ISSN 0354-8759

БЕОГРАДСКА ДЕФЕКТОЛОШКА ШКОЛА

Вол. 17 (1), Бр. 49, 2011.

Раније ДЕФЕКТОЛОШКА ТЕОРИЈА И ПРАКСА (1977-1995)
Раније СПЕЦИЈАЛНА ШКОЛА (1952-1977)

БЕОГРАДСКА ДЕФЕКТОЛОШКА ШКОЛА (БДШ)

Издавач
Друштво дефектолога Србије (ДДС)
Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију
Београд

За издавача
Микаило Кијановић
проф. др Јасмина Ковачевић

Главни и одговорни уредник
проф. др Надежда Д. Димић

Ко-уредник
проф. др Јасмина Ковачевић

Уређивачки одбор
проф. др Властимир Миладиновић
проф. др Славица Голубовић
проф. др Бранка Ешкировић
проф. др Сања Ђоковић
проф. др Горан Недовић
проф. др Весна Жунић Павловић
Микаило Кијановић
доц. др Радомир Арсић
Здравко Крунић

Секретар редакције
Радомир Лековић

Прелом и штампа
БИГ штампа, Београд

Тираж 300

Часопис излази три пута годишње
Рукописи се не враћају

Уредништво и администрација
„БЕОГРАДСКА ДЕФЕКТОЛОШКА ШКОЛА“
Београд – Косовска 8/I, тел. 3226-791, 3225-006

САДРЖАЈ / CONTENT

1. ОШТЕЋЕЊЕ СЛУХА

Славица Максимовић, Сања Ђоковић, Надежда Димић

ПОРЕМЕЋАЈИ ВЕРБАЛНЕ КОМУНИКАЦИЈЕ И ОТОАКУСТИЧКА ЕМИСИЈА 1

VERBAL COMMUNICATION DISORDERS AND *OTOACOUSTIC EMISSION* 12

Надежда Димић, Миа Шешум

ЗНАКОВНИ ЈЕЗИК – ОСНОВНИ НАЧИН КОМУНИКАЦИЈЕ ГЛУВИХ 13

SIGN LANGUAGE – THE BASIC WAY OF COMMUNICATION FOR THE DEAF 41

Надежда Димић, Мирела Кљаић

КАРАКТЕРИСТИКЕ ПИСАЊА КОД ГЛУВЕ И НАГЛУВЕ ДЕЦЕ У ОСНОВНОЈ ШКОЛИ 43

SOME WRITING CARACTERISTICS OF DEAF AND HARD OF HEARING ELEMENTARY SCHOOL CHILDREN 55

Љубица Исаковић, Сања Остојић, Мина Микић

АНАЛИЗА САВРЕМЕНИХ ИСТРАЖИВАЊА О КВАЛИТЕТУ ЖИВОТА КОХЛЕАРНО ИМПЛАНТИРАНИХ ОСОБА 57

ANALYSIS OF CONTEMPORARY RESEARCH ON QUALITY OF LIFE OF COCHLEAR IMPLANTED PERSONS. 74

2. ОШТЕЋЕЊЕ ВИДА

Сања Трговчевић, Бранка Јаблан, Драгана Кљајић

УТИЦАЈ СОМАТОПЕДСКОГ ТРЕТМАНА НА РАВНОТЕЖУ ТЕЛА ДЕЦЕ ОШТЕЋЕНОГ ВИДА 75

THE EFFECT OF SOMATOPEDIC TREATMENT ON BALANCE IN CHILDREN WITH VISUAL IMPAIRMENTS 83

3. ИНТЕЛЕКТУАЛНА ОМЕТЕНОСТ

Биљана Милановић–Доброта, Марина Радић–Шестић

ПРОФЕСИОНАЛНА ОРИЈЕНТАЦИЈА УЧЕНИКА СА ИНТЕЛЕКТУАЛНОМ ОМЕТЕНОШЋУ 85

PROFESSIONAL ORIENTATION OF STUDENTSWITH INTELLECTUAL DISABILITY 95

Србољуб Ђорђевић

ИНДИВИДУАЛНЕ РАЗЛИКЕ УЧЕНИКА СА ЛАКОМ ИО И НАСТАВА 97

INDIVIDUAL DIFFERENCES OF PUPILS WITH MILD INTELLECTUAL DISABILITY AND TEACHING 111

Фадиљ Еминовић, Слађана Васојевић

ОСНОВНЕ ПРЕТПОСТАВКЕ УНАПРЕЂЕЊА УСЛУГЕ ИНСТИТУЦИОНАЛНОГ СМЕШТАЈА ЗА ОСОБЕ СА ИНТЕЛЕКТУАЛНОМ ОМЕТЕНОШЋУ 113

BASIC ASSUMPTIONS PROMOTIONS SERVICES INSTITUTIONAL ACCOMMODATION FOR PEOPLE WITH INTELLECTUAL DISABILITIES 132

4. АУТИЗАМ

Ненад Глумбић

КВАНТИФИКАЦИЈА ШИРЕГ АУТИСТИЧКОГ ФЕНОТИПА У ОПШТОЈ ПОПУЛАЦИЈИ 133

QUANTIFICATION OF THE BROADER AUTISTIC PHENOTYPE IN GENERAL POPULATION 140

5. ТЕЛЕСНА ИНВАЛИДНОСТ

Драгана Кљајић, Фадиљ Еминовић, Сања Трговчевић
ВИЗУОМОТОРНА КОНТРОЛА КОД ДЕЦЕ
СА ЛЕЗИЈОМ PLEXUS BRACHIALISA 141
VISUOMOTOR CONTROL IN CHILDREN WITH
A LESION OF PLEXUS BRACHIALIS 152

6. ОПШТА ПРОБЛЕМАТИКА

Марина Радић-Шестић, Биљана Милановић-Доброта
ЕВАЛУАЦИЈА РАДНЕ УСПЕШНОСТИ ОСОБА
СА ОМЕТЕНОШЋУ У ЗАШТИТНИМ РАДИОНИЦАМА 153
EVALUATION OF THE WORKING SUCCESS OF PEOPLE WITH
MENTAL DISABILITIES IN PROTECTIVE WORKSHOPS 164

Миа Шешум
СПЕЦИФИЧНОСТИ У РАДУ СА ГЛУВО-СЛЕПИМ ОСОБАМА 165
THE SPECIFICS OF EDUCATION AND REHABILITATION
OF THE DEAF-BLIND PERSONS 184

Лидија Ивановић, Данијела Илић-Стошовић, Веселин Меденица
ТИПИЧНЕ КАРАКТЕРИСТИКЕ ПОНАШАЊА
И ФУНКЦИОНИСАЊА ОСОБА СА РЕТ СИНДРОМОМ 185
CHARACTERISTICS OF BEHAVIOR AND FUNCTIONING
OF PERSONS WITH RETT SYNDROME 200

IN MEMORIAM

ПРОФ. ДР ЉУБОМИР САВИЋ (1921-2010). 201

Београдска дефектолошка школа
Вол. 17 (1), бр. 49, 1-12, 2011.

УДК 376.33
Примљено: 20.2.2011.
Оригинални научни чланак

ПОРЕМЕЋАЈИ ВЕРБАЛНЕ КОМУНИКАЦИЈЕ И ОТОАКУСТИЧКА ЕМИСИЈА

Славица Максимовић[1,2], Сања Ђоковић[3], Надежда Димић[3]

[1]Центар за унапређење животних активности, Београд
[2]Институт за експерименталну фонетику и патологију говора, Београд
[3]Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију, Београд

ОАЕ представљају звуци у спољашњем слушном каналу који потичу од физиолошки виталне и осетљиве кохлее. Звуци које ствара кохлеа су мали али потенцијално аудибилни и понекад достижу до 30 dB SPL. Они могу да настану спонтано, али много чешће ОАЕ прати акустичку стимулацију.

ОАЕ је осетљива на кохлеарну дисфункцију која је узрокована оштећењем функције спољашњих слушних ћелија чије оштећење може бити изазвано ототоксичним агенсима, хипоксијом или интензивном буком. Оштећење кохлее може довести до смањења или потпуног изостанка ОАЕ.

Циљ истраживања је био да се испита ОАЕ (ТЕОАЕ и DPOAE) код деце са поремећајима у вербалној комуникацији (оштећење слуха, поремећај артикулације, развојна дисфазија, муцање) у односу на децу са типичним говорно језичким развојем.

Узорак испитаника је чинило 104 деце узраста 5-8 година са поремећајем вербалне комуникације (поремећај артикулације, развојна дисфазија, муцање) и код деце са типичним говорно језичким развојем. Код све деце је испитана ТЕОАЕ и DPOAE.

Резултати истраживања су показали да су статистички значајне разлике (ТЕОАЕ и DPOAE) присутне између деце са оштећењем слуха и свих осталих испитиваних група и између деце са развојном дисфазијом у односу децу са типичним говорно језичким развојем на ТЕОАЕ (десно уво), на DPOAE (обострано).

КЉУЧНЕ РЕЧИ: ОАЕ, ТЕОАЕ, DPOAE, поремећаји вербалне комуникације, поремећај артикулације, развојна дисфазија, муцање, типичан говорно језички развој

1. УВОД

Акустичка енергија снимљена у спољашњем слушном каналу, настала као последица функције кохлее назива се отоакустичка емисија (ОАЕ). Откриће ОАЕ довело је до радикалних промена у разумевању процеса који се одвијају у кохлеи и омогућило другачији приступ у анализи њеног функционисања. Неинвазивни метод мерења сигнала ОАЕ дозвољава поновљена мерења у дужем временском интервалу без нарушавања нормалне функције кохлее и тиме постаје значајна истраживачка метода у изучавању аудиторног механизама.

Клинички значај ОАЕ уочен је убрзо по открићу ОАЕ, јер пружа могућност неинвазивног и фокусираног истраживања функционалних карактеристика кохлее. Коришћењем ОАЕ добијају се објективне информације о микромеханичкој активности специфичној за пренеуралне или сензорске елементе Кортијевог органа, које су од значаја у клиничкој дијагностици и терапији. Ова чињеница додатно добија на важности ако се зна да већина слушних оштећења (изазваних буком, ототоксицима, хередитарни губици слуха) потичу од сензорних компоненти кохлее. Свега око 2% слушних оштећења чине ретрокохлеарна слушна оштећења. За разлику од других метода за ОАЕ се може рећи да мери одговор само сензорног дела кохлее.

ОАЕ се према врстама стимулуса који их побуђују могу поделити у две основне класе. У једну класу спадају емисије које су константно присутне у одсуству побудног сигнала, док другој класи припадају емисије које су изазване различитим акустичким побудама. Изазване или стимулисане ОАЕ могу даље бити подељене у три подкласе зависно од врсте побудног импулса: транзијентне (TEOAE), тонски изазване (SFOAE) и емисије које су производ дисторзија (DPOAE) (Пантелић, Совиљ, Ђоковић, Микић, 2005).

Транзијентне отоакустичке емисије (TEOAE) и отоакустичке емисије које су производ дисторзија (DPOAE) постале су значајне клиничке методе у аудиологији, којима се доказује нормално функционисање периферног аудитивног система. Анатомску подлогу отоакустичких емисија чине спољне трепљасте ћелије чији број опада током година, па се на тај начин прати промена параметара ОАЕ током старења. Ова аудиолошка метода испитивања је једноставна, безболна, објективна, брза и лака за извођење (Микић, Ђоковић, Совиљ, Пантелић, 2005).

Бројне студије показују да су, уколико нема патолошког процеса у средњем уву, евоциране ОАЕ робустне и широкопојасне код новорођенчади и деце са нормалним слухом. Неки аутори тврде да су неонаталне ОАЕ робустније него код одраслих само на фреквенцијама изнад

1.5 kHz, мада је могуће да добијени резултати у различитим студијама зависе и од спектра употребљеног стимулуса. Код превремено рођене деце амплитуда ТЕОАЕ је нешто нижа него код деце рођене на време.

Амплитуда ТЕОАЕ је највиша у првој деценији живота, а затим почиње прогресивно да опада. Утицај старења на отоакустичке емисије вероватно је у вези са смањењем броја спољних трепљастих ћелија. Поред амплитуде ТЕОАЕ током сазревања долази до промена најизраженије фреквенције са померањем ка дубљем регистру. Карактеристична фреквенција код недоношчади износи 4 kHz, код терминске новорођенчади 3.5 kHz, а код деце школског узраста 1.5 kHz (Marco, 1999). Фреквентни спектар је померен ка вишим фреквенцијама код новорођенчади у односу на децу, на то сем зрелости кохлее утичу и ниво буке и резонантне карактеристике спољног слушног ходника (Kemp, 2002). Thornton (1999) је методом високотонске тимпанометрије доказао значајне промене код новорођенчади у првим данима живота. Део промена отоакустичких емисија је ипак у функцији матурације кохлее кроз побољшање фреквентне резолуције и нелинеарности непосредно пред термин рођења.

Проценат регистрације ТЕОАЕ од 67.45% првог дана по рођењу расте на 85% трећег дана живота и задржава се до пете, односно шесте деценије старости. У студији (Marco, 1999) на 2791 испитаника узраста 0-59 година 100% присуство ТЕОАЕ је нађено код испитаника у трећој деценији живота, са прагом слуха бољим од 30 дБ, на свим фреквенцијама. У принципу се сматра да су ТЕОАЕ присутне у 90-100% популације са нормалним слухом и уредном функцијом средњег ува. Проценат је нешто мањи у прва два дана живота, што је податак који битно утиче на време тестирања у неонаталном скринингу.

Амплитуда отоакустичких емисија опада у функцији старости од 19.27 dB у првој недељи до 7.25 dB у шестој деценији живота. Амплитуда је највиша у првој години живота, а затим конзистентно опада током прве деценије. Таваркиладзе (1999) је нашао највише вредности ТЕОАЕ у групи испитаника старих између 5 и 10 година, док је кроз анализу спектра снаге највише вредности добио код новорођенчади, а најмање код субјеката у четвртој и седмој деценији живота.

У погледу фреквенцијског спектра, такође постоје варијације везане за узраст. Током прве године живота, почев од трећег дана старости, бележи се заобљен одговор са преваленцијом спектралне енергије од 2.5 до 4 kHz, са максималном амплитудом на 3 kHz. Амплитуда је већа бар за 3 dB SPL од нивоа буке на свим фреквенцијама изузев на 0.5 kHz. У старијим групама морфологија је добро дефинисана, са максималном амплитудом на 1.5 kHz. Код испитаника старијих од 40 година,

није забележен градијент од 3 dB SPL изнад нивоа буке ни на једној од високих фреквенција.

Кроз изучавање ОАЕ код групе испитаника старости 4-13 година установљено је да су вредности амплитуде веће него код одраслих, али мање него код новорођенчади. Prieve (2002) је нашао континуирано опадање амплитуде са старошћу од прве године током прве три деценије живота., а посебно је нагласио спектралне разлике. На фреквенцијама нижим од 1 kHz није забележена разлика. У погледу DPOAE забележена је иста варијабилност пораста функције стимулуса и одговора (инпут-оутпут) код деце као и код одраслих. Највеће разлике су забележене на фреквенцијама од 2 и 3 kHz код деце млађе од једне године, док је у дубљем регистру разлика била 10 dB између мале деце и петнаестогодишњака. Код свих испитаника са регистрованим SOAE нивои DPOAE били су 2-4 dB виши (Prieve, 2002).

ТЕОАЕ се такође користе и за праћење опоравка средњег ува током терапије или природне еволуције хроничног секреторног или акутног отитиса (Микић, 2003).

Валидност теста зависи од субјективних и објективних фактора. У субјективне факторе спада узнемиреност, плач или хиперактивност детета, док се објективни односе на стабилност стимулуса, интензитет и спектар, што треба имати у виду при тумачењу резултата. Препоручена стабилност стимулуса за неонатални скрининг применом ТЕОАЕ је бар 70%.

Резултати компарације ТЕОАЕ и тоналне лиминарне аудиометрије су показали да ТЕОАЕ на средњим и високим фреквенцијама добро одсликава аудитивни статус, али да су ти показатељи на ниским фреквенцијама врло сиромашни. До сличних показатеља су дошли Пантелић, Суботић, Барлов (2004). Истраживање ТЕОАЕ код деце са говорно језичким поремећајима (Ђоковић, Суботић, Пантелић, 2004) је показало да постоји статистички значајна корелација између узраста и налаза на ТЕОАЕ, и да ова метода може бити коришћена за евалуацију аудиторног механизма.

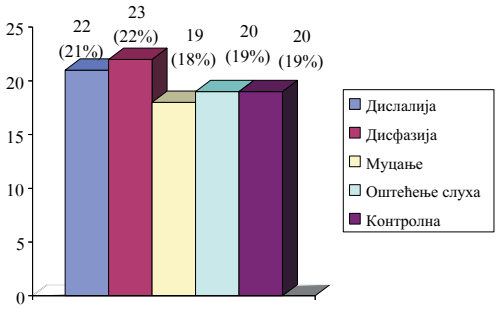
2. МЕТОДОЛОГИЈА ИСТРАЖИВАЊА

У основи истраживања је експериментални метод који је примењен на групама деце са различитим поремећајима у вербалној комуникацији и групи деце са типичним говорно-језичким и слушним развојем.

Истраживање је спроведено у Институту за експерименталну фонетику и патологију говора у Београду (Пантелић, 2010).

Узорак испитаника је обухватио 104 деце предшколског узраста, старости од 5 до 8 година.

Деца су распоређена у 4 експерименталне групе и то 22 деце са поремећајем артикулације (дислалија), 23 деце са развојном дисфазијом, 19 деце поремећајем флуентности (муцање) и 20 деце оштећеног слуха, док је у контролној групи било 20 деце типичног говорно-језичког и слушног развоја (графикон 1). Група деце са оштећењем слуха је подељена на три подгрупе: *1.* деца са кондуктивним оштећењем слуха (5 деце), *2.* деца са перцептивним оштећењем слуха са очуваним слушним пољем (10-оро деце), *3.* деца са перцептивним оштећењен слуха са делимично очуваним слушним пољем (5 деце).



Графикон 1. Узорак испитаника, Е група по дијагнозама (оштећење слуха, дислалија, развојна дисфазија, муцање) и К група

3. РЕЗУЛТАТИ И ДИСКУСИЈА ТЕОАЕ И DPOAE КОД ДЕЦЕ СА ПОРЕМЕЋАЈИМА ВЕРБАЛНЕ КОМУНИКАЦИЈЕ

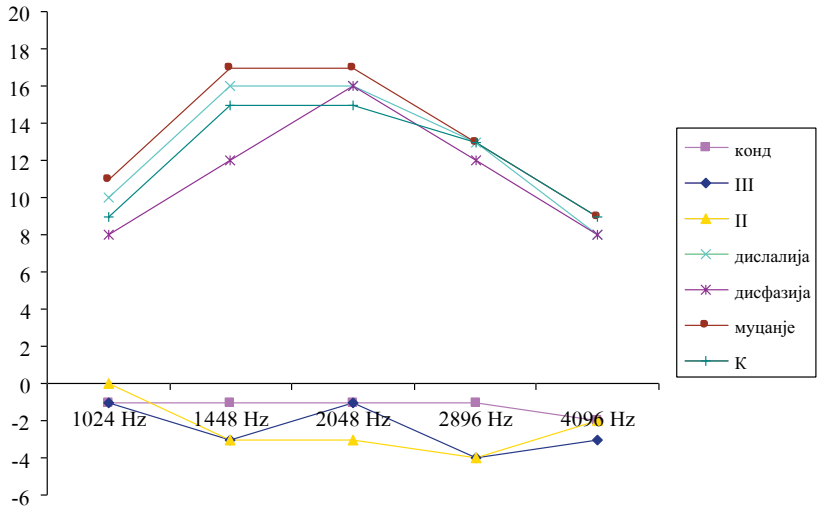
3. 1. Резултати и дискусија ТЕОАЕ код деце са поремећајима вербалне комуникације

У графиконима 2 и 3 приказани су резулатати компарације ТЕОАЕ деце са оштећењем слуха, дислалијом, развојном дисфазијом, муцањем и испитаника К групе за лево и десно уво.

Код деце са ***оштећењем слуха*** (све три групе) ТЕОАЕ одговори изостају обострано или је амплитуда одговора веома ниска.

Код деце са ***дислалијом*** бољи је одзив кохлее десно (13 dB), док лево он износи 11 dB, максималан просечан одзив износи 24 dB и по њему нема разлике између левог и десног ува. Најбољи одзив и за једно и за

друго уво код деце са дислалијом је у опсегу 1500-2000 Hz, што се уклапа са податком који даје Marco (1999) да је карактеристична фреквенција код деце предшколског узраста 1500 Hz.



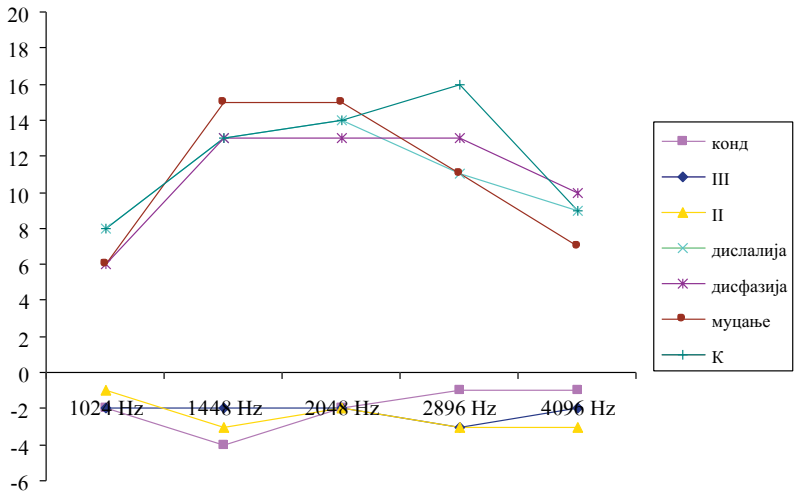
Графикон 2. Компарација резултата ТЕОАЕ деце са оштећењем слуха, дислалијом, развојном дисфазијом, муцањем и испитаника К групе (десно уво)

Код деце са ***развојном дисфазијом***, добијен је исти одзив кохлее и за десно и за лево уво и износи 11 dB (минималне вредности -7 до 0, максималне вредноси од 20-28 dB). Најбољи одзив и за једно и за друго уво је у опсегу 1500-3000 Hz.

Код деце са ***муцањем*** ТЕОАЕ десног ува је 13 dB (максималан одзив 22 до 29 dB) док је одзив кохлее левог ува 11 dB (максималан одзив 18 до 27 dB). Најбољи одзив и за једно и за друго уво је у опсегу 1500-2000 Hz.

Код деце ***К групе*** добијен је просечно исти одзив и десног и левог ува (12 dB). Најбољи одзив и за једно и за друго уво је у опсегу 1500-3000 Hz и креће се од 13-16 dB.

Резултати показују да постоји статистички веома значајна разлика (p=0.000) између ТЕОАЕ деце са оштећењем слуха за оба ува и свих осталих група – дислалија, развојна дисфазија, муцање и К група на свим учестаностима (1024, 1448, 2048, 2896, 4096 Hz). ТЕОАЕ деце са развојном дисфазијом на 1448 Hz (десно уво) се статистички значајно разлукује од ТЕОАЕ деце са дислалијом (p=0.021), муцањем (p=0.010) и од К групе (p=0.049).



Графикон 3. Компарација резултата ТЕОАЕ деце са оштећењем слуха, дислалијом, развојном дисфазијом, муцањем и испитаника контролне групе (лево уво)

ТЕОАЕ (лево уво) деце са муцањем на 2896 Hz се статистички значајно разликује од деце К групе (p=0.014). На истој учестаности и на истом уву постоји разлика између ТЕОАЕ деце са дислалијом и деце К групе (p=0.014).

Већина студија говори о томе да је ТЕОАЕ одсутна ако праг слуха на тоналној аудиометрији на 500 Hz, 1000 Hz, 2000 Hz и 4000 Hz прелази 40 dB. Када је слушни праг ≤35 dB, ТЕОАЕ је генерално присутна. Може се закључити да је ОАЕ осетљива на кохлеарну дисфункцију која је узрокована оштећењем функције спољашњих ћелија чије оштећење може бити изазвано деловањем ототоксичног агенса, хипоксије, буке или неког другог фактора. Оштећење кохлее може довести до смањења или потпуне елиминације ОАЕ код људи (Probst et all., 1991) и код животиња (Whitehead, Londsbury-Martin, Martin, 1992).

3.2. Резултати и дискусија DPOAE код деце са поремећајима вербалне комуникације

У графиконима 4 и 5 приказани су резулатати компарације DPOAE (0.5, 1, 2, 4, 6, 8 KHz) деце са оштећењем слуха, дислалијом, развојном дисфазијом, муцањем и испитаника К групе за оба ува.

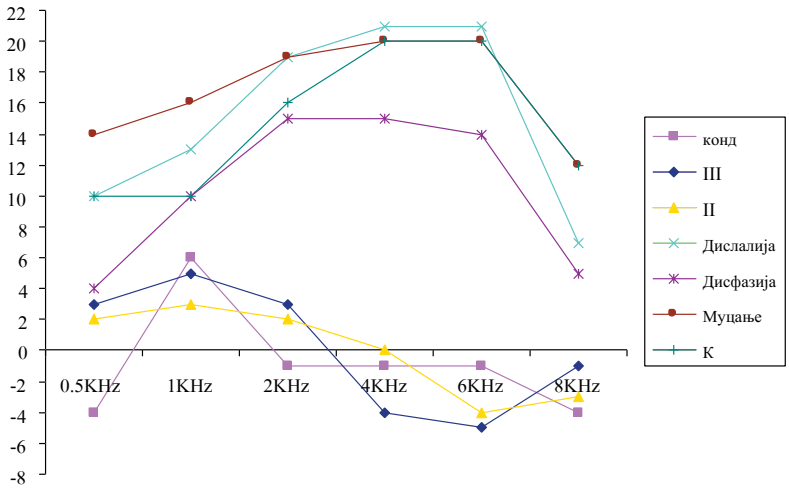
Код деце са ***оштећењем слуха*** (све три групе) DPOAE одговори изостају обострано или је амплитуда одговора веома ниска.

Код деце са ***дислалијом*** најбољи одзив и за једно и за друго уво је у опсегу 2000-6000 Hz (за лево уво од 15 до 20 dB, а за десно 19 до 21 dB).

Код деце са ***развојном дисфазијом*** бољи је одзив кохлее лево (12 dB), док десно он износи 11 dB, максималан просечан одзив износи 25 dB лево и 23 dB за десно уво. Најбољи одзив и за једно и за друго уво је у опсегу 2000-6000 Hz (за лево уво од 5 до 18 dB, а за десно 4-15 dB).

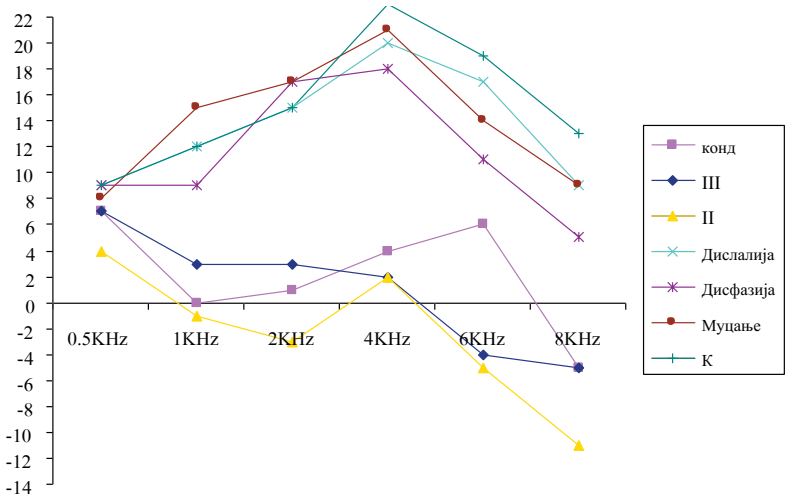
Код деце са ***муцањем*** DPOAE десног ува је 17 dB, док лево он износи 14 dB, максималан просечан одзив износи 27 dB лево и 28 dB за десно уво. Најбољи одзив и за једно и за друго уво је у опсегу 2000-6000 Hz.

Код деце ***К групе*** просечан одзив десног и левог ува (DPOAE) је симетричан и износи 15 dB (симатрични су и максимални и минимални одзиви). Најбољи одзив и за једно и за друго уво је у опсегу 2000-6000 Hz и креће се од 15 до 23 dB.



Графикон 4. Компарација резултата DPOAE деце са оштећењем слуха, дислалијом, развојном дисфазијом, муцањем и испитаника контролне групе (десно уво)

Резултати показују да постоји статистички веома значајна разлика између DPOAE деце са оштећењем слуха и деце осталих Е група (дислалија, развојна дисфазија, мицање) и деце К групе на левом уву на свим фреквенцијама осим на 0.5 KHz. Иста закономерност је присутна и на десном уву (оштећење слуха у односу на децу са дислалијом и са муцањем). Статистички значајна разлика између DPOAE деце са оштећењем слуха, развојном дисфазијом и деце К групе (десно уво) се јавља на учестаностима 2, 4, 6, 8 KHz.



Графикон 5. Компарација резултата DPOAE деце са оштећењем слуха, дислалијом, развојном дисфазијом, муцањем и испитаника контролне групе (лево уво)

Остале присутне статистички значајне разлике DPOAE (лево уво): развојна дисфазија и дислалија на 0.5 и 4 KHz, развојна дисфазија и муцање на 1 и 4 KHz, развојна дисфазија и К група на 0.5, 4, 8 KHz, док је на десном уву разлика између развојне дисфазије и дислалије присутна на 6 KHz, између развојне дисфазије и муцања на 0.5, 1, 6, 8 KHz, док је између DPOAE деце са развојном дисфазијом и деце К групе на десном уву статистички значајна разлика присутна на 6, 8 KHz. Остале присутне разлике су између DPOAE деце са муцањем и дислалијом на десном уву на 1 KHz и између деце са муцањем и К групом на 0.5, 1 KHz.

4. ЗАКЉУЧЦИ

На основу обрађених и анализираних резултата, могу се донети одређени закључци.

1. У групи деце са оштећењем слуха TEOAE и DPOAE изостаје обострано или је амплитуда одговора веома ниска и не зависи од степена оштећења слуха.
2. Код деце са поремећајем артикулације (дислалија) TEOAE и DPOAE не показује одступање од деце са типичним говорно језичким развојем. Дефицити у артикулацији који се јављају су везани за минималне манифестне поремећаје кондуктивног и сен-

зорног дела слушног анализатора и испољавају се пре свега кроз лошију преперцептивну апстрактну обраду информација, бинауралну интеграцију и интеграцију вишег нивоа, што се уочава применом других техника испитивања аудитивне перцепције.

3. Специфичности TEOAE и DPOAE су код деце са развојном дисфазијом најизраженије у односу на остале испитиване групе поремећаја вербалне комуникације (поремећаји артикулације, муцање) и у односу на децу са типичним говорно језичким развојем, што је очигледно у директној вези са сложеношћу самог поремећаја какав је развојна дисфазија.
4. Деца са муцањем показују најбоље резултате, у односу на остале групе деце са поремећајима вербалне комуникације и у односу на контролну, када су у питању апсолутне вредности одговора TEOAE, DPOAE.
5. Компаративна анализа резултата аудитивне перцепције између групе деце са поремећајем у вербалној комуникацији и деце са типичним говорно-језичким развојем је показала да постоје статистички значајне разлике у резултатима у корист деце са типичним говорно-језичким развојем и то:
   – На TEOAE и DPOAE у односу на децу са поремећајем артикулације, развојном дисфазијом, кондуктивним оштећењем слуха и перцептивним оштећењем слуха.
6. Унутар експерименталне групе су се појавиле следеће статистички значајне разлике:
   – На TEOAE и DPOAE између деце са развојном дисфазијом у односу на децу са муцањем и децу са поремећајем артикулације.
7. TEOAE и DPOAE се могу користити као допуна протоколу диференцијално-дијагностичког испитивања и разликовања деце са поремећајем артикулације, развојном дисфазијом и муцањем.

Напомена: Овај рад је настао у оквиру пројекта 178027 “Интердисциплинарна истраживања квалитета вербалне комуникације” који је финансиран од стране Министраства за науку и технолошпки развој Републике Србије.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ђоковић С., Суботић М., Пантелић С. (2004). Специфичности ТЕОАЕ налаза кохлее код деце са говорно језичким поремећајима, *Говор и језик*, Фундаментални и примењени аспекти говора и језика, *2004, ИСБН 86-81879-08-1, стр. 153-156*.
2. Kemp D. T. (2002). Exploring Cochlear Status with Otoacoustic Emissions – The Potential for New Clinical Applications. In Glattke&Robinette (eds), *Otoacoustic Emissions: Clinical Applications,* Thieme, New York, Stuttgart, pp. 1-47.
3. Maksimović S., Đoković S., Sovilj M. (2009). Developmental Dysphasia and Minimal Sensorineural Hearing Loss. *SPEECH AND LANGUAGE: Interdisciplinary Research, III.,* Ed. S. T. Jovičić, M. Sovilj, ISBN 978-86-81879-27-6, LAAC and IEPPS, Belgrade, pp. 332-348.
4. Marco J., et al. (1999). Otoacoustic Emissions in Neonates, Children, Teenagers and Adults. *Otoacoustic Emissions from Maturation to Ageing; Series in Audiology*, No 1, pp. 65-70.
5. Mikić B. (2003). Functional evaluation of the ear recovery following treatment for otitis media with effusion. *Abstracts of the 6th EFAS meeting*, Crete, p. 58.
6. Микић Б., Ђоковић С., Совиљ М., Пантелић С. (2005). Отоакустичке емисије код неонатуса, деце и одраслих, *Отоакустичка емисија, Теорија и пракса*, Уредници: С. Јовичић, М. Совиљ, ISBN 86-81879-10-3, ИЕФПГ, Београд, стр. 122-142.
7. Пантелић С., Суботић М., Барлов И. (2004). Компарација резултата ТЕОАЕ и тоналне лиминарне аудиометрије, *Говор и језик*, Фундаментални и примењени аспекти говора и језика, *ИСБН 86-81879-08-1, стр. 68-71*.
8. Пантелић С., Совиљ М., Ђоковић С., Микић Б. (2005). Примена отоакустичких емисија у процени слуха, *Отоакустичка емисија, Теорија и пракса*, Уредници: С. Јовичић, М. Совиљ, ISBN 86-81879-10-3, ИЕФПГ, Београд, стр. 143-171.
9. Пантелић С. (2010). *Аудитивна перцепција код деце са поремећајима вербалне комуникације*, Универзитет у Београду, Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију, Београд;
10. Probst R., Lonsbury-Martin B. L., Martin G. K. (1991). A review of otoacoustic emissions. *JASA,* 89, pp. 2027-2067.
11. Whitehead M. L., Lonsbury-Martin B. L, Martin G. K. (1992). Evidence for two discreate of 2f1-f2 distorsion-product otoacustic emission in rabbit: I. Differential dependence onstimulus parameters, *Journal of the Acoustical Socitey of America*, 91 (3),1587-607.
12. Tavarkiladze G. A., Gvelesiani T. G., Gunenkov A. V. (1999). Age Effects on Transient and Distortion Product Otoacoustic Emissions. *Otoacoustic Emissions from Maturation to Ageing; Series in Audiology,* No1, pp. 83-90.

13. Thornton A. R. D. (1999). Maturation of Click Evoked Otoacoustic Emissions in the First Days of Life. *Otoacoustic Emissions from Maturation to Ageing; Series in Audiology*, No1, pp. 21-32.

VERBAL COMMUNICATION DISORDERS AND *OTOACOUSTIC EMISSION*

SLAVICA MAKSIMOVIĆ[1,2], SANJA ĐOKOVIĆ[3], NADEŽDA DIMIĆ[3]
[1]Life Activities Advancement Center, Belgrade
[2]The Institute for Experimental Phonetics and Speech Pathology, Belgrade
[3]Faculty of Special Education and Rehabilitation, Belgrade

SUMMARY

OAE are small sounds njithin the meatus accusticus externus to vibrations from physiologically vital and sensible cochlea. The cochlea creates small internal vibrations, sometimes they are about 30 dB SPL. They can be produced spontaneously as internal sounds, but the most recently it can be given acoustic stimulations to evoke an OAE. They are not electrical but they are vibrant responses. For their detection it can be used microphones which transform them in electrical signal for easy analyses. OAE is sensitive to cochlear dysfunction that is caused by ototoxic agenses, hypoxia and intensive noise. Dysfunction of cochlea may produce lower or completely eliminations OAE in human.

Aim of work was to investigate OAE (TEOA and DPOAE) in children with verbal communication disorder.

TEOA and DPOAE more assessed in children aged from 5 to 8 years with articulation disorders, developmental dysphasia, stuttering and in children with normal speech-language development.

Investigation results showed statistical important differences (TEOAE and DPOAE) between hearing impaired childrenand all the others investigation groups and between children with developmental dysphasia in related with children with tipically speech and language development on TEOAE right ear, on DPOAE both sides.

KEY WORDS: OAE, TEOAE, DPOAE, verbal communication disorders, articulation disorders, developmental dysphasia, stuttering, normal speech-language development

Београдска дефектолошка школа
Вол. 17 (1), бр. 49, 13-41, 2011.

УДК 376.33
Примљено: 10.1.2011.
Стручни чланак

ЗНАКОВНИ ЈЕЗИК – ОСНОВНИ НАЧИН КОМУНИКАЦИЈЕ ГЛУВИХ*

Надежда Димић
Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију, Београд
Миа Шешум
Лабораторија за форензичку фонетику, МУП РС, Београд

Знаковни језици су природни, живи језици које користе глуве особе широм света. Они нису само колекција знакова, и нису универзални. Знаковни језици су ранoправни језици, независни од говорних језика које користе чујуће особе. Продукција и перцепција знаковних и говорних језика се значајно разликују. У продукцији говорних језика учествује вокални тракт, а перцеципирају се путем чула слуха, док се код знаковних језика продукција остварује покретима руку, главе и тела, а перцепирају се видом. Често се сматра да знаковни језици представљају само облик изражавања говорних језика рукама, али чињеница је да се вокабулар и граматика знаковних језика веома разликују од говорних. Пошто сваки знаковни језик има вокабулар и културално наслеђе специфично за конкретну заједницу глувих, особа која је овладала једним знаковним језиком тешко ће, под уобичајеним комуникацијским околностима, разумети некога ко користи други знаковни језик.

КЉУЧНЕ РЕЧИ: знаковни језик, комуникација, заједнице глувих

УВОД

Потреба за споразумевањем постоји од када постоји и човек. Из те потребе, са развојем људског друштва, развијана су разна средства споразумевања, која су у току историјског развоја друштва усавршава-

* Овај рад је део пројекта који се изводи под називом "Стандардизација српског знаковног језика" у оквиру Министарства рада и социјалне политике и Савеза глувих Србије.

на све до данашњег ступња развоја. Најједноставнији и најприроднији начин споразумевања је гест. Најсложеније и најпрецизније средство споразумевања је говорни језик, који поред изговора-артикулације има и писану форму-писмо. *(Димић, 1996)*

„Докле год буде било глувих људи на свету, биће и знаковног језика. То је најдрагоценији Божји дар глувима.“ *(George W. Veditz)*

Знаковни језик је начин комуникације који се заснива на употреби покрета тела, гестова и фацијалне експресије. На најпримитивнијем нивоу, сачињен је од показивања, слегања раменима и прављења гримаса, али прави знаковни језик је комплексан и заснива се на комбинацијама кодираних мануелних сигнала и знакова. У том случају говоримо о знаковном језику као конвенционалном, равноправном начину комуникације. *(Albrecht, 2006)*

Гест је специфична људска активност. Он је неодвојиви човеков пратилац од настанка првих људи. И данас прати говор човека. Узбуђен неким емоцијама, човек несвесно прибегава коришћењу геста с намером да буде што убедљивији и изражајнији. Гестом се човек служи и приликом сусрета са људима чији језик не познаје. *(Димић, 1996)*

Знаковни језик није нов лингвистички конструкт. Напротив, многи истраживачи су проучавали да ли су знаковни језици претходили говорним језицима у развоју човечанства. Дебате у вези улоге знаковног језика у едукацији и уопште животима глувих људи и њихових заједница се такође воде дуго времена. Међутим, покушаји разумевања структуре знаковних језика као лингвистичких система су новијег датума. Тренутно су у експанзији истраживања знаковног језика глуве и чујуће деце и овладавања његовом специфичном структуром , као и употребе знаковног језика у дискурсу. Дискусије о развоју знаковног језика код глуве деце се јављају средином деветнаестог века, и ослањају се примарно на теоријске/филозофске аргументе. Током наредних педесет година, опсервације глуве деце школског узраста су прикључене разматрањима која су се заснивала на сумњивој претпоставци да дечји језички репертоар и језичка достигнућа одражавају утицај знаковног језика као првонаученог, и на тај начин показују његову вредност или недостатке. Савремни истраживачи испитују усвајање и развој знаковног језика глуве деце и у природном окружењу, и у контролисаним експерименталним ситуацијама. Такве студије помажу бољем и потпунијем разумевању језичке компетенције глуве деце, правца лингвистичког развоја, као и практичних аспеката њихове комуникације са другима.

Са порастом обима и систематичности студија које се односе на дечје усвајање знаковног језика, видљиви су помаци у неколико истра-

живачких домена, почевши од начина на који деца уче знаковни језик, улоге знаковног језика у другим аспектима развоја, флуентности изражавања... Историја постојања знаковних језика у друштву и дискусије у вези прикладности коришћења у сврхе едукације глуве деце су имале утицаја на истраживања на овом научном пољу. Карактеристика ове области проучавања је да су истраживања потекла из различитих научних дисциплина: лингвистике и језичког развоја, дефектологије, когнитивне и развојне психологије, антропологије, социологије, неуропсихологије... Насупрот истраживачким студијама у већини других језика, студије знаковног језика потичу углавном од истраживача којима знаковни језик није матерњи, чак у великом броју случајева истраживачи нису ни његови флуентни говорници. Иако истраживачи углавном имају помоћ глувих асистената и консултаната, значајно је имати на уму да постојећа истраживања која су извођена од стране чујућих могу имати другачији правац него она која би била урађена од стране глувих аутора.

ИСТОРИЈСКИ ПОДАЦИ О ЗНАКОВНОМ ЈЕЗИКУ

Знаковни језик се помиње у бројним историјским документима. Историјски извори из западних и источних цивилизација указују да глуви људи и заједнице глувих користе знаковни језик последњих 7000 година. У Платоновом делу „Cratylus“ (360. год. п.н.е) разматра се значај знаковног језика, када Сократ поставља питање: „Претпоставимо да немамо гласа ни језика, а желимо нешто да кажемо. Зар не бисмо, као што то раде глуви, гестикулирали рукама, главом, и целим телом?“ У 15. веку, судови отоманских султана су ангажовали глуве људи чији је задатак био да науче све учеснике судског процеса знаковном језику. Овај поступак је био социјално-политичког карактера, јер се говорење пред султаном сматрало неприкладним. Један од најпознатијих историјских примера заједнице глувих која користи знаковни језик потиче из Масачусетса (САД) из 17. века. Велики број глувих из Кента (Енглеска) је почетком 17. века емигрирао у градић у Масачусетсу, и њихов знаковни језик је наставио да се користи и у САД. Крајем 17. века, многи од њих су се преселили на острво Мартини виногради. Бракови који су склапани између глувих дошљака и чујућих староседеоца резултирали су екстремно великим присуством оштећења слуха код нових нараштаја, а знаковни језик је прихваћен као равноправан начин комуникације, много пре него што је отворена прва специјализована школа за глуве.

Сведочанства о заједницама које су користиле знаковни језик пружају нам могућност да сагледамо поједине аспекте живота глувих кроз историју. Међутим, историјски извештаји се углавном своде на описе појединих ситуација у случајевима конкретних глувих, или заједница глувих које користе знаковни језик, и готово да нема података о проучавању знаковног језика као објекта лингвистичке студије, као ни података о интересу за проучавање развоја знаковног језика код глуве деце. Сачувано је веома мало докумената о начину на који одрасли гестикулирају, али не постоје подаци о продукцији знаковног језика код деце, што представља тему за коју су савремени истраживачи посебно заинтересовани.

УНИВЕРЗАЛНОСТ И ПОЧЕТАК ШИРЕ УПОТРЕБЕ ЗНАКОВНОГ ЈЕЗИКА

Конвенционални знаковни језици представљају пример језика који су се дефинисали у последњих 300 година. Баш као што сваки језик захтева групу људи која ће се њиме споразумевати, знаковни језик је нераскидиво везан за постојање заједнице глувих. Овакве заједнице постоје у случајевима када је довољно велика концентрација глувих људи на одређеном простору. На подручју Европе заједнице глувих настају од тренутка развоја великих градова, током индустријске револуције. Пре тога, глуви су били раштркани по селима и мањим градовима, а знаковни језик којим су се служили био је индивидуалан и неразумљив за шире окружење, као и за друге глуве. Напредак који је условио стварање великих заједница глувих, као и конвенционалних знаковних језика, десио се када су се оформиле школе за глуву децу, крајем 18. века у Европи. У овим школама деца су могла да користе знаковни језик, који су учили од наставника и глувих вршњака. Отварање специјалних школа за децу оштећеног слуха у многим неразвијеним земљама је тек у зачетку, и прво је окружење у којем је деци омогућено учење знаковног језика.

При побројавању светских језика готово увек се игноришу знаковни језици. Разлог за ово може бити њихова релативно касна појава. Такође, треба бити свестан да су многи људи још увек уверени да знаковни језици нису ништа више од специфичног облика испољавања говорних језика. Други не сматрају знаковни језик језиком уопште; за њих је знаковни језик само нелингвистички систем гестикулирања и пантомиме. Све ове чињенице могу да послуже објашњењу због чега се знаковни језици често игноришу, заједно са многим говорним језицима малих и неразвијених друштава. Етнолошка база података, ипак,

укључује знаковне језике; чак 103 знаковна језика која су у широкој употреби. Ова бројка је мала и не обухвата све знаковне језике, али је значајна јер представља признавање постојања знаковних језика као равноправних језичких система. *(Апп, 2006)*

Српски знаковни језик (СЗЈ) је визуелни језик гестова који користе глуве особе у Србији. СЗЈ је њихов први (примарни) језик док је говорни српски језик њихов други језик. Он глувим особама у Србији служи као средство за свакодневну конверзацију, за интелектуалне расправе, и све друге комуникативне потребе. У Србији постоји висок степен разумевања међу глувим особама у оквиру СЗЈ, иако постоји и могућност регионалних варијација појединих гестова и начина изражавања. *(Половина, Димић, 2009)*

РАЗЛИКЕ ИЗМЕЂУ ЗНАКОВНЕ КОМУНИКАЦИЈЕ И КОМУНИКАЦИЈЕ ГОВОРОМ

Знаковни језици су природни, живи језици које користе глуве особе широм света. Они нису просте колекције гестова и нису универзални. Знаковни језици су пуноправни језици, независни од говорних језика које користи чујућа популација.

Уобичајено је да се под појмом знаковни језик подразумева покрет при говору главом, руком или целим телом, да би се говор учинио изражајнијим. Знаковни језик означава предмет, радну операцију или неко афективно стање. Он се назива и кинетички говор. Кинетички говор обухвата мимику која се изражава покретима лица, пантомиму испољну покретима целог тела и гест изражен покретима руку. Тешко је потпуно издвојити било који од ових видова, јер се они међусобно допуњују, комбинују, прожимају како би мисао говорника била што јасније исказана. Гестовима се изражавају статичке или динамичке карактеристике садржаја о којима се говори. *(Димић, 1996)*

Основне разлике знаковних и говорних језика:

- Знаковни језици су визуелно-спацијални (нису засновани на говору);
- Не поседују писану форму (самим тим, не постоји ни књижевна традиција);
- Малобројни су у односу на говорне језике, један знаковни језик у просеку броји од хиљаду до десет хиљада говорника (са изузетком америчког знаковног језика, којим комуницира неколико стотина хиљада људи). *(Sutton-Spence, Ladd, Rudd, 2005)*

Знаковни и говорни језици се продукују и перципирају на потпуно различит начин. Док се говорни језик производи уз помоћ вокалног

тракта и перципира чулом слуха, у продукцији знаковног језика приоритетни су покрети руку, а затим и немануелних артикулатора, као што су глава, лице и тело, а овакав говор се перципира путем вида.

Истраживачи знаковног језика су протеклих деценија испитивали да ли је знаковни језик само модалитет говорног језика, и да ли знаковни и говорни језици имају исте основне лингвистичке особине на нивоу фонолошке, морфолошке и синтаксичке структуре. Ипак, модалитет игра значајну улогу у обликовању израза лингвистичке структуре. Уз уважавање начина на који модалитет може утицати на лингвистичку структуру, улога иконичности или визуелне мотивације је од нарочитог значаја. Визуелно-гестовни модалитет подразумева много већи потенцијал за иконично представљање него аудитивно-вокални модалитет. Присутне су три уочљиве разлике између ова два језичка модалитета које могу да буду узрок разлика у лингвистичкој структури знаковних и говорних језика: различита природа артикулатора који се користе за продукцију говора, различита природа перцептивних система који се користе за пријем говора, као и релативна „младост“ знаковних језика. *(Perniss, Pfau, Steinbach, 2007)*

Сваки језик располаже средствима којима се скреће пажња других на одређени садржај. На пример, у задобијању пажње, говорник се може послужити именовањем саговорника, коришћењем њихове титуле, узвицима.... Начин на који се скреће пажња саговорника, када је реч о знаковном језику, у великој се мери разликује, и ослања на вокализацију, нагле покрете рукама, додиривање по руци или рамену, или улажење у видно поље саговорника. *(Metzger, 2005)*

Када се пореде механизми скретања пажње и мењања теме у говорној и знаковној комуникацији, уочавају се одређене разлике:

- приликом комуникације говором, један од најважнијих начина да се задобије пажња саговорника, као и да се промени директни саговорник у ситуацијама где је више људи укључено у комуникацију представља изговарање саговорниковог имена. У комуникацији знаковним језиком се, насупрот томе, никада не користи именовање присутне особе. Именовање се користи искључиво у случајевима када је особа о којој је реч одсутна, да би се назначило о коме је реч. Ову чињеницу интерпретатори знаковног језика не би смели да игноришу; због разлика у деиктичким елементима језика, пожељно је да када преводе са знаковног језика на говорни, уместо показивања прстом или коришћења одређених одредби, употребљавају имена особа о којима је реч. Такође, када је у питању превод са говорног на знаковни језик, нема потребе да користе дактилологију да би

спеловали име особе која је поменута, уколико је присутна; довољно је показати на њу, јер је то у духу језика на који се преводи, знаковног језика.

- Контакт очима је необично битан када је у питању комуникација путем знаковног језика; он служи, између осталог, и промени саговорника којем се особа која гестикулира обраћа. Интерпретатори морају бити свесни чињенице да је глува особа којој се преводи у незахвалном положају, јер није у могућности да примени главни механизам промене своје позиције из саговорничке у говорничку, будући да је неопходно да све време гледа у преводиоца. *(Van Herreweghem, 2005)*

Људи који говоре различите језике и припадају различитим културама доживљавају свет на различите начине. Преводиоци знаковног језика се налазе између две културе из којих потичу особе чији језик преводе и на чији језик преводе, и имају велику одговорност да веродостојно изграде семантички мост између њих. У зависности од сличности и разлика између тих, супростављених култура, ниво комплексности процеса превођења може значајно варирати. С обзиром на чињеницу да се говорни и знаковни језици неминовно разликују у великој мери, преводиоци имају велику одговорност да веродостојно и на најбољи начин приближе искуству глувих свет чујућих, и обратно. Интерпретација знаковног језика је више од пуког превођења једног језика на други. Она представља грађење семантичког моста између двоје људи који потичу из различитих култура, из различитих светова. *(Marschark, Spencer, 2005)*

Пошто знаковни језици немају писани израз, говорници који желе да напишу поруку неопходно морају познавати говорни језик средине или особе којој се обраћају. Многи глуви који имају литерарне склоности имају велики проблем када желе да забележе своју поезију или прозу; ово је препрека са којом се суочавају припадници многих језичких мањина широм света чији језик нема писану форму, и њихов положај је, у овом случају, потпуно исти као и положај глувих. Када се, на пример, записује поема која је оригинално изражена знаковним језиком, процес превођења који је неопходно спровести је потпуно исти као да је у питању било који други страни језик. С обзиром да вокабулар знаковног језика садржи много иконичних знакова, могло би се очекивати да ће велики број знакова бити универзално разумљив. Међутим, у различитим језицима се истичу различита својства истих појава, што чини сваки знаковни језик специфичним и углавном неразумљивим за саговорнике са другог језичког подручја. Паралелна ситуација постоји и у говорним језицима, и очигледна је на примеру ономатопеја, које у великом броју случајева нису универзално разумљиве (српско „куц-

куц“ према енглеском „нак-нак“ итд). Иако се односе на исту појаву, говорници различитих подручја на другачији начин наглашавају својства те појаве. *(Sutton-Spence, Ladd, Rudd, 2005)*

С обзиром да знаковни језици имају визуелни простор међу саговорницима као кључну супстанцу у оквиру које се гради форма неке граматичке функције, односно морфолошки параметри битни за разумевање исказа, морфолошки „сегменти“ формирају се управо у њему, у простору. Глаголски аргументи попут агенса, пацијенса, инструмент, циљ, извор, затим деикса, време радње, аспекти унутарњег структуирања радње, исказују се елементима простора. Формално се могу разликовати знаци који имају покрет с оријентацијом и они који су само покрет. Знаци и покрети су они код којих је могуће одредити почетни и завршни положај. Стабилни знакови су они чије значење не зависи од покрета него положаја који рука заузима у простору. Морфолошке категорије у СЗЈ могу бити везане за правац, брзину, дужину и облик покрета. *(Половина, Димић, 2009)*

СТАНДАРДИЗАЦИЈА СЗЈ

Стандардни језик је општи језик који би требало да могу да користе сви припадници једне језичке заједнице. Као основа стандардног језика могу се узети или неки регионални варијетет, или говор одређене социјалне групе, или се као основица може користити нека претходна варијанта језика забележена у писаном виду. Стандардизација подразумева кодификацију изговора, граматике и вокабулара како би се обезбедио скуп нормативних правила за стандардну употребу. Одабрани стандард треба и званично спровести што се чини путем владиних публикација, преко медија и у школама.

То не значи да је он лингвистички једина варијанта, али ако се временом шири и примењује у ширим круговима говорне заједнице, онда такав стандардни језик олакшава међусобну комуникацију. Као што се дешава са српским језиком, где стандардни језик омогућава припадницима различитих регионалних варијетета да се међусобно споразумеју, да користе исте уџбенике у школи и да разумеју медије, да могу да читају књиге, тако и СЗЈ као стандардизовани језик треба да омогући исту врсту олакшане комуникације. То не значи да ће варијетети на локалном нивоу бити укинути и да ће нужно нестати. Напротив, они ће стално доприносити богаћењу знаковног језика, на свим нивоима, а поготово у погледу вокабулара. *(Димић, Половина, Кашић, 2009)*

ЛИНГВИСТИЧКЕ СТУДИЈЕ ЗНАКОВНОГ ЈЕЗИКА

Амерички знаковни језик је први знаковни језик који је добио статус равноправног језика, и од тог момента настаје експанзија истраживања која за тему имају структуру и функцију знаковно– језичког развоја код деце. Иако су заговорници говорног израза одбацивали знаковни језик као конструкт који отежава усвајање говора и наставили да инсистирају на унапређењу артикулације глуве деце, истраживачи који су били заинтересовани за знаковни језик почели су да испитују употребу геста у интеракцији мајке и детета у кућним условима. Прве студије на ову тему датирају из шездесетих година двадесетог века, и углавном се своде на упоређивање речника чујуће и глуве деце. Мали број истраживања се базирао на опис лингвистичких и комуникативних аспеката конверзације између мајке и глувог детета. Већином је испитиван начин на који се чујуће мајке обраћају својој чујућој деци, са фокусом на продукцију мајки, а комуникација деце у тим интеракцијама је успутно коментарисана. Истраживачи убрзо укључују и глуве родитеље у студије, у намери да им присуство глувих помогне у разумевању динамике интеракција родитеља и деце које се остварују невербалним путем, и да пореде те резултате са интеракцијама оствареним говором. Резултати неколико раних студија знаковног језика које су анализирале комуникацију глуве деце и њихових чујућих мајки указују да оскудне комуникативне вештине мајке имају лош утицај на дететово усвајање језика. Поређење оваквих комуникативних парова са паровима у којима су и мајке биле глуве показало је да ране интеракције удружене са ефективном комуникацијом имају позитиван утицај на развој језика, као и социо-емотивни развој детета. Посебно је значајан закључак да квалитетан однос између мајке и детета представља основу за развијање дечје језичке компетенције, а међусобна комуникација је снажно повезана са позитивним развојем детета у бројним другим доменима. Доказано је да се знаковни системи комуникације развијају чак и када мајка и дете примарно комуницирају говором, и ова чињеница је инспирисала многе истраживаче да се фокусирају на развој и природу знаковног језика. *(Marschark, Schick, Spencer, 2006)*

РАЗВОЈ ЈЕЗИКА КОД ГЛУВЕ И НАГЛУВЕ ДЕЦЕ

У развоју особа оштећеног слуха гест има посебан значај. Глува особа је визуелан тип и све што сазнаје и доживљава чини путем вида. Оптичке слике које она прима из спољног света су конкретне, директне, статичне или динамичне. Она развија знаковни језик на основу соп-

ственог спонтаног кретања и подражавања околине. Споразумевање покретима је резултат психичког развоја глувог детета, а и сам покрет помаже тај развој. *(Димић, 1996)*

Усвајањем знаковног језика отклањају се проблеми ограниченог примања порука и ограничене комуникације глувих особа. Коришћење знаковног језика подразумева и прстну азбуку. *(Димић, Половина, Кашић, 2009)*

Разликовање прелингвалног и постлингвалног оштећења слуха је веома значајно када је у питању усвајање говорног језика. Постлингвално оглувела деца развијају говорни језик различито од деце која су оглувела прелингвално, јер они имају искуство у слушању које им омогућује да савладају већину аспеката језика природним путем. Почетак усвајања матерњег језика код њих није угрожен, за разлику од конгенитало глуве деце. Верује се да су у стању да брже и боље савладају вештину читања говора са усана саговорника, јер су способнији да повежу визуелну информацију са аудитивном, а углавном им и савладавање читања и писања не представља велики проблем.

Време губитка слуха је значајно и када је у питању усвајање знаковног језика. Ипак, нема доказа да је у овом случају оправдано правити поделу на прелингвално и постлингвално оглувеле. Када је у питању усвајање знаковног језика, најзначајнији параметар представља изложеност детета језику. Постлингвално оглувела деца глувих родитеља могу овладати знаковним језиком без проблема, док се они могу јавити код конгенитално глуве деце чујућих родитеља. Уопштено би се могло рећи да деца која знаковни језик усвајају у постлингвалном периоду ретко у потпуности овладају његовим одређеним аспектима, као што су глаголска времена или творбени процеси. Учење знаковног језика као матерњег у постлингвалном периоду по много чему наликује на учење страног језика. *(Baker, Woll, 2008)* Новије студије понашања се фокусирају на утицај окружења на развој језика. У једној опсежној студији која је испитивала инциденцу типичног и атипичног језичког развоја у великој популацији близанаца (Spinath, Price, Dale, and Plomin, 2004) закључено је да највећи утицај на правилан развој језичких вештина код деце има њихово окружење. Такво наглашавање значаја окружења је изненадило бројне истраживаче који се баве језиком. У стручним круговима је углавном заступљено мишљење (које се заснива на чврстим аргументима) да је језичка способност урођена. Чињеница је да су људи генетски предодређени да организују комуникацију, и да продукују лингвистичке системе на специфичан начин. Међутим, за истраживаче који се баве знаковним језиком, тврдња да је језички развој у великој мери условљен врстом језика коме су деца изложена је неприхватљива.

Могуће је посматрати шта се дешава у великом броју различитих ситуација у којима изложеност детета знаковном језику варира од оптималног нивоа до непостојања. Такође, студије о глувој деци представљају снажан подсетник о урођености људске потребе за комуникацијом-о базичној тенденцији људи да пронађу начин да остваре комуникацију. Чак и када глува деца нису изложена језику који могу да перципирају и схвате, тј.када нису изложени знаковном језику, они спонтано комуницирају гестом. Овај феномен је дуго времена називан „кућни гест", и представља гестовни систем који користе глува деца када морају да креирају сопствени начин комуникације путем којег ће размењивати информације са ближњима. Овакав знаковни израз је потпуно спонтан, без утицаја других знаковних система и културалне трансмисије знаковних симбола. Деца ове гестове најчешће базирају на искуству; они представљају опис доживљених акција или карактеристика појава. Иако спонтано генерисани знаковни комуникациони системи могу да обухвате мноштво функција, поготово када су у питању упућивања на појаве или саопштавање потреба, они су ипак значајно ограничени у бројним аспектима. Такав начин комуникације је генерално лако разумети, али само у оквиру најуже породице и других блиских и често присутних људи. Знакови који се продукују су лимитирани у могућности међусобног комбиновања, као и у степену апстрактности. Такође, упркос доказима да деца имају урођену потребу да конструишу функционалне комуникативне системе чак и ако нису изложени сврсисходној комуникацији, постоје јасна ограничења у погледу излагања говору испод којих је врло отежан развој добро артикулисаног, формалног језичког система.

Језик глуве деце која су изложена знаковном језику у раном узрасту у кућним условима није ограничен на овај начин. Наравно, као и код усменог говора, рана продукција знаковног језика је ограничена тренутним когнитивним, емоционалним, социјалним и лингвистичким могућностима и способностима детета. Знаковни језик који користе мала деца, према томе, не може да одражава софистицираност и комплексност знаковног језика који користе одрасли. У сваком случају, за разлику од примарне, идиосинкратичке комуникације коју користе глува деца у условима недостатка језичког модела, знаковни језик који уче од одраслих потпомаже њихов језички, а тиме и свеукупан развој.

Поређењем знаковног језика деце који се развија у условима недостатка језичког модела, и у условима изложености конвенционалном знаковном језику, долази се до закључка да изложеност језику представља критичну развојну тачку. Због тога што постоје значајне сличности у развоју знаковног и вербалног језика, може се очекивати да многи фак-

тори који утичу на њихов развој и богаћење буду идентични. Истовремено, због разлика у примарним начинима комуникације, очекивано је да поједини фактори од утицаја утичу на само један од говорних система.

СПЕЦИФИЧНОСТИ ПЕРЦЕПЦИЈЕ ЗНАКОВНОГ ЈЕЗИКА

Очигледну разлику између гестовног и говорног изражавања представља чињеница да се знаковни језик примарно перципира путем вида. Ова чињеница има значајне импликације на начин на који мајке глуве деце указују на повезаност између предмета комуникације и дечје тренутне активности. То, наравно, не умањује значај који визуелне информације имају код чујуће деце приликом усвајања говора. Визуелне информације у говорном изразу служе за одређивање контекста изречене поруке. На пример, мајке чујуће деце често показују прстом на активност или подижу предмете да би указале на тему комуникације. Индикацију значаја визуелне подршке у одређивању контекста говора представљају и резултати студија који указују да је код слепе деце усвајање језика често отежано. Велики део афективног значења изречене поруке се изводи управо из визуелних елемената говора, као што су: говорников израз лица, постура тела, покрети... Овакве информације могу бити посебно значајне за децу која још увек нису у потпуности усвојила језик, јер код њих нелингвистичке и паралингвистичке информације служе за боље разумевање поруке. У сваком случају, лингвистички, референтни садржај изговорене поруке је скоро увек представљен кроз гласове које говорник производи, а слушалац перципира чулом слуха. Насупрот томе, порука исказана знаковним језиком захтева да и лингвистичке, и паралингвистичке, и контекстуалне информације буду примљене и појмљене путем чула вида. Значајну разлику између поруке примљене видом и поруке примљене слухом представља чињеница да је аудитивне информације могуће примити и онда када слушалац не гледа у говорника. Наравно, ово није могуће када је у питању знаковна комуникација. И код глуве, и код чујуће деце је карактеристична рана, урођена веза између слушања и посматрања понашања.

С обзиром да говор аутоматски скреће пажњу чујућег детета на лице говорника, то представља значајну импликацију за динамику комуникације са глувом децом. Мајке глуве деце су често принуђене да активно заокупљују њихову визуелну пажњу на начин на који мајке чујуће деце не морају. Да би то успеле, мајке глуве деце користе бројне стратегије задобијања и задржавања пажње. Ово резултира разликама у времену и структури ефективног експонирања мале деце језику, па им знаковни језик постаје блискији начин комуникације. Због тога што

је прилагођавање говора који је усмерен ка детету обично интуитиван процес, вероватно је да мајке које комуницирају матерњим језиком праве ефективнија модификације него мајке које користе нов, релативно неувежбан језик или језички модалитет (знаковни језик). У случају деце која уче знаковни језик, сва њихова пажња мора бити усмерена на понашање глуве мајке, уколико се њена свакодневна комуникација остварује путем знаковног језика. *(Spencer, Harris, 2006)*

УТИЦАЈ ШКОЛЕ

Говор помоћу знакова је главно средство споразумевања међу глувим и наглувим особама. Он има непроцењиву важност у развоју глувог, и у томе је његова предност. Гестови су конкретни и брзо се уче, лако памте, разумљиви су сваком детету. Временом се проширују и усавршавају и постају заједнички за шири круг глувих и наглувих. Гест има велику дидактичку вредност. Знаковни језик је први језик глувог човека. Гестом могу да се изразе разна осећања, расположења, потребе: радост, жалост, бол, претња, љутња, глад, жеђ и др. Владање гестом и његова логичка употреба у говору јесте мисаони акт и уколико се нађе глуво дете које не зна гестове, то говори о његовој психичкој неразвијености. Пошто гест има више значења, може доћи до отежаног споразумевања, а да не би дошло до неспоразума, употребљавају се додатни знаци. Код глагола постоје само три времена; нема лица ни падежа код променљивих врста речи, нити слагања у роду и броју. Ред речи у реченици одређује се редом збивања, но и ту не постоји нека устаљеност.

Доласком у школу глуво дете доноси извесне покрете који су специфични за породицу и које само породица разуме. У школи оно брзо учи покрете средине. Глува деца глувих родитеља приликом доласка у школу су социјално комуникативно развијенија од глуве деце родитеља који чују, јер су путем геста развили способност споразумевања. (*Димић, 1996)*

Глуви родитељи глуве деце могу пружити значајан увид чујућим родитељима и терапеутима у погледу оптималних стратегија комуникације са глувом децом. Многа глува деца која су рођена у породицама чујућих родитеља, прилику да науче знаковни језик добијају тек на почетку школовања, у школама за децу оштећеног слуха, а примаран лингвистички модел им пружа наставник. Неки родитељи желе да усаврше свој знаковни језик па похађају курсеве да би побољшали флуентност. Други науче само неке основне гестове да би обезбедили функционални ниво комуникације. Знаковни језик може да постане дететов примарни језик без обзира на то да ли га његови родитељи користе,

када оно дође у свакодневну интеракцију са наставником који комуницира путем знаковног језика, и који добија значајну улогу модела у дететовом језичком развоју.

Становиште да учионица представља добро окружење за развој језика има разумљив теоријски значај. Без обзира што учење другог језика кроз комуникацију са наставницима или вршњацима није неуобичајено у САД (пример имиграната са шпанског говорног подручја), није чест случај да деца уче примарни, матерњи језик у школи уз помоћ наставника, као што се дешава код глувих. Док се истраживања заснована на лингвистичким студијама фокусирају на глуву децу која усвајају знаковни језик у окружењу које га користи, малобројна су истраживања која се баве развојем знаковног језика код глуве деце чујућих родитеља у социјалном контексту учионице. Полазак у школу представља значајну промену за свако дете. Постоје одређене разлике у начину комуникације код куће и у школи. Резултати истраживања која су се бавила овом темом су указали да се деца чији родитељи користе „школску" терминологију и начин конверзације код куће лакше прилагођавају на начин комуникације који преовладава у школи у односу на децу чији родитељи то не раде. Овакав стил комуникације подразумева постављање питања детету, стварање навике да у једном моменту прича само један од чланова породице, а остали слушају, коришћење деконтекстуализованог говора и учествовање у литерарним активностима породице. Док многа деца искусе изазове прилагођавања на овакав начин комуникације, деца која су на ово навикла код куће већ имају искуство и научила су да уче. Овакво искуство ће допринети бољем разумевању школског градива и бољем разумевању са школским особљем. У овом контексту, глува деца глувих родитеља би се могла окарактерисати као деца која имају искуство у учењу и која су у позицији да се успешно прилагоде на захтеве школе. Наравно, све ово претпоставља наставника који уме да на прави начин пренесе знање ученицима.

ИНТЕРАКЦИЈА ИЗМЕЂУ НАСТАВНИКА, ИНТЕРПРЕТАТОРА ЗНАКОВНОГ ЈЕЗИКА И УЧЕНИКА У ИНКЛУЗИВНИМ ОДЕЉЕЊИМА

Велики број глувих и наглувих ученика укључено је у редовни школски систем, заједно са чујућом децом. Глуви и наглуви ђаци који похађају редовне школе у САД имају подршку интерпретатора за знаковни језик, као и техничку помоћ која им је неопходна. Теоријски, примарна улога интерпретатора је да преводи све што је речено

на часу од стране наставника или других ђака, као и глувог ученика. У пракси је ипак другачије; интерпретатор је тај који одлучује шта ће бити преведено у процесу наставе. Селекција, прескакање и полупревођење се догађа најчешће због брзине спонтаног говора и немогућности интерпретатора да обухвати преводом све речено. Такође, интерпретатори се често не задовољавају само улогом преводиоца; они се труде да исказе наставника поједноставе и приближе детету, понове превод уколико оцене да је потребно, као и да скрећу пажњу ученику на понашање. Једном речју, поред превођења говора, интерпретатори представљају подршку ученику у свим школским активностима и ситуацијама. Међутим, забрињава податак да велики број интерпретатора нема флуентну продукцију знаковног језика, као ни довољно образовање за рад са децом. С обзиром да најфлуентнији чујући говорници знаковног језика потичу из породица глувих, и углавном немају образовање из области рада са ученицима, а да стручњаци из области рада са глувом децом понекада немају довољно искуства у комуникацији знаковним језиком, овај проблем захтева озбиљан приступ и осмишљено решавање, јер би у супротном школовање глуве деце у инклузивним условима могло значајно успорити њихов напредак. *(Singleton, Morgan, 2006)*

УТИЦАЈ ЗНАКОВНОГ ЈЕЗИКА НА УЧЕЊЕ ЧИТАЊА И ПИСАЊА

Три теоријска приступа се наводе у литератури када је реч о могућим интеракцијама између знаковног језика и учење читања и писања.

1) *Теорија интерференције* заступа став о негативном утицају знаковног језика на усвајање вештина читања и писања.
2) *Теорија двоструког дисконтинуитета* негира постојање било каквог директног утицаја знаковног језика на писани.
3) *Теорија позитивног утицаја* знаковног језика на учење читања и писања (утицај се остварује путем лингвистичког трансфера и/или индиректног трансфера на металингвистичком нивоу).

Теорија интерференције

Претпоставка о негативном утицају знаковног језика на усвајање вештина читања и писања је базирана на резултатима студија фрекфентности и карактеристика грешака у писаном изражавању глувих особа. Претпоставља се да су неки обрасци грешка који се често поја-

вљују у писаном говору глувих, као што је, нпр. погрешан ред речи, последица утицаја синтаксичких структура знаковног језика на писани израз.

Теорија двоструког дисконтинуитета

Претпоставка о одсуству директног утицаја знаковног језика на усвајање вештина читања и писања потиче од Мајера (Mayer, 1999), који је, на основу проучавања глуве деце и глувих адолесцената који користе знаковни језик, као и писани израз, закључио да су лингвистичке структуре знаковног и говорног језика превише различите да би био могућ њихов директан трансфер из једног у други језик. Према томе, трансфер је генерално могућ између говорног и писаног облика изражавања, али с обзиром на специфичности знаковног језика, то није могуће из следећих разлога:

1) Не постоји стандардизован писани облик знаковног језика;
2) Већина глувих нису флуентни у говорном изражавању, што им отежава и писано изражавање.

Мајер се залаже за промоцију знаковног језика којим ће се репрезентовати структуре говорног језика кроз гест; ово може представљати едукативно средство које би помогло ђацима да успоставе везу између знаковног и говорног језика. На тај начин би се омогућило глувим ученицима да „мисле на говорном језику“, што је од великог значаја за учење читања и писања. Ова теорија је претрпела бројне критике, углавном због мањка емпиријске потврде.

Теорија позитивног утицаја

Многи аутори су тврдили и покушавали да емпиријски докажу позитиван утицај знаковног језика на усвајање вештина читања и писања. Ова теорија се заснива на претпоставци да су стечене академске и језичке вештине универзалне, без обзира на то који је језик и облик изражавања у питању, и као такве могу само олакшати учење било ког другог језика. Другим речима, што је боље савладан матерњи језик, то ће лакше бити и усвајање било ког другог језика. Овај принцип важи и у случају знаковног и писаног изражавања. Бројни аутори су претпоставили да рано излагање знаковном језику има позитиван утицај на усвајање вештина читања и писања. Полази се од става да владање знаковним језиком има важну улогу у лингвистичком и академском развоју детета, с обзиром да глува деца не могу у потпуности овладати говором, што им ограничава могућност учења и социјалних

интеракција. Затим, контакт са поезијом и прозом знаковног језика представља добар основ за приступ литератури говорног језика. Наглашава се и да добро познавање матерњег језика омогућава развој металингвистичких вештина, које могу знатно олакшати учење других језика и поређење њихових структура. Металингвистички развој такође представља значајан фактор у успешном савладавању читања и писања.

Увид у ове три теорије открива нам да се оне не разликују само у погледу на природу интеракције знаковног и писаног језика, већ и у односу на лингвистичке нивое и појаве које посматрају. Тако се теорија интерференције заснива на фрекфенцији и природи грешака на синтаксичком нивоу (ред речи, конституенти синтаксе), теорија позитивног утицаја на аспектима знаковног и писаног језика на лексичком нивоу (спеловање и дактилологија), као и на наративном нивоу (основе излагања). Теорија о одсуству директног утицаја знаковног језика на усвајање вештина читања и писања не покушава да негира корист од знаковног језика на когнитивном или академском нивоу, већ само одбацује могућност директног лингвистичког трансфера. *(Plaza-Pust, Morales-López, 2008)*

„МИТОВИ“ О ЗНАКОВНОМ ЈЕЗИКУ

Постоје бројна погрешна уверења у вези комуникације знаковним језиком која су дуговечна и раширена у толикој мери да добијају статус мита.

Мит 1: Знаковни језик је један и универзалан

Не постоји један знаковни језик којим је могуће споразумети се широм света. Присутан је велики број знаковних језика који се развијају независно једни од других, и који се у великој мери разликују. Баш као што се и говорни језици разликују у погледу вокабулара, граматичких правила и синтаксичких односа, знаковни језици се разликују на основу истих параметара. На пример, знаковни језици који се користе у Америци (АСЛ) и у Великој Британији (БСЛ) се значајно разликују, иако је заједнички говорни језик становника обе територије енглески. Није познат тачан број знаковних језика који тренутно егзистирају, али се претпоставља да је реч о неколико стотина језика.

Мит 2: Знаковни језици се своде на гестовно опонашања појава и слични су мимици

Знаковни језици имају сложену композитну структуру у којој јединице нижег реда својим комбиновањем образују јединице вишег реда– оваква структура је карактеристична за све лингвистичке нивое (фонолошки, морфолошки, синтаксички, дискурсни). Може се учинити непримереним коришћење термина „фонологија" у овом контексту, из разлога што се знаковни језик не заснова на употреби гласова; ипак, чињеница је да се при гестикулирању испољавају систематске варијације у форми које немају утицај на семантику исказа. Другим речима, евидентан је саставни део структуре знаковног језика који се налази испод нивоа морфеме, који представља пандан фонолошкој структури говорог језика. Овако комплексни и хијерархијски устројени нивои структуре нису карактеристични за пантомиму. Пантомима се значајно разликује од знаковног језика; на пример, пантомима је увек транспарентна и иконична, за разлику од гестова који могу бити неиконични и конвенционални. Простор у којем се артикулишу гестови је ограниченији од простора који се користи за пантомиму– пантомима може да се изводи покретима који укључују цело тело, док је простор за гестикулирање ограничен на горњу половину тела говорника. Затим, способност гестикулирања и способност извођења пантомиме могу бити у различитој мери нарушене у случају трауматских повреда мозга, што говори о различитим неуролошким системима који су задужени за њих.

Често се погрешно мисли да је знаковни језик само говорни језик исказан рукама. Сваки знаковни језик има специфичну граматику, која се веома разликује од граматике говорног језика о коме је реч. Колико је познато, не постоји такав знаковни језик који представља само трансформацију говорног језика на мануелни код. Чињеница је да су конструисани разни системи који се користе у едукативне сврхе који служе мануелном кодирању усменог говора, али они немају статус самосталног језика и не настају спонтано.

Мит 3. Знаковним језиком се не могу изразити комплексна и пренесена значења

Напротив, знаковни језик располаже истом снагом експресије којом располажу и говорни језици. Знаковним језиком је могуће изразити комплексне концепте подједнако јасно и детаљно као и говорним језиком. Овај мит вероватно потиче из погрешног уверења да су зна-

ковни језици примитивне творевине. Оваква карактеризација је често коришћена у циљу потцењивања читавих заједница које се служе знаковним језицима, заједница глувих. Перцепција знаковног језика укључује многе визуелно-спацијалне процесе, као што су: препознавање облика шаке, дискриминација покрета, идентификација фацијалне експресије, уочавање лингвистички релевантних спацијалних контраста. Продукција знаковног језика такође подразумева визуелно-спацијалне процесе који су у вези са моториком, спацијалном меморијом и интеграцијом менталних слика са гестикулационим простором. *(Emmorey, 2002)*

ДРУШТВЕНИ И ИНДИВИДУАЛНИ БИЛИНГВИЗАМ У СВЕТУ ГЛУВИХ

„Билингвизам (двојезичност) представља способност појединца, групе или народа да у говору употребљавају два језика, без веће видљиве склоности за један од њих. Постоје различите врсте билингвизма. Рани билингвизам је усвајање оба језика до четврте године, а касни билингвизам усвајање другог језика после четврте године живота. Симетрични билингвизам означава подједнако познавање оба језика, док асиметрични означава слабије познавање другог језика (пасивни билингвизам и нерецептивни билингвизам). Социјални или друштвени билингвизам обухвата неку друштвену групу на одређеном простору, а индивидуални билингвизам представља појединачне и изоловане појаве“. *(Дефектолошки лексикон, 1999)*

Колико је познато, никада није постојало ни једно друштво у којем су сви његови чланови били глуви. Стога, нерална су очекивања да је могуће пронаћи случај територијалног унилингвизма у којем глуви којима је знаковни језик матерњи и који искључиво њиме комуницирају живе одвојено од чујућих којима је матерњи неки други језик. Вероватно најближи територијалном унилингвизму глувих су случајеви у којим, у оквиру одређеног друштва, сви умеју да користе знаковни језик. Три таква случаја се помињу у литератури, и то су: острво Мартини Виногради у Америци, село Јукатек-Мајан у Мексику и Деса-Колок на Балију у Индонезији. Специфичност ових насеља представља то што је, због великог броја глувих, знаковни језик прихваћен као равноправан начин комуникације и међу глувим и међу чујућим члановима. Нема података да је постојала икаква подела на мањинско и већинско становништво на основу слушног статуса; самим тим, није било потребе ни за издвајањем заједнице глувих. Чујући, који су комуницирали говорним језиком и који су гестикулирали са различитим степеном флуент-

ности, једноставно су постали билингвални јер је то било потребно и корисно. Иако се не може рећи да је у оваквим заједницама на снази била политика језичког билингвизма, очигледно је да су људи постајали билингвални јер је постојала потреба за тим.

Нису сви људи који гестикулирају или који комуницирају путем неког од мануелних система билингвали. На пример, они који примарно користе неки од кодова говорног језика за комуникацију, а читају и пишу користећи лингвистички систем говорног језика нису билингвали, већ монолингвали. Овој групи могу припадати и глуви који су изгубили слух након усвајања говорног језика, и који користе знаковне кодове тог говорног језика. Неки глуви за комуникацију користе систем под називом „кјуд-спич", који се разликује за сваки говорни језик. Кјуд-спич представља покушај решења проблема који се огледа у чињеници да је мали број гласова говора могуће јасно препознати на уснама и лицу говорника. Кјуд-спич надокнађује невидљиве информације из говорног сигнала коришћењем карактеристичних облика шаке и усана, у циљу визуелног представљања гласова. Кјуд-спич варијанте говорних језика нису посебни језици, већ само служе олакшавању комуникације људи оштећеног слуха. Неки глуви не користе знаковни језик, већ само кјуд-спич, и они се не могу назвати билингвалима, с обзиром да комуницирају коришћењем специфичног облика говорног језика, а не другим језиком. Такође, постоје и многи случајеви људи којима је присутно оштећење погрешно дијагностификовано, и који никада нису били у контакту са знаковним језиком. Људи који су знаковни језик усвојили као матерњи у каснијим годинама живота, и који не познају ни један други језик ни у једном облику, не могу се сматрати билингвалима. *(Апп, 2006)*

Познато је да постоје одређена правила која је потребно поштовати да би се избегле тешкоће у учењу два језика код деце у раном узрасту.

1. На првом месту, принцип „једна особа-један језик" мора бити поштован: сваки учесник у комуникацији са дететом мора бити доследан и користити само један језик, и избегавати пребацивање са једног језика на други. Такође, излагање детета различитим језицима мора бити добро балансирано.
2. У каснијим стадијумима усвајања језика, детету треба пружити прилику да комуницира са што више особа; на почетку је довољно да један одрасли комуницира са дететом на само једном језику, али касније дете има потребу да тим језиком комуницира и са другим људима и да искуси сличне контексте на оба језика.
3. Дете треба мотивисати да користи оба језика и да доживи окружење и ситуације у којима је неопходно да их користи да би га

разумели. Неки од ових принципа се примењују и у настави страног језика за најмлађе ученике. У случајевима секвенционалног билингвизма, судећи по теорији позитивног утицаја, знање првог, матерњег језика ће позитивно утицати на учење другог језика.

Наведена правила је важно поштовати у следећим случајевима: код чујуће деце која уче два говорна језика, код чујуће деце која уче знаковни и говорни језик, и код глуве деце која уче два знаковна језика. Међутим, код глуве деце која уче знаковни и говорни језик, постоји велика разлика: никада неће бити случајева симултаног билингвизма. Два језичка кода (знаковни и говорни) нису једнака за ову децу: док знаковни језик усвајају природно и спонтано, учење говора је дуготрајно и напорно. Такође, учење знаковног и говорног језика никада неће тећи истовремено. Теоријски, усвајању говорног језика нужно претходи усвајање знаковног језика. Приликом учења глуве деце знаковном и говорном језику, најважније је обезбедити окружење и ситуације које су довољно стимулативне да мотивишу дете да комуницира коришћењем оба језика. Једна од базичних претпоставки билингвалног развоја глуве деце је да им је неопходно пружити могућност да интерактивно комуницирају и са вршњацима и са одраслима, и са чујућима и са глувима, и на знаковном и на говорном језику. Треба имати на уму да језик има свој говорни, писани и знаковни израз, и те изразе треба користити и заједно и појединачно.*(Ardito, Caselli, Vecchietti, Volterra, 2008)*

НОВИЈА ИСТРАЖИВАЊА О ЗНАКОВНОМ ЈЕЗИКУ

Клатер-Фолмер (2006) је испитивала знаковни и говорни језички развој две глуве девојчице и четири глува дечака. На почетку лонгитудиналног истраживања, просечан узраст деце је био 3,5 година. Сви подаци су прикупљени снимањем конверзација између глуве деце и одраслих (чујућих и глувих). Испитивано је лексичко богатство и синтаксичка комплексност дечјих исказа на знаковном и говорном језику, као и који је језик доминантан, и колико дете учествује у комуникацији. Резултати истраживања су показали да се лексикон и комплексност исказа богате са порастом узраста деце, као и дечје учешће у комуникацији. Значајано је да је синтаксичка комплексност највиша у исказима који су продуковани коришћењем оба језика, и знаковног и говорног. Знаковни језик нема велики утицај на лексикон и комплексност исказа, али је доминантнији у свакодневној употреби. *(Klatter-Folmer, 2006)*

Истраживачи америчког колеџа у Мериленду (2006) су испитивали појаву смеха у конверзацији која се одвија путем знаковног језика; када се смех јавља симултано са гестикулирањем или када прекида гестикулирање, као што се дешава при говору. Анализирано је 11 конверзација (које су укључивале од 2 до 5 учесника) које су имале најмање једном испољен чујан смех. Смех се дешавао 2,7 пута чешће током пауза у говору и н крају реченице у односу на смејање током гестикулирања. Аутори на основу овога закључују да продукција смеха приликом гестикулирања ангажује когнитивне процесе вишег реда, што није увек случај када је у питању говорни израз. Резултати анализа других варијабли указују да је социјална динамика глувих и чујућих особа слична, да се говорници знаковног језика смеју чешће од публике, као и да се жене смеју чешће од мушкараца. *(Provine, Emmorey*, 2006)

Димић и Исаковић (2008) су истраживале успешност при одговарању на питања, као и постављање питања на задате одговоре код ученика оштећеног слуха у оквиру говорног, писаног и знаковног изражавања. Истраживање је обављено на узорку од 40 глувих и наглувих ученика оба пола, узраста од петог до осмог разреда. Резултати истраживања указују да глуви и наглуви ученици најбоље резултате остварују у оквиру знаковног израза, затим следи говорни, док се најслабија постигнућа уочавају у оквиру писаног. Бољи резултати, у оквиру сва три облика изражавања, остварени су при одговарању на питања. Такође, уочено је да узраст ученика корелира једино са постигнућима оствареним у оквиру знаковног језика и то при постављању питања. (*Димић, Исаковић*, 2008)

Истербрукс и Хјустон (2008) су истраживали флуентност читања путем знаковног језика (превођење писаног говора у знаковни) код деце оштећеног слуха чији примарни начин комуникације укључује неку форму гестовног израза. Поређење резултата мерења флуентности са резултатима које су остварили приликом испитивања вокабулара 29 средњошколаца који похађају школу за глуве је показало да флуентност у читању путем знаковног језика високо корелира са разумевањем речи и мисаоних целина у тексту. *(Easterbrooks, Huston*, 2008)

Толар, Ледербер и Гокхол (2008) су истраживали развој способности препознавања значења иконичких знакова код чујуће деце. Узорак истраживања је чинило 66 деце узраста 2,5-5 година, која немају искуство у коришћењу геста. Од њих је тражено да упарују показане иконичне знакове са одговарајућим понуђеним сликама. Иако је свега неколико испитаника узраста 2,5 година доследно препознавало значење показаних гестова, више од половине трогодишњака, и већина троипогодишњака су имали постигнућа изнад очекиваних. Аутор закључује да је

узраст пресудан фактор у развоју способности препознавања значења иконичних знакова, и сугерише значај ових резултата за проучавање развоја знаковног језика код глуве деце, конструисање тестова за утврђивање рецептивног знаковног вокабулара, као и развој способности интерпретирања иконичних знакова. *(Tolar, Lederberg, Gokhale*, 2008)

Половина и Димић (2009) су истраживале граматичке категорије у српском знаковном језику. На основу елицитације одређених типова реченица код изворних говорника знаковног језика, утврђено је да у овом језику постоји низ морфолошких и синтаксичких граматичких категорија. Морфолошке граматичке категорије се највише испољавају кроз глаголски аспект, и то референцијалну позицију, дистрибутивни, перфективни вид и назнаке класификаторских облика глагола, док се категорије врста речи и синтаксичких обележја просте реченице могу граматички одредити дистрибутивним или синтаксичким правилима. Показало се да је редослед речи најважнији за утврђивање синтаксичких односа у реченици, али се он као обавезан испољава у случајевима када може доћи до структурне хомонимије. Аутори закључују да се семантика лексема и прагматички ситуациони аспект морају узети у обзир приликом утврђивања основних граматичких обележја српског знаковног језика. *(Половина, Димић, 2009)*

Група аутора (2009) је испитивала утицај фонологије и иконичности знаковног језика на разумевање перципиране поруке код глуве деце. Улога ових карактеристика геста је испитивана уз помоћ експерименталних гестовно-сликовних парова. Задатак испитаника је био да упаре показане знакове са сликама које сматрају да ти знакови представљају, управљајући се према фонолошким (облик шаке, покрет и локација) и иконичним карактеристикама знака. Резултати показују да је код фонолошки сличних парова гестова потребан дужи период за одговор и да се ту јавља више грешака, него код иконичних гестовних парова. Резултати показују и да су глува деца способна за груписање гестова према одређеним својствима, као и да је иконичност особина која у великој мери олакшава деци усвајање нових гестова. (*Ormel, Hermans, Knoors, Verhoeven*, 2009)

Улога визуелног фидбека током продукције знаковног језика је испитивана од стране америчких аутора (2009). Поређено је трајање пауза приликом гестикулирања између речи у конверзацији и наративним монолозима код особа са очуваним видом, особа са оштећеним периферни видом као последицом Ашеровог синдрома и функционално слепим особама. Саговорници у свим групама су били глуви очуваног вида. Особе са оштећеним пеиферним видом су гестикулирале углавном у простору који се налази близу лица, за разлику од

особа са очуваним видом и слепих, који се нису међусобно значајно разликовали у овом погледу. Сви испитаници оштећеног вида су правили мање паузе приликом гестикулирања када је у питању конверзација, у односу на монолошко излагање, али је могуће да су то чинили из различитих разлога. Особе са оштећеним периферним видом су у стању да подесе простор у којем гестикулирају према саговорнику, за разлику од слепих који то не могу, већ побољшавају проприоцептивни фидбек продуковањем гестова унутар већег простора када су у питању монолози, који не захтевају прелазак са тактилног на визуелно гестикулирање. Аутори закључују да говорници користе визуелни фидбек да би регулисали димензије простора за гестикулирање. *(Emmorey, Korpics, Petronio, 2009)*

Ринолди (2009) је ипитивао језички развој код глувих предшколаца у Италији, који имају чујуће родитеље. Један од параметара који су узети у разматрање је било и формално језичко искуство испитаника (време које је прошло од почетка амплификације и третмана), као и различите методе рехабилитације говора. Двадесеторо глуве деце је упарено са 20 чујућих предшколаца по критеријуму узраста, и са других 20 чујућих по критеријуму језичког искуства. Глува деца су показала значајно заостајање и у погледу вокабулара, и у погледу граматичког развоја у поређењу са чујућим вршњацима, али су били подједнако успешни као и чујућа деца са истим језичким искуством. Заостајање у лингвистичком развоју глуве деце у односу на чујуће вршњаке аутор објашњава краћим формалним језичким искуством, а не искључиво последицом оштећења слуха. Глува деца која су изложена и говорном и знаковном језику имају боље разумевање и језичку продукцију него деца која су у контакту искључиво са усменим говором. Препорука аутора истраживања је да се закључци о језичком развоју глуве деце доносе на основу њиховог језичког искуства, као и когнитивног и комуникационог потенцијала. *(Rinaldi, 2009)*

Ковачевић, Исаковић и Димић (2010) су испитивале језичке специфичности говорног и знаковног израза код глуве и наглуве деце предшколског узраста. Узорак је чинило 10 деце која похађају предшколске групе у школама за глуву и наглуву децу у Београду. Инструменти коришћени у овом истраживању су: Тест за испитивање лексичке спремности (Димитријевић, Ђорђевић) и стимуланс слика под називом Пролеће. Добијени резултати указују да развијеност знаковног језичког израза утиче на развијеност говорног израза. У оквиру лексичке спремности, обима вокабулара и усвојености реченице уочена је дефицитраност, како у говорном, тако и у знаковном језичком изразу. *(Ковачевић, Исаковић, Димић, 2010)*

Група аутора са Галаудет колеџа (2010) је истраживала утицај узраста, кохлеарне имплантације, слушног статуса родитеља и употребе знаковног говора у кући на избор говорног или знаковног језика код деце са врло тешким оштећењем слуха. Узорак је чинило 8325 глувих ученика. Резултати указују да је кохлеарна имплантација пресудан фактор који одређује начин комуникације код глуве деце, и да деца која су имплантирана не користе знаковни језик. Употреба знаковног језика у кућним условима у значајној мери утиче на избор знаковног језика као основног средства комуникације код глувих ученика. (*Allen, Anderson*, 2010)

Ковачевић и Исаковић (2010) су испитивале степен разумевања обрађене бајке „Успавана лепотица", у оквиру употребе знаковног језика и писане и вербалне продукције, код глувих и наглувих ученика VII и VIII разреда. Након прочитане бајке, објашњења непознатих речи и њене обраде путем знаковног језика ученици су имали задатак да препричају бајку уз помоћ слика. Боље разумевање фабуле и поступака ликова је уочено у оквиру препричавања бајке путем знаковног језика. Такође, ученици су употребили већи број реченица у оквиру знаковног језика, него у оквиру писане и вербалне продукције. Реченице исказане путем знаковног језика су биле повезаније. Писани израз глувих и наглувих ученика је врло компликован за анализу, аграматичан и језички сиромашан. Тешкоће настају и приликом разграничавања реалног од фантастичног. *(Ковачевић, Исаковић, 2010)*

ЗАКЉУЧАК

Највећи проблем глувих особа не представља непосредна немогућност слушања, већ социјална изолација која је последица оштећења слуха. Знање и свест глувих људи о ширем друштвеном окружењу су ограничени, јер чујућима представља велики проблем да са њима комуницирају. Чак и ако глува особа користи знаковни језик, само мали број чујућих може са њом да се споразумева без потешкоћа. Тешкоће у комуникацији, удружене са недовољним познавањем проблема глувоће, као и предрасудама о глувима, веома су раширене у свету чујућих, и проузрокују велике проблеме у свим аспектима живота глуве особе: едукацији, запослењу, комуникацији, поштовању људских права...

Знаковни језик представља основни начин комуникације глувих особа широм света. Од момента када су знаковни језици прихваћени као природни људски језици почињу бројна истраживања на ту тему. Знаковни језици су веома значајни за испитивање природе

људских језика, повезаности између језика и когниције, као и неуролошке организације говорних зона мозга. Вредност знаковних језика се огледа у њиховој модалности. Посебност знаковног језика представља чињеница да његова перцепција зависи од визуелне способности саговорника, а продукција захтева интеграцију моторичких система који укључују лице и руке. Глуви знаковни језик сматрају матерњим, равноправним језиком, а не заменом за говорни језик одређене средине, и често наглашавају да знаковни језик представља део њиховог културалног идентитета. Знаковни системи се понекада развијају и у оквиру породице. На пример, када чујући родитељ који не користи знаковни језик добије глуво дете, базични систем знаковне комуникације ће се код детета спонтано развити, осим уколико не буде потискиван од стране родитеља. Овакав, *sui generis* знаковни језик се често назива кућним гестом. У погледу лингвистике, знаковни језици су подједнако богати и комплексни као и говорни језици. Они имају сопствену сложену граматику, и помоћу њих се може дискутовати на различите теме, од конкретних и приземних до сложених и апстрактних. Говорни језици су линеарни, само један звук може бити произведен и перципиран у једном тренутку. Знаковни језици су, насупрот томе, визуелни; омогућавају представљање и перцепцију читавог појма у истом тренутку. Знаковни језици углавном немају писани облик. У земљама са добро организованом рехабилитацијом и едукацијом глувих многи глуви умеју да читају и пишу писмом говорног језика средине, на нивоу који им омогућава функционалну писменост, или и више од тога. Сматра се да тренутно у свету егзистира више стотина знаковних језика, од којих је мањи број стандардизованих, што је циљ којем се тежи и када је у питању српски знаковни језик.

ЛИТЕРАТУРА

1. Albrecht G.L (2006): "Encyclopedia of disability"; *Sage publications*, USA.
2. Allen E. T, Anderson L. M. *(2010)*: „Deaf Students and Their Classroom Communication: An Evaluation of Higher Order Categorical Interactions Among School and Background Characteristics"; *The Journal of Deaf Studies and Deaf Education, Oxford.*
3. Ann J. (2006): „Bilingualism and language contact"; *Oxford University Press*.
4. Ardito B, Caselli M.C, Vecchietti A, Volterra V. (2008): „Deaf and hearing children Reading together in preschool"; *John Benjamins Publishing Company*, Amsterdam / Philadelphia.
5. Baker A, Woll B. (2008): „Sign Language Acquisition"; *John Benjamins Publishing Company,* Amsterdam / Philadelphia.
6. „Дефектолошки лексикон"; (1999), Завод за уџбенике и наставна средства, Београд.
7. Димић Н. (1996): „Методика артикулације"; *ДФ Београд*, Србија.
8. Димић Н, Исаковић Љ. *(*2008*): „Специфичност одговарања на питања и постављање питања код глуве и наглуве деце у говорном, писаном и знаковном изразу"; У сусрет инклузији-дилеме у теорији и пракси,* Универзитет у Београду, Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију, Издавачки центар, Београд, 363-384.
9. Димић Н, Половина В, Кашић З. (1/2009): „ О српском знаковном језику"; *Београдска дефектолошка школа*, Београд, 1-28 .
10. Easterbrooks R. S , Huston G. S (*2008)*: „The Signed Reading Fluency of Students Who Are Deaf/Hard of Hearing"; *The Journal of Deaf Studies and Deaf Education, Oxford.*
11. Emmorey K. (2002): „Language, Cognition, and the Brain: Insights From Sign Language Research"; *Lawrence Erlbaum Associates*, New Jersey– London.
12. Emmorey K, Korpics F, Petronio K. (*2009)*: „The Use of Visual Feedback During Signing: Evidence From Signers With Impaired Vision"; *The Journal of Deaf Studies and Deaf Education, Oxford.*
13. Klatter-Folmer J. (*2006):* „Language Development in Deaf Children's Interactions WithDeaf and Hearing Adults: A Dutch Longitudinal Study"; *The Journal of Deaf Studies and Deaf Education, Oxford.*
14. Ковачевић Т, Исаковић Љ, Димић Н. (2010): *„Језичке специфичности говорног и знаковног израза код глуве и наглуве деце предшколског узраста"; Зборник резимеа, Дани дефектолога Србије,* Златибор,15-16.
15. Ковачевић Т, Исаковић Љ. (2010): „Разумевање бајке на основу употребе знаковног језика и вербалне и писане продукције"; *Сметње и поремећаји: феноменологија, превенција и третман, I део*, Универзитет у Београду, Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију, Београд, 269-281.
16. Marschark M, Schick B, Spencer P. E. (2006): "Understanding Sign Language Development of Deaf Children"; *Oxford University Press*.

17. Marschark M, Spencer P. E. (2005): „Sign language: Interpreting a nd Interpreter Education“; *Oxford University Press*.
18. Metzger M. (2005): „Interpreted Discourse: Learning and Recognizing What Interpreters Do in Interaction“; *Gallaudet University Press,* Washington, D.C.
19. Обрадовић Васо, Димић, Надежда, Бановић, Милена (2010): *„Статус знаковног језика и потребе глувих Србије“;* Београдска дефектолошка школа, ДДС и ФАСПЕР, Београд,1, 95 – 118.
20. Ormel E, Hermans D, Knoors H, Verhoeven L. *(2009)*: „The Role of Sign Phonology and Iconicity During Sign Processing: The Case of Deaf Children“; *The Journal of Deaf Studies and Deaf Education, Oxford.*
21. Perniss P, Pfau R, Steinbach M. (2007):„Can't you see the difference? Sources of variation in sign language structure“; *Mouton de Gruyter*, Berlin · New York.
22. Plaza-Pust C, Morales-López E. (2008): „Sign Bilingualism. Language development, interaction, and maintenance in sign language contact situations“; *John Benjamins Publishing Company,* Amsterdam / Philadelphia.
23. Половина В, Димић Н. (2009): „Граматичке категорије у српском знаковном језику“; *Истраживања у специјалној едукацији и рахабилитацији*, Универзитет у Београду, Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију, 299-312.
24. Половина В, Димић Н. (2010): „Семантички односи у српском знаковном језику“, *Истраживања у специјалној едукацији и рахабилитацији*“; Универзитет у Београду, Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију, 241-258.
25. Provine R. R, Emmorey K. *(2006)*: „Laughter Among Deaf Signers“; *The Journal of Deaf Studies and Deaf Education, Oxford.*
26. Rinaldi P. *(2009)*: „Lexical and Grammatical Abilities in Deaf Italian Preschoolers: The Role of Duration of Formal Language Experience“; *The Journal of Deaf Studies and Deaf Education, Oxford.*
27. Spencer P. E, Harris M. (2006): "Patterns and Effects of Language Input to Deaf Infants and Toddlers From Deaf and Hearing Mothers"; *Oxford University Press*.
28. Singleton L. J, Morgan D. D. (2006): „Natural Signed Language Acquisition Within the Social Context of the Classroom“; *Oxford University Press*.
29. Sutton-Spence R, Ladd P, Rudd G. (2005): „Analysing Sign Language Poetry“; *Palgrave MacMillan*, New York.
30. Tolar D. T, Lederberg R, A, Gokhale S. *(2008)*: „The Development of the Ability to Recognize the Meaning of Iconic Signs“; *The Journal of Deaf Studies and Deaf Education, Oxford.*
31. Van Herreweghem M. (2005): „Teaching Turn-Taking and Turn-Yielding in Meetings with Deaf and Hearing Participants“; *Gallaudet University Press*, Washington, D.C.

SIGN LANGUAGE – THE BASIC WAY OF COMMUNICATION FOR THE DEAF

NADEŽDA D. DIMIĆ[1], MIA ŠEŠUM[2]
[1]Faculty of Special Education and Rehabilitation, Belgrade
[2]Laboratory for Forensic Phonetic, MUP RS, Belgrade

SUMMARY

Sign languages are natural, living languages, used by Deaf communities around the world. They are not mere collections of gestures and they are not universal. They are full languages, independent of the spoken languages used by the hearing society surrounding them. Signed and spoken languages are produced and perceived in radically different ways. While spoken languages are produced by the vocal tract and perceived by the auditory channel, signed languages are produced by the hands, but also other non-manual articulators like the head, face, and body, and are perceived visually. It is a commonly held belief that sign languages are simply some form of 'spoken language on the hands' but, in fact, sign language vocabularies and grammars are very different from those of spoken languages. Signers who know one sign language find it hard under normal conversational circumstances to understand the signer of another, as each sign language has a vocabulary and cultural heritage specific to its national Deaf community.

KEY WORDS: sign language, communication, Deaf communities

Београдска дефектолошка школа
Вол. 17 (1), бр. 49, 43-55, 2011.

УДК 376.33
Примљено: 30.1.2011.
Оригинални научни чланак

КАРАКТЕРИСТИКЕ ПИСАЊА КОД ГЛУВЕ И НАГЛУВЕ ДЕЦЕ У ОСНОВНОЈ ШКОЛИ*

***Надежда Димић*[1], *Мирела Кљаић*[2]**
[1]Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију, Београд
[2]Школа "Јован Поповић, Нови Сад

Писани говор има непроцењиву вредност у животу савременог човека. Због комуникационе баријере која прати глуве и наглуве особе, писање за њих добија потенцијално још значајнију улогкомуникације, средство за стицање знања, али и важан чинилац који доприноси њиховом целокупном говорно – језичком развоју.

Међутим, потенцијал писаног облика комуникације за особе са оштећеним слухом често остаје неискоришћен. Њихова говорно – језичка неразвијеност и сиромашна искуствена база одражава се и на квалитет писања. Карактеристикама писања глувих и наглувих ученика бавило се ово истраживање. Испитивали смо квалитет самосталног писаног изражавања ученика на задату тему, пратећи ниво изражавања и број употребљених речи и реченица у саставу. Занимало нас је да ли на истакнуте елементе писања утичу узраст, степен слушног оштећења, успех из српског језика и пол ученика.

Истраживање је спроведено у децембру 2010. године, на узорку од 30 ученика са оштећеним слухом, узраста од III до VIII разреда. Тестирање је вршено у Основној школи „Јован Поповић" у Новом Саду и у Школи за оштећене слухом – наглуве „Стефан Дечански", у Београду. У узорак су укључене и две девојчице које похађају наставу у редовним новосадским школама.Као инструмент истраживања коришћено је самостално писано изражавање ученика на тему „Моја породица".

Резултати истраживања су показали слаб успех глуве и наглуве деце у самосталном писаном изражавању. Њихови писани радови су сиромашни у погледу речника, обима и начина изражавања. Истраживање је показало да узраст, оцена из српског језика и пол ученика имају делимичан утицај на

* Рад из пројекта Министарства за науку и технолошки развој Р. Србије под називом "Утицај кохлеарне имплантације на едукацију глувих и наглувих особа", бр. 179055.

поједине сегменте писања. Није уочена корелација између степена оштећења слуха и квалитета писаног изражавања.

КЉУЧНЕ РЕЧИ: писање, глува и наглува деца, говорно – језички развој.

УВОД

Човек је друштвено биће и језик је оно што га одређује.

Конкретна реализација језика је говор. „Говор је језик у акцији" (Бугарски, 1995). Постоје различити аналогни облици говора као остварења језика, тако да разликујемо говорење (усмени говор), писање (писани говор) и гестикулирање (гестовни говор).

„На писму почива свеколика цивлизација на нашој планети" (Бугарски, 1995). У животу савременог човека, писани говор постаје све значајније средство образовања и облик комуникације. Без читања, међутим, писање губи свој смисао, и тек прожимањем ових елемената остварује се комуникација писаним путем и писани говор добија своју вредност. Путем писане речи људи остварују контакт са другим људима, временима и просторима, са новим идејама. Читање и писање имају велики значај у социјализацији човека, у стицању знања и у мењању и ширењу погледа на живот и свет.

Савлађивање читања и писања је темељни сегмент образовног процеса који се у великој мери одражава на читав човеков живот. Ученици који не савладају технику читања и писања не могу успешно да одговоре захтевима образовног процеса. Читање је основно средство учења, а писање пут да се научено испољи и потврди. Код деце са оштећеним слухом вредност писаних извора знања је још већа. Читање говора са усана представља велики напор и брзо доводи до психофизичког замора ученика. Решење овог проблема може да буде у коришћењу знаковног језика од стране наставника, али у већем укључивању књиге и самосталног учења у наставни процес. Писана реч има низ предности. Она се боље види, може да се рашчлани, можемо јој посветити више времена и враћати се на њу ради бољег разумевања њеног смисла.

Код деце са оштећеним слухом, писани говор добија посебан значај и улогу. Због проблема у слушању и изражавању усменим путем глуве особе се суочавају са комуникационом баријером. Писани говор нуди могућност за њено превазилажење чинећи важно средство комуникације, али и средство општег и језичког развоја и предуслов за успешно укључивање у друштвену средину.

Читање и писање су коришћени као средства обуке у раду са глувима још у XV веку, што је Рудолф Агрикола (1442-1485) забележио у сво-

јој књизи "De invention dialectica". Први учитељ глувих, Педро де Понс (1501-1576), своје ученике је обучавао и путем писања. Методом писања бавио се и познати италијански научник, лекар, филозоф и хуманиста Giloramo Cardano (1501-1576), који је теоријски утемељио, описао и обрадио ову методу. Он је писао о могућности да глуви "читајући чују и пишући говоре". Сматра се да је он први методичар наставе за глуве, пошто је одредио правила о методско васпитно-образовном раду са глувима преко писане методе (Димић, 1996).

Начин учења читања и писања треба да је у складу са писмом језика. Владисављевић (1986) истиче да фонемско писмо има бројне предности над нефонемским. Она, између осталог, наглашава да је учење читања код фонемског писма лакше и једноставније, да процес обучавања траје краће и за ученика представља минималан напор, као и да је сам методски поступак поједностављан.

Можемо слободно да кажемо да ово важи и за писање. Валдисављевић додаје и да је код фонемског писма знатно мањи број деце са дислексијама и дисграфијама.

Ипак, и поред ових предности, проблеми са читањем и писањем јављају се и код наше деце. Проблеми су некад у самој деци, некад у поступку обучавања, али леже и у другим факторима. Не смемо да заборавимо да су читање и писање комплексни процеси у којима учествује више церебралних функција, и који захтевају одговарајуће когнитивно и лингвистичко искуство. Димић (1997) истиче да највећи проблем у савлађивању и каснијем коришћењу читања и писања код деце са оштећеним слухом, лежи управо у њиховом недовољном искуству и лингвистичкој бази говора. Развој усменог говора и језика природно претходи учењу писања. Деца уредног слуха кроз рано детињство комуницирају са околином, слушају разне приче, размишљају о њима и код њих се лингвистичке способности развијају по аутоматизму. Деца са оштећеним слухом, међутим, савлађивањем читања и писања истовремено уче и богате језик. Уместо да усмени говор буде основа за усвајање писмености, управо путем читања и писања они развијају свој језик и говор.

Често се подразумева да је ученик савладао писање када зна сва слова, начин њиховог повезивања у речи и реченице и када поседује одговарајућу брзину писања. Међутим, ово су само спољашње особине рукописа. Поред читљивости рукописа, за преношење поруке подједнако је важно и поштовање језичких норми и правописних правила. Неправилна употреба интерпункције и великих и малих слова може значајно да деформише поруку и да доведе до губитка читљивости написаног. Ово подједнако важи и за начин изражавања и поштовање граматичких правила.

За правилно писано изражавање неопходно је богатство речника, способност да се мисли изражавају реченицама на јасан, разумљив, читак и правописно правилан начин. „Основни задатак наставе писања у основној школи је да деца науче да читко, јасно и логички пишу“ (Димић, 1996).

Истраживања која се баве проблемима читања и писања истичу као значајне проблеме питање речника и синтаксичких способности деце са оштећеним слухом. Ове компоненте имају веома важну улогу у писаном изражавању и разумевању прочитаног, а код глуве деце су, углавном, слабо развијене.

Досадашња истраживања, како домаћа тако и страна, указују на бројне потешкоће и специфичности у писаном изражавању деце са оштећеним слухом. Димић (1996) истиче да деца са оштећеним слухом доста лако савладавају писане знакове, али, иако могу да пишу читко, они пишу аграматично, споро, не увиђају односе међу реченицама, не повезују адекватно речи у реченици и реченице међусобно. Овакве грешке могу се умањити само систематским радом, упорношћу и вежбама писања.

Основа поменутих проблема лежи у говорно-језичкој неразвијености глуве и наглуве деце, што значи да рад на развоју говора и језика треба поставити као императив целокупног рехабилитационог процеса. Овоме се мора посветити пажња што раније, како би се искористила пластичност нервног система.

Континуираним радом са децом у предшколском периоду стварају се потребни услови за формирање усменог говора, утиче се на сазнајне, моторне, сензорне и остале механизме који су потребни у процесу савлађивања читања и писања. Треба првенствено радити на формирању појмова и развоју речника (макар и пасивног), али и на артикулацији, која је од великог значаја у процесу читања и писања. Правилна артикулација помаже стварању јасних представа о гласовима и омогућује контролу читања и писања. Припрема деце постиже се кроз различите игре, као и вежбе пажње, оралне праксије, дисања, перцепције, слушања, вежбе графомоторике, читања говора са усана и аналитичко-синтетичка вежбања.

Поред добре припреме у предшколском периоду, подједнако је значајно и добро планирање, организација и извођење наставе почетног читања и писања. Ово подразумева примену индивидуализације у наставном процесу, одговарајући избор наставних средстава, као и поштовање свих наставних принципа.

ЦИЉ И ЗАДАЦИ ИСТРАЖИВАЊА

Да би се искористиле све могућности и потенцијали писаног говора за особе са оштећеним слухом, потребно је изборити се са бројним проблемима на путу њиховог описмењавања. Наша основна тежња на том путу је оспособити дете за самостално, граматички исправно писано изражавање. Међутим, у писаном изражавању глувих и наглувих особа јављају се бројни проблеми и специфичности. Карактеристикама њиховог писаног изражавања бави се и ово истраживање.

На почетку истраживања постављен је **општи циљ** који гласи: испитати карактеристике писања код глуве и наглуве деце у основној школи.

На основу општег циља, постављени су **задаци истраживања**:

1. утврдити број реченица, ниво изражавања и фонд правилно употребљених речи, као и минимум и максимум употребљених речи при самосталном писаном изражавању;
2. утврдити односе између узраста ученика и нивоа изражавања и броја употребљених речи и реченица;
3. утврдити односе између степена оштећења слуха и нивоа изражавања и броја употребљених речи и реченица;
4. утврдити односе између успеха из српског језика и нивоа изражавања и броја употребљених речи и реченица;
5. утврдити односе између пола ученика и нивоа изражавања и броја употребљених речи и реченица.

УЗОРАК

Истраживање је извршено у Основној школи „Јован Поповић“ у Новом Саду, у одељењима за децу са оштећеним слухом, и у Школи за оштећене слухом – наглуве „Стефан Дечански“, у Београду. У узорак су укључене и две девојчице са оштећеним слухом из Новог Сада, које похађају наставу у редовним новосадским школама, једна у трећем, а једна у петом разреду.

Истраживањем је тестирано укупно 30 ученика од III до VIII разреда, од тога 16 дечака и 14 девојчица. Ученици су разврстани према узрасту, степену слушног оштећења и према оцени из српског језика.

МЕТОДОЛОГИЈА ИСТРАЖИВАЊА

Услови испитивања

Испитивање ученика је вршено у сваком разреду посебно. Тестирање се спроводило у току дана, у условима добре осветљености. Време за писање није било ограничено. Сваки ученик је добио припремљен празан папир и упутства за рад.

Испитивање је обављено током месеца децембра 2010. године.

Инструменти истраживања

У прикупљању релевантиних података током истраживања коришћени су одговарајући инструменти.

Као основни инструмент у испитивању карактеристика писања коришћено је самостално писано изражавање на тему „Моја породица". Праћен је фонд правилно употребљених речи, њихов минимум и максимум, као и број употребљених реченица и ниво изражавања ученика.

Подаци о стању слуха и успеху ученика из српског језика узети су из школске документације.

РЕЗУЛТАТИ ИСТРАЖИВАЊА И ДИСКУСИЈА

Током обраде података вршена је квантитативна анализа. Коришћена је аритметичка средина и процентни рачун. Добијени резултати су приказани табеларно, уз одговарајуће коментаре.

Табела бр. 1 – Писано изражавање у односу на узраст ученика

	Разред	Просечан ниво изражавања				Просечан број реченица	Просечан фонд речи
		ниво речи	проста реченица	проширена реченица	сложена реченица		
1.	Трећи	0	0,50	11,50	2,50	14,50	49,75
2.	Четврти	0	0,25	8	0	8,25	19,50
3.	Пети	0,14	0,14	5,43	3,71	9,28	45,43
4.	Шести	0	0,25	12	2,25	14,50	35,50
5.	Седми	0	0,17	13,83	1,67	15,67	45,17
6.	Осми	0	0,40	8,80	1,60	10,80	31,80
	Укупни просек	0,02	0,28	9,92	1,95	12,17	37,86

Табела бр. 1 приказује ниво изражавања и број употребљених реченица и речи у сваком разреду, као и просечан ниво изражавања и број речи и реченица у односу на укупан узорак деце.

Добијени резултати показују да су ученици при самосталном писаном изражавању у просеку употребили 12,17 реченица. Само један ученик се изразио на нивоу речи, а максималан број употребљених реченица износи 29. Број правилно употребљених речи по ученику износи 37,86, а креће се од 10 д0 131 речи у саставу. Када је у питању начин изражавања, види се да су ученици највише користили проширену реĉеницу (9,92 реченице по ученику), а много мање сложену (1,95 по ученику) и просту реченицу (0,28 по ученику).

Међу узрасним групама постоје статистички значајне разлике у односу на број употребљених речи и реченица. Кад је у питању фонд употребљених речи, међутим, није потврђено да број речи расте са узрастом ученика. Насупрот томе, број употребљених реченица током самосталног писаног изражавања се углавном повећава са узрастом. Заступљеност различитих начина изражавања је уједначено распоређена у свим узрасним групама.

Табела бр. 2 – Писано изражавање у односу на степен оштећења слуха

	Оштећење слуха	Просечан ниво изражавања				Просечан број реченица	Просечан фонд речи
		ниво речи	проста реченица	проширена реченица	сложена реченица		
1.	Умерено тешко	0	0,25	8,25	1,75	10,25	30
2.	Тешко	0	0,17	8	1,50	9,67	30
3.	Врло тешко	0,06	0,35	10,71	2,47	13,53	46,65
4.	Тотална глувоћа	0	0	9,33	1,67	11	31,33

Резултати у погледу броја употребљених речи и реченица су подједнаки код три групе оштећења слуха (умерено тешко, тешко и тотално оштећење слуха). Резултати забележени код групе ученика са врло тешким оштећењем слуха одударају од ових вредности у позитивном смислу. Резултати о начину изражавања су уједначени.

Пажњу су нам привукли бољи резултати у групи деце са врло тешким оштећењем слуха. Анализом узорка је уочено да је у ову групу деце укључено 5 ученика са кохлеарним имплантом, узраста од III до V разреда. Овај податак нас је подстакао да испитамо да ли врста ам-

пификације утиче на квалитет писаног изражавања код деце исте категорије оштећења слуха. У ту сврху смо из групе издвојили децу са кохлеарним имплантом, и децу са слушним апаратима истог узраста. Добијени резултати су приказани у Табели бр. 3.

Табела бр. 3 - Писано изражавање у односу на врсту амплификације

	Врста амплификације	Просечан ниво изражавања				Просечан број реченица	Просечан фонд речи
		ниво речи	проста реченица	проширена реченица	сложена реченица		
1.	Кохлеарни имплант	0	0,6	11,6	2,6	14,8	50,2
2.	Слушни апарат	0,25	0	5,75	3,5	9,25	46,25

Ученици са кохлеарним имплантом су показали боље резултате у броју употребљених речи и реченица у односу на децу са слушним апаратима истог узраста. Треба узети у обзир да је у питању мали узорак ученика, али овај податак је смерница за будућа већа истраживања.

Табела бр. 4 – Писано изражавање у односу на оцену из српског језика

	Оцена из српског језика	Просечан ниво изражавања				Просечан број реченица	Просечан фонд речи
		ниво речи	проста реченица	проширена реченица	сложена реченица		
1.	Одличан	0	0,21	11,21	2,21	13,63	42,63
2.	Врло добар	0,25	0,25	8,75	4,25	13,25	60,25
3.	Добар	0	0,50	5,83	0,50	6,83	18,67
4.	Довољан	0	0	8	1	9	27

Забележене су статистички значајне разлике у броју употребљених речи и реченица међу групама ученика са различитим успехом из српског језика. Уочено је да број употребљених реченица углавном расте са оценом из српског језика, док у погледу фонда употребљених речи ова правилност не постоји.

Табела бр. 5 - Писано изражавање у односу на пол ученика

	Пол ученика	Просечан ниво изражавања				Просечан број реченица	Просечан фонд речи
		ниво речи	проста реченица	проширена реченица	сложена реченица		
1.	Мушки	0,06	0,25	9,87	1,56	11,69	35,56
2.	Женски	0	0,29	9,50	2,71	12,50	44,14

У погледу броја употребљених реченица разлике међу половима нису статистички значајне, међутим, постоје значајне разлике у погледу фонда употребљених речи у корист девојчица. Код ученика оба пола су забележени подједнаки резултати у нивоу изражавања. У обе групе ученици су најчешће користили проширену, а затим сложену и просту реченицу.

ЗАКЉУЧАК

Деца са оштећеним слухом говор, читање и писање уче упоредо. Овим се процес описмењавања усложњава, тече успорено и прате га бројне потешкоће. У писаном изражавању ове деце јављају се различите граматиĉке и правописне грешке. Они нису у стању да своје мисли прихватљиво уобличе и изразе у писаној форми и њихови радови најчешће су неразумљиви читаоцу.

На основу резултата добијених истраживањем, намећу се одређени закључци.

Добијени резултати показују да су ученици при самосталном писаном изражавању у просеку употребили 12,17 реченица. Ово потврђује да су њихови писани радови на задату тему сиромашни. Иако ученици нису усмеравани, велики број радова писан је шаблонски. Ученици су често за сваког члана породице писали како се зове, колико има година и наводили су његову боју косе и очију. Ово је вероватно последица шаблонског начина извођења говорних и писаних вежби на часовима српског језика. Ученици се већ у нижим разредима требају подстицати на самосталност у изражавању, треба им давати слободу у писању и развијати њихове перцептивне способности. Наставници треба што чешће да дају задатке ученицима да описују различита бића и предмете, и усмено и у писаном облику.

Просечан фонд употребљених речи при самосталном писаном изражавању ученика у овом истраживању износио је 37,86. Овакав лош резултат потврђује да је речник ученика са оштећеним слухом ограничен, што је проблем коме треба посветити посебну пажњу.

На развоју речника треба интензивно радити од предшколског узраста, крећући се од конкретних појмова из најближег окружења, према даљим и апстрактнијим. Поред именица и глагола, ученицима треба давати што више придева, али и све остале врсте речи, тако што ће усвојено добијати своју примену у реченицама.

Када говоримо о начину изражавања, резултати показују да ученици са оштећеним слухом у самосталном писаном изражавању највише употребљавају проширену реченицу, а знатно мање сложену и просту. Код појединих ученика се дешавало да су у сложеној реченици само низали просте и проширене реченице спајајући их у једну, без осећаја за заокруживање мисаоних целина.

Један од основних проблема, како у усменом, тако и у писаном изражавању глувих и наглувих је аграматичност, што се показало и током овог истраживања. Написане реченице су често неразумљиве, речи нетачно написане и неповезане, недостаје конгруенција, израз је сиромашан. Од врста речи највише су коришћене именице, глаголи, заменице и придеви, а остале врсте речи употребљаване су знатно ређе.

Узраст ученика има делимичног утицаја на самостално писано изражавање ученика са оштећеним слухом. Добијени резултати показују да се са узрастом углавном повећава број употребљених реченица, мада није уочено да расте и фонд употребљених речи. На фонд речи очигледно утиче низ различитих фактора.

Резултати указују да не постоји значајна корелација између степена оштећења слуха и елемената писаног изражавања који су праћени. Један од разлога је свакако и квалитет и врста амплификације, и увежбаност ученика да оптимално користи своје слушне остатке. Значајан помак на плану амплификације има све већа примена кохлеарне амплификације. Деца са кохлеарним имплантом одговарајућом рехабилитацијом могу значајно да развију своју слушну перцепцију, што се позитивно одражава и на квалитет њиховог писаног изражавања.

Ово је регистровано резултатима истраживања код неколико ученика са кохлеарним имплантом, који су показали боље резултате у односу на своје вршњаке који користе слушне апарате.

Уочено је да постоји одређена корелација између оцене из матерњег језика и писаног изражавања ученика. Број употребљених реченица углавном расте са оценом из матерњег језика, мада се ово не односи и на фонд употребљених речи. Треба, ипак, узети у обзир да је оцена резултат формираних критеријума у оцењивању, који могу значајно да се разликују међу наставницима. Такође, уочено је и да су две ученице које похађају редовни наставни план и програм у типичним школама у истраживању показале боље резултате у односу на своје вршњаке у специјалним школама, иако су оцењене лошијом оценом.

Резултати истраживања намећу закључак да пол ученика има делимичан утицај на писано изражавање ученика. Показало се да су девојчице остварилe знатно бољи резултат у погледу броја употребљених речи у односу на дечаке. Бољи резултат девојчице су постигле и у броју употребљених реченица, мада је ова разлика много мања и може се сматрати и случајном. У начину изражавања нису уочене битније разлике међу ученицима различитог пола. Ипак, узимајући у обзир структуру узорка, ови резултати се морају узети с резервом. Бољи резултати девојчица које похађају наставу по редовном програму свакако су се одразили на укупан успех ученица.

Уочено је да ученици са оштећеним слухом немају усвојену, или не поштују, форму писаног састава. Увод, разрада и закључак су издвојени само код једне девојчице, која је укључена у редован систем образовања. Форма састава је нешто што ученици могу да савладају само упорним вежбањем и инсистирањем на томе. Наставници у вишим разредима би овоме требали да посвете више пажње.

Током истраживања су се посебно издвајили резултати једне девојчице петог разреда укључене у редовну наставу, нарочито у погледу фонда употребљених речи. Она је у саставу употребила 131 реч, док најбољи резултат ученика из одељења за децу са оштећеним слухом износи 76 речи, што је забележено код ученика седмог разреда. С обзиром на мали број деце из редовних школа укључен у узорак, овоме не можемо да придамо велики значај, мада се издваја као занимљив податак. С обзиром на нови Закон о основама система васпитања и образовања, у наредном периоду инклузија добија посебно место, па треба посветити већу пажњу даљим истраживањима ове проблематике. Потребно је утврдити да ли ће и колико ученици у редовним школама добити на развоју вокабулара и, уопште, усменог и писаног изражавања.

На основу претходно изложеног намеће се и крајњи закључак. Писање има непроцењиву улогу у говорно-језичком развоју деце са оштећеним слухом. Развојем писаног говора, деца могу истовремено да побољшају и усмени начин изражавања. Писменост има огроман потенцијал и значај у комуникацији особа са оштећеним слухом и њиховом укључивању у друштвену средину. Зато се развоју писаног говора треба посветити посебна пажња, уз настојање да се пронађу начини да се сви регистровани проблеми у писаном изражавању глувих и наглувих особа отклоне, или сведу на минимум.

ЛИТЕРАТУРА

1. Апел К., Мастерсон Ј. (прилагодила Посокхова И.) (2004): Језик и говор од рођења до шесте године: од гласања и првих ријечи до почетне писмености, Остварење, Лекеник
2. Бугарски Р. (1995): Увод у општу лингвистику, Завод за уџбенике и наставна средства, Београд
3. Бојанин С. (1985): Неуропсихологија развојног доба и општи реедукативни метод, Завод за уџбенике и наставна средства, Београд
4. Booth D., Swartz L. (2009): Успешно читање и писање – технике за развој писмености, Креативни центар, Београд
5. Brueggemann B. J. (2004): Literacy and deaf people, Gallaudet University, Washington, DS
6. Васић С. (1990): Култура говорне комуникације, Просвета, Београд
7. Владисављевић С. (1986): Поремећаји читања и писања, Завод за уџбенике и наставна средства, Београд
8. Владисављевић С. (1991): Дислексија и дисграфија, Завод за уџбенике и наставна средства, Београд
9. Вучковић М. (1993): Методика наставе српског језика и књижевности, Завод за уџбенике и наставна средства, Београд
10. Галић – Јушић Инес (2004): Дјеца с тешкоћама у учењу: рад на спознајном развоју, вјештинама учења, емоцијама и мотивацији, Остварење, Лекеник
11. Димић Н. Д. (1997): Специфичности у читању деце оштећеног слуха, Дефектолошки факултет, Београд
12. Димић Н. Д. (1996): Специфичности у писању слушно оштећене деце, Дефектолошки факултет, Београд
13. Димић Н. Д. (2004): Проблеми у језичком изразу код глуве и наглуве деце, Друштво дефектолога Србије и Црне Горе, Београд
14. Милатовић В.: Методика наставе српскохрватског језика, у књизи Лекић Ђ. (1993): Методика разредне наставе, Нова просвета, Београд
15. Ђордић А., Бојанин С. (1997): Општа дефектолошка дијагностика, Завод за уџбенике и наставна средства, Београд

SOME WRITING CARACTERISTICS OF DEAF AND HARD OF HEARING ELEMENTARY SCHOOL CHILDREN

NADEŽDA DIMIĆ[1], MIRELA KLJAIĆ[2]
[1]Faculty of Special Education and Rehabilitation, Belgrade
[2]School "Jovan Popović", Novi Sad

SUMMARY

The value of written speech in the life of a modern man is priceless. Due to the communication barrier that deaf and hard of hearing people encounter, writing get even more significant role in their everyday life, because it makes it possible for the deaf to express themselves and convey a massage. This way written speech becomes a method of communication, a way of learning, but also an important element that contributes a great deal to their speech and language development.

However, the potential of the written way of communication isn't often fully exploited. The poorly developed speech and the poor language experience reflect badly on the quality of writing as well. The aim of this research was to look into the writing characteristics of deaf and hard of hearing children. We have studied the quality of writing a composition on a given topic by determining the level of speech expression and the number of used words and sentences. We were interested in finding out whether and to what extent the quality of writing may depend on the age, the level of hearing loss, the grade in Serbian language and the sex.

The research was carried out in December, 2010 in the classes of hearing impaired children in two elementary schools in Novi Sad and Belgrade. A total of 30 deaf and hard of hearing children were examined, together with two girls attending regular schools.

The results of study show the low quality of writing by deaf and hard of hearing children. The research has indicated that the age, the grade and sex have partial influence on some elements of writing. No connection was found between the level of hearing loss and the quality of writing.

KEY WORDS: writing, deaf and hard of hearing children, speech and language development.

Београдска дефектолошка школа
Вол. 17 (1), бр. 49, 57-74, 2011.

УДК 376.33
Примљено: 1.3.2011.
Прегледни чланак

АНАЛИЗА САВРЕМЕНИХ ИСТРАЖИВАЊА О КВАЛИТЕТУ ЖИВОТА КОХЛЕАРНО ИМПЛАНТИРАНИХ ОСОБА[1]

Љубица Исаковић, Сања Остојић, Мина Микић
Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију

Светска здравствена организација (WHO, 1993) дефинише квалитет живота као перцепцију појединца о сопственом положају у животу у контексту културе и система вредности у којем живи као и у односу на сопствене циљеве, очекивања, стандарде и интересовања. То је широк концепт кога чине: физичко здравље појединца, психолошки статус, материјална независност/степен самосталности, социјални односи и однос према значајним појавама у окружењу. Како се процењује квалитет живота кохлеарно имплантираних особа?

Код деце корисника CI (Cochlear Implant), као и код свих других који имају трајну сметњу која подразумева помагало или хирушку процедуру, процењује се квалитет живота на које помагало утиче (Haensel, Engelke, Ottenjann, Westhofen, 2005).

Циљ рада је да прикажемо резултате савремених истраживања о квалитету живота кохлеарно имплантираних особа (QoLCI) са посебним освртом на предмет и резултате истраживања у односу на: узраст кохлеарно имплантираних корисника, инструменте који су коришћени у истраживањима и параметре којима су други аутори посматрали помаке у квалитету живота CI корисника. За потребе овог рада, аутори су анализирали преко 30 истраживања која су се бавила QoLCI од 2005. до 2011. године. Истраживања која смо анализирали обухватила су више од 5000 корисника CI, њихових родитеља и наставника. Анализиране резултате приказаћемо у односу на QoLCI деце, адолесцената и одраслих.

На основу резултата анализе закључујемо да је кохлеарни имплант позитивно утицао на квалитет живота (QoL) глувих без обзира на узраст или инструменте који су коришћени. Посебни квалитативни помаци видљиви

[1] Рад из пројекта Министарства за науку и технолошки развој Србије под називом "Утицај кохлеарне имплантације на едукацију глувих и наглувих особа", бр. 179055

су социјалном функционисању, личној сигурности, комуникацији, функционисању код куће и у породичном окружењу.

КЉУЧНЕ РЕЧИ: глувоћа, кохлерна имплантација, квалитет живота

УВОД

„Квалитет живота је појам који није могуће једнозначно дефинисати јер зависи од много критеријума, при чему индивидуални циљеви и схватања, поред економских, културних, религијских и образовних фактора, имају доминантан утицај. Свака средина или друштвена група, одређена нација или земља, имају и опште прихваћене критеријуме,који представљају услов за креирање и реализацију индивидуалних показатеља квалитета живота појединца" (Узуновић, Р., Јакшић, Б., 2007). Квалитет живота је тема која се проучава у филозофији, медицини, вери, економији и политици. Неки научници полазе од тога да се оцена квалитета властитог живота догађа по врло субјективним критеријумима. Други говоре о томе да оцена квалитета живота појединца у великој мери зависи од индивидуалног темперамента. Појам *квалитета живота* први пут је 1920. године користио Arthur Cecil Pigou (Champernowne, D. G., 1959). Интензивно, овај термин се користи од 1970. године, за опис више чинилаца који се именују као "квалитет живота".

Питање 'доброг живота' или квалитета живота једно је од централних питања филозофије. Код старих Грка ово је имало специфичан термин – еудемониа. Добар живот се може дефинисати на различите начине. Можемо се запитати шта то чини добар живот за сваку особу посебно или шта је највећи интерес у животу сваког човека? Да би разјаснили ова питања филозофи су дефинисали појам 'квалитетног живота' у смислу онога шта представља коначне вредности за човека. Постоје три аспекта овакве дефиниције. Питање квалитета живота није нормативно јер нам не дефинише како бисмо требали живети, није ни емпиријско ни дескриптивно, већ чисто евалуативно питање. Друго, тип вредности битан за овај контекст је вредност-за (мудра вредност). Односно, када кажемо да неко води квалитетан живот ми не мислимо да је његов/њен живот морално добар, естетски добар итд. него да је мудро добар, тј добар за њега/њу. И коначно, треће, суштинске мудре вредности нису инструменталне, већ коначне вредности (Bryant, T., Raphael, D., Brown, I., Cogan, T., Dallaire, C., Laforest, S., McGowan, P., Richard, L., Thompson, L., Young, J., 2002).

Последњих деценија мерење *квалитета живота* (Quality of Life-QoL) у оквиру контекста различитих обољења/сметњи постаје све

важније у различитим медицинским истраживањима. Поред психичког благостања, квалитет живота садржи такође и социјално, ментално и емотивно благостање. Подразумева се, не само утицај специфичне сметње, већ и различитих пратећих фактора. Знање о утицају обољења/сметње на квалитет живота постаје све важније у смислу холистичког приступа болести. То може помоћи у проналажењу ефикасније терапије. Утицај повезаности обољења/сметње са квалитетом живота најбоље могу проценити сами пацијенти. За различита медицинска истраживања су конструисани различити мерни инструменти.

Квалитет живота повезан са здрављем (HRQoL) рефлектује процену испитаника и његово задовољство са тренутним степеном функционисања, у поређењу са оним што он сматра да је могуће или идеално.

Квалитет живота повезан са здрављем (Health Related Quality of Life HRQoL) обухвата најмање 4 основне димензије и то:

- физичко функционисање (самобрига, физичке активности, друштвене активности),
- симптоме повезане са болешћу или лечењем,
- психичко функционисање (укључује емоционално стање и когнитивно функционисање) и
- друштвено функционисање (обухвата активности и дружење са пријатељима).

Светска здравствена организација (WHO, 1993) дефинише квалитет живота као перцепцију појединца о сопственом положају у животу у контексту културе и система вредности у којем живи као и у односу на сопствене циљеве, очекивања, стандарде и интересовања. То је широк концепт кога чине: физичко здравље појединца, психолошки статус, материјална независност/степен самосталности, социјални односи и однос према значајним појавама у окружењу.

Иако се кључни концепт QoL налази у оквиру социјалног окружења, медицинских и психолошких наука, као и свести друштва у целини, још увек не постоји консензус у погледу његове коначне дефиниције (Fernández-Ballesteros, 1997).

Како се процењује квалитет живота кохлеарно имплантираних особа?

Код деце корисника CI (Cochlear Implant), као и код свих других који имају трајну сметњу која подразумева помагало или хирушку процедуру, процењује се квалитет живота на које помагало утиче (Haensel, Engelke, Ottenjann, Westhofen, 2005). Глувоћа или наглувост имају највећи утицај на говорно-језички развој, па се тако квалитет живота корисника CI углавном испитује на основу тих способности и укупних комуникацијских карактеристика. Бројна истраживања везују се и за

индивидуалне ставове и очекивања родитеља о побољшањима у функционисању деце корисника CI у различитим областима (Nicholas & Geers, 2003; O'Neill, Lutman, Archbold, Gregory, Nikolopoulos, 2004; Sach & Whynes, 2005; Stacey, Fortnum, Barton, & Summerfield, 2006, према Остојић, С., 2010). Посматрајући квалитет живота деце са кохлеарним имплантом, резултати досадашњих истраживања показују да CI има утицај на социјални и емоционални развој деце. Такав социометријски приступ треба да послужи родитељима и стручњацима да помогну оптимални развој детета (Schorr, E.A., Roth, F.P, Fox, N.A., 2009).

Многе студије показују да глува деца, корисници CI, имају значајан бенефит када се посматра орални говор и интеграција у редовне школе. Ово нас наводи на закључак да је QoL ове деце добар. Нажалост, још увек је мало студија које се овим питањем баве, а поготово студија које се односе на квалитет живота повезан са здрављем (HRQoL) деце са кохлеарним имплантом (Huber, M., 2005).

Истраживачи који су се бавили овом темом (Castro, A., Lassaletta, L., Bastarrica, M., Alfonso, C., Prim M.P., de Sarriá. M.J., Gavilán, J., 2005) истичу да постоје студије које се баве аудиолошким бенефитима кохлеарне имплантације, али је још увек неопходно доказати њихов утицај на квалитет живота.

Уградња CI има велики утицај на друштвени живот, активности и самопоштовање сваког пацијента. Да би се овај утицај потврдио неопходно је упознати се боље са термином квалитет живота (QoL). Конструисани су различити упитници да би се испитао квалитет живота особа са CI. Неки од њих можда нису били довољно осетљиви да детектују промене после кохлеарне имплантације. Данас постоје осетљиви и валидни инструменти за препознавање промена после кохлеарне имплантације у оквиру различитих аспеката квалитета живота (физичких, психолошких, социјалних). Ови упитници омогућавају увид у свакодневни живот и активности особа са CI, а посредно дају веома корисне информације о техничким побољшањима, различитим третманима и рехабилитационим стратегијама које треба примењивати у будућности (Loeffler, C., Aschendorff, A., Burger, T., Kroeger, S., Laszig, R., Arndt, S., 2010).

Циљ

Циљ рада је да прикажемо резултате савремених истраживања о квалитету живота кохлеарно имплантираних особа (QoLCI) са посебним освртом на предмет и резултате истраживања у односу на: узраст кохлеарно имплантираних корисника, инструменте који су

коришћени у истраживањима и параметре којима су други аутори посматрали помаке у квалитету живота CI корисника.

РЕЗУЛТАТИ ИСТРАЖИВАЊА

Савремена истраживања о квалитету живота кохлеарно имплантираних особа

За потребе овог рада, аутори су анализирали око 35 истраживања која су се бавила QoLCI од 2005. до 2011. године. Анализа узорка показује да је 12 истраживања било посвећено QoLCI на дечјем узрасту (од 5 до 16 година), 5 истраживања кохлеарно имплантирантим адолесцентима, 8 истраживања одраслих, 1 истраживање о QoLCI особа са синдром Usher тип 1, 4 истраживања CI корисника свих узраста и једно истраживање о ставовима наставника. Истраживања која смо анализирали обухватила су више од 5000 корисника CI, њихових родитеља и наставника.

Истраживања QoLCI на дечјем узрасту

Истраживања QoLCI на дечјем узрасту обухватају глуву децу са CI и њихове родитеље (ставови о CI, очекивања од CI, задовољство постигнутим резултатима после CI, итд). Дечји одговори пореде се са контролном групом чујуће деце, као и са демографским варијаблама. За испитивање родитеља конструисани су упитници, док се деца углавном испитују путем интервјуа или упитника. Аутори истраживања наводе да глува деца корисници CI оцењују свој QoL значајно позитивније него њихови родитељи, као и да се не уочавају значајне разлике у непосредној аудитивној перцепцији, тј. способности слушања, деце са CI и чујуће деце. QoL је обрнуто повезан са хронолошким узрастом, али није у корелацији са временом имплантације. Аутори наводе да деца на предшколском узрасту могу адекватно да оцене свој квалитет живота, али и да родитељи пружају вредне податке везане за социо-емоционални и физички статус детета (Warner-Czyz, A.D., Loy, B., Roland, P.S., Tong, L., Tobey, E.A., 2009).

Један од упитника који се користи за процену QoLCI од стране родитеља је и валидирани затворени упитник "Children with cochlear implants: parental perspectives" (Huttunen, K., Rimmanen, S., Vikman, S., Virokannas, N., Sorri, M., Archbold, S., Lutman, M.E., 2009). На основу њега је рађена студија деце на узрасту од 5 година, која су имплантирана на просечном узрасту од 2 године и 5 месеци. Већина деце (67%) користи говор, 22% деце користи говор и знакове, док 11% користи знаковни

језик као главни начин комуникације. Резултати указују на то да су родитељи највише задовољни побољшаним-проширеним социјалним односима, развојем комуникације (говорног језика), као и повишеном самосталношћу деце. Истиче се и побољшање општег функционисања уз помоћ слуха. Родитељи истичу да је приликом доношења одлуке о имплантрацији посебно важно добити тачне информације од центара за имплантацију, као и информације од других породица које већ имају искуства са CI. Као битан чинилац истиче се и позитиван став у оквиру породице, док се након имплантације као значајан фактор побољшања QoL истиче и могућност утицаја на начин комуникације који се користи у оквиру образовног система њихове деце. Очекивања родитеља нарочито се односе на побољшање аудитивних перформанси, како би се обезбедила већа безбедност деце у саобраћају, боље социјално функционисање, а касније, боље могућности запослења. Студија показује да родитељи процењују да CI утиче на QoL деце на различите начине и да је за добијање адекватне слике о квалитету живота потребно поставити шири описни оквир.

Истраживања QoL на дечјем узрасту односе се и на вршњачке односе глуве деце са кохлеарним имплантом, тј. на предикторе вршњачке интеграције и успех у вршњачкој интеракцији. Добијени резултати указују на бољу интеракцију глуве деце са CI у ситуацијама један-на-један, поредећи са интеракцијама са двоје чујуће деце. Указује се и на боље социјалне перформансе девојчица у односу на дечаке. Такође, дуже коришћење CI и веће самопоуздање утичу на бољи квалитет вршњачких односа, што потврђују и родитељски извештаји о социјалном функционисању њихове деце изван експерименталне ситуације. Ова истраживања указују на предности кохлеарне имплантације у областима комуникације и социјализације, као и боље социјалне компетенције глуве деце (Martin, D., Bat-Chava, Y., Lalwani, A., Waltzman, S.B., 2010).

За процену квалитета живота повезаног са здрављем (HRQoL) код деце и адолесцената користи се и упитник KINDL-R (Huber, M., 2005). Коначни резултати на узорку од 44 деце показују да деца са CI имају нижи HRQoL од чујуће деце. Исти упитник користили су и (Warner-Czyz A.D, Tong L, Tobey E.A, Roland P.S, 2009) у свом истраживању обављеном на узорку од 88 деце са CI (подељених у две групе у односу на узраст: 8-11 година и 12-16 година) и њихових породица. Њихови закључци су умногоме другачији. Деца са CI су постигла сличне резултате као њихови чујући вршњаци и њихови родитељи. Такође, раније имплантирана деца, као и она која дуже користе CI постижу више скорове у QoL.

Студија дечјег развоја после кохлеарне имплантације (The Childhood Development after Cochlear Implantation-CDaCI) је прва лонгитудинална студија која систематски вреднује рану кохлеарну имплантацију (Fink, N.E., Wang, N-Y, Visaya, J., Niparko, J.K., Quittner, A., Eisenberg, L.S., Tobey, E.A., 2007). Циљ ове студије био је да се упореде деца корисници CI са чујућом децом сличног узраста у оквиру следећих области: говорно– језички развој, аудитивна перцепција, психосоцијални развој и понашање, као и квалитет живота. Праћење, путем батерије тестова, је спровођено током две године (сваких шест месеци) и било је обухваћено 188 CI деце и 97 чујућих вршњака. Уочена је висока варијабилност у резултатима у области језика и отворено питање узрока таквих резултата. Аутори наводе да су уочене значајне разлике у демографским карактеристикама породица (родитељи CI деце су млађи, нижег образовања, са нижим приходима), које је неопходно узети у обзир приликом тумачења спроведених истраживања. Ова студија је дизајнирана да створи комплетнији увид у интерактивне процесе учења језика након имплантације.

Аутори (Motasaddi-Zarandy, M.,Rezai, H., Mahdavi-Arab, M., Golestan, B., 2009) истичу да деца са CI могу постићи адекватне резултате у редовној школи и као најважнији фактор успеха наводе време имплантације. Према њиховим истраживањима готово половина ученика (48,1%) постиже надпросечне резултате у оквиру књижевности, математике и диктата.

Истраживања (Bat-Chava, Y., Martin, D., Kosciw, J.G., 2005), која се односе на развој комуникације, социјализације и вештина у свакодневном животу, показују да употреба CI значајно доприноси побољшању комуникације глуве деце и развоју социјалних вештина. Добијени резултати указују да глува деца са CI више касне у напредовању непосредно после имплантације, у односу на децу са слушним апаратима, али се током времена код њих уочава значајан напредак. Аутори су користили стандардизоване психолошке инструменте, који су попуњавани од стране родитеља.

За разлику од резултата добијених у претходно наведеним истраживањима група аутора (Marschark, M., Rhoten, C., Fabich, M., 2007) даје критичку анализу емпиријских студија процене писмености и академског постигнућа код деце са кохлеарним имплантом. Иако већина новијих студија указује на бенефите CI за развој функције слушања, говора и језика, као и да су рана имплантација и дужи период коришћења импланта пресудни у бољим академским постигнућима, аутори указују на то да је већина добијених емпиријских налаза веома променљива. Узрок је, према њима, у тежој контроли променљивих-

времена протеклог од имплантације, знања језика пре имплантације, способности читања пре имплантације, као и конзистентност употребе импланта.

Истраживања QoLCI код адолесцената

Rosenberg Self-Esteem Scala је коришћена у студији која је обухватила 30 адолесцената са CI и контролну групу од 60 адолесцената без оштећења слуха (Sanem, S., Umut, A., Erol, B., 2009). Статистички значајне разлике, између ове две групе адолесцената, у нивоу испољавања депресије нису добијене. Уочено је да је у обе групе испитаника ниво испољавања депресије био нижи код оних адолесцената који су имали предшколско васпитање, браћу и сестре, виши извор прихода, као и виши образовни ниво родитеља. На основу ових истраживања закључило се да кохлеарна имплантација има позитиван ефекат на QoL адолесцената и да је неопходно пружити већу помоћ и подршку родитељима и деци у овом периоду.

Један број истраживања односи се и на поређење глувих адолесцената са и без CI (Leigh, I.W., Maxwell-McCaw, D., Bat-Chava, Y., Christiansen, J.B., 2008). Разлике у испитиваним психосоцијалним варијаблама између ове две групе испитаника (укупно 57) се не уочавају.

Истраживачи (Wheeler, A., Archbold, S., Gregory, S., Skipp, A.**, 2007)** су се бавили испитивањем ставова из перспективе младих људи, укључујући разумевање и ниво задовољства имплантом, њихових социјалних и комуникационих могућности, образовних изазова и идентитета. Њихово истраживање обухватило је 29 младих људи са CI узраста 13-16 година. Закључак је да млади људи из ове групе имају позитиван став према CI и према одлуци коју су донели њихови родитељи. Многи имају флексибилнији став према различитим режимима комуникације и личном идентитету, који није конвенционалан.

Наше искуство у испитивању тинејџера CI корисника (Остојић, С., Ђоковић, С., Мирић, Д., Микић, Б., Микић, М., 2010) базира се на резултатима испитивања 7 конгенитално глувих, накнадно имплантираних, на узрасту 14 до 25 година старости. За испитивање постигнутих ефеката у слушању и говору, у испитиваном узорку а за потребе овог истраживања, коришћен је Упитник о квалитету живота CI (аутора Остојић Сања, 2009) који је испитивао карактеристике аудитивне перцепције после имплантације, време које је протекло од имплантације до првих промена и способност сналажења у различитим социјалним ситуацијама. За потребе овог истраживања обрађивали смо податке који се односе на промене у социјализацији,

комуникацији и едукацији кохлеарно имплантираних тинејџера (15 питања од укупно 45), јер су према досадашњим искуствима то најугроженије категорије живота конгенитално глувих и наглувих тинејџера. Код пост лингвално оглувелих особа, кортекс се може мењати или аудиторно реорганизовати и у случају депривације дуже од двадесет година (Pantev C., et all, 2009.). Код конгенитално и прелингвално глувих особа формирање аудиторне функције, без обзира на постојеће опције стимулације (конвенционална амплификациона помагала, CI,..), може да зависи од фактора нису условљени само способношћу аудиторног кортекса да одговара на стимулацију (Остојић, С., Ђоковић, С., Микић, Б., 2007). Циљ рада је био да се испитају ефекти примене кохлеарног импланта (CI) код конгенитално веома тешко наглувих или глувих тинејџера, који су накнадно имплантирани. Резултати и степен промена у ефикасности слушања и говора код ове популације има за циљ дефинисање стручног става у селекцији и доношењу одлуке о препоруци за CI ових кандидата којих ће у Србији у блиској будућности бити још.

Ранија искуства у саветодавном раду са конгенитално оглувелим тинејџерима и адолесцентима у инклузивном образовању (Мирић, Д. и остали, 2008) показала су да глувоћа доводи до веће изолованости у односу на друге чулне сметње и поремећаје у развоју. Разлози за то су у лошем разумевању са околином, смањеној разумљивости говора, лошој комуникацији са укућанима, итд.

Резултати показују значајно побољшање аудиторних способности код 86% испитаника, бољу разумљивост говора околине. У нашем истраживању показало се да је CI позитивно утицао на смањење друштвене изолованости, повећање самопоуздања у разумевању говора и комуникацији са околином, у квалитету говора и бољој разумљивости за околину, затим на смањење подсмеха околине, на бољу припадност групи вршњака и бољи контакт и разумевање са укућанима и широм фамилијом.

Истраживања QoLCI код одраслих

За мерење промена у QoL одраслих користи се Glasgow Benefit Inventory (GBI) упитник, као и специфични упитници за процену способности комуникације (Castro, A., Lassaletta, L., Bastarrica, M., Alfonso, C., Prim, M. P., de Sarria, M. J., Gavilan, J., 2005).

Glasgow Benefit Inventory (GBI) упитник и отворени упитник коришћени су у истраживању 30 постлингвално глувих пацијената са CI. Уочава се позитиван ефекат на QoL код чак 93% испитаника и истиче се значајно побољшана способност дискриминације звукова, употребе

телефона, као и пораст самопоуздања. Висок ниво задовољства постиже се у свим ситуацијама, изузев у ситуцији позадинске буке. Чак 96% особа са CI би препоручило операцију пријатељу (*Lassaletta, L., Castro, A., Bastarrica, M., de Sarriá, M.J., Gavilán, J.*, 2006).

Такође, користи се упитник SF36 (Medical Outcome Study Short Form 36), генерички упитник за утврђивање осам аспеката квалитета живота-груписаних у два главна, тј. опште физичко и опште ментално здравље. Питања су фокусирана на виталност, социјално функционисање, емоционално и ментално здравље (Wanscher, J.H., Faber, C.E., Grontved, A.M., 2006). Истраживања показују опште, социјалне и физичке бенефите након CI, док нема значајне разлике између QoL и других параметара, као што су етиологија и трајање глувоће. CI статистички значајно позитивно утиче на квалитет живота одраслих глувих пацијената. Највеће побољшање уочава се на скали социјалног функционисања. Исти упитник (SF36) користили су (Hirschfelder, A., Grabel, S., Olze, H., 2008 i Hirschfelder, A., Gräbel, S., Olze, H., 2011) и уочили значајно побољшање у областима социјалног функционисања и менталног здравља (на узорку од 56 CI особа).

Један од упитника који се широко примењује у процени QoL одраслих особа је Nijmegen Cochlear Implant Questionnaire (NCIQ). Истраживање обављено у Немачкој обухватило је 56 корисника CI, а подаци се односе на перцепцију звука, говор, психолошку сигурност и социјалну интеракцију. Испитаници потврђују значајан напредак у свим испитиваним областима, а најзначајнији у перцепцији звука и социјалној интеракцији (Hirschfelder, A., Gräbel, S., Olze, H., 2011).

Предмет истраживања (Hirschfelder, A., Gräbel, S., Olze, H., 2008) био је да се утврди утицај CI на квалитет живота имплантираних особа. Коришћена су два упитника за испитивање HPQoL (NCIQ и SF-36), као и тестови говорне перцепције (Freiburger monosyllable i Hochmair, Schulz, Moser (HSM) sentencees test). Резултати на NCIQ упитнику указују на значајна побољшања у скоровима у свим областима. Значајна инверзна повезаност уочена је и у поређењу резултата на тестовима говорне перцепције у односу на трајање глувоће.

За испитивање квалитета живота одраслих користи се и HUI (Health Utility Index) који се односи на слух као и тестови за перцепцију говора (Damen, G.W.J.A, Beynon, A..J, Krabbe, P.F.M., Mulder, J.J.S., Mylanus, E.A.M., 2007). Аутори наводе дугорочну студију о особама са CI, без CI, као и особама релативно краткорочним корисницима CI. Ово је прва студија која дугорочно прати CI особе у свим аспектима QoL и пореди резултате са резултатима постлингвално глувих особа без CI. Позитиван утицај CI остаје и након дугорочног праћења, иако скорови на

упитницима незнатно опадају. На тестовима перцепције говора уочава се побољшање током времена. Такође, значајно се разликују скорови QoL пре и после кохлеарне имплантације.

Квалитативна студија (Rembar, S., Lind, O., Arnesen, H., Helvik, A-S, 2009) је имала за циљ да пружи бољи увид у ефекте кохлеарне имплантације како на живот особа са CI, тако и на као њихов лични доживљај. Путем четири отворена питања испитано је 74 особе у два Норвешка центра за имплантацију. Са уградњом CI добијен је "нови живот" и побољшано психолошко стање. Такође, уочен је позитиван утицај на социјалне интеракције и способност да чују свет око њих. Аутори истичу да се коришћени упитник може користити и као добро средство за будуће праћење CI особа.

Испитивање квалитета живота код постлингвално глувих особа, након кохлеарне имплантације, била је тема истраживања групе аутора (Liu Bo et all., 2008). Користили су Nijmegen Cochlear implant upitnika (NCIQ). Узорак су биле 32 особе (19 мушкараца и 13 жена). Уочено је побољшање у препознавању различитих звукова, говора, стицању самопоуздања, у свакодневном животу, као и у области социјализације и емоција. Способност говорне комуникације код особа код којих је аудиторна депривација трајала дуже од 5 година је нижа, него код особа са краћим временом аудитивне депривације. Године и степен образовања нису утицали на добијене резултате.

Резултате о бољој способости комуникације, повишеном степену самопоуздања, употреби телефона, као и о уживању у музици и ТВ-програму добили су и други истраживачи (Zhao, F., Bai, Z., Stephens, D., 2008).

Истраживање (Mackenzie, M., 2009) је имало за циљ да упореди резултате QoLCI (94 испитаника) и глувих особа који су били на листи чекања за CI (70 испитаника). Инструмент је био упитник QoL. Корисници CI су имали боље резултате у свим областима испитивања QoL. Највеће разлике уочене су у области перцепције звука, социјалних интеракција и ограничења у различитим активностима.

Истраживање о утицају кохлеарног импланта на промене у квалитету живота глувих особа (Остојић, С., Ђоковић, С., Микић, Б., Мирић, Д., Андрић-Филиповић, С., Микић, М. 2010) обухватило је 31 глуву особу, 14 мушког и 17 женског пола, кориснике кохлеарног импланта, на узрасту од 3 до 69 година, просечних интелектуалних способности, који су на ре/хабилитацији слуха и говора после CI у Београду и Нишу. Резултати тог истраживања су: кохлеарни имплант је утицао на боље слушање код свих испитаника у испитиваном узорку; промене у реакцији на звук код 48% испитаника после 1 до 3 месеца;

боља реакција на говор и артикулација, природнија боја гласа, боље разумевање говора – резултат код 90% испитаног узорка; промене у говору код 39.5% испитаника после 1 до 3 месеца. На питање: "да ли сада лакше комуницира/те са фамилијом", 22 испитаника (78.6%) дало је потврдан одговор; 90% испитаника у потпуности је задовољно променама до којих је дошло у комуникацији и животу у кући и ван ње. После уградње CI, примарни развојни период слушања, говора, комуникацијских способности и промена у социјалном пољу дешава се у првој години након имплантације.

CI је најсавременије помагало за глуве особе. Резултат је дугогодишњихистраживањаунеколикообласти:врхунскетехнологијематеријала који се користе и електронских решења која се имплементирају у постојећа знања о трансформацији и спровођењу звука до кортекса. Самим тим максимално искоришћење CI подразумева способност особе да активно учествује у пост-оперативној ре/хабилитацији слуха и говора преко CI и да самостално рукује помагалом. То су само неки од разлога због којих се CI у масовној употреби не препоручује за особе са сметњама у интелектуалном развоју или особама са вишеструком ометеношћу. Ипак постоје спорадични случајеви код којих се у пракси показао позитиван, стимулативан, утицај CI, тј. активиране су слушне функције, побољшано опште стање и комуникацијске способности ових особа.

Аутори (Damen, G.W.J.A., Pennings, R.J.E., Snik, Ad F.M, Mylanus, E.A. M., 2006) су испитивали квалитет живота 14 кохлеарно имплантираних особа (седморо одраслих и седморо деце) са синдромом Usher тип I. Добијени резултати поређени су са резултатима 14 особа (дванесторо одраслих и двоје деце) са синдромом Usher тип I, али без CI. Коришћена су три упитника: NCIQ, SF12 и Usher Lifestyle Survey. Резултати указују на побољшан QoL особа са синдромом Usher тип I које су CI. Уочава се тенденција да могу да живе самосталан живот лакше од глувих особа са овим синдромом, али без CI.

Истраживање о ставовима наставника према ученицима са CI је обављено путем Ликерт скале. Обухватило је 98 наставника. Резултати указују на позитиван однос наставника према инклузивном образовању, које ученицима са CI нуди бољу могућност социјализације и интелектуалног и емотивног развоја (Dulcic, A., Bakota, K., 2009).

ЗАКЉУЧАК

Аутори овог рада анализирали су преко 30 истраживања која су се бавила QoLCI корисника. Анализу смо обавили у односу на узраст испитаника. Инструменти који су коришћени у анализираним истраживањима су многобројни, а наводимо неколико најчешћих: "Children with cochlear implants: parental perspectives" (Huttunen, K., Rimmanen, S., Vikman, S., Virokannas, N., Sorri, M., Archbold, S., Lutman, M.E., 2009); KINDL-R (Huber, M., 2005); Rosenberg Self-Esteem Scala; Glasgow Benefit Inventory (GBI); SF36 (Medical Outcome Study Short Form 36); Nijmegen Cochlear Implant Questionnaire (NCIQ); HUI (Health Utility Index).

Квалитет животота кохлеарно имплантиране деце најчешће се испитује путем интервјуа или упитника намењених деци и родитељима. Резултати указују на то да су родитељи највише задовољни побољшаним-проширеним социјалним односима, развојем комуникације (говорног језика), као и повишеном самосталношћу деце. Истиче се и побољшање општег функционисања уз помоћ слуха. Родитељи истичу да је приликом доношења одлуке о имплантацији посебно важно добити тачне информације од центара за имплантацију, као и информације од других породица које већ имају искуства са CI. Као битан чинилац истиче се и позитиван став у оквиру породице, док се након имплантације као значајан фактор побољшања QoL истиче и могућност утицаја на начин комуникације који се користи у оквиру образовног система њихове деце. Очекивања родитеља, нарочито се односе на побољшање аудитивних перформанси, како би се обезбедила већа безбедност деце у саобраћају, боље социјално функционисање, а касније, боље могућности запослења.

Резултати истраживања кохлеарно имплантираних адолесцената показују да CI има позитиван ефекат на различите спообсности, а посебно социјану интеграцију, али да је неопходно пружити већу помоћ и подршку родитељима и деци у овом периоду. Закључак је да млади људи из ове групе имају позитиван став према CI и према одлуци коју су донели њихови родитељи. Многи имају флексибилнији став према различитим режимима комуникације и личном идентитету.

Код одраслих CI корисника највеће побољшање уочава се на скали социјалног функционисања. Уочено је побољшање у препознавању различитих звукова, говора, стицању самопоуздања, у свакодневном животу, као и у области социјализације и емоција. Способност говорне комуникације код особа код којих је аудиторна депривација трајала дуже од 5 година је нижа, него код особа са краћим временом ауди-

тивне депривације. Године и степен образовања нису утицали на добијене резултате. Истиче се боља способост комуникације, повишен степен самопоуздања, употреба телефона, као и уживање у музици и ТВ-програму.

На основу анализираних резултата преко 30 истраживања, која су обухватила испитивање преко 5000 корисника CI, закључујемо да је кохлеарни имплант позитивно утицао на квалитет живота (QoL) глувих без обзира на узраст или инструменте који су коришћени. Посебни квалитативни помаци видљиви су у социјалном функционисању, личној сигурности, комуникацији, функционисању код куће и у породичном окружењу.

ЛИТЕРАТУРА

1. Bat-Chava, Y., Martin, D., Kosciw, J.G. (2005): Longitudinal improvements in communication and socialization of deaf children with cochlear implants and hearing aids: evidence from parental reports Journal Article. Research Support, Non-U.S. Gov't J Child Psychol Psychiatry, 46 (12): 1287-96, ISSN: 0021-9630
2. Brahmananda, P. R. (1959): A. C. Pigou (1877–1959). Indian Economic Journal 6:466–487.
3. Bryant, T., Raphael, D., Brown, I., Cogan, T., Dallaire, C., Laforest, S., McGowan, P., Richard, L., Thompson, L., Young, J. (2002): A Nation for All Ages? A Participatory Study of Canadian Seniors' Quality of Life in Seven Municipalities
4. Castro, A., Lassaletta, L., Bastarrica, M., Alfonso, C., Prim, M.P., de Sarria, M. J., Gavilan, J. (2005): Quality of life in cochlear implanted patients English Abstract. Journal Article Acta Otorrinolaringol Esp. 56 (5): 192-7, ISSN: 0001-6519
5. Champernowne, D.G. (1959): Arthur Cecil Pigou, 1877–1959. Journal of the Royal Statistical Society Series A 122:263–265.
6. Damen, G.W.J. A., Beynon, A.J., Krabbe, P.F.M., Mulder, J.J.S., Mylanus, E.A.M. (2007): Cochlear implantation and quality of life in postlingually deaf adults Long-term follow-up Otolaryngology – Head and Neck Surgery, 136: 597-604
7. Damen, G.W.J.A, Pennings, R.J.E., Snik, Ad F.M., Mylanus, E.A.M. (2006): Quality of life and cochlear implantation in Usher syndrome type I Comparative Study. Journal Article. Research Support, Non-U.S. Gov't. Laryngoscope. 116 (5): 723-8, ISSN: 0023-852X
8. Dulcic, A., Bakota, K. (2009): Views of elementary school teachers towards students with cochlear implants inclusion in the process of education Journal Article. Coll Antropol., ISSN: 0350-6134

9. Fernández-Ballesteros, R. (1997): Quality of life: concept and assessment. In: J Adair, D Belanger, K Dion, editors. Advances in Psychological Science. Vol I: Social, Personal and Cultural Aspects. Psychological Press.

10. Fink, N.E., Wang, N-Y, Visaya, J., Niparko, J.K., Quittner, A., Eisenberg, L.S, Tobey, E. A. (2007): Childhood Development after Cochlear Implantation (CDaCI) study: design and baseline characteristics Comparative Study. Journal Article. Multicenter Study. Research Support, N.I.H., Extramural, ISSN: 1467-0100

11. Hallberg, L.R., Ringdahl, A., Holmes, A., Carver, C. (2005): Psychological general well-being (quality of life) in patients with cochlear implants: importance of social environment and age Journal Article. Multicenter Study. Research Support, Non-U.S. Gov't. Int J Audiol.; 44(12):706-11.

12. Hansel, J., Engelke, J.C., Ottenjann, W., Westhofen, M. (2005): Long term results of cochlear implantation in children. Otolaryngology – Head and Neck Surgery, 132, 456-458.

13. Hirschfelder, A., Gräbel, S., Olze, H. (2008): Cochlear Implant Recipients Experience Improvement In Quality Of Life American Academy of Otolaryngology, Head and Neck Surgery *ScienceDaily*. from http://www.sciencedaily.com/releases/2008/03/080304103313.htm

14. Hirschfelder, A., Grabel, S., Olze, H. (2008): The impact of cochlear implantation on quality of life: the role of audiologic performance and variables Journal Article Otolaryngol Head Neck Surg.138 (3): 357-62, ISSN: 0194-5998

15. Huber, M. (2005): Health-related quality of life of Austrian children and adolescents with cochlear implants Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 69(8):1089-101.

16. Huttunen, K., Rimmanen, S., Vikman, S., Virokannas, N., Sorri, M., Archbold, S., Lutman, M.E. (2009): Parents' views on the quality of life of their children 2-3 years after cochlear implantation Journal Article. Research Support, Non-U.S. Gov't. ISSN: 1872-8464, Int J Audiol. 44 (12): 706-11, ISSN: 1499-2027 (http://www.earfoundation.org.uk/research/questionnaires.html)

17. Lassaletta, L., Castro, A., Bastarrica, M., de Sarriá, M.J, Gavilán, J. (2006): Quality of life in postlingually deaf patients following cochlear implantation European Archives of Oto-Rhino-Laryngology Volume 263, Number 3, 267-270, DOI: 10.1007/s00405-005-0987-1

18. Leigh, I.W., Maxwell-McCaw, D., Bat-Chava, Y., Christiansen, J.B. (2008): Correlates **of** Psychosocial Ađustment in **Deaf Adolescents With and With** out **Cochlear Implants:** A Preliminary Investigation *J.* **Deaf** *Stud.* **Deaf** *Educ.*14(2): 244-259, doi:10.1093/**deaf**ed/enn038

19. Liu Bo et all (2008): Quality of life after cochlear implantation in postlingually deaf adults Journal Article. Research Support, Non-U.S. Gov't Zhonghua Yi Xue Za Zhi.; 88 (22): 1550-2, ISSN: 0376-2491

20. Loeffler, C., Aschendorff, A., Burger, T., Kroeger, S., Laszig, R., Arndt, S. (2010): Quality of Life Measurements after Cochlear Implantation, The Open

Otorhinolaryngology Journal, 4, 47-54

21. Mackenzie, M. (2009): Quality of Life Outcomes in Adult Cochlear ImplantRecipients and Their Significant Others http://library.canterbury.ac.nz/thesis/etheses_copyright.shtml 2009)
22. Marschark, M., Rhoten, C., Fabich, M. (2007): Effects of cochlear implants on children's reading and academic achievement Journal Article. Research Support, U.S. Gov't, Non-P.H.S.. Review. 25 Journal of Deaf Stud Deaf Educ. ISSN: 1081-4159
23. Martin, D., Bat-Chava, Y., Lalwani, A., Waltzman, **S.B. (2010):** Peer Relationships of Deaf Children With Cochlear Implants: Predictors of Peer Entry and Peer Interaction Success **Journal of Deaf Studies and Deaf Education**
24. Мирић, Д., Микић, Б., Остојић, С. (2008): Саветодавни рад са адолесцентима у инклузивном образовању, У сусрет инклузији – дилеме у теорији и пракси, Универзитет у Београду, ФАСПЕР, Издавачки центар (ЦИДД), ИСБН 978-86–80113– 71-5, стр. 269-277.
25. Motasaddi-Zarandy, M., Rezai, H., Mahdavi-Arab, M., Golestan, B. (2009): The scholastic achievement of profoundly deaf children with cochlear implants compared to their normal peers Comparative Study. Journal Article, ISSN: 1029-2977
26. Остојић, С., Ђоковић, С., Микић, Б. (2007): Кохлерна имплантација преглед истраживања EAPC батеријом тестова, Специјална едукација и рехабилтација 3-4, ФАСПЕР, Издавачки центар-ЦИДД, Београд, ИССН 1452-7367, стр. 61-73.
27. Остојић, С., Ђоковић, С., Микић, Б., Мирић, Д., Андрић-Филиповић, С., Микић, М. (2010): Утицај кохлеарног импланта на промене у квалитету живота глувих особа, Београдска дефектолошка школа, Вол. 16 (3), бр. 48, 445-465
28. Остојић, С., Ђоковић, С., Мирић, Д., Микић, Б., Микић, М. (2010): Ефекти кохлеарне имплантације код тинејџера са конгениталном глувоћом, Специјална едукација и рехабилитација, Вол. 1, бр. 1, ИССН 1452-7367, стр. 51-63.
29. Остојић, С., Микић, Б., Андрић, С., Мирић, Д., Асановић, М.(2009): Quality Of Life For Cochlear Implant Users-Research Overview, Proccedings SPEECH AND LANGUAGE 3rd International Conference on Fundamental and Applied Aspects of Speech and Language, Belgrade, ISBN: 978-86-81879-26-9, p. 210.
30. Остојић, С., Микић, Б., Ђоковић, С., Мирић, Д., Микић, М. (2010): Утицај етиологије на исход кохлеарне имплантације код постлингвално глувих одраслих особа, Вол. 9, бр.2, ИССН 1452-7367, стр. 283-298.
31. Pantev, C., Dinnesen, A., Ross, B., Wollbrink, A., Knief, A., (2009): Dynamics of Auditory Plasticity after Cochlear Implantation: A Longitudinal Study, What can be expected from a late cochlear implantation (Int J Pediatr Otorhinolaryngol) – PubMed result.mht

32. Rembar, S., Lind, O., Arnesen, H., Helvik, A-S. (2009): Effects of cochlear implants: a qualitative study Cochlear Implants International, 10: Issue 4, 179–197. doi: 10.1002/cii.402

33. Sanem, S., Umut; A., Erol, B. (2009): Depressive emotioning in adolescents with cochlear implant and normal hearing Journal Article. Int J Pediatr Otorhinolaryngol.; 73 (12): 1774-9., ISSN: 1872-8464

34. Schorr, E.A., Roth. F.P., Fox. N.A. (2009): Quality of Life for Children With Cochlear Implants: Pereceived Benefits and Problems and the Perception of Single Words and Emotional Sounds, Journal of Speech, Language, and Hearing Research, Vol 52, p 141-152. Toronto: York Centre for Health Studies, York University.

35. Узуновић, Р., Јакшић, Б., (2007): Квалитет живота И процеси глобализације, Фестивал квалитета, II Национална конференција о квалитету живота, Крагујевац, 8-11-мај, стр. 1, http://www.lifeq.org/uploads/radovi/06.pdf

36. Wanscher J.H., Faber, C.E, Grontved, A.M. (2006): Cochlear implantation in deaf adults: effect on quality of life English Abstract. Journal Article, ISSN: 1603-6824

37. Warner-Czyz AD, Tong L, Tobey E.A, Roland PS (2010): The children speak: An examination of the quality of life of pediatric cochlear implant user *Otolaryngology -– Head and Neck Surgery*, vol. 142, 2: pp. 247-253)

38. Warner-Czyz, A.D., Loy, B., Roland, P.S., Tong, L., Tobey, E.A. (2009): Parent versus child assessment of quality of life in children using cochlear implants Int J Pediatr Otorhinolaryngol. Published online doi:10.1016/j.ijporl.2009.07.009

39. Wheeler, A., Archbold, S., Gregory, S., Skipp, A. (2007): **Cochlear Implants**: The Young People's Perspective *J. Deaf Stud. Deaf Educ.* 12(3): 303-316, doi:10.1093/deafed/enm018 American Academy of Otolaryngology, Head and Neck Surgery. *ScienceDaily*. http://www.sciencedaily.com/releases/2008/03/080304103313.htm

40. Zhao, F., Bai, Z., Stephens, D. (2008): The relationship between changes in self-rated quality of life after cochlear implantation and changes in individual complaints Journal Article. Research Support, Non-U.S. Gov't, ISSN: 1749-4486

ANALYSIS OF CONTEMPORARY RESEARCH ON QUALITY OF LIFE OF COCHLEAR IMPLANTED PERSONS

LJUBICA ISAKOVIC, SANJA OSTOJIC, MINA MIKIC
Faculty of Special Education and Rehabilitation

SUMMARY

World Health Organization (WHO, 1993) defines quality of life as an individual's perception of their own position in life in the context of culture and system of values in which they live and in relation to their own objectives, expectations, standards and interests. It is a broad concept which is made of physical health of an individual, psychological status, financial independence / degree of independence, social relations and relations with important phenomena in the environment. How is the quality of life of a cochlear implanted person assessed?

What is evaluated in children with CI (Cochlear Implant), as with all others who have a permanent impediment which involves aid or a surgical procedure, is the quality of life which a helping device affects (Haensel, Engelke, Ottenjann, Westhofen, 2005).

The aim of this paper is to present the results of contemporary research on the quality of life of Cochlear implanted people (QoLCI) with special reference to the subject and the research results with regard to: Cochlear implantation and the age of its users, instruments used in research and the parameters based on which other authors observed improvements in the quality CI's life. The authors analyzed over 30 studies that dealt with QoLCI from 2005 to 2011 for the purposes of this paper. The studies that we analyzed included more than 5000 users of CI, their parents and teachers.

The obtained results will be shown in relation to QoLCI children, adolescents and adults. Based on analysis, we can conclude that cochlear implants have positively influenced on the quality of life (QoL) of the deaf regardless of their age or instruments that were used. Specific qualitative improvements are visible in social functioning, personal safety, communication, functioning at home and family environment.

KEY WORDS: deafness, cochlear implantation, the quality of life

Београдска дефектолошка школа
Вол. 17 (1), бр. 49, 75-83, 2011.

УДК 376.35
Примљено: 20.1.2011.
Оригинални научни чланак

УТИЦАЈ СОМАТОПЕДСКОГ ТРЕТМАНА НА РАВНОТЕЖУ ТЕЛА ДЕЦЕ ОШТЕЋЕНОГ ВИДА

Сања Трговчевић[1], Бранка Јаблан[2], Драгана Кљајић[3]

[1]Факултет политичких наука, Београд
[2]Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију, Београд
[3]Висока медицинска школа струковних студија, Ћуприја

Равнотежа је базична моторичка активност која представља основу моторног функционисања. Добро развијена равнотежа неопходна је за развој седења, пузања, хода и многих моторних активности.

Циљ овог рада је: утврдити утицај соматопедског третмана на равнотежу тела деце оштећеног вида.

Узорком смо обухватили 60 деце (30 са оштећењем вида и 30 без оштећења вида).

Процену и третман равнотеже деце оштећеног вида реализовали смо кроз следеће фазе:

– Процена равнотеже деце оштећеног вида, експерименталне и контролне групе, пре примене соматопедског третмана.

– Одабир и примена адекватних соматопедских вежби код деце експерименталне групе.

– Процена квалитета равнотеже код деце оштећеног вида који су били обухваћени соматопедским третманом и деце код које није примењен третман.

Анализирајући добијене резултате закључили смо да је код деце оштећеног вида соматопедски третман утицао на: а) подизање нивоа способности одржавања динамичке равнотеже б) одржавања равнотеже тела при стајању и ц) подизање нивоа способности одржавања равнотеже тела при стајању на једној нози.

КЉУЧНЕ РЕЧИ: деца са оштећењем вида, равнотежа, соматопедски третман.

УВОД

Појам *моторичке способности* у литератури се објашњава различитим терминима: антропомоторичке способности, биомоторичке димензије, кинезиолошке способности, кретне навике, кретне особине, моторичке димензије итд. Заједничко за све термине је да указују на својства човека која изражавају његову физичку припремљеност за неки рад и стваралачко испољавање сопствене личности. Моторичке способности су резултат укупног умног и телесног ангажовања човека, не јављају се одвојено, а зависе од урођених особина и стечених способности (Кукољ, 2006).

Моторичке способности човека можемо поделити на две основне категорије: базичне и специфичне способности. Под појмом *базичне* моторичке способности подразумевамо основне физичке способности човека које се развијају заједно са растом и развојем, док под појмом *специфичне* моторичке способности сматрамо оне које су стечене као резултат специфичних вежби. Паспаљ (2008) сматра да се базичне моторичке способности не могу описати само једном, генералном димензијом, већ је за описивање човекових способности кретања, потребно рашчлањивање на више функционалних обележја и то:

Квантитативна обележја: снага, брзина, издржљивост и гипкост.

Квалитативна: координација, агилност, равнотежа и прецизност.

Равнотежа

Под *равнотежом* се подразумева способност одржавања положаја људског тела у балансу, односно способност одржавања жељеног става под утицајем силе гравитације (Кавчић, 1975). Сматра се, да је основа одржавања или успостављања равнотеже, усклађивање сила које делују ван организма и у организму. Да бисмо ефикасно одржавали равнотежу, неопходно је да стално добијамо правовремене и ''тачне'' информације. Те информације до централног управљача долазе посредством различитих сензорних органа, а за перципирање властитог положаја у простору служе нам: вестибуларни апарат, визуелни систем, проприоцептивни систем и рецептори који реагују на притисак и налазе се у кожи. Вестибуларни систем пружа информацију о томе каква је тренутно позиција главе у простору. Визуелни систем даје информацију о вертикалности, коју обезбеђује перцепцијом актуелних визуелних стимулуса и коришћењем утисака ускладиштених у деловима коре великог мозга који су одговорни за функцију виђења. Овај систем региструје положај тела у односу на околину и идентификује циљ, док соматосен-

зорни систем укључује читав низ рецептора смештених у поткожном ткиву, али и у зглобовима и мишићима, који непрекидно обавештавају мозак о тренутном положају екстремитета у простору. У зависности од ситуације, допринос сваког од ових система може да варира (Тешановић, 2009).

Способност одржавања равнотеже се развија током детињства, упоредо са развојем структура и функција нервне, мишићне и психичке организованости, а одржавање положаја тела изискује извесну активност мишића. Ако је положај тела нестабилан, мишићна активност је већа. Стабилност положаја тела зависи од: површине ослонца, висине тежишта и тежине тела. Стајање на једној нози представља један од најтежих положаја одржавања равнотеже тела (Houwen, Visscher, Lemmink, Hartman, 2008). Равнотежа зависи и од других моторних способности, као и нивоа и обима моторних навика, емотивног стања и општег стања здравља организма. Одређена је генетским кодом али и спољним утицајима.

Јовановић (2000), Кукољ (2006) и Банићевић (2008) издвајају следеће факторе равнотеже:

1. фактор статичке (постуралне) равнотеже, односно способност одржавања усправног положаја тела у гравитационом пољу,
2. фактор динамичке равнотеже тела, односно контроле усправног положаја тела при кретању,
3. фактор балансирања предметима,
4. фактор равнотеже са или без визуелне контроле.

Циљ истраживања

Утврдити утицај соматопедског третмана на равнотежу тела деце оштећеног вида.

МЕТОДОЛОГИЈА ИСТРАЖИВАЊА

Формирање и опис узорка

Узорак је чинило 60-торо деце оштећеног вида. Формирање узорка извршено је у О.Ш. за заштиту вида ''Драган Ковачевић'', у Београду, Школи за децу оштећеног вида ''Вељко Рамадановић'' у Земуну, Школи за основно и средње образовање ''Милан Петровић'' у Новом Саду и О.Ш. ''Ђорђе Крстић'' у Београду.

Узорак деце подељен је на две подгрупе:

1.Експерименталну групу (Е), коју је сачињавало 30 деце (15 слепе и 15 слабовиде). Ова група деце била је обухваћена соматопедским третманом.

2.Контролну групу (К) коју је сачињавало 30 деце (15 слепе и 15 слабовиде). Ова група деце није била обухваћена соматопедским третманом.

Методе и инструменти прикупљања података

1. Анализа школске офталмолошке документације
2. Анализа педагошко-психолошке документације
3. Анализа медицинске документације
4. Дефектолошки тестови:

- Тест за процену одржавања равнотеже тела при ходу, Ивкић и Говедарица (2000).
- Тест за процену одржавања равнотеже тела при стајању, Ивкић и Говедарица (2000).
- Тест за процену равнотеже при стајању на једној нози уз одручене руке, Ђордић и Бојанин (1997).
- Тест за процену равнотеже при стајању на једној нози (руке уз тело), Ђордић и Бојанин (1997).

Процена и третман равнотеже деце оштећеног вида реализовани су кроз фазе.

1. Процена равнотеже деце оштећеног вида, експерименталне и контролне групе, пре примене соматопедског третмана.
2. Одабир и примена адекватних соматопедских вежби код деце експерименталне групе током дванаест недеља.
3. Процена равнотеже деце оштећеног вида после примене соматопедског третмана.
4. Процена квалитета равнотеже код деце оштећеног вида који су били обухваћени соматопедским третманом и оне на које третман није примењен.

Програм је спровођен три пута недељно по тридесет минута у току дванаест недеља, а вежбе су биле подељене у две групе:

1. Прву групу чини 12 вежби из система „Модификованих дефектолошких вежби II“ (Мацић, Николић, 1991).
2. Другу групу чини програм вежби који се разликовао у односу на узраст (Стошљевић, Рапаић, Николић, 1997:209-238).

РЕЗУЛТАТИ ИСТРАЖИВАЊА

Табела 1: Успешност испитаника Е и К групе на првој и другој процени равнотеже тела при ходу

	I МЕРЕЊЕ			II МЕРЕЊЕ		
Група	*А	*Б	*В	*А	*Б	*В
Е	6	13	11	2	5	23
К	5	18	7	3	18	9
Укупно	11	31	18	5	23	32

Легенда
*А – неуспешни; *Б – проблем у извођењу задатка; *В – успешно изведен задатак

У табели 1 приказана је успешност испитаника Е и К групе на првој и другој процени равнотеже тела при ходу (динамичка равнотежа). Резултати показују да је након прве процене, 20% испитаника Е групе било неуспешно, 43.3% је имало проблем у извођењу задатка, док је 36.7% испитаника Е групе успешно изводило задатак. У К групи 16.7% испитаника је било неуспешно у извођењу задатка, 23.3% је било успешно, док је 60% деце имало проблем у извођењу задатка. Након примене соматопедског третмана примећујемо да је 76.7% испитаника Е групе успешно изводило задатак, 16.7% је имало проблем у извођењу задатка, а 6.7% је било неуспешно.

Табела 2: Успешност испитаника Е и К групе на првој и другој процени равнотеже тела при стајању

	I МЕРЕЊЕ			II МЕРЕЊЕ		
Група	*А	*Б	*В	*А	*Б	*В
Е	5	22	3	2	10	18
К	8	19	3	3	19	8
Укупно	13	41	6	5	29	26

Легенда
*А – неуспешни; *Б – уз одређени проблем; *В – у складу са захтевом

Након прве процене равнотеже тела при стајању, утврдили смо да највећи проценат испитаника експерименталне и контролне групе

(68.3%) припада категорији Б – изводи задатак ''уз одређени проблем''. Након примене соматопедског третмана уочавамо да су испитаници Е групе значајно напредовали у извршењу задатка. У К групи у овој категорији налази се 26.7% испитаника, док се највећи број испитаника из К групе (63.3%) налази у категорији Б – решава задатак ''уз одређени проблем''. Анализом резултата, закључили смо да се код деце екпериментално групе након примене соматопедског третмана повећава успешност у одржавању равнотеже тела при стајању.

Табела 3: Успешност испитаника Е и К групе на првој и другој процени равнотеже тела при стајању на једној нози са одрученим рукама

	I МЕРЕЊЕ			II МЕРЕЊЕ		
Група	*А	*Б	*В	*А	*Б	*В
Е	8	20	2	2	12	16
К	7	16	7	6	16	8
Укупно	15	36	9	8	28	24

Легенда
**А – неуспешни; *Б- уз одређени проблем; *В – у складу са захтевом*

Након прве процене, највећи број испитаника из експерименталне и контролне групе налази се у категорији Б – решава задатак ''уз одређени проблем'', укупно 60%. Најмањи број испитаника Е и К групе налази се у категорији В – решава задатак ''у складу са захтевом'', укупно 15% испитаника. Након спроведеног соматопедског третмана, испитаници Е групе остварили су значајно боља постигнућа (53.3% је у категорији В ''у складу са захтевом''), док је у К групи проценат знатно мањи и износи 26.7%. Резултати истраживања показују да након примене третмана, код деце оштећеног вида долази до бољег постигнућа у одржавању равнотеже тела при стајању на једној нози са одрученим рукама.

Табела 4: Успешност испитаника Е и К групе на првој и другој процени равнотеже тела при стајању на једној нози са рукама уз тело

	I МЕРЕЊЕ			II МЕРЕЊЕ		
Група	*А	*Б	*В	*А	*Б	*В
Е	5	20	5	4	15	11
К	12	14	4	10	14	6
Укупно	17	34	9	14	29	17

Легенда
*А – неуспешни; *Б – уз одређени проблем; *В – у складу са захтевом

Резултати истраживања показују да највећи број испитаника (Е и К групе) након прве процене припада категорији Б – решава задатак ''уз одређени проблем'' - укупно 34 испитаника. Најмањи број из обе групе је у категорији В -''у складу са захтевом'', свега 9 испитаника. Након примене соматопедског третмана у К групи број испитаника из категорије Б је остао непромењен, док се повећао број испитаника који решавају задатак ''у складу са захтевом'' (6 испитаника). Резултати показују да је након примене третмана у Е групи 36.7% испитаника успешно, 13.3% припада категорији ''неуспешни'', док се највећи проценат испитаника 50% нашао се у категорији Б – решава задатак ''уз одређени проблем''.

ЗАКЉУЧЦИ

Анализирајући добијене резултате из области равнотеже тела при ходу можемо да заључимо да је соматопедски третман утицао на подизање нивоа способности одржавања динамичке равнотеже код испитаника експерименталне групе, на које је био примењен.

Анализирајући добијене резултате из области равнотеже тела при стајању, можемо извести закључак да је подизање нивоа способности одржавања равнотеже тела при стајању значајно већи код испитаника код којих је примењен соматопедски третман у односу на испитанике контролне групе, који нису били обухваћени соматопедским третманом.

Анализирајући добијене резултате из области равнотеже тела при стајању на једној нози можемо донети закључак да је код деце са оште-

ћењем вида, соматопедски третман утицао је на подизање нивоа способности одржавања равнотеже тела при стајању на једној нози: са одрученим рукама и рукама уз тело.

ЛИТЕРАТУРА

1. Houwen S., Visscher C., Lemmink K.A., Hartman E.(2008): Motor skill performance of school-age children with visual impairments, Developmental Medicine and Child Neurology*:* London:Vol. 50, p.p 139-146.
2. Banićević D. (2008): Procena pouzdanosti i osetljivosti testova ravnoteže primenom kompijuterizovane posturografije, Magistarska teza, Univerzitet u Beogradu, Fakultet sporta i fizičke kulture, Beograd.
3. Jovanović A. (2000): Integralnost dečijeg razvoja kroz igru, Fakultet fizičke kulture, Beograd.
4. Kavčić R. (1975):Uloga fizičkog vaspitanja u razvijanju orjentacije i mobilnosti slepe i slabovide dece, *Specijalna škola*, Savez društva defektologa Jugoslavije
5. Kukolj M. (2006): Antropomotorika, Fakultet sporta i fizičkog vaspitanja Univerziteta u Beogradu, Beograd.
6. Macić D., Nikolić S. (1991): Metodika vaspitno-obrazovnog rada sa telesno invalidnim licima predškolskog uzrasta, Naučna knjiga, Beograd.
7. Paspalj D. (2008): Uticaj bazičnih motoričkih sposobnosti na efikasnost tehnika bacanja iz programa specijalnog fizičkog obrazovanja, Magistarski rad, Univerzitet u Banjaluci.
8. Povše-Ivkić V., Govedarica T. (2000): Praktikum opšte defektološke dijagnostike, Institut za mentalno zdravlje, Beograd
9. Stošljević L., Rapaić D., Stošljević M., Nikolić S. (2007), Somatopedija, drugo dopunjeno izdanje, Naučna knjiga, Beograd.
10. Tešanović G. (2009): Relacije nekih antropomotoričkih sposobnosti: Magistarski rad, Univerzitet u Banjaluci
11. Ćordić A., Bojanin S.(1997): Opšta defektološka dijagnostika, Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, Beograd.

THE EFFECT OF SOMATOPEDIC TREATMENT ON BALANCE IN CHILDREN WITH VISUAL IMPAIRMENTS

SANJA TRGOVČEVIĆ[1] , BRANKA JABLAN[2] , DRAGANA KLJAJIĆ[3]

[1]Faculty of Political Sciences, Belgrade
[2]Faculty of Special Education and Rehabilitation, Belgrade
[3]Medical Highschool for Specialty Studies, Ćupria

SUMMARY

Balance is a basic motor activity that represents the basics of motor functioning. Well developed balance is necessary for sitting, crawling, walking and many other motor activities. The ability to maintain balance develops during childhood, alongside of development of nerve, muscular and psychic structural development.

Aim of this study is to determine the effects of somatopedic treatment on body balance in children with impaired vision.

Sample consisted of 60 children (30 children with visual impairment and 30 children without any visual impairment).

Assessment and the treatment in children with visual impairments were conducted through following phases:

- Assessment of balance between experimental and control group, before somatopedic treatment.
- Selection and implementation of adequate somatopedic exercise in children with visual impairment.
- Assessment of balance quality in experimental group that was involved in somatopedic treatment and in control group that was not involved in treatment.

Analyzing the results we concluded that in children with visual impairment somatopedic treatment have effected:

a) increase in ability of maintaining dinamic balance
b) maintaining balance while standing
c) increase in ability to maintain balance while standing on one leg.

KEY WORDS: children with visual impairment, balance, somatopedic treatment

Београдска дефектолошка школа
Вол. 17 (1), бр. 49, 85-95, 2011.

УДК 376.4
Примљено: 30.1.2011.
Стручни чланак

ПРОФЕСИОНАЛНА ОРИЈЕНТАЦИЈА УЧЕНИКА СА ИНТЕЛЕКТУАЛНОМ ОМЕТЕНОШЋУ

Биљана Милановић–Доброта, Марина Радић–Шестић
Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију, Београд

Професионална оријентација особа са интелектуалном ометеношћу своје фазе реализује током Једногодишњег оспособљавања за рад. То је транзициони период школовања, специфично конципиран за средњошколски васпитно – образовни систем интелектуално ометених ученика. На основу стручних систематских процена мултидисциплинарног тима пружа се помоћ и подршка ученику и његовој породици да изаберу адекватно занимање. Координираним активностима, мерама и ангажовањем свих учесника овог дуготрајног процеса врши се усклађивање неопходних способности ученика са захтевима одређеног занимања чиме се минимализују грешка у професионалној оријентацији. Конклузија о даљем току школовања и професионалном оспособљавању доноси се заједничком одлуком Комисије за професионалну оријентацију која усмерава ученика у оно занимање у коме има највеће изгледе да оствари свој максимум, лакше се запосли и постигне задовољство у раду и животу.

КЉУЧНЕ РЕЧИ: професионална оријентација, интелектуална ометеност, комисија за професионалну оријентацију

Професионална оријентација представља интегрални део рехабилитације, заправо њен уводни део, и подразумева пружање стручне помоћи појединцу да изабере занимање које је адекватно његовим преосталим латентним могућностима и способностима (Радић-Шестић, 1998).

Професионалну оријентацију можемо посматрати у ужем и ширем смислу. Карактеристика професионалне оријентације у ужем смислу подразумева индивидуално давање савета при избору занимања непосредно пред коначном одлуком, а на основу психолошког испити-

вања. Овај вид усмеравања није препоручљив за особе са интелектуалном ометеношћу. За разлику од професионалне оријентације у ужем смислу, професионална оријентација у ширем смислу је свеобухватнија, системска, континуирана и плански организована активност која помаже свима онима који су у директној или индиректној вези са особом која се професионално орјентише, пружајући јој неопходну подршку током читавог процеса професионалне оријентације. Искуства из праксе потврђују да само добро припремљена, објективна и стручно спроведена професионална оријентација, усклађена са жељама и интересовањима ученика, појачава мотивацију, гарантује бољи успех у раду и социо-економску независност оспособљених особа.

Такође, професионална оријентација је и флексибилан процес који се квалитативно мења, проширује и адаптира широј друштвеној заједници, јер представља карику која повезује потребе појединца са потребама друштва за одређеним занимањима. Будуци да су бројни фактори (друштвени односи и уређење, техничка револуција, подела рада итд.) утицали на квалитет и квантитет развоја занимања и допринели да многа занимања одумиру, нова настају а нека се модификују, важно је пратити, помагати и унапређивати професионално усмеравање. Иако се последних година интензивније говори о значају професионалне оријентације за нашу земљу, чињеница је, да је била много више запостављена у ,,типичном'' систему школовања, него у професионалној рехабилитацији особа са интелектуалном ометеношћу.

У складу са променама у законским нормама које промовишу инклузију, недискриминацију и квотни систем запошљавања особа са тешкоћама у менталном развоју, јављају се нове околности које подржавају савремене тенденције и принципе у спровођењу свих **фаза** професионалне оријентације:

- *професионално информисање*– представља релативно дуг период; састоји се у пружању различитих података и обавештења ученицима и родитељима у вези с избором занимања и запослења; упознаје се целокупна личност ученика; развија се правилан однос према раду кроз информисање о различитим подручјима рада и образовним профилима; мотивишу се ученици итд. Током ове фазе паралелно се врши и испитивање професионалних интересовања ученика.
- *професионално саветовање* – има за циљ да помогне ученику да стекне увид у властите могућности и објективне захтеве даљег школовања, као и могућности запослења, те да се сви фактори ускладе на најбољи могући начин. То значи, да је професионално саветовање процес пружања помоћи стручног тима током из-

бора занимања, док је професионални савет саопштавање резултата тог процеса.

- *евалуација саветованих особа* – представља организован, научно заснован и систематски спроведен процес адаптације ученика у изабраном– саветованом занимању, кроз контролу успеха у радној средини и предузимању мера ради постизања задовољства и продуктивности у раду, али и унапређивању целокупног процеса професионалне оријентације.

Савремена професионална оријентација ученика са интелектуалном ометеношћу има вишеструку **улогу**:

а) да минимализује грешку у избору занимања особа са интелектуалном ометеношћу или да на време реагује и изврши промену

б) да партнерским односом породице и школом обезбеди најбоље услове за квалитативно професионално оспособљавање особа са интелектуалном ометеношћу

ц) да на основу познатих информација Националне службе за запошљавање предвиди реалне могућности запошљавања уз подршку или без ње и допринесе борби против незапослености

д) да у сарадњи са потенцијалним послодавцима припреми радну средину путем едукације и адаптације радне средине

е) да помогне и оснажи појединца у развоју позитивног селф-концепта, адаптивног понашања, осећаја сигурности и да делује у складу са заједничким интересима свих учесника

ф) да формира базу података која ће бити основ професионалног оспособљавања, индивидуалног едукативног планирања, транзиције, запошљавања и каријерног вођења

г) да прошири делатност наставника и школе кроз интерресорну сарадњу и умрежавање установа

х) да идентификује факторе који могу позитивно или ометајуће деловати на остале фазе професионалне рехабилитације

и) да обезбеди квалитетну обуку ради лакше хоризонталне проходности у друге средње стручне школе

ј) да перманентно усавршава своје задатке засноване на научно-истраживачким радовима

На основу свега наведеног, можемо рећи да професионална оријентација представља комплексни период целокупног система професионалне рехабилитације особа са интелектуалном ометеношћу током које се формира стабилна база за успешно спровођење осталих фаза. Конкретније, професионална оријентација омогућава пружање помоћи при избору занимања са циљем да се изнађе најоптималније занимање и радно место за које особа поседује способности и аспирације,

а на коме ће њен радни учинак бити максимално успешан уз задовољство на раду.

Професионална оријентација интелектуално ометених ученика у Једногодишњем оспособљавању за рад

Процес *предпрофесионалне оријентације ученика са интелектуалном ометеношћу* започиње још у детињству, наставља се током основне школе, с посебним акцентом на наставу Општетехничког образовања у оквиру које се откривају и развијају преостале способности, склоности, интересовања ученика и формира позитиван однос према раду. У Једногодишњем оспособљавању за рад тј. првој, припремној години средње школе за интелектуално ометене ученике, професионално усмеравање ученика се надовезује на активности основних школа. Пре уписа ученика у Једногодишње оспособљавање за рад, у другом полугодишту осмог разреда, одржавају се консултативни састанци са стручним тимовима основних школа, а потом и родитељски састанци на којима се родитељи и ученици упознају са режимом школовања, избором занимања, условима рада у школским радионицама, основним карактеристикама и захтевима занимања, као и индикацијама и контраиндикацијама за обављање појединих занимања. Паралелно се одвија и тимска обрада ученика од стране психолога, дефектолога и социјалног радника, са циљем да се сагледају психофизичке способности, педагошко постигнуће, мотивација и социо-економски статус. По завршетку испитивања родитељи се појединачно упознају са прогнозом и могућим ограничењима, након чега се приступа упису у Једногодишње оспособљавање за рад.

Једногодишње оспособљавање за рад представља јединствени и специфични систем школовања ученика са интелектуалном ометеношћу током којег се реализује професионална оријентација. Може се рећи да је Једногодишње оспособљавање за рад транзициони период школовања за све ученике са интелектуалном ометеношћу који упишу средњу школу након завршетка основне школе. Захваљујући свом опсервационом карактеру омогућава се лакша, безболнија, квалитетнија и успешнија професионална оријентација ових особа.

Познато је да ученици са интелектуалном ометеношћу унутар исте категорије испољавају широк распон интелектуалних и других индивидуалних разлика. Досадашња испитивања су показала да се интелектуални капацитети ових особа нису показали као једини фактор успеха у раду током професионалног прилагођавања. Често су значајну улогу имали неки неинтелектуални фактори (мотивација за рад, адаптивно понашање, социјална компетенција, степен самосталности, темпера-

мент и др.) Ако као предуслов успешности у занимању укључимо говорни и језички статус, опште здравствено стање и читав низ других карактеристика, можемо закључити колики је значај правилно вођене професионалне оријентације и колики је знацај овако конструисаног јединственог разреда.

Наставни план и програм Једногодишњег оспособљавања за рад садржи опште образовне предмете: Српски језик и књижевност– 4, Математика– 3, Основе природних дисциплина (физика, хемија, биологија) – 3, Основе друштвених дисциплина (географија, историја, социологија) – 3, Ликовна култура– 2, Физичко васпитање– 2, Музика– 1. Њихова функција је двојако постављена– прво, да пружи проширена знања из опште културе и друго, да допринесе развоју неких способности ученика неопходних за даље образовање. Поред ових предмета ученици савлађују садржаје једног општетехничког програма – Основе технике рада– 2 часа теорије + 10 часова практичне наставе недељно.

Циљ предмета **Основе технике рада** је да се провере склоности и психофизичке способности ученика у појединим подручјима рада, ради избора образовног профила, где ће се оспособити за елементарне радне задатке на нивоу нижег степена стручности у Једногодишњем оспособљавању за рад.

Задаци програмских садржаја дати су у теоријској настави уопштено за сва подручја рада, а програмски садржаји практичне наставе садрже своје циљеве и задатке у зависности од подручја рада и образовних профила – занимања. Нагласићемо да подручје рада обухвата велику групу сродних занимања која садрже 50% заједничких стручних садржаја, док занимање представља скуп послова и радних задатака које обавља једна особа која поседује одговарајућа знања, вештине и способности. (нпр: подручје рада: хемија, неметали, графичарство – занимање: металофарбар, књиговезац и др.)

Реализација програмских садржаја Основе технике рада у *првом полугодишту* садржи наставне теме које ће ученике упознати са образовним профилима– занимањима за које школа организује васпитно-образовни рад, али и са привредном и индустријском средином и регионом где се налази седиште школе.

Садржаји програма упознају ученике са радним местом, мерама заштите на раду, основним алатом, машинама и уређајима, основним и једноставним пословима у процесу рада и основним теоријским информацијама које ученик треба да усвоји. Кроз све тематске области код ученика се развија правилан однос према раду, поштовање технолошке дисциплине, стварање основних навика личне и колективне хигијене.

Програмски садржаји у *другом полугодишту* подељени су по подручјима рада и ученици реализују садржај само оног подручја рада за који су опредељени на крају првог полугодишта од стране Комисије за професионалну оријентацију.

Предвиђене *теоријске наставне теме* могу се реализовати у сваком подручју рада и садрже: основно упознавање са радним местом, основним појмовима о сировинама и материјалима којима ће се ученик упознати на практичној настави, алатима, машинама и уређајима, основним поступцима рада, сортирању и паковању производа као и мерама заштите на раду и одржавању личне и колективне хигијене.

Програмски *садржаји практичне наставе* реализују се у опремљеним школским радионицама, заштићеним радионицама или у отвореној привреди, по подручјима рада, са циљем, задацима и наставним темама који ће оспособити ученике за елементарне радне задатке у одабраном образовном профилу на нивоу манипуланта. За сваку групацију послова у зависности од подручја рада дата су упутства за реализацију програмских садржаја и одређена су потребна знања и учења неопходна за обављање групе послова, што представља основу за избор образовног профила и даље професионално оспособљавање.

Наставник практичне наставе у сарадњи са наставником дефектологом планира радне задатке, а прописани програмски садржаји могу се кроз оперативне планове рада прилагођавати психофизичким могућностима ученика. Флексибилност обима и броја часова у реализацији програмских садржаја је нужна због хетерогености одељења или групе ученика. Оваквим поступком рада могу се планирати и формулисати програмски садржаји, радне вежбе и задаци и правилно структуирати појмови и задаци који треба да се науче и усвоје, а који су адаптирани сваком ученику, што резултира максималном развоју ученичких потенцијала. Наставник дефектолог одабира адекватне методе рада, облике и поступке у реализацији програма. Такође, у реализацији програмских садржаја координира са стручним сарадницима у школи : психологом, социјалним радником, одељенским старешином, породицом итд. Допринос свеобухватној професионалној оријентацији ученика дају и стручни органи школе као што су активи, одељенска и разредна веће, али и руководиоци ваннаставних активности који сви заједно чине максималне напоре да се ученик упозна са својим потенцијалима и постане свестан својих могућности и подобности за одређено занимање.

Праћење и оцењивање ученика кроз предмет Основе технике рада врши се уз помоћ индивидуалних радних листа које ће проценити степен усвојености знања, умења и вештина ученика при оспособља-

вању за рад, након чега се сумира оцена за сваки класификациони период и процењује да ли је ученик прошао кроз предвиђене операције оспособљавања за рад. Елементи неопходни за конституисање радне листе за праћење ученика су: индивидуални интелектуални потенцијали ученика, моторичка и мануелна способност ученика, технолошки поступци рада у зависности од подручја рада, технолошка и радна дисциплина, коришћење хигијенско– технолошке мере заштите на раду и мотивисаност ученика за избор образовног профила. (Службени гласник, бр. 4, 1994.)

При крају другог полугодишта Једногодишњег оспособљавања за рад обављају се специјалистички лекарски прегледи ученика (офтамолога, оториноларинголога, кардиолога, неуропсихијатра, гинеколога, специјалисте медицине рада и по потреби других специјалиста). Сагледавајући психофизичке способности ученика, резултате и постигнућа на теоријској и практичној настави, здравствено стање, мотивацију, жеље и интересовање ученика и родитеља на крају другог полугодишта, финализацију послова професионалног саветовања обавља Комисија за професионалну оријентацију која саопштава резултат професионалног саветовања.

Улога и задаци Комисије за професионалну оријентацију ученика са интелектуалном ометеношћу

Када се говори о професионалној оријентацији уопште, а посебно о професионалној оријентацији ученика са интелектуалним ометеношћу, стручњаци из ове области наводе неопходност тимског рада као детерминанту успешне професионалне оријентације. За правилно спровођење процеса усмеравања ученика за избор занимања потребан је организовани мултидисциплинарни приступ заснован на усклађеном деловању тима стручњака. Перков (2009) је дефинисао тим као скуп људи с комплементарним вештинама, који су подједнако одани и посвећени заједничком циљу и смислу рада, као и приступу решавања проблема при чему постоји снажан осећај узајамне одговорности. Као сложен облик рада, тим се успоставља у случају комплексних (неструктуираних) задатака који немају једноставна решења и у случају када су исцрпљене све остале могућности. Будући да је професионална оријентација ученика са интелектуалном ометеношћу комплексан и дуготрајан процес, само активности ужег стручног тима школе су недовољне за успешну професионалну оријентацију тако да се тим проширује неопходним стручњацима који учествују у раду Комисије за професионалну оријентацију. Свако од чланова тима за професионалну оријентацију предста-

ваља извор информација које су потребне да се попуни слика особе која се професионално оријентише.

- *Психолог* – примењује различита тестирања општих и специфичних способности ученика; процењује професионална интересовања; препознаје индивидуалне потребе; помаже ученицима да развију адекватне механизме суочавања и превазилажења стресних догађаја и кризних ситуација; јача самопоуздање, самопоштовање, сигурност ученика; даје савете ученицима и породици да квалитетно подстичу ученикове потенцијале; помаже у успостављању контаката с институцијама које су потребне ученику (нпр. Институт за ментално здравље, организације које се баве осмишљавањем слободног времена, развојна саветовалишта, итд.) ; обавља саветодавне разговоре са наставницима итд.

- *Социјални радник* – испитује социо-економски статус породице и међусобне односе чланова; пружа стручну помоћ ученицима и родитељима око остваривања одређених права (претплатне карте и маркице за превоз, стипендије, права из социјалне и дечје заштите) ; обавља теренске посете породицама ученика, домовима за децу, установама у којима ученици обављају праксу; организује систематске и лекарске прегледе; организује састанке са стручним тимовима основних школа у вези са припремом ученика VIII разреда за упис; обавља консултативне разговоре са наставницима итд.

- *Дефектолог* – носилац целокупног процеса професионалне оријентације– приликом уписа ученика процењује општа знања и начин репродукције, општа и професионална интересовања, начин коришћења слободног времена; током Једногодишњег оспособљавања за рад врши детаљну опсервацију ученика, бира најбоље методе и поступке у раду; попуњава радну листу праћења ученика; учествује у изради индивидуалног образовног програма; координира рад стручних органа у школи; помаже ученику у овладавању социјалних вештина; сарађује са Центром за професионалну оријентацију Националне службе за запошљавање; помаже у планирању активности током транзиционог периода итд.

- *Одељењски старешина* – најинтензивније сарађује са учеником и породицом; прати личне и породичне односе, понашање учени-

ка у школи и ван ње, однос према друговима и наставницима, ангажовање у ваннастаним активностима; саветодавним радом усклађује жеље и могућности ученика; ради на оснаживању ученикових потенцијала; редовно организује родитељске састанке и састанке одељенских већа; води педагошку документацију; непосредно сарађује са предметним наставницима итд.

- *Наставник практичне наставе* – организује и реализује рад у школским радионицама у договору са дефектологом; информише ученике о захтевима рада; процењује радну успешност; прати ангажовање ученика, мотивацију, интересовања, степен напредовања у стицању специфичних радних вештина.

- *Спец. медицине рада* – оцењује посебне услове рада и посебне здравствене и функционалне способности ученика неопходне за рад у одређеном занимању; синхронизује конкретне захтеве рада са здравственим стањем ученика; дефинише могуће ризике по здравље, и превенира болести у вези са радом; учествује у анализи радног места.

- *Неуропсихијатар* – врши неуропсихијатријске процене и праћења; анализира здравствену историју; препознаје везу између менталних и физичких поремећаја; планира и спроводи третман; предочава присутност других недостатака контраиндикованих за одређено занимање; обавља информативно саветодавне разговоре са учеником и породицом.

- *Породица* – уско сарађује са школом – информише чланове тима о активностима ученика у кући, присуствује и активно учествује на родитељским састанцима и састанцима стручног тима; пружа информације о интересовањима ученика; начину коришћења слободног времена; учествује у изради индивидуалних образовних планова; ангажује се у пружању подршке ученику.

- *Ученик* – субјект, централни члан Комисије за професионалну оријентацију; заступа своја мишљења, ставове, очекивања, жеље; активно сарађује са свим члановима тима и равноправно учествује у доношењу одлуке.

- *Стручњаци осталих профила* – зависно од индивидуалних потреба ученика и неопходних додатних процена.

Комисија за професионалну оријентацију функционише као целина у којој сви чланови активно учествују у избору занимања. Једино тако ученик са интелектуалном ометеношћу се може сагледати са свих аспеката и смањити могућност да се погреши у доношењу одлуке. На основу мишљења и информација свих чланова Комисије, постигнућа на теоријској и практичној настави, могућностима, способностима, жељама ученика, Комисија за професионалну оријентацију доноси одлуку која може бити:

1. оспособљен за обављање свих операција самостално – упућује се за III степен школовања;
2. оспособљен за обављање радних операција у заштитним условима – упућује се за II степен школовања;
3. делимично оспособљен за рад у заштитним условима уз сталну помоћ – добија уверење са усвојеним радним операцијама;
4. није показао задовољавајући успех– упућује се да понови разред;
5. није радно оспособљен за укључивање у радну средину – упућује се на даљи третман.

Доношењем одлуке и/или усмеравањем ученика у одређени образовни профил – занимање, процес професионалне оријентације се не завршава, већ се од стране мутидисциплинарног тима стручњака и даље наставља с пружањем помоћи до коначног прилагођавања и успешности ученика у саветованом занимању. Тај период представља трећу фазу професионалне оријентације, фазу евалуације саветованих особа током које се прати успешност савладавања радних операција, адаптације и мотивације ученика и родитеља, проверава се да ли саветовано занимање адекватно ученику, предузимају се мере ради лакше адаптације, а у специфичним случајевима се приступа и промени занимања.

УМЕСТО ЗАКЉУЧКА

Професионална оријентација особа са интелектуалном ометеношћу реализује своје фазе током Једногодишњег оспособљавања за рад. Мултидисциплинарни тим стручњака који је укључен у процес оријентације, спроводи детаљне процене ученикових способности, идентификује и активира потенцијале и тимски делује у циљу максималне подршке и помоћи приликом усмеравања за одређено занимање. Таквим детаљним и систематичним приступом формира се база података која је предуслов квалитетног и успешног спровођења осталих фаза професионалне рехабилитације.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андрејевић, Д. (1992): Професионално оспособљавање глувих и наглувих особа, Завод за издавање уџбеника, Београд
2. Радић-Шестић, М. (1998): Системи професионалног оспособљавања особа оштећеног слуха, Задужбина Андрејевић, Београд
3. Службени гласник РС – 24. август 1994. год.
4. Жигић, В., Радић-Шестић, М. (2006): Запошљавање особа оштећеног вида и/или слуха, ФАСПЕР, Центар за издавачку делатност – ЦИДД, Београд
5. www.business.hr./B.HR-danas/od 10.04.2009, Perkov, D. – Timski rad i kreativnost

PROFESSIONAL ORIENTATION OF STUDENTS WITH INTELLECTUAL DISABILITY

BILJANA MILANOVIC– DOBROTA, MARINA RADIC– SESTIC

Faculty of Special Education and Rehabilitation, University of Belgrade, Serbia

SUMMARY

Professional orientation of people with intellectual disabilities realizes its phases during one-year vocational training. It is a transition period of schooling, specifically designed for high school teaching system intellectually disabled students. Assistance and support to the student and his family, to choose the appropriate profession, is given on the basis of systematic assessment of professional multidisciplinary team. Harmonization of necessary students` skills with the requirements of a certain profession is done by coordinating activities, measurements and engaging of all participants in this long process, which minimize fault in the professional orientation. Conclusion on the further education and professional training is made by a joint decision of the Commission for professional orientation, which directs the students in that occupation in which there is most likely to achieve their best, to get job easier and achieve satisfaction in work and life.

KEY WORDS: professional orientation, intellectual disability, the commission for professional orientation

Београдска дефектолошка школа
Вол. 17 (1), бр. 49, 97-111, 2011.

УДК 376.4
Примљено: 20.1.2011.
Оригинални научни чланак

ИНДИВИДУАЛНЕ РАЗЛИКЕ УЧЕНИКА СА ЛАКОМ ИО И НАСТАВА

Србољуб Ђорђевић
Универзитет у Нишу, Учитељски факултет у Врању

У раду су приказани резултати истраживања индивидуалних разлика у језичком и правописном образовању, као и календарском узрасту ученика са лаком ИО основношколског узраста. Истраживање је обављено на узорку 230 ученика са лаком ИО полазника трију основних школа за ученике са лаком ИО.

Добијени резултати извршеног истраживања указују на постојање великих индивидуалних разлика у знању и календарском узрасту међу ученицима са лаком ИО. Разматрајући ове индивидуалне разлике можемо се запитати какав однос постоји између њих и начина остваривања наставног процеса. Овакви резултати извршеног истраживања неминовно упућују на закључак да би на разред ученика са лаком ИО требало гледати као на групу ученика сасвим неједнаког знања и могућности, што захтева и императивно намеће потребу за индивидуализацијом наставе. Сходно томе, посебно је анализиран Наставни план и програм основног образовања и васпитања за ученике са лаком ИО и могућност индивидуализације наставе.

КЉУЧНЕ РЕЧИ: ученици са лаком ИО, индивидуалне разлике, настава, индивидуализација наставе

УВОД

Савремена школа настоји да у настави уважи ученикову индивидуалност, те је последица тога захтев за различитим облицима индивидуализације наставе. Ова тенденција узрокована је, пре свега, одговарајућим научним сазнањима о веома неједнакој развијености ученика истог разреда. Постојање овако великих индивидуалних разлика међу ученицима једног разреда нужно захтева и одговарајуће промене у организа-

ији и извођењу наставе како би она била оријентисана ка индивидуалним способностима и могућностима ученика. Велике индивидуалне разлике међу ученицима једног разреда јасно указују на ограниченост примене наставног поступка једнаког за све. Због тога се у савременој школи истиче потреба за уважавањем индивидуалних разлика међу ученицима. Последица тога јесте појава различитих облика и начина извођења индивидуализоване наставе. Иако се применом свих облика не остварује потпуна индивидуализација наставе, они несумњиво омогућују стварање повољнијих услова за успешнији развој и напредовање већег броја ученика у настави.

„Свако ко се бави наставним радом у основној школи за лако интелектуално ометене ученике зна да су ови ученици међусобно слични само по коефицијенту интелигенције, али да међу њима постоје одређене индивидуалне разлике у осталим својствима, као, на пример: начину и брзини учења, интересовањима, мотивацији, ставовима, телесним својствима и слично. Постојање ових индивидуалних разлика узрок је многих тешкоћа код наставника и самих ученика. Код наставника постојање ових разлика међу ученицима отежава да наставу прилагоде ученицима, а код ученика оне онемогућују успешно праћење наставе, па и доводе до њихове слабе адаптације у разреду. Познавање тих разлика међу ученицима јесте један од главних фактора успешности наставе. Ово, пре свега, због тога што од величине индивидуалних разлика ученика са лаком ИО зависи и сама организација и извођење наставе“ (Ђорђевић, 2010:181-182).

Имајући у виду речено, посебно нас је занимало да испитамо колике су индивидуалне разлике у језичком и правописном образовању, као и календарском узрасту код ученика са лаком ИО основношколског узраста. Рад, иначе, представља сегмент ширег истраживачког пројекта базираног на испитивању ефикасности облика индивидуализације наставе српског језика у поређењу са традиционалним обликом организације ове наставе (Ђорђевић, 2003).

МЕТОДОЛОГИЈА ИСТРАЖИВАЊА

Узорак истраживања

Истраживање је спроведено у три школе и то у: ШОСО „Вуле Антић“ у Врању, ШОСО „11. октобар“ у Лесковцу и ШОСО „14. октобар“ у Нишу. У све три школе истраживањем су била обухваћена сва одељења од V до VIII разреда. Укупно је тестирано 230 ученика са лаком интелектуалном ометеношћу у оквиру све три школе. Дистри-

буција тестираних ученика по школама и разредима приказана је у Табели 1.

Табела 1– Узорак ученика са ИО по школама и разредима

Школа	РАЗРЕД				Укупно:
	V	VI	VII	VIII	
ШОСО „Вуле Антић“	31	26	18	16	91
ШОСО „11. октобар“	9	20	16	14	59
ШОСО „14. октобар“	18	20	21	21	80
Укупно:	58	66	55	51	230

МЕТОДЕ, ИНСТРУМЕНТИ И ПРОЦЕДУРА ИСТРАЖИВАЊА

С обзиром на постављени циљ и задатке, у овом истраживању је коришћена метода теоријске анализе и експеримент са системом паралелних група. У истраживању је, поред осталих техника, коришћена техника тестирања, а од инструмената тест Српски језик ИТЈЗ. Тест се, иначе, састоји од 63 задатка који обухватају целокупно градиво програмско-тематског подручја „Језик и правопис“ које би ученици са лаком ИО требало да усвоје током свог школовања од I до VIII разреда основне школе.

Тест Српски језик ИТЈЗ је проверен путем претходног, пробног коришћења у ШОСО “Вуле Антић” у Врању. Том приликом су била обухваћена тринаест одељења од III до VIII разреда наведене школе. Тестирано је укупно 112 ученика са лаком интелектуалном ометеношћу. На основу добијених резултата са тестирања израчунате су основне мерне карактеристике теста: Индекс релијабилности теста r_{tt} је 0,96. Релијабилност теста је израчуната Кудер-Ричардсоновом (Kuder-Richardson) методом рационалне еквивалентности. Како је том приликом коришћена и паралелна форма истог инструмента за финално тестирање и то тест Српски језик ФТЈЗ, њихова поузданост се измерила и уз помоћ Пирсоновог коефицијента корелације и његова висина износи r_{xy} = 0,97. Дискриминативна вредност задатака теста одређена је помоћу бисеријског коефицијента корелације.

РЕЗУЛТАТИ ИСТРАЖИВАЊА И ДИСКУСИЈА

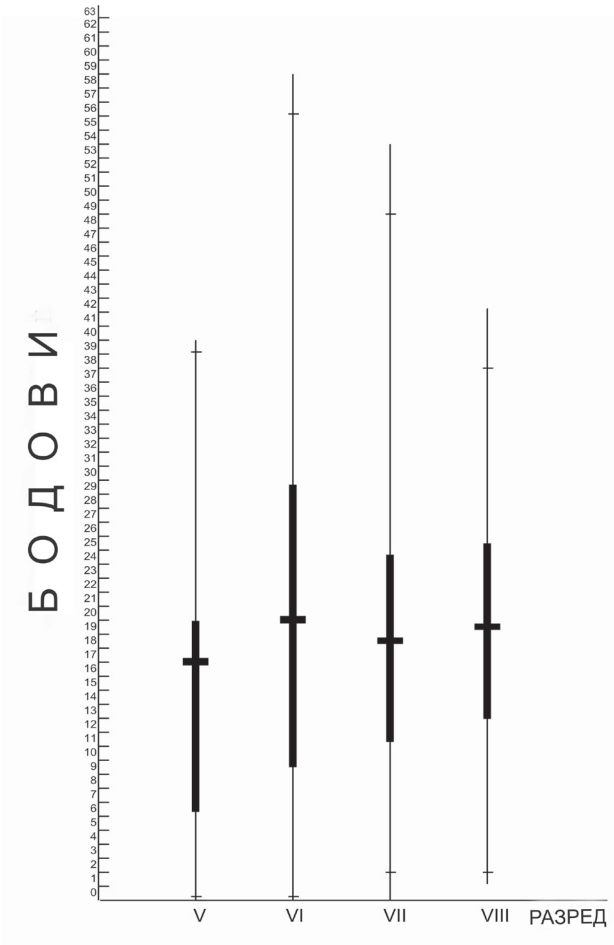
Разлике у језичком и правописном знању ученика са ИО истог разреда

Како смо навели, истраживањем је било обухваћено 230 ученика све три школе. У свакој школи тестирани су сви ученици од V до VIII разреда. Тестирање је извршено истим тестом како би се могле вршити компарације међу разредима. За тестирање је коришћен тест Српски језик ИТЈЗ. Тест не бисмо посебно описивали, јер смо то већ раније учинили, али бисмо још једанпут напоменули да садржи 63 задатка који обухватају целокупно градиво програмско-тематског подручја *Језик и правопис* које би ученици са лаком интелектуалном ометеношћу требало да усвоје од I до VIII разреда основне школе, те да се због тога могао користити за наведену сврху.

Резултате тестирања језичких и правописних знања посматраћемо са два аспекта: *са аспекта индивидуалних разлика и са аспекта величине утврђених разлика*. На овом месту се неће разматрати успех односно неуспех који су ученици показали у језичком и правописном образовању, него превасходно разлике у њиховим постигнутим резултатима.

Пре него што пређемо на разматрање добијених резултата тестирања језичких и правописних знања ученика са лаком ИО дали бисмо објашњење о начину њиховог приказивања на приложеном Графикону А. Вертикална линија представља целокупну дистрибуцију постигнутих резултата на тестирању у одређеном разреду. Тако, у V разреду линија се креће од 0, што чини најнижи резултат који је у овом разреду постигнут, до 40, што је највиши резултат у том истом разреду. Сви остали резултати распоређени су између тих двеју крајњих тачака. Задебљани део вертикалне линије чини 50% просечних резултата (Q1 до Q3), а хоризонтална линија на задебљаној линији представља медијан (вредност која дели дистрибуцију свих резултата на два једнака дела). Део линије који је изнад задебљане линије чини 25% резултата изнад просека (Q1), а део испод задебљане линије чини 25% потпросечних резултата (Q3). На оба краја дате вертикалне линије хоризонталном цртом је одвојено 2% највиших и 2% најнижих резултата тако да се између две наведене црте налази 96% свих резултата.

Варијабилност резултата у сваком разреду разматраћемо следећим редоследом: *тотални распон варијабилности, варијабилност резултата код 50% просечних ученика, код 25% ученика изнад просека и код 25% ученика испод просека.*



Графикон А. : Резултати теста Српски језик ИТЈЗ

При посматрању резултата са теста Српски језик ИТЈЗ на приложеном Графикону А, може се запазити да постоји, готово у сваком разреду, велики распон између најнижих и највиших постигнутих резултата. Највећа разлика између најнижег и највишег резултата налази се у шестом разреду (разлика је 59). Најмања разлика између најнижег и највишег резултата, пак, налази се у V разреду (распон је 40). У VII разреду линија која показује целокупну дистрибуцију постигнутих резултата се креће од 0, што је најнижи постигнути резултат у овом разреду, до 54, што је највиши резултат; док се у VIII разреду тај распон креће од 1 до 42.

Анализа укупних резултата ученика од V до VIII разреда показује и следећу специфичност: распон између највиших и најнижих резултата постепено се смањује из разреда у разред. Ту чињеницу очигледно илуструје дужина вертикалне линије која приказује дистрибуцију резултата– у сваком наредном разреду линија је краћа. То практично значи да су у сваком наредном разреду мање разлике у распону између највиших и најнижих резултата и да разреди бивају, донекле, хомогенији, али ипак постоје огромне индивидуалне разлике у знању међу ученицима испитаних разреда.

Погледајмо сада резултате 50% просечних ученика са лаком ИО у разреду (резултати између Q1 и Q3 – задебљани део вертикалне линије). Резултати ове групе ученика (која се често узима као хомогена), такође показују прилично велику варијабилност. Распон између највишег и најнижег резултата код 50% просечних ученика шестог разреда износи 19 бодова, а код петог разреда 18 бодова. Тај распон између највишег и најнижег резултата код 50% просечних ученика нешто је мањи у седмом (13 бодова) и осмом разреду (12 бодова), но ипак доста велики. Ово указује на закључак (који треба даљим истраживањима потврдити) да се са узрастом разлике у групи просечних ученика са лаком ИО смањују, односно да та група бива хомогенија. Међутим, распон варијабилности резултата који је утврђен и код ове групе ученика указује да индивидуализована настава није потребна само најслабијим и најбољим ученицима, већ и просечним ученицима разреда.

Распон између најнижих и највиших резултата 25% ученика изнад просека показује да су резултати ове групе ученика са лаком интелектуалном ометеношћу најхетерогенији. Варијабилност резултата ове групе ученика готово у свим разредима је знатно већа од варијабилности резултата осталих категорија ученика у разреду. Индивидуалне разлике у резултатима 25% изнадпросечних ученика са лаком ИО у сваком су разреду двоструко, а негде и троструко, веће од разлика које постоје у резултатима осталих категорија ученика разреда. Највећа варијабилност резултата код ове категорије ученика утврђена је у шестом разреду и износи 29 бодова.

Сасвим другачију слику налазимо код резултата групе 25% ученика испод просека. Варијабилност резултата ове групе ученика готово у свим разредима је знатно мања од варијабилности резултата групе 50% просечних ученика, а поготово групе 25% ученика изнад просека. Ово указује да је група 25% ученика испод просека релативно најхомогенија група ученика. Интересантно је овде истаћи да се релативна хомогеност ове категорије ученика манифестује у њиховом незнању, док се хетерогеност четвртине ученика са лаком ИО изнад просека манифестује у

њиховом знању. Међутим, и код ове групе ученика може се приметити благо повећање варијабилности резултата из разреда у разред.

Уколико погледамо резултате 2% најбољих и 2% најслабијих ученика у свим разредима уочићемо идентично стање као и код 25% ученика изнад просека и 25% ученика испод просека. Индивидуалне разлике 2% ученика изнад просека у сваком разреду су веће од разлика у резултатима 2% најслабијих ученика.

Након анализе резултата језичког и правописног образовања ученика са лаком ИО у испитаним разредима, указали бисмо на величину индивидуалних разлика код испитаних ученика изражавајући је у годинама.

Ако пажљиво, на приложеном графикону, погледамо дистрибуцију резултата у језику и правопису ученика шестог разреда, уочићемо да су резултати најбољих ученика тога разреда бољи од резултата просечних ученика осмог разреда и да су можда једнаки са просечним резултатима првог или другог разреда средње школе. С друге стране, најнижи резултати на које наилазимо у шестом разреду сигурно су слабији од просечних резултата трећег и другог разреда ОШ. На основу тога произилази да су најслабији ученици са лаком ИО шестог разреда, по језичком и правописном образовању, на нивоу ученика са лаком ИО првог разреда основне школе. Ако су, дакле, најбољи ученици шестог разреда у свом језичком и правописном образовању на нивоу просечних ученика првог или другог разреда средње школе, а најслабији ученици истог разреда на нивоу просечних ученика првог или другог разреда основне школе, разлика између најбољих и најслабијих ученика са лаком ИО шестог разреда, изражена у годинама, износи седам, осам и више година школовања. Ако размотримо величину индивидуалних разлика и у свим осталим разредима, наилазимо на готово исту ситуацију као и у шестом разреду.

Разлике, међутим, између осталих категорија ученика у једном конкретном разреду су мање, но ипак постоје.

Разлике у узрасту ученика са ИО истог разреда

Поред испитивања постојања индивидуалних разлика у знању ученика са лаком ИО, занимало нас је и колике су разлике у календарском узрасту ученика са ИО истог разреда које смо нашим истраживањем обухватили. Ове разлике су нас интересовале због тога што сматрамо да разлике у старости ученика условљавају у извесном смислу и разлике у њиховим способностима, те је познавање тих разлика за наставника веома корисно.

Испитивањем узраста ученика у појединим разредима уочавамо да у свим разредима постоје велике узрасне разлике међу ученицима са лаком ИО. Величина разлика између најмлађих и најстаријих ученика разреда се креће у распону од три до пет година. Карактеристично је да већину сваког разреда не чине ученици само једне године старости, већ три узастопне године живота, као и то да се у сваком разреду налази доста већа група ученика која је за годину дана старија од узраста ученика који одговара за дотични разред.

Величину узрасних разлика у годинама живота код ученика са лаком ИО одређеног разреда приказали смо у табели 2.

Табела 2 – Разлике у годинама живота ученика са ИО од V до VIII разреда ОШ

Разред	V	VI	VII	VIII
Узрасне разлике	5	4	3	4

Уколико бисмо погледали у којим се све разредима налазе ученици рођени исте године запазили бисмо да се неки налазе у свим разредима. На готово идентичну дистрибуцију ученика наилазимо и при посматрању које се генерације ученика налазе у истом разреду. Колики је проценат ученика старијих од узраста разреда у коме се налазе приказали смо у табели 3.

Табела 3 – Проценат ученика старијих од узраста разреда у коме се налазе

Разред	V	VI	VII	VIII
%	66,66	71,42	73,33	77,19

На основу добијених података се види да у сваком разреду има далеко више старијих ученика од узраста који се тражи за одређени разред, те се, на основу тога, може поставити питање какав однос постоји између успеха ових ученика и успеха ученика чији календарски узраст одговара узрасту разреда у коме се налазе. Да ли старији ученици имају већи и бољи успех и обрнуто? Одговор на ово питање нисмо потражили јер нам то и није био циљ, али би занимљиво било позабавити се и тим проблемом у даљим истраживањима.

Постојање овако великих разлика у годинама живота ученика са лаком ИО одређеног разреда свакако има утицаја и на њихов физички развој, што ће директно захтевати њихово поштовање у настави физичког васпитања преко њене организације и извођења.

Индивидуалне разлике ученика са лаком ИО и настава

На основу резултата добијених извршеним емпиријским истраживањем можемо закључити да постоји веома велика варијабилност резултата свих испитаних категорија ученика са лаком интелектуалном ометеношћу у свим испитаним разредима, као и то да је та варијабилност резултата *правило*, а опсег те варијабилности изненађујуће велики. Овакви резултати истраживања неминовно упућују на закључак да на разред ученика са лаком ИО треба гледати као на групу ученика сасвим неједнаког знања и могућности, што захтева и императивно намеће потребу за индивидуализацијом наставе.

Посматрајући овако утврђене разлике међу ученицима са лаком ИО истог разреда недвосмислено можемо закључити о успешности наставног поступка једнаког за све. Таква настава била би повољна само за мали број ученика са лаком ИО у разреду, док би за већину била непримерена, а самим тим и недовољно успешна.

На основу утврђених чињеница о постојању огромних разлика у нивоу језичког и правописног образовања ученика са лаком ИО свих испитаних разреда, јасно се намеће захтев за одређеним променама у организацији и извођењу наставног процеса у том смислу да се „универзални“ наставни поступак мора заменити интензивираном индивидуализацијом наставе како би она била успешна. Сама индивидуализација наставе мора бити утемељена на индивидуалним разликама међу ученицима, самосталном и слободном раду и учењу ученика (Meyer, 2002).

На почетку 21. века савремена основна школа, па и школа за ученике са лаком интелектуалном ометеношћу, мора да покуша да одговори на све изазове које пред њу поставља *друштво* и *потребе развоја детета* и да наставу учини квалитетнијом (Kotova, Graničina, Savinova, 2007).

За успех ученика са лаком интелектуалном ометеношћу у основној школи неопходно је прилагођавање наставе и програмских захтева могућностима и потребама ученика. То подразумева примену индивидуализоване наставе у раду са овом популацијом ученика, за шта наставник треба да буде добро припремљен. Први услов од кога зависи успешност прилагођавања наставе индивидуалним разликама ученика јесте наставниково познавање ученика и величине индивидуалних

разлика које постоје међу њима, о чему већина наставника у школи за ученике са лаком интелектуалном ометеношћу нема јасну представу. Поред тога, да би се настава у школама за ученике са лаком интелектуалном ометеношћу ускладила са њиховим индивидуалним разликама требало би наставнике, током њиховог школовања, а и касније, путем различитих облика усавршавања, упознати са техником индивидуализације наставе (Ђорђевић, 2003). На тај начин створиће се и основни предуслови за успешно „одговарање" наставника на потребе учења и индивидуалних својстава ученика са лаком интелектуалном ометеношћу као једном од нивоа одговорности наставника, на чему се инсистира и у документима OECD-а (OECD, 2005).

Наставни план и програм и могућност индивидуализације наставе

Када је реч о Наставном плану и програму основног образовања и васпитања за ученике са лаком ИО[1] и могућностима индивидуализације наставе најпре бисмо пажњу посветили Правилнику о наставном плану и програму основног образовања и васпитања за ученике са лаком ИО.

Правилником о Наставном плану и програму уређено је да одељење за ученике са лаком ИО може да има до шест ученика. Оваквом величином одељења створене су основне претпоставке за могућност успешне примене интензивнијих облика организације наставе као што је индивидуализација, која се не може успешно реализовати у одељењима која имају велики број ученика. Поред тога, сама организација наставе на принципу индивидуализације је доста сложен и деликатан дидактички подухват који, поред осталог, у великој мери зависи од познавања индивидуалних разлика међу ученицима и захтева за њиховим правилним третирањем. Имамо ли на уму да разумевање важности индивидуализације наставе проистиче управо из познавања индивидуалних разлика, сасвим је разумљиво да наставници, који не познају разлике, неће разумети ни потребу за прилагођавањем наставе ученицима. Не може се, дакле, осећати и разумети важност онога што се не познаје. Настава коју изводе наставници који недовољно познају индивидуалне разлике својих ученика јесте мање више једнака за све ученике. Оваква организација наставе подједнако ставља у неповољан положај, како боље ученике тако и оне са потпросечним могућностима. Првима је таква

[1] Наставни план и програм основног образовања и васпитања за ученике лако ментално ометене у развоју, Службени гласник РС, Просветни гласник, бр.19/93.

настава сувише лака и може представљати игру, а другима претешка. Крајњи циљ индивидуализације наставе јесте да се извођење наставе прилагоди сваком ученику који учествује у њој. Одељења са малим бројем ученика омогућују да наставник што боље упозна све ученике, као и величину и природу индивидуалних разлика у различитим аспектима њиховог развоја. Сама свест о постојању и величини индивидуалних разлика међу ученицима требало би позитивно да утиче на промену наставниковог гледања на разред као на групу ученика које он образује и васпитава. Субјективни предуслови за прилагођавање наставе индивидуалним разликама ученика односе се, пре свега, на ослобађање наставниковог мишљења од традиционалних окова који га спречавају да на разред гледа као на групу ученика неједнаких знања и могућности. На тај начин наставник ће, у организацији наставног рада, одељење као образовну групу узимати онакво какво оно јесте и наставу прилагођавати ученицима, а не ученике прилагођавати настави.

Правилником се уређује и систем организације наставе тако да се она од I до IV разреда организује и изводи као разредна, а од V до VIII разреда као разредно-предметна, где се предметна настава изводи само из ликовне и музичке културе и физичког васпитања. Оваквим системом организације наставе у основној школи за ученике са лаком ИО додатно су створене основне претпоставке за упознавање индивидуалних разлика међу ученицима и праћење њиховог развоја и напредовања. Дакле, такав систем организације наставе омогућује да један наставник ради са ученицима одељења почев од I па до VIII разреда чиме наставник дуги низ година проводи са једном групом ученика и у могућности је да их боље упозна и прати, што је прва етапа на путу индивидуализације наставе.

Наставни план основног образовања и васпитања за ученике са лаком ИО, као један од основних докумената којим се решавају основна питања организације наставног рада, својом концепцијом такође погодује примени индивидуализоване наставе. Када је реч о наставном плану у њему је, у односу на претходни, извршено друкчије груписање васпитно-образовних активности. Ове активности су разврстане на обавезне наставне активности, обавезне ваннаставне активности, изборне предмете и облике образовно-васпитног рада којима се доприноси остваривању плана и програма и циљева основног образовања и васпитања.

У оквиру обавезних наставних активности налази се седам наставно-васпитних области заступљених у свих осам разреда при чему су наставни садржаји у овом наставном плану концентрисани у једно језичко подручје, једно сједињено подручје природе и друштва и по

једно подручје математике, техничког образовања, ликовне културе, музичке културе и физичког васпитања. Оваква концепција наставног плана омогућује да се изради одговарајући материјал за индивидуализацију наставе и индивидуални рад ученика у оквиру одређених наставно-васпитних области почев од I па све до VIII разреда и не захтева израду великог броја таквих додатних приручника.

Посебну предност примене индивидуализације пружају обавезне ваннаставне активности и облици образовног-васпитног рада којима се доприноси остваривању плана, програма и циљева основног образовања и васпитања. Реализацијом ових васпитно-образовних активности отклањају се велики недостаци у организацији школе, а нарочито у организацији наставе као њене најважније образовно-васпитне делатности. Оне пружају услове да дође до пуног изражаја ученик са својим индивидуалним склоностима, интересовањима и способностима.

Осим учињених измена у Наставном плану основног образовања и васпитања за ученике са лаком ИО, извршене су одређене измене и у Наставном програму, посебно у наставним програмима за поједине наставне предмете. Основни разлог за наведене измене у Наставном програму био је, свакако, Наставни план и промене које су у њему уследиле, као и потреба да се и сами наставни програми иновирају и ослободе оног дела наставних садржаја који непотребно оптерећују ученике, а немају битни утицај на њихов развој и крајње ефекте васпитно-образовног рада. Оваквим приступом у Наставном програму ученици су ослобођени учења мање важних садржаја и меморисања многих, не тако битних података, и створене основне претпоставке за индивидуализацију наставе и могућност да ученици више времена посвете ономе што је битно за изучавање одређеног наставног предмета, чиме би се остварили већи васпитно-образовни резултати. Овде, посебно, наглашавамо да се оваквим приступом у планирању наставног програма настојала уважити природа детета са лаком ИО и створила основна претпоставка за прилагођеност наставног програма овој популацији ученика што, недвосмислено, представља хуманији приступ њиховом образовању и васпитању.

На крају, треба истаћи да смо свесни чињенице да је за потпуно и правилно идентификовање разлика међу ученицима потребно много више података о ученику него што их наставници имају. Ипак, за упознавање индивидуалних разлика међу ученицима као битном услову за рационално организовање индивидуализоване наставе, у поређењу са ранијим стањем у основним школама за ученике са лаком ИО, данас су створени много повољнији услови. Наиме, бољем информисању наставника и систематском прикупљању података о ученицима могу

много допринети, поред педагошко-психолошке службе, још и реедукатор психомоторике, логопед и наставник корективно-превентивних вежби и игара. Увођењем ових стручњака у основну школу за ученике са лаком ИО створене су и основне претпоставке, не само за боље упознавање индивидуалних разлика међу ученицима него и услови за њиховим адекватним третманом и смањивањем одговарајућих разлика међу њима.

ЗАКЉУЧАК

Истраживање је указало на питање постојања индивидуалних разлика међу ученицима са лаком ИО у знању из програмско-тематског подручја „*Језик и правопис*", као и на величину тих разлика унутар једног разреда. Таква сазнања нужно захтевају обавезу да се у настави унутар једног разреда поштују индивидуалне разлике ученика и настава индивидуализује. То указује на чињеницу да даља истраживања треба да дају одговор на питање колике су индивидуалне разлике ученика са лаком интелектуалном ометеношћу унутар једног разреда у осталим својствима. Сазнања о постојању индивидуалних разлика међу ученицима, као и величини тих разлика, утицала би на наставнике да са резервом гледају на фронталну наставу, наставу једнаку за све ученике, да у свом раду наставни процес индивидуализују и прилагоде могућностима ученика, те на тај начин наставу учине ефикаснијом.

За успех ученика са лаком интелектуалном ометеношћу у основној школи неопходно је прилагођавање наставе и програмских захтева могућностима и потребама ових ученика. То подразумева примену индивидуализоване наставе у раду са овом популацијом ученика, за шта наставник треба да буде добро припремљен. Први услов од кога зависи успешност прилагођавања наставе индивидуалним разликама ученика јесте наставниково познавање ученика и величине индивидуалних разлика које постоје међу њима. Поред тога, да би се настава у школама за ученике са лаком интелектуалном ометеношћу ускладила са њиховим индивидуалним разликама требало би наставнике, током њиховог школовања, а и касније, путем различитих облика усавршавања, упознати са техником индивидуализације наставе.

На крају да истакнемо, будући да нема дилеме какву наставу желимо, квалитетну или не, не може бити ни дилеме треба ли или не треба наставу прилагођавати могућностима ученика са лаком ИО имајући у виду постојање одређених индивидуалних разлика у нивоу њиховог образовања.

ЛИТЕРАТУРА

1. Blake, A.K. (1976): *The Mentally retarded,* New Jersey: Prentice Hall
2. Gronlund, N. (1974): *Individualizing Classrom Instruction,* Macmillan
3. Ђорђевић, С. (1997): Евалуација наставног плана и програма, *Београдска дефектолошка школа, бр. 1*, 144-148
4. Ђорђевић, С. (1997): Специфичности новог наставног плана и програма, *Београдска дефектолошка школа, бр. 2*, 87-93
5. Ђорђевић, С. (2003): *Ефикасност облика индивидуализације наставе у основној школи за лако ментално ретардиране ученике*, Београд: Дефектолошки факултет Универзитета у Београду
6. Ђорђевић, С. (2010): Успех ЛИО ученика ОШ у настави српског језика у оквиру програмско-тематског подручја „Језик и правопис“, *Београдска дефектолошка школа, бр. 1*, 181-190
7. Кирби, Р. и Џон, Р. (1978): *Индивидуалне разлике,* Београд: Нолит
8. Kotova, S. A. Graničina, O. A, Savinova, L. J. (2007): *Načalnoe obrazovanie v kontekste program Junesko "Obrazovanie dlja vseh"* Rosijskoe videnie, Sankt Peterburg
9. Meyer, H. (2002): Didaktika razredne kvake, Zagreb: EDUCA
10. OECD (2005): *Teachers Matter: Attracting, Developing and Retaining Effective Reachers* (Overview).
11. *Наставни план и програм основног образовања и васпитања за ученике лако ментално ометене у развоју,* Службени гласник – Просветни гласник, бр. 19, Београд 1993.
12. Шарановић-Божановић, Н. (1980): *Могућност утицаја на когнитивни развој ученика који показују неуспех,* Београд, Просвета

INDIVIDUAL DIFFERENCES OF PUPILS WITH MILD INTELLECTUAL DISABILITY AND TEACHING

SRBOLJUB ĐORĐEVIĆ
Teacher Training Faculty, Vranje, University of Niš

SUMMARY

This paper presents the results of research on individual differences in language and orthography education, as well as in age of elementary school children with mild intellectual disabilities. The study was performed on 230 children with mild intellectual disabilities of three elementary schools for students with mild intellectual disability.

The results of performed studies indicate the existence of large individual differences in knowledge and calendar age among pupils with mild intellectual disabilities. Considering these individual differences we can ask ourselves what kind of relationship exists between them and the methods of teaching process. These results of conducted research inevitably lead to the conclusion that the class of pupils with mild intellectual disabilities should be regarded as a group of pupils of quite unequal knowledge and capabilities, which imposes and imperatively demands the need for individualization of teaching. Accordingly, it is necessary to analyze The Curriculum of Primary Education for pupils with mild intellectual disabilities and the possibility of individualization of teaching.

KEY WORDS: pupils with mild intellectual disability, individual differences, teaching, individualization of teaching

Београдска дефектолошка школа
Вол. 17 (1), бр. 49, 113-132, 2011.

УДК 376.4
Примљено: 20.1.2011.
Оригинални научни чланак

ОСНОВНЕ ПРЕТПОСТАВКЕ УНАПРЕЂЕЊА УСЛУГЕ ИНСТИТУЦИОНАЛНОГ СМЕШТАЈА ЗА ОСОБЕ СА ИНТЕЛЕКТУАЛНОМ ОМЕТЕНОШЋУ

Фадиљ Еминовић[1], Слађана Васојевић[2]
[1]Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију, Београд
[2]Дом за децу и омладину ометену у менталном развоју, Сремчица, Београд

Овај рад представља покушај да се на темељан и систематичан начин представе значајни индикатори који утичу на унапређење услуге институционалног смештаја за особе са интелектуалном ометеношћу у Србији. У складу са тим дефинисан је предмет истраживања који се односи на свеукупно сагледавање квалитета ове услуге социјалне заштите приказом правне регулативе, чије се одредбе тичу институционалног смештаја за ову друштвену групу и приказом реалног стања у установама за збрињавање корисника. У складу са предметом рада изведени су основни циљеви, који су се операционализовали путем приказа неколико неколико методских јединица: деинституционализација социјалне заштите и трансформација институција; правне и методолошке импликације унапређења услуге институционалног смештаја; анализа структуре корисника и услуга институционалне заштите.

У закључном делу овог прегледног рада учињен је покушај да се дају основне претпоставке за унапређења услуге институционалног смештаја у односу на све идентификоване индикаторе.

КЉУЧНЕ РЕЧИ: институције социјалне заштите, особе са интелектуалном ометеношћу

УВОД

И поред тога што је предвиђена као крајња и пре свега привремена мера, институционални смештај за особе са интелектуалном ометеношћу у Републици Србији има дугу традицију. Чини се да је послед-

њих деценија настављен друштвени тренд трајног збрињавања у институцијама социјалне заштите. На такво стање су утицали многобројни друштвени и економски фактори. Сиромаштво, ратови и миграције великог броја становништва су одлике тог периода чије су се негативне последице одразиле и на систем друштвене помоћи и подршке овој мањинској друштвеној групи. Целокупна друштвена пажња била је усмерена на задовољење егзистенцијалних потреба ових појединаца, односно обезбеђивање смештаја, исхране, неге, здравствене заштите, итд. Све остале потребе које су изван овог корпуса потреба, посматране су као проблеми мање друштвене важности. Самим тим и минималне друштвене реакције.

Последице такве друштвене оријентације су нужно негативне. Особама са интелектуалном ометеношћу припадају сва права као и другим грађанима, а која су садржана у Уставу, као највишем правном акту и законима који омогућавају гаранцију корпуса права и који уређују реализацију сваког појединачног права. И поред тога, особе са интелектуалном ометеношћу се суочавају са значајним проблемима у остварењу основних права. Дискриминација и поред постојања Закона против дискриминације, незапосленост и поред постојања гаранција за запошљавање инвалида које су садржане у Закону о професионалном оспособљавању и запошљавању инвалида, искљученост из образовног система и поред законских гаранција о бесплатном и доступном образовном систему, институционализација наспрам укључености у живот заједнице су основне карактеристике друштвеног положаја особа са интелектуалном ометеношћу у Србији. Социјална изолација је нужан производ овакве друштвене небриге. Тако је у Србији велики број особа са интелектуалном ометеношћу смештен у институцијама социјалне заштите, које се одликују великим бројем корисника и условима који не задовољавају минималне стандарде за пружање ове услуге. Према Бркићу (2008), институције социјалне заштите у Србији одликује великим бројем корисника који се налази на смештају а који се предуго у њима задржавају, изолација од локалне заједнице са минималним шансама за интеграцију у заједницу.

Последњих година наша држава пролази кроз интензиван период друштвених промена. Реформација друштвених система је основна карактеристика наше друштвене стварности. Реформа социјалне заштите је један од првих и најзначајнијих реформских промена, која треба да омогући задовољење потреба значајног броја грађана. Стратегија развоја система социјалне, документ који садржи основне принципе и смернице реформских процеса система, апострофира особе са интелектуалном ометеношћу као посебно рањиву, и надасве маргинализо-

вану друштвену групу за коју су планиране посебне друштвене мере. Деинституционализација и развој услуга у заједници се посматрају као основни механизми за изградњу новог система социјалне заштите који је заснован на поштовању људских права.

Основни предмет овог рада је анализа услуге институционалног смештаја за особе са интелектуалном ометеношћу и идентификовање основних фактора од чије остварености зависи квалитет ове социјалне услуге. Без тенденције да глорификујемо значај неких фактора у социјалној интеграцији особа са интелектуалном ометеношћу, у овом раду анализа ће, пре свега, бити усмерена на испитивање два значајна показатеља квалитета услуге институционалног смештаја: деинституционализације социјалне заштите и правне легислативе из овог друштвеног система подршке.

У складу са тим, главна истраживачка пажња у овом раду биће усмерена на остваривање неколико циљева, пре свих:

- идентификовање најзначајнијих елемената који одређују адекватност институционалног смештаја са аспекта пружаоца и примаоца услуга;
- анализирање правне регулативе социјалне заштите за особе са интелектуалном ометеношћу, са посебним освртом на право на смештај у институцију социјалне заштите;
- приказивање начина реализације социјалних услуга у установама социјалне заштите приказом релевантних владиних и невладиних извештаја о стању у њима.

Реализацијом дефинисаних појединачних циљева омогућиће се свеукупно сагледавање квалитета институционалног смештаја за особе са интелектуалном ометеношћу и идентификовати фактори који одређују тај квалитет а све у циљу планирања адекватних друштвених интервенција за унапређење квалитета живота ове мањинске групе.

I ДЕИНСТИТУЦИОНАЛИЗАЦИЈА СОЦИЈАЛНЕ ЗАШТИТЕ

Идеја о укључивању особа са инвалидитетом у отворену заједницу потекла је из Канаде, која је уз најрадикалније и најпрогресивније ставове САД-а, преобразила образовни модел у интегративни, пружајући могућност особама са интелектуалном ометеношћу потпуну интеграцију у заједници. Такав приступ значи пружање могућности за равноправно учествовање особа с тешкоћама и особа без тешкоћа у различитим подручјима живота: од образовања, запошљавања, становања, спровођења слободног времена и остваривања међуљудских односа.

Промене у доминантној филозофији друштва и негативна слика у јавности о институционалним условима, погодовале су процесу деинституционализације и развоју служби подршке у заједници. Међутим, успех и квалитет живота није зависио од самог премештања у заједницу, већ од тренутне политичке и економске ситуације, и реалне подршке власти у стварању служби подршке у заједници. Према истраживању Алфирева (2007), премештање особа из великих институција у мање службе подршке које су утемељене у заједници довело је до позитивне промене у квалитету живота тих особа. Према наводима истог аутора, истраживања спроведена у САД-у и Великој Британији показују да су позитивни резултати деинституционализације видљиви кроз аспект адаптивног понашања и самосталности у подручјима заштите и бриге о себи, кући, вештинама слободног времена, провођењу избора, као и у квалитетнијем односа са породицом, пријатељима и особљем. Уједно, нека су истраживања показала и смањење агресије и аутоагресије (Алфирев, 2007:25). Према наводима овог аутора, а према резултатима истраживања које су спровели Станцлиффе и Кеане (2000), упоређујући исходе и трошкове, а у вези са квалитетом заштите, у групи одраслих особа са интелектуалном ометеношћу које живе у групним домовима и делимично независним облицима становања, утврђени су неки значајно бољи исходи код особа које не живе у домовима. Ти се исходи односе на значајно смањење социјалног незадовољства, чешће и независније кориштење услуга заједнице, веће учешће у кућним пословима и већу оспособљеност.

Расправљајући о појму и значењу институције, институционализације и деинституционализације Сцхädлер (2004) наглашава како је потребно говорити о добро организираној заштити, за шта је потребно имати службу, односно институцију која ће бити тако добро организована да може удовољити сложеним захтевима савремених облика подршке како процес деинституционализације не би имао негативан утицај на живот особа са интелектуалном ометеношћу. Само премештање особа са интелектуалном ометеношћу из великих институција у мање стамбене јединице, а без адекватне пружене подршке, није показатељ унапређења квалитета живота. У том контексту, Милосављевић и Југовић, када говоре о лечењу менталних болесника и третману особа са посебним потребама ван институција, а унутар локалне заједнице, истичу неопходност развоја адекватних услуга у заједници. Ако постоји неадекватност услуга у заједници, ако социјална средина одбија менталну или физичку различитост, ако је породица неадекватна, ако живот ван институције појача усамљеност и отуженост већ маргинализованог појединца, онда се маргинализација може померити од оне „унутар

институције“ ка „оној ван институције“. Уколико процес деинституционализације крене у овом смеру, може довести целу породицу болесника или штићеника у даљи социјални пад или вртлог маргинализације уколико не постоје друштвене, институционалне и породичне претпоставке (Милосављевић, Југовић, 2009:13).

Деинституционализација би се могла дефинисати као ''процес у коме се систем заштите, првобитно намењен заштити особа са инвалидитетом тако што их искључује из друштва, трансформише у систем помоћи и подршке, који има за циљ да олакша учешће у друштво особама са инвалидитетом нудећи широк спектар услуга обезбеђених на нивоу заједнице, а поштујући притом принципе избора и одлучивања''(Cote, 2004: 28). Деинституционализација подразумева редуковање броја примљених у институције, развој алтернативних друштвених модела подршке, враћање у друштво оних особа које су способне функционисати у мање спутавајућој околини, као и реформу јавних установа како би се побољшао квалитет пружене заштите. Уместо великих, дислоцираних установа, у локалним заједницама се оснивају интегрални облици смештаја, третмана и запошљавања особа са интелектуалним тешкоћама.[1] Према томе, деинституционализација је повезана и представља операционализацију начела интеграције, инклузије, нормализације и индивидуализације. Ово подразумева:

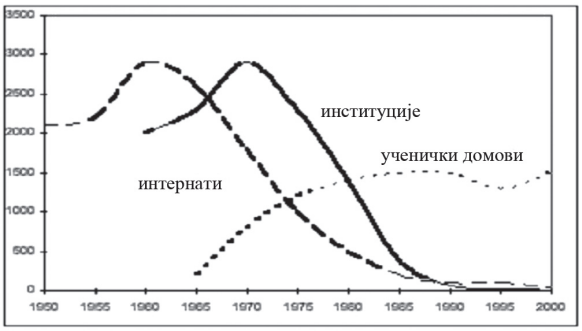
- интегрисање у друштвену околину уз осигуравање локалних служби подршке;
- подстицање изградње трајних међуљудских односа боравком упородици, било биолошкој или хранитељској;
- стварање што је могуће нормалнијих животних услова у различитим подручјима живота (образовање, становање, запошљавање, провођење слободног времена);
- уважавање индивидуалних потреба и посебности с циљем оптималног физичког, психичког, духовног, емоционалног и социјалног развоја;
- омогућавање развоја посебне аутономије и посебног стила живота (Братковић, 2006).

Док су у свету трајале расправе о деинституционализацији заштите особа са тешкоћама у развоју, пракса је показала да укључивање ових особа не само да је пожељно са аспекта људских права и норма-

[1] Више о процесу деинституционализације социјалне заштите у свету и успостављању услуга узаједници за особе са интелектуалном ометеношћу види, Братковић, Д., (2006);

лизације њихових живота, већ и да је то укључивање заиста и могуће. У Канади и већини држава САД институције за ове особе су потпуно укинуте. У Великој Британији је у последњих двадесет година дошло до великог преласка особа са тешкоћама у развоју из специјалних завода у састав усвојења, хранитељства, као и у стамбеним заједницама у локалним срединама. Подаци из 1992. године показују да је око 25. 000 особа са развојним тешкоћама обухваћено институционалним третманом, 35. 000 је обухваћено третманом у заједници, а остала већина (65. 000) се налази у властитим или хранитељским породицама. У Савезној Републици Немачкој, у институцијама приближно борави 30% особа са тежоминтелектуалном ометеношћу, 5% ових особа је обухваћено самосталним становањем уз подршку, док 65% живи у својим или хранитељским породицама. Баварска је донела одлуку о потпуном укидању специјалних институција до 2003 године. У Мађарској је донет закон којим се одређује потпуно укидање институција до 2010 године.[2]

Позитивни исходи деинституционализације потврђени су и у пракси која је проведена у Шведској. Наиме, Шведска је, након дугогодишњег прелазног раздобља, од процвата институција до њихова затварања, 1997. године донијела закон којим се забрањује смештање деце и одраслих са ометеношћу у велике институције. Упоредо са затварањем институција, развијали су модели групних домова у којима је могло живети највише четири до пет особа (Алфирев, 2007, графикони бр. 1, 2, 3).

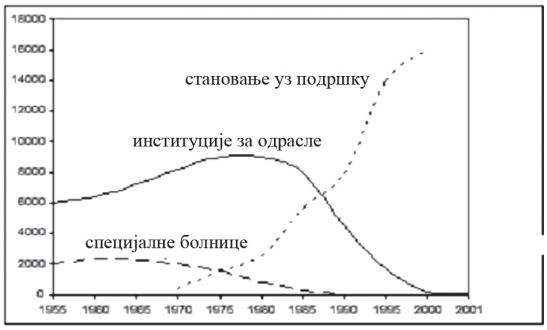


Кривуља 1.: Приказ процеса деинституционализације деце у Шведској.

[3]http://www.forsea.de/archiv/archiv_2003_02_schliesst_die_anstalten.shtml

[2] приказ графикона који показују деинституционализацију социјалне заштите у Шведској је преузет из докторске дисертације Алфирев., М., (2007);

[3] Закон о социјалној заштити и обезбеђивању социјалне сигурности грађана, Службени гласник РС, 1991;



Кривуља 2: Приказ процеса деинституционализације одраслих у Шведској.

http://www.forsea.de/archiv/archiv_2003_02_schliesst_die_anstalten.shtml

Кривуља 3: Приказ процеса деинституционализације (број кревета у институцијама)

http://www.forsea.de/archiv/archiv_2003_02_schliesst_die_anstalten.shtml

На представљеним графиконима јасно се вид начин и темпо затварања институција за особе са интелектуалним тешкоћама у Шведској. На графикону 1. се види да су у Шведској педесетих година прошлог века интернати и институције били доминантан облик пружања подршке за особе са интелектуалном ометеношћу, који су се готово равномерно развијали до појаве ученичких домова. Средином 60-их година бележи се значајан пад корисника институција, коју замењују ученички домови, чији смештајни капацитети никада нису превазишли капацитете првобитне модела подршке. Графикон 2. представља приказ развоја услуга у заједници за одрасле особе са интелектуалном ометеношћу. Као што се на графикону може и видети, становање уз подр-

шку као ванинституционални облик помоћи и подршке за особе са интелектуалном ометеношћу се развио 70-их година прошлог века и до данашњих дана имао сталну тенденцију развоја. Са друге стране институционални смештај и специјалне болнице су показивале тенденцију смањивања смештајних капацитета. Тако су специјалне болнице потпуно затворене за особе са интелектуалном ометеношћу 1990. догине, а само десет година касније и институције за смештај корисника. Можда је најбољи пример тенденције затварања институција илустрован на графикону 3. где се види којом се брзином смањивао број кревета у институцијама до њиховог коначног затварања.

На основу свега изнетог можемо закључити да успех процеса деинституционализације и социјалне интеграције особа са интелектуалном ометеношћу зависи од више фактора. Већина експерата који су се бавили овом проблематиком, сматрају да се ови процеси морају одвијати у две равни: једна се односи на дефинисање одговарајуће легислативе у овој области, док друга представља дугорочан процес прихватања ових особа од стране других у друштво. Сматра се да актуелни ставови које окружење заузима према овој популацији, пресудан предиктивни фактор успешности њихове социјалне интеграције (Салих, Ал Кандари, 2007, види Глумбић и сарадници, 2009:274).

II ПРАВНО И МЕТОДОЛОШКЕ ИМПЛИКАЦИЈЕ УНАПРЕЂЕЊА ИНСТИТУЦИОНАЛНЕ ЗАШТИТЕ

Социјална заштита је „организована друштвена делатност која има за циљ пружање помоћи грађанима и њиховим породицама када дођу у стању социјалне потребе и преузимању мера ради спречавања настајања и отклањања последица таквог стања“[4]. Корисници услуга социјалне заштите су сви они грађани који се нађу у стању социјалне потребе. Особе са сметњама у развоју у Србији врло често се налазе у стању социјалне несигурности, која по својој структури и природи настанка захтева трајније облике друштвене помоћи и подршке. Ово је један од разлога који је утицао да се велики број особа са сметњама у развоју нађе у институцијама социјалне заштите, у којима се поред целодневног смештаја, неге, здравствене заштите, исхране, нуде и други садржаји, пре свега културно-забавног, спортско-рекреативног и другог садржаја.

Друштвена пракса која се деценијама уназад темељила на доминантном институционалном моделу за пружање помоћи и подршке

[4] исто;

особама са интелектуалном ометеношћу условила је негативни друштвени тренд целодневног збрињавања великог броја појединаца ове друштвене групе у установама социјалне заштите. Према Закону о социјалној заштити и обезбеђивању социјалне сигурности грађана, домски смештај се обезбеђује за децу и омладину оменену у развоју, степена умерене, теже и тешке ометености, вишеструко ометеној и оболелој од аутизма одговарајуће облике васпитања, образовања и радног оспособљавања, радно ангажовање под посебним условика, као и потпуно и трајно збрињавање (становање, исхрана, нега, здравствена заштита, итд.). Према подацима Националне стратегије за младе, у Србији постоји пет установа за смештај деце и младих са сметњама у развоју. Одликује их велики број корисника (од 300 до 650), деце, младих и одраслих у распону од 4 до 50 и више година, који је већи од броја предвиђеног нормативима и стандардима. Услед непостојања одговарајуће мреже услуга, домови за децу и младе временом постају и институције за одрасле. Већина корисника читав живот проведе у институцији, изолована од природног окружења.

У циљу предузимања основних корака за успостављање ефикаснијег социјалне заштите, самим тим и побољшању положаја особа са интелектуалном ометеношћу, Влада Републике Србије је у децембру 2005. године усвојила Стратегију развоја социјалне заштите. Дефинисани правци развоја директно су усмерени ка стимулацији развоја услуга на локалном нивоу. Трансформација институционалног система заузима изузетно важно место у целокупном друштвеном систему помоћи и подршке за особе са интелектуалном ометеношћу. Према Бркићу (2006) стратегија дефинише пет основних праваца развоја:

- *Изградња нове политике и законодавне власти* – односи се на успостављање усаглашене и координисане сарадње између различитих система, као услова за превазилажење парцијалног, и развијање холистичког приступа у задовољавању људских потреба;

- *Децентрализација система социјалне заштите*– Постојећи централизован начин управљања удаљава локалну самоуправу од одговорности за задовољавање социјалних потреба грађана. Резултат тога је непостојање континума услуга у заједници. Децентрализацијом надлежности и средстава, општини и граду треба вратити функције социјалне заштите. Потребе људи се могу ефикасно, економично и правовремено задовољавати у непосредном окружењу– породици и локалној заједници;

- *Обезбеђивање ефикаснијих материјалних услуга у социјалној заштити*– Средства за материјалну сигурност радно способних грађана треба да имају стимулативни карактер тј. да буду у функцији њиховог запошљавања, активирања потенцијала, како би својим радом делимично или потпуности обезбедили средства за егзистенцију. Истовремено, неопходно је повећати ниво материјалне сигурности за кориснике који због свог психофизичког стања нису у ситуацији да самостално обезбеде средства за егзистенцију.

- *Обезбеђивање квалитетнијих услуга у социјалној заштити* – Смисао и циљ развоја социјалних услуга у локалној заједници огледа се у превенирању проблема појединца, породица и група у ризику, како не би дошли у стање социјалне изолације и трајне зависности од социјалних служби. У том смислу, обезбеђивање квалитетнијих услуга подразумева стварање услова за плурализам пружалаца услуга (владин, невладин, приватан сектор), подршка и афирмација породице као најбољег миљеа за заштиту рањивих група, израда стандарда услуга у оквиру институција и служби социјалне заштите, увођења транспарентног и ефикасног система жалби;

- *Јачање капацитета запослених у социјалној заштити* – Остваривање се путем континуиране едукације, афирмације етичких принципа и кодекса професионалног понашања, акредитације нових програма, лиценцирања, контроле квалитета стручног рада кроз супервизију и система независног надзора, стварање могућности за стручно напредовање запослених.

Рационализацијом институционалног смештаја и трансформацијом постојећих установа могуће је усмерити расположива средства у развоју услуга у заједници, које подржавају живот у природном окружењу, при чему би смештај у установе био крајње рестриктивна мера која би се примењивала искључиво када је то у најбољем интересу корисника (Бркић, 2006).

Паралелно са операционализацијом реформских циљева који су садржани у Стратегији развоја социјане заштите, донесени су и Минимални стандарди за институционални смештај деце и младих. У овом документу су садржани основни индикатори за унапређење институционалног модела заштите за децу и младе са сметњама у развоју а који се заснива на тенденцији смањења смештајних капацитета у

институцијама, развоју програма подршке за кориснике институција за укључивање у ванинституционалне моделе подршке, развоју програма за сарадњу за ЦСР у циљу припреме корисника за усвојење, хранитељство или повратак у биолошку породицу. Коначно, овај документ садржи дефиницију шта је то институционални смештај, за коју групу корисника је намењен, садржај активности и временско трајање услуге. Институционални смештај је према овим стандардима намењен деци и младима у одређеном временском периоду, а ради привременог смештаја и припреме за повратак у биолошку породицу, хранитељство, усвојење или неки други вид ванинституционалног збрињавања.

У циљу реформације система социјалне заштите и успостављања квалитета услуга, па самим тим и квалитета услуге институционалног смештаја за особе са интелектуалном ометеношћу донесени су значајни документи који, уз законе и највиши правни акт државе, представљају значајне механизме гаранције права из система социјалне заштите. И поред тога велики проблем социјалне заштите ове друштвене групе су неразвијене услуге у заједници а које би требало да омогуће развој сервиса подршке појединцима и породицама деце са интелектуалном ометеношћу, пре свих: саветодавно терапијске услуге, медијација и независно заступање, услуге породичног смештаја, становање уз подршку, дневне активности, итд. Значајан број услуга је садржан у Нацрту закона о социјалној заштити, који би требало да успостави све правне претпоставке за унапређење услуге институционалног смештаја, развоја услуга у заједници и подизања квалитета живота ове друштвене групе.

III АНАЛИЗА СТРУКТУРЕ КОРИСНИКА И ПРУЖЕНИХ УСЛУГА У УСТАНОВАМА СОЦИЈАЛНЕ ЗАШТИТЕ

Један од појединачних циљева овог рада је усмерен на приказ структуре корисника у установама социјалне заштите. Из тог разлога представићемо податке Републичког завода за социјалну заштиту који су садржани у Извештају о раду установа социјалне заштите за смештај особа са инвалидитетом у 2009. години. Како бисмо омогућили свеобухватно сагледавање структуре корисника у претходном периоду а нарочито значајнија померања у оквиру те структуре, табеларно ћемо представити податке корисника установа социјалне заштите за период 2008/09. године.

Табела 1. Основни подаци о установама социјалне заштите за 2008. годину

Јединица	Капацитет	Укупан број корисника (1.1.2008. – 31.12.2008.)	Нови корисници у 2008. години	Број корисника на дан 31.12.2008.
Домови за децу и омладину ометену у развоју	1.624	1.651	53	1.599
Домови за одрасла лица ометена у менталном развоју	1.529	1.681	84	1.644
Домови за одрасла инвалидна лица и лица са чулним оштећењем	300	312	49	261
Домови за душевно оболела лица	2.275	2.553	131	2.394
Укупно	5.728	6.197	317	5.898

На основу приказаних резултата у табели 1. можемо да кажемо да је укупан капацитет установа за смештај деце, омладине и одраслих особа са сметњама у развоју у 2008. године износио 5.728 места. Током године је на смештају било 6.197 особа док је на дан 31.12.2009. године у овим установама на смештају 5.898 особа. Можемо рећи да је постојање, и даље великог броја особа са интелектуалном ометеношћу у установама социјалне заштите, забрињавајући и поред реформских промена које су предузете у овом друштвеном систему. Наиме, и поред потенцирања развоја услуга у заједници за особе са интелектуалном ометеношћу, у току 2008. године на смештају у установама социјалне заштите није било смањења смештајних капацитета. Оно што посебно забрињава јесте податак да је у току 2008. године регистровано 317. нових домских корисника и то у домовима за смештај одраслих лица ометених у развоју. Може се рећи да за ову друштвену групу нису у потребној мери развијеневаниинституционалне услуге за осамостаљивање корисника и живот у заједници, које би требало да буду императив у пружању помоћи одраслим домским корисницима.

Подаци из Извештаја о структури корисника према роду показују да је у установама за смештај особа са инвалидитетом у 2009. години било више корисника мушког него женског рода, а доминирајућа узрастна група особа са инвалидитетом у свим установама је група од 27 до 49 година старости. Можемо рећи да је присутна слична структура

корисника установа социјалне заштите у односу на узраст као и у претходним периодима и да није дошло до значајнијег померања у односу на посматрану варијаблу. Оно што посебно забрињава је постојање одређеног броја деце и младих, узраста од 6 до 18 година старости у домовима за одрасла лица ометена у менталном развоју (12,53%). Доминирајућа група корисника, када је дужина боравка у питању, јесте и даље она која веома дуго борави у овим установама и то од 11 до 19 година у домовима за одрасла лица ометена у менталном развоју и домовима за душевно оболела лица.

Табела 2. Домови за децу и омладину ометену у развоју у 2009. години – Основни подаци о установи

Организациона јединица	Капацитет	Укупан број корисника (1.1.2009. – 31.12.2009.)	Нови корисници у 2009. години	Број корисника на дан 31.12.2009.
Домски смештај	1.521	1.550	44	1.502
Становање уз подршку	36	44	0	43
Матерински дом	10	5	4	1
Дневни боравак	57	52	5	53
Укупно	1.624	1651	53	1.599

Увидом у табелу 2. можемо рећи да је на смештају у 2009. години укупно било 1.624 деце и омладине ометене у развоју. Слично одраслим особама са сметњама у развоју 2008. години, и ова група корисника је током 2009. доминантно користила услугу домског смештаја, док су хранитељство, услугу дневног боравка и становања уз подршку користили у мањем обиму. Чини се да се управо на овим подацима може видети и свеукупна слика друштвене подршке за особе са интелектуалном ометеношћу с обзиром на то да су деца и млади управо она група према коме су усмерене друштвене интервенције у контексту социјалне интеграције. И поред тога што је становање уз подршку користило 44 деце и омладине са сметњама у развоју као нову услугу у систему социјалне заштите, веома су индикативни они подаци који показују да у укупној маси нових корисника установа социјалне заштите, домски смештај нова услуга за још 44 корисника. Чини се да не постоји синхроницитет у развоју нових услуга за особе са сметњама у развоји и деинституционализацији социјалне заштите. На једној страни постоје захтеви за успостављање нових и унапређење постојећих, док са друге стране постоји

сталан притисак за пријем нових корисника у институције социјалне заштите. Са друге стране не постоји адекватан развој сервиса за пружање помоћи и подршке породицама деце са интелектуалном ометеношћу. На такав закључак нас усмеравају подаци о разлозима смештаја деце и омладине са сметњама у развоју у институцијама социјалне заштите. Према Извештају, преовлађујући разлог за смештај у установе социјалне заштите су неспремност родитеља да воде бригу о деци за малолетне кориснике (35,41%), односно неадекватно породично старање за пунолетне кориснике (39,79%). Породице које немају потребну подршку за задовољење потреба своје деце су друштвена реалност у Србији. С обзиром на то да тежину интелектуалне ометености прате и додатне физичке и психичке болести, а самим тим и већа финснсијска издвајања и ниво пружене подршке од стране родитеља, потпуно је логичан и податак из извештаја да у укупној маси корисника доминирају они са тежим облицима инвалидитета (24,43% корисника са тешком интелектуалном ометеношћу).

Реформски циљев националних стратешких докумената, пре свих Стратегије развоја социјалне заштите, Стратегије унапређења положаја особа са инвалидитетом су усмерени на развој услуга у заједници док је домски смештај за особе са сметњама у развоју крајња мера која се примењује само привремено и у ситуацијама када су исцрпљене друге законске могућности. Међутим, у Србији је за особе са интелектуалном ометеношћу домски смештај остао доминантни модел друштвене помоћи и подршке.

На то указују и подаци о разлозима престанка смештаја корисника институција (графикон 1.): иако је пре неколико година доминантан разлог престанка смештаја у домовима са корисницима са сметњама у развоју био премештај у хранитељску породицу или враћање у биолошку или сродничку породицу, тај позитиван тренд се није наставио и у 2009. години. Доминантан разлог престанка смештаја корисника у прошлој години је била смрт корисника или премештај у другу установу социјалне заштите.

Чини се да ванинституционални модели помоћи и подршке за особе са сметњама у развоју нису развијени у потребној мери. Када се ради о моделима живота и становања који су усмерени на заједницу, недостаје велики број мањих стамбених јединица за живот и становање. Као последица тога, у установама социјалне заштите се тако јавља проблем неусаглашености између реалних потреба корисника домске заштите, који су по свим стандардима спремни за самосталније моделе живота и рада и недовољно ресурса у заједници који би могли да изађу у сусрет овим захтевима. Иако се становање уз подршку посматра као

Графикон 1. Структура корисника према разлогу престанка смештаја

значајна услуга у систему социјалне заштите, која треба да представља основ за њену деинституционализацију, у периоду 2009. године није дошло до повећања њеног капацитета. Наиме, становање уз подршку је реализовано само у неколицини установа социјалне заштите: у оквиру домова у Сремчици (23 корисника), Ветернику (10 корисника), и Стамници (10 корисника), док је ова услуга развијена само за 20 корисника институционалног система заштите развијен овај облик становања (по 6 корисника у Великом Поповцу и Старој Моравици, 8 у Јабуци).[5]

У институцијама за смештај особа са интелектуалном ометеношћу предвиђено је пружање значајних услуга чији је циљ развој или очување преосталих потенцијала и интеграција у друштвену заједницу: културно-забавне, спортско-рекреативне, васпитно– образовне активности, као и радно опособљавање. Васпитање и образовање је један од примарних услуга које се пружају у установама социјалне заштите, односно реализују се " одговарајући облици васпитања, образовања и оспособљавања за рад и радне активности, у складу са њиховим психич-

[5] У циљу унапређења васпитног и образовног рада у домовима и изналажењу адекватних практичних решења за рад са корисницима, развили су се развојни програми у циљу стимулације развоја оштећених функција домских корисника. На темељу поштовања најбољег интереса корисника, имплементирана је посебна информациона технологија за примену софтвера и хардвера за рад са овом друштвеном групом, развијен је Монтесори програм за унапређење социјалне, емотивне и свеукупне компетенције домских корисника, програм за сензорну стимулацију и интеграцију оштећених функција, итд. Већи број домова у Србији је имплементирао ове развојне програме у систем својих редовних рехабилитационих вежби.

ким и физичким способностима". Ово право се за кориснике у институцијама остварује укључивањем особа са интелектуалном ометеношћу у систем образовања и применом програма дефектолошког, психолошког и социјалног рада. Установе у Сремчици и Ветернику су започеле пилот пројекте укључивања особа са тежим облицима ометености у образовне установе у заједници, који данас егзистирају на нивоу протокола и уговора са образовним институцијама. Поред тога, у већем броју установа примењују се иновативни развојни програми у циљу подстицања развојних способности деце са овом врстом инвалидитета.[6] И поред тога, велики број корисника институционалног смештаја су изван образовног система, нарочито у оним институцијама које су удаљене од већих градова у Србији.

Значајан сегмент рехабилитације особа са сметњама у развоју у домовима у РС се реализује путем радно окупационе терапије. Према Закону о социјалној заштити у домовима за збрињавање корисника се организују активности које су усмерене на „радно ангажовање под посебним условима у складу са њиховом оспособљеношћу за рад". У зависности од способности, интересовања и могућности домских корисника остварује се радно ангажовање у неколико радионица: кројачка, радионица народне радиности, радионица за израду картона, столарска, молерска и друге радионице. Овај вид рехабилитације домских корисника је врло значајан, како са аспекта радног ангажовања и оспособљавања за једноставније радне операције, тако и за окупацију и релаксацију домских корисника. Тако на пример, у Домовима за смештај особа са сметњама у развоју током 2009. године 701 корисник је био радно ангажован, док се у Домовима за одрасле са сметњама у развоју 469 радно ангажовало.[7] Према подацима из овог извештаја најчешчи облици радног ангажовања били су одржавање хигијене заједничких просторија, одржавање дворишта, рад на економији, рад у вешерају и слични послови.

Програми подршке оспособљавању и осамостаљивању корисника као програми који доприносе већем социјалном укључивању особа са инвалидитетом нису довољно заступљени, већ доминирају активности културно-забавне и рекреативне природе. Наиме, увидом у појединач-

[6] Извештај о раду установа социјалне заштите за смештај особа са инвалидитетом у 2009. години;

[7] Према Извештају Хелсиншког одбора за људска права о стању у установама социјалне заштите за особе са сметњама у развоју(2009), као врло значајан проблем корисника институција је немогућност запошљавања ових корисника због одузете пословне способности. Како се у Извештају наводи, ово право не само да је ограничено, већ је у потпуности ускраћено, а одузета пословна способност се врло ретко, или никада не преиспитује.

не извештаје домова може се закључити да су програми стицања животних вештина, тренинзи самопомоћи, ликовне, ритмичке и драмске секције као учествовања у спортским и културно-забавним активносима на локалном нивоу најзаступљенији облици подршке у оспособљавању и осамостаљивању особа са инвалидитетом у овим установама. У мањем степену су развијени програми који имају за циљ већи степен самосталности у становању, образовању, радном и професионалном оспособљавању корисника институционалне заштите. На овај начин конципирани програми не омогућавају развој већег степена самосталности у оним животним областима који су кључни за успешније социјално укључивање особа са сметњама у развоју.

С обзиром на то да су особе са сметњама у развоју, који су корисници домског смештаја, најчешће одузете пословне способности[8], питање запошљавања је врло актуелно, не само за стручне и управне носиоце послова у овим установама, већ и за државу која је носилац механизама решавање овог проблема. Значајност овог проблема огледа се и у актуелном Закону о професионалном оспособљавању и запошљавању особа са инвалидитеом, на основу којег установа социјалне заштите може, уз сагласност старатеља, да оснује радни центар, и да за своје ангажовање корисници добијају новчану помоћ. Ова одредба закона је од изузетне важности за особе са интелектуалном ометеношћу које се налазе на смештају у установама социјалне заштите, узимајући у обзир број, старосну структуру корисника институција и немогућност запошљавања под општим или посебним условима.

ЗАКЉУЧАК

Особе са интелектуалном ометеношћу које се налазе на смештају у институцијама социјалне заштите суочавају се значајним тешкоћама који одређују квалитет њиховог живота. И даље присутна институционализација великог броја особа са интелектуалном ометеношћу у супротности је са општом друштвеном тенденцијом укључивања ове друштвене групе у заједницу. Према подацима из Извештаја Републичког завода за социјалну заштиту о стању у установама социјалне заштите за смештај особа са сметњама у развоју за 2009. годину, на смештају је било 1.550 корисника, од чега је регистровано 44 нових корисника. У највећим установама социјалне заштите за збрињавање особа са интелектуалном ометеношћу постоји сталан притисак за смештај нових корисника. Листе чекања за пријем нових корисника су изузетно велике и представљају значајан показатељ недовољне развијености сервиса за пружање подршке породици у заједници.

Чини се да процес деинституционализације и социјалне интеграције домских корисника у Србији није ни почео. И то у периоду када би требало да се виде први резултати реформских промена који су започети претходних година. На тај закључак нас наводе и подаци из државних извештаја, према којима је доминантан разлог престанка смештаја за особе са сметњама у развоју смрт корисника!

Становање уз подршку је услуга која је веома значајна за процес деинституционализације социјалне заштите. Значај ове услуге огледа се и у социјалној интеграцији особа са интелектуалном ометеношћу које се налазе на смештају у установама социјалне заштите. И поред тога, она је у веома малом броју доступна за кориснике институција (44). Тешкоћа у трансформацији установа социјалне заштите и развоја услуга за ову друштвену групу у заједници испољава се и у виду њихове међусобне неусклађености. Наиме, са једне стране имамо недовољан развој отворених модела подршке за особе са интелектуалном ометеношћу и програма за осамостаљивање домских корисника а са друге стране константан притисак на институције да приме нове кориснике.

Структура, број корисника институционалне заштите и неразвијена системска решења отежевају реализацију планираних активности у установама социјалне заштите. Програми који се доминантно реализују у институцијама социјалне заштите односе се на реализацију културних, рекреативних, спртских и активности забавног карактера. Корисници институционалног смештаја због одузете пословне способности су онемогућени да остваре своје право на запошљавање. У институцијама доминирају програми подршке за радно оспособљавање и радно-окупациону терапију који се реализују у домским радионицама. И поред Закона о професионалном оспособљавању и запошљавању особа са инвалидитетом, установе социјалне заштите нису покренуле програме за запошљавање својих корисника, док са друге стране, надлежни органи нису понудили потребну подршку за решавање проблема искључености из система рада и запошљавања. На сличан начин се одражава и присутан проблем у институцијама социјалне заштите који се тиче веома малог броја корисника који остварује своје право на образовање, услед чега је велики број корисника институцијализованих корисника изван образовног система. У оваквом систему социјалне заштите, у којем се институционални смештај пружа великом броју особа са интелектуалном ометеношћу, чак и веома значајни иновативни програми за стимулацију и корекцију оштећених функција ових појединаца не могу да задовоље реалне потребе.

Коначно, потреба овог рада захтева да се усмеримо на изношење закључних разматрања која се тичу правне регулативе која се тиче га-

ранција оних права која представљају основ за унапређење услуге институционалног смештаја. Можемо рећи да у Србији постоје нужне правне претпоставке за унапређење ове услуге. Оне су садржане у законима који садрже гаранције права из друштвених система, начине и принципе за реализацију тих права. Закони из система рада, социјалне заштите, образовања засновани су на принципима недискриминације, доступности и социјалне интеграције. Сматрамо да ће Нацрт Закона о социјалној заштити, који се налази у процесу јавне расправе, омогућити гаранцију права на живот у заједници, механизме за пуно поштовање права и унапређење услуге институционалног смештаја.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алфирев, М., (2007), Компаративна анализа скрби за особе с тежом менталном ретардацијом у Републици Хрватској, Савезној Републици Немачкој и Чешкој Републици, Докторска дисертација, Едукацијско-рехабилитацијски факултет, Свеучилиште у Загребу;
2. Братковић, Д., (2006), Модели скрби у светлу људских права особа са интелектуалном ометеношћу, Мобилизација и развој заједнице, Акцијско истраживање у Хрватској, Загреб;
3. Глумбић, Н., и сарад.,(2009), Факторска структура скала за процену ставова према особама са интелектуалном ометеношћу, Истраживања у специјалној едукацији и рехабилитацији, ФАспер, Београд;
4. Група аутора, (2009), Људи на маргини (4), Извештај о стању у социјалним установама за смештај деце и омладине ометене у менталном развоју, односно одрасле особе ометене у менталном развоју и душевно оболела лица, Хелсински одбор за људска права, Београд;
5. Жегарац, Н., Бркић, М., Рарвој локалних услуга социјалне заштите-ка стандардима квалитета, Фонд за развој УН, Министарство рада и социјалне политике, Фонд за социјалне иновације, Београд;
6. Закон о социјалној заштити и обезбеђивању социјалне сигурности грађана (1991), Службени гласник РС;
7. Извештај о раду установа социјалне заштите за смештај особа са инвалидитетом у 2009. години, Републички завод за социјалну заштиту, Београд;
8. Милосављевић, М., Југовић, А., (2009), Изван граница друштва, Савремено душтво и маргиналне групе, ФАСПЕР, Издавачки центар, Београд;
9. Стратегија развоја система социјалне заштите у Републици Србији (2005), Службени гласник РС»;

BASIC ASSUMPTIONS PROMOTIONS SERVICES INSTITUTIONAL ACCOMMODATION FOR PEOPLE WITH INTELLECTUAL DISABILITIES

FADILJ EMINOVIĆ[1], SLAĐANA VASOJEVIĆ[2]
[1]Faculty of Special Education and Rehabilitation, Belgrade
[2]House for retarded children and adolescents in the mental development, Sremčica

ABSTRACT

This paper attempts to thorough and systematic way to all important indicators that affect the improvement of institutional accommodation services for people with intellectual disabilities in Serbia. In accordance with that defined the object of study related to the overall perception of quality of social services depiction of legislation, whose provisions concerning institutional placement of this social group, and the picture of the situation in institutions for the beneficiaries. In accordance with the subject of work performed are the main objectives, which were viewed by several operationalize several methodical units: deinstitutionalization and transformation of social protection institutions, legal and methodological implications of improving the institutional placement services;'s analysis of the structure and institutional care services.

In the final section of this paper is an attempt to provide basic services to improve conditions for institutional placement in relation to the identified indicators.

KEY WORDS: social welfare institutions, persons with intellectual disability

Београдска дефектолошка школа
Вол. 17 (1), бр. 49, 133-140, 2011.

УДК 376.6
Примљено: 10.3.2011.
Оригинални научни чланак

КВАНТИФИКАЦИЈА ШИРЕГ АУТИСТИЧКОГ ФЕНОТИПА У ОПШТОЈ ПОПУЛАЦИЈИ [1]

Ненад Глумбић
Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију, Београд

Све је више доказа да аутизам и Аспергеров синдром представљају различите тачке континуума поремећаја у области социјалних интеракција, комуникације и ограничених и стереотипних интересовања и активности. Појава ширег аутистичког фенотипа код родитеља, браће и сестара деце са аутизмом, упућује на закључак да између аутизма и нормалности не постоје строге границе. Осим тога, сасвим је могуће да се и код неуротипичних испитаника могу уочите неке црте аутизма.

Ово истраживање је спроведено у циљу утврђивања дистрибуције аутистичког коефицијента у општој популацији.

Узорком су обухваћена 82 испитаника (10 мушког и 72 женског пола), узраста између 20,5 и 27 година (АС=22,42; СД=1,40). Аутистичке црте су квантификоване употребом Коефицијента аутистичког поремећаја (AQ). Реч је о инструменту самопроцене који се састоји из 50 ајтема којима се могу идентификовати црте аутизма код одраслих особа просечних интелектуалних способности.

Ни један испитаник из нашег узорка није достигао вредност граничног скора. Вредност AQ скорова кретале су се у опсегу од 2 до 24 (АС=12,51; СД=4,44), при чему је дистрибуција скорова била блиска нормалној.

Потребно је да се спроведу даља истраживања употребом наведене скале на већим узорцима неуротипичних особа, као и на различитим клиничким узорцима.

КЉУЧНЕ РЕЧИ: аутистички спектар, црте аутизма, континуум

[1] Овај рад је из пројекта Министарства за науку и технолошки развој Србије под називом "Социјална партиципација особа са интелектуалном ометеношћу", број 179017.

УВОД

Прве епидемиолошке студије аутизма указивале су на закључак да је аутизам редак поремећај чија се преваленција креће у опсегу од четворо до петоро деце са аутизмом на десет хиљада испитаника (Lotter, 1966). У деценијама које су уследиле преваленција аутизма је скоковито расла, достижући епидемијске размере. Данас се сматра да аутизам не представља редак поремећај будући да је његова преваленција од једног детета са аутизмом на 120 испитаника (Uchiyama, 2010) слична преваленцији интелектуалне ометености. Повећање преваленције аутизма се, бар једним делом, може објаснити променом дијагностичких критеријума, која је омогућила да се, осим типичног аутизма Канеровог типа, све чешће детектују блажи облици аутистичког поремећаја.

Класичан, синдромски приступ у изучавању первазивних поремећаја развоја, намеће потребу да се испитаници разврстају у оделите клиничке категорије. Насупрот томе, димензионални приступ изучавању ове категорије поремећаја, заснива се на идеји да аутизам представља широк дијапазон клиничких манифестација, од најтежих облика поремећаја до значајно блаже клиничке слике код особа са Аспергеровим синдромом. Може се, дакле, говорити о поремећајима аутистичког спектра који, осим типичног аутизма и Аспергеровог синдрома, обухватају и неспецификовани первазивни поремећај развоја.

Рубна подручја аутистичког спектра тешко је одредити, с обзиром на то да се и у популацији неуротипичних особа понекад могу детектовати благи, субклинички знаци аутистичког поремећаја. Иако се појава тзв. ширег аутистичког фенотипа, по правилу доводи у везу са породицом особа са аутизмом, извесни симптоми аутизма могу се некада опазити и у општој популацији. Квантификација ширег аутистичког фенотипа је поступак утврђивања положаја сваке појединачне особе на аутистичком континууму.

У ту сврху је конструисана *Скала за израчунавање коефицијента аутистичког спектра* (Baron-Cohen et al., 2001). Ова скала представља користан скрининг инструмент (Woodbury-Smith et al., 2005) који, нажалост, није примењиван у нашој земљи. Иницијална фаза у испитивању психометријских карактеристика Скале заснована је на њеној примени на узорку неуротипичних испитаника, како бисмо утврдили дистрибуцију добијених скорова у општој популацији. Резултати овог пилот истраживања проистекли су из рада на пројекту „Социјална партиципација особа са интелектуалном ометеношћу“ (Министартво за науку и технолошки развој РС; ев. бр. пројекта 179017).

МЕТОД ИСТРАЖИВАЊА

Узорак

Узорак су чинила 82 студента Факултета за специјалну едукацију и рехабилитацију Универзитета у Београду (72 женског и 10 мушког пола), старости између 20,5 и 27 година (АС=22,42; СД=1,40). Значајно већа заступљеност испитаника женског пола у истраживачком узорку логична је последица диспропорционално већег броја девојака у популацији студената наведеног факултета.

Инструмент и техника истраживања

Детекција аутистичких црта извршена је применом *Скале за израчунавање коефицијента аутистичког спектра* (AQ). Овај инструмент је осмишљен као скала Ликертовог типа, која се састоји из педесет ајтема. Сваки облик атипичног понашања бодује се једним поеном, тако да је максималан број поена педесет. Ајтеми су груписани у пет скала којима се процењују социјалне вештине, флексибилност пажње, фокусираност на детаље, комуникација и имагинација (Baron-Cohen et al., 2001). Наведену поделу аутори Скале засновали су на теоријским постулатима. У време када је скала публикована није било емпиријских доказа за претпостављену факторску структуру.

У истраживањима која су уследила добијени су различити резултати. Тако, на пример, холандски аутори (Hoekstra et al., 2008) проналазе само два фактора (социјалне интеракције и фокусираност на детаље). Исте године је, у једном истраживању, детектовано постојање четири фактора (Auyeung et al., 2008). Експлораторном факторском анализом Скале на узорку од 201-ог студента Остин (Austin, 2005) је пронашао доказе за постојање три фактора (социјалне вештине, фокусираност на детаље и способност комуникације, односно теорије ума). У нашем истраживању претпостављене подскале имају изузетно низак ниво релијабилности интерне конзистенције (Кронбахова алфа се креће у распону од 0,25 до 0,41). Једини изузетак представља трећа скала којом се процењује фокусираност на детаље (α=0,72). Будући да у овом истраживању нисмо радили факторску анализу српске верзије Скале, приказаћемо само глобалне вредности AQ-а. Интерна конзистентност скале у целини сасвим је задовољавајућа (α=0,65).

Истраживања других аутора показују да просечне вредности AQ скора не зависе од културолошких утицаја (Wakabayashi et al., 2006). Иако је специфичност скале ниска (0,52), остале каректиристике указу-

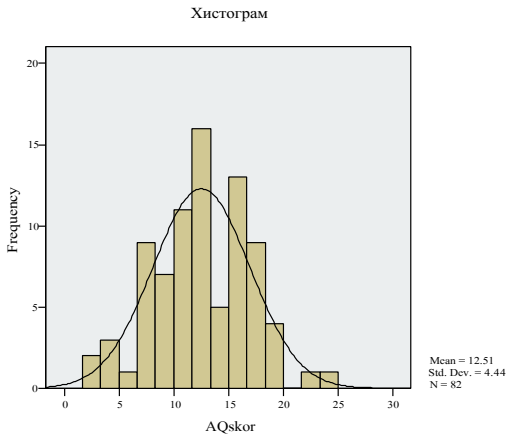
ју на добру дијагностичку валидност: сензитивност скале је 0,95; позитивна предиктивна вредност 0,82, а негативна предиктивна вредност 0,78 (Woodbury-Smith et al., 2005).

Подаци о аутистичким цртама испитиваних субјеката добијени су анонимним, колективним испуњавањем упитника, уз претходно добијену сагласност испитаника.

РЕЗУЛТАТИ ИСТРАЖИВАЊА СА ДИСКУСИЈОМ

Вредности AQ-а у испитиваном узорку крећу се у распону од 2 до 24. Сматра се да је вредност прага за аутистички поремећај 32 поена (Baron-Cohen et al., 2001). Просечне вредност AQ-а у контролној групи британског узорка (АС=16,4; СД=6,3) нешто су веће од просечних вредности скорова у нашем узорку (АС=12,51; СД=4,44). Иако су у оба случаја истраживањем обухваћене тзв. неуротипичне особе, тј. испитаници очуване интелигенције без знакова аутистичког поремећаја, атипични облици понашања нешто су ређи у нашем узорку. Мишљења смо да је уочену разлику могуће објаснити карактеристикама самог узорка. Познато је, наиме, да мушкарци имају већи AQ од жена, као и да је, међу студентском популацијом, већи AQ детектован код студената математике и физике, него код студената друштвено-хуманистичких наука (Baron-Cohen et al., 2001).

Дистрибуција AQ скорова у испитиваном узорку приказана је на Графикону 1.



Графикон 1 – Одступање дистрибуције AQ-а у односу на нормалну дистрибуцију

Дистрибуција AQ скорова, приказана на Графикону 1, показује да се бројчано изражене вредности коефицијента аутистичког поремећаја у општој популацији распоређују приближно нормално. Дистрибуција наведене варијабле има благу позитивну асиметрију (скјунес = 0,012), а осим тога благо је спљоштена (куртозис = - 0,212). Ако је неки инструмент усмерен ка детекцији појаве која се континуално распоређује дуж спектра, логично је очекивати да добијени резултати имају нормалну дистрибуцију. Наши резултати су у сагласности са истраживањем Херста и сарадника (Hurst et al., 2007) који су на великом неклиничком узорку од 1005 испитаника такође установили нормалну дистрибуцију AQ скорова.

Применом ANOVA теста није нађена статистички значајна разлика у просечним вредностима AQ скорова између испитаника различитог пола ($F(1,80)=3,772$; $p=0,056$). Већ смо поменули налаз Барон-Коена и сарадника да су просечне вредности аутистичког коефицијента код мушкараца из опште популације веће него код жена (Baron-Cohen et al., 2001). Насупрот томе, Херст са сарадницима (Hurst et al., 2007) не налази значајније разлике у просечним вредностима AQ скора између испитаника различитог пола. Иако су наши резултати сличним Херстовим добијени подаци се не могу генерализовати, како због малог узорка, тако и због чињенице да су истраживањем нису обухваћени студенти техничких и природно-математичких наука. Верујемо да би у том случају просечна вредност AQ скорова била нешто већа.

Ајтем анализа показује да неуротипични испитаници на одређеним ајтемима дају готово истоветне одговоре као и особе са Аспергеровим синдромом. Тако, на пример, 78% испитаника воли да ради извесне ствари на увек исти начин (ајтем бр. 2) или да пажљиво испланира сваку активност у којој учествује (ајтем бр. 43). Велики број испитаника (71%) тврди да се често толико задуби у неки посао да на све остало потпуно заборави (ајтем бр. 4), док 70% испитаника обично не примећује у околини или у изгледу неке особе. С друге стране, постоје извесни облици понашања који се изузетно ретко могу уочити у неуротипичној популацији. Сви испитаници из нашег узорка се са лакоћом сналазе у социјалним ситуацијама (ајтем бр. 11). Само 4% испитаника преферира самоћу у односу на боравак у друштву других људи, док 6% испитаника има потешкоће да се укључи у кобајаги игру са другом децом.

Иако је AQ у овом тренутку једини инструмент самопроцене којим се могу квантификовати атипични облици понашања карактеристични за аутизам, у последње време интензивно се ради на његовом редизајнирању. Низак ниво специфичности, недовољно конзистентни налази у погледу факторске структуре Скале, као и релативно велики број

ајтема условили су потребу за креирањем нове, значајно краће верзије Скале за процену аутистичког коефицијента. Редукцијом броја ајтема добијена је скраћена верзија Скале са 28 ајтема која је, потпом, валидирана на клиничким и контролним узорцима у Холандији и Великој Британији. Краћа верзија скале садржи два фактора вишег реда којима се процењују потешкоће у социјалним интеракцијама и фасцинираност шемама и бројевима (Hoekstra et al., 2010).

ЗАКЉУЧАК

Примена *Скале за израчунавање коефицијента аутистичког спектра* у нашој средини показује да коефицијент аутизма никада не прелази граничне вредности, ако је тестирањем обухваћена неуротипична популација. Вредности AQ скорова у општој популацији имају приближно нормалну дистрибуцију. Потребно је да се, у будућности, изврше додатне процене психометријских карактеристика Скале. У ту сврху неопходно је извршити процену: великог броја испитаника из опште популације различитог пола и занимања, као и испитаника са Аспергеровим синдромом, високофункционалним аутизмом, опсесивно-компулзивним поремећајем и схизотипалним поремећајем личности.

Следећи истраживачки кораци односе се на утврђивање факторске структуре Скале, као и на могућност примене краће верзије која би, због високог нивоа специфичности и сензитивности могла да буде прихватљиво алтернативно средство за квантификацију ширег аутистичког фенотипа.

ЛИТЕРАТУРА

1. Austin, E. J. (2005). Personality correlates of the broader autism phenotype as assessed by the Autism Spectrum Quotient (AQ). *Personality and Individual Differences*, 38, 451–460.
2. Auyeung, B., Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., & Allison, C. (2008). The Autism Spectrum Quotient – Children's Version (AQ-Child). *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 38 (7), 1230-1240.
3. Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Skinner, R., Martin, J., Clubley, E. (2001). The Autism-Spectrum Quotient (AQ): Evidence from Asperger Syndrome/ High-Functioning Autism, Males and Females, Scientists and Mathematicians, *Journal of Autism and Developmental Disorders,* 31(1), 5-17.
4. Hoekstra, R. A., Bartels, M., Cath, D. C., Boomsma, D. I. (2008). Factor Structure, Reliability and Criterion Validity of the Autism-Spectrum Quotient (AQ): A Study in Dutch Population and Patient Groups, *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38 (8), 1555-1566.
5. Hoekstra, R. A., Vinkhuyzen, A. A., Wheelwright, S., Bartels, M., Boomsma, D. I., Baron-Cohen, S., Posthuma, D., van der Sluis, S. (2010). The Construction and Validation of an Abridged Version
6. of the Autism-Spectrum Quotient (AQ-Short), *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40, 1-8.
7. Hurst, R., Nelson-Gray, R., Mitchell, J., & Kwapil, T. (2007). The relationship of Asperger's characteristics and schizotypal personality traits in a non-clinical adult sample. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37 (9), 1711-1720.
8. Lotter, V. (1966). Epidemiology of autistic conditions in young children: 1. Prevalence, *Social Psychiatry*, 1, 124-137.
9. Uchiyuma, T. (2010). Early treatment and autism, 3er Congreso Mundial de Autismo*, Monterrey, Mexico, Nov. 03-05, 2010.*
10. Wakabayashi, A., Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., & Tojo, Y. (2006). The Autism-Spectrum Quotient (AQ) in Japan: A cross-cultural comparison. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36, 263–270.
11. Woodbury-Smith, M. R., Robinson, J., Wheelwright, S., & Baron-Cohen, S. (2005). Screening adults for Asperger Syndrome using the AQ: A preliminary study of its diagnostic validity in clinical practice. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 35, 331–335.

QUANTIFICATION OF THE BROADER AUTISTIC PHENOTYPE IN GENERAL POPULATION

NENAD GLUMBIĆ
Faculty of Special Education and Rehabilitation, Belgrade

SUMMARY

There is growing evidence that autism and Asperger syndrome lie on a continuum of disabilities in a domain of social interaction, communication and restricted and stereotype interests and activities. Broader autistic phenotype was identified in parents and siblings of children with autism, implying that there are no strong boundaries between autism and so called normality. In addition, it is quite possible that some autistic traits could be found in neurotypical population.

The objective of this research was to determine distribution of autism quotient scores within typical population.

The sample consisted of 82 participants (10 males and 72 females), aged from 20.5 to 27 (M=22.42; SD=1.40). Autistic traits were quantified using Autistic spectrum quotient (AQ). It is self-administered, 50 items scale, for identifying the degree to which any individual adult of normal IQ may have autistic traits.

It was revealed that none of the participants reached cut-off score. Autistic quotient values ranges from 2 to 24 (M=12.51; SD=4.44). Distribution of obtained AQ scores was almost normal.

Further investigations in bigger control groups as well as in different clinical samples are needed.

KEY WORDS: autism spectrum, autistic traits, continuum

Београдска дефектолошка школа
Вол. 17 (1), бр. 49, 141-152, 2011.

УДК 376.2
Примљено: 20.1.2011.
Оригинални научни чланак

ВИЗУОМОТОРНА КОНТРОЛА КОД ДЕЦЕ СА ЛЕЗИЈОМ PLEXUS BRACHIALISA

Драгана Кљајић[1], Фадиљ Еминовић[2], Сања Трговчевић[3]
[1]Висока медицинска школа струковних студија, Ћуприја
[2]Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију, Београд
[3]Факултет политичких наука, Београд

Порођајна лезија plexus brachialisa је најчешћи неуролошки синдром, периферног типа, настао на рођењу. Специфичност лезије је у чињеници да она настаје, а њене последице трају у периоду интензивних промена у расту и развоју. Раст, развој и формирање сензомоторних образаца руке у раном периоду условљено је анатомском интактношћу, сазревањем централног нервног система, тактилним и кинестетским сазнањима која стижу из спољашње средине, а допуњена су видним и слушним утисцима.

Наше истраживање је спроведено током 2008/09 године и обухватило је 60 деце предшколског узраста, са дијагнозом порођајне трауме plexus brachialisa. Циљ истраживања је био да укажемо на могућности и значај соматопедског третмана у оптимализацији нивоа визуомоторне контроле.

На основу добијених резултата истраживања и њихове статистичке анализе, могли смо констатовати да су испитаници експерименталне групе значајно напредовали у односу на испитанике контролне групе, који нису били обухваћени соматопедским третманом.

КЉУЧНЕ РЕЧИ: plexus brachialis, визуомоторна контрола, соматопедски третман

УВОД

Оштећење plexus brachialisa код новорођенчета је периферна лезија евидентна на самом рођењу детета. У зависности од тежине лезије, клинички се манифестује као пареза или парализа, односно као делимична или потпуна одузетост руке. Клиничке форме порођајне лезије брахијалног сплета су: горњи тип (Erb-Duchenne-ова парализа), „про-

ширени тип“, доњи тип (Klumpke-Dejerin) и комплетна лезија. Оштећење брахијалног живчаног сплета на рођењу доводи до одређених примарних и секундарних функционалних поремећаја. Наведени поремећаји се примарно манифестују као мишићно-тетивне и зглобно-лигаментарне контрактуре локализовене на раменој регији, заостајање руке, лопатице и читавог хемиторакса у расту, дискоординација покрета и др. Секундарно, они у одређеној мери угрожавају несметани раст и развој грубе и фине моторике, односно, као последица примарних, секундарни моторички поремећаји се могу очекивати у областима визуомоторне контроле, манипулативне спретности, графомоторне способности, локомоције, мобилности и самозбрињавања.

Третман и лечење порођајне лезије plexus brachialisa обухвата рану дијагностику, план и програм лечења са индивидуалним приступом, довољно дуго и непрекидно лечење уз обавезне и редовне контроле. Тимски рад је основа у рехабилитацији, а посебно место у тиму заузимају родитељи и ближа родбина, као и сам пацијент у старијем узрасту (Савић, К., 2007).

У првим годинама живота преко моторике се стичу прва искуства и успостављају контакти и комуникација са објективним светом и социјалном средином, што води психичкој организованости детета. Развој визуомоторне контроле, односно први покрети „око-рука“ успостављају се у трећем месецу, држањем звечке и игром рукама и посезањем за предметима. У четвртом месецу дете доводи шаке до медијалне линије тела и започиње игру „рука-рука“, „рука-уста“, док у петом месецу приликом прихватања предмета пружа обе руке. У шестом и седмом месецу дете циљано, вољно хвата понуђену играчку једном руком, па пребацује у другу руку, обрће га, испушта и подиже. До краја прве године дете усклађује и стабилизује хват обема рукама, развија се највиши ниво хвата по типу „кљешта“. Карактеристично је вољно и циљано давање тј. пружање предмета, са добром проценом просторне и временске димензије покрета (Иланковић, В., Иланковић, Н., 2009).

Развој моторике иде паралелно и узајамно са когнитивним, интелектуалним, емоционалним и социјалним развојем. Зато оштећење или патолошко стање које онемогућава моторно функционисање многоструко утиче на све области живота детета, детерминишући читав његов развој. Оно га доводи у ситуацију да прима редукована искуства, нарочито у манипулативним и сензорним активностима, као и редуковане социјалне контакте, чиме је његов целокупан развој успорен (Живковић, Г., 1987).

Како наводи Strömeck и сар. (2007) у истраживању које је спроведено да би се испитали неурофизиолошки дугорочни исходи и сензорне

функције код деце са порођајном траумом брахијалног сплета, неопходно је пратити стање деце током предшколског и након предшколског периода. Наиме, истраживање је показало да су и након предшколског периода код ове деце присутне секвеле, у облику смањења функције лакта, ограничења спољње ротације рамена и мобилности подлактице.

Деца са порођајном траумом брахијалног живчаног сплета показују кашњење у развоју и имају проблеме везане за локомоцију и визуомоторну координацију, те је утврђена позитивна корелација између тежине оштећења plexus brachialisa и ниовоа развојних постигнућа (Bellew и сар., 2000).

Развој као континуиран процес успостављања функција и квалитативних промена у структурама организације и функционисања телесно инвалидног и хронично оболелог детета неодвојив је од третмана. Предшколски третман ове деце је систем поступака и специјалних метода којима се утиче на управљање и уобличавање развоја. С обзиром на интензитет раста и развоја, као и пластицитет нервног система, дете предшколског узраста је изузетно осетљиво на свеукупне утицаје, који су у том периоду најтрајнији и најефикаснији (Николић, С., 2003).

ЦИЉ ИСТРАЖИВАЊА

Циљ истраживања је био испитивање ефекта соматопедског третмана у подизању нивоа визуомоторне контроле код испитаника експерименталне групе у односу на контролну групу.

МЕТОДОЛОГИЈА ИСТРАЖИВАЊА

Опис узорка

Узорком је обухваћено 60 деце, оба пола. Критеријуми за избор испитаника су:

- да имају дијагнозу повреде plexus brachialisa, насталу искључиво као порођајна траума,
- да су просечних интелектуалних способности,
- да су узраста од пуних три до седам година.

Узорак испитаника смо поделили у две групе. Експерименталну групу је чинило 30 деце која су се налазила на болничком, односно бањском лечењу. Контролну групу обухватало је 30 испитаника, који су из одређених разлога имали веће прекиде у терапији - дисконтинуитет, и који су долазили на периодичне лекарске прегледе.

Програм соматопедског третмана структуисан је у односу на узраст и моторичке способности, а примењен је на експерименталну групу (у даљем тексту: Е групу) у трајању од 12 недеља. Третман није примењиван на контролну групу (у даљем тексту: К групу), а њихове моторичке способности процењиване су и након 12 недеља.

Вежбе смо поделили у три групе:

– прву групу вежби чине одабраних 12 вежби из система „Модификованих дефектолошких вежби II“ (Мацић, Д., Николић, С., 1991);
– другу групу чини програм вежби подељену у зависности од узраста, и то за узраст од три, четири, пет и шест година; (Стошљевић, Л., Рапаић, Д., Николић, С., 1997);
– трећу групу чине вежбе кроз оквире и шаблоне (Стошљевић, Л., Рапаић, Д., Николић, С., 1997)

Прву групу вежби које смо примењивали спадају у „Модификоване дефектолошке вежбе II“, у почетку третмана се понављају по два пута, сваких десет дана број вежби се повећава за један, док се не дође до десет понављања сваке вежбе. На том броју остаје дефинитивно током третмана.

Време и место истраживања

Истраживање је спроведено током 2008. и 2009. године, на Клиници за рехабилитацију „Др Мирослав Зотовић“ - дечије одељење, у Београду и у Рехабилитационо - рекреативном центру - Бања „Јунаковић“ у Апатину.

Инструменти и технике истраживања

За потребе истраживања коришћен је тест „Процена визуомоторне контроле“ (Ђордић, А., Бојанин, С., 1997; *Општа дефектолошка дијагностика*);

Процена визуомоторне контроле заснивала се на оцењивању начина на који испитаник уобличава организоване просторе, након што су му дате играчке малог формата - животиње и елементи фарме. Испитанику се давао налог да узме одређену играчку и стави је на задати део фарме и сл. Следеће описе извршаване радње оцењивали смо оценом 2, 1 и 0. Оцену 2 је добио испитаник који је успешно извршио задатак, односно, на наш налог је у адекватном временском периоду правилно извршио задату радњу. Оценом 1 је вредновaн делимично успешно из-

вршен задатак, тј. задати налог је извршен, али у времену дужем од предвиђеног, испитаник показује несигурност током извођења радње, потребна је вербална стимулација да би задатак био извршен. Нулу је добио испитаник који је неуспешно извршио задатак, односно задати налог није извршио ни у дужем временском периоду, ни уз вербалну стимулацију.

1) бира и узима одређену играчку на захтев здравом руком;
2) поглед прати постављање играчке здравом руком;
3) бира и узима одређену играчку на захтев оштећеном руком;
4) поглед прати постављање играчке оштећеном руком;
5) на одређени захтев одмах почиње извршавање задатка.

Након прикупљања емпиријских података, користили смо методу дескрипције, методу скалирања и потом смо применили различите моделе статистичких параметријских тестова. Употребљавајући математичке алгоритме, програмом SPSS v. 17 for windows, дали смо приказ фреквенција испитиваних појава путем описа апсолутним и релативним показатељима. Затим смо приступили статистичкој анализи применом сложенијих програмских алгоритама. У процесу испитивања међусобног утицаја две варијабле, односно да ли једна варијабла остварује значајан утицај на другу варијаблу, послужили смо се статистичком методом корелационе анализе.

РЕЗУЛТАТИ ИСТРАЖИВАЊА И ДИСКУСИЈА

Први опис задатка „Бира и узима играчку на захтев здравом руком“ (табела 1.), уједначио је по успешности испитанике Е и К групе, те на првом мерењу између њих није било статистички значајне корелације. Након примене соматопедског третмана, након 12 недеља, ситуација у Е групи се значајно променила, 90% испитаника ове групе је било у групи успешно изведеног задатка. На другом мерењу, између Е и К групе утврђена је статистички значајна корелација и износила је $p<0.01$, а вредност корелације $r=0.346$. Из наведеног се може закључити да је ниво визуомоторне контроле, која се односи на здраву руку, био на вишем нивоу Е групе у односу на К групу након примене соматопедског третмана.

Табела 1. Дистрибуција постигнућа испитаника Е и К групе у области визуомоторне контроле - *први опис задатка*

	Бира и узима играчку на захтев здравом руком I мерење			*Бира и узима играчку на захтев здравом руком* II мерење		
Група	*А	*Б	*В	*А	*Б	*В
Е	0	15 (50%)	15 (50%)	0	3 (10%)	27 (90%)
К	3 (10%)	10 (33.3%)	17 (56.7%)	0	12 (40%)	18 (60%)
Укупно	3 (5%)	25 (41.7%)	32 (53.3%)	0	15 (25%)	45 (75%)

* Легенда
А – неуспешно изведен задатак; Б – делимично успешно изведен задатак
В – успешно изведен задатак

Другим описом задатка „Погледом прати постављање играчке здравом руком“ желели смо да прикажемо стање визуомоторне контроле која се односи на здраву руку, којом се може уочити ниво раскорака између манипулативних активности и усмеравања погледа при тим активностима. Из табеле број 2. се може утврдити да на првом мерењу није било статистички значајне разлике између испитаника Е и К групе. Након примене соматопедског третмана, након другог мерења, статистичком обрадом података је установљено да су испитаници Е групе значајно напредовали од испитаника К групе ($p<0.001$, $r=0.582$).

Табела 2. Дистрибуција постигнућа испитаника Е и К групе у области визуомоторне контроле – *други опис задатка*

	Погледом прати постављање играчке здравом руком I мерење			*Погледом прати постављање играчке здравом руком* II мерење		
Група	*А	*Б	*В	*А	*Б	*В
Е	6 (20%)	12 (40%)	12 (40%)	0	2 (6.7%)	28 (93.3%)
К	3 (10%)	16 (53.3%)	11 (36.7%)	1 (3.3%)	18 (60%)	11 (36.7%)
Укупно	9 (15%)	28 (46.7%)	23 (38.3%)	1 (1.7%)	20 (33.3%)	39 (65%)

* Легенда
А – неуспешно изведен задатак; Б – делимично успешно изведен задатак
В – успешно изведен задатак

Трећи опис задатка „Бира и узима играчку на захтев оштећеном руком“ приказао нам је ниво визуомоторне контроле која се односи на руку оштећену лезијом plexus brachialisa, а приказан је у табели број 3. На првом мерењу могли смо констатовати да је неуспешних испитаника из групе К било 3.3%, а из Е групе чак 33.3%. У групи успешних је такође било више испитаника из К групе, у односу на Е групу. Међутим, на другом мерењу које је уследило након примене соматопедског третмана на испитанике Е групе, ситуација се значајно променила. Испитаници Е групе су били успешнији од испитаника К групе, што је утврђено статистичком обрадом података, где је потврђена статистичка значајност корелације ($p<0.001$, $r=0.454$).

Табела 3. Дистрибуција постигнућа Е и К групе у области визуомоторне контроле - *трећи опис задатка*

	Бира и узима играчку на захтев оштећеном руком I мерење			*Бира и узима играчку на захтев оштећеном руком* II мерење		
Група	*А	*Б	*В	*А	*Б	*В
Е	10 (33.3%)	14 (46.7%)	6 (20%)	0	4 (13.3%)	26 (86.7%)
К	1 (3.3%)	16 (53.3%)	13 (43.3%)	0	17 (56.7%)	13 (43.3%)
Укупно	11 (18.3%)	30 (50%)	19 (31.7%)	0	21 (35%)	39 (65%)

** Легенда*
А – неуспешно изведен задатак; Б – делимично успешно изведен задатак
В – успешно изведен задатак

У табели број 4. приказана је дистрибуција испитаника при четвртом опису извођења задатог налога „Погледом прати постављање играчке оштећеном руком“. Овим описом смо као и код здраве руке, желели да прикажемо ниво раскорака између манипулативних активности и усмеравања погледа при тим активностима, али у овом случају оштећеном руком, пре и након примене соматопедског третмана. На првом мерењу групе су биле уједначене, док је на другом мерењу утврђена статистичка значајност у напретку Е групе у односу на контролну ($p<0.001$, $r=0.624$), из чега можемо закључити да је примена соматопедског третмана имала значајног ефекта у подизању нивоа визуомоторне контроле и у односу на оштећену руку.

***Табела 4. Дистрибуција постигнућа Е и К групе у области визуомоторне контроле** – четврти опис задатка*

	Погледом прати постављање играчке оштећеном руком I мерење			*Погледом прати постављање играчке оштећеном руком* II мерење		
Група	*А	*Б	*В	*А	*Б	*В
Е	9 (30%)	17 (56.7%)	4 (13.3%)	0	6 (20%)	24 (80%)
К	9 (30%)	16 (53.3%)	5 (16.7%)	3 (10%)	22 (73.3%)	5 (16.7%)
Укупно	18 (30%)	33 (55%)	9 (15%)	3 (5%)	28 (46.7%)	29 (48.3%)

** Легенда*
А – неуспешно изведен задатак; Б – делимично успешно изведен задатак;
В – успешно изведен задатак

Пети опис задатка је био: „На захтев одмах почиње извршавање задатка“, којим смо желели да прикажемо успешност у смислу разумевања и извршавања налога, као и у којој мери му проблем са ошећењем руке ремети усмеравање пажње на циљану активност. Из табеле број 5. се види дистрибуција испитаника Е и К групе на првом и другом мерењу, а након статистичке обраде, констатована је статистичка значајност између успешности испитаника Е групе у односу на К групу ($p<0.001$, $r=0.647$). Из овог резултата можемо закључити да је соматопедски третман значајно утицао на способност разумевања и извршавања налога, као и да се на проблем који имају деца са оштећењем брахијалног сплета, који им ремети усмеравање пажње на извршавање активности, може позитивно деловати наведеним третманом.

Приликом процене визуомоторне контроле, приметили смо да испитаници током извршавања налога изводе одређене нус кретње, које смо приказали у табели број 6., пре и после соматопедског третмана. Наведене нус кретње су се односиле на: ротацију трупа, бочну флексију трупа, циркумдукцију у рамену, протракцију рамена, ретракција рамена, кретње друге руке током извршавања задатка, кретње прстију друге руке током извршавања задатка, кретње мимичне мускулатуре, плажење језика, клаћење ногу, врпољење на столици. Упоређујући аритметичке средине Е и К групе, у другом мерењу је утврђена статистички значајна корелација у смањењу броја нус кретњи Е групе, што нам говори да је овај део моторике способан да се обогаћује, што даје перспективу даљем третману.

Табела 5. Дистрибуција успешности Е и К групе на првом и другом мерењу – *пети опис радње*

	На захтев одмах почиње извршавање задатка I МЕРЕЊЕ			*На захтев одмах почиње извршавање задатка* II МЕРЕЊЕ		
Група	*А	*Б	*В	*А	*Б	*В
Е	8 (26.7%)	6 (20%)	16 (53.3%)	0	1 (3.3%)	29 (96.7%)
К	7 (23.3%)	15 (50%)	8 (26.7%)	5 (16.7%)	16 (53.3%)	9 (30%)
Укупно	15 (25%)	21 (35%)	24 (40%)	5 (8.3%)	17 (28.3%)	38 (63.3%)

** Легенда*
А – неуспешно изведен задатак; Б – делимично успешно изведен задатак
В – успешно изведен задатак

Табела 6. Дистрибуција испитаника Е и К групе на првом и другом мерењу - *присуство нус кретњи* ***приликом процене визуомоторне контроле***

Укупан број нус	I МЕРЕЊЕ			II МЕРЕЊЕ		
кретњи	Е група	К група	Укупно	Е група	К група	Укупно
0	-	-	-	23 (76.7)	-	23(38.3%)
1	-	-	-	6 (20%)	-	6 (10%)
2	-	-	-	-	-	-
3	1 (3.3%)	1 (3.3%)	2 (3.3%)	1 (3.3%)	1 (3.3%)	2 (3.3%)
4	-	1 (3.3%)	1 (1.7%)	-	1 (3.3%)	1 (1.7%)
5	6 (20%)	4 (13.3%)	10 (16.7%)	-	4 (13.3%)	4 (6.7%)
6	9 (30%)	2 (6.7%)	11 (18.3%)	-	2 (6.7%)	2 (3.3%)
7	9 (30%)	2 (6.7%)	11 (18.3%)	-	2 (6.7%)	2 (3.3%)
8	2 (6.7%)	9 (30%)	11 (18.3%)	-	9 (30%)	9 (15%)
9	1 (3.3%)	5 (16.7%)	6 (10%)	-	5 (16.7%)	5 (8.3%)
10	2 (6.7%)	4 (13.3%)	6 (10%)	-	4 (13.3%)	4 (6.7%)
11	-	2 (6.7%)	2 (3.3%)	-	2 (6.7%)	2 (3.3%)
Укупно	30 (100%)	30 (100%)	60 (100%)	30 (100%)	30 (100%)	60 (100%)

ЗАКЉУЧАК

Анализирајући добијене резултате можемо закључити да оштећење plexus brachialisa негативно утиче на развој и квалитет визуомоторне контроле.

Само стручни и тимски приступ доприноси значајним резултатима у рехабилитацији, као и континуитет у терапији и истрајност детета, односно породице.

Анализирајући добијене резултате у области визуомоторне контроле, експериментална група је, у односу на контролну групу, статистички значајно напредовала захваљујући примени соматопедског третмана. Подизање нивоа визуомоторне контроле код деце са оштећењем plexus brachialisa се показало као значајно и у односу на здраву и у односу на оштећену руку. Циљеви соматопедског третмана, као дела интегралне рехабилитације су: стимулисање развоја функције руке у складу са узрастом, спречавање развоја дискоординације и занемаривања руке, спречавање развоја лошег држања руке и тела у целини (статомоторике) и стимулисање активног учешћа афициране руке у свакодневним активностима.

ЛИТЕРАТУРА

1. Bellew, M., Kay, S.P.J., Webb, F., Ward, A.: *Developmental and bahavioural outcome in obstetric brachial plexus palsy*, J Hand Surg (British and European Volume), 25B:1:49-51, 2000.
2. Vanheest, A.: *Birth brachial plexus injury is the preferred terminology*, J Hand Surg 31, 2006.
3. Golomb, C.: *The Child's Creation of a pictorial World,* Pub. Lawrence Erlbaum Associates, Inc., USA, pp. 133-169, 2004.
4. Живковић, Г.: *Компаративна психолошка студија деце са спином бифидом*, докторска дисертација, Дефектолошки факултет, 1987.
5. Zafeiriou, D., Psychogiou, K.: *Pathogenesis of Obstetric Brachial Plexus Palsy*, Pediatric Neurology, Volume 39, Issue 5, page 371, 2008.
6. Иланковић, В., Иланковић, Н.: *Психомоторни развој детета*, Висока медицинска школа струковних студија „Милутин Миланковић", Београд, 2009.
7. Мацић, Д., Николић, С.: *Методика васпитно-образовног рада са телесно инвалидним лицима предшколског узраста*, Научна књига, Београд, 1991.
8. Николић, С.: *Методика васпитно-образовног рада с телесно-инвалидном децом предшколског узраста*, Дефектолошки факултет, Београд, 2003.
9. Савић, К.: *Специфичности дечје хабилитације и рехабилитације*, Ескулап, Медицински факултет, Нови Сад, 2(3):55-8, 2007.
10. Стошљевић, Л., Рапаић, Д., Николић, С.: *Соматопедија*, Научна књига, Београд, 1997.
11. Strömbeck, C., Krumlinde-Sundholm, L., Remahl, S., Sejersen, T.: *Long-term follow-up of children with obstetric brachial plexus palsy: I Functional aspects*, Dev Med Child Neurol 49, pp.198-203, 2007.
12. Ђорђић, А., Бојанин, С.: *Општа дефектолошка дијагностика*, Завод за уџбенике и наставна средства, Београд, 1997.

VISUOMOTOR CONTROL IN CHILDREN WITH A LESION OF PLEXUS BRACHIALIS

DRAGANA KLJAJIĆ[1], FADILJ EMINOVIĆ[2], SANJA TRGOVČEVIĆ[3]
[1]Medical Highschool for Specialty Studies, Ćuprija
[2]Faculty of Special Education and Rehabilitation, Belgrade
[3]Faculty of Political Sciences, Belgrade

SUMMARY

Obstetric brachial plexus injurie is the most common peripheral neurological syndrome that occurs by birth. The characteristic of this lesion is the fact that it emerges and it's consequences endure in a period of intensive growth and development changes. Growth, development and formation of sensomotoric hand pattern in early childhood is conditioned by anatomical intactness, maturing of nervous system, and by tactile and kinesthetic informations that come from the environment, and are supplemented with visual and hearing impressions.

Our study was done during 2008/2009 and it included 60 preschool children all diagnosed an OBP injury. The aim of the study was to point out possibilities and importance of somatopedic treatment in optimizing the level of visuomotor control.

From the results of the study and their statistical analysis, we could conclude that participants in experimental group have made an remarkable advance in mentioned areas than the children in control group, who were not involved in somatopedic treatment.

KEY WORDS: plexus brachialis, visuomotor cintrol, somatopedic treatment

Београдска дефектолошка школа
Вол. 17 (1), бр. 49, 153-164, 2011.

УДК 376.1
Примљено: 20.2.2011.
Стручни чланак

ЕВАЛУАЦИЈА РАДНЕ УСПЕШНОСТИ ОСОБА СА ОМЕТЕНОШЋУ У ЗАШТИТНИМ РАДИОНИЦАМА

Марина Радић-Шестић, Биљана Милановић-Доброта
Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију, Београд

Циљ професионалне рехабилитације особа ометених у развоју је да се у складу са својим интересовањима и способностима оспособе за обављање одређених послова, како би се лакше запослили, остварили максимални радни учинак и задовољство у раду. Због тога, тренинг мора бити квалитетно спроведен, а повратну информацију о успешности можемо добити једино тако што ћемо извршити процену стечених вештина и знања на самом радном месту. Циљ нашег истраживања да проценимо успешност и понашање у раду особа са интелектуалном ометеношћу (Н=25) и глувих особа (Н=25). Инструмент који смо користили у истраживању је Скала процене успешности и понашања у раду (Андрејевић, 1992). У статистичкој обради података користили смо методу дескриптивне статистике (фреквентност), непараметријске методе (Крускал-Wаллис тест) и мере корелације. Резултати истраживања показали су да врста ометености, пол и године живота нису статистички значајне за успех у обављању радних задатака, као ни у социјалној интеграцији у радној средини. Утврђено је да комуникација не корелира са ајтемима који се тичу односа према занимању, инструктору (шефу, директору) и залагању у извршењу задатака. Изостанак комуникације са надређенима, залагања у раду и негативан однос према занимању је, вероватно, последица неуспешног пословања заштитне радионице и ниских личних доходака.

КЉУЧНЕ РЕЧИ: особе са ометеношћу, радна успешност, социјална интеграција, заштитне радионице

УВОД

У животу сваког појединца рад заузима све већу улогу и значај. Индивидуална усмереност ка раду није део човековог генетског наслеђа:

ставови према раду и, изразито највећим делом, понашање у радној ситуацији, друштвено су и културно одређени. Људи се постепено васпитавају у погледу онога што могу очекивати и хтети од рада, путем различитих друштвених чинилаца као што су дом, школа, заједница и масовни медији.(Davis, Shackleton, 1975).

Глобални развој друштва, економске промене и стил живота, условили су да се човек кроз рад остварује и самопотврђује. Данас, проведемо један део живота припремајући се за рад, а затим велики део живота у раду. Иако постоји неколико функција рада, рад у највећој мери утиче на лично задовољство и осећај успеха- достигнућа. Да би особе са ометеношћу то постигле неопходно је омогућити им адекватну помоћ и подршку током професионалне рехабилитације. У нашој земљи ометене особе се, углавном, професионално оспособљавају у васпитно-образовним установама по специјалном плану и програму, за ограничени број занимања, а последњих година, често неприлагођеним потребама тржишта рада. Због тога, али и због предрасуда шире друштвене заједнице према радним могућностима ометених особа као и доскорашњег непостојања законских прописа, велики број њих се запошљавао у заштитним радионицама, а подаци о евалуацији њихове радне успешности и социјалне интеграције готово да не постоје.

Појам ,,заштитног запошљавања'' настао је у пракси и представља запошљавање ометених особа на радна места под посебним условима рада. Према Јакулићу, заштитна радионица је ,,радно оријентисана институција у којој је контролисан рад и радна средина уз тачно одређене професионалне циљеве сваког појединца који му омогућавају стицање радног исуства да би напредовао у смислу социјализације и продуктивног професионалног статуса'' (Јакулић, 1986). Пендергаст и Стори (Pendergast и Storey, 1999) дефинишу заштитне радионице као ,,објекте у којима велики број одраслих са развојним ометеностима обавља професионалне послове ради обуке или делимичне новчане надокнаде, при чему они нису у сталној интеракцији са људима без ометености, који нису плаћени за пружање подршке''. Концепт запошљавања у заштитним радионицама заснива се на медицинском моделу разумевања ометености који је код нас дуго доминирао, па је то у значајној мери утицало и на поимање места и улоге заштитних радионица у рехабилитацији особа ометених у развоју. Треба напоменути да запошљавање у заштитним радионицама не подразумева рад ометених особа у радној средини са искључиво инвалидним особама, већ свака заштитна радионица запошљава око 50% радника типичне популације. Заштитна радионица има три главне функције (Tenbroek, 1960):

1. Рехабилитациона (евалуација, претпрофесионално искуство, професионална обука)
2. Ресторативна (њена суштина је радна терапија која се одвија под медицинском контролом)
3. Економска (обезбеђује запошљавање) према Жигић, Радић-Шестић (2006).

И поред позитивних резултата који су били видљиви нарочито у другој половини прошлог века, развој науке и глобалне свести утицао је да се последњих деценија заштитне радионице критикују од стране многих стручњака. Пре свега због уверења да ,,затворени у заштитним радионицама ,,ометени'' добијају статус аутсајдера (Higgins, 1992), да носе белег институционализације (Edgerton,1993) и да је то заговарање екслузије (Kasnitz and Shuttleworth, 2001) ''према Љубеновић (2004). Нажалост, у нашој земљи је дуго преовладавала репресивна култура према особама са ометеношћу, тако да је тек маја 2010. год. ступио је на снагу Закон о професионалној рехабилитацији и запошљавању особа са инвалидитетом у коме је термин заштитних радионица преформулисан у ,,Предузећа за радно оспособљавање и запошљавање особа са инвалидитетом''. Иако у Србији ова предузећа-заштитне радионице надокнађују мањкавост отвореног тржишта рада очекујемо да ће поменути закон, који промовише квотни систем запошљавања побољшати положај ових особа и да ће особе ометене у развоју показати своје радне способности у интегрисаној социјалној средини.

Дугогодишња неповољна економска ситуација у насој земљи, маргинализација ове области, недостатак системски организованих служби и установа, социјална дискриминација ометених особа условили су да не постоје већа емпиријска истраживања већ само грубе процене и спорадична сазнања о успеху на раду и социјалној адаптацији на радном месту особа ометених у развоју.

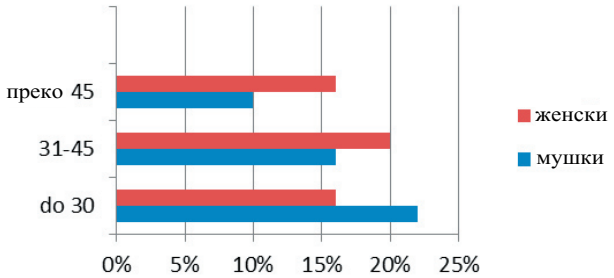
ЦИЉ ИСТРАЖИВАЊА

Општи циљ нашег рада је да утврдимо ниво успешности у раду и социјалној интеграцији глувих особа и особа са интелектуалном ометеношу у радној средини. Као посебне циљеве желимо да испитамо да ли постоје разлике у успешности и понашању у односу на: врсту ометености, пол, године, као и да утврдимо у којим су областима најуспешнији, односно које су то области у вези рада или понашања у којима им је неопходна додатна помоћ и подршка.

МЕТОД РАДА

Узорак

Узорком смо обухватили укупно 50 испитаника оба пола, старосне доби од 20 до 57 година, запослених у предузећима за радно оспособљавање и запошљавање особа са инвалидитетом ДП „ДЕС'' и „Космос'' у Београду. Узорак је уједначен према врсти ометености (25 испитаника или 50% је ИО и 25 испитаника или 50% глувих) док је заступљеност према полу 24 муских испитаника или 48% и 26 или 52% женских испитаника. Дистрибуција података према полу и годинама приказана је на графикону број 1.



Графикон 1. Дистрибуција података по полу и годинама живота

Од укупног броја испитаника, њих 19 или 38% су млађи од 30 година (22% мушких и 16% женских), 18 испитаника тј. 36% имају између 31 и 45 година (16% мушких и 20% женских особа) и најмањи број, њих 13 или 26%, је старији од 45 година живота (10% мушких и 16% женских испитаника).

Мерни инструмент

Инструмент који смо користили у истраживању је Скала процене успешности и понашања у раду (Андрејевић, 1992) и може се применити на све ометене особе. Скала се састоји из 14 тврдњи, од којих се првих осам односи на успех у раду, а осталих шест на понашање односно социјалну интеграцију на радном месту. Тврдње су: квалитет рада, увиђање грешака, отклањање грешака, квантитет рада, радна дисциплина, однос према средствима за рад, уредност у раду, темпо рада, залагање

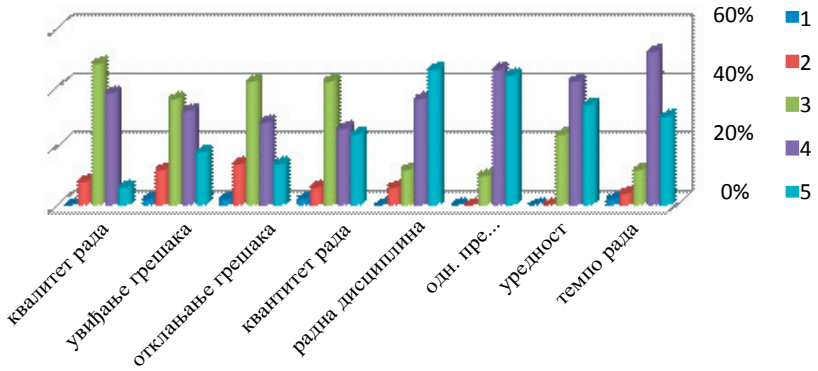
у извршењу задатака, однос према занимању, однос према инструктору, спремност на сарадњу, комуникација са околином и сналажљивост у раду. Свака тврдња има 5 дескриптивних нивоа чиме је означено присуство у мањој или већој мери.

Обрада података

У статистичкој обради података користили смо методу дескриптивне статистике (фреквентност), непараметријску методу (Крускал-Валлис тест) и мере корелације.

РЕЗУЛТАТИ ИСТРАЖИВАЊА

Професионална рехабилитација ометених особа је врло сложен, одговоран и дуготрајан процес чији је крајњи циљ да се ове особе запосле и задрже посао. Познато је да су адаптивне способности ометених радника значајно боље развијене од адаптивних способности ометених особа који немају запослење, иако су током професионалног оспособљавања ове две групе испитаника биле уједначене у односу на ниво социјалне адаптибилности (Stephens, Collins, Dodder, 2005). Зато, запосленост није сама по себи циљ већ захтева континуирану евалуацију обзиром на специфичне карактеристике ометених особа.

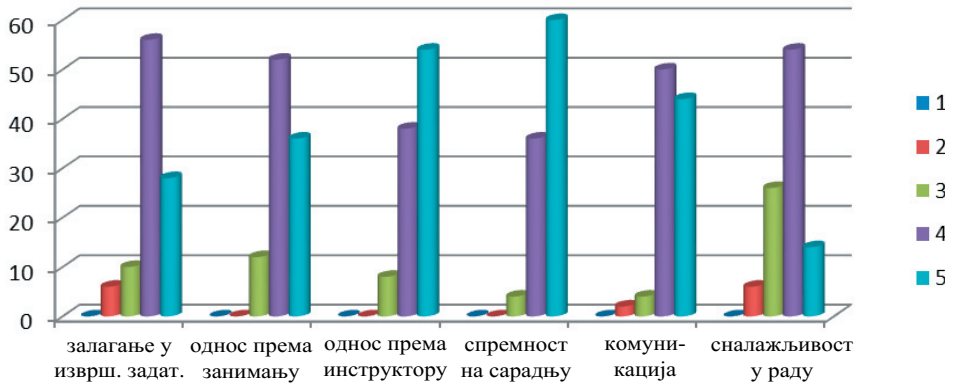


Графикон 2. Успех у раду

Као што се може закључити из графикона 2., испитаници показују најбоље резултате на ајтемима који се тичу односа према средстви-

ма за рад и радној дисциплини. Изванредно пажљиво чува и одржава средства за рад 22 испитаника или 44% , док 23 испитаника тј. 46% то чини углавном. Овако велики број испитаника са високим оценама је очекиван за ову област будући да је одржавање хигијене радног места и свих средстава и машина са којима се ради предуслов за све остале радне активности током професионалне оријентације и оспособљавања за рад. Од свих испитаника, њих 23 или 46% се доследно придржава свих прописа о начину рада у обављању свих практичних задатака, док 18 или 36% испитаника то чини често. Резутати ове табеле показују да су најслабији резултати приликом увиђања грешака, при чему 18% испитаника нису у стању да самостално уоче своје грубе грешке у практичном раду, док 14% испитаника није у стању да отклони ни најједноставније грешке. Због тога је неопходно обезбедити им стални надзор и подршку у раду, нарочито током првих месеци на радном месту, како се грешке не би аутоматизовала.

Према резултатима приказаним у табели број 1 примећена је значајна корелација међу свим ајтемима који процењују радну успешност. То у великој мери указује на добро организован тренинг уз примену одређених дидактичких принципа, адекватних метода и облика рада приликом стицања специфичних радних навика, вештина и знања.



Графикон 3. Понашање на радном месту

На основу графикона број 3 можемо закључити да укупна социјална адаптација на радном месту показује врло добре резултате што омогућава да се ометене особе лакше и безболније укључе у отворену привреду. Као што се примећује, чак 30 испитаника или 60% увек радо прихвата сарадњу колега у обављању задатака. Ови подаци су од знача-

ја јер могу да допринесу лакшем сналажењу у току практичног рада будући да се у тој области не истичу у најбољој мери. У овом делу Скале није било ни једног негативног одговора те се у том контексту добијени резултати могу искористити за промоцију квотног запошљавања као и приликом мењања негативних ставова према ометеним радницима.

Табела 1. Корелација унутар Скале која процењује успешност у раду

		квалитр	увидјгр	отклањ	квантитр	раддисци	одсредср	уредност	темпо
квалитр	р	1.000	.683(**)	.667(**)	.676(**)	.493(**)	.632(**)	.646(**)	.619(**)
	п	.	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
	Н	50	50	50	50	50	50	50	50
увидјгр	р	.683(**)	1.000	.756(**)	.585(**)	.331(*)	.471(**)	.524(**)	.580(**)
	п	.000	.	.000	.000	.019	.001	.000	.000
	Н	50	50	50	50	50	50	50	50
отклањ	р	.667(**)	.756(**)	1.000	.611(**)	.309(*)	.577(**)	.604(**)	.703(**)
	п	.000	.000	.	.000	.029	.000	.000	.000
	Н	50	50	50	50	50	50	50	50
квантитр	р	.676(**)	.585(**)	.611(**)	1.000	.465(**)	.537(**)	.513(**)	.611(**)
	п	.000	.000	.000	.	.001	.000	.000	.000
	Н	50	50	50	50	50	50	50	50
раддисци	р	.493(**)	.331(*)	.309(*)	.465(**)	1.000	.330(*)	.395(**)	.527(**)
	п	.000	.019	.029	.001	.	.019	.004	.000
	Н	50	50	50	50	50	50	50	50
одсредср	р	.632(**)	.471(**)	.577(**)	.537(**)	.330(*)	1.000	.713(**)	.463(**)
	п	.000	.001	.000	.000	.019	.	.000	.001
	Н	50	50	50	50	50	50	50	50
уредност	р	.646(**)	.524(**)	.604(**)	.513(**)	.395(**)	.713(**)	1.000	.622(**)
	п	.000	.000	.000	.000	.004	.000	.	.000
	Н	50	50	50	50	50	50	50	50
темпо	р	.619(**)	.580(**)	.703(**)	.611(**)	.527(**)	.463(**)	.622(**)	1.000
	п	.000	.000	.000	.000	.000	.001	.000	.
	Н	50	50	50	50	50	50	50	50

Добијени резултати у табели 2 указују да не постоји уједначена корелација унутар ајтема који описују понашање у раду. Утврђено је да комуникација не корелира са ајтемима који се тичу односа према занимању, инструктору (шефу, директору) и залагању у извршењу задатака. Изостанак комуникације са надређенима, залагања у раду и не-

гативан однос према занимању је, вероватно, последица неуспешног пословања једне заштитне радионице и ниских личних доходака.

Табела 2. Корелација унутар Скале која процењује социјалну адаптацију на радном месту

			залагањ	однзаним	однинстр	сарадњ	комуник	сналазљ
	залагањ	р	1.000	.576(**)	.508(**)	.616(**)	.272	.509(**)
		п	.	.000	.000	.000	.056	.000
		Н	50	50	50	50	50	50
	однзаним	р	.576(**)	1.000	.354(*)	.386(**)	.152	.463(**)
		п	.000	.	.012	.006	.291	.001
		Н	50	50	50	50	50	50
	однинстр	р	.508(**)	.354(*)	1.000	.496(**)	.275	.509(**)
		п	.000	.012	.	.000	.053	.000
		Н	50	50	50	50	50	50
	сарадњ	р	.616(**)	.386(**)	.496(**)	1.000	.370(**)	.530(**)
		п	.000	.006	.000	.	.008	.000
		Н	50	50	50	50	50	50
	комуник	р	.272	.152	.275	.370(**)	1.000	.469(**)
		п	.056	.291	.053	.008	.	.001
		Н	50	50	50	50	50	50
	сналазљ	р	.509(**)	.463(**)	.509(**)	.530(**)	.469(**)	1.000
		п	.000	.001	.000	.000	.001	.
		Н	50	50	50	50	50	50

Табела број 3 нам указује да врста ометеност нема статистичку значајност у односу на постигнуте резултате, односно, да уколико су професионална оријентација и оспособљавање за рад квалитетно и стручно спроведени уз максимално ангажовање свих капацитета, ометене особе могу успешно функционисати у радној средини. Међутим, како наводе Алберт и Хурст (2006): "оно што људе са ометеношћу чини неспособнима је комплексна мрежа дискриминације сачињена од негативних социјалних ставова и културалних, као и просторних препрека, укључујући политику, законе, програме и услуге, што резултира у економској маргинализацији и социјалном искључивању.''

Табела 3. Ометеност и резултати Скале успешност у раду и понашању на радном месту

	Х	дф	п
пол	0.314	1	0.575
године	0.123	1	0.725
квалитет	0.003	1	0.958
увидјање грешака	0.422	1	0.516
отклањање грешака	0.470	1	0.493
квантитет	0.005	1	0.943
радна дисциплина	1.777	1	0.183
однос према средствима за рад	0.023	1	0.881
уредност у раду	0.350	1	0.554
темпо рада	0.131	1	0.717
залагање у раду	0.259	1	0.611
однос према занимању	3.120	1	0.077
однос према инструктору	0.569	1	0.451
спремност на сарадњу	1.717	1	0.190
комуникација са околином	0.210	1	0.647
сналажљивост у раду	0.140	1	0.708

На основу табеле број 4 можемо закључити да пол није статистички значајан приликом обављања рада и понашања на радном месту. Уколико је изабрано занимање у складу са интересовањима и жељама ометених особа, посао ће се обављати према могућностима и способностима. Једино постоје статистички значајне разлике (п=0,028) у комуникацији са радном околином у корист особа женског пола што је и очекивано.

Статистичка значајност према годинама испитаника у односу на успех у раду и понашању није утврђена иако смо је очекивали.

Табела 4. Пол и успешност у раду и понашању на радном месту

	Х	дф	п
ометеност	0.314	1	0.575
године	1.248	1	0.264
квалитет	0.283	1	0.595
увидјање грешака	0.301	1	0.583
отклањање грешака	1.246	1	0.264
квантитет	0.274	1	0.601
радна дисциплина	0.106	1	0.745
однос према средствима за рад	0.023	1	0.880
уредност у раду	0.021	1	0.884
темпо рада	0.509	1	0.475
залагање у раду	0.423	1	0.515
однос према занимању	0.017	1	0.897
однос према инструктору	0.063	1	0.801
спремност на сарадњу	0.000	1	1.000
комуникација са околином	4.821	1	0.028
сналажљивост у раду	2.312	1	0.128

ЗАКЉУЧАК

Резултати евалуације успешности и понашања у раду ометених особа у ткз. заштитним радионицама'' значајни су из неколико разлога: а) утврдили смо да постижу задовољавајући успех у раду б) да су се одлично интегрисали у радну средину ц) да ометеност, пол и године живота не утичу на квалитет радних перформанси д) да имају проблема у комуникацији са надређенима и залагањем у раду.

Последњих година заштитна радионица „ДЕС" има проблема у пословању, радници месецима не примају личне дохотке и вероватно ће изгубити своју намену. Међутим, независно од система запошљавања особа са ометеношћу у будућности, неопходно је континуирано праћење и евалуација њиховог рада због перманентног унапређивања целокупног процеса професионалне рехабилитације.

ЛИТЕРАТУРА

1. Albert, B., Hurst, R., 2006.: Disability and human rights approach to development, www.disabilitykar.net
2. Andrejević, D. (1992): *Profesionalno osposobljavanje gluvih i nagluvih osoba*, Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, Beograd
3. Davis,D.R., Shackleton,V.J.(1975) *Psychology and work*, Methuen, London
4. Jakulić, S. (1986): *Rehabilitacija mentalno retardiranih lica*, Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, Beograd
5. Ljubenović, M. , (2004): Kritička analiza nekih modela zapošljavanja osoba sa posebnim potrebama u razvijenim zemljama, *Psihologija*, Vol 37 (3), 269-289
6. Pendergast, M. and Storey, K. (1999) Individual program plan differentials in segregated and integrated work programs for adults with developmental disabilities. *Journal of vocational rehabilitation*, 13, 15-19
7. Stephens, D. L., Collins, M. D., & Dodder, R. A. (2005). A longitudinal study of employment and skill acquisition among individuals with developmental disabilities *Research in Developmental Disabilities*, 26, 469-486.
8. Zakon o profesionalnoj rehabilitaciji i zapošljavanju osoba sa invaliditetom, Službeni glasnik RS, br. 36/2009 od 15.05.2009.
9. Žigić, V.,Radić-Šestić, M. (2006): *Zapošljavanje osoba oštećenog vida i oštećenog sluha*, (2006) Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju, Centar za izdavačku delatnost-CIDD, Beograd

EVALUATION OF THE WORKING SUCCESS OF PEOPLE WITH MENTAL DISABILITIES IN PROTECTIVE WORKSHOPS

MARINA RADIC-ŠESTIĆ, BILJANA MILANOVIĆ-DOBROTA
Faculty of Special Education and Rehabilitation, University of Belgrade

SUMMARY

The aim of professional rehabilitation of persons with mental disabilities is, according to their interests and abilities, to habilitate them to perform certain tasks in order to find job more easily, achieve maximum performance and satisfaction in work. Therefore, training must be properly carried out, and feedback on performance can be obtained only by doing our best to assess the acquired skills and knowledge in the workplace. The aim of our study is to evaluate the performance and behavior in the work of people with intellectual disability (N=25) and deaf people (N=25). The instrument that we used in the study is the Scale of assessment of performance and behavior at work (Andrejevic, 1992). The method of descriptive statistics (frequency), non-parametric methods (Kruskal-Wallis test) and measures of correlation were used for statistical analysis. The results showed that the type of disability, gender and age were not statistically significant for success in performing tasks, as well as in the social integration in the workplace. It was found that the communication does not correlate with the items which are related to the attitudes to occupation, the trainers (boss, manager) and diligence in the execution of tasks. The lack of communication with superiors, dedication to work and a negative attitude towards the occupation is probably a consequence of a failed business of protective workshops and low salaries.

KEY WORDS: persons with disabilities, work success rate, social integration, protective workshops

Београдска дефектолошка школа
Вол. 17 (1), бр. 49, 165-184, 2011.

УДК 376.1
Примљено: 20.2.2011.
Стручни чланак

СПЕЦИФИЧНОСТИ У РАДУ СА ГЛУВО-СЛЕПИМ ОСОБАМА

Миа Шешум
Лабораторија за форензичку фонетику, МУП РС, Београд

Рад приказује специфичности едукације и рехабилитације глуво-слепих особа. Глуво-слепе особе се међусобно значајно разликују у погледу степена оштећења слуха и вида, времена настанка оштећења, језичког развоја, начина комуникације, као и степена самосталности. Због великих функционалних разлика у оквиру ове популације, неопходно је препознати специфичне потребе сваког глуво-слепог појединца на индивидуалном нивоу. Глуво-слепе је могуће класификовати у две основне подгрупе: оне који су слух и вид изгубили у периоду од рођења до узраста од две године, и оне који су слух и вид изгубили у каснијим годинама живота. Удружено оштећење слуха и вида се јавља код приближно 1:100000 особа.

КЉУЧНЕ РЕЧИ: глуво-слепи, рехабилитација, комуникација

УВОД

> *Глуво-слепи су посебна категорија хендикепираних, која захтева посебан приступ у циљу подршке и посебан систем којим ће бити омогућена та подршка.*
>
> (McInnes, 1999)

„Глуво-слепе особе су особе које имају и оштећење слуха, и оштећење вида. Глуво-слепи чине врло хетерогену групу, сачињену од људи који имају оштећења ова два чула различитог степена.“ *(Albrecht, 2006)*

Специфичности у развоју глуво-слепе деце су, у односу на специфичности развоја других хендикепираних, мало проучаване и објашњене. Они нису слепа деца које не могу да чују, нити глуви који не виде.

Глуво-слепи су мулти-сензорно ускраћени; онемогућени су да користе оба чула која служе за перцепцију утисака на даљину. *(McInnes,Treffry, 1993)*

Разне случајеве вишеструке ометености не можемо посматрати само квантитативно, као прости збир два, три или више оштећења, јер они чине квалитативно нову појаву која захтева посебан приступ и посебне методе. *(Димић, Несторов, 2009)*

Удружени ефекти оштећења слуха и додатне ометености представљају јединствен и веома сложен проблем детету са ометеношћу, породици, науци и пракси. Вишеструка ометеност у својој клиничкој слици даје далеко више проблема него када је у питању само једна ометеност. *(Несторов, Димић, Несторов, 2009)*

Проблем глуво-слепих особа је највише истраживан од стране америчких стручњака. Глуво-слепом особом се сматра особа која има оштећење вида на даљину 20/200 на бољем оку, и оштећење слуха од 90 децибела на подручју од 500-2000 херца на бољем уху. Преваленца људи који су у овој категорији хендикепа на подручју САД износи приближно 10000. Број глуво-слепих у Шведској, на пример (укупна популације је девет милиона становника), износи 1200; од тога 12% има потпуно оштећење слуха и вида, а 50% функционалне остатке ова два чула. Етиологија овог хендикепа је разнолика, али је веома значајно правити разлику између глуво-слепих који су такви рођени, и оних који су оштећење стекли накнадно. Ове две подгрупе се разликују у многим аспектима. Друга група је бројнија, али у првој је заступљенија појава додатних оштећења, углавном менталних и моторних поремећаја, што захтева израду специфичних, прилагођених рехабилитационих програма. *(Ronnberg, Borg , 2000)*

У прошлости су многа глуво-слепа деца посматрана као дубоко ограничена, ретардирана. Њима и њиховим родитељима готово да није била доступна никаква стручна подршка. Често се институционализација глуво-слепих сматрала јединим могућим решењем, и спроводила се по аутоматизму. Поједини родитељи су се изненађујуће успешно сналазили и без адекватне помоћи, и упркос контрадикторним саветима које су примали од разних стручњака. Нажалост, велики број родитеља је био немоћан да се избори са проблемима које носи одгајање мултисензорно оштећеног детета. Резултат овакве, изгубљене борбе, манифестовао се патњом, агонијом, и великим осећањем кривице и неиспуњене родитељске одговорности. *(McInnes,Treffry, 1993)*

УЗРОЦИ НАСТАНКА МУЛТИСЕНЗОРНОГ ОШТЕЋЕЊА

Основни концепт филозофије 20. и 21. века је јединственост и посебност појединца. Ова посебност је посебно очигледна на примеру глуво-слепих особа. Свака глуво-слепа особа има специфичан степен слушног и визуелног оштећења, у распону од средњег до тоталног оштећења. Једно или оба сензорна оштећења могу наступити постепено или одмах на рођењу, и могу бити удружени и са губитком других телесних или менталних функција. *(McInnes,Treffry, 1993)*

Прегледом многобројних стручних радова и извештаја објављених у последњих 50 година, долази се до закључка да је током шездесетих и седамдесетих година двадесетог века више од половине популације дијагностификоване као глуво-слепи за основни узрок оштећења имало рубелу или сумњу на рубелу, а код приближно 50% новорођенчади и деце оштећење се кретало у распону од средње тешког до врло тешког. Током осамдесетих година двадесетог века, проценат деце која су идентификована као конгенитално или оштећена непосредно по рођењу, а којој је дијагностификовано средње до врло тешког оштећења сензора попео се на 65-75%, а последњих година двадесетог века овај проценат је у појединим регионима износио чак 80-95%. *(McInnes, 1999)*

Највећи број случајева мултисензорног оштећења је непознатог, недовољно разјашњеног узрока, и често се приписује превременом порођају. Затим, од најчешћих разјашњених узрока, за велики број оштећења овог типа одговоран је Usher синдром, CHARGE асоцијација, пренатална захваћеност плода рубелом, вирусна обољења, разне конгенималне малформације, менингитис, цитомегаловирус, Angelman синдром, дечја оболења (појединачна или удружена), обољења и стања мајке, трауме, незгоде, а фрекфенција појаве узрочника оштећења у великом броју случајева зависи од географског поднебља. Једина заједничка карактеристика глуво-слепих особа је што сви они имају одређени степен оштећења слуха и вида. *(McInnes,Treffry, 1993; Mikić 2007)*

Према америчким подацима из 1993. године, проценат глуво-слепе деце код којих су, поред основног, дуалног хендикепа, присутна и додатна оштећења је велики, и износи:

- оштећење говора и језика 47%;
- ортопедска оштећења 42%;
- разне здравствене тегобе 29%;
- специфични проблеми у учењу 6%;
- аутизам 4%;

- тешки емоционални поремећаји 3%;
- трауматске повреде мозга 3%.
(Engleman, Griffin, 1998)

Висок степен присутности додатних телесних и менталних тешкоћа не изненађује с обзиром на податак да је велики број мултисензорних оштећења урођен, и да рано оштећење оваквог типа неминовно утиче на свеукупан развој индивидуе.

РЕХАБИЛИТАЦИЈА

„Особа је глуво-слепа када је код ње присутно комбиновано тешко оштећење слуха и вида. Неки људи који су глуво-слепи су потпуно онемогућени да примају сензорне утиске путем ових чула, док други имају остатке сачуваног слуха и/или вида. Степен и комбинација оштећења чула доводе до тога да глуво-слепа деца не могу да се успешно укључе у постојећи систем рехабилитације и образовања глуве или слепе деце." *(Северно-европска дефиниција)*

Отприлике 94% деце која су рођена глуво-слепа имају неке остатке слуха или вида. С обзиром на екстремну хетерогеност популације глуво-слепих, као и на мали број програма рехабилитације који су им прилагођени, њихова рехабилитација се углавном одвија по програмима који су намењени корекцији из области која им представља већи приоритет, или по програмима који су доступни у конкретној локалној заједници.

Сваки програм је фокусиран ка једној или више основних области рехабилитације или њиховој комбинацији (тотална комуникација, аудитивни тренинг, визуелна стимулација, оријентација и мобилност, тактилна дискриминација, позиционирање и храњење, мултисензорна стимулација); овакви рехабилитациони програми могу бити, али често нису у потпуности адекватни и прилагођени глуво-слепој деци чије је оштећење често много захтевније од оштећења оних којима су ови програми оригинално намењени. Технике које се користе су углавном производ истраживања и рада са децом која су захваћена само једним од хендикепа; малобројне су оне које су валидиране за рад са управо овом популацијом. *(Chen, Haney, 1995)*

Претходних 50 година у стручним круговима занимање за глуво-слепе и специјалне програме за рад са њима је у порасту. Пре епидемије рубеле шездесетих година 20. века, успеси у раду са глуво-слепом децом су представљани повремено и стихијски, и нису постојале базе података нити истраживања која су се бавила овом темом, као ни мето-

де рехабилитације за глуво-слепу децу. Средином шездесетих година прошлог века, Ван Дијк је представио специфични приступ подучавању глуво-слепе деце. Према овој методи, наставници не треба да ограничавају стереотипне покрете који су типични за глуво-слепу децу (љуљање, увијање руку испред очију...), већ треба ове покрете да употребе у сврху остваривања блискости и комуникације са дететом, допуштајући њему да диктира ритам и темпо конверзације. Наставници треба да прате и усмеравају ове покрете ка конкретном значењу. Овај коактивни приступ је први који је био развијен искључиво за потребе комуникације са глуво-слепима. Накнадно су установљене и бројне друге стратегије комуникације и рехабилитације, које су имале мање или више успеха у примени. *(Engleman, Griffin, 1998)*

Дејвид Браун је забележио у свом чланку „Трендови у популацији деце са мултисензорним оштећењима“: „Код деце са мултисензорним оштећењима, од степена оштећености органа и њихове функције зависи квалитет сваког аспекта њиховог живота, а само учење постаје много теже и много већи изазов са порастом оштећења, како за децу, тако и за њихове родитеље и наставнике који са њима раде...

Подела популације глуво-слепих у мање суб-групе на основу узрочника оштећења значи да би било много лакше предвидети њихов развој и одлучити се за адекватан образовни приступ. На пример, то би био случај у раду са групом коју би чинила углавном деца оболела од конгениталне рубеле. Индивидуализација и прилагођавање програма су увек били битни, а сада су апсолутно неопходни“. *(McInnes, 1999)*

ПРОБЛЕМИ У ФУНКЦИОНИСАЊУ

Удружени губитак слуха и вида представља један од најтежих хендикепа. Особа је онеспособљена да прима утиске путем два примарна чула посредством којих се спознаје свет и примају информације из њега, што драстично умањује могућности за остваривањем ефикасне комуникације и слободе покрета, које су неопходне за потпуно и активно учествовање у друштвеном животу. Глуво-слепи су у великој мери зависни од других људи, а специфични проблеми у комуникацији, покретности и оријентацији се морају решавати уз употребу посебних метода и техника.

Током последњих 50 година направљени су велики помаци у едукацији и оспособљавању глуво-слепих да живе независније, и спречавању да се осете изоловано и усамљено, што је често био случај. Примена нових технологија помаже овим људима да прошире своје хоризонте ,

а професионалци разних профила су обучени да им помогну око проблема прилагођавања и рехабилитације. *(Sauerburger, 1993)*

Проблеми које се јављају код глуво-слепих:

- смањена способност комуникације са околином;
- непотпуна перцепција спољног света;
- смањена способност антиципације будућих догађаја као и последица сопствених поступака;
- смањена мотивација као последица сензорне депривације;
- постојање медицинских проблема који могу довести до озбиљног заостајања у развоју;
- често погрешно етикетирање глуво-слепих као ретардираних или емоционално заосталих;
- принуђени су да савладају специфичне стилове учења у циљу превазилажења постојећег хендикепа;
- имају велике тешкоће у успостављању и одржавању односа са другим људима.

Ово су само неке од озбиљнијих последица удруженог губитка слуха и вида. Стручњаци често заборављају да истакну значај и комплексности овог проблема и служе се половичним решењима, или се труде да прилагоде постојеће програме како би одговарали потребама мулти-сензорно депривиране деце.

Многа глуво-слепа деца имају сачуване потенцијално употребљиве остатке слуха или вида. Они морају да се уче и оспособљавају да користе ове могућности и да интегришу сензорна искуства која су у стању да остваре, као и да науче да их повежу са ранијим искуством и искуствима стеченим путем осталих чула. Док не науче да овладају овим способностима, осуђени су да функционишу на нивоу који је далеко испод њихових могућности. *(McInnes,Treffry, 1993)*

УЧЕЊЕ И СОЦИЈАЛИЗАЦИЈА

Стручњак који ради са глуво-слепим дететом треба да примени јединствен и прилагођен стил учења који:

- се заснива на коришћењу преосталих аудитивних и визуелних капацитета;
- подстиче интеграцију чулних утисака;
- мотивише и подстиче радозналост;
- ослања се на снаге појединца;
- подстиче остваривање реалних развојних циљева;
- доприноси изградњи самопоуздања;

- допушта глуво-слепом да тражи помоћ уколико процени да му је потребна, док му истовремено оставља слободу да подршку одбије уколико сматра да му није неопходна.

Глуво-слепима велики проблем представља када треба да посматрају, разумеју, и опонашају понашање терапеута, чланова породице и других са којима долазе у контакт. Чак и уколико поседују остатке слуха или вида, ситуација у којој треба да прате шта неко ради и то имитирају представља константан напор. Употребом техника прилагођених специфичном степену слушног и визуелног оштећења, глуво-слепа деца се могу оспособљавати да опонашају моделе, а ови резултати се могу поредити са резултатима које постижу њихови нехендикепирани вршњаци. Техника „Рука у руци" једна је од највише препоручиваних на самом почетку рада са глуво-слепима, јер омогућава тактилно упућивање глуво-слепог детета на моделе чије се опонашање и усвајање очекује.Учење адекватног социјалног понашања путем опонашања је теже изводљиво и захтева много дуже времена. *(McInnes, 1999)*

Чланови породице и сви значајни други из дететовог окружења морају да се посвете успостављању адекватног односа са глуво-слепим дететом; тај однос мора бити исти какав би био да дете није у ситуацији хендикепа. Седење и љуљање са дететом, играње дечјих игара, заједничко учествовање у физичким активностима и одвајање времена за грљење и миловање представљају само неке од многобројних начина којима се подстиче социјализација деце на раном узрасту. Блиски породични односи су основа за све будуће односе детета са околином, и значајан су мотивациони фактор за заједничке активности. Глуво-слепој деци су заједничке активности често привлачније због особа које у њима учествују, него због самих активности. Није необично да деца која су означена као несарадљива, агресивна или неприлагођена позитивно одреагују на нову особу у окружењу која је утрошила време и труд да са њима успостави пријатељски однос.

Социјалне вештине се усвајају искључиво кроз интеракцију са другима. Усамљеност и изолација глуво-слепе деце је, нажалост, честа појава, и директна је последица хендикепа. Глуво-слепа деца треба да усвајају социјалне вештине у складу са својим узрастом, које ће им омогућити да иницирају и одржавају социјалне интеракције. Родитељи и наставници не би требало да се мешају у дететов избор другова и да усмеравају његове друштвене контакте у одређеном правцу. Дете које је глуво-слепо се мора охрабривати и подстицати да само врши изборе на који начин и са ким жели да комуницира у своје слободно време. Задатак породице и наставника је да омогуће детету да развије социјал-

не вештине и да их практикује у безбедном и охрабрујућем окружењу. *(McInnes, 1999)*

Вероватно највећи изазов успостављању и одржавању друштвених односа глуво-слепе деце представља њихова умањена способност да равноправно учествују у свакодневним активностима вршњака. Интеграција глуво-слепе деце у школе, друге друштвене установе, као и у друштвени живот заједнице се одвија споро, а њихове едукативне потребе могуће је задовољити и у њиховом сопственом окружењу. Социјалне баријере могу да утичу на остваривање и квалитет интерперсоналних односа између глуво-слепог детета и његових школских другова чак и ако постоје погодни услови за интеракцију. Глуво-слепу децу је потребно научити како се остварују међусобни односи, јачати њихово самопоуздање, као и свест о начинима функционисања друштва. Наставници и други стручњаци треба да раде на томе да се учење и слободно време заснивају на активностима које ће ефективно укључивати све учеснике.

КОМУНИКАЦИЈА

Глуво-слепа деца се суочавају са бројним изазовима у развоју, остваривању контаката, пријатељстава и успостављању социјалног поља. Присуство оваквог хендикепа може да утиче на друштвене интеракције и односе у великој мери и на различите начине. Могућности рецепције глуво-слепе деце често условљавају да саговорници морају да овладају специфичним формама изражавања (тактилним сигналима и знацима), што може да допринесе инхибирању спонтане комуникације. Временом, овакве баријере могу да доведу до искључивања детета из многих друштвених дешавања и рутина на којима се друштвени живот сваког појединца заснива. *(Mar, Sall, 1995)*

Физички контакт

Физички контакт (додиривање) има за циљ да изазове или преусмери пажњу саговорника, као и да послужи навођењу и просторној оријентацији. Таква врста контакта прожима целокупну комуникацију са глуво-слепом особом, као и глуво-слепима које имају додатне тешкоће. Иако се чини природним да се саговорници додирују приликом комуникације, физички контакт се у обраћању глуво-слепима често користи смишљено и планирано, удружен са другим невербалним облицима комуникације (навођењем руком преко руке, знаковним језиком, гласом) од стране одраслих у наставном процесу, као и

у свакодневној комуникацији. Додиривање (спуштање руке на раме глуво-слепог, навођење његове руке, гуркање) се често користи да би се указало саговорнику на сопствено присуство, као и у навођењу саговорника или у иницирању контакта и скретању пажње. Глуво-слепи физички контакт користе рефлексно, као основни начин комуницирања, али и у бројне друге сврхе: да би тражили помоћ, успоставили положај у простору, задобили пажњу, наговестили промену покрета... *(Huebner, 1995)*

Начин комуникације

Током времена су успостављени бројни начини комуникације са глуво-слепим особама. Они су већином невербалног типа, и представљају модификацију већ постојећих облика комуникације, као и њихове комбинације. Примарни облик комуникације којим се глуво-слепа особа користи првенствено зависи од времена настанка оштећења, очуваних сензорних капацитета, као и других телесних и менталних способности и вештина.

1. **Интерпретатор.** Помоћ интерпретатора представља један од најефикаснијих начина комуникације са глуво-слепим особама. Интерпретатор користи исти начин комуникације као и глуво-слепи, а може бити обучени професионалац или неко из дететовог непосредног окружења.
2. **Знаковни језик.** Употреба конвенционалбог знаковног језика је честа у комуникацији са глуво-слепим особама. Они могу, у зависности од потенцијалних остатака вида, или назирати употребљене гестове (уз држање чланка гестикулатора ради одређивања путање покрета), или пратити гестове тактилно, уз опипавање руку особе која гестикулира.

3. Говор

-Експресивни говор: глас и снимљене поруке. Неке глуво-слепе особе имају развијен говор на нивоу разумљивости, и он им представља основни начин комуникације. Након година оралног тренинга и терапије говора, неки глуво-слепи који су оглували пре него што су развили говор, науче да вербално комуницирају довољно добро да их околина разуме. Они који су оглували након завршеног говорног развоја обично имају веома добру говорну продукцију и разумевање.

-Рецептивни говор: читање са усана и слушање. Неки глуво-слепи, посебно они који имају одређене остатке слуха и вида, као и они који су подучавани оралном методом комуникације могу да разумеју говор путем технике читања говора са усана. Такође, неки од њих су у стању

да служећи се минималним остацима слуха прате ритам, интонацију, и у великој мери контекст говора.

4. **Спеловање речи (писање, читање, дактилологија).** Чест је случај да људи преферирају да користе свој матерњи језик чак и када више не могу да чују или читају са усана.

– Писање на папиру. Многи људи са оштећењем вида су у стању да мање или више успешно пишу поруке. Пошто не могу визуелно да испрате писање текста, они користе помагала, као што су покретни наводилац за писање или шаблони за писање.

– Читање написаног на папиру или длану. Одређени број глуво-слепих је у стању да прочита написани текст, под условом да се налази под добрим осветљењем, да је контраст слова и позадине оптималан, да не постоји рефлексија, и да је текст увећан помоћу електронске лупе. Приликом овакве комуникације са глуво-слепима мора се строго водити рачуна о овим факторима. Они који нису у могућности да прочитају ни овако увећан текст, могу га „прочитати“ тактилно, уколико саговорник својим прстом испише велика, штампана слова на длану глуво-слепе особе. Да би овакво писање било што јасније, веома је битно да се прст подиже са длана што је ређе могуће. Понекада су потребна дуга вежбања пре него што се глуво-слепи научи да прати покрет и чита написано на длану. Људи који из било ког разлога имају смањену осетљивост у подручју дланова, уместо њих као писаћу површину могу користити било који други погодан део тела (руке, леђа, врат...).

– Дактилологија. Да би глуво-слепи били успешни у читању дактилолошких знакова, неопходно је да заузму најоптималнији положај у односу на саговорника. Особа која саопштава информацију би требало да ограничи покрете у све три димензије, да би глуво-слепи саговорник могао да их перципира у целости, видно или тактилно.

– Дворучни алфабет за глуво-слепу популацију. Коришћење овог алфабета је посебно погодно за глуво-слепу популацију, јер подразумева дотицање одређених делова испружене руке саговорника– различите врсте додира су предвиђене за свако слово. Овај алфабет је погодан и када су у питању дуже конверзације, јер не умара ни говорника ни саговорника, а пажња глуво-слепог учесника у конверзацији се лако одржава будући да је у питању ослањање на искључиво тактилне осете, који су им доступни.

5. **Разни други знаковни системи.** Знаковни системи намењени употреби код глуво-слепих лица су многобројни и разноврсни, а углавном су локалног карактера (потекли и примењују се у оквирима одређених заједница). „Тадома“ метод је најзаступљенији у комуникацији глуво-слепих лица, а карактеристичан је по то-

ме што глуво-слепи прима говор стављајући руку на лице и врат говорника, и на тај начин прати покрете који су у вези са продукцијом говора. Искуства показују да је ово један од најефикаснијих начина комуникације за глуво-слепе особе. *(Sauerburger, 1993)*

Инструментална комуникација

Инструментална комуникација је карактеристична по томе што користи разна помагала као помоћна средства у комуникацији. С обзиром на висок степен технолошке развијености и примене технике у дидактичке и комуникативне сврхе у савременом свету, помоћна средства која се употребљавају у раду са глуво-слепима су претежно електронског и електронско-механичког типа.

1. **Механичка и/или електронска опрема.** На пример, компјутери који су прилагођени да омогуће глуво-слепој особи да користи прекидач за контролисање интензитета гласа; да прикаже „да/не“ одговор путем поруке на монитору; да наведе избор корисника позивајући одговарајући приказ на екрану, пуштајући музику или покрећући/заустављајући механичку играчку; или пуштањем претходно снимљене поруке када корисник притисне одређене дугмиће. Друга компјутерска опрема може да служи превођењу Морзеове азбуке у крупно штампане речи приказане на екрану уз могућност да буду гласно прочитане. Неке од ових могућности су већ у широкој употреби, а нови програми се свакодневно усавршавају.
2. **Комуникацијске плоче** користе одређене симболичке системе (укључујући и специфично дизајниране фигуре или симболе у складу са окружењем глуво-слепог) који омогућавају појединцу да покаже на једну или више слика путем којих комуницира са саговорником, било као говорник, било као саговорник. Ове плоче може да користи и наставник, у циљу иницирања и одржавања комуникације.
3. **Комуникацијске књиге** су индивидуално дизајнирани системи који укључују колекцију слика и свакодневних фразе које одговарају специфичним аспектима окружења глуво-слепог. Иако је овај метод сличан методу коришћења слика, књиге су намењене за специфичне комуникативне улоге. На пример, особа може имати више од једне комуникацијске књиге– књигу за рад, књигу за кућне теме, књигу за друге друштвене ситуације. С обзиром да су комуникацијске књиге колекције намењене одређеним ситуацијама, и да се често користе, оне се разликују и по

категоријама. Комуникацијске књиге могу бити коришћене да иницирају комуникацију или као одговор на иницијативу.

4. **Комуникација коришћењем самих објеката** може бити експресивна или рецептивна, и може служити иницирању комуникације или као одговор. На пример, наставник може подићи два објекта (лопту и блок) и допустити глуво-слепим ђацима да бирају један, или ђак може испружити празну чашу да стави до знања да жели још воде. Одговори могу укључивати додиривање лопте или блока као одговора на наставников захтев. *(Huebner, 1995)*

КОНЦЕПТ „НАУЧЕНЕ БЕСПОМОЋНОСТИ“

Деца која су конгенитално глуво-слепа су под ризиком да испоље пасивност која прожима њихов развој и задржава се као трајни облик понашања. Ова стечена пасивност омета урођену потребу за напредовањем, која се често сматра врховном мотивацијом. Удружен губитак слуха и вида код деце намеће потребу да се константно ослањају на друге који треба да их мотивишу да истражују, док су код деце без оштећења утисци које примају путем чула довољни за самомотивацију. Деца која немају хендикеп чују или виде нешто и желе то и да досегну. Деци која су конгенитално глуво-слепа неопходно је присуство одрасле особе која зна како да пружи подршку и мотивише их да истражују околину, док истовремено повезује истраживање са именовањем објеката и појава. Ставарање везе између истраживања и комуникације је средство помоћу кога дете усваја нове концепте и богати своје знање.

Конгенитално глуво-слепој деци је потребна подршка да науче како да контролишу аспекте сопственог окружења кроз учење искуством; у супротном они ће постајати све пасивнији у својим покушајима да се укључе у окружење. Ова рана пасивност, у спрези са дететовим каснијим искуствима у учењу, може да створи основу за развој научене беспомоћности.

У литератури се описују две врсте беспомоћности– урођена пасивност и научена (стечена) беспомоћност. Концепт урођене пасивности се односи на појединy глуво-слепу новорођенчад који слабо једу, ретко плачу и ретко испољавају потребе на које родитељи и неговатељи треба да одговоре. Због одсуства два значајна чула, ова деца понекада нису у стању да користе плач и оглашавање као средство задовољења потреба.

Неговатељи и наставници често могу ненамерно подстицати развој научене беспомоћности код глуво-слепе деце пренаглашавањем своје

заштитничке улоге и потенцирањем свог учешћа у ситуацијама у којима оно није неопходно, где се дете и само добро сналази. Они могу да протумаче дететову потребу за комуникацијом као жељу за навођењем и инструкцијом. Последица таквог понашања је да деца стичу погрешну слику сопствене неспособности и зависности од других, која може да инхибира њихову вољу за учењем и друге активности. Губитак увида у сопствене способности је критична тачка у погледу развоја научене беспомоћности.

Одрасли могу имати другачија очекивања у погледу деце која су глуво-слепа. Године труда морају бити инвестиране у опрезно и систематично подучавање ове деце стварима које деца која нису хендикепирана уче аутоматски, што их у очима родитеља глуво-слепе деце чини надмоћнијима. Неки родитељи су склони да раде ствари уместо деце или да их константно физички усмеравају током активности мислећи да им тиме помажу. Овакво понашање поспешује дечју пасивност и редукује њихову иницијативу. Родитељи често имају веома ниска очекивања од своје глуво-слепе деце, што се негативно одражава на њихов развој и сазревање, с обзиром да свако дете има капацитете који му омогућавају да, без обзира на степен хендикепа, учи и напредује у когнитивном, афективном, и социјалном развоју.

Очекивања родитеља, неговатеља и наставника утичу на однос који они граде са глуво-слепим дететом, као и на њихове реакције у конкретним ситуацијама. Превелико награђивање детета за за успех који је захтевао врло мало уложеног труда, или није захтевао труд уопште, може да инхибира будуће дететове напоре. Игнорисање дететових покушаја који су можда били и неуспешни, али су захтевали уложен напор, негативно утиче на његову мотивацију и поспешује ризик од развијања научене беспомоћности. *(Marks, 1998)* Неопходно је да родитељи и наставници у свом односу према детету буду умерени и обазриви; свака неумереност у понашању, као што је игнорисање или презаштићивање детета, негативно утиче на његов развој, што може створити низ нових тешкоћа у рехабилитацији.

МОГУЋНОСТИ КОМПЕНЗАЦИЈЕ

Посматрајући из перспективе комуникације и понашања уопште, недостатак сензорних информација утиче на многобројне аспекте живота, поготово на перцепцију појава које се налазе ван домашаја руке. Глуво-слепи често негодују у ситуацијама када их други људи изигноришу и не информишу их о свом присуству. Звоно телефона, улазних врата, саобраћајни сигнали, примери су стимулуса и догађаја о који-

ма глуво-слепи не примају или примају врло мало информација. Као механизмима компензације, глуво-слепи се често служе ехолокацијом и померањем објеката у простору у односу на друге објекте, у сврху просторне оријентације. Нажалост, ситуација хендикепа глуво-слепих често бива додатно отежана придруженим проблемима.

Способност слепих и глуво-слепих особа да детектују и избегну физичке препреке на путу је била тема многобројних истраживања и стручних расправа. Претпоставка о постојању просторног чула, често називаног „просторним видом" је дефинитивно оповргнута 1947. године од стране Ворчела и Даленбаха, који су доказали да таква способност не постоји и да се не ради ни о каквом мистериозном чулу, већ о делимичним остацима слуха и вида. Да би експериментално доказали своју тврдњу, они су механичким путем у потпуности привремено затворили слушне канале, као и капке глуво-слепих особа које, наводно, поседују ово неоткривено чуло, што је узроковало да испитаници више нису били у могућности да се сналазе у простору ефикасно као раније.

Техничка средства која преводе звучне или визуелне стимулусе у вибрације се често употребљавају у раду са глуво-слепима, иако оваква помагала нису у потпуности прилагођена њиховим потребама. Кохлеарни имплант је изум од којег глуво-слепи имају значајне користи у великом броју случајева. Употреба овог помагала, поред комуникативне, има и функцију примања информација из физичког окружења. Ипак, значајно је напоменути да, иако постоје случајеви успешне примене техничких помагала код популације глувих или слепих, комбиновани губитак поставља специфичне захтеве пред будуће техничке изуме који би били прилагођени потребама управо ове популације. *(Ronnberg, Borg , 2000)*

ПРЕГЛЕД НОВИЈИХ ИСТРАЖИВАЊА

Глобално посматрано, истраживања дуалног сензорног хендикепа који је присутан код глуво-слепих нису у великој мери заступљена. Проучавање ове проблематике је специфично због великих различитости унутар ове популације, методологије која с примењује и истраживачких амбиција научника. Најзаступљенији начин истраживачког рада представљају студије случаја, било да се испитује начин комуникације код глуво-слепих или теме везане за специфичности у понашању. Постоји велики број оваквих студија, али оне су углавном дескриптивне, без амбиције испитивања узрочно-последичних веза. Значајно ограничење представља порекло оштећења које се истражује (урођеност, синдром, стеченост...). Порекло оштећења није увек јасно назначено у истраживањима, што може да води ка генерализацији и грешкама у

посматрању и карактерисању самог хендикепа и разлика између глуво-слепих. Стога, неопходно је да се истраживању популације глуво-слепих приступа плански и систематично, уз највећи могући степен обазривости од стране истраживача.

Група истраживача је анализирала (2004) комуникативне функције испољене између наставника и њихових глуво-слепих ученика. Циљ ове студије је био да одговори на два питања: које комуникативне функције испољавају наставници у интеракцији са глуво-слепим ученицима и које комуникативне функције испољавају глуво-слепи ученици у интеракцији са наставницима. Сви ученици који су чинили узорак имали су оштећење конгениталног порекла. Најзаступљеније комуникативне функције које су уочене у комуникацији наставника са глуво-слепим ученицима су: физичко навођење, упутства, коментарисање, постављање питања и информисање. Захтевање и означавање објеката и акција је веома мало заступљено у обраћању ученицима, судећи по резултатима истраживања. Ученици најчешће испољавају негодовање, позивање (скретање пажње), физичку кооперацију и узбуђење. Именовање, коментарисање, пружање објеката и указивање на њих су мало заступљени у понашању глуво-слепих ученика. Приликом обраћања овим ученицима, неопходно је служити се разноврсним комуникативним функцијама, а посебно је важно прилагодити начин говора (речник, темпо, ритам, јачину) могућностима глуво-слепих ученика. *(Bruce, Godbold, Naponelli-Gold, 2004)*

Коно и Ода (2005) су испитивали које активности су омиљене код глуво-слепе деце. Резултати истраживања су показали да се активности које подразумевају воду, као што су туширање, врућа купка и пливање високо котирају на листи омиљених активности испитаника. Такође, код глуво-слепе деце веома су омиљене игре које пружају илузију дувања ветра или убрзавања, као што су: љуљање, скакање на трамполини, вожња на скутеру или једноставно расхлађивање лепезом. Резултати показују да су ове активности високо позиционирана код глуво-слепих, без обзира на године, пол, узрок или степен оштећења чула. Аутори претпостављају да је то због чињенице што је приликом оваквих игара стимулисана велика површина коже, као и вестибуларни орган (гравитација и убрзање). С обзиром да су онемогућени да примају утиске путем два примарна чула, стимулација преосталих функционалних чула глуво-слепој деци представља начин за игру и разоноду, као и задовољавање њихових потреба. Укључивање омиљених дечјих игара у рад је од вишеструке користи и препоручује се јер повећава ниво активности и мотивације за учење и повољно утиче на развој и емоционални статус глуво-слепе деце. *(Коно, Ода, 2005)*

Група аутора на челу са Сузан Брус (2007) је истраживала коришћење гестова у комуникацији конгенитално глуво-слепе деце. Испитаници су испољили укупно 44 геста (природна и конвенционална), у чак 13 различитих комуникативних функција. Интересантан је податак да је један гест био употребљен у 7 различитих функција, као и да су глуво-слепа деца често употребљавала специфичне гестове за функције са којима они нису типично повезани. Даље, деца су склона да користе природне (примитивне) гестове чак и када су им познати конвенционални гестови. Значајно је да сва деца имају неки начин да скрену пажњу и укажу на објекте или појаве. Неки гестови које користе су резултат њиховог тренутног емоционалног стања (тапшање, увијање прстију, љуљање), други представљају понављање дечјих доживљаја. Испитаници су најчешће користили гестове у намери да захтевају акцију, објекат, или да изразе протест. Они су упаривали гестове са дактилолошким знацима и одређеним гласовима, и ове комбинације су служиле диференцијацији функције геста. Аутори закључују да гестовни језик може да има велику улогу у комуникацији са глуво-слепом децом, која су способна да њиме овладају и да га успешно користе у сврхе комуникације, едукације и социјализације. *(Bruce, Mann, Jones, Gavin, 2007)*

Кореа-Торес (2008) је испитивала прилике за комуникацију и социјалну интеракцију код глуво-слепих ученика. Резултати ове пилот-студије пружају увид у фрекфенцију социјалних интеракција између глуво-слепих ученика, њихових нехендикепираних вршњака и одраслих у разним наставним ситуацијама. Резултати студије су показали да глуво-слепи ученици који похађају специјалне школе за глуве или слепе ученике, или специјална одељења при редовним школама имају највише социјалних интеракција, затим ученици који похађају редовне школе, а најмање прилике за комуникацију са вршњацима имају ученици који похађају школе за тешко ометену децу. Аутор резултате објашњава претпоставком да се наставници у школама за тешко ометену децу веома често више понашају као неговатељи него као наставници у односу на наставнике из редовних школа и школа за глуву и слепу децу који више пажње обраћају на развијање академских и социјалних вештина ученика. Такође, аутор констатује да глуво-слепи ученици знатно више времена проводе у интеракцији и комуникацији са одраслима који учествују у наставном процесу, него са школским друговима. *(Correa-Torres, 2008)*

Иста ауторка (2008) је истраживала природу социјалних искустава глуво-слепих ученика који су обучавани у инклузивним условима, као и прилике за комуникацију између њих и њихових нехендикепираних вршњака и одраслих. Посматране су и стратегије које су користили на-

ставници да поспеше интеракцију. Највећи број интеракција и прилика за комуникацију глуво-слепи ученици су имали са наставницима и терапеутима који са њима раде индивидуално, а комуникација се у великој мери сводила на упутства, исправке, пружање помоћи и похвале од стране одраслих. Време које је предвиђено за ваннаставне активности глуво-слепи ученици су углавном проводили са нехендикепираним вршњацима, који су их прихватили и спремни су да се друже са њима, као и да им пруже помоћ када је то потребно. Стратегије које су користили наставници да би промовисали интеракције и дружење између глуво-слепих ученика и њихових нехендикепираних вршњака су подразумевале разноврсне приступе, као што су: предавања и групне дискусије на тему хендикепа и специфичног начина учења хендикепираних, упознавање са начином комуникације са глуво-слепима, одређивање ученика који ће им бити „помагачи" тај дан... Као најефикаснији начин да се постигне прихватање глуво-слепих ученика од стране вршњака без оштећења показало се равноправно укључивање ових ученика у све наставне и ваннаставне активности. *(Correa-Torres, 2008)*

Група америчких аутора (2009) је коришћењем стандардних инструмената испитивала разлике између одраслих конгенитално глуво-слепих особа и оних са стеченим оштећењима. Укупан узорак су чиниле 182 особе. Резултати истраживања су показали да су код глуво-слепих са урођеним оштећењима чешће присутни проблеми у когнитивном функционисању, свакодневним активностима, као и друштвеним интеракцијама, и да они много ређе користе говор као средство комуникације. Аутори закључују да глуво-слепа популација, у односу на време настанка оштећења, има различите потребе, што условљава индивидуалниизован приступ сваком појединцу од стране рехабилитатора. *(Dalby, Hirdes, Stolee, Strong, Poss, Tjam, Bowman, Ashworth, 2009)*

ЗАКЉУЧАК

Глуво-слепи се међусобно веома разликују у односу на начин и степен комуникације, образовања, друштвеног живота, културалних активности и информисаности. Они који су рођени глуво-слепи, или који су такви постали у првим годинама живота често имају и додатне проблеме који остављају последице на њихову личност и понашање. Такве додатне тешкоће могу да умање могућности за коришћење преосталих слушних или визуелних капацитета, уколико су присутни. Глуво-слепа деца су онемогућена да опажају многе облике реакција одраслих, као што су израз лица, говор тела и интонација говора, па је неопходно да

комуницирају на начин који им омогућава да разумеју послату поруку у потпуности и буду равноправни саговорници.

Најважније је назначити да, без обзира да ли су додатна оштећења присутна или не, рад са глуво-слепима подразумева да је потребно да професионалци разних специјалности раде у кооперацији, почевши од дијагностике, израде плана третмана, као и током читаве рехабилитације глуво-слепог појединца. Апсолутно је неопходно да подршка коју добија глуво-слепа особа буде у потпуности прилагођена њеном стању и потребама, поготово због чињенице да су често присутне и додатне тешкоће у развоју.

Због свега наведеног, неопходно је да глуво-слепи буду перципирани као посебна категорија хендикепираних која захтева специјалне начине комуникације и специјалне методе успостављања функција неопходних за свакодневни живот.

ЛИТЕРАТУРА

1. Albrecht G.L. (2006):"Encyclopedia of disability"; *Sage publications*, USA.
2. Bruce S, Godbold E, Naponelli-Gold S. (2004): „An Analysis of Communicative Functions of Teachers and Their Students Who Are Congenitally Deafblind"; *Rehabilitation and Education for Blindness and Visual Impairment*, USA.
3. Bruce S, Mann A, Jones C, Gavin M. (2007): „Gestures Expressed by Children Who Are Congenitally Deaf-Blind: Topography, Rate, and Function"; *Journal of Visual Impairment & Blindness*, USA.
4. Chen D, Haney M. (1995): „An early intervention model for infants who are deaf-blind";. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, USA.
5. Correa-Torres S.M. (2008): „Communication Opportunities for Students With Deafblindnessin Specialized and Inclusive Settings: A Pilot Study"; *Rehabilitation and Education for Blindness and Visual Impairment*, USA .
6. Correa-Torres S.M. (2008): „The Nature of the Social Experiences of Students with Deaf-Blindness Who Are Educated in Inclusive Settings"; *Journal of Visual Impairment & Blindness*, USA.
7. Dalby D, Hirdes J, Stolee P, Strong J, Poss J, Tjam E, Bowman L, Ashworth M. (2009): " Characteristics of Individuals with Congenital and Acquired Deaf-Blindness"; *Journal of Visual Impairment & Blindness*, USA.
8. Dimić N, Nestorov S. (2009): „Razumljivost govora kod višestruko ometene gluve i nagluve dece"; *Beogradska defektološka škola br.2, Srbija*.
9. Dimić N, Nestorov S. (2009): „Stavovi surdologa o obliku obrazovanja i vaspitanja višestruko ometene dece oštećenog sluha"; *Beogradska defektološka škola br.3, Srbija*.

10. Engleman M. D, Griffin H. C. (1998): „Deaf-Blindness and Communication: Practical Knowledge and Strategies"; *Journal of Visual Impairment & Blindness*, USA.

11. Huebner K. M. (1995): „Hand in hand: selected reprints and annotated bibliography on working with students who are deaf-blind"; American Foundation for the Blind, USA.

12. Kono E, Oda K. (2005): „Favorite activities for deaf-blind children"; *Elsevier*, Tokyo Woman's Christian University, Japan.

13. Mar H.H, Sall N. (1995): „Enhancing social opportunities and relationships of children who are deaf-blind"; *Journal of Visual Impairment & Blindness*, USA.

14. Marks S.B. (1998): „Understanding and preventing learned helplessness in..."; *Journal of Visual Impairment & Blindness*, USA.

15. McInnes J.M, Treffry J. A. (1993): „Deaf-blind infants and children: a developmental guide"; *University of Toronto Press*, Canada.

16. McInnes J.M. (1999): „A guide to planning and support for individuals who are deafblind"; *University of Toronto Press*, Canada.

17. Mikić B. (2007): „Sindromska oštećenja sluha"; *Specijalna edukacija i rehabilitacija br.3-4*, Srbija.

18. Nestorov S, Dimić N, Nestorov V. (2009): „Višestruko ometena deca oštećenog sluha u školama u Srbiji"; *Beogradska defektološka škola br.3, Srbija*.

19. Ronnberg J, Borg E. (2000): „A review and evaluation of research on the deaf-blind from perceptual, communicative, social and rehabilitativeperspectives"; *Scandinavian Audiology*.

20. Sauerburger D. (1993): "Independence without sight or sound: suggestions for practitioners working with deaf-blind adults"; *American Foundation for the Blind*, USA.

THE SPECIFICS OF EDUCATION AND REHABILITATION OF THE DEAF-BLIND PERSONS

MIA ŠEŠUM
Laboratory for Forensic Phonetic, MUP RS, Belgrade

SUMARRY

This paper examines the characteristics of education and rehabilitation of the deaf-blind persons. People who are deaf-blind differ in their degree of vision and hearing loss and in the age of onset of deaf-blindness, language development, communication mode, and level of independence. With this functional diversity among persons who are deaf-blind, it is important to identify the needs of this population at the individual level. People who are deaf blind can be classified into at least two groups: those who experienced the onset of both hearing and visual impairment from birth to age 2, and those whose onset was later in life. Hearing and visual impairments co-occur in approximately 1 in 100,000 persons.

KEY WORDS: deafblind, rehabilitation, communication

Београдска дефектолошка школа
Вол. 17 (1), бр. 49, 185-200, 2011.

УДК 376.1
Примљено: 20.2.2011.
Стручни чланак

ТИПИЧНЕ КАРАКТЕРИСТИКЕ ПОНАШАЊА И ФУНКЦИОНИСАЊА ОСОБА СА РЕТ СИНДРОМОМ

Лидија Ивановић[1], Данијела Илић-Стошовић[1], Веселин Меденица[2]

[1]Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију, Београд
[2]Висока медицинска школа струковних студија „Милутин Миланковић“, Београд

Ретов синдром је прогресиван развојни поремећај, током којег настаје тешко оштећење когнитивни, комуникативних, моторних и вегетативних функција, доводећи до тешког инвалидитета.

Основни циљ овог рада је свеобухватно сагледавање типичних карактеристика понашања особа са Рет синдромом кроз компарацију присуства типичних карактеристика Рет синдрома приказаних у стручној и научној литератури и затечених карактеристика обсервираних на примеру једне испитанице. У ту сврху коришћена је мета анализа, студија случаја, као и опсервационо кодирање понашања.

Кроз преглед научне и стручне литературе изведени су одређени закључци о карактеристикама функционисања особа са Рет синдромом, који су представљени у раду. Установљен је висок степен корелације између информација добијених из литературе о Ретовом синдрому и студије случаја девојчице са Рет синдромом.

КЉУЧНЕ РЕЧИ: Рет синдром, понашање, когниција, моторика

УВОД

Ретов синдром је прогресиван развојни поремећај, током којег настаје тешко оштећење когнитивни, комуникативних, моторних и вегетативних функција, доводећи до тешког инвалидитета.

Први пут је описан 1966. године, али је јасно дефинисан тек осамдесетих година двадесетог века. У класификацији болести (ICD-10, СЗО 1992) сврстан је у групу первазивних развојних поремећаја. Инциденца износи један на десет хиљада женске новорођенчади. Узрок Рет синдрома је мутација у MESR2 гену, гену на Х хромозому који кодира метил-CpG-везујући протеин.

Деца се рађају здрава и њихов развој тече уобичајеним током до шестог, а код одређеног броја деце и осамнаестог месеца старости. Тада наступа период благе стагнације који је праћен регресијом. Болест може наступити постепено или изненадно и драматично. Дете са Рет синдромом може, и без јасног разлога, ући у изолацију или егзалтирано понашање које води ка слици аутизма, нарочито у току развоја болести. Занимљиво је да, временом, долази до побољшања социјалног контакта, али се појављују други симптоми који воде ка прецизнијој дијагнози. Рет синдром карактеришу следећи знаци: снижење интелектуалног функционисања испод граница просека, тежак облик поремећаја моторичког функционисања, епилептични напади, неке од аутистичних црта, проблеми у комуникацији, различите врсте стереотипног понашања и честе гастроинтестилне сметње (повраћање, констипација и абнормална абдоминална дистензија). Поремећај има различит прогрес од случаја до случаја, као и различити интензитет одређених симптома. Поремећај моторичких функција може се, временом, повећати. До сада се зна да болест не води прераној смрти и да многи пацијенти доживе дубоку старост. У старијим годинама постоји више проблема у егзактном постављању дијагнозе, тј. клиничка слика се теже разликује од неких тешких можданих оштећења.

Клиничка слика

Клиничко испољавање Ретовог синдрома у великој мери зависи од узраста. Добро познавање природне еволуције поремећаја неопходно је за његово препознавање. Харберг и Вит-Енгерстром (1986), развој поремећаја поделили су у четири стадијума и то:

I Стадијум: рана стагнација развоја

Стадијум почиње између шестог и осамнаестог месеца живота детета и траје неколико месеци. Дете напредује и усваја неке вештине, мада касније него деце типичног развоја, потом се психомоторни развој успорава и стагнира. Постепено долази до губитка пажње, дете постаје неактивно, уз неспецифично епизодно трешење рукама, и уз повремено функционално коришћење руку.

II Стадијум: нагла регресија развоја

Стадијум настаје између 1. и 3. године живота детета. Траје неколико седмица или месеци. Карактерише га регресија и губитак усвојених вештина. Регресија може бити изненадна и драматична или постепена. Девојчице западају у изолацију слична аутистичној. Добија се утисак снижења интелектуалних функција у опсезима дубоке интелектуалне ометености. Престају са брбљањем, губе усвојене вештине и могућност да их функционално користе горње екстремитете, појављују се типичне стереотипије руку. Грубе моторне функције су боље очуване, али се уочава нестабилност и поремећај координације.

III Стадијум: псеудостационарни стадијум

Стадијум може трајати више година, од предшколског до школског доба. Карактерише га стабилизација на постигнутом нивоу. Аутистичне црте се смањују и деца боље емоционално комуницирају са околином. Груба моторна снага споро, али сукцесивно опада. Одржава се трункална атаксија са слабом мишићном координацијом, уз епилептичне епизоде.

IV Стадијум: касна моторна детериорација

Стадијум карактерише побољшање емоционалног контакта. Епилепсију је лакше контролисати медикаментима. Моторна детериорација напредује уз спастицитет и сколиозу што доводи до непокретности и неопходности коришћења инвалидских колица. Стопала постају хладна, влажна и натечена. Ови поремећаји воде специфичним симптомима и хендикепу чији је ток детерминисан, мада постоје варијације у брзини и степену пропадања. Сходно томе, девојчице истог узраста могу имати потпуно различиту слику поремећаја.

Без обзира којој групи припадају или у ком су стадијуму болести, сва деца су са вишеструком ометеношћу. Ова деца никада не искористе у потпуности своје могућности, а ниво којим их користе зависи у многоме од окружењу у којем живе. У свакој ситуацији она зависе од нас који живимо са њима и који их подстичемо и охрабрујемо да искористе своје могућности на максималан начин.

МЕТОДОЛОШКИ ПРИСТУП

Основни циљ овог рада је свеобухватно сагледавање типичних карактеристика понашања особа са Рет синдромом кроз компарацију присуства типичних карактеристика Рет синдрома приказаних у стручној и научној литератури и затечених карактеристика обсервираних на

примеру једне испитанице. У ту сврху коришћена је мета анализа, студија случаја, као и опсервационо кодирање понашања.

Прегледом стручне и научне литературе утврђене су најчешће сфере понашања које су компромитоване у свакодневном функционисању особа са Рет синдромом. За потребе овог истраживања издвојили смо 9 сфера понашања са укупно 120 квалитета којима се ове сфере понашања најчешће описују.

Целовито понашање, које је у истраживању посматрано, структуисано је у следеће области: 1) дефицит на плану перцептивне и сензорне интеграције; 2) стереотипно понашање; 3) моторички поремећаји; 4) интелектуална ометеност; 5) комуникативне сметње; 6) "емоционални канали"; 7) широке флуктуације у понашању; 8) емоционалне реакције; 9) идентитет базичне несигурности. За потребе анализе понашања припремљен је протокол за кодирање и опсервацију који је обухватао свих девет наведених категорија као и 120 квалитета.

Опсервација је спроведена у кућним условима. Испитивач није реметио породичну атмосферу, због свог честог присуства у породици и дугогодишњег познавања и рада са девојчицом.

Кодирање понашања вршено је у природним околностима без ремећења свакодневне животне динамике. У току 7 дана, колико је праћено понашање бележена је учесталост појаве и трајање одређених понашања, врста понашања као и квалитети. По завршетку процеса опсервације, информације из протокола су структуиране у 9 категорија понашања претходно наведених. Сви подаци су статистички обрађени те описно представљени у даљем приказу.

СТУДИЈА СЛУЧАЈА

Анамнестички подаци

Н.Ђ. је рођена 11.11.1988. године. У тренутку опсервације испитаница је старости 20. година. Рођена је у термину са нормалном телесном масом. Проходала је са 4 године, прву реч је проговорила око 1. године живота, а са 1,5 годином успева да склопи просте реченице. Н.Ђ. је јединица. Живи у потпуној породици. Радним данима одлази у дневни боравак где је смештена од своје четрнаесте године. Ван дневног боравка са њом раде два дефектолога и један терапеут. Присутне сколиотичне промене кичменог стуба. Даје налог очима или покушава да дохвати руком. Контрола сфинктера није успостављена. Приликом облачења и свлачења повремено активно учествује (подиже руку или ногу). Задржава ваздух у устима и шкргуће зубима. Према речима родитеља

има ноћне страхове (никада није у потпуном мраку, увек јој је упаљена лампа), нападе плача и вриштања или смеха. Уочава се повезаност напада плача са манифестацијом бола, посебно у стомаку. Она показује интерес за околину, а на непознате особе реагује позитивно и заинтересовано. Када, из више покушаја, не успева да изрази своје потребе реагује ауторегресијом или бесом. Присутне промене у понашању, као и велике флуктуације од дана до дана, од сата до сата. Дуготрајна меморија добра. Стиче се утисак да околина нема изграђен објективан став према могућностима ове девојчице, тачније, чини се да околина некада није ни свесна колико ова девојчица разуме и чињеница је да разуме више него што њен ниво функционисања показује.

Анализа присуства типичних симптома и понашања

Поремећај перцептивне и сензорне интеграције

Особе са Рет синдромом имају потешкоће у говору, разумевању и интеграцији сензорних утицаја из спољашњег света као и свог властитог света. Према изјавама родитеља, ова деца у раном детињству немају интересовања за спољни свет или показују „ограничену селективност“, односно реакције на само неке јаке стимулусе, били они позитивни или негативни. Већина показује драматичне поремећаје нарочито у другом стадијуму болести. Ове поремећаје карактерише конфузија пријема и обраде сигнала из властитог тела и окружења и немогућност да се ситуација истражи активно путем више чула.

Деца са овим обољењем користе визуелни канал на специфичан начин -периферним гледањем.“Никада не гледа куда,а ипак зна куда иде“ (Линберг Б., 1988). Када се приближавају нечем непознатом, то раде постепено, посматрајући само на тренутак, а затим окрећу главу нагло. У свакодневним, познатим ситуацијама, нпр.кад се приноси храна столу, немају потешкоћа у праћењу погледом. У новој ситуацији, обично им се поглед веже за потпуно неважне ствари, а у покушају да процене удаљеност ствари око себе показују велико оклевање.

И поред тога што се чини да су им звукови веома важни и да, управо, по њима дају значење одређеним стварима, ова деца могу показати узнемиреност када слушају комлексну музику.

Јако су осетљиви на болне дражи, иако то варира од времена до времена са потешкоћом у означавању болног места. Много јаче доживљавају унутрашњи бол (стомак, главобоља) него спољашњи бол (ињекција, штипање и сл.). Додири лица изазивају гримасе са грчем очију, носа и уста. Бурно реагују на ветар, снег, кишу која им удара у лице, али је

присутна и интолеранција приликом уношења четкице за зубе у уста. Због опште апраксије и поремећаја мишићне координације лакше гутају течност него чврсту храну. Присутни су проблеми у одржавању равнотеже тела. Приликом физикалне терапије, када се постављају у нове позиције, па чак и у свакодневним активностима, када им се мења пложај тела, боре се да задрже „устаљену" позицију и дају велики отпор промени. Не воле додир по телу и опиру се облачењу.

Од наведених поремећаја сензорне и перцептивне организације опсервацијом је код Н.Ђ. утврђено следеће: присутне су тешкоће у говору. Разуме сензорне утицаје из спољног света. Музика лаганих тонова на њу делује умирујуће. Дружељубива, а посебн, посебно интересовање показује за децу. Додир лица изазива гримасе. Бурно реагује на промене времена.Ужива у храни, а посебно задовољство су јој већи залогаји. Поремећај равнотеже присутан. Јако се опире облачењу.

Стереотипна понашања

Маниризам рукама је заједничка карактеристика Ретовог синдрома за све узрасте. Стереотипије започињу специфичним махањем руку или необичним позицијама руку, а затим се настављају преклапањем, лизањем, гњечењем и стезањем дланова једне или обе руке. Покрети руку нису симетрични и бескрајно се понављају. Стресне ситуациие их интензивирају, а у стереотипије никада није укључен и објекта. Временом се оне смањују у опсегу и интензитету, у време спавања нису присутне. Честе су и гримасе устима које се појачавају када родитељи покушавају да задрже покрете руку.Остале стереотипије су шкргутање зубима и неправилности у дисању (хипервентилација, гутање ваздуха), хиперсаливација, што обично доводи до секундарних проблема – храпаве и иритиране коже око уста, нарочито у хладним данима.

Од наведених стереотипних понашања код Н.Ђ. је утврђено следеће: изражене стереотипије руку у виду лизања, гњечења и стезања дланова једне или обе руке. Присутно шкргутање зубима и неправилност у дисању.

Моторички поремећаји

Деца са Ретовим синдромом не губе способност покрета свог тела, али губе способност да разумеју како да користе своју покретљивост. Они не знају да преточе жељу за акцијом у саму акцију. Основа лежи у недостатку когнитивне обраде која би иницирала циљану акцију, али и у недостатку адекватне снаге и брзине покрета. Моторички поремећаји присутни су у области грубе, фине, али и оралне моторике. Ауто-

матски покрети који су нама тако природни, као ходање, говор и хватање представљају велики проблем особама са Рет синдромом. Шема покрета изводи се као рефлекс, без одлагања, а покрети су ограничени, нефлексибилни и не могу се уопштавати на друге ситуације (нема трансфера), нпр. девојчица која може дотакнути мајчину руку у ситуацији храњења, не може искористити овај покрет за било коју другу ситуацију. Исто тако, девојчица која подиже своју ногу када свлачи панталоне, не може урадити исто када се облачи. Некад девојчице настављају исти покрет без икаквог циља, па постоји ризик да се ови аутоматски покрети претворе у стереотипије које се не користе само у погрешном контексту, већ и ван контекста. Покрети који су иницирани унутрашњим нагонима су најчешће директни и успешни. То може бити позитивна потреба, жеља, нелагодност или унутрашња компулзија (нпр. не можемо навести девојчицу да дохвати нешто само вербалним налогом, него је потребно да побудимо њену властиту мотивацију односно њене „емоционалне канале“). „Њене руке су инструменти њеног срца,а не њене главе“ (Линберг Б.,1988). Најуспешније извођење је кад унутрашњи нагон детета са Рет синдромом нађача његову свест.

Ова деца имају неуобичајену шему пузања– пужу на некоординисан начин. Обично проходају након петнаестог месеца, а када овладају ходањем, не користе више ни један други вид покретања. Раније снижен мускулаторни тонус може прећи у ригидитет и спастицитет. Губитак координације и моторне контроле се мења из једне шеме у другу. Они врло ретко трче и имају потешкоћу у пењању и спуштању степеницама. Многи од њих обично нису способни да свесно имитирају покрете других. Обично не успевају да седе без подршке, а присутне су лоше реакције равнотеже и одбрамбени одговори (нпр. када падну, реакције су толико успорене да се тешко могу заштитити). Са прогресијом болести настаје сколиоза.

Деца која су слабије покретна су најчешће у колицима за кретање. Она имају одложену реакцију, а покрети руку су мирнији. Психички темпо је спорији, а регулација интензитета улазних стимулуса и спољашњег одговора је боља. Сензорна интеграција и моторна координација је, такође, боље организована. Ова деца имају бољу контролу свог тела и својих осећања, иако захтевају сталну помоћ.У овој групи су углавном деца која су заточена болешћу на најранијем степену или оне код којих је болест достигла виши степен.

Централни симптом Рет синдрома је губитак усвојених вештина руке и способности руке, преласком у стереотипије. Са старењем, ова деца постају незаинтересована и пасивна. Не воле да их други људи дотичу нити да им помажу у досезању предмета. Функционално кори-

шћење руку може у потпуности престати неко време, а затим се поново покренути, али знатно лошијег квалитета него што је то било пре преласка у стереотипије. Присутне су тешкоће како у досезању, тако и држању предмета. Постоји зачуђујућа разлика у посезању и дохватању мајчине руке, косе,одеће или пса у односу на предмете.

Координација око-рука је увек отежана, делом због апраксије, а делом због тога што стереотипије, увек предходе пријему и интерпретацији информације. Гледање (инпут) и хватање (оутпут) у исто време готово је немогуће. Обично то раде тако што упуте брзи поглед ка објекту, скрену поглед, а потом досегну предмет без гледања. Када се глава покреће на једну, поглед иде на другу страну. Упркос жељи и потреби, код свих постоји потешкоћа у директном досезању објекта. Присутно је и дуго одлагање између предходне концентрације и финалне акције. Започиње секвенца акција, па дубока концентрација објашњавају се као недостатак интереса.

Због одсуства вољне контроле и когнитивне обраде покрета тешко је извршити испитивања којима би се проценила спонтана и гестуална латерализованост горњих екстремитета, док се о употребној латерализовансти може закључити само на основу мотивисаних покрета.

На исти начин на који ова деца имају потешкоће у интеграцији сензорних утисака-информација из спољашњег света, она имају тешкоће у координацији акција-одговар на спољне дражи. Ова потешкоћа се може изразити на различите начине. Најтеже им је изводити две ствари у исто време (пријем-реакција). Време реакције на стимулус је јако одгођено и зависно од тога да ли је стимулус сензорни утисак, вербални захтев или њихова лична одлука, исто као што је зависно и од тога да ли је реакција глас, покрет или активно испитивање очима.

Лако је разумети да деца са Рет синдромом имају потешкоћу у ситуацијама које захтевају секвенце акција, због њихове неспособности да истовремено изводе две радње.

Потешкоће могу представљати и две различите врсте оутпута-две врсте спољних радњи, нпр.концентрација на досезање и истовремена потреба да се нешто каже је скоро немогућа. Једини начин да се то изведе је када то бива спонтано,без личног напора.

Због апраксије, слабе координације и ограничених срединских околности, деци са Рет синдромом је лакше да приме утисак, него да реагују на њега, тако да они највећи део времена посвећују апсорбовању информација. Понекад можемо тражити да изведу нешто у шта смо сигурни да знају, али колико год да инсистирамо, не реагују. Када одустанемо од захтева, они га спонтано изведу. Постоји евиденција да деца разумеју захтев, мада не постоји никаква потврда у активности за то.

Н.Ђ. има присутне поремећаје грубе и фине моторике. Успешност у извођењу покрета који су иницирани жељом и унутрашњим нагоном. Изненађујуће брзо може дохватити предмете њој занимљиве, посебно ако су веселих боја. Доминантно користи десну руку. Време реакције, али и сама реакција зависи пре свега од личне одлуке, али и од особе која је стимулише. Присутно је време латенције између концентрације и финалне акције. Дуго посматра објекат који жели да дохвати, а затим скрећући поглед она посеже за предметом. Н.Ђ. није у могућности да истовремено гледа и црта и у доношењу одлуке шта урадити она радије бира гледање, него цртање. Степен потешкоће од пријема информације до реакције на њу зависи од степена активности која је неопходна за сваку од ових операција. Н.Ђ. се може активно усресредити само на једну ствар. Ако се ради о аутоматској радњи или о активности више пута изведеној или наученој, извођење је брже и лакше. Ако нешто од ње захтева тоталну активност, чак и паралелне стереотипије постају ометајући фактори. Покрети руку су нагли и изненадни приликом хвата руке или косе особе која је чува. Родитељи су приметили да у стресним ситуацијама вожња у аутомобилу или одлазак у шетњу може да је смири. Право задовољство и уживање јој представља музика лаганог ритма као и чешкање по коси.

Интелектуална ометеност

Не постоје толико убедљиве евиденције менталне регресије као код осталих зона функционисања. Деца брзо доспевају до платоа менталног функционисања кога одржавају. Чак ако и усвоје више искуства, они га не користе на сложенији начин. Како расту, њихов ментални хендикеп постаје све уочљивији. Ниво постигнућа не прелази онај од две године менталне стварности детета типичног развоја, а најчешће постижу само око 18 месеци менталне старости. Они разумеју асоцијацијама и препознавањем. Што је веће структуирана и позната ситуација, то је већа вероватноћа препознавања исте и адекватне акције, или ако је учено знање емотивно обојено, девојчице могу прилагодити и користити ово знање у новим ситуацијама. Некада ће трансфер знања у нове ситуације имати негативне последице (нпр. девојчица престрашена белим мантилима у болници реаговаће изразитим страхом на бели мантил код месара). Ово показује како се научено знање генерализује, а истовремено колико је ограничено разумевање тог знања. Девојчице такође памте детаље који за нас нису логични. Способност да се препозна и запамти је већа када су девојчице мотивисане и у ситуацијама које су њима значајне као и у поновљеним ситуацијама учења.

Ова деца разумеју значење неких речи које асоцирају на специфичне предмете и ситуације. Многи разумеју једноставне налоге ако се они уклапају у њихов референтни оквир и у њихов систем вредности. Разумеју више него што то изгледа, а чињеница је да многи показују мање анксиозности ако их вербално припремимо за оно што следи.

Разумевање количине је несигурно код деце са овим синдромом.

Веома је тешко проценити шта деца са Рет синдромо могу или не могу учинити или разумети. Уколико се поштује Пијажеова теорија интелектуалног развоја, њихово постигнуће не прелази четврти стадијум сензо-моторне интелигенције. Ретко које дете постигне разумевање симбола, што значи да достигну транзицију од сензомоторне ка преоперационој интелигенцији. Методе процене интелигенције за ову групу деце нису одговарајуће. Важан циљ у будућности је креирање метода које ће омогућити систематске и адекватне информације о интелектуалним потенцијалима ове деце.

Н.Ђ. као и све остале девојчице са овим синдромом, се релативно лако сналази у познатом окружењу – она зна пут до своје собе, зна место где су постављени њој важни предмети, зна шта представљају предмет и која је његова функција.

Она нема пуно стрпљења, све треба да се догоди одмах. Као и све остале девојчице са овим синдромом, реагије на бази асоцијација. Разумевање времена се формира потпуно на рутини и симболима. Што је више рутине, разумевање је боље. Како стари, њено стрпљење расте. С обзиром да Н.Ђ. разумевање времена базира на рутини свако њено нарушавање доводи до конфузије и незадовољства.

У случају разумевања узрока и последице девојчице са Рет синдромом користе једноставне асоцијације, нпр. прекидач-светло, отварање славиневодa. Оне уче искуствено ''ако урадим то, десиће се то и то''. ''Ако погледам чашу, донеће ми воду''. Комплексне релације узрок-последице све девојчице, укључујући и Н.Ђ., тешко разумеју.

Девојчице разумеју функције блиских предмета и могу приметити сличности између различитих објеката и правити класификацију. Многе од њих препознају шта је јестиво и само те ствари стављају у уста, што је случај и са Н.Ђ.. Многе девојчице, такође, разумеју чак неке симболе, овладају перманенцијом објекта тј. знају да ствари постоје чак и онда када их не могу видети и дотаћи па их активно траже. Многе разумеју да слика може представљати неки реалан предмет или догађај. Н.Ђ. често слике користи у комуникацији (приликом избора хране, пића или кафе).

Све девојчице показују велики интерес за слике, фотографије и цртеже било да су црно-беле или у боји, као и за ТВ. Н.Ђ. може сатима посматрати слике (омиљена јој је „Монализа“).

Поремећај комуникације

И поред повремених тренутака изолације (повлачења у себе), ова деца су често отворена, како за људе, тако и за предмете, иако се дешава да им пажњу привуче и задржи само један човек или предмет. Готово увек преферирају људе више него објекте.Такође, више преферирају друштво него самоћу.У сигурности породичног окружења воле да су у центру пажње и буне се када то нису. За разлику од деце са аутизмом, ова деца имају добар контакт очима. Када су заинтересована за нешто, они упућују поглед и дуго посматрају тражећи поглед друге особе. Одговарају осмехом онима које препознају мада некада овакве реакције могу да буду одложене. Према неким особама одржавају дистанцу. Имају своје омиљене особе. Понекад показују иницијативу у интерперсоналном контакту, али то зависи од степена њиховог физичког хендикепа, нпр.девојчица везана за колица ће алтернативно гледати тату и фотељу у којој воли да седи са њим, изражавајући тако своју жељу. Потребно је познавати њихове сигнале да би се интерпретирао језик који је толико другачији од нашег. Колико год да су емоционално заинтересовани и жељни социјалног контакта, немају способност да изразе своје жеље на конвенционалан начин. У питању је недостатак капацитета а не недостатак интереса за комуникацијом. Понекад и ми не успевамо да одгонетнемо њихово понашање управо стога што нису увек спремни да реагују на наш покушај комуникације или то не раде на начин који ми очекујемо. Они то увек раде на свој оргиналан начин који веома варира, мада су сигнали које дају ограничени у трајању и интензитету.

Они чак могу „ухватити атмосферу“ преко интонације гласа и телесног говора. Могу изразити своје задовољство или незадовољство емоционалним, телесним језиком или фацијалном експресијом. Углавном знају изразити своје неслагање на начин који је разумљив за околину, као и потребу за храном, нарочито ако их ставимо за сто.

Иако ова деца вокализују мање од својих вршњака, већина њих научи неколико речи и користи их на адекватан начин. Брбљају често и живо, али без речи и значења и без јаке жеље за комуникацијом. Када стварно желе изразити потребу, онемогућени су због вербалне апраксије. Многи сведоче о томе (родитељи, бебиситери, терапеути итд.) да ова деца желе и покушавају говорити, али не успевају у томе. Неки то раде целим телом и гримасирањем уста.Управо због тога великог напора не успевају да продукују реч „као да им је на врху језика,али је не могу изговорити“.

Када им то моторичке способности дозволе, ова деца комуницирају покретом и додиром. Загледавање очима је доминантан метод њихове експресије. Најчешће гледају од одраслог – до ствари које желе да добију, понављајући ту радњу док одрасли не схвати ту поруку. Често их зову „девојчице које говоре очима“, изражавајући своја осећања и расположења.То раде чак и оне са изузетно малим репертоаром понашања.

Повлачење у себе је сигнал којим показују да не желе да учествују, да им је нешто претешко или досадно. Некада су сигнали плакање, вриштање, чак и нагло падање у сан. Свако од ових понашања може представљати много порука и зато је потребно познавати дете да би се знало када жели да буде само а када хоће да изађе из свог затвореног света.

Већина родитеља (Ерцег-Ђурачић Ј,1995), па и родитељи Н.Ђ., на питање како су њихове ћерке реаговале као деца су одговорила „веома тихо“, „била је задовољна животом без икаквих захтева“, „лежала би мирно у колевци, будна, тиха, без потребе за било каквом пажњом“. Обично, док расту, не показују никакву иницијативу за игру са другом децом. Такав случај је био и са Н.Ђ. Развојем болести, чак и када не дају никакав одговор, они не губе у потпуности контакт са својом околином.

Н.Ђ. радо прима госте и врло је друштвена, али не воли када се заборави „ко је главни“. Има своје омиљене и „мање омиљене“ особе и са сваком особом има неку специфичност коју исказује (неко је чешка, други је гурка, трећој пак држи руку све време) и тачно зна шта јој је са којом особом дозвољено. Она често зна како да насмеје особу и орасположи, наравно уколико то жели. Према речима родитеља код Н.Ђ. интерес за другу децу се посебно развио у каснијим годинама. Више воли песму него инструменталну музику (посебно дечје песме). Своје задовољство исказује смехом, а незадовољство вриском и гримасама.

Н.Ђ. се увек радије одлучи за комуникацију додиром, обично сама узима што јој је доступно, а тек уколико нешто није успела да дохвати из више пута тражи помоћ очима.

Емоционални канали

Најдубља осећања особа са Рет синдромом ће индуковати превазилажење потешкоћа комуникације и извођења упркос свих њихових ограничења. Коришћење емоционалних канала, осећања, уместо мисли-интелектног канала, представља више од чисте мотивације. „Мислити“ и „радити“-„изводити“, интерферирају једно с другим и доводе до потешкоће координације. Свесни ментални напор изгледа да

омета, више него што олакшава моторну активност. Уместо да кажемо „покушај и узми то“,у већини случајева ћемо успети речима „ово је стварно леп предмет“. Њихови властити напори их често чине свесним и усмереним на себе или активност. Ако су њихова осећања усмерена циљу, успешност у активности се повећава (нпр. ако их поздравимо са очекивањем одговора и инсистирањем на њему, најчешће ће реакција изостати, али ако само кажемо „здраво“, без превеликог интересовања, често ћемо добити адекватну реакцију).

Широке флуктуације у понашању

Колико год да су потешкоће у понашању веома сличне и препознатљиве, постоје и велике флуктуације од дана до дана, од сата до сата. Промене од суза до смеха као и различитих других расположења догађају се најчешће без могућности наше контроле. Основна флуктуација изгледа да је у степену пажње, пријемчивости за утиске и отворености ка спољашњем свету. Ово надаље утиче на расположење, жеље и капацитет контакта са околином као и на комплетно извођење. Постоји тренутак када напросто изненаде активношћу које обично нису у стању да изводе, али овакво понашање се ретко понавља и скоро никада не може бити изведено на захтев. Добија се утисак као да различити утисци бивају потпуно неправилно и дивергентно упућени на одређене дестинације, и као такви не успевају да се адекватно интегришу. Ово резултира неправилном интерпретацијом – утисак блокирања. Они не успевају контролисати овакву ситуацију већ реагују емоционално и тиме затварају цирцулус вициосус. Током година ове јаке флуктуације у пажњи, реактивности, расположењима и извођењу као и општем понашању, слабе или се ублажавају. Проблем и надаље остаје, али понашање није више толико променљиво.Деца су врло осетљива на различите врсте унутрашњег и спољашњег утицаја како психолошки, тако и физиолошки. Многе девојчице имају озбиљне проблеме са констипацијом. Ако им се то догоди, постају апатичне и инактивне или пак иритиране или дубоко несрећне. Остали фактори који утичу на флуктуацију понашања су честе инфекције чак и ако нису јаке као и епилептичне епизоде.

Н.Ђ.такође има присутне промене у понашању од сата до сата.Родитељи сматрају да Н.Ђ. има „добре и лоше дане“, па тако у „добрим данима“ преовладава смех и лепо расположење; док су у „лошим данима“ присутни чести напади беса.

Емоционалне реакције

Околина лако препознаје стагнације и регресије у развоју, које се временом јављају код ове деце, али је чињеница да то исти примећују и сама деца. Ово је разлог зашто постају изненађени, разочарани, преплашени, несрећни и љути. Њихов свет губи сигурност и предвидљивост. Не само да се свет променио, већ и њихова улога у њему. Они реагују на различите начине. То може бити жесток протест, плач и вриска, аутоагресија или изразити страх. Може доћи до изолације од средине. За то време, деца са Рет синдромом покушавају да створе ред у свом хаотичном животу, назначавајући тачно оно што препознају и разумеју-као што су њихов кревет, играчка, одређена песма, редослед у исхрани (Хунтер К.,2008,2009).

Н.Ђ. негодује уколико неко користи њене играчке приликом посете,посебно ако има утисак да је запостављена и уколико неко од родитеља не реагује негодовање се завршава нападом беса и плачом.

Несигуран идентитет

Деца са Рет синдромом имају некомплетну и конфузну слику о себи. Свесност тела као и свесност себе је оскудна. С обзиром да постепено губе научене вештине, па их с временом поново успостављају, они морају поново изградити представу тела и себе. Ова деца највероватније немају искуство свог тела као нечега што је могуће контролисати. Већина има потешкоћа у разумевању ограничења свог властитог тела (покушавају да дохвате ствари које су потпуно ван дохвата руке).

Свесност себе је несигурна код деце са Рет синдромом. Чињеница је да реагују на своје има, мада са различитим реакцијама као што су окретање главе, осмех, покрет руку, које се интезивирају. Обично се јако узбуде кад неко говори о њима и хвали их.

Самопоуздање у своје способности варира драстично од случаја до случаја и најчешће није у релацији са њиховим објективним способностима. Нека деца су пасивнија него што је то неопходно и не изводе ни оно за шта су способни. Друга константно прецењују своје способности, исцрпљујући се у безбројним покушајима и грешкама. Варира, такође и концепт како ова деца доживљавају свој утицај на околину. Понекад изгледају потпуно незаинтересовано да изразе било какву жељу, већ се понашају као пасивни пријемници утисака и туђе бриге и неге. Некада, пак, покушавају на све начине да пренесу околини своју поруку, чак ни када не знају да ли их је околина разумела. Разлог оваквих варијација у понашању могу бити индивидуалне разлике у темпераменту, снази

воље, интересу за околину и упорности. Чињеница је да у средини где очекују да ће њихове жеље бити адекватно схваћене, оне сигнализирају знатно више.

Н.Ђ. обично реагује на огледало реагује знатижељно, хоће да га дохвати и радознало посматра себе у огледалу. Она је јако активна активна посебно када жели неку занимљиву играчку или храну. Приликом похвале присутно је видно одушевљење, како би родитељи рекли „шепурење".

ЗАКЉУЧАК

Техникама мета анализе и опсервационог кодирања понашања дошли смо до квалитетнијих информација о понашању особа са Рет синдромом.

Кроз преглед научне и стручне литературе изведени су одређени закључци о карактеристикама функционисања особа са Рет синдромом, који су представљени у раду. Установљен је висок степен корелације између информација добијених из литературе о Ретовом синдрому и студије случаја девојчице са Рет синдромом.

Истичемо важност свеобухватног приступа кроз анализу свих, у раду наведених сфера функционисања код особа са Рет синдромом и сматрамо да ће информације презентоване у овој студији случаја, добијене путем иновативног методолошког приступа бити од користи како струци, тако и науци.

ЛИТЕРАТУРА

1. Bojanin S, Pijažo DŽ, Glumbić N. (2001): Autizam danas, Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, Beograd
2. Vranješević,D. (1987): Rettov sindrom-progresivni razvoj autizma, demencije, ataksije sa stereotipnim korišćenjem ruku u devojčice, Zbornik radova, III Jugoslovenski simpozijum psihijatrije i neurologije razvojnog doba.
3. Glumbić, N. (2006): The mortality rate of the persons with autism and Rett syndrome. Beogradska defektološka škola, (1), 159-169.
4. Đurić-Nedeljković, M. et.al. (1991): Retov sindrom, Problemi u pedijatriji, 114 132, Beograd
5. Đurič,M.(2009): Savremena saznanja-fenotipovi Retovog sindroma, II Simpozijum o Retovom sindromu, Beograd
6. Đuričić,M (2009): Savremena saznanja – fenotipovi Retovog sindroma, II Simpozijum o Retovom sindromu, Beograd
7. Erceg-Đuračić, J. (1995): Retov sindrom, priručnik za roditelje, Zavod za psihofiziološke poremećaje i govornu patologiju.
8. Hunter K. (2008): West Carteret Faculty Handbook for 2008-2009.

CHARACTERISTICS OF BEHAVIOR AND FUNCTIONING OF PERSONS WITH RETT SYNDROME

LIDIJA IVANOVIĆ[1], DANIJELA ILIĆ-STOŠOVIĆ[1], VESELIN MEDENICA[2]
[1]Faculty for Special Education and Rehabilitation, Belgrade
[2]College of Profesional studies „Milutin Milanković“

SUMMARY

The aim of the research: A comprehensive review of the typical characteristics of behavior of people with Rett syndrome through the use of innovative methodological approaches.

The tasks of research: Comparative overview of the presence of typical characteristics of Rett syndrome from the aspect of professional and scientific literature and through case study.

Research Methodology: meta-analysis, case study, behavior coding.

Literature indicates the main characteristics of the functioning of people with Rett syndrome. Among the information obtained from the literature on Rett syndrome and case studie of girl with Rett syndrome, a high degree of correlation has been established.

KEY WORDS: Rett Syndrome, behavior, cognition, motor functioning.

IN MEMORIAM

ПРОФ. ДР ЉУБОМИР САВИЋ
/1921-2010/

Изненада, 28. новембра 2010. године, престало је да куца срце професора др Љубомира Савића. Иако у 90-ој години, био је пун енергије, идеја и планова о будућим акцијама. Само што је завршио књигу о Драгољубу Вукотићу, дугогодишњем председнику Светске федерације глувих и Савеза глувих и наглувих Југославије, личном пријатељу и сараднику, припремао се за нове подухвате. Енергију и ентузијазам преносио је на млађе колеге и био свима узор, увек испред свих, по питању нормативног решавања проблема, стручног рада и едукације глувих и наглувих особа.

Тешко је у овом тренутку говорити о професору Љубомиру Савићу, тешко јер смо, заиста, затечени његовим одласком. Не тако давно вршили смо припреме за уређење часописа, за нове пројекте и књиге о великанима светске сурдологије...

Љубомир Савић је рођен 1921. године у Параћину и потиче из угледне учитељске породице, као четврто дете у породици.

Основну школу је завршио у Параћину, ниже разреде гимназије учио је у Ћуприји, наставио и завршио у Земуну - 1936/7. године.

Једно време боравио је у Богословији „Свети Сава" у Сремским Карловцима, започео 1937/8. године а прекинуо у Нишу, у петом разреду. 1942/3. године.

После II светског рата, Љубомир Савић се посвети учитељској служби, положио је диференцијалне испите за прва четири разреда Учитељске школе у Јагодини, а пети разред и матуру је положио са одличним успехом 1946. године.

Као ванредни ђак полагао је приватно више разреде гимназије (од V до VIII) и завршио велику матуру у Јагодини 1946. године.

Школске 1946/7. године Љубомир Савић је уписао Правни факултет у Београду, али су га материјалне прилике и смрт оца, натерале да се са дипломом Учитељске школе запосли као васпитач у Дому слепих у Земуну.

Декретом Министарства просвете НР Србије, од 10. 10. 1947. године постављен је за „учитеља хоспитанта" у Домовима слепих и глувонемих у Земуну. Упоредо, био је редовни студент Дефектолошког одсека ВПШ, да би 31. 06. 1949. године дипломирао.

Филозофски факултет, педагошку групу предмета (под А), и општу историју (под Б), завршио је 1950. године и добио звање „професора дефектолога". Љубомир Савић је тако постао први дефектолог са завршеним факултетом.

Решењем Српске академије наука у Београду (1951. године) Љубомир Савић је постављен за „хонорарног стручног сарадника Одсека за експерименталну фонетику Института за српски језик за рад на проблемима дефектологије''.

Од 12. децембра 1951. године, постављен је за управитеља Школе за глуву децу при домовима слепих и глувонемих у Земуну.

Са својим сарадницима, Добросавом Димићем и Велибором Илићем, почиње да ствара и усавршава систем школовања и професионалне оријентације глуве и наглуве деце у Србији. Путује по свету, набавља стручну литературу, усавршава се и са сарадницима оснива стручне часописе, пише уџбенике за ученике и студенте.

Решењем Савета за просвету Владе СР Србије од 19.8.1952. године, Љубомир Савић је „по хитном поступку због потребе службе" требало да буде управник Завода за глувонеме у оснивању у Нишу, одбио је да иде у Ниш, добио је ново решење да буде директор Дома за глуву децу у Светозареву, али је и то одбио. Ипак, морао је да иде у Јагодину и радио је као наставник одељењске наставе, од 18. 11. 1953. године. Секретаријат за школство среза Светозарева га, од 23. 11. 1953. године, поставио за „педагошког инструктора Школе".

Свој даљи рад Савић наставља у Савезу глувих Југославије, од 26. 11. 1956. године, када је примљен за културно-просветног референта за рад са глувима. Касније је унапређен у саветника за културу и међународне везе, па онда у самосталног саветника Савеза. На његову иницијати-

ву, уз добру сарадњу са Драгољубом Вукотићем, Јованом Одавићем и Мирком Зивлаковићем, основали су Сурдопедагошки музеј и библиотеку и покренули издавачку делатност у Савезу.

Постао је први доктор дефектолошких наука (1962. године), одбранивши тезу „Теорија и пракса специјалног школства до II светског рата у Србији".

Од 20. 11. 1969. године, основан је Центар за рехабилитацију глувих у Београду и Савић из Савеза прелази у Центар као истраживач и координатор научно-истраживачког рада.

Од 9. 5. 1974. године, др Љубомир Савић је изабран за саветника за специјалне школе у Заводу за основно образовање и образовање наставника, да би касније (од 29. 8. 1974. године) био изабран за в.д. директора Завода.

Спајањем Заводу за основно образовање са Заводом за усмерено образовање (26. 4. 1978. године), др Љубомир Савић је изабран за вишег саветника за специјално школство Србије (од 1. 10. 1978. године).

Од 1978. године, др Љубомир Савић је радио, најпре као ванредни, а касније редовни професор на Дефектолошком факултету у Београду. Од 30.6.1980. године, др Љубомир Савић је именован за в.д. декана Дефектолошког факултета, да би га Савет именовао за декана 1. 10. 1980. године. Дужности декана је обављао до краја свог мандата (до 1. 10. 1982. године), а онда је изабран за председника Већа одељења за логопедију и сурдоаудиологију (5. 11. 1982. године). Од 30. 9. 1986. године проф. др Љубомир Савић одлази у заслужену пензију, али је и даље држао предавања и писао уџбенике за ученике и за студенте.

Објавио је преко сто књига, универзитетских уџбеника, научних студија, монографија, средњошколских и основношколских уџбеника, као и неколико стотина стручних чланака у земљи и иностранству.

Поставио је темеље дефектолошке теорије и праксе на овим просторима.

Добио је многобројне награде и признања у иностранству и на простору бивше СФРЈ. Морамо истаћи да је др Љубомир Савић био једини ЕКСПЕРТ Савезног министарства за развој, науку и животну средину у области дефектологије. Ушао је у педагошке енциклопедије и зборнике радова Филозофског факултета - Педагошке катедре, као и у књигу „Ко је ко у Србији" и Биографски лексикон Јагодине.

Сахрањен је 1. децембра 2010. године на Централном гробљу у Београду, поред своје животне сапутнице и верног брачног друга – Душанке, уз присуство сина, кћерке, унука Игора (кога је неизмерно волео), зета, ближе родбине, колега са Факултета за специјалну едукацију и рехабилитацију у Београду, пријатеља и сарадника из Савеза глувих

и наглувих Србије и Црне Горе, Савеза глувих и наглувих Србије, руководства и чланова Градске организације глувих Београда (чији је био почасни члан), чланова организација глувих и наглувих Србије, Савеза слепих и слабовидих Србије, руководства Школе за за оштећене слухом – наглуве „Стефан Дечански'' из Београда, представника Друштва дефектолога Србије, републичких и градских савеза и удружења инвалидских организација, многобројних пријатеља и студената.

Драги професоре,

Били сте саветодавац, учитељ, родитељ, друг и пријатељ.

Нека Вам је вечна слава и хвала.

мр Васо Обрадовић

УПУТСТВО АУТОРИМА

Прилог I

1. Оригинални научни чланак садржи резултате изворних истраживања. Научне информације у раду морају бити обрађене и изложене тако да се могу експерименти поновити и проверити анализе и закључци на којима се резултати заснивају.

2. Претходно саопштење садржи научне резултате чији карактер захтева хитно објављивање, али не мора да омогући проверу и понављање изнесених резултата.

3. Прегледни чланак представља целовит преглед неког подручја или проблема на основу већ публикованог материјала који је у прегледу сакупљен, анализиран и расправљан.

4. Стручни чланак представља користан прилог из подручја струке а чија проблематика није везана за изворна истраживања. Стручни рад се односи на проверу или репродукцију у светлу познатих истраживања и представља користан материјал у смислу ширења знања и прилагођавања изворних истраживања потребама науке и праксе.

Категоризација научних и стручних радова дата је према препорукама УНЕСКО-а.

Прилог II

1. Елементи чланка су:

- НАСЛОВ, заједнички наслов и поднаслов, који треба сажето да означи садржај, да буде лак за идентификацију у библиографијама и другим публикацијама које издају информационе службе. Наслов може да прати поднаслов који садржи само допунске информације, и они треба да буду јасно раздвојени (нпр. помоћу двотачке).

- ИМЕНА И АДРЕСЕ АУТОРА

Име и презиме аутора се наводи у пуном облику, а презиме треба типографски истаћи. Име које је дао аутор, као и ред имена аутора у групи треба да буде поштован од стране уредника.

Када је аутор колективно тело треба навести у потпуности његово званично име, а адресу ставити у фусноту или на крају чланка, док скраћени облик имена може да се да у заградама.

- ДАТУМ ЧЛАНКА означава датум пријема коначне верзије чланка.

- ТЕКСТ ЧЛАНКА треба да следи логичан и јасан план. Треба изложити разлог за рад и његов однос према сличним претходним радовима. Методе и технике треба описати на начин да читалац може да их понови. Резултате и дискусију резултата као и препоруке пожељно је одвојено приказати.

Фусноте се користе само у изузетним случајевима и садрже само додатни текст а никада актуелне библиографске референце, али могу да упућују на референце у библиографији.

- ИЛУСТРАЦИЈЕ И ТАБЕЛЕ треба да буду нумерисане и снабдевене одговарајућим насловом. Све илустрације и табеле треба да имају упутнице у тексту.

- ПРИЛОЗИ садрже споредне, али важне податке као нпр. методе анализе, компјутерске исписе, листу симбола као и додатне илустрације или табеле. Прилози се стављају на крај текста после библиографије и треба да су означени словима, бројевима или заглављем.

Цитирање у тексту треба да је у складу са ISO 690/1987.

- БИБЛИОГРАФИЈА

Листа референци која се односи на чланке цитиране у тексту налази се на крају чланка и треба да буде израђена у сагласности са ISO 690/1987 Листа референци садржи само референце објављене у документима. У случају радова цитираних из секундарних извора, референца треба да буде на оригиналу ако се зна, и да буде пропраћена изразом „цитирано у“ па референца секундарног извора.

2. Сви чланци треба да буду снабдевени резимеом и то на језику чланка као и на страном језику (Е. П.)

На основу мишљења Републичког секретаријата за културу Србије, број 413-935/84-06 од 24. октобра 1984. године, овај часопис ослобођен је плаћања пореза на промет.

Издавање часописа делимично финансира **Министарство науке и животне средине Р. Србије.**

Рукописе за Вол. 17 (1), Бр. 49 примамо до 20. 01. 2010, за Вол. 17 (2), Бр. 50 до 30. 04. 2010, за Вол. 17 (3), Бр. 51 до 30. 09. 2010.

CIP -Каталогизација у публикацији
Народна библиотека Србије, Београд

376

БЕОГРАДСКА дефектолошка школа / главни и одговорни уредник Надежда Д. Димић. - 1995, Вол. 1, Бр. 1 (јул) - . - Београд (Косовска 8/1) ; Друштво дефектолога Србије : Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију, 1995 - (Београд : БИГ штампа). - 24 cm

Три пута годишње. - Је наставак: Defektološka teorija i praksa = ISSN 0351-2169
ISSN 0354-8759 Београдска дефектолошка школа
COBISS.SR-ID 46843394