

Ненад ГЛУМБИЋ
Светлана КАЉАЧА
Ивона МИЛАЧИЋ-ВИДОЈЕВИЋ

Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију, Београд

МОГУЋНОСТ ПРИМЕНЕ АНТОНАКОВЕ „ЕУГЕНИЧКЕ“ СКАЛЕ У НАШОЈ СРЕДИНИ

Упркос чињеници да је еугенички покрет имао огроман утицај на особе са интелектуалном ометеношћу, нема много података о ставовима према еугеничком третману особа снижених интелектуалних способности. Једна од емпиријски заснованих скала за мерење таквог конструкта је Скала за процену ставова према менталној ретардацији и еугеници (Antonak et al. 1993). Ова скала се састоји из 32 ајтема којима се испитују уверења везана за репродуктивна права особа са интелектуалном ометеношћу.

Циљ овог истраживања је да утврди интерну конзистентност и факторску структуру Скале како би се установила могућност њене примене у нашој средини.

Узорак чини 678 студената Универзитета у Београду, оба пола, узраста између 18 и 34 године. Интерна конзистентност је испитана израчунавањем Кронбаховог алфа коефицијента, док је екстракција фактора извршена анализом главних компоненти без ротације.

Вредност Кронбаховог алфа коефицијента заснована на варијанси ајтема износи 0,89. Добијени резултати такође показују да је Скала засићена само једним фактором, тако да појединачни ајтеми конституишу оригиналну скалу.

Кључне речи: интелектуална ометеност, еугеника, ставови

Стара и нова еугеника

Суштина еугеничког покрета огледа се у доктрини да је потребно и могуће побољшати врсту и то на начин да се „недовољно квалитетним људима“ онемогући рађање потомства (стара негативна еугеника), а да се онима, који се из различитих разлога могу сматрати „супериорнима и пожељнима“, ово елементарно људско право загарантује (стара позитивна еугеника).

Историјски посматрано, корене еугеничког покрета налазимо у Великој Британији и САД у раним годинама XIX века. Френсис Галтон и Чарлс Девенпорт су заговарали идеју о потреби контроле репродукције, што би имало за последицу „унапређење“ врсте и елиминацију „непожељних“. Ова идеологија је резултирала дефинисањем закона о еугеничкој стерилизацији у САД, док је у Европи попримила размере геноцида, нарочито у нацистичкој Немачкој кроз примену еутаназije, насилне стерилизације и гасних комора. Нацисти су 1933. године донели Закон о спречавању рађања потомства код особа са наследним болестима, који је био покриће за извршење стерилизације над око 350 000 људи. Слична ситуација била је и у САД где је до средине тридесетих година прошлог века око 22 000 људи стерилисано, независно од тога да ли су на овај поступак пристали својевољно или не.

Наведени примери везују се за појам тзв. “старе еугенике” чији је циљ био побољшање генетских својстава одређених раса и популација, као и спречавање плодности “нижих” и “неспособнијих” појединаца и раса (Polšek, 2004). Насупрот овим тенденцијама, како у медицини, тако и у области социологије, данас је присутна позитивно оријентисана еугеничка филозофија садржана у новој еугеници.

За разлику од старе еугенике, која је била усмерена на појединца, групе или расе, у фокусу пажње нове еугенике су ген, алел, геном или генотип. Овај приступ се заснива на медицинској помоћи и генској технологији и увек подразумева слободан избор личности у остварењу властитих репродуктивних права, независно од тога да ли примењене генетске технике обезбеђују преношење пожељнијег или мање пожељног гена (Polšek, 2004).

Током XX века дошло је до праве експанзије у развоју генетског инжињеринга, као и медицинске, пре свега пренаталне дијагностике, што је готово у потпуности променило слику некадашњег еугеничког покрета. Данас се научна сазнања из поменутих области, а у складу са личним опредељењем користе у решавању проблема неплодности, спречавању преношења тешких и смртоносних наследних обољења, смањењу броја новорођене деце која би могла имати тешке облике менталних и

физичких оштећења и сл. Као и у случају старе еугенике, методе нове еугенике такође се могу поделити на позитивно-еугеничке и негативно еугеничке: нова негативна еугеника спречава преношење генетског сета који је непожељан, пре свега за појединца, док нова позитивна еугеника техникама генетског инжињеринга утиче на повољну репликацију гена, алела или генома и то у случајевима када би спонтано преношење могло изазвати болест, малформацију или смрт (Polšek, 2004).

Иако би се могло закључити да је некадашња класична, десничарска, негативна еугеника само једна од тамнијих страна у историји савремене цивилизације и да ове идеје заувек припадају прошлости, сведоци смо постојања заговорника, као и праксе везане за “стерилизацију из медицинских разлога”, као и примену различитих метода генетске интервенције, као што су контрола рађања, генетске карте којима се у Кини и Индији одређује број и пол деце, субвенције за образоване жене са више деце у Сингапуру, или пак избор донатора сперме, настао под утицајем савременог либералног начина одлучивања о потомству (Polšek, 2004). Очеvidно је да су нова сазнања и могућности њихове примене у области генетског инжињеринга донеле многе благодети савременом друштву, али и отвориле низ етичких питања, а да одговори у знатној мери зависе од социо-културног, економског и политичког дискурса.

Метода пренаталне дијагностике (пренатални скрининг) фетуса која припада техникама новог еугеничког концепта, једна је од најчешће коришћених, нарочито у случајевима ризико трудноћа и рађања деце са различитим типовима ометености (Pritchard, 2005). Иако је примена пренаталног скрининга дала значајне резултате у погледу смањења броја новорођене деце са Дауновим синдромом, спином бифидом, конгениталним аномалијама, тешким срчаним оштећењима и сл., неки теоретичари сматрају да је само лична одлука мајке (оба родитеља) да се подвргне овој методи прихватљива, без обзира на то да ли ризик постоји или не. Задржавање аутономије у одлучивању сматра се етичким императивом. Превалентан је став да би наметање ових метода кроз обавезујуће процедуре, чак када за то постоје и оправдани разлози, на изванредан начин довело у питање позитивни еугенички принцип. Репродуктивно право је искључиво индивидуално право, тако да коначну одлуку о прекиду трудноће или доношењу на свет детета које ће испуљити тешкоће у развоју, доносе родитељи (Pritchard, 2005, Shakespeare, 2005).

Има ли плод икаква права? Заговорници либералне идеологије и етичких принципа на којима она почива негирају персонални статус плода, па самим тим одричу и његова права. Насупрот томе, Силуја-

нова сматра да је плод субјект моралног односа. „Критеријум за морални статус плода јесте његово укључивање у морални однос који настаје када плод, ембрион, заметак, „грудва ткива“ – постаје објект моралне рефлексије и за мајку, у овом или оном критичком тренутку избора, и за људску културу која ембрион чини субјектом темељних моралних права већ самом поставком проблема његовог моралног статуса, испољавајући тако моралне квалитете људскога рода у целини, попут солидарности, дужности, узајамне одговорности, слободе, љубави, милосрђа“ (Силујанова, 2001, стр. 82).

Отуда је еугенички абортус, као метод превенције различитих облика ометености, неприхватљив за православне вернике. Већ смо указивали на изједначавање абортуса и убиства (утробно чедоморство) у делу св. Василија Великог, као и у одлукама Цариградског сабора из 692. године (Глумбић, 2007).

Удружења за заштиту права ометених углавном се не противе намерним прекидима трудноће, али сматрају да се ометеност не може превенирати само на тај начин. Осим тога, овакав приступ репродуктивним правима негативно утиче на самопоштовање и животне шансе особа са ометеношћу. Ограничења која ове особе имају, пре свега су последица социјалних баријера, а не умањених индивидуалних способности. Сиромаштво, незапосленост и континуирана социјална ексклузија представљају базичне потешкоће код већине особа које припадају овој популацији. Избегавати рађање деце на овај начин како бисмо их “заштитили” од негативних животног искуства које ометеност собом носи, неприхватљиво је у истој мери као што би био и покушај да се друга деца на исти начин заштите од потенцијалног расизма, сексизма и хомофобије (Shakespeare, 2005). Исти аутор наводи и да је аутономност у доношењу одлуке о прекиду или продужењу трудноће на основу налаза пренаталног скрининга само привид, имајући у виду социјални контекст у коме би требало да живе деца са ометеношћу и њихове породице. Наиме, сазнање о многобројним потешкоћама које проистичу из социјалног миљеа овим родитељима често не оставља могућност жељеног избора.

Истраживање које се бавило проценом значаја ставова према особама са ометеношћу и разумевања односа феномена ометености и науке у светлу експанзије генетског инжињеринга, показало је да, иако су се ставови мењали у позитивном смислу, то још увек није довољно да би се особама са ометеношћу обезбедио одговарајући ниво достојанства, поштовања личности и људских права (Stowe et al., 2007). Чињеницу да постоји могућност оживљавања неких старих еугеничких идеја не би требало у потпуности игнорисати, јер су немар, експерименти на љу-

дима, присилна институционализација, као и злоупотреба третмана особа са ометеношћу део не тако далеке историје медицинске науке и праксе. Аутори такође сматрају да ће тенденција интегрисања генетског инжињеринга у систем здравствене заштите допринети унапређењу позитивних ставова, повећаној осетљивости према појавама дискриминације или неадекватног третмана особа са ометеношћу, како код оних који се професионално баве овом популацијом, тако и код јавног мњења уопште (Stowe et al., 2007).

Интелектуална ометеност и еугенички покрет

Од самог оснивања еугенике као дисциплине усмерене ка побољшању генетског фонда популације и превенцији наследних обољења, особе са интелектуалном ометеношћу налазиле су се у фокусу интересовања присталица еугеничког покрета. Еугеничка стерилизација ових особа масовно је спроведена у Америци у у многим европским земљама. Иако је присилна стерилизација из еугеничких побуда данас нелегална, и даље постоје многе контроверзе везане за питање моралне оправданости коерзивне стерилизације.

Истраживања показују да готово половина родитеља деце са интелектуалном ометеношћу размишља о могућности њихове стерилизације (Patterson-Keels et al., 1994). Присилна стерилизација ових особа не може се извршити ако појединац има очувану способност доношења одлука везаних за властиту репродукцију, очувану способност одгајања детета и способност да да валидан пристанак на брак (Diekema, 2003). Јасно је, наравно, да особе са тежим облицима интелектуалне ометености те способности немају. Присталице хедонистичког утилитаризма сматрају да је коерзивна стерилизација у тежим случајевима интелектуалне ометености морално прихватљива (Tännsjö, 2006). Поставља се питање да ли је у сваком појединачном случају захтев за коерзивном стерилизацијом покренут само из утилитарних разлога или се иза таквих захтева још увек крију еугеничке побуде.

Процена оправданости еугеничких метода углавном је била предмет филозофских спекулација, моралних рефлексија и расправа у области правне регулативе. Ставови према еугеничким процедурама у области интелектуалне ометености релативно су ретко испитивани, а постојеће скале су често преузимање у оригиналној форми, иако културолошке разлике могу имати значајан утицај на разумевање овог проблема.

Због тога смо се одлучили да прикажемо процес креирања оригиналне скале за процену ставова према еугеничком третману интелектуалне ометености, да проверимо конструкт на коме је Скала заснована у нашој популацији и да, самим тим, укажемо на могућност њене примене у нашој средини.

Процес креирања оригиналне скале

Скала за процену ставова према коришћењу еугеничких метода у „третману“ интелектуалне ометености (*Scale of Attitudes Toward Mental Retardation and Eugenics*, Antonak, Fielder, Mulick, 1993; у даљем тексту АМРЕ) настала је као резултат дуготрајног процеса селекције најпогоднијих ајтема. Анализа ставова различитих друштвена група према особама са интелектуалном ометеношћу, уз анкетирање експерата за област специјалне едукације и рехабилитације (посебно за област интелектуалне ометености), резултирала је стварањем обимне листе од чак 213 различитих тврдњи које би могле да укажу на ставове испитиваних субјеката према еугеничким методама. Ова иницијална листа је након пажљиве ревизије сведена на упитник од 185 ајтема.

Овако добијен упитник је затим упућен експертима у области специјалне едукације, окупационе терапије, религије, јавних служби, права, етике, медицине, психологије, биохемије, неге болесника, педијатрије, социјалног рада, психијатрије и логопедије. Сваки од 24 испитаника из експертске групе имао је задатак да одреди да ли појединачна тврдња изражава позитивно или негативно мишљење, уверење, идеју или став. Експертима је пружена и могућност да укажу на оне ставке које су, по њиховом мишљењу, лоше срочене, нејасне или непотребне. Анализом одговора експертске комисије укупан број ајтема смањен је на 70.

За разлику од скала Терстоновог типа у којима се скалне вредности одређују *a priori*, пре било каквог испитивања ставова, у сумационом скалама Ликертовог типа коначна форма скале добија се анализом одговора испитиваног узорка. Стога су аутори АМРЕ скале сматрали да је дефинисање ајтема анализом литературе и интервјуисањем стручњака само прелиминарна фаза у поступку израде Скале.

У другој фази креирања Скале, она је примењена на случајном узорку од 233 испитаника. Факторска анализа добијених резултата условила је елиминацију 32 ајтема, док се за преосталих 38 ајтема дошло до закључка да имају потребне психометријске карактеристике, адекватан општи фактор варијансе и одговарајући степен интерне конзистентно-

сти. У тако добијеном сету од 38 ајтема, 22 ставке презентоване су у негативном, а преосталих 16 ајтема у позитивном облику.

Случајно ређање ајтема и мешање позитивних и негативних ајтема основна су правила у коначном обликовању скале Ликертовог типа. На тај начин испитаник се присиљава да сваку тврдњу чита пажљиво, а осим тога, испитаник нема утисак да се о објекту става извесно време говори само позитивне, односно само негативне ствари. Ако се овај принцип не би испоштовао испитаник би могао да помисли како су ајтеми формулисани са намером да се сугестивно наметне један начин виђења појаве која је предмет става (Fajgelj, Kuzmanović, Đukanović, 2004). Поштујући наведена правила, аутори скале су рандомизирали распоред позитивних и негативних ајтема АМРЕ скале, након чега је она примењена на новом узорку од 248 пунолетних испитаника.

Резултати овог истраживања су показали да додатних шест ајтема нема одговарајуће карактеристике. Средња вредност корелације преосталих ајтема са скалом у целини била је 0,49, док је средња вредност корелације између појединачних ајтема била 0,28 (Antonak, Fielder, Mulick, 1993). На овај начин је добијена ревидирана верзија АМРЕ скале која је коришћена и у нашем истраживању.

МЕТОД ИСТРАЖИВАЊА

Узорак, место и време истраживања

Узорком је обухваћено 678 студената Универзитета у Београду, оба пола, старости између 18 и 34 године. Просечна старост испитаника била је 19,62 године ($SD=1,36$). Испитивањем су обухваћени студенти факултета: медицинских наука (Медицински факултет); друштвено-хуманистичких наука (Филозофски факултет – Одељење за психологију, Филолошки факултет; Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију, Учитељски факултет; Економски факултет и Факултет политичких наука); природно-математичких наука (Физички факултет и Хемијски факултет) и техничко-технолошких наука (Електротехнички факултет).

Испитивање је обављено на матичним факултетима тако што је, у договору са наставницима појединих факултета, издвојен један наставни час за потребе овог истраживања. Прикупљање података је реализовано у школској 2007/2008. години.

Техника истраживања

Испитаницима су подељени упитници уз напомену да се не ради ни о каквом тестирању њиховог знања, већ да желимо да испитамо њихове ставове према ментално ретардираним особама. Иако политички коректан говор, проистекао из неолибералног покрета, подразумева употребу другачијих термина (нпр. интелектуална ометеност, интелектуалне потешкоће и сл.) и синтагми у којима се особа увек ставља на прво место (нпр. „особа са интелектуалном ометеношћу“) определили смо се за језичке формулације које су ближе свакодневној комуникацији, него стручном жаргону.

Испитаници су упознати са чињеницом да је учешће у истраживању анонимно и добровољно. На првој страни штампаног материјала који су испитаници добили налазила су се питања везана за демографске податке и кратко упутство за попуњавање АМРЕ скале. Определили смо се за шестостепену скалу Ликертовог типа, због тога што је и оригинална скала конструисана тако, иако смо имали у виду да се у оваквом типу скала обично наводи пет модалитета могућих одговора.

Степен слагања са тврдњом изнетом у сваком ајтему означава се оценом од 1 до 6. Оцене имају следећа значења:

- 1 – Апсолутно се не слажем
- 2 – Углавном се не слажем
- 3 – Донекле се не слажем
- 4 – Донекле се слажем
- 5 – Углавном се слажем
- 6 – У потпуности се слажем

Од испитаника је било затражено да упишу знак X у одговарајуће поље и да се на тај начин определе за једну од понуђених оцена. Време испитивања није било ограничено.

Статистичка обрада података

Пре него што смо приступили статистичкој обради података проверили смо да ли су сви испитаници оценили све ставке. Имали смо у виду да су Ликертове скале у својој суштини батерије малих скала, због чега је важно да испитаник одговори на сваку тврдњу. Иако је у статистичком погледу у извесној мери дозвољено да се недостајући ајтем попуни средњом вредношћу која указује на неутралан став, ми

смо све скале са недостајућим ајтемима искључили из узорка. Поузданост АМРЕ скале одређена је Кромбаховим алфа коефицијентом. Приликом одређивања факторске структуре Скале коришћена је анализа главних компоненти без ротације, као метода екстракције.

РЕЗУЛТАТИ ИСТРАЖИВАЊА СА ДИСКУСИЈОМ

Поузданост интерне конзистенције утврђена је применом Кронбаховог алфа коефицијента. Добијена вредност указује на веома висок степен поузданости ($\alpha=0,89$). Аутори оригиналне скале добили су врло сличну вредност коефицијента поузданости – $\alpha=0,93$ (Antonak, Fielder, Mulick, 1993). Овако висок степен поузданости остварен је, између осталог, самом техником истраживања (испитивање су радили утренирани испитивачи са научним степеном доктора дефектолошких наука, док су сарадници били асистенти на Факултету за специјалну едукацију и рехабилитацију; упитник није претерано дугачак; узорак су чинили испитаници у оптималном животном добу и сл.). Иако се на питање граница поузданости не може дати једнозначан одговор обично се сматра да је доња прихватљива граница за коефицијент интерне конзистенције 0,7 (Fajgelj, Kuzmanović, Đukanović, 2004). Можемо закључити да је српски превод АМРЕ скале прихватљив инструмент за процену ставова према еугеници особа са интелектуалном ометеношћу будући да ова скала има 89% праве варијансе.

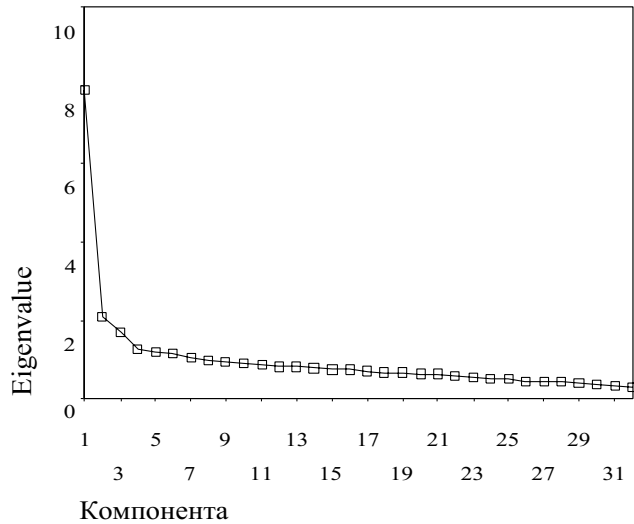
Факторску структуру АМРЕ скале засновали смо на питању да ли ставке које чине ову скалу показују задовољавајућа засићења на првој главној компоненти.

Факторска структура оригиналне АМРЕ скале показује да наведена скала ефикасно и поуздао мери један хипотетички конструкт који представља ставове према примени еугенике у третману особа са интелектуалном ометеношћу. Експлоративна факторска анализа на узорку јапанских студената такође указује на једнодимензионалну структуру ове скале. Иако је у истраживању јапанских аутора детектовано чак седам фактора чија је својствена вредност већа од један, само је први фактор значајно већи од свих других. Тај фактор има својствену вредност 8,24 и њиме се може објаснити 26,6% варијансе (Horner-Johnson et al., 2002).

У нашем истраживању на АМРЕ скали екстрахована је једна главна компонента која објашњава 24,69 % варијансе.

У Табели бр. 1 приказана је корелација појединих ставки АМРЕ скале са екстрахованим фактором.

Графикон 1 – Однос фактора и њихове поузданости (eigenvalue) на АМРЕ скали



Табела бр. 1 – Корелација ајтема са екстрахованим фактором на АМРЕ скали

ајтем	фактор 1	ајтем	фактор 1
20	0,699	16	0,454
19	0,678	27	0,450
30	0,668	32	0,449
5	0,644	3	0,441
8	0,635	4	0,420
26	0,622	25	0,411
28	0,616	10	0,393
13	0,593	11	0,385
9	0,554	21	0,381
17	0,544	22	0,301
24	0,543	18	0,135
14	0,543	12	0,379
15	0,521	29	0,340
1	0,504	6	0,307
31	0,502	2	0,418
23	0,458	7	0,396

Све ставке које чине АМРЕ скалу показују задовољавајућа засићења са екстрахованим фактором. Видимо да је на Скали могуће екстраховати један фактор, односно да ставке заиста чине један скор. Једино ставка број 18 показује слабије засићење („Установе за трајни смештај особа са менталном ретардацијом не треба да смештају мушкарце и жене у различите објекте“). Претпостављамо да испитаници који се не баве овом проблематиком немају сасвим јасну идеју о начину организације рада установа за трајни смештај особа ометених у менталном развоју. Стога им се ово питање чини недовољно јасним. Ову ставку би требало проверити и у даљим применама инструмента преформулисати или одстранити.

УМЕСТО ЗАКЉУЧКА

Применом АМРЕ скале у нашој популацији утврдили смо да ова скала има висок степен интерне конзистентности ($\alpha=0,89$). Факторска анализа је показала да наведена скала мери само један хипотетички конструкт, што је у складу са налазима других аутора. Можемо закључити да се АМРЕ скала може користити и у нашој средини за процену ставова према примени еугеничких процедура у популацији особа са интелектуалном ометеношћу.

ЛИТЕРАТУРА

1. Antonak R. F., Fielder C. R., Mulick J. A. (1993). A scale of attitudes toward the application of eugenics to the treatment of people with mental retardation, *Journal of Intellectual Disability Research*, 37, pp. 75-98.
2. Diekema D. S. (2003): Involuntary sterilization of persons with mental retardation: an ethical analysis, *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, Vol. 9, No. 1, 21-26.
3. Fajgelj, S., Kuzmanović, B., Đukanović, B. (2004). *Priručnik za socijalna istraživanja*. CID. Podgorica.
4. Glumbić N. (2007): Etičke dileme u prevenciji i tretmanu ometenosti, *Nove tendencije u specijalnoj edukaciji i rehabilitaciji*, Zlatibor, Srbija, 30. maj – 03. jun. 2007, str. 187 – 212.
5. Horner-Johnson, W., Keys C., Henry, D., Yamaki, K. O. F., Watanabe, K., Shimada, H. & Fugjimura, I. (2002). Attitudes of Japanese students toward people with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*. vol.46, Part 5, pp.365-378.
6. Patterson-Keels L., Quint E., Brown D. et al. (1994): Family views on sterilization for their mentally retarded children, *Journal of Reproductive Medicine*, 39: 701-706.

7. Polšek D. (2004): Sudbina odabраниh: Eugenički projekti u vrijeme genske tehnologije, ArTrezor, Zagreb.
8. Pritchard M. (2005). Can there be such a thing as a 'wrongful birth'?, *Disability & Society*, 20 (1), pp. 81-93.
9. Shakespear T. (2005). Solving the disability problem, *Public Policy Research*, 12 (1), pp. 44-48.
10. Silujanova I. V. (2001): Pravoslavlje i savremena medicina, Svetigora, Cetinje.
11. Stowe M., Turnbull H. R., Pence R., Rack J., Schrandt S., Laub L. (2007): The Importance of Attitudes Toward and Understanding of **Disability** and Science in the Age of Genetics, *Research and Practice for Persons with Severe Disabilities*, 32 (3), pp. 190-206.
12. Tännsjö T. (2006). Non-voluntary sterilization, *Journal of Medicine and Philosophy*, 31:401-415.

POSSIBILITY OF APPLICATION OF THE ANTONAK'S "EUGENICS" SCALE IN OUR SOCIETY

NENAD GLUMBIĆ, SVETLANA KALJAČA, IVONA MILAČIĆ-VIDOJEVIĆ
Faculty of Special Education and Rehabilitation

SUMMARY

Despite the fact that eugenic movement had great impact upon persons with intellectual disability, there is sparse evidence on attitudes toward eugenics to the treatment of people with low intellectual functioning. One of the empirically based scales for measurement of such construct is The Scale of Attitudes toward Mental Retardation and Eugenics (AMRE; Antonak et al. 1993). It is a 32-item measure tapping beliefs about the reproductive rights of people with intellectual disability.

The objective of this research was to determine internal consistency and factor structure of the AMRE in order to establish its applicability in our society.

The sample consisted of 678 students of Belgrade University, of both sexes, aged from 18 to 34. Internal consistency was determined by Cronbach's alpha, while factor extraction was done by analysis of the main components without rotation.

It was found that coefficient alpha internal consistency index based on item variances was 0.89. The obtained results also show that the Scale represents only one factor, which means that certain items constitute original scale.

Key words: intellectual disability, eugenics, attitudes

УДК 376.1
Примљено: 20.3.2009.
Стручни чланак

Лидија ПОПОВИЋ

Завод за психофизиолошке поремећаје и говорну патологију
„Проф. Др Цветко Брајовић“, Београд

СПЕЦИФИЧНОСТИ У СТОМАТОЛОШКОМ ЗБРИЊАВАЊУ ДЕЦЕ СА СМЕТЊАМА У РАЗВОЈУ

Деца са сметњама у развоју у стоматолошкој ординацији показују смањену или инсуфицијентну кооперативност, психофизиолошку лимитираност, хиперактивност, страх од непознатих поступака. Стоматолошко збрињавање се мора спроводити по јасно дефинисаном и детаљно припремљеном индивидуалном плану терапије, брижљивом проценом менталних способности и могућности детета, са великим стрпљењем, вештином, и уз уважавање деचे личности. Незаменљив сарадник и драгоцен партнер у успешној свеобухватној приступу у раду са децом са сметњама и тешкоћама у развоју је дефектолог-наставник.

Кључне речи: стоматолошко збрињавање, деца са сметњама у развоју

Проблеми стоматолошког збрињавања постоје и код здравих особа, што је, наравно, још више изражено код деце ометене у развоју.

Основни задатак стоматолога у току процеса рада је пружање свеобухватне превентивно-профилактичке заштите, успостављање стоматолошке сарадње и спровођење свих дијагностичко-терапијских поступака.

Да би се обавила адекватна санација зуба и уста, која подразумева примену конзервативно-рестауративних, ендодонтских метода као и екстракционих захвата, неопходно је да пацијент буде миран и да сарађује у току стоматолошке интервенције.

С обзиром да је сарадња главна препрека за обављање коректне стоматолошке интервенције, потребно је задовољити и други важан циљ, у чему се и огледа специфичност збрињавања ових пацијената,

а то је промена понашања особе са посебним потребама у правцу постизања делимично или потпуно кооперативног пацијента, у смислу смањења страха, како би се остварила сарадња при стоматолошком збрињавању.

Већ приликом првог прегледа стоматолог уочава проблем са којим ће се сresti у току третмана, као што су различити невољни покрети, изражен рефлекс гутања, затварање уста, макроглосија и хиперсаливација.

Код старијих пацијената, преко 15 година, сходно дијагнози, и где је вербална комуникација отежана или готово онемогућена (аутизам, тешке менталне ретардације, глувоћа), када у амбулантним условима не може да се уради коректна интервенција, метода избора је општа анестезија.

Методолошки поступак сложеног стоматолошког збрињавања деце и одраслих са посебним потребама обухвата: превентивни, дијагностички и терапијски део.

1. *превентивни део* подразумева мере и упутства за контролу страха и стреса приликом интервенције, где је улога дефектолога-наставника од великог значаја
2. *дијагностички део* за уврђивање способности за стоматолошку сарадњу, при чему користимо одређене поступке као што је:
 - а) опсервација пацијента у чекаоници, ординацији, на стоматолошкој столици;
 - б) стоматолошки интервју, где идентификујемо страх и одређујемо његов облик.

Да би преглед могао да се обави коректно и брзо потребан је и фактор средине - да амбуланта буде пријатна, светла, апарати и инструменти савременији.

3. *терапијски поступак* ове деце обухвата суочавање са два основна проблема, денталним и неденталним.

Дентални проблем представља стоматолошку санацију уста и зуба по свим принципима и начелима стоматолошке доктрине.

Недентални проблем има за циљ успостављање стоматолошке сарадње, делимичне или потпуне, коришћење локалне анестезије и бихевиоралне методе. Бихевиорална метода која се врши у неколико сеанси индивидуално се прилагођава сваком пацијенту и служи као средство у процесу поновног учења, усмереног ка адекватнијој стоматолошкој сарадњи, односно промени понашања. Стоматолошки третман се изводи уз објашњење сваке фазе рада и подстицање пацијента у току саме

интервенције са циљем прихватања исте. Позитивно стоматолошко понашање се награђује, при чему се користи еуфемистички језик, док је родитељ или дефектолог-наставник (васпитач) активни учесник у процесу подстицања пацијента са циљем успостављања стоматолошке сарадње.

У току свакодневног рада стоматолог у специјализованој установи за рад са пацијентима са психофизиолошким сметњама се сусреће са децом која испољавају хиперактивност, узнемиреност, непредвидљиве емоционалне реакције, кратко држање пажње као и различите облике лимитираних способности. Брижљивом проценом менталних способности и могућности детета, у највећем броју случајева је могуће извести планиране стоматолошке интервенције.

Пре извођења неинвазивних и инвазивних стоматолошких третмана, када су у питању ризико пацијенти са урођеним срчаним манама, епилепсијом, Вестовим синдромом, хемофилијом, дијабетесом инсулин зависног типа као и другим општим обољењима, стоматолог мора знати све релевантне чињенице о болестима пацијента и лековима које редовно прима, како се пружањем стоматолошке интервенције не би угрозило опште здравствено стање детета.

Приоритет стоматолошког третмана је ослобађање од бола и стављање знакова акутне инфекције под контролу. У случају немогућности добијања адекватних анамнестичких података од родитеља или дефектолога-васпитача у циљу откривања узрочника врши се детаљан свеобухватни стоматолошки преглед коришћењем допунских мера испитивања да би се потом предузели одговарајући терапијски захвати.

Код деце са епилепсијом треба проверити да ли је узета одговарајућа терапија у циљу превенирања напада при раду или при давању локалне анестезије док је игла у устима, да би се избегла могућност повређивања.

Пацијенти оболели од тиреоидне жлезде - хипертиреозе су осетљиви на адреналин који је у већини анестетика и може изазвати тиреотоксичну кризу, зато су препорука анестетици без вазоконстриктора или са симпатомиметиком (фелипресином).

Деца са церебралном парализом и неконтролисаним брзим, нехотичним покретима главе и тела, отежавају давање анестезије као и рад са високо туражним машинама због могућих повреда околног меког ткива усне дупље. Из тих разлога је неопходна асистенција медицинске сестре и родитеља или васпитача у фиксацији главе, као и употреба заштитног прстена. Према статистичким подацима, 30-40% деце са церебралном парализом има и епилепсију.

Профилактичка антибиотска заштита код пацијената са урођеним срчаним манама је неопходна при извођењу конзервативно-ендодонтске, пародонтолошке и екстракционе терапије, због крварења и могућности транзиторне бактеријемije, у циљу спречавања бактеријског ендокардитиса.

Деца са Дауновим синдромом имају предиспозицију ка конгениталним срчаним манама, проблемима са цревним трактом (као што је недовољни развој или неправилни положај дебелог црева), потом повећену склоност ка епилепсији, леукемији, као и да су вириноше хепатитиса „Б“.

Збрињавање или санација уста и зуба обухвата рестауративну процедуру, ендодонтско лечење и екстракцију зуба.

Због немогућности адекватне оралне хигијене, слабе мотивисаности родитеља или пратиоца, због окупираности са основним обољењима, велика је преваленца каријеса и парадонтолошких обољења.

Обрада кариозне лезије захтева одговарајући медицински приступ адекватним инструментима са високом бројем обртаја, потом пуњење материјалима, чиме се постиже анатомско-морфолошка реконструкција и рехабилитација зуба, а за то је неопходно обезбедити апсолутно суво радно поље (ватеролнама и аспиратором) како би се решио проблем саливације и створила идеална средина за ретенцију будућег испуна. То представља велики проблем код ових пацијената. Зато је препорука да рестауративни материјали у раду са овом децом буду са великим адхезивним способностима, чак и ако је присутан степен влажности препарисаног зуба, да буду биокомпатибилни са кратким временом везивања јер и све стоматолошке интервенције морају бити краће него уобичајено због хиперактивности и губитка пажње.

Код извођења ендодонтских процедура код обољења пулпе, гангрене или пародонтопатије, где се обрада одвија по сеансама, уз коришћење прецизних ендодонтских иглица, у раду због наглих покрета главе пацијента постоји могућност да дође до фрактуре истих, па чак и њихове аспирације. Све то може код тежих облика да буде изузетно неповољно па се зуби који се код здравих пацијената могу ендодонтском терапијом збринути и сачувати, код ове деце морају екстраховати како би се спречила појава консекутивних обољења и фокалних заришта у организму.

Осим повећања преваленце за каријес и обољења пулпе, присутна су и пародонтална обољења, која започињу катаралним типом запаљења, а током времена због основне болести и отежане оралне хигијене запаљенски процес захвата и виличну кост, што резултира стварањем пародонталних џепова, а касније и клањањем и испадањем зуба. Код

здравих пацијената ово прогресивно обољење се успешно реализује терапијским сложеним поступцима; код деце ометене у развоју важно је спровести профилактичке мере и обезбедити добру хигијену.

С обзиром да је стоматолошка терапија код ових пацијената јако отежана и компликована, неопходно је пре свега спровести превентивне и профилактичке мере у које спадају: здравствено-васпитни рад за децу и родитеље, адекватна орална хигијена уз мотивацију детета и активна улога родитеља, дефектолога-васпитача, правилна исхрана, примена флуорида у виду таблета, пасти за зубе и раствора за испирање уста, превентивно заливање фисура првих сталних молара, честе стоматолошке контроле код деце ризико-пацијената.

ЗАКЉУЧАК

Пошто је свака фаза терапијске процедуре дуготрајна, компликована и тешка за самог пацијента, неопходна је изузетна сарадња стоматолога и родитеља, а нарочито дефектолога-наставника, као незаменљивих учесника у комплексном мултидисциплинарном хабилитационом-рехабилитационом поступку стоматолошког збрињавања деце са сметњама у психофизиолошком развоју.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гајић М., Стевановић Р.: Хендикепирано дете у стоматолошкој ординацији, Београд, 2002.
2. Вуловић М., Белоица Д., Гајић М., Стевановић Р., Царевић М., и гр.аутора: Превентивна стоматологија, Београд 2002
3. Вуловић М., Белоица Д., Гајић М., Стевановић Р., Царевић М., и гр.аутора: Дечја стоматологија, Београд 2003
4. Петровић В., Гаврић М.: Ургентна стања у стоматолошкој пракси, Београд, 2001.
5. Јојић Б., Перовић Ј.: Орална хирургија, Београд, 1994.
6. Иванковић Д., Видаковић Б., Росић Д., Савић С., и група аутора: Интерна медицина, Београд, 1990.
7. Левић З.: Основи савремене неурологије, Београд, 2003.
8. Степановић Р. и гр. аутора: Педијатрија, IX изм. изд. Београд, 1995.
9. Гајтон: Медицинска физиологија, X издање, Београд, 2003.
10. Кичић М., Крајинчанић Б.: Медицинска генетика, Београд, 1989.

SPECIFICS IN DENTAL TREATMENT FOR PATIENTS WHO WOULD REQUIRE SPECIAL ATTENTION NEEDS

LIDIJA POPOVIĆ

Institute for Psychophysiological Disorders and Speech Pathology
"Prof. Dr Cvetko Brajović", Belgrade

SUMMARY

Children with special needs in dental ordination show lower cooperation, psychophysiological limits, hyperactivity, fear of unknown treatment. Dental care must be carried out according to clear defined and detailed prepared individual plan of therapy. The irreplaceable assistant in successful and universal access in work with children with developmental disabilities is special education pedagogues.

KEY WORDS: dental care, children with developmental disabilities.