

Svetlana KALJAČA¹, Danijela DAPČEVIĆ^{**}

Univerzitet u Beogradu

*Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitacija**

*Škola za osnovno i srednje obrazovanje „Milan Petrović“, Novi Sad***

POSTIGNUĆA U OBLASTI KOMUNIKACIJE I TIPOVI POTREBNE PODRŠKE KOD DECE SA UMERENOM INTELEKTUALNOM OMETENOŠĆU²

Život u zajednici predstavlja složen interaktivan odnos između pojedinca i socijalnog polja. Kvalitet tog odnosa uslovljen je uticajem brojnih personalnih i socijalnih činilaca, čiji doprinos na različite načine utiče na nivo individualne socijalne participacije i blagostanje svih članova zajednice. Imajući u vidu da socio-komunikativne sposobnosti predstavljaju jedan od najznačajnijih prediktora procesa socijalne inkluzije, procena nivoa razvijenosti sposobnosti koje pripadaju ovoj kategoriji životnih navika kod osoba sa intelektualnom ometenošću može se smatrati važnom, kako sa aspekta planiranja edukacije, tako i sa aspekta prevencije socijalne izolacije ovih osoba.

Cilj ovog istraživanja je komparacija nivoa postignuća u oblasti razvoja komunikacije kod dece sa Daunovim sindromom, koja funkcionišu na nivou umerene intelektualne ometenosti, i dece istog intelektualnog nivoa, kod koje nije utvrđeno poreklo stanja, kao i tipa potrebne podrške u oblasti primene usvojenih znanja u ovoj oblasti životnih navika.

Uzorkom je obuhvaćeno 75-oro dece sa umerenom intelektualnom ometenošću, oba pola, kalendarskog uzrasta od 7 do 15 godina. U skladu sa definisanim ciljem i zadacima istraživanja, uzorak je podeljen na

1 kaljaca@eunet.rs

2 Članak predstavlja rezultat rada na projektu „Evaluacija tretmana stečenih poremećaja govora i jezika“ broj 179068 (2011-2014), čiju realizaciju finansira Ministarstvo prosvete, nauke i tehnološkog razvoja Republike Srbije.

dva poduzorka: prvi poduzorak obuhvata 37 ispitanika sa Daunovim sindromom, a drugi čini 38 ispitanika sa umerenom intelektualnom ometenošću nepoznate etiologije.

Za procenu razvijenosti životnih navika korišćena je Skala za procenu životnih navika.

Dobijeni rezultati pokazuju da nema statistički značajne razlike između nivoa razvijenosti komunikativnih sposobnosti, kao ni u odnosu na tip i intenzitet potrebne podrške između ispitanika sa Daunovim sindromom i njihovih vršnjaka čija je etiologija ometenosti nepoznata.

Ključne reči: *umerena intelektualna ometenost, Daunov sindrom, podrška, komunikacija*

UVOD

Procena potencijala i perspektiva razvoja osoba sa ometenošću zahteva multidimenzionalni i ekološki pristup koji bi trebalo istovremeno da odražava interakciju individue sa okolinom, ali i da procenjuje ishode te interakcije usmerene ka nezavisnosti, socijalnim vezama, doprinosu društvu, učešću u školskoj i društvenoj zajednici i ličnom blagostanju (AAMR, 2002). U skladu sa tim pristupom je i stav da je tokom evaluacije ishoda rehabilitacije osoba sa ometenošću neophodno pokloniti pažnju proceni stepena i kvaliteta participacije i socijalne participacije ovih osoba (Noreau, et al., 2004). Pojam participacije pominje Svetska zdravstvena organizacija u svojoj Međunarodnoj klasifikaciji funkcionisanja, smetnji i zdravlja (WHO, 2001), i definiše ga kao proizvod interakcije između zdravstvenih potencijala osobe, njenih sposobnosti da obavlja svakodnevne aktivnosti različitog tipa i socijalnih faktora, koji po svojoj prirodi mogu olakšati ili biti barijera optimalnom funkcionisanju svake osobe. Aktivnosti koje osoba realizuje u saradnji sa drugima obuhvaćene su pojmom socijalnih uloga, a participacija odražava nivo učešća u različitim životnim situacijama, nezavisno od toga da li osoba obavlja samostalno aktivnosti ili to čini zajedno sa drugima, preuzimajući neku od socijalnih uloga (WHO, 2001). Pojam socijalna participacija vezuje se za Kvebešku klasifikaciju i koncept *Nastajanje situacije hendikepa* (Fougeyrollas, et al., 1999). Pema ovom modelu, kvalitet socijalne participacije određen je interakcijom ličnih i sredinskih činilaca. Rezultat tog odnosa je razvoj životnih navika koje se

svrstavaju u više različitih kategorija. Životne navike uključuju aktivnosti, ili socijalne uloge, koje se upražnjavaju svakodnevno i ocenjuju se u skladu sa personalnim karakteristikama (pol, hronološki uzrast, socijalni i kulturološki kontekst u kome osoba živi i sl.). Neke od životnih navika, kao što su: ishrana, spavanje i lična higijena, neophodne su za ličnu egzistenciju i opstanak individue, dok se druge navike ostvaruju prema ličnom izboru osobe međuljudski odnosi, mobilnost, zapošljavanje i sl. (Noreau, et al., 2002). Zadovoljavajuća realizacija aktivnosti u različitim kategorijama životnih navika predstavlja važan preduslov socijalne participacije, dok su ograničenja riziko faktori za nastanak situacije hendikepa. Uticaj sredinskih činilaca, pre svega aspekt koji se odnosi na pružanje potrebnih oblika formalne i neformalne podrške, ima podjednak, a ponekad i veći značaj za društveno učešće osoba sa ometenošću u odnosu na njihove lične potencijale (Fougeyrollas, et al., 1999). Kao najznačajniji prediktori socijalne participacije navode se: uzrast, etničko poreklo, problemi sa vršnjacima, prosocijalno ponašanje, zdravstveno stanje osobe i članova njene porodice, intelektualno-kulturološka orijentacija porodice, sredinske barijere i stavovi prema tim barijerama (King, et al., 2009; King, et al., 2010).

Jedan od ključnih prediktora socijalne participacije i kvaliteta socijalnih interakcija svakako je i sposobnost funkcionalne komunikacije, odnosno sporazumevanja između individue i okruženja. Priroda i nivo razvijenosti socio-komunikacionih sposobnosti već u ranom detinjstvu, a zatim i tokom celog života, predstavljaju značajnu predispoziciju (pozitivnog ili negativnog karaktera) za preuzimanje različitih socijalnih uloga, koje su u skladu sa personalnim i socijalnim željama i očekivanjima. Kod dece sa intelektualnom ometenošću (u daljem tekstu IO) često su prisutna ograničenja koja ometaju zadovoljenje prirodne potrebe da se drugima pošalje poruka, ili se to čini na socijalno neprihvatljiv način. Ovako nastala osujećenja, naročito ako su prisutna u dužem vremenskom periodu, mogu indukovati i razvoj različitih tipova problematičnog ponašanja ove dece (Howlin, 2006), što ih dalje vodi socijalnoj marginalizaciji i izolaciji. Upravo zbog toga, savremeni pristup posmatranja problema intelektualne ometenosti se uglavnom odnosi na uočavanje postojećeg nesklada između nivoa kompetentnosti individue i zahteva koje pred nju postavlja socijalna sredina. Isticanje značaja interakcije između individue, njenih moguć-

nosti i preferencija, i zahteva i očekivanja sredine, usmerava pažnju na pružanje individualne podrške od strane društvene zajednice (Thompson, 2002, prema Kaljača, Dučić, 2011). Podrška može biti obezbeđena od strane roditelja, defektologa, prijatelja, učitelja, psihologa, lekara ili od strane bilo koje adekvatne osobe ili organizacije. Smatra se da je ona veoma bitna, jer se individualnom podrškom može unaprediti samostalno funkcionisanje, pomoći samoodređivanje i socijalna inkluzija, kao i poboljšati lično blagostanje osobe sa IO. Fokusiranje na podršku, kao na način unapređivanja edukacije, zapošljavanja, rekreacije i življenja u skladu sa društvenom sredinom, predstavlja važan deo usmerenog pristupa razvoju ličnosti osoba sa IO (AAMR, 2002).

Cilj istraživanja

Cilj ovog istraživanja je komparacija postignuća u oblasti razvoja različitih sposobnosti komunikacije, kao i tipa potrebne individualne podrške u ovoj oblasti životnih navika između dece sa Daunovim sindromom, koja funkcionišu na nivou umerene intelektualne ometenosti (u daljem tekstu UIO) i dece sa UIO, kod kojih nije utvrđena etiologija intelektualne ometenosti.

METOD RADA

Uzorak

Uzorkom je obuhvaćeno 75-oro dece sa UIO, oba pola, uzrasta od 7 do 15 godina. U skladu sa definisanim ciljem istraživanja, uzorak je podeljen na dva poduzorka: prvi obuhvata 37 ispitanika sa Daunovim sindromom (u daljem tekstu DS), a drugi čini 38 ispitanika sa UIO bez poznate etiologije. Poduzorci su izjednačeni prema nivou intelektualnog razvoja (IQ svih ispitanika se kreće u opsegu od 35 do 50), kao i prema hronološkom uzrastu. Prosečan uzrast dece sa DS je 140 meseci, dok je prosečna starost ispitanika drugog poduzorka 138 meseci.

Uzorkom istraživanja obuhvaćena su u približno jednakom broju oba pola ispitanika u okviru svake podgrupe. U podgrupi ispitanika sa DS dečaci su zastupljeni sa 59% (N=22), a devojčice čine 41% (N=15)

ovog poduzorka. Drugu grupu ispitanika čini 45% dečaka (N=17) i 55% (N=21) devojčica.

Podaci o polu, uzrastu i etiologiji intelektualne ometenosti ispitanika preuzeti su iz školskih dosijea učenika, kao i nalaza i mišljenja komisije za pregled dece ometene u razvoju, koji su deo tih dokumenata.

Instrumenti procene

Za procenu razvijenosti životnih navika korišćena je Skala za procenu životnih navika (*The LIFE-H: Assessment of the quality of social participation*) (Noreau, L., Fougereyrollas, P. & Vincent, C., 2002). Navedenom skalom dolazi se do podataka o stepenu učešća osobe u svakodnevnom životnim aktivnostima i društvenim ulogama koje se odnose na njihove životne navike. Skala sadrži 62 ajtema, podeljena je na 11 područja (ishrana, aktivnosti aktivnog i pasivnog odmora, briga o sebi, komunikacija, stanovanje, kretanje, odgovornost, interpersonalni odnosi, život u zajednici, obrazovanje i rekreacija).

Svih jedanaest područja se procenjuje primenom dve supskale: nivo teškoće i tip potrebne pomoći da bi se aktivnost realizovala.

Procenom *nivoa teškoće* dolazi se do podataka o stepenu ovladanoosti određenom životnom navikom. Procena ovog područja vrši se kroz sledeće nivoe:

- Bez teškoće – postignuće životnih navika je lako ili sa manjim teškoćama iako postoji neki vid asistencije.
- Sa teškoćama – postignuće životnih navika je teško, čak i kada postoji asistencija.
- Zastupništvom drugih – nemogućnost samostalnog učestvovanja u ostvarivanju životnih navika, ali potpuno ostvarenje zastupništvom drugih.
- Ne postiže – ispitanik ne ostvaruje životne navike (zbog nesposobnosti, prepreka, nedostatka pomoći).
- Nije mu dostupno – životne navike nisu deo detetove dnevne i životne rutine (nikada nije imao potrebu da to uradi, lični razlozi, uslovi).

Druga supskala se odnosi na procenu tipa potrebne pomoći da bi dete realizovalo datu sposobnost. Tip pomoći se definiše kroz sledeće nivoe:

- Bez pomoći – dete samostalno ostvaruje životne navike.
- Pomoćno sredstvo – podrazumeva podršku, pomoć u ostvarivanju životnih navika, kao što su: invalidska kolica, vizuelna pomoć, slušna pomoć, sedište za kupanje, itd.
- Adaptacija – modifikacija detetove okoline radi lakšeg ostvarivanja životnih navika.
- Dodatna pomoć drugih ljudi – podrazumeva bilo koji vid pomoći drugih osoba u praktikovanju određene aktivnosti (roditelji, prijatelji, osoblje).

Predviđeno je da se do podataka primenom ove skale dolazi samoprocenom ispitanika. Međutim, u slučaju kada uzorak čine osobe sa IO, procenu vrše osobe iz njihovog okruženja (roditelji, nastavnici, defektolozi, itd.).

Ukupan skor postignuća dobija se kombinacijom skorova na prvoj i drugoj supskali (nivo postignuća i tip pomoći) koji se, nakon toga, koristi za izračunavanje po uputstvu i formuli datoj u priručniku. Na osnovu uputstva datog u priručniku za primenu Skale za procenu životnih navika izračunavaju se srednje vrednosti postignuća za jedanaest oblasti životnih navika. Teorijski, raspon na skalama se kreće od 0 do 10, pri čemu viši skor ukazuje na bolja postignuća u datom području (dete se snalazi uz manje teškoće ili bez njih) (Noreau, Fougereyrollas & Vincent, 2002).

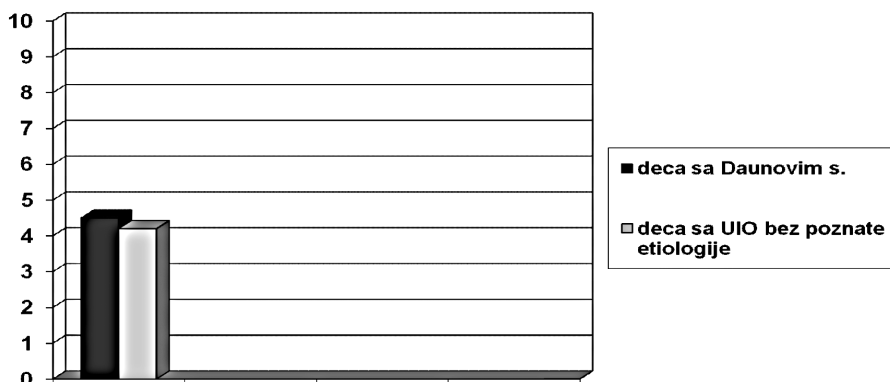
Obrada podataka

Prilikom obrade podataka korišćena je deskriptivna statistika i t-test za utvrđivanje značajnosti razlika između aritmetičkih sredina.

REZULTATI ISTRAŽIVANJA SA DISKUSIJOM

Postignuća u oblasti razvijenosti komunikacije

Usporedni prikaz prosečnih skorova za decu sa DS i decu sa UIO nepoznate etiologije na supskali *Komunikacija* je predstavljen na Grafikonu 1.



Grafikon 1 – Prosečna postignuća dece sa DS i dece sa UIO nepoznate etiologije na supskali Komunikacija

Analizom Grafikona 1 može se uočiti da deca sa DS postižu nešto bolji rezultat u oblasti komunikacije (4.5 prosečan skor) u odnosu na svoje vršnjake, čija su prosečna postignuća na ovim ajtemima 4.2. Primenom t-testa, utvrđeno je da ne postoji statistički značajna razlika između ove dve grupe ispitanika u pogledu razvijenosti veština komunikacije ($t=0.43$, $p>0.05$).

Mnoga deca sa IO ostvaruju onaj nivo govorno-jezičkih sposobnosti koji je u skladu sa njihovim mentalnim uzrastom. Međutim, ponekad leksičke sposobnosti značajno nadilaze očekivanja bazirana na proceni mentalnog uzrasta. U tom slučaju, prisutna razlika između intelektualnog i govornog razvoja pokazuje da su govorno-jezičke sposobnosti relativno nezavisne od opštih kognitivnih performansi (Fowler, 1998). Prema nekim autorima (Abbeduto, Furman & Davies, 1989), ova pojava je kod dece sa IO naročito izražena u ranom, predškolskom uzrastu.

Neuropsihološki profil dece sa DS karakteriše nedostatak razvojne homogenosti u odnosu na kognitivne i jezičke sposobnosti. Procenjuje se da su jezičke sposobnosti dece sa DS siromašnije nego što bi se moglo očekivati na osnovu njihovog opšteg kognitivno-razvojnog nivoa (Chapman & Hesketh, 2000; prema Stefanini, Caselli & Volterra, 2007). Rezultati koje je ova grupa naših ispitanika postigla u oblasti procenjenih veština komunikacije mogu se povezati sa nalazima velikog broja studija koje ističu socijalno razumevanje kao razvojni poten-

cijal osoba sa DS. Naglašava se da, u komunikacijskim interakcijama, iako im je ekspersivni govor u kašnjenju, veoma dobro tumače glavne poruke o osećanjima i ponašanju svojih sagovornika, kao i to da su kod osoba sa DS prisutne dobre socijalne veštine, socijalna kompetencija i empatija, što značajno utiče na socio-komunikativne veštine (Iarocci, et al., 2008), ali i na sposobnost uspostavljanja i održavanja kvalitetnih vršnjačkih odnosa (Guralnick, 2002).

Deficiti u oblasti razvoja komunikativnih sposobnosti kod obe grupe dece, mogu biti posledica ne samo perceptivno-kognitivnih poremećaja, već i poremećaja motoričke prirode na nivou oralne muskulature, što dovodi do problema u oblasti razvoja artikulacije, koja ugrožava ili u potpunosti onemogućava razumljivost govorne produkcije (Stefanini, Caselli & Volterra, 2007).

Kod sve dece sa UIO u našem uzorku se zapaža izražena spremnost za komunikaciju. Ona, međutim, zbog ograničenog leksičkog fonda, semantičkog deficita koji se ogleda u teškoći prepoznavanja apstraktnih leksičkih relacija, poremećaja u artikulaciji, sintaksi, kao i razumevanju i primeni gramatičkih pravila, često odustaju od govorne ekspresije i u mnogim socijalnim situacijama radije se opredeljuju za neverbalne oblike komunikacije (Kaljača, 2008; Buckley, 2000). Zbog toga su oblici neverbalne komunikacije znatno prisutniji i česta je pojava upotrebe gesta, kao zamene za odgovarajuću reč. Deca koja nauče da govore, uglavnom učestvuju u veoma jednostavnim razgovorima vezanim za iskazivanje osnovnih potreba, pri čemu je ta komunikacija situacionog karaktera i odnosi se na neposredne događaje (Maćešić-Petrović, 1996). Razvoj rečnika, semantike, upotreba gramatičkih pravila i sposobnosti interaktivne komunikacije bi, zbog svega navedenog, trebalo da budu obavezni deo procesa rehabilitacije ove populacije.

Nivo i tip potrebne podrške u oblasti komunikacije

Tabela 1 – Zastupljenost dece sa DS kojoj je potreban određen tip pomoći u oblasti komunikacije (po ajtemima)

KOMUNIKACIJA	bez pomoći		pomoćno sredstvo		adaptacija		dodatna ljudska		nedostupnost aktivnosti	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
komunikacija sa odraslim osobama u kući i zajednici (izražavanje potreba, konverzacija...)	22	59%	0	0%	1	3%	14	38%	0	0%
komunikacija sa mlađim osobama u kući i zajednici (izražavanje potreba, konverzacija...)	20	54%	1	3%	2	5%	14	38%	0	0%
komunikacija sa grupom ljudi u kući i zajednici (izražavanje potreba, konverzacija...)	17	46%	0	0%	2	5%	18	49%	0	0%
pisana komunikacija (pisanje reči, rečenica, kraćih tekstova itd.)	3	8%	1	3%	3	8%	24	65%	6	16%
čitanje i razumevanje napisane informacije (reči, knjiga, piktografa, pisanih instrukcija, znakova itd.)	1	3%	0	0%	2	5%	28	76%	6	16%
upotreba telefona u kući	6	16%	0	0%	1	3%	26	70%	4	11%
upotreba kompjutera	5	14%	1	3%	1	3%	22	59%	8	22%
korišćenje televizora, video rekordera, zvučne linije, diskmena	14	38%	0	0%	1	3%	20	54%	2	5%

Tabela 1 prikazuje zastupljenost potrebnog tipa pomoći za decu sa DS u oblasti komunikacije. Više od polovine naših ispitanika je samostalno u veštinama komunikacije sa odraslima (59%), kao i mlađim osobama, kako u kući, tako i u zajednici (54%), dok više od trećine (38%) ima potrebu za podrškom drugih osoba, kako bi mogli praktikovati ove veštine u svakodnevnom životu. Najniži nivo samostalnosti ispitanici imaju u oblasti sposobnosti čitanja i pisanja (3% - 8% to čini bez pomoći), dok je većini (65% - 76%) neophodna pomoć drugih. Pomoćno sredstvo (od 0% do 3%) i adaptacija (od 3% do 8%) su tipovi pomoći koji su u najmanjem procentu prisutni kod ovih ispitanika za navedenu oblast.

Interesantan je podatak da je u ovom delu uzorka većem broju ispitanika (70%) potrebna dodatna pomoć drugih ljudi pri upotrebi telefona u kući, nego pri upotrebi kompjutera (59%). Ovaj nalaz se može sagledati u svetlu odnosa roditelja prema deci i sklonosti da se sumnja u njihove mogućnosti da usvoje i primene socijalno poželjne obrasce ponašanja. S druge strane, češća upotreba računara se može dovesti u vezu sa sklonostima ove dece ka samoizolaciji i usvojenim navikama organizacije slobodnog vremena na stereotipan i ustaljen način. Ipak, ovaj nalaz može i ohrabriti, jer ukazuje na prisustvo ličnih preferencija i potencijala dece za primenu asistivne tehnologije tokom rehabilitacije. Upravo zbog toga, zabrinjava podatak prema kome je za 22% dece sa DS našeg uzorka upotreba kompjutera nedostupna, što se pre može tumačiti kao posledica uticaja sociodemografskih faktora, nego ličnim ograničenjima i nedostatkom interesovanja.

Tabela 2 – Zastupljenost dece sa UIO nepoznate etiologije kojima je potreban određen tip pomoći u oblasti komunikacije (po ajtemima)

KOMUNIKACIJA	bez pomoći		pomoćno sredstvo		adaptacija		dodatna ljudska		nedostupnost aktivnosti	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
komunikacija sa odraslim osobama u kući i zajednici (izražavanje potreba, konverzacija...)	23	61%	0	0%	2	5%	13	34%	0	0%
komunikacija sa mlađim osobama u kući i zajednici (izražavanje potreba, konverzacija...)	21	55%	1	3%	2	5%	14	37%	0	0%
komunikacija sa grupom ljudi u kući i zajednici (izražavanje potreba, konverzacija...)	16	42%	1	3%	3	8%	18	47%	0	0%
pisana komunikacija (pisanje reči, rečenica, kraćih tekstova itd.)	2	5%	4	11%	2	5%	29	76%	1	3%
čitanje i razumevanje napisane informacije (reči, knjiga, piktografa, pisanih instrukcija, znakova itd.)	0	0%	7	18%	1	3%	28	74%	2	5%
upotreba telefona u kući	5	13%	3	8%	1	3%	22	58%	7	18%
upotreba kompjutera	2	5%	1	3%	2	5%	22	58%	11	29%
korišćenje televizora, video rekordera, zvučne linije, diskmena	7	18%	1	3%	1	3%	24	63%	5	15%

U Tabeli 2 prikazana je zastupljenost različitih tipova pomoći za decu sa UIO nepoznate etiologije u oblasti komunikacije. Više od polovine ispitanika sa UIO (55% – 61%) samostalno komunicira sa odraslim i mlađim osobama u kući i zajednici. Procenat ispitanika kojima je potrebna dodatna pomoć drugih osoba pri čitanju, pisanju i razumevanju napisane informacije veoma je visok i kreće se u rasponu od 74% do 76%. Nijedan od ispitanika iz ovog poduzorka nije u mogućnosti da samostalno čita i razume napisanu informaciju.

Pomoćno sredstvo (od 0% do 18%) i *adaptacija* (od 3% do 8%) su tipovi pomoći koji su u najmanjem procentu prisutni kod ovih ispitanika za navedenu oblast.

Podaci o tipu i frekvenciji nedostupnih aktivnosti su veoma slični rezultatima koje smo dobili kod dece sa DS – najmanje je dostupna upotreba računara (29%), zatim telefona (18%) i tehničkih, kućnih aparata (15%).

Dodatnom statističkom analizom nije utvrđena značajna razlika u tipu potrebne podrške u oblasti komunikacije između dece sa DS i dece sa UIO nepoznate etiologije ($t=0.18$, $p>0.05$).

Imajući u vidu rezultate koji se odnose na nivo razvijenosti veština komunikacije, prikazane u Grafikonu 1, sasvim su očekivani i rezultati u oblasti potrebne podrške pri primeni stečenih komunikativnih znanja i veština, i to kako u pogledu intenziteta, tako i u odnosu na tip podrške.

Analizom rezultata u Tabelama 1 i 2 mogu se uočiti izvesne razlike između dva poduzorka ispitane dece u vezi sa aktivnostima u kojima im je potrebna podrška, kao i tipovima pomoći. Ono što se veoma jasno uočava je homogenizacija ispitanika u odnosu na potrebnu dodatnu pomoć drugih osoba pri realizaciji akademskih zadataka koji se odnose na čitanje i pisanje (65%–76% dece sa DS iskazuje potrebu za podrškom, dok se kod dece sa UIO nepoznate etiologije taj procenat kreće u rasponu od 74% do 76%). Prezentovani rezultati su u skladu sa ranijim procenama leksičke funkcije dece sa UIO, koje su ukazale na nerazvijenost svih njenih aspekata. Otežana grafemsko-fonemska analiza i sinteza, serijska integracija grafema u reč, serijska analiza grafoelemenata i njihova konverzija u foneme (što čini osnovne prekursore početnog čitanja), kao i često nerazumevanje značenja pročitnog, limitiraju mogućnosti ovladavanja ovom akademskom vešti-

nom kod dece sa UIO, nezavisno od etiologije (Kaljača, 2008). Slična istraživanja, koja su imala za cilj procenu kvaliteta čitanja kod ispitanika sa UIO, kalendarskog uzrasta od sedme do petnaeste godine, pokazala su da oni gotovo uopšte nemaju razvijenu ovu veštinu, iako bi, prema planu edukacije, većina dece starija od jedanaest godina trebalo da budu obuhvaćena početnom obukom čitanja (Kaljača, 2008). Nalaze ovih istraživanja trebalo bi sagledati u svetlu dosegnutog nivoa razvoja sposobnosti koje su prekursori za usvajanje akademskih veština (nivo gnostičke organizovanosti, praktička organizovanost, leksičko-semantički razvoj, nivo razvoja mišljenja, pažnja, pamćenje), ali i u svetlu primerenih nastavnih zahteva, sadržaja i metoda koji se u procesu edukacije ove dece primenjuju.

Analizom rezultata prikazanih u Grafikonu 1 i Tabelama 1 i 2, može se uočiti da postoji pozitivna povratna sprega između procenjenih varijabli kod ispitanika u ovom istraživanju, nezavisno od etiologije IO. Odnos rezultata potvrđuje da je nizak nivo postignuća prisutan upravo u komunikativnim aktivnostima koje su ispitanicima najmanje dostupne, u kojima nemaju dovoljno životnog iskustva. Ovakav nalaz je u skladu sa rezultatima istraživanja koje su sprovedeli Vajt i Doder (White & Dodder, 2000) na uzorku od 3780 ispitanika različitog stepena intelektualne ometenosti. Cilj ovog istraživanja je bila procena uticaja socijalne integracije na nivo razvoja adaptivnih sposobnosti ispitanika. Rezultati navedene studije ukazuju da grupa ispitanika koja ima više društvenog učešća u zajednici stiče bogatije životno iskustvo u različitim aktivnostima, a na taj način ima i bolju perspektivu za razvoj adaptivnog ponašanja (White & Dodder, 2000). Ovi rezultati se podudaraju sa nalazima studije kojom je utvrđen pozitivan efekat dvogodišnjeg inkluzivnog obrazovanja na razvoj veština socijalne kompetencije kod učenika sa IO (Fisher & Meyer, 2002).

Rezultati našeg istraživanja pokazuju tendenciju ka povezanosti nivoa razvijenosti različitih aspekata komunikacije i podrške potrebne za njihovo upražnjavanje. Najslabiji skorovi su prisutni u onim oblastima u kojima je ispoljen najviši stepen potrebe za individualnom podrškom (prevashodno podrškom drugih osoba). Ovakav nalaz se može obrazložiti teorijskim postavkama datim u konceptu *Nastajanje situacije hendikepa*, prema kojima je razvoj svake od životnih navika rezultat interakcije ličnih i sredinskih činilaca, čiji je složeni uticaj

„ugrađen“ u dati kvalitet (Fougeyrollas, et al.,1999). Pravovremena, individualno profilisana i optimalna socijalna podrška formalnog i/ ili neformalnog karaktera predstavlja jedan od ključnih sredinskih faktora u razvoju životnih navika. Rezultati petogodišnje studije su pokazali da kod dece sa DS postoji pozitivna korelacija između razvoja komunikativnih, socijalnih i dnevnih životnih veština i porodičnog okruženja, pre svega porodične kohezivnosti i odnosa između majke i deteta (Hauser-Cram, et al.,1999).

Ukoliko podrška izostane, ili je neadekvatna u odnosu na individualne potrebe deteta, kako po intenzitetu, tako i po tipu, razvoj različitih kategorija životnih navika, a time i socijalna participacija dece sa IO biće sekundarno deprivirani.

ZAKLJUČAK

Na osnovu dobijenih rezultata možemo zaključiti da u oblasti socio-komunikativnih veština deca sa UIO imaju slične potencijale i ograničenja, nezavisno od etioloških faktora. Između nivoa razvijenosti procenjenih sposobnosti, potrebne podrške i dostupnosti upražnjavanja ovih aktivnosti postoji pozitivna povezanost, što nameće potrebu preciznijeg definisanja individualnog plana podrške, koji bi obavezno bio usklađen i sa socio-kulturnim kontekstom u kome se realizuje proces rehabilitacije dece i mladih sa težim oblicima intelektualne ometenosti.

LITERATURA

1. AAMR (2002). *Mental Retardation: Definition, Classification and Systems of Supports* (10th ed.). Washington. DC: Author.
2. Abbeduto, L., Furman, L., Davies, B. (1989). Relation between receptive language and mental age in persons with mental retardation. *American Journal on Mental Retardation*, 93, 535-543.
3. Buckley, S.J. (2000). *Speech, language and communication for individuals with Down syndrome – An overview*. Down Syndrome Issues and Information.

4. Chapman, R.S., Hesketh, L.J. (2000). Behavioral phenotype of individuals with Down syndrome. *Mental retardation and developmental disabilities research reviews*, 6(2), 84–95.
5. Fougeyrollas P., Cloutier R., Bergeron H., Cote J., St Michel G. et al. (1999). *Kvebeška klasifikacija: Nastajenje situacije hendikepa, Međunarodna mreža Nastajanja situacije hendikepa* (Reseau International sur le Processus de production du Handicap (RIPPH), INDCP/CSICIDH).
6. Fowler, E.A. (1998). Language in mental retardation: Associations with and dissociations from general cognition, In Burack J.A., Hodapp R.M., Ziegler E. (eds.) *Handbook of mental retardation and development*, (290-333), Cambridge, Cambridge University Press.
7. Guralnick, M.J. (2002). Involvement with peers: comparisons between young children with and without Down's syndrome. *Journal of Intellectual Disability Research*, 46, 379–393.
8. Hauser-Cram, P., Warfield, M.E., Shonkoff, J.P., Krauss, M.W., Upshur, C.C. and Sayer, A. (1999), Family Influences on Adaptive Development in Young Children with Down Syndrome. *Child Development*, 70, 979–989.
9. Howlin, P. (2006) Augmentative and alternative communication systems for children with autism. In T Charman & W Stone, (Eds) *Social & Communication Development in Autism Spectrum Disorders: early identification, diagnosis and intervention* (pp. 236-266), New York, NY: Guilford Press.
10. Iarocci, G., Yager, J., Rombough, A., McLaughlin J. (2008). The Development of Social Competence Among Persons with Down Syndrome: From Survival to Social Inclusion. *International Review of Research in Mental Retardation*, 35, 87-119.
11. Kaljača, S. (2008). Umerena intelektualna ometenost. *CIDD*, Univerzitet u Beogradu – Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju.
12. Kaljača, S., Dučić, B. (2011). Socijalna distanca prema osobama sa intelektualnom ometenošću. *Specijalna edukacija i rehabilitacija*, 10(1), 93-104.
13. King, G., McDougal, J., DeWit, D., Petrenchik, T., Hurley, P., Law, M. (2009). Predictors of Change over Time in the Activity

- Participation of Children and Youth with Physical Disabilities. *Children's Health and Development*, 38, 321-351.
14. King G., Petrenchik T., DeWit D., McDougal J., Hurley P., Law M. (2010). Out of school time activity participation profiles of children with physical disabilities: a cluster analysis, *Child: Care, Health and Development*, 36(5), 726-741.
 15. Maćešić-Petrović, D. (1996). *Saznajni razvoj lako mentalno retardirane dece*, Defektološki fakultet, Beograd.
 16. Mary, F., Meyer, L. (2002). Development and Social Competence After Two Years for Students Enrolled in Inclusive and Self-Contained Educational Programs. *Research and Practice for Persons with Severe Disabilities*, 27(3), 165-174.
 17. Noreau, L., Fougeryollas, P., Vincent, C. (2002). The LIFE-H: Assessment of the quality of social participation. *Technology and Disability*, 14(3), 113-18.
 18. Noreau, L., Desrosiers, J., Robichaud, L., Fougeryollas, P., Rochette, A., Viscogliosi, C.H. (2004). Measuring social participation: reliability of the LIFE-H in older adults with disabilities. *Disability and Rehabilitation*, 26(6), 346-352.
 19. Stefanini, S., Caselli, M., C., Volterra, V. (2007). Spoken and gestural production in a naming task by young children with Down syndrome. *Brain and Language*, 101(3), 208-21.
 20. White, D.A., Dodder, R. A. (2000). The Relationship of Adaptive and Maladaptive Behaviour to Social Outcomes for Individuals with Developmental Disabilities. *Disability & Society*, 15(6), 879- 908.
 21. World Health Organization. (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. Geneva: WHO.

COMMUNICATION ACHIEVEMENTS AND TYPES OF NEEDED SUPPORT IN CHILDREN WITH MODERATE INTELLECTUAL DISABILITY

Svetlana Kaljača*, Danijela Dapčević**

University of Belgrade – Faculty of Special Education and Rehabilitation
School for Primary and Secondary education „Milan Petrović“, Novi Sad***

Summary

Living in a community represents a complex, interactive relation between an individual and social field. The quality of that relation depends on numerous personal and social factors, which in different ways contribute to the level of individual social participation and wellbeing of all community members. Bearing in mind that socio-communicative skills represent one of the most significant predictors of social inclusion, the assessment of the development level of skills in this category of life habits in persons with intellectual disability, may be considered important both in planning the education and preventing social isolation of these persons.

The aim of this research is to compare the level of achievements in communication development in children with Down syndrome who are at the level of moderate intellectual disability, and children at the same intellectual level but without known cause of the condition. This paper also compares types of needed support in the area of implementing acquired knowledge in this category of life habits.

The sample consists of 75 children with moderate intellectual disability, of both genders, aged between 7 and 15. In accordance with the defined aim and tasks of this research, the sample was divided in two subsamples: the first subsample consists of 37 examinees with Down syndrome, and the second consists of 38 examinees with moderate intellectual disability with unknown etiology.

Scale for assessing life habits was used to assess the development of life habits. The obtained results show that there is no statistically significant difference either in the level of development of communicative skills or in the type and intensity of needed support between the examinees with Down syndrome and their peers with unknown etiology of their disability.

Key words: moderate intellectual disability, Down syndrome, support, communication

Primljeno: 9. 11. 2011.

Prihvaćeno: 20. 7. 2012.