

RESEARCH IN EDUCATION AND REHABILITATION

R E R

ISSN 2637-2037

VOLUME 1
ISSUE 2
DECEMBER, 2018





RESEARCH IN EDUCATION AND REHABILITATION

Research in Education and Rehabilitation is a multidisciplinary peer reviewed international journal edited by Faculty of Education and Rehabilitation University of Tuzla. The aim of the journal is to share and disseminate knowledge and good practices in the field of education and rehabilitation and related disciplines.

Year 2018, Volume 1, Issue 2.

INTERNATIONAL EDITORIAL BOARD

Prof.dr.sc. Dermot Coughlan, emeritus (University of Limerick, Ireland), Prof. dr.sc. Roberta Piazza (University of Catania, Italy), Prof.dr.sc. Wolfgang Krieger (Hochschule Ludwigshafen am Rhein, Germany), Prof.dr.sc. Johannes Schädler (University of Siegen, Germany), Prof.dr.sc. Lelia Kiš-Glavaš (University of Zagreb, Croatia), Prof.dr.sc. Rudik Gmajnić, Prof.dr.sc. Snežana Nikolić (University of Belgrad, Serbia), Prof.dr.sc. Reinhard Markowetz (Ludwig-Maximilians-Universität München, Germany), Prof.dr.sc.Nenad Glumbić (University of Belgrad, Serbia), Doc.dr. Natalija Lisak (University of Zagreb, Croatia), Prof.dr.sc. Natasa Vlah (University of Rijeka, Croatia), Doc.dr. Biljana Milovanović-Dobrota (University of Belgrade, Serbia), Prof.dr.sc. Olivera Rashikj-Canevska (University of "Ss. Cyril and Methodius", Republic of Macedonia), Prof.dr.sc. Darja Kobal Grum (University of Ljubljana, Slovenia), Prof.dr.sc. Vullnet Ameti (University of Tetovo, Republic of Macedonia), Prof.dr.sc. Žarko Kostovski („Ss. Cyril and Methodius" University, Skopje, Republic of Macedonia), Prof.dr.sc. Duško Bjelica (University of Montenegro, Montenegro)

EDITORIAL BOARD

Prof.dr.sc. Munevera Bećarević (University of Tuzla, BiH), Prof.dr.sc. Nermina Hadžigrahić (University of Tuzla, BiH), Prof.dr.sc. Selmira Brkić (University of Tuzla, BiH), Prof.dr.sc. Alma Dizdarević (University of Tuzla, BiH), Prof.dr.sc. Meliha Bijedić (University of Tuzla, BiH), Doc.dr. Elma Musabašić (University of Zenica, BiH), Prof.dr.sc. Haris Šarić (University of Tuzla, BiH) Prof.dr.sc.Nermin Nurković (University of Sarajevo, BiH), Prof.dr.sc. Branimir Mikić (University of Travnik, BiH)

EDITOR IN CHIEF

Prof.dr.sc. Zamir Mrkonjić
(zamir.mrkonjic@untz.ba)

EXECUTIVE EDITOR

Prof.dr.sc. Vesna Bratovčić
(vesna.bratovcic@untz.ba)

ASSISTANT OF EXECUTIVE EDITOR

Doc.dr.sc. Senad Mehmedinović
(senad.mehmedinovic@untz.ba)

PUBLISHER

University of Tuzla, Faculty of Education and Rehabilitation
Univerzitetska nr. 1, 75000,Tuzla, Bosnia and Herzegovina
Contact person: dr.sc. Senad Mehmedinović, e-mail: senad.mehmedinovic@untz.ba, tel.: +387 35 320 666
Copyright © 2018, University of Tuzla

PRINT

Agenda Studio Tuzla

Kraljice Katarine 6, 75000 Tuzla, Bosnia and Herzegovina
Tel: +387 61 729 471

The Journal publishes twice a year

Printed on acid-free paper

Date of print

2018. / 2018.

Circulation

100

UČESTALOST ADHD-A U DJECE DOBI 6-12 GODINA FREQUENCY OF ADHD IN CHILDREN AGED 6-12 YEARS	1
<i>Nermina OKIĆ, Zulfo AHMETOVIĆ, Armin OSMANOVIĆ</i>	
STANOVANJE U ZAJEDNICI S PODRŠKOM OSOBA S INVALIDITETOM LIVING IN A COMMUNITY WITH SUPPORT FOR PEOPLE WITH DISABILITIES	5
<i>Lejla KAFEDŽIĆ, Anida SADIKOVIĆ</i>	
OBILJEŽJA PONAŠANJA KOD DJECE U RIZIKU SA ASPEKTA NJIHOVIH RODITELJA BEHAVIOURAL CHARACTERISTICS OF CHILDREN IN RISK FROM THE ASPECT OF THEIR PARENTS	16
<i>Adela JAHIĆ, Meliha BIJEDIĆ, Lejla KURALIĆ-ČIŠIĆ, Edin MUFTIĆ</i>	
PREDIKTIVNA VRIJEDNOST KLINIČKOG ZNAKA PREKOMJERNE ABDUKCIJE KUKA ZA RAZVOJNI POREMEĆAJ KUKA (RPK) PREDICTIVE VALUE OF CLINICAL SIGN OF HIP HYPER ABDUCTION FOR DEVELOPMENTAL HIP DISORDER (RPK)	22
<i>Svemir Čustović, Kenan ČUSTOVIĆ</i>	
ZNAČAJ STIMULACIJE U IDENTIFIKACIJI I DISKRIMINACIJI OBLIKA UČENIKA OŠTEĆENA VIDA THE SIGNIFICANCE OF STIMULATION IN IDENTIFICATION AND DISCRIMINATION OF CERTAIN STUDENTS WITH VISUAL IMPAIRMENTS	27
<i>Amela TESKEREDŽIĆ, Indira MEŠIĆ, Hurma BEGIĆ</i>	
UČESTALOST VERBALNE AGRESIJE KOD UČENIKA SA INTELKTUALNOM OMETENOŠĆU FREQUENCY OF VERBAL AGGRESSION WITH PUPILS WITH INTELLECTUAL DISORDER	34
<i>Zoran KOVAČIĆ, Bojana DELIBAŠIĆ, Aleksandra MANIĆ</i>	
UTICAJ ISKUSTVA U KONTAKTIMA I POZNAVANJA BONTONA NA STAVOVE PREMA OSOBAMA S INVALIDITETOM THE INFLUENCE OF EXPERIENCE IN CONTACTS AND KNOWLEDGE ABOUT MANNERS IN COMMUNICATION ON ATTITUDES TOWARDS PEOPLE WITH DISABILITIES	39
<i>Vesna BRATOVIĆ, Senad MEHMEDINOVIĆ, Mirza ALJIĆ</i>	
ISTRAŽIVANJE KVALITETA USLUGA ZA DJECU I MLADE S POSEBNIM POTREBAMA QUALITY REVIEW OF SERVICES FOR CHILDREN AND YOUNG WITH SPECIAL NEEDS	48
<i>Meldina UGARAK, Ibrahim INAL</i>	
HITNA MEDICINSKA POMOĆ IZMEĐU POTREBA I MOGUĆNOSTI U BOSNI I HERCEGOVINI EMERGENCY MEDICAL SERVICES BETWEEN NEEDS AND POSSIBILITIES IN BOSNIA AND HERZEGOVINA	53
<i>Hajriz ALIHODŽIĆ, Devleta HADŽIĆ</i>	
TEŠKOĆE VOKALNE IMITACIJE DJECE SA I BEZ POREMEĆAJA AUTISTIČNOG SPEKTRA DIFICULTIES IN THE VOCAL IMITATION OF CHILDREN WITH AND WITHOUT DISORDER SPECTRUM AUTISM	58
<i>Lejla DUKIĆ, Sanela AGIĆ, Alma DIZDAREVIĆ, Bahira DEMIROVIĆ</i>	
PROBLEMI SPAVANJA KOD DJECE SA POREMEĆAJEM AUTISTIČNOG SPEKTRA SLEEP PROBLEMS IN CHILDREN WITH AUTISTIC SPECTRUM DISORDER	65
<i>Sanela AGIĆ, Lejla DUKIĆ, Alma DIZDAREVIĆ, Nermin DEMIROVIĆ</i>	

PREDGOVOR

Poštovani čitaoci, autori, saradnici,

Zadovoljstvo nam je predstaviti vam novo izdanje časopisa *Defektologija* sa izmjenjenim nazivom – Istraživanja u edukaciji i rehabilitaciji. Razvoj defektološke nauke, teorije i prakse, ali suštinska promjena društvenog viđenja invalidnosti, rezultirali su, pored ostalog, izmjenom naziva *defektologija* u naziv *edukacijsko-rehabilitacijska znanost*. Samim tim, javila se potreba da se časopis *Defektologija*, koji je u kontinuitetu izlazio pune 23 godine, terminološki uskladi sa nazivom znanosti čije teorijske i praktične rezultate istražuje, prikazuje i unapređuje. Nadamo se da ćete u časopisu naći korisne i interesantne teme iz područja edukacijsko-rehabilitacijske znanosti, ali i iz srodnih disciplina, a naša misija je da stvorimo prostor za dinamičan i progresivan istraživački dijalog.

Prva dva broja časopisa Istraživanja u edukaciji i rehabilitaciji sadrže radove koji su prezentirani na I Međunarodnoj naučno-stručnoj konferenciji „Održivi servisi podrške – perspektive i izazovi“ SUSTAIN 2018, koju je organizovao Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet Univerziteta u Tuzli i Udruženje za ljudska prava i socijalnu inkluziju “Soci” Tuzla u saradnji sa Ludwig-Maximilians-Universität München (Njemačka), Univerzitetsko-kliničkim centrom Tuzla, Medicinskim fakultetom Univerziteta u Tuzli i Svjetskim univerzitetskim servisom Bosne i Hercegovine od 26.-28.9.2018 godine u Tuzli, BiH.

Zahvaljujemo se svima koji su nas pratili u dosadašnjem znanstvenom putovanju, ali i svima onima koji će nam se pridružiti u budućnosti.

Uredništvo

FOREWORD

Dear readers, authors, associates,

It is our pleasure to introduce you a new edition of the journal Defectology with the changed name - Research in Education and Rehabilitation. The development of defectology as science, theory and practice, but also, a fundamental change in the social vision of disability, resulted in, among other things, the change of the name defectology into the name education and rehabilitation science. Consequently, the need for the journal "Defectology", which has been continuing for 23 years to come, has been terminologically aligned with the name of science, whose theoretical and practical results are investigated, displayed and promoted. We hope that you will find useful and interesting reading from the wide field of education and rehabilitation science, but also from related disciplines, and our mission is to create a place for dynamic and progressive research dialogue.

The first two issues of the journal Research in Education and Rehabilitation contain the papers presented at the 1st International Scientific-Professional Conference "Sustainable Support Services - Perspectives and Challenges" SUSTAIN 2018, organized by the Faculty of Education and Rehabilitation of the University of Tuzla and the Association for Human Rights and Social Inclusion "Soci" Tuzla in cooperation with Ludwig-Maximilians-Universität München (Germany), University-Clinical Center of Tuzla, Faculty of Medicine, University of Tuzla and Foundation for Higher Education World University Service Bosnia and Herzegovina (SUSBiH), from 26th to 28th of August, 2018 in Tuzla, B&H.

We thank all those who have followed us in the current scientific journey, but also to all those who will join us in the future.

Editorial

UČESTALOST ADHD-A U DJECE DOBI 6-12 GODINA

FREQUENCY OF ADHD IN CHILDREN AGED 6-12 YEARS

Nermina OKIĆ, Zulfo AHMETOVIĆ, Armin OSMANOVIĆ

Pedagoški fakultet, Univerzitet u Sarajevu
Obala Kulina Bana bb, 71000 Sarajevo

Originalan naučni rad
Original scientific article

APSTRAKT

Cilj je bio ispitati učestalost ADHD kod djece u dobi od 6 do 12 godina. Istraživanje je obuhvatilo 300 roditelja djece u dobi od 6 do 12 godina. Studija je koristila standardizirani test za ispitivanje poremećaja deficita pažnje/hiperaktivnosti. Testiranje je bilo anonimno. Prikupljeni podaci ispitani su odgovarajućim statističkim metodama. U proučavanom uzorku 2,1% ispitanika zadovoljilo je kriterije za ADHD. Rezultati su u skladu sa sličnim istraživanjima.

Ključne riječi: ADHD, djeca, prevalencija

ABSTRACT

Aim was to examine the frequency of ADHD in children aged 6-12 years. The study included 300 parents of children aged 6-12 years. The study used a standardized test for Attention Deficit / Hyperactivity Disorder. Testing was anonymous. The collected data were tested by appropriate statistical methods. In the studied sample 2,1% of the subjects satisfied the criteria for ADHD. Results are in accordance with similar research.

Key words: ADHD, children, prevalence

UVOD

Deficit pažnje/hiperaktivni poremećaj (ADHD; od engl. Attention Deficit/Hyperactivity Disorder) jedan je od najčešćih neuropsihijatrijskih poremećaja u djetinjstvu^{1,2}. ADHD je karakteriziran simptomima hiperaktivnosti, impulzivnosti i nepažnjom, koji počinju u ranom djetinjstvu i mogu se nastaviti do adolescencije ili odrasle dobi³. Na temelju DSM-IV (Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje objavljen u hrvatskom prijevodu Naklade Slap, 1996.) razlikuju se tri podtipa ADHD-a: 1) predominantno nepažnja (ADHD-I) (10%–15%); 2) predominantno hiperaktivno-impulzivni (ADHD-H) (5%); 3) kombinirani nepažnja i hiperaktivnost (ADHD-C) (80%)^{4,5}. U svakom podtipu neprikladno ponašanje prisutno je prije sedme godine⁶. Istraživanja pokazuju razlike u ponašanju između ADHD podtipova, pokazale su da osobe s ADHD-I pokazuju visoke razine problema s pažnjom i društvenom pasivnošću. Nasuprot tome, ADHD-H i ADHD-C više pokazuju agresivno ponašanje i emocionalne probleme⁷. Tijekom vremena ADHD podtipovi

moгу biti nestabilni te mnoga djeca prelaze iz jednog oblika u drugi. ADHD-C pokazuje najviše upornosti⁸. Oko 5-12% djece diljem svijeta ima poremećaj pažnje i hiperaktivnost^{1,2,9,10}. Ovisno o različitim studijama dječaci 2,5-9 puta češće oboljevaju od djevojčica, iako se identificira sve veći broj oboljelih djevojčica od ADHD⁵. Mlađa djeca dva puta češće oboljevaju od adolescenata. Djeca nižeg socioekonomskog statusa češće imaju dijagnozu ADHD-a od djece višeg socioekonomskog statusa⁹. Djeca roditelja s ADHD-om imaju sedam puta veći rizik za razvoj poremećaja od djece roditelja bez ADHD-a¹¹. Postojanje biološkog rođaka s ADHD-om, autizam, psihosocijalne nepogode, blaže kromosomske aberacije, kronična izloženost granično-toksičnim količinama olova, traume mozga, pušenje i izloženost stresu za vrijeme trudnoće, mala porođajna težina i prijevremeni porod su najvjerojatniji rizični čimbenici, ali nijedan još uvijek nije prepoznat kao sigurni uzrok^{8,12,13}. ADHD povećava rizik za razvoj antisocijalnog ponašanja i zloupotrebe droge u

adolescenciji, što pak povećava rizik za kriminalno ponašanje u adolescenciji i odrasloj dobi. Osobe s ADHD-om češće su uhićivane, osuđivane i pritvarane u usporedbi s osobama bez ADHD-a^{14,15}. Prilikom kliničkog pregleda u neke djece mogu se naći blagi znakovi zaostalog mentalnog neurorazvoja¹³. U našoj zemlji nije organizirano sistematsko praćenje djece predškolske i školske dobi kojim bi se u općoj populaciji otkrivali simptomi ili postojeći ADHD. Dobiveni rezultati istraživanja omogućiti će prve smjernice za provođenje preventivnih i terapijskih aktivnosti na ovom području.

METODE RADA

Istraživanje je provedeno na području cijele BiH. U istraživanje su bili uključeni roditelji 300 djece u dobi 6-12 godina. U istraživanju je korišten Test za deficit pažnje/hiperaktivni poremećaj (James E. Gilliam, 1995) (ADHDT), koji se temelji na DSM-IV definiciji ADHD-a. Sastoji se od 36 čestica raspoređenih u tri subtesta. Zadatak procjenjivača je za svako navedeno ponašanje odrediti stupanj u kojem je ono problematično za procjenjivanje pojedinca (0-nije problem, 1-blagi problem i 2 – ozbiljan problem)¹⁹.

Upitnici su se uručivali djeci za vrijeme školske nastave. Zatim su djeca upitnike predavala roditeljima, skrbnicima ili drugim osobama

uključenim u odgoj djeteta te ih vraćala sljedeći dan. U materijalu koji su roditelji dobili nalazio se dopis s osnovnim podacima o istraživanju i molbom za suradnju te upitnicima za roditelje s detaljnim opisom načina njihovog ispunjavanja. Naglašeno je kako je istraživanje anonimno i kako će se rezultati koristiti isključivo u istraživačke svrhe. Za statističku analizu dobivenih podataka korišten je programski sustav SPSS for Windows.

REZULTATI

U Tabeli 1. prikazani su rezultati deskriptivne statistike u odnosu na subtestove Testa za deficit pažnje/hiperaktivni poremećaj. Prikazani su bruto rezultati u odnosu na subtest hiperaktivnosti, impulzivnosti i nepažnje, te su rezultati prema uputstvima autora testa pretvoreni u koeficijent ADHD koji je najpouzdanijih od svih rezultata koji se dobijaju primjenom ADHD test.

Aritmetička sredina na varijabli „Hiperaktivnost“ iznosi $5,62 \pm 1,64$ a minimalni i maksimalni rezultati se kreću u rasponu od 3-13. Na varijabli „Impulzivnost“, aritmetička sredina iznosi $5,42 \pm 1,67$ a minimalni i maksimalni rezultati se kreću u rasponu od 3-14. Na varijabli „Nepažnja“ aritmetička sredina iznosi $3,26 \pm 1,89$. U odnosu na mjere simetričnosti, iz dobijenih rezultata može se zaključiti da prevladavaju niže vrijednosti.

Tabela 1. Mjere centralne tendencije i disperzije ADHD testa

Table 1. Central tendencies measurements and dispersion OF ADHD test

Varijable	AS	SD	VAR	S _K	K _U	MIN	MAX
Hiperaktivnost	5,62	1,64	2,70	,94	1,33	3	13
Impulzivnost	5,42	1,67	2,80	1,80	5,53	3	14
Nepažnja	3,26	1,89	3,57	2,42	7,29	2	13
ADHD koeficijent	66,43	10,12	102,44	1,74	4,55	53	115

U Tabeli 2. prikazana je distribucija ispitanika u odnosu na vjerovatnoću ADHD-a

Tabela 2. Distribucija ispitanika u odnosu na vjerovatnoću ADHD

Table 2. Dispersion of examinees related to ADHD probability

ADHD koeficijent	f	%	Vjerovatnoća ADHD
131+	-	-	Vrlo velika
121-130	-	-	Velika
111-120	3	0,9	Iznadprosječna
90-110	4	1,2	Prosječna
80-89	22	7,4	Ispodprosječna
70-79	67	22,3	Mala
≤69	204	68	Vrlo mala

Iz Tabele 2. može se uočiti da najveći procenat ispitanika ima vrlo malu vjerovatnoću ADHD-a (68%). Prema uputstvima autora Testa za deficit pažnje, ako je ADHD koeficijent neke osobe 90 ili više, ta osoba vjerovatno ima ADHD. Prema dobijenim rezultatima prikazanih, može se zaključiti da je učestalost javljanja hiperaktivnog poremećaja kod djece 2,1%, što je u skladu s svjetskom prevalencom.

DISKUSIJA I ZAKLJUČAK

Budući da u našoj zemlji nije organizirano sistematsko praćenje djece školske dobi kojim bi se u općoj populaciji otkrivali simptomi ili postojeći ADHD odlučili smo provesti ovo istraživanje. Cilj je bio ispitati učestalost ADHD u djece dobi 6-12 godina. U istraživanju je sudjelovalo 300 ispitanika. Prosječna dob djece uključene u ovo istraživanje bila je 9,5 godine. Od ukupnog broja ispitanika, 300 u ovom istraživanju, 2,1 % ispitanika imala su zadovoljene kriterije za ADHD. Ovakav rezultat u skladu sa sličnim istraživanjima, čiji je nalaz prilično konzistentan u kojima je srednja vrijednost učestalosti ADHD-a oko 5%²⁴. Međutim podatci variraju ovisno o studijama^{1,2,5,9,10}. Razlike u učestalosti ADHD-a jednim dijelom objašnjaju se upotrebom različite metodologije^{20,22}. Međutim, kad su očekivanja nerazumna, roditelj je izložen visokoj razini stresa, i/ili roditelj ima emocionalni poremećaj (osobito depresija), može pretjerivati s razinom aktivnost/impulzivnost u djeteta. Djeca su obično vrlo aktivna i impulzivna te njihova stalna aktivnost može biti stresna za odrasle koji nemaju energije ili strpljenja tolerirati ponašanje²¹. Iz toga možemo reći kako procjena roditelja, kao jedina metoda, nije zadovoljavajuća u dijagnosticiranju ADHD-a. Upotreba globalnih klinički opisa za procjenu razine pažnje i aktivnosti nedovoljni su za uspješno dijagnosticiranje ADHD-a. Posebni upitnici i ljestvice su razvijene za utvrđivanje obilježja ADHD. Gotovo sve studije tih ljestvica urađene su pod idealnim uvjetima, odnosno, uspoređujući djecu u referentnim mjestima s naizgled zdravom djecom. Dakle, njihovi rezultati mogu dati lažnu valjanosti i mora ih se tumačiti u kontekst ukupne ocjene djeteta²¹. Nakon prikupljanja podatka o djetetovu ponašanju, treba ocijeniti i obiteljsko okruženje te stil roditeljstva. Na ovaj način, ponašanje djeteta može se ocijeniti u kontekstu okruženja koje može imati važnu ulogu za pojedino dijete^{21,23}.

LITERATURA

1. Biederman J., Monuteaux M.C., Spencer T., Wilens T.E., Faraone S.V. Do stimulants have a protective effect on the development of psychiatric disorders in youth with ADHD? A ten-year follow-up study. *Pediatrics* 2009; 124: 71–78.
2. Larson K., Russ S.A., Kahn R.S., Halfon N. Patterns of Comorbidity, Functioning, and Service Use for US Children With ADHD. *Pediatrics* 2011; 127: 462–470.
3. Powers R.L., Marks D.J., Miller C.J., Newcorn J.H., Halperin J.M. Stimulant Treatment in Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Moderates Adolescent Academic Outcome. *J Child Adolesc Psychopharmacol.* 2008; 18: 449–459.
4. Wang L.J., Huang Y.S., Chiang Y.L., Hsiao C.C., Shang Z.Y., Chen C.K. Clinical symptoms and performance on the continuous performance test in children with attention deficit hyperactivity disorder between subtypes: a natural follow-up study for 6 months. *BMC Psychiatry* 2011; 11: 65.
5. Valdizán-Usón J.R., Cánovas-Martínez A., De Lucas-Taracena M.T., Díaz-Atienza F., Eddy-Ives L.S., Fernández-Jaén A., et al. Response to methylphenidate by adult and pediatric patients with attention-deficit/hyperactivity disorder: the Spanish multicenter DIHANA study. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2013; 9: 211–218.
6. Moldavsky M., Groenewald C., Owen V., Sayal K. Teachers recognition of children with ADHD: role of subtype and gender. *Child and Adolescent Mental Health* 2013; 1: 18–23.
7. Wang L.J., Chen C.K., Huang Y.S. Changes in Behaviour Symptoms of Patients with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder during Treatment: Observation from Different Informants. *Psychiatry Investig* 2013; 10: 1–7.
8. Cherkasova M., Sulla E.M., Dalena K.L., Pondé M.P., Hechtman L. Developmental Course of Attention Deficit Hyperactivity Disorder and its Predictors. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry* 2013; 22: 47–54.
9. John M. Eisenberg Center for Clinical Decisions and Communications Science. *Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2007.
10. Elder T.E. The Importance of Relative Standards in ADHD Diagnoses: Evidence Based on Exact Birth Dates. *J Health Econ.* 2010; 29: 641–656.
11. Boomsma D.I., Saviouk V., Hottenga J.J., Distel M.A., De Moor M.H.M., Vink J.M., et al. Genetic Epidemiology of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD Index) in Adults. *PLoS One.* 2010; 5: 10621.
12. Thapar A., Cooper M., Eyre O., Langley K. Practitioner Review: What have we learnt about the causes of ADHD? *J Child Psychol Psychiatry* 2013; 54: 3–16.
13. Beck-Dvoržak M., Grubić M. *Medicinska psihologija djeteta*. U: Madešić D, urednik. *Pedijatrija*. 7. izdanje. Zagreb: Školska knjiga, 2003: 47-66.
14. Mannuzza S., Klein R.G., Moulton J.L. Lifetime criminality among boys with ADHD: a prospective follow-up study into adulthood using official arrest records. *Psychiatry Res.* 2008; 160: 237–246.
15. Surman C.B., Biederman J., Spencer T., Miller C.A., McDermott K.M., Faraone S.V. Understanding deficient emotional self-regulation in adults with attention deficit hyperactivity disorder: a controlled study. *Atten Defic Hyperact Disord.* 2013.
16. Fliers E.A., Franke B., Lambregts-Rommelse N.N., Altink M.E., Buschgens C.J., Nijhuis-van der Sanden M.W. et al. Undertreatment of Motor Problems in Children with ADHD. *Child Adolesc Ment Health.* 2009; 15: 85-90.
17. Kraut A.A., Langner J., Lindemann C., Banaschewski T., Petermann U., Petermann F. et al. Comorbidities in ADHD

Research in Education and Rehabilitation 2018; 1(2): 1-4

- children treated with methylphenidate: a database study. *BMC Psychiatry* 2013; 13:11.
18. Biederman J., Petty C.R., Clarke A., Lomedico A., Faraone S.V. Predictors of Persistent ADHD: An 11-year Follow-up Study. *J Psychiatr Res.* 2011; 45: 150–155.
 19. Test za deficit pažnje/hiperaktivni poremećaj-ADHDT. Dostupno na adresi: <http://www.nakladaslap.com/testovi.aspx?gid=7946870254a9454f889c62c6e4099249> Datum pristupa: 04.07.2013.
 20. Moffitt T., Melchior M. Why does the worldwide prevalence of childhood attention deficit hyperactivity disorder matter? *Am J Psychiatry* 2007; 146: 856–8.
 21. Clinical practice guideline: diagnosis and evaluation of the child with attention-deficit /hyperactivity disorder. American Academy of Pediatrics. *Pediatrics* 2000; 105: 1158-70.
 22. Polanczyk G., de Lima M.S., Horta B.L., Biederman J., Rohde L.A. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *Am J Psychiatry* 2007;164: 942-8.
 23. Pineda D.A., Lopera F., Palacio J.D., Ramirez D., Henao G.C. Prevalence estimations of attention-deficit/hyperactivity disorder: differential diagnoses and comorbidities in a Colombian sample. *Int J Neurosci.* 2003; 113: 49-71.

STANOVANJE U ZAJEDNICI S PODRŠKOM OSOBA S INVALIDITETOM

LIVING IN A COMMUNITY WITH SUPPORT FOR PEOPLE WITH DISABILITIES

Lejla KAFEDŽIĆ, Anida SADIKOVIĆ

Filozofski fakultet Univerziteta u Sarajevu, Odsjek za pedagogiju
Franje Račkog, br.1, 71 000 Sarajevo
Bosna i Hercegovina

Stručni rad
Professional article

APSTRAKT

Samostalni život je globalni pokret kojim se ističe pravo osoba s invaliditetom da žive u zajednici, a zasniva se na pretpostavci da svaka osoba treba da ima mogućnost izbora mjesta stanovanja. Osobe s invaliditetom često ne mogu birati gdje će živjeti i mogu živjeti, uglavnom, samo na jednom od dva mjesta: sa svojim roditeljima ili u nekoj instituciji. Institucionalni sistem je osmišljen tako da zaštiti osobe s invaliditetom, međutim, ovakav sistem dovodi do isključenosti iz društva. S obzirom na usvajanje niza dokumenata o pravima osoba s invaliditetom, sve se više teži da se omogući život u lokalnoj zajednici u skladu s ljudskim pravima. Da bi se omogućilo stanovanje u zajednicama, prvo se realizira postupak deinstitutionalizacije koji podrazumijeva promjenu u načinu pružanja usluga stanovanja, te se ide ka sistemu pružanja usluga u okvirima zajednice. Cilj rada je istražiti mogućnosti stanovanja za osobe s invaliditetom s posebnim osvrtom na stanovanje u zajednici s podrškom. Kroz rad će biti analizirana dosadašnja istraživanja o praksi ostvarivanja prava osoba s invaliditetom koje žive u institucijama, te će biti utvrđena područja pružanja podrške koja se realizira za osobe s invaliditetom koje stanuju u zajednicama. Život u zajednici pruža mogućnosti da osobe s invaliditetom žive kao jednakopravni građani, uz podršku za potpuno učestvovanje u svakodnevnom životu.

Ključne riječi: deinstitutionalizacija, kvalitet života, osobe s invaliditetom, podrška, potrebe.

ABSTRACT

Global movement for independent life emphasizes persons' with disabilities rights to live in a community. The movement is based on the presumption that each person has a right to choose a place to live in. Persons with disabilities often cannot choose where they will or can live, and it is mostly one of the two options: either with their parents or in an institution. Institutional system is created to provide protection for the persons with disabilities; however, such system excludes them from society. Considering there are many documents implemented on persons' with disabilities rights, we can say attempts are made to provide a decent life in a local community. In order to actualize it, the first step is deinstitutionalization. Deinstitutionalization means a change in offering housing service and leads to a system in which such services are offered within a community. The aim is to research possibilities for accommodation for persons with disabilities focusing on living in a community with support. This research shall analyze former research papers about achieving rights of persons with disabilities, who live in institutions, in practice. In addition, the research shall determine different fields in which the support is realized for persons with disabilities who live in such communities. Life in a community provides possibilities for persons with disabilities to live as equal citizens with support for complete adaptation in everyday life.

Key words: deinstitutionalization, life quality, persons with disabilities, support, needs.

UVOD

Odnos društva prema osobama s invaliditetom se može posmatrati kroz periode u kojima je bila zastupljena obespravljenoš, izolacija i segregacija, do perioda uvažavanja ličnosti, potreba i ljudskih prava. Put od segregacije do inkluzije je bio dug, ovi periodi su se u različitim zemljama odvijali različitim tempom, u zavisnosti od politike države, njene ekonomske moći, kao i samog odnosa društva prema pojedincu i poštovanju ljudskih

prava. Široko rasprostranjena stigmatizacija i diskriminacija predstavljaju osnovne barijere ka potpunoj inkluziji osoba s invaliditetom. Ono što osobe s invaliditetom isključuje iz društva je neznanje, predrasude i strahovi koji prevladavaju u društvu¹. Stigmatizaciji i diskriminaciji doprinosa je i stav da osobe s invaliditetom nisu u mogućnosti da žive samostalno i da se brinu o sebi.

U skladu s ciljem istraživanja u radu su predstavljene mogućnosti stanovanja osoba s invaliditetom s posebnim osvrtom na stanovanje u zajednicama s podrškom. Stanovanje u zajednici s podrškom je novija mogućnost za osobe s invaliditetom. U odnosu na tradicionalni način institucionalnog smještaja, mogućnost stanovanja u zajednici s podrškom je u skladu sa Konvencijom o pravima osoba s invaliditetom.

U razvijenim zemljama svijeta početkom osamdesetih godina prošlog stoljeća dominirale su rasprave o deinstitutionalizaciji osoba s invaliditetom. Stručnjaci, naučnici, čak i političari, iznosili su argumente za i protiv deinstitutionalizacije. U međuvremenu, praksa je pokazala da uključivanje osoba s invaliditetom u lokalnu zajednicu nije samo poželjno s aspekta ljudskih prava, već da je moguće i potpuno opravdano. Ovakav odnos osigurava poštovanje ljudskih prava i veći kvalitet života osoba s invaliditetom, a pokazalo se i finansijski prihvatljivo. U praksi, otvaranje ustanova, kao i njihovo zatvaranje, nije rješenje samo po sebi. Naime, kako bi se svim osobama s invaliditetom pružila mogućnost uključivanja u zajednicu, potrebno je kreirati efikasne mreže službi podrške u lokalnim zajednicama, nakon samog postupka deinstitutionalizacije².

Kao alternativa institucionalnom sistemu zaštite, realizira se projekat koji osobama s invaliditetom nudi mogućnosti aktivnog učestvovanja i stanovanja u lokalnoj zajednici. Projekat "Život u zajednici" je pokrenut od strane Saveza Sumero s ciljem osiguravanja ravnopravnog učestvovanja osoba s invaliditetom u lokalnoj zajednici. Život u zajednici pruža mogućnosti da osobe s invaliditetom žive u svojim zajednicama kao jednaki građani, uz podršku koja im je potrebna za učestvovanje u svakodnevnom životu. U Sarajevu je trenutno osam zajednica u kojima žive osobe s invaliditetom. Na osnovu istraživanja predstavljene su karakteristike stanovanja dvije zajednice s podrškom za osobe s invaliditetom, koje su prve osnovane u Sarajevu. Da bi zajednice funkcionirale, veliku ulogu u tome ima služba podrške koja se sastoji od stručnog tima i mreže prirodne podrške. Shodno tome, predstavljeni su zadaci službe i područja u kojima se pruža podrška osobama s invaliditetom. Do ovih podataka se došlo putem intervjua koji je obavljen sa članovima tima stručne podrške. U radu su korištene: metoda teorijske analize, za prikupljanje i analizu dosadašnjih istraživanja i izvještaja o stanovanju u zajednici, te survey metoda kojom su prikupljeni podaci o načinu funkcionisanja

zajednica s podrškom. Da bi osoba s invaliditetom razvila svoje kapacitete u punom potencijalu i da bi se osigurao život u zajednici izrađuje se individualni plan usmjeren na osobu. Namjera je da se predstave oblici podrške koji osiguravaju unapređenje kvalitete života, ali djeluju i na odnos društva prema pravima i potrebama koje imaju osobe s invaliditetom.

KVALITET ŽIVOTA OSOBA S INVALIDITETOM

Kvalitet života predstavlja složen pojam kojeg brojni autori različito tumače. Kvalitet života je značajan aspekt u egzistenciji pojedinca koji predstavlja jedan opsežan koncept koji u sebi sadrži fizičko zdravlje, psihološko stanje, stepen nezavisnosti i socijalnih odnosa, ličnih vjerovanja i potreba. "Svjetska zdravstvena organizacija je 1993. godine definirala kvalitetu života kao individualnu percepciju vlastite životne stvarnosti u svjetlu kulturalnih i vrijednosnih sistema u kojima neko živi, a s obzirom na očekivanja, vlastite ciljeve i standarde"³. Kvalitet života može biti različit za svaku osobu, ali se uglavnom temelji na zadovoljavanju osnovnih ljudskih potreba.

Da bi pojedinac imao kvalitetan život potrebno je da se poštuje i osigura ostvarivanje ljudskih prava. Svi se slažu da je najhumanija briga za čovjeka ona koja mu omogućuje život u primarnoj sredini, u obitelji i u društvu koje pruža adekvatne i primjerene mogućnosti za razvoj svih osoba. Poseban je naglasak na pravima osoba s invaliditetom i pružanju mogućnosti za život u zajednici kao bitnog segmenta kvalitete života. Iako je prisutna tendencija da se posvećuje pažnja poštovanju i ostvarivanju ljudskih prava, i prava osoba s invaliditetom, pokazatelji učestvovanja osoba s invaliditetom u svakodnevnicu ne nude pozitivne rezultate. To se primjećuje u različitim područjima života, kao što su: zaposlenost, visina prihoda, odgovarajuće stanovanje, pristup javnom prijevozu i zgradama, pristup informacijama, učestvovanje u javnom i političkom životu zajednice ili mogućnostima provođenja slobodnog vremena. Kvalitet života osoba s invaliditetom se često svodi na pružanje medicinske rehabilitacije, liječenja i brige, ali kvaliteta života podrazumijeva zadovoljavanje svih potreba pojedinca. Kvalitet počinje od mjesta stanovanja, mjesta gdje osoba razvija svoje životne navike i susreće se sa svakodnevnim situacijama egzistencije. Međutim, dešava se da osobe s invaliditetom nemaju mogućnost da žive u svom prirodnom okruženju, već su izolovani ustanovama gdje je kvalitet života

upitan. Kvalitetniji život osoba s invaliditetom može se postići kroz kreiranje okoline koja će prihvatati osobe s invaliditetom ravnopravno, kao sve ostale članove društva. Zadovoljstvo vlastitim životom i prihvaćenost od ljudi kojima smo okruženi, čine bitne elemente kvalitete življenja¹. Prioritet jeste da se pruži podrška osobama s invaliditetom da vode kvalitetan i dostojanstven život, što se nudi kroz program uključivanja i stanovanja u lokalnoj zajednici s podrškom, a što je i ujedno neotuđivo pravo svake osobe.

PRAVA OSOBA S INVALIDITETOM

Prava osoba s invaliditetom su utvrđena nizom međunarodnih standarda koje je ratificirala BiH i koji imaju ustavnu snagu, jer su sastavni dio Ustava BiH¹. Međunarodni dokumenti kojima se štite ljudska prava polaze od osnovnog principa da svaki čovjek ima urođena, jednaka, neotuđiva i univerzalna prava koja proizlaze iz dostojanstva svih ljudskih bića. U skladu s tim pravima treba da počivaju i zakonski propisi jedne države, a time je država dužna da regulira ostvarivanje prava, uvažavajući svakog pojedinca.

Član 3. Konvencije o pravima osoba s invaliditetom (2006) u opštim načelima ističe pravo punog i efektivnog učešća i uključenosti u sve sfere društvenog života osoba s invaliditetom. Čime se ukazuje da osobe s invaliditetom trebaju biti dio društva uz jednako uvažavanje svih ljudskih prava. Konvencija o pravima osoba s invaliditetom promovira, štiti i osigurava puno i ravnopravno uživanje svih ljudskih prava i osnovnih sloboda od strane svih osoba s invaliditetom. Sva prava se temelje na ravnopravnosti sa osnovnim ljudskim pravima.

Član 19. Konvencije o pravima osoba s invaliditetom (2009), naglašava pravo na samostalni život i uključenost u lokalnu zajednicu. Države potpisnice Konvencije o pravima osobama s invaliditetom, priznaju jednako pravo osobama s

invaliditetom da žive u zajednici i uživaju pravo izbora jednako sa drugim osobama s ciljem potpune uključenosti u zajednicu i učešća u životu zajednice, time se nalaže da:

- a) osobe s invaliditetom imaju mogućnosti izbora svog mjesta stanovanja, gdje i s kim će živjeti, ravnopravno s drugim osobama, te nisu primorane živjeti po određenom programu;
- b) osobe s invaliditetom imaju pristup nizu službi podrške u svojim domovima, ustanovama za smještaj i drugim službama za podršku u lokalnoj zajednici, uključujući asistenciju potrebnu za podršku življenju i uključivanju u zajednicu, i sprječavanje izolacije ili isključenosti iz zajednice;
- c) usluge u lokalnoj zajednici, oprema i prostori namijenjeni općoj populaciji dostupni su na ravnopravnoj osnovi osobama s invaliditetom i u skladu su s njihovim potrebama⁴.

Ovim pravom je navedena mogućnost da osobe s invaliditetom izaberu mjesto svog stanovanja, te da imaju pristup službi podrške u svojim domovima i lokalnoj zajednici. Pravo na život u zajednici je jedno od temeljnih ljudskih prava. Ovo pravo je, također, naznačeno od strane Evropske unije i Vijeća Evrope, koje imaju za cilj da osiguraju aktivnu inkluziju i puno učešće osoba s invaliditetom u društvu.

Standardna pravila o izjednačavanju mogućnosti osoba s invaliditetom, usvojena 2003. godine u BiH naglašavaju, također, jednakost svih osoba, te se kroz uvod objašnjava da "princip jednakih prava podrazumijeva da su potrebe svakog pojedinca jednako važne, te da ove potrebe trebaju biti osnovom za planiranje u svakom društvu, s tim da se sve raspoložive mogućnosti moraju upotrijebiti na način kojim će se svakom pojedincu osigurati jednake mogućnosti učestvovanja⁵. Pored toga, naglasak je i na tome da su osobe s invaliditetom članovi društva i imaju pravo ostati u svojim lokalnim zajednicama, te dobiti podršku koja im je potrebna u okviru redovnih struktura. Stoga i ovaj temeljni međunarodni dokument propisuje pravila kojih se treba pridržavati BiH, s ciljem osiguravanja životnih uslova i ostvarivanja prava osoba s invaliditetom.

Pored toga, Zakonom o osnovama socijalne zaštite, zaštite civilnih žrtava rata i zaštite porodice sa djecom KS regulisan je status osoba s invaliditetom kao i pitanje smještaja. Smještaj u ustanovu socijalne zaštite mogu ostvariti osobe kojima je potrebna stalna briga i pomoć, ukoliko se

¹ Institucija ombudsmena je u skladu sa Pravilnikom o unutrašnjoj organizaciji i sistematizaciji organizirala Odjel za zaštitu prava osoba s invaliditetom kao posebnu organizacijsku jedinicu u cilju osiguranja promoviranja i efikasnije zaštite prava osoba s invaliditetom, time je načinjen i Specijalni izvještaj o pravima osoba s invaliditetom (2010), u kome su detaljno objašnjena prava osoba i zakonska regulativa u Bosni i Hercegovini. Najveći broj osoba s invaliditetom nije svjestan kršenja njihovih prava, npr. nemogućnost pristupa informacijama, obrazovanju, zapošljavanju ili zdravstvenim uslugama predstavlja ujedno i kršenje osnovnih ljudskih prava. S obzirom na to, ukazali su na najvažnije dokumente u oblasti zaštite ljudskih prava koji se ujedno odnose i na zaštitu ljudskih prava osoba s invaliditetom.

Više na:
[http://www.ombudsmen.gov.ba/Publikacije.aspx?category=Special+R](http://www.ombudsmen.gov.ba/Publikacije.aspx?category=Special+Reports)
 eports

ne može ostvariti unutar obitelji ili na neki drugi način. U BiH postoje ustanove, kao što su zavodi za osobe s invaliditetom, koji mogu pružiti trajni smještaj osoba s invaliditetom. O smještaju u ustanove odlučuje centar za socijalni rad, uz svu potrebnu dokumentaciju, nalaze i mišljenja stručnjaka o zdravstvenom stanju i radnoj sposobnosti osobe. Centar za socijalni rad, koji je smjestio osobu u ustanovu, dužan je da prati potpuni tretman i odnos prema osobi koja se nalazi u ustanovi. Sa ovim dokumentima reguliran je status osoba s invaliditetom u pogledu smještaja i stanovanja. Međutim, i dalje ostaje pitanje na koji način se realiziraju ovi propisi u praksi. Stanovanje u zavodima za osobe s invaliditetom u našoj državi je prisutno i ukorijenjeno u praksi. Postavlja se pitanje koliko se ovim načinom smještaja poštuju prava osoba s invaliditetom. U novije vrijeme se uvode promjene u skladu sa propisima međunarodnih dokumenata, ali i sa pozitivnim primjerima iz susjednih država sa novim oblikom stanovanja, tj. stanovanja u zajednicama s podrškom, koje je namjenjeno sprječavanju institucionalizacije osoba s invaliditetom. Tome u prilog ide usvajanje Akcionog plana (2017) za provedbu strategije deinstitutionalizacije i transformacije ustanova socijalne zaštite u FBiH (2014-2020), koji ima cilj da se smanji korištenje usluga institucionalnog smještaja, i da se osobama koje su već smještene u ustanove osigura mogućnost da žive u zajednici sa podrškom. Na ovakav način bi se osigurala zaštita ljudskih prava i prelazak sa institucionalne brige na socijalnu inkluziju u zajednici.

POLOŽAJ OSOBA S INVALIDITETOM U BOSNI I HERCEGOVINI

Za osobe s invaliditetom pronalaženje mjesta koje će zvati svojim domom, jedan je od težih zadataka, s obzirom na ustaljeni institucionalni sistem zaštite koji je već dugo prisutan u BiH. Stanovanje i boravak u obitelji, sa svojim roditeljima braćom i sestrama je najpovoljniji oblik stanovanja za osobe s invaliditetom. S obzirom na stepen invaliditeta dešava se da obitelj nije u mogućnosti pružiti adekvatan tretman, pa se zbog toga osobe s invaliditetom smještaju u ustanove. Također, jedno od glavnih pitanja i briga roditelja koje imaju dijete s invaliditetom jeste i šta će se desiti sa djetetom nakon njihove smrti, ko će se brinuti i pomagati osobi s invaliditetom, kojoj je neophodna pomoć i podrška druge osobe. Obično se u BiH u tim situacijama brine centar za socijalni rad, te se osoba smješta u ustanovu. Pored toga, dešava se da i

obitelj od samog rođenja na preporuku doktora smjesti svoje dijete u neku od ustanova. Dakle, ustaljeni oblik smještaja osoba s invaliditetom jeste institucionalni sistem, koji podrazumijeva socijalno i zdravstveno zbrinjavanje. Ovaj smještaj je postao tradicionalno rješenje, koje se godinama primjenjuje bez uvođenja promjena i inovacija i novih sistema podrške, koji bi trebali pružiti kvalitetniji život za osobe s invaliditetom. Stanovanje u ustanovi, odnosno u zavodima koji postoje u BiH, sve više postaje predmetom istraživanja, jer se uočilo da se ne poštuju osnovna ljudska prava, a izražena je i socijalna isključenost osoba s invaliditetom u društvu. U Federaciji BiH ustanove u koje se najčešće smještaju osobe s invaliditetom su: Zavod za zaštitu djece i omladine „Pazarić“, Zavod za zbrinjavanje mentalno invalidnih osoba „Bakovići“ i Zavod za zbrinjavanje mentalno invalidnih osoba u Fojnici „Drin“. Broj osoba u ustanovama socijalne zaštite u kojima su smješteni djeca, mladi i odrasle osobe s invaliditetom iznosio je 1.7427 u 2015. godini². U BiH zaštitu nude i dnevni centri. Međutim, ti centri su, uglavnom, zastupljeni u većim gradovima. Također, rad u dnevnim centrima se odnosi na to da se zainteresuju i zaposle osobe s invaliditetom, bez organiziranog pokušaja da se razviju vještine za samostalni život. Štaviše, primjetan je i nedostatak usluga u zajednici da bi se podržale osobe s invaliditetom da pohađaju tzv.redovne škole i pružanje usluga, kao što su obrazovno savjetovanje, govorna terapija, fizioterapija i kvalifikovano osoblje koje bi podržalo dijete u učionici unutar tzv.redovne škole⁶. Institucionalni sistem je osmišljen tako da zaštiti osobe s invaliditetom, gdje kontrolu usluga, pa samim tim i načina života, vrše, uglavnom, stručnjaci u specijalizovanim ustanovama. Ovakav sistem dovodi do isključenosti iz društva, a većina ovih ustanova je smještena na udaljenim lokacijama gdje osobe imaju malo ili nimalo interakcije sa okolinom⁷. Međutim, kako raste svijest društva, sve više se vodi i briga o načinu života u ustanovama za trajni smještaj. BiH čini pomake i vidljivije su promjene. Jedna od njih jeste i uvođenje novog oblika zaštite i podrške za osobe s invaliditetom kroz mogućnost stanovanja u zajednici s podrškom. Da bi se omogućilo stanovanje u zajednicama, prvo se realizira potupak deinstitutionalizacije koji podrazumijeva promjenu u načinu pružanja usluga

² Podaci se navode od strane Institucije ombudsmena za ljudska prava u Specijalnom izvještaj o stanju prava osoba sa intelektualnim i mentalnim teškoćama u Bosni i Hercegovini, 2018; prema podacima Agencije za statistiku BiH, Socijalna zaštita 2011.-2016. godine, izdanje 2018. godine.

stanovanja i to izvan sistema usluga zasnovanih u ustanovama, te se ide ka sistemu pružanja podrške u okvirima zajednice. Pored ovog postupka, koji zahtijeva određenu proceduru, vrši se i prevencija institucionalizacije, tako što se sprječava da se osobe smještaju u ustanove, a istovremeno se pruža i mogućnost stanovanja u zajednici.

DEINSTITUCIONALIZACIJA OSOBA S INVALIDITETOM

Deinstitucionalizacija je termin koji opisuje preseljenje osoba iz institucionalnih oblika zaštite u druge prirodnije sredine, ali predstavlja i pokušaj da se na dosljedan i sistematičan način promijeni nametnuti način života i izolacija iz društva. Deinstitucionalizaciju bi otuda trebalo definirati kao proces koji ima za cilj da osobama s invaliditetom osigura učešće u društvu nudeći širok spektar usluga na nivou zajednice, a poštujući pri tom principe izbora i odlučivanja⁷. Jedno od ključnih polazišta u inkluziji jeste da se pruži podrška obitelji, odnosno svi resursi se usmjeravaju na davanje podrške u prirodnoj socijalnoj sredini. Cijena smještaja osobe u instituciju je otuđenje od obitelji i prirodne socijalne sredine u kojoj, u pravilu, osoba često ostaje do kraja života. Važno je da se osobama s invaliditetom pruži podrška u njihovom domu, umjesto u umjetno stvorenoj institucionalnoj sredini. Dom ne podrazumijeva samo biološku obitelj, on može biti i u adoptivnoj obitelji, udomiteljskoj obitelji, kao i u oblicima samostalnog stanovanja za odrasle osobe². Odrasle osobe s invaliditetom mogu nakon smrti svojih roditelja ostati živjeti u svojim stanovima/kućama/ili mogu biti smještene u unajmljene stanove u kojim će im se pružati podrška, a ne da se ide ka ustaljenom sistemu smještaja u ustanove, što je do sada bila praksa.

Svrha prevencije jeste da se spriječi odlazak u ustanovu i da se poveća izlazak iz ustanova u nove oblike zaštite, pružajući mogućnosti stanovanja u lokalnoj zajednici, što bi trebalo biti usklađeno s prioritetima razvoja mreže usluga na lokalnoj razini. "Biti u instituciji nije humani način života. Institucija oduzima osobi sve stvari radi kojih vrijedi živjeti, kao što su radost, sreća, ljubav, nježnost i čak i želju za životom"⁸. Posjete Zavodima u BiH koje je provela Institucija ombudsmena BiH³

³ Delegacija Institucije ombudsmena za ljudska prava BiH je ocijenila potrebnim izvršiti procjenu stanja u ustanovama socijalne zaštite u kojima su smještene osobe s invaliditetom, te je na osnovu toga nastao Specijalni izvještaj o stanju u ustanovama za zbrinjavanje mentalno invalidnih osoba u razvoju u BiH, 2009.godine. Kako bi bio provjeren stepen implementacije preporuka koje je izdala Institucija ombudsmena nadležnim organima u okviru Specijalnog izvještaja iz

pokazale su da je odsustvo kvalitetne zaštite te kontrole i nadzora od strane nadležnih organa, osobe s invaliditetom koje su smještene u ustanove, dovelo je do toga da su postali stanovnici čija se osnovna ljudska prava narušavaju. Zadnjih godina počelo se više raditi na polju poboljšavanja kvalitete života osoba s invaliditetom, što je pokazalo da je ovim ustanovama nepohodna transformacija. Da bi došli do zadovoljavajućeg nivoa kvalitete života osoba s invaliditetom nepohodno je da se zakonski odredi jasna terminologija koja će se primjenjivati u svim pravilnicima i zakonima jednako⁹. Važno je da se sačine osnovni principi, uz uvažavanje međunarodnih standarda koji uređuju prava osoba s invaliditetom, za kategorizaciju ustanova za smještaj osoba. Potrebno je riješiti pitanje prevelikog broja osoba na jednom mjestu, ali i svakako poboljšati sami uvjeti unutar ustanova, jer je potrebno da se posveti pažnja ambijentu u kojem djeca i odrasli u zavodima provode vrijeme, tako što će se interijer upotpuniti sa igračkama, slikama, predmetima veselih boja, oslikati zidove i sl.¹⁰

Važan segment jeste svakako i poboljšavanje zdravstvene i socijalne zaštite, tako što je potrebno zaposliti ljekara, defektologa, pedagoga i druge stručne osobe. S obzirom da u nekim zavodima i postoje programi stručnog usavršavanja osoblja neophodno ih realizirati. Nezaobilazno jeste i polje obrazovanja, koje se može realizovati kroz saradnju sa školama, nevladinim sektorom, medijima i lokalnom zajednicom u cilju smanjivanja marginalizacije i prisutnih predrasuda o osobama s invaliditetom. Jedino na ovaj način, kroz uvođenje promjena i poboljšavanja uslova života, se može doći i do poštovanja prava osoba s invaliditetom i osiguravanja dostojanstvenog života. Krajnji cilj deinstitucionalizacije jeste uspostavljanje sistema koji osigurava individualnu podršku svakom pojedincu kako bi aktivno učestvovao u planiranju, sprovođenju i vrednovanju mjera koje se odnose na njegov život.

STANOVANJE U ZAJEDNICI S PODRŠKOM ZA OSOBE S INVALIDITETOM

Mogućnosti stanovanja osoba s invaliditetom su se značajno izmjenile u zadnjih 25 godina. U većini

2009.godine izvršena je ponovo procjena stanja i 2018.godine je objavljen Specijalni izvještaj o stanju prava osoba s intelektualnim i mentalnim teškoćama u Bosni i Hercegovini, gdje se sagledavalo stanje u ustanovama za smještaj osoba s invaliditetom, s ciljem unapređenja kvalitete života svih osoba.

zemalja zadnjih godina su povećane mogućnosti stanovanja u zajednici, a time je umanjen interes za institucionalni smještaj. Promjene su išle od institucionalnog smještaja ka zbrinjavanju u okviru lokalne zajednice uz osiguranje adekvatne podrške. Oblici podrške su omogućeni kroz različite opcije, kao što su: obiteljska podrška u domu osobe, male grupne zajednice, stanovanje uz podršku i razvojna njega. Takav odnos je doveo do drugačijeg odnosa društva prema osobama s invaliditetom. Danas u SAD-u osobe s invaliditetom žive u stanovima u zajednici. Život u manjim decentraliziranim domovima osigurava osobama više mogućnosti da budu uključeni u aktivnosti u zajednici i da stiču više životnih iskustava i vještina koje će im pomoći da žive samostalije⁸. Svaka zajednica nudi svoje resurse, kao što su: zdravstvo, obrazovanje, radna mjesta, javne službe, kupovine, kulturne i sportske događaje, vjerske službe i javni prijevoz. Kroz ove resurse se mogu zadovoljiti interesi svake osobe i učiniti život kvalitetnijim. Usluga stanovanja uz podršku namijenjena je svim osobama s invaliditetom koje trebaju podršku kako bi vodile samoodređene živote u zajednici. Samoodređen život se odnosi na mogućnost donošenja odluka i upravljanja svojim životom u najvećoj mogućoj mjeri. Samoodređenje nije privilegija, nego pravo svake osobe¹¹.

Izraz 'život u zajednici' i 'život uz podršku' se mnogo koriste, ali nema precizne definicije ovih izraza. U suštini, oni označavaju život u skladu s ljudskim pravima. Život u zajednici je namijenjen svim osobama s invaliditetom koje trebaju podršku kako bi živjele u lokalnoj zajednici (osobe koje su deinstitucionalizirane i osobe čija se institucionalizacija želi spriječiti). Život u zajednici se odnosi na mogućnost da osobe s invaliditetom žive kao jednaki građani, uz podršku koja im je potrebna da bi učestvovali u svakodnevnom životu, kao što je život u sopstvenom domu, sa svojom obitelji, odlazak na posao, odlazak u školu i učestvovanje u aktivnostima zajednice. U ovom cjelokupnom programu se ide ka tome da osoba s invaliditetom ima pravo da samostalno ili uz podršku odlučuje o svom životu. Život u zajednici se promatra kao vid usluge za koju je angažovana služba podrške, tako da usluge zasnovane u zajednici predstavljaju svaku vrstu usluge koja se pruža u zajednici umjesto u ustanovi. One obuhvataju: službu za ranu intervenciju, zbrinjavanje u hraniteljskim obiteljima, inkluzivno obrazovanje, usluge zapošljavanja uz podršku, usluge stanovanja uz podršku, zagovaranje i podršku za samozastupanje i samoodređenje, obuku za stjecanje vještina potrebnih za samostalni život, službu za donošenje

odluka uz podršku, savjetovanje za porodice i produženi boravak. Uz odgovarajuću podršku, osobe s invaliditetom mogu da žive samostalno i da u potpunosti učestvuju u društvu. Nekim osobama je potrebno više pomoći i podrške nego drugima, a sve u zavisnosti od stepena invaliditeta. U cilju što kvalitetnijeg života i usvajanja znanja i vještina, koje su neophodne za obavljanje svakodnevnih aktivnosti, u sklopu zajednice, osobama s invaliditetom se pruža podrška, koja je u skladu s individualnim potrebama i mogućnostima. Osobe koje su u službi podrške trebaju dobro poznavati karakteristike osoba s invaliditetom, da bi im na adekvatan način mogli pristupiti i pružiti onaj vid podrške koji je potreban osobi u određenoj situaciji.

Savez organizacija za podršku osobama s invaliditetom Sumero u saradnji sa članicama Udruženjem „Svjetlost” Zenica, Udruženje „Oaza” Sarajevo, Udruženje “Sunce” Mostar i Udruženje za socijalno uključivanje osoba s invaliditetom TK Tuzla u oktobru 2009. je počeo sa realizacijom Projekta “Prevenција institucionalizacije osoba s invaliditetom u FBiH”. Nakon toga je namjera bila da se osobama s invaliditetom osiguraju bolji uslovi života u skladu s ljudskim pravima, te je Savez Sumero je uz podršku Open Society Mental Health Initiative i Federalnog ministarstva pravde u 2010. godini implemetirao projekat usmjeren na uspostavu mješovitog modela socijalnih servisa za osobe s invaliditetom u FBiH u cilju prevencije smještaja osoba s invaliditetom u institucije i stvaranja preduslova za život u zajednici¹². Savezu Sumero je omogućeno da usvoji znanja o primjeni modela *Planiranje usmjereno na osobu* i na taj način krene u realizaciju projekta “*Život u lokalnoj zajednici sa podrškom za osobe s invaliditetom*”. Program stanovanje u zajednici s podrškom se realizovao 2011.godine kroz osnivanje prvih pilot stambenih zajednica u Sarajevu i Mostaru.

Ovo je bio dug put formiranja prvih zajednica sa podrškom, a slična je praksa i u evropskim zemljama, da je nevladin sektor bio glavni pokretač promjena i uvođenja naprednih modela pružanja podrške osobama s invaliditetom prema evropskim standardima.

Usluge zasnovane u zajednici i podrška od suštinske su važnosti ako će države da ostvare političke ciljeve Evropske unije i Vijeća Evrope, u smislu promoviranja jednakih mogućnosti za osobe s invaliditetom. BiH je na početku i dug je put da se ostvare svi ciljevi. Međutim, dobar pokazatelj jeste i što se krenulo putem uvažavanja prava osoba s invaliditetom i samog formiranja zajednica sa podrškom.

ZAJEDNICE S PODRŠKOM ZA OSOBE S INVALIDITETOM U KANTONU SARAJEVO

Jedan od glavnih ciljeva stanovanja uz podršku jeste da se podrže osobe s invaliditetom da učestvuju u životu u zajednici i da ostvare svoje želje i težnje. Program stanovanja u zajednici uz podršku nudi odraslim osobama s invaliditetom smještaj u stanovima u lokalnoj zajednici uz pružanje podrške kako bi mogli živjeti što je moguće samostalnije.

Cilj ovog programa jeste pružanje podrške i poticanje u svakodnevnim aktivnostima i situacijama, kao što su: odgovorno ophođenje s novcem, briga o sebi i o stanu, priprema hrane, korištenje javnog prijevoza, razvijanje pozitivnih odnosa prema osobama s kojima žive. Kroz ovaj sistem vrši se poticanje i razvoj sposobnosti osoba kroz aktivno uključivanje u život u zajednici kroz stvaranje kruga podrške, učestvovanja u kulturnim, rekreacijskim, sportskim i religioznim aktivnostima koje zajednica pruža i uključivanje u radne aktivnosti u okolini. Ovakvim oblikom podrške omogućava se osobama s invaliditetom potpuna socijalna uključenost i učestvovanje u zajednici.

Da bi svakodneve aktivnosti bile usklađene s interesima i mogućnostima osobe izrađuje se osobni plan usmjeren na osobu, koji je neophodan za postizanje što kvalitetnije socijalne usluge, jer aktivno učestvovanje osobe u planiranju, provedbi i evaluaciji pružanih usluga značajno doprinosi postizanju bolje usluge i boljih rezultata. Takvim odnosom pruža se mogućnost osobama s invaliditetom da donose odluke temeljene na njihovim vlastitim životnim ciljevima. "Osobno usmjeren planiranje je krovni pojam koji obuhvata različite i specifične pristupe u pomaganju korisnicima socijalnih usluga za poboljšanje njihova statusa i planiranja kvalitetnijeg života¹³. Cilj osobno usmjerenog planiranja je odrediti individualne interese i potrebe svake osobe i strukturirati podršku u skladu s tim potrebama, gdje se određuje nivo potrebne podrške koju svaki pojedinac treba kako bi obavljao sve aktivnosti u životu što je moguće samostalnije. Da bi se postigli svi ciljevi i zadaci koji se postavljaju kroz planiranje, važno je voditi računa o principima dobrog planiranja koji podrazumijevaju sljedeće činjenice¹³:

- a) osoba je u središtu planiranja (njegov kapaciteti, sposobnosti, želje, snovi),
- b) osobno usmjeren planiranje okuplja obitelj, prijatelje i sve dobronamjerne osobe iz kruga

osobe u fokusu planiranja,

- c) osobno usmjeren planiranje sadrži popis promjena koje je potrebno učiniti u perspektivi (kratkoročno, srednjoročno i dugoročno),
- d) osobno usmjeren planiranje sadrži jasne ciljeve što to osoba očekuje od budućnosti i kakvu vrstu podrške treba ili očekuje,
- e) ukoliko se planira deinstucionalizacija, plan treba biti vezan uz stil života u zajednici,
- f) krajnji rezultat osobno usmjerenog planiranja mora biti jedinstven plan s jasno vidljivom vizijom, usmjeren prema pozitivnim životnim promjenama.

Značaj osobno usmjerenog planiranja leži u činjenici da osoba s invaliditetom dobiva neposrednu priliku govoriti o sebi, o vlastitim interesima, a nesmetano može iznositi prikaz vlastitih snaga, kapaciteta i postignuća time se daje mogućnost za određivanje prioriteta u vlastitom životu. Kroz planiranje se definira individualni plan, koji ima za cilj uvođenje promjena u životu osobe. Promjene su utvrđene na temelju sveobuhvatne procjene potreba, poteškoća i resursa, u dogovoru s osobom, članovima njegove obitelji, pružateljima usluga te drugim osobama.

Prilikom planiranja zajedno s osobom se dolazi do vizije vlastite budućnosti čiji je najčešći ishod stanovanje u zajednici uz određeni nivo podrške. Planom se određuje koji nivo podrške je potreban za uvježbavanje svakodnevnih životnih vještina uz održavanje lične higijene i urednosti životnog prostora, pripreme jednostavnih obroka, zapošljavanja, uspostave odnosa s drugim ljudima iz zajednice, pronalaženja prijatelja, te planiranje slobodnog vremena (izlasci, posjete, odlasci na izložbe, koncerte, sportske priredbe i slično). "Jedna od posebnosti individualnog planiranja za odrasle osobe s invaliditetom su postavljeni ciljevi koji su često usmjereni njihovom što većem osamostaljivanju i kreiranju individualne kvalitete življenja, za razliku od razdoblja djetinjstva i razdoblja odrastanja kada se planiranje primarno vezuje uz obiteljsku kvalitetu življenja"¹³. Najvažniji elementi individualnog planiranja se odnose na operacionalizaciju ciljeva za kratkoročni, srednjoročni ili dugoročni period. Individualni plan sastoji se od nekoliko cjelina: uvodni dio/vlastita životna priča, osobni resursi, socijalna mreža, lična procjena vlastitog zdravlja, ciljevi planiranja i operacionalizacija ciljeva¹³. Svaka osoba koja živi u zajednici s podrškom ima u svojoj sobi na velikom papiru koji stoji na zidu iznad kreveta zapisane svoje ciljeve, tako da svakodnevno imaju podsjetnik, na ciljeve koje su postavili.

Da bi se imali pokazatelji o napredovanju i uspjehu koji je postignut u zajednici neophodno je izvršiti prvu evaluaciju, koju je korisno provesti nakon šest mjeseci od početka stanovanja i donošenja plana, dok se daljnje evaluacije u pravilu rade jednom godišnje. Sastanke organizira voditelj zajednice koji vodi neposrednu brigu o realizaciji individualnog plana svake osobe u zajednici. U slučaju bilo kakvih značajnijih promjena u životu osobe s invaliditetom može se organizirati revizija plana, njegova nadopuna ili promjene.

Život u zajednicama sa podrškom je poput života u obitelji. U prvoj osnovanoj zajednici s podrškom žive četiri osobe. Životni put svakog od njih je bio različit. Jedna osoba je boravila u Zavodu "Mjedenici" tokom školovanja, te u Dječijem domu "Bjelave", a zatim kao podstanar jednu godinu. Nakon punoljetstva osoba je boravila u Zavodu "Pazarić" šest mjeseci. Taj period njegovog života je bio dosta stresan, zbog stalnog mijenjanja mjesta stanovanja. I.K. objašnjava: "Uslovi u Zavodu su uredni, mada u istoj sobi živiš sa njih pet/šest, nisi mogao birati šta ćeš da jedeš, da radiš, jer su sve određivali ljudi koji su zaduženi za to, a sve se moglo odvijati u granicama dvorišta. Ružno je kad znaš da je iza ograde dvorišta sloboda, da ljudi šetaju, a ti možeš jedino da šetaš po tom dvorištu." U Zavodu je proveo malo vremena, ali kaže da je sada sve bolje i ljepše. Iako je i ranije bio dosta samostalan, kroz stanovanje u zajednici uz podršku usavršio je vještine potrebne za svakodnevni život i rado obavlja sve zadatke koje ima: kuhanje, uređivanje stana i odlazak na trening. Druga osoba koja živi u ovoj zajednici dolazi iz obitelji koja je bila disfunkcionalna, te je sam kvalitet života bio narušen. Treća osoba je živjela u svojoj obitelji. Međutim, ova osoba je odlučila da svoj život nastavi u zajednici s podrškom s ciljem da se osamostali. Pored asistenata, podršku mu pružaju članovi njegove obitelji. Četvrta osoba koja živi u ovoj zajednici je nakon smrti roditelja trebala biti smještena u jednu od ustanova, ali se otvorila mogućnost života u zajednici. Kroz podršku naučio je da kuha, pere suđe i da obavlja kućanske poslove, koje su za njega ranije obavljali roditelji. Prvoosnovana zajednica je bila primjer da osobe s invaliditetom mogu da žive u lokalnoj zajednici, uz podršku. Rezultat toga je i osnivanje novih zajednica u Sarajevu.

U drugoj zajednici stanuju četiri osobe. Braća I.H i Z.H. su odlučili da stanuju u zajednici s podrškom, jer su ostali bez majke. U zajednici borave od juna 2011. godine, odnosno od samog njenog osnivanja. Tu postoji plan aktivnosti i svako ima

svoje zadatke, koje treba izvršiti. Njihov dan počinje rano, uobičajeno za svaku obitelj: obavljanje higijenskih aktivnosti, spremanje sobe sobu i doručak. Nakon jutarnjih aktivnosti, dogovaraju se šta treba da urade u toku dana. Naučili su kuhati, peglati veš, koristiti veš mašinu i obavljati druge kućanske poslove. Braća I.H. i Z.H. idu u Udruženje "Oaza" gdje učestvuju u radionicama. Pored toga, redovno odlaze u kino, pozorište i muzeje. U toku posjete zajednicama, uočeno je da se stariji brat brine o mlađem bratu, što govori o tome da osobe u zajednicama imaju mogućnost da pružaju podršku jedni drugima i da uče zajedno. U ovoj zajednici stanuju i A.B. i M.R. koji kažu da im je odlično i da je potrebno što više ovakvih zajednica, jer se sada osjećaju samostalnije i imaju mogućnost da odlučuju o svom životu.

Sada nakon sedam godina rada i uspostave sistema podrške, može se govoriti o broju od 80 osoba koje žive u zajednici sa podrškom. Obzirom da su prve zajednice u Sarajevu osnovane u aprilu i junu 2011. godine, kod osoba koje su članovi ovih zajednica je vidljiv napredak u odnosu na znanje i iskustva koja su imale prije dolaska u zajednicu s podrškom. Osobe su kroz ovaj oblik zaštite i stanovanja razvile praktične vještine i osamostalili su se u obavljanju svakodnevnih aktivnosti. Savladali su vještine kuhanja, te su se osposobili da koriste javni prijevoz i razvili su veći stepen higijenskih navika. Aktivnim učešćem u aktivnostima zajednice razvili su socijalne kompetencije i odnose sa okolinom. Ovim pristupom se podiže svijest društva, kako u pogledu i shvatanju osoba s invaliditetom, tako i u šansama same osobe za lični razvoj. Stanovanje u zajednici s podrškom povećava svijest o osobama s invaliditetom, oni postaju 'vidljivi' i zajednica ne sagledava samo njihove teškoće, nego i potencijale. Svakodnevnne aktivnosti članovi obavljaju u skladu sa svojim sposobnostima. Druženja, rođendanske zabave i odlasci na izlet su sastavni dio života osoba s invaliditetom koji žive u ovim zajednicama. Funkcioniranje i sloga koja je prisutna u zajednicama odaje toplo ozračje koje ove zajednice čini poput obitelji. Komunikacija i odnosi između članova su još jednom dokazali da je dom ondje gdje se čovjek osjeća lijepo i priznato.

Zadaci službe podrške za osobe s invaliditetom
Službe podrške mogu mnogo doprinijeti da osobe s invaliditetom funkcionišu u svom punom potencijalu, ali ovakvi vidovi podrške se ne mogu uspostaviti i održavati bez podrške i predanosti

svih članova zajednice. Podrška se ogleda u obavljanju svakodnevnih aktivnosti, te može biti: povremena, ograničena, intenzivna i sveobuhvatna podrška za osobe s invaliditetom. Povremena podrška pruža se osobama koje imaju visoki stepen nezavisnosti, ali povremeno trebaju podršku. Ovaj se oblik podrške pruža i kada dođe do promjene u životnim okolnostima osobe, kao što su preseljenje u drugi stan ili prekid emotivne veze. Povremena podrška varira u svom intenzitetu, te je nekad ograničena samo na podršku koju pruža staratelj. Ograničena podrška odnosi se na kontinuiranu podršku u određenim aktivnostima, bilo da se radi o nekoliko sati dnevno ili sedmično. Ovu vrstu podrške obično pruža asistent. Intenzivna podrška pruža se tokom cijelog dana, svaki dan za različite aktivnosti. Sveobuhvatna podrška odnosi se na svakodnevnu podršku osoblja tokom 24 sata, bilo da se radi o aktivnostima u stanu ili zajednici¹⁴. U skladu s individualnim interesima i potrebama svake osobe podrška se pruža u sljedećim područjima: aktivnosti u kućanstvu, aktivnosti u zajednici, briga o zdravlju i sigurnosti, slobodno vrijeme, stvaranje, održavanje i širenje odnosa sa drugim ljudima, aktivnosti rada i aktivnosti cjeloživotnog obrazovanja. Bez obzira o kojoj vrsti podrške je riječ, ključna odrednica jeste da se pruži podrška, a ne da se kontrolira osoba s invaliditetom. Svaka je osoba jedinstvena, pa se stoga način pružanja podrške razlikuje od osobe do osobe. Neke osobe s invaliditetom trebaju podršku samo u složenijim aktivnostima, dok neke trebaju kontinuiranu podršku, a to se sve unaprijed odredi i isplanira kroz individualni plan usmjeren na osobu.

Kada je u pitanju pružanje podrške osobama s invaliditetom, onda se govori o službi podrške koju čini tim koji se sastoji od staratelja i voditelja (najčešće rehabilitatori, socijalni radnici, psiholozi ili radni terapeuti), te asistenata. Osoblje koje je uključeno u pružanje podrške stručno je osposobljeno za svoje radne zadatke, te ima obavezu kontinuiranog stručnog usavršavanja da bi na što bolji način odgovorili na potrebe osoba s invaliditetom. Osobi podršku u svakodnevnom životnim aktivnostima u stanu i zajednici pruža asistent. Asistent podržava osobu u onoj mjeri koja je potrebna da bi osoba bila uspješna u aktivnostima svakodnevnog života. Asistent je prisutan u zajednici kada god je to potrebno i pruža onaj oblik podrške koji je osobi potreban. U zajednicama u Sarajevu prisutan je po jedan asistent za svaku zajednicu, koji pruža svim osobama podršku. Uz dogovor i plan aktivnosti podrška se pruža svakom članu i to se do sada

pokazalo uspješnim. Praksa u razvijenim zemljama jeste da svaka osoba ima ličnog asistenta. Međutim, to nije situacija u ovim zajednicama. Pored asistenta, tu je širok krug osoba koje pružaju podršku osobama s invaliditetom. Staratelj u skladu s ciljevima postavljenim u osobno usmjerenom planu, sa asistentom dogovara područja i stepen pružanja podrške. Voditelj službe stanovanja upravlja ljudskim i finansijskim resursima službe. Uloga stručnjaka u zajednici bitno se mijenja, oni postaju pomagači, potiču, predlažu i slušaju, ali ključnu ulogu u procesu planiranja imaju same osobe. Takva promjena uloga može izazvati brojne nedoumice i predstavlja izazov za većinu profesionalaca, stoga je neophodno nastaviti usavršavati i obučavati osoblje koje pruža podršku osobama s invaliditetom. Kako je obavezno stručno usavršavanje službe podrške, tako se vrši i obrazovanje i usavršavanje samih osoba s invaliditetom kako bi bili što uspješniji i samostalniji u obavljanju svakodnevnih aktivnosti. Pored tima iz službe podrške, na raspolaganju su i vanjski saradnici koji su upoznati sa svim osobama iz zajednice i stoje im na raspolaganju. Podršku im pružaju i uposlenici policije koji ih redovno obilaze. Na raspolaganju su im i usposlenici Hitne pomoći, kao i brojne institucije koje su spremne da budu dio podrške za osobe s invaliditetom.

Cilj je da se razvije i prirodna mreža podrške za osobe s invaliditetom, koja će biti veliki oslonac u razvoju socijalnih kompetencija osoba s invaliditetom. "Prirodna mreža podrške predstavlja skup osoba s kojima neka individua ima tekuće interakcije u svakodnevnom životu, odavajući različite nivoe prijateljstva, brige, podrške, i obostrane pomoći kroz različite aktivnosti. Članovi prirodne mreže podrške dijele uzajamno poštovanje i međuovisnost, gdje svaka osoba dobija intrinzične koristi iz takvih interakcija"⁸. Mogući članovi mreže podrške mogu biti: roditelji, braća i sestre, rodbina, susjedi, članovi šire porodice, prijatelji porodice, učesnici u zajednici i aktivnostima slobodnog vremena, stručni timovi iz oblasti obrazovanja, drugovi u razredu, saradnici, zaposlenici, poslodavci, biznismeni, te radnici u zajednici. Mreže prirodne podrške mogu da osiguraju četiri tipa podrške: resursna podrška (materijali, finansijska sredstva, informacije i osoblje), moralna podrška kroz interakciju sa osobama, tehnička podrška, kao što su strategije, metode, pristupi ili ideje i evaluacijska podrška. Biti dio prirodne mreže podrške definira se u skladu s kvalitetom interakcija i dužinom posvećenosti osobama. Tokom vremena, prirodna

mreža podrške se razvija kroz kontinuirane, svjesne i smislene interakcije koje nude uzajamne koristi.

Ovakav pristup pružanja podrške omogućava osobi da: ima privatnost, te se u svom stanu/kući osjeća kao u vlastitom domu, određuje svoj dnevni raspored, izabere smislene aktivnosti rada u zajednici, koristi resurse zajednice kao i svi ljudi u zajednici. Ima mogućnosti cjeloživotnog učenja, kao i da razvija i njeguje bliske odnose sa rodbinom i prijateljima, partnerima, poznanicima i cjelokupnom zajednicom u kojoj se nalazi.

ZAKLJUČAK

Obitelj je najpogodnije mjesto za razvoj svake osobe. Međutim, nekada se dešava da se život u obitelji zamjeni životom u ustanovi. Takav način života zahtijeva podršku centra za socijalni rad. Stručne službe centra za socijalni rad bi trebale planirati, osigurati i koordinirati usluge na način na koji bi se zadržala cjelovitost obitelji, s namjerom pružanja potrebne podrške kako osobi s invaliditetom, tako i njenoj obitelji. Cilj je ostanak u obitelji i sprječavanje odlaska u ustanovu, koja nikada ne može ponuditi onu toplinu koju ima obitelj. Ukoliko iz nekog razloga, osoba ne može ostati u obitelji, tada bi stručna služba podrške trebala tražiti adekvatno rješenje u zavisnosti od situacije. Najznačajnija prepreka uključivanju osoba s invaliditetom u lokalnu zajednicu jeste kontinuirana praksa trajne institucionalizacije. Da bi se spriječio odlazak u ustanovu neophodni su resursi koje bi trebala omogućiti zajednica, tako da se osoba ne smješta u zavod, već da dobije svu potrebnu pomoć i podršku u prirodnom okruženju, tj. u lokalnoj zajednici.

Iskustva iz zemalja, kao što su: Velika Britanija i Sjedinjene Američke Države pokazala su pozitivne promjene, koje su bile primjetne kako kod samih osoba koje stanuju u zajednici, tako i u samoj zajednici koja je počela da prihvata osobe s invaliditetom kao punopravne članove društva. Ovaj pristup podiže optimizam i poštovanje osoba s invaliditetom, njihovih obitelji i zajednice u kojoj žive. Sve osobe imaju pravo da učestvuju u zajednici i svima treba dopustiti da rastu i razvijaju se u svojoj okolini. Osobe koje žive u zajednici uče zajedno sa članovima svoje zajednice i imaju mogućnost da rade iste stvari kao i svi ostali. Slijedeći te primjere i iskustva, osnovano je osam zajednica za osobe s invaliditetom u Kantonu Sarajevo, koje su se pokazale funkcionalnim i pozitivnim. Projekat "*Život u lokalnoj zajednici za osobe s invaliditetom*" je zasnovan na ideologiji da

sve osobe imaju pravo da žive u vlastitim domovima, da ostanu u vezi sa svojim obiteljima i zajednicom iz koje su potekli, da biraju šta žele da rade, s kim, kada i kako žele raditi. Ovakav projekat u BiH je bio izazov, koji je naišao da razumijevanje i prihvatanje, ali ne treba zaboraviti da je ovakvom procesu potrebno određeno vrijeme da se pozicionira u društvu i da se omogući uspostavljanje stalnih, održivih i trajnih rješenja. Svi naponi do sada polaze od nevladinih organizacija. Međutim, njima je potrebna podrška države, koja treba da omogući podršku za održiv razvoj projekata, s ciljem uvažavanja prava i potreba osoba s invaliditetom, što će znatno poboljšati kvalitet života.

Ovim malim koracima, ali zaista značajnim za osobe s invaliditetom, pokazano je društvu da svi imaju jednake šanse i da svakome treba pružiti priliku. Danas zajednice predstavljaju modele koji mogu služiti kao primjer za osnivanje zajednica s podrškom u regionu. Međutim, postizanje prelaska sa institucionalnog zbrinjavanja i njege na pružanje usluga zasnovanih u zajednici, zahtijevat će velike napore unutar države, gdje će biti neophodno da osobe s invaliditetom i njihove obitelji postanu partneri i da budu aktivno uključeni u ovaj proces. Osobe s invaliditetom imaju ista prava da učestvuju u svojim zajednicama kao i svi građani jedne države, zbog toga svima je potrebno pružiti priliku i uslove za kvalitetniji život.

LITERATURA

1. Ibralić, F., Smajić, M. Osobe s invaliditetom, kontekstualni pristup. Tuzla; Denfas, 2007a.
2. Teodorović, B., Bratković, D. Osobe s teškoćama u razvoju u sustavu socijalne skrbi. Zagreb; Edukacijsko - rehabilitacijski fakultet Sveučilište u Zagrebu, 2001.
3. Bratković D., Rozman B. Čimbenici kvalitete življenja osoba s intelektualnim teškoćama.
4. Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja, 2006; 42 (2): 01-112.
5. Međunarodna Konvencija o pravima osoba s invaliditetom. Službeni glasnik BiH – „Međunarodni ugovori“, 2009; 11/09.
6. Standardna pravila o izjednačavanju mogućnosti osoba s invaliditetom Službeni glasnik BiH; 2003; 41/03.
7. Izvještaj: Pravo na život u zajednici: Ostvarivanje ovog prava za osobe sa intelektualnim invaliditetom u Bosni i Hercegovini, Crnoj Gori, Srbiji i Kosovu. Sarajevo: Handicap International za Jugoistočnu Europu, 2008.
8. Izvještaj: Izvan deinstitutionalizacije, Nestabilna tranzicija ka sistemu koji pruža mogućnosti u jugoistočnoj Evropi. Sarajevo: Handicap International, 2004.
9. Ibralić, F., Smajić, M. Samozastupanje osoba s mentalnom retardacijom. Tuzla: Denfas, 2007b.
10. Specijalni izvještaj o stanju prava osoba s intelektualnim i mentalnim teškoćama u Bosni i Hercegovini, Institucija ombudsmena/ombudsmana za ljudska prava Bosne i Hercegovine, Banja Luka, 2018.
11. Specijalni izvještaj o stanju u ustanovama za zbrinjavanje mentalno invalidnih osoba u razvoju u BiH. Institucija

- ombudsmena/ombudsmana za ljudska prava Bosne i Hercegovine, Banja Luka, 2010.
12. Bratković D., Bilić M., Alfrev M. Razvoj temeljnih vještina samoodređenja u osoba s intelektualnim teškoćama; Zbornik radova: Uključivanje i podrška u zajednici: 8. kongres s međunarodnim sudjelovanjem, Varaždin; Zagreb: Školska knjiga, 2010. Godišnji izvještaj Saveza Sumero. Sarajevo: Savez Sumero, 2012.
 13. Lesički J. Osobno usmjeren pristup pri individualnom planiranju za osobe s invaliditetom u institucionalnim uvjetima. Stančić: Centar za rehabilitaciju, 2011: 555-577.
 14. Brošura: Stanovanje u zajednici uz podršku. Zagreb: Udruga za promicanje inkluzije, 2009.

OBILJEŽJA PONAŠANJA KOD DJECE U RIZIKU SA ASPEKTA NJIHOVIH RODITELJA

BEHAVIOURAL CHARACTERISTICS OF CHILDREN IN RISK FROM THE ASPECT OF THEIR PARENTS

Adela JAHIĆ, Meliha BIJEDIĆ, Lejla KURALIĆ-ČIŠIĆ, Edin MUFTIĆ

Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet, Univerzitet u Tuzli
Univerzitetska 1, 75000 Tuzla, Bosna i Hercegovina

Originalan naučni rad
Original scientific article

APSTRAKT

U savremenim dimenzionalnim sistemima prihvaćena je Achenbachova a klasifikacija na eksternalizirane i internalizirane bihevioralne probleme koja je korištena za procjenu u ovome radu. Cilj rada je prikazati koja su to obilježja ponašanja koja ispoljavaju djeca u riziku sa aspekta njihovih roditelja. Uzorak ispitanika je činilo 40 roditelja iz 3 osnovne škole na području grada Tuzla čija su djeca uključena u program ranih socijalno-pedagoških intervencija u školi. U radu se pošlo od pretpostavke da će se utvrditi precizna distinkcija u manifestovanju poremećaja u ponašanju s obzirom na spol, te da porodično okruženje ima značajan uticaj na ispoljavanje poremećaja u ponašanju. Istraživanje je provedeno tokom 2017. godine. Mjerni instrument korišten u radu je Achenbachova Lista provjere dječjeg ponašanja prilagođena za roditelje. Rezultati istraživanja ukazuju na postojanje značajne razlike u intenzitetu poremećaja u ponašanju između učenika koji žive sa oba roditelja i onih koji žive sa jednim roditeljom. Rezultati upućuju i na značajnu povezanost između agresivnosti i delinkvencije, te problema pažnje i delinkventnog ponašanja.

Cljučne riječi: rana intervencija, eksternalizirani i internalizirani problemi, porodično okruženje.

ABSTRACT

In contemporary dimensional systems, widely accepted Achenbach classification of externalized and internalized behavioral problems was used to evaluate this work. The aim of the paper is to show what are the characteristics of the behavior of children at risk from the aspect of their parents. A sample of respondents was comprised of 40 parents from 3 elementary schools in the area of Tuzla, whose children were included in the program of early social pedagogical interventions at school. The paper follows the assumption that a precise distinction will be made in the manifestation of gender disorder behavior and that the family environment has a significant influence on the behavior. The research was conducted during 2017. The measuring instrument used in the work is Achenbach's Checklist for Child Behavior. Research findings suggest that there is a significant difference in the intensity of behavioral disorders among students living with both parents and those living with one parent. The results also show a significant correlation between aggressiveness and delinquency, and attention and delinquency behavior.

Key words: early intervention, externalised and internalized problems, family environment.

UVOD

Razvojni ishodi adolescencije mogu uveliko uticati na daljnje sazrijevanje i funkcioniranje mlade osobe. Adolescencija je razdoblje sa povećanim rizikom za emocionalne i probleme u ponašanju. Rezultati longitudinalnog istraživanja pokazuju dugotrajne posljedice dječjeg i adolescentnog problematičnog ponašanja (pogotovo eksternaliziranih problema) koja kasnije u odrasloj dobi obuhvataju širok spektar društvenog

maladaptivnog ponašanja, uključujući ovisnosti, poremećene porodične odnose, kriminalne aktivnosti i mnoge druge^{1,2}. Adolescencija je, dakle, vrijeme velikog rizika kada dio mladih ulazi u problematična ponašanja koja im ograničavaju izbor i sužavaju mogućnosti u kasnijem životu. Rizično ponašanje katkad se smatra normalnim i prolaznim dijelom odrastanja jer na taj način mladi ispituju granice dopuštenog. Ipak, postoji

opravdana zabrinutost da adolescenti ulaskom u rizična ponašanja narušavaju svoj daljnji psihosocijalni razvoj, stoga je nužno što ranije početi s različitim preventivnim djelovanjima kako bi se mladi ljudi orijentirali u pravcu pozitivnih društvenih vrijednosti. Termin „u riziku“ se upotrebljava za označavanje niza pretpostavljajućih uzroka u dinamici koji dijete ili adolescenta stavljaju u opasnost od budućih negativnih događaja, zapravo radi se o specifičnim ponašanjima, stavovima ili nedostacima tj. inicijalnim markerima kasnijih problema. Moguće je razlikovati serije rizičnih koraka, kao dijagnostičke kategorije³. Rizični faktori se dovode u vezu sa nepovoljnim društvenim uslovima i okolnostima koje, svojim prisustvom utiču u procesu socijalizacije. Svojim djelovanjem ometaju pravilan socijalni razvoj i onemogućavaju formiranje prosocijalnih oblika ponašanja djece i mladih, tj. povećavaju vjerovatnoću formiranja i ispoljavanja rizičnih oblika ponašanja. Istraživanja potvrđuju da su rizični faktori češće prisutni među mladim ljudima koji ispoljavaju rizične oblike ponašanja. Međutim, prisustvo rizičnih faktora u životu mladih ljudi ne znači nužno da će se rizični oblici ponašanja ispoljiti, već samo ukazuje na veći stepen rizika i vjerovatnoće njihovog formiranja i razvijanja⁴. Prema kriteriju osnovnih životnih područja u kojima djelovanje rizičnih faktora dolazi do izražaja, može se izdvojiti specifične kategorije rizičnih faktora: individualne karakteristike djece kao rizični faktori, rizični faktori koji djeluju u porodici kao društvenoj grupi, rizični faktori koji djeluju u školi i vršnjačkim grupama i rizični faktori koji djeluju u užem socijalnom okruženju (lokalna zajednica). Iskustva mlade osobe koja povećavaju šanse za rizično ponašanje nazivaju se faktorima rizika i oni se mogu naći u individualnim karakteristikama, porodičnom životu, školi, zajednici, i u vršnjačkim odnosima⁵. U savremenim dimenzionalnim sistemima prihvaćena je Achenbachova klasifikacija na eksternalizirane i internalizirane bihevioralne probleme koja je korištena za procjenu u ovome radu.

Rad sa jedan je od važnijih aspekata koji je podcrtan kao ključni preduslov prevencije poremećaja u ponašanju učenika. Roditelji, koji svojim odgojnim metodama ili njihovim nepostojanjem, u velikoj mjeri utiču na formiranje ličnosti i obrazaca ponašanja svog djeteta, u svoju roditeljsku ulogu najčešće su nepripremljeni, posjedujući uglavnom znanja o odgoju koja su im prenijeli njihovi vlastiti roditelji. To roditeljsko

nesnalaženje u njihovoj ulozi ogleda se na razne načine: od onih najekstremnijih i najočiglednijih, u obliku zlostavljanja i zanemarivanja djece, pa do onih suptilnijih, gdje je na prvi pogled u porodici sve u redu, ali kada se malo “zagrebe ispod površine”, na vidjelo izlazi duboko nerazumijevanje roditelja za dijete, nedostatak otvorene i iskrene komunikacije, sputavanje i manipuliranje djetetom, preslikavanje predrasuda i negativnih navika na dijete, itd.

Cilj istraživanja je prikazati koja su to obilježja ponašanja koja ispoljavaju djeca u riziku sa aspekta njihovih roditelja. Problem istraživanja je utvrditi da li socio-demografske karakteristike, odnosno porodično okruženje utiče na ispoljavanje internaliziranih i eksternaliziranih poremećaja ponašanja kod djece u riziku. U istraživanju se pošlo od pretpostavke da će se utvrditi precizna distinkcija u manifestovanju poremećaja u ponašanju s obzirom na spol, te da porodično okruženje ima značajan uticaj na ispoljavanje poremećaja u ponašanju.

METODE

Uzorak je činilo 40 roditelja djece, učenika od V do IX razreda iz tri osnovne škole (Osnovna škola Mejdan, Osnovna škola Miladije, Osnovna škola Kreka) na području grada Tuzle, čija su djeca uključena u program ranih socijalno-pedagoških intervencija u školi. Pomenuti roditelji uključeni u istraživanje živjeli su u različitom porodičnom okruženju, u kome su sa njima živjeli i učenici osnovnih škola.

Mjerni instrument korišten u radu je Achenbachova Lista provjere dječjeg ponašanja prilagođena za roditelje⁶. Achenbach je sa svojim saradnicima identifikovao ukupno osam sindroma koji pretpostavljaju skup simptoma emocionalnih, socijalnih i bihevioralnih problema. Achenbach i Rescorla⁶ ističu da su prilikom sortiranja sindroma na jednu stranu izdvojili anksioznost-depresivnost, povučenost-depresivnost i somatske pritužbe, dok su na drugu stranu postavili ponašanje kojim se krše pravila i agresivno ponašanje. Socijalne probleme, probleme mišljenja i probleme pažnje smjestili su u sredinu, odnosno oni su na prelazu između internaliziranih i eksternaliziranih ponašanja i ne pripadaju čisto ni jednoj ni drugoj grupi, odnosno faktorska analiza pokazuje da pripadaju podjednako i internaliziranim i eksternaliziranim.

Istraživanje je provedeno tokom 2017. godine na način da su ispitanici sami popunjavali upitnik. Istraživanje je bilo na dobrovoljnoj osnovi uz uzimanje ličnih podataka ispitanika. Podaci su prikupljeni individualno, u kućnom ambijentu ispitanika uz uvažavanje etičkih principa prilikom prikupljanja podataka.

REZULTATI

Rezultati o stavovima roditelja o ponašanju njihove djece, odnosno učenika osnovne škole prikazani su u nastavku rada. U tabeli 1. su prikazane apsolutne i relativne frekvencije učenika prema spolu i porodičnom okruženju.

Tabela 1. Broj i struktura učenika prema spolu i porodičnom okruženju

Table 1. Number and structure of students according to gender and family environment

PORODIČNO OKRUŽENJE	POL UČENIKA					
	Muški		Ženski		Ukupno	
	F	%	f	%	f	%
Živi sa jednim roditeljem	8	20,00	10	25,00	18	45,00
Živi sa oba roditelja	12	30,00	10	25,00	22	55,00
UKUPNO	20	50,00	20	50,00	40	100,00

U Tabeli 2. prikazani su parametri deskriptivne statistike, za poremećaje u ponašanju učenika koji žive u porodici sa oba roditelja.

Tabela 2. Parametri deskriptivne statistike za poremećaje u ponašanju učenika koji žive sa oba roditelja

Table 2. Parameters of descriptive statistics for behavioural disorders of students who live with both parents

STATISTIČKI PARAMETRI	ANALIZIRANA OBILJEŽJA (VARIJABLE)							
	Agresivnost	Delikvencija	Povlacenje	Anksioznost	Somatski problemi	Socijalni problemi	Problemi paznje	Problemi misljenja
Aritmetička sredina	5,09	1,91	2,55	2,91	2,18	4,00	4,27	3,09
Medijan	5,00	2,00	2,00	3,00	1,00	5,00	4,00	3,00
Standardna devijacija	3,24	1,76	2,38	1,45	2,40	2,05	3,07	2,91
Xmin	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00
Xmax	11,00	5,00	9,00	5,00	6,00	7,00	10,00	9,00
Raspon varijacije	11,00	5,00	9,00	5,00	6,00	6,00	10,00	9,00

Prema rezultatima, prezentiranim u Tabeli 2. za učenike osnovnih škola koji žive sa oba roditelja, prosječna vrijednost ukupnog skora u području rizika agresivnost je 5,09 sa standardnom devijacijom 3,24 boda. Prvih 50% ispitanika ima vrijednost pomenutog obilježja 5,00 bodova ili manju, dok drugih 50% ispitanika ima vrijednost obilježja 5 bodova ili veću. Najmanja vrijednost obilježja kod učenika koji žive sa oba roditelja je 0 bodova, a najveća je 11 bodova. Prema tim vrijednostima ukupan skor u području rizika agresivnost se kreće u rasponu od 11 bodova.

Tabela 3. Parametri deskriptivne statistike za poremećaje u ponašanju učenika koji žive sa jednim roditeljem
Table 3. Parameters of descriptive statistics for behavioural disorders of students who live with one parent

STATISTIČKI PARAMETRI	ANALIZIRANA OBILJEŽJA (VARIJABLE)							
	Agresivnost	Delikvencija	Povlacenje	Anksioznost	Somatski problemi	Socijalni problemi	Problemi paznje	Problemi misljenja
Aritmetička sredina	14,89	12,00	8,22	21,78	9,11	9,67	10,67	8,22
Medijan	16,00	15,00	9,00	28,00	10,00	12,00	11,00	10,00
Standardna devijacija	5,09	7,21	4,12	14,01	4,48	5,29	5,77	4,35
Xmin	4,00	2,00	2,00	2,00	2,00	0,00	3,00	0,00
Xmax	21,00	20,00	14,00	36,00	15,00	15,00	20,00	13,00
Raspon varijacije	17,00	18,00	12,00	34,00	13,00	15,00	17,00	13,00

Prema rezultatima, prezentiranim u Tabeli 3. za učenike osnovnih škola koji žive sa jednim roditeljem, prosječna vrijednost ukupnog skora u području rizika agresivnost je 14,89 sa standardnom devijacijom 5,09 bodova. Prvih 50% ispitanika ima vrijednost pomenutog obilježja 16 bodova ili manju, dok drugih 50% ispitanika ima

vrijednost obilježja 16 bodova ili veću. Najmanja vrijednost obilježja kod učenika koji žive sa oba roditelja je 4 boda, a najveća je 21 bod. Prema tim vrijednostima ukupan skor u području rizika agresivnost za učenike koji žive sa jednim od roditelja se kreće u rasponu od 17 bodova.

Tabela 4. Internalizirani i eksternalizirani poremećaji u ponašanju
Table 4. Internalised and externalised behavioural disorders

PODRUČJA RIZIKA	Žive sa oba roditelja	Žive sa jednim roditeljem	P-vrijednost
	$\mu \pm \sigma$	$\mu \pm \sigma$	
Agresivnost	5,09 ± 3,24	14,89 ± 5,09	0,000
Delikvencija	1,91 ± 1,76	12,00 ± 7,21	0,000
Povlacenje	2,55 ± 2,38	8,22 ± 4,12	0,000
Anksioznost	2,91 ± 1,45	21,78 ± 14,01	0,000
Somatski problemi	2,18 ± 2,40	9,11 ± 4,48	0,000
Socijalni problemi	4,00 ± 2,05	9,67 ± 5,29	0,000
Problemi paznje	4,27 ± 3,07	10,67 ± 5,77	0,000
Problemi misljenja	3,09 ± 2,91	8,22 ± 4,35	0,000

Prema dobijenim rezultatima u Tabeli 4. može se utvrditi postojanje značajne razlike u intenzitetu poremećaja u ponašanju između učenika koji žive sa oba roditelja i učenika koji žive samo sa jednim od roditelja, obzirom da je $P < 0,05$. Kako smo već istakli da veće vrijednosti upućuju na veće prisustvo poremećaja u ponašanju.

DISKUSIJA

U djetetovom životu najveću i najvažniju ulogu imaju roditelji, odnosno uža i šira porodica. Prema

provedenom istraživanju, porodično okruženje je bitan prediktor nastanka rizičnih ponašanja. Rezultati ukazuju da kod učenika osnovnih škola koji žive samo sa jednim roditeljem, zabilježena je veća prosječna vrijednost u području rizika za agresivnost te ostale eksternalizirane probleme. Zabilježene su veće prosječne vrijednosti kod učenika koji žive samo sa jednim roditeljem svih osam analiziranih područja. Kolika je važnost roditelja za razvoj djeteta najbolje pokazuju naučne studije o jednoroditeljskim porodicama. Djeca sa poremećajima u ponašanju

i emocionalnim poteškoćama češće dolaze iz porodica bez prisutnosti jednog roditelja, pri čemu je značaj tog odsustva bitno veći ako se odlazak dogodio prije polaska u školu. Postoji značajan broj istraživanja koji povezuju povećan nivo impulzivnog, agresivnog, devijantnog i neprilagođenog ponašanja koje se obično naziva „problemom eksternalizacije“ u porodicama sa jednim roditeljem. Još je alarmantnija činjenica što djeca koja pokazuju takve probleme tokom predškolskog razdoblja imaju povišen rizik kontinuirane neprilagođenosti tokom školske dobi i kasnije. Prema švedskom nacionalnom istraživanju djeca iz porodica sa jednim roditeljem imaju dvostruko povećan rizik psihijatrijskih oboljenja, ovisnosti o alkoholu, samoubistava i pokušaja samoubistava te tri puta veći rizik ovisnosti o psihoaktivnim supstancama u odnosu na vršnjake iz porodica sa oba roditelja. Djeca nemaju mogućnost izbora okolnosti u kojima će odrastati, a kvalitetno porodično okruženje u djetinjstvu još uvijek predstavlja važan prediktor životne uspješnosti svake odrasle osobe. Odrastanje sa jednim roditeljem postaje sve češća pojava u suvremenom društvu, a broj tih porodica i kod nas je u stalnom porastu. Dodatni rizici kojima su izložena djeca iz takvih porodica bez svoje krivnje stavljaju pred društvo obvezu stvaranja preduvjeta za kontinuirano promicanje njihovog mentalnog zdravlja i prevenciju brojnih poremećaja u odrasloj dobi, posebno zato što emocionalni i ponašajni problemi u ponašanju postaju sve otporniji na terapijske intervencije kako djeca odrastaju i učvršćuju se usvojeni modeli ponašanja⁷. Rezultati istraživanja⁸ pokazuju kako su među učenicima u dvoroditeljskim obiteljima rjeđe izraženi eksternalizirani oblici problema u ponašanju i poteškoće u učenju, a školski uspjeh je bolji. Obrazovanje je važan zaštitni faktor koji, uz privrženost dominantnoj kulturi nekog društva⁹, stabilne porodične prilike i ostale povoljne psihosocijalne okolnosti³, znatno umanjuje vjerovatnost razvoja problema u ponašanju. Drugim riječima, učenici sa problemima u ponašanju imaju potrebu za pojačanom odgojno-obrazovnom intervencijom koja će obuhvatiti sve važne aspekte njihovog života, posebno porodične odnose, probleme vezane uz školovanje (uspjeh i poštivanje pravila) i odnose sa vršnjacima. U tom smislu, rana odgojno-obrazovna intervencija usmjerena je na ublažavanje uticaja nepovoljnih uvjeta koji umanjuju mogućnost primjerenog razvoja, školskog uspjeha i socijalne integracije rizične skupine učenika¹⁰. Istraživanja provedena

na uzorku učenika viših razreda osnovne škole pokazuju da među problemima u ponašanju učenika prevladavaju oni vezani uz funkcioniranje u školskom okruženju, tj. niska školska postignuća, neprivrženost školi, disciplinski problemi (nepoštivanje pravila i autoriteta), teškoće sa zadržavanjem pažnje i hiperaktivnost, a u manjoj su mjeri problemi vezani uz neopravdano izostajanje iz škole¹¹. Dok je prosjek djece koji pokazuju probleme u ponašanju između 10 i 20%, u Holandiji 13,6% djece u dobi između 4 i 11 godina pokazuju probleme eksternalizacije. Problemi eksternalizacije u ponašanju se očituju putem agresije (svađanje, uništavanje), suprotstavljanja (neposlušnost, bježanje) i delinkvencije (laganje, krađa, korištenje ilegalnih supstanci). Dok većina djece prestane pokazivati znakove agresije kada nauči govoriti, velik broj djece i dalje nastavlja pokazivati visok nivo agresivnosti, što predstavlja rizik za razvijanje hroničnih uzoraka fizičke agresije i delinkvencije. To može rezultirati razvojem ozbiljnih poremećaja u ponašanju¹².

ZAKLJUČAK

Razultati istraživanja ukazuju na postojanje značajne razlike u intenzitetu poremećaja u ponašanju između učenika koji žive sa oba roditelja i onih koji žive sa jednim roditeljem. Značaj istraživanja ogleda se u osnovnoj zadaći svih sudionika odgoja i obrazovanja djece i mladih, a to je pravovremeno prepoznavanje učenika, koji ne uspijevaju pomoću uobičajenih odgojno-obrazovnih metoda, sredstava i tehnika rada udovoljiti zahtjevima školskog okruženja ili uopće oduprijeti se svim rizičnim faktorima, zapravo prepoznavanje učenika neprihvatljivog ponašanja i učenika sa prikrivenim emocionalnim teškoćama. Rezultati istraživanja upućuju na postojanje internaliziranih poremećaja u ponašanju kod djevojčica, a eksternaliziranih poremećaja u ponašanju kod dječaka, što potvrđuje razvojnu komponentu da su dječaci tokom pubertetskog perioda agresivniji i skloniji burnim reakcijama, dok djevojčice više poteškoća imaju na emocionalnom nivou. Škole su prepoznale potrebu za podrškom u primjerenom odgovoru na potrebe grupe učenika sa problemima u ponašanju, kako bi se dodatno osnažile za ulaganje daljnjih napora usmjerenih usavršavanju odgojno-obrazovnih programa i aktivnosti koje su i inače provodile sa namjerom prevencije problema. Međutim, dosadašnja praksa je pokazala da postoje brojni nesporazumi čije se posljedice protežu na

kontinuumu od propuštanja pravovremene zaštite učenika, preko djelimičnih ili nestručnih intervencija, do situacija u kojima se optužuju odgovorni a sve na štetu najranjivije populacije. U tom se smislu nameće pitanje kako sistemski odgovoriti na izazove koji se nameću u procesu prepoznavanja učenika i pružanju podrške za prevazilaženje socijalnih i emocionalnih problema a koji imaju štetan utjecaj na samog učenika i okruženje.

LITERATURA

1. Bongers I. L., Koot H. M., Van der Ende J., Verhulst F. Developmental trajectories of externalizing behaviors in childhood and adolescence. *Child Development*, 2004; 75 (5), 1523-1537.
2. Henderson C. E., Dakof G. A., Schwartz S. J., Liddle H. A. Family Functioning, Self-Concept, and Severity of Adolescent Externalizing Problems. *Journal of Child and Family Studies*, 2006; 15, 721-731.
3. Bašić J. Teorije prevencije: prevencija poremećaja u ponašanju i rizičnih ponašanja djece i mladih. Školska knjiga: Zagreb, 2009.
4. Žunić-Pavlović V., Popović-Čitić B., Pavlović M. Programi prevencije poremećaja ponašanja u školi, Univerzitet u Beogradu. Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju, Beograd, 2010.
5. Pavićević O. Mladi kao rizična skupina. *Kriminologija i socijalna integracija*, 2014; 22 (2).
6. Achenbach T. M., Rescorla L. A. The manual for the ASEBA school-age forms profiles. Burlington, VT, University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families, 2001.
7. Mrnjavac A. Utjecaj jednoroditeljske obitelji na emocionalne i ponašajne probleme djece predškolske dobi. *Školski vjesnik*, 2014; 63(3),433-452.
8. Pavin Ivanec T. Potrebe učenika za ranom odgojno-obrazovnom intervencijom: fenomenologija i rasprostranjenost problema u ponašanju. U: Bouillet, D. (ur.): *Razvoj modela rane odgojno-obrazovne intervencije u osnovnoj školi: od ideje do evaluacije*, Zagreb, Forum za slobodu odgoja, 2015; 33-47.
9. Smith A., Peled M., Leadbeater B., Clark N. Transitions to Adulthood for Vulnerable Youth in British Columbia. *Relational Child and Youth Care Practice*, 2010; 23(2): 16-22.
10. Barnett W.S. Effectiveness of Early Educational Intervention. *Science*, 2011; 333(19): 975-978.
11. Ogrizović Lj., Bouillet D. Fenomenološka obilježja rizičnih ponašanja učenika kao temelj inkluzije, U: Bouillet D., Matijević M. (ur.): *3rd International Conference on Advanced and Systematic Research: 3rd Scientific research symposium Curriculum of Early and Compulsory Education*, Zagreb: Učiteljski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 2009; 527-540.
12. Thijssen, J. *Children with externalizing behavior problems*. Maastricht: Ridderprint BV, 2016.

PREDIKTIVNA VRIJEDNOST KLINIČKOG ZNAKA PREKOMJERNE ABDUKCIJE KUKA ZA RAZVOJNI POREMEĆAJ KUKA (RPK)

PREDICTIVE VALUE OF CLINICAL SIGN OF HIP HYPER ABDUCTION FOR DEVELOPMENTAL HIP DISORDER (RPK)

Svemir ČUSTOVIĆ^{1,2}, Kenan ČUSTOVIĆ³

¹Klinika za Ortopediju i traumatologiju, Univerziteti klinički centar Tuzla

Trnovac bb, 75000 Tuzla, Bosnia and Herzegovina

²Katedra za Ortopediju, Medicinski fakultet, Univerzitet u Tuzli,

³Medicinski fakultet, Univerzitet u Tuzli

Univerzitetaska 1, 75 000 Tuzla

Originalan naučni rad
Original scientific articles

APSTRAKT

Uvod: Cilj rada je procijeniti odnos između kliničkog znaka prekomjerne abdukcije kuka i razvojnog poremećaja kuka (RPK). **Materijal i metode:** Istraživanje je provedeno na 450 novorođenčadi u Odjeljenju za novorođenčad Klinike za Ginekologiju i akušerstvo i Klinici za ortopediju i traumatologiju Univerzitetskog kliničkog centra u Tuzli, u vremenskom periodu od 30.08.2011g. do 30.04.2012g. U prvom danu urađen je klinički i ultrazvučni pregled kukova, svim novorođenčadima rođeni na dan pregleda. Dijagnoza razvojnog poremećaja kuka postavljena je pomoću kliničkog i ultrazvučnog pregleda kukova Grafovom metodom. Kliničkim pregledom evidentiran je i obim pokreta kukova kod novorođenčeta. **Rezultati i diskusija:** Klinički znak prekomjerne abdukcije kuka kod novorođenčeta ima značajnu prediktivnu vrijednost za razvojni poremećaj kuka. Novorođenčadi sa kliničkim znakom prekomjerne abdukcije kuka je bilo 37 (8,2%), od čega je 13 novorođenčadi imalo razvojni poremećaj kuka dok 24 novorođenčeta nije imalo ovaj poremećaj. U cjelokupnom uzorku je bilo 89 novorođenčadi sa jednim od oblika RPK-a, a njih 13 (12,7%) imalo je ovaj klinički znak, dok je od 324 novorođenčeta bez RPK-a bilo 24 (6,9%) sa ovim kliničkim znakom. Prekomjerna abdukcija kukova je imala pozitivnu prediktivnu vrijednost (PPV) od 35,1% a negativna prediktivna vrijednost (NPV) od 78,5% za RPK. **Zaključak:** Prekomjerna abdukcija kuka kod novorođenčeta je važan i koristan klinički znak za RPK. Doktori koji vrše prvi pregled djeteta poslije rođenja trebali bi da obrate pažnju na ovaj klinički znak. Novorođenčadima sa ovim kliničkim znakom bi trebao biti urađen ultrazvučni pregled kukova u prvim danima života.

Ključne riječi: razvojni poremećaj kuka, prekomjerna abdukcija kuka, prediktivna vrijednost, novorođenče.

ABSTRACT

Introduction: The aim of the paper is to evaluate the relationship between clinical sign of the hip hyper abduction and the developmental hip disorder (RPK). **Materials and Methods:** The study was conducted on 450 newborns at the Neonatal Department of Clinic for Gynecology and Obstetrics and Clinic for Orthopedics and Traumatology of the University Clinical Center in Tuzla, in the period from 30 .08. 2011. do 30.04.2012. On the first day, clinical and ultrasound examination of the hips was performed on all newborns born on the day of examination. Diagnosis of the developmental hip dysplasia was established by clinical and ultrasound examination of hips by Graf method. Clinical examination also showed the extent of the hip movement in the newborn. **Results and discussion:** The clinical sign of hip hyper abduction in the infant has a significant predictive value for the developmental hip disorder. There were 37 (8.2%) newborns with clinical signs of excessive abduction of the hip, of which 13 newborns had developmental hip disorder while 24 newborns did not have this disorder. The total sample was 89 newborns with one form of RPK, 13 (12.7%) had this clinical sign, while 324 newborns without RPK were 24 (6.9%) with this clinical sign. The excessive abduction of the hips had a positive predictive value (PPV) of 35.1% and a negative predictive value (NPV) of 78.5% for RPK. **Conclusion:** Hip hyper abduction in Newborns is an important and useful clinical sign for RPK. Doctors who make the first review of the baby after birth should be alert to this clinical sign. Newborns with this clinical sign should have an ultrasound examination of the hips in the first days of life.

Keywords: developmental hip disorder, hip hyper abduction, predictive value, newborn.

UVOD

Razvojni poremećaj kuka (RPK) predstavlja stanje poremećenog i usporenog razvoja zgloba kuka u najranijem djetinjstvu^{1,2}. Termin „razvojni poremećaj kuka“ opisuje čitav niz poremećaja razvoja zgloba kuka, koji može varirati od displazije, subluksacije do luksacije kuka. Ovaj termin je zamjenio prethodno prihvaćen termin „kongenitalna displazija kuka“, koja ne opisuje razvojni aspekt ovog poremećaja³⁻⁵. Ovaj poremećaj zgloba kuka treba gledati kao progresivnu bolest u koje se razvijaju sekundarne strukturalne promjene u tkivima zgloba i oko njega, ako se na vrijeme ne uspostavi normalan odnos zglobnih tijela⁶. Rana dijagnoza i liječenje RPK-a je od kritične važnosti, da bi se omogućio najbolji funkcionalni ishod⁷. Razvojni poremećaj kuka najčešća je deformacija koštano zglobnog sistema. Incidenca ovog poremećaja je prema podacima raznih autora u pojedinim zemljama različita, varira od 2 do 50 pa i više na 1000 poroda^{3,7-10}. Ovaj poremećaj kuka se pojavljuje šest puta češće kod djevojčica. Obostrano se mana može dijagnosticirati u oko 40% svih dijagnosticiranih slučajeva i mana se češće javlja na lijevom nego na desnom kuku. Uzrok nastanka razvojnog poremećaja kuka još nije razjašnjen. Razvojni poremećaj kuka predstavlja dinamičan proces koji rezultira djelovanjem čitavog niza egzogenih i endogenih faktora, fizičkih i mehaničkih, kako na majku tako i na dijete u toku trudnoće i nakon poroda¹¹. Možemo govoriti o multifaktorijalnoj etiologiji nastanka razvojnog poremećaja kuka¹². Razvojni poremećaj kuka je najčešći poremećaj lokomotornog sistema kod djece te čini značajni problem dječije ortopedije. Generalno je prihvaćeno da kasna dijagnoza (dijagnoza posle 3mj.) vodi ka većoj šansi od dugotrajnijih posljedica i operativnom liječenju¹³. Neujednačeni su kriterijumi u definiranju kasnih slučajeva razvojnog poremećaja kuka. Samo najranije dijagnostikovanje poremećaja kuka daje najbolje rezultate pri primjeni preventivnih i terapijskih procedura, da se ne bi kasnije razvilo iščašenje kuka sa posledicama teške invalidnosti^{7,14}. Cilj rada je bio procijeniti odnos između kliničkog znaka prekomjerne abdukcije kuka i RPK. Bosna i Hercegovina nema prihvaćen skrining program za RPK-a. Ovaj rad će biti od pomoći doktorima koji čine prvi pregled novorođenčeta, da bi napravili probir djece sa ovim kliničkim znakom i uputili dijete na daljnje dijagnostikovanje za RPK.

METODE RADA

Ispitanici

Istraživanje je provedeno na 450 novorođenčadi u Odjeljenju za novorođenčad Klinike za Ginekologiju i akušerstvi i Klinici za ortopediju i traumatologiju Univerzitetskog kliničkog centra u Tuzli, u vremenskom periodu od 30.08.2011g. do 30.04.2012g. U ovom periodu je rođeno 2678 djece. U studiju su uključena novorođenčad rođena u dobi od 37 do 42 gestacijske nedelje. Urađen je klinički i ultrazvučni pregled kukova, svim novorođenčadima rođeni na dan pregleda. Preglede novorođenčadima je uradio ortopedski hirurrg na unaprijed određena tri dana u sedmici. Istraživački protoko je prihvaćen od strane etičkog komiteta Univerzitetskog kliničkog centra Tuzla, Bosna i Hercegovina.

Metode

Dijagnoza razvojnog poremećaja kuka u porodilištu postavljena je pomoću kliničkog i ultrazvučnog pregleda kukova. Ovo istraživanje je imalo za cilj procijeniti odnos između kliničkog znaka prekomjerne abdukcije kuka i RPK. Kliničkim pregledom evidentirani je obim pokreta kukova te eventualna prekomjerna abdukcije kuka. Klinički pregled je započinjao iz tzv. početnog položaja djeteta za pregled. Dijete leži na leđima, licem okrenuto prema lekaru, kukovi su flektirani za 90 stepeni, tako da se obje nadkoljenice drže vertikalno, međusobno paralelno. Ovaj dijagnostički postupak nam omogućava utvrđivanje stabilnosti zgloba kuka, a obuhvata procjenu opsega abdukcije kuka. Abdukciju kuka određuje se tako, što iz početnog položaja istovremeno širi obje nadkoljenice, ne mijenjajući pri tome početnu fleksiju u kukovima. Abdukcija je prekomjerna ako je 90° i više, kod novorođenčeta. Ultrazvučni pregledi urađeni su aparatom TOSHIBA model SSA-240A (Kobe, Japan) sa linearnom sondom 5MHz. Korištena je ultrazvučna metoda po Grafu¹⁵. Kukovi su svrstani u jedan od tipova po Garfovoj podjeli, normalan kuk je označen kao tip I (Ia, Ib)), displastičan kuk kao tip II (IIa+, IIa-, IIb, IIc/g/d), subluksiran kuk kao tip III (IIIa, IIIb) i luksiran kuk kao tip IV¹⁵.

Statišička obrada podataka

Sve varijable su testirane za normalnu distribuciju Kolmogorov-Smirnovim testom i preznatovane osnovnim karakteristikama. Student t-test je korišten za usporedbu aritmetičkih vrijednosti sa aplikacijom t-testa za uparene uzorke po potrebi. A χ^2 test se koristio za poređenje učestalosti između

grupa sa McNemar-ovim testom koji se koristio za uparene uzorke. Dijagnostička tačnost je izračunata koristeći uobičajene metode senzitivnosti, specifičnosti i pozitivne i negativne prediktivne vrijednosti, koristeći 2x2 tabelu i Bayesian analizu. Koristila se univarijantna logistička regresija za procjenu prediktivne vrijednosti svake odabrane varijable, preko kalkulacije kvote odnosa. Svi testovi su odrađenisa nivoom statističke preciznosti od 95% ($p < 0.05$).

REZULTATI

U cjelokupnom uzorku je bilo 450 ispitanika, 205 (45,6%) ispitanika muškog i 245 (54,4%) ženskog spola. Ultrazvukom pregledano je 450 ispitanika

(900 kukova), na rođenju. Kod 780 kukova (86,6%) nalaz je bio uredan, dok je kod 120 (13,4%) ustanovljen jedan od oblika RPK. Učestalost RPK je bila je 13,4%. Sonografski nalaz, tipa Ia je bio kod 507 kukova (56,3%), prelazni oblik Ib je bio kod 273 kuka (30,3%), nezrelih IIa+ je bilo kod 92 kuka (10,2%). Nestabilnih kritičnih IIg sonografskih nalaza je bilo kod 22 kuka (2,4%). Decentrirajućih kukova tip IID je bilo četiri (0,4%). Decentriranog kuka, tip IIIa je bilo dva (0,2%). Nijedan kuk nije bio sonotip IV (0%) (luksacija). Nije bilo statistički signifikantne razlike u pojavi razvojnog poremećaja kuka na lijevoj ili desnoj strani ($p=0.48$) (Tabela 1).

Tabela 1. Distribucija sonotipova novorođenačkog kuka u cjelokupnom uzorku

Table 1. Distribution of sonotypes of newborn hip in overall sample

Klasifikacija po Grafu	Lijevi kuk		Desni kuk		
	N	%	N	%	N/%
Ia	253	56.2	254	56.4	507/56,3
Ib	146	32.4	127	28,2	273/30,3
IIa+	39	8.7	53	11.8	92/10,2
IID	2	0.4	2	0.4	4/0,4
IIg(c)	9	2,0	13	2.9	22/2,4
IIIa	1	0.2	1	0.2	2/0,2
IV	0	0	0	0	0/0

Prekomjernu abdukciju kukova na cjelokupnom uzorku ($n=450$) je imalo 37 (8,2%) ispitanika, njih 13 je imalo RPK a 24 ispitanika nije imalo ovaj poremećaj. U cijelokupnom uzorku je bilo 89 ispitanika koje je imalo jedan od oblika RPK, od kojih je 13 (12,7%) imalo ovaj klinički znak. U cjelokupnom uzorku bilo 324 ispitanika bez RPK,

njih 24 (6,9%) je bilo sa ovim kliničkim znakom. Pozitivna prediktivna vrijednost za ovaj klinički znak je 35,1%, a negativna prediktivna vrijednost je 78,5%. Od 10 ispitanika sa ovim kliničkim znakom, troje će imati jedan od oblika RPK, a od 10 ispitanika bez ovog kliničkog znaka, osam neće imati ovaj poremećaj kuka (Tabela 2).

Tabela 2. Prekomjerna abdukcija kukova u predikciji razvojnog poremećaja kuka

Table 2. Hip hyper abduction for prediction of developmental hip disorder

		Razvojni poremećaj kuka			
		Bez poremećaja	Sa poremećajem	Total	
Prekomjerna abdukcija	Ne	N	324	89	413
		%	93.1%	87.3%	91.8%
	Da	N	24	13	37
		%	6.9%	12.7%	8.2%
Total	N	348	102	450	
	%	100.0%	100.0%	100.0%	

Senzitivnost=12,7%; Specifičnost=93,1%; Pozitivna prediktivna vrijednost=35,1%; Negativna prediktivna vrijednost=78,5%

Tabelarni prikaz iz tabele 3 prikazuje dijagnostičku preciznost prekomjerne abdukcije kuka, tj. njen

patogonomični značaj za RPK.

Tabela 3. Tabelarni prikaz dijagnostičke tačnosti prekomjerne abdukcije kukova za RPK
Table 3. Diagnostic accuracy of hip hyper abduction for RPK

	Senzitivnost	Specifičnost	PPV	NPV	Tačnost
Prekomjerna abdukcija	12,70	93,10	35,10	78,50	74,89

Kako bi se dodatno eksplorirala povezanost kliničkog znaka prekomjerne abdukcije kuka sa RPK, urađena je univarijantna analiza. Univarijantna analiza pokazuje da prekomjerna

abdukcija kuka kod novorođenčadi ima signifikantnu koleraciju sa prisustvom RPK-a (OR=2.475; CI95% 1.115-5.493) (p=0.026).

DISKUSIJA

Razvojni poremećaj kuka kao jedna od najčešćih malformacija lokomotornog sistema je i dalje značajani zdravstveni problem¹⁶. Nijedan poremećaj ne daje tako dobre rezultate liječenja, kao razvojni poremećaj kuka, ako se na vrijeme otkrije i započne sa liječenjem. Primarnu prevenciju za razvojni poremećaj kuka nije moguće sprovesti, zbog nepoznavanja primarnog uzroka nastajanja poremećaja¹. Danas je moguće je sprovesti sekundarnu prevenciju koja se temelji na što ranijoj dijagnozi kroz skrining⁷. Neki autori smatraju da je izlječenje moguće u 100% slučajeva, ako se liječenje započne već u porodilištu, tj. u prva tri dana života¹⁷. Ako se liječenje započne posle trećeg mjeseca izlječenje se može očekivati u dvije trećine slučajeva¹⁸. Od velike važnosti je prepoznati rizičnu novorođenčad za RPK. Ako se RPK-a prepozna rano liječenje je manje invazivno i dugotrajne posljedice su minimizirane¹⁰. Kasno otkrivanje ovog poremećaja prouzokuje komplikovanije liječenje i sedam puta veću cijenu liječenja, za razliku od ranog otkrivanja i uspješnog liječenja Pavlikovim kajšićima¹⁹. Ova studija je pokazala značajnu prediktivnu vrijednost prekomjerne abdukcije kuka, za RPK. Prekomjerna abdukcija kuka sa obzirom na njenu senzitivnost, specifičnost i prediktivnu vrijednost, ima dijagnostičku tačnost od 74,89%. Kod novorođenčadi postoji abduktorna kontraktura kuka ako je abdukcija kukova izvodljiva samo do 45° a kod dojenčadi do 60°, ako su vrijednosti abdukcije kukova 90° i više, tad govorimo o prekomjernoj abdukciji kukova. Prekomjerna abdukcija kukova kao klinički znak može ukazivati

novorođenečta ali i na moguće postojanje razvojnog poremećaja kuka¹¹. Kasne slučajeve displazije, subluksacije i luksacije (u drugom i trećem mjesecu po rođenju) nalazimo u okviru nedijagnostikovane primarne kontraktura kuka kao i u okviru malpozicionog sindroma (plagiocefalija, tortikolis, torakna "C" skolioza, kosa Vajsmanova karlica, deformiteti stopala), te je razlog više da dijete treba pregledati u šestoj nedelji života²⁰. Mnoga istraživanja su pokazala nepouzdanosti kliničkog pregleda kod dijagnostikovanja razvojnog poremećaja kuka^{21,22}. Primarnu prevenciju za RPK-a je nemoguće sprovesti iz razloga što se nezna primarni uzrok ovog poremećaja. Danas je moguće provesti sekundarnu prevenciju koja je zasnovana na raanoj dijagnozi kroz skrining²³.

ZAKLJUČAK

Prekomjerna abdukcija kuka je koristan i važan klinički znak za razvojni poremećaj kuka, Doktori koji izvodi prvi pregled djeteta posle rođenja bi trebali obratiti pažnju na ovaj klinički znak i svu djecu sa ovim kliničkim znakom uputiti na ultrazvučni pregled kukova.

LITERATURA

1. Noordin S, Umer M, Hafeez K, Nawaz H. Developmental dysplasia of the hip. *Orthop Rev (Pavia)* 2010; 2:e19.
2. Grgurić J. Uloga pedijatra u provedbi ortopedske zaštite djeteta. *Pediatr Croat* 2001; 45: 35-7.
3. Guille JT, Pizzutillo PD, MacEwen GD. Development dysplasia of the hip from birth to six months. *J Am Acad Orthop Surg* 2000; 8: 232-42.
4. Karmazin BK, Gunderman RB, Coley BD, Blatt ER, Bulas D, Fordham L, Podberesky DJ, Prince JS, Paides C, Rodriguez W. ACR Appropriateness Criteria on developmental dysplasia of the hip-child. *J Am Coll Radiol* 2009; 6: 551-57.
5. Schwend RM, Shaw BA, Segal LS. Evaluation and treatment of developmental hip dysplasia in the newborn and infant. *Pediatr Clin North Am* 2014; 61: 1095-107.

na opštu zglobnu labavost, na niske vrijednosti acetabularne anteverzije acetabuluma

6. Drmasin K, Vrdoljak J, Fridl VV, Saraga M. Ultrazvučni probir za razvojni poremećaj zgloba kuka u primarnoj pedijatrijskoj zdravstvenoj zaštiti Grafovom metodom. *Pediatr Croat* 2001; 45: 57-60.
7. Kotlarsky P, Haber R, Bialik V, Eidelman M. Developmental dysplasia of the hip: What has changed in the last 20 years? *World J Orthop* 2015; 6: 886-901.
8. Vrdoljak J. Razvojni poremećaj zgloba kuka i ultrazvučna dijagnostika. *Pediatr Croat* 2000; 44(Supl 1):141-6.
9. Dezateux C, Rosendahl K. Developmental dysplasia of the hip. *Lancet* 2007; 369:1541-52.
10. Amanda CR, Thomas MJ, Klane KW. Musculoskeletal screening: developmental dysplasia of the hip. *Pediatric Annals* 2013; 42: 238-44.
11. Gavrankapetnović I. Razvojni poremećaj kuka. In: Gavrankapetanović I, editor. *Osnovi dječije ortopedije*. Sarajevo: IP "Svjetlost"Zavod za udžbenike i nastavna sredstva; 2001; 15-32.
12. Srval A, Coscun B, Irem B, Cengiz T, Tugba C. Is clinical examination reliable in diagnosis of developmental dysplasia of the hip? *Gazitip Dergisi Med J* 2008; 19: 56-9.
13. Bache CE, Clegg J, Herron M. Risk factors for developmental dysplasia of the hip: ultrasonographic findings in the neonatal period. *J Pediatr Orthop B* 2002; 11: 212-18.
14. Roof AC, Jinguji TM, White KK. Musculoskeletal screening: developmental dysplasia of the hip. *Pediatr Ann* 2013; 42:229-35.
15. Graf R, Mohajer M, Plattner. Hip sonography update. Quality-management, catastrophes-tips and tricks. *Med Ultrason* 2013; 4: 299- 303.
16. Tian FD, Zhao DW, Wang W, Guo L, Tian SM, Fan A, Yang F, Li DY. Prevalence of developmental dysplasia of the hip in Chinese adults: a cross-sectional survey. *Chin Med J* 2017; 130:1261-68.
17. Tredwell S, Davis L. Prospective study of congenital dislocation of the hip. *J Pediatr Orthop* 1989; 9: 386-90.
18. Sochart DH, Paton RW. Role of ultrasound assessment and harness treatment in the management of developmental dysplasia of the hip. *Ann R Coll Surg Engl* 1996; 78: 505-08.
19. Woodacre T, Dhadwal A, Ball T, Edwards C, Cox PJ. The costs of late detection of developmental dysplasia of the hip. *J Child Orthop* Aug 2014; 8: 325-32.
20. Pajić M, Vukašinović Z, Seslija I, Zivković Z. Neonatal hip dysplasia-differential diagnosis. *Srp Arh Celok Lek* 2010; 138: 609-13.
21. Custović S, Pavić V, Šadić S, Bačić B. Pouzdanost kliničke dijagnostike razvojnog poremećaja kuka kod dojenčeta. *Acta Med Sal* 2006; 35: 19-25.
22. Simić S, Vukašinović Z, Samardžić J, Pejčić I, Lukavac-Tesini M. Does the Gestation of Newborn Babies Influence the Ultrasonic Assessment of Hip Condition? *Srp Arh Celok Lek* 2009; 137: 402-8.
23. Vrdoljak J, Bralić I, Vrdoljak O, Čimić M, Vukelić V. Mogućnosti probira razvojnog poremećaja kuka. *Paediatr Croat* 2016; 60: 221-25.

ZNAČAJ STIMULACIJE U IDENTIFIKACIJI I DISKRIMINACIJI OBLIKA UČENIKA OŠTEĆENA VIDA

THE SIGNIFICANCE OF STIMULATION IN IDENTIFICATION AND DISCRIMINATION OF CERTAIN STUDENTS WITH VISUAL IMPAIRMENTS

Amela TESKEREDŽIĆ¹, Indira MEŠIĆ², Hurma BEGIĆ¹

Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet Univerzitet u Tuzli¹

Univerzitetska 1, 75 000 Tuzla

Bosna i Hercegovina

Osnovna škola "Husino"

27. jula br. 9, 75 000 Tuzla

Bosnia & Herzegovina

Originalan naučni rad
Original scientific article

APSTRAKT

U osnovnim školama možemo naići na učenike koji imaju probleme vidnog opažanja i radi toga se zamaraju prilikom čitanja, nesigurni su u hodanju, ne mogu da prepisu sa table, pri posmatranju približavaju se predmetu, često trljaju oči, žmirkaju, imaju tikove očima i glavom, imaju nepravilno držanje tijela, ne razlikuju boje.... neka oštećenja vida se uspješno koriguju naočalama. Perceptualne vještine, uz pomoć stručne stimulacije, mogu u velikoj mjeri doprinijeti smanjenju poteškoća na koje učenici sa oštećenjem vida nailaze. Osnovna namjena ovog rada bila je ukazati na značaj stimulacije vizualne percepcije i vizuomotorne koordinacije kod učenika iz dvije redovne osnovne škole na području Općine Tuzla. Uzorak je činilo 30 učenika sa oštećenjem vida bez korekcije, sa najvećim brojem neurađenih zadatah zadataka vezanih za crtanje oblika. Istraživanje je pokazalo pozitivne pomake kod učenika sa oštećenjem vida, koji su imali redovne vježbe vizualne stimulacije u finalnom mjerenju. Osim toga, ono je potaklo potrebu za isticanjem uloge edukatora-rehabilitatora pri redovnim osnovnim školama, kao stručnjaka koji će se baviti pitanjima od značaja za uspješan i kvalitetan odgoj i obrazovanje učenika sa smetnjama vizualne percepcije i vizuomotorne koordinacije.

Ključne riječi: stimulacija, vizualna percepcija, vizuomotorna koordinacija, učenici sa oštećenjem vida

ABSTRACT

In primary schools we can find students who have problems with visual observation and because of that they get tired during reading, they are insecure while walking, they cannot copy from the blackboard, while looking at something they get closer to it, they often rub their eyes, they nictate, they have eyes and head tics, they have incorrect body posture, they do not differentiate colours... some visual impairments are successfully corrected by wearing glasses. Perceptual skills, with the help of professional stimulation, can contribute a lot to reduce difficulties that students with visual impairments have. The main purpose of this work was to indicate the importance of stimulation of visual perception and visual-motor coordination in students from two regular primary schools in the area of Tuzla Municipality. Thirty students with visual impairments without correction and with the biggest number of undone given tasks regarding drawing shapes, were the sample. The research showed positive effects in students with visual impairments, who had regular exercises of visual stimulation in the final measuring. Apart from that, it emphasises the need of an educator-rehabilitator in regular primary schools, as a professional who is going to deal with important issues for successful and high-quality upbringing and education of the students with visual perception and visual-motor coordination impairments.

Key words: stimulation, visual perception, visual-motor coordination, students with visual impairments.

UVOD

U percipiranju vanjskog svijeta, čovjek se služi čulnim organima pomoću kojih, osim opažanja vanjskog svijeta, doživljava i unutarnje reakcije, čulne doživljaje - osjete ili senzacije. Kada je čovjek u kontaktu sa vanjskim svijetom preko svojih čulnih organa, stvara se nadražaj koji putem senzornih nerava dopijeva do kore velikog mozga, gdje se registrira osjet. Osjeti služe čovjeku kao osnovni izvor svih njegovih saznanja o vanjskom svijetu i o događajima i istovremeno mu pruža podatke za druge, složenije procese saznanja-percepcije, pamćenje, predstave, emocije, mišljenje i sl.¹ Više od dvije trećine komunikacije čovjeka sa realnim svijetom odvija se preko čula vida. Naše oko ima deset funkcija prijema vanjskog svijeta: oblik i lik, veličina, preljeve, boje, pokrete, kretanja, svjetlo i tamu, udaljenost i blizina, vremenske i prostorne dimenzije, tako da svaki podražaj prevodi i tumači ako smo imali predhodno iskustvo sa određenim predmetom. Poznato je da ima školske djece koja, iako bistra i inteligentna, ipak postižu prilično loše ocjene i teško se provlače kroz razred. Jedan od mogućih uzroka može biti neki neuočen, nedijagnosticiran medicinski problem. Problemi sa vidom su vrlo česti kod školske djece. Učestalost smetnji vida, odnosno refrakcijskih anomalija u školske djece je 8% do 21%. U djece mlađe školske dobi, u početku se smetnje vida mogu očitovati kao zamor pri radu, glavobolja, nevoljnost ili odbijanje čitanja, pisanja ili rada u školi, pečenje u očima, suženje oka. Ponekad djeca sa smetnjama vida pomažu sami sebi, a da toga nisu ni svjesna, pri pisanju ili čitanju tako da predmete, papir, ili knjigu približe očima kako bi bolje vidjeli. Prema podacima američke organizacije za prevenciju sljepila "Prevent Blindness America"², jedno od četvero školske djece ima poteškoća sa vidom, koje, ako se ne tretiraju, mogu utjecati na njihovu sposobnost učenja, njihovu osobnost i prilagodbu u školi. Vizuomotoriku djeteta bismo najjednostavnije mogli odrediti kao usklađenost opažanja i pokreta³. Vizuomotorna percepcija je funkcija pod kontrolom moždane kore i zahtjeva integraciju

temporo-parijetalno-okcipitalnih režnjeva nedominantne hemisfere⁴. Ona ukazuje na nerazdvojjivost perceptivnih i motornih sposobnosti, a njihova integracija je mnogo kompleksnija od same vizualne percepcije ili motorne koordinacije⁵. Perceptualne motorne veštine se poboljšavaju sa vježbom, a najbrže napredovanje je tokom ranog perioda djetinjstva⁶. Kako je djetetova perceptualna i motorna zrelost preduslov u savladavanju školskih zahtjeva, ranim ispitivanjem razvoja ovih funkcija, stručnjacima se otvara mogućnost blagovremenog organizovanja pravilne pripreme nezrele djece za školu. Vrlo često, ovisno o vrsti i stepenu poteškoće u razvoju, djeca koja su integrirana u redovne škole zaostaju za predviđenim gradivom, te nastaju poteškoće u učenju. Djeca oštećena vida se tretiraju drugačije nego njihovi vršnjaci intaktnog vida. Različito su tretirana od strane roditelja, članova porodice, nastavnika, i drugih a sve te razlike djeluju, kako na uspjeh u odgojno-obrazovnom procesu, tako i na razvoj njihove ličnosti i socijalne adaptacije. Samim tim što imaju oštećenje vida, nalaze se i u specifičnom položaju u odnosu na djecu intaktnog vida. S obzirom na senzornu deprivaciju kod ove djece, gdje im jedan tip osjeta nedostaje, to mijenja integraciju i funkciju svih preostalih osjetila. Iskustvena situacija je drugačija, svijet percepcije, predodžbe, mašta, mišljenje imaju jednu novu konfiguraciju⁷. U osnovnim školama možemo naići na učenike koji imaju probleme vidnog opažanja i radi toga se zamaraju prilikom čitanja, nesigurni su u hodanju, ne mogu da prepisu sa table, pri posmatranju približavaju se predmetu, često trljaju oči, žmirkaju, imaju tikove očima i glavom, imaju nepravilno držanje tijela, ne razlikuju boje... neka oštećenja vida se uspješno koriguju naočalama. Zovko⁸ ističe da neka slabovidna djeca imaju teškoće u uspješnom poznavanju kontura i obrisa predmeta, imaju maglovitu, nejasnu i nediferenciranu sliku, ne razlikuju detalje, brzo se zamaraju. U nekim slučajevima vizuelnih oštećenja, ne mogu fiksirati pojavu ili predmet (nistagmus), nedostaje im smiren tempo prilikom posmatranja i analize. Važnost ispitivanja

zrelosti vizuomotornih funkcija na ranom školskom uzrastu jeste u blagovremenom otkrivanju poteškoća. Teškoće u razvoju djece i omladine izazivaju specifične probleme i potrebe djece. Ranim ispitivanjem pokazatelja koji bi mogli ukazivati da dijete nema razvijenu vizuomotoriku u skladu sa svojim uzrastom, stvara se osnova za pripremu nezrele djece za školu, čime bi se predupredile mnoge kasnije negativne posljedice na djetetovo postignuće, uspešnost i razvoj ličnosti. Roditelje također treba uključiti u rad ukazati na problem te usmjeriti ih na koji način mogu pomoći djeci. Na taj način bi se pored bolje pripremljenosti djece za školu, posredno uticalo i na smanjenje učestalosti vizuomotornih, perceptivnih i drugih teškoća kod djece, nastalih kao posljedica otežanog savladavanja školskih zahtjeva. Cilj istraživanja je ukazati na značaj stimulacije vizualne percepcije i vizuomotorne koordinacije u diskriminaciji i identifikaciji crtanja oblika, kod učenika sa oštećenjem vida redovnih osnovnih škola.

METODE RADA

Uzorak je formiran iz populacije učenika redovnih osnovnih škola na području Općine Tuzla i to, JU OŠ "Kreka" i JU OŠ "Husino" školske 2011/2012. godine. Ispitivanjem smetnji u vizualnoj percepciji, obuhvaćeno je 495 učenika, oba spola od prvog do devetog razreda. Nakon provedenog ispitivanja izdvojen je uzorak ispitanika od 130 učenika, kod kojih su ustanovljene smetnje vizualne percepcije na osnovu nativnog skrininga. Na izdvojenom poduzorku, provedena je inicijalna procjena vizualne percepcije i vizuomotorne koordinacije čiji rezultat je poslužio kao dalji kriterij za odabir uzorka. Konačnim uzorkom je obuhvaćeno 30 učenika (N=30) sa oštećenjem vida bez, korekcije, sa najvećim brojem neurađenih zadatah vezanih za diskriminaciju i identifikaciju crtanja oblika. Istraživanje je provedeno individualno/grupno u prostorijama JU OŠ "Kreka" i JU OŠ "Husino" u Tuzli. Za inicijalnu procjenu korišten je dijagnostički test "Diagnostic assesment procedures"(DAP-test)⁹, i u skladu sa rezultatima procjene,

proveden je tretman u trajanju od osam sedmica po 60 minuta. Test je obuhvatio zadatke iz sekcija C i D, a koje se odnose na optičke i perceptivne funkcije, upotreba predmeta i diskriminacija i identifikacija slika, predmeta, ljudi i radnji te vizuomotoričke aktivnosti poboljšanja koordinacije oko-ruka. Za sam tretman, korišten je program vježbanja vida, "Program to develop efficiency in visual functioning"¹⁰ pomenutih sekcija. Nakon provedenog tretmana, izvršena je finalna procjena kako bi se utvrdilo, da li postoji poboljšanje u području diskriminacije i identifikacije crtanja oblika kod učenika sa oštećenjem vida. Varijable za ispitivanje diskriminacije i identifikacije crtanja oblika, koje su korištene iz pomenutog instrumenta prikazane u tabeli 1.

Tabela 1. Varijable diskriminacije i identifikacije crtanja oblika
Table 1. Variables of discrimination and identification of shape drawings

r/br	Varijabla	Inicijalno testiranje	Finalno testiranje
1.	Promatranje i kopiranje linija	PKLI	PKLF
2.	Prepoznavanje crteža predmeta	PCPI	PCPF
3.	Crtanje oblika nakon promatranja modela	COPMI	COPMF
4.	Promatranje slike i slaganje predmeta prema njoj	PSSPI	PSSPF
5.	Usklađivanje položaja predmeta sa slikom	UPI	UPF
6.	Izdvajanje pojedinih elemenata na slikama	IDELI	IDELF

Za obradu podataka korištene su metode deskriptivne statistike a za ispitivanje značajnosti razlika aritmetičkih sredina

inicijalnog i finalnog stanja primjenjen je t-test, na nivo značajnosti 5% (0,05).

REZULTATI

Vizuomotorne funkcije predstavljaju integraciju vizualnog opažanja i motoričkog izvođenja opaženog. Problemi u razvoju vizuomotornih funkcija dovode do teškoća u obavljanju aktivnosti koje zahtijevaju pokrete ruku pod vizualnom kontrolom, odnosno kod djece školskog uzrasta izazivaju teškoće u uspješnom savladavanju školskih zahtjeva. Rano utvrđivanje razvijenosti vizuomotornih funkcija je od velikog praktičnog značaja jer uočavanje problema kod djeteta predstavlja podsticaj za kreiranje terapijskog programa koji bi bio usmjeren na zadatke vizualnog opažanja, zadatke motorike, kao i objedinjene vizuomotorne koordinacije.

Slabovidni učenici u vještini pisanja uglavnom postižu niže standarde od svojih videćih vršnjaka (brzina, grafičko oblikovanje slova) izrada praktičnog rada (crtež, maketa, predmet, izvođenje pokusa, pokreta) i manualna ili druga tjelesna aktivnost za učenike s oštećenjem vida uvijek zahtijeva više vremena zbog narušene ili izostale koordinacije oko – ruka i uglavnom postignuti standardi zaostaju za standardima videćih učenika u govornim i slušnim aktivnostima i vještinama učenici s oštećenjem vida izjednačeni su s videćim vršnjacima¹¹. U tabeli 2. prikazani su osnovni statistički parametri ispitivanih varijabli crtanja oblika.

Tabela 2. Osnovni statistički pokazatelji varijabli diskriminacije i identifikacije crtanja oblika
Table 2. Basic statistical indicators of the variables of discrimination and identification of the shape drawing

Varijabla	\bar{x}	SD	Minimum	Maksimum
PKLI	1,43	,504	1	2
PCPI	1,70	,466	1	2
COPMI	1,53	,507	1	2
PSSPI	1,87	,346	1	2
UPI	1,93	,254	1	2
IDELI	1,77	,430	1	2
PKLF	1,80	,407	1	2
PCPF	1,87	,346	1	2
COMPMF	1,90	,305	1	2
PSSPF	1,87	,346	1	2
UPF	1,97	,183	1	2
IDELF	1,93	,254	1	2

Legenda: promatranje i kopiranje linija inicijalno i finalno mjerenje (PKLI I PKLF); prepoznavanje crteža predmeta inicijalno i finalno mjerenje (PCPI I PCPF); crtanje oblika nakon promatranja modela inicijalno i finalno mjerenje (COPMI I COPMF); promatranje slike i slaganje predmeta prema njoj inicijalno i finalno mjerenje (PSSPI I PSSPF); usklađivanje položaja predmeta sa slikom inicijalno i finalno mjerenje (UPI I UPF); izdvajanje pojedinih elemenata na slikama inicijalno i finalno mjerenje (IDELI I IDELF).

Na osnovu rezultata istraživanja (tabela 2), može se uočiti da je nakon tretmana najveće

napredovanje kod ispitanika, prosječne vrijednosti 0,37 sa prosječnim odstupanjem od 0,407 i 0,305

bilo na varijablama „Promatranje i kopiranje linija“ (PKLI i PKLF), „Crtanje oblika nakon promatranja modela“ (COPMI i COPMF). Manje napredovanje je dobijeno na varijabli „Prepoznavanje crteža predmeta“ (PCPI i PCPF) sa prosječnim napredovanjem od 0,17, te odmah poslije je prosječna vrijednost varijable „Izdvajanje pojedinih elemenata na slikama“ (IDELI i IDELF) sa napredovanjem od 0,15. Veoma malo odstupanje prosječne vrijednosti od 0,04 dobijeno je na varijabli „Usklađivanje položaja predmeta sa slikom“ (UPI i UPF), dok prosječna vrijednost na varijabli „Promatranje slike i slaganje predmeta prema njoj“ (PSSPI i PSSPF) je ostala ista i prije i nakon tretmana vježbi.

Kako bi utvrdili i provjerili, da li postoji razlika u diskriminaciji i identifikaciji crtanja oblika, u inicijalnoj i finalnoj procjeni učenika sa oštećenjem vida, proveden je t-test za utvrđivanja razlika aritmetičkih sredina. U tabeli 3. vidljivo je da dobijena t-vrijednost iznosi -4,097 i statistički značajna razlika je na nivou od 0,05, jer iznosi 0,000 za varijable „Promatranje i kopiranje linija“ (PKLI i PKLF), „Crtanje oblika nakon promatranja modela“ (COPMI i COPMF). Ovaj nivo značajnosti nam govori da je preko 95% podataka obuhvaćeno raspodjelom u okviru 0,089 standardne devijacije ispod normalne (Gausove)

krive. Vrijednost dobijena testiranjem aritmetičkih sredina u inicijalnom i finalnom ispitivanju od 0,367 nam govori da postoji statistički značajna razlika u crtanja oblika nakon kontinuiranog tretmana vježbi. Također, vidljiv je i pomak i na varijabli „Prepoznavanje crteža predmeta“ (PCPI i PCPF), pri čemu dobijana t-vrijednost iznosi -2,408 i statistički značajna razlika 0,023 na nivou značajnosti od 0,05. Znači da je raspodjelom u okviru 0,379 standardne devijacije ispod normalne (Gausove) krivulje, obuhvaćeno preko 95% podataka. Vrijednost dobijena testiranjem aritmetičkih sredina u inicijalnom i finalnom ispitivanju od -0,167, govori da postoji statistički značajna razlika crtanju oblika putem prepoznavanja crteža predmeta nakon kontinuiranog tretmana vježbi. Kako postoji razlika i pošto je značajna, možemo reći da je došlo do napretka u tri zadate varijable, od mogućih šest, a koje se tiču segmenta vizualne motoričke aktivnosti, optičke i perceptivne funkcije, odnosno poboljšanja koordinacije oko-ruka, te manipuliranje na osnovu opservacije i imitacije. Sa druge strane, za preostale tri varijable nismo dobili statistički značajne rezultate, te je naša pretpostavka da je za njihovo napredovanje potrebno mnogo više vremena, jer se odnose na komplikovanije zadatke, koji se tiču i usklađivanja detalja na crtežu.

Tabela 3. t-test diskriminacije i identifikacije crtanje oblika

Table 3. t-test discrimination and identification of the shape drawing

	Aritm. sredina	Stand. Devijac.	Stand. greška	95% Confidence Interval of the Difference		t	Stepen slobode	Sig. (2-tailed)
				Lower	Upper			
PKLI- PKLF	-,367	,490	,089	-,550	-,184	-4,097	29	,000
PCPI- PCPF	-,167	,379	,069	-,308	-,025	-2,408	29	,023
COPMI- COPMF	-,367	,490	,089	-,550	-,184	-4,097	29	,000
PSSPI- PSSPF	,000	,263	,048	-,098	,098	,000	29	1,000
UPI-UPF	-,033	,320	,058	-,153	,086	-,571	29	,573
IDELI- IDELF	-,167	,461	,084	-,339	,006	-1,980	29	,057

Legenda: promatranje i kopiranje linija inicijalno i finalno mjerenje (PKLI I PKLF); prepoznavanje crteža predmeta inicijalno i finalno mjerenje (PCPI I PCPF); crtanje oblika nakon promatranja modela inicijalno i finalno mjerenje (COPMI I COPMF); promatranje slike i slaganje predmeta prema njoj inicijalno i finalno mjerenje (PSSPI I PSSPF); usklađivanje položaja predmeta sa slikom inicijalno i finalno mjerenje (UPI I UPF); izdvajanje pojedinih elemenata na slikama inicijalno i finalno mjerenje (IDELI I IDELF).

Iz dosadašnjih proučavanja vizualnog razvoja djece oštećena vida, pokazalo se automatsko, spontano i nejednako odvijanje razvoja po sekvencama, koje je ovisilo o više faktora, kao što su vrsta i stepen oštećenja vida, mentalni kapacitet, način i uspješnost vizualne stimulacije i slično. Duži niz godina mnogi autori^{12,13,14,15}, izabrali su i

obrazložili programe razvoja učenja slabovidnih i istakli značaj vizualne okoline. Barraga je istakla potrebu ohrabivanja i poticanja djeteta oštećena vida da se što uspješnije koristi vidom pri rješavanju vizualnih zadataka. Ona je pokazala, da dijete primanjem vizualnih stimulacija, stiče sve

više vizualnih dojmova i počinje se sve uspješnije koristiti svojim vidom.

Seidenberg tvrdi da dijete može pokazati sposobnost upotrebe vida i ako ima samo percepciju svijetla¹⁶. Prilikom proučavanja vizuomotorne koordinacije kod slabovidne djece Kreach-Heller (1976), otkrili su najveće probleme kod vizualne percepcije oblika, pozicija u prostoru, trodimenzionalne reprezentacije i kompozicije forme¹⁷. Kada se postigne adekvatan nivo perceptivno-motoričke usklađenosti, učenik može ispustiti intervenciju motoričke manipulacije i koristiti stabilne i efikasnije vizualne informacije, kako bi kontrolisalo oči i vizualni input¹⁸. Kao jedan od elemenata vizualne percepcije, je i percipiranje oblika kao sposobnost prepoznavanja, imenovanja, pridruživanja i memorisanja objekata, uzoraka ili simbola s obzirom na njihove važne detalje. Ono također uključuje sposobnost uočavanja konstantnosti osnovnog oblika bez obzira na to kako se mijenja njegova veličina, boja, te orijentacija u prostoru¹⁹.

«Vizualna percepcija je kognicija i interpretacija vizualnih senzacija, te mentalna asocijacija sadašnjih vizualnih podražaja s memoriranim prijašnjim iskustvima»¹³. Kada govorimo o vizualnoj percepciji slova, redaka pri čitanju određenog teksta, oko kreće fiksirajući samo nekoliko tačaka u redu i praveći sakade od jedne do druge fiksacione tačke, dovoljno brzo, da ne dopusti ni najmanje jasno viđenje za vrijeme sakade, što znači da ne dolaze sva slova u žižno viđenje, te mora biti upotrebljeno posredno viđenje. Karte je našao da se jedna grupa slova u poređenju sa samo jednim slovom mora primaći bliže fiksacionoj tački da bi se pročitala. On je upotrebljavao perimetrijsku metodu, koja se sastoji u postepenom kretanju jednog predmeta od periferije prema središtu jasnog viđenja, dok subjekt ne bude u stanju da prepozna taj predmet, održavajući za sve vrijeme stalnu fiksaciju. Velika slova su čitana na većoj udaljenosti nego manja, a neka od ovih na većoj daljini nego druga. Izolovana slova su čitana na većoj daljini nego riječi, i ukoliko je duža jedna riječ utoliko mora biti bliže primaknuta fiksaciona tačka¹². Fromme²⁰ je fiksacione tačke definisao kao stanje mirovanja pri čemu dolazi do optičkog prepoznavanja grafema. Stanje mirovanja se prema istom može označiti kao pauza pri čitanju, a oblasti koje se u takvom stanju mogu obuhvatiti naziva poljima čitanja. Neke vrlo kratke regresije vjerojatno jesu posljedica okulomotornih grešaka, ali općenito možemo zaključiti da je neučinkovito i sporo pomicanje očiju uz brojne regresije posljedica

problema pri čitanju, a ne njihov uzrok²¹. U prilog tome ide i činjenica da kako tekst postaje konceptualno komplikovaniji i vješti čitači povećavaju trajanje fiksacija, dužina sakada se smanjuje, a frekvencija regresija se povećava¹⁴ odnosno obrazac pokreta očiju postaje sličniji onome loših čitača. Teskeredžić i¹⁵ ispitujući karakteristike vizualne diskriminacije simbola i čitanje kod 30-tero djece oštećena vida u redovnoj školi, te iste veličine uzorak učenika bez oštećenja vida, testom brzine vizualne percepcije slovnog niza VPB-1, utvrdili su povezanost između brzine čitanja i vizualne diskriminacije, kao i da je, u uslovima reduciranog vida, otežana vizualna diskriminacija i rekognicija simbola, što zadaje ozbiljne probleme učenicima. S obzirom, da naše oči zahvataju odjednom čitavu strukturu, odnosno kompletan prikaz određenog zadatka, i pri tome ne vrše sintezu pojedinih elemenata zadatka, mišljenja smo da je upravo to jedan od razloga zašto su učenici postizali slabije rezultate u pojedinim zadacima.

ZAKLJUČAK

Ranom detekcijom vizuomotorne koordinacije, moglo bi se ukazati na nedostatke koje dijete može imati u razvoju vizualne percepcije i vizuomotorike, u skladu sa svojim uzrastom, čime se stvara osnova za kreiranje terapijskog programa. Program bi nadalje bio usmjeren na zadatke vizualnog opažanja, zadatke motorike, kao i objedinjene vizuomotorne koordinacije. Kontinuiranim individualnim i/ili grupnim radom defektologa-tifloga sa učenicima sa oštećenjem vida, podiže se nivo kvalitete samog odgojno-obrazovnog procesa, jer kroz crtanje elemenata, zakrivljenih i pravih linija učenik ovladava odgovarajućim formama koje su neophodne za pravilno i uspješno pisanje. Nadamo se da će naši rezultati istraživanja poslužiti za kreiranje novih metoda za provođenje i poboljšanje procesa rehabilitacije i učenja kod ove populacije. Evaluacija uspješnosti tifloškog tretmana, kod učenika sa oštećenjem vida, će pokazati koliko je u prosjeku neophodno tifloških tretmana kako bi se poboljšala vizualna percepcija i vizuomotorna koordinacija. U našem istraživanju je došlo do napretka u tri zadate varijable, od mogućih šest, a koje se tiču segmenta vizualne motoričke aktivnosti,

optičke i perceptivne funkcije, odnosno poboljšanja koordinacije oko-ruka, te manipuliranje na osnovu opservacije i imitacije. Sa druge strane, za preostale tri varijable nismo dobili statistički značajne rezultate, te je naša pretpostavka da je za njihovo napredovanje potrebno mnogo više vremena, odnosno više tretmana, jer se odnose na koplikovanije zadatke, koji se tiču i usklađivanja detalja na crtežu.

LITERATURA

1. Lurija, A. R. Osnovi neuropsihologije. Beograd: Nolit, 1983.
2. Prevent Blindness America. Retrieved May 24, 2011, from www.preventblindness.org.
3. Frostig M. Bewegungserziehung-Neue Wege der Heilpädagogik. München: Ernst Reinhardt Verlag, 1992.
4. Guimaraes I. E., Ciasca S. M., Moura-Ribeiro M. V. Neuropsychological evaluation of children after ischemic cerebrovascular disease. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 2002; 60: 386-389.
5. Krstić T., Dukić O., Kovačević, A. Polne razlike u zrelosti vizuomotornih funkcija na ranom predškolskom uzrastu. Novi Sad: Institut za zdravstvenu zaštitu dece i omladine Vojvodine, 2010.
6. Singh C. K., Dhanda B., Shanwal P. Gender difference in motor and mental development in children: an impact of stimulating activities. *Anthropologist* 2010; 12 (2): 153-154.
7. Čehić E. Specifičnosti u učenju i razvoju ličnosti djece normalna vida i slijepe djece. Beograd: Kultura, 1990.
8. Zovko G. Specijalna pedagogija. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, 1972.
9. Barraga N. Diagnostic assesment procedures (DAP-test). Zagreb: Fakultet za defektologiju Sveučilišta u Zagrebu, 1979.
10. Barraga N. Program vježbanja vida. Zagreb: Fakultet za defektologiju Sveučilišta u Zagrebu, 1987.
11. Horvatić S. Upute za vanjsko vrednovanje obrazovnih postignuća učenika s posebnim odgojno-obrazovnim potrebama u osnovnim školama. Zagreb: Nacionalni centar za vanjsko vrednovanje obrazovanja, ITG, 2007.
12. Vudvort, S.R. Eksperimentalna psihologija. Beograd: Naučna knjiga, 1964.
13. Lerner J.W. Children with Learning Disabilities: Theories, Diagnoses and Teaching Strategies. Boston: Houghton Mifflin Co., 1971.
14. Jacobson J. Z., Dodwell, P. C. Saccadic eye movements during reading. *Brain and Language*, 1979; 8 (3): 303-314.
15. Teskeredžić A., Sarajlić Dž., Oberman-Babić M., Kudužović A. Karakteristike vizuelne diskriminacije simbola i čitanje kod djece oštećena vida u redovnoj školi. Knjiga sažetaka sa međunarodnog 2. naučni skup Socioemocionalni rast i razvoj strategija učenja, Tuzla: Defektološki fakultet Univerziteta u Tuzla, 2003; 241-246.
16. Zovko G. Peripatologija. Zagreb: Školske novine, 1994.
17. Dikić S. Specifičnosti vizuelnog opažanja slabovidnih učenika. Beograd: Naučna knjiga, 1991.
18. Teodorović B., Levandovski D., Pintarić- Mlinar Lj., Kiš-Glavaš L. Stimulacija perceptivnih i motoričkih sposobnost. Zagreb: Fakultet za defektologiju, Sveučilište u Zagrebu, 1997.
19. Tansley, A. E. Perceptual training (Educational Development Programmes). Hodder: London, United Kingdom. Wheaton and Co. Ltd., Exeter 1980.
20. Fromme, W. (1966). Čitanje i pisanje kod slabovidnih. Beograd: Specijalna škola III:152.
21. Rayner K. Eye movements in reading and information processing: 20 years of research. *Psychological Bulletin* 1998; 124 (3): 372-422.
22. Mešić I. Značaj stimulacije vizualne percepcije i vizuomotorne koordinacije učenika sa oštećenjem vida. Magistarski rad. Tuzla: Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet Univerziteta u Tuzli, 2014.

UČESTALOST VERBALNE AGRESIJE KOD UČENIKA SA INTELKTUALNOM OMETENOŠĆU

FREQUENCY OF VERBAL AGGRESSION WITH PUPILS WITH INTELLECTUAL DISORDER

Zoran KOVAČIĆ¹, Bojana DELIBAŠIĆ², Aleksandra MANIĆ³

¹Škola za osnovno i srednje obrazovanje sa domom "Vuk Karadžić"

Radoja Domanovića 95, 25000 Sombor, Republika Srbija

³Škola za osnovno i srednje obrazovanje "Mladost"

Koste Abraševića 38, 18300, Pirot, Republika Srbija

Originalan naučni rad
Original scientific article

APSTRAKT

U ovom istraživanju ispitivana je učestalost verbalne agresije kod učenika sa intelektualnom ometenošću od petog do osmog razreda. Uzorkom smo obuhvatili 50 učenika oba pola, od čega 34 dečaka i 16 devojčica uzrasta od 11 do 17 godina. Pored učestalosti ispitivan je i odnos verbalne agresije u odnosu na uzrast, pol i nivo intelektualnog funkcionisanja. Instrument korišćen u istraživanju bila je subskala za procenu verbalne agresije, Problem skale, u okviru skale za procenu neprijateljstva i agresije kod dece (*Children's Scale of Hostility and Aggression: Reactive/Proactive-C-SHARP*, Farmer & Aman, 2009). Pronađeno je da postoji statistički značajna razlika između učenika u odnosu na nivo intelektualnog funkcionisanja, dok nije pronađena statistički značajna razlika u pogledu pola i uzrasta učenika sa intelektualnom ometenošću. Može se zaključiti da je verbalna agresija učestalija kod učenika na višem nivou intelektualnog funkcionisanja, što se može objasniti prirodom teškoća kod ove populacije.

Ključne reči: učestalost, intelektualna ometenost, ponašanje

ABSTRACT

The aim of this paper is questioning the frequency of verbal aggression with pupils with intellectual disorder, from year five to year eight. The sample comprised of 50 pupils of both sexes, 34 men and 16 women, ages 11 to 17 years old. This research explored the relation between function of verbal aggression and age, sex, and the level of intellectual functioning. The instruments used in this research were the subscale for the estimation of verbal aggression, Problem scale, included within the Children's Scale of Hostility and Aggression: Reactive/Proactive-C-SHARP (Farmer & Aman, 2009). Research showed that, statistically, a significant difference exists among pupils in relation to the level of their intellectual functioning, but there are no statistically important differences in terms of sex and age. Verbal aggression occurs more often in population of pupils with mild intellectual disability because of the characteristic of this intellectual disorder.

Key words: frequency, intellectual disorder, behavior

UVOD

Ponašanja koja se u određenoj kulturi smatraju aberantnim, a takve su učestalosti, intenziteta i trajanja da ugrožavaju fizičku bezbednost individue ili osoba iz njenog okruženja definišu se kao problemi u ponašanju¹. U domaćoj literaturi za poremećaje u ponašanju navode se termini poput aberantno, maladaptivno i prosocijalno ponašanje², dok se u anglosaksonskoj literaturi za označavanje ove vrste ponašanja najčešće koristi termin "izazovno ponašanje"³. Agresivno ponašanje se definiše kao svaka fizička ili verbalna reakcija koja je izvedena sa namerom da se drugoj osobi nanese šteta bilo koje vrste, bez obzira na to da li je namera sprovedena⁴. Unutar šireg spektra

problematičnog ponašanja proučavanje agresivnog ponašanja kod osoba sa intelektualnom ometenošću (IO) ima poseban značaj. Brojne su

negativne posledice agresivnog ponašanja koje se mogu odraziti na samu osobu sa IO, ali i njeno okruženje. Mogući rizici za osobu su primena neodgovarajućih tretmana ili strategija za kontrolu agresivnog ponašanja, povređivanje, socijalno isključivanje, izolaciju, zanemarivanje, zlostavljanje i dr.⁵. Svaka vrsta agresije dovodi do nedovoljne prihvaćenosti u grupi vršnjaka, što dovodi do daljeg razvoja ponašanja koje odstupa od norme i podstiče udruživanje te dece sa

vršnjacima koji ispoljavaju slično ponašanje⁶. U populaciji osoba sa intelektualnom ometenošću (IO) verbalna agresija je češća u odnosu na populaciju urednog razvoja⁷. Više od 50% osoba sa IO ispoljava neki oblik agresije, dok je približno trećina verbalno agresivna⁸. Posebno čest oblik verbalne agresije u populaciji osoba sa IO je verbalno zlostavljanje (vrištanje, vikanje)⁹. Verbalna agresija obuhvata postupke poput uvreda praćenih besom, pretnje i sarkazam da bi se izazvao emocionalni i psihički bol žrtve. Podrazumeva učestalo problematično ponašanje¹⁰. Kada je verbalna agresija usmerena prema drugoj osobi onda može ozbiljno da povredi, i uvredi osobu, ali može izazvati i uzajamno agresivnu reakciju i dalju eskalaciju sukoba¹¹. Verbalna agresija se odnosi na pokušaje da se ugrozi reputacija ili socijalni status neke osobe, a može podrazumevati i socijalno isključivanje. Mnoge studije izveštavaju da se najčešće javlja na uzrastu od jedanaeste do sedamnaeste godine¹².

Vrste maladaptivnog ponašanja

Najčešća podela maladaptivnog ponašanja jeste na eksternalizovanu i/ili internalizovanu formu. Analizom mnogobrojnih subskala povlačenja, socijalnih problema, problema pažnje i mišljenja, agresivnosti i delikventnog ponašanja proistekla je ovakva podela, a proizašla je iz Achenbach-ovih konstrukata ove dve vrste maladaptivnog ponašanja¹³. Nedovoljno kontrolisano ponašanje predstavlja eksternalizovane teškoće u ponašanju. Kod osoba sa IO javljaju se u vidu napada besa, agresivnosti, motoričkog nemira, impulsivnosti, ponašanja usmerenog na stalno privlačenje pažnje, samopovređivanja, stereotipija, itd.¹⁴. O drugoj formi maladaptivnog ponašanja govorimo u slučajevima kada to ponašanje trpe same osobe sa IO, a ispoljavaju se najčešće u formi tuđe, preterane brige, anksioznosti i socijalnog povlačenja. Postoje osobe koje ispoljavaju samo internalizovane, ili samo eksternalizovane probleme, ali u većini slučajeva imamo simbiotska ispoljavanja ovih problema¹³.

Učestalost verbalne agresije

Verbalna agresija se češće javlja u populaciji osoba sa IO, nego u populaciji osoba tipičnog razvoja⁷. Rezultati jednog domaćeg istraživanja pokazuju da jedna petina dece sa IO pokazuju povišenu sklonost ka upotrebi verbalne agresije u konfliktnim situacijama kao što su zadirkivanje i ogovaranje uz korišćenje nepristojnih reči². U populaciji osoba sa IO mnogo češće se javlja

problem verbalne agresije (53%) u odnosu na populaciju urednog razvoja (6%)⁷. Problem verbalne agresije kod osoba sa IO je veoma značajan i kompleksan, imajući u vidu da znatno otežava integraciju ovih osoba u zajednicu, ali je neretko i povod za primenu medikamentozne terapije. Deca sa lakom IO znatno češće primenjuju agresivne oblike ponašanja od dece tipičnog razvoja. Prema nalazima jednog istraživanja između 20% - 40% ove populacije ispoljava agresivna ponašanja u intenzitetu i obimu koji kao takav nije prihvatljiv za okolinu u kojoj osoba živi¹⁵. Mnogi autori su se bavili odnosom verbalne agresije i drugih vidova agresivnog ponašanja u populaciji osoba sa IO. Nalazi do kojih su došli govore da je verbalna agresija znatno češći oblik agresivnog ponašanja u odnosu na druga problematična ponašanja poput fizičke agresije, uništavanja imovine i samopovređivanja. Takođe, verbalna agresija je češća kod osoba na nivou lake i umerene IO, kao i kod starijih u odnosu na mlađe učenike sa IO^{16,17}.

Neke studije verbalne agresije koje su se bavile ovim problemom sa stanovišta upoređivanja karakteristika verbalne agresije kod adolescenata sa IO i adolescenata urednog razvoja govore da razlike pronađene u uzorku adolescenata urednog razvoja ne postoje kod grupe adolescenata sa IO. Naime, dok je u uzorku dece tipičnog razvoja pronađeno da više skorove imaju dečaci i stariji adolescenti u odnosu na devojčice i mlađe adolescente, u uzorku dece sa IO nisu postojale ovakve razlike. Istovremeno, ono što je karakteristično jeste da su deca sa IO svakako pokazala više skorove u odnosu na decu tipičnog razvoja⁷. Način ispoljavanja verbalne agresije se razlikuje u odnosu na pol, pa se tako nalazi da je direktna verbalna agresija znatno češća kod dečaka, dok se indirektna češće javlja kod devojčica¹². Ipak, u studiji u kojoj su učestvovali adolescent sa lakom IO nisu pronađene uzrasne ni polne razlike u ispoljavanju agresije¹⁸. Smatra se da se procenat ispoljavanja verbalne agresije u odnosu na pol razlikuje tek od sredine detinjstva, odnosno posle dvanaeste godine u korist devojčica, dok na uzrastu od 11 i 12 godina nisu uočljive ovakve razlike¹⁹. U većini studija se polne razlike u pogledu ispoljavanja verbalne agresije mogu objasniti starosnom dobi ispitanika, I to na taj način što su stariji učenici verbalno agresivniji u odnosu na mlađe²⁰. Cilj ovog istraživanja je da se utvrdi učestalost verbalne agresije kod učenika sa IO koji pohađaju osnovnu školu.

METODE RADA

Uzorak

Inicijalnim uzorkom obuhvaćeno je 167 učenika sa IO koji pohađaju osnovne škole za decu sa smetnjama u razvoju i to ŠOSO "Mladost" u Pirotu i ŠOSO sa domom "Vuk Karadžić" u Somboru od petog do osmog razreda uzrasta od 11 do sedamnaest godina, od čega 109 dečaka i 58 devojčica. Finalnim uzorkom obuhvaćeno je 50

Tabela 1. Finalni uzorak istraživanja

Table 1. Finally sample

	N	%
Ukupno učenika	50	100%
Devojčice	16	32%
Dečaci	34	68%

Raspon uzrasta učenika koji su obuhvaćeni finalnim uzorkom je od sedam do 19 godina (AS=12,4, SD=2,87). Prosečan uzorak učenika je 12,4 godina, od čega 46% učenika uzrasta do 12

učenika, od čega 34 dečaka i 16 devojčica, što predstavlja 29.94% inicijalnog uzorka. Ovo je procenat učenika kod kojih je utvrđeno postojanje verbalne agresije.

godina, dok je 54% uzrasta preko 12 godina. Shodno tome, uzrast učenika u finalnom uzorku podeljen je u dve kategorije, mlađa grupa – do 12 godina, i starija grupa – preko 12 godina.

Tabela 2. Uzrast ispitanika

Table 2. Ages of sample

Uzrast	N	%
Mlađa grupa – do 12 godina	23	46%
Starija grupa – preko 12 godina	27	54%
Ukupno	50	100%

Finalni uzorak podeljen je i u odnosu na nivo intelektualnog funkcionisanja učenika obuhvaćenih

istraživanjem. Uzorak je podeljen na 3 kategorije: laka, umerena i teška IO.

Tabela 3. Uzorak u odnosu na nivo IO

Table 3. Sample relation of the level of the intellectual functioning

IO	N	%
Laka	32	64%
Umerena	15	30%
Teška	3	6%
Ukupno	50	100%

Kao što se može zaključiti na osnovu podataka iz tabele u finalnom uzorku se našlo samo 3 učenika sa teškom IO, ali će zbog malog broja ovih učenika oni biti isključeni iz daljeg uzorka zbog nemogućnosti formiranja adekvatne statističke kategorije. Shodno tome, struktura finalnog uzorka se nakon ovoga promenila i izgleda tako da ukupan finalni uzorak čini 47 ispitanika, od čega ima 32 dečaka (68.09%) i 15 devojčica (31.91%), mlađu grupu čini 21(44.69%) ispitanik, a stariju 26 učenika (55.32%).

domom "Vuk Karadžić", te u Pirotu u ŠOSO "Mladost".

Vreme i mesto istraživanja

Istraživanje je sprovedeno tokom školske 2017/2018. godine u dva grada na teritoriji Republike Srbije I to u Somboru u ŠOSO sa

Instrument istraživanja

Procena verbalne agresije izvršena je subskalom za procenu verbalne agresije. Problem skale, u okviru Skale za procenu neprijateljstva I agresije kod dece: reaktivne/proaktivne проактивне (*Children's Scale of Hostility and Aggression: Reactive/Proactive-C-SHARP, X¹⁷*). Skala pokriva uzrasni opseg od tri do 21 godine. U kojoj meri je određeno ponašanje učestalo procenjuje Problem skala. Ona je Likertovog tipa (od 0 nikada, do 3 često), a informant su bili specijalni edukatori i rehabilitatori koji rade sa decom.

REZULTATI

Učestalost verbalne agresije u finalnom uzorku znatno se razlikuje prema polu, jer se u poduzorku dečaka javlja kod 68.09% ispitanika, u odnosu na poduzorak devojčica gde je verbalna agresija zastupljena kod 31.91% ispitanika. Smatramo da

Tabela 4. Učestalost verbalne agresije u odnosu na pol

Table 4. Frequency of verbal aggression regarding the sex of the examinees

Pol	N	%
Dečaci	32	68,09%
Devojčice	15	31,91%
Ukupno	47	100%

su ovakvi nalazi posledica neujednačenosti uzorka prema polu, jer je inicijalni uzorak obuhvatio više dečaka nego devojčica, i da bi rezultati bili značajno drugačiji ukoliko bi se promenio metodološki okvir istraživanja.

Što se tiče raspodele prema uzrastu rezultati pokazuju da se verbalna agresija češće javlja u poduzorku starijih ispitanika, odnosno onih uzrasta preko dvanaest godina. Ovakav nalaz je u skladu

Tabela 5. Učestalost verbalne agresije u odnosu na uzrast

Table 5. Frequency of verbal aggression of the age

Uzrast	N	%
Mlađa grupa	21	44,69%
Starija grupa	26	55,32%
Ukupno	50	100%

sa većinom istraživanja čiji nalazi potvrđuju pretpostavku da je verbalna agresija češća na uzrastu od dvanaeste do sedamnaeste godine.

Učestalost verbalne agresije prema nivou IO pokazuje da je najviše ispitanika koji ispoljavaju ovo problematično ponašanje iz kategorije

Tabela 6. Učestalost verbalne agresije u odnosu na stepen IO

Table 6. Frequency of verbal aggression of the level of intellectual disability

Nivo IO	N	%
Laka IO	32	68,09%
Umerena IO	15	31,91%
Ukupno	47	100%

ispitanika sa lakom IO, što je sasvim razumljivo imajući u vidu tip ispitivanog ponašanja, kao i karakteristike grupe osoba sa lakom IO.

ZAKLJUČAK SA DISKUSIJOM

Ne postoji mnogo radova koji su se bavili učešćalošću verbalne agresije u populaciji osoba sa IO, već je uglavnom ovaj problem razmatran u svetlu šire slike agresivnih ponašanja koja se javljaju u ovoj populaciji. Precizna znanja o konkretno ovom tipu problematičnog ponašanja mogla bi da pruže vredna saznanja o rasprostranjenosti ovog ponašanja u populaciji osoba sa IO, a u skladu sa tim i adekvatan odnos stručne javnosti prema verbalnoj agresiji. Podaci o učestalosti javljanja, kasnije i karakteristikama i posledicama ovog tipa ponašanja znatno bi pomogla planiranje tretmana i intervencija namenjenih ublažavanju verbalne agresije, što bi uklonilo mnoge barijere integracije osoba sa IO u sredinu kojoj pripadaju. U ovom istraživanju pronašli smo da se verbalna agresija javlja kod 29.94% ispitanika sa IO obuhvaćenih inicijalnim

uzorkom. Ovakav naš nalaz u skladu je sa ranijim istraživanjima ovog tipa koji navode da se verbalna

agresija javlja kod približno jedne petine osoba sa IO, odnosno da između 20% i 40% ispitanika sa IO ispoljava verbalnu agresiju^{2, 15, 21}.

Nalaz istraživanja vezan za uzrast ispitanika koji ispoljavaju verbalnu agresiju, takođe je u skladu sa prethodnim istraživanjima²⁰. U našem uzorku nešto je veći broj ispitanika iz starije grupe (od 12- sedamnaest godina) koji ispoljavaju ovo ponašanje, u odnosu na ispitanike iz mlađe grupe (do 12 godina). Rezultati našeg istraživanja pokazuju da se učestalost verbalne agresije razlikuje u odnosu na pol i nivo intelektualne ometenosti ispitanika. Ovakav nalaz istraživanja može biti posledica metodološkog okvira istraživanja, odnosno neujednačenosti uzorka u odnosu na pol i nivo intelektualnom funkcionisanja, iako je obzirom na

prirodu ponašanja i karakteristika kategorije lako IO učenika bilo očekivano da će oni činiti

najbrojniji deo finalnog uzorka istraživanja.

LITERATURA

- Emerson E., Einfeld S.L. Challenging behaviour. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 2011.
- Buha N., Gligorović M. (2013). Problemi u ponašanju kod osoba sa intelektualnom ometenošću: Osnovni pojmovi, učestalost i faktori rizika. Specijalna edukacija i rehabilitacija 2013; 12 (2): 203-219.
- Emerson E. Challenging Behaviour: Analysis and Intervention in People with Severe Intellectual Disabilities. Cambridge University Press, 2001.
- Leder V. Pokušaj utvrđivanja razloga nasilnog ponašanja pomoću kvantitativnog i kvalitativnog pristupa. Život i škola: časopis za teoriju i praksu odgoja i obrazovanja 2014; 60 (32): 75-92.
- Banković S., Đorđević M. Zastupljenost agresivnih oblika ponašanja u populaciji osoba sa intelektualnom ometenošću. „Socijalna participacija osoba sa intelektualnom ometenošću“, Beograd, 2012: 163-171.
- Essau C., Conradt J. Aggression bei Kindern und Jugendlichen. Munchen: Ernst Reinhardt Verlag, 2004.
- Pavlović M., Žunić-Pavlović V. & Glumbić N. Students' and Teachers' perceptions of aggressive behaviour in adolescents with intellectual disability and typically developing adolescents. Research in Developmental Disabilities 2013; 34 (11): 3789-3797.
- Crocker A.G., Mercier C., Lachapelle Y., Brune, A., Morin D., Roy M.E. Prevalence and types of aggressive behaviour among adults with intellectual disabilities. Journal of Intellectual Disability Research 2006, 50 (9): 652-661.
- Rojahn J., Zaja R. H., Turygin N., Moore L., van Ingen D. J. Functions of maladaptive behavior in intellectual and developmental disabilities: Behavior categories and topographies. Research in Developmental Disabilities 2012, 33 (6): 2020-2027.
- Infante, D. A., Rancer, A. S. Argumentativeness and verbal aggressiveness: A review of recent theory and research. Annals of the International Communication Association 1996, 19 (1): 319-352.
- Smits, D., De Boeck, P., Vansteelandt, K. The Inhibition of Verbally Aggressive Behaviour. European Journal of Personality 2004, 18 (7): 537-555.
- Archer, J. Sex differences in the development of aggression from early childhood to adulthood. In R. E. Tremblay, M. Boivin, & R. Peters, (Eds.), *Encyclopedia on Early Childhood Development* [online] (pp. 1-4). Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development and Strategic Knowledge Cluster on Early Child Development, 2012. Retrieved March 21, 2017 from: <http://www.child-encyclopedia.com/aggression/according-experts/sex-differences-development-aggression-early-childhood-adulthood>.
- Macuka, I. Uloga dječje percepcije roditeljskog ponašanja u objašnjenju internaliziranih i eksternaliziranih problema. Društvena istraživanja 2008, 17 (6): 1179-1202.
- Došen, A. Applying the developmental perspective in the psychiatric assessment and diagnosis of persons with intellectual disability; part II: Diagnosis. Journal of Intellectual Disability Research 2005, 49 (1): 1-8.
- Đurić- Zdravković, A., Japundža-Milislavljević, M. Neki bihevioralni problemi dece sa lakom intelektualnom ometenošću. Istraživanja u specijalnoj pedagogiji 2009, 493-504. Beograd: FASPER, CIDD.
- Matson, J.L., Kozlowski, A. M., Worley, J.A., Shoemaker, M. E., Sipes, M., Horovitz M. What is the evidence for environmental causes of challenging behaviors in persons with intellectual disabilities and autism spectrum disorders? Research in Developmental Disabilities 2010, 32 (2): 693-698.
- Farmer, C. A., Aman, M. G. Development of Children's Scale of Hostility and Aggression: Reactive/Proactive (C-SHARP). Research in Developmental Disabilities 2009, 30 (6): 1155-1167.
- Pavlović, M., Žunić-Pavlović, V., Glumbić, N. Povezanost stavova prema agresiji i agresivnog ponašanja kod adolescenata sa lakom intelektualnom ometenošću. Beogradska defektološka škola 2017, 23 (3): 9-23.
- Lagerspetz, K. M. J., Björkqvist, K., Peltonen, T. Is indirect aggression typical of females? Gender differences in aggressiveness in 11- to 12-year-old children. Aggressive Behavior 1988, 14 (6): 403-414.
- Onukwufor, J. Physical and verbal aggression among adolescent secondary school students in Rivers States of Nigeria. British Journal of Education 2014, 1 (2): 62-73.
- Đurišić, M. Istraživanja agresivnog ponašanja dece i mladih u Srbiji iz ugla istraživača: implikacije za buduća istraživanja. Beogradska defektološka škola 2015, 22 (2): 61-77.

UTICAJ ISKUSTVA U KONTAKTIMA I POZNAVANJA BONTONA NA STAVOVE PREMA OSOBAMA S INVALIDITETOM

THE INFLUENCE OF EXPERIENCE IN CONTACTS AND KNOWLEDGE ABOUT MANNERS IN COMMUNICATION ON ATTITUDES TOWARDS PEOPLE WITH DISABILITIES

Vesna BRATOVIĆIĆ¹, Senad MEHMEDINOVIĆ¹, Mirza ALJIĆ²

¹Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet

Univerzitetska 1, 75 000 Tuzla, Bosna i Hercegovina

²Centar za djecu i omladinu „Los Rosales“

Južni Logor bb, 88 000 Mostar, Bosna i Hercegovina

Originalan naučni rad
Original scientific article

SAŽETAK

Cilj istraživanja je bio utvrditi uticaj prethodnog iskustva učenika redovnih osnovnih škola i njihovih roditelja u kontaktima i poznavanja bontona na stavove prema osobama s invaliditetom. Istraživanje je obuhvatilo nastavnike osnovnih škola (N=32), učenike petog, osmog i devetog razreda (N= 113), te njihove roditelje (N=102). Za potrebe ispitivanja korišten je Upitnik za procjenu stavova prema osobama sa invaliditetom, kao i Upitnik o procjeni poznavanja bontona u komunikaciji sa osobama sa invaliditetom. Za provjeru postavljenog cilja istraživanja korišten je Spearman-ov koeficijent korelacije i regresijska analiza. Dobijeni rezultati pokazuju da osobe koje imaju više iskustva u kontaktima i bolje poznaju bonton u svakodnevnoj komunikaciji s osobama s invaliditetom, imaju i pozitivnije stavove prema ovim osobama.

Ključne riječi: bonton u komunikaciji, iskustva u kontaktima, učenici, osobe sa invaliditetom.

ABSTRACT

The aim of the research was to determine the influence of previous experience of children of elementary school and their parents in the contacts and knowledge about manners on attitudes towards people with disabilities. A research was carried on school teachers (N = 32), on students of the fifth, eighth and ninth grade (N = 113) and their parents (N = 102). For the purpose of research was used questionnaire to assess attitudes towards people with disabilities, as well as the questionnaire on the assessment of the knowledge of good manners in communication with persons with disabilities. For check aim of this research Spearman's rank correlation and regression analysis was used. The results show that people who have more experience in contacts and better knowledge about good manners in everyday communication with people with disabilities, have a more positive attitude towards these people.

Key words: manners in communication, experience in contacts, students, persons with disabilities.

UVOD

Najprihvatljivija i najčešće korištena definicija stava kaže da je to mentalno i neuralno stanje pripravnosti organizma kroz iskustvo, koje usmjeruje i utječe na reakcije pojedinca prema svim objektima i situacijama s kojima je povezan¹. Prema Schwarz i Bohner² stav se može definisati kao trajna organizacija motivacijskih, emocionalnih, perceptivnih i kognitivnih procesa u odnosu na neki aspekt svijeta pojedinca. Postoje dva teorijska pristupa u istraživanju stavova, funkcionalni i strukturalni. Funkcionalni pristup se bavi pitanjem koje funkcije stavovi imaju za pojedinca. Temelji se na ideji da stavovi pomažu osobi u posredovanju između unutrašnjih zahtjeva vlastitog ja i vanjskog svijeta, posebice materijalnih, društvenih i informacijskih aspekata. Strukturalni pristup se bavi problemom složenosti

ili strukture stava, tj. pitanjem šta je stav. Njime se pokušava odgonetnuti kakve su veze stava sa drugim ključnim pojmovima: uvjerenjima, vrijednostima, namjerama i ponašanjem³. Stavovi nisu urođeni, nego stečeni. Stiču se na osnovu iskustva bilo o neposrednom kontaktu s objektom stava, ili posredno u interakciji s okolinom⁴. Važni faktori u tom procesu su kulturni, roditeljski i grupni uticaj kao i osobine ličnosti pojedinca⁵. Stavovi prema osobama sa invaliditetom mijenjali su se sa odnosom društva prema ovim osobama. Promjene u savremenom društvu, naročito zadnjih tridesetak godina, poput svjetske globalizacije, ali i nove spoznaje u društvenim naukama o mogućnostima osoba s invaliditetom utjecale su na promjenu stavova prema osobama s invaliditetom i stvaranja novih uslova za poboljšanje njihovog položaja u društvu⁶. Svaka osoba je dio i produkt

svoje socijalne sredine, pa tako i osoba sa invaliditetom. Njeni obrasci odnosa sa ljudima, stavovi i ponašanja rezultat su njihovih harmoničnih i disharmoničnih odnosa sa članovima porodice, prijateljima, članovima zajednice, radnik kolegama, poslodavcima, partnerima itd. Tragično je, međutim, da su osobe sa invaliditetom manje hendikepirane radi sopstvenog invaliditeta, a više radi stavova društva. Osoba sa invaliditetom je, kao i svaka druga osoba, društveno biće. Ironija je, međutim, da osoba sa invaliditetom nije prihvaćena od strane društva kao ono što jeste. Društvo se u percepciji osobe sa invaliditetom fokusira na njene nemogućnosti i ograničenja, a ne na mogućnosti i potencijal. Stavovi o nekoj osobi ili pojavi formiraju se na osnovu iskustva bilo u neposrednom ili posrednom kontaktu sa objektom stava. Oni su relativno trajni i otporni na promjene, zato je neophodno stalno i sistematsko poticanje pozitivnih, a uklanjanje negativnih stavova⁷. Ako se gore navedeno stavi u kontekst stavova prema osobama sa invaliditetom, jasno je da postoji niz faktora na koje treba sistematski i kontinuirano djelovati, kako bi se u društvu promijenio obrazac mišljenja, osjećanja i ponašanja prema osobama sa invaliditetom. Neki od najvažnijih faktora u tom procesu su odgojno-obrazovni sistem, sa svim svojim ključnim akterima: nastavnicima, učenicima i roditeljima, same osobe sa invaliditetom i problem njihove „vidljivosti“ i proaktivnosti u društvenoj zajednici, te faktor lokalne zajednice u smislu zakonskih, objektivnih i subjektivnih pretpostavki za jednake mogućnosti osoba sa invaliditetom. Sistematski i kontinuirano djelovanje podrazumijeva takve akcije koje su usmjerene na društveno približavanje, otvaranje, upoznavanje i interakciju. Upravo nedovoljna upućenost u potrebe i mogućnosti osoba sa invaliditetom, nepoznavanje načina pružanja pomoći, te predrasude ili strah od susreta s nepoznatim, sputavaju ljude sa i bez invaliditeta da slobodno komuniciraju, traže i nude pomoć. U skladu s tim, cilj istraživanja je utvrditi uticaj prethodnog iskustva učenika redovnih osnovnih škola i njihovih roditelja u kontaktima i poznavanja bontona u svakodnevnoj komunikaciji na stavove prema osobama s invaliditetom.

METODE RADA

Uzorak ispitanika

Istraživanjem su obuhvaćeni nastavnici osnovnih škola: “J.U. osnovna škola Poljice” u Poljicu i “J.U. Osnovna Škola Mujaga Komadina” u Mostaru i u Centru za djecu i omladinu „Los Rosales“ Mostar (N=32). Također, istraživanjem

su obuhvaćeni učenici petog, osmog i devetog razreda iz škola “J.U. osnovna škola Poljice” u Poljicu i “J.U. Osnovna Škola Mujaga Komadina” u Mostaru (N=113), te njihovi roditelji (N=102).

Mjerni instrumenti

Za potrebe ispitivanja sačinjen je Upitnik za procjenu stavova prema osobama sa invaliditetom. Prilikom kreiranja instrumenta procjene korišten je multidimenzionalni pristup procjeni stavova prema osobama sa invaliditetom. Upitnik se sastoji od opšteg dijela i 24 tvrdnje podijeljene tri sekcije na koje treba odgovoriti zaokruživanjem broja od jedan do pet na skali Likertovog tipa (1 – u potpunosti se ne slažem; 2 – uglavnom se ne slažem; 3 – niti se slažem niti se ne slažem; 4 – uglavnom se slažem; 5 – u potpunosti se slažem).

Opšti dio sastoji se od pitanja kojima se trebaju dobiti sociodemografski podaci, podaci o iskustvu u komunikaciji sa osobama sa invaliditetom, te socijalnoj distanci prema osobama sa različitim vrstama invaliditeta.

U prvoj sekciji nalazi se afektivno-bihevioralna skala kojom se trebaju dobiti podaci o afektivnoj i bihevioralnoj komponenti stavova prema osobama sa invaliditetom u ispitivanom uzorku.

U drugoj sekciji nalazi se kognitivna skala kojom se trebaju dobiti podaci o kognitivnoj komponenti stavova prema osobama sa invaliditetom.

U trećoj sekciji nalazi se skala za ispitivanje poznavanja bontona u komunikaciji sa osobama sa invaliditetom. Upitnik o procjeni poznavanja bontona u komunikaciji sa osobama sa invaliditetom sačinjen je na osnovu „Bontona u svakodnevnoj komunikaciji s osobama s invaliditetom“ kreiran od strane Hrvatskog saveza udruga tjelesnih invalida (HSUTI).

Način provođenja ispitivanja

Istraživanje je sprovedeno u O.Š. „Poljice“, O.Š. „Mujaga Komadina“ u Mostaru i u Centru za djecu i omladinu „Los Rosales“ Mostar. Upitnici su prvo dati na uvid direktorima ustanova, nakon njihovog odobravanja sprovedeno je istraživanje. Svim učesnicima istraživanja objašnjeni su svrha i cilj istraživanja i pojmovi iz upitnika, te je naglašeno da je upitnik potpuno anonim i da treba iskreno da napišu i zaokruže ono što misle.

Nastavnicima su upitnici dati da ispune prije početka nastave. Učenici su upitnike ispunjavali na času odjeljske zajednice, roditelji su upitnike popunili na roditeljskim sastancima.

Metode obrade podataka

Izračunate su su mjere centralne tendencije i disperzije, frekvencije, Spearman-ov koeficijent korelacije s ciljem utvrđivanja povezanosti između primjenjenih varijabli, te Regresijska analiza s ciljem predviđanja uticaja između primjenjenih varijabli.

Podaci istraživanja su obrađeni u statističkom paketu SPSS 20. for Windows.

REZULTATI

Rezultati u tabeli 1 pokazuju da je istraživanjem obuhvaćen uzorak od 32 nastavnika, od čega je 68,8% ženskog, a 31,2% muškog spola. Najveći broj ispitanika (N=16) je dobi od 25-35 godina, dok je najmanji broj ispitanika dobi od 47 godina i

više. Ukupno je 10 ispitanika dobi od 36-46 godina. Rezultati hi kvadrat testa su pokazali da ne postoji značajna razlika između ispitanika u odnosu na spol i dob ($\chi^2 = 3,89$; $df = 2$; $p = 0,14$). U odnosu na godine staža, 59,4% nastavnika ima do 10 godina staža, 25% ima od 11-21 godina, dok 15,6% nastavnika ima preko 22 godine staža. U odnosu na iskustvo u kontaktima, 40,6% nastavnika osobe sa invaliditetom sreće svakodnevno, 34,4% često, 21,9% često, dok jedan nastavnik nikako ne sreće osobe sa invaliditetom. Svakodnevne kontakte sa osobama sa invaliditetom ostvaruje 31,3% nastavnika, 34,4% često ostvaruje, 25% ponekad, 6,3% rijetko i jedan nastavnik nikako ne ostvaruje kontakte sa osobama sa invaliditetom.

Tabela 1. Spol i dob nastavnika

Table 1. Gender and age (Teachers)

Spol		Dob			Ukupno
		25-35	36-46	47 i više	
Muški	N	7	3	0	10
	%	43.8%	30.0%	0.0%	31.2%
Ženski	N	9	7	6	22
	%	56.2%	70.0%	100.0%	68.8%
Ukupno	N	16	10	6	32
	%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

$\chi^2 = 3,89$; $df = 2$; $p = 0,14$

Rezultati u tabeli 2 pokazuju da je istraživanjem obuhvaćen uzorak od 113 učenika, od čega je 46% dječaka, a 54%% djevojčica. Najveći broj ispitanika (49) ide u peti razred, dok najmanji broj

(N=26) ide u deveti razred. Rezultati hi kvadrat testa su pokazali da ne postoji značajna razlika između ispitanika u odnosu na spol i razred ($\chi^2 = 3,28$; $df = 2$; $p = 0,19$).

Tabela 2. Spol i razred učenika

Table 2. Gender and grade (Students)

Spol		Razred			Ukupno
		V	VIII	IX	
Muški	N	29	16	16	61
	%	59.2%	42.1%	61.5%	54.0%
Ženski	N	20	22	10	52
	%	40.8%	57.9%	38.5%	46.0%
Ukupno	N	49	38	26	113
	%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

$\chi^2 = 3,28$; $df = 2$; $p = 0,19$

U odnosu na dobijene rezultate koji se odnose na poznavanje bontona prema osobama sa invaliditetom, visok je procent ispitanika (preko 70%) koji se uglavnom slažu i u potpunosti stažu sa tvrdnjom da su upoznati sa bontonom (tabela 3). Rezultati pokazuju da se 53,1% nastavnika iz ispitivanog uzorka u potpunosti ne slaže sa tvrdnjom da je pogrešno ponuditi pomoć osobi sa invaliditetom, a 43,9% se uglavnom ne slaže. Sa

tvrdnjom „Nije poželjno obraćati se direktno osobi sa invaliditetom ako je s njom prevodilac, roditelj, asistent“ ne slaže se 93,7% nastavnika. Da nije pristojno pitati osobu sa invaliditetom, sa kojom nismo bliski, o uzrocima i osobnim pitanjima o invaliditetu slaže se 40,6% nastavnika, a 28,1% nije sigurno.

Tabela 3. Poznavanje bontona u komunikaciji sa OSI (Nastavnici)
Table 3. Knowledge of manners in communication with PWD (Teachers)

Varijable		Niti se				U potpunosti se slažem
		U potpunosti se ne slažem	Uglavnom se ne slažem	slažem niti se ne slažem	Uglavnom se slažem	
UPOZN	f	4	3	1	11	13
	%	12.5	9.4	3.1	34.4	40.6
POGRE	f	17	14	1	-	-
	%	53.1	43.8	3.1	-	-
PRIGO	f	14	11	4	3	-
	%	43.8	34.4	12.5	9.4	-
PRILI	f	11	11	5	5	-
	%	34.4	34.4	15.6	15.6	-
NIJEP	f	17	13	1	-	1
	%	53.1	40.6	3.1	-	3.1
AKONE	f	12	17	2	1	-
	%	37.5	53.1	6.3	3.1	-
PRIDU	f	5	11	6	7	3
	%	15.6	34.4	18.8	21.9	9.4
AKOSI	f	-	8	4	12	8
	%	-	25.0	12.5	37.5	25.0
PRIRA	f	1	9	9	9	4
	%	3.1	28.1	28.1	28.1	12.5
NIPIT	f	3	7	9	12	1
	%	9.4	21.9	28.1	37.5	3.1
NINAS	f	4	2	7	7	12
	%	12.5	6.3	21.9	21.9	37.5
NIDOZ	f	3	12	9	5	-
	%	9.4	37.5	28.1	15.6	-

Legenda:UPOZN - Upoznat/a sam sa pravilima ponašanja prema osobama sa invaliditetom; POGRE - Pogrešno je ponuditi pomoć osobi sa invaliditetom; PRIGO - Prigodom upoznavanja s osobom koja ima umjetnu ili amputiranu ruku, treba izbjegavati rukovanje. PRILI - Prilikom razgovora sa osobom sa invaliditetom nije poželjno koristiti izraze kao što su „vidimo se“, „čujemo se“; NIJEP - Nije poželjno obraćati se direktno osobi sa invaliditetom ako je s njom prevodilac, roditelj, asistent; AKONE - Ako ne razumijem šta je osoba sa invaliditetom rekla, nepristojno je pitati da ponovi; PRIDU - Prilikom dužeg razgovora sa osobom u kolicima poželjno je da i ja sjedim; AKOSI - Ako osoba ima oštećenje sluha trebam govoriti polako i direktno prema njoj; PRIRA - Prilikom razgovora sa slijepom osobom treba je gledati u oči, iako znamo da nas ne vidi; NIPIT - Nije pristojno pitati osobu sa invaliditetom sa kojom nismo bliski o uzrocima i osobnim pitanjima o invaliditetu; NINAS - Nije pristojno naslanjati na invalidska kolica osobe sa invaliditetom; NIDOZ - Nije dozvoljeno milovati psa vodiča za slijepe osobe.

Rezultati u tabeli 4 pokazuju da je istraživanjem obuhvaćen uzorak od 102 roditelja, od čega je 57,8% majki, a 42,2% očeva. Najveći broj ispitanika (N=57) je dobi od 36-46 godina, gdje je gotovo srazmjernan procenat očeva i majki. Najmanji broj ispitanika (N=17) je dobi od 47 godina i više. Ukupno je 28 roditelja dobi od 25-35 godina. Rezultati hi kvadrat testa su pokazali da ne postoji značajna razlika između roditelja u odnosu na spol i dob ($\chi^2= 1,79$; $df= 2$; $p= 0,40$). Sa

Tabela 4. Spol i dob roditelja
Table 4. Gender and age of parents

Spol		Dob			Ukupno
		25-35	36-46	47 i više	
Muški	N	9	27	7	43
	%	32.1%	47.4%	41.2%	42.2%
Ženski	N	19	30	10	59
	%	67.9%	52.6%	58.8%	57.8%
Ukupno	N	28	57	17	102
	%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

$\chi^2= 1,79$; $df= 2$; $p= 0,40$

mjestom stanovanja u Mostaru je 55,9% roditelja i 44,1% sa mjestom stanovanja u Poljicu. U odnosu na stepen stručne spreme, 13,7% roditelja je niskokvalifikovanih, 84,3% je sa srednjom stručnom spremom i 2% roditelja je sa visokom stručnom spremom. Osobu sa invaliditetom u porodici ima 15 (14,7%) roditelja, te često i svakodnevno osobe sa invaliditetom sreće 11,8% i 14,7% roditelja.

Rezultati u tabeli 5 pokazuju da se većina roditelja uglavnom ili u potpunosti slaže da su upoznati sa pravilima ponašanja prema osobama sa invaliditetom (56,9%), a 23,5% nije sigurno. Većina roditelja se uglavnom ili u potpunosti ne slaže sa tvrdnjom da prilikom razgovora sa osobom sa invaliditetom nije poželjno koristiti izraze kao što su „vidimo se“, „čujemo se“ (46,1%), ali značajan procenat roditelja nije siguran (24,5%). Takođe, iako se većina roditelja ne slaže sa tvrdnjom da se nije poželjno obraćati osobi sa invaliditetom ako je u njenoj pratnji prevodilac, roditelj ili asistent (54,9%), značajan

broj ih nije ni sigurno u to (32,4%), 31,3% roditelja ne bi zamolilo osobu sa invaliditetom da ponovi, ako nisu sigurni šta je rekao-la, dok 18,6% nije sigurno. Prilikom dužeg razgovora sa osobom u kolicima ne bi sjelo 24,5% roditelja, dok 28,4% nije sigurno. U potpunosti se slaže 62,7% roditelja da nije pristojno nasalnjeti se na invalidska kolica osobe sa invaliditetom, te se 52% slaže da, ako osoba ima oštećenje sluha, treba govoriti polako i direktno prema njoj. Da nije dozvoljeno milovati psa vodiča za slijepe osobe uglavnom i u potpunosti zna 52% roditelja, a 31,4% nije sigurno.

Tabela 5. Poznavanje bontona u komunikaciji sa OSI (Roditelji)
Table 5. Knowledge of manners in communication with PWD (Parents)

Varijable		U potpunosti se ne slažem	Uglavnom se ne slažem	Niti se slažem niti se ne slažem		U potpunosti se slažem
				Uglavnom se slažem	Uglavnom se slažem	
UPOZN	f	13	7	24	32	26
	%	12.7	6.9	23.5	31.4	25.5
POGRE	f	79	11	7	3	2
	%	77.5	10.8	6.9	2.9	2.0
PRIGO	f	53	14	16	9	10
	%	52.0	13.7	15.7	8.8	9.8
PRILI	f	29	18	25	18	12
	%	28.4	17.6	24.5	17.6	11.8
NIJEP	f	32	24	33	7	6
	%	31.4	23.5	32.4	6.9	5.9
AKONE	f	28	23	19	19	13
	%	27.5	22.5	18.6	18.6	12.7
PRIDU	f	13	12	29	26	22
	%	12.7	11.8	28.4	25.5	21.6
AKOSI	f	7	3	6	33	53
	%	6.9	2.9	5.9	32.4	52.0
PRIRA	f	6	8	11	34	43
	%	5.9	7.8	10.8	33.3	42.2
NIPIT	f	9	9	15	41	28
	%	8.8	8.8	14.7	40.2	27.5
NINAS	f	4	5	9	20	64
	%	3.9	4.9	8.8	19.6	62.7
NIDOZ	f	10	7	32	26	27
	%	9.8	6.9	31.4	25.5	26.5

Legenda: UPOZN - Upoznat/a sam sa pravilima ponašanja prema osobama sa invaliditetom; POGRE - Pogrešno je ponuditi pomoć osobi sa invaliditetom; PRIGO - Prigodom upoznavanja s osobom koja ima umjetnu ili amputiranu ruku, treba izbjegavati rukovanje. PRILI – Prilikom razgovora sa osobom sa invaliditetom nije poželjno koristiti izraze kao što su „vidimo se“, „čujemo se“; NIJEP - Nije poželjno obraćati se direktno osobi sa invaliditetom ako je s njom prevodilac, roditelj, asistent.; AKONE - Ako ne razumijem šta je osoba sa invaliditetom rekla, nepristojno je pitati da ponovi.; PRIDU - Prilikom dužeg razgovora sa osobom u kolicima poželjno je da i ja sjedim; AKOSI - Ako osoba ima oštećenje sluha trebam govoriti polako i direktno prema njoj; PRIRA - Prilikom razgovora sa slijepom osobom treba je gledati u oči, iako znamo da nas ne vidi; NIPIT - Nije pristojno pitati osobu sa invaliditetom sa kojom nismo bliski o uzrocima i osobnim pitanjima o invaliditetu; NINAS - Nije pristojno nasalnjeti na invalidska kolica osobe sa invaliditetom; NIDOZ - Nije dozvoljeno milovati psa vodiča za slijepe osobe.

Rezultati u tabeli 6 pokazuju da se manje od polovine ispitivanih učenika (42,4%) uglavnom i u potpunosti slaže sa tvrdnjom da su upoznati sa pravilima ponašanja prema osobama sa invaliditetom. Većina učenika, (70,8%) u potpunosti

se ne slaže sa tvrdnjom da je pogrešno ponuditi pomoć osobi sa invaliditetom, te 35,4% učenika ne smatra da prilikom razgovora sa osobom koja ima amputiranu, treba izbjegavati rukovanje. Da prilikom razgovora sa osobama sa invaliditetom

treba izbjegavati izraze kao što su „vidimo se“ i „čujemo se“ slaže se 38% učenika, a 36% nije ih sigurno. Samo 31,1% učenika ne smatra da je nepristojno pitati osobu sa invaliditetom da ponovi šta je rekla, ako je nismo razumjeli, ostali se ili slažu ili nisu sigurni. Većina ispitanika (31,9%) nije sigurno kome se treba obraćati kada je u pratnji osobe sa invaliditetom lični pratilac ili

roditelj. 60,2% učenika smatra da nije pristojno naslanjati se na invalidska kolica, 50,4% smatra da ako osoba ima oštećenje sluha treba govoriti polako i direktno prema njoj, te 31,9% smatra da nije dozvoljeno milovati psa vodiča za slijepe osobe, ali 35,4% ispitanika nije sigurno u ovu tvrdnju.

Tabela 6. Poznavanje bontona u komunikaciji sa OSI (Učenici)
Table 6. Knowledge of manners in communication with PWD (Students)

Varijable		U potpunosti se ne slažem	Uglavnom se ne slažem	Niti se	Uglavnom se slažem	U potpunosti se slažem
				slažem niti se ne slažem		
UPOZN	f	15	19	31	30	18
	%	13.3	16.8	27.4	26.5	15.9
POGRE	f	80	17	6	4	6
	%	70.8	15.0	5.3	3.5	5.3
PRIGO	f	40	12	31	16	14
	%	35.4	10.6	27.4	14.2	12.4
PRILI	f	23	11	36	25	18
	%	20.4	9.7	31.9	22.1	15.9
NIJEP	f	31	13	39	22	8
	%	27.4	11.5	34.5	19.5	7.1
AKONE	f	12	22	32	26	21
	%	10.6	19.5	28.3	23.0	18.6
PRIDU	f	14	7	35	39	18
	%	12.4	6.2	31.0	34.5	15.9
AKOSI	f	3	2	16	35	57
	%	2.7	1.8	14.2	31.0	50.4
PRIRA	f	7	5	32	31	38
	%	6.2	4.4	28.3	27.4	33.6
NIPIT	f	1	14	34	31	33
	%	.9	12.4	30.1	27.4	29.2
NINAS	f	14	2	15	14	68
	%	12.4	1.8	13.3	12.4	60.2
NIDOZ	f	11	6	40	20	36
	%	9.7	5.3	35.4	17.7	31.9

Legenda:UPOZN - Upoznat/a sam sa pravilima ponašanja prema osobama sa invaliditetom; POGRE - Pogrešno je ponuditi pomoć osobi sa invaliditetom; PRIGO - Prigodom upoznavanja s osobom koja ima umjetnu ili amputiranu ruku, treba izbjegavati rukovanje. PRILI - Prilikom razgovora sa osobom sa invaliditetom nije poželjno koristiti izraze kao što su „vidimo se“, „čujemo se“; NIJEP - Nije poželjno obraćati se direktno osobi sa invaliditetom ako je s njom prevodilac, roditelj, asistent.; AKONE - Ako ne razumijem šta je osoba sa invaliditetom rekla, nepristojno je pitati da ponovi.; PRIDU - Prilikom dužeg razgovora sa osobom u kolicima poželjno je da i ja sjedim; AKOSI - Ako osoba ima oštećenje sluha trebam govoriti polako i direktno prema njoj; PRIRA - Prilikom razgovora sa slijepom osobom treba je gledati u oči, iako znamo da nas ne vidi; NIPIT - Nije pristojno pitati osobu sa invaliditetom sa kojom nismo bliski o uzrocima i osobnim pitanjima o invaliditetu; NINAS - Nije pristojno naslanjati na invalidska kolica osobe sa invaliditetom; NIDOZ - Nije dozvoljeno milovati psa vodiča za slijepe osobe.

S ciljem utvrđivanja povezanosti iskustva u kontaktima i stavova prema osobama sa invaliditetom primijenjen je Spearmanov koeficijent korelacije (tabela 7). Obzirom da su se u istraživanju stavovi mjerili afektivno bihevioralnom skalom koja se sastoji iz pet varijabli procjene i kognitivnom skalom

sastavljenom iz sedam varijabli procjene izvršila se transformacija pojedinačnih varijabli u intervalnu skalu. Ukupan rezultat za afektivno bihevioralnu skalu se kreću u rasponu od 5-25, dok se za kognitivnu skalu kreće u rasponu od 7-35, stim da manji rezultati ukazuju na pozitivnije stavove prema osobama sa invaliditetom.

Tabela 7. Rezultati korelacijske analize

Table 7. Results of correlation analysis

Varijable	Iskustvo u kontaktima	Afektivno-bihevioralna skala	Kognitivna skala
Iskustvo u kontaktima	1	-0.31**	-0.23**
Afektivno-bihevioralna skala	-0.31**	1	0.61**
Kognitivna skala	-0.23**	0.61**	1

Dobijeni rezultati u tabeli 7 pokazuju da na nivou statističke značajnosti 0,01 postoji povezanost iskustva u kontaktima i rezultata na afektivno-bihevioralnoj skali, te da na nivou statističke značajnosti 0,01 postoji neznatna povezanost sa rezultatima na kognitivnoj skali. Obzirom da rezultati imaju negativan predznak (pozitivniji stavovi), ovi rezultati se mogu protumačiti na način da osobe koje imaju više iskustva u kontaktima,

imaju i pozitivne stavove prema osobama sa invaliditetom.

S ciljem utvrđivanja dinamičkih odnosa između varijabli, odnosno uticaja poznavanja bontona na stavove prema osobama sa invaliditetom, primijenjena je regresijska analiza. Prediktorsku varijablu čine ukupni rezultati na upitniku o poznavanju bontona, dok kriterijske varijable čine rezultati na kognitivnoj i afektivno bihevioralnoj skali (tabela 8).

Tabela 8. Rezultati beta koeficijenta

Table 8. Results of beta coefficient

Model	Nestandardizovani koeficijent		Standardizovani Koeficijent	t	p
	B	SG	Beta		
Bonton	.31 ^a	.05	0.37	6.29	0.00
	0.2 ^b	0.04	0,32	5.29	0.00

a). Kognitivna skala; F= 39,57; p=0,00; r= 0,37; r²= 0,13

b). Afektivno-bihevioralna F= 28,07; p=0,00; r= 0,32; r²= 0,10

U tabeli 8 prikazani su rezultati beta koeficijenta koji pokazuje koliko prediktorska varijabla determiniše kriterijsku. Također, iz tabele se može uočiti da koeficijent korelacije iznosi 0,37 a korigovani koeficijent iznosi 0,13 odnosno 13% varijanse zavisne, kriterijske varijable (kognitivna skala) može se objasniti pod uticajem poznavanja bontona. U odnosu na afektivno bihevioralnu

skalu, koeficijent korelacije iznosi 0,32, dok se 10% varijanse afektivno bihevioralne skale može objasniti pod uticajem poznavanja bontona. Na osnovu dobijenih rezultata beta koeficijenta, može se zaključiti da *postoji statistički značajan uticaj poznavanja bontona na stavove prema osoba sa invaliditetom*

DISKUSIJA

Već više decenija rezultati istraživanja pokazuju da osobe bez invaliditeta izbjegavaju kontakt sa osobama sa invaliditetom zato što nisu sigurni kako da se ponašaju u njihovom prisustvu⁸. Istraživanja sprovedena u Kanadi i Njemačkoj ukazuju da mladi ljudi koji su imali kontakte sa osobama sa invaliditetom u formativnim periodima života, kao što je adolescencija, imaju generalno i bolje stavove prema inkluziji, u odnosu na student koji nisu imali takve kontakte^{9,10}. Dragojević, Milačić-Vidojević i Hanak¹¹ na uzorku od 2331 ispitanika oba spola primijenile su revidiranu Multidimenzionalnu skalu procjene stavova u Srbiji. Rezultati pokazuju da ispitanici ispoljavaju pretežno pozitivne stavove prema osobama sa invaliditetom. U reagovanju među muškim i ženskim ispitanicima pojavljuju se razlike, pri

čemu ženski ispitanici pokazuju manje jasno negativne emocije i više pozitivnih misli i ponašanja približavanja osobama sa invaliditetom. Rezultati također pokazuju da na kvalitet stava prema osobama sa invaliditetom utječe i prethodni kontakt sa osobama sa invaliditetom, odnosno, osobe koje imaju iskustva u kontaktima sa osobama sa invaliditetom izražavaju pozitivnije misli i ponašanja približavanja u odnosu na one koje to iskustvo nemaju. Istraživanja koja su sprovedena u svrhu utvrđivanja uticaja starosti i broja kontakata sa osobama sa invaliditetom uglavnom su potvrdila da starije osobe, sa većim brojem kontakata imaju i pozitivnije stavove prema osobama sa invaliditetom^{12,13,14,15,16,17}. S obzirom da su u istraživanjima varijable starost i broj kontakata ostvarile visoku povezanost, čini se da

veći broj kontakata i veće iskustvo, sami po sebi podrazumjevaju i veću mogućnost razvoja svijesti o prihvatljivijim stavovima, a samim tim i više šansi za ostvarivanje kontakata sa osobama sa invaliditetom. Yazbeck, McVilly i Parmenter¹⁸ su utvrdili da mlađe osobe, sa višim stepenom obrazovanja i više kontakata sa osobama sa intelektualnim teškoćama imaju pozitivnije stavove prema ovim osobama i inkluziji. Isti autori identificirali su tri najčešće vrste stavova prema osobama sa invaliditetom, jedan orjentiran ka inkluziji i dva orjentirana ka isključivanju. Inkluzivni stav podrazumijevao je spremnost prihvatanja osoba sa invaliditetom kao "klijenata, komšija i prijatelja"

Ovaj stav pokriva širok spektar međusobnih odnosa kao što su zaposlenik/poslodavac,

ZAKLJUČAK

U ovom radu su predstavljeni stavovi nekih od ključnih aktera inkluzije, a to su nastavnici, učenici tipičnog razvoja i njihovi roditelji. Zbog svjesnosti činjenice da učenici s posebnim potrebama u uslovima inkluzije najviše vremena provode sa svojim vršnjacima, jedna od namjera ovog rada bila je ispitati kakvi su stavovi kod učenika tipičnog razvoja prema osobama sa invaliditetom. Takođe, cilj ovog rada je bio ispitati i stavove roditelja učenika tipičnog razvoja prema osobama sa invaliditetom, s obzirom da se stavovi uče, a u tom procesu jednu od najvažnijih uloga ima porodica, u prvom redu roditelji. Takođe, ovim istraživanjem su obuhvaćeni i učitelji i nastavnici, koji su direktno uključeni u proces razvoja inkluzivnih škola i, posredno, u stvaranje inkluzivnog društva. Dobijeni rezultati pokazuju da osobe koje imaju više iskustva u kontaktima i bolje poznaju bonton u svakodnevnoj komunikaciji s osobama s invaliditetom, imaju i pozitivnije stavove prema ovim osobama. Na osnovu rezultata istraživanja, u cilju unapređenja i promicanja pozitivnih stavova prema osobama sa invaliditetom, a time i njihove socijalne prihvaćenosti u društvo potrebno je, na individualnoj razini, sistemskim informisanjem i neposrednim iskustvom, odgojem i obrazovanjem od najranijeg djetinstva (porodici, vrtiću) uticati na formiranje svijesti o ravnopravnosti i različitosti među ljudima. Pri tome je takođe jako važno pronaći način da se djeci i članovima porodice

nastavnik/učenik. Jedan od stavova orjentiranih ka isključivanju podrazumijevao je nedovoljnu svijest o osobama sa invaliditetom, njihovom postojanju, teškoćama sa kojima se sreću, željama i ambicijama i njihovom životu uopšte, na primjer, pitanju roditeljstva. Drugi, možda opasniji negativan stav odnosio se na nelagodnost prema "drugacijem", prema različitosti koju podrazumijeva invalidnost. Ovakav stav može biti uzrok neprijateljstvu, izbjegavanju i diskriminaciji, otvorenoj ili prikrivenoj. Nedovoljna upućenost u upućenost u potrebe i mogućnosti osoba sa invaliditetom, nepoznavanje načina pružanja pomoći, te predrasude ili strah od susreta s nepoznatim, sputavaju ljude da slobodno komuniciraju i nude pomoć osobama sa invaliditetom.

pruži mogućnost da svjedoče sposobnostima i mogućnostima osoba sa invaliditetom. Na školskoj razini potrebno je provoditi inicijative usmjerene na stvaranje školske kulture koja potiče učenje i razumijevanje za sve učenike kroz strukturu suradničkog učenja, a ne da ohrabruje socijalnu usporedbu i natjecanje među njima. Takođe, potrebno je provoditi inicijative za podizanje svijesti učitelja o pružanju pozitivne podrške učenicima s posebnim potrebama. Na razini lokalne zajednice potrebno je raditi na uspostavljenju centara za podršku roditeljima djece s posebnim potrebama, te pokretanju različitih oblika druženja i integrativnih programa kojima bi se kod djece, njihovih roditelja i šire javnosti otklonilo neznanje, nelagoda od nepoznatog i osjećaj straha i nesigurnosti, te povećala mogućnost kontakata sa osobama sa invaliditetom. Takvi bi susreti, ukoliko su dobrovoljni, ugodni, planirani, strukturirani i učestali, doveli do prihvaćenosti osoba sa invaliditetom kao ravnopravnih članova društva. Pored iskustva u kontaktima, potrebno je, kroz formalne i neformalne oblike odgoja i obrazovanja, medije, društvene akcije i kampanje upoznati širu javnost o bontonu u komunikaciji sa osobama sa invaliditetom.

LITERATURA

1. Rimac, I. Osnove psihologijske odredice formiranja političkih preferencija. Doktorska disertacija. Filozofski fakultet: Sveučilište u Zagrebu, 1999.
2. Schwarz, N., Bohner, G. The Constuction of Attitudes. Retrieved 19.2.2016. from https://dornsife.usc.edu/assets/sites/780/docs/schwarz__bohner_attitude-construction-ms.pdf
3. Pennington, D. C. Osnove socijalne sociologije. Jastebarsko: Naklada Slap, 2008.
4. Petz, B. Psihologijski rječnik. Zagreb: Prosvjeta, 1992.
5. Drakula, D. Primjena teorija različite akcije u predikaciji zalaganja za esperanto. Diplomski rad. Filozofski fakultet, odsjek za psihologiju: Sveučilište u Zagrebu., 2003.
6. Najman Hižman, E., Leutar Z. i Kancijan S. Stavovi građana prema osobama s invaliditetom u hrvatskoj u usporedbi s europskom unijom. Socijalna ekologija, 2008; Vol. 17 No. 1: 71-92.
7. Dinčić, J. Osobine ličnosti, socijalna distanca prema deci sa smetnjama i teškoćama u razvoju i procena samoeфикаsnosti nastavnika u inkluzivnoj praksi. Master rad. Filozofski fakultet: Univerzitet u Nišu, 2013.
8. Thompson T. "You can't play Marbles – You have a Wooden Hand". *Communication with the Handicapped*, 1982; 30: 108 – 15.
9. Krahé B. i Altwasser C. Changing negative attitudes towards persons with physical disability: an experimental intervention. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 2006; 16: 59–69.
10. Ouellette-Kuntz H, Burge P, Brown HK i Arsenaault E. Public Attitudes Towards Individuals with Intellectual Disabilities as Measured by the Concept of Social Distance. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 2010; 23: 132–142.
11. Dragojević, N., Milačić- Vidojević, I. i Hanak, N. Struktura i korelati socijalnih stavova prema osobama sa teškoćama sa telesnom ometenošću. Tematski zbornik radova: Specijalna edukacija i rehabilitacija- nauka i/ili praksa, Sombor, 2010.
12. Ingstad B., Whyte S. *Disability and Culture*. Berkeley: University of California Press, 1995.
13. Heyer K. From Special Needs to Equal Rights: Japanese Disability Law. *Asian Pacific Law & Policy Journal*, 2000; 1(1): 1-21.
14. Beckwith J.B., Matthews J.M. Measurement of Attitudes of Trainee Professionals to People with Disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 1995; 39(4): 255-62.
15. Brigham J.C.; Malpass, R.S. The Role of Experience and Contact in the Recognition of Faces in Own- and Other-Race Persons. *Journal of Social Issues*, 1985; 41: 139-55.
16. Altman, B.M. Studies of Attitudes toward the Handicapped: The Need for a New Direction. *Social Problems*, 1981; 28: 321-37.
17. Pfeiffer, D., Sam A.A., Guinan, M., Ratliff, K.T., Robinson, N.B. & Stodden, N.J. Attitudes Toward Disability in the Helping Professions. *Disability Studies Quarterly*, 2003; [23\(2\)](#): 132-149.
18. Yazbeck M., McVilly K., Parmenter. T. Attitudes towards people with intellectual disability. *Journal of Disability Policy Studies*, 2004; 15 (2): 97– 111.

ISTRAŽIVANJE KVALITETA USLUGA ZA DJECU I MLADE S POSEBNIM POTREBAMA

QUALITY REVIEW OF SERVICES FOR CHILDREN AND YOUNG WITH SPECIAL NEEDS

Meldina UGARAK, Ibrahim INAL

JU Centar za djecu i odrasle osobe s posebnim potrebama ZDK
Saliha Cakana Mulalića br.5, 72000 Zenica, Bosna i Hercegovina

Originalan naučni rad
Original scientific article

SAŽETAK

Utjecaj kvalitete usluga za djecu i mlade s posebnim potrebama ima cilj istražiti da li su mladi zadovoljni uvjetima koje ima pruža JU Centar za djecu i odrasle osobe s posebnim potrebama Zeničko-dobojskog kantona. Kvaliteta usluga u zdravstvu je sve češće predmet različitih istraživanja. Posebno mjesto u takvim istraživanjima zauzima mjerenje kvalitete zdravstvenih usluga, pri čemu važnu ulogu ima određivanje načina na koji ih percipiraju korisnici. Rad je posvećen razmatranju problematike koncepta kvalitete zdravstvenih usluga, te istraživanju modela i metoda za mjerenje kvalitete zdravstvenih usluga.

Cljučne riječi: djeca, mladi, posebne potrebe, kvaliteta, usluge.

ABSTRACT

The impact of quality services for children and young people with special needs aims to explore whether young people are satisfied with the conditions provided by the JU Center for Children and Adults with Special Needs of the Zenica-Doboj Canton. The quality of health care services is increasingly the subject of different research. A special place in such surveys is the measurement of the quality of health services, with an important role determining the way users perceive them. The paper is devoted to addressing the issues of the concept of quality of health services and the research of models and methods for measuring the quality of health services.

Key word: children, young people, special needs, quality, services.

UVOD

Dosadašnja istraživanja pokazala su da je većina ispitanika koristila usluge ustanove za djecu i mlade s posebnim potrebama. Veliki broj konzumira usluge koja mogu u nekim slučajevima biti loše, na primjer, prvo mjesto zauzimaju loša komunikacija, broj termina i oprema. Zatim se pokazalo, da daleko više, roditelji nisu dovoljno informisani. Cilj ovog rada je utvrditi mehanizme kvalitete usluga za djecu i mlade s posebnim potrebama u tri centra za djecu i odrasle osobe sa posebnim potrebama.

METODE ISTRAŽIVANJA

Uzorak ispitanika

Uzorak ispitanika u ovom radu sačinjava 100 ispitanika, u tri centra. Subuzorak roditelja od 50 žena, i subuzorak od 50 muškarca. Unutar jednog subuzorka od 50 muškaraca imamo 25 ispitanika koji su veoma informisani, i 25 ne dovoljno

informisanih. Tako važi i za žene. Starosna dob svih ispitanika iznosila je od 30 pa do 50 godina.

Uzorak varijabli

Sastojao se iz:

- starosna dob;
- znanje o uslugama za djecu i mlade s posebnim potrebama;
- korištenje usluga izvan ustanove;
- djelovanje loše komunikacije.

Opis eksperimenta

Eksperiment se sastojao od dvije faze.

U prvoj fazi prikupljeni su podaci kroz primjenu predhodno postavljenog upitnika. Ispitanici su ispunjavali upitnik prilikom jednog od svojih dolazaka u dnevne centre i odjeljenja za rano podsticanje razvoja i ranu intervenciju za djecu s posebnim potrebama. Objašnjena im je svrha

Istraživanja i zaštita njihovog identiteta. Upitnik je bio potpuno anoniman.

U drugoj fazi podaci su uneseni u statističku tabelu te su obrađeni. Potom je slijedila interpretacija rezultata.

REZULTATI I DISKUSIJA

Rezultati i analize dobijeni kroz ovo istraživanje putem anketnog upitnika, radi bolje preglednosti i lakše interpretacije predstavljeni su tabelarno i

grafički. Korišteni su anonimni upitnici na osnovu istraživanja prethodnih autora¹⁻⁶ čiji su rezultati inicirali da se uradi ovo istraživanje u Bosni i Hercegovini.

U Tabeli 1. prikazani su svi ispitanici, 50 muškaraca, od toga 25 informisanih i 25 neinformisanih, također važi i za žene. Opis, analiza i objašnjenje poslovnog uspjeha, praćeni teoretskim aspektom, predstavljaju jednu od domena strateškog istraživanja menadžmenta.

Tabela 1. Distribucija ispitanika prema spolu i nivou informisanosti

Table 1. Distribution of respondents according to gender and level of awerness

Spol	Muškarci informisani	Muškarci neinformisani	Žene informisani	Žene neinformisani
Ukupan broj	25	25	25	25
%	25%	25%	25%	25%

U Tabeli 2. najviše ispitanika muškog spola je odgovorilo da su informisani, dok su ispitanici

ženskog spola odgovorili da nisu dovoljno informisani o uslugama.

Tabela 2. Usluge za djecu i mlade sa posebnim potrebama

Table 2. Services for children and youth with special needs

Koliko godina koriste usluge	Muškarci informisani		Muškarci neinformisani		Žene informisani		Žene neinformisani	
4 god	16	32%	11	22%	9	18%	9	18%
3 god	0	0%	11	22%	15	30%	12	24%
2 god	9	18%	3	6%	1	2%	4	8%
Ukupno	25	50%	25	50%	25	50%	25	50%

U tabeli 3 prikazani su podaci o informisanosti i korištenju uslugama izvan ustanove.

Tabela 3. Usluge izvan ustanove

Table 3. Services unrelated to the institution

Da li koristite usluge izvan ustanove?	Muškarci informisani		Muškarci neinformisani		Žene informisani		Žene neinformisani	
Ne	10	20%	23	46%	13	26%	19	38%
Jednom na dan	0	0%	1	2%	0	0%	0	0%
Jednom u sedmici	15	30%	1	2%	12	24%	6	12%
Ukupno	25	50%	25	50%	25	50%	25	50%

Rezultati u Tabeli 4. pokazuju da informisani ispitanici muškog spola imaju bolju komunikaciju sa zaposlenicima ustanove, od neinformisanih roditelja muškog spola. Istovremeno 20% informisanih ispitanika ženskog spola nemaju lošu komunikaciju, a 30% informisanih ima, a nijedna neinformisana ispitanica nema lošu komunikaciju sa uposlenicima ustanove (50%).

Tabela 4. Komunikacija sa osobljem
Table 4. Communication with staff

Da li imate lošu komunikaciju sa uposlenicima ustanove?	Muškarci informisani		Muškarci neinformisani		Žene informisani		Žene neinformisani	
Ne	20	40%	15	30%	10	20%	25	50%
Da	5	10%	10	20%	15	30%	0	0%
Ukupno	25	50%	25	50%	25	50%	25	50%

Rezultati ankete prikazani u tabeli 5 pokazuju da korisnici usluga u ustanovu nisu upućivani od strane pedijatara.

Tabela 5. Upućivanje u ustanovu
Table 5. Initiation to institution

Da li ste upućeni od strane pediatra u ustanovu	Muškarci informisani		Muškarci neinformisani		Žene informisani		Žene neinformisani	
Da	0	0%	0	0%	0	0%	10	20%
Ne	25	50%	20	40%	10	20%	15	30%
Ponekad	0	0%	5	10%	15	30%	0	0%
Ukupno	25	50%	50	50%	50	50%	25	50%

Rezultati anketiranja prikazani u tabeli 6 pokazuju da korisnici, u najvećem procentu, nisu upoznati ili su slabo upoznati sa radom ustanove.

Tabela 6. Zadovoljstvo uslugama ustanove
Table 6. Satisfaction with service of institution

Da li ste zadovoljni radom u Dnevnom centru ?	Muškarci informisani		Muškarci neinformisani		Žene informisani		Žene neinformisani	
Ne poznajem	9	18%	6	12%	3	6%	10	12%
Slabo	4	8%	12	24%	4	8%	3	6%
Srednje	3	6%	1	2%	6	12%	2	4%
Dobro	6	12%	1	2%	3	6%	5	10%
Odlično	3	6%	11	22%	9	18%	5	10%
Ukupno	25	50%	25	50%	25	50%	25	50%

U tabeli 7, korisnici su naveli da usluge koriste najviše zbor poboljšanja zdravlja.

Tabela 7. Razlozi korištenja usluga

Table 7. Reasons of using the service

Zbog čega koristite usluge ?	Muškarci informisani		Muškarci neinformisani		Žene informisani		Žene neinformisani	
Zbog poboljšanja zdravlja	12	24%	15	30%	20	40%	15	30%
Zbog redovnih potreba	3	6%	5	10%	2	4%	10	20%
Zbog igraonice	10	20%	5	10%	3	6%	0	0%
Ukupno	25	50%	25	50%	25	50%	25	50%

ZAKLJUČAK

Ukupan društveni položaj korisnika s posebnim potrebama Zeničko-dobojskog kantona znatno se promijenio u odnosu na osamdesete godine prošlog stoljeća, pri čemu se u većini važnih segmenata pogoršao, a o tome svjedoči porast nezaposlenosti te opadanje kvalitete svakodnevnog života. Zbog toga postaje evidentno da je nužna promišljena društvena intervencija kako bi se promijenio njihov društveni status. Zajednica bi trebala mobilizirati sve svoje resurse u svrhu ostvarivanja uslova u kojima će se djeca s posebnim potrebama zdravo i pozitivno razvijati i ostvarivati svoje potrebe zahvaljujući podršci okruženja u kojem se nalaze i svakodnevno obitavaju. Za to je bilo potrebno istražiti stavove i razmišljanja roditelja i stručnih osoba u Centru za djecu i odrasle osobe s posebnim potrebama Zeničko-dobojskom kantonu. Analizom dobivenih rezultata od 100 ispitanika, utvrđeno je da roditelji nisu zadovoljni kvalitetom usluga, a da rad stručnih lica (defektolozi, logopedi, edukatori-rehabilitatori i psiholozi) utječe već postojeća praksa koja određuje trenutna kvaliteta života mjesta, kao i to da roditelji nemaju dovoljno motivacije za uključivanjem u procese kvaliteta rada iste ustanove, mora im se pružiti prilika da govore i djeluje u području stvari i zbivanja koja ih interesiraju ili koja utječu na njihove živote. Time su transformacijski procesi takođe procesi kulturne transformacije i procesi socijalizacije, ako se nekada homogeni ekspertni otoci trebaju

procesualno povezati i ako se polja kompetencija nanovo definiraju. Kao refleks na konkurencijsku i ekološku kompleksnost, u zdravstvu nastaju inovativne organizacijske i koordinacijske forme, koje, po uzoru na visoko kompetentne referentne branše, favoriziraju mrežno povezivanje nasuprot monolitnom polazištu utemeljenom na upravljanju. Tako klinika, zdravstvena ustanova ili rehabilitacioni centar-ustanova koja pruža maksimalnu brigu i njegu, odnosno holding klinika, ovim modelom dobija ulogu fokalnog preduzeća, koje preuzima upravljanje mrežom i preuzima važnu funkciju predvodika. Ovaj model je vođen ekonomskom logikom optimalnog korištenja kompetencija na području brige i njege. Shodno ovome, trivijalni i lagani slučajevi koji zahtijevaju brigu i njegu tretiraju se već na periferiji mreže (npr. kućni ljekar, medicinski centar za njegu, poliklinika), dok se oni koji imaju karakter težih slučajeva dalje prosljeđuju na odgovarajuće više nivoe kompetentnosti. Tako će na periferiji mreže biti obavljena samo diferencijalna dijagnoza, da bi se tehnološki intenzivna terapija po potrebi dala provesti u specijaliziranoj mrežnoj bolnici. Na ovaj način se sprječava da se na periferiji na raspolaganje stavlja specijalna medicinska oprema, odnosno da se terapijom tretiraju kompleksne dijagnoze za koje ne postoje dovoljne kompetencije.

LITERATURA

1. Bratković D. Čimbenici kvalitete življenja osoba s intelektualnim teškoćama. Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet Sveučilišta u Zagrebu. Zagreb, 2007.
2. Topoljak A., Kendić S., Salihagić A. Zdravstveni menadžment. Visoka zdravstvena škola u Bihaću. Bihać, 2015.
3. World Health Organization. Healthy Aging: Adults with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* 2001; 14: 256-275.
4. Whitaker S., Read S. The Prevalence of Psychiatric Disorders among People with Intellectual Disabilities: An Analysis of the Literature. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* 2006; 19: 330-345.
5. Baum N. The Multifocal approach and Quality – of – Life Content in the Treatment of People With Dual Diagnosis. U: Keith, K.D., Schalock, R.L. (Ed.): *Cross – Cultural Perspectives on Quality of Life* (93-103). Washington DC: American Association on Mental Retardation. Bigelow, 2000.
6. Brodsky D.A., Stewart G., Olson, L.M. The concept and measurement of quality of life as a dependent variable in evaluation of mental health services. U: *Innovative Approaches to Mental Health Evaluation*. New York: Academic Press, 1982.

HITNA MEDICINSKA POMOĆ IZMEĐU POTREBA I MOGUĆNOSTI U BOSNI I HERCEGOVINI

EMERGENCY MEDICAL SERVICES BETWEEN NEEDS AND POSSIBILITIES IN BOSNIA AND HERZEGOVINA

Hajriz ALIHODŽIĆ^{1,2}, Devleta HADŽIĆ³

¹Služba hitne medicinske pomoći, Javna zdravstveno nastavna ustanova Dom zdravlja „Dr Mustafa Šehović“ Tuzla, Bosna i Hercegovina

²Medicinsku fakultet Univerziteta u Tuzli, Tuzla, Bosna i Hercegovina

³Klinika za dječije bolesti, Univerzitetski klinički centar Tuzla, Bosna i Hercegovina

Originalan naučni rad
Original scientific article

Apstrakt

Hitna medicinska pomoć u Bosni i Hercegovini je dio izvanbolničke zdravstvene zaštite u okviru domova zdravlja, osim Sarajevskog kantona gdje funkcioniše kao zavod. Cilj: Dokazati da se sadašnjom organizacijom ne ispunjavaju osnovni principi optimalnog pružanja hitne medicinske pomoći: jednakost, dostupnost, efikasnost i opremljenost. Metode: Statističkim podacima o mjestima saobraćajnih nesreća, broju poginulih i povrijeđenih prikazati dostupnost na tim saobraćajnicama kompletne ekipe hitne medicinske pomoći sa adekvatnom opremom 24 sata i tokom cijele godine. Rezultati: Magistralne, regionalne i lokalne ceste su mjesta sa 82% poginulih. Od Zenice do Maglaja 38 osoba je poginulo u periodu 2009-2013, Doboj -Lukavac 32 ljudi, Jablanica - Mostar 25 osoba, Bugojno - Gornji Vakuf i Bosanska Krupa - Bosanska Otoka 17 osoba. U Sarajevskom kantonu, područjima općina Tuzla, Mostar, Zenica i Banjaluka putni pravci su pokriveni kontinuiranom ali ipak nedovoljno kvalitetnom hitnom medicinskom pomoći. Manje od 24% stanovništva na području Bosne i Hercegovine ima dostupnu hitnu medicinsku pomoć, 24 sata, na terenu i mjestu nesreće. Zaključak: Princip dostupnosti hitne medicinske pomoći 10 minuta unutar urbanih područja i 20 minuta na ruralnom području je cilj koji u Bosni Hercegovini bez temeljite reforme i reorganizacije teško postići.

Ključne riječi: prometne nesreće, hitna medicinska pomoć, Bosna i Hercegovina

Abstract

Emergency medical services in Bosnia and Herzegovina is part of out-hospital health care within health centers, except the Sarajevo Canton where it functions as an institution. Objective: Prove that the current organization does not meet the basic principles of the optimal delivery of emergency medical assistance: equality, availability, efficiency and equipment. Methods: Statistical data on traffic accidents, number of killed and injured show the availability of this complete emergency medical service team with adequate equipment 24 hours and throughout the year. Results: Magistral, regional and local roads are places with 82% of those killed. From Zenica to Maglaj died 38 persons from 2009 to 2013, Doboj-Lukavac 32 persons, Jablanica-Mostar 25 persons, Bugojno-Gornji Vakuf and Bosanska Krupa-Bosanska Otoka 17 persons. In the canton of Sarajevo, the areas of Tuzla, Mostar, Zenica and Banja Luka are covered by continuous but still insufficient quality of emergency medical services. Less than 24% of the population in Bosnia and Herzegovina has emergency medical services available 24 hours, on the ground and on the scene of an accident. Conclusion: The principle of emergency medical assistance 10 minutes within urban areas and 20 minutes in rural areas is a goal that is difficult to achieve in Bosnia and Herzegovina without thorough reform and reorganization.

Key words: traffic accidents, emergency medical services, Bosnia and Herzegovina

UVOD

Hitna medicinska pomoć je nezamjenljiv i poseban vid izvanbolničke zdravstvene zaštite. Glavno obilježje je izvanbolničko djelovanje s ciljem pružanja neophodne i neodgodive medicinske pomoći koja ako izostane dolazi do narušavanja zdravlja, trajnog oštećenja ili čak gubitka života bolesnika. Hitna medicinska pomoć u Bosni Hercegovini je dio primarne zdravstvene zaštite organizovane u okviru Domova zdravlja koji funkcionišu na određenim općinskim područjima^{1,2,3}. Zavod za hitnu medicinsku pomoć kantona Sarajevo je

samostalna ustanova. Bosna i Hercegovina kao država sa dva entiteta Federacija Bosne i Hercegovine i Republika Srpska i Brčko distriktom nema zajednički zakon o zdravstvenoj zaštiti, nema ministarstvo zdravstva niti koordinaciju za funkcionisanje hitne medicinske pomoći na državnom nivou. Stopa smrtnosti u saobraćaju u BiH je za oko tri puta veća nego u zemljama zapadne Evrope samo u Federaciji BiH godišnje u prosjeku je 250 poginulih i više od 6.800 povrijeđenih sa gubitkom više od 400 miliona eura godišnje odnosno više od 5,8% svog godišnjeg BDP-a⁴.

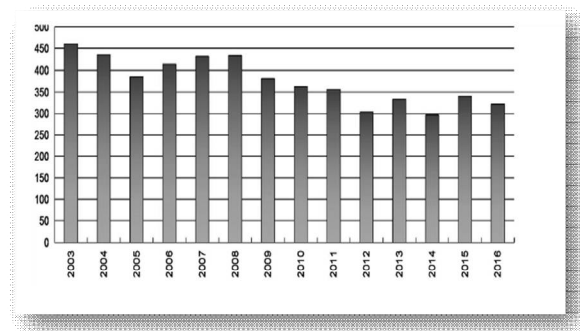
METODE

Retrospektivno su analizirani zvanični podaci o broju povrijeđenih i poginulih u prometnim nesrećama. Prikupljeni su podaci o ukupnom broju saobraćajnih nesreća, broju povrijeđenih i poginulih sa podacima određenih putnih dionica i lokacija u periodu od 2003. do 2017. godine. U istraživanju su korišteni zvanični podaci od nadležnih policijskih agencija i Bosanskohercegovačkog auto-moto kluba. Na osnovu podataka o broju povrijeđenih i poginulih na putnim pravcima van naselja i ulicama u naseljima analizirana je učestalost i lokacija sa potrebama ekipa hitne medicinske pomoći. Analizirano je potrebno vrijeme i mogućnost pristupa ekipe hitne medicinske pomoći na mjestu prometne nesreće u odnosu na način organizacije i rada pojedinih službi hitne medicinske pomoći. Na osnovu prikupljenih podataka predstavljena dostupnost i stepen zastupljenosti kompletne ekipa hitne medicinske pomoći na mjestima putnih dionica sa najvećim brojem poginulih.

REZULTATI

Statistika o saobraćajnim nezgodama na cestama u Bosni i Hercegovini je u procesu razvoja i trenutno su dostupni samo osnovni pokazatelji. Bosna i Hercegovina prema međunarodno usporedivim rezultatima popisa stanovništva iz 2013 godine ima 3.531.159 stalnih stanovnika. Od toga, u entitetu Federacija BiH živi 2.219.220 stanovnika (62,85%), u entitetu Republika Srpska 1.228.423 stanovnika (34,79 %) te u Distriktu Brčko 83.516 stanovnika (2,37 %). Gradovi i kanton koji na svom području imaju 24 sata dostupnu hitnu medicinsku pomoć imaju sledeći broj stanovnika. BanjaLuka 185.042, Grad Mostar ukupno 105.797, Zenica 110.663, Tuzla 110.979 i Sarajevski kanton 413.593. Ukupno 23% stanovništva Bosne i Hercegovine ima dostupnu hitnu medicinsku pomoć na mjestu nesreće ili svega 8,9% ukupne površine Bosne i Hercegovine je pokriveno terenskim ekipama hitne medicinske pomoći. Evropske ceste kroz BiH na većem broju dionica ne omogućavaju odvijanje saobraćaja poželjnom brzinom. Razlozi su, između ostalog, mali radijusi krivina, veliki i česti usponi, prolazi kroz naselja i gradove, te neadekvatno održavanje cesta⁵. Pokrivenost ekipama hitne medicinske pomoći koje izlaze na mjesto prometne nesreće nije pouzdana i definisana. Na osnovu podataka o

teritorijalnoj rasprostranjenost magistralnih i regionalnih prometnica u BiH manje od 30% cesta u BiH ima hitnu medicinsku pomoć na mjestu prometne nesreće. U posmatranom periodu od 14 godina (2003 – 2017. godina) došlo je do smanjenja broja poginulih. Trend smanjenja broja poginulih je započeo od 2009. Izuzetak je 2015. godina kad je zabilježen porast ali 2016. broj poginulih je manji za 20 osoba ili 5,9% manje nego godinu ranije. Ako se upoređi broj poginulih od 453 u 2003. godini i 2017. godine 295, smanjen je broj poginulih za 158 osoba odnosno 34,8% u proteklih 15 godina.



Grafikon 1. Broj poginulih osoba u prometnim nezgodama u BiH u periodu 2003. – 2016. godina
Graph 1. Number of persons killed in traffic accidents in B&H in the period 2003 - 2016

Prema dostupnim informacijama za 2009. i 2010. godinu na cestama u Federaciji BiH najveći broj poginulih je na magistralnim i regionalnim cestama, iako se saobraćajne nesreće događaju najčešće na ulicama u naseljima. Ukupan broj prometnih nesreća u 2009. godini je 29456, u naseljima 15423 ili 52,3%, u 2010. ukupno desilo se 28446 prometnih nesreća u FBiH a na ulicama u naseljima 14816 ili 52,1%. Ukupan broj poginulih u 2009. godini u Federaciji BiH bio je 197 osoba. Na magistralnim, regionalnim i lokalnim cestama van naselja poginulo je 155 ili 78,7%. U dobi od 15 do 29 godina je 32,1% poginulih i u ovoj dobnoj skupini najveći je broj poginulih. U 2010. godini od ukupno 197 poginulih, van naselja poginulo je 161 osoba ili 81,4%. Broj teško povrijeđenih van naselja u prometnim nesrećama Federacije BiH u 2009. godini je 77,4% a 2010. godine broj teško povrijeđenih na magistralnim, regionalnim i lokalnim cestama je 70,8% (Tabela 1.).

Tabela 1. Tipovi cesta i lokacije nezgoda sa nastradalim licima u Federaciji BiH**Table 2.** Types of roads and locations of accidents with the victims in the Federation of B&H

Tip ceste	Poginuli 2009.godine	Teško povrijeđeni 2009.godine	Poginuli 2010.godine	Teško povrijeđeni 2010.godine
Magistralne ceste	98	462	112	439
Regionalne ceste	32	318	28	172
Lokalne ceste	25	185	21	123
Ulice u naseljima	33	360	28	287
Drugo	9	21	8	15
Ukupno	197	1346	197	1036

Prosječna smrtnost u odnosu na broj prometnih nesreća veća je u Republici Srpskoj. Više od 13 poginulih je na 1000 prometnih nesreća Republici Srpskoj. U Federaciji BiH je 6 poginulih na 1000

prometnih nesreća. U Distriktu Brčko nešto više od 21 poginulih na 1000 prometnih nezgoda.

Tabela 2. Poginuli u prometnim nesrećama u Bosni i Hercegovini 2014.- 2016. godina**Table 2.** Deaths in traffic accidents in Bosnia and Herzegovina 2014 - 2016

Područje	2014. godina	2015. godina	2016. godina
Federacija BiH	161	185	185
Republika Srpska	131	150	130
Distrikt Brčko	5	6	6
Ukupno	297	341	321

U trogodišnjem periodu 2014-2016. godina prosječno je 320 poginulih u prometnim nesrećama. U odnosu na 1000000 stanovnika BiH prosječno 90 poginulih u prometu. U 2017. godini došlo je i do smanjenja posljedica saobraćajnih nesreća, pa je broj poginulih osoba tokom 2017.

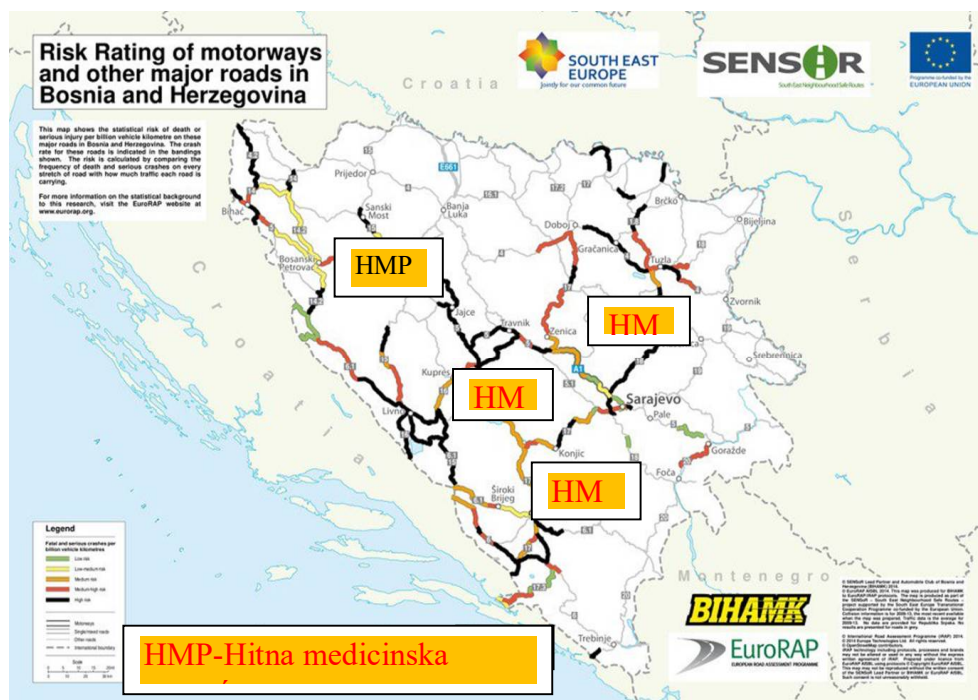
manji za 23 osobe, odnosno za 7,2 % osoba u odnosu na 2016. godinu, dok je broj teže povrijeđenih smanjen za 191 osobu, odnosno za 17,5% (Tabela 2, Tabela 3.)

Tabela 3. Teško povrijeđeni u prometnim nesrećama u Bosni i Hercegovini 2014.- 2016.godina**Table 3.** Seriously injured in traffic accidents in Bosnia and Herzegovina 2014-2016

Područje	2014. godina	2015. godina	2016. godina
Federacija BiH	1022	1043	1077
Republika Srpska	632	599	703
Distrikt Brčko	31	36	29
Ukupno	1685	1678	1089

Putni pravci sa najvećim brojem registrovanih poginulih u periodu 2009-2013.godine u prometu u Federaciji BiH su od Zenice do Maglaja sa smrtno stradalih 38 osoba, Doboj -Lukavac 32 ljudi, Jablanica - Mostar 25 osoba, Bugojno - Gornji Vakuf i Bosanska Krupa - Bosanska Otoka 17 osoba. Najopasnije dionice na području Republike Srpske su: Donje Caparde - Karakaj, Nova Topola - Klačnice, Ivanjska - Šargovac,

Klačnice - Prnjavor, Milići - Vlasenica, Lamovita - Ivanjska, Orline - Doboj, Glavčice - Šepak, Brod na Drini - Šćepan Polje, Podromanija - Rogatica, Vukosavlje - Podnovlje, Prijedor - Kozarac, Vrhovi - Šešlije. Na pomenutim putnim pravcima nije dostupna adekvatna i pravovremena hitna medicinska pomoć.



Slika 1. Dostupnost hitne medicinske pomoći na cestama u BiH i putni pravci sa najvećim brojem poginulih
Picture 1. Availability of emergency medical assistance on roads in B&H and road routes with the highest number of traffic accident deaths

DISKUSIJA

Broj poginulih i teško povrijeđenih u saobraćaju globalni je problem. Većina ozbiljnih studija dolazi iz visoko razvijenih zemalja, koje su daleko odmakle u unapređenju preventivnih mjera a najveći broj nastradalih je u manje razvijenim i nerazvijenim zemljama⁶. Prema jednom od rijetkih istraživanja uzoka smrti u prometnim nesrećama u BiH najčešći uzrok su povrede glave, zatim povrede grudnog koša⁷. Teško povrijeđeni bez adekvatne i pravovremene hitne medicinske pomoći na mjestu nesreće imaju u startu manju šansu da stignu živi do trauma centra i konačnog tretmana. U teškoj traumi povrijeđeni su životno ugroženi ali prije svega zbog hipovolemije (48%) i hipoksije (13%) kao reverzibilnih uzroka događa se kardiorespiratorni arrest⁸. Od presudnog značaja je skraćenje vremena dolaska do bolnice od trenutka ozljede do kirurške kontrole krvarenja, vrijeme se mora minimizirati a pacijenta odmah transportovati u trauma centre⁹. Evropski Sustavi skrbi u traumi znatno se razlikuju i preporučeno je uspostavljanje regionalnih smjernica a način zbrinjavanja prilagoditi infrastrukturi i resursima⁸. U Bosni i Hercegovini sa podijeljenim sistemom nadležnosti, bez zajedničkog minimuma dogovora ne postoji osnova da se uskoro očekuju rješenja adekvatnog zbrinjavanja povrijeđenih na mjestu prometnih nesreća. Neujednačena opremljenost i educiranost ali što je i presudno nejednako

dostupna hitna medicinska pomoć razlog su za reorganizaciju i regionalna povezivanje. Značaj regionalne hitne pomoći je u tome da se ovakvom organizacijom djelatnosti podiže kvalitet i dostupnost zdravstvene usluge na daleko viši nivo, ujedno se približavamo ispunjenju osnovnog zadanog cilja, obezbeđivanju jednakog nivoa ukazane hitne medicinske pomoći u cijeloj zemlji¹⁰. Reorganizacija hitne medicinske pomoći u Hrvatskoj se pokazala kao jedan je od najvažnijih dijelova reforme zdravstva. Reorganizacijom se ostvario novi način organizacije, specijalizaciju iz hitne medicine doktora medicine, dodatno specijalističko stručno usavršavanje iz hitne medicinske pomoći medicinskih sestara-medicinskih tehničara, standardizaciju medicinske opreme i vozila, te donošenje smjernica/protokola/algoritama postupaka zbrinjavanja¹¹. Najvažniji rezultat koji je potrebno reformom i novom organizacijom hitne medicinske pomoći u Bosni i Hercegovini postići je bolja učinkovitost i kvalitetnija, dostupnija i ravnomjernije pružanje hitne medicinske skrbi za sve osobe na cijelom teritoriju. BiH prednjači među zemljama Balkana, pa i Evrope, po broju poginulih u saobraćajkama. Najčešći vanjski uzrok, koji dovodi do povreda i posljedično smrti, su prometne nesreće u BiH. Na najopasnijim putnim pravcima sa najvećim brojem poginulih i teško povrijeđenih nije

dostupna hitna medicinska pomoć. Visok prehospitalni mortalitet povrijeđenih ukazuje na potrebu unapređenja prehospitalnog zbrinjavanja povrijeđenih u saobraćajnim nezgodama⁷. U svakom slučaju, mi u BiH moramo iznaći sredstva bilo vlastita ili iz europskih fondova kako bi radili

na mjerama za povećanje sigurnosti na cestama. Bez reorganizacije i reforme hitne medicinske pomoći u BiH nije moguće postići adekvatno zbrinjavanje povrijeđenih u prometnim nesrećama.

ZAKLJUČAK

U Bosni i Hercegovini strada skoro dvostruko više ljudi u saobraćaju na milion stanovnika od europskog prosjeka. Najopasnije dionice sa najvećim brojem teško povrijeđenih i poginulih nemaju osiguranu adekvatnu hitnu medicinsku pomoć. Visok prehospitalni mortalitet povrijeđenih u saobraćaju obavezuje na unapređenje i reformu hitne medicinske pomoći u BiH.

LITERATURA

1. Zakon o zdravstvenoj zaštiti («Službene novine Federacije BiH», broj 41/10).
2. Zakon o zdravstvenoj zaštiti («Službene glasnik Republike Srpske», broj: 106/09).
3. Zakon o zdravstvenoj zaštiti u Brčko distriktu Bosne i Hercegovine («Službeni glasnik Brčko distrikta BiH», br. 3/2015).
4. Dekada akcije UN Akcioni plan sigurnosti saobraćaja 2011-2020, decembar, 2011.
5. Ministarstvo saobraćaja i veza RS i Federalno ministarstvo prometa i komunikacija, podaci za 2002. godinu 2 Sl. glasnik BiH, 5/2000.
6. Hazen A., Ehiri, J.E., Road Traffic Injuries: Hidden Epidemic in Less Developed Countries, Journal of the National Medical Association 2006., 98(1):73-82.
7. Nedić D., Lipovac K., Karan Ž. Bezbjednost saobraćaja u lokalnoj zajednici. Zbornik radova III Međunarodne konferencije „Bezbjednost saobraćaja u lokalnoj zajednici.“ Banja Luka, 2014.
8. Truhlář A., Deakin C. D., Soar J. et al. Cardiac arrest in special circumstances. Resuscitation 2015. European Resuscitation Council Guidelines for Section 4. 2015: 148-201.
9. Spahn D.R., Bouillon B., Cerny V. et al. Management of bleeding and coagulopathy following major trauma: an updated European guideline. Crit Care, 2013;17:R76.
10. Stojiljković G. Regionalizacija službe hitne medicinske pomoći Srbije prihvatljiv model reforme. Simpozijum „Urgentna stanja u medicini“, Beograd, 2012.
11. Predavec S., Šogorić S., Jurković D. Unaprjeđenje kvalitete zdravstvene usluge u hitnoj medicini Hrvatske. Acta Med Croatica, 2010, 64: 405-414.

TEŠKOĆE VOKALNE IMITACIJE DJECE SA I BEZ POREMEĆAJA AUTISTIČNOG SPEKTRA DIFFICULTIES IN THE VOCAL IMITATION OF CHILDREN WITH AND WITHOUT DISORDER SPECTRUM AUTISM

Lejla DUKIĆ¹, Sanela AGIĆ¹, Alma DIZDAREVIĆ², Bahira DEMIROVIĆ¹

¹Zavod za specijalno obrazovanje i odgoj djece „Mjedenica“, Mjedenica 34, Sarajevo

²Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet, Tuzla

Originalan naučni rad
Original scientific article

ABSTRAKT

Imitacija (oponašanje) je vrlo bitna vještina u razvoju i životu čovjeka. To je jedan od osnovnih oblika ponašanja koji se razvija u senzomotornoj fazi razvoja. Isto to potrebno je za sticanje vještina kao što su jezik i gesta, koji su ključna socijalna ponašanja tipičnog razvoja. Imitacija je važan faktor i u razvoju govora. Jedan od prvih simptoma kod djece sa poremećajima autističnog spektra su teškoće imitacije. Cilj ovog rada bio je utvrditi teškoće vokalne imitacije kod djece sa poremećajem autističnog spektra u odnosu na djecu sa intelektualnim teškoćama i djecu tipičnog uzrasta. Istraživanjem je obuhvaćeno 90 djece i to 30 učenika sa poremećajem autističnog spektra i u odnosu na stепен težine autizma, 30 učenika sa intelektualnim teškoćama i 30 učenika tipičnog razvoja. U svrhu istraživanja korišteni su sljedeći testovi: ABLLS, The Assessment of basic language and learning skills (Procjena osnovnog jezika i vještina učenja, POJVU) autora Paringtona i Sundberga iz 1998. Opsežan je i višestruko koristan testni materijal koji zahvaća mnoga područja učenja i razvoja. Također izdvaja imitaciju kao posebno važno područje u procjeni i radu s osobama s autističnim poremećajem. Rezultati istraživanja su pokazali da djeca sa autizmom imaju dosta slabije sposobnosti vokalne imitacije u odnosu na djecu sa intelektualnim teškoćama nepoznate etiologije i djecu tipičnog razvoja mlađeg hronološkog uzrasta.

Ključne riječi: djeca sa poremećajem autističnog spektra, djeca sa intelektualnim teškoćama, djeca tipičnog uzrasta, teškoće vokalne imitacije

ABSTRACT

Imitation (emulation) is a very important skill in the development and the life of man. It is one of the basic forms of behaviour that develops in the sensory-motor stage of development. The same thing that it is necessary for the acquisition of skills such as language and gestures, which are a critical piece of the social behavior of a typical development of imitation is an important factor in the development of speech. One of the first symptoms in children with autistic spectrum disorders have difficulties imitations. The aim of this study was to determine the difficulties of vocal imitation in children with autistic spectrum disorder in relation to children with intellectual disabilities and the children of the typical ages. The survey included 90 children and 30 students with autistic spectrum disorder and in relation to weight stепен of autism, 30 students with intellectual disabilities and 30 students of a typical development. For the purpose of research were used the following tests: ABLLS, The Assessment of basic language and learning skills the author Parington and Sundberg from 1998. An extensive and multiple was a useful test material that affects many areas of learning and development. It also extracts the imitation as a particularly important area in the assessment and work with people with autistic disorders. The results of the study showed that children with autism have a lot of weaker ability of vocal imitation compared to children with intellectual disabilities of unknown etiology and children of a typical development of younger age.

Keywords: children with autistic spectrum disorder, children with intellectual disabilities, the children of the typical ages, the difficulties of vocal imitation.

UVOD

Autizam je kompleksan razvojni poremećaj čiji je specifičan uzrok još nepoznat, no sasvim je sigurno da se radi o multikauzalnoj etiologiji pri čemu različiti uzroci (neurobiološki i genetički) dovode do slične kliničke slike stanja koje nastaje u ranom djetinjstvu i traje cijeli život. Prema aktuelnim kriterijima za dijagnosticiranje pervazivnog razvojnog poremećaja (PRP) ili poremećaja iz autističnoga spektra (PAS), obilježja autizma jesu odstupanja u razvoju socijalnih interakcija, komunikacije te prisutnost ograničenih, repetitivnih i stereotipnih obrazaca ponašanja, interesa i aktivnosti (Američka udruga psihijatarata DSM-IV, 1996). Poremećaj autističnog spektra je kompleksan razvojni poremećaj čiji je specifičan uzrok još nepoznat i kao takav je predmet brojnih istraživanja. Etiološka raznolikost poremećaja iz autističnog spektra jest stvarnost, a vjeruje se da je multikauzalne etiologije s više različitih čimbenika koji zajedničkim djelovanjem dovode do takvog fenotipa (Medved i Begovac, 2013). Autizam kao i većina psihijatrijskih poremećaja nepoznate je etiologije, a klinički izgleda homogen, uzroci su vjerovatno heterogeni. Rutter (1965) smatra da je autizam primarni poremećaj jezika i govora. Predlaže hipotezu o defektu i razumjevanju i shvaćanju zvukova u autistične djece. To oštećenje može biti povezano i uz druge perceptivne efekte, jer nemogućnost djeteta da govori, a pogotovo da shvati tuđi govor, uzrok je ostalih simptoma kojih ima autizam.

Autizam je neurorazvojni poremećaj koga karakterišu oštećenja u oblasti recipročnih socijalnih interakcija i obrazaca komunikacije, kao i ograničen, stereotipan i repetitivan repertoar ponašanja, interesovanja i aktivnosti (SZO, 1992).

Prve kliničke opise autizma dugujemo Kaneru i Aspergeru koji su gotovo u isto vrijeme nezavisno jedan od drugog opisali ovaj poremećaj. Oba autora su u opisu kliničkih manifestacija do tada nepoznatnog poremećaja poslužili Blojlerovim terminom – autizam. Klinički sindrom autizma se definiše specifičnim, kvalitativnim oštećenjem socijalnih interakcija, jezika, igre, ponašanja i kognicije. Zajedničko ovim deficitima je nemogućnost osobe sa autizmom da razumije socijalne interakcije, jezik i značenje informacija i događaja u sredini. Većina istraživanja ukazuju da 31-55% djece sa autizmom pokazuje neka ponašanja vezana za autizam u prvoj godini

života, a 75- 88 % u drugoj godini života (Gray i Tonge, 2001; Volkmar, Stier i Cohen, 1985). Autizam se razlikuje od drugih poremećaja u razvoju po devijantnom, a ne samo zakašnjelom razvoju. Kod djece sa autizmom se najčešće se zajedno sreću bizarno ponašanje, zakašnjeli razvoj i devijantni razvoj. Ova posljednja karakteristika najjasnije izdvaja autizam od drugih stanja. Imitacija (oponašanje) je vrlo bitna vještina u razvoju i životu čovjeka. To je jedan od osnovnih oblika ponašanja koji se razvija u senzomotornoj fazi razvoja (0-2 god.) a značajno utiče na povezivanje djeteta i okoline. Imitacijom se pokreće i perceptivna i motorna komponenta te je osnovni način usvajanja znanja i povezivanja sa svijetom oko sebe (Bojanin, 1985). Postoje različiti oblici imitacije vokalna imitacija , oponašanje imitacije s objektima, imitacija motornih pokreta i imitacija finih motronih pokreta (Garcia, Baer, Firestone, 1971). Savremena istraživanja pokazuju da poremećaj sposobnosti imitacije nije izražen kod svih osoba sa autizmom, niti je specifičan samo za poremećaj autističnog spektra. Sposobnost imitacije kod djece sa autizmom javlja se sa izvjesnim zakašnjenjem. Djeca i adolescenti sa autizmom na testovima za procjenu imitacije pokrete imaju značajno niža postignuća od normativnih vrijednosti koje su dobijene testiranjem prosječnih intelektualnih sposobnosti (Ivanovska i sardnici, 2005). Poteškoće imitacije kod osoba s autističnim poremećajem vidljive su od rane dobi, a one se ovisno težini i vrsti kliničke slike različito manifestuju. Neke osobe s autizmom ne mogu imitirati ni jednu radnju dok će drugi moći imitirati sve zadane radnje, ali ipak s određenim razlikama od osoba tipičnog razvoja. Većina će ih moći imitirati (ili savladati) imitaciju radnji s objektima, međutim fine nijanse izraza lica mnogima će, pa čak i najbolje funkcionirajućima, biti problem. Zanimljiva pojava eholalije (nesvrshodnog i nekritičnog ponavljanja riječi koje druge osobe izgovaraju) ne može se zapravo odvojiti od poteškoća imitacije. Djeca tipičnog razvoja ne imitiraju radnje, pokrete i riječi nasumce nego „pročitaju“ tuđe namjere, stavljaju radnju u kontekst i tek tada oponašaju radnje. Zdravo razvijene moždane strukture opremljene su mehanizmom za imitaciju koji nije tek puki „kopirni aparat“nego može čitati ciljeve koji se nalaze iza određenih radnji i odlučiti je li neka radnja „vrijedna“ oponašanja (Pinker, 2008). U

većini istraživanja postoje snažni dokazi da djeca sa autizmom nemaju samo teškoće u socijalnom ponašanju već i u psihološkim akcijama a posebno su ograničeni u zadacima koji zahtjevaju imitaciju (Mostofsky i sar., 2006; Rogers i Pennington, 1991; Rogers i Williams, 2006a). Imitacija također predstavlja brz put do sticanja novih vještina.

METODE RADA

Populacija tokom istraživanja su djeca sa poremećajem autističnog spektra, djeca sa intelektualnim teškoćama nepoznate etiologije i djeca tipičnog razvoja nižeg hronološkog uzrasta. Uzorak je činilo 90 djece, podjeljeno u tri grupe i to 30 djece sa poremećajem autističnog spektra, 30 djece sa intelektualnim teškoćama i 30 djece tipičnog uzrasta. Ciljna grupa tokom procesa istraživanja su djeca s poremećajem autističnog spektra uzrasta od 5 do 10 godina, i dvije kontrolne grupe ispitanika djeca sa intelektualnim teškoćama nepoznate etiologije istog uzrasta i djeca tipičnog razvoja uzrasta od 5 do 7 godina. Istraživanje se provodilo u toku školske 2016/2017 godine u okviru redovnih i specijalnih odgojno-obrazovnih institucija u BiH. Za procjenu teškoća vokalne imitacije koristio se ABLLS-R protokol za procjenu osnove jezika i vještina učenja. ABLLS, The Assessment of basic language and learning skills (Procjena osnovnog

jezika i vještina učenja, POJVU) autora Paringtona i Sundberga iz 1998. Opsežan je i višestruko koristan testni materijal koji zahvaća mnoga područja učenja i razvoja. Također izdvaja imitaciju kao posebno važno područje u procjeni i radu s osobama s autističnim poremećajem. Za procjenu stepana težine autizma upotrijebili smo CARS (Skala za procjenu dječijeg autizma). Podaci istraživanja obrađeni su metodom parametrijske i neparametrijske statistike. Izračunati su osnovni statistički parametri mjere centralne tendencije, mjere disperzije, frekvencije i postotci, te je izvršeno tabelarno i grafičko prikazivanje rezultata. Od mjera centralne tendencije izračunata je aritmetička sredina, medijana i modus, a od mjera disperzije standardna devijacija, te minimalni i maksimalni rezultati. Izračunate su i mjere zaobljenosti i spljoštenosti. S ciljem provjere postavljenih hipoteza istraživanja korišten je t- nezavisan uzorak ispitanika. Podaci istraživanja obrađeni su u statističkom paketu SPSS 20.for Windows

REZULTATI I DISKUSIJA

Za procjenu stepena težine autizma korišten je mjerni instrument CARS. U tabeli 1 prikazana je distribucija rezultata u odnosu na pojedine varijable navedenog mjernog instrumenta sa posebnim osvrtom na područje imitacije.

Tabela 1. Distribucija odgovora u odnosu na pojedinačne varijable skale za procjenu autizma**Table 1.** Distribution of responses in relation to individual scale variables for estimating autism

Varijable		prikladno dobi	blago abnormalni odaziv	umjereno abnormalni odaziv	teško abnormalni odaziv	Ukupno
Odnos prema ljudima	N	1	9	17	3	30
	%	3,3%	30,0%	56,7%	10,0%	100,0%
Imitacija	N	3	8	12	7	30
	%	10,0%	26,7%	40,0%	23,3%	100,0%
Emotivni odaziv	N	1	5	16	8	30
	%	3,3%	16,7%	53,3%	26,7%	100,0%
Govor tijela	N	4	23	3	-	30
	%	13,3%	76,7%	10,0%	-	100,0%
Korištenje objekta	N	1	6	18	5	30
	%	3,3%	20,0%	60,0%	16,7%	100,0%
Prilagodba prema promjeni	N	6	17	7	-	30
	%	20,0%	56,7%	23,3%	-	100,0%
Vidni odaziv (vizualni odgovor)	N	1	9	16	4	30
	%	3,3%	30,0%	53,3%	13,3%	100,0%
Glasovni odaziv (odgovor)	N	11	11	8	-	30
	%	36,7%	36,7%	26,7%	-	100,0%
Okus, miris i dodir	N	11	15	4	-	30
	%	36,7%	50,0%	13,3%	-	100,0%
Strah ili nervoza	N	10	13	7	-	30
	%	33,3%	43,3%	23,3%	-	100,0%
Verbalna komunikacija	N	11	6	13	-	30
	%	36,7%	20,0%	43,3%	-	100,0%
Neverbalna komunikacija	N	8	20	2	-	30
	%	26,7%	66,7%	6,7%	-	100,0%
Level aktivnosti	N	5	17	8	-	30
	%	16,7%	56,7%	26,7%	-	100,0%
Level i dosljednost intelektualnog odaziva	N	6	20	4	-	30
	%	20,0%	66,7%	13,3%	-	100,0%
Generalni utisak	N	3	25	2	-	30
	%	10,0%	83,3%	6,7%	-	100,0%

Najveći procenat ispitanika ima umjereno i teško abnormalan odaziv na varijabli imitacija. U tabeli 2 prikazana je distribucija odgovora ispitanika u odnosu na pojedinačne varijable vokalne imitacije djece sa poremećajem autističnog spektra. Na osnovu dobijenih rezultata može se uočiti da u odnosu na varijablu „Imitira zvukove po zahtjevu“, 26,7% ispitanika ne imitira zvukove, po 20% ispitanika imitira dva i pet zvukova, 6,7% ispitanika imitira 15 zvukova, a 26,7% imitira spremno i tačno skoro svaki zvuk. U odnosu na varijablu „Imitira slijed pojedinačnih zvukova naizmjenično sa modelom“ 40% ne imitira slijed pojedinačnih zvukova, 23,3% imitira dva zvuka,

30% imitira 5 zvukova, te po jedan ispitanik spremno i tačno imitira skoro svaki zvuk.

U odnosu na ostale varijable vokalne imitacije, iz Tabele se može uočiti da najveći procenat ispitanika 60% ne imitira aktivnosti kratkih i brzih i dugih/sporih rijeci i glasnih i tihih zvukova i rijeci.

Tabela 2. Distribucija odgovora u odnosu na pojedinačne varijable vokalne imitacije djece sa poremećajem autističnog spektra**Table 2.** Distribution of responses in relation to individual variables of vocal imitation of children with autism spectrum disorder

Varijable	0	1	2	3	4	Ukupno
Imitira zvukove po zahtjevu	N 8	6	6	2	8	30
	% 26,7%	20,0%	20,0%	6,7%	26,7%	100,0%
Imitira slijed pojedinačnih zvukova naizmjenično sa modelom	N 12	7	9	1	1	30
	% 40,0%	23,3%	30,0%	3,3%	3,3%	100,0%
Imitira početne zvukove riječi	N 9	6	3	3	9	30
	% 30,0%	20,0%	10,0%	10,0%	30,0%	100,0%
Imitacija kombinacija više zasebnih zvukova	N 11	8	11	-	-	30
	% 36,7%	26,7%	36,7%	-	-	100,0%
Imitacija kratkih i brzih i dugih/sporih zvukova	N 10	15	5	-	-	30
	% 33,3%	50,0%	16,7%	-	-	100,0%
Imitacija broja ponavljanja zvuka	N 9	13	8	-	-	30
	% 30,0%	43,3%	26,7%	-	-	100,0%
Imitacija zadržavanja zvuka do zvuka od jedne sekunde	N 13	9	7	1	-	30
	% 43,3%	30,0%	23,3%	3,3%	-	100,0%
Kombinacija suglasnik –samoglasnik/ samoglasnik – suglasnik	N 10	7	10	1	1	1
	% 33,3%	23,3%	33,3%	3,3%	3,3%	3,3%
Suglasnik –samoglasnik- suglasnik - samoglasnik	N 12	4	13	1	-	30
	% 40,0%	13,3%	43,3%	3,3%	-	100,0%
Kombinacija suglasnik – samoglasnik- suglasnik	N 14	8	8	-	-	30
	% 46,7%	26,7%	26,7%	-	-	100,0%
Imitira kombinaciju suglasnika	N 15	6	2	2	5	30
	% 50,0%	20,0%	6,7%	6,7%	16,7%	100,0%
Imitacija riječi po zahtjevu	N 13	2	6	1	8	30
	% 43,3%	6,7%	20,0%	3,3%	26,7%	100,0%
Imitacija fraza po zahtjevu	N 12	7	3	2	6	30
	% 40,0%	23,3%	10,0%	6,7%	20,0%	100,0%
Imitacija slijeda brojeva po zahtjevu	N 16	3	1	3	7	30
	% 53,3%	10,0%	3,3%	10,0%	23,3%	100,0%
Imitacija kratkih I brzih I dugih/sporih riječi	N 18	8	3	1	-	30
	% 60,0%	26,7%	10,0%	3,3%	-	100,0%
Imitacija glasnih I tihih zvukova I riječi	N 18	8	4	-	-	30
	% 60,0%	26,7%	13,3%	-	-	100,0%
Imitacija niskih I visokih zvukova I riječi	N 17	9	4	-	-	30
	% 56,7%	30,0%	13,3%	-	-	100,0%
Ponavlja kratke poruke drugoj osobi	N 15	7	8	-	-	30
	% 50,0%	23,3%	26,7%	-	-	100,0%
Spontana imitacija riječi	N 14	6	2	3	5	30
	% 46,7%	20,0%	6,7%	10,0%	16,7%	100,0%
Spontana imitacija fraza	N 16	4	4	2	4	30
	% 53,3%	13,3%	13,3%	6,7%	13,3%	100,0%

Analiza rezultata područja vokalne imitacije je pokazala da jedan ispitanik ne imitira početne zvukove riječi, 10% imitira dva zvuka, 13,3% imitira 5 zvukova, 10% imira 15 zvukova, a 63,3% ispitanika spremno i tačno imitira skoro svaki zvuk. Na varijabli „Imitira slijed pojedinačnih zvukova naizmjenično sa modelom“ 23,3% ne imitira slijed pojedinačnih zvukova,

30% imitira dva zvuka, 6,7% imitira 5 zvukova, te 40% ispitanik imitira 15 zvukova. U odnosu na ostale varijable vokalne imitacije, najveći procenat ispitanika 60% ne imitira slijed brojeva po zahtjevu. Kao što je i očekivano najveći procenat ispitanika je generalno distribuiran ka većim vrijednostima ponuđenih odgovora, što ustvari ukazuje na potpunu razvijenost imitacija.

Tabela 3. Razlika vokalne imitacije djece sa poremećajem autističnog spektra u odnosu na djecu sa intelektualnim teškoćama

Table 3. The difference in the vocal imitation of children with autism spectrum disorders compared to children with intellectual disabilities

Imitacija	Ispitanici po grupama	N	AS	SD	SG	t	P
Vokalna	Autizam	30	22,43	20,33	3,71	-4,65	.000
	Intelektulane teskoce	30	44,46	16,05	2,93		

Na osnovu rezultata t-testa prikazanih u tabeli 3. može se zaključiti da na nivou statističke značajnosti 0,01 ispitanici sa intelektualnim

teškoćama ostvaruju bolje rezultate na varijablama vokalne imitacije u odnosu na djecu sa autizmom

Tabela 4. Razlika vokalne imitacije djece sa poremećajem autističnog spektra u odnosu na djecu sa tipičnog razvoja

Table 4. The difference in the vocal imitation of children with autism spectrum disorders relative to children with typical development

Imitacija	Ispitanici po grupama	N	AS	SD	SG	t	P
Vokalna	Autizam	30	22,43	20,33	3,71	-8,31	.000
	Tipični razvoj	30	53,46	1,97	,36		

Na osnovu rezultata t-testa prikazanih u Tabeli 4. može se zaključiti da na nivou statističke značajnosti 0,01 ispitanici tipičnog razvoja ostvaruju bolje rezultate na varijablama vokalne imitacije u odnosu na djecu sa autizmom. Kao što se može vidjeti iz rezultata, djeca sa poremećajem autističnog spektra imaju značajne poteškoće u područjima vokalne imitacije u odnosu na djecu sa intelektualnim teškoćama i djecu tipičnog razvoja. Istraživanje je pokazalo da najveći procenta djece sa poremećajem autističnog spektra ima umjereno do teže abnormalan odaziv na varijablama imitacije, što je i očekivano pznavajući prirodu autističnog poremećaja. Imitacija je veoma bitna vještina u životu i razvoju čovjeka. Djeca su oko šestog mjeseca života, a svakako u toku prve godine sposobna imitirati. Prve imitacije uključuju imitiranje pokreta tijela, vokalizacije i izraza lica (Rogers i saradnici, 2003). Slično istraživanje ovom je uradio Jones (2009) pokazalo je da već novorođenče može imitirati radnju (isplazi jezik) što opravdava kasnije dobro razvijenu imitaciju djece tipičnog uzrasta što se pokazalo i u našem istraživanju. Rezultati našeg istraživanja su pokazali da djeca sa poremećajem autističnog spektra pokazuju izuzetno veliki deficit u području vokalne imitacije u odnosu na djecu tipičnog razvoja.

ZAKLJUČAK

Imitacija je veoma važna vještina u razvoju čovjeka. Ona predstavlja osnovu za razvoj komunikacijskih , socijalnih i emocionalnih

vještina, koje su veoma bitne za normalan rast i razvoj svakog djeteta. Jedan od prvih simptoma kod djece sa poremećajem autisitčnog spektra je odsutvo imitacije, prvenstveno nemogućnost imitacije jednostavnih motornih radnji a kasnije i odsutvo vokalnog glasanja i imitiranja. Provedeno istraživanje je pokazalo da djeca sa poremećajem autističnog spektra pokazuju dosta slabije rezultate u odnosu na djecu sa intelektualnim teškoćama nepoznate etiologije, također da djeca sa poremećajem autističnog spektra pokazuju izuzetno loše sposobnosti vokalne imitacije u odnosu na djecu tipičnog razvoja mlađeg hronološkog uzrasta. Istraživanje kao što je ovo trebalo bi da ukaže na važnost ranog razvoja vještina imitacije kod djece sa poremećajima autističnog spektra, kao i njen značajan segment u procesu rane intervencije. Važnu ulogu u usvajanju vještina imitacije igra i terapeut koji svakodnevno treba da podstiče razvoj imitativnih vještina koje su jako bitne za dalji proces učenja i usvanja vještina bitnih za svakodnevni život.

LITERATURA

1. Bojanin, S. (1985): Neuropsihologija razvojnog doba i opšti reedukativni metod. Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva
2. Garcia, E., Baer, D. M., Firestone, I. (1971). The development of generalized imitation within topographically determined boundaries. Journal of Applied Behavior Analysis, 4, 101-112. <http://dx.doi.org/10.1901/jaba.1971.4-10>
3. Gray, K.M., Tonge , B.J. (2001). Are the early features of infants and preschool children ? Journal of Pediatrics and Child Health , 37,.
4. Jones, S. (2009): „The development of imitation in infancy: review“. Philosophical transaction of The royal society, 364: 2325-2355. 30.

5. Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact, *Nervous child*, 2, 217 – 250,
6. Medved K, Begovac I. Terapijske intervencije kod kuće u djece s poremećajima autističnog spektra. *Paediatrica Croatica* 2013; 57: 73-8.
7. Pinker, S. (2008): Prazna ploča: moderno poricanje ljudske prirode. Zagreb: Algoritam.
9. Roberts, J.M.A, Prior, M. (2006). „A Review of the Research to Identify the Most Effective Models of Practice in Early Intervention for Children with Autism Spectrum Disorders“, The University of Sydney, The University of Melbourne.
10. Rogers, S.J., Hepburn, S.L., Stackhouse, T. i Wehner, E. (2003): „Imitation performance in toddler with autism and those with other developmental disorders“. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44(5): 763-781
11. Rutter, M., *Speech disorders in a series of autistic children*. Iz Franklin (Ed). *Children with communication problems*. Pitman. London, 1965.

PROBLEMI SPAVANJA KOD DJECE SA POREMEĆAJEM AUTISTIČNOG SPEKTRA

SLEEP PROBLEMS IN CHILDREN WITH AUTISTIC SPECTRUM DISORDER

Sanela AGIĆ¹, Lejla DUKIĆ¹, Alma DIZDAREVIĆ¹, Nermin DEMIROVIĆ¹

¹Zavod za specijalno obrazovanje i odgoj djece „Mjedenica“, Mjedenica 34, Sarajevo, Bosna i Hercegovina

²Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet, Tuzla, Bosna i Hercegovina

Originalni naučni rad
Original scientific paper

ABSTRAKT

San je dio života neophodan za djetetovo zdravlje i funkcionisanje. Prosječna osoba provede oko trećinu života spavajući. Do poremećaja prirodnog toka sna može doći usljed narušenog zdravstvenog stanja djeteta, zbog promjena u okolini, naročito ustaljenih životnih navika u porodici ili zbog djelovanja stresa. Poteškoće sa spavanjem djeluju na cjelokupan dječiji razvoj i stabilnu prilagodbu, te njegov napredak. Većina ovih poteškoća je prolaznog karaktera i nastaju kao reakcija na neke promjene u okolini i rutinama i polako prolaze sa nestankom njihovog uzroka. Kao karakteristike poremećaja autističnog spektra pored uobičajenih, često se navode problemi sa snom i ponašanjem. Cilj ovog rada bio je utvrditi koji specifični problemi spavanja su najučestaliji. U istraživanju je sudjelovalo 57-ero djece s poremećajem autističnog spektra koji pohađaju Zavod za specijalno obrazovanje i odgoj djece „Mjedenica“ i Centar „Vladimir Nazor“ u Sarajevu, Zavod za odgoj i obrazovanje osoba sa smetnjama u psihičkom i tjelesnom razvoju u Tuzli i Centar „Los Rosales“ u Mostaru. Za procjenu problema u spavanja korišten je Children's Sleep Habits Questionnaire (CSHQ Owens et al. 2000) - Upitnik za dječije navike spavanja.

Dobiveni rezultati su pokazali da 70,2% djece imaju problem sa spavanjem dok 29,8% nemaju ili rijetko imaju. Također se može zaključiti da djeca imaju najviše problema sa otporom prije spavanja, odloženim vremenom spavanja, trajanjem spavanja, strahom od spavanja i spavanjem tokom dana.

Ključne riječi: poremećaj autističnog spektra, karakteristike spavanja, problemi spavanja

ABSTRACT

Sleep is an essential part of life for the child's health and functioning. The average person spends about a third of our life sleeping. To the disruption of the natural flow of sleep may occur as a result of impaired health status of the child, due to changes in the environment, especially the well-established habits in the family or due to the effects of stress. Difficulty sleeping, to act on the entire children's development and a stable adjustment, and its progress. Most of these difficulties is transient and occur as a reaction to some of the changes in the environment, and routines and slowly pass by with the disappearance of their causes. As the characteristics of autistic spectrum disorders in addition to the more common, often cited problems with sleep and behavior. The aim of this study was to determine which specific problems of sleep are the most prevalent. The study included 57 children with autistic spectrum disorder attending the Institution for special children education "Mjedenica" and Center "Vladimir Nazor" in Sarajevo, Institution for the education of persons with disturbances in mental and physical development in Tuzla and Center "Los Rosales" in Mostar. For the assessment of problems in bed was used Children's Sleep Habits Questionnaire (CSHQ Owens et al. 2000). The obtained results show that 70.2% of children have trouble sleeping while 29.8% have no or rarely have. It can also be concluded that children have the most problems with the resistance before going to sleep, a sleep-over time, the duration of sleep, fear of sleep and sleeping during the day.

Keywords: autistic spectrum disorder, sleep characteristics, sleep problems.

UVOD

Autizam, autistični poremećaj, poremećaji iz autističnog spektra označava poremećaj rane razvojne dobi. Nastaje u prvim mjesecima života

ili najkasnije do treće godine nakon prividno normalnog psihofizičkog razvoja. Naime, autistično dijete, uglavnom, već od dojenačke dobi pokazuje neka neobična ponašanja: ne reagira na osobe i predmete oko sebe, previše je mirno ili je

izrazito nemirno, a u trećem mjesecu života izostaje prvi smjeh. Autistično dijete zaokupljeno je samo sa sobom, gleda svoje ruke, ne obazire se na okolinu. Ukoliko se radi o prvom djetetu gdje su roditelji obično bez iskustva ovakvi simptomi prolaze neopaženo i ne dovode do zabrinutosti jer je dijete inače tjelesno zdravo i dobro napreduje. Jedna od prvih definicija autizma, koja je aktualna i danas je ona Laurete Bender (Bujas Petković i saradnici, 2010): Autizam je karakteristično promijenjeno ponašanje u svim područjima središnjeg živčanog sustava: motoričkom, perceptivnom, intelektualnom, emotivnom i socijalnom. Tek sedamdesetih godina termin poremećaji autističnog spektra se prvi put pojavljuje u opisu grupe ljudi koji imaju karakteristike autizma i ukazuje na širok spektar kliničkih karakteristika (Johnson i Myers 2008; prema Dizdarević 2014). Poremećaj autističnog spektra je neurorazvojni poremećaj koji primarno karakterišu oštećenja u ponašanju i socijalnom funkcionisanju (American Psychiatric Association, 2013). Znakovi autizma mogu biti vrlo varijabilni i različiti, ali poremećaji socijalnih odnosa najistaknutiji je simptom autizma (Begovac, Vidović i Barišić, 2009). Za ovaj poremećaj je karakteristično da ima vrlo bogatu i raznoliku simptomatologiju s tim što se u okviru njega mogu razlikovati simptomi koji generalno postoje kod gotovo svih osoba sa poremećajem autističnog spektra, koji su karakteristični za ovaj poremećaj i koji traju cijeli život.

Jedna od karakteristika poremećaja autističnog spektra je poremećaj spavanja. San je dio života neophodan za djetetovo zdravlje i funkcionisanje. Prosječna osoba provede oko trećinu života spavajući. Budući da je to vremenski značajan period, očigledno je da spavanje ima važnu biološku funkciju. Povijesna uvjerenja da je mozak za vrijeme spavanja neaktivan, sve dok ne postoje neki vanjski podražaji koji bi ga stimulirali, danas nisu uvriježena. Naprotiv, istraživanja su pokazala da je proces spavanja dinamičan, odnosno da tijelo pokazuje određenu razinu aktivnosti. Ipak, ona se razlikuje od one koja prati stanje budnosti. Sve ove faze su prirodne, smjenjuju se naizmjenično i kao takve predstavljaju normalan proces spavanja.

Do poremećaja prirodnog toka sna može doći usljed narušenog zdravstvenog stanja djeteta, zbog promjena u okolini, naročito ustaljenih životnih navika u porodici ili zbog djelovanja stresa. Poteškoće sa spavanjem djeluju na cjelokupan dječiji razvoj i stabilnu prilagodbu, te njegov napredak. Većina ovih poteškoća je prolaznog karaktera i nastaju kao reakcija na neke promjene u

okolini i rutinama i polako prolaze sa nestankom njihovog uzroka. O dugotrajnim teškoćama spavanja se govori onda kada one traju duže od nekoliko mjeseci, što utiče na djetetovo raspoloženje ali i na ritam, odnose i funkcionisanje cjelokupne porodice. Posljedice su različite: iscrpljenost, pospanost i zamor tokom dana, poremećaji pažnje i koncentracije a samim tim i sklonost povredama i opća razdražljivost. Problemi spavanja se najčešće dijele na disomnie i parasomnie. U literaturi se često navodi da je poremećaj spavanja udružen sa problemima u ponašanju kod djece tipičnog razvoja (Gregory i Sadeh, 2012). Longitudinalne studije su pokazale da problemi spavanja u djetinjstvu predviđaju pojavu agresije kasnije u djetinjstvu (Hall i sar., 2007), adolescenciji (Gregory i O'Connor, 2002) i mlađoj odrasloj dobi (Gregory i sar., 2008). U velikom broju studija se navodi da poremećaj spavanja dovodi do nepažnje i hiperaktivnosti, pa i do pojave agresije. Pri tome se navodi da postoje mnogi potencijalni uzroci povezanosti između poremećaja spavanja i ponašanja i da su ti uzroci međusobno povezani i kompleksni. Genetski faktori, uticaji iz okoline, neurološki i psihološki procesi mogu dovesti do poremećaja procesa spavanja a nedostatak sna do različitih poremećaja u ponašanju.

Postoje određeni dokazi da problem spavanja, inače uobičajen kod djece s razvojnim poremećajem, je još više prisutan kod djece s autističnim poremećajem nego kod djece sa nekom drugom vrstom poremećaja. Djeca sa poremećajima autističnog spektra imaju veći rizik za pojavu teškoća u regulaciji spavanja i ponašanja, uključujući agresiju (Farmer i Aman, 2011; Mazurek i sar., 2013), razdražljivost (Green i sar., 2000), nepažnju i hiperaktivnost (Lecavalier, 2006). Kod autistične djece su mogući problemi s uspavlivanjem, čestim buđenjem za vrijeme noći i rano jutarnjim buđenjem. Otkriveno je da od prilike dvije trećine djece ima problema sa snom (Martinić, 2010). Najčešći problemi spavanja kod djece sa autizmom su:

- teškoće prilikom uspavlivanja i ponavljana buđenja tokom noći,
- jako prolongirano buđenje ili buđenje jako rano ujutro,
- nedosljedne rutine spavanja,
- nemir i loša kvaliteta sna,
- parasomnia i
- dnevno spavanje

Mazurek i Sohl (2016) su proveli istraživanje kojim su pokušali utvrditi koji specifični oblik

problema u spavanju je u najvećoj mjeri povezan sa najčešćim problemima u svakodnevnom ponašanju kod 81 djeteta sa poremećajem autističnog spektra. Utvrdili su da su problemi spavanja, kao npr. buđenje tokom noći, značajno povezani sa fizičkom agresivnošću, razdražljivosti, nepažnjom i hiperaktivnosti.

Problemi spavanja kod djece sa autizmom su česti, prema brojnim istraživanjima procenat djece sa ovim problemima je u rasponu od 40-80%. Odbijanje odlaska u krevet, teško uspavljanje, stalno buđenje tokom noći, strašni snovi, strah od spavanja u mraku, spavanje koje traje samo nekoliko sati, poremećaj disanja tokom spavanja, vrpoljenje tokom spavanja, hodanje u snu, su neki od manifestacija ovog problema. Naravno, loš kvalitet sna se odražava na ponašanje tokom dana na različite načine. Tako se kao rezultat nedostatka i nekvalitetnog sna najčešće navode agresija, depresija, hiperaktivnost, anksioznost, iscrpljenost i razdražljivost.

Na našem području problemi spavanja kod djece sa poremećajima autističnog spektra nisu značajnije istraživani i ovi problemi se više navode kao karakteristika autizma nego kao problem koji zahtijeva adekvatan pristup, istraživanje radi utvrđivanja prevalence, etiologije a zatim i pružanje adekvatne pomoći i podrške roditeljima čija djeca imaju ove poteškoće.

Ono što se prilikom procjene djece i intervjuu roditelja djece sa autizmom može primijetiti je to da će kao poteškoću i problem, navesti npr. selektovanje hrane, izostanak govora i slično. Jako rijetko, kao problem će navesti nedovoljno sna, buđenje tokom noći, izrazito rano buđenje. Još manji broj roditelja će probleme spavanja povezati sa razdražljivošću, agresijom, hiperaktivnošću tokom dana, koje nakon izvjesnog vremena trajanja rezultiraju potpuno poremećenim funkcionisanjem i poremećenim dnevnim rasporedom aktivnosti cijele porodice.

U skladu sa navedenim postavljen je **cilj istraživanja:** Utvrditi koji specifični problemi spavanja su najučestaliji i u kojem procentu su prisutni problemi spavanja kod djece sa poremećajem autističnog spektra.

METODE RADA

Uzorak istraživanja je činilo 57-ero djeca sa poremećajima autističnog spektra u dobi od 6 do 16 godina koja su u trenutku ispitivanja pohađala Zavod za specijalno obrazovanje i odgoj djece „Mjedenica“ i Centar „Vladimir Nazor“ u Sarajevu, Zavod za odgoj i obrazovanje osoba sa

smetnjama u psihičkom i tjelesnom razvoju u Tuzli i Centar „Los Rosales“ u Mostaru. Za procjenu problema u spavanja korišten je Children's Sleep Habits Questionnaire (CSHQ Owens et al. 2000) - Upitnik za ispitivanje dječijih navika spavanja. Ovaj instrument je dizajniran za utvrđivanje najčešćih problema spavanja kod djece. Radi se o upitniku za roditelje koji se sastoji od 34 itema koji su podijeljeni u 8 područja. U ovom istraživanju, u obradi i prezentaciji dobivenih rezultata istraživanja korištena je kvantitativna forma istraživanja. Varijable su se mjerile kroz upotrebu ranije dizajniranih skala za studije koje su se odnosile na cilj istraživanja. Podaci istraživanja obrađeni su metodom parametrijske i neparametrijske statistike. Izračunati su osnovni statistički parametri mjere centralne tendencije, mjere disperzije, frekvencije i postotci, te je izvršeno tabelarno i grafičko prikazivanje rezultata. Od mjera centralne tendencije izračunata je aritmetička sredina, medijana i modus, a od mjera disperzije standardna devijacija, te minimalni i maksimalni rezultati. Izračunate su i mjere zaobljenosti i spljoštenosti. S ciljem provjere postavljenih hipoteza istraživanja korišten je hi kvadrat test i Pearson-ov koeficijent korelacije. Podaci istraživanja obrađeni su u statističkom paketu SPSS 20.for Windows.

REZULTATI I DISKUSIJA

U tabeli 1 prikazani su rezultati u odnosu na navike spavanja. Prikazana je distribucija ispitanika na pojedinačnim varijablama Upitnika za ispitivanje dječijih navika spavanja. U odnosu na područje „Otpor prije spavanja“ koje se sastoji iz 6 varijabli procjene (1-6 varijabla) najveći procenat ispitanika 48,3% obično ide u krevet svako večer (u isto vrijeme), dok 27,6% ispitanika ide rijetko na vrijeme u krevet. Obično zaspri samo u krevetu 46,6% ispitanika, ponekad 24,1% ispitanika, dok rijetko 27,6% ispitanika. U odnosu na područje trajanje spavanja (10-12 varijable) najveći procenat ispitanika 41,4% obično spava premalo, 29,3% spava obično onoliko koliko je potrebno i 25,9% ispitanika spava otprilike isto svaki dan. U odnosu na područje parasomnie (varijable 20-26), najveći procenat ispitanika 63,8% rijetko priča u snu. U odnosu na područje poremećaja disanja tokom spavanja, 44,8% ispitanika obično glaso hrče, dok 27,6% tokom spavanja prestane da diše. U odnosu na područje spavanja tokom dana (varijable 29-34), 46,6% ispitanika se ponekad samo budi, 27,6% rijetko. Negativno raspoloženo se obično budi 32,8% ispitanika, dok 41,4% ispitanika treba puno vremena da se razbudi.

Tabela 1. Distribucija odgovora ispitanika u odnosu na navike spavanja**Table 1.** Distribution of respondents' responses related to sleep habits

Varijable	Obično		Ponekad		Rijetko		Ukupno	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1-Ide u krevet svako večer u isto vrijeme	28	48,3	13	22,4	16	27,6	57	100
2-Zaspi samo u svom krevetu	27	46,6	14	24,1	16	27,6	57	100
3-Zaspi u roditeljskom ili u krevetu nekog bliskog	12	20,7	26	44,8	19	33,3	57	100
4-Zahtjeva roditeljsko prisutvo u sobi da bi zaspalo	14	24,1	25	43,1	18	31,0	57	100
5-Opire se prilikom odlaska na spavanje	19	32,8	22	37,9	16	27,6	57	100
6-Boji spavati samo	14	24,1	25	43,1	18	31,0	57	100
7-Ide u krevet svako večer u isto vrijeme	20	34,5	19	32,8	18	31,0	57	100
8-Zaspi samo u svom krevetu	23	39,7	23	39,7	11	19,0	57	100
9-Zaspi 20 minuta nakod odlaska u krevet	23	39,7	23	39,7	11	19,0	57	100
10-Spava premalo	24	41,4	17	29,3	16	27,6	57	100
11-Spava onoliko koliko je potrebno	17	29,3	24	41,4	16	27,6	57	100
12-Spava otprilike isto svaki dan	15	25,9	23	39,7	19	32,8	57	100
13-Zahtjeva roditeljsko prisutvo u sobi da bi zaspalo	18	31,0	25	43,1	14	24,1	57	100
14-Boji spavati u mraku	21	36,2	17	29,3	19	32,8	57	100
15-Boji spavati samo	8	13,8	26	44,8	23	39,7	57	100
16-Problemi sa spavanjem van kuće	11	19,0	33	56,9	13	22,4	57	100
17-Prelazi u tuđi krevet tokom noći	14	24,1	22	37,9	21	36,2	57	100
18-Budi se jednom tokom noći	1	1,7	25	43,1	31	53,4	57	100
19-Budi se više od jedan puta tokom noći	7	12,1	21	36,2	29	50,0	57	100
20-Piški u krevet tokom spavanja	14	24,1	21	36,2	22	37,9	57	100
21-Priča u snu	5	8,6	15	25,9	37	63,8	57	100
22-Nemirno je i mnogo se vrpolti tokom spavanja	11	19,0	19	32,8	27	46,6	57	100
23-Hoda u snu	5	8,6	18	31,0	34	58,6	57	100
24-Škripi zubima u snu	4	6,9	23	39,7	30	51,7	57	100
25-Budi se vrišteći, znoji se	7	12,1	19	32,8	31	53,4	57	100
26-Uznemiruju ga strašni snovi	9	15,5	12	20,7	36	62,1	57	100
27-Glasno hrče	26	44,8	11	19,0	20	34,5	57	100
28-Prestane da diše	16	27,6	28	48,3	13	22,4	57	100
29-Samo se budi	14	24,1	27	46,6	16	27,6	57	100
30-Budi se negativno raspoloženo	19	32,8	25	43,1	13	22,4	57	100
31-Drugi ga bude	18	31,0	28	48,3	11	19,0	57	100
32-Teško ga je izvući iz kreveta	18	31,0	23	39,7	16	27,6	57	100
33-Treba puno vremena da se razbudi	24	41,4	18	31,0	15	25,9	57	100
34-Čini se umorno	10	17,2	28	48,3	19	32,8	57	100

U tabeli 2 prikazani su sumarni rezultati na 8 područja spavanja, kao i ukupni rezultat. Iz tabele se može uočiti da aritmetička sredina na varijabli „otpor prije spavanja“ iznosi $12,19 \pm 2,13$, medijana 12, modus 10, a minimalni i maksimalni rezultati se kreću u rasponu od 7-18. Aritmetička sredina na

varijabli „Odloženo vrijeme spavanja“ iznosi $2,04 \pm 0,82$, a na varijabli „Trajanje spavanja“ $6,56 \pm 1,31$. Kada se uzmi u obzir dobijeni rezultati, a prema uputstvima autora testa da veći rezultati ukazuju na probleme sa spavanja može se zaključiti da djeca imaju najviše problema sa

spavanjem tokom dana, otporom prije spavanja, spavanja, parasomniom, strahom od spavanja i trajanjem

Tabela 2. Sumarni rezultati prema subskalama

Table 2. Summarized results by sub-scales

Varijable	AS	MED	MOD	SD	VAR	MIN	MAX
Otpor prije spavanja	12,19	12,00	10,00	2,13	4,55	7,00	18,00
Odloženo vrijeme spavanja	2,04	2,00	3,00	0,82	0,68	1,00	3,00
Trajanje spavanja	6,56	7,00	7,00	1,31	1,71	3,00	9,00
Strah od spavanja	8,05	8,00	9,00	2,62	6,87	4,00	12,00
Buđenje u toku noći	5,58	6,00	7,00	1,61	2,61	3,00	9,00
Parasomnia	11,14	11,00	12,00	3,13	9,80	7,00	21,00
Poremećaj disanja tokom spavanja	3,11	3,00	2,00	1,11	1,24	2,00	6,00
Spavanje tokom dana	16,39	16,00	15,00	3,50	12,24	8,00	24,00
SUMA	65,05	65,00	64,00	10,79	116,47	46,00	96,00

Kako bi se vidjelo u kojem procentu je kod djece iz autističnog spektra prisutan problem spavanja izvršila se transformacija korištene skale u skalu intervalnog tipa. Transformacija je, kao i u originalnom instrumentu izvršena na način da su se sabrali dobijeni odgovori na postavljenim

tvrdnjama, te se dobio ukupan rezultata koji se kreće u rasponu od 34-102. Veći broj bodova ukazuje na veći problem sa spavanjem. Na osnovu ovog raspona, rezultati veći od 68 pokazuju da djeca ima problema sa spavanjem. Dobijeni rezultati su prikazani u tabeli 3.

Tabela 3. Distribucija ispitanika u odnosu na probleme sa spavanjem

Table 3. Distribution of respondents in relation to sleep problems

Varijable	N	%
Imaju problem sa spavanjem	40	70,2
Nemaju ili rijetko imaju problem sa spavanjem	17	29,8
Ukupno	64	100,0

$\chi^2 = 9,28$; $df=1$; $p=0,002$

Kao što se može vidjeti iz rezultata, djeca sa poremećajem autističnog spektra imaju značajne poteškoće sa snom i to u svim ispitivanim područjima. Kao što je i očekivano najviše poteškoća imaju sa otporom prije spavanja i spavanjem tokom dana jer obično djeca jako kasno idu u krevet, bude se tokom noći te s toga imaju potrebu da nedostatak sna nadoknade u toku dana što remeti dnevne rutine i obaveze, naročito kod djece školskog uzrasta. Ova djeca obično budu pospana, nervozna i ograničeno funkcionalna u periodu kada treba da učestvuju u školskim aktivnostima. Slične rezultate dobili su i Al-Farsi i saradnici (2018) koje je pokazalo da djeca sa poremećajem autističnog spektra imaju lošiju kvalitetu spavanja u odnosu na djecu sa intelektualnim teškoćama i djecu tipičnog razvoja. Kao i u našem istraživanju otpor prije spavanja je najprisutniji kod djece sa poremećajem autističnog spektra, a zatim slijede odloženo vrijeme spavanja i kasniji odlazak u krevet. Bashir i Backer (2017) su u svom istraživanju također utvrdili da su problemi u spavanju vrlo izraženi kod djece sa

poremećajem autističnog spektra. Obzirom da je poremećaj spavanja prema navodima iz literature prisutan kod 40-80 % djece sa poremećajem autističnog spektra govori o tome da su rezultati ovog istraživanja u ovim okvirima, odnosno iznose 70,2%, s tim da bi se u nekom narednom istraživanju mogli koristiti i testovi koje bi primijenili nastavnici, odgajatelji ili neki drugi neovisni ispitivači, radi poređenja rezultata dobijenih ovim istraživanjem.

ZAKLJUČAK

Poznato je da su problemi spavanja kod djece sa poremećajem autističnog spektra vrlo učestali. U najranijoj dobi oni su uz probleme sa ishranom i abnormalnim kontaktom očima jedan od prvih simptoma koji mogu ukazati da se razvoj djeteta ne odvija u željenom pravcu. Ovaj problem perzistira i dalje tokom razvoja djeteta i vrlo često se nastavlja i do odrasle dobi, ali u različitim

formama i manifestacijama, koje se dalje odražava na cjelokupno funkcionisanje. Otežano funkcionisanje u aktivnostima svakodnevnog života, remećenje dnevnih rutina samog djeteta i cjelokupne porodice su samo neke od manifestacija koje se mogu dovesti u vezu sa poteškoćama u spavanju. Provedeno istraživanje je pokazalo da većina djece sa poremećajem autističnog spektra ima probleme u spavanju, te da su najučestaliji specifični oblici problema u spavanju: spavanje tokom dana, otpor prije spavanja, parasomnia, trajanje spavanja što se o određenoj mjeri slaže i sa nekim novijim istraživanjima iz ove oblasti. Istraživanja kao što je ovo bi trebala da ukažu na činjenicu da problemi spavanja postoje, da su podjednako važni kao i problemi u ishrani, komunikaciji, socijalnoj interakciji, edukaciji, senzornoj integraciji i slično, i da se oni uz adekvatne programe koji bi se provodili prvenstveno u krugu porodice ali i u školama, vrtićima, specijaliziranim ustanovama, mogu reducirati i time poboljšati funkcionisanje djeteta i kvaliteta života cjele porodice.

LITERATURA

- Al-Farsi, O.A., Al-Farsi, Y.M., Al-Sharbati, M.M. & Samir Al-Adawi, S. (2018). Sleep habits and sleep disorders among children with autism spectrum disorders, intellectual disabilities and typically developing children in Oman: a case-control study. *EARLY CHILD DEVELOPMENT AND CARE*, <https://doi.org/10.1080/03004430.2018.1455671.2.2>.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition (DSM-5)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Begovac I, Vidović V, Barišić N. (2009). Autizam ranog djetinjstva. U N. Barišić, ur. *Pedijatrijska neurologija* (734-9). Zagreb: Medicinska naklada.
- Bujas-Petković, Z., Frey-Škrinjar, J., Hranilović, D., Divčić, B., Stošić, J. (2010). Poremećaj autističnog spektra. Zagreb: Školska knjiga.
- Bashir, S., Backer, N. (2017). Assessment of parent report and actigraphy for sleep in children with autism spectrum disorders. Pilot study. *Abstracts / Sleep Medicine* 40 e3-e185
- Dizdarević, A. (2014). *Specijalna edukacija djece sa intelektualnim i razvojnim teškoćama, teorija, praksa i istraživanje*, Tuzla.
- Farmer, C. A., & Aman, M. G. (2011). Aggressive behavior in a sample of children with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5(1), 317–323.
- Gregory, A. M., & Sadeh, A. (2012). Sleep, emotional and behavioral difficulties in children and adolescents. *Sleep Medicine Reviews*, 16(2), 129–136.
- Gregory, A. M., Van der Ende, J., Willis, T. A., & Verhulst, F. C. (2008). Parent-reported sleep problems during development and self-reported anxiety/depression, attention problems, and aggressive behavior later in life. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 162(4), 330–335.
- Gregory, A. M., & O'Connor, T. G. (2002). Sleep problems in childhood: A longitudinal study of developmental change and association with behavioral problems. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(8), 964–971.
- Green, J., Gilchrist, A., Burton, D., & Cox, A. (2000). Social and psychiatric functioning in adolescents with Asperger syndrome compared with conduct disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 30(4), 279–293.
- Hall, W. A., Zubrick, S. R., Silburn, S. R., Parsons, D. E., & Kurinczuk, J. J. (2007). A model for predicting behavioural sleep problems in a random sample of Australian pre-schoolers. *Infant and Child Development*, 16(5), 509–523.
- Lecavalier, L. (2006). Behavioral and emotional problems in young people with pervasive developmental disorders: Relative prevalence, effects of subject characteristics, and empirical classification. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36(8), 1101–1114.
- Martinić, B. (2010). *Autizam, što je to?* Split, Talic Graficom.
- Mazurek M.O., Sohl, K. (2016). Sleep and Behavioral Problems in Children with Autism Spectrum Disorder. *J Autism Dev Disord* DOI 10.1007/s10803-016-2723-7
- Mazurek, M. O., Kanne, S. M., & Wodka, E. (2013). Physical aggression in children and adolescents with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 7(3), 455–465.

UPUTE AUTORIMA

Časopis „Istraživanja u edukaciji i rehabilitaciji“ objavljuje originalne naučne radove, kratka naučna saopštenja, stručne radove, pregledne radove, prikaze slučajeva, izvještaje i obavijesti. Časopis objavljuje radove iz područja oštećenja vida, oštećenja sluha, patologije glasa, govora i jezika, motoričkih poremećaja i hroničnih bolesti, intelektualnih teškoća i poremećaja u ponašanju. Radovi za objavu u časopisu se šalju isključivo na e-mail redakcije: senad.mehmedinovic@untz.ba.

Prijavni formular može se preuzeti na Web stranici: <http://www.erf.untz.ba>

Prijavni formular, čitko i jasno popunjen i originalno potpisan, šalje se na adresu redakcije:

Univerzitet u Tuzli, Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet, Univerzitetska 1, 75 000 Tuzla, Bosna i Hercegovina.

Radovi upućeni za objavljivanje, trebaju biti pisani na nekom od službenih jezika u Bosni i Hercegovini i/ili engleskom jeziku. Radovi će biti objavljeni pod uslovom da su namijenjeni isključivo ovom časopisu, za što odgovornost preuzima autor. Rad koji odgovara tehničkim uvjetima biti će recenziran. Radovi ne trebaju biti duži od 10 stranica (za originalne naučne radove), 6 stranica (za preliminarna naučna obavještenja, i stručne članke), te 2 stranice (pisma uredništvu).

U pripremi radova pridržavati se slijedećih uputa:

Format u kojem se piše rad: file DOC. ili DOCX.
(Word 2003 i kasnije verzije - ne PDF format).

Format papira: A4

Zadane margine: gore:2,5cm; dole:2,5cm; lijevo:2,0cm; desno:2,0cm; zaglavlje:1,25cm; podnožje:1,25cm.

Stranice se ne numerišu.

Pred: jednostruki (1,0)

Vrsta i veličina slova:

- Naslov rada na bosanskom/srpskom/hrvatskom jeziku: Times New Roman, 14 pt, bold;
- Naslov rada na engleskom jeziku: Arial, 13 pt, bold;
- Autori rada: Times New Roman, 12 pt, bold;
- Ustanove i organizacijske jedinice u kojima rade autori: Times New Roman, 10 pt, bold;
- Puna adresa ustanova i organizacijskih jedinica u kojima rade autori : Times New Roman, 10 pt;
- Apstrakt (naslov i tekst): Times New Roman, 10pt,
- Abstract (naslov i tekst). Arial, 9 pt,
- Naslovi poglavlja: Times New Roman, 11 pt, bold,
- Tekst: Times New Roman, 11 pt,
- Naslovi tabela:
 - na bosanskom/srpskom/hrvatskom jeziku: Times New Roman, 10pt,
 - na engleskom jeziku: Arial, 9 pt,
- Naslovi slika:
 - na bosanskom/srpskom/hrvatskom jeziku: Times New Roman, 10pt,
 - na engleskom jeziku: Arial, 9 pt,
- Tekst u tabelama i slikama: Times New Roman, 10 pt,
- Legenda za tabele i slike: Times New Roman, 6 pt,
- Literatura: Times New Roman, 8 pt.

Priprema rada

Dijelovi rada su: naslovna strana, apstrakt sa ključnim riječima, tekst i literatura.

Naslovna strana

Naslov rada se piše na bosanskom/hrvatskom/srpskom jeziku i na engleskom jeziku. Naslov treba da bude kratak, jasan i informativan i da odgovara sadržaju rada. Skraćenice u naslovu treba izbjegavati. Ispisuju se puna imena i prezimena svih autora rada. Navode se puni nazivi i adrese ustanove i organizacijske jedinice u kojima rade autori rada.

Apstrakt i ključne riječi

Sadrži maksimalno 250 riječi, a piše se na jezicima naroda Bosne i Hercegovine (apstrakt) i na engleskom jeziku (abstract). U apstraktu se iznosi uvod i cilj rada, metode rada, rezultati (konkretni podaci i njihova statistička značajnost) i zaključak. Skraćenice u apstraktu treba izbjegavati. Ispod apstrakta, pod podnaslovom „Ključne riječi“ treba predložiti 3-6 ključnih riječi ili izraza koji oslikavaju sadržinu članka, pri čemu treba izbjegavati riječi spomenute u naslovu rada. Pismo uredništvu na sadrži apstrakt.

Tekst

Sadrži sljedeća poglavlja: Uvod, Metode rada, Rezultati, Diskusija, te Zaključak. Ukratko iznijeti razloge za studiju ili posmatranje. Navesti samo relevantne podatke iz literature i ne iznositi opširna razmatranja o predmetu rada, kao ni podatke ili zaključke iz rada o kome se izvještava. Navesti hipotezu (ukoliko je ima) i ciljeve rada. Jasno opisati izbor **metoda** posmatranja ili eksperimentalnih metoda. Identifikovati metode, navesti podatke iz literature za uhodane metode, uključujući i statističke. **Rezultate** navesti logičkim redoslijedom u tekstu, tabelama i ilustracijama. U tekstu naglasiti ili sumirati samo značajna zapažanja. U **diskusiji** naglasiti nove i značajne aspekte studije i izvedene zaključke. Posmatranja dovesti u vezu sa drugim relevantnim studijama. Povezati **zaključke** sa ciljevima rada, ali izbjegavati tvrdnje i one zaključke koje podaci iz rada ne podržavaju u potpunosti.

Tabele

Sve tabele se rade jednostrukim proredom. Obilježavaju se arapskim brojevima, redoslijedom pojavljivanja, a svakoj se daje kratak naslov na jezicima naroda Bosne i Hercegovine i na engleskom jeziku (broj i naslov se ispisuju iznad tabele). Svaka tabela mora da se spomene u tekstu. Ako se koriste tuđi podaci, obavezno ih navesti kao i svaki drugi podatak iz literature. Tabele po širini ne smiju da prelaze zadane margine stranice, a po dužini ne smiju biti duže od jedne stranice. Preporučena širina tabele je 16cm, odnosno 7cm. Prikazati samo vertikalne linije. Legendu pisati ispod tabele.

Slike

Slikama se zovu svi oblici grafičkih priloga. Slike se obilježavaju arapskim brojevima, redoslijedom pojavljivanja, a svakoj se daje kratak naslov na jezicima naroda Bosne i Hercegovine i na engleskom jeziku (broj i naslov se ispisuju ispod slike). Svaka slika mora da se spomene u tekstu. Ako se koriste tuđi podaci, obavezno ih navesti kao i svaki drugi podatak iz literature. Slike po širini ne smiju da prelaze zadane margine stranice, a po dužini ne smiju biti duže od jedne stranice. Preporučena širina veće slike je 16 cm ili manje 7 cm. Ukoliko se koriste simboli, strelice, brojevi ili slova za objašnjenje pojedinog dijela slike, svaki pojedinačno treba objasniti u legendi. Primaju se samo crno bijele slike rezolucije 300dpi i više.

Literatura

Navodi iz literature u tekstu rada označavaju se brojem u superskriptu, npr. X³ prema redoslijedu pojavljivanja (u skladu sa vankuverskim pravilima citiranja). U poglavlju Literatura, korištene reference popisuju se rednim brojevima pod kojima se citat pojavljuje u tekstu. Navode se svi autori, ali ako broj prelazi šest, navodi se prvih šest i dodaje *i sar.*, odnosno *et al.* Svi podaci o citiranoj literaturi moraju biti tačni. Sve reference korištene u radu obavezno treba navesti u popisu literature. U popisu literature se ne navode reference koje nisu spomenute u radu. Ne prihvata se citiranje usmenih saopštenja i neobjavljenih radova. Podaci sa Interneta citiraju se uz navođenje datuma pristupa.

Primjeri navođenja literature:

Za članak u časopisu

Huremović A., Iličković M. Sposobnosti organizacije leksičkih znanja u osoba oštećenog sluha. Defektologija 2007; 13 (2): 169-177.

Za članak u Zborniku radova

Junuzović-Žunić L. Razvoj govora i govorni problemi u djece predškolske dobi. Zbornik radova drugog međunarodnog naučno-stručnog skupa „Studij razredne nastave u funkciji devetogodišnje osnovne škole“, Zenica, 2008: 497-503.

Za knjigu

Vantić-Tanjić M., Nikolić M. Inkluzivna praksa—od segregacije do inkluzije. Tuzla: OFF-SET, 2010.

Za poglavlje u knjizi

Smith-Jordan L. Aphasia. In: J.B. Tomblin, H.L. Moris and D.C. Priestersbach. Diagnosis in Speech-Language Pathology. San Diego: Singular Publishing Group Inc., 1994: 165-176.

Magistarski i doktorski radovi

Mrkonjić Z. Povezanost verbalne komunikacije sa kvalitetom života u osoba sa afazijom. Doktorska disertacija. Tuzla: Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet Univerziteta u Tuzli, 2009.

Web stranica.

American Speech-Language-Hearing Association. Aphasia. Retrieved December 14, 2004, from www.aph.org

Zahvalnice

U dodatku je dozvoljeno navesti zahvalnice a) odjelu b) tehničkoj pomoći c) finansijskoj i materijalnoj pomoći d) navesti finansijske relacije koje bi mogle biti uzrok konflikta interesa.

Skraćenice i simboli

Koristiti samo standardne skraćenice. Skraćenice u naslovu i apstraktu treba izbjegavati. Pun naziv sa skraćenicom u zagradi treba dati kod prvog spominjanja pojma u tekstu. U radovima je obavezno korištenje međunarodnog sistema mjera (SI) i standardnih međunarodno prihvaćenih termina. Kod decimalnih brojeva umjesto zarez koristi se tačka (npr. umjesto 7,5 koristiti 7.5).

Etička pitanja

Autori su odgovorni za etičku stranu svojih radova. Prihvataju se samo radovi autora koji su se prema ispitanicima tokom istraživanja odnosili dostojanstveno i sa poštovanjem. Radovi temeljeni na originalnim istraživanjima koja uključuju osobe sa ili bez onesposobljenja moraju biti provedena uz odobrenje odgovarajućeg etičkog komiteta (u skladu sa propisima institucije gdje se istraživanje obavlja) ili da su se tokom istraživanja poduzeli odgovarajući koraci u pogledu pristupa istraživanju, dobijanja saglasnosti, povjerljivosti i anonimnosti.

Prijenos autorskih prava

Autori rada jamče da su autori i jedini vlasnici rukopisa. Autori jamče i da je rad izvorni, da nije prethodno objavljen u štampanom ili elektronskom obliku, da ga ne razmatra drugi izdavač ili elektronski medij, te da autori imaju puno vlasništvo nad radom. S obzirom na rezultate rada, ovaj rad ili rad sličnoga sadržaja neće biti podnesen bilo kojem drugom časopisu dok proces prihvatanja rada u "Istraživanja u edukaciji i rehabilitaciji" ne bude službeno završen (prihvaćanjem ili odbijanjem rada). Rad također, neće biti povučen iz procesa, dok proces prihvatanja rada ne bude završen. Autori će u skladu sa zahtjevima recenzentata i Uredništva "Istraživanja u edukaciji i rehabilitaciji", korigovati rad za objavu. Eventualna neslaganja će biti dostavljena u pisanom obliku, te su autori svjesni da neslaganje sa zahtjevima "Istraživanja u edukaciji i rehabilitaciji" može rezultirati odbacivanjem rukopisa. Autori ovime daju pravo "Istraživanja u edukaciji i rehabilitaciji" za uređivanje, preinačavanje i sažimanje rukopisa. Ako rukopis bude prihvaćen za objavljivanje u "Istraživanja u edukaciji i rehabilitaciji", autori prenose autorska prava na "Istraživanja u edukaciji i rehabilitaciji". Autori se slažu da "Istraživanja u edukaciji i rehabilitaciji" može dozvoliti trećim stranama kopiranje bilo kojeg dijela rada, ne pitajući za dozvolu, pod uvjetom da je dat izvor reference. Za radove sa više od jednog autora: svi ostali koautori slažu se da autor za korespondenciju donosi odluke u vezi objavljivanja publikacije.

Radovi koji nisu pripremljeni po uputama vraćat će se autorima na doradu. Mišljenje ili stavovi autora rada ne odražavaju nužno mišljenje ili stavove Uredništva.

INSTRUCTIONS FOR AUTORS

The journal "Research in Education and Rehabilitation" publishes original scientific papers, short scientific statements, technical papers, paper revisions, case studies, reports and other statements. The journal publishes papers in the field of visual impairment, loss hearing, sound pathology, speech and language, motor disorders and chronic illnesses, intellectual difficulties and behavioural disorders.

Papers for publication must be sent by e-mail addresses of the news room: senad.mehmedinovic@untz.ba.

The application form can be downloaded from Web: <http://www.erf.untz.ba>

The application form should be legibly and clearly filled and originally signed, and sent to the newsroom address: **University of Tuzla, Faculty of Education and Rehabilitation, Univerzitetska 1, 75000, Bosnia and Herzegovina.**

Papers sent for publication should be written in one of the official languages of Bosnia and Herzegovina and/or English. The papers will be published provided that they are intended solely for this journal, and for this the liability must be assumed by the author. The paper that fulfils all the technical requirements will be subjected for review. Papers should not exceed 10 pages (for the original scientific papers), 6 pages (for the preliminary scientific statements and technical articles) and two pages (for the letters to the editor).

While preparing the papers following guidelines must be followed:

The format in which document is written: DOC file or DOCX (Word 2003 and later versions - not as PDF format).

The paper format: A4

The default margins: top 2,5 cm; bottom 2,5cm; left 2,0 cm; right 2,0 cm; header 1,25cm; footer 1,25cm. Pages should not be numbered.

Line spacing: single (1,0)

Type and the size of the letters:

- The title of the work in Bosnian/Serbian/Croatian: Times New Roman, 14 pt. Bold
- The title in English: Arial, 13 pt, bold
- The authors of the paper: Times New Roman, 12 pt, bold
- Institutions and organizations in which the authors are working: Times New Roman, 10 pt, bold
- Abstract (the title and the text): Times New Roman, 10 pt
- Abstract (the title and the text): Arial, 9pt
- The main chapter headings: Times New Roman, 11 pt, bold
- Text: Times New Roman, 11 pt
- Titles of the tables:
 - in Bosnian/Croatian/Serbian: Times New Roman, 10 pt
 - in English: Arial, 9 pt
- Titles of the pictures:
 - in Bosnian/Croatian/Serbian: Times New Roman, 10 pt
 - in English: Arial, 9 pt
- Text in the tables and figures: Times New Roman, 10 pt
- Legends for the tables and figures: Times New Roman, 6 pt
- References: Times New Roman, 8 pt

The preparation of the paper

Parts of the paper are as follows: the title page, the abstract with the key words, the text and the references.

The title page

The title of the paper should be written in Bosnian/Croatian/Serbian and in English language. The title should be short, clear and informative and to match the content of the paper. The abbreviations in the title should be avoided. The full names and surnames of all the authors should be written. Full names and the addresses of the establishments and organizational units in which the authors are working should be listed.

The abstract and the key words

Abstract consists of maximum 250 words, written in languages of Bosnia and Herzegovina (the abstract) and in English language (the abstract). The abstract should contain introduction and objective of the paper, work methods, results (specific data and their statistical significances) and the conclusion. The abbreviations in the abstract should be avoided. Under the abstract, under the subheading "Key words" 3-6 keywords should be suggested, that reflect the contents of the paper, it should avoid words mentioned in the title. Letter to the editor doesn't need an abstract.

The text

The text should contain the following chapters: Introduction, Work Methods, Results, Discussion, and Conclusion. Briefly state the reasons for the study or the observation. Provide only relevant information from the literature and not an over extensive review of the work, or the data or the conclusions. State the hypothesis (if there is any) and the objectives of the work. Clearly describe the choice of the methods of observation or experimental methods. Identify the **methods**, specify the data from the literature for the well established methods, including the statistics. The results should be given in logical order, following the tables and illustrations. In the text only the important observations should be emphasized or summarized. In the **discussion** only new and important studies should be named and conclusions drawn. Observations need to be linked to the relevant studies. The **conclusion** needs to be connected with the objectives of the work, but all those statements and the data that cannot be fully supported in the work should be avoided.

Tables

All the tables should be printed with a single spacing. They should be marked with Arabic numerals, in the order of appearance, and each should be given in languages of the people of Bosnia and Herzegovina and in English language (numbers and the title printed above each table). Each table has to be mentioned in the text. If you are using someone else's data, be sure to specify them like any other data from the references. Tables should not exceed the given default page margins in width, and its length should not exceed one page. The recommended width of the bigger table is 16 cm and a smaller one 7 cm. In the tables only vertical lines should be shown. Legends for the tables should be written under the table.

Figures

Figures are all forms of graphic additions. The figures should be marked with Arabic numerals, in order of appearance, and each should be given a short title in languages of the people of Bosnia and Herzegovina and also in English (the number

and the title written under the figure). Every figure has to be mentioned in the text. If you are using someone else's data, be sure to specify that just like any other data in the references. Figures should not exceed the given default page margins in width, and its length should not exceed one page. The recommended width of a bigger figure is 16 cm and a smaller one 7 cm. If you are using symbols, arrows, numbers or letters to explain a single part of a figure, each one should be explained in the legend. Only white and black figures of the resolution of 300dpi or more will be accepted.

References

Statements from the references in the text should be marked with a number in superscript, for example X¹, in order of appearance (in accordance with the Vancouver's rules of quotations). In the chapter with references, used references are written under following numbers under which the quote appears in the text. All the authors need to be listed, but if the number exceeds six, you should name the first six and then add, *et al.* All the references cited have to be accurate. All the references used in the paper should be stated in the chapter References. In the references list there should not be the references that are not mentioned in the work. Citation from the oral statements and unpublished works will not be accepted. Data from the internet should be mentioned only if enclosing the date of the approach.

Examples of correct forms of references:

articles in journals

Huremović A., Iličković M. Sposobnosti organizacije leksičkih znanja u osoba oštećenog sluha. *Defektologija* 2007; 13 (2): 169-177.

articles in proceedings

Junuzović-Žunić L. Razvoj govora i govorni problemi u djece predškolske dobi. Zbornik radova drugog međunarodnog naučno-stručnog skupa „Studij razredne nastave u funkciji devetogodišnje osnovne škole“, Zenica, 2008: 497-503.

a book

Vantić-Tanjić M., Nikolić M. *Inkluzivna praksa—od segregacije do inkluzije*. Tuzla: OFF-SET, 2010.

chapter in a book

Smith-Jordan L. Aphasia. In: J.B. Tomblin, H.L. Moris and D.C. Spriestersbach. *Diagnosis in Speech-Language Pathology*. San Diego: Singular Publishing Group Inc., 1994: 165-176.

master's and doctoral thesis

Mrkonjić Z. *Povezanost verbalne komunikacije sa kvalitetom života u osoba sa afazijom*. Doktorska disertacija. Tuzla: Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet Univerziteta u Tuzli, 2009.

web page

American Speech-Language-Hearing Association. Aphasia. Retrieved December 14, 2004, from www.apf.org

Letters of gratitude

In the additional part it is allowed to thank the a) the department, b) technical aid, c) financial and material help, d) and to

mention some financial relationship that could be the cause for a conflict of interest.

Abbreviations and symbols

Use only standard abbreviations. The abbreviations in the title and in the abstract should be avoided. Full name for the abbreviation in the brackets should be given at the first mentioning of the term in the text. It is obligatory to use the measures of the international system (SI). When using the decimal numbers instead of comma, the point should be used (for example 7.5 instead of 7,5).

Ethical issues

The authors are responsible for the ethical side of their work. Acceptance of papers is based on the understanding that authors have treated research participants with respect and dignity throughout. Papers based on original research involving people with or without disabilities must include an ethical statement to confirm either that the research has received formal ethical approval from an appropriate ethics committee or that the research has taken appropriate steps with regard to access, informed consent, confidentiality and anonymity.

Transfer of the copyrights

The authors of the work are guaranteeing that they are the sole authors of the work. They also guarantee that their work is original, has not been previously printed or in electronic form, and that the authors have full ownership of the work. Given the results of this work or any other work with similar content will not be submitted to other journals until the process of acceptance in "Research in Education and Rehabilitation" is not officially completed (acceptance or rejection of the work). The work will also not be withdrawn from the process, until the process of acceptance is finished. The authors will correct their work in accordance with the reviewer's requirements and Editorial of "Research in Education and Rehabilitation" to prepare the work for the publishing. Any disagreements should be submitted in writing, and the authors should be aware that disagreeing with the requirements may result in rejection of the work. The authors hereby give the right to "Research in Education and Rehabilitation" for the editing, revision, contrition of the manuscript. If the paper is accepted for the publication in "Research in Education and Rehabilitation", the authors are transferring the copyright to "Research in Education and Rehabilitation". The authors agree that "Research in Education and Rehabilitation" may allow the third party any part of the work, without asking for permission, provided that the source gives its credentials. For the papers with more than one author, all the co-authors agree that the author in charge of correspondence makes the decisions regarding the publications.

All the papers that are not done in accordance to these guidelines will be returned. Opinions or views of the author do not necessary reflect the opinions or views of the Editorial Board.

