

**Драгана МАЋЕШИЋ-ПЕТРОВИЋ,**  
**Мирјана ЈАПУНЦА – МИЛИСАВЉЕВИЋ**  
Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију, Београд

## **ДИЈАГНОСТИЧКИ И РЕХАБИЛИТАЦИОНИ ПРИСТУП ЕДУКАЦИЈИ ДЕЦЕ СА ЛАКОМ ИНТЕЛЕКТУАЛНОМ ОМЕТЕНОШЋУ У СВЕТЛУ НОВИХ КОНЦЕПАТА**

*У раду је третиран и обрађен са теоријског аспекта проблем нове концептуализације образовања и третмана деце са сметњама интелектуалног развоја. Заступљени су ставови о новим методским приступима дефинисању дијагностике, едукације и рехабилитације у овој области као и могућности појаве савремених проблема у раду са овом популацијом у виду професионалних проблема као што је синдром професионалног сагоревања.*

*КЉУЧНЕ РЕЧИ: интелектуални развој, едукација, рехабилитација, професионално сагоревање.*

У овом делу рада формулисан је концепт дијагностичке и рехабилитационе основе методике рада са деце са интелектуалном ометеношћу школског узраста (Carulla et al, 2007; Encyclopedia article, 2007). Имајући на уму да школовање деце са интелектуалном ометеношћу треба да је подређено потребама њихове личности као и чињеницу да сазнајној функцији и функцији стручног оспособљавања школе предходи њена рехабилитациона функција, као глобални циљеви овог рада формулисани су следећи захтеви:

- 1/ дефинисање специјалне (едукативне) дијагностике у функцији развојно дефинисаних садржаја наставних планова и програма;
- 2/ развојно дефинисање програмских садржаја у светлу примењеног истраживања;
- 3/ дефинисање рехабилитационе функције наставе и школовања деце са лаком интелектуалном ометеношћу.

Овај концепт настао је из потребе да се превазиђе чињеница да су „иноватори у педагогији често били непедагози“, али и као резултат савремених светских стремљења и трендова који су поникли на Брунеровом ставу да је потребно „сврстати и удружити све науке које би могле допринети да се створи теорија о помагању когнитивног развоја, обогаћивању и појачавању снага људског ума који се развија, у развојне науке / the growth sciences/ у које би поред многих других ушле и педагогија и психологија“, а ми би додали и специјална едукација и рехабилитација (Riddoch et al., 1984; Маћешкић-Петровић, 2006).

Имајући у виду ставове Брунера о потреби конципирања развојних наука, наше становиште о раду са деце са интелектуалном ометеношћу базирамо на појму „едукативне неуропсихологије“ као концепту који је поникао у Сједињеним Америчким Државама и довео до формирања једне нове научне дисциплине која за предмет свог проучавања има децу са сметњама развоја и учења, терминолошки формулисан у виду појма „Learning Disabilities“ (сметње учења) (Levi, 1982).

Преманаводима Gaddesa, едукативна неуропсихологија је самостална научна дисциплина утемељена на широком пољу експериментално потврђеног научног сазнања које је од суштинског значаја у разумевању и третирању деце са церебралним лезијама као и деце са сметњама учења која имају перцептивне, когнитивне и/или моторне дефиците. Неке професионалне дилеме везане за питање да ли је неуропсихологија релевантна за едукацију, аутори овог концепта расветљавају кроз три аспекта валидности употребе неуропсихолошких сазнања у разумевању и третирању сметњи учења:

- Овим приступом могуће је детерминисати локус и природу церебралне дисфункције
- Резултати примене едукативне дијагностике указују на едукативне слабости и јачину сваког појединачног детета
- Сазнања из ове области омогућују формулисање адекватног облика едукације и третмана деце са сметњама развоја и учења.

Дилему о „територијалности специјалне едукације“ Gaddes истиче као вештачки створену од стране појединих едукативних дијагностичара\* који са отпором уграђују неуропсихолошка сазнања и сазнања из сродних дисциплина у постојеће теоријске и практичне оквире специјалне едукације (Gaddes, 1985).

\*/термин „едукативни дијагностичар“, према концепту Gaddesa, указује на стручњака који у домену специјалне едукације спроводи дијагностичке методе и поступке у циљу детерминисања васпитно-образовног процеса и третмана деце са сметњама развоја и учења.

То захтева један сложенији, виши ниво разумевања личности и указује на потребу да се у теоријски и практични рад специјалне едукације и рехабилитације уграде сазнања из сродних дисциплина као што су неуропсихологија, психијатрија и психологија, као науке које се баве стањима човека који пати, без обзира на узрок те патње.

У складу са предходним запажањима, а према глобално формулисаним циљевима, овај део рада дефинисан је у три нивоа који обухватају разраду концепта специјалне (едукативне) дијагностике као основе развојног формулисања програмских садржаја и рехабилитационе улоге едукације деце са лаком интелектуалном ометеношћу.

У вези са тим истичемо ставове поникле у нашој средини, којима је указано да је, у складу са савременим кретањима наука о човеку у које спада и специјална едукација и рехабилитација, као наука о човеку са сметњама развоја, потребно у постојећи систем научног сазнања уградити и сазнања из сродних дисциплина. На то нас обавезује потреба да се превазиђе пуко проучавање особина личности особа са сметњама у развоју чиме се занемарује целовитост личности индивидуе чије структуре у свом појединачном и обједињеном деловању одређују личност особе са сметњама развоја и њено деловање на нивоу социјалног окружења.

### **Дијагностичке основе едукације деце са лаком интелектуалном ометеношћу**

Планирање и програмирање васпитно-образовног рада са децом ометеног развоја представља сложен поступак који је детерминисан дефинисањем и прилагођавањем наставних садржаја развојним карактеристикама и могућностима деце обухваћене наставним процесом. Стога се у процесу планирања и програмирања наставе питање од суштинског значаја односи на дилему шта једна индивидуа може да научи као и у ком обиму је она способна да прихвати наставне садржаје.

Овај појам способности и могућности индивидуе за едукацијом у земљама енглеског језичког подручја појмовно је формулисан термином „educable” (одгојив, способан за едукацију) (Мортон-Бенсон, Енглеско-Српскохрватски речник, Просвета, Београд, 1980.). Имајући у виду потребу што јаснијег сагледавања могућности једног детета за едукацијом, аутори овог концепта указују на потребу примене тзв. едукативне или специјалне дијагностике у процесу наставе и подучавања деце ометене у развоју. Применом тестова и мерних инструмената из области специјалне (едукативне) дијагностике стиче се увид у ниво и квалитет развијености структура и способности које су у основи учења и сазнај-

ног постигнућа као и социјалног функционисања деце ометене у развоју.

Специјална или едукативна дијагностика обухвата стандардизоване дијагностичке поступке и мерне инструменте базирани на теоријском оквиру развојно оријентисаних научних дисциплина, заснованом у земљама енглеског језичког подручја. Намењена је свим стручњацима који се баве развојем деце и њиховом едукацијом, а пре свега дефектолозима, јер омогућава процену нивоа и квалитета развијености оних неуропсихолошких структура и функција које су у основи учења, когниције и едукације (Маћешкић-Петровић, 2006).

Овде свакако треба истаћи став Сидмана и Стодарда (Sidman & Stoddard), које наводи Matthews, и указује на следеће: „Немојте тестирати, већ подучавајте јер тестови нам говоре о томе шта је нека особа научила, али нам веома мало говоре о томе шта је то што је индивидуа способна да научи“ (Flanagan et al., 2007). На овом концепту способности и могућности индивидуе за едукацијом, терминолошки формулисаним у земљама енглеског језичког подручја као појам „educable“, заснивамо наш став о потреби увођења едукативне дијагностике у теоријске и практичне оквире методике рада са деце са интелектуалном ометеношћу школског узраста.

У вези са планирањем и програмирањем наставног процеса, поједини аутори методичког приступа у раду са деце са интелектуалном ометеношћу наглашавају значај формулисања тзв. „едукативне дијагнозе“. Тако се истиче да формулисање индивидуалних програма рада за свако појединачно дете са сметњама интелектуалног развоја захтева прецизно дефинисане дијагностичке стратегије (Gaddes, 1985).

У вези са тим истиче се да едукативна дијагноза и наставни процес никако нису посебне и изоловане активности. Они су у неодвојивој међуповезаности јер едукативна дијагноза треба да се користи кад год је дефектолог у могућности да опсервира и испитује способности и понашање деце са интелектуалном ометеношћу. С обзиром да ученик са сметњама интелектуалног развоја и функционисања обухваћен наставом представља континуиран извор дијагностичких информација, а формулисање индивидуалних наставних програма захтева прецизну евалуацију сваког појединог детета, едукативна дијагноза је од суштинског значаја за успешну реализацију наставе.

Према ставовима ових аутора, едукативна дијагноза се може посматрати као континуирано процењивање и оцењивање развоја детета са сметњама интелектуалног развоја у смислу његовог релевантног нивоа постигнућа у односу на сваки појединачни програмски захтев и задатак који је за њега изабран из наставног програма (Flanagan et al., 2005).

Та процена развоја и оптималног постигнућа детета у процесу наставе, а не искључиво оцењивање знања, треба да чини суштину едукације деце са лаком интелектуалном ометеношћу. У томе се огледа рехабилитациона функција школа за ову популацију деце јер је стицање знања детерминисано нивоом и квалитетом развијености структура и способности којима се знање стиче. Овим односом између развоја и постигнућа детерминисан је појам *educable*, који према нашем мишљењу чини суштину методике наставе са децом са интелектуалном ометеношћу школског узраста.

У складу са потребама едукативне дијагнозе предлаже се формирање дијагностичке листе или упитника који треба да прати наставни програм како би ментално ретардирано дете могло да се процени у складу са програмским захтевима који се пред њега постављају. То практично значи, ако је програмским захтевима почетне едукације у I разреду предвиђен развој и вежбе нпр. аудитивне гнозије онда се од детета на том узрасту очекује да у оквиру општег репертоара понашања поседује понашање које указује на усмеравање аудитивне пажње према извору звучне дражи (покрети главе и очију у правцу емитоване дражи).

Дијагностичка листа у том случају садржала би као једно од питања – Дете поседује овај облик понашања: *да/не*. У складу са тим, могуће је ову листу формулисати у зависности од потреба за сваку поједину наставну јединицу и наставни предмет. У вези са тим указује се на могућности валидне процене учениковог постигнућа базиране на следећој формули:

$$UNI = \frac{BUI}{P} \times 100 = \%$$

UNI = учеников ниво извођења изражен у процентима

BUI = број успешно изведених активности

PP = препоручени број посматарања/испитивања.

Према наводима аутора, број препоручених опсервација и/или испитивања износи 5 па стога предходно наведено понашање у вези са аудитивном гнозијом које се код једног детета јави током наставе нпр. матерњег језика са учесталошћу од 2 пута током часа указује на учеников ниво извођења од 40%. Критеријум успешности, према наводима аутора обухвата ниво од 80% што указује да је у домену аудитивне гнозије код ученика чији је ниво извођења испод 80% потребно спровести интензиван рехабилитациони третман аудитивне гнозије. Вредност неведене дијагностичке листе огледа се у томе што на овај начин може-

мо идентификувати шта једно ментално ретардирано дете може да уради у актуелној ситуацији наставе, а не у артифицијелним условима тест-ситуације (Маћешић-Петровић, 2006).

### Развојно дефинисање програмских захтева у светлу дефинисаног концепта

Овако дефинисан и разрађен концепт подразумева да наставни план и програм осим наставних дисциплина које служе стицању знања треба да предвиди област општег и специфичног когнитивног и практичног развоја као основе савлађивања наставних дисциплина и стицања знања. Анализом наставног плана и програма који је у тренутној употреби у раду са децом са интелектуалном ометеношћу, у односу на резултате добијене у нашем ранијем истраживању, можемо закључити да наставни садржаји доминирају над садржајима који обухватају развој и рехабилитацију неуропсихолошких структура и функција које су у основи учења деце са лаком интелектуалном ометеношћу.

Поједине области тзв. опште припреме за извођење наставе програмски су заступљене у оквиру појединих наставних дисциплина као што су матерњи језик или математика (вежбе елементарних логичких операција) док се у програмским садржајима других наставних дисциплина запажа њихово одсуство. Тако нпр. у оквиру програмских садржаја наставе познавања природе и друштва запажамо искључиво наставне садржаје без предходне припреме деце са лаком интелектуалном ометеношћу са савлађивање ових наставних садржаја.

Одсуство рехабилитационих (припремних) програмских садржаја у настави познавања природе и друштва карактерише се и нескладним распоредом наставне грађе који не прати токове дечјег развоја. То се запажа кроз присуство тематске области „Живот и рад у школи“ којом започиње настава познавања природе и друштва у I разреду, да би се на њу надовезали садржаји оријентације у простору и времену који треба да предходе наставним садржајима везаним за живот и рад у школи (Маћешић-Петровић, 2006).

Слични примери могу се запазити и у другим наставним предметима што је према нашем мишљењу резултат недостатка једне глобалне тематске области *опште припреме* која треба да предходи настави свих наставних дисциплина, а затим да се у оквиру програма сваке поједине наставне дисциплине предвиде садржаји *специфичне припреме* за развој и савлађивање способности писања, читања, математичких операција и слично.

Резултати изведеног истраживања такође указују на потребу увођења тематске области *развоја когнитивних и праксичких способности* у оквиру наставног плана и програма за лако интелектуално ометену децу која треба да предходи реализацији наставе. У светлу примењеног истраживања, програмски захтеви треба да су развојно дефинисани, како у области општег и специфичног развоја деце са лаком интелектуалном ометеношћу, тако и у области наставних садржаја. Уместо дефинисања програмских захтева, своје становиште у овом делу истраживања базирамо на потреби формулисања развојних захтева, као захтева који су пред нас као дефектологе постављени специфичношћу развоја деце са лаком интелектуалном ометеношћу.

Развојно дефинисани програмски садржаји, у светлу примењеног теоријског концепта, обухватили би области развоја визуо-спацијалне гнозије, моторног развоја и развоја праксичких функција, затим област појмовно-вербалног развоја и развоја пажње као и области развоја способности писања, читања и математичког мишљења (Јапунца-Милисављевић, Маћешкић-Петровић, 2008). У оквиру социјалног функционисања у условима едукације и школске ситуације потребно је дефинисати облике складног понашања који би обухватили понашање током наставе, учествовање у групи и однос према ауторитету.

### УМЕСТО ЗАКЉУЧКА

Овде такође треба указати на веома важан концепт тзв. Burnout синдрома, као синдрома професионалног сагоревања који је веома важан у превенцији и третману професионалном приступу едукацији и рехабилитацији ове деце као и при едукацији стручњака у оквиру високошколског образовања лица у области едукације и рехабилитације. Превенција као и треман синдрома професионалног сагоревања могућа је кроз различите видове и начине решавања овог проблема, а један од могућих путева свакако представља и примена различитих метода у раду као што је примена Монтесори метода у односу на традиционални концепт едукације и рехабилитације лица са сметњама интелектуалног развоја (Ђурић-Здравковић, 2008).

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Carulla L.S., Berelli M.: Mental Retardation or Intellectual Disability: Time for Conceptual Change, *Psychopathology*, Volume 41, No. 1, 2007, pp.10-16
2. Encyclopedia article: Mental Retardation, *The Colombia Encyclopedia*, Sixth Edition, 2007.
3. Flanagan P., Dawn P., Harrison P.: *Contemporary Intellectual Assessment: Theories, Tests, and Issues*, Guilford Publ., 2005.
4. Gaddes H. W.: *Neurology and Behavior – Some Professional Problems*, in: *Learning Disabilities and Brain Function – A Neuropsychological Approach*, Springer – Verlag New York Inc., 1985.
5. Ђурић-Здравковић, А., Новаковић, А.: Самопослуживање у инклузивним условима кроз Монтесори програм, *Београдска дефектолошка школа 2, ДДС и ФАСПЕР*, Београд, 2008, стр. 109-117.
6. Јапунџа-Миљисављевић, М., Маћешкић-Петровић, Д.: Усвојеност математичких садржаја код деце ометене у интелектуалном развоју, *Београдска дефектолошка школа 2, ДДС и ФАСПЕР*, Београд, 2008, стр. 101-107.
7. Levi G. et al: *Learning Disabilities in Children with Mental Retardation*, *ACTA-PHONIATR-LAT.*, 4/1, 29-37, 1982.
8. Маћешкић-Петровић, Д.: Настава и сазнајне специфичности лако ментално ретардиране деце, *ЦИД и ФАСПЕР*, Београд, 2006.
9. Riddoch M. J. & Humphreys G. W: *Cognitive Neuropsychology and Cognitive Rehabilitation*, (eds.) LEA, Birmingham, 1994.

**DIAGNOSTIC AND REHABILITATIONAL APPROACH TO  
THE EDUCATION OF THE CHILDREN WITH INTELLECTUAL  
DISABILITIES**

DRAGANA MAĆEŠIĆ-PETROVIĆ, ALEKSANDRA ĐURIĆ-ZDRAVKOVIĆ,  
MIRJANA JAPUNDŽA-MILISAVLJEVIĆ  
Faculty of Special Education and Rehabilitation, Belgrade

**SUMMARY**

The paper treats new conceptual frame of education and rehabilitation the children with intellectual disabilities from theoretical point of view. The aspect of treated problems are methodological consederation of diagnostic, education and rehabilitation in this scientific area. The paper allso point out the possibility of the prevention and the treatment of „burnout syndrom“.

**KEY WORDS:** intellectual disability, education, rehabilitation, burnout syndrom.



УДК "376.4  
Примљено: 20.9.2009.  
Стручни чланак

**Ивона МИЛАЧИЋ ВИДОЈЕВИЋ**

Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију, Београд

## РАЗУМЕВАЊЕ ПРОЦЕСА ЖАЛОСТИ КОД ОСОБА СА ИНТЕЛЕКТУАЛНОМ ОМЕТЕНОШЋУ

*На основу прегледа литературе овај рад разматра опишта питања губитка, промене и процеса жалости код особа са интелектуалном ометеношћу. Разматрају се питања разумевања концепта смрти код особа са интелектуалном ометеношћу (ИО), разумевања процеса жалости код особа са ИО од стране особља, који су емоционални, психијатријски и бихејвиорални одговори на губитак код особа са ИО и који су начини подршке особама са ИО током процеса жалости.*

*КЉУЧНЕ РЕЧИ: процес жалости, губитак, промена, интелектуална ометеност.*

### УВОД

#### Социјални и историјски контекст

У прошлом веку било је великих промена у стопи мораталитета са последичном променом ставова према смрти и умирању. У 19. веку две трећине популације је умирало пре педесете године живота, смрт је била виђена као нормална прогресија живота и представљала је више јавни догађај. Први светски рат је донео промене, велики број младих људи је гинуо ван свог места рођења, а због политичке климе било је мало охрабрења да се процес жалости и губитка јавно изражава (Judd, 1989).

Како је медицинско знање порасло са откривањем лекова против многих смртоносних болести ставови према смрти су се променили. Уместо да се о смрти размишља као о природном феномену који је последица живота, смрт је почела да се посматра као нешто што се може

избећи или је резултат медицинске грешке. Гелцер (1983) је истакла да ми живимо у друштву које је више окренуто здрављу, лечењу болести и продужењу живота.

Многа деца, а и одрасли људи нису доживели директан утицај губитка у својој кући. Искуство смрти је премештено из породичног окружења у институције. То може имати утицај на изоловање догађаја из свакодневног живота и спречавање особа од изражавања природног реаговања.

Знамо да су ритуали жаловања одређени породичним и културалним факторима. Гелцер (1983) каже да је због смањења праксе религиозног и институционалног ритуала смрти прилагођавање особе на губитак много тежи, а осећај нејасноће о томе како се ритуали жаљења спроводе остаје. То може бити збуњујуће, а често се дешава да су чланови једне заједнице неупућени у ритуале друге заједнице иако раде и живе једни поред других.

Разговори о смрти пред децом и изражавање осећања су и данас табу тема. Одрасли могу сматрати да су њихова осећања жалости превише јака и болна и желе да заштите децу од њих. То може бити збуњујуће за децу која ретко доживе искуство смрти у својој кући, али су стално изложена сценама умирања на телевизијским екранима које не остављају никакав емоционални утицај на друге особе (Бертоиа, 1993). Изложеност сликама са телевизијских екрана можда може објаснити зашто се нека деца понашају индиферентно када су суочена са губитком блиске особе. Недостатак разумевања збуњености код деце пред феноменом смрти је имао утицај на недостатак подршке деци у блиској прошлости.

### **Разумевање концепта смрти код деце**

Деца имају прва сазнања о смрти у предшколском периоду када још немају знања из биологије. Деца сматрају да се смрт дешава само некоме (стари, болесни) и да се смрт може избећи здравим начином живота или избегавањем одређених ситуација. Деца концептуализују смрт као алтернативно стање животу – на небу, испод земље и сматрају да мртвим и даље треба храна, вода, ваздух и да мртви могу да сањају, чују исл. Смрт се често повезује са дубоким сном, одсуством покрета, светла. До пете године живота свест о дефинитовном крају још увек не постоји и деца верују да је смрт исто што и живот на неком другом месту са кога се особа може вратити. Разговор о смрти на овом узрасту чешће изазива радозналост него страх код деце. Деца не разумеју узроке

смрти, али могу да повежу смрт са унутрашњим и спољашњим факторима - отров, метак исл. До седме или осме године многа деца почињу да наслућују да ће једног дана умрети њихови родитељи, а да ће се то можда и њима десити у некој далекој будућности. Један број деце јасно персонификује смрт, она за њих може имати људски облик или облик ђавола или духа. Нека деца верују да могу надмудрити и избећи смрт („ако довољно брзо трчиш неће те стићи“), али смрт се све израженије доживљава као опасност. Иако није дошло до јасног формирања појма смрти, откривање неких елемената код деце изазива осећање збуњености, очаја, страха или беса. Број компоненти концепта смрти варира, али се сматра да постоји пет аспеката разумевања смрти која деца са владавају у тачном редоследу од пете до десете године живота.

- Неизбежност – да сва жива бића морају умрети
- Универзалност – смрт се дешава свима
- Финалност – препознавање да смрт не може да се преобрази у живот
- Нефункционалност – смрт карактерише престајање телесних функција
- Узрочност – смрт је узрокована сломом телесних функција.

До десете године деца концептуализују смрт као биолошки догађај који се дешава свим живим бићима и узрокован је сломом телесних функција. Смрт се препознаје као концепт који има емоционални утицај кроз читав животни циклус.

### Дефиниција губитка и процеса туговања

Концепт жалости је истраживан из више различитих професионалних перспектива укључујући антропологију, социологију, психологију, медицину са циљем разумевања сложених реакција и симптоматологије и да би се обезбедила објашњења индивидуалних разлика у раду и исходу процеса жалости. У периоду жалости већина особа добија подршку из најближег социјалног система, али неким особама је потребна додатна подршка да би се прилагодили губитку.

Жалост је реакција на губитак блиске везе и односа. Због интензитета искуства губитка, за већину особа процес жалости има дугорочне последице.

Паркес (1993) објашњава губитак као промену која утиче на особу у емоционалном, физичком, бихејвиоралном и психолошком смислу

и захтева прилагођавање. Када неко умре особа реагује жалошћу, покушава да нађе смисао у догађају и да се прилагоди на другачији живот без умрле особе.

### Фазе суочавања са смрћу

Суочавање са смрћу са смиреношћу и испуњеношћу је последњи развојни задатак кога наводи Ериксон. Са проласком времена се морамо суочити са смрћу најближих, али и са својом сопственом смртношћу. Страх од смрти је природна појава са којом људи излазе на крај на различите начине. У основи је сложено осећање у коме могу доминирати страх од бола, непријатности и неизвесности, страх од отуђења (губитка ближњих, престанка односа са другим људима), уништења, престанка постојања, страх од губитка самопоштовања изазван свесношћу о прогресивном телесном и менталном пропадању.

Проучавајући свест умирућих болесника истраживачи долазе до закључка да до суочавања са смрћу у току терминалних болести долази постепено, проласком особе кроз различите фазе прилагођавања. Крајем 1960-тих година Elisabeth Kubler-Ross (1969) развија теорију по којој они који умиру пролазе кроз пет предвидљивих фаза суочавања са смрћу.

1. Негирање – је иницијална реакција особе на сазнање да је смртно болесна. Одбијање да се поверује манифестује се кроз неверицу у резултате медицинских испитивања. Негирање има адаптивну функцију, омогућава оболелом да се прилагоди на нове околности, претњу и да реструктурише реалност. Пружа му време да мобилише друге стратегије превладавања стреса.
2. Суочена са чињеницом да је озбиљно оболела особа улази у фазу гнева. Питања као што су: „Зашто се баш мени догодило?“ одражавају бес због поремећених планова, неостварених жеља и животне неправде.
3. Фазу гнева смењује фаза ценкања или погодбе. Овом новом стратегијом болесник покушава да промени околности и своје стање нудећи исправно понашање у замену за добро здравље. Погодба се најчешће нуди судбини или Богу у чију се моћ верује. Као и бес и ценкање се у основи заснива на потреби болесника да верује у животну правду по којој се добро враћа добрим, лоше онима који чине зло.
4. Учесталост тегоба, опадање физичких способности доводе до суочавања са неефикасношћу стратегије ценкања. Болесник улази

у фазу депресије у којој више нема наде да ће му бити боље. Ово је период туге због предосећања сопствене смрти. Болесник жали за оним чега више бити неће и за оним што је могао да има у будућности. Иако је депресија болна, она помаже болеснику да се припреми за оно што долази. Део процеса туге омогућава удаљавање од света који га окружује па и опраштање од онога што ће напустити.

5. Депресија олакшава улазак у следећу фазу, фазу прихватања. У овом периоду болесник може бити сувише исцрпљен да би осећао бес и довољно саживљен са идејом смрти да би био депресиван. Јавља се спремност особе да прихвати оно што долази.

Поменуте фазе суочавања са смрћу не треба схватити као правило, оне се могу јављати другачијим редоследом или број може варирати. Постоје болесници који у неку фазу не уђу никад, као и они који се истој враћају више пута.

Особе са ИО се морају припремити за смрт ближњих али и за сопствену смрт. Морају имати прилике да разговарају о теми смрти уколико желе и да искажу жеље око церемоније сахране. Морају имати прилике да се опросте са вољеним особама. Емоционална подршка вољених особа била би од суштинске важности у овим тренуцима. Религиозна подршка такође може бити важна.

### Разумевање смрти код особа са ИО

Опсервационе студије показују да теорија афективног везивања има важну улогу у разумевању емоционалних проблема код особа са ИО и тешкоћа у стварању релационих односа (Frankish, 1992). Данаас, особе са ИО живе дуже и имају различите односе са особама у породици и широј заједници. Родитељи и родбина дуги низ година пазе на њих, па се смрт родитеља или старатеља може доживети катастрофично. Особама са ИО после смрти блиских чланова породице могу следити даљи губици као што су одлазак из родитељске куће и смештај у институцију. Није необично да особе са ИО у овом периоду мењају више различитих смештаја, а да ново особље тумачи измењено понашање особе са ИО као знак психијатријског поремећаја, а не реакције на губитак.

Сматрало се да особе са ИО нису у стању да схвате финалност смрти, као ни да успоставе емоционалну везаност за особе у њиховом блиском окружењу која би довела до доживљаја губитка и жалости (McLoughlin, 1986; Рead, 1996)..

Истраживања показују да је развој концепта смрти код одраслих особа са ИО врло сличан развоју концепта смрти код деце (Bihm, Elliott, 1982). Истраживања указују да је разумевање апстрактних концепата везано за когнитивни развој како га је формулисао Пијаже, а не за хронолошки узраст (Bihm, Elliott 1982). Животно искуство повећава могућност одраслих особа са ИО да разумеју концепт смрти, његову универзалност, иреверзибилност и неизбежност (Lipe-Goodson & Goebel, 1983). У истраживању McEvoya (1989) указано је да старије особе са ИО показују недостатак разумевања старења и смрти као дела животног циклуса. Услед тога неке особе са ИО се третирају као да су деца и нису охрабрене да се понашају, говоре и облаче као одрасле особе. Ипак, разумевање концепта смрти није предуслов за доживљавање емоција које су повезане са губитком. Капацитет особе да осети бол и жалост не зависи од интелектуалних способности (Kitching, 1987). Одсуство особе која је умрла је манифестација смрти, а особе са ИО препознају да нема некога кога они воле. Они ће жалити за губитком са и ли без разумевања апстрактне природе смрти. Концепт смрти је проучаван и кроз садржај снова особа са ИО (Turner & Graffam, 1987) који је био сличан садржајима о којима су извештавале особе без ИО које су имале трауматско жаљење.

### **Разумевање процеса жалости код особа са ИО од стране особља**

Особље препознаје да процес жалости код особа са ИО може трајати више месеци. Особље увиђа да се особама са ИО може помоћи пружањем подршке када су у процесу жалости. Особље сматра да ИО није препрека да се доживи бол и да ограничено разумевање концепта смрти код особа са ИО не пружа заштиту особи од доживљавања широког спектра емоција повезаних са губитком (Read, 1996). Виск проценат особља се сагласио да особе са ИО не разумеју концепт смрти и да им је потребна едукација што је у складу са препоруком бројних аутора да је едукација о концепту смрти важна едукативна компонента која би помогла особама са ИО у процесу жалости (James, 1995). Особље је препознало да особе са ИО могу доживети широк спектар осећања и показати широк опсег понашања у процесу жалости што је у супротности са истраживањем Hollinsa и Esterhuuzena (1997) који су утврдили да особље приписује депресију, анксиозност и изазивајуће понашање интелектуалној ометености, а не реакцији на губитак. Препознавање осећања и понашања особа са ИО је важно због пружања адекватне по-

дршке. Strick (1988) указује да се интервенције за особу која је у жалости најчешће свде на медикаменте или модификацију понашања, а не на саветовање. Особље препознаје да спектар интервенција може да помогне клијентима зависно од њихових потреба. Многе видове подршке може обезбедити особље укључујући саопштавање чињенице смрти клијенту, помажући му да учествује у церемонији сахране и одласцима на гробље.. Особље се залаже и за обезбеђење специјализованих интервенције као што је саветовање особа са ИО. Указано је на потребу да већи број особља добије тренинг у пружању подршке особама са ИО које су у процесу жалости (Worden, 1991).

### **Емоционални, психијатријски и бихејвиорални одговори на жаљење код особа са ИО**

У одсуству јасног разумевања шта представља нормалну реакцију на губитак код особа са ИО и да ли се она и како разликује од процеса жалости код типичних одраслих особа, испитивање утицаја процеса жалости на особе са ИО се базира на опсервацији бихејвиоралних промена или развоја психијатријских болести. Процењивање емоционалних стања код особа са ИО је још увек у повоју, а покушај разликовања нормалне и патолошке реакције на губитак је велики изазов. Према DSM-IV (APA,1994) једина призната компликација процеса жалости је депресија. Истраживања су показала да се симптоми патолошке жалости разликују од симптома депресије и анксиозности (Bierhals et. al. 1996) и да имају различите клиничке корелације од оних повезаних са депресијом, укључујући особен електроенцефалограм у току спавања (McDermott et al. 1997). Специфичан однос са преминулим је описан у објашњењу процеса патолошке жалости (Ван Доорн ет ал. 1999).

### **Психијатријске болести**

Осетљивост особа са ИО на психијатријске болести је велика. Преваленција психијатријских болести варира у опсегу од 20% до 70% (Corbet 1979). Повезаност животних догађаја као што је смрт блиског члана породице и појаве психијатријских болести је документована (Brown&Harris 1989). Навешћемо резултате прегледа литературе о клиничким ефектима процеса жалости код особа са ИО .

Дау (1985) је извршио истраживање у три стотине болница где је утврдио две стотине пријема на одељење за особе са ИО. Од наведених

две стотине пријема утврђена је инциденца од 33% за реактивну депресију и анксиозно стање. У истој групи у 50% случајева појава болести преципитирана је смрћу или озбиљном болешћу старатеља. Дау указује да се почетак психијатријског поремећаја може сагледати као реакција жалости. Описани су случајеви маније и шизофрених епизода преципитираних фактором губитка (Singh et al, 1988). Скорови код пацијената са ИО на скали за депресију ( Childrens Depression Inventory- Short Form, Kovacs 1992) су били повишени после доживљеног губитка као и скорови за анксиозност коришћењем Hopkins Symptom Checklist (Hesbacher, et al. 1980).

### Понашање и емоције

Емерсон (1977) је испитивала инциденцу почетака промена у понашању и расположењу код одраслих особа са ИО и доживљеног губитка. Утврдила је да је 50% особа доживело губитак пре појаве симптома. Особље које је радило са особама са ИО је минимизирало значај губитка и извештавало да нема промена и реаговања на смрт ближњих. У истраживању спроведеном у St. Georges Hospital када се водио интервју са особљем поново је утврђено да нема реаговања на губитак код особа са ИО. Када се водио интервју са особама са ИО оне су јасно извештавале о осећањима туге, дистреса и анксиозности.

Када се процењивало понашање АБЦ скалом (Aberant Behaviour Checklist, Aman et al. 1985) код особа са ИО које су доживеле губитак резултати су указивали на иритабилност, летаргију, неодговарајући говор, хиперактивност у поређењу са контролном групом.

Kitching (1987) је указао на кашњење процеса жалости код особа са ИО који иницијално нису разумели губитак, али су га разумели са протоком времена када су ушли у процес атипичног жаловања. Аллисон (1993) код особа са аутизмом описује немогућност процеса жаљења, закаснео процес жалости, тешкоће разумевања иреверзибилности смрти и неодговарајуће реаговање у процесу жалости. Особе са аутизмом имају мали број блиских односа и смрт неке особе се може катастрофично доживети.

Истраживања указују да губитак има значајан ефекат на ментално здравље особа са ИО. Многе студије потврђују постојање симптома депресије, анксиозности и бихејвиоралних промена које следе губитак што указује на озбиљну потребу обезбеђења подршке особама са ИО које су у процесу жалости.



### Начини подршке

Упркос горе наведеним налазима, особама са ИО које су доживеле губитак блиске особе се негира могућност да изразе, истраже и разреше своја осећања. Истраживања указују да особе са ИО доживе многе емоције које су пратиоци процеса жалости, али имају мало могућности да их искажу и разреше. (Elliot, 1995). Ова ограничења имају различите форме. Oswin (1992) указује да особе са ИО не добијају праве информације о ситуацију уколико је нека блиска особа смртно болесна. Поред тога, особе са ИО се не охрабрују да учествују у ритуалу сахрањивања вољене особе иако је сахрана је важан део ритуала смрти и помаже особама са ИО да разумеју финалност смрти (Oswin, 1992). Насупрот томе, стручњаци и породица могу да упражњавају заверу тишине пред особом са ИО или могу користити еуфемизме да би објаснили смрт блиске особе као што је „отишао је“ или „спава“. То доводи до конфузије код особа са ИО и пропуста да се обрати пажња на њихове емоционалне потребе у процесу жалости.

Разлог пропуста да се особама са ИО обезбеди подршка у процесу жаловања се приписује различитим факторима. Први је повезан са личним утицајем пружања подршке на особље укључујући подсећање на личне губитке (Worden, 1991), или страх од смрти (Read, 1996). Други фактор је повезан са недостатком знања како се одвија процес жалости код особа са ИО. Сматра се да особе са ИО немају емоционалну зрелост да се суче са смрћу или да нису створиле одговарајућу афективну везаност и да ће ускоро заборавити особу која је умрла. Поред тога, сматра се да особе са ИО немају интелектуалних капацитета да разумеју шта смрт заправо значи што често доводи до тога да особље повезује изазивајуће понашање не са анксиозношћу и депресијом већ са личношћу клијента или самом ИО (Hollins, Esterhyzen 1997). Чланови породице и особље извештавају да желе да заштите особу са ИО од непријатних дешавања у њеном животу. Покушај да се заштити особа са ИО од реалности смрти није реална. Одрасле особе са ИО брину о могућој смрти својих родитеља, суочавају се са смрћу својих пријатеља који умиру од болести придружених ИО.

Препоруке за обезбеђење подршке наглашавају потребу да особље разуме како се одвија процес жалости код особа са ИО, које су емоционалне и бихејвиоралне реакције које могу испољити особе са ИО и познавање начина пружања подршке особама са ИО у овом периоду живота (James, 1995). Данас постоје едукативни пакети који пружају подршку особљу које треба да пружи подршку особама са ИО током процеса жалости. Већи број аутора је дао препоруке добре праксе у овом

подручју. Истиче се значај едукације особа са ИО о концепту смрти. Уапок и Веифус (1993) сматрају да се следећа питања морају укључити у едукативни курикулум за особе са ИО:

- разговор о томе како и када се смрт може десити – (нпр. не само у старости)
- упознавање са новим речником – замена еуфемизама јасним терминима
- учење стандарда који важе у заједници укључујући социјално прихватљив начин изражавања жалости
- одласци на гробља и у цркве.

Родитељи особа са ИО избегавају тему смрти и умирања у разговору са својом децом. Родитељи нису вољни да праве планове за децу у случају њихове смрти, а још је мањи број оних који о плановима разговарају са својом децом. Особе које ће преузети старатељство над особом са ИО морају са њом разговарати о плановима о смештају после смрти родитеља. Уколико се очекује смештај у нову установу примереније је смештај урадити благовремено, за живота родитеља да би особа са ИО имала времена да се адаптира на нове околности.

Подршка у процесу жалости се особи са ИО може обезбедити са различитих извора укључујући породицу, особље итд. Подршка укључује и креативан приступ у разумевању концепта смрти користећи сликање, фотографије, књиге сећања (Реад 1999). Подршка укључује рад на различитим нивоима и нуђење краткорочне, дугорочне, реактивне, проактивне, помажуће стратегије.

Континум подршке укључује опште припремање за губитак као део планираног **едукативног програма** пре било каквог личног искуства.

Особље може користити сваку прилику да објасни концепт смрти као природни део животног циклуса пружајући прилику особама са ИО да истраже осећања и реакције на губитак (**партиципација**).

Свака особа ће активно учествовати у ритуалима који се спроводе после смрти блиских особа са циљем изражавања осећања и пружања помоћи особи да развије стратегије превладавања из личног искуства (**фацилитација**).

Наведене стратегије би смањиле потребу за специфичним интервенцијама.

### Системски приступ

Read (2005) је поставио системски приступ моделу подршке особама са ИО у процесу жалости. Може се применити у свакој организационој структури.

1. микро ниво – односи се на особе са ИО и њихове породице које директно могу обезбедити подршку.
2. мезо ниво – односи се на особе са ИО који добијају подршку изван породице од стране стручњака.
3. егзо ниво – локалне организације нуде услуге особама са ИО као што су службе здравствена и социјалне заштите.
4. макро ниво – односи се на националну иницијативу и директиву.

### Коришћење радионица са темом губитка и процеса жалости код особа са ИО

Истраживана је примена радионица као едукативног оруђа за особе са ИО као и помоћи у пружању професионалног увида у искуство губитка код особа са ИО. У радионицама особе са ИО су имале прилику да:

1. истраже шта се подразумева под термином губитка
2. истраже своја осећања која су повезана са губитком и променом
3. разговарају о губитку и промени из личне позиције
4. идентификују механизме превладавања и подршке
5. доживе позитивно искуство у раду са групом
6. охрабре чланове групе да поделе своја искуства губитка.

Циљ рада у радионицама је био да се идентификују и разјасне потребе за подршком за особе са ИО које су доживеле губитак. На првим састанцима су утврђивана правила групног рада и истраживане су индивидуалне дефиниције губитка као и искуства губитка унутар групе. На следећем састанку се читала прича особе која је доживела губитак. То је била „окидач прича“ која би провоцирала чланове групе да поделе слична искуства унутар групе. На следећим састанцима би се пружала прилика члановима групе да говоре о својим осећањима и мислима који су следили губитак и начинима који су им помогли да преброде овај тежак период. Фацилитатори су опсервирани групну емпатију и интересовање учесника да слушају туђе приче. Када би чланови изразили интензивно осећање туге узајамна туга би се пренела на

друге чланове што је имало за последицу да су чланови групе осећали да су добили потребну подршку и да су се слушајући једни друге знања о процесу жалости повећавала. Идентификована су осећања повезана са губитком и категорисана су као:

1. физичке реакције („осећање шока, плакање“)
2. емоционалне реакције (бес, туга, депресија)
3. когнитивне реакције (зашто ја?; окривљавање себе и других)
4. бихејвиоралне реакције (излажење на крај са бесом).

Ове реакције на губитак су у складу са литертуром о губитку (Wordep, 1991) и истраживањима повезаним са процесом жалости код особа са ИО (Read et al., 2000). Узајамно причање прича је оснаживало учеснике да пруже подршку једни другима. Едукативна вредност групе је призната јер су учесници учили једни од других, демонстрирали су вештине активног слушања, чекали свој ред, постављали питања да би разјаснили нејасно и повећали лично разумевање. Стратегије превладавања су биле различите, али у групи је често било хумора који је олакшавао тешке ситуације и довео учеснике у реалност када би се приближавао крај сесије. Процес брзе промене између активног учествовања у жалости и повратка у нормалност свакодневног живота је описана од стране Stroebea и Schutta (1999) као осцилирајући модел жалости.

Групе показују да су снажно оруђе учења за особе са ИО о различитим темама. Вештине и стратегије фацитатора су суштинске у омогућавању особама са ИО да се ангажују на конструктиван начин са члановима групе. Када им се пружи прилика особе са ИО желе да причају о својим губицима. Групни рад помаже дискусију, учење и омогућава креативан дијалог. Вештине које су потребне за фацитацију групног рада са особама са ИО су сличне вештинама које су потребне за процес саветовања.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Allison H. (1993). The management of bereavement in services for people with autism. National Autistic Society, London.
2. Aman M.G, Singh N.N, Stewart A.W. (1985). The Aberrant Behaviour Checklist: a behaviour rating scale for the assessment of treatment effects. American Journal of Mental Deficiency 89, 485-91.
3. American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) (4th edn.). APA, Washington, DC
4. Bertolia J. (1993). Drawings from a dying child: Insights into death from a Jungian perspective. London: Routledge.

5. Berger D. (1997). *Zdravstvena psihologija*, Društvo psihologa Srbije, Beograd, str.193-212.
6. Bihm E, Elliott I. (1982). Conception of seath in mentally retarded persons. *Journal of Psychology* 3, 205-10.
7. Brown G, Harris T.O. (1989). *Life events and illness*, Guilford, London, p. 1-35.
8. Bierhals A.J, Prigerson H.G, Frank E. (1996). Gender differencies in complicated grief among elderly. *Omega* 32, 303-17.
9. Corbett J.A. (1979). Psychaitric morbidity and mental retardation. In: *Psychiatric Illness and Mental Handicap* (eds F.E. James & M.H. Snaith), Gaskell Press, London. p. 11-25.
10. Crick L. (1988). Facing grief, *Nursing Times* 84 (28): 61-3.
11. Day K. (1985). Psychiatric disorder in the middle aged and elderly mentally handicapped. *British Journal of Psychiatry* 147, 660-7.
12. Dodd P, Dowling S, Hollins S. (2005). A review of the emotional, psychiatric and behavioural responses to bereavement in people with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, vol.49, 7, p. 537-43.
13. Emerson P. (1977). Covert grief reactions in mentally retarded clients. *Mental Retardation* 15, 44-5.
14. Elliott D. (1995). Helping people with learning disabilities to handle grief. *Nursing Times* 91 (43): 27-9.
15. Frankisch P. (1992). A psychodynamic approach to emotional difficulties within a social framework. *Journal of Intellectual Research* 36, 559-63.
16. Gelcer E. (1983). Mourning is a family affair. *Family Process*, 22, 501-516.
17. Hollins S, Esterhyzen A. (1997). Bereavement and grief in adults with learning disabilities. *British Journal of Psychiatry* 170, 487-502.
18. Hesbacher P, Rickels K, Morris R.J, Newman H, Rosenfeld H. (1980). Psychiatric illness in family practice. *Journal of Clinical Psychiatry* 41, 6-10.
19. James I.A. (1995). Helping people with learning disabilities to cope with be-reavement, *British Journal of Learning Disabilities* 23 (2): 74-8.
20. Judd D. (1989). *Give sorrow words: Working with a dying child*. London: Whurr.
21. Kitching N. (1997). Helping people with mental handicaps to cope with be-reavement: a case study with discussion. *Mental Handicap* 15, 60-5.
22. Kovacs M. (1992). *Childrens Depression Inventory Manual*. Multi Health Systems Inc., North Tonawanda, New York.
23. Kubler-Ross E. (1969). *On death and dying*. New York:McMillan.
24. Lipe-Goodson P, Goebel B. (1983). Perception of age and death in mentally retarded adults. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 72, 563-70.
25. McDermott O, Prigerson H.G, Reynolds C.F. (1997). EEG sleep in complicated grief and bereavement related depression: a preliminary report. *Biological Psychiatry* 41, 710-6.
26. McEvoy J. (1989). Investigating the concept of death in adults who are mentally handicapped. *The British Journal of Mental Subnormality* 35, 115-21.

27. McLoughlin I.J. (1986). Care of the dying. Bereavement in the mentally handicapped. *British Journal of Hospital Medicine* 36, 256-60.
28. Oswin M. (1992). Don't ask us to dance: Some aspects of bereavement for people who have learning difficulties. *Clinical Psychology Forum*, 44, 16-21.
29. Parkes C.M. (1993). Bereavement as a psychosocial transition process of adaptation to change, in M.S. Stroebe W, Stroebe S, Hanson O. (eds.) *Handbook of bereavement: Theory, research and interventions*, New York: Cambridge University Press, p. 91-101.
30. Read S, Elliott D. (2007). Exploring a continuum of support for bereaved people with intellectual disabilities, *Journal Of Intellectual Disabilities*, vol II, 167-181.
31. Read S. (2005). Loss, bereavement and learning disabilities: providing a continuum of support, *Learning Disability Practice* 8 (1):31-7.
32. Read S. (2008). *A bereavement counselling manual for people with learning disabilities*. London: Quay.
33. Read S. (1999). Creative ways of working when exploring the bereavement counselling process, in N. Blackman (ed.) *Living with loss: Helping people with learning disabilities cope with loss and bereavement*, p. 9-13. Brighton: Pavilion.
34. Read S, Papakosta-Harvey V. (2004). Using workshops on loss for adults with learning disabilities: a second study. *Journal of Learning Disabilities* 8 (2): 191-208.
35. Stroebe M, Schutt H. (1999). The dual process model of coping with bereavement: Rationale and description, *Death Studies* 23 (3): 197-215.
36. Singh I, Jawed S.H, Wilson S. (1988). Mania following bereavement in a mentally handicapped man. *British Journal of Psychiatry* 152, 866-7.
37. Turner J, Graffam J. (1987). Deceased loved ones in the dreams of mentally retarded adults. *American Journal of Retardation* 92, 282-9.
38. Yanok J, Beifus J.A. (1993). Communicating about loss and mourning: death education for individuals with mental retardation, *Mental Retardation* 31 (3): 144-7.
39. Van Doorn C, Kasl S.V, Beery L.C. (1999). Qualities of marriage associated with traumatic grief and depressive symptomatology. *Journal of Nervous and Mental Diseases* 57, 113-25.
40. Worden J.W. (1991). *Grief counselling and grief therapy. A handbook for mental health practitioner*. London: Tavistock/Routledge.

## UNDERSTANDING GRIEVING PROCESS IN INDIVIDUALS WITH INTELLECTUAL DISABILITIES

IVONA MILAČIĆ VIDOJEVIĆ

Faculty of Special Education and Rehabilitation, Belgrade

### SUMMARY

Building upon previous research, the article discusses general issues surrounding loss, change and bereavement in people with intellectual disability. We examine the current opinion regarding the ability of people with intellectual disabilities to understand the concept of death, knowledge of social care staff about grieving process in individuals with intellectual disabilities, what are emotional, psychiatric and behavioural responses to bereavement and what are the most effective ways of support for bereaved people with intellectual disabilities.

KEY WORDS: bereavement, loss, change, intellectual disability.





УДК 376.4  
Примљено: 20. 1. 2009.  
Стручни чланак

**Драгана МАЋЕШИЋ-ПЕТРОВИЋ**  
**Александра ЂУРИЋ-ЗДРАВКОВИЋ**  
Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију, Београд

## **РАЧУНАРИ И ДЕЦА СА СМЕТЊАМА ИНТЕЛЕКТУАЛНОГ РАЗВОЈА**

*У раду је третиран новији концептуални оквир сагледавања савремених трендова едукације и рехабилитације особа са сметњама развоја и интелектуалног функционисања. Третирана проблематика посматрана је са аспекта примене рачунара, односно појма асистивне и/или приступне технологије у овој популацији лица у бројним животним сегментима где је неопходна њихова примена.*

*КЉУЧНЕ РЕЧИ: рачунари, интелектуална ометеност, асистивна технологија, едукација, рехабилитација*

### **УВОД**

У овом раду који третира однос рачунара и особе са сметњама интелектуалног функционисања треба поћи од дефинисања појма асистивне технологије као појма који указује на централни фокус значаја употребе компјутерске технологије у едукацији и рехабилитацији ове популације деце.

### **Асистивна – приступна технологија за особе са сметњама интелектуалног развоја**

Асистивна технологија (АТ) појмовно обухвата сваки сервис или уређај који помаже особи са интелектуалним сметњама да одабере, овлада или користи уређај асистивне технологије (Акт Асистивне тех-

нологије, 2004). Приступна технологија указује на могућност приступа или доступност ове технологије свима којима неопходна или који је желе користити.

Појам асистивне технологије може обухватати или бити уређај или сервис; делове опреме или продукт система који може бити употребљен за повећање или побољшање функционалних капацитета особе са сметњама развоја (Wehmeier et al, 2004 ,у Жигић, Радић-Шестић, 2006).

Асистивна технологија, према другим изворима у литератури, је термин који је у дескриптивној употреби и означава коришћење уређаја код деце и одраслих са сметњама интелектуалног развоја и осталим сметњама развоја у циљу компензације функционалних ограничења као и превазилажења и побољшања способности учења, затим мобилности (кретања), комуникације, избора и контроле унутар срединског окружења. Такође, овим појмом указује се се на директни сервис у помоћи индивидуама у избору, овладавању и употреби оваквих уређаја.

У литератури се наводи листа индикатора за употребу асистивне технологије која може бити одговарајућа за особе са сметњама интелектуалног функционисања:

- Омогућава побољшање функција које није могуће постићи осталим другим начинима и постојећим могућностима рехабилитације и/или третмана
- Омогућава веће учешће у програмима или активностима који другачије не би били доступни особама са овим сметњама
- Повећава могућности понављања и комплетирања задатака које није могуће ни покушати обавити рутинским путем
- Омогућава особама са сметњама да се концентришу на учење или истраживачке задатке, а не само на механичке вештине
- Омогућава већи приступ различитим информацијама
- Поддржава складну интеракцију са вршњацима и одраслима
- Поддржава учешће у ограничавајућем школском и ситуационом окружењу ([www.thearc.org](http://www.thearc.org)).

Sorel, 1991. године указује на значај асистивне технологије у помоћи особама са интелектуалним сметњама да премосте баријере које постоје у вези са њиховом независности и инклузијом. У том смислу, асистивна технологија представља компензаторни механизам код функционалних ограничења који настају код употребе у свим животним аспектима. Уз помоћ технологије, специфични корисник може комуницирати са осталима, учествовати у рекреативним и социјалним активностима, учењу, раду и запошљавању, има контролу у средини у којој живи па тако долази до нарастања и побољшања квалитета спо-

собности свакодневног живљења и дневних активности. ([www. people1. org/articles/asst\\_tech\\_about. htm](http://www.people1.org/articles/asst_tech_about.htm)).

Особе са сметњама интелектуалног функционисања треба да буду упознате са погодностима које настају што ранијом употребом ове технологије у свакодневном животу. Уређаји треба да су доступни током дана у свим седиштима укључујући породично-кућно окружење, школу, радно место и средину за одмор. Пренос знања и коришћење способности са једног уређаја на други треба учинити што једноставнијим и омогућити то путем изграђивања појмова и знања кроз интеграцију у предходно стечено знање и претходно развијене способности (развој појмовне мреже).

Решења асистивне технологије треба да су флексибилна и прилагодљива за сваку појединачну способност сваке индивидуалне личности ометене у развоју, нарочито за децу млађег ураста и са сметњама интелектуалног развоја, а то се пре свега односи на развој способности њихове комуникације и говорно-језички развој. Ова технологија такође треба да обезбеди свим корисницима са интелектуалним сметњама да живе релативно независно ([www. people1. org/articles/asst\\_tech\\_about. htm](http://www.people1.org/articles/asst_tech_about.htm)).

Бројни извори у овој области указују на следеће значајне развојне и егзистенцијалне сегменте у којима компјутеризована технологија заузима значајно место:

- *Комуникација* – За особе које не могу да комуницирају сопственим гласом због физичких или когнитивних разлога технологија може да супституише (заменеује) природан глас. Компјутеризована комуникација омоћава вокални излаз и назива се уређајем аугментативне комуникације. Аугментативна и алтернативна комуникација (АЦЦ) може укључивати технологију рангирану од табле са порукама ниске технологије до компјутеризоване помоћи у експресији гласа и синтетизованог говора.
- *Контрола над социјалним окружењем* – односно контрола срединског окружења која по бројним изворима у овој области подразумева употребу асистивне технологије у помоћи теже или вишеструко ометеним особама да контролишу електричне уређаје, аудио-видео опрему и кућну технику и неке базичне ствари као што су отварање и затварање врата. То је врло важан аспект за особе са сметњама развоја да буду у стању да имају контролу над простором и окружењем у коме живе.
- *Кретање* – За особе које не могу да ходају врло важан је компјутер високе технологије који контролише инвалидска колица и омогућава кретање особама са телесним сметњама. Технологија

може бити коришћена као проналажење правца и водича у дестинацијама. Компјутеризована технологија у овој области такође се користи у воду компјутерски вођених система и роботике у употреби водича код интелектуално ометених особа.

- *Свакодневне активности* – Технологија која омогућава особама са сметњама у развоју да успешно обаве активности свакодневног живљења и сопствене бриге о себи. Ту спадају активности дневног распореда обедовања и независне исхране и распореда оброка, затим аудио програми као помоћ особама са мнестичким сметњама (сметње памћења) да обаве неку активност, заврше задатак, распреме кревет или узму лекове у одређеном времену.
- *Образовање* – Са ученике са сметњама развоја компјутеризована асистирани инструкција помаже у многим областима као што су препознавање речи, математички задаци, развој говора и језика, развој социјалних способности, а може помоћи и у интеракцији са вршњацима који нису ометени.
- *Запослење* – Технологија као што је видео асистирани технологија омогућава тренинг посла који треба обавити развојем способности које су неопходне за извршавање активности укључених у операције везане за посао.
- *Рекреација и слободно време* – Играчке могу бити адаптиране технолошки да подстичу игру деце, компјутерске и видео игре могу бити програмиране да подстичу узрастно одговарајуће способности и помажу деци у учењу когнитивних способности и способности визуо-моторне координације. Специјално дизајнирани софтвер омогућава приступ интернету и помаже особама са интелектуалним сметњама да приступе Web sajtu.

## УМЕСТО ЗАКЉУЧКА

Приступна технологија пружа, према појединим ауторима, веома значајан допринос интеграцији и инклузији и овакав вид интеграције може се према њиховим наводима посматрати у интерактивним терминима који дефинишу повољности за групе у међусобној интеракцији:

- Локална интеграција (физичка и интеграција вештина) укључује деце са посебним потребама у групу деце масовне популације са заједничким коришћењем помоћних средстава
- Функционална интеграција која повезује децу са посебним потребама са масовном популацијом где се успоставља контакт у

- специфичним активностима које су значајне за обе групе
- Социјална интеграција као психолошки значајан интеграциони процес у којој деца са посебним потребама заједно са децом масовне популације развијају међусобне односе и разумевање њихових потреба, истичу Жигић и Радић-Шестић (2006).

### ЛИТЕРАТУРА

1. Chambers, A. (2003): Has technology been considered? A guide for IER teams, Reston, VA: CASE/TAM.
2. Copra, E. R. (1990): Using interactive videodiscs for bilingual education. *Perspectives in Education and Deafness*, 8(5), 9-11.
3. English, D. (2000): Keyboarding by touch and tape, Royal Victorian Institute for the Blind, Melbourne.
4. Маћешић – Петровић Д., Крстић Н., Ишпановић – Радојковић В. (2003): Примена компјутерских техника у раду са ментално ретардираном децом, Београдска дефектолошка школа, 1-2, ДДС и ЦГ и Дефектолошки факултет, Универзитет у Београду, Београд, стр. 153-159.
5. Маћешић – Петровић Д. (2008): Примена рачунара у едукацији и рехабилитацији код деце са интелектуалном ометеношћу, ЦИД и ФАСПЕР, Београд.
6. [www.people1.org/articles/asst\\_tech\\_about.html](http://www.people1.org/articles/asst_tech_about.html) – Assistive Technology for People with Mental Retardation
7. [www.thearc.org](http://www.thearc.org) – Technology for People with Intellectual Disabilities
8. Жигић В. Радић – Шестић М. (2006): Рачунарска технологија за особе оштећеног вида и оштећеног слуха, Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију, Универзитет у Београду, Београд

## **COMPUTERS AND CHILDREN WITH INTELLECTUAL DISABILITIES**

DRAGANA MAĆEŠIĆ-PETROVIĆ, ALEKSANDRA ĐURIĆ-ZDRAVKOVIĆ  
Faculty of Special education and Rehabilitation, Belgrade

### **SUMMARY**

The paper treats new aspects of education and rehabilitation children with intellectual disabilities. Theoretical frame of work is designed as study of possibility to implement assistive technology in standard school settings in our environment and in whole existential environment.

**KEY WORDS:** computers, intellectual disabilities, assistive technology, education, rehabilitation.