje logoped kombinira s direktnim pristupom što je model koji se u ovom trenutku često koristi u logopedskoj praksi. Pandemija SARS-CoV-2 virusom, koja još uvijek ne jenjava širom svijeta, dovela je do rasprostranjenije implementacije ovog oblika logopedskih usluga u cijelom svijetu.

Pregledavajući stranice ASHA-e možemo zamijetiti da se termin telepraksa puno češće koristi nego termin telemedicina (telemedicine) ili telezdravstvo (telehealth) baš iz razloga kako bi se izbjegao pogrešan zaključak kako se navedene usluge provode ili mogu provoditi samo u sustavu zdravstva. Zato se najčešće koristi generički naziv telerehabilitacija (American Telemedicine Association, 2010). Jedino ograničenje koji postoji kod pružanja telerehabilitacijskih usluga koji ASHA navodi su zakonska ograničenja vezana uz legislative određene države. U RH telerehabilitacija još uvijek nije službeno regulirana dijagnostičko-terapijskim postupcima (DTP-ove), ali je Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje od travnja 2020. omogućio svim zdravstvenim ustanovama korištenje svih postojećih terapijskih DTP-ova kroz telerehabilitacijski model. Dijagnostika za sada ostaje samo sporadični pristup koji se uglavnom koristi u privatnim logopedskim kabinetima.

Kod pružanja usluga na daljinu ni u kom slučaju ne treba zanemariti koncept telerehabilitacijske etike. Telerehabilitacija etika sadržava sve komponente etičkog pristupa jednaka kao i pružanje usluga izravnim kontaktom (in person). No, zbog specifičnosti modaliteta pružanja same usluge, telerehabilitacijska etika je specifična u određenim segmentima. Ona uključuje profesionalne obveze prema pacijentu/klijentu, obvezu pružanja usluge jednake kvalitete, privatnost i zaštitu informacija, dostupnost svim korisnicima (Cohn, 2012).

PRAKSA ZASNOVANA NA DOKAZIMA

Koncept prakse zasnovane na dokazima (evidence-based medicine) iznimno je važan pristup koji podrazumijeva pretraživanje baza podataka, sakupljanje relevantnih informacija, njihovu analizu i pretvorbu u informacije koje se mogu primijeniti u pojedinačnom slučaju i kliničkoj praksi. S obzirom na relativno noviju širu primjenu telerehabilitacije u logopedskoj praksi za očekivati je da se i pružanje usluga na daljinu sagleda kroz prizmu ovog koncepta. PubMed baza podataka tijekom 2020. godine pokazuje da je manje od 1 % podataka o telerehabilitaciji publicirano tijekom 90ih godina prošlog stoljeća, a da je 82% studija koje propituju učinkovitost telerehabilitacijskih usluga publicirano posljednjih deset godina što zasigurno potvrđuje i širu primjenu telerehabilitacije u svakodnevno logopedskom radu (Kuvač Kraljević, Matić, Pavičić Dokoza, 2020). Pregled istraživanja koje u svom radu donosi Theodoras

(2017) navodi više pozitivnih primjera primjene telerehabilitacije kod različitih govorno-jezičnih poremećaja. Istraživanja pokazuju da se pozitivni ishodi primjene telerehabilitacije mogu očekivati kod pacijenata s afazijom i drugim oštećenjima mozga; kod dizartrije, disfagije, nakon laringektomije (Cherney i sur., 2008; McCue i sur., 2010, Constantinescu i sur., 2011 sve prema Theodoras, 2017). Pregledom nama dostupne literature može se zamijetiti da je najveći broj istraživanja uglavnom fokusiran na stariju populaciju korisnika logopedskih usluga bilo da se radi o pacijentima s afazijom ili Parkinsonovom bolešću (Hall i sur., 2013), disfagijom i kognitivno-komunikacijskim poremećajem (Molini-Avejonas i sur., 2015) ili mucanjem (McGill i ur., 2019).

No, pozitivne ishode nakon primjene telerehabilitacije kod djece s poremećajima sa spektra autizma navode Boisvert i sur. (2010). Kao mjerilo uspješnosti navode pozitivne promjene u komunikacijskom i općem ponašanju djeteta. Ograničeni vremenski prozor intervencije tj. imperativ pravovremenog pružanja usluga rane intervencije posebice je važan u segmentu ograničene dostupnosti stručnjaka tijekom pandemije. Ljudski resursi, tj. dostupnost stručnjaka koji se bave područjem rane intervencije bila je izazovna tema i prije pandemije. No, nužnost kontinuirane, pravovremene i dostupne usluge potaknula je provođenje istraživanja koja su propitivala baš taj segment telerehabilitacije. Cole, Pickard, Stredler-Brown (2019) su svojim istraživanjem potvrdili zadovoljavajuću učinkovitost, fleksibilnost, bolju dostupnost i veći obiteljski angažman u uvjetima rane intervencije kroz usluge telerehabilitacije. Slične rezultate svojim istraživanjem potvrđuje i Parson i sur. (2017). Autori navode poboljšanje roditeljskog uvida u terapijski proces što je rezultiralo većim povjerenjem u terapijske ishode primjene telerehabilitacije kod djece s poremećajima sa spektra autizma. Uglavnom, sva istraživanja ističu pozitivne učinke telerehabilitacije i to u smislu bolje mogućnosti realizacije terapijskih ciljeva izvan kliničkog okruženja što dovodi do bolje transpozicije naučenih vještina u uvjetima svakodnevnog života. Nadalje, telerehabilitacija sigurno zaobilazi neke druge izazove s kojima se susreću korisnici logopedskih usluga, a to je u prvom redu udaljenost rehabilitacijske ustanove, troškovi putovanja, vrijeme potrebno za dolazak i povratak kući itd. (Weidner & Lowman, 2020). Telerehabilitacija i njena primjena u Republici Hrvatskoj zadobila je veću pozornost logopeda i ostalih stručnjaka koji se bave rehabilitacijom tek pojavom pandemije i nužnošću pronalaženja drugih modaliteta pružanja zdravstvenih usluga. No, nije to samo bila situacija u sustavu zdravstva. Realizacija nastavnih programa, tj. škola na daljinu preko noći je promijenila ustaljena pravila i obrasce ponašanja. S pravom se postavilo pitanje koliko je sustav spreman za tako velike promjene i koliko su stručnjaci educirani za on line oblik pružanja usluga. Istraživanje koje su provele Kuvač Kraljević, Matić, Pavičić Dokoza, (2020) pokazalo je da je tek 4,2% logopeda koji su bili uključeni u istraživanje, a provodilo telerehabilitaciju sudjelovalo u nekom neformalnom obliku edukacije o teleterapiji. Uvodom u dostupnu literaturu, samo se u dva rada autora s područja RH prije 2020. spominjala telerehabilitacija (Plantak Vukovac, 2016; Plantak Vukovac, Novosel-Herceg, & Orehovački (2015). Upravo

stoga, cilj istraživanja koje su provele Kuvač Kraljević, Matić, Pavičić Dokoza (2020) bio je ispitati primjenu teleterapije u Hrvatskoj tijekom lockdown-a; glavne razloge za njezino provođenje, odnosno neprovođenje i konačno, istražiti stavove logopeda prema novom načinu radu. U istraživanju je sudjelovalo 250 logopeda od čega je 190 navelo da je tijekom lockdown-a provodilo telerehabilitaciju. Rezultati istraživanja su pokazali da nema razlike s obzirom na dob i godine radnog iskustva, ali da je postojala razlika s obzirom na sustav zaposlenja. Logopedi zaposleni u zdravstvenom sustavu i oni u privatnom sektoru najčešće su provodili izravnu terapiju koristeći telerehabilitaciju u usporedbi s logopedima iz sustava odgoja i obrazovanja i sustava socijalne skrbi. Autorice tu razliku objašnjavaju specifičnostima radnog mjesta gdje je sustav zdravstva i sustav privatne prakse ovisan o dnevnom broju pacijenata pa je bila nužna brza prilagodba novim uvjetima rada. Što se tiče razine zadovoljstva logopeda na provedbu teleterapije s obzirom na dob, godine radnog iskustva i sustav zaposlenja, rezultati su pokazali da je značajnost dobivena samo s obzirom na sustav zaposlenje logopeda. Usporedba zadovoljstva logopeda zaposlenih u zdravstvu i odgoju i obrazovanju pokazalo je da su logopedi u zdravstvu bili zadovoljniji. Slične rezultate autori su dobili uspoređujući razliku zadovoljstva logopeda između privatnog sektora i odgoja i obrazovanja. Logopedi u privatnoj praksi su bili više zadovoljni primjenom telerehabilitacije. Na pitanje smatraju li se logopedi kompetentnima za provedbu teleterapije nakon mjesec dana njezine intenzivne provedbe, rezultati istraživanja su pokazali da se 73% logopeda smatrao kompetentnima. Kada se osjećaj vrijednosti povezao s osjećajem zadovoljstva, razlike su bile značajne, tj. logopedi koji su se osjećali kompetentno su bili više zadovoljni nego oni logopedi koji se nisu osjećali kompetentno. Što možemo zaključiti iz ovako velikog postotka logopeda koji su se osjećali kompetentnima nego da je implementacija vlastitih akademskih znanja i kompetencija u novonastalim izazovnim situacijama bila dobro strukturirana što je omogućilo tako dobar odgovor u datom momentu.

No, osim iskustava samih logopeda tijekom procesa telerehabilitacije, iskustva roditelja i njihove povratne informacije omogućavale su dodatne korekcije tijekom strukturiranja terapijskih on-line sesija. Istraživanje koje su provele Pirkić, Spudić, Tadić (2021) provedeno je s ciljem dobivanja informacija o stavovima roditelja o provođenju rehabilitacije na daljinu, kako radi boljeg razumijevanja telerehabilitacije, tako i teškoća s kojima se roditelji susreću u njezinoj implementaciji. Cilj prikupljnja podataka bio je i stjecanje smjernica za dalje poboljšanje i prilagodbu sličnih procesa. U evaluaciji o provođenju rehabilitacije na daljinu sudjelovalo je 55,56 % roditelja čija su djeca bila uključena u rehabilitaciju na daljinu. U evaluaciji je 84,8 % roditelja izjasnilo zadovoljstvo provedbom rehabilitacije na daljinu, 92 % je bilo zadovoljno dobivenim materijalima, a 92 % roditelja bilo je zadovoljno komunikacijom s terapeutima. Svi komentari o nedostacima rehabilitacije na daljinu uključivali su subjektivne osjećaje nemogućnosti organizacije vremena uz ostale obaveze koje su roditelji imali, nedostatak autoriteta nad vlastitim djetetom za vrijeme rehabilitacije, nedostatak

tehničkih resursa, te osjećaj nedovoljne stručnosti za korištenje materijala, čak i uz vođenje rehabilitatora. Autorice ističu da je, usprkos trudu koji je uložen u davanje podrške roditeljima (bilo tehničke, rehabilitacijske ili psihološke), potrebno dodatno osnaživati roditelje prilikom provođenja aktivnosti, davati im jasnije smjernice za poticanje motivacije kod djeteta, imati dodatnog razumijevanja za okolnosti u kojima su se našli i teškoćama s kojima se susreću.

ZAKLJUČAK

Logopedska terapija na daljinu otvara nove mogućnosti kako za samog stručnjaka tako i za korisnika usluga. Telerehabilitacija je sigurno jedan od modaliteta pružanja usluga koji će vremenom sve više i više postajati dio naše svakodnevnice. Već sada, veliki broj logopeda koristi hibridni model kombinirajući osobne dolaske u ustanovu s rehabilitacijom na daljinu. Još do prošle godine ovakav način pružanja usluga izgledao je kao neka daleka budućnost, no, ta budućnost nam je još jučer postala svakodnevnica. Škola na daljinu, logopedska terapija na daljinu, sastanak na daljinu...U svemu treba zadržati mjere ne dopuštajući da preveliko zadovoljstvo mogućnostima tehnologije gurne u stranu onaj osobni kontakt koji je kamen temeljac odnosa terapeuta i klijenta/pacijenta. Odnos koji se ipak ne može kvalitetno izgraditi bez obzira koliko internet veza bila brza, slika čista, a glas jasan s one strane ekrana.

LITERATURA

1. American Speech-Language-Hearing Association (2019). Telepractice: Overview. <https://www.asha.org/Practice-Portal/Professional-Issues/Telepractice/>
2. American Telemedicine Association, www.atmeda.org, pristupljeno 8. 4. 2021.
3. Cohn, E. R. (2012). Tele-ethics in telepractice for communication disorders. *Perspectives on Telepractice*, 2, 3-15. <https://pubs.asha.org/doi/full/10.1044/tele2.1.3>
4. Cole, B., Pickard, K., Stredler-Brown, A. (2019). Report on the use of telehealth in early intervention in Colorado: Strengths and challenges with telehealth as a service delivery method. *International Journal of Telerehabilitation*. 11(1): 33-40.
5. Boisvert, M., Lang, R., Andrianopoulos, M., Boscardin, M.L. (2010): Telepractice in the assessment and treatment of individual with autism disorders: A systematic review. *Dev Neurorehabilitation*, 13(6):423-432.
6. Hall, N., Boisvert, M., & Steele, R. (2013). Telepractice in the assessment and treatment of individuals with aphasia: A systematic review. *International Journal of Telerehabilitation*, 5(1), 27-38. <https://doi.org/10.5195/ijt.2013.6119>
7. Kuvač Kraljević J., Matić, A., & Pavičić Dokoza, K. (2020). Telepractice as a Reaction to the COVID-19 Crisis: Insights from Croatian SLP Settings. *International Journal of Telerehabilitation*, 12(2), 93–104. <https://doi.org/10.5195/ijt.2020.6325>

8. World Health Organization (2016). Global Health Observatory (GHO) data - Telehealth: Analysis of third global survey on ehealth based on the reported data by countries. <https://www.who.int/gho/goe/telehealth/en/>
9. McGill, M., Noureal, N., & Siegel, J. (2019). Telepractice treatment of stuttering: A systematic review. *Telemedicine and e-Health*, 25(5), 359-368. <https://doi.org/10.1089/tmj.2017.0319>
10. Molini-Avejonas, D., Rondon-Melo, S., de La Higuera Amato, C. A., & Samelli, A. G. (2015). A systematic review of the use of telehealth in speech, language and hearing sciences. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 21(7), 367-376. <https://doi.org/10.1177/1357633X15583215>
11. Pirkić, S., Spudić, M. i Tadić, I. (2020). Rehabilitacija na daljinu u Dječjem vrtiću Poliklinike SUVAG za vrijeme pandemije virusa SARS-CoV-2 – prikaz prakse i evaluacija. *Logopedija*, 10 (2), 71-77. <https://doi.org/10.31299/log.10.2.4>
12. Plantak Vukovac, D. (2016). Employing educational video in Speech-Language tele-rehabilitation with children: insight from interviews with parents. *Proceedings of EDULEARN16 Conference*, 5435-5444.
13. Plantak Vukovac, D., Novosel-Herceg, T., & Orehovački, T. (2015). Users' needs in telehealth speech-language pathology services. *Proceedings of the 24th International Conference on Information Systems Development*. Harbin, Hong Kong, SAR: Department of Information, Systems, 1-12.
14. Theodoras, D.G. (2017). Telepractice in Speech-Language Pathology: The evidence, the challenges and the future. *Perspectives in Telepractice* 1(1):10-21.
15. Weidner, K., & Lowman, J. (2020). Telepractice for adult speech-language pathology services: A systematic review. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*, 5(1), 326-338. https://doi.org/10.1044/2019_PERSP-19-00146

**ŠKOLOVANJE NA DALJINU S UČENICIMAS
POREMEĆAJIMA IZ AUTISTIČNOG SPEKTRA**

**DISTANCE EDUCATION OF CHILDREN WITH AUTISM
SPECTRUM DISORDER**

Pavlin Nina

Osnovna škola Narodnog heroja Rajka Hrastnik, Slovenija

SAŽETAK

Djeca s poremećajima iz autističnog spektra često imaju problema s komunikacijom i imaju slabije razvijene izvršne funkcije mozga. To utječe na njihovo učenje, neovisnost, svakodnevne zadatke i međuljudske odnose. Često im je teško prihvatiti promjene i kruti su u rješavanju problema. Učenje na daljinu bilo je poseban izazov kako za mene, tako i za učenike s poremećajima iz autističnog spektra i njihove roditelje. Prilikom pripreme materijala za e-učenje suočila sam se s raznim pitanjima, poput toga kako održavati kontakt sa učenikom koji verbalno ne komunicira, kako održavati naučenu svakodnevicu, kako pripremiti prikladan i učinkovit materijal. Dobra suradnja s roditeljima bila je ključna za uspješno suočavanje s izazovima koje predstavlja današnja situacija. U svom izlaganju predstaviti ću svoju nastavničku praksu učenja na daljinu zajedno s primjerima materijala za e-učenje, opisom organizacije vlastitog rada, nastavnim metodama i komunikacijom s roditeljima i učenicima. Također ću predstaviti načine na koje sam se suočila s problemima zbog nedostatka verbalne komunikacije kod učenika, kako smo održavali svakodnevicu s roditeljima na daljinu i kako smo osiguravali da učenici nastave napredovati, da stječu nova znanja i održavaju već stečene vještine, razvijaju područja deficita i kako izgleda povratak natrag u školu.

Ključne riječi: poremećaji iz autističnog spektra, učenje na daljinu, dobra nastavna praksa

ABSTRACT

Children with autism spectrum disorder often have problems with communication skills and poorly developed executive brain functions. These affect their learning, independence, home tasks and social skills. Children with ASD struggle change and with solving problems. Distance education has been challenging for me, my students and their parents. During the preparation of my e-learning materials, I dealt with certain questions, such being, how to stay in touch with a student that doesn't speak, maintain his daily routine and how to prepare suitable and effective learning materials. Good cooperation with parents was crucial for successfully dealing with the challenges posed by the given situation. I will present my teaching practice of distance education with examples of my e-learning materials, give a description of the organization of my work, teaching methods and communication with students and their parents. I will also present the methods I used to cope with the problems presented by the absence of verbal communication in my students, how we maintained a daily routine with their parents at a distance and what we did to provide continuing progress, gain new knowledge, maintain assimilated skills, develop areas of deficit and what it was like to come back to school.

Key words: Autism spectrum disorder, distance education, good teaching practice

INTRODUCTION

Children with Autism spectrum disorder (ASD) often show comorbid symptoms of anxiety, depression, anger and problems with behaviour and attention (J. A. van Steensel, & J. Heeman, 2017). Their problems with understanding verbal and non-verbal communication, impact on using language for communication (M. Rao, & Gagic, 2006). All those symptoms, along with the deficit in social skills and problems with using imagination and thinking abstractly, lead to deficits in their playing and learning.

They often have problems in participating in an educational process, but some research shows good impact of learning with online learning platforms (Faraj, etc., 2020). Children with ASD find it easier to assimilate knowledge through play, both with a concrete didactic material and online educational games. Online educational games help children with ASD to feel more comfortable and relaxed while doing such activities (Faraj, etc., 2020). My students with ASD often get more motivated to learn through online educational games, and they also respond better to it.

There isn't a single best method of teaching children with ASD but using concrete learning materials and visual supports can help them with coping in everyday struggle. It also shows many positive effects on learning process of children with ASD. Visual support cannot only be used in school, but also at home, shopping, doctor's appointments etc. Visual supports help ASD children with communicating because they attract and hold a child's attention, they enable them to focus on the message and reduce anxiety. Additionally, they make abstract concepts more concrete, and they help them express their thoughts (M. Rao, & Gagic, 2006). Some resources show that children with ASD are more frequently visual learners than auditory, and prefer alternative models of communications, such as pictures, visual schedules, etc. (M. Rao, & Gagic, 2006). Visual supports can be a successful learning material for teaching literacy skills, encouraging positive behaviour, signalling activity change, etc. They also contribute to the needed structure and routine that is necessary for children with ASD.

Children with ASD often have problems understanding social cues such as gestures, facial expressions, body language and voice tone (M. Rao, & Gagic, 2006). They also struggle with using nonverbal and verbal social clues, understanding the perspective of others and interactive play or participation in leisure activities (L. Hyman, E. Levy, & M. Myers, 2020). Online educational games provide concrete feedback on success in a way that is more understandable to them, such as pictorial warnings supported by characteristic sounds on a successful and unsuccessful attempt, where their correct answer can win them a piece of the puzzle - a properly solved task then represents a completed puzzle, collected stars or losing "lives" in a failed attempt, etc.

Therefore, the more visual and the more concrete the support method is, the better their understanding on what we want for them to do is. In school I use many visual supports, for example visual schedules, visual rules, a spot for students to line up, steps for a proper hand washing, a lot of colourful, visual and tactile touches, concrete learning materials, colour support (each student has one colour for their personal belongings, for instance a blue glass, blue space in wardrobe), personal photographs on their workstations and belongings, PECS, etc.

For an effective treatment for children with ASD the role of parents and a good cooperation with parents and the teacher are crucial (L. Hyman, E. Levy, & M. Myers, 2020). They are often teacher's co-therapist. But parents of children with ASD frequently report higher levels of stress and other negative affective states than parents of typically developing children (Enav, etc. 2019). They also show lower parental self-efficacy or belief in their ability to effectively parent their child. They can even have a smaller active role in the learning process and the child's development (A. Crowell, Keluskar, & Gorecki, 2019). With a respectful dialogue and showing them, they are worth it and that we understand them, parents become more effective and put tremendous energy into being a source of support in the growing potential in their children (A. Crowell, Keluskar, & Gorecki, 2019).

An early intervention, which in addition to the previously mentioned learning methods, also includes teaching observation and learning strategies by imitation, training to focus on the learning process and the integration of model learning from peers. All mentioned, allows children with ASD to progress and assimilate the necessary skills. However, teaching children with ASD must be consistent and intensive in all its settings for a successful outcome. Isolation of children with ASD inhibits their learning process. Moreover, it can even lead to the aggravation of their deficits (A. Taylor & A. DeQuinzio, 2012).

Due to the declared pandemic of COVID-19, on October 24th, 2020, the Decree on the temporary ban on gathering people in institutions in the field of education and universities and independent higher education institutions came into force again in Slovenia. For the second time in a calendar year, schools were forced to teach at a distance. After the first experience of a few weeks of distance learning, I was able to be more prepared for the expected re-period. I wanted to upgrade the teaching methods that proved to be successful and thus improve the distance learning process. At the end of the year, the Constitutional Court then suspended the execution of the Decree on the temporary ban on gathering people in institutions in the field of education for children with special needs. It instructed the government to allow the implementation of programs for children with special needs, which were expected to start by January 4th.

GOOD TEACHING PRACTICE WHILE WORKING REMOTELY

Based on the evaluation of distance learning with parents, where we talked about their coping with the first period of distance learning, our cooperation, ways of communication, ways of providing learning materials, the choice of learning materials and the child's progress, I created a plan for the re-education of distance learning with the guidance of the management. In the plan, I defined cooperation and communication with parents: Parents accessed the instructions for work on the school e-portal Rajko on a daily basis. There, under each day, they found instructions for each individual student, and links to educational recordings, educational didactic games, instructions for carrying out activities in pdf format were also attached, etc.

Picture 1

Screenshot of my page on the school e-portal Rajko (My weekly regards)

The screenshot shows the 'portal Rajko' interface. At the top, there is a navigation bar with the text 'Z ZNANJEM MED OBLAKE' and a search icon. Below the navigation bar, there are links for 'Domov', 'I. triletje', 'II. triletje', 'III. triletje', 'NIS', 'PPVI', 'ARNES učilnice', and 'Koledar srečanj v živo'. The main content area is titled 'PPVI I. STOPNJA' and includes the teacher's name 'Nina Pavlin' and email 'ninci.pavlin@gmail.com'. A section titled 'NAVODILA ZA DELO' contains a message from the teacher: 'Dragi učenci! Se čisto čisto malo pa nas bo obiskal Božiček. Jez ga že komaj čakam, pa vi? Glede na to, da je ta teden zadnji v tem koledarskem letu, vas čakajo prav posebne praznične naloge. Zelo zelo vas pogrežam in vam pošiljam ogromen objem,' followed by a small image of a Christmas tree and a cat. Below the message, there is a table for the week of December 21st to 24th, 2020.

Datum	Gradivo	Videosrečanje	Dodatno delo, povezave
21. 12.	PONEDELJEK	NE	NE
22. 12.	TOREK	NE	NE

Source: <https://rajko.splet.arnes.si/>

Picture 2

Screenshot of my page on the school e-portal Rajko (Daily table)

ŠTANJEM HEB OBLACE

Domov | I. trišlje | II. trišlje | III. trišlje | NIS | PPVI | ARNES učilnice | Koledar srečanj v živo

vaša učiteljica Nina.

TEDEN OD 21. 12. DO 24. 12. 2020

Datum	Gradivo	Videorežanje	Dodatne dat. povezave
21. 12.	PONEDELJEK	NE	NE
22. 12.	TOREK	NE	NE
23. 12.	SREDA	NE	NE
24. 12.	ČETREK	NE	PROSLAVA OB DNEVU SAMOSTOJNOSTI

(Visited 405 times, 1 visits today)

Povezave
 • OŠ IŠR
 • MIŠ
 • Občina Ivančna Gorica

Naslovnici predpisa
 • SOGO dostopnost
 • e-portal Rajko

Arxiv
 • december 2020 (3)
 • november 2020 (1)

april 2021

P T S Č P S N

1 2 3 4

Source: <https://rajko.splet.arnes.si/>

Picture 3

Screenshot of my instructions

1. stopnja PPVI

PONEDELJEK, 14. 12. 2020

ŠKOLSKI SAMOŠTANCI

- Družina spodbujajo, da v družini samostojno ustvarijo sliko, sliko in video, ter da se odločijo, kaj naj napišejo. Pri tem moji različna oprema (slike, video in oprema), kateri ljudje ustvarijo, kakšno opremo uporabijo pri ustvarjanju. Če nimajo priložnosti pisati, moji učilnice pomagajo na video, kaj naj napišejo, kako narediti priložnosti pisati z roko. Obe stvari ustvarijo za pohvalo. Pohvalo je namreč dobro povzeti informacije in še boljše motivacije za naslednje samostojno pisano ustvarjanje.
- Ta teden pridete srečati spodbujati tudi na samostojno ustvarjanje.

TODAJŠNJE VARNOSTI

Nadležno v vsakem trenutku varnosti. Ne pozabite na varnostno povelje in njegovo obliko varnosti.

1/2



Simultaneous work in the form of videoconferencing is not possible due to the student's deficits, so I agreed on receiving evidence of distance learning via e-mail in the form of pictures and recordings of the student's products and activities. We communicated several times per week by phone and e-mail for regular conversations.

This communication was especially important at the weekends with the aim of evaluating the work done so far and for planning the work for the future. I also communicated with my students over the phone every few days.

In designing the material, I took into account the student's shortcomings and strengths, as well as any necessary adjustments. To teach the areas of Independence Development and Work Education, the students filled in the activity monitoring tables on a daily basis. I encouraged them to routinely take care of themselves and participate in household chores. The table was printed by their parents or made by the student himself every week.








Picture 4

Weekly table of Independence Development

	PONEDELEK	TOREK	SREDA	ČETRTEK	PETEK	SOBOTA	NEDELJA
UMIVANJE ZOB (zjutraj) 							
OBLAČENJE 							
UMIVANJE OBRAZA 							
UMIVANJE ROK 							
UMIVANJE ZOB (zvečer) 							
TUŠIRANJE/KOPANJE 							
UPOŠTEVANJE BONTONA PRI JEDI 							

Picture 5

Weekly table of Work education

	PONEDELEK	TOREK	SREDA	ČETRTEK	PETEK	SOBOTA	NEDELJA
POSOPRAVIM POSTELJO 							
ZA HRANJENJE PRIPRAVIM IN POSOPRAVIM MIZO 							
POMIJEJ, POBRISJEM POSODO 							
POMAGAM V KUHINJI 							
POMETEM/POSESAM 							
ZLAGAM NOGAVICE, PERILO 							
ODNESEM SMETI 							
DRUGO: _____							

Every morning in class, we start the day by preparing a class calendar. Students love to prepare a class calendar, and simultaneously develop time orientation skills and learn objectives in the field of knowing the days of the week, months of the year, seasons and weather. Because I wanted to continue developing these areas, I instructed their parents to look at the calendar with the students in the morning at home, mark which day of the week, also the date, discuss the previous day, the following day, and observe what the weather is like.

I encouraged parents to involve their children in various household chores as well as cooking. For this purpose, I provided them with a great link to instructive videos of preparing simple meals and recipes written in the easy-reading method.

In distance learning, I used online educational games, which I found on the internet or I designed them myself with the help of online tools, as the most common learning tool for the assimilation of school knowledge. It was difficult finding suitable games online, as most games for children with ASD are less suitable or they are mostly in English.

An example of an educational game designed by me was in the learning topic of pets. The student had to connect a photo of a pet with an audio recording of an animal sound.

Picture 6

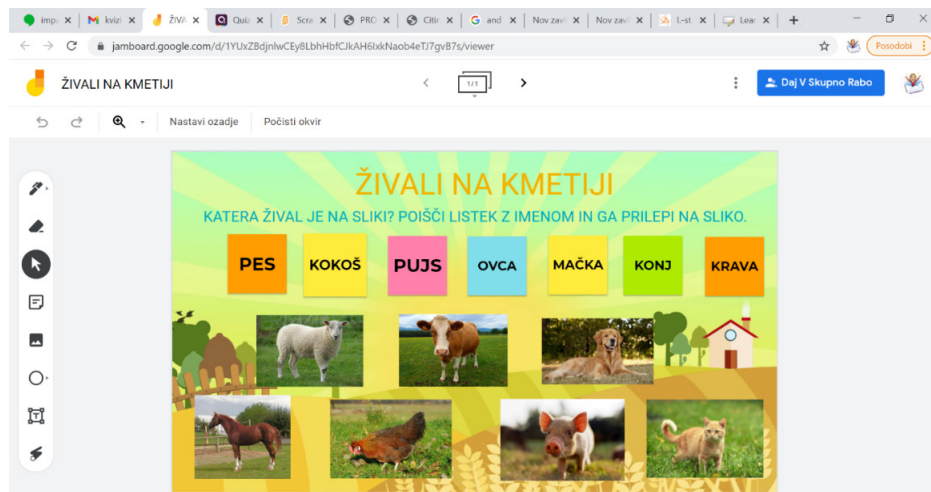
Example of my educational game (Connect a photo of a pet with an audio recording of an animal sound)



Another student had to connect the word to its meaning in the same learning topic - a photograph of a suitable animal. He put the word to the photograph of the animal.

Picture 7

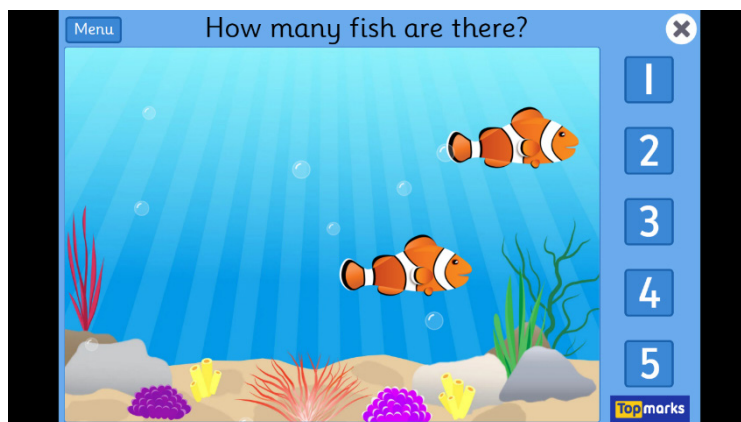
Example of my educational game (Connect the word to its meaning in the same learning topic - a photograph of a suitable animal)



In developing number performances up to 5, I also used educational games I found online, such as the one where a student helped a diver count the number of animals in the sea.

Picture 8

Example of online educational game (Developing number performances up to 5)



Source: <https://www.topmarks.co.uk/maths-games/3-5-years/counting>

In teaching sports, I encouraged parents to exercise in nature and sent them various links to fun exercises or dances for children. For example, they exercised with their soft toys or played dance games.

Picture 9

Example of online workout for kids



Source: <https://www.youtube.com/watch?v=7VAElkGmXno>

Picture 10

Example of online dance game



Source: <https://www.youtube.com/watch?v=2UcZWXvgMZE>

In arts, I included a variety of activities, from free visual expression, creating in nature, to creating while following the steps from the video. When planning the activities, I mentioned the use of materials that the students had at home. For example, in physical education, students had to go for a walk with their parents, pick autumn leaves and make a hedgehog for Art class at home, step by step.

Picture 11

Example of video How to make a Hedgehog



Source: <https://www.wamwcegd0jec.youtube.com/watch?v=>

As part of the music class, students listened to musical fairy tales, learned new songs from videos, relaxed while dancing and learned about various instruments.

We also carried out activity days remotely. For example, for the Forest Detectives Sports Day, parents were given instructions in pdf format, with various forest activities. Students had to write their names or compose a forest message from the material they found in the forest. Then the students had to fill in the table and look for something thorny, something green and porous, something cold, dirty and rocky in the forest, etc. In the end, they had to find a tree they liked and do some forest challenges.

FOREST CHALLENGES:


1. Choose your tree in the forest.
2. Try to hug your tree.
3. Close your eyes and feel what his bark is like.
4. Smell the trunk.
5. Listen to the birds singing and the buzzing of bugs near your tree.
6. Observe the colours your tree has.
7. Look at his leaves in detail.
8. Find out if your tree has fruits.
9. Look carefully for any animals near your tree.
10. Look for a trail that was left behind by a forest animal near your tree.

Picture 12

ŠOLA ZA GOZNE DETEKTIVE


Dragi učenci,
 Svoje sposobnosti in veščine za gozdne detektive
 Preizkusi na različnih gozdnih lovih. Učitelj Šole za gozdne
 detektive bo s teboj pripravljal vaše sposobnosti in spretnosti,
 da si bo iz pravega lesa, da postaneš tako pravi gozdni detektiv!

Zaženi sami vas smelo pri spremljanju učencev!



1. GOZDNI LOVI **SESTAVI GOZDNO SPOROČILO**


S pomočjo skrinj, ki jih najdeš v gozdu (darovi: veje, lubje, mah, skrinje, lubje itd.) sestavi gozdno sporočilo. Lahko napišeš svoje misli, tvoje besede ali še kaj, tiho misli.



2. GOZDNI LOVI **POIŠČI NEKAJ**


Sledi tabeli in v kvadratih napiši ali nariši, kaj si našel v gozdu:

BRODČASTEGA	SINEGA	ZAVITEGA
DELEKNEGA IN LUMENEGA	KVADRANEGA IN LEKNEGA	KOŠNČASTEGA IN RODEKNEGA
NEŽNEGA, ŽUMBEKNEGA IN HUMENEGA	DOLGEGA, TANKEGA IN KRAVKEGA	MOKLEKNEGA, UMAZANEGA IN KAMNITEGA



3. GOZDNI LOVI **MOJE DREVO**

1. V gozdu si izberi svoje drevo.
2. Povečaj si ga in ga imenuj.
3. Zapiši si na postelj kakega iz njegovih lubjev.
4. Povečaj ga.
5. Povečaj ga še enkrat in ga imenuj.
6. Opaziš kakega iz njega živali.
7. Povečaj ga še enkrat in ga imenuj.
8. Povečaj ga še enkrat in ga imenuj.
9. Povečaj ga še enkrat in ga imenuj.
10. Povečaj ga še enkrat in ga imenuj.



Example of my instructions for the Forest Detectives Sports Day

METHOD

Before the start of the second period of distance learning, I recorded the current state of the child's functioning. I observed what the students could do in the chosen field and where they still needed help. The selected areas of observation were gross motor skills, fine motor skills, graphomotor skills, perception, orientation, speech and language, memory, school knowledge and skills, attention and concentration, social - emotional area and behaviour, independence and self-care. I presented my observations to their parents. When the students came back to school, I then did the observation again in the same areas, immediately in the first week when I came back and then again after 2 months.

I also did an interview with the parents before I started with distance learning again. I asked them about how they felt about distance learning again and about their expectations. After distance learning, I had another interview with the aim of evaluating our cooperation, our communication, the choice of learning materials and the child's progress.

During distance learning, I recorded the weekly response of the parents, how often we participated, and observations about their work, well-being, and so on. I also recorded observations regarding the child's progress.

RESULTS

A 7-year-old student who does not communicate verbally began giving up diapers a few weeks before re-schooling at school and at home and started to use the toilet for the number one. The student was taken to the toilet 3 times a day according to the established schedule. During distance learning, his father tried to follow my instructions and steps to continue toilet training. Unfortunately, he was not successful in training, because the child had to use the diaper again when he returned to school. The student does not communicate verbally and started using the PECS method a month before distance re-schooling. During distance learning, according to his father, this was too demanding at home, so when we returned, we started getting used to using the method again. After a few weeks, the student regained his knowledge and progressed extremely fast in using the PECS method. Now, he is able to independently show a picture of what he wants for lunch, when he is thirsty, when he wants his favourite toy and when he needs to go to the toilet. In the field of gross motor skills, fine motor skills, graphomotor skills, orientation and memory, the student did not show any progress when he came back, but the situation did not worsen. In the area of self-care and independence, progress was made upon returning to school. The student began to tidy up his supplies and workspace on his own, and he also started to use cutlery more appropriately. Now, when he arrives to school, he changes his clothes and shoes and does the same when it's time for him to go home. In the field of school knowledge and skills, the student has made significant progress. He reached the goals for knowledge in line with expectations and at the same speed as desired in school. In the area of attention and concentration and behaviour, there was a noticeable decline during distance learning and especially on his return. The student found it difficult to get used to the new routine, he was less and less motivated for schoolwork, and behavioural outbursts became more frequent. When coming back to school, he showed a markedly weak attention, having difficulty concentrating on work. He was more likely to refuse schoolwork, behavioural outburst still occurred. After two months, progress was noticed. The student has re-learned the school rules and daily routine. He also progressed in the area of attention and concentration, and disturbing behaviour and behavioural outbursts rarely occur and are milder and shorter.

The second student started to indicate a setback during distance learning. His products indicated a deterioration in graphomotor skills and a failure to adopt learning objectives. His reading became less fluent, his reading comprehension less effective, and problems began to appear in the field of mathematics, which was otherwise his strong field. Parents said that the student finds it increasingly difficult to focus on work and is less and less motivated for it. Deterioration in gross and fine motor skills and memory was also observed. Coming back to school, the situation was the same as during distance learning. The student has a distinctly weak attention, the occu-

rence of his tics is more frequent, only that this time they are more pronounced. He often asks for a break and to rest, and during the activities he tunes out more frequently. When he came back to school, he expressed great joy, mentioning several times that he missed his friends and teacher. In the area of independence and self-care, his situation has not changed.

Parents have already expressed their gratitude for our frequent communication and my support and understanding during distance learning. In the end, they said that our way of working together not only made it easier for them to face the challenges posed by distance learning, but also managed to keep some of the skills children already learned, and even progress in some of them. In the beginning, they were afraid of their capability of coping with the new situation, how they would organize the work, and last but not least, how the situation would affect their child. They were afraid that the children would regress and forget the assimilated knowledge and skills. They expected to find it difficult to get used to the new way of working at home and consequently have frequent behavioural outbursts. During distance learning, they had both good and bad periods, periods when they found it easier to bear the stress of the situation and periods when they doubted themselves and did not know how to organize. With each passing week, the work at home became more and more difficult for the parents, they were less and less active, less and less motivated and expressed more and more signs of stress. They needed my help in the form of conversation, motivation, encouragement, and understanding more often. On days when it was too difficult for them to cooperate, we agreed to take a day off. I tried to be understanding and in moments when they were not able to work with me took that into account.

When comparing my observations of both students, I found that the student where the father coped with stress more easily and was more active in the distance learning process, the student retained a large part of the already assimilated skills, abilities and knowledge and even progressed in some areas. The student, where the mother increasingly expressed stress in coping with distance work and began to be less participatory in the process of distance learning, the student stopped progressing and even regressed in some areas.

Online learning games, tables for homework and self-care and the fun and educational videos have proven to be a good motivational learning tool. The students assimilated knowledge in a fun manner and kept the skills they had already adopted. On days when intrinsic motivation was lower in both parents and students, these tools helped to reduce the stress and increase the motivation in a relaxing way. Tracking tables and daily observation of the calendar, allowed for the maintenance of a routine and predictability, which helped students with ASD to form some structure and indirectly reduce the occurrence of expected disruptive behaviour.

DISCUSSION

During distance learning, I tried to support the parents of my students in coping with the situation. Their role in distance learning has proven to be crucial. Due to the students' shortcomings, they were not able to interact directly with me, so the parents took over the work of the teacher, and I prepared the materials for them. The children's progress was also conditioned by the level of their activity and participation.

What parents pointed out as good way of my work was that I offered them support in the form of daily conversations about the way of work, evaluation of work and also support in the form of counselling to deal with the new situation (work organization, coping with disruptive behaviour, coping with stress). Namely, we had both good and bad days, solved various problems, but in the end, we managed to survive during this extremely demanding period. I adapted my materials to the students and parents, their home conditions and, last but not least, their well-being. The used teaching material proved to be good and useful, as it allowed children to progress in a fun and motivating way, and also reduced any problems in the area of disruptive behaviour.

Distance learning has brought something positive. During this time, I was forced to improve my knowledge in the use of online tools to prepare interactive and student-friendly learning tools. I will happily include this in my teaching in my direct work with students and by doing so enrich my lessons.

REFERENCES

1. J. A. van Steensel, F & J. Heeman, E. (2017). Anxiety Levels in Children with Autism Spectrum Disorder: A Meta-Analysis. *Journal of Child and Family Studies*, 26, 1753–1767. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10826-017-0687-7>
2. M. Rao, S. & Gagie, B. (2006). Learning through seeing and doing: Visual supports for children with autism. *TEACHING Exceptional Children*, 38 (6), 26–33. <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/004005990603800604>
3. L. Hyman, S., E. Levy, S. & M. Myers, S. (2020). Identification, Evaluation, and Management of Children with Autism Spectrum Disorder. *Pediatrics*, 145 (1). <https://pediatrics.aappublications.org/content/145/1/e20193447>
4. A. Taylor, B. & A. DeQuinzio, J. (2012). Observational Learning and Children with autism. *Behavior Modification*, 36 (3), 341–369. <https://free.openeclass.org/modules/document/file.php/SOC176/observational%20learning.pdf>
5. Enav, Y., Erhard-Weiss, D., Kopelman, M., C. Samson, A., Mehta, S., J. GROSS, J. & Y. Hardan, A. (2019). A non-randomized mentalization intervention for parents of children with autism. *Autism Research*, 12 (7), 1077–1086. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/aur.2108>

6. A. Crowell, J., Keluskar, J. & Gorecki, A. (2019). Parenting behavior and the development of children with autism spectrum disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 90, 21–29. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0010440X18301925>
7. Faraj, A., Alzahrani, S., Almumtin, R., Alrajhi, D., Alshyban, S., Alshabanah, M., Alsmadi, M. & Almarashdeh, I. (2020). Developing and Implementing an Online Learning Platform for Children with Autism. *International Journal of Scientific Research in Science and Technology*, 13, 133–141. https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3568233

UTICAJ SAVREMENE TEHNOLOGIJE NA RAZVOJ DECE

**THE INFLUENCE OF MODERN TECHNOLOGY ON CHILD
DEVELOPMENT**

Pavlović Ivana

Centar za komunikaciju, sluh i govor Portorož, Slovenija

SAŽETAK

Intelektualne sposobnosti dece ne zavise od broja nervnih ćelija u korteksu već od broja nervnih sinapsi. U predškolskom periodu je brzina i broj stvaranja nervnih veza između neurona neuporedivo veći nego posle sedme godine života. Stimulativno okruženje doprinosi razvoju velikog broja neuronskih puteva, što rezultira bogatom neuronskom mrežom, a to je osnova za dostizanje urođenih potencijala.

Sve je učestalije mišljenje vaspitnih radnika, da današnje generacije dece pokazuju slabije sposobnosti u mnogim aspektima razvoja u odnosu na ranije generacije. Istraživanja pokazuju, da 50% dece predškolskog uzrasta ima poteškoću na području fine motorike, neke od poremećaka govorno-jezičkog razvoja, usporenu akomodaciju oka, poteškoće na području krupne motorike.

Savremeni način života dovodi do ubrzanog uvodjenja tehnologije poput računara, tableta, mobilnih telefona u svakodnevni život pojedinca. Posledica takvih promena jeste naučno potvrđena činjenica, da veliki broj dece provode 4 do 8 sati dnevno ispred ekrana. Mnogobrojna israživanja koja se bave uticajem savremene tehnologije, potvrđuju negativni učinak na telesni i duševni razvoj dece. Prečesta i dugotrajna izloženost dece modernoj tehnologiji dovodi do promena u razvoju mozga, hormonskog sistema, gojaznosti, poremećaja spavanja i pažnje, slabijeg govorno – jezičkog razvoja, pojave psiholoških poremećaja (depresija, anksioznost), nedostatka empatije, strpljenja itd.

Ključne reči: razvoj dece, tehnologija, kognitivni razvoj

ABSTRACT

The intellectual abilities of children do not depend on the number of nerve cells in the cortex, but on the number of nerve synapses. In the preschool period, the speed and number of nerve connections between neurons is incomparably higher than after the seventh year of life. The stimulating environment contributes to the development of a large number of neural pathways, resulting in a rich neural network, and this is the basis for reaching innate potentials.

It is an increasingly common opinion of educators that today's generations of children show weaker abilities in many aspects of development compared to previous generations. Research shows that 50% of preschool children have difficulties in the field of fine motor skills, some of the disorders of speech and language development, slowed accommodation of the eye, difficulties in the field of large motor skills.

The modern way of life leads to the accelerated introduction of technology such as computers, tablets, mobile phones into the everyday life of an individual. The

consequence of such changes is the scientifically confirmed fact that a large number of children spend 4 to 8 hours a day in front of the screen. Numerous studies that deal with the influence of modern technology, confirm the negative effect on the physical and mental development of children. Frequent and long-term exposure of children to modern technology leads to changes in brain development, hormonal system, obesity, sleep and attention disorders, poor speech and language development, psychological disorders (depression, anxiety), lack of empathy, patience, etc.

Key words: child development, technology, cognitive development

UVOD

Kroz praksu i razgovor sa vaspitnim radnicima u vrtićima i školama je vredno istaći njihovo opšte mišljenje, da nove generacije dece pokazuju slabije sposobnosti u mnogim aspektima razvoja u odnosu na ranije generacije. U zemljama srednje Evrope je rađeno testiranje na kome se došlo do rezultata da svako drugo dete ima neki razvojni poremećaj. Testiranje je rađeno u Italiji, Mađarskoj, Bosni i Hercegovini, Sloveniji, Hrvatskoj i Češkoj. Istraživanje sprovedeno 2009 godine je ovo opšte mišljenje dodatno potvrdilo. Pokazalo je da oko 50% dece predškolskog uzrasta ima slabije razvijenu finu motoriku (Kamenarac, Čikoš, & Rajović, 2010)

Prilikom pregleda zvaničnih podataka o broju dece sa posebnim potrebama koja su uključena u redovne programe u Republici Sloveniji mogu slobodno potvrditi mišljenje i strahove prosvetnih radnika. 2005 godine je u Sloveniji bilo zabeleženih 5 583 dece sa smetnjama u razvoju. Tu su uključena deca koja imaju poteškoće u ponašanju, gluva i nagluva deca, s poteškoćama u razvoju govora itd. Samo dvanaest godina kasnije je taj broj porastao na 11 823. Ono što je u podacima veoma interesantno i zabranjavajuće jeste broj dece sa poteškoćama na području govora i jezika. 2005 je bilo diagnostikovano 350 dece koja su ispoljavala jedan vid zaostka u govoru, 2020 pa 1629 dece. (SURS)

RAZVOJ DECE

Razvoj mozga je najintenzivniji u prvih nekoliko godina života. Iz tog razloga je od izuzetne važnosti, da se upravo u tom periodu stvore temelji za realizaciju urođenih potencijala. Istraživanja dokazuju, da intelektualne sposobnosti ne zavise od broja nervnih ćelija u mozgu koju su genetski predisponirane, već od broja veza (sinapsi) između njih koje nastaju pod uticajem socijalnog okruženja. (Rajović, 2009)

Sinapsa je kontaktna površina dva neurona preko kojih teku električni impulsi. Uz pomoć savremene tehnologije je njihovu aktivnost moguće snimiti i fotografisati. Tako

saznajemo i dokazujemo kako se sinapse menjaju tokom procesa učenja i različitih telesnih aktivnosti. Jedno od najvažnijih saznanja jeste činjenica, da se mozak čoveka konstantno menja, da dolazi do povećanja određenih regija koje se aktiviraju i da se na isti način gube pojedine sinapse i neuroni koje u određenom vremenskom periodu ne koriste. Ta činjenica je potvrđena istraživanjem u kojoj su ustanovili, da vozači taksija u Londonu imaju veći hipokampus u odnosu na ljude u kontrolnoj grupi. Poznato je, da se centar za orijentaciju u prostoru nalazi u hipokampusu, koji pored toga ima i mnogobrojne druge funkcije. Ta regija je stalno zaposlena s povezivanjem, oblikovanjem, organizacijom stimulusa kao i ostvarivanjem trajnih tragova u kori velikog mozga. (Spitzer, 2017)

Poznato je, da se deca rađaju sa određenim brojem sinapsi, koje se po rođenju intenzivno formiraju ili odbacuju. Već nakon rođenja senzorni i motorni korteks podležu velikim promenama pri kojima se stvaraju nove sinapse, druge koje su recimo vezane za urođene reflekse bivaju odbačene. Ti refleksi se i gube u trenucima kada dete razvija složenije motoričke pokrete. U korteksu najveći broj sinapsi formiraju prsti, zato su i vežne aktivnosti za razvoj fine motorike, zatim je tu centar za govor, krupnu motoriku, vid i sluh. Pravilan razvoj ovih regija mozga je značajan za razvoj asocijativnog korteksa koji između ostalog ima važnu ulogu pri integraciji informacija iz senzomotorinog korteksa. (Rajović, 2016)

Postoje naučnici koji smatraju da je osnovna uloga mozga kretanje i da su se sve ostale funkcije razvijale kroz evoluciju kako bi dostigle optimalno funkcionisanje čoveka. Već davne 1953 godine je Piaget govorio o značaju motoričkih sposobnosti i uticaju senzomotorinog razvoja na kognitivne sposobnosti. Mnogobrojna istraživanja potvrđuju vezu između fizičke aktivnosti i kognitivnih sposobnosti ljudi. Dokazano je da deca pokazuju bolje rezultate na testu, ukoliko su pre pisanja 20 minuta hodali. Regije mozga koje su zadužene za fokusiranje pažnje, filtriranje nebitnih distraktora i kognitivnu kontrolu su bile mnogo aktivnije u odnosu na kontrolnu grupu dece koja se pre testa nisu kretala. (Hillman et al 2009) Istraživanje koje je sprovedeno 2015 godine je pokazalo, da fizički aktivnija deca imaju veću zapreminu hipokampusa i bazalnih ganglija, efikasniji ritam moždane aktivnosti i bolji školski uspeh. (Erickson, Hillman i Kramer, 2015)

Sve ovo potvrđuje značaj motoričke aktivnosti za stvaranje novih i utvrđivanje već postojećih nervnih veza. Zato je jako važno, da decu ne ograničavamo pri kretanju jer su sve faze motoričkog razvoja podjednako važne. Kada recimo dete počne da puzi sve češće se dešava da im roditelji iz straha to onemogućavaju. Ali ova faza motoričkog razvoja je kao i sve druge od izuzetne važnosti. Ovim načinom kretanja dete razvija mišićne vrata, leđa, ruku, ispravlja prste, prenosi težinu na dlanove kojim pritiska veliku površinu, koordiniše pokrete ekstremiteta, fokusira pogled, razvija orijentaciju u prostoru.

Do skoro su naučnici smatrali, da je broj narvnih ćelija formiran prilikom rođenja. Sada je poznato da se u hipokampusu nervne ćelije konstantno obnavljaju. U istraživanju koje je rađeno na pacovima je utvrđeno da u ovoj regiji mozga svakodnevno izraste od 5000 do 10 000 novih nervnih ćelija i da je njihov broj veći kod jedinki koje su motorički aktivne. (Spitzer 2016)

Napomenuli smo da intelektualne sposobnosti deteta zavise od broja nervnih sinapsi u kori velikog mozga. Te veze se ostvaruju kada je dete aktivno i kada prima stimulu-se iz socijalnog okruženja. Informacije u vidu impulsa putuju sa jednog neurona na drugi i ostvarju tragove u kori velikog mozga. Na ovaj način se povećava zapremina kortikalnih regija jer se određene sinapse zadebljavaju i pri tom formiraju nove.

Ukoliko je broj veza i informacija koje su sačuvane u kori velikog mozga veće time se šalje više informacija u bazalne ganglije. To su subkortikalne strukture mozga koje su zadažune za kontrolu i prilagođavanje voljnih motorički pokreta, inhibiciju neželjenih kretnji i učestvuju u kognitivnim funkcijama poput pamćenja, planiranja, učenja (Pohorec i Rupnik 2014)

Analizirajući literaturu ističem, da je jedan od osnovnih razloga za povećan broj dece s poteškoćama u razvoju smanjena fizičke aktivnost koja za posledicu ima nedovoljnu stimulaciju mozga. Preterano gledanje televizije, igranje video igrice, nedostatak grafomotoričkih aktivnosti i fizička neaktivnost oštećuju i smanjuju razvoj pojedinih bioloških potencijala. (Rajović, 2009) Istraživanje koje je izvedeno u SAD i Kanadi od 2008 do 2010 godine dokazuje da kod dece koja nemaju dovoljnu aerobnu aktivnost može doći do smanjenja dubokih struktura mozga što posledično utiče na smanjenje kognitivnih sposobnosti. (Rajović 2017)

Obzirom da se deca danas sve manje kreću i sve više svog slobodnog vremena provode ispred ekrana, a opšte poznato je da socijalno okruženje ima uticaj na razvoj dece i promene u kortikalnim strukturama, postavlja se logično pitanje, kakav je taj uticaj. Zvanični podaci SURS-a govore da u Sloveniji 90 % domaćinstava ima pristup internetu a 76% ljudi svakodnevno koristi internet. Zabrinjavajući je i podatak da deca u Sloveniji provode prosečno od 4 do 8 sati ispred ekrana koristeći jedan vid savremene tehnologije. (SURs)

Da li i koliki uticaj savremena tehnologija ima na opšti detetov razvoj bio je predmet mnogobrojnih istraživanja širom sveta. Ako uzmemo u obzir da današnja deca provede nekoliko sati ispred ekrana, jasno nam je da tokom tog vremena nisu aktivirali krupnu motoriku, prste, govor, niti su aktivirali akomodaciju oka. Zapravo sede, pasivno posmatrajući u jednu tačku što ima za posledicu smanjenje broja nervnih sinapsi. Akomodacija oka je jedna od najsloženijih fizioloških procesa koji formira ogroman broj veza u korteksu. Istraživanja su pokazala da u pojedinim oblicima poremećaja pažnje i koncentracije postoji problem sa akomodacijom. (Rajović 2009)

MOZAK

Rađena je studija koja je pratila i upoređivala protok krvi u mozgu kod dece koja su igrala video igrice i kod onih koji su rešavali preproste račune. Kod prve grupe ispitanika su bili aktivirani samo oni delovi mozga koji su zaduženi za vid dok i manjim delom za prstedok je kod druge grupe ispitanika sabiranje jednocifrenih brojeva aktiviralo levu i desnu hemisferu mozga. Tom prilikom je Svetsko udruženje neurologa došlo do zaključka da video igrice usporavaju razvoj frontalne regije mozga. (Sigman, 2012)

Još jedna studija objavljena u reviji *Pediatrics* je ispitivala uticaj nekoliko minuta gledanja crtanog filma na frontalni deo mozga. Ustanovili su da samo 9 minuta gledanja filma u kome se sve odvija izuzetno brzo, negativno utiče na funkcionisanje četvorogodišnjaka. (Sigman, 2012)

Kod maloletnika koji previše vremena provede na internetu i kojih se razvio određeni stepen zavisnosti je ustanovljeno da su duboke strukture mozga promenjene. Trinaest istraživača iz sedam različitih ustanova je utvrdilo da je kod ovih osoba došlo do smanjenja nekih regija mozga od 10 do 20%. (Sigman, 2012)

PAŽNJA

Kada obratimo pažnju na neki konkretan objekat ili događaj govorimo o selektivnosti i tada se aktiviraju određeni kortikalni centri. Jača pažnja na pojedinačne informacije dovodi ne samo do optimalne obrade novih informacija nego i do optimalnijeg učenja.

Američka studija je ustanovila da prosečan savremeni čovek prekine svoju aktivnost približno svakih 11 minuta. U novije vreme se pojavljuje novi termin takozvani medijski multitasking, koji govori da jedna osoba istovremeno uključuje i upravlja sa više različitih medija, pre svega računara i mobilnog telefona. Istovremena upotreba više različitih medija igra veliku ulogu u mentalnim procesima ljudi i dece kao što su pažnja i kognitivna kontrola sopstvenih misli. (Foehr, 2006)

Naučnici Univeziteta Stanford su izveli niz kognitivnih testova sa osobama koje su definisane kao multitaskeri i drugom grupom ljudi koji istovremeno ne koriste ili retko koriste više od jednog medija istovremeno. Došli su do zaključka da multitaskeri teže i sporije izvode različite zadatke i da pri tom slabije filtriraju nebitne nadražaje. Njihova realizacija je bivala sve slabija kada se je broj tih nebitnih stimulusa povećavao. Pritom su ustanovili da ove osobe pored slabije pažnje i filtiranja spoljašnjih nadražaja, imaju i slabiju radnu memoriju kao i kontrolu sopstvenih misli. (Ophir et al, 2009)

PAMĆENJE

U psihologiji učenja i psihologiji pamćenja već dugi niz godina istražuju dubinu obrade informacija. Poznata je činjenica da što je dublja obrada informacija toliko bolje je sačuvana u dugoročnom pamćenju. Prilikom obrade određenih informacija se iste putem nervnih sinapsi šalju sa jednog neurona na drugi, pri čemu dolazi do njihovih promena. Što se više neurona bavi ovom informacijom time je ona bolje sačuvana. Ukoliko osobe neposredno razgovarju o naučenom sadržaju time će mnogo bolje sačuvati sadržaj u pamćenju za razliku od drugih koji tu raspravu vode preko ekrana i tastature. (Spitzer, 2017)

U današnje vreme deca istovremeno koriste više uređaja istovremeno i u kratkom vremenskom periodu prelaze sa jednog programa na drugi odnosno sa jednog uređaja na drugi. Na taj način dolazi do brzih promena informacija, brzih slika, manje neurona se bavi ovom informacijom pri čemu se onemogućava duboka obrada informacija što naravno utiče na slabije pamćenje. Deca isto tako vrše razmenu podataka sa vršnjacima preko digitalnih socijalnih mreža ali je dokazano, da samo neposredan socijalni kontakt utiče na pozitivne emocije i dugoročno skladištenje informacija. (Sigmán, 2012)

ŠKOLSKI USPEH

Ukoliko neko tvrdi da učenici u školama bolje savlađuju određeno gradivo i da je proces učenja bolji uz korišćenje savremene tehnologije, moram da napomenem da za takvu tezu još uvek nema dokaza. Podsticaj za gotovo sva istraživanja koja su se bavila uspehom u učenju pomoću računara so finansijski podržale računarska industrija i telefonske kompanije. Svakako da postoje studije koje govore o negativnom uticaju savremene tehnologije na edukaciju. Ekonomista Joshua Angrist i Victor Lavy su po uvođenju računara u izraelske škole otkrili, da je kod četvrtoškolaca došlo do slabijeg uspeha u matematici i opazili su i druge negativne uticaje kod učenika u višim razredima. (Spitzer, 2017)

Podaci iz PISA studije pokazuju da deca koja kod kuće imaju računar dostižu slabiji uspeh u školi. Razlog za to stanje je činjenica da se on zapravo u najvećoj meri koristi za zabavu i pre svega za igranje igrice, što ima za posledicu nedostatak vremena za školske zadatke i obaveze. (Spitzer, 2017)) Na Novom Zelandu je rađeno dvadesettrogodišnje istraživanje tj. praćenje dece od njihove treće godine do navršene 26, u kojoj su analizirali nivo edukacije 980 ispitanika. Tom prilikom su ustanovili da gledanje televizije u detinjstvu ima značajnu korelaciju sa dostignutim novoom obrazovanja i većom tendencijom napuštanja škole. (Hancox et al. 2005)

ZAVISNOST

Cela paleta studija se bavi uticajem moderne tehnologije na pojavu zavisnosti kod dece i odraslih. U današnje vreme ne samo da znamo da digitalni mediji dovode do zavisnosti već znamo i zašto do toga dolazi. Samo vreme provedeno koristeći internet ili električne naprave još uvek ne govori o zavisnosti. Znaci koji ukazuju da je kod osobe došlo do poremećaja zbog preterane upotrebe tehnologije jesu socijalna izolacija, usamljenost, zanemarivanje školskih obaveza, apatičnost, pospanost, promjenjen bioritam, gubitak osećaja za vreme, promena raspoloženja, panični napadi, depresija, razdražljivost, agresivnost i još mnogi drugi. (Spitzer 2017)

Podaci iz 2019 godine pokazuju da se je u Sloveniji 277 osoba lečilo od nehemijske zavisnosti pre svega izazvane preteranom upotrebom mobilnih telefona i interneta. Samo polovina istih je bila mlađa od 18 godina. Najmlađi član je imao samo 9 godina a najstariji 84. (Kramlija, 2019)

U dubokim strukturama mozga postoje ćelije koje su odgovorne za osećaj sreće. One se aktiviraju pod uticajem dopamina, kada se neočekivano dogodi nešto prijatno. Po aktivaciji tih ćelije luči se endorfin u frontalnom režnju što doživljavamo kao prijatne osećaje. Poznato je da te regije aktiviraju sve supstance koje kod ljudi izazivaju zavisnost (kokain, heroin, alkohol, nikotin). Već više od jedne decenije je poznato da te centre ne aktiviraju samo opijati već to čine i digitalni mediji. Iz tog razloga sve uspešne računarske igrice sadrže elemente iznenađenja i slučajnosti. (Koepp et al 1998)

MENTALNO ZDRAVLJE

Grupa istraživača Univerziteta Stanford je prilikom jednog od istraživanja dokazala da osobe koje imaju veći socijalni krug i više neposredne komunikacije sa drugim ljudima su uspešniji u svojim socijalnim odnosima. Što veće i pozitivnije je to socijalno okruženje toliko je manji broj neželjenih virtuelnih poznanstava.

Prilikom neposrednog kontakta i komunikacije sa drugim ljudima pridobijamo iskustva, razvijamo kognitivnu fleksibilnosti, odnosno sposobnost prilagođavanja novim socijalnim situacijama, učimo se prepoznavati neverbalnu komunikaciju, prihvatljivih oblika ponašanja i razvijamo empatiju. Istraživanja o funkcionisanju mozga nam jasno pokazuju da rastu one regije mozga koje se upotrebljavaju. U socijalnim kontaktima koje ostvarujemo, razvijamo socijalnu kompetenciju i tako aktiviramo određene centre mozga koji se prilikom te aktivacije razvijaju i rastu. Studije su pokazale da je zapremina prefrontalnog i temporalnog korteksa, koji je odgovoran za socijalnu kompetenciju veća kod ljudi koji imaju veći krug stvarnih socijalnih kontakata. Roy Pea je radio studiju u kojoj je potvrdio da je upotreba digitalnih socijalnih medija kod mladih prouzročila ostvarivanje manjeg broja neposrednih kontakata kao i smanjenje zapremine delova mozga koji su odgovorni za socijalnu inteligenciju.

Prekomerna upotreba savremene tehnologije onemogućava pridobijanje neophodnih iskustava za zdrav kognitivni i socijalni razvoj. Posledično se razvija hroničan stres zbog nedostatka kontrole, samopouzdanja, osećaja usamljenosti, straha pred stvarnim kontaktima, i ima uticaj na pojavu depresije, imunitet, hormonski status, srce, odumiranje nervih ćelija u mozgu kao i na spavanje. (Spitzer 2017)

ZAKLJUČAK

Upotreba digitalne tehnologije se vremenom povećava a deca postaju njihovi aktivni korisnici već u najranijem periodu odrastanja. Potrebno je naravno istaći pozitivne aspekte koje nam tehnologija omogućava ali pored toga ne možemo zanemariti njen negativni uticaj na razvoj naše najmlađe populacije. Iz tog razloga je neophodno edukovati roditelje i upoznavati ih o mogućim posledicama prekomerne upotrebe medija, jer su oni jedni od glavnih aktera koji utiču na razvoj i sazrevanje dece. Njihov glavni zadatak jeste kontrola sadržaja koje dete gleda i potpuni nadzor nad vremenom koje dete na dnevnoj bazi provede ispred ekrana.

LITERATURA

1. Erickson, K.I., Hillman, C.H., Kramer, A.F. (2015). Physical activity, brain and cognition. *Current Opinion in Behavioral Sciences*.
2. Foehr, U.G. (2006). *Media multitasking among American youth: Prevalence, predictors and pairings*. Menlo Park: Kaiser Family Foundation
3. Hancox, R.J., Milne, B.J., Poulton, R. (2005). Association of television viewing during childhood with poor educational achievement. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 159: 614-618
4. Hillman, C. H., Pontifex, M. B., Raine, L.B., Castelli, D. M., Hall, E. E., & Kramer, A. F. (2009). The effect of acute treadmill walking on cognitive control and academic achievement in preadolescent children. *Neuroscience*
5. Kamenarac, O., Čikoš, D., Rajović, R. (2010) Razvoj sposobnosti dece predškolskog uzrasta i detekcija darovite dece, Zbornik radova, 4. Međunarodna konferencija o negovanju talenata, Kanjiža. Str 1-4
6. Koepp, K.J., Gunn, R.N., Lawrence, A.D., Cunning, V.J., Dagher, A., Jones, T., Brooks, D.J., Bench, C.J., Grasby, P.M. (1998). Evidence for striatal dopamine release during a video game. *Nature* 393: 266-268
7. Kramlija, M. (2019). Potrebovali bi ambulante za zdravljenje nekemičnih odvisnosti. *Primorske novice*. <https://www.primorske.si/primorska/goriska/potrebovali-bi-ambulante-za-zdravljenje-nekemicnih> (8. 03. 2021.)
8. Ophir, E., Nass, C., Wagner, A.D. (2009). Cognitive control in media multitaskers. *PNAS*. <https://www.pnas.org/> (16. 03. 2021.)

9. Pohorec, V., Rupnik, M. (2014). Funkcija in disfunkcija bazalnih ganglijev. Medicinski razgledi. <https://www.dlib.si/stream/URN:NBN:SI:DOC-HTGU88LA/814939ac-5bf7-4d2e-9106-fe9a1ead1699/PDF> (13. 05. 2021.)
10. Rajović, R. (2009). NTC sistem učenja, IQ deteta – briga roditelja VII izdanje. Novi Sad: Smart Production
11. Rajović, R., Ružić-Baf, M., Debeljuh, A. (2016). NTC – program - Značaj kretanja kao osnove razvoja mozga i problem sedentalnog ponašanja kod dece, Zbornik radova, 1. Međunarodna stručno-naučna konferencija, Novi izazovi u edukaciji. Terme Čatež
12. Rajović, R. (2017). Dva su velika problema zbog kojeg su djeca danas sve slabija. Školski portal. <https://www.harfa.hr/dr.-ranko-rajovic-dva-su-velika-problema-zbog-kojih-su-djeca-danas-sve-slabija/> (15. 05. 2021.)
13. Sigman, A. (2012) Vpliv zaslonske tehnologije. Revija Svitanje in Waldorfske novice. Ljubljana-Polje: Zavod Parsival
14. Spitzer, M. (2017). Digitalna demenca. Kako spravljamo sebe in svoje otroke ob pamet. Celovec: Mohorjeva družba
15. Statistični urad Republike Slovenije, <https://www.irssv.si/84-baza-podatkov-otrocih/otroci-s-posebnimi-potrebami/izobraevanje-otrok-s-posebnimi-potrebami> (23. 03. 2021.)

**ISKUSTVA PRUŽANJE PSIHOSOCIJALNE PODRŠKE
RODITELJIMA DJECE I MLADIH OSOBA S TEŠKOĆAMA
U RAZVOJU**

**EXPERIENCES IN PROVIDING PSYCHOSOCIAL
SUPPORT TO PARENTS OF CHILDREN AND YOUNG
PEOPLE WITH DISABILITIES**

Poredoš Lavor Daša

Građanska inicijativa „Moj grad Sisak“, Hrvatska

SAŽETAK

Psihosocijalna podrška je socijalna usluga koja podrazumijeva psihosocijalnu rehabilitaciju koja potiče razvoj kognitivnih, funkcionalnih, komunikacijskih ili socijalnih vještina korisnika. Može se pružati individualno i u grupi. Obično se pruža kod pružatelja usluga ili u obitelji korisnika.

U ovom radu prikazat ću iskustva pružanja psihosocijalne podrške roditeljima djece i mladih osoba s teškoćama u razvoju koje su pružene u raznim područjima Sisačko-moslavačke županije tijekom 2019. i 2020. godine. Također ću prikazati sažete rezultate primjene Skale kvalitete života MANSA koju su roditelji ispunjavali na početku uključivanja u ovaj oblik usluge, te godinu dana nakon pružanja iste. U ovom kratkom prikazu sudjelovalo je 45 osoba, nešto više žena (majki) nego muškaraca (očeva), a prosječna dob ispitanika bila je 37 godina. Iz dobivenih rezultata je vidljivo da su se usluge psihosocijalne podrške pozitivno reflektirale na samo-procenu kvalitete života roditelja – osobito na česticama zadovoljstva svojim životom, kvalitetom i brojem prijateljstava i zadovoljstvom odnosima s članovima obitelji.

Ključne riječi: psihosocijalna podrška, djeca i mladi s teškoćama u razvoju, roditelji, kvaliteta života, individualni ne-direktivni pristup.

ABSTRACT

Psychosocial support is a social service that involves psychosocial rehabilitation that encourages the development of cognitive, functional, communicational or social skills of users. It can be provided individually or in a group. It is usually provided by the service provider or the user's family.

In this paper, I will present the experiences of providing psychosocial support to parents of children and young people with disabilities that were provided in various areas of Sisak-Moslavina County during 2019 and 2020. I will also present the summary results of the application of the MANSA Quality of Life Scale that parents filled at the beginning of inclusion in this form of service, and one year after the provision of the same. This short survey involved 45 people, slightly more women (mothers) than men (fathers), and the average age of the respondents was 37 years. The results show that psychosocial support services had a positive effect on self-assessment of the quality of life of parents - especially on the particles of satisfaction with their lives, quality and number of friendships and satisfaction with relationships with family members.

Keywords: psychosocial support, children and youth with disabilities, parents, quality of life, individual non-directive approach.

UVOD

Prema definiciji Ministarstva rada, mirovinskoga sustava, obitelji i socijalne politike definicija psihosocijalne podrške je slijedeća: Psihosocijalna podrška je socijalna usluga koja podrazumijeva psihosocijalnu rehabilitaciju koja potiče razvoj kognitivnih, funkcionalnih, komunikacijskih ili socijalnih vještina korisnika. Može se pružati individualno i u grupi. Obično se pruža kod pružatelja usluga ili u obitelji korisnika (prema <https://gov.hr/hr/psihosocijalna-podraska/730>).

Nadalje prema definicijama istog Ministarstva - usluga se priznaje djetetu s teškoćama u razvoju, odrasloj osobi s invaliditetom, ovisniku, žrtvi obiteljskog nasilja te svim drugim osobama u potrebi, prema procjeni stručnog tima nadležnog centra za socijalnu skrb.

Uslugu mogu pružati domovi socijalne skrbi, centri za pružanje usluga u zajednici, udruge, vjerske zajednice, druge pravne osobe te obrtnici koji pružaju socijalne usluge.

Kako je navedeno i udruge su subjekti koje mogu opisane usluge pružati, pa za potrebe pisanja ovog rada prikazat ću iskustva Građanske inicijative „Moj grad Sisak“ u pružanju psihosocijalne podrške roditeljima djece i mladih osoba s teškoćama u razvoju.

O psihosocijalnoj podršci piše se i u raznim stručnim radovima. Izdvajam neke od njih:

Autorice Maja Stjepanović, Tihana Jendričko i Draženka Ostojić u časopisu *Socijalna psihijatrija* (2015.) pišu o ulozi socijalnog radnika u socioterapijskim i psihosocijalnim postupcima kod osoba s rizikom razvoja depresije uzrokovane stresnim životnim događajima. Autorica ovog rada Daša Poredoš Lavor i niz koautorica u *Ljetopisu socijalnog rada* (2008.) u tekstu koji se odnosi na osobitosti rada dnevne bolnice i aktivnosti psihosocijalne podrške u izravnom radu s pacijentima odnosno korisnicima usluga parcijalne hospitalizacije.

Psihosocijalne intervencije uključuju različite intervencije na psihološkoj i socijalnoj razini (prema Jukić V., 2013.). Cilj psihosocijalnog tretmana je unaprjeđenje interpersonalnih odnosa i životne situacije. Iako se fokus tijekom godina mijenjao, glavna karakteristika tretmana je prepoznavanje važnosti unutarnjih psiholoških procesa, vanjskih socijalnih i fizičkih uvjeta te njihovog uzajamnog utjecaja (prema Woods M, Hollis F. 2000.) Psihosocijalno naglašava dinamiku odnosa između psiholoških i socijalnih čimbenika, međusobno uzajamno i stalno utječu jedan na drugoga, a usmjeren je postizanju društveno prihvatljivog i prilagođenog funkcioniranja uz održavanje očuvanja zdravlja (Baron, J., 2001.).

Drummond, Perryman i dr. (prema https://www.who.int/substance_abuse/activities/psychosocial_interventions.pdf) u psihosocijalne intervencije uključuju sve nefarmakološke intervencije u terapijskom kontekstu, na individualnoj, grupnoj ili obiteljskoj razini. U psihosocijalne intervencije unutar zdravstvenog, socijalnog i zatvorskog sustava spadaju: kratke savjetodavne intervencije, intervencije usmjerene prema motivaciji – motivacijski intervjui, tretmani ponašanja, psihoedukacija, trening životnih vještina, obiteljska i bračna terapija, kognitivno-bihevioralna terapija i psihodinamska (suportivno-ekspresivna) terapija. Intervencije na socijalnoj razini sastoje od se od pomoći povezanima s osnovnim životnim potrebama, a to su odjeća, hrana, smještaj, zapošljavanje, ali isto tako i briga o zdravlju, zajedništvu, prijateljstvu i zadovoljstvu, kao i grupe samopomoći. S obzirom na osobno profesionalno iskustvo autorice, slobodna sam opisane metode uz određene modifikacije primjenjivati tijekom provedbe projektnih aktivnosti u sklopu odobrenih programa / projekata organizacije civilnog društva.

Student Filis Muminović-Alić (2019.) u svom završnom radu pod nazivom Značaj socijalne podrške za zdravlje ljudi pri Odsjeku za psihologiju Filozofskom fakultetu Univerziteta u Sarajevu također piše o psihosocijalnoj podršci, te navodi: Psihosocijalna podrška pomaže pojedincima i zajednicama da izliječe psihološke rane i obnove društvene povezanosti nakon iznenadnog ili kritičnog događaja. Pravovremena, rana i adekvatna psihosocijalna podrška može: 1. spriječiti razvoj problema i patnje u ozbiljne zdravstvene poteškoće, 2. pomoći ljudima da se bolje nose i pomire se s svakodnevnim životom, 3. pomoći korisnicima da nastave normalan život, 4. pomoći podmirenju potreba identificiranih potrebitih korisnika u zajednici. Katastrofe, sukobi i zdravstveni problemi imaju ozbiljne psihosocijalne posljedice. Emocionalne rane mogu biti manje vidljive od uništavanja domova, ali često traje mnogo duže da se oporave od emocionalnog utjecaja nego da nadvladaju materijalne gubitke. Rani procesi podrške i prilagodbe – koji poštuju lokalne običaje u mentalnom zdravlju ili psihosocijalnom liječenju – omogućavaju pogođenom stanovništvu da se bolje nosi s teškom situacijom. Pojam psihosocijalni odnosi se na bliski odnos između pojedinca i kolektivnih aspekata bilo kojeg društvenog entiteta.

Poliklinika za zaštitu djece grada Zagreba (2017.) pojašnjava kako se roditelji osjećaju pri dobivanju informacije *da s njihovim djetetom nešto nije u redu*. Trenutak u kojem je roditeljima priopćena vijest o tome da njihovo dijete rođeno ili je steklo teškoću u razvoju, ostaje trajno zapamćen, iz razloga što se radi o spoznaji koja dugoročno mijenja cjelokupni život obitelji. Svaki od roditelja tom prilikom, u vrlo kratkom periodu, prolazi kroz proces žalovanja i opraštanja od fantazija koje su prethodno imali o djetetu, te dolazi do faze oporavka i prilagodbe na nove okolnosti obiteljskog života. Različita istraživanja su pokazala da pravovremeno savjetovanje i pružanje informacija o prirodi djetetovih poteškoća i načinima njihova uklanjanja kao i općenito edukacija, u znatnoj mjeri reduciraju roditeljske brige i stres te im pomažu im u procesu prilagodbe na odgoj djeteta. - <https://www.poliklinika-djeca.hr/za-roditelje/stresni-dogadaji/emocionalna-podrska-obilje-djeteta-s-teskocama-u-razvoju/>

Pružanje emocionalne podrške tijekom savjetovanja je važan aspekt oporavka obitelji, prije svega u prihvaćanju emocija koje roditelji osjećaju, a koje mogu biti vrlo neugodne, poput krivnje, usamljenosti i srama. Time se kod roditelja dalje pokreće postupak suočavanja s teškoćama i pronalaženja poticajnih načina u brizi za dijete što svakako skraćuje period negacije poteškoća. Istovremeno se roditelju pomaže u nadilaženju osjećaja nemoći i u preuzimanju aktivnog stava u liječenju i rehabilitaciji djeteta. Kroz emocionalnu podršku pokazujemo kako smo jedni drugima važni kao pojedinci, te na koje smo sve načine spremni dati razumijevanje i pomoć drugima, a kako bi im olakšali postojeću situaciju. Pri tome pomaže svijest o tome, da svaka obitelj u kojoj odrasta dijete s teškoćama, na mnoge načine prelazi svoje granice, u emocionalnom, socijalnom, financijskom aspektu obiteljskog života, a čime roditelji vrlo lako ostaju bez zaliha svoje energije.

Savjetodavni rad s roditeljima osim što se odnosi na pružanje niza korisnih informacija ili čak demonstraciju pojedinih vještina u skrbi za dijete, se odnosi i na pružanje podrške da se u istome ustrajava pri čemu se izdvaja i terapijski aspekt savjetovanja. Roditelji mogu imati teškoća u prepoznavanju specifičnih potreba djeteta s teškoćama te pokazivati nesigurnost u pogledu primjerenosti i učinkovitosti odgojnih i rehabilitacijskih postupanja.

METODE

U ovom radu prikazat ću iskustva pružanja psihosocijalne podrške roditeljima djece i mladih osoba s teškoćama u razvoju koje su pružene u raznim područjima Sisačko-moslavačke županije (Sisak, Petrinja, Novska, Glina, Dvor i dr.) tijekom 2019. i 2020. godine. Ukupno je u ispitivanju sudjelovalo 45 osoba – 31 žena (majka) i 14 muškaraca (očeva). Prosječna dob ispitanika bila je 37 godina. Ispitanici su na početku uključivanja u ovaj oblik usluge, te nakon godine dana ispunjavali Skalu kvalitete života MANSA. Susret s ispitanicima najčešće se je odvijao u kućanstvima korisnika, pa je tako i predmetna Skala ispunjavana u kućanstvu sudionika, a prosječno ispunjavanje trajalo je 45 – 60 minuta jer je o svakom odgovoru još dodatno razgovarano s ispitanikom odnosno ispitanicom. Skala MANSA sastoji se od 17 čestica koje sažeto obuhvaćaju slijedeća životna područja: zadovoljstvo životom danas; zadovoljstvo školovanje, poslom odnosno sada glavnim zanimanjem; zadovoljstvo financijskom situacijom; postojanje osobe koje bi se mogla nazvati bliskom prijateljem; čestina viđanja s bliskim prijateljem; zadovoljstvo kvalitetom i brojem prijateljstava; zadovoljstvo aktivnostima u slobodno vrijeme; zadovoljstvo smještajem; optuženost za neko kazneno djelo; pozicija žrtve fizičkog nasilja; zadovoljstvo osobnom sigurnošću; zadovoljstvo s ljudima s kojima se živi odnosno zadovoljstvo samačkim životom; zadovoljstvo seksualnim životom; zadovoljstvo odnosima u obitelji; zadovoljstvo tjelesnim i mentalnim zdravljem; zadovoljstvo odnosom države prema ispitaniku.

Ukupni rezultat varira unutar raspona od 1 do 7 – odnosno ne može biti gore; vrlo nezadovoljan; pretežno nezadovoljan; i zadovoljan i nezadovoljan; pretežno zadovoljan; vrlo zadovoljan; ne može biti bolje. Nadalje, 13 odnosi na subjektivnu kvalitetu života (vlastito zadovoljstvo valja procijeniti na skali od sedam stupnjeva Likertova tipa. MANSA ima dobru pouzdanost tipa unutarnje konzistencije i negativno korelira sa psihopatologijom. Skala pokazuje zadovoljavajuću konzistentnost. Cronbachov α (alfa) skale iznosi 0,74, a u ovom istraživanju Cronbachov $\alpha = 0,842$.

Autorica ovog rada navodi kako tijekom svog gotovo 25-godišnjeg profesionalnog iskustva psihosocijalnog rada s ljudima rado koristi Skalu MANSA jer ista pokriva gotovo sve segmente života, te je vrlo dobro prihvaćena od korisnika – kao jednostavna za ispunjavanje, sadržajna i pitanjima poticajna za unapređenje i razvoj životnih vještina i prilagodbenih kapaciteta za aktivno zauzimanje za sebe u sadašnjosti i budućnosti.

Pojedinac određuje svoju kvalitetu života na osnovi doživljaja uspješnosti svojih različitih životnih uloga: uloge bračnog partnera, roditelja, djeteta, rođaka, prijatelja i sl., te uloga vezanih uz društvene aktivnosti, zanimanje, način provođenja slobodnog vremena, političko opredjeljenje i sl. (prema Krizmanić Mirjana i Kolesarić Vladimir, 1989.). Srž pojma „kvaliteta življenja“ čini kod svakog pojedinca njegov doživljaj zadovoljstva načinom života i njegovim tijekom, te uvjetima, perspektivama, mogućnostima i ograničenjima koje svaki pojedinac ima u svom životu. Taj složeni doživljaj osnovan je kako na osobnom iskustvu, tako i na aspiracijama, željama i vrijednostima pojedinca; određen je psihofiziološkim sklopom njegovih karakteristika i objektivnim uvjetima u kojima živi (prema Lučev Ivana i Tadinac Meri, 2008).

Zadovoljstvo životom je pojam koji je povezan sa mentalnim zdravljem osobe (prema Marijana Gojčeta, Ines Joković i Renata Pinjatela, 2008.). Obično se odnosi na sveukupnu procjenu života osobe ili na usporedbu koja odražava percipirani nesklad između težnji i postignuća osobe. Od osobe se obično traži procjena života općenito i/ili procjena pojedinih aspekata života. Mjere zadovoljstva životom su korisne u procjeni mentalnog zdravlja ili dobrobiti ljudi odnosno socijalnog blagostanja (prema Vuletić Gorka i Mujkić Aida, 2002.).

Budući da je kvaliteta življenja poglavito psihološki fenomen čini se da je pri njegovu određivanju najopravdaniji izravan pristup u kojem se od svakog pojedinca traži njegova subjektivna procjena tog doživljaja ili stanja. Stoga je navedena skala popunjavanja pri individualnim susretima s korisnicama.

Kvalitetu življenja pojedinca moguće je operacionalno zahvatiti jedino na osnovi njegove subjektivne procjene tog kompleksnog doživljaja. Želimo li znati zašto je određeni pojedinac zadovoljan ili nezadovoljan, moramo dobiti uvid i u strukturu tog zadovoljstva/nezadovoljstva, u strukturu čimbenika koji djeluju na doživljaj pojedinca. Zbog toga je kod svakog pojedinca nužno ispitati kako svojstva fizičke okoline (npr. uvjeti stanovanja i sl.) u interakciji s drugim objektivnim i subjektivnim čimbenicima utječu na zadovoljstvo životom; kako je i pod kojim uvjetima npr. stupanj obrazovanja faktor kvalitete življenja; kako i koliko građanske slobode i demokracija utječu na kvalitetu življenja; u kojoj mjeri zdravstveni status određuje kvalitetu življenja itd.

REZULTATI I DISKUSIJA

Tijekom razgovora sa roditeljima koji su bili korisnici socijalne usluge psihosocijalne podrške, isti su navodili ili su tijekom razgovora prepoznati slijedeći problemi: sniženo samopoštovanje;

očaj, konfuznost; tjeskoba i nezadovoljstvo; poricanje, negacija (kao obrana); česte promjene raspoloženja; ponižavajuća komunikacijska iskustva; društvene (i obiteljske) predrasude; otežana prilagodba; stanja i raspoloženja koja mogu ukazivati na prisustvo depresije kao socijalno-medicinskog problema; frustriranost zbog teškoća u socijalnoj integraciji s drugim osobama, uslijed čega ponekad reagiraju "eksplozivno", što se može se pogrešno protumačiti;

odvajanje djece i/ili mladih od roditelja u svrhu školovanja ili osposobljavanja; projekcije stručnjaka pri ostvarivanju raznih prava i uključivanja u društvo; fizička distanca uvjetovana pandemijom COVID-19 koji djeca i mladi s teškoćama u razvoju otežano razumijevaju i prihvaćaju.

Prikupljene i obrađene rezultate Skale MANSA s pripadajućim vrijednostima aritmetičke sredine prikazuje tabelarni prikaz koji slijedi:

Tablica 1. Čestice Upitnika kvalitete života (MANSA) - aritmetičke sredine

Čestice	Korisnici projekta (N=45)
	M
1. Koliko ste u cjelini zadovoljni svojim životom danas?	5,00
2. Koliko ste zadovoljni svojim poslom (ili školovanjem kao glavnim zanimanjem)?	4,76
3. Koliko ste zadovoljni svojom financijskom situacijom?	3,58
6. Koliko ste zadovoljni kvalitetom i brojem svojih prijateljstava?	5,76
7. Koliko ste zadovoljni svojim aktivnostima u slobodno vrijeme?	4,22
8. Koliko ste zadovoljni svojim smještajem?	5,38
11. Koliko ste zadovoljni svojom osobnom sigurnošću?	5,36
12. Koliko ste zadovoljni ljudima s kojima živite? Ili, ako živite sami, koliko ste zadovoljni time?	5,62
13. Koliko ste zadovoljni svojim seksualnim životom?	5,04
14. Koliko ste zadovoljni odnosima sa svojom obitelji?	5,73
15. Koliko ste zadovoljni svojim tjelesnim zdravljem?	5,67
16. Koliko ste zadovoljni svojim psihičkim (mentalnim) zdravljem?	5,71
17. Koliko ste zadovoljni odnosom države prema Vama?	3,76
UKUPNO:	5,14

Iz Tablice 1. Razvidno je da su ispitanici najmanje zadovoljne sa kvalitetom svoje financijske situacije koju procjenjuju sa „vrlo nezadovoljan“ ($M=3,58$). Najčešće iskazuju nezadovoljstvo oko neujednačenih mogućnosti ostvarivanja statusa roditelja njegovatelja; dio roditelja (osobito majki) su nezaposleni, pa je prihod najčešće oca jedini izvor financiranja obitelji. Svi ispitanici ostvaruju uvećani dječji doplatak, a oko 10% ukupnog broja ispitanika zbog nezaposlenosti oba roditelja ostvaruju pravo na novčanu pomoć iz sustava socijalne skrbi – zajamčena minimalna naknada. Nakon koje slijedi nezadovoljstvo odnosom države prema njima koju procjenjuju kao „pretežno nezadovoljan“ ($M=3,76$). Smatraju da država treba više razumijevanja i primjerenih izvora (servisa) podrške pružiti roditeljima osoba s invaliditetom, te da se područje ranih intervencija ne može prepuštati samo na djelovanja ili samo na pretežito djelovanje organizacija civilnog društva. Također su nezadovoljni neujednačenom praksom ostvarivanja prava na osobnu invalidninu. Iskazuju nezadovoljstvo što „ne postoji jedno mjesto na kojem mogu dobiti sve potrebne informacije“, već najviše važnih informacija čuju u međusobnoj razmjeni iskustava i prikupljenih informacijama i na susretima u sklopu aktivnosti raznih projekata koje provode organizacije civilnog društva.

Ispitanici su najviše zadovoljni brojem i kvalitetom svojih prijateljstva ($M=5,76$) kao i odnosima sa svojom obitelji ($M=5,73$) – što predstavlja značajne izvore podrške u kriznim životnim situacijama i daje dodatnu snagu za suočavanje s problemima. Iskazuju značajno zadovoljstvo sudjelovanjem u raznim grupnim i iskustvenim susretima podrške, kao i tematskim razgovorima koje pak ponovo najčešće u zajednici organiziraju organizacije civilnog društva.

Ispitanici su zadovoljniji svojim mentalnim i tjelesnim zdravljem koje procjenjuju sa „pretežno zadovoljan“ ($M=5,71$ i $M=5,67$). Kao članovi grupa za podršku osjećaju se sigurnije i mnogi od njih razvili su osjećaj pripadnosti skupini roditelja u kojima mogu dobiti podršku i kako navode „trenutke za sebe“.

U okviru istog upitnika ispitanicima su bila ponuđena četiri pitanja na koja su odgovarale s „da“ ili „ne“. Tako rezultati odgovora na pitanje „Imate li nekoga koga možete nazvati „bliskim prijateljem“?“ pokazuju da je potvrdno odgovorilo 94%. Na pitanje „Da li ste se u prošlom tjednu vidjeli sa nekim prijateljem (posjetili prijatelja, Vas je posjetio prijatelj ili se sreli sa prijateljem van kuće ili posla/škole)“ potvrdno je odgovorilo također 89% ispitanika. Navedeno potvrđuje postojanje značajne (jake i razvijene mreže prijateljske podrške) naših korisnika (sudionika ovog ispitivanja) što je također značajan čimbenik za očuvanje mentalnog zdravlja, primjerene kvalitete života i dobra socijalna snaga za uključenost u aktivan život zajednici.

Na pitanje „Da li ste u protekloj godini bili optuženi za neko kazneno djelo“ svi ispitanici odgovorili su niječno. Od 45 ispitanika njih 6% izjasnilo se kao žrtve fizičkog nasilja u protekloj godini jer su na pitanje „Da li ste u protekloj godini bili žrtva fizičkog

nasilja?" odgovorili potvrdno. Ovo je otvorilo jednu vrlo bolnu životnu temu, a to je nasilje mladih s teškoćama u razvoju prema svojim roditeljima koji o njima vode svakodnevnu brigu, a isto se odnosi na udaranje, guranje, grebanje i čupanje roditelja prilikom obavljanja njege, osobne higijene ili drugim životnim situacijama prema kojima su osobe s teškoćama u razvoju u otporu.

Sveukupno zadovoljstvo životom prema aritmetičkoj sredini sviju čestica prema procjeni ispitanika dovodi do zaključka da su ispitanici pretežno zadovoljni svojim životom u cjelini ($M=5,14$) što možemo dijelom tumačiti i njihovim uključenosti u projektne aktivnosti podrške. Dobiveni rezultati u skladu s dobivenim rezultatom odgovora na prvo pitanje „Koliko ste u cjelini zadovoljni svojim životom danas?“ koji ponovo ukazuje na pretežno zadovoljstvo koje je sada ($M=5,00$), što se izravno može povezati sa sudjelovanjem korisnika u projektnim aktivnostima podrške, prorade životnih iskustava i osnaživanja, te stjecanje novih vještina značajnih za unapređenje prilagodbenih kapaciteta za život u sadašnjosti i budućnosti.

Pandemija covid-19 i posljedice katastrofalnog potresa donose nove nevolje ljudima. O onima uvjetovanim ratnim događanjima kao i nastalim posljedicama vrlo precizno i konkretno pišu autori Mirjana Krizmanić i Vladimir Kolesarić u radu Psihološke posljedice traumatskih događaja i kvaliteta života koji su 2000. godine predstavili na XII. Danima psihologije u Zadru.

Sada su uočljiva slijedeća stanja i teškoće koje zahtijevaju cjeloviti interdisciplinarni pristup i puno međuljudskog zalaganja: prekid normalnog života; nedostatak bazične sigurnosti; prevladavajući osjećaji bespomoćnosti, beznađa i besperspektivnosti; egzistencijalna ugroženost i nove životne situacije (život u organiziranim kontejnerski naseljima); obilje raznih gubitaka; i dalje prisutna prestrašenost i životna ugroženost; tjeskoba, depresija, poremećaj prilagodbe, PTSP i dr. Sve su to normalne reakcije na nenormalnu situaciju. Stoga je važno kod roditelja poticati održavanje emotivne topline, podržavanja, smirenosti i pružanja osjećaja sigurnosti, a svi skupa smo pozvani naučiti se živjeti u novi okolnostima jer nam je to uvjet preživljenja.

ZAKLJUČAK

Iz dobivenih rezultata može se zaključiti da su ispitanici najnezadovoljnije s vlastitom financijskom situacijom te odnosom države prema njima, što i ne čudi obzirom opisane životne situacije ispitanika.

Opća kriza, sve češće bešćutnost sustava i neizvjesna budućnost dodatno pojačavaju nezadovoljstvo i čine život u sadašnjosti (a i u budućnosti) nesigurnima. Ljudi gube povjerenje i nadu u bolje sutra. Potrebno ih je dodatno osnažiti i povezati, podučiti pokretanju vlastitih kapaciteta i usmjeriti na društveni aktivizam, a to je nastoje potaknuti organizacije civilnog društva. Smatram da je neophodno nastaviti s pružanjem

psihosocijalne podrške roditeljima djece i mladih s teškoćama u razvoju – upravo sada nakon doživljenih svih katastrofa, kako bi sačuvali svoje opće potencijale, motivaciju, životne dinamizme i neophodne pozitivne emocija za život u novim okolnostima, uz aktivno zauzimanje za sva prava koja su im država i društvo dužni osigurati.

Zaključno, mogu dodati još i slijedeće:

iz dobivenih rezultata je vidljivo da su se usluge psihosocijalne podrške pozitivno reflektirale na samo-procenu kvalitete života roditelja – *pretežno – vrlo zadovoljan*

na taj način roditelji ojačavaju svoje prilagodbene kapacitete za život u sadašnjosti i budućnosti

nadalje u radu s roditeljima potičemo razmišljanje da se problemi počnu doživljavati kao izazovi; potičemo prepoznavanja drugih izvora podrške u zajednici; potičemo rad na sebi u emotivnom, socijalnom i duhovnom smislu, te podjelu iskustava s drugim roditeljima

„Naposljedku, suština saznavanja nije u tome gubimo li igru, već kako gubimo, što s time spoznajemo, čemu nas je poraz naučio i kako nas to mijenja. Gubiti na određeni način znači – dobivati.“ Richard Bach

LITERATURA

1. <https://gov.hr/hr/psihosocijalna-podrška/730> - preuzeto 10. 5. 2021.
2. Maja Stjepanović, Tihana Jendričko¹ i Draženka Ostojić (2015.) Uloga socijalnog radnika u socioterapijskim i psihosocijalnim postupcima kod osoba s rizikom razvoja depresije uzrokovane stresnim životnim događajima. Socijalna psihijatrija 43; 36 – 43.
3. Poredoš Lavor D, Tomaić H, Mustapić J, Znika G. (2008.) Dnevna bolnica: društveno-medicinska sadašnjost i budućnost. Ljetopis socijalnog rada 15; 323-32.
4. Jukić V. (2013.) Psihijatrijsko-pravni aspekt nasilničkog ponašanja i model organizacije provođenja liječenja nasilnika. Socijalna psihijatrija 41; 184-96.
5. Woods M, Hollis F. (2000.) A Psychosocial Therapy. Casework. Boston: MacGraw-Hill Higher Education. 12-13.
6. Baron J. (2001.) Confusion of Group-Interest and Self-Interest in Parochial Cooperation on Behalf of a Group. J Conflict Resolution; 45: 37; 283-96.
7. Drummond DC, Perryman K. Psychosocial Interventions in Pharmacotherapy of Opioid Dependence: A Literature Review. Geneva: Background document prepared for third meeting of Technical development group (tdg) for the WHO „Guidelines for Psychosocially - https://www.who.int/substance_abuse/activities/psychosocial_interventions.pdf - preuzeto 10. 5. 2021.

8. Filis Muminović-Alić (2019.) Značaj socijalne podrške za zdravlje ljudi pri Odsjeku za psihologiju Filozofskom fakultetu Univerziteta u Sarajevu. - http://ff.unsa.ba/files/zavDipl/19_20/psi/Filis-Muminovic-Alic.pdf - preuzeto 10. 5. 2021.
9. <https://www.poliklinika-djeca.hr/za-roditelje/stresni-dogadaji/emocionalna-podrska-obitelji-djeteta-s-teskocama-u-razvoju/> - preuzeto 17. 2. 2017.
10. Krizmanić, Mirjana, Kolesarić, Vladimir. (1989.) Pokušaj konceptualizacije pojma "kvaliteta života". Primijenjena psihologija, 10; 179-184.
11. Lučev Ivana i Tadinac Meri (2008.) Kvaliteta života u Hrvatskoj – povezanost subjektivnih i objektivnih indikatora te temperamenta i demografskih varijabli s osvrtom na manjinski status. Migracijske i etničke teme 24; 1-2: 67–89.
12. Gojčeta Marijana, Joković Ines i Pinjatela Renata (2008.) Neki aspekti kvalitete života adolescenata sa i bez cerebralne paralize. Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja 44; 1: 39-47.
13. Restek-Petrović, Branka; Orešković-Krezler, Nataša; Bogović, Anamarija; Grah, Majda; Mayer, Nina; Mihanović, Mate (2010.) Kvaliteta života kroničnih psihotičnih bolesnika uključenih u višegodišnju psihodinamsku grupnu psihoterapiju. 5. hrvatski psihijatrijski kongres – poster.
14. Vuletić, Gorka, Mujkić, Aida (2002) Što čini osobnu kvalitetu života: Studija na uzorku Hrvatske gradske populacije. Liječnički vjesnik 124;2:64-70.
15. Krizmanić, Mirjana i Kolesarić, Vladimir (2000.) Psihološke posljedice traumatskih događaja i kvaliteta življenja // *XII. Dani psihologije u Zadru*. Zadar, 2000. 41-41 (predavanje, sažetak)

VEŠTAČKA INTELIGENCIJA I RAČUNARI KAO POMOĆ U ŠKOLSKOM I VANŠKOLSKOM OBRAZOVANJU DECE SA SMETNJAMA U RAZVOJU

ARTIFICIAL INTELLIGENCE AND COMPUTERS AS ASSISTANCE IN SCHOOL AND EXTRACURRICULAR EDUCATION OF CHILDREN WITH DEVELOPMENTAL DISABILITIES

Radaković Mladen¹, Nestorov Stevan², Radaković Katarina³

¹Univerzitet Singidunum, Elektrotehnika i računarstvo, Beograd

²NVO Pomoć porodici, Beograd

³Škola za obrazovanje dece sa smetnjama u razvoju „Radivoj Popović“, Zemun

SAŽETAK

Problem u komunikaciji dece sa smetnjama u razvoju je jedna od glavnih prepreka u njihovoj socijalizaciji i uključivanju u društvo. Računari, pametni uređaji i veštačka inteligencija mogu pomoći deci u napredovanju.

Veštačka inteligencija, u širem smislu, može da predstavlja računarski program koji simulira ponašanje inteligentnog bića. Program razvijen na toj osnovi je u mogućnosti da donosi odluke i prepoznaje pojave i šablone koje pre toga nikada nije imao prilike da vidi i da analizira. Aplikaciju veštačke inteligencije možemo videti svuda oko nas.

Moderan razvoj software-a omogućava programerima da uz minimalan napor iskoriste gotove platforme bazirane na mašinskom učenju i veštačkoj inteligenciji i prilagode ih svojim potrebama i jednostavnoj upotrebi.

Moguće aplikacije veštačke inteligencije u obrazovanju dece sa smetnjama u razvoju su različite. Multimedijalnost uređaja koji su dostupni deci i koje karakteriše mogućnost dužeg održavanja dečije pažnje se može iskoristiti za prepoznavanje, analizu i poredjenje video zapisa, zvuka i vežbu koordinacije pokreta, za razvoj komunikacije, socijalnih veština, kao i za različite dijagnostičke sisteme.

Sadržaj zasnovan na veštačkoj inteligenciji može omogućiti rad sa decom kako u školi, tako i kod kuće.

Rad je nastao kao deo projekta "Razvoj softvera za poboljšanje komunikacionih, akademskih i socijalnih veština dece sa smetnjama u razvoju".

Ključne reči: veštačka inteligencija, informacione tehnologije, interakcija, obrazovanje, specijalna edukacija, deca sa smetnjama u razvoju

ABSTRACT

The problem in the communication of children with disabilities is one of the main obstacles in their socialization and inclusion in society. Computers, smart devices and artificial intelligence can help children progress.

Artificial intelligence, in a broader sense, can be a computer program that simulates the behavior of an intelligent being. A program developed on that basis is able to make decisions and recognize phenomena and patterns that it has never had the opportunity to see and analyze before. We can see the application of artificial intelligence all around us.

Modern software development allows developers to use ready-made platforms based on machine learning and artificial intelligence with minimal effort and adapt them to their needs and use.

Possible applications of artificial intelligence in the education of children with disabilities are different. The multimedia of devices available to children and their ability to maintain children's attention for a long time can be used to recognize, analyze and compare videos, sound and exercise coordination, to develop communication, social skills, as well as for various diagnostic systems.

Content based on artificial intelligence can enable work with children both at school and at home.

This paper was created as part of the project "Development of software to improve communication, academic and social skills of children with disabilities."

Keywords: artificial intelligence, information technology, interaction, education, special education, children with disabilities

UVOD

Prateći razvoj obrazovnog sistema Evropske unije, u Srbiji je 2006. godine donesen Zakon o osnovama sistema obrazovanja i vaspitanja. Po njemu, omogućeno je obavezno i besplatno osnovno obrazovanje za sve državljane Republike Srbije. Posebno je naznačeno i da lica sa smetnjama u razvoju i invaliditetima imaju pravo na obrazovanje i vaspitanje koje uvažava njegove potrebe uz dodatnu podršku u nastavi u posebnoj vaspitnoj grupi ili školi. Novi Zakon o osnovama sistema obrazovanja i vaspitanja donet je 2017. godine bez promena u suštinskim vrednostima koje proklamuje. Ovaj Zakon naglašava da obrazovni sistem mora osigurati jednaka prava i pristup obrazovanju za svu decu, učenike i odrasle, bez diskriminacije.

U Srbiji je veliki broj dece sa smetnjama u razvoju iskoristilo zakonsku mogućnost i iz škola za decu sa smetnjama u razvoju prešlo u redovne škole gde rade po posebno pripremljenim programima i neretko uz pomoć ličnih pratilaca.

Problemi dece sa smetnjama u razvoju su raznovrsni a jedan od najznačajnijih je komunikacija sa nastavnicima i drugom decom. Ujedno je to i jedna od glavnih prepreka u njihovoj socijalizaciji i uključivanju u društvo. Izazovi dece sa smetnjama u razvoju su raznovrsni: problemi sa sluhom, vidom, izgovorom, komunikacijom...

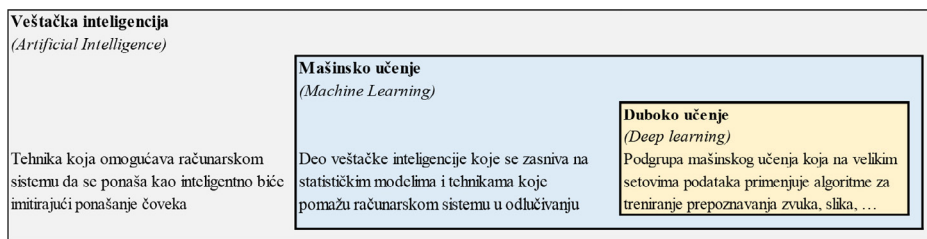
Računarska tehnologija u vidu telefona, tableta, računara i software-a mogu da pomognu deci u napredovanju i savladavanju nekih veština. Ovakvi uređaji se mogu koristiti i u školi i van škole, a rezultat može biti brže napredovanje deteta.

Jedna od naučno-tehničkih disciplina koja u tom zadatku može pomoći nastavnicima, roditeljima i deci je takozvana "veštačka inteligencija".

VEŠTAČKA INTELIGENCIJA U ŠIREM SMISLU

„Veštačka inteligencija“ je jako širok pojam koji je u direktnoj vezi sa računarstvom i programiranjem. Opisuje je veliki broj različitih definicija i pogleda na tu disciplinu. Ova naučna oblast se zasniva na korišćenju kako hardverskih tako i softverskih rešenja. Jedna od najčešće korišćenih definicija veštačke inteligencije govori o tome da se mašine (kućni uređaji, računari, roboti, letelice, vozila, telefoni, tableti, aplikacije, ...) nauče da rade, da se ponašaju i razmišljaju kao ljudi. Posmatrajući pet osnovnih ljudskih čula: vid, sluh, dodir, miris i ukus, kreiranje inteligentnih mašina se zasniva na sistemima koji se bavi: slušanjem, simuliranjem govora i razumevanju istog, simuliranjem vida, pokreta, razmišljanja i pamćenja.

Razvoj ove tehnologije je započeo ubrzo posle drugog svetskog rata (još davne 1956), a danas je zbog dostignutog stepena razvoja čipova i računara uopšte, upotreba ovakvih sistema značajno lakša, a primenljiva je na razne oblasti: naučne, istraživačke, poslovne, obrazovne, ...



Glavne pod-oblasti veštačke inteligencije su:

- Mašinsko učenje (*machine learning*): analiza podataka i predviđanje rezultata i
- Duboko učenje (*deep learning*): baziran na višeslojnim neuronskim mrežama, primenjuje se najčešće na izuzetno velikoj količini podataka.

PRIMENA VEŠTAČKE INTELIGENCIJE

Primena veštačke inteligencije u širem smislu su različite, mnogobrojne i već danas se može videti svuda oko nas:

- web sajt pretraživanja, internet preporuke, pomoć u prodaji preko interneta, prikaz informacija od interesa prilagođenih svakom korisniku, kao što su na primer: Google pretraživanje, Facebook preporuke, LinkedIn sugestije, Chat bot-ovi (automatizovani sistemi sa kojima korisnici mogu da komuniciraju), virtuelni asistenti, ...
- pametni kućni uređaji kao što su: pametni usisivači, sistemi koji kontrolišu takozvane pametne kuće (grejanje, hlađenje, ...), pametni filteri za vazduh, ovlaživači vazduha, ...

- navigacija vozila (automobili bez vozača, avioni, dronovi, helikopteri, robotizovana vozila, ...), prepoznavanje govora, pretvaranje teksta u govor (imitiranje govora),
- prepoznavanje oblika, rešavanje matematičkih problema, igranje kompjuterskih igara (misaone igre, šah, ...), ...
- primenom u medicini, sistem može pomoći u dijagnostici bolesti, pravljenju lekova, u pravljenju vakcina, ...
- primena u poljoprivredi omogućava mašinama da same odlučuju o akcijama nad biljkama i zemljištu, ...

U današnje vreme je implementacija veštačke inteligencije olakšana, pošto je razvijen veliki broj programskih jezika, modula i algoritama koji to omogućavaju bez velikog ulaganja u detalje i logiku. U programerskom, računarskom smislu, veliki broj unapred pripremljenih programskih biblioteka je dostupan svima, a pošto je većina njih otvorena i dostupna za sve zainteresovane, moguće je menjati ih, unapređivati i prilagođavati ličnim potrebama. Iako na izgled komplikovan sistem, zastrašujućeg naziva, danas je njegova implementacija izvodljiva bez mnogo problema.

Nakon osnovnog kreiranja ovakvih sistema, neophodno je da se predefinisani modeli „nauče“ da se ponašaju na način koji imitira ljudsko razmišljanje. Da bi sistem mogao da se pripremi za što bolji i efikasniji rad, neophodno je obezbediti što veći set podataka. Što je veći set podataka nad kojim se model kreira, rezultat i njegova priprema će biti bolja.

U primeni prepoznavanja govora i slika, najčešće koristimo pod-set veštačke inteligencije „mašinsko učenje“ i matematičke modele bazirane na njemu.

MOGUĆE PRIMENE VEŠTAČKE INTELIGENCIJE U OBRAZOVANJU DECE

Moguće primene veštačke inteligencije u obrazovanju dece (ne samo dece sa smetnjama u razvoju) su mnogobrojne i raznovrsne.

Mašinsko učenje se može primeniti u sledećim oblastima:

- analiza, poređenje, ocenjivanje ili prepoznavanje govora,
- prepoznavanje oblika, lica ili emocija,
- automatska računarska dijagnostika govora, ponašanja,
- kompjuterska dijagnostika vida,
- analiza koordinacije pokreta deteta,
- predviđanje ili prepoznavanje ponašanja, ...

Kreirani modeli zasnovani na veštačkoj inteligenciji mogu delimično ili u potpunosti zameniti specijalistu, nastavnika ili roditelja. Prilagođavanje potrebama i sposobnosti deteta je moguće zbog načina na koji ovakvi sistemi funkcionišu. Oni mogu da rade u okruženju i sa podacima koje nikada pre nisu imali prilike da obrađuju.

PRIMER PRIMENE VEŠTAČKE INTELIGENCIJE NA PREPOZNAVANJU ZVUKA

Ovaj rad je nastao kao pregled i deo projekta *“Razvoj softvera za poboljšanje komunikacionih, akademskih i socijalnih veština dece sa smetnjama u razvoju”*. Rad je rezultat saradnje NVO *“Pomoć Porodici”* i Škole za obrazovanje dece sa smetnjama u razvoju *„Radivoj Popović”* iz Zemuna.

Jednu od mnogobrojnih mogućih primena sistema mašinskog učenja prikazujemo na primeru prepoznavanja i obrade zvuka:

U slučaju analize zvuka, da bi računar mogao da obradi podatke i radi sa njima, potrebno je prvo izvršiti digitalizaciju (*sampling*):

Pretvaranje analognog zvučnog signala „u brojeve” se vrši u nekoliko koraka i na različite načine, u različitom kvalitetu (učestalost uzorkovanja, širina frekventnog pojasa, ...)

Nakon uzimanja sirovih podataka, za dalju obradu, neophodno je pripremiti ovakve podatke i matematički ih obraditi:

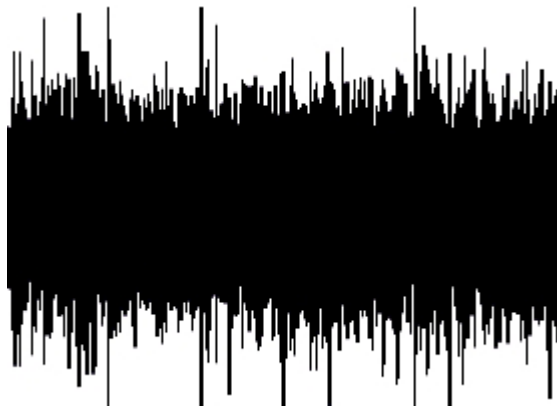
Normalizacija zvuka, primena Furijeove transformacije, primena različitih filtera, ... Svi ovi postupci se nazivaju: „procesi pred-procesiranja” audio signala

Da bi iz velikog broja podataka mogli da izvučemo relevantne informacije, potrebno je obraditi digitalni signal svaki put na isti način i iz njega izvući karakteristike koje ga opisuju

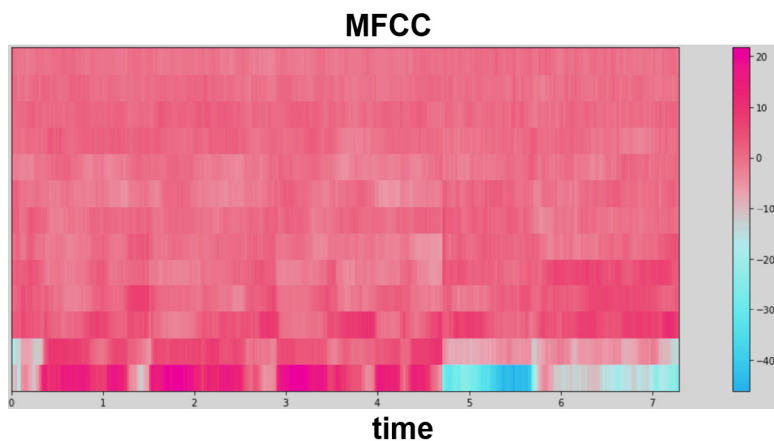
Neki od najčešće korišćenih algoritama za ekstrakciju i analizu zvučnih zapisa i njihovih specifičnosti i karakteristika iz unapred digitalizovanih i pripremljenih podataka iz neobrađenih zvučnih talasa su:

- Mel Frequency Cepstral Coefficients (MFCC) (iz 1980),
- Linear Prediction Coefficients (LPC),
- Linear Prediction Cepstral Coefficients (LPCC),
- Line Spectral Frequencies (LSF),
- Discrete Wavelet Transform (DWT) i
- Perceptual Linear Prediction (PLP);

Posmatrajući dobijeni grafički zapis audio signala, nemoguće je za ljudsko oko da prepozna iz zvučnog zapisa neko pravilo ili ga identifikuje. Za računar, mnoge operacije i akcije nad ovakvim signalima mogu biti jednostavne. Često se prepoznavanje zvučnih zapisa i rad sa njima zasniva na poređenju grafičkih zapisa.



Grafički prikaz digitalizovanog audio zapisa



Grafički prikaz obrađenog zvučnog signala korišćenjem MFCC algoritma

Ovako obrađen signal se koristi u svrhu poređenja sa drugim, postojećim audio zapisima. Ovako obrađeni podaci se koriste i za treniranje matematičkog modela koji se koristi u mašinskom učenju. MFCC algoritam služi da se iz audio signala izvuku neke specifičnosti i karakteristike koje opisuju taj signal. Najčešće se koristi algoritam za izvlačenje 12 parametara koji su vezani za amplitudu ili frekvenciju.

Izvučene karakteristike zvuka se mogu predstaviti u obliku slike-dijagrama. Prepoznavanje karakteristika zvuka se ovako svodi na poređenje sličnosti slika. One u sebi sadrže sve karakteristike i specifičnosti zvuka koji se analizira.

Matematičke metode koji se koriste u kreiranju modela koji čine sistem mašinskog učenja se zasnivaju na neuronima i neuronskim mrežama. Neuron predstavlja matematički model koji simulira rad ljudske ćelije za odlučivanje. Ponašanje svakog pojedinačnog neurona je precizno matematički definisano, tako da pod postavljenim uslovima daje određene rezultate. Kombinovanjem velikog broja neurona, njihovim organizovanjem u mreže, kao i njihovim grupisanjem, dobijaju se složeni matematički modeli koji preciznije ili manje precizno odgovaraju određenim zahtevima.

Najčešća praksa je da se veći deo pripremljenih podataka (80% na primer) iskoristi za takozvano „treniranje modela“, dok se preostali podaci koriste za proveru tačnosti modela. Menjanjem broja neuronskih ćelija, promenom broja sakrivenih neuronskih grupa ili njihovih tipova, aktivacionih koeficijenata ili vrste aktivacionih funkcija, menja se i uspešnost i kvalitet dizajniranog modela.

Kreirani računarski model se može iskoristiti u svrhu snimanja glasa deteta, analize glasa i procenu ispravnosti izgovora. Može se primeniti i na učenje deteta pravilnom izgovoru – gde bi računarski program mogao da proceni ispravnost izgovorenih reči i rečenica i istovremeno koriguje dete. Ovakav način dodatnog (van školskog) učenja dete može da shvati kao igru, a u realnosti je to izuzetan način da se pomogne i ubrza razvoj deteta.

Pored primene u audio analizi signala, mašinsko učenje se može primeniti na sličan način u obučavanju deteta u koordinaciji pokreta, prepoznavanju emocija, iskazivanju emocija itd.

Svako dete koje koristi ovakav računarski sistem može imati svoj profil, a nastavnici i roditelji mogu pratiti napredak deteta poredeći početne rezultate i uspeh deteta tokom vremena.

U današnje vreme, kada su računari moćni i dostupni svima, većina uređaja međusobno povezana, aplikacije bazirane na veštačkoj inteligenciji mogu omogućiti deci, roditeljima i nastavnicima korišćenje istih u školi ali i kod kuće.

To će ujedno značiti i brži napredak i savladavanje neophodnih veština kod dece. Korišćenjem ovakvog software-a u tabletima i mobilnim telefonima, koje deca retko ispuštaju iz ruku, nastavnici i roditelji mogu postići brži napredak i razvoj deteta.

Jedan od ciljeva budućeg rada na implementaciji veštačke inteligencije u obrazovanju dece je i da se proceni u kojoj meri primena sistema veštačke inteligencije može da doprinese edukaciji dece sa smetnjama u razvoju.

ZAKLJUČAK

Zbog načina na koji se sistemi veštačke inteligencije kreiraju i funkcionišu, lako se prilagođavaju svakom detetu, njegovim sposobnostima i potrebama. Za razliku od tradicionalnog učenja, učenje bazirano na ovakvim sistemima ne mora da bude ograničeno na određen prostor i vreme, već se može izvoditi kad god to detetu odgovara i u meri koja mu je prihvatljiva.

Korišćenjem računarskih aplikacija zasnovanim na veštačkoj inteligenciji, mnoge studije pokazuju da je dečija pažnja mnogo duža, a da sadržaj koji uče - mnogo lakše usvoje.

Pošto sistem baziran na mašinskom učenju nije jednostavan algoritam (ne ponaša se uvek isto), on se prilagođava sposobnostima i potrebi deteta koje ga koristi, pa tako dete vremenom može da dostigne svoj maksimum. Takođe, roditelji mogu da pomognu detetu u kućnim uslovima i da zajedno sa nastavnicima prate napredak svog deteta.

Razvoj i uključivanje sistema veštačke inteligencije u školsko i van školsko obrazovanje dece (sa smetnjama u razvoju) predstavlja budućnost i idealan dopunski alat za obrazovanje i razvoj.

LITERATURA

1. Nestorov S., Glumbić N., Nestorov V., Vukić J, Abramović Savić Lj. (2019). Reforma sistema obrazovanja dece u smetnjama u razvoju-evropski modeli
2. Nestorov S., Nestorov V., Abramović Savić Lj. (2013). Saopštenje u Medija centru „Naša iskustva u polju inkluzije“, <http://www.pomocporodici.org.rs/sr/nase-vesti/186-sapostenje-nasa-iskustva-na-polju-inkluzije>, Pomoć porodici, Beograd

**NIVO OČUVANOSTI MENTALNOG ZDRAVLJA OSOBA
SA MULTIPLIM SKLEROZOM**

**LEVEL OF PRESERVATION OF MENTAL HEALTH IN
PEOPLE WITH MULTIPLE SCLEROSIS**

Saša Stanisavljević, Ivana Bujanja, Živana Cukić

Univerzitet u Beogradu, Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju, Srbija

SAŽETAK

Kod osoba sa multiplom sklerozom, tok bolesti i sekundarne poteškoće, neretko, mogu rezultirati teškoćama u oblasti mentalnog zdravlja. Cilj ovog istraživanja je ustanoviti koji je nivo očuvanosti mentalnog zdravlja osoba sa multiplom sklerozom. S obzirom na trenutne uslove pandemije izazvane virusom COVID-19, istraživanje je sprovedeno online anketiranjem osoba sa multiplom sklerozom. Upitnik je bio dostupan ispitanicima u okviru Facebook grupa koje su namenjene međusobnoj podršci osoba sa multiplom sklerozom na području Balkana. Upitnik je konstruisan iz dva dela od kojih se prvi odnosi na opšte demografske podatke (pol, uzrast i tip MS), dok drugi obuhvata standardizovan merni instrument "Mental Health Inventory" (MHI) namenjen proceni mentalnog zdravlja osoba sa multiplom sklerozom i sastoji se od 18 ajtema koji obuhvataju 4 potkategorije (anksioznost, depresiju, kontrolu ponašanja i pozitivni afekat). Rezultati neparametrijskih analiza pokazuju da, na ukupnom uzorku ($N=65$), nema statistički značajne razlike u nivou mentalnog zdravlja među ispitanicima različitog pola, uzrasta ili sa različitim tipom multiple skleroze. Opažena je statistički značajna razlika u frekvencama kategorija varijabli pol, uzrast i tip MS, kao i u okviru međusobnog poređenja subskala na svim relacijama izuzev anksioznosti i pozitivnog afekta. S obzirom na veličinu i neujednačenost uzorka, predlaže se ponavljanje istraživanja na većem i reprezentativnijem uzorku.

Ključne reči: anksioznost, depresija, mentalno zdravlje, multipla skleroza, psihološki resursi

ABSTRACT

In people with multiple sclerosis, the course of the disease and secondary difficulties can often result in mental health difficulties. The aim of this research is to determine the level of mental health of people with multiple sclerosis. Given the current conditions of the pandemic caused by the COVID-19 virus, the research was conducted using an online survey. The questionnaire was available to respondents within the Facebook groups intended for mutual support of people with multiple sclerosis in the Balkans. The questionnaire is constructed of two parts, the first of which refers to general demographic data (gender, age and type of MS), while the second includes a standardized measuring instrument "Mental Health Inventory" (MHI) designed to assess the mental health of people with multiple sclerosis and consists of 18 items that include 4 subcategories (anxiety, depression, behavioral control and positive affect). The results of nonparametric analyzes show that, in the total sample ($N = 65$), there is no statistically significant difference in the level of mental health among subjects of different sex, age or with different types of multiple sclerosis. A statistically significant difference was observed in the frequencies of the categories of variables gender, age

and type of MS, as well as within the mutual comparison of subscales on all relations except anxiety and positive affect. Given the size and uneven distribution of subjects within the sample, it is proposed that the study should be repeated on a larger and more representative sample.

Key words: anxiety, depression, mental health, multiple sclerosis, psychological resources

UVOD

Hronične bolesti, kao što su oboljenja srca, krvnih sudova i bubrega i neurološka oboljenja (multipla skleroza, moždani udar i Parkinsonova bolest), utiču na mnogobrojne dimenzije života i funkcionisanja osoba koje od njih boluju (Kristofferzon et al., 2018).

Osobe koje boluju od hroničnih oboljenja suočavaju se sa nizom izazova među kojima se izdvajaju potreba da se nose sa simptomima bolesti, tretmanima, funkcionalnim oštećenjima uzrokovanim primarnim oboljenjem, komorbiditetom i često nepredvidivošću simptoma i progresije same bolesti. Zbog svega toga, kao neminovan ishod, javljaju se posledice na polju psihičkog, odnosno mentalnog zdravlja (Lysandropoulos & Havrdova, 2015; Bragazzi, 2013; van Mierlo et al., 2014; Hurt et al., 2012; Kaltsouda et al., 2011; Eisenberg et al., 2011). Usled velike rasprostranjenosti ovog problema, vremenom su razvijene teorije koje nastoje da bliže objasne problem sam po sebi, kao i mehanizme njegovog nastanka, a sve u cilju otkrivanja adekvatnih načina njegovog prevazilaženja. Prema jednoj teoriji, za depresiju kod hroničnih somatskih bolesti mogu biti odgovorni psihološki mehanizmi koji se javljaju kao odgovor na percipiranje bolesti od strane pacijenta ali i društva. Depresija kod obolelih od hroničnih somatskih bolesti može biti posledica stvaranja iracionalnih uverenja o samoj bolesti, a ta iracionalna uverenja su u osnovi kasnijeg razvoja depresivnog poremećaja (Thyer, Papsdorf & Kilgore, 1983; prema Miletić et al., 2009). Druga teorija, odnosi se na etiološku povezanost somatske i psihijatrijske bolesti, npr. kod cerebrovaskularnih bolesti, gde postoji trajno oštećenje moždanog tkiva uzrokovano somatskim poremećajem (Iacovides & Siamouli, 2008; Goodwin, 2006; prema Miletić et al., 2009). Framingamska studija pokazala je da je depresija važan faktor rizika za apopleksiju ili TIA kod pacijenata mlađih od 65 godina, dok druge studije pokazuju da je depresija u trećini slučajeva posledica apopleksije (Salaycik et al., 2007; Poynter et al., 2009; prema Miletić et al., 2009).

U literaturi možemo naći izveštaje koji govore o tome da osobe koje boluju od hroničnih bolesti navode da fizička ograničenja, simptomi, hronicitet bolesti, kao i njen progresivan tok negativno utiču na njihov sveukupni kvalitet života, a time neizostavno i na mentalno zdravlje. Sa druge strane, poznato je da način i resursi kojima osoba raspolaže za nošenje sa bolešću i svime što ona nosi, u velikoj meri utiču na iste

te aspekte svakodnevnog života (Lysandropoulos & Havrdova, 2015; Bragazzi, 2013; van Mierlo et al., 2014; Hurt et al., 2012; Kaltsouda et al., 2011; Eisenberg et al., 2011; Slightam et al., 2018).

Multipla skleroza je hronično, autoimuno inflamatorno oboljenje centralnog nervnog sistema, a u osnovi oboljenja nalazi se proces demijelinizacije usled čega se javljaju neurološke smetnje (Schwenkenbecher et al., 2019). Iako etiopatogeneza multiple skleroze nije u potpunosti poznata, za njen nastanak se vezuju različiti uzročnici a oni uključuju egzogene, sredinske i genetske faktore. Multiplu sklerozu karakteriše multifokalno oštećenje centralnog nervnog sistema (CNS) koje dovodi do oštećenja aksona, usled čega se ispoljavaju brojne smetnje u domenu motoričkog, senzornog i kognitivnog funkcionisanja kao i ponašanja (Kamińska et al., 2017; Lemus & Warrington, 2020; Wilski, Broła & Tomczak, 2019). Ove smetnje obuhvataju bol; zamor; piramidalnu, senzornu i cerebralnu disfunkciju; spasticitet; ukočenost i slabost; disfunkciju bešike i creva; seksualnu disfunkciju; i poremećaje raspoloženja (Beesley et al., 2018).

Mentalno zdravlje je dinamično stanje unutrašnje ravnoteže koje omogućava pojedincima da koriste svoje sposobnosti u skladu sa univerzalnim vrednostima društva. Osnovne kognitivne i socijalne veštine; sposobnost prepoznavanja, izražavanja i moduliranja sopstvenih emocija, kao i saosećanja sa drugima; fleksibilnost i sposobnost suočavanja sa nepovoljnim životnim događajima i funkcionisanja u društvenim ulogama; i skladan odnos između tela i uma predstavljaju važne komponente mentalnog zdravlja koje u različitom stepenu doprinose stanju unutrašnje ravnoteže (Galderisi et al., 2017). Kao što je već pomenuto, MS je hronična bolest, a osobe sa hroničnim bolestima suočavaju se sa nizom teškoća koje neizostavno utiču na psihološke aspekte ličnosti a samim tim i na mentalno zdravlje. Recimo, kod osoba sa MS neizvesnost ishoda terapijskih procedura, kao i potencijalni nuzefekti tretmana, značajno ometaju psihološko prilagođavanje pacijenata na uslove koje bolest postavlja i time značajno utiču na njihovo mentalno zdravlje (Minden et al., 2013).

Psihološki poremećaji, kod osoba sa MS, vezuju se za niži kvalitet života uslovljen primarnim oboljenjem, smanjen nivo funkcionisanja u polju socijalnih interakcija, visok stepen razvoja invaliditeta i povećanu smrtnost (Wilski et al., 2019). Izvor stresa i emocionalne napetosti obično su simptomi bolesti, njen neizvestan tok i njeni efekti na funkcionisanje pojedinca u aktivnostima svakodnevnog života (Nielsen-Prohl et al., 2013).

Neka od ranijih istraživanja daju, potencijalno nepouzdana, dokaze o tome da je mentalno zdravlje osoba sa MS značajno lošije u poređenju sa opštom populacijom (Feinstein, 2011; Marrie, Fisk, & Tremlett, 2015; prema Wilski et al., 2019). U rezultatima meta-analize koju su sproveli Boštoten i saradnici 2017. godine (Boeschoten, Braamse, & Beekman, 2017), a koja je obuhvatala 87.756 pacijenata sa MS, navodi se

da je prevalencija depresije iznosila 30.5%, a prevalencija anksioznosti 22.1%. Tauil sa saradnicima (Tauil et al., 2018) iznosi podatak da je veća prevalencija depresije i anksioznosti, kao i veća sklonost suicidalnim ideacijama zabeležena kod osoba sa MS u odnosu na opštu populaciju. Slične navode nalazimo i u istraživanju koje su sproveli Prakaš i saradnici (Prakash et al., 2019), u rezultatima ove studije navodi se da su ispitanici sa MS imali više skorove na skalama depresivnosti, izražavali veće poteškoće u regulisanju emocija i izveštavali o nižem, zdravstveno uslovljenom, kvalitetu života.

Poznato je, i u prethodnom delu teksta već opisano, da mentalno zdravlje osoba koje boluju od multiple skleroze može biti kompromitovano. Međutim, iako postoji veliki broj studija koje govore u prilog toj tvrdnji, rezultati tih studija ne mogu se uzeti zdravo za gorovo, zapravo većina autora u zaključku svoje studije iznosi stav o potrebi za daljim istraživačkim radom kako bi ti rezultati bili potvrđeni ili kako bi se odgovorilo na dodatna pitanja koja su se otvorila na osnovu istaknutih rezultata i zaključaka. U nastojanju da se dokuči odgovor više i da se dodatno doprinese rešenju ovog problema, predmet ovog istraživanja može biti predstavljen pitanjem: U kojoj meri je mentalno zdravlje osoba koje boluju od multiple skleroze narušeno, kao i koji faktori mogu uticati na njegov kvalitet? Kako bi se dobio odgovor na to pitanje, najpre je neophodno pojasniti termine koje ono obuhvata. U daljem tekstu ovog rada, biće korišćen termin mentalno zdravlje koji će označavati emocionalni status osoba sa MS. Pod time se podrazumeva utvrđivanje mere u kojoj su prisutan određeni psihološki problem, ali i kakve su psihološke snage pojedinca, odnosno resursi za prevazilaženje i kapaciteti da se konstruktivno reaguje u neprijatnim i teškim situacijama. Drugim rečima, jedna od varijabli istraživanja biće nivo očuvanosti mentalnog zdravlja, i ona će biti registrovana tako što će ispitanici vrednovati date tvrdnje, ponuđene u okviru standardizovanom mernog instrumenta. Konkretnije, visok nivo očuvanosti mentalnog zdravlja značće da kod pojedinca pretenduju resursi, dok će nizak nivo očuvanosti mentalnog zdravlja značiti da u skorovima preovladavaju psihološki problemi. Kada govorimo o faktorima koji mogu uticati na mentalno zdravlje, podrazumevamo uzrast i pol osobe (dakle, traži se odgovor na pitanje "Da li osnovne demografske karakteristike mogu igrati ulogu u nivou očuvanosti ili narušenosti mentalnog zdravlja?"), ali i tip, odnosno formu multiple skleroze (poznato je da u okviru različitih tipova multiple skleroze, klinička slika, a samim tim i simptomatologija, mogu varirati od veoma blage do veoma teške forme). Zbog toga su varijable u istraživanju podeljene na:

- uzrast (zabeležen je izjašnjavanjem ispitanika kroz ponuđene odgovore: <20/30; 31-50; i 51 i više godina)
- pol (zabeležen je izjašnjavanjem ispitanika kroz ponuđene odgovore: muški ili ženski)
- tip multiple skleroze (zabeležen je izjašnjavanjem ispitanika kroz ponuđene odgovore: benigni; relapsno remitentni; primarno progresivni; sekundarno progresivni; i progresivno relapsni)

- nivo očuvanosti mentalnog zdravlja (ispitan je izjašnjavanjem ispitanika kroz ponuđene odgovore koji se pored ukupnog skora, mogu vrednovati u okviru 4 subskele i time dati podatke o nivoima depresivnosti, anksioznosti, pozitivnog afekta i kontrole ponašanja koji su prisutni kod ispitanika. Nivo očuvanosti utvrđen je na osnovu ukupnog skora ispitanika na testu, pri čemu viši skor podrazumeva viši nivo očuvanosti mentalnog zdravlja.)

U istraživanju se pošlo od tri pretpostavke:

1. Nivo očuvanosti mentalnog zdravlja je veći kod ispitanika sa blažim oblicima bolesti.
2. Nivo očuvanosti mentalnog zdravlja je manji kod žena obolelih od multiple skleroze.
3. Nivo očuvanosti mentalnog zdravlja je najveći u srednjoj uzrasnoj grupi osoba sa multiplom sklerozom (31-50 godina).

Cilj ovog istraživanja je ustanoviti koji je nivo očuvanosti mentalnog zdravlja osoba sa multiplom sklerozom i koji faktori mogu uticati na taj nivo.

METOD

S obzirom na trenutnu situaciju globalne pandemije izazvane virusom COVID-19, istraživački rad obavljen je u restriktivnom okruženju. U skladu sa tim, istraživanje je sprovedeno primenom online upitnika, odnosno Google docs ankete. Anketa je konstruisana u dva nivoa. Prvi nivo se odnosi na prikupljanje osnovnih demografskih podataka i podrazumeva uzrast, pol i tip multiple skleroze od koje ispitanik boluje. Drugi nivo ankete podrazumeva prikupljanje podataka o karakteristikama mentalnog zdravlja ispitanika i obuhvata standardizovan merni instrument "Mental Health Inventory" (MHI) namenjen proceni mentalnog zdravlja osoba sa multiplom sklerozom. MHI se sastoji od 18 ajtema koji prikazuju ukupnu sliku o mentalnom zdravlju ali obuhvataju i 4 pod skale koje procenjuju nivoe: anksioznosti, depresivnosti, kontrole ponašanja i pozitivnog afekta. Pouzdanosti skale za procenu mentalnog zdravlja osoba sa multiplom sklerozom, kao i njenih subskala utvrđena je na osnovu Kronbahovog α -koeficijenta. Na nivou skale za procenu mentalnog zdravlja osoba sa multiplom sklerozom (MHI) u celini registrovana je visoka pouzdanost ($\alpha = .94$). Na subskalama su registrovani nešto niži koeficijenti. Tako, subskele depresivnosti ($\alpha = .89$), kontole ponašanja ($\alpha = .83$) i pozitivnog afekta ($\alpha = .86$) imaju dobru pouzdanost, dok je relijabilnost subskele anksioznosti ($\alpha = .72$) prihvatljiva. Upitnik je bio dostupan ispitanicima (osobama sa multiplom sklerozom) u okviru Facebook grupa: MULTIPLA SKLEROZA (MS) grupa podrške, MULTIPLA SKLEROZA SRBIJA, MULTIPLA SKLEROZA BOSNE I HERCEGOVINE, MULTIPLA SKLEROZA HRVATSKA, Multipla skleroza Balkan. Pretpostavlja se da su ispitanici čiji funkcionalni status to dozvoljava, upitnik popunjavali samostalno, dok je onima koji nisu bili u mogućnosti da samostalno popune anketu bilo potrebno posredstvo pomagača, izuzev toga anketa je anonimnog karaktera.

Istraživanje je vršeno na populaciji osoba sa multiplom sklerozom (N = 65, 86.2% ženskog pola). Uzorak istraživanja podeljen je u tri uzrasne kategorije na sledeći način: mlađa uzrasna kategorija <20-30 godina; srednja uzrasna kategorija 31-50 godina; i starija uzrasna kategorija 51 i više godina. Najveći deo uzorka činili su ispitanici koji pripadaju srednjoj uzrasnoj kategoriji (73.8%), drugi po brojnosti bili su ispitanici starije uzrasne kategorije (15.4%), dok je najmanje bilo ispitanika iz mlađe uzrasne kategorije (10.8%).

Uzorak je, dodatno, podeljen prema tipu multiple skleroze od koje ispitanik boluje. Najveći broj ispitanika ima dijagnostikovani relapsno remitentni tip (70.8%), potom slede primarno progresivni (12.3%) i benigni tip (10.8%), nešto manji broj ispitanika prijavio je progresivno relapsni tip (4.6%), dok je sekundarno progresivni tip najređi (1.5%). Detaljan prikaz distribucije uzorka predstavljen je u Tabeli 1.

U trenutim uslovima globalne pandemije uzrokovane virusom COVID-19, ispitanici su identifikovani u okviru Facebook grupa namenjenih za međusobnu podršku i komunikaciju osoba obolelih od multiple skleroze i u istraživanju će učestvovati popunjavanjem online ankete. S tim u vezi u pitanju je neslučajni – dobrovoljački uzorak istraživanja.

Tabela 1. Distribucija uzorka u odnosu na osnovne demografske podatke

Varijabla		f	%
Pol	Muški	9	13.8
	Ženski	56	86.2
Uzrast	<20 – 30	7	10.8
	31 – 50	48	73.8
	51 i više	10	15.4
Tip multiple skleroze	Benigni	7	10.8
	Relapsno remitentni	46	70.8
	Primarno progresivni	8	12.3
	Sekundarno progresivni	1	1.5
	Progresivno relapsni	3	4.6

U našem istraživanju, među ispitanicima postoji statistički značajna razlika u pogledu frekvenci kategorija na varijablama pol ($\chi^2 = 33.99$, $df = 1$, $p < .001$), uzrast ($\chi^2 = 48.22$, $df = 2$, $p < .001$) i tip multiple skleroze ($\chi^2 = 107.23$, $df = 4$, $p < .001$).

Dobijeni podaci, obrađeni su u statističkom program za obradu podataka IBM SPSS Statistics 26. Najpre je testirano postojanje ekstremnih vrednosti na nivou cele skale i sve četiri subskele, autlajeri nisu pronađeni

U daljem radu, prvenstveno su utvrđene deskriptivne mere svih numeričkih varijabli (skale i subskala). Potom su sprovedeni testovi infetencijalne statistike na nivou cele skale i testovi međusobnog poređenja subskala.

S obzirom da rezultati Šapiro-Vikl testa normalnosti raspodele pokazuju da empirijska distribucija mera na skali procene mentalnog zdravlja ($W = .95$, $p = .008$) statistički značajno odstupa od modela normalne raspodele, primenjeni su neparametrijski statistički testovi. Testiranje razlika na relaciji pol ispitanika i nivo mentalnog zdravlja vršeno je Man-Vitni testom. Testiranje razlika na relaciji uzrast ispitanika i nivo mentalnog zdravlja, kao i na relaciji tip multiple skleroze i nivo mentalnog zdravlja vršeno je Kraskal-Volis testom. Za međusobno poređenje subskala korišćen je Vilkokson test ekvivalentnih parova.

REZULTATI ISTRAŽIVANJA

Tabela 2. Opis numeričkih varijabli za ceo uzorak ($N = 151$, $Mint = 0.00$, $Maxt = 100.00$)

	Empirijski raspon			
	Min	Max	Mdn	IQR
Mentalno zdravlje	10.00	90.00	61.11	31.67
Anksioznost	16.00	88.00	56.00	26.00
Depresivnost	0.00	100.00	70.00	35.00
Kontrola ponašanja	0.00	100.00	70.00	40.00
Pozitivni afekat	0.00	95.00	50.00	45.00

U Tabeli 3 dat je opis numeričkih varijabli na poduzorku u odnosu na pol i uzrast ispitanika i tip multiple skleroze.

Tabela 3. Opis numeričkih varijabli prema polu, uzrastu i tipu multiple skleroze ($Mint = 0.00$, $Maxt = 100.00$)

		N	Empirijski raspon			
			Min	Max	Mdn	IQR
Mentalno zdravlje	M	9	38.89	88.89	62.22	20.56
	Ž	56	10.00	90.00	61.11	33.61
Mentalno zdravlje	ML	7	10.00	90.00	55.56	56.67
	SR	48	20.00	88.89	65.00	34.44
	ST	10	42.22	87.78	56.11	17.22
Mentalno zdravlje	T1	7	26.67	87.78	74.44	30.00
	T2	46	10.00	90.00	62.22	35.28
	T3	8	38.89	88.89	50.00	26.67
	T4	1	/	/	/	/
	T5	3	50.00	86.67	61.11	/

Napomena. M = muški pol; Ž = ženski pol; ML = <20-30 godina; SR = 31-50 godina; ST = 51 godina i više; T1 = benigni; T2 = relapsno remitentni; T3 = primarno progresivni; T4 = sekundarno progresivni; T5 = progresivno relapsni

Rezultati Man-Vitni testa pokazuju da razlika u nivou očuvanosti mentalnog zdravlja među muškarcima i ženama na celokupnom testu (MHI skala) nije statistički značajna ($U = 230.50, p > .05$).

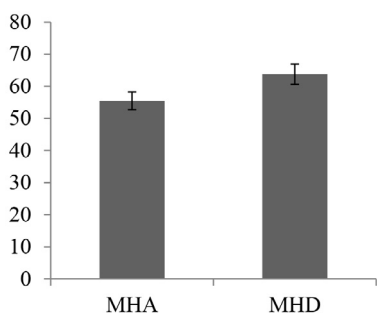
Rezultati Kruskal-Volis testa pokazuju da ne postoje statistički značajne razlike u nivoima mentalnog zdravlja ispitanika sa multiplom sklerozom različitog uzrasta ($H = 1.13, df = 2, p > .05$).

Rezultati Kruskal-Volis testa ukazuju da, među ispitanicima sa različitim oblikom multiple skleroze, ne postoji statistički značajna razlika u nivoima mentalnog zdravlja ($H = 2.28, df = 4, p > .05$).

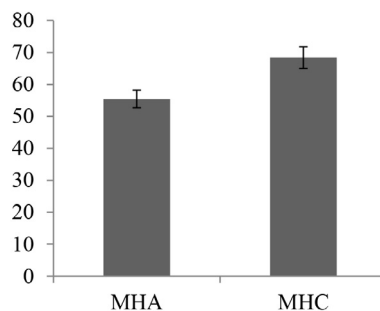
Primenom Vilkoksonovog testa ekvivalentnih parova, utvrđena je statistički značajna razlika između depresivnosti i anksioznosti ($Z = -4.00, p < .001$), između kontrole ponašanja i anksioznosti ($Z = -5.30, p < .001$), između kontrole ponašanja i depresivnosti ($Z = -2.60, p = .009$), između pozitivnog afekta i depresivnosti ($Z = -4.23, p < .001$) kao i između pozitivnog afekta i kontrole ponašanja ($Z = -2.60, p = .01$).

Sa druge strane, nije utvrđena statistički značajna razlika između pozitivnog afekta i anksioznosti ($Z = -1.60, p > .05$).

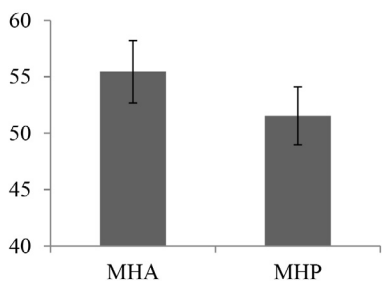
Deskriptivne mere koje prethode rezultatima Vilkoksonovog testa ekvivalentnih parova dati su u Tabeli 2.



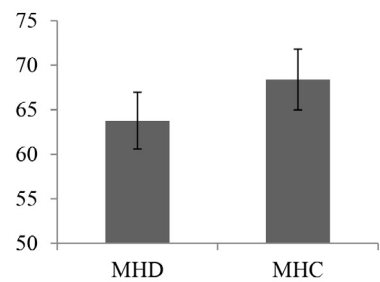
Slika 1. Odnos anksioznosti i depresivnosti



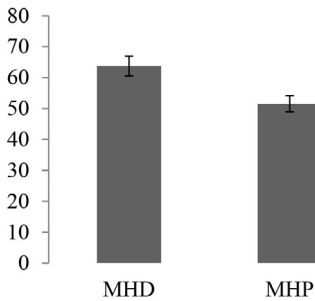
Slika 2. Odnos anksioznosti i kontrole ponašanja



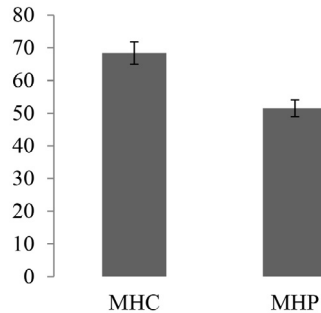
Slika 3. Odnos anksioznosti i pozitivnog afekta



Slika 4. Odnos depresivnosti i kontrole ponašanja



Slika 5. Odnos depresivnosti i pozitivnog afekta



Slika 6. Odnos kontrole ponašanja i pozitivnog afekta

DISKUSIJA I ZAKLJUČCI

Rezultati istraživanja su pokazali da među muškarcima i ženama nema statistički značajne razlike u odnosu na nivo očuvanosti mentalnog zdravlja ($U = 230.50, p > .05$), drugim rečima, druga istraživačka hipoteza nije potvrđena. Ovi nalazi saglasni su sa onima o kojima su izvestili Švorc i Frohner (Schwartz i Frohner, 2005) u okviru studije koja je imala za cilj da ispita ulogu demografskih, medicinskih i društvenih faktora u predviđanju mentalnog zdravlja kao dimenzije kvaliteta života osoba sa multiplom sklerozom. Ovi autori navode jedini demografski faktor koji se može dovesti u vezu sa mentalnim zdravljem osoba sa multiplom sklerozom predstavlja broj dece u porodici koji imaju manje od 21 godine, dok veza sa polom, uzrastom i bračnim statusom nije pronađena. Sa druge strane, Kasetta i saradnici (Casetta et al., 2009) sproveli su istraživanje koje je uključivalo 370 osoba sa multiplom sklerozom (265 ženskog pola). Istraživanje je imalo za cilj da utvrdi razlike u kvalitetu života kod muškaraca i žena sa multiplom sklerozom. Autori ovog istraživanja, izvestili su da je uticaj invaliditeta na kvalitet života statistički značajno veći kod muškaraca nego kod žena u domenu fizičkog funkcionisanja ($p < .01$), vitalnosti ($p < .01$), socijalnog funkcionisanja ($p < .01$), emocionalne dobrobiti ($p < .01$) i mentalnog zdravlja ($p < .01$).

Švorc i Frohner (Schwartz i Frohner, 2005) izvestili su o rezultatima istraživanja u kojima se navodi da uzrast nije jedan od faktora koji bi se mogao dovesti u vezu sa mentalnim zdravljem osoba sa multiplom sklerozom, rezultati našeg istraživanja saglasni su sa ovim navodima ($H = 1.13, df = 2, p > .05$).

Kada su u pitanju razlike u nivoima mentalnog zdravlja ispitanika sa različitim tipom multiple skleroze, naše istraživanje ukazuje na to da među grupama ne postoje statistički značajne razlike ($H = 2.28, df = 4, p > .05$). Sa druge strane, rezultati koje navode Kisić Tepavčević, Pekmezović i Drulović (2009) pokazuju da je kvalitet života procenjen upitnikom MSQoL-54 statistički značajno je korelirao sa kliničkim tokom

MS ($r = -.475, p = .001$ za PHC; $r = -.281, p = .003$ za MHC), što znači da su ispitanici sa relapsno remitentnim tokom multiple skleroze imali bolji kvalitet života uslovljen fizičkim i mentalnim zdravljem, u odnosu na one sa primarno progresivnom i sekundarno progresivnom formom bolesti.

Ovim istraživanjem je utvrđeno i da skorovi ispitanika u okviru subskala značajno variraju. Najviše ocene ispitanici su dostigli u okviru subskale kontrole ponašanja ($Mdn = 70.00, IQR = 40.00$) a najniže na subskali pozitivnog afekta ($Mdn = 50.00, IQR = 45.00$). Međutim, pretragom literature nisu identifikovana ranija istraživanja koja su tumačila rezultate na nivoima subskala, te bi iz tog razloga, bilo kakva objašnjenja rezultata našeg istraživanja bilo moguće dati samo u nivou pretpostavki.

Rezultati ovog istraživanja pokazuju da demografske karakteristike osoba sa multiplom sklerozom nemaju uticaj na nivo očuvanosti mentalnog zdravlja ovih osoba. Međutim, važno je imati na umu da je uzorak istraživanja neujednačen i da je moguće da bi se rezultati istraživanja razlikovali kada bi uzorak bio srazmerniji. Osim toga, za sticanje potpunije slike o statusu ispitanika bilo bi značajno imati uvid i u druge osnovne demografske podatke kao što su: kompletna klinička slika, obrazovni, socijalni i ekonomski status ispitanika, kao i period protekao od momenta uspostavljanja dijagnoze do trenutka učestvovanja u istraživanju (period privikavanja). Iz tog razloga, predlaže se da ovi podaci budu uvršteni u red osnovnih demografskih podataka u budućim istraživanjima.

LITERATURA

1. Beesley, R., Anderson, V., Harding, K. E., Joseph, F., Tomassini, V., Pickersgill, T. P., Robertson, N. P., & Tallantyre, E. C. (2018). Impact of the 2017 revisions to McDonald criteria on the diagnosis of multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis Journal*, 24(13), 1786–1787. <https://doi.org/10.1177/1352458518778007>
2. Boeschoten, R. E., Braamse, A. M. J., Beekman, A. T. F., Cuijpers, P., van Oppen, P., Dekker, J., & Uitdehaag, B. M. J. (2017). Prevalence of depression and anxiety in Multiple Sclerosis: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the Neurological Sciences*, 372, 331–341. <https://doi.org/10.1016/j.jns.2016.11.067>
3. Bragazzi, N. L. (2013). The Gap in the Current Research on the Link between Health Locus of Control and Multiple Sclerosis: Lessons and Insights from a Systematic Review. *Multiple Sclerosis International*, 2013, 1–8. <https://doi.org/10.1155/2013/972471>
4. Casetta, I., Riise, T., Wamme Nortvedt, M., Economou, N. T., De Gennaro, R., Fazio, P., ... Granieri, E. (2009). Gender differences in health-related quality of life in multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis Journal*, 15(11), 1339–1346. doi:10.1177/1352458509107016
5. Eisenberg, S. A., Shen, B. J., Schwarz, E. R., & Mallon, S. (2012). Avoidant coping moderates the association between anxiety and patient-rated physical functioning in heart failure patients. *Journal of Behavioral Medicine*, 35(3), 253–261. <https://doi.org/10.1007/s10865-011-9358-0>

6. Galderisi, S., Heinz, A., Kastrup, M., Beezhold, J., & Sartorius, N. (2017). Propozycja nowej definicji zdrowia psychicznego. *Psychiatria Polska*, 51(3), 407–411. <https://doi.org/10.12740/PP/74145>
7. Hurt, C. S., Landau, S., Burn, D. J., Hindle, J. V., Samuel, M., Wilson, K., & Brown, R. G. (2012). Cognition, coping, and outcome in Parkinson's disease. *International Psychogeriatrics*, 24(10), 1656–1663. <https://doi.org/10.1017/S1041610212000749>
8. Kaltsouda, A., Skapinakis, P., Damigos, D., Ikonomidou, M., Kalaitzidis, R., Mavreas, V., & Siamopoulos, K. C. (2011). Defensive coping and health-related quality of life in chronic kidney disease: A cross-sectional study. *BMC Nephrology*, 12(1), 28. <https://doi.org/10.1186/1471-2369-12-28>
9. Kamińska, J., Koper, O. M., Piechal, K., & Kemonia, H. (2017). Multiple sclerosis - etiology and diagnostic potential. *Postepy Higieny i Medycyny Doswiadczalnej (Online)*, 71, 551–563. <https://doi.org/10.5604/01.3001.0010.3836>
10. Kisić Tepavčević, D., Pekmezović, T., & Druilović, J. (2009). Kvalitet života bolesnika sa multiplom sklerozom. *Vojnosanitetski pregled*, 66(8), 645–650.
11. Kristofferzon, M. L., Engström, M., & Nilsson, A. (2018). Coping mediates the relationship between sense of coherence and mental quality of life in patients with chronic illness: a cross-sectional study. *Quality of Life Research*, 27(7), 1855–1863. <https://doi.org/10.1007/s11136-018-1845-0>
12. Lemus, H. N., & Warrington, A. E. (2020). *Since January 2020 Elsevier has created a COVID-19 resource centre with free information in English and Mandarin on the novel coronavirus COVID-19. The COVID-19 resource centre is hosted on Elsevier Connect, the company's public news and information. January.*
13. Lysandropoulos, A. P., & Havrdova, E. (2015). "Hidden" factors influencing quality of life in patients with multiple sclerosis. *European Journal of Neurology*, 22, 28–33. <https://doi.org/10.1111/ene.12801>
14. Miletić, V., Marotić, V., Pejović-Milovančević, M., & Peruničić, I. [2009]. Depresija i hronične somatske bolesti. *Psihijatrija danas*, 41(1-2), 55–64
15. Minden, S. L., Ding, L., Cleary, P. D., Frankel, D., Glanz, B. I., Healy, B. C., & Rintell, D. J. (2013). Improving the quality of mental health care in Multiple Sclerosis. *Journal of the Neurological Sciences*, 335(1–2), 42–47. <https://doi.org/10.1016/j.jns.2013.08.021>
16. Nielsen-Prohl, J., Saliger, J., Güldenbergh, V., Breier, G., & Karbe, H. (2013). Stress-stimulated volitional coping competencies and depression in multiple sclerosis. *Journal of Psychosomatic Research*, 74(3), 221–226. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2012.11.003>
17. Prakash, R. S., Schirda, B., Valentine, T. R., Crotty, M., & Nicholas, J. A. (2019). Emotion dysregulation in multiple sclerosis: Impact on symptoms of depression and anxiety. *Multiple Sclerosis and Related Disorders*, 36(September), 101399. <https://doi.org/10.1016/j.msard.2019.101399>

18. Schwartz, C., & Frohner, R. (2005). Contribution of Demographic, Medical, and Social Support Variables in Predicting the Mental Health Dimension of Quality of Life among People with Multiple Sclerosis. *Health & Social Work, 30*(3), 203–212. doi:10.1093/hsw/30.3.203
19. Schwenkenbecher, P., Wurster, U., Konen, F. F., Gingele, S., Sühs, K. W., Wattjes, M. P., Stangel, M., & Skripuletz, T. (2019). Impact of the McDonald Criteria 2017 on Early Diagnosis of Relapsing-Remitting Multiple Sclerosis. *Frontiers in Neurology, 10*(March), 1–8. <https://doi.org/10.3389/fneur.2019.00188>
20. Slightam, C. A., Brandt, K., Jenchura, E. C., Lewis, E. T., Asch, S. M., & Zulman, D. M. (2018). "I had to change so much in my life to live with my new limitations": Multimorbid patients' descriptions of their most bothersome chronic conditions. *Chronic Illness, 14*(1), 13–24. <https://doi.org/10.1177/1742395317699448>
21. Tauil, C. B., Grippe, T. C., Dias, R. M., Dias-Carneiro, R. P. C., Carneiro, N. M., Aguiar, A. C. R., da Silva, F. M., Bezerra, F., de Almeida, L. K., Massarente, V. L., Giovannelli, E. de C., Tilbery, C. P., Brandão, C. O., Santos, L. M. B., & dos Santos-Neto, L. (2018). Suicidal ideation, anxiety, and depression in patients with multiple sclerosis. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria, 76*(5), 296–301. <https://doi.org/10.1590/0004-282x20180036>
22. van Mierlo, M. L., Schröder, C., van Heugten, C. M., Post, M. W. M., de Kort, P. L. M., & Visser-Meily, J. M. A. (2014). The influence of psychological factors on Health-Related Quality of Life after stroke: A systematic review. *International Journal of Stroke, 9*(3), 341–348. <https://doi.org/10.1111/ijvs.12149>
23. Wilski, M., Broła, W., & Tomczak, M. (2019). Health locus of control and mental health in patients with multiple sclerosis: Mediating effect of coping strategies. *Research in Nursing and Health, 42*(4), 296–305. <https://doi.org/10.1002/nur.21955>

ULOGA NASTAVNIKA U PREVENCIJI PROBLEMA U PONAŠANJU KOD UČENIKA U OSNOVNOJ ŠKOLI

THE ROLE OF TEACHERS IN THE PREVENTION OF BEHAVIORAL PROBLEMS IN PRIMARY SCHOOL STUDENTS

Suljkanović Djedović Emina², Kuralić-Čišić Lejla¹, Jahić Adela¹, Bijedić Meliha¹

¹Univerzitet u Tuzli, Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet, Bosna i Hercegovina

²JU Osnovna škola "Klokotnica", Bosna i Hercegovina

SAŽETAK

Cilj rada je utvrditi povezanost zastupljenosti pojedinih faktora rizika i učešća nastavnika u ostvarivanju preventivnog djelovanja škole. Uzorak ispitanika u ovom istraživanju čine 450 učenika osnovne škole, oba spola. Istraživanje je realizovano u Općini Doboj Istok i Gračanica, i to u osnovnoj školi Klokotnica, Brijesnica, Lukavica i Hasan Kikić. Primijenjena su tri upitnika, dva standardirana: ASEBA Youth Self-Report - YRS (Achenbach, 2007.) i Modificirani upitnik za procjenu nivoa rizičnosti/potreba (YLS/MCI) autora Andrews i Hoge (1994) i jedan kreiran za potrebe istraživanja. Za obradu podataka korišteni je statistički program SPSS 20.0. za operativni sistem Microsoft Windows. U dokazivanju metrijskih svojstava skala korišten je Cronbach alfu koeficijent. U odradi podataka korištene su metode deskriptivne statistike, t-test, ANOVA, diskriminacijska funkcija i regresijska analiza. Rezultati regresijske analize pokazuju da su značajni prediktori: slab školski uspjeh, ponavljanje razreda, velik broj neopravdanih izostanaka, neprimjeren odnos prema nastavnicima/autoritetima, neprimjeren ponašanje prema vršnjacima u školi. S obzirom na predznak koji je vezan uz pojedine koeficijente može se zaključiti da je učešće nastavnika u ostvarivanju preventivnog djelovanja škole veoma važna stavka, kada je u pitanju djelovanje na rizične faktore na nivou škole.

Gljučne riječi: rizična ponašanja na nivou škole, nastavnici, prevencija.

ABSTRACT

The aim of this paper is to determine the relationship between the representation of individual risk factors and the participation of teachers in the implementation of preventive action of the school. The sample of respondents in this study consists of 450 primary school students, both sexes. The research was conducted in the municipalities of Doboj Istok and Gračanica, in the primary schools Klokotnica, Brijesnica, Lukavica and Hasan Kikić. Three questionnaires were applied, two standardized: ASEBA Youth Self-Report - YRS (Achenbach, 2007) and the Modified Questionnaire for Assessing the Level of Risk / Needs (YLS / MCI) by Andrews and Hoge (1994) and one created for research purposes. The statistical program SPSS 20.0 was used for data processing. for Microsoft Windows. The Cronbach's alpha coefficient was used to prove the metric properties of the scales. Descriptive statistics methods, t-test, ANOVA, discriminant function and regression analysis were used in data processing. The results of the regression analysis show that the significant predictors are: poor school performance, grade repetition, a large number of unjustified absences, inappropriate attitude towards teachers / authorities, inappropriate behavior towards peers at school. Considering the sign related to certain coefficients, it can be concluded that the participation of teachers in the implementation of preventive action of the school is a very important item, when it comes to acting on risk factors at the school level.

Key words: risky behaviors at the school level, teachers, prevention.

UVOD

Prevenciju rizičnih ponašanja kod djece potrebno je usmjeriti na najranije djetinjstvo, a posebno na razdoblje školovanja tokom kojeg se, osim akademskih znanja i vještina, stiču i vještine potrebne za svakodnevno funkcioniranje i kvalitetnu integraciju pojedinca u društvo. Savremena znanost prevenciju određuje kao proces sadržan u djelovanju na razvoj individue, pri čemu je razvoj shvaćen kao složeni proces postepenog progresivnog mijenjanja i usložnjavanja ličnosti koji se odvija od prvih dana po rođenju, pa do zrelosti ili kraja života, sa krajnjim ciljem formiranja cjelovite, dobro integrisane, socijalizovane i zrele ličnosti (Berk, 2000, Oetting, Donnermeyer, 1998; prema Popović-Ćitić, Žunić-Pavlović, 2005., Popović-Ćitić, 2005, 2007., Popović-Ćitić, Popović, 2009). Dakle, prevencija je humani imperativ, jer sva različita rizična ponašanja djece i mladih proizvode veliku bol i patnje, ne samo djeci i mladima, nego i cijeloj zajednici, na različite načine (Bašić i sar, 2007, Bašić, 2009).

Uobičajeni način klasifikacije faktora rizika koji je zastupljen u stručnoj literaturi polazi od razlikovanja dvije osnovne kategorije ovih faktora: unutrašnjih, odnosno individualnih karakteristika pojedinca i spoljašnjih, odnosno sredinskih uticaja koji mogu imati negativno dejstvo na razvoj i ponašanje individue (Catalano, Loeber & McKinney; Dodge, prema Anderson, Scott, 2012). Zapravo, može se smatrati da u osnovi problema faktora rizika jesu različiti uticaji sredine na ponašanje individue. Sredinski uticaji mogu se manifestovati na različite načine, od najneposrednijeg uticaja porodice do posrednih uticaja škole i lokalne zajednice (Mahmutović, 2015).

Djeca dolaze u školu sa usvojenim obrascima ponašanja, koje će vjerovatno ponavljati i koristiti i u školi. Ukoliko se radi o neprimjerenim obrascima ponašanja, uvećava se rizik za javljanje školskog neuspjeha i dalji razvoj i usložnjavanje nepoželjnih ponašanja (Sprague & Walker, 2000.). Prema tome, faktori rizika u školi mogu se pojaviti kao rezultat uticaja individualnih karakteristika djeteta i njegovih porodičnih prilika, tako što one utiču na djetetovo ponašanje u školi, odnos prema školi i školskom radu. Ukoliko dijete ne ostvaruje zadovoljavajući uspjeh u školi, može se javiti negativan odnos djeteta prema školi, udaljavanje od škole, usvajanje neprimjerenih obrazaca ponašanja, druženje sa delinkventnim vršnjacima itd.

Kao najznačajnije faktore rizika u školi mogu se izdvojiti odlike odnosa između nastavnika i učenika u nastavnom procesu; način donošenja, sadržaj i primjenu pravila ponašanja u školi; očekivanja od strane nastavnika u pogledu rezultata koje učenici treba da postignu u školskom radu; sadržaj i kvalitet saradnje škole i porodice; materijalno-tehničke uslove rada u školi. Odlike odnosa između nastavnika i učenika u nastavnom procesu. Ukoliko su nastavnici usmjereni samo na nastavne sadržaje i procese njihovog usvajanja, bez zainteresovanosti i odgovornosti za druge aspekte razvoja i funkcionisanja učenika, značajno se umanjuju mogućnosti za uspostavljanje značajnih interakcija između nastavnika i učenika (Žižak, 2010).

Razvijanje interpersonalnih odnosa između nastavnika i učenika, kojima nije cilj samo savladavanje nastavnog gradiva, već i razvijanje odnosa povjerenja, podrške i razumijevanja, značajno je sa stanovišta razvijanja pozitivnog odnosa učenika prema školi. Ukoliko od strane nastavnika izostane podrška i pozitivan podsticaj, vjerovatnije je da će se kod učenika razviti negativan odnos prema školi i nepoželjni oblici ponašanja (Velki, Vrdoljak, 2012). Stavovi nastavnika prema učenicima i njihovom ponašanju značajno utiču na buduće ponašanje učenika, osjećaj pripadnosti školi i stepen angažovanja u nastavnim i školskim aktivnostima, što se može reflektovati na rezultate u radu učenika. Sve navedeno značajno predodređuje da li će školska sredina predstavljati faktor rizika za razvoj nepoželjnih ponašanja kod učenika.

Cilj rada je utvrditi povezanost zastupljenosti pojedinih faktora rizika i učešća nastavnika u ostvarivanju preventivnog djelovanja škole.

U istraživanju se pošlo od hipoteze da postoji statistički značajna povezanost zastupljenosti pojedinih faktora rizika i učešća nastavnika u ostvarivanju preventivnog djelovanja škole.

METODE

Uzorak ispitanika

Uzorak ispitanika u ovom istraživanju čine 450 učenika osnovne škole, oba spola. Istraživanje je realizovano u Općini Doboj Istok i Gračanica, i to u osnovnoj školi Klokočnica, Brijesnica, Lukavica i Hasan Kikić. Početni korak u istraživanju jeste istraživanje stavova nastavnika i učenika, o rizičnom ponašanju, kao i rasprostranjenosti nasilja u školi. Metodom slučajnog uzorka izabrani su sedmi i osmi razredi.

Način provođenja istraživanja i mjerni instrumenti

Istraživanje je provedeno u prvom polugodištu školske 2017/18. godine nakon što je provođenje istraživanja odobreno od strane Ministarstva nauke, kulture i sporta Tuzlanskog kantona, dobivena saglasnost roditelja za anketiranje, kao i direktora škola i Nastavničkog vijeća, u kojoj je istraživanje realizovano. Učenicima je u razredu na početku časa predviđenom za provođenje istraživanja objašnjen način popunjavanja upitnika. Sam proces ispitivanja trajao će jedan školski čas. Podaci su prikupljeni uz osiguravanje anonimnosti ispitanika, što je doprinijelo dobivanju iskrenih i realnijih odgovora.

Realizaciji istraživanja u osnovnoj školi prethodila je analiza zakonskih, podzakonskih akata i pravilnika koji čine osnovu ostvarivanja preventivnog djelovanja škole. Takođe su anketirani i nastavnici, u svrhu prikupljena značajnih podataka o ostvarivanju preventivne funkcije škole.

Primijenjena su tri upitnika, standardizirani Achenbahov integrisani sistem procjene, verzija za samoprocjenu adolescenata (ASEBA Youth Self-Report - YRS, Achenbach, 2001). Instrument mjeri adaptivno funkcionisanje, odnosno kompetencije i mala-daptivno funkcionisanje, odnosno bihevioralne, emocionalne i socijalne probleme u dobi od 11 do 18 godina. Instrument sadrži osam sindrom-specifičnih skala koje mjere probleme sa tendencijom udruženog pojavljivanja i to su: Anksioznost-depresivnost, Povučenosť-depresivnost, Somatske pritužbe, Socijalni problemi, Problemi mišljenja, Problemi pažnje, Ponašanje kojim se krše pravila i Agresivno ponašanje.

Za prikupljanje podataka o stepenu rizika korišten je Modificirani upitnik za procjenu nivoa rizičnosti/potreba (YLS/MCI) autora Andrews i Hoge (1994). Konstruisan je s namjerom identifikacije rizičnih faktora i njihova intenziteta (vrlo visok, visok, umjeren i nizak), te definiranja potreba djece i mladih s poremećajima ponašanja ili u riziku za poremećaje s adekvatnom intervencijom.

Upitnik za pod nazivom „Prevenција poremećaja u ponašanju“ kreiran za potrebe istraživanja ovog magistarskog rada s ciljem procjene svijesti i aktivnosti nastavnika u osnovnim školama na polju prevencije poremećaja ponašanja djece i mladih.

Statistička obrada podataka

Za obradu podataka korišteni je statistički program SPSS 20.0. za operativni sistem Microsoft Windows. U dokazivanju metrijskih svojstava skala korišten je Cronbach alfu koeficijent. U odradi podataka korištene su metode deskriptivne statistike, t-test, ANOVA, diskriminacijska funkcija i regresijska analiza.

REZULTATI ISTRAŽIVANJA I DISKUSIJA

U rezulkatima istraživanja su predstavljeni rizični faktori na nivou škole, njihova refleksija na poremećaje ponašanja i emocionalne probleme djece u relaciji sa učešćem nastavika u ostvarivanju preventivnog djelovanja škole.

U tabeli 1. prikazani su rezultati regresijske analize za kriterij učešća nastavnika odnosno koeficijenti korelacije i determinacije kao i razina statističke značajnosti.

Tabela 1. Rezultati regresijske analize

R	R Square	Std. Error of the Estimate	F Change	df1	df2	Sig. F Change
,477a)	,377	,378	4,518	18	266	,000

Koeficijet determinacije koji pokazuje mjeru zajedničkog varijabiliteta varijabli kriterija i prediktora iznosi .377 i objašnjava 38 % zajedničke varijance a statistički je značajan na razini 0,000. Standardna greška prognoze kriterija je .378 i pokazuje o kolikoj se nesigurnosti radi kod predviđanja kriterija kroz 5 varijabli prediktora. Značajnost koeficijenta multiple korelacije iznosi (0.477), a vrijednost F-testa je 4.518.

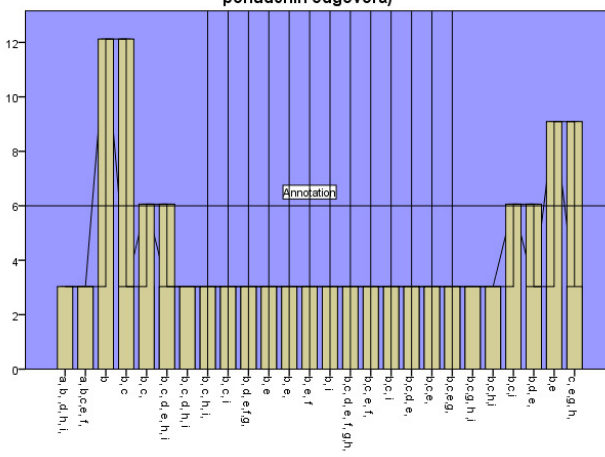
Tabela 2. Rezultati regresijske analize za kriterij učešće nastavnika u ostvarivanju preventivnog djelovanja škole

Varijable	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
Slab školski uspjeh	-,385	,032	-,473	-,060	,000
Ponavljanje razreda	-,431	,043	-,554	-,721	,000
Velik broj neopravdanih izostanaka	,328	,048	,215	,189	,001
Neprijmjeran odnos prema nastavnicima/autoritetima	-,351	,073	-,532	-,387	,003
Neprijmjereno ponašanje prema vršnjacima u školi	,019	,084	,020	,252	,002

Prediktorske varijable činilo je 5 varijabli koje opisuju rizične faktore na nivou škole. Kriterijska varijabla bilo je učešće nastavnika u ostvarivanju preventivnog djelovanja škole. Varijable koje su presudne za predikciju eksternaliziranih i internaliziranih ponašanja djece na nivou škole.

Iz Tabele 2. je vidljivo da su značajni prediktori sljedeće varijable: slab školski uspjeh, ponavljanje razreda, velik broj neopravdanih izostanaka, neprijmjeran odnos prema nastavnicima/autoritetima, neprijmjereno ponašanje prema vršnjacima u školi. S obzirom na predznak koji je vezan uz pojedine koeficijente može se zaključiti da je učešće nastavnika u ostvarivanju preventivnog djelovanja škole veoma važna stavka, kada je u pitanju djelovanje na rizične faktore na nivou škole.

Preventivne aktivnosti u kojima sudjeluju nastavnici (mogli su zaokruziti više ponuđenih odgovora)

**Grafikon 1.** Preventivne aktivnosti nastavnika

Rezultati pokazuju da 3% nastavnika odgovara da kada su u pitanju preventivne aktivnosti u kojima učestvuju da rade na način da provode a) Preventivne radionice, b) Saradnja s roditeljima i upoznavanje roditelja o posljedicama ponašanja učenika, d) Saradnja nastavnika, h) Razvijanje samopoštovanja kod učenika i i) Prihvaćanje različitosti.

3% nastavnika odgovara da kada su u pitanju preventivne aktivnosti u kojima učestvuju da rade na način da provode preventivne a) Preventivne radionice, b) Saradnja s roditeljima i upoznavanje roditelja o posljedicama ponašanja učenika, c) Učestaliji razgovori s učenicima i upoznavanje učenika s posljedicama njihova ponašanja, e) Saradnja sa stručnim saradnicima i f) Individualizirana nastava.

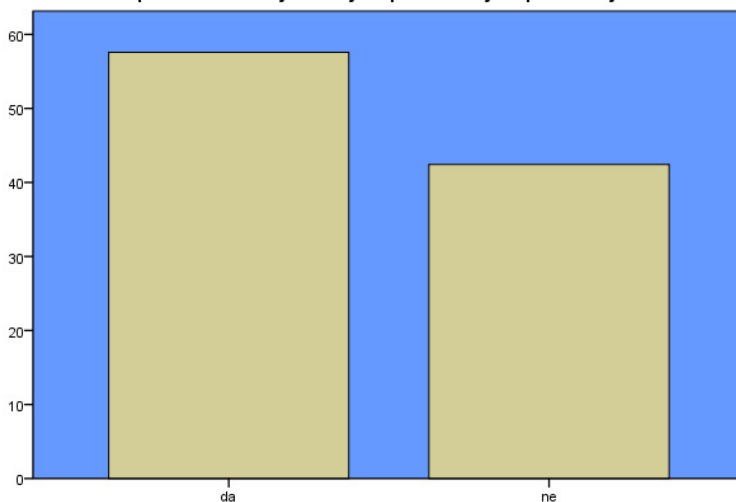
12.1 % nastavnika odgovara da kada su u pitanju preventivne aktivnosti u kojima učestvuju da rade na način da provode b) Saradnja s roditeljima i upoznavanje roditelja o posljedicama ponašanja učenika. 3% nastavnika odgovara da kada su u pitanju preventivne aktivnosti u kojima učestvuju da rade na način da provode b) Saradnja s roditeljima i upoznavanje roditelja o posljedicama ponašanja učenika i c) Učestaliji razgovori s učenicima i upoznavanje učenika s posljedicama njihova ponašanja. 6,1 % nastavnika odgovara da kada su u pitanju preventivne aktivnosti u kojima učestvuju da rade na način da provode b) Saradnja s roditeljima i upoznavanje roditelja o posljedicama ponašanja učenika i c) Učestaliji razgovori s učenicima i upoznavanje učenika s posljedicama njihova ponašanja. 3% nastavnika odgovara da kada su u pitanju preventivne aktivnosti u kojima učestvuju da rade na način da provode b) Saradnja s roditeljima i upoznavanje roditelja o posljedicama ponašanja učenika, d) Saradnja nastavnika, e) Saradnja sa stručnim saradnicima, h) Razvijanje samopoštovanja kod učenika i i) Prihvaćanje različitosti. 3% nastavnika odgovara da kada su u pitanju preventivne aktivnosti u kojima učestvuju da rade na način da provode b) Saradnja s roditeljima i upoznavanje roditelja o posljedicama ponašanja učenika, d) Saradnja nastavnika, e) Saradnja sa stručnim saradnicima, h) Razvijanje samopoštovanja kod učenika i i) Prihvaćanje različitosti.

9.1 % nastavnika odgovara da kada su u pitanju preventivne aktivnosti u kojima učestvuju da rade na način da provode b) Saradnja s roditeljima i upoznavanje roditelja o posljedicama ponašanja učenika i e) Saradnja sa stručnim saradnicima. 3% nastavnika odgovara da kada su u pitanju preventivne aktivnosti u kojima učestvuju da rade na način da c) Učestaliji razgovori s učenicima i upoznavanje učenika s posljedicama njihova ponašanja, e) Saradnja sa stručnim saradnicima, g) Organizacija aktivnosti u kojima sudjeluju učenici (sportske, muzičke, likovne, literarne aktivnosti...) i h) Razvijanje samopoštovanja kod učenika.

Škola predstavlja sredinu u kojoj može biti veoma izražen negativan uticaj vršnjaka na ponašanje pojedinca. To se može objasniti time što dijete usljed različitih faktora može naići na nerazumijevanje, neprihvatanje ili odbacivanje od strane vršnjaka,

što za posljedicu može imati pojavu nepoželjnih ponašanja i vezivanje za one vršnjake koji imaju slične probleme i status u školi. Prema tome, prihvatanje negativnih vršnjačkih uticaja javlja se kao posljedica neprihvatanja ili odbacivanja pojedinca od strane prosocijalnih vršnjaka. Vršnjačko odbacivanje predstavlja značajan rizik za prihvatanje nepoželjnih ponašanja i vrijednosti delinkventnih vršnjačkih grupa (Bilić, 2010).

Broj nastavnika koji sudjeluju na stručnim aktivima, seminarima ili radionicama na kojima se mogu upoznati s metodskim pristupima i stručnim licima koje se bave preventivnim djelovanjem poremećaja u ponašanju



Grafikon 2. Učešće nastavnika u različitim oblicima edukacije koje tretiraju oblast preventivnog djelovanja u školi

Na pitanje Sudjelujete li na stručnim aktivima, seminarima ili radionicama na kojima se možete upoznati sa preventivnim djelovanjem učitelja, od ukupno 33 osobe, njih 19 je odgovorilo sa DA, te je iznos u procentima 57.6%, dok je njih 14 odogovorilo sa NE, što je u procentima 42.4%.

Školsko okruženje se smatra kao jedan od najutjecajnijih socijalizacijskih domena u životu djeteta (Bašić i sar, 2002). Osjećaj pripadnosti školi i školski uspjeh pokazali su se značajnim negativnim prediktorima agresivnoga i rizičnoga spolnog ponašanja (Pavlović, Žunić Pavlović, 2012). S obzirom na to da lak pristup školama osigurava dosljedne rezultate povezanosti između školskih faktora i problematičnog ponašanja programi prevencije koji su bazirani na to da pokušaju zadržati adolescente u školi i akademski uspjeh su vidjeli kao sredstvo prevencije preko djetinjstva do adolescencije (Mihić, Bašić, 2008).

ZAKLJUČAK

Preventivno djelovanje ili funkcija škole ostvarit će se preduzimanjem različitih mjera i aktivnosti kojima se sprečava javljanje nepoželjnih ponašanja, razvijaju kompetencije i pozitivna svojstva ličnosti, podstiču prosocijalna ponašanja i usvajanje društvenih vrijednosti i normi ponašanja, kroz razvijanje saradnje sa porodicom, koja jeste i treba da bude ključni partner u identifikaciji i prevazilaženju potencijalnih vaspitnih i razvojnih teškoća, uključivanje i angažovanje drugih institucija i službi, kao što su zdravstvene ustanove ili centri za socijalni rad.

Uspješno preventivno djelovanje se jedino može ostvariti, ako u tom procesu sudjeluje cjelokupna zajednica koja počiva na uvjerenju da je problemu potrebno prići znatno ranije nego se problem javi, i to unapređenjem kvaliteta života u socijalnoj zajednici.

U hipotezi koju smo potvrdili ovim istraživanjem, predpostavili smo da je povezanost zastupljenosti pojedinih faktora rizika i učešća nastavnika u ostvarivanju preventivnog djelovanja škole statistički značajna. Rezultati regresijske analize pokazuju da su značajni prediktori: slab školski uspjeh, ponavljanje razreda, velik broj neopravdanih izostanaka, neprimjeren odnos prema nastavnicima/autoritetima, neprimjeren ponašanje prema vršnjacima u školi. S obzirom na predznak koji je vezan uz pojedine koeficijente može se zaključiti da je učešće nastavnika u ostvarivanju preventivnog djelovanja škole veoma važna stavka, kada je u pitanju djelovanje na rizične faktore na nivou škole. Drugim riječima, možemo zaključiti da su rizična ponašanja djece u velikoj mjeri uvjetovana brojem rizičnih faktora na nivou škole i učešćem nastavnika u rješavanju istih. Ključna uloga škole u prevenciji rizičnih ponašanja djece i mladih sastoji se u nastojanjima da se jačaju zaštitni faktori u školskoj sredini i da se time umanje negativni efekti faktora rizika, bilo da oni potiču iz karakteristika same škole ili je njihovo porijeklo u individualnim osobenostima, porodičnim uslovima života djeteta ili karakteristikama šire društvene sredine. Ovaj vrlo važan zadatak škola ostvaruje putem različitih preventivnih mjera i aktivnosti koje treba da se planiraju i realizuju u skladu sa potrebama učesnika školskog rada i života kojima su namijenjene.

LITERATURA

1. Achenbach, T.M., Rescorla, L.A. (2001). The manual for the ASEBA school-age forms profiles. Burlington VT, University of Vermont: Research Center for Children, Youth, and Families.
2. Anderson, L. G., Scott, J. (2012). Prevention in primary school. *Journal of positive behavior interventions*, 13 (1), 3–16.

3. Andrews, D.A., Hoge, R.D., (1994). The Youth Level of Service/Case Management Inventory: Description and Evaluation. Ottawa, Ontario K1s 5B6: Carleton University, Department of Psychology
4. Bašić, J. (2009). Teorija prevencije – Prevencija poremećaja u ponašanju i rizičnih ponašanja djece i mladih. Zagreb: Školska knjiga.
5. Bašić, J., Ferić Šlehan, M., Krantelić Tavra, V. (2007). Zajednice koje brinu-model prevencije poremećaja u ponašanju: Strategijska promišljanja, resursi programi u Istarskoj županiji. Istarska županija i Sveučilište u Zagrebu. Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet. Pula-Zagreb .
6. Bašić, J., Ferić, M., Krantelić, V. (2002). Od primarne prevencije do ranih intervencija. Zagreb: Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet Sveučilišta u Zagrebu.
7. Bilić, V., (2010). Povezanosti medijskog nasilja s agresivnim ponašanjem prema vršnjacima. *Odgojne znanosti*, 12 (2), 263-281.
8. Mahmutović A.(2015). Poremećaji u ponašanju-od prevencije do postretmana,Sveučilište Jurja Dobrile u Puli, Odjel za odgojne i obrazovne znanosti.
9. Mihić, J., Bašić, J. (2008). Preventivne strategije- eksternalizirani poremećaji uponašanju i rizična ponašanja djece i mladih, *Ljetopis socijalnog rada*, 15: 445-471.
10. Pavlović, M. i Žunić-Pavlović, V. (2012). Koncept rezilijentnosti u savremenoj literaturi. *Nastava i vaspitanje*, 2: 232-246.
11. Popović-Čitić, B. (2005). Prevencija fokusirana na rizične i protektivne faktore kao savremeni pristup prevenciji prestupništva mladih. *Socijalna misao*, 12 (1), 27-55.
12. Popović-Čitić, B. (2007). Porodični rizični faktori nasilnog ponašanja dece i omladine. *Socijalna misao*, 14 (2), 27-50.
13. Popović-Čitić, B. i Popović, V. (2009). Koncept rizičnih i protektivnih faktora – Klasifikacija i okviri za potrebe prevencije poremećaja ponašanja dece i omladine. *Socijalna misao*, 16 (3), 43–65.
14. Popović-Čitić, B. i Žunić-Pavlović, V. (2005). Prevencija prestupništva dece i mladih. Beograd: Ministarstvo prosvete i sporta, Pedagoško društvo Srbije.
15. Sprague, J., Walker, H. (2000). Early Identification and Intervention for Youth with Antisocial and Violent Behavior, *Council for exceptional children*, 44:355-371.
16. Velki, T., Vrdoljak, G. (2012). Uloga nekih vršnjačkih i školskih varijabli u predviđanju vršnjačkoga nasilnog ponašanja. *Društvena istraživanja*, 22 (1), 101-120.
17. Žižak, A. (2010). Teorijske osnove intervencija. Zagreb: Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet Sveučilišta u Zagrebu.

**ODNOS JEZIČKOG RAZVOJA I JEZIČKIH POREMEĆAJA
KOD DJECE SA BILINGVIZMOM**

**RELATIONSHIP BETWEEN LANGUAGE DEVELOPMENT
AND LANGUAGE DISORDERS IN CHILDREN WITH
BILINGUALISM**

Bojana Vuković¹, Slađana Čalasan¹, Andrea Vegar²

¹ Medicinski fakultet Foča, Univerzitet u Istočnom Sarajevu, Bosna i Hercegovina

² Filozofski fakultet, Sveučilište u Mostaru, Bosna i Hercegovina

SAŽETAK

Područje jezičkog razvoja i jezičkih poremećaja kod djece sa bilingvizmom zaokuplja posebnu pažnju istraživača posljednjih godina. U ovom radu su sistematski prikazani razvoj jezičke strukture i jezički poremećaji kod djece sa bilingvizmom. Cilj nam je bio da na osnovu analize dostupne literature doprinesemo boljem razumjevanju mogućih smetnji u jezičkom razvoju kod djece koja odrastaju u bilingvalnoj sredini. Na osnovu pregleda većeg broja empirijskih i preglednih radova, možemo da kažemo da se jezički razvoj kod bilingvalne djece razmatra u poređenju sa monolingvalnim vršnjacima. Pokazano je da bilingvalna kao i monolingvalna djeca tipičnog jezičkog razvoja postepeno usvajaju sve elemente jezičke strukture, s tim što se kod bilingvizma otkrivaju određene specifičnosti u tom razvoju. Zaključeno je da je nedostatak pouzdanog instrumentarija koji bi ravnopravno procjenjivao oba jezika, s tim da se u obzir moraju uzeti mnogi drugi faktori, tip bilingvizma, sredina, kognitivni faktori i njihova reperkusija na jezički razvoj.

Gljučne reči: bilingvizam, jezički razvoj, jezički poremećaji

ABSTRACT

The field of language development and language disorders in children with bilingualism has been attracting special attention of researchers in recent years. This paper systematically presents the development of language structure and language disorders in children with bilingualism. Our goal was to contribute to a better understanding of possible language developmental disorders in children growing up in a bilingual environment. Based on a review of a large number of empirical and review papers, we can say that language development in bilingual children is always considered in comparison with monolingual peers. It has been shown that bilingual as well as monolingual children of typical language development gradually adopt all elements of the language structure, with bilingualism revealing certain specifics in that development. It was concluded that there is a lack of reliable instruments that would equally assess both languages, with many other factors having to be taken into account, the type of bilingualism, the environment, cognitive factors and their repercussion on language development.

Key words: bilingualism, language development, language disorders

UVOD

Razvoj jezika i jezički poremećaji kod djece sa bilingvizmom već duže vrijeme zaokupljaju pažnju istraživača. O ovoj temi se posebno diskutuje u oblasti lingvistike i logopedije. Iako je bilingvizam veoma rasprostranjen, većina ljudi misli da je rijedak i da je karaktersitičan za zemlje u kojima se sasvim ravnopravno koristi dva ili više jezika. Međutim, realnost je sasvim drugačija: bilingvizam je prisutan u gotovo svim zemljama svijeta, u svim slojevima društva i u svim uzrasnim skupinama; procjenjuje se da je polovina svjetske populacije bilingvalna (Grosjean, 1994). Termin bilingvizam odnosi se na korišćenje dva jezika od strane iste osobe. Bilingvalnom osobom se smatra ona osoba koja poznaje i redovno koristi dva jezika, pri čemu stepen poznavanja i način korišćenja tih jezika ne moraju biti isti (Vuković, 2011). Prema tome, pri opisivanju bilingvizma kod odraslih, autori obično uzimaju u obzir nivo ovladanosti jezicima i njihove aktivne upotrebe. Međutim, ovi kriterijumi u definisanju bilingvizma nisu primjenljivi kod djece ranog uzrasta. Jezik se intenzivno razvija u prve 2-3 godine života, tako da njihove sposobnosti u jednom ili drugom jeziku postaju očigledne tek na kasnijem uzrastu. U definisanju bilingvizma u prvih nekoliko godina života u obzir treba uzeti sledeće faktore: 1) količina izloženosti svakom jeziku i 2) uzrast na kom je dijete izloženo jezicima koje usvaja.

Što se tiče količine izloženosti, ne postoji konsenzus o tome koliko je potrebno biti izložen jeziku da bi dijete bilo bilingvalno. Drugi kriterijum se može iskoristiti za diferenciranje simultanog bilingvizma (djeca koja su veoma rano izložena usvajanju dva jezika) i sukcesivnog bilingvizma, tj. oni kojima je izloženost drugom jeziku usledila neko vrijeme nakon prvog jezika. Treba imati u vidu, međutim, da nije postavljena jasna granica. Tako, na primjer, De Houwer (2009) je definisao simultani bilingvizam kao "razvoj jezika kod male djece koja slušaju dva jezika koja im se govore od rođenja", dok drugi istraživači pomjeraju granicu, te predlažu da se u ovu grupu svrstaju djeca koja su bila izložena određenom jeziku na uzrastu od 2-3 godine (McLaughlin 2013). Podaci iz literature pokazuju da se bez obzira na tip bilingvizma, jezički razvoj bilingvalne djece uvijek poredi sa jezičkim razvojem njihovih monolingvalnih vršnjaka. Istovremeno se navode i neke razlike u jezičkom razvoju kod ove dvije grupe djece, pa tako autori navode da bilingvalna djeca pokazuju veću promjenljivost u jezičkom razvoju nego monolingvalna djeca (Bedore&Pena, 2008). Teško je napraviti jasnu razliku u slučaju bilingvizma, da li su ove promjenljivosti samo jezička razlika ili jezički poremećaj. Važno je napomenuti da neka djeca iz kulturno različitih okruženja imaju jezički poremećaj, odnosno nema razloga da ova prevalencija bude manja u drugim zemljama i među drugim kulturama. Međutim, neka djeca koja su preporučena za procjenu nemaju jezički poremećaj, samo ograničeno vrijeme izloženosti jeziku. Jasno je da je svijest o različitim kulturama i sličnostima, kao i razlika između monolingvalne i bilingvalne djece, ključna u otkrivanju da li djeca ispoljavaju jezički poremećaj ili jezičku razliku. U ovom domenu još uvijek ima niz otvorenih pitanja i

nedoumica počev od utvrđivanja jezičke dominantnosti, procjene jezičkog funkcionisanja (izbora testova, dostupnost bilingvalnog kadra koji će sprovesti procjenu), kao i programa i konteksta intervencije. S obzrom na to, u ovom radu je dat pregled istraživanja o jezičkom razvoju i jezičkim poremećajima kod bilingvalne djece. Cilj ovog rada je istaći specifičnosti jezičkog razvoja i jezičkih poremećaja kod bilingvalne djece u poređenju sa monolingvalnom djecom.

RAZVOJ JEZIČKE STRUKTURE KOD BILINGVALNE DJECE

U literaturi je široko prihvaćen stav da bilingvalna djeca počinju da diferenciraju jezičke sisteme prije druge godine (Keshavarz i Ingram 2002). Takođe se smatra, da ta dva sistema djeluju jedan na drugi, mada nivo njihove interakcije nije jasan. Da bi objasnili interakciju između jezika, Paradis i Genesee (1996) su predložili tri hipoteze o usvajanju dva jezička sistema kod bilingvalne djece: hipotezu deceleracije, hipotezu akceleracije i hipotezu transfera. Hipoteza deceleracije (hipoteza kašnjenja) predviđa da se kod bilingvalne djece ponekad uočava sporiji tempo usvajanja određenog jezičkog obilježja u poređenju sa njihovim monolingvalnim vršnjacima (Fabiano-Smith&Goldstein, 2010). Na primjer, Gildersleeve-Neumann et al., (2008) su utvrdili sporije usvajanje engleske fonologije kod trogodišnjaka, koja su pored engleskog, govorili i španski jezik. Ovakvi rezultati pružaju dokaze o sporijem sticanju nekih fonoloških vještina kod bilingvalne djece u poređenju sa monolingvalnim vršnjacima, što ide u prilog hipotezi deceleracije bilingvalnog fonološkog razvoja. Međutim, prema hipotezi akceleracije, bilingvalna djeca ponekad pokazuju brži tempo razvoja fonoloških sposobnosti u poređenju sa monolingvalnim vršnjacima. Kada je u pitanju hipoteza transfera, ona je potvrđena u većem broju studija koje su ispitivale razvoj fonoloških sposobnosti kod bilingvalne djece (Fabiano- Smith & Goldstein, 2005; Keshavarz & Ingram, 2002). Pojam transfer podrazumjeva pojavu izgovora ili obrazaca izgovora specifičnih za jedan jezik u drugom jezičkom kontekstu. Kada se odvijaju dvosmjerno, takav prenos se naziva unakrsnim jezičkim efektom i dokaz je interakcije između dva jezika kod bilingvalnih osoba.

Na osnovu datog pregleda razvoja fonoloških sposobnosti, izvodi se zaključak da je moguće da bilingvalno dijete razvije dva odvojena fonološka podsistema. Takođe, nije ujednačena dinamika sticanja fonoloških sposobnosti u dva jezika koja dijete usvaja paralelno. Varijacije se mogu uočiti shodno izloženosti jeziku i predominaciji određenog jezika. Studije ovog tipa pokazuju i to da paralelan razvoj dva fonološka podsistema mogu uticati jedan na drugi. Drugim rječima, bilingvalno dijete može koristiti određene foneme jednog jezika kada govori na drugom jeziku i obrnuto.

Uloga leksikona u razvoju jezika i pismenosti nameće se kao centralna tema u proučavanju bilingvizma. Uprkos brojnim istraživanjima, ostaje nejasno šta razlikuje rane faze bilingvalnog i monolingvalnog leksičkog razvoja. S druge strane, ispitivanja kod

djece osnovnoškolskog uzrasta su pokazala da postoji razlika u obimu ekspresivnog i receptivnog leksikona između monolingvalne i bilingvalne djece (Bialystok et al., 2010). Podaci ukazuju da monolingvalna djeca imaju razvijeniji vokabular od bilingvalne. Slični rezultati utvrđeni su i kod odraslih osoba, prema kojima monolingvalne osobe također imaju razvijeniji vokabular od bilingvalnih (Perani et al., 2003). Takođe je utvrđeno da bilingvalne osobe ispoljavaju veće teškoće prilikom izbora riječi u poređenju sa monolingvalnim osobama (Gollan et al., 2005). Nađeno je i to da su bilingvalna djeca i odrasli manje tačni i sporiji na zadacima imenovanja slika u poređenju sa monolingvalnom djecom i odraslim osobama (Ivanova i Costa, 2008). U traganju za odgovorom na pitanje šta se nalazi u osnovi ovih razlika, iskristalisao se stav da se razlike u obimu vokabulara i pristupu leksičkim jedinicama mogu pripisati iskustvenim razlikama u procesima usvajanja i upotrebe jezika (Sheng et al., 2006). Dokazi o razlikama u razvoju vokabulara kod bilingvalne i monolingvalne djece se razlikuju, zavisno od starosti kao i toga da li se ispituje receptivni ili ekspresivni vokabular. Na primjer, u velikim uzorcima djece predškolskog i školskog uzrasta utvrđen je manji obim receptivnog vokabulara kod bilingvalne u poređenju sa monolingvalnom djecom (Bialystok et al., 2010). Interesantno je da neki podaci pokazuju da, bilingvalna djeca školskog uzrasta imaju manji obim ekspresivnog vokabulara od njihovih monolingvalnih vršnjaka (Yan & Nicoladis, 2009).

Razvoj rječnika kod bilingvalne djece u cijelini gledano, odvija se po istim principima kao i kod monolingvalne djece i ima sličnu vremensku putanju kao kod monolingvalnih vršnjaka. Činjenica je, međutim, da su bilingvalna djeca izložena i određenim specifičnostima, tako da se rječnik svakog jezika koji dijete usvaja može odvijati svojim ritmom.

Kada su u pitanju pragmatske sposobnosti, različitost u pragmatskoj kompetenciji bilingvalne djece povezana je sa njihovim metakognitivnim sposobnostima, poput teorije uma, koja se razvija na predškolskom uzrastu. To sugerise da metakognitivne sposobnosti i teorija uma predstavljaju važne vještine za razvoj pragmatskih sposobnosti kod djece. Dalja istraživanja bi trebala usmjeriti na utvrđivanje odnosa razvoja pomenutih vještina (metakognitivne sposobnosti sa sposobnošću upotrebe jezika kod bilingvalne djece).

JEZIČKI POREMEĆAJ I BILINGVIZAM

Kao i kod drugih poremećaja psihičkog razvoja, jednu od teškoća u dijagnostikovanju jezičkog poremećaja predstavlja diferenciranje poremećaja od normalnih varijacija u razvoju (Vuković, 2015). Ova teškoća posebno dolazi do izražaja u populaciji bilingvalne djece. Zbog toga jezički poremećaji kod bilingvalne djece često ostaju neprepoznati ili se pogrešno dijagnostikuju. Prema podacima iz literature, teškoće u otkrivanju jezičkih poremećaja kod bilingvalne djece nastaju iz više razloga. Kao

prvo, još uvek ne postoje ujednačeni stavovi u pogledu načina ranog sukcesivnog sticanja dva jezika, iako su dokumentovane oscilacije u upotrebi usvojenih jezičkih vještina. Drugo, relativno je mali broj standardizovanih instrumenata za identifikaciju jezičkih smetnji kod bilingvalne djece. Većina jezika pri standardizaciji testova za ispitivanje jezičkih poremećaja uzimaju norme tipične za monolingvnu djecu, dok je malo standardizovanih testova za procjenu jezičkog poremećaja kod bilingvalnog djeteta, osim u njemačkom jeziku (Schulz & Tracy, 2011). Pored toga se još uvek osjeća nedostatak jasno izdiferenciranih kliničkih markera za razlikovanje bilingvalne djece sa smetnjama u jezičkom razvoju od bilingvalnih vršnjaka bez jezičkih smetnji. Studije usmjerene na praćenje jezičkog razvoja kod bilingvalne djece ukazuju da oni imaju isti razvojni pravac, kao i njihovi monolingvalni vršnjaci, uz pojavu određenih specifičnosti. Tako na primer, većina studija pokazuje da bilingvalna djeca ovladaju istim brojem riječi na istim uzrasnim nivoima kao i njihovi monolingvalni vršnjaci (Holovka et al., 2002; Pearson et al., 1995). Takođe, bilingvalna djeca mogu da variraju u pogledu usvojenog broja riječi, zavisno od količine izloženosti svakom jeziku (Marchman et al., 2004). S obzirom na to, u nekim fazama razvoja, njihove jezičke sposobnosti su slične jezičkim sposobnostima djece sa poremećajima u govorno-jezičkom razvoju. Iz tog razloga je klinički veoma značajno da se jasno definišu razvojni obrasci sticanja jezika kod bilingvalne djece. Prema nekim istraživačima, bilingvalna djeca istovremeno prolaze kroz dvije faze usvajanja jezika (Fierro-Cobas & Chan, 2001). Prva faza obuhvata neizdiferenciran jezički sistem u kojem su prisutni elementi oba jezika, a u drugoj fazi dva jezika počinju da funkcionišu kao odvojeni sistemi. Smatra se da od rođenja do prve godine života, djeca u bilingvalnoj sredini prolaze sve faze kao i monolingvalna djeca, tj. vokalizacija, gukanje i brbljanje. Pojava prve riječi se javlja između devetog i petnaestog mjeseca, mada se prve riječi mogu pojaviti i malo kasnije, što nije zabrinjavajuće osim ako dijete proizvodi manje od jedne nove riječi na nedeljnom nivou. Takođe, djeca koja uče jezik u bilingvalnom okruženju koriste slične strategije u organizaciji sopstvenog leksičkog sistema kao i djeca iz monolingvalne sredine. S obzirom da većina autora smatra da su od prve do druge godine života jezici još uvek neizdiferencirani pa se javlja spajanje jezika (eng. *language blend*) što znači da su dijelovi riječi iz jednog jezika spojeni s delovima riječi iz drugog jezika, moglo bi se očekivati da bilingvalna djeca mogu imati jezičke smetnje, samo ako su usvojila manje od dvadeset riječi sveukupno u oba jezika do dvadesetog mjeseca života. Kako između druge i treće godine dolazi do mješanja jezika zbog distribuiranog leksičkog repertoara uočava se preklapanje riječi, ali i pojava riječi specifičnih za svaki jezik (Quick, et al., 2018). Ova zapažanja se odnose na upotrebu riječi iz oba jezika u istoj rečenici. Sa četiri godine dijete ulazi u drugu fazu usvajanja jezika što znači da počinje koristiti oba jezika kao odvojene sisteme (Fierro-Cobas & Chan, 2001).

Poremećaji razvoja jezika kod bilingvalne djece tek odskora privlače pažnju istraživača. Kako bi rasvijetlili prirodu ovih problema, autori sugerišu da ih je potrebno poređiti sa urednim jezičkim razvojem bilingvalne djece. Takođe su primetili da je drugi

jezik u dvostruko nepovoljnijem položaju u odnosu na prvi (Kay-Raining Bird et al., 2016). Važno je i procijeniti vještine koje su procjenjivane i u istraživanjima čiji su ispitanici monolingvalna djeca sa jezičkim poremećajem, kao što je govorna percepcija, govorna produkcija, fonologija, leksičko-semantičke i morfosintaktičke vještine (van Veerdenburg et al., 2006). Istraživanja jezičkih sposobnosti pokazuju da su sposobnosti djece sa jezičkim poremećajem ispod njihove kalendarske dobi i nesrazmjerno su pogođene u poređenju sa razvojem njihovih drugih nejezičkih vještina (Vuković et al., 2010). U oblasti poremećaja u razvoju govora i jezika, često se ističu teškoće u identifikaciji jezičkih teškoća kod bilingvalne djece (Crutchlei et al., 1997). Naime, istraživačima je postalo sasvim jasno da je za ispitivanje oba jezika bilingvalne djece sa jezičkim teškoćama potrebno razumjeti načine na koji se jezički poremećaji mogu manifestovati u ovoj populaciji. U tom smislu navodimo neke podatke koji doprinose razumjevanju ovog pitanja. Moguće je da bilingvalna djeca dobro vladaju vokabularom svoja dva jezika, tako da ispitivanje samo jednog jezika može podcjeniti njihovu jezičku sposobnost. S druge strane, kada se ispituju oba jezika, primjećuje se deficit vokabulara i na jednom i na drugom jeziku ukoliko djeca imaju jezički poremećaj (Thordardottir et al., 1997). U tom smislu, interesantno je navesti i studiju u oblasti semantike koju je objavio Ambert (1986), a u kojoj su utvrđene greške pri korišćenju riječi kod bilingvalnih ispitanika školskog uzrasta, što sugerise na loše razumjevanje značenja riječi i moguće teškoće u njihovom pronalaženju. Kašnjenja u leksičko-semantičkom razvoju, u skladu sa su opisima jezičkog razvoja zasnovanih na modelima jezičke obrade. Model obrade jezika sugerise to da djeca imaju poteškoća sa učenjem jezika jer obrađuju jezičke informacije (npr. slušne i možda vizuelne informacije) manje efikasno od svojih vršnjaka koji imaju tipičan jezički razvoj (Ellis Veismer & Evans, 2002). Međutim, semantičke poteškoće sa kojima se suočavaju djeca ne odnose se samo na smanjen nivo vokabulara. Pored malog fonda riječi, kod ove djece su utvrđene i teškoće u vezi sa razumevanjem značenja riječi, pronalaženje riječi, što sve zajedno ukazuje na deficite u modelu obrade jezika. Pored malog fonda riječi, kod ove djece su utvrđene i teškoće u vezi sa razumjevanjem značenja riječi, pronalaženjem riječi, što sve zajedno ukazuje na deficite u modelu obrade jezika. Sa kliničkog aspekta je važan podatak da se kod dijagnostikovanja jezičkog poremećaja kod bilingvalne djece opisuju slične teškoće u svim jezicima. Prema tome, deficiti u oblasti semantike mogu predstavljati značajan klinički marker za prepoznavanje poremećaja u razvoju jezika kod bilingvalne djece. U oblasti morfologije i sinatakse, kod bilingvalne djece su takođe utvrđene greške koje su uporedive sa monolingvalnim govornicima. Tako na primjer, navodimo istraživanje Hakansson et al., (2003) koje je sprovedeno na bilingvalnoj djeci predškolskog uzrasta koja su govorila švedski i arapski jezik. U studiju su bile uključene dvije grupe djece, od kojih su jednu činila djeca sa poremećajima u razvoju jezika, a drugu grupu djeca urednog govorno-jezičkog razvoja. Rezultati ove studije su pokazali da su djeca sa jezičkim poremećajem obično proizvela jednostavne jezičke iskaze na oba jezika, dok su djeca urednog jezičkog razvoja težila da proizvode složenije iskaze na svakom jezika. Razlike identifikovane na predškolskom

uzrastu uočene su i u kasnijem uzrastu, pri čemu su djeca sledila predviđene obrasce razvoja za svaki od dva jezika koja su usvojila (Salameh et al., 2004). Obrasci grešaka uporedivi sa uzorcima monolingvalne djece sa jezičkim poremećajem dokumentovani su detaljnije u studijama koje su se fokusirale samo na jedan od jezika bilingvalnog djeteta. Na primjer, studije sa bilingvalnom djecom sa jezičkim poremećajem koja između ostalog govore španski jezik otkrivaju da ta djeca uglavnom ispoljavaju iste greške koje prave i djeca koja govore samo španski jezik. Na španskom, ove greške se odnose na upotrebu klitika (Jacobson & Schwartz, 2002), izostavljanja određenih članova ili grešaka prilikom upotrebe roda (Restrepo & Gutierrez-Clellen, 2001), grešaka u broju i grešaka sa glagolima (Ambert, 1986). Ovi nalazi su uporedivi sa onim što su Bosch & Serra (1997) utvrdili za djecu sa jezičkim poremećajem školskog uzrasta koja govore samo španski jezik kao i greške koje ispoljavaju djeca predškolskog uzrasta u srpskom jeziku (Vuković i Stojanović, 2010). Rezultati istraživanja jezičkih smetnji kod bilingvalne djece pokazuju da ova djeca pokazuju i neke greške u jeziku koje se razlikuju od grešaka u jeziku monolingvalne djece. Tako su na primjer, Jacobson i Schwartz (2005) su utvrdili da su bilingvalna djeca pokazala dobro poznavanje prošlog glagolskog vremena u engleskom jeziku, dok su bilingvalna djeca sa jezičkim poremećajem koristila infinitivni oblik. Slično tome, studija posvećena poređenju dva sedmogodišnja bilingvalna djeteta (sa i bez jezičkog poremećaja) pokazalo je da su uprkos sličnoj izloženosti ova dva jezika, djeca pokazala različite gramatičke obrasce (Restrepo & Kruth, 2000). Prema navodima ovih autora, dijete sa jezičkim poremećajem pokazalo je veće teškoće u svom prvom jeziku nego što je to bio slučaj kod njegovog tipičnog vršnjaka, a što se manifestovalo smanjenom dužinom iskaza i agramatizmom. Dijete sa jezičkim poremećajem je znalo manje glagolskih oblika, naročito onih koji su teški za djecu sa jezičkim poremećajem (npr. prošli glagolski oblici, 3. lice jednine sadašnjeg vremena). Kao i kod leksičko-semantičkih deficita, tako i teškoće u oblasti morfologije i sinatakse se mogu djelimično objasniti modelom jezičke obrade.

Iz datog pregleda literature se zapaža da kada se morfološki deficiti uporede kod monolingvalne i bilingvalne djece sa jezičkim poremećajima, nameće se zaključak da obje grupe djece pokazuju teškoće sa istim gramatičkim oblicima. Radovi posvećeni simultanom bilingvizmu, sugerišu na zaključak da djeca ispoljavaju sličan oblik i težinu poremećaja u oba jezika. Dok o simultanom bilingvizmu nalazimo veći broj studija, sistematska istraživanja ovog tipa kod djece sa sukcesivnim bilingvizmom skoro da i ne postoje. Stoga bi buduća istraživanja trebala usmjeriti ka identifikaciji kliničkih markera poremećaja u jezičkom razvoju kod djece sa sukcesivnim bilingvizmom. Istraživanje poremećaja morfosintaktičkih sposobnosti treba bazirati na lingvističkim karaktersitikama oba jezika. Smatramo da podaci dobijeni na procjeni jezičkih performansi bilingvalne djece sa jezičkim poremećajem u poređenju sa djecom bez poremećaja u razvoju jezika, predstavljaju dragocjen materijal za kreiranje instrumenata za procjenu jezičkih sposobnosti bilingvalnih osoba. Procjena jezičkih

sposobnosti ima višestruki značaj. Kao prvo, na osnovu rezultata te procjene, bilingvalno dijete se uključuje u odgovarajuću grupu za učenje i praćenje napredovanja djeteta u sticanju drugog jezika. Drugo, primjena odgovarajućih instrumenata omogućava dijagnostikovanje smetnji i poremećaja u razvoju jezika kod bilingvalne djece. Ovaj drugi aspekt procjene je posebno značajan za naučnu oblast logopedije. Prema tome, logopedi bi trebalo da uzmu u obzir različite faktore kada postavljaju dijagnozu jezičkog poremećaja kod bilingvalnog djeteta.

ZAKLJUČAK

S obzirom da još uvijek postoji niz otvorenih pitanja u oblasti jezičkog razvoja i karakteristika jezičkog poremećaja kod bilingvalne djece, u ovom radu je dat sistematski prikaz relevantnih istraživanja (podataka) iz navedenih oblasti. Pregled relevantne literature pokazuje da je tok jezičkog razvoja kod bilingvalne djece sličan jezičkom razvoju monolingvalne djece. Većim brojem istraživanja je pokazano da bilingvalna djeca mogu da kasne u jezičkom razvoju, pri čemu se to kašnjenje obično smatra jednom od razvojnih karakteristika ove djece. Takođe se može izvesti zaključak da još uvijek nisu izdiferencirani jasni pokazatelji poremećaja u jezičkom razvoju, kao ni to da li se poremećaj ispoljava istovremeno u oba jezika. Podaci o odstupanju u jezičkom razvoju uglavnom se izvode na osnovu poređenja jezičkog razvoja bilingvalne i monolingvalne djece. Jedan od uzroka navedenih teškoća nalazi se u nedostaku adekvatnih test mjernih instrumenata kojima se istovremeno mogu procjenjivati sposobnosti u oba jezika. Procjenu jezičkih sposobnosti i identifikovanje jezičkog poremećaja kod bilingvalne djece treba bazirati na razmatranju niza faktora kao što su tip bilingvizma, sredina, kognitivni faktori i njihova reperkusija na jezički razvoj. Očekujemo da povećanje broja metodološki dobro kontrolisanih empirijskih studija kod bilingvalne djece u budućnosti doprinese potpunijem sagledavanju odnosa bilingvizma i jezičkih poremećaja. Takve studije bi imale i direktne kliničke implikacije, u smislu jasnijeg diferenciranja markera za prepoznavanje poremećaja u razvoju jezika kod djece koja su izložena sticanju dva jezika.

LITERATURA

1. Ambert, A.N. (1986). Identifying language disorders in Spanish-speakers. In A.C. Willig and H.F. Greenberg (eds) *Bilingualism and Learning Disability: Policy and Practice for Teachers and Administrators* (pp. 1533). New York: American Library Publishing.
2. Bedore, L. M., & Peña, E. D. (2008). Assessment of bilingual children for identification of language impairment: Current findings and implications for practice. *International Journal of Bilingual Education and Bilingualism*, 11(1), 1–29.

3. Bialystok, E., Luk, G., Peets, K. F., & Yang, S. (2010). Receptive vocabulary differences in monolingual and bilingual children. *Bilingualism: Language and Cognition*, 13, 525–531.
4. Bosch, L. and Serra, M. (1997). Grammatical morphology deficits of Spanish-speaking children with specific language impairment. In A. Baker, M. Beers, G. Bol, J. deJong and G. Leemans (eds) *Child Language Disorders in a Cross-linguistic Perspective: Proceedings of the Fourth Symposium of the European Group on Child Language Disorders* (pp. 33-45). Amsterdam: Institute for General Linguistics at the University of Amsterdam.
5. Crutchley, A., Conti-Ramsden, G. and Botting, N. (1997). Bilingual children with specific language impairment and standardized assessments: Preliminary findings from a study of children in language units. *International Journal of Bilingualism* 1 (2), 117-134.
6. De Houwer, A. (2009). Bilingual first language acquisition. *Multilingual Matters*
7. De Houwer, A., Bornstein, M. H., & Leach, D. B. (2005). Assessing early communicative ability: A cross-reporter cumulative score for the MacArthur CDI. *Journal of Child Language*, 32, 735–758.
8. Ellis Weismer, S. and Evans, J.L. (2002). The role of processing limitations in early identification of specific language impairment. *Topics in Language Disorders*, 22 (3), 15-29.
9. Fabiano, L., and B. Goldstein. (2005). Phonological cross-linguistic effects in bilingual Spanish-English speaking children. *Journal of Multilingual Communication Disorders*, 3 (1), 56-63.
10. Fabiano-Smith, L., & Goldstein, B. A. (2010). Phonological acquisition in bilingual Spanish-English speaking children. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*.
11. Fierro-Cobas, V., Chan, E. (2001). Language development in bilingual children: A primer for pediatricians. *Contemporary Pediatrics*, 18 (7), 79-98.
12. Gildersleeve-Neumann, C., E. Kester, B. Davis, and E. Pen˜ a. (2008). English speech sound development in preschool-aged children from bilingual Spanish-English environments. *Language, Speech and Hearing Services in Schools*.
13. Gollan, T. H., Montoya, R. I., Fennema-Notestine, C., & Morris, S. K. (2005). Bilingualism affects picture naming but not picture classification. *Memory & Cognition*, 33, 1220–1234.
14. Grosjean, F. (1994). Individual bilingualism. *The encyclopedia of language and linguistics*, 3, 1656-1660.
15. Hakansson, G., Salameh, E-K. and Nettelbladt, U. (2003). Measuring language development in bilingual children: Swedish-Arabic children with and without language impairment. *Linguistics*, 41 (2), 255-288

16. Holowka, S., Brosseau-Lapre, F. and Petitto, L.A. (2002) Semantic and conceptual knowledge underlying bilingual babies' first signs and words. *Language Learning* 52, 205-262.
17. Ivanova, I., & Costa, A. (2008). Does bilingualism hamper lexical access in highly-proficient bilinguals? *Acta Psychologica*, 127, 277–288.
18. Jacobson, P.F. and Schwartz, R.G. (2002). Morphology in incipient bilingual Spanish-speaking preschool children with specific language impairment. *Applied Psycholinguistics*, 23 (1), 23-41.
19. Jacobson, P.F. and Schwartz, R.G. (2005). English past tense use in bilingual children with language impairment. *American Journal of Speech Language Pathology* 14 (4), 313-323.
20. Kay-Raining Bird, E., Genesee, F., & Verhoeven, L. (2016). Bilingualism in children with developmental disorders: A narrative review. *Journal of Communicative Disorders*, 63, 1–14.
21. Keshavarz, M., and D. Ingram. (2002). The early phonological development of a Farsi English bilingual child. *International Journal of Bilingualism* 6, 255-69.
22. Marchman, V.A., Martí nez-Sussmann, C. and Dale, P.S. (2004). The language-specific nature of grammatical development: Evidence from bilingual language learners. *Developmental Science* 7, 212-224.
23. McLaughlin, B. (2013). Second language acquisition in childhood: Volume 2: School-age Children. Psychology Press. measure with Spanish-speaking children. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 49, 1209–1223.
24. Paradis, J., & Genesee, F. (1996). Syntactic acquisition in bilingual children: Autonomous or interdependent? *Studies in Second Language Acquisition*, 18, 1–25.
25. Pearson, B.Z., Fernandez, S.C. and Oller, D.K. (1995). Cross-language synonyms in the lexicons of bilingual infants: One language or two? *Journal of Child Language*, 22 (2), 345-368.
26. Perani, D., Abutalebi, J., Paulesu, E., Brambati, S., Scifo, P., Cappa, S. F., & Fazio, F. (2003). The role of age of acquisition and language usage in early, high-proficient bilinguals: An fMRI study during verbal fluency. *Human Brain Mapping*, 19, 170–182.
27. Quick, A. E., Lieven, E., Backus, A., & Tomasello, M. (2018). Constructively combining languages: The use of code-mixing in German-English bilingual child language acquisition. *Linguistic Approaches to Bilingualism*, 8(3), 393-409.
28. Restrepo, M. A., & Kruth, K. (2000). Grammatical characteristics of a Spanish-English bilingual child with specific language impairment. *Communication Disorders Quarterly*, 21(2), 66-76.
29. Restrepo, M.A. and Gutierrez-Clellen, V. (2001). Article use in Spanish-speaking children with specific language impairment. *Journal of Child Language*, 28 (2), 433-452.

30. Salameh, E.-K., Hakansson, G. and Nettelblatt, U. (2004). Developmental perspectives on bilingual Swedish-Arabic children with and without language impairment: A longitudinal study. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 39 (1), 65-91.
31. Schulz, P., & Tracy, R. (2011). *LiSe-DaZ: Linguistische Sprachstandserhebung-Deutsch als Zweitsprache*. Hogrefe.
32. Sheng, L., McGregor, K. K., & Marian, V. (2006). Lexical-semantic organization in bilingual children: Evidence from a repeated word association task. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 572-587
33. Thordardottir, E.T., Ellis Weismer, S. and Smith, M.E. (1997) Vocabulary learning in bilingual and monolingual clinical intervention. *Child Language Teaching & Therapy*, 13 (3), 215-227.
34. Van Weerdenburg, M., Verhoeven, L., & van Balkom, H. (2006). Towards a typology of specific language impairment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(2), 176-189.
35. Vuković M. (2015). *Diferencijalna dijagnoza jezičkih poremećaja kod djece*. Beograd. Udruženje logopeda Srbije.
36. Vuković M., Stojanović, V (2011). Characterising developmental language impairment in Serbian-speaking children: a preliminary investigation. *Clinical Linguistics & Phonetics*, 25 (3), 187-197.
37. Vuković, M. (2011). *Afaziologija*. Beograd: Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju.
38. Vukovic, M., Vukovic, I., & Stojanovic, V. (2010). Investigation of language and motor skills in Serbian speaking children with specific language impairment and in typically developing children. *Research in developmental disabilities*, 31 (6), 1633-1644.
39. Yan, S., & Nicoladis, E. (2009). Finding le mot juste: Differences between bilingual and monolingual children's lexical access in comprehension and production. *Bilingualism: Language and Cognition*, 12, 323-323.

UTICAJ SPORTSKOG TURIZMA NA RAZVOJ DJECE U DOBA COVIDA

THE IMPACT OF SPORTS TOURISM ON THE DEVELOPMENT OF CHILDREN IN THE COVIDA ERA

Zečić Memnun

Sveučilište Hercegovina Mostar, Fakultet Društvenih znanosti dr Milenka Brkića Međugorje
Bosna i Hercegovina

SAŽETAK

Predmet istraživanja je analiza i komparacija psihofizičkog stanja djece uzrasta od 4-6 godina u doba pandemije kada im je bilo oduzeto sve osim kućnog boravka. Poslije nekoliko mjeseci uvidjeli smo situaciju pretile djece sa viškom kilograma i neprilagođenim ponašanjem o čemu su roditelji svjedočili kao i agresivnost, psihotični nemir, hiperaktivnost, razdražljivost neposlušnost i plač. Poslije anketiranja pedesetak roditelja i u saradnji sa trenerima pokrenuli smo određene aktivnosti sportskog turizma u mogućim uslovima našeg životnog okruženja.

Kroz devet disciplina: skijanje, klizanje, koturaljke, šetnja u prirodi, plivanje na moru, plivanje u bazenu, sportske sekcije i biciklizam aktivirali smo naše dječake i djevojčice. Uz veliku podršku i rad roditelja i trenera svi su prošli i pokazali svoju uspješnost u ovim disciplinama. Vrednovali smo njihovo stanje na početku i poslije 8 mjeseci kako bi statističkim proračunom vidjeli razliku i uspješnost sportskog turizma kod djece. Statističkom metodom ANOVA dobili smo statistički značajne razlike u osam disciplina što objašnjavamo veoma dobrim uspjehom. Analizom frekvencija 28% djece je smršalo dok je 41% popravilo elemente neprilagođenog ponašanja i postalo relaksirano i opuštano.

Značaj ovog projekta je društveno kotistan za djecu, pokazujući da kroz sportski turizam možemo pomoći djeci i ostalim da dođu do boljeg psihofizičkog stanja u doba pandemije COVIDA-19.

Ključne riječi: sportski turizam, pretila, psihofizičke osobine, pandemija

ABSTRACT

The subject of the research is the analysis and comparison of the psychophysical condition of children aged 4-6 years at the time of the pandemic, when everything but their staying home was taken away. After a few months, we realized the situation, obese children with excess weight and inappropriate behavior of which parents witnessed. Also aggression, psychotic restlessness, hyperactivity, irritability, disobedience and crying. After interviewing about fifty parents and in cooperation with coaches, we started sports tourism in the possible conditions of our living environment.

Through nine disciplines: skiing, skating, roller skating, walking in nature, swimming in the sea, swimming in the pool, sports sections and cycling, we activated our boys and girls. With the great support of parents and coaches who worked together, they all passed and achieved success in these disciplines. We evaluated their condition at the beginning and after 8 months in order to see with a statistical calculation the difference and success of sports tourism among children. Using the statistical method

ANOVA, we obtained statistically significant differences in eight disciplines, which we consider as very good success. Using frequency analysis 28% of the children lost weight while 41% corrected the elements of inappropriate behavior and felt relaxed and calm.

The importance of this project is socially beneficial for children, showing that through sports tourism we can help children and others to reach better psychophysical condition during the COVID-19 pandemic.

Key words: sports tourism, obesity, psychophysical characteristics, pandemics

UVOD

U doba pandemije covid-19 dogodile su se velike promjene u načinu života ljudi i djece. Možda su vrijeme zatvaranja u kućni ambijen najteže podnijela mala djeca uzrasta od 3 do 6 godina. Njihova potreba za aktivnostima, trci, igri, šetnji, druženju učinili su velike štete za djecu. Djeca su postala psihički labilna uz povećanu ugojenost. Briga roditelja i traženje podrške od strane stručnjaka čula se na svakom koraku.

Dosjetili smo se savjeta Bibanović (2006) koji je napisao o sportskom turizmu „čovjek najčešće u sopstvenoj životnoj sredini pronalazi svoja duhovna, estetska i filozofska nadahnuća“. Prepoznali smo da sportske aktivnosti koje se mogu izvoditi u okruženju kao i vodeni i zimski sportovi mogu mnogo pomoći u ovoj situaciji najmlađima.

Poznato nam je da je sve veći broj ljudi koji su oboljeli od mnogih „modernih bolesti“, nastalih usljed sjedalačkog načina života što je kod naše djece dovelo do gojaznosti.

Zabava uz televiziju, mobitel i tablet je donijela nove vrste bolesti kod čovječanstva. Zbog toga su čovjekovo zdravlje i vitalnost dovedeni u pitanje. Ljudi se sve više suočavaju sa hroničnim zamorom, depresijom, degenerativnim i malignim oboljenjima, bolestima pluća i srca, dijabetesom.

I sama djeca ispaštaju što su ih vrtići i škole vezali za tablete i nije im omogućeno fizičko rasterećenje. Fizičku aktivnost možemo posmatrati kao efikasno sredstvo u prevenciji i liječenju anksioznosti i depresije. Dakle, fizička aktivnost jednako dobro utiče na mentalno kao i na fizičko zdravlje. To se potkrepljuje činjenicom da je fizička aktivnost odličan način borbe sa problemima i svakodnevnicom. Ona omogućava da se loši postupci zamjene dobrim. Anksioznost se najčešće definiše kao stalno prisutan osjećaj nesigurnosti, straha i bespomoćnosti. Ona je prolazno stanje, crta ličnosti, emocionalni odgovor na specifične situacije s kojim se osoba može uspješno izboriti. Dokazano je da fizička aktivnost, poput šetnje, smanjuje stepen anksioznosti podjednako kao autosugestija ili neki drugi oblici upravljanja mentalnim funkcijama.

U saradnji sa roditeljima i vrsnim trenerima počeli smo grupu djece sa vidnim poteškoćama aktivnije uključivati u sportski turizam i discipline kao rolšulanje, sportske treninge, vožnju bicikla, klizanje, skijanje sportska takmičenja. To smo učinili prateći ih kroz 9 disciplina u toku devet mjeseci. Testirali smo roditelje a i sami smo radili opservaciju na početku provođenja sportskih aktivnosti u okruženju i s našim mogućnostima. Poslije tog perioda od devet mjeseci uradili smo ponovnu opservaciju i anketiranje roditelja kako bi vidjeli nove rezultate. Prema procjeni i anketi roditelja vrednovali smo ih ocjenama od 1,2,3 loše, dobro, odlično. Dobili smo pozitivne rezultate.

TEORETSKI PRISTUP PROBLEMU

UTICAJ SPORTA I TURIZMA NA ZDRAVLJE ČOVJEKA

Normalan život kakav smo poznavali je iznenada promjenjen u cijelom svijetu. Mi smo dio te Stvarnost je postala drugačija. Život u porodicama, školama, vrtićima, u krugu rodbine, na ulicama, susret s prijateljima, sve to je poprimilo sasvim novu dimenziju. Zaustavljene su sve turističke, sportske i rekreativne aktivnosti za djecu i odrasle što je neophodan sastavni dio psihofizičkog stanja života. U nemogućnosti izlaska van stana i kuće život najmlađih dobio je sasvim drugi oblik življenja koji je sjedeći pred kompjuterom donio povećanje gojaznosti, nervozu, agresivnost i druge prateće poteškoće. Ovo je bilo vrijeme kada je čovječanstvo moglo realno uvidjeti što nam sport, turizam, fizičke aktivnosti znače u životnom funkcionisanju.

Uprkos svim dostupnim statističkim podacima o tipičnim hipokinetičkim bolestima: gojaznost, blagoj arterijskoj hipertenziji, šećernoj bolesti nezavisnoj o inzulinu, bolestima srca ugrožene osobe ne prihvataju određeni nivo tjelesne aktivnosti značajne za prevenciju i korekciju jer nisu odlučne promijeniti dotadašnji način živooa. Idealnih uslova nema, ali opravdanje nekretanja smanjenom potrebom za kretanjem obično služi isključivo samoobmanjivanju.)

(Stanković, N. Sportski turizam 2020, Brčko: Evropski univerzitet/C:/UsersDownloads/sportski turizam i wellness.pdf str.: 66.preuzeto 7.04.2021)



Sport i turizam su pojave koje pomažu čovjeku da zadovolji svoje potrebe odmorom i rekreacijom. Oba fenomena u službi su čovjeka, u saglasnosti sa njegovim potrebama koje mijenja i prilagođava sebi u svrhu svoga zdravlja.

Pod razonodom, aktivnim odmorom, podrazumijevamo rekreaciju koja u doslovnom smislu riječi, znači ponovo stvoriti ili obnoviti stabilnost zdravlja. Tu se podrazumjeva aktivnost izvan profesionalnog rada. Sportska rekreacija održava i poboljšava zdravlje fizičkom aktivnošću. Dok je cilj sporta isključivo pobjeda, zadatak sportske rekreacije ne bi trebao biti isključivo pobjeda.

U cjelokupnom aktivnom sportskom turizmu sve više učestvuju i najmlađi iz raznih pobuda, želje roditelja, zdravstvenih razloga, uslova neaktivnog života što pomaže u cilju jačanja zdravlja i razvoju ljubavi za sportske turističke izlete.

S toga Bibanović, 2006 navodi da su zdravstveni razlozi putovanja pokrenuli čovjeka na kretanje, banjanje, vježbanje, šetnje, planinarenje, smučanje i druge sportove važne u funkciji zdravlja i ako nisu bili ljubitelji nekih sportova.

Mladi se u novije vrijeme puno bave kreativnim turizmom što je veoma popularno u svijetu a što utiče na pravilnu i lijepu razvojnu muskulaturu omladine, sportska ritmika, gimnastika, ples i dr.

Kada govorimo o sportskom organizovanom turizmu neophodno je spomenuti i na koji način funkcionira *situacijski pristup*, prema Bećirević (2007) i što je zadatak dijagnosticiranja prirodne situacije, složenosti aktivnosti, kondiciona spremnost kao i adekvatna oprema. U svemu tome lideri-terapeuti-vodiči i kustosi treba da budu fleksibilni i razumno komunikativni za sve uzraste i prisutne. (Bećirević,2007:69).

Tako velika industrija kao što je sportska industrija zahtijeva obrazovane ljude koji će voditi razne tvrtke povezane sa sportom. Riječ je o brojnim velikim i malim tvrtkama kao što su na primjer: objekti klubova zdravlja, sportske arene i drugi objekti, prodavaonice sportske opreme, agencije sportskih ulaznica, sportski fizioterapeuti i niz drugih. Studenti sportskog menadžmenta izučavaju kolegije poduzetništva kako bi ovladali određenim vještinama koje su potrebne za rad u tvrtkama povezanim sa sportom (Buble i Buble, 2014, str. 314).

VAŽNOST SPORTSKOG TURIZMA U RAZVOJU EMOCIJA KOD DJECE

Kako smo naveli da je zbog „korona zatvora“ djeci i starim osobama bilo više mjeseci uskraćeno kretanje i sve druge fizičke aktivnosti, ovdje se želimo osvrnuti na dječije zdravlje u vrijeme nekretanja. Znamo da je tjelesna aktivnost osnova postojanja, razvijanja i formiranja zdrave ličnosti. Također pruža razne mogućnosti stvaralaštva i razvijanja socijalizacije, emocija, radosti u uspjehu, dokazivanju i ostvarenju željenih ciljeva. O važnosti fizičkog vaspitanja za zdravlje i razvoj mlade ličnosti bavili su se mnogi pedagozi, intelektualci, medicinari pa se to područje jedno vrijeme zvalo tjelesno i zdravstveno vaspitanje.

Osnovni zadaci fizičkog vaspitanja koji su važni za svestrano razvijenu ličnost su u:

- *biološko-higijenskoj sferi* (obezbjeđivanje normalnog razvoja organizma u cjelini, stvaranje uslova za zdrav život, za njegovanje, očuvanje i jačanje zdravlja, razvitak motorike, koordinacije pokreta i cjelokupna usklađenost organizma).
- *u rekreativnoj sferi* (obezbjeđivanje uslova za pravilnu smjenu rada i odmora, zdravu rekreaciju i razonodu i za bavljenje željenim granama fizičke kulture)
- *U obrazovno-vaspitnoj sferi* (sticanje određenih znanja iz oblasti fizičko-zdravstvene kulture, razvijanje određenih navika, bavljenje sportom, ostvarenje zadataka intelektualnog i estetskog a posebno moralnog vaspitanja čemu spotersko turistički odgoj daje veliki doprinos. (Đorđević i Potkonjak, 1988: 102/3).

U dajem tekstu želimo govoriti o dječijim emocijama koje se razlikuju od osjećanja odraslih. One su proste, spontane, nisu uzdržane i odmah pokazuju odgovarajući izraz. One su kratkotrajne i brzo nestaju ali se vremenom sve više pretvaraju u dugotrajna raspoloženja.

Međutim, treba znati da su emocije kod djeteta snažnije nego kod odraslog. Vrlo često mogu nastati bez velikog razloga i ispoljavaju se strahom, ljutnjom ili radošću. Odlika emocija u odraslije djece se ispoljava u ljutnji, razbacivanju, čupanju, ružnim riječima, odustajanju od igre od hrane, osamljivanju i slično. Vremenom i vaspitanjem te intelektualnim sazrijevanjem dijete počinje da se suzdržava od izljeva emocija, posebno kada je u društvu i sve manje dolazi u to stanje. (Troj, 1970)

Govoreći o emocijama i njihovim osobinama kod djece želimo se osvrnuti na djecu koja su bila „zatvorena“ u stanovima i nisu mogli imati fizičku aktivnost, šetnju, druženje što je veoma važna komponenta ukupnog razvoja ličnosti djeteta. Njihove emocije su postale labilne jer im je skoro sve bilo zabranjeno, igra, vrtić, šetnja, bazen, koturaljke, biciklizam i ostale aktivnosti vezane za okruženje. Naša djeca poslije tri mjeseca postala su debela, emotivno vrlo osjetljiva i njihove reakcije su bile česte i burne na na bilo kakve izazove. Nedostatak sporta, kretanja, trčanja, druženja i svega što čini pun dječiji život poremetio je njihovo psihofizičko stanje.

Naše interesovanje za pomoć djeci, kada smo dobili slobodu kretanja uz još uvijek određena ograničenja uputilo nas je na traženje podrške kroz sportske aktivnosti, turističke izlete i šetnje kako bi pomogli ugojenoj i djeci sa psihotičnim poteškoćama.

METODOLOŠKI DIO RADA

Problem koji se pojavio u doba kad su se djeca manje kretala, igrala, družila bavila sportskim aktivnostima je ugojenost djece pojava hiperaktivnosti, agresivnosti, i drugih nedopustivih ponašanja.

Predmet istraživanja je kako pomoći ugojenoj djeci i djece sa emocionalnim poteškoćama u našem okruženju, koristeći sportske aktivnosti u prirodi u obliku turizma.

CLIJ ISTRAŽIVANJA

Je uključiti djecu u sportski turizam u mogućoj situaciji kako bi smanjili ili ublažili nastale pojave.

ZADACI ISTRAŽIVANJA

1. Ispitati roditelje o stanju njihove djece u ovim danima prisilnog kućnog života.
2. Ispitati koliko je uključenost i angažovanje djece u razne sportsko turističke aktivnosti poboljšalo njihovo fizičko i psihičko stanje.
3. Ispitati da li se dječaci i djevojčice razlikuju u rezultatima kod drugog testiranja roditelja.
4. Ispitati metodom korelacije međusobnu ovisnost i uslovljenost varijabli.

HIPOTEZE ISTRAŽIVANJA

H1. Očekujemo negativne ocjene o psihofizičkom stanju djece iz ugla roditeljskog procjenjivanja.

H2. Očekujemo da uključenost djece u sportski turizam donosi poboljšanje na fizičkom i psihičkom stanju.

H3. Pretpostavljamo da se dječaci i djevojčice značajno razlikuju u rezultatima poslije aktivnog bavljenja sportsko rekreativnim disciplinama u većini varijabli.

H4. Predviđamo da će Corelacijska analiza pokazati visoke korelacije u njihovoj međuovisnosti.

METODE ISTRAŽIVANJA

Teorijske analize za prikupljanje podataka, deskriptivna metoda za interpretaciju dobijenih podataka, statistička obrada podataka, dobijene vrijednosti su tabelarno i grafički predstavljeni.

INSTRUMENT ISTRAŽIVANJA

Opservacije dječijih sposobnosti

Anketiranje roditelja upitnikom Likertovog tipa čiji su odgovori postavljeni na skali od 1 do 3 stepena loše, zadovoljava i odlično. Zadnje pitanje je bilo otvorenog tipa.

Obrada podataka statističkim paketom za Windowse SPSS. 17.0.

Uzorak istraživanja je sačinjavalo 50 djece uzrasta 4-6 godina koji su pohađali terapijske vježbe i bili su uključeni u fudbal i plivanje.

Sa roditeljima je obavljen razgovor i anketiranje. Uz prijedlog šta sve treba da rade sa djecom veoma su se angažovali. Vodili su ih na plivanje u bazene i na more, uključili ih u razne sportove, vožnja koturaljki, bicikla i šetnja u prirodi ponekad organizovano i grupno. Uključili su ih u škole skijanja, klizanja na ledu, kao i u razna takmičenja koja su postala dio svakodnevnice u životima djece.

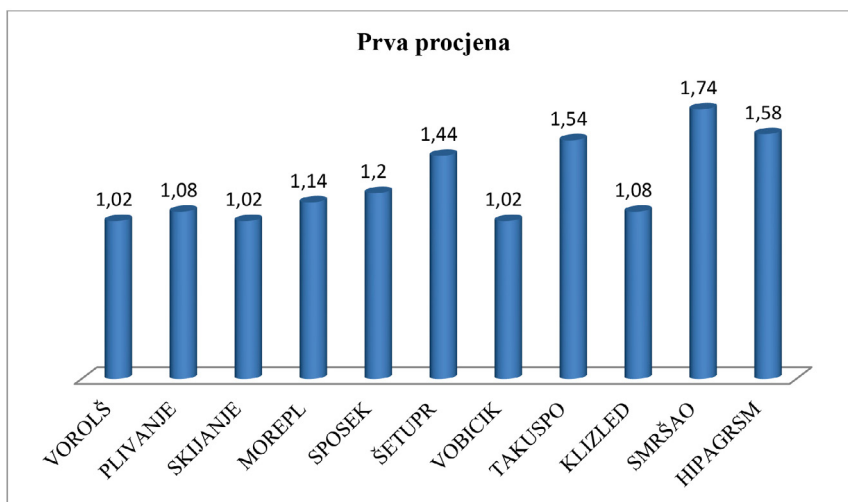
Imali smo ljeto, jesen i zimu za sve navedene sportsko turističke aktivnosti. Ponovno testiranje i susreti sa roditeljima bili su optimistični.

REZULTATI ISTRAŽIVANJA

Prvi zadatak istraživanja je ispitati roditelje o stanju njihove djece u ovim danima prisilnog kućnog života.

Prema rezultatima procjene roditelja i naše opservacije imamo veoma niske vrijednosti pokazane na grafikonu br1. Najslabiji rezultati su na vožnji rošula i bicikla jer to je iziskivalo materijalno izlaganje za roditelja kao i mali interes za rošulanje. Najbolje vrijednosti su bile na šetnji u prirodi 1,44 i takmičenje u sportu 1,54. Vrijednost za ugojenost je 1,74 i za psihičko stanje 1,58 što je bilo tek zadovoljavajuće. Na osnovu dobijenih podataka potvrdili smo H1 da je stanje djece prema stavovima roditelja veoma loše.

Rezultati procjene roditelja o stanju djece na početku provođenja sportskih aktivnosti

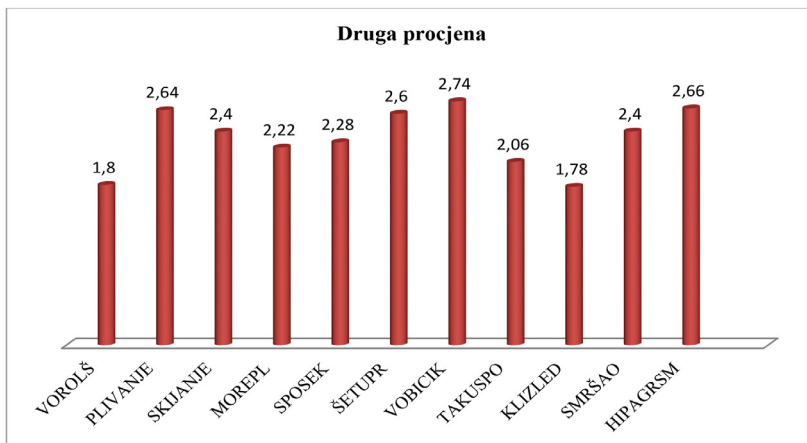


Grafikon1. Prikaz rezultata koje su dali roditelji na početku projekta

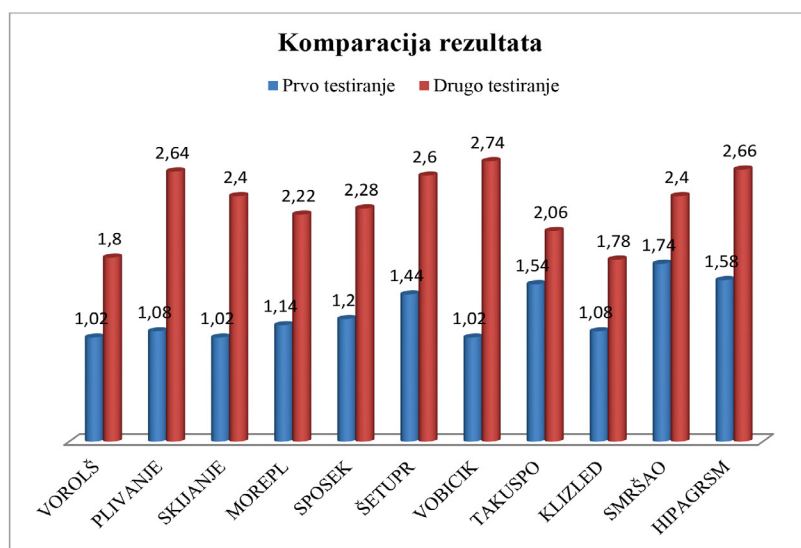
Drugi zadatak istraživanja je glasio ispitati koliko je uključenost i angažovanje djece u razne sporsko turističke aktivnosti poboljšalo njihovo fizičko i psihičko stanje.

Analizirajući vrijednosti koje su roditelji procijenili kod djece, poslije devet mjeseci aktivnog bavljenja sportskim turizmom zaključujemo da imamo znatno bolje rezultate po svim disciplinama. Najveći uspjesi su postignuti na plivanju od 1,08 na 2,64, zatim na vožnji bicikla sa 1,02 na 2,74 skijanju sa 1,02 na 2,4 što je izuzetno dobro. Najvažniji pozitivni rezultati su postignuti na varijabli smršao sa 1,74 na 2,40 i na psihičko-emotivnom stanju sa 1,58 na 2,66 što nam potvrđuje da su sportsko turističke vještine pomogle u psihofizičkom stanju kod djece.

Rezultati procjene roditelja o stanju djece poslije provođenja sportskih aktivnosti



Grafikon 2. Prikaz rezultata koje su dali roditelji poslije devet mjeseci



Grafikon 3. Postignuća rezultata bavljenjem sportsko-rekreativnim disciplinama.

Kako bi statistički provjerili razliku između prvog i drugog testiranja rezultata o psihofizičkom stanju djece u vrijeme pandemije primijenili smo jednofaktorsku analizu varijance prikazujući zbirove kvadrata odstupanja rezultata od njihove srednje vrijednosti, broj stepeni slobode, aritmetičku sredinu kvadrata odstupanja, F odnos i veličinu značajnosti. Na osnovu rezultata na tabeli 1. uočljiva je statistička značajnost između prve i druge procjene na osam testiranih vještina na nivou $P < 0,05$ što nam potvrđuje da su roditelji djece realno procijenjivali i da su sportsko turističke discipline pomogle da djeca smršaju i postanu pozitivnija i rasterećenija. Na disciplini takmičenje u sportu nisu nađene značajne razlike jer djeca nisu željela da se takmiče što potvrđuje lošu socijalizaciju i takmičarski duh. Na osnovu dobijenih rezultata možemo potvrditi H2 da sportski turizam doprinosi poboljšanju u psihofizičkom stanju djece.

Tabela 1. Jednofaktorska analiza varijanse o djeci koja imaju psihofizičke poteškoće stečene u doba covid 19

Vještine	I i II testiranje	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig
PLIVANJE	Između grupa	60,840	1	60,840	346,647	,000
	Unutar grupe	17,200	98	,176		
	Total	78,040	99			
SKIJANJE	Između grupa	47,610	1	47,610	203,037	,000
	Unutar grupe	22,980	98	,234		
	Total	70,590	99			
MOREPL	Između grupa	29,160	1	29,160	74,033	,000
	Unutar grupe	38,600	98	,394		
	Total	67,760	99			
SPOSEKC	Između grupa	29,160	1	29,160	101,769	,000
	Unutar grupe	28,080	98	,287		
	Total	57,240	99			
ŠETUPR	Unutar grupe	33,640	1	33,640	125,255	,000
	Unutar grupe	26,320	98	,269		
	Total	59,960	99			
VOBICIKL	Između grupa	73,960	1	73,960	575,244	,000
	Unutar grupe	12,600	98	,129		
	Total	86,560	99			
TAKUSPO	Unutar grupe	6,760	1	6,760	1,573	,213
	Unutar grupe	421,240	98	4,298		
	Total	428,000	99			

Vještine	I i II testiranje	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig
KLIZLED	Unutar grupe	12,250	1	12,250	39,673	,000
	Unutar grupe	30,260	98	,309		
	Total	42,510	99			
SMRŠAO	Unutar grupe	10,890	1	10,890	28,368	,000
	Unutar grupe	37,620	98	,384		
	Total	48,510	99			
HIPAGRSM	Između grupa	29,160	1	29,160	72,530	,000
	Unutar grupe	39,400	98	,402		
	Total	68,560	99			
VOROLŠ	Između grupa	15,210	1	15,210	42,612	,000
	Unutar grupe	34,980	98	,357		
	Total	50,190	99			

Treći zadatak istraživanja je bio ispitati da li se dječaci i djevojčice razlikuju u rezultatima poslije aktivnog bavljenja sportsko rekreativnim disciplinama.

Ovdje smo primjenili statistički metodu t-test za zavisne uzorke upoređujući također srednje vrijednosti, stepene slobode, t- odnos i veličinu značajnosti.

Upoređivali smo djecu po spolu 16 djevojčica i 34 dječaka i nismo dobili statistički značajne razlike u 3 discipline: *Takmičenje u sportu*, $P=0,283 > 0,050$, *šetnje u prirodi* za $P=1,41 > 0,050$ i *smršao* gdje je $P=2,24 > 0,050$ što znači da su imali slične uspjehe u tim disciplinama i da su djeca oba spola podjednako smršala. U ostalih šest disciplina su se značajno razlikovali u uspješnosti otklanjanja poteškoća i gojaznosti. Na osnovu ovih rezultata nismo potvrdili H3 jer se ne razlikuju djeca po spolu u većini varijabli.

Četvrti zadatak istraživanja je bio ispitati metodom korelacije međusobnu ovisnost i uzajamnu povezanost upoređivanih vještina ili varijabli.

Tabela 2. T-test za izračunavanje rezultat razlike između dječaka i djevojčica.

Varijable	F	sig	t	df	Sig (2-tailed)	Mean diff
VOROLŠ	26,129	,000	2,058	98	,042	,404
PLIVANJE	34,374	,000	4,033	98	,000	,933
SKIJANJE	62,457	,000	3,759	98	,000	,835
MOREPL	30,874	,000	2,876	98	,005	,643
SPOSEKC	9,114	,003	3,111	98	,002	,635
ŠETUPR	2,701	,103	3,974	98	,000	,808

Varijable	F	sig	t	df	Sig (2-tailed)	Mean diff
VOBICIKL	96,304	,000	4,286	98	,000	1,035
TAKUSPO	1,026	,313	1,078	98	,283	,627
KLIZLED	9,999	,002	1,483	98	,141	,271
SMRŠAO	,174	,677	1,223	98	,224	,239
HIPAGRSM	4,288	,041	4,309	98	,000	,925

Četvrti zadatak istraživanja je bio ispitati metodom korelacije međusobnu ovisnost i uzajamnu povezanost upoređivanih vještina ili varijabli

U našem radu uradili smo i korelacijsku analizu varijabli upoređujući njihovu povezanost, ovisnost i uslovljenost. Iz rezultata se vidi da su sve varijable u visokoj korelacijskoj vezi, da zavise jedna od druge i međusobno su dobro uvezane. Korelacije se kreću od $P=0,370$ do najviših $P=0,723$. To objašnjavamo tako što ako vozi biciklo bit će bolji u sportskim sekcijama ili izgubit će na težini ako više pliva $P=0,624$ ili ako više skija i slično. Potvrdili smo H4, da su visoke korelacijske veze između vještina i da utiču jedna na drugu pozitivno.

Tabela 3. Korelacijska analiza

	Vozi rolušule	Plivanje	Skijanje	More plivanje	Sportske sekcije	Šetnja u prirodi	Vozi bicikl	Takmič u sportu	Klizanje Na ledu	Hiper.a	Smršao
Vozi rolušule	1.00										
Plivanje	,667	1.00									
Skijanje	,653	,888	.100								
More plivanje	,619	,695	,603	.00							
Sportske sekcije	,497	,694	,684	,444	1.00						
Šetnja u prirodi	,514	,764	,716	,543	,675	1.00					
Vozi bicikl	,590	,880	,838	,642	,723	,711	1.00				
Takmič u sportu	,165	,269	,295	,215	,286	,208	,252	1.00			
Klizanje na ledu	,722	,608	,574	,573	,551	,557	,547	,145	1.00		
Smršao/la	,388	,455	,428	,370	,376	,387	,491	,239	,418	100	
Hiper. agresivni,pp	,496	,624	,596	,467	,449	,433	,642	,043	,423	,176	100

REZULTATI I DISKUSIJA

Pedesetoro djece sa opštom slikom ugojenosti, psihotičnim nemirima, agresivnošću i anksioznim ponašanjem, uključili smo u devet disciplina sportskog turizma koji je moguće izvoditi u našem okruženju u danima pandemije. Vožnja rošula, plivanje, skijanje, odlazak na more, odlazak u prirodu uz šetnju, sportske aktivnosti, klizanje na ledu i vožnja bicikla su sportovi koje su prakticirali 9 mjeseci. Testirali smo roditelje na početnom stanju i poslije 9 mjeseci provođenja turističkog sporta sa djecom. Roditelji su bili veoma aktivni i požrtvovani u vođenju djece na sve aktivnosti. Menadžeri i terapeuti su organizovano radili na plivanju, sportskim aktivnostima, na klizanju i skijanju. Poslije dogovorenog perioda od nepunu godinu dana ponovo su testirani roditelji a opservirana su i djeca od strane stručnjaka. Dobijeni rezultati su statistički obrađeni i odmah se zapazila značajna razlika. Statističkom metodom jednofaktorska analiza izračunali smo značajnosti. U osam vještina nađena je značajna statistička razlika osim u jednoj disciplini koju djeca nisu željela a to je takmičenje. Tu smo konstatovali da su izgubili na socijalizaciji i želji za pobjedom.

Željeli smo ispitati da li postoji statistički značajna razlika između dječaka i djevojčica što smo uradili t-testom za zavisne uzorke. U tri vještine nismo imali statistički značajnih razlika. Takmičenje u spotru, klizanje na ledu kao i u varijabli mršanje što znači da su tu djeca bila podjednaka.

Naš cilj je bio da pomognemo djeci i prema izjavama roditelja djeca su izgubila na težini što smo vidjeli i u rezultatima. Psihička, emotivna slika je bila mnogo bolja sa manje ljutnje, pogrdnih riječi agresivnosti jer sport oplemenjuje čovjeka, unosi veselje, energiju, relaksaciju i opštu rehabilitaciju u samoj ličnosti.

Ovim istraživanjem smo pomogli roditeljima a najviše djeci koja su smršala što je statistika pokazala da je 41% djece izgubilo na težini provodeći ove sportsko turističke discipline. Brojka od 28% djece koja su postala manje hiperaktivna, relaksirana, sretna i manje agresivna daje nam za pravo da je ovaj projekat imao pravi cilj.

Sinergija sporta i turizma koji daju siguran uspjeh je upravo iskorištena, što u svom diplomskom radu navodi i Valergea Regancin, 2020.

LITERATURA

1. Buble, M. i Buble, M. (2014): *Poduzetništvo*. Split: Visoka škola za menadžment i dizajn Aspira.
2. Bećirević, H. (2007): *Osnove menadžmenta ljudskih resursa*. Sarajevo: Jadran studio
3. Bibanović, Z. (2006): *Turizam*. Sarajevo, RABIC.

4. Turjačanin, V. i Čekrlija, Đ. (2015): *Osnovne statističke metode i tehnike u SPSS-u*. Društvo psihologa Republike Srbije, Banja Luka.
5. Zečić, M. (2019): *Menadžment u turizmu i hotelijerstvu*. Sarajevo: COPY Art.
6. Stanković, N.: *Sportski turizam i wellness-skripta*. Evropski univerzitet Brčko distrikt, Brčko.
7. Spalević, M. (2016): *Sportski turizam kao posebni oblik turizma – Mogućnosti i značaj*. (Specijalistički rad). Fakultet za mediteranske poslovne studije, Tivat (pdf str.61 i 66).

LOGOPED U INTERDISCIPLINARNOM TIMU

SPEECH THERAPIST IN AN INTERDISCIPLINARY TEAM

Zečić Sadeta

Fakultet društvenih znanosti „dr. Milenko Brkić“, Sveučilište Hercegovina
Pedagoški fakultet Univerziteta u Sarajevu, Bosna i Hercegovina

SAŽETAK

Govoriti o logopedu nekada i danas nije isto. Mnogo se toga pronjenilo u životima ljudi i u životu i načinu odrastanja djece. Rjetkos je danas da imate logopata sa patologijom verbalne komunikacije i artikulacijskih poteškoća. Danas vam dolaze djece sa kombinovanim poteškoćama gdje ja primarno: psihotični nemir, elementi autizma, nerazumjevanje naloga ponavljanje svega što vi govorite. Prođe dosta vremena da otpočnete raditi logopedski tretman. Logoped zaista mora biti veoma obrazovan iz,neuroplogije,psihologije, pedagogije, defektologije,surdologije i tiflogije kako bi u multidisciplinarnom timu mogao pomoći djetetu i na govorno-jezičkom planu.To smo pokazali i u našem istraživanju gdje smo u 30 djece primjenivali ispitivanje u 17 segmenata poteškoća kod djece koja su imala nerazvijen ili usporen razvoj govora.T-test je pokazao da je poslije godinu dana rada na svih 17 praćenih segmenata nađena ststistička značajna razlika. Zaključujemo da u ove djece nije bilo primarna poteškoća u govorno jezičkom segmentu.

Ključne riječi: logoped, multidisciplinarni tim, govorno-jezičke poteškoće.

ABSTRACT

Talking about a speech therapist then and now is not the same. A lot has been changed in people's lives and in the lives and ways of children growing up. It is rare today to have a logopat with pathology of verbal communication and articulation difficulties. Nowadays children come to you with combined difficulties where it is primary: psychotic restlessness, elements of autism, misunderstanding of orders, repetition of everything you say and unstable attention. It may take some time to start doing speech therapy treatment with a child who comes in with speech and language difficulties as the primary problem. A speech therapist really needs to be very educated in neurology, psychology, pedagogy, defectology, deafness and typhology in order to be able within a multidisciplinary team to help a child in terms of speech and language. We drew attention to this in our research where we had applied testing in 17 segments of difficulties in children who had unformed or slowed speech development. T-test showed that after a year of work on all 17 monitored segments a statistically significant difference was found. We conclude that these children did not have the primary difficulty in the speech-language segment. The speech therapist must work with the multidisciplinary team to help parents and children in their entire development, preparing him/her for school as a communicative and socialized person.

Key words: Speech therapist, multidisciplinary team, speech-language difficulties, communication.

UVOD

O govoru su govorili mnogi ljekari, otorinolaringolozi, lingvisti, fonijatri i logopedi. Logopedija je nauka koja se bavi patologijom verbalno glasovne komunikacije čovjeka.

Dr Hinko Freud je 1932 kao izvrstan poznavalac evropske misli toga doba logopediju definisao riječima "Logopedija je specijalna medicinska disciplina, te se ne da svrstati ni pod koju od drugih poznatih struka, niti se može smatrati privjeskom jedne struke iako sa mnogima od njih graniči. Ona se služi i psihološkim, i neurološkim, i laringološkim i pedijatrijskim, i fonetskim i specifično logopedskim metodama istraživanja i liječenja no kraj svega toga čuva svoju osobenost, koja leži u jedinstvenosti objekta u svestranom znanstveno- medicinskom proučavanju patologije govora". Danas je logopedija samosvojna znanstvena disciplina s razgranatim subdisciplinama i našla je svoje mjesto u znanstvenom prostoru svjetskih razmjera.

Logopedska dijagnostika prati i procjenjuje stanje govora djeteta prognozira ishod. Podstaknuti cjelokupnim prethodnim sadržajem i dugogodišnjim radom u struci logopedije željeli smo uraditi jednu analizu o djeci koja dolaze na logopedski tretman. Bar djelimično predstaviti poteškoće koje su danas uveliko prisutne u djece koja žele biti na logopedskom tretmanu. Iz jednog ugla treba da posmatramo veliki broj raznih psiholoških, neuroloških i motoričkih poteškoća. Sa druge strane pitanje je da li je logoped više u mogućnosti pomoći i tamo gdje bi mogao. Ovdje možemo konstatovati da je neophodna podrška raznih stručnjaka kako bi se zaista pomoglo djetetu u najboljem slučaju.

Na 300 djece koja su prošla za 4 godine kroz logopedsku opservaciju prepoznali smo oko 50 raznih poteškoća sa kojima se djeca i roditelji bore. Istina novo vrijeme donosi i nove probleme. Način života, ishrane, prevelike aktivnosti majki, nepravilno korištenje mobitela, tableta i kompjutera učinili su da imamo nove poteškoće u male djece.

Naše detaljno istraživanje urađeno je na uzorku od 30 djece gdje smo željeli utvrditi da li timski rad u saradnji sa logopedom daje dobre rezultate. Potvrdili smo da je neophodno raditi u multidisciplinarnom timu stručnjaka da bi logoped dijete osposobio i u govorno jezičkom segmentu.

TEORETSKI PRISTUP PROBLEMU

VAŽNOST GOVORA U RAZVOJU DJETETA

Poziv logopeda je veoma važan, odgovoran i težak. Logoped je profesionalni nosilac procesa rehabilitacije osoba s patologijom verbalne komunikacije. Na II Kongresu Međunarodne asocijacije za logopediju i fonijatriju (1926) zauzet je stav da „izobrazba logopeda ubuduće mora biti specijalna i ujedno znanstvena s akademskim završnim ispitom (Brestovci, 2007).

Međutim, danas djeca nisu kao prije nekoliko godina. Razna događanja i uslovi života u mnogome su doprinjeli ovakvom stanju kod djece. Njihove poteškoće u govorno jezičkom razvoju su mnogo komplikovanije zbog toga što su praćene sa još nekoliko smetnji ili nedostataka u razvoju. Vrlo rijetko pred vas sjeda čisti-pravi samo logopat kome treba pomoć u artikulaciji glasova, izgovoru riječi i rečenica ili pomoć u tempu i ritmu toka verbalne komunikacije.

Govor je složena sposobnost ili zbir sposobnosti fiziopsihološke prirode koje su međusobno funkcionalno povezane, a namjenjene su prenošenju govornih poruka. S toga imamo već mnogo poruka da logoped sagledava dijete u cjlini njegovog funkcionisanja (Zečić i sar, 2010).

Nijedna druga ljudska aktivnost ne pruža takvu mogućnost i takav stupanj prodiranja u čovjekovu ličnost koliko služenje jezičkim sredstvom izražavanja. Prema tome, govor je složena sposobnost i zbir sposobnosti međusobno funkcionalno povezanih i namjenjene za prenošenju govornih poruka (Škarić, 1987).

Znamo da je osnovna funkcija govora da prenosimo, primamo i saopštavamo svoje poruke želje, misli i razne informacije. Međutim, moramo znati da govorom dajemo oduška emocijama ili raspoloženju, proizvodimo zvukove, izbjegavamo tišinu i bježimo od potištenosti. Snagom govora možemo nadvisiti sebe ili situaciju, povući se u sebe ili se otvoriti i uspostaviti potrebne veze sa drugima.

Izvori govora su u samoj biološkoj sposobnosti čovjeka u kojoj se biološko biće transformiše u socijalno i kulturno.

RAZVOJNI PUT GOVORA RAZNIH AUTORA

Lurija 1982. promatra govor kao specijalnu formu komunikacije koja zauzima središnje mjesto u čovjekovoj životnoj povjesti. Kada osjećamo (svjesno ili nesvjesno) da razumijemo šta se događa oko nas, to što tumačimo ponašanjem svojih prisutnih i pravilno reagiramo onda se to podudara sa pravilima jezika i razumjevanja.

To su bitni elementi kod djece koja dolaze kod terapeuta, nisu u mogućnosti razumjeti pitanje, ne znaju šta tražite, ponavljaju iskaz terapeuta, pažnja nije okupirana ničim i slično.

Opšta slika pri ulasku u prostoriju na logopedске vježbe i sama opservacija pružaju nam vidne informacije koje su primarne kod djeteta. To mogu biti: nestabilna rasuta pažnja, prevelika sloboda u novom prostoru, teško odvajanje od roditelja, plač, psihotični nemir, agresivnost, pasivnost, oštećenje sluha, smetnje sa vidom ili smetnje sa motorikom.

Došao je logopedu zbog govornih vježbi, ali odakle početi i kako dovesti dijete do stanja da sjedi i primi slušalice ili ostvari komunikaciju sa logopedom. Iskreno morate biti dobar pedagog, dobar defektolog, dobar metodičar i dobar glumac kako bi ste uspjeli.

Počinjemo od riječi koju čine skup glasova koji imaju neko značenje kad stoje uz predmet koji se imenuje. Riječ kao sama nema kod djece neko značenje saopćenje dok ih ne upotrijebimo u rečenici. U početnom razvoju dijete usvoji riječ kju najviše sluša i njom imenuje sve što mu treba. Kada progovori između prve i kraja druge godine značenje njegove riječi izražava najprije njegovo emocionalno stanje a poslije predstavlja imitovanje –ponavljanje riječi koje je čulo iz okoline a još ih ne razumije (Matić, 1977). Slušajući riječi kojima odrasli označavaju predmete i operacije koje se vrše tim predmetima, dijete počinje i samo da se interesuje za te predmete pokazuje ih ili vodi roditelja do istog što znači da je vezao pojam i predmet. Kada prohoda i može doći do predmeta počinje da pita i tada postaje svjesno imenovanja onog što opaža čulima (Matić, 1977).

Prve riječi djeteta su nepravilne i skraćene. One imaju smisao rečenice i predstavljaju izraz neke želje i potrebe djeteta. Sa prvim pravilnim izgovorom pojedinih glasova i riječi dijete stvara i prve rezervne riječi aktivnog riječnika. Dimić (2002) navodi da se djeca rađaju sa različitim psihofizičkim sposobnostima, čime je određen i njihov razvoj. Da bi dijete savladalo sve faze govornog izražavanja i razvilo svoj govor, potrebno je da fizički i mentalno bude potpuno zdravo (Dimić, 2001). Kod djece oštećena sluha imamo problem ne samo sa razvojem govora već i u intelektualnom razvoju i ponašanju.

FAKTORI RAZVOJA LIČNOSTI

Vrlo je mnogo faktora koji djeluju na razvitak jedne individue. Svi oni nemaju podjednaku snagu na uticaja na tok fizičkog i psihičkog razvitka i na proces oblikovanja individue u određenu ličnost. Među odlučujuće faktore razvitka jedne ličnosti spadaju: naslijeđe, društvena sredina, vaspitanje i stvaralačka aktivnost (Đorđević i Potkonjak, 1988).

Kada govorimo o naslijeđu nas najviše interesuje biološki činioci koji se naslijeđuju od predaka i oni najviše determinišu razvitak jedne ličnosti. Uključujemo tu i psihički razvitak zatim nervni sistem a zajedno s njim i endokrini sistem sa sistemom žljezda za unutrašnje lučenje. Ova dva sistema određuju funkcionisanje vegetativnog sistema, metabolizma i čine osnovu temperamenta. Od njegove strukture zavise i naslijeđe i stečene dispozicije, a time i mogućnosti za razvitak, pa i konačnu strukturu jedne ličnosti (Đorđević i Potkonjak, 1988).

Problem disfazije kod djece se obično kasno prepoznata. Takvo dijete ima govor koji razumije majka, ukućani i neko ko je često s njim u kontaktu dok druge osobe ga ne razumiju i veoma im je čudan. Druge osobine djeteta s razvojnom disfazijom kako navodi Sinanović (2005) je vezanost za majku, povišena anksioznost ili laka odsutnost i zbunjenost ostavljaju prvi utisak o djetetu. Dijete može da izgovori određene slogove, nekada i sve glasove, ali samo pojedinačno. Kada od njih sklapaju riječi, onda ti glasovi gube jasnoću, oblik, te može ići do potpunog nerazumjevanja

(Sinanović, 2005). Dalje navodi da druga grupa disfazija kod djece se sastoji u tome da dijete može pravilno da obavi fonaciju glasova i da ih pravilno ugradi u riječ, pa tako riječ izgovorena odvojeno je razumljiva i jasna. Međutim, kada se riječ pokuša ugraditi u rečenicu sa puno riječi, rečenica je nerazumljiva. I kod ove grupe djece postoje lakše i teže forme poremećaja.

Jezik služi djetetovu ponašanju i emocionalnoj kontroli na najmanje tri načina (Greenberg i Snell, 1999). Prvo služi unutarnjoj izvršnoj funkciji i posredovanju između namjere ili želje i ponašanja. Manjkavosti ovog „drugog signala sustava“, koji se često naziva verbalnom samokontrolom, jasno su povezane s impulzivnošću i problemima u ponašanju. Druga funkcija jezika jest priopćiti vlastita unutarnja stanja drugima. Treće jezik dopušta djetetu da postane svjesno kako se osjeća. Tako govor prestaje biti puka pratnja radnji i počinje pomagati organizaciji ponašajnih procesa i emocija. U predškolskoj dobi dijete počinje razlikovati emocije, potrebe i želje različitih ljudi u određenom kontekstu. Odrasli igraju važnu ulogu i pomažu djeci načiniti djelotvorne planove tijekom interakcije s vršnjacima koje mogu povećati toleranciju na frustracije (Salovey i Sluyter, 1999).

U daljoj edukaciji prelazimo na igru kojom možemo okupirati dijete, jarke boje, razni oblici, pojam prostora, pojam sebe, vremena, broja i bogaćenja rječnika. Koraci koje smo grubo nabrojali traže inkorporiranje svih razvojnih sposobnosti kako bi uspješno provodili edukaciju korak po korak uvijek uz podršku roditelja.

Četiri godine pratili smo i bilježili poteškoće kod 300 djece kako bi iznijeli sa čime se sve susreće logoped u svom poslu. Iz popisa poteškoća sa kojima nam dolaze djeca sa namjerom da im se pomogne sa govorom, u istinu traže pomoć za poteškoće koje i sami vide i očekuju da je logoped –stručnjak za sve i da će pomoći kako bi njegovo dijete imalo komunikaciju ili počelo komunicirati na bilo koji mogući način. Logopedu je potreban timski rad stručnjaka: defektolog, pedijatar koji vodi dijete, neuropedijatar, otorinolaringolog, tifolog i psihomotorni reedukator.

Mi spremamo dijete za školu i ne samo da govori već i sve ostalo treba biti primjereno savladano za polazak u školu. Edukacija logopeda u svim pomenutim specijalnostima je neophodna da bi osvojio dijete i pokazao roditeljima lik stručnjaka kome su došli zato što vam vjeruju.

U našem radu odabrali smo 30 djece sa najučestalijim poteškoćama i pratili ih godinu dana u 17 osobina koje smo dijagnosticirali i uz podršku roditelja putem ankete koju smo proveli. U saradnji sa roditeljima i tokom rada procjenjivali smo početne sposobnosti da bi poslije godinu dana uradili to isto. Vrednovali smo ocjenama sa 1-loš, 2 bolji, i 3 odličan. Upoređivali smo te rezultate što smo statistički obradili t testom za zavisne uzorke.

METODOLOGIJA ISTRAŽIVANJA

Predmet istraživanja

U radu sa djecom koja su posjetila logopeda tražeći podršku u verbalnoj, govorno-jezičkoj problematici prepoznali smo mnogo drugih poteškoća. Vrlo brzo se ustanovilo da u novije vrijeme treba neki pred logopedski tretman da bismo dobili dijete koje može saradivati i prihvatiti logopedске metode i tretman koji se prakticira radi poboljšanja govorno-jezičkog razvoja. Prepoznali smo da više specijaliziranih stručnjaka treba da rade sa djetetom uz logopeda kako bi bila adekvatna podrška za logopata. To nas je navelo da govorimo o multidisciplinarnom timu u kome je logoped veoma važan uz podršku drugih stručnih službi što je naš predmet istraživanja.

Cilj istraživanja

Cilj rada je ispitati koliko tim stručnjaka pomaže u logopedskom radu kod djece sa višestrukim poteškoćama.

Zadaci istraživanja

1. Na osnovu anketiranja roditelja i naše procjene ispitati psihofizičko stanje i govorni status u djece.
2. Ispitati da li se pokazao zapažen uspjeh poslije 12 mjeseci rada sa timom stručnjaka u djece sa višestrukim poteškoćama.
3. Ispitati koliko se poboljšao govorno jezik status kod te djece.
4. Dokazati statističkim metodama t- testom i korelacijom značajnost razlika.

Hipoteze istraživanja

H1. Predviđamo da je veoma puno djece sa višestrukim smetnjama nizak status u svim testiranim varijablama .

H2. Očekujemo poboljšanje na svim varijablama koje smo pratili i na kojima su radili specijalizovani stručnjaci.

H3. Pretpostavljamo da se govorni status znatno poboljšao kod ove djece.

H4. Očekujemo da će t-test pokazati statistički značajne razlike na većini varijabli i visoke korelacije.

Metode istraživanja

Metode koje smo koristili u radu za ispitivanje statusa djece su sljedeće:

- Metoda opservacije, metoda razgovora, Servej metoda, statistička metoda T-test
- Instrument istraživanja

- Anketa za roditelje i logopedska opservacija djece
- Postupak je anketiranje majki i očeva.
- Uzorak ispitanika

Uzorak je sačinjavalo 30 roditelja, odnosno 30 djece sa kojima je radio psiholog, neurolog, psihomotorni reedukator, sportski terapeut, defektolog i logoped u zavisnosti od poteškoća koje su imali. Roditelji su redovno vodili djecu na zakazane termine što je bilo obavezujuće.

Za statističku obradu podataka korišten je program SPSS za Windows., verzija 17.

REZULTATI I DISKUSIJA ISTRAŽIVANJA

U novije vrijeme sve više djece je sa raznim i kombinovanim smetnjama koje imaju u svom razvojnom periodu. Radeći logopedsku terapiju pratili smo 3 godine djecu koja su prošla kroz dijagnostički tretmane te su upućeni u razne terapijske centre a mnogi su ostali u multidisciplinarnom timu logopedске vježbaonice. Na ovoj tabeli predstavili smo oko 300 djece koji su bili sa različitim poteškoćama razvojnih smetnji motorike, usporenog psihomotornog razvoja, govornih smetnji što želimo pokazati i procentualno u odnosu na 300 djece.

Tablica 1. Vrste poteškoća prepoznate kod djece koja su dolazila na logopedске vježbe

Br.	Pratili smo poteškoću djece koja su dolazila na logopedске vježbe	Broj djece	%
A	Osobine govora		
1.	Artikulaciju(interdentalni sigmatizam)	124	41,3
2.	Kapacizam –oisija glasa K	32	10,6
3.	Rotacizam	18	2,6
4.	Nerazvijen govor	42	14
5.	Usporeni razvoj govora	56	18,6
6.	Azafolaliju(nerazgovjetna artikulacija u govoru)	39	13
7.	Ataksijatriju-Skandirani govor (riječi podjeljene dužim pauzama)	14	1,33
8.	Heliognatiju(rascjep usne ili vilice)	4	1,33
9.	Heilo gnatopalatošiza ((rascjep gornje usne ,mekog i tvrdog nepca)	1	0,3
10.	Heliošiza- začija usna	2	0,6
11.	Eholaličan govor (ponavlja pitanja ili dio pitanja)	23	7,6
12.	Govor nerazumljiv	42	14
13.	Ne razumije naloge	20	6,66
14.	Ne zna pitati	27	9

Br.	Pratili smo poteškoću djece koja su dolazila na logopedске vježbe	Broj djece	%
15.	Odgovara sa DA i NE	8	2,66
16.	Ne govori ali učestvuje u akt. I izvršava naloge	34	11,33
17.	Voli zvučne programe-imenovanja,oglašavanja i oponašanja	185	56
B	Mucanje	21	7
18.	Fiziološko mucanje	11	3,66
19.	Klonično mucanje	5	1,6
20.	Klonotoničko mucanje	4	1,33
21.	Toničko mucanje	4	1,33
22.	Akatafazičan govor (poremećaj u sintaksičkom govoru)	25	8,3
23.	Alaliju(funkcionalno odsusvo artikulisanog govora)	18	6
24.	Anomiju(smanjena sposobnost zapamćivanja ili prisjećanje)	27	9
25.	Govorna dječija apraksija	36	12
26.	Čitanje uz tremor tijela	21	7
27.	Motoričke poteškoće		
28.	Graforeja p(isanje slogova riječi i slova bez smisla)	23	7,6
29.	Ne zna držati olovku	142	47,3
30.	Ne želi crtati ni pisati ništa	124	41,3
31.	Voli bojiti na tabletu	156	52
32.	Hoće pisati slova na tabletu	94	31,3
C	Socijalizacija		
32.	Ne želi raditi bez prisustva mame	160	53,3
33.	Prihvata igru i saradnju odmah	172	57,3
34.	Igre imitira i oponaša	107	35,6
35.	Ne trpi promjene u načinu igre	62	20,6
36.	Treba ga poticati na igru	58	19,3
37.	Individualac	29	9,66
38.	Depresivan,tužan,	125	41,6
D	Ponašanje		
39.	Nepoželjno ponašanje,plače i razbacuje	42	14
40.	U toku aktivnosti počinje sa neprihvatljivim ponašanjem	26	8,6
41.	Uzvrpoljen u toku rada	53	17,6
42.	Impulsivan i hiperaktivan	64	21,3
43.	Ograničena pažnja	56	18,6
44.	Neorganizovan	51	17

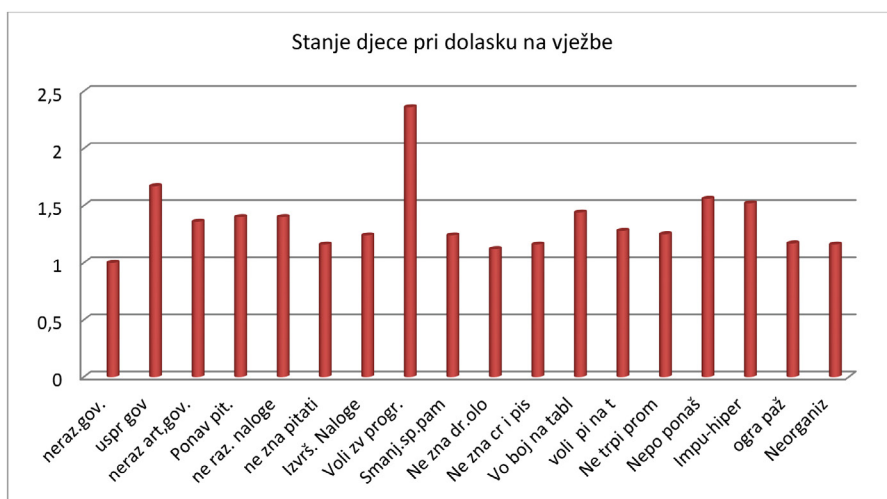
Br.	Pratili smo poteškoću djece koja su dolazila na logopedске vježbe	Broj djece	%
45.	Prekomjerne reakcije	48	16
46.	Voli pohvale	73	24,33
47.	Stereotipni pokreti	50	16,6
48.	Ne prati vas pogledom	21	7
49.	Moraju ići šablon putem kolima	36	12
50.	Jede određenu hranu	68	22,6

Za 4 godine 300 djece je posjetilo logopeda, neki su poslije dijagnostike nastavili sa vježbama a neki samo dijagnosticirani i upućeni dalje.

Istraživanje koje smo proveli radeći i prateći 30 djece u 17 vrsta poteškoća dobili smo niske procjene što pokazuje njihovo psiho fizičko i govorno jezičko stanje. To smo predstavili na tablici 2. Analizirajući grafički prikaz zaključujemo da su najbolji bili u zvučnim programima mobitela i programa na kompjuteru. Usporeni razvoj govora, neprikladno ponašanje hiperaktivnost kao i poremećaj pažnje su bili 1,5 u nekim srednjim granicama odgovora roditelja. Negativni su bili rezultati u nerazvijenom govoru, ograničenoj pažnji, neorganizovanosti, držanju olovke kao i u crtanju.

Možemo zaključiti da imamo veliki broj djece sa višestrukim smetnjama što je predstavljeno na tablici 1. Takođe kod 30 djece koje smo detaljno opservirali i anketom roditelja ustanovili njihovo psihofizičko stanje, postojale su takođe višestruke smetnje i nizak nivo procjene čime potvrđujemo Hipotezu 1.

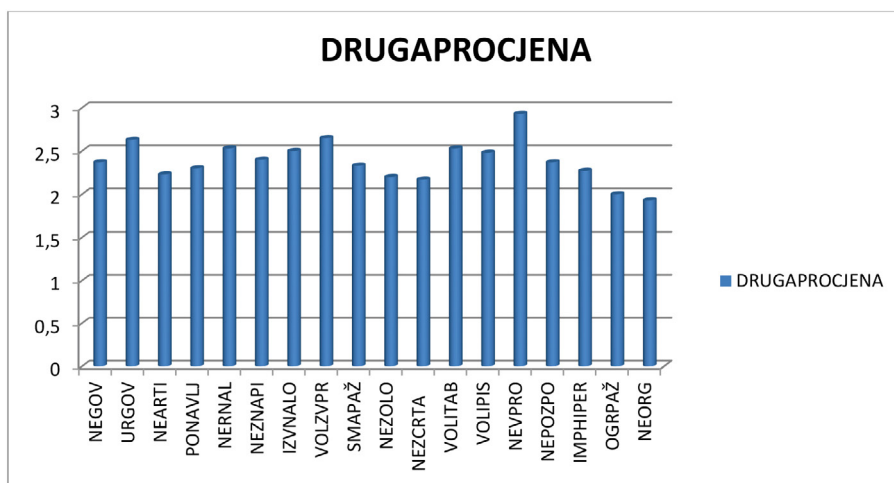
Prva procjena stanja djece



Grafikon 1.

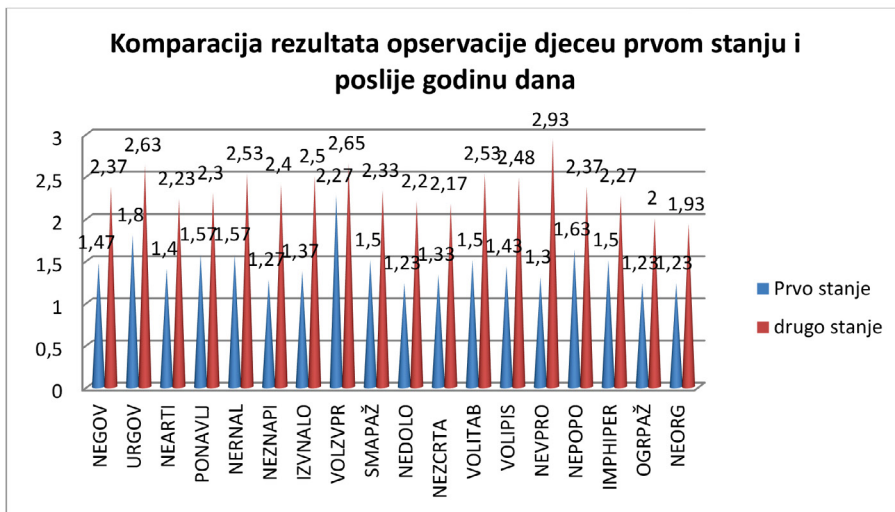
Poslije 12 mjeseci timskog rada imali smo sasvim drugačije rezultate što vidimo na grafikonu 2. U organizaciji sa psihologom ,edukatorom rehabilitatorom, sportskim trenerima i stalnim praćenjem neuropedijatra i pedijatra radili smo pripremne radnje kroz igru za osposobljavanje djece za logopedski rad. Postigli smo vidne rezultate i 18 djece su mogli raditi logopedске vježbe po verbotonalnoj metodi aostali kroz igru ,ritam,i artikulacijske vježbice. Rezultati u razvoju govora su vidno bolji i nerazvijen govor se od procjene 1,47 poboljšao na rezultat 2,37 a usporeni razvoj govora od 1,4 na 2,23 što je veliki uspjeh u govornoj rehabilitaciji.

Druga procjena stanja djece



Grafikon 2.

Na grafikonu 3 vidimo komparaciju rezultata početnog stanja i statusa psihofizičkog razvoja djece i nakon 12 mjeseci aktivnog rada. Nas je najviše zanimalo koliko multidisciplinarni tim stručnjaka može pomoći u radu logopedu odnosno u prilagođavanju djece sa višestrukim smetnjama za logopedski tretman. Prema dobijenim pokazateljima vrlo uspješno se većina djece sa nerazvijenim i usporenim govorom adaptiralo na rad sa logopedom i postigli smo dobre rezultate. To nam pokazuju povećani rezultati varijabli ; *ne trpi promjene aktivnosti, izvršava naloge, neprihvatljivo ponašanje hiperaktivnost i poremećaj pažnje*. Kako su se poboljšale ili djelimično otklonile te poteškoće dobili smo bolje rezultate na varijablama: *ne razumije naloge, ponavlja govor logopeda, drži olovku , voli crtati i dr. Ovdje možemo potvrditi Hipotezu 2. Jer smo po pretpostavci dobili znatno bolje rezultate na drugom testiranju psihofizičkog stanja djece.*



Grafikon 3.

Rezultati koji su predstavljeni na grafikonu 3 prikazuju uspješne razlike na svim poteškoćama u djece poslije vježbanja u pomenutom timu stručnjaka uz veliko angažovanje roditelja.

Hipotezom 3. Predviđali smo poboljšanje govorno-jezičkog status kod dječ i takođe možemo potvrditi ovu hipotezu t testom sa vjerovatnoćom od 0.000.

Primjenili smo t-test u svim ispitivanim segmentima –poteškoćama, poslije upoređenih rezultata zaključili da postoji statistički značajna razlika na svim testiranim varijablama što potvrđuje dobar uspjeh u ukupnom radu. Potvrdili smo našu tezu da su djeca koja dolaze na logopedski tretman, primarno sa poteškoćama, koje one mogućavaju odmah rad na logopedskom tretmanu. Potrebna je saradnja sa pomenutim stručnjacima medicine, pedagogije i psihologije kako bi dijete doveli u stanje mogućeg logopedskog rada, posebno kada primjenjujemo verbotonalnu metodu sa aparatom Behringer.

Tablica 2. T-test proračun statističke značajnosti poslije rada sa djecom

br	Varijable	Prvi rezultat		Drugi rezultati		t	df	P
		X	SD	X	SD			
1.	Nerazvijen govor	1,47	,571	2,37	,556	-6,183	58	0,000
2.	Usporeni razvoj govora	1,80	,484	2,69	,490	-6,625	58	0,000
3.	Nerazumna artikul govora	1,40	,563	2,23	,697	-5,174	58	0,000
4.	Ponavljanje pitanja ili dijela pitanja	1,57	,679	2,30	,702	-4,112	58	0,000

br	Varijable	Prvi rezultat		Drugi rezultati		t	df	P
		X	SD	X	SD			
5.	Nerazumije naloge	1,57	,679	2,53	,571	-5,967	58	0,000
6.	Izvršavanje naloga	1,27	,450	2,40	,675	-7,656	58	0,000
7.	Ne zna pitati	1,37	,615	2,50	,572	-7,389	58	0,000
8.	Voli zvučne programe	2,27	,691	2,67	,547	-2,485	58	0,016
9.	Smanjena sps pam	1,50	,682	2,33	,711			
10.	Ne zna držati olovku	1,23	,430	2,20	,805	-5,800	58	0,000
11.	Ne zna crtati ni pisati	1,33	,478	2,17	,747	-5,144	58	0,000
12.	Voli bojiti na tabletu	1,50	,572	2,53	,507	-7,399	58	0,000
13.	Voli pisati na tabletu	1,43	,679	2,48	,688	-5,898	58	0,000
14.	Ne trpi promjene u radu i igri	1,30	,535	2,93	,347	-2,546	58	0,014
15.	Nepoželjno ponaša	1,63	,718	2,37	,669	-4,093	58	0,000
16.	Impulsivan ili hiperativan	1,50	,630	2,27	,583	-4,892	58	0,000
17.	Ograničena pažnja	1,23	,430	2,00	,525	-6,185	58	0,000
18.	Neorganizovan	1,23	,430	1,92	,691	-4,708	58	0,000

Na tablic 2. smo prikazali rezultate t-testa u svih 17 testiranih poteškoća sa kojima se intenzivno radilo uz podršku roditelja i postignuti su pozitivni rezultati. Na osnovu t- veličina i vjerovatnoće 0.000 potvrđeno je da se sve varijable statistički značajno razlikuju čime smo potvrdili Hipotezu 4.

Tablica 3. Korelacijska analiza

	NEGOV	URGOV	NEARTI	PONAVLJ	NERNAL	NEZNAPI	IZVNALO	VOLZVPR	SMANJP
NEGOV	100								
URGOV	,591	100							
NEARTI	,727	,515	100						
PONAVLJ	,655	,472	,590	100					
NERNAL	,722	,548	,675	,722	100				
NEZNAPI	,706	,630	,736	,712	,758	100			
IZVNALO	,650	,544	,615	,656	,789	,726	100		
VOLZVPR	,338	,323	,388	,431	,515	,507	,472	100	
SMANJPAM	,570	,330	,479	,449	,564	,576	,553	,301	100

Korelacijskom analizom prepoznali smo veoma visoke vrijednosti od 3,01 pa do 7,89 što nam potvrđuje visoku povezanost među varijablama. Što je bolje ponavljanja razumjevanje naloga, zna pitati, izvršava naloge poboljšava pažnju tim je bolji razvoj nerazvijenog i usporenog govora.

DISKUSIJA

U našem istraživanju imali smo 30 djece od kojih je 10 bilo sa nerazvijenim govorom i 20 sa usporenim razvojem govora. Otkrili smo 17 poteškoća koje su bile primarne u djece i radilo se njima 12 mjeseci sve što je predlagala struka iz defektologije, psihologije neuropedijatrije, otorinolaringologije, kako bi smo doveli djecu u stanje primjereno za logopedski rad. Dijete koje ne govori ili malo govori ili govori veoma nerazumno je načešće veoma nemirno, sa slabom i kratko pažnjom, nervozno jer vam ne može reći a razumije vas i zna šta želi. Vrlo često su hiperaktivni, plačljivi, poneki tihi i anksiozni. Morate za svakoga naći pravo interesovanje i krenuti do trenutka kad sam uzme slušalice i voli vas, želi vježbati.

Kada smo dobili deskriptivnu statistiku predstavili smo grafički srednje vrijednosti kako bi komparirali početne i završne rezultate poslije godinu dana intenzivnog rada sa djecom u multidisciplinarnom timu. Statističkim t-testom izračunali smo statističku značajnost između varijabli i dobili statistički značajne razlike na svim testiranim varijablama uz vjerovatnoću 0.000. Korelacijskom analizom ispitivali smo međusobnu povezanost i ovisnost varijabli pokazale su se veoma visoke veze između svih varijable što je zapravo i očekivano.

Primjerice ako dijete razumije naloge, ne ponavlja tuđi govor, ima dobru pažnju, nema neprilagođenih ponašanja imaće i bolje razvijen govorno jezički segment. Takođe ako dijete dobro čuje, vidi, oponaša, razumije naloge, manje hiperaktivno može prije razviti usporeni pa i nerazvijen govor u odnosu na dijete koje ima te poteškoće. Zaključujemo da je neophodna intenzivna saradnja logopeda sa multidisciplinarnim timom kako bi imao uspješne tretmane na logopedskom programu i osposobio dijete za komunikaciju.

LITERATURA

1. Brestovci, B. (2007): Logopedska dijagnostika - skripta za studente. Fakultet za defektologiju u Zagrebu.
2. Dimić, N. (2001): Metodika artikulacije. Beograd. Centar za izdavačku djelatnost, CIDD.
3. Đorđević, J. i Potkonjak, N. (1988). Pedagogija. Beograd. Naučna Knjiga.

4. Lurija, A.R.(1982):Osnove neurolingvistike. Beograd. Nolit.
5. Greenberg,M. i Snell, J. u Salovey,P. i David, J. Sluyter, J, D.(1999): Emocionalni razvoj i emocionalna inteligencija. Zagreb. Educa
6. Sinanović, O.i sar. (2005): Osnove neuropsihologije i neurologije ponašanja.Tuzla. Harfo –Graf.
7. Škarić,I. (1978): Govorne poteškoće i njihovo otklanjanje. Zagreb. Mladost.
8. Turjačanin, V. i Čekrlija. Đ. (2015): Osnovne statističke metode i tehnike u SPSS-u. Društvo psihologa Republike Srbije. Banja Luka.
9. Zečić, S.; Mujkanović, E., i Devolli, A. (2010): Logopedija. Sarajevo. Connectum

KOMPETENCIJE NASTAVNIKA U OSNOVNOJ ŠKOLI

COMPETENCES TEACHERS OF PRIMARY SCHOOL

Zilić Fata

Zavod za odgoj i obrazovanje osoba sa smetnjama u psihičkom i tjelesnom razvoju, Tuzla,
Bosna i Hercegovina

SAŽETAK

Kompetencije nastavnika u skladu sa vremenom i potrebama učenika trebaju biti višestruke i višebrojne jer na taj način direktno utiču na kvalitet odgoja i obrazovanja učenika u osnovnim školama. Uzorak je činilo 50 nastavnika iz 7 osnovnih škola. Za potrebe ovog rada korišten je prilagođeni Upitnik koji se sastojao iz dva dijela. Prvi dio upitnika odnosio se na starosnu dob nastavnika, godine radnog staža i nivo obrazovanja nastavnika. Drugi dio upitnika se odnosio na samoprocjenu nastavnika i sadržavao je 30 pitanja.

Istraživanja je bio utvrditi kompetencije nastavnika u osnovnim školama te utvrditi da li postoje razlike između kompetencija nastavnika u odnosu na starosnu dob, godine staža te nivo obrazovanja. Za testiranje istraživačkih hipoteza koristili smo jednosmjernu analizu varijanse (ANOVA) kao parametrijsku statističku metodu na nivou pouzdanosti od 95% tj. uz 5% rizika.

Istraživanja su pokazali da ne postoji statistički signifikantnih razlika u populaciji u pogledu nivoa kompetencija između različitih nivoa obrazovanja ($F=0,608$, $p<0,549$). Takođe, uz rizik od 5% jednosmjerna analiza varijanse nije dokazala statistički signifikantne razlike između testiranih starosnih grupa nastavnika ($F=0,245$, $p<0,784$) niti u pogledu dužine radnog staža ($F=0,311$, $p<0,734$).

Ključne riječi: kompetencije, nastavnici, starosna dob, nivo obrazovanja, radni staž

ABSTRACT

The competencies of teachers in accordance with the time and needs of students should be multiple and numerous, because in this way they directly affect the quality of education of students in primary schools. The sample consisted of 50 teachers from 7 primary schools. For the purposes of this paper, a customized Questionnaire consisting of two parts was used. The first part of the questionnaire referred to the age of teachers, years of service and the level of education of teachers. The second part of the questionnaire related to the teacher's self-assessment and contained 30 questions. The aim of the research was to determine the competencies of teachers in primary schools and to determine whether there are differences between the competencies of teachers in relation to age, age and level of education. To test the research hypotheses, we used one-way analysis of variance (ANOVA) as a parametric statistical method level of reliability 95%, ie. with 5% risk. The results of the research showed that there are no statistically significant differences in the population in terms of competence levels between different levels of education ($F = 0.608$, $p < 0.549$). Also, with a risk of 5%, one-way analysis of variance did not prove statistically significant differences between the tested age groups of teachers ($F = 0.245$, $p < 0.784$) or in terms of length of service ($F = 0.311$, $p < 0.734$).

Key words: competencies, teachers, age, level of education, length of service

UVOD

Odgoj i obrazovanje učenika u osnovnoj školi je veoma zahtjevna i odgovorna aktivnost koja treba uzeti u obzir razvojni kontekst učenika tj. postaviti osnovni temelj za dalje učenje i uspjeh u profesionalnom životu. Kompetencije nastavnika u skladu sa vremenom i potrebama učenika trebaju biti višestruke i višebrojne jer na taj način direktno utiču na kvalitet odgoja i obrazovanja učenika u osnovnim školama. Pitanja nastavničkih znanja, sposobnosti, uvjerenja i percepcija o nastavi i učenju, obrazovnom sistemu i sl. predstavljaju široko polje rada velikog broja istraživača. Posljednjih godina kada se govori o sposobnostima nastavnika, znanjima neophodnim za svakodnevnu praksu, najčešće je u upotrebi pojam "kompetencija". U tom smislu one se najčešće definišu kao integrisani spoj znanja, vještina i stavova. (Radišić, 2012). Osim potrebnih znanja i sposobnosti povezanih s obavljanjem određenog posla, razvijene kompetencije podrazumijevaju i adekvatno modelirano te moralno ponašanje pojedinca u užem i širem socijalnom kontekstu obogaćenom suvremenom informacijsko - komunikacijskom tehnologijom.

Kompetencija je priznata stručnost ili sposobnost kojom tko raspolaže. Ipak, iako kompetencije podrazumijevaju razvijene sposobnosti određene vrste i razine, postizanje stručnosti u određenom području ljudske djelatnosti podrazumijeva razvijanje kompleksne mreže međusobno povezanih sposobnosti (Vrkić – Dimić, 2014).

Složenost i odgovornost nastavničke profesije, njezin značaj za razvoj pojedinca i društva ogleda se u osposobljenosti za mobilizaciju, upotrebu i integraciju postojećih, ali i u stjecanju i usavršavanju novih višeslojnih pedagoških i didaktičkih kompetencija. Kompetencija, kompetentnost nastavnika sustavna je veza njegova znanja, sposobnosti, vrijednosti i motivacije na funkcionalnoj razini. Razina ili stupanj znanja iz didaktike, metode, kurikuluma, opće pedagogije i predmeta kojeg predaje pridonosi osposobljenosti nastavnika za spoznaju i razumijevanje vlastitoga poziva (Juričić, 2014).

Kompetencije su kombinacija znanja, vještina, stajališta, ličnih karakteristika koje omogućuju pojedincu aktivno učešće u nekoj situaciji te analiziranje i interpretiranje te situacije (Mujkanović i Mujkanović, 2018, prema Hrvatić, 2007).

Najprihvaćenija definicija je ona koja kompetenciju učitelja definira kao stručnost koju priznaju oni s kojima radi (učenici i roditelji) temeljena na znanju, sposobnostima i vrijednostima (Topić, 2016, prema Juričić, 2012).

Definisanje kompetencija usko je povezano je sa praktičnim iskustvima, rezultatima ali i postavljenim ciljevima cjeloživotnog učenja prateći razvoj i napredak obrazovnih sistema i politika koje su usmjerene na ostvarivanje kvaliteta i postizanje standarda obrazovanja.

Pantić i Vabels definiciju kompetencija izvode iz primjera postojeće prakse i nude određenje pojma kompetencije kao integrisani skup ličnih karakteristika, znanja, vještina i stavova potrebnih za djelotvorno izvođenje nastave u različitim nastavnim kontekstima (Donaldson, 2013, prema Pantić & Wubbels, 2011).

Danas kažemo da je savremeni nastavnik odgajatelj, medijator i socijalni integrator. Nije dovoljno samo klasično obrazovanje i osposobljavanje za profesionalno zanimanje. Kao što je potrebno tradicionalnu školu i učionicu promijeniti i unaprijediti, isto tako je potrebno da savremeni nastavnik zadrži neke tradicionalne osobine i sposobnosti, ali da uvede i druge, nove kvalitete i kompetencije kako bi mogao odgovoriti savremenim izazovima svoje profesije (Mujkanović i Mujkanović, 2018).

Od nastavnikovih kompetencija, u velikoj mjeri, ovisi proces odgajanja i učenja učenika. Rezultati kompetentnog djelovanja nastavnika vidljivi su na odgojnim i obrazovnim ishodima učenika, na ponašajnom, spoznajnom i funkcionalnom nivou.

Nastavnik koji ima razvijene socijalne, komunikacijske, emocionalne, interkulturalne, osobne, organizacione, informatičko - tehnološke i istraživačke kompetencije lakše će se uključivati u promjene i ostvarivati veću produktivnost kako kroz realizaciju kurikulumskih zadataka tako i kroz proces podučavanja učenika.

S obzirom na izazove i promjene u obrazovanju savremeni nastavnik treba osigurati svoju uspješnost, a samim time i uspješnost učenika kroz permanentno sticanje i razvijanje stručnih, pedagoških, tehnoloških i ličnih kompetencija .

Svi pedagoški zaposlenici, a pogotovo nastavnici/ce, nalaze se u središtu savremenih nastojanja da se poboljšaju kvalitet i djelotvornost pedagoškog rada. Zahtjevi koji proizilaze iz nastavničkog rada i uloge stavljaju nastavnika /cu u prvi plan kao osobu najodgovorniju za vlastitu kvalifikaciju i kadru da uvažava i primjenjuje najnovija dostignuća u teoriji i praksi obrazovanja. Razvojnost obrazovanja traži kreativnog edukatora/ku koji temeljno poznaje svoju predmetnu oblast, posjeduje pedagoško i didaktičko znanje vještine i sposobnosti (Velkovski, 2013).

PODJELA KOMPETENCIJA

Europska Komisija odredila je osam ključnih kompetencija za cjeloživotno učenje, a one predstavljaju opća znanja i vještine koje su nužne za osobni i profesionalni razvoj svakog pojedinca (Račić, 2013).

Osam ključnih kompetencija jesu:

1. komuniciranje na materinskom jeziku: sposobnost izražavanja i tumačenja koncepta, misli, osjećaja, činjenica i mišljenja usmenim i pismenim putem;
2. komuniciranje na stranom jeziku: kao što je prethodno i navedeno, ali uključuje i

3. vještine posredovanja (tj. sažimanje, parafraziranje, tumačenje ili prevođenje) i međukulturnog razumijevanja;
4. matematička, znanstvena i tehnološka kompetencija: dobra ovladanost matematičkom pismenošću, razumijevanje prirodnog svijeta i sposobnost primjene znanja i tehnologije pretpostavljenim ljudskim potrebama (poput medicine, prijevoza ili komunikacije);
5. digitalna kompetencija: sigurna i kritična uporaba informacija i komunikacijskih tehnologija za rad, rekreaciju i komunikaciju;
6. učenje kako učiti: sposobnost učinkovitog upravljanja vlastitim učenjem, samostalno ili u skupini;
7. socijalne i građanske kompetencije: sposobnost učinkovitog i konstruktivnog sudjelovanja u vlastitom društvenom i radnom životu te uključivanje u aktivno i demokratsko sudjelovanje, posebice u sve raznolikijim društvima;
8. osjećaj za inicijativu i poduzetništvo: sposobnost pretvaranja ideja u aktivnosti kroz kreativnost, inovacije i poduzimanje rizika, kao i sposobnost planiranja i upravljanja projektima;
9. kulturna svijest i izražavanje sposobnost da se cijeni kreativna važnost ideja, iskustava i osjećaja u medijima poput glazbe, književnosti i vizualnih i izvedbenih umjetnosti.

OECD (2007) kompetencije definira kao složeni konstrukt različitih sposobnosti iz četiri temeljna područja:

1. kognitivna kompetencija – uporaba teorija i koncepata te informalnog znanja razvijenog kroz praksu;
2. funkcionalna kompetencija – sposobnost obavljanja posla unutar nekog specifičnog područja;
3. osobna kompetencija – sposobnost odabira i modeliranja adekvatnog ponašanja ovisno o situaciji u kojoj se čovjek nalazi te
4. etička kompetencija – sposobnost adekvatnog moralnog postupanja temeljem razvijenih osobnih i stručnih vještina.

Što se tiče same podjele kompetencija Pecikoza (2017) ih dijeli na pedagoške i didaktičke kompetencije. Didaktičke kompetencije nastavnika iskazuju se kroz odabir i primjenu metodologije izgradnje predmetnog kurikuluma, organiziranje i vođenje odgojno-obrazovnog procesa, oblikovanja razredno-nastavnog ozračja, utvrđivanje učenikova postignuća u školi i u pogledu razvoja modela odgojnog partnerstva s roditeljima.

Dok kod opisivanja pedagoški kompetencija ističe da se one odnose se na razinu općeg znanja, sposobnosti planiranja i izvedbe zadataka, sudjelovanje u projektima, samovrednovanje i vrednovanje, stručno usavršavanje, posjedovanje znanstvenik spoznaja u nastavi, poznavanje i primjena pedagoške teorije i prakse, sposobnost

poučavanja i praćenja, usvajanje školske procedure, kreiranja nastavnih sadržaja, prepoznavanje i rješavanje obrazovnih problema, vještine suradnje, predanosti poslu, timski rad, osjećaj odgovornosti, kvaliteta rada, poznavanje jezika.

METODOLOGIJA ISTRAŽIVANJA

Cilj istraživanja

Cilj istraživanja je bio utvrditi kompetencije nastavnika u osnovnim školama te utvrditi da li postoje razlike između kompetencija nastavnika u odnosu na starosnu dob, godine staža te nivo obrazovanja.

Uzorak

Istraživanje je provedeno na ukupnom uzorku od $n=50$ ispitanika (nastavnika oba spola). Od toga, 10% ispitanika imali su završen magisterij, 8% Višu stručnu spremu dok je 82% njih Visoku stručnu spremu. Najduži prosječni radni staž imali su ispitanici sa Višom stručnom spremom ($M=20,5$ godina), dok su najmanji prosječni radni staž imali ispitanici sa magistarskim radom ($M=15,4$ godina), što je prikazano u tabeli 1. Od ukupnog broja anketiranih 8% ispitanika pripadali su starosnoj grupi između 20 - 35 godina, zatim 50% anketiranih starosnoj grupi između 36 - 45 godina, 38% ispitanika starosnoj grupi između 46 - 55 godina, dok su samo dva ispitanika pripadali starosnoj grupi preko 55 godina. Navedeni rezultati prikazani su u tabeli 2.

Tabela 1. Radni staž ispitanika prema stepenu obrazovanja

	Obrazovanje					
	Mr.sci. n=5 (10%)		VŠS n=4 (8%)		VSS n=41 (82%)	
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
Radni staž (godine)	15,40	6,88	20,50	10,63	17,91	7,43

Mean- Aritmetička sredina, SD- Standardna devijacija, n- broj ispitanika

Tabela 2. Radni staž ispitanika prema starosnoj dobi

	Dob							
	20 - 35 god n=4 (8%)		36 - 45 god n=25 (50%)		46 - 55 god n=19 (38%)		> 55 god n=2 (4%)	
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
Radni staž (godine)	4,38	4,78	14,64	4,92	24,21	4,01	25,00	0,00

Mean- Aritmetička sredina, SD- Standardna devijacija, n- broj ispitanika

Instrumenti istraživanja

Za potrebe istraživanja korištena je prilagođeni upitnik samoprocjene kompetencija koji se sastojao iz dva dijela. Prvi dio je sadržavao tri područja i to :

1. Dobnu skupinu ispitanika (20 - 35 godina, 36 - 45 godina, 46 – 55 godina, preko 55 godina)
2. Stručno zvanje (VŠS, VSS, Mr.sci., Dr. sci.)
3. Godine radnog staža u školi

Drugi dio sastojao se od 30 pitanja, Likertovog tipa gdje se bodovanje kretalo od 1 do 5. Broj 1 je predstavljao najniži broj bodova, a broj 5 najviši broj bodova za jedno pitanje.

Statistička obrada podataka

Statistička analiza je provedena u statističkom software-u IBM SPSS Statistics v.22. Od deskriptivnih statističkih parametara izračunate su aritmetičke sredine i standardne devijacije na kvantitativnim varijablama, te procentne vrijednosti za nominalnim varijablama. Kako je raspodjela zavisne varijable (kompetencije nastavnika) težila normalnoj distribuciji, za testiranje rezultata mjernog instrumenta koristili smo jednosmjernu analizu varijanse (ANOVA) kao parametrijsku statističku metodu na alfa nivou od 95% tj. uz 5% rizika.

REZULTATI ISTRAŽIVANJA

U samoprocjeni kompetencija nastavnika uočeno je da su najniži ukupni rezultati na pitanjima rednog broja 3. i 5 . Koja su glasila ; "Provodite istraživanja na nivou izrade stručnog rada" i "Koristite jedan strani jezik na nivou aktivne komunikacije". Na osnovu ovih rezultat nastavnici su pokazali najniži nivo kompetencija na području istraživanja za potrebe izrade stručnog rada i na području aktivnog korištenja jednog stranog jezika.

Najveći rezultat skor uočen je na pitanjima rednog broja 11. i 12. koja su glasila ; "Poštujete profesionalnu etiku" i "Poštujete različitosti i multikulturalnost". Dakle, najveći nivo kompetentnosti nastavnici pokazuju na području profesionalne etike i u uvažavanju različitost i multikulturalnosti.

U pogledu razlika nivoa kompetencija nastavnika u odnosu na nivo obrazovanja, starosne dobi i dužine radnog staža rezultati su slijedeći:

Ispitanici sa završenim Magistarskim radom pokazivali su nešto veći stepen kompetencija ($M=134,4$; 95%CI: 125,2 - 143,6) u poređenju na ostale dvije skupine ispitanika, VŠS ($M=129,5$; 95%CI: 115,7 - 143,3), VSS ($M=128,9$, 95%CI: 125,5 - 132,4). Međutim, uz zahtjevani rizik od 5% (0,05) jednosmjerna analiza varijanse (ANOVA) nije dokazala statistički signifikantne razlike između testiranih grupa obrazovanja ($F=0,608$, $p<0,549$), što je prikazano u tabeli 3.

Na osnovu rezultata možemo zaključiti da ne postoji statistički signifikantnih razlika u populaciji u pogledu nivoa kompetencija između različitih nivoa obrazovanja.

Tabela 3. Uticaj stepena obrazovanja na varijabilnost kompetencija nastavnika

Obrazovanje	N	Mean	SD	95% CI for Mean		F	p
				Lower Bound	Upper Bound		
Mr.sci.	5	134,40	7,40	125,21	143,59	0,608	0,549
VŠS	4	129,50	8,66	115,72	143,28		
VSS	41	128,90	10,91	125,46	132,35		

Mean- Aritmetička sredina, SD- Standardna devijacija, n- broj ispitanika, 95% CI-Interval pouzdanosti za aritmetičku sredinu, F-Fisher test (ANOVA), p-vjerovatnoća uz rizik od 5% (0,05)

Kada je u pitanju uticaj starosne dobi ispitanika na stepen njihovih kompetencija, realizovani rezultati ANOVA-e prikazani su u tabeli 4. Uz rizik od 5% jednosmjerna analiza varijanse nije dokazala statistički signifikantne razlike između testiranih starosnih grupa nastavnika ($F=0,245$, $p<0,784$). Na osnovu ovih rezultata zaključujemo da ne postoji statistički signifikantnih razlika u populaciji u pogledu nivoa kompetencija između različitih starosnih grupa.

Tabela 4. Uticaj starosne dobi na varijabilnost kompetencija nastavnika

Dob	N	Mean	SD	95% CI for Mean		F	p
				Lower Bound	Upper Bound		
20 - 35 god	4	131,00	6,98	119,90	142,10	0,245	0,784
36 - 45 god	25	130,28	9,89	126,20	134,36		
46+ god	21	128,29	11,82	122,91	133,66		

Mean- Aritmetička sredina, SD- Standardna devijacija, n- broj ispitanika, 95% CI-Interval pouzdanosti za aritmetičku sredinu, F-Fisher test (ANOVA), p-vjerovatnoća uz rizik od 5% (0,05)

Neznatno veći prosječni nivo kompetencija pokazivali su ispitanici sa radnim stažom do 10 godina ($M=130,7$; 95%CI: 123,4 - 137,9), dok su najmanji nivo kompetencija pokazivali ispitanici sa preko 20 godina radnog staža ($M=128,0$; 95%CI: 121,96- 134,04). Na osnovu rezultata možemo zaključiti da ne postoji statistički signifikantne razlike između ispitanika sa različitom dužinom radnog staža u pogledu njihovih kompetencija ($F=0,311$, $p<0,734$), što je prikazano u tabeli 5.

Tabela 5. Uticaj dužine radnog staža na varijabilnost kompetencija nastavnika

Radni staž	N	Mean	SD	95% CI for Mean		F	p
				Lower Bound	Upper Bound		
do 10 god	9	130,67	9,45	123,41	137,93	0,311	0,734
11 - 20 god	22	130,32	9,08	126,29	134,34		
više od 20 god	19	128,00	12,53	121,96	134,04		

Mean- Aritmetička sredina, SD- Standardna devijacija, n- broj ispitanika, 95% CI-Interval pouzdanosti za aritmetičku sredinu, F-Fisher test (ANOVA), p-vjerovatnoća uz rizik od 5% (0,05)

ZAKLJUČAK

Na osnovu provednog istraživanja otvaraju se mogućnosti za istraživanje na širem nivou obzirom na veličinu populacije nastavnika. Dobijeni rezultati zbog veličine uzorka nemaju adekvatnu reprezentativnost, a samim time ni mogućnost generalizacije rezultata u pogledu kompetencija nastavnika u osnovnim školama .

Međutim, bitno je naglasiti da i na ovako malom uzorku izdvajamo dva područja kompetencija nastavnika koja su bitna u savremenim zahtjevima odgoja i obrazovanja u osnovnim školama, a koje je potrebno ojačati i razvijati . To su nam kompetencije poznavanja jednog stranog jezika i istraživački, stručni radovi.

Ono što ohrabruje je visok nivo profesionalnih kompetencija i uvažavanja različitosti kao i principa multikulturalnosti. Sa ovakim kompetencijama nastavnici su kvalitetni odgajatelji i za očekivati je da će kod svojih učenika razvijati kulturu prihvatanja različitosti i uvažavanja drugih i drugačijih.

Takođe, veličina uzorka je imala veliku ulogu u upoređivanju razlika između nivoa kompetentnosti nastavnika u odnosu na obrazovanje, godine radnog staža i starosnu dob. U pogledu kompetencija nastavnika za očekivati je da će nastavnici koji imaju više godina radnog staža i iskustva imati razvijenije kompetencije, međutim, istraživanje je pokazalo da su ispitanici sa preko dvadeset godina radnog staža pokazivali najslabije razvijene kompetencije. Postavlja se pitanje i nameće se sumnja na nivo postojanja profesionalnog sagorijevanja što bi trebalo dodatno istražiti.

Najveći nivo razvijenih kompetencija pokazali su nastavnici sa zvanjem magistra što govori u prilog da su ovi nastavnici imali priliku da tokom svog školovanja više razvijaju svoje komeptencije.

Najbolje rezultate u pogledu kompetencija pokazali su nastavnici starosne dobi od 20 do 35 godina. Zbog ovakvih rezultat nemeće se zaključak da su u ovoj dobi nastavnici najproduktivniji i najaktivniji u usvajanju novih znanja i vještina.

LITERATURA

1. Dimić-Vrkić, J. (2014). Kompetencije učenika i nastavnika za 21. stoljeće. Zadar: Odjel za pedagogiju Univerzitet u Zadru.
2. Donaldson, G. (2013). Profesionalac za 21. vek. "Nastavnička profesija za 21 vek", Zbornik radova (str.13 – 23). Beograd: Centar za obrazovne politike.
3. Juričić, M. (2014). Kompetentnost nastavnika – pedagoške i didaktičke dimenzije. Zagreb: Filozfski fakultet Sveučilišta u Zagrebu - odsjek za pedagogijska istraživanja, 11 (1), 77 – 93.

4. Mujkanović, E., Mujkanović E. (2018). Djeca s teškoćama u razvoju u inkluzivnom okruženju. Mostar: Sveučilište Hercegovina.
5. Račić, M. (2013). Modeli kompetencija za društvo znanja. *Suvremene teme: Međunarodni časopis za društvene i humanističke znanosti*. Veleučilište Vrnjačka Banja, Vol. 6 No. 1, 88-100.
6. Radišić, J. (2012). Umesto zaključka: Kompetencije nastavnika za sprovođenje promena i unapređivanje sistema obrazovanja. *Nastavnici u Srbiji: Stavovi o profesiji i o reformama u obrazovanju*, Zbornik radova (str. 74 – 90). Beograd: Centar za obrazovne politike.
7. Topić, A. (2016). Pedagoške kompetencije učitelja primarnog obrazovanja. *Osiijek: Fakultet za odgojne i obrazovne znanosti*.
8. Velkovski, Z. (2013). Okvir nastavničkih kompetencija - regionalne implikacije. "Nastavnička profesija za 21 vek", Zbornik radova (str. 40 – 44). Beograd: Centar za obrazovne politike.
9. Internet izvori: <https://mirzapeckoza.wordpress.com/2017/03/21/pedagoske-kompetencije-nastavnika/>
10. https://pisa.ncvvo.hr/wp-content/uploads/2018/05/Definiranje-i-odabir-klju%C4%klju%C4%8Dnih-kompetencija_Final-version.pdf

