

ISSN 0354-8759

*Beogradska
defektološka
škola*

*Belgrade School of
Special Education
and Rehabilitation*

Vol. 21, No. 2 (2015)

Ranije - before: DEFEKTOLOŠKA TEORIJA I PRAKSA (1977-1995)
Ranije - before: SPECIJALNA ŠKOLA (1952-1977)

Beogradska defektološka škola

Izdavači:

Društvo defektologa Srbije & Univerzitet u Beogradu - Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju

Za izdavače:

Siniša Ranković, predsednik Upravnog odbora
prof. dr Snežana Nikolić, dekan

Uređivački odbor:

prof. dr Nadica Jovanović Simić, Univerzitet u Beogradu – Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju, Srbija; *prof. dr Nenad Glumbić*, Univerzitet u Beogradu – Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju, Srbija; *prof. dr Lelia Kiš-Glavaš*, Sveučilište u Zagrebu – Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet, Hrvatska; *prof. dr Špela Golubović*, Univerzitet u Novom Sadu – Medicinski fakultet, Srbija; *prof. dr Goran Ajdinski*, Univerzitet „Sv. Kiril i Metodij“ – Filozofski fakultet, Makedonija; *prof. dr Jasna Bajraktarević*, Univerzitet u Sarajevu – Pedagoški fakultet, Bosna i Hercegovina; *prof. dr Vladimir Trajkovski*, Univerzitet „Sv. Kiril i Metodij“ – Filozofski fakultet, Makedonija; *prof. dr Mile Vuković*, Univerzitet u Beogradu – Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju, Srbija; *prof. dr Srboljub Đorđević*, Univerzitet u Nišu – Učiteljski fakultet u Vranju, Srbija; *prof. dr Fadilj Eminović*, Univerzitet u Beogradu – Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju, Srbija; *prof. dr Branka Jablan*, Univerzitet u Beogradu – Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju, Srbija; *prof. dr Danijela Ilić-Stošović*, Univerzitet u Beogradu – Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju, Srbija; *prof. dr Mirjana Japundža-Milisavljević*, Univerzitet u Beogradu – Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju, Srbija; *prof. dr Branislav Brojčin*, Univerzitet u Beogradu – Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju, Srbija; *prof. dr Jasmina Karić*, Univerzitet u Beogradu – Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju, Srbija; *prof. dr Edina Šarić*, Univerzitet u Tuzli – Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet, Bosna i Hercegovina; *prof. dr Janez Drobnič*, Univerza na Primorskem, Pedagoška fakulteta, Slovenija; *doc. dr Nataša Dragašević Mišković*, Univerzitet u Beogradu – Medicinski fakultet, Srbija; **doc. dr Renata Pinjatela**, Sveučilište u Zagrebu – Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet, Hrvatska; *doc. dr Nebojša Macanović*, Univerzitet u Banjoj Luci – Fakultet političkih nauka, Bosna i Hercegovina; *dr Nikoleta Gutvajn*, naučni saradnik, Institut za pedagoška istraživanja, Srbija; *doc. dr Gordana Nikolić*, Univerzitet u Novom Sadu – Pedagoški fakultet u Somboru, Srbija; *doc. dr Dragana Stanimirović*, Univerzitet u Beogradu – Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju, Srbija; *doc. dr Slavica Pavlović*, Sveučilište u Mostaru – Fakultet prirodoslovnih i odgojnih znanosti, Bosna i Hercegovina.

Glavni i odgovorni urednik:

dr Srećko Potić

Tehnički sekretar:

Marijana Taranović Todorović

Tiraž: 200

Jezička redakcija teksta i prevod:

Jasmina Stojanović

Štampa: BIG štampa, Beograd

ISSN 0354-8759

Uredništvo:

„Beogradska defektološka škola“, Kosovska 8/1, 11000 Beograd,
Srbija; e-mail: bds.casopis@gmail.com
Časopis izlazi tri puta godišnje.

Belgrade School of Special Education and Rehabilitation

Publishers:

Special Educators and Rehabilitators Association of Serbia &
University of Belgrade - Faculty of Special Education and Rehabilitation

For Publishers:

Siniša Ranković - Chairman of the Board
Snežana Nikolić, Professor - Dean

Editorial Board:

Nadica Jovanović Simić, PhD, Professor, University of Belgrade - Faculty of Special Education and Rehabilitation, Serbia; *Nenad Glumbić*, PhD, Professor, University of Belgrade - Faculty of Special Education and Rehabilitation, Serbia; *Lelia Kiš-Glavaš*, PhD, Professor, University of Zagreb - Faculty of Education and Rehabilitation Sciences, Croatia; *Špela Golubović*, PhD, Professor, University of Novi Sad - Medical Faculty, Serbia; *Goran Ajdinski*, PhD, Professor, SS. Cyril and Methodius University in Skopje - Faculty of Philosophy, Macedonia; *Jasna Bajraktarević*, PhD, Professor, University of Sarajevo - Faculty of Educational Sciences, Bosnia and Herzegovina; *Vladimir Trajkovski*, PhD, Professor, SS. Cyril and Methodius University in Skopje - Faculty of Philosophy, Macedonia; *Mile Vuković*, PhD, Professor, University of Belgrade - Faculty of Special Education and Rehabilitation, Serbia; *Srboljub Đorđević*, PhD, Professor, University of Niš, Teacher-Training Faculty of Vranje; *Fadilj Eminović*, PhD, Associate Professor, University of Belgrade - Faculty of Special Education and Rehabilitation, Serbia; *Branka Jablan*, PhD, Associate Professor, University of Belgrade - Faculty of Special Education and Rehabilitation, Serbia; *Danijela Ilić-Stošović*, PhD, Associate Professor, University of Belgrade - Faculty of Special Education and Rehabilitation, Serbia; *Mirjana Japundža-Milisavljević*, PhD, Associate Professor, University of Belgrade - Faculty of Special Education and Rehabilitation, Serbia; *Branislav Brojčin*, PhD, Associate Professor, University of Belgrade - Faculty of Special Education and Rehabilitation, Serbia; *Jasmina Karić*, PhD, Associate Professor, University of Belgrade - Faculty of Special Education and Rehabilitation, Serbia; *Edina Šarić*, PhD, Associate Professor, University of Tuzla - Faculty of Special Education and Rehabilitation, Bosnia and Herzegovina; *Janez Drobnič*, PhD, Assistant Professor, University of Primorska - Faculty of Education, Slovenia; *Nataša Dragašević Mišković*, PhD, Assistant Professor, University of Belgrade - School of Medicine, Serbia; *Renata Pinjatela*, PhD, Assistant Professor, University of Zagreb - Faculty of Education and Rehabilitation Sciences, Croatia; *Nebojša Macanović*, PhD, Assistant Professor, University of Banja Luka - Faculty of Political Science, Bosnia and Herzegovina; *Nikoleta Gutvajn*, PhD, Research Associate, Institute for Educational Research, Serbia; *Gordana Nikolić*, PhD, Assistant Professor, University of Novi Sad - Faculty of Education in Sombor, Serbia; *Dragana Stanimirović*, PhD, Assistant Professor, University of Belgrade - Faculty of Special Education and Rehabilitation, Serbia; *Slavica Pavlović*, PhD, Assistant Professor, University of Mostar - Faculty of Science and Education, Bosnia and Herzegovina.

Editor-in-Chief:

Srećko Potić, PhD

Technical Secretary:

Marijana Taranović Todorović

Proofreading and Translation:

Jasmina Stojanović

Circulation: 200

Printing: BIG štampa, Belgrade

ISSN 0354-8759

Uredništvo:

„Belgrade School of Special Education and Rehabilitation“, Kosovska
8/1, 11000 Belgrade, Serbia;
e-mail: bds.casopis@gmail.com
Published three times a year.

ISSN 0354-8759

*Beogradska
defektološka
škola*

*Belgrade School of
Special Education
and Rehabilitation*

Vol. 21, No. 2 (2015)

Beograd - Belgrade, 2015

Sadržaj / Content

Ivana SRETENović, Goran NEDović

Poređenje antropometrijskih karakteristika dece sa kognitivnim teškoćama, dece sa senzornim smetnjama i dece tipičnog razvoja 9

Compare anthropometric characteristics of children with cognitive disabilities, children with sensory disabilities and children with typical development 23

Sladana ČALASAN, Mile VUKović, Andrijana PAVLOVIĆ,
Bojana VUKović, Ivana ZEČEVIĆ

Povezanost grafomotornih sposobnosti i lateralizovanosti kod djece predškolskog uzrasta 25

The relation between graphomotor skills and handedness in children of preschool age 37

Milena MILIĆEVIĆ

Kvalitet života porodica sa detetom sa ometenošću 39

Quality of life of families with a child with disability 60

Maša ĐURIŠIĆ

Istraživanja agresivnog ponašanja dece i mladih u Srbiji iz ugla istraživača: implikacije za buduća istraživanja 61

Research aggressive behavior children and youth in Serbia from the point of researchers: implications for further research 77

Dragana KULEZIĆ

Osobe sa invaliditetom u Kneževini Srbiji 79

Persons with disabilities in the Principality of Serbia 87

Nataša DRAGAŠEVIĆ MIŠKOVIĆ	
<i>Tribina „Komunikator za decu sa poremećajem autističkog spektra“</i>	89
Miodrag NEDELJKOVIĆ	
<i>Seminar „Primenjena bihejvioralna analiza i autizam“</i>	91
Milica ĐURIĆ-JOVIČIĆ	
<i>Tribina „Moderne tehnologije kao pomoć deci sa autizmom u Srbiji“</i>	93
Miodrag NEDELJKOVIĆ	
<i>Konferencija o posebnim obrazovnim potrebama – intervencije zasnovane na dokazima i izazovi inkluzije</i>	95

Poređenje antropometrijskih karakteristika dece sa kognitivnim teškoćama, dece sa senzornim smetnjama i dece tipičnog razvoja

Ivana SRETENović^{1,2,1}, Goran NEDović¹

¹Univerzitet u Beogradu – Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju, Srbija

²Savez za cerebralnu i dečiju paralizu Srbije, Beograd, Srbija

Rast i razvoj svake osobe podrazumeva promene, kako u fiziološkom tako i u morfološkom smislu. Informacije o rastu i razvoju, između ostalog, dobijaju se merenjem, odnosno testiranjem određenih antropometrijskih karakteristika, poput telesne visine, telesne težine, dužine ekstremiteta i slično.

Ovo istraživanje je imalo za cilj da uporedi antropometrijske karakteristike dece sa kognitivnim teškoćama, dece sa senzornim smetnjama i dece tipičnog razvoja. Uzorak istraživanja je formiran od 151 učenika iz šest beogradskih osnovnih škola (57 učenika sa kognitivnim teškoćama, 37 učenika sa senzornim smetnjama i 57 učenika tipičnog razvoja).

Antropometrijske karakteristike procenjene su na osnovu sledećih antropometrijskih varijabli: telesna visina, telesna težina, prisustvo masnih naslaga i dužina ekstremiteta.

Rezultati istraživanja pokazali su da između ispitanika sa kognitivnim teškoćama i ispitanika sa senzornim oštećenjima postoji statistički značajna razlika na varijabli prisustvo masnih naslaga ($p=0,04$) i indeks telesne mase ($p=0,04$). Istovremeno, između ispitanika tipičnog razvoja i ispitanika sa senzornim smetnjama statistički značajna razlika zabeležena je na varijabli dužina gornjih ekstremiteta ($p=0,04$), dok je komparacijom ispitanika tipičnog razvoja i ispitanika sa kognitivnim teškoćama statistički značajna razlika dobijena na varijabli dužina gornjih ekstremiteta ($p = 0,030$), telesna visina ($p = 0,047$) i prisustvo masnih naslaga ($p = 0,001$).

Na određene antropometrijske karakteristike je moguće uticati, odnosno moguće ih je menjati (poput telesne težine, indeksa telesne mase, itd). U vezi sa tim, potrebno je da se deca uključe u fizičke aktivnosti, da provode više slobodnog vremena napolju, da se pravilno hrane i slično, jer su ovo samo neki od faktora koji mogu doprineti redukovanju viška telesne težine i prisustva masnih naslaga.

Ključne reči: *morfološka obeležja, rast i razvoj, učenici sa intelektualnom ometenošću, učenici sa oštećenjem vida*

Uvod

Antropometrija, kao grana društvenih nauka, bavi se proučavanjem mera ljudskog tela, posebno merama veličine tela, oblika, jačine, pokretljivosti i fleksibilnosti, kao i merama radnog kapaciteta (Pheasant & Haslegrave, 2006). Sve osobe su različite među sobom u odnosu na telesne dimenzije, proporcije, oblike, kao i u odnosu na sve ostale karakteristike.

Praćenje rasta i razvoja dece zauzima značajno mesto u proučavanju celokupnog antropološkog statusa dece, kako sa gledišta biološke antropologije, tako i sa gledišta medicinskih nauka, fiziologije, psihologije, i kineziologije (Duraković & Mišogoj-Duraković, 2006). Podaci o rastu i razvoju dece, između ostalog, mogu se dobiti merenjima i testiranjima relevantnih antropometrijskih karakteristika, ali i procenom motoričkih sposobnosti (Bala, Jakšić, & Popović, 2009).

Isti autori, dalje navode da se pod pojmom rasta obično podrazumevaju kvantitativna uvećanja mase i veličine, kao i kvalitativne promene koje se odnose na oblik dečjeg tela. Tačnije, rast se definiše kao morfološko sazrevanje deteta, koje dovodi do anatomskih i fizioloških promena. Razvoj se odnosi na fiziološke promene, uključujući i promene koje se dešavaju u centralnom nervnom sistemu. Definiše se kao funkcionalno sazrevanje, koje se odnosi na mentalni (psihološki) i motorički razvoj. Procesi rasta i razvoja dece su u interakciji, pa je neophodno poznavati ne samo kvantitativne nivoe, nego i prirodu relacija morfološkog i funkcionalnog sazrevanja dece, na određenom uzrastu i u odnosu na pol (Bala i sar., 2009).

Antropometrijske (morfološke) karakteristike definišu čoveka na osnovu morfoloških obeležja, a najčešće pomoću odgovarajućih antropometrijskih mera (Stupar, 2012). Procena telesnog statusa obuhvata merenje i analizu telesne visine i telesne težine, zatim merenje srednjeg obima grudi, ali i druge

antropometrijske mere. Momirović (1970, prema Stupar, 2012) morfološkim obeležjima, odnosno morfološkim statusom obuhvata: longitudinalnu dimenzionalnost skeleta, transverzalnu dimenzionalnost skeleta, volumen i masu tela, količinu potkožnog masnog tkiva. Većina antropometrijskih mera je, u većoj ili manjoj meri, nasledna. Međutim, kako će se deca fizički razvijati umnogome zavisi i od fizičkog vežbanja i načina života (Sabo, 2006). Antropometrijske (morfološke) karakteristike dece se razlikuju u odnosu na pol i uzrast, a na njih imaju uticaj kako genetički tako i ekosocijalni činioci (Di Cagno et al., 2009). Morfološke karakteristike predstavljaju osnov za kasnije formiranje i razvoj motoričkih sposobnosti i motoričkih veština. Sticanje motoričkih veština je deo adaptivnog ponašanja ljudi (Дедај, 2011), pri čemu je taj proces određen interakcijom bioloških, morfoloških i sredinskih činilaca.

Neki autori, (Пелемиш, Митровић, Пелемиш & Лалић, 2014) navode da je istraživanje uticaja i povezanosti različitih segmenata antropološkog statusa dece školskog uzrasta neprekidan proces koji mora da traje, jer je poznato da fizički i zdravstveni razvoj označava trajan, planski i sistematski proces delovanja na induviduu, naročito u njegovoj mladosti.

Cilj istraživanja je bio da se uporede antropometrijske karakteristike dece sa kognitivnim teškoćama, dece sa senzornim smetnjama i dece tipičnog razvoja.

Metodologija istraživanja

Mesto i vreme istraživanja

Istraživanje je realizovano u beogradskim osnovnim školama „Dušan Dugalić“, „Novi Beograd“, „Veljko Ramadanović“, „Dragan Kovačević“, „Sveti Sava“, „NH Siniša Nikolajević“, krajem 2013. i početkom 2014. godine.

Uzorak

Uzorak istraživanja formiran je od 151 ispitanika, oba pola. Svi ispitanici su stariji od 10 godina. Ispitanici su podeljeni u tri grupe. Prvu grupu je činilo 57 (37,75%) učenika tipičnog razvoja. U drugoj grupi je bilo 57 (37,75%) učenika sa kognitivnim teškoćama, odnosno sa intelektualnom ometenošću, dok je treću grupu činilo 37 (25%) učenika sa senzornim smetnjama, odnosno sa oštećenjem vida.

U Tabeli 1 prikazana je struktura ispitanika u odnosu na pol.

Tabela 1. Struktura ispitanika u odnosu na pol

Pol	Učenici tipičnog razvoja		Učenici sa intelektualnom ometenošću		Učenici sa oštećenjem vida		Ukupno	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Muški	49	86	45	78,9	18	48,6	112	74,2
Ženski	8	14	12	21,1	19	51,4	39	25,8
Ukupno	57	100	57	100	37	100	151	100

U ukupnom uzorku, 39 ispitanika je ženskog pola (25,8%), a 112 ispitanika je muškog pola (74,2%). U poduzorku ispitanika tipičnog razvoja, 49 (86%) ispitanika je muškog pola, dok je 8 (14%) ispitanika ženskog pola. U poduzorku ispitanika sa intelektualnom ometenošću, muškog pola je 45 (78,9%) ispitanika, dok je ženskog pola 12 (21,1%) ispitanika. Istovremeno, u poduzorku ispitanika sa oštećenjem vida, muškog pola je 18 (48,6%), a ženskog pola 19 (51,4%) ispitanika.

Uzorak varijabli i procedure njihovog merenja

Antropometrijske karakteristike procenjene su na osnovu sledećih antropometrijskih varijabli: telesna visina (u daljem tekstu: TV), telesna težina (u daljem tekstu: TT), prisustvo masnih naslaga, indeks telesne mase (*Body Mass Index*; u daljem tekstu: BMI), i dužina gornjih i donjih ekstremiteta (u daljem tekstu: GE i DE).

Telesna visina merena je antropometrom, dok je telesna težina merena pomoću vage koja je bila postavljena na horizontalnu podlogu. Indeks telesne mase izračunat je kao količnik telesne težine izražene u kilogramima i telesne visine izražene u metrima na kvadrat. Kaliper je korišćen za merenje kožnog nabora, odnosno utvrđivanja prisustva masnih naslaga. Podaci o dužini ekstremiteta dobijeni su totalnim merenjem, pomoću centimetarske trake.

Statistička analiza

Razultati istraživanja analizirani su pomoću statističkog paketa SPSS za Windows, verzija 20. Za obradu podataka korišćene su metode deskriptivne statistike i t-test.

Rezultati istraživanja

U ovom odeljku biće prikazani rezultati istraživanja koji nam daju uvid u strukturu ispitanika u odnosu na njihove antropometrijske karakteristike. Takođe, biće prikazani i rezultati istraživanja koji su dobijeni komparacijom ispitivanih grupa.

U Tabeli 2 prikazana je struktura ispitanika u odnosu na antropometrijske karakteristike, tačnije u odnosu na telesnu visinu.

Tabela 2. Struktura ispitanika u odnosu na antropometrijske karakteristike – telesna visina

Ispitanici	Telesna visina (u cm)			
	Min	Max	Mean	SD
Učenici tipičnog razvoja	142	195,5	169,77	12,05
Učenici sa intelektualnom ometenošću	132	201	158,26	17,33
Učenici sa oštećenjem vida	140	185	160,76	11,73

Najveću TV imaju ispitanici sa intelektualnom ometenošću (201 cm), zatim učenici tipičnog razvoja (195 cm), i na kraju učenici sa oštećenjem vida (185 cm). Međutim, prema srednjoj vrednosti najviši su učenici tipičnog razvoja, dok su učenici sa intelektualnom ometenošću najniži.

U Tabeli 3 prikazana je struktura ispitanika u odnosu na antropometrijske karakteristike – telesnu težinu.

Tabela 3. Struktura ispitanika u odnosu na antropometrijske karakteristike – telesna težina

Ispitanici	Telesna težina (u kg)			
	Min	Max	Mean	SD
Učenici tipičnog razvoja	34,5	93	57,70	11,91
Učenici sa intelektualnom ometenošću	27,10	124,80	55,59	21,99
Učenici sa oštećenjem vida	27,30	91	51,82	13,89

Učenici sa intelektualnom ometenošću su, ujedno, i najteži ($TT_{max}=124,80$ kg), i najlakši ($TT_{min}=27,10$ kg). Interesantan je podatak da su učenici tipičnog razvoja najteži po srednjoj vrednosti, dok su učenici sa oštećenjem vida najlakši po srednjoj vrednosti. Razlika u težini između ove dve grupe je 5,9 kg.

Struktura ispitanika u odnosu na antropometrijske karakteristike, tačnije u odnosu na BMI data je u Tabeli 4.

Tabela 4. Struktura ispitanika u odnosu na antropometrijske karakteristike – BMI

Ispitanici	BMI			
	Min	Max	Mean	SD
Učenici tipičnog razvoja	14,50	57,80	20,52	5,72
Učenici sa intelektualnom ometenošću	13,30	38,30	21,62	5,47
Učenici sa oštećenjem vida	13,90	29,40	19,74	3,40

Najveću srednju vrednost BMI imaju ispitanici sa intelektualnom ometenošću (AS = 21,62), dok je najmanja vrednost evidentirana u grupi ispitanika sa oštećenjem vida (AS = 19,74). Razlika u BMI između ove dve grupe je 1,6.

U Tabeli 5 prikazana je struktura ispitanika u odnosu na antropometrijske karakteristike, tačnije u odnosu na prisustvo i odsustvo masnih naslaga na telu.

Tabela 5. Struktura ispitanika u odnosu na antropometrijske karakteristike – masne naslage

Ispitanici	Prisustvo masnih naslaga					
	Ima		Nema		Ukupno	
	N	%	N	%	N	%
Učenici tipičnog razvoja	5	8,8	52	91,2	57	100
Učenici sa intelektualnom ometenošću	29	50,9	28	49,1	57	100
Učenici sa oštećenjem vida	11	29,7	26	70,3	37	100
Ukupno	45	29,80	106	70,19	151	100

Podaci pokazuju da 106 ispitanika nema (70,19%), dok 45 ispitanika ima masnih naslaga na telu (29,8%). Masne naslage su najviše zastupljene kod ispitanika sa intelektualnom ometenošću (50,9%), a najmanje u grupi ispitanika tipičnog razvoja (8,8%).

U Tabeli 6 prikazana je struktura ispitanika u odnosu na antropometrijske karakteristike, tačnije o mestu gde su masne naslage na telu najviše zastupljene.

Tabela 6. Struktura ispitanika u odnosu na antropometrijske karakteristike – tip masnih naslaga

Ispitanici	Tip masnih naslaga			
	Abdominalno		Aksilarno i abdominalno	
	N	%	N	%
Učenici tipičnog razvoja	5	8,8	/	/
Učenici sa intelektualnom ometenošću	4	7	25	43,9
Učenici sa oštećenjem vida	/	/	11	29,7
Ukupno	9	20	36	80

Masne naslage najviše su zastupljene kod učenika sa intelektualnom ometenošću i to aksilarno i abdominalno (43,9%), dok je kod 7% dece iz ove kategorije prisutan i abdominalni tip masnih naslaga. Učenici sa oštećenjem vida nemaju abdominalno taloženje masnih naslaga, već isključivo aksilarno i abdominalno (29,7%), dok je kod učenika tipičnog razvoja prisutan isključivo abdominalni tip taloženja masnih naslaga (8,8%).

U Tabeli 7 prikazana je struktura ispitanika u odnosu na antropometrijske karakteristike – dužinu GE.

Tabela 7. Struktura ispitanika u odnosu na antropometrijske karakteristike – dužina GE

Ispitanici	Dužina GE (u cm)							
	Desno				Levo			
	Min. dužina	Max. dužina	Mean	SD	Min. dužina	Max. dužina	Mean	SD
Učenici tipičnog razvoja	24	64	54,54	6,08	23	64	54,26	6,08
Učenici sa intelektualnom ometenošću	41	66	51,41	6,18	41	68	51,37	6,13
Učenici sa oštećenjem vida	45	62,50	52,65	4,05	44	62	52,65	4,05

Najduže GE imaju učenici sa intelektualnom ometenošću ($GE_{desno} = 66$ cm; $GE_{levo} = 68$ cm), zatim učenici tipičnog razvoja ($GE_{desno i levo} = 64$ cm), i na kraju učenici sa oštećenjem vida ($GE_{desno} = 62,50$ cm; $GE_{levo} = 62$ cm).

U Tabeli 8 prikazana je struktura ispitanika u odnosu na antropometrijske karakteristike – dužinu DE.

Tabela 8. Struktura ispitanika u odnosu na antropometrijske karakteristike – dužina DE

Ispitanici	Dužina DE (u cm)							
	Desno				Levo			
	Min. dužina	Max. dužina	Mean	SD	Min. dužina	Max. dužina	Mean	SD
Učenici tipičnog razvoja	47	116	89,6	11,07	46,50	117	89,76	11,10
Učenici sa intelektualnom ometenošću	75	127	98,51	12	76	128	98,61	11,84
Učenici sa oštećenjem vida	84	119,5	100,09	8,60	84	119,5	99,93	8,45

U odnosu na grupe ispitanika, učenici sa intelektualnom ometenošću imaju najduže DE ($DE_{desno} = 127$ cm; $DE_{levo} = 128$ cm). Zatim slede učenici sa oštećenjem vida sa dužinom $DE_{desno i levo} = 119,5$ cm i na kraju učenici tipičnog

razvoja kod kojih je izmerena makismalna dužina $DE_{desno} = 116$ cm i dužina $DE_{levo} = 117$ cm.

U Tabeli 9 prikazana je komparacija antropometrijskih karakteristika između ispitanika tipičnog razvoja i ispitanika sa intelektualnom ometenošću.

Tabela 9. Komparacija antropometrijskih karakteristika ispitanika tipičnog razvoja i ispitanika sa intelektualnom ometenošću

Antropometrijske karakteristike	Učenici tipičnog razvoja			Učenici sa intelektualnom ometenošću			sig
	N	AS	SD	N	AS	SD	
TV	57	169,77	12,05	57	158,26	17,33	0,047*
TI	57	57,7	11,91	57	55,58	22	0,513
BMI	57	20,52	5,72	57	21,61	5,46	0,136
Masne naslage	57	0,08	0,28	57	0,50	0,50	0,001*
Dužina GE desno	57	54,54	5,96	57	51,41	6,18	0,030*
Dužina GE levo	57	54,26	6,08	57	51,36	6,13	0,024*
Dužina DE desno	57	89,59	11,06	57	98,50	12	0,055
Dužina DE levo	57	89,76	11,10	57	98,61	11,84	0,054

* $p < 0.05$

Daljom statističkom analizom, između učenika sa intelektualnom ometenošću i učenika tipičnog razvoja dobijene su razlike na četiri od osam ispitivanih varijabli. Statistički značajna razlika dobijena je na sledećim varijablama: TV ($p = 0,047$), prisustvo masnih naslaga ($p = 0,001$), dužina GE_{desno} ($p = 0,030$) i dužina GE_{levo} ($p = 0,024$).

U Tabeli 10 prikazani su rezultati dobijeni komparacijom antropometrijskih karakteristika između ispitanika tipičnog razvoja i ispitanika sa oštećenjem vida.

Tabela 10. Komparacija antropometrijskih karakteristika ispitanika tipičnog razvoja i ispitanika sa oštećenjem vida

Antropometrijske karakteristike	Učenici tipičnog razvoja			Učenici sa oštećenjem vida			sig
	N	AS	SD	N	AS	SD	
TV	57	169,77	12,05	37	160,75	11,73	0,240
TI	57	57,70	11,91	37	51,81	13,88	0,170
BMI	57	20,52	5,72	37	19,74	3,40	0,362
Masne naslage	57	,08	,28	37	,29	,46	0,547
Dužina GE desno	57	54,26	5,96	37	52,83	4,20	0,083
Dužina GE levo	57	54,26	6,08	37	52,64	4,05	0,047*
Dužina DE desno	57	89,59	11,06	37	100,09	8,60	0,210
Dužina DE levo	57	89,76	11,10	37	99,93	8,44	0,174

* $p < 0.05$

Na osnovu dobijenih rezultata, može se reći da razlika koja je dobijena između ispitivanih grupa nije statistički značajna, osim na jednoj ispitivanoj varijabli (dužina GE_{levo}, $p = 0,04$).

Komparacija antropometrijskih karakteristika ispitanika sa intelektualnom ometenošću i ispitanika sa oštećenjem vida data je u Tabeli 11.

Tabela 11. Komparacija antropometrijskih karakteristika ispitanika sa intelektualnom ometenošću i ispitanika sa oštećenjem vida

Antropometrijske karakteristike	Učenici sa oštećenjem vida			Učenici sa intelektualnom ometenošću			sig
	N	AS	SD	N	AS	SD	
TV	37	160,75	11,73	57	158,25	17,33	0,407
TF	37	51,81	13,88	57	55,58	22	0,317
BMI	37	19,74	3,40	57	21,61	5,46	0,043*
Masne naslage	37	,29	,46	57	,50	,50	0,040*
Dužina GE desno	37	52,83	4,20	57	51,41	6,18	0,187
Dužina GE levo	37	52,64	4,05	57	51,36	6,13	0,226
Dužina DE desno	37	100,0946	8,60542	57	98,5088	11,84235	0,458
Dužina DE levo	37	99,9324	8,44686	57	98,6140	11,84235	0,531

* $p < 0,05$

Između ispitanika sa oštećenjem vida i ispitanika sa intelektualnom ometenošću, dobijena je razlika, koja je statistički značajna na dve ispitivane varijable (BMI, $p = 0,04$; prisustvo masnih naslaga, $p = 0,04$).

Diskusija

Istraživanjem antropometrijskih obeležja tipične populacije bave se stručnjaci različitih disciplina, ali je malo onih istraživanja koja se bave antropometrijskim karakteristikama osoba sa ometenošću. Imajući u vidu da je ovo istraživanje realizovano sa ciljem da se uporede antropometrijske karakteristike dece sa kognitivnim teškoćama, dece sa senzornim smetnjama i dece tipične populacije, dobili smo rezultate koji govore da postoje određene razlike u antropometrijskim karakteristikama između kompariranih grupa ispitanika u skoro svim ispitivanim varijablama iz našeg istraživanja.

U skladu sa navodima iz literature, rezultati našeg istraživanja su pre svega pokazali da kod svih ispitanika postoji visok nivo BMI (kod učenika tipične populacije od 14,5-57,8, kod učenika sa intelektualnom ometenošću od 13,3-38,3, i kod učenika sa oštećenjem vida od 13,9-29,4), što ih svrstava

i u grupu pothranjenih ali i u grupu gojaznih osoba. Istraživanja rađena u Sjedinjenim Američkim Državama pokazuju da 25% dece tipičnog razvoja ima prekomernu TT, a 11% je neuhranjeno (Dehghan, Akhtar-Danesh, & Merchant, 2005). U literaturi ima nalaza koji potvrđuju da visok BMI utiče na motoričko izvođenje i fizičku aktivnost dece, odnosno da prekomerna težina i gojaznost kod dece predstavljaju značajan zdravstveni problem i zbog medicinskih, ali i zbog ekonomskih posledica (Vanhelst, Bui-Xuan, Fardy, & Mikulovic, 2013). Negativni uticaj uvećane mase tela, a posebno BMI i potkožnog masnog tkiva, na uspešnost u realizovanju raznih motoričkih zadataka je potvrđen u velikom broju naučnih istraživanja (Deforche, Lefevre, De Bourdeaudhuij, Hills, Duquet, & Bouckaert, 2003; Kim et al, 2005; Mota, Guerra, Leandro, Pinto, Ribeiro, & Duarte, 2002; Strel, 2006). Mikulovic i saradnici, (Mikulovic et al., 2011) su u svom istraživanju dobili veću prevalenciju prekomerne težine i gojaznosti kod osoba sa intelektualnom ometenošću u poređenju sa osobama tipične populacije. Prema navodima iz literature, nailazi se i na podatak da je postotak BMI kod dece sa poremećajima autističkog spektra znatno niži u odnosu na decu tipične populacije. Autori ovog istraživanja navode da tačan razlog za ovakav rezultat nije poznat, ali pretpostavljaju da neki od razloga mogu biti: smanjen apetit, viši nivo stresa što dovodi do povećane potrošnje energije, neuroendokrini faktori i abnormalno ponašanje dece tokom uzimanja hrane (Bauset, Zazpe, Sanchis, Gonzalez, & Suarez-Varela, 2012).

Podaci iz literature naglašavaju da između osoba sa intelektualnom i senzornom ometenošću, postoji visok rizik od kardiovaskularnih oboljenja, kao i prevalencija gojaznosti veća od 12%, (Froehlich-Grobe, Lee, & Washburn, 2013; Graham & Reid, 2000; Rimmer, Yamaki, Lowry, Wang, & Vogel, 2010). Međutim, postoje i oni autori koji naglašavaju zdrav, odnosno uredan antropometrijski status kod osoba sa intelektualnom ometenošću (Adelekan, Magge, Shults, Stallings, & Stettler, 2012; Moses, Katz, & Weizman, 2014).

Rezultati pojedinih istraživanja navode na zaključak da pravilan rast i razvoj morfoloških dimenzija utiče određenim delom na pravilan razvoj opšte motoričke sposobnosti dece, kao i da se pravilnim razvojem motoričkih sposobnosti utiče na pravilan rast i razvoj morfoloških karakteristika (Bala, 1981; Katić, Pejčić, & Viskiće-Štalec, 2004; Katić, Srhoj, & Pažanin, 2005). Unutar rasta i razvoja i međusobnih relacija morfoloških i motoričkih dimenzija mogu se definisati određene zakonitosti, koje zavise od endogenih i egzogenih faktora, a posebno od pola, uzrasta, a naročito od fizičke

aktivnosti dece. U pokušaju da se definišu određene zakonitosti, mnogi autori (Pavlović & Marinković, 2013; Stamatović, Šekeljić, & Marković, 2013) stoje na stanovištu da su individualne razlike između dece generatori različitih telesnih konstitucija, kao i tipova motoričkih sposobnosti. Poznavanje i razumevanje značaja zakonitosti, koje se najviše manifestuju u vidu relacija između antropoloških dimenzija, važno je zbog toga što se efikasnost bilo kojih motoričkih programa, uz odgovarajuće motoričke sposobnosti, može ispoljiti jedino preko efektora. Shodno tome, ispoljavanje motoričkih sposobnosti direktno zavisi, osim od stanja centralnog nervnog sistema i od morfoloških dimenzija, odnosno antropometrijskih karakteristika (Bala i sar., 2009).

Zaključak

Dobijeni rezultati pokazuju razliku u antropometrijskim karakteristikama kod učenika sa kognitivnim teškoćama i senzornim smetnjama u odnosu na učenike tipične populacije. Na neke antropometrijske karakteristike je moguće uticati, odnosno moguće ih je menjati (poput TT, BMI...), dok na druge nije moguće uticati jer su, pre svega, determinisane genetskim faktorima. Uključivanje dece u fizičke aktivnosti, provođenje slobodnog vremena napolju, pravilna ishrana i slično, samo su neki od faktora koji mogu doprineti redukovanju viška telesne težine i masnih naslaga.

Ograničenje ovog istraživanja se pre svega, odnosi na veličinu uzorka. S obzirom da je uzorak relativno mali i da je ujednačenost poduzoraka nedovoljna, prvenstveno u odnosu na pol, dobijene rezultate pri zaključivanju bi trebalo uzimati sa određenom rezervom.

Dalja istraživanja bi trebalo da idu, kako u smeru sprovođenja istraživanja na većem uzorku i ujednačavanja poduzoraka, tako i u smeru procene motoričkih sposobnosti i motoričkih veština, i komparacije sa antropometrijskim karakteristikama kod osoba sa različitim oblicima smetnji i poremećaja u razvoju. Dobijeni podaci bi nam omogućili utvrđivanje odnosa, i određivanje uticaja antropometrijskih karakteristika na motoričke veštine i sposobnosti.

Literatura

- Adelekan, T., Magge, S., Shults, J., Stallings, V., & Stettler, n. (2012). Lipid profiles of children with Down syndrome compared with their siblings. *Pediatrics*, 129(6), e1382-e1387.
- Bala, G. (1981). *Struktura i razvoj morfoloških i motoričkih dimenzija dece SAP Vojvodine*. Novi Sad: Fakultet fizičke kulture
- Bala, G., Jakšić, D., & Popović, B. (2009). Trend relacija morfoloških karakteristika i motoričkih sposobnosti predškolske dece. U G. Bala (Ur.), *Relacije antropoloških karakteristika i sposobnosti predškolske dece* (str. 61-113). Novi Sad: Univerzitet u Novom Sadu – Fakultet sporta i fizičkog vaspitanja.
- Bauset, S. M., Zazpe, I., Sanchis, A. M., Gonzalez, A. L., & Suarez-Varela, M. M. (2012). Are There Anthropometric Differences Between Autistic and Health Children? *Journal of Child Neurology*, 28(10), 1226-1232.
- Дедај, М. (2011). Когнитивни процес и усвајање моторичких вештина. *Педагошка стварност*, 58(1-2), 95-108.
- Deforche, B., Lefevre, J., De Bourdeaudhuij, I., Hills, A. P., Duquet, W., & Bouckaert, J. (2003). Physical Fitness and Physical Activity in Obese and Nonobese Flemish Youth. *Obesity Research*, 11(3), 434-441. doi: 10.1038/oby.2003.59
- Dehghan, M., Akhtar-Danesh, N., & Merchant, A. T. (2005). Childhood obesity, prevalence and prevention. *Nutrition Journal*, 24(4). doi:10.1186/1475-2891-4-24.
- Di Cagno, A., Baldari, C., Battaglia, C., Monteiro, M. D., Pappalardo, A., Piazza, M., & Guidetti, L. (2009). Factors influencing performance of competitive and amateur rhythmic gymnastics-gender differences. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 12(3), 411-416.
- Duraković, Z., & Mišigoj-Duraković, M. (2006). Does chronological age reduce working ability? *Collegium Antropologicum*, 30(1), 213-219.
- Froehlich-Grobe, K., Lee, J., & Washburn, R. A. (2013). Disparities in obesity and related conditions among Americans with disabilities. *American Journal of Preventive Medicine*, 45(1), 83-90.
- Graham, A., & Reid, G. (2000). Physical fitness of adults an intellectual disability: A 13 – year follow – up study. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 71(2), 152 – 161.

- Katić, R., Srhoj, Lj., & Pažanin, R. (2005). Integration of coordination into the morphological – motor system in male children aged 7-11 years. *Collegium Antropologicum*, 29(1), 711-716.
- Katić, R., Pejčić, A., & Viskiće-Štalec, N. (2004). The mechanisms of morphological – motor functioning in elementary school female first- to fourth-graders. *Collegium Antropologicum*, 28(1), 261-269.
- Kim, J., Must, A., Fitzmaurice, G. M., Gillman, M. W., Chomitz, V., Kramer, E., & Peterson, K. E. (2005). Relationship of Physical Fitness to Prevalence and Incidence of Overweight among Schoolchildren. *Obesity Research*, 13(7), 1246-1254.
- Mikulovic, J., Marcellini, A., Compte, R., Duchateau, G., Vanhelst, J., Fardz, P. S., et al. (2011). Prevalence of overweight in adolescents with intellectual deficiency. Differences in socio-educative context, physical activity and dietary habits. *Appetite*, 56(2), 403-407.
- Moses, L., Katz, N., & Weizman, A. (2014). Metabolic profiles in adults with autism spectrum disorder and intellectual disabilities. *European Psychiatry*, 29(7), 397-401.
- Mota, J., Guerra, S., Leandro, C., Pinto, A., Ribeiro, J. C., & Duarte, J. A. (2002). Association of maturation, sex, and body fat in cardiorespiratory fitness. *American Journal of Human Biology*, 14(6), 707-712.
- Pavlović, S., & Marinković, D. (2013). Relacije pojedinih antropometrijskih karakteristika i motoričkih sposobnosti kod dece predškolskog uzrasta. *Zbornik radova Učiteljskog fakulteta u Užicu*, 16(15), 249-258.
- Пелемиш, М., Митровић, Н., Пелемиш В., & Лалић, Д. (2014). Утицај моторичких способности на резултате у тесту за процену експлозивне снаге ногу деце различитог пола. У А. Игњатовић & Ж. Марковић (Ур.), *Зборник радова „Физичка култура и модерно друштво“* (стр. 57-162). Јагодина: Универзитет у Крагујевцу – Факултет педагошких наука.
- Pheasant, S., & Haslegrave, C. M. (2006). *Bodyspace: Anthropometry, Ergonomics and the Design of Work*. New York: CRC Press, Taylor & Francis Group.
- Rimmer, J. H., Yamaki, K., Lowry, B. M., Wang, E., & Vogel, L. C. (2010). Obesity and obesity – related secondary conditions in adolescents

- with intellectual/developmental disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54(9), 787-794.
- Sabo, E. (2006). Razlike između dečaka i devojčica u antropometrijskim karakteristikama prilikom upisa u osnovnu školu. *Pedagoška stvarnost*, 52(3-4), 302-310.
- Stamatović, M., Šekeljić, G., & Marković, Ž. (2013). Ishodi nastave fizičkog vaspitanja u IV razredu osnovne škole u zavisnosti od organizacije nastave. *Zbornik radova Učiteljskog fakulteta u Užicu*, 16(15), 237-248.
- Strel, J. (2006). Correlation of physical characteristics and general endurance: A comparison of 7- to 19-year-old pupils between 1983, 1993 and 2003. *Anthropological Notebooks*, 12(2), 113-128.
- Stupar, D. (2012). Razlike u antropometrijskim karakteristikama i motoričkim sposobnostima između dečaka i devojčica uzrasta 7 godina. *TIMS Acta*, 6(2), 57-64.
- Vanhelst, J., Bui-Xuan, G., Fardy, P. S., & Mikulovic, J. (2013). Relationship between sleep habits, anthropometric characteristics and lifestyle habits in adolescents with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 34(9), 2614-2620.

COMPARE ANTHROPOMETRIC CHARACTERISTICS OF CHILDREN WITH COGNITIVE DISABILITIES, CHILDREN WITH SENSORY DISABILITIES AND CHILDREN WITH TYPICAL DEVELOPMENT

Ivana Sretenović^{1,2}, Goran Nedović¹

¹University of Belgrade – Faculty of Special Education and Rehabilitation, Serbia

²Association for Cerebral and Child Palsy of Serbia, Belgrade, Serbia

Abstract

The growth and development of each person, include changes in both physiological as well as morphological sense. Information about the growth and development is obtained by measurements or testing of certain anthropometric characteristics, such as body height, body weight, limb length and the like.

The aim of this study was to compare the anthropometric characteristics of children with cognitive and sensory disabilities and children with typical development. The research sample was formed by 151 students from six elementary schools in Belgrade (57 students with cognitive disabilities, 37 students with sensory disabilities and 57 students of typical population). Anthropometric characteristics were estimated on the basis of the following anthropometric variables: body height, body weight, the presence of body fat and length of limb.

The results showed that there is a statistically significant difference, among subjects with cognitive disabilities and subjects with sensory disabilities, in the variables presence of fat ($p = 0.04$) and body mass index ($p = 0.04$). At the same time, among subjects with typical development and subjects with sensory disabilities statistically significant difference was found in the variable length of the upper limbs ($p = 0.04$), while comparing subjects with typical development and subjects with cognitive disabilities statistically significant difference was observed for the variable length of the upper extremities ($p = 0.030$), body height ($p = 0.047$) and the presence of fat ($p = 0.001$).

On certain anthropometric characteristics it is possible to influenced, or they can be changed (such as body weight, body mass index, etc.). In this regard, it is necessary for children to engage in physical activity, to spend more time outdoors, to properly feed and the like, because these are only some of the factors that may contribute to reducing excess body weight and fat.

Keywords: morphological characteristics, growth and development, students with intellectual disabilities, students with visual impairment

Povezanost grafomotornih sposobnosti i lateralizovanosti kod djece predškolskog uzrasta

Sladana ČALASAN¹, Mile VUKOVIĆ², Andrijana PAVLOVIĆ¹,
Bojana VUKOVIĆ¹, Ivana ZEČEVIĆ¹

¹Univerzitet u Istočnom Sarajevu – Medicinski fakultet u Foči,
Foča, Bosna i Hercegovina

²Univerzitet u Beogradu – Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju,
Beograd, Srbija

Grafomotorna spretnost, vizuelna percepcija i izdiferencirana upotrebna lateralizovanost predstavljaju bitne preduslove za ovladavanje vještinom pisanja.

U ovom radu je ispitivan odnos grafomotornih sposobnosti i lateralizovanosti gornjih ekstremiteta i vida kod djece predškolskog uzrasta, sa ciljem da se izdvoje djeca sa elementima suspektim na disgrafiju.

Uzorak istraživanja čini 90-oro djece oba pola, uzrasta od pet do šest godina, koja su tokom aprila i maja 2014. godine pohađala dječiji vrtić „Čika Jova Zmaj“ u Foči. Za procjenu grafomotornih sposobnosti korišćen je Predikcioni test za disgrafiju (Budimirović & Vladislavljević, 1983). Procjena dominantne lateralizovanosti gornjih ekstremiteta izvršena je testom iz Baterije testova po Sovaku (1979), dok je lateralizovanost vida procjenjivana testom iz Praktikuma opšte defektološke dijagnostike (Povše Ivkić & Govedarica, 2000). Od ukupnog uzorka je Predikcionim testom za disgrafiju izdvojeno 28 djece (20 dječaka i osam djevojčica), sa elementima suspektim na disgrafiju, koji su činili eksperimentalnu grupu. U ovoj grupi djece analiziran je odnos lateralizovanosti i grafomotornih sposobnosti, i poređen sa istim odnosom kod djece bez elemenata suspektim na disgrafiju, koji su činili kontrolnu grupu.

Rezultati istraživanja pokazuju da značajan procenat djece predškolskog uzrasta ima elemente suspektne na disgrafiju (31,1%). Ovi elementi su

1 Sladana Čalasan, calasansladjana@gmail.com

značajno više prisutni kod ispitanika muškog pola. Kod ispitanika sa elementima suspektnim na disgrafiju neusklađenost lateralizovanosti gornjih ekstremiteta i vida je nađena u značajno većem procentu (28,6%), nego kod djece kod koje ovi elementi nisu prisutni (8,1%).

Rano otkrivanje djece sa vizuelno-perceptivnim i grafomotornim teškoćama pomoći će da se ovi nedostaci prevaziđu sistematskim vježbama i da djeca krenu spremnija u školu. Kod djece sa neusklađenom lateralizovanosti gornjih ekstremiteta i čula vida, potrebno je raditi vježbe usmjeravanja, uvježbavanja i stabilizovanja lateralizovanosti.

Ključne riječi: grafomotorika, lateralizovanost, predškolski uzrast

Uvod

Grafomotorne sposobnosti se počinju razvijati još u ranom djetinjstvu. Da bi dijete u određenoj fazi svoga razvoja ovladalo grafomotorikom, ono mora proći cjelokupan motorički razvoj koji započinje razvojem grube motorike, a nastavlja se razvojem fine motorike. Djeca se najprije izražavaju kroz crtež koji je do uzrasta od dvije godine u formi škrabanja. Na uzrastu od tri do šest godina djeca počinju precrtavati krug, kvadrat i trougao. Djeca pokušavaju da crtaju ljudsku figuru najprije u formi punoglavca, a kasnije u formi geometrijskih oblika, da bi se pred polazak u školu javio prepoznatljiv crtež. Na uzrastu od četiri godine dijete može da kopira dijagonalnu liniju i nekoliko štampanih slova, dok na uzrastu od šest godina zna da napiše svoje ime i prezime (Nikolić, 2012; Николић, Илић-Стошовић, Илић, & Пешић, 2012).

Pod pojmom lateralizovanosti podrazumijeva se povezanost ekstremiteta i čula jedne strane tijela aferentnim i eferentnim putevima sa primarnim motornim i senzornim poljima hemisfere sa suprotne strane (Bojanin, 1985). Lateralizovanost se može posmatrati na nivou gornjih i donjih ekstremiteta, čula vida i sluha. Dominantna lateralizovanost označava pojavu vodećeg ekstremiteta ili čula pri vršenju složenih psihomotornih aktivnosti (Brakus, 2003).

Razvoj grafomotornih sposobnosti predstavlja preduslov za ovladavanje vještinom pisanja. Pored toga, za uspješno pisanje potrebna je jasno izdiferencirana upotrebna lateralizovanost jedne ruke. Smatra se da do pete godine 90% djece pokazuje sklonost upotrebi jedne ruke u većini aktivnosti. Upotrebna (dominantna) ruka u manipulativnim aktivnostima formira se

pod uticajem određenih socioloških faktora, najčešće sredine u kojoj osoba živi (Vučićević & Golubović, 2005). Brakus (2003) navodi da se prva pojava dominantne lateralizovanosti ostvaruje u desetom mjesecu, fiksira u dvanaestom i sve više učvršćuje u osamnaestom mjesecu, kada se i sam govor razvija u punoj mjeri. Razvojni put od ambivalentnosti pokreta do odabira desne ili lijeve ruke kao dominantne, je rezultat sazrijevanja, koji se završava između šeste i osme godine života. Međutim, većina autora smatra da svaka ambivalentnost pokreta poslije tog perioda predstavlja usporenost sazrijevanja struktura i funkcija koje određuju lateralizovanost pokreta (Bojanin, 1985).

Prema empirijskim podacima, smetnje u razvoju grafomotornih sposobnosti i lateralizovanosti ekstremiteta i čula mogu uticati na razvoj i ovladavanje vještinom pisanja kod djece. Stoga je veoma značajno izvršiti procjenu grafomotornih sposobnosti kod djece predškolskog uzrasta kako bi se identifikovala djeca sa elementima suspektnim na disgrafiju (Pešić, Nikolić, & Ilić, 2012; Van Walvelde, 2012).

Cilj istraživanja

U ovom radu je ispitivan odnos grafomotornih sposobnosti i lateralizovanosti gornjih ekstremiteta i vida kod djece predškolskog uzrasta, sa ciljem da se izdvoje djeca sa elementima suspektnim na disgrafiju.

Metod rada

Uzorak

Uzorak ovog istraživanja čini 90-oro djece oba pola, uzrasta od pet do šest godina. Od ovog broja izdvojen je poduzorak od 28 djece (20 dječaka i osam djevojčica) kod kojih su predikcionim testom pronađeni elementi suspektni na disgrafiju. Ovih 28 ispitanika sa elementima suspektnim na disgrafiju su činili eksperimentalnu grupu, dok su kontrolnu grupu činili ispitanici bez takvih elemenata, njih 62. Istraživanje je obavljeno u dječijem vrtiću u Foči, tokom aprila i maja 2014. godine.

Instrumenti i postupak istraživanja

Za procjenu grafomotornih sposobnosti korišćen je *Predikcioni test za disgrafiju* (Budimirović & Vladislavljević, 1983, prema Kostić, Vladislavljević, & Popović, 1983). Ovim testom se prvenstveno ispituje grafomotorna spretnost i vizuelna percepcija. Ispitaniku se ponudi testovni materijal, koji se sastoji od pravougaonika nacrtanog na listu papira formata A4. Sa spoljne strane pravougaonika, u gornjem lijevom uglu, zadat je obrazac sa krugom, krstom i trouglom. Od ispitanika se traži da zadate geometrijske figure crta oko četiri strane pravougaonika, i da se pri tome potruži da isprati zadati redoslijed, dimenziju i oblik figura. Dok ispitanik crta, ispitivač evidentira da li ispitanik brzo shvata način rješavanja zadatka, da li je zainteresovan za rad, kao i da li je samostalan i istrajan pri rješavanju zadatka. Takođe, ispitivač prati da li ispitanik zapaža greške pri radu, da li se brzo zamara i da li radi ravnomjerno i staloženo. Ispitivač evidentira i broj nacrtanih grupa (mali/veliki broj grupa), koji može da varira od četiri do 20, što zavisi od dimenzije figura i zgusnutosti crteža. Sva ova zapažanja ispitivač unosi u formular. Nakon što dijete završi zadatak, ispitivač boduje ocjenom od 0 do 3 pet ajtema na testu: praćenje redoslijeda figura, odgovarajuću veličinu figura, odgovarajući oblik, crtanje oko ruba, završavanje crteža. U nizu od 10 grupa figura nisu dozvoljene greške u praćenju redoslijeda. Za potrebe ovog rada izračunat je prosječan broj grupa koji crtaju djeca bez elemenata suspektnih na disgrafiju, što iznosi 12, dok djeca sa elementima suspektnim na disgrafiju u prosjeku crtaju šest grupa. Na osnovu toga smo odredili da kriterijum za crtanje malog broja grupa bude 10 i manje od 10 nacrtanih grupa, dok kriterijum za crtanje velikog broja grupa iznosi više od 10 nacrtanih grupa, pri čemu je trebalo da sve figure u grupi budu nacrtane tačno utvrđenim, zadatim redoslijedom. Test se sprovodi individualno. Na osnovu rezultata testa utvrđuje se suspektnost na disgrafiju.

Procjena dominantne lateralizovanosti gornjih ekstremiteta izvršena je testom iz Baterije testova po Sovaku (1979). Dominantna lateralizovanosti gornjih ekstremiteta je procijenjena na osnovu sledećih proba: a) sastavljanje uzoraka (zabiranje dvadeset plastičnih čioda u perforiranu plastičnu tablu, jednom pa drugom rukom), b) sastavljanje šaka, c) provlačenje konca kroz iglu, d) ređanje kocki, e) crtanje (dijete crta kuću na polovini papira jednom, a zatim na drugoj polovini papira drugom rukom). Četiri od pet navedenih proba izvršenih lijevom ili desnom rukom ukazuju na dominaciju te ruke.

Dominantna lateralizovanost vida procijenjena je na osnovu četiri probe iz Praktikumuma Opšte defektološke dijagnostike (Povše Ivkić & Govedarica, 2000), i to: a) gledanje kroz otvor na kartonu koji ispitanik sam drži, b) odabiranje jednog od dva razmaknuta otvora na kartonu, c) gledanje kroz tubus od papira, d) gledanje kroz jedan otvor na kartonu koji drži ispitivač. Tri od četiri probe izvršene lijevim ili desnim okom ukazuju na dominaciju tog oka.

Postupak istraživanja

Svi ispitanici su testirani individualno. Primjenom *Predikcionog testa za disgrafiju* izdvojen je poduzorak od 28 djece sa elementima suspektnim na disgrafiju, i ovi ispitanici su činili eksperimentalnu grupu. Kontrolnu grupu su činila 62 ispitanika kod kojih nije utvrđeno postojanje elemenata suspektnih na disgrafiju. U obje grupe je izvršena procjena dominantne lateralizovanosti gornjih ekstremiteta i vida, i procijenjena je usklađenost dominantne lateralizovanosti gornjih ekstremiteta sa dominantnom lateralizovanošću vida.

Statistička obrada podataka

U istraživanju su korišćene metode deskriptivne statistike. Rezultati istraživanja dobijeni nakon obrade prikupljenih podataka prikazani su tabelarno. Za procjenu usklađenosti lateralizovanosti gornjih ekstremiteta i vida u eksperimentalnoj i kontrolnoj grupi korišćen je χ^2 test.

Rezultati

Rezultati našeg istraživanja su pokazali da kod 28 (31,1%) ispitanika postoje elementi suspektni na disgrafiju.

Tabela 1. Distribucija ispitanika prema polu u odnosu na postojanje elemenata suspektnih na disgrafiju

Pol	Bez elemenata suspektnih na disgrafiju		Sa elementima suspektnim na disgrafiju		Ukupno	
	Broj	%	Broj	%	Broj	%
Muški	30	60	20	40	50	100
Ženski	32	80	8	20	40	100
Ukupno	62	68,9	28	31,1	90	100

Iz Tabele 1 se može uočiti veći procenat prisutnosti elemenata suspektnih na disgrafiju kod ispitanika muškog pola, u odnosu na ispitanike ženskog pola.

Tabela 2. Rezultati ispitanika na Predikcionom testu za disgrafiju prema kriterijumima procjene

Kriterijumi procjene	Da				Ne				Ukupno			
	Muški pol		Ženski pol		Muški pol		Ženski pol		Da		Ne	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Shvata brzo način rješavanja	18	90	6	75	2	10	2	25	24	85,7	4	14,3
Zainteresovan za rad	18	90	8	100	2	10	0	0	26	92,9	2	7,1
Samostalno i istrajno rješavanje	11	55	5	62,5	9	45	3	37,5	16	57,1	12	42,9
Pamti redosljed figura	10	50	3	37,5	10	50	5	62,5	13	46,4	15	53,6
Crta pažljivo i tačno	6	30	2	25	14	70	6	75	8	28,6	20	71,4
Pridržava se ivice	6	30	3	37,5	14	70	5	62,5	9	32,1	19	67,9
Crta mali broj grupa	19	95	0	0	1	75	8	100	19	67,9	9	32,1
Crta veliki broj grupa	1	5	8	100	19	95	0	0	9	32,1	19	67,9
Veličina figura	8	40	1	12,5	12	60	7	87,5	9	32,1	19	67,9
Pravilnost oblika figura	0	0	0	0	20	100	8	100	0	0	28	100
Zapaža pogreške	3	15	2	25	17	85	6	75	5	17,9	23	82,1
Brzo se zamara	3	15	0	0	17	85	8	100	3	10,7	25	89,3
Radi ravnomjerno i staloženo	15	75	6	75	5	25	2	25	21	75	7	25

U Tabeli 2 su prikazani rezultati ispitanika na *Predikcionom testu za disgrafiju*, prema kriterijumima procjene, iz koje se može vidjeti da je 24 djece (85,7%) zadovoljilo kriterijum brzog shvatanja načina rješavanja zadatka. Dodatno objašnjenje je bilo neophodno za četiri (14,3%) ispitanika. Od ukupnog broja djece, za rad nisu bila zainteresovana samo dva (7,1%) dječaka. Samostalno i istrajno je zadatke riješilo 16 (57,1%) ispitanika, dok je u kategoriji neuspješnih bilo 12 (42,9%) ispitanika. Redosljed tri figure koje čine jednu grupu uspjelo je da zapamti 13 (46,4%) djece, dok njih 15 (53,6%) nije uspjelo da zadovolji ovaj kriterijum. Pažljivo i tačno je crtalo

samo osam (28,6%) ispitanika, a čak 20 (71,4%) ispitanika je imalo veći broj grešaka od dozvoljenog. Djeca su bila skoro podjednako loša u postizanju sledećeg kriterijuma, pridržavanja zadatog odstojanja od ivice pravougaonika tokom crtanja figura, na kojem je bilo 19 (67,9%) neuspješnih. Mali broj grupa (10 i manje) je nacrtalo 19 dječaka (95%). Sve djevojčice i samo jedan dječak su nacrtali veliki broj grupa (više od 10), njih devet (32,1%). Zadatu veličinu figura prilikom crtanja je uspjelo da održi devetoro (32,1%) djece, dok je 19 (67,9%) djece bilo neuspješno pri zadovoljavanju ovog kriterijuma. Dječaci su bili bolji od djevojčica. Njih osmorica (40%) je uspjelo da održi zadatak veličinu figure pri crtanju, dok je samo jedna djevojčica bila uspješna na ovom kriterijumu (12,5%). Niti jedan ispitanik nije uspio da zadovolji kriterijum koji se odnosio na pravilnost oblika figura. Greške pri crtanju je zapazilo pet (17,9%) ispitanika, dok taj kriterijum procjene nisu uspjela da zadovolje 23 (82,1%) ispitanika. Prilikom izvođenja zadatka brzo zamaranje je primijećeno kod tri (10,7%) dječaka. Djevojčice nisu pokazivale zamor pri radu. Ravnomjerno i staloženo je crtao 21 ispitanik (75%), dok je sedam ispitanika (25%) bilo neuspješno na ovom kriterijumu.

Tabela 3. Rezultati procjene dominantne lateralizovanosti gornjih ekstremiteta

Dominantna lateralizovanost gornjih ekstremiteta	Ukupno	
	Broj	%
Desno	82	91,1
Lijevo	8	8,9
Ukupno	90	100

Rezultati u Tabeli 3 pokazuju da je desna dominantna lateralizovanost gornjih ekstremiteta prisutna kod 82 (91,1%) ispitanika oba pola, dok je lijeva dominantna lateralizovanost gornjih ekstremiteta zastupljena kod osam (8,9%) ispitanika.

Tabela 4. Rezultati procjene dominantne lateralizovanosti vida

Dominantna lateralizovanost vida	Ukupno	
	Broj	%
Desno	77	85,6
Lijevo	13	14,4
Total	90	100

Iz Tabele 4 se vidi da je desna dominantna lateralizovanost vida prisutna kod 77 (85,6%) ispitanika oba pola, dok je lijeva dominantna lateralizovanost vida prisutna kod 13 (14,4%) ispitanika.

Tabela 5. Usklađenost lateralizovanosti gornjih ekstremiteta i vida u eksperimentalnoj i kontrolnoj grupi

Grupa	Usklađenost lateralizovanosti gornjih ekstremiteta i vida				x ²	df	p
	Sklad		Nesklad				
	N	%	N	%			
Ekperimentalna	20	71,4%	8	28,6%			
Kontrolna	58	93,5%	4	6,5%	8,167	1	0,004
Ukupno	78	86,7%	12	13,3%			

Iz Tabele 5 se vidi da se neusklađenost lateralizovanosti gornjih ekstremiteta i vida statistički značajno više ispoljava u grupi djece sa elementima suspektim na disgrafiju, nego u kontrolnoj grupi.

Diskusija

Polazeći od činjenice da grafomotorna sposobnost i vizuelna percepcija predstavljaju preduslove za ovladavanje funkcijom pisanja, u ovom radu su analizirani rezultati ispitivanja grafomotornih sposobnosti kod djece predškolskog uzrasta. Rezultati analize postignuća na Predikcionom testu za disgrafiju su pokazali da djeca predškolskog uzrasta postižu zadovoljavajuće rezultate po pitanju sledećih kriterijuma: brzog shvatanja načina rješavanja zadataka, zainteresovanosti za rad, ravnomjernog i staloznog izvođenja zadataka. S druge strane, ispitanici su bili manje uspješni u zadovoljavanju kriterijuma samostalnog i istrajnog načina rješavanja zadataka, crtanja velikog broja grupa i pamćenja redoslijeda figura. Pored toga, ispitivana djeca su pokazala posebne teškoće kod sljedećih kriterijuma: pažljivog i tačnog crtanja figura, pridržavanja zadatog odstojanja od ivice pravougaonika, praćenja veličine figura i uočavanja grešaka pri radu. Takođe je utvrđeno da nijedan ispitanik nije uspio da zadovolji kriterijum koji se odnosio na pravilnost oblika figura.

Teškoće u zadovoljavanju kriterijuma predikcionog testa istaknute su i u drugim istraživanjima. Tako, u rezultatima istraživanja sprovedenim na djeci predškolskog uzrasta, Pešić i saradnici (Pešić i sar., 2012), navode da je samo 6,4% ispitanika u potpunosti adekvatno odgovorilo na sve zahtjeve *Predikcionog testa za disgrafiju*, i da više od pola ispitanika nije tačno

reprodukovalo zadati model. Autori su zaključili da se na osnovu neadekvatne vizuelne diskriminacije veličine i oblika zadatih i nacrtanih figura i loše orijentacije u prostoru na papiru, mogu izdvojiti djeca sa smetnjama u grafomotorici.

Rezultati ovog ispitivanja su pokazali i izvjesne međupolne razlike kojima je pokazano da su ispitanici muškog pola manje zainteresovani za rad, da crtaju manji broj grupa i da se brže zamaraju u poređenju sa ispitanicima ženskog pola. S druge strane, samo jedan ispitanik ženskog pola je zadovoljio kriterijum praćenja zadate veličine figura. Na ostalim kriterijumima, nisu evidentirane značajnije razlike između ispitanika muškog i ženskog pola.

Takođe, u okviru ovog istraživanja pronađen je značajan broj djece predškolskog uzrasta sa elementima suspektim na disgrafiju. Analiza rezultata dobijenih putem *Predikcionog testa za disgrafiju* u odnosu na pol, pokazala je veće prisustvo elemenata suspektih na disgrafiju kod ispitanika muškog nego ženskog pola. Ovi podaci su u skladu sa rezultatima ispitivanja pojave disgrafije koji takođe ukazuju na veću učestalost disgrafičnog rukopisa kod muškog pola (Brakus 2003; Matanović-Mamužić, 1982; Mitić, 1999).

Rezultati našeg istraživanja pokazuju da kod svih ispitanika prednjači desna dominantna lateralizovanost gornjih ekstremiteta (91,1%) i vida (85,6%). Ovi rezultati se poklapaju sa rezultatima drugih studija, u kojima se navodi da je više od 90% ispitanika desnoruko, i da procenat ispitanika sa desnim dominantnim okom iznosi od 70-90% (Jovanović, 2014; Maples, 2002). Praštalo-Dimitrov, Golubović i Bugarski (Праштало-Димитров, Голубовић, & Бугарски, 2012) u svom istraživanju navode da ne postoji statistički značajna povezanost između dominantne upotrebne lateralizovanosti i postignuća iz oblasti grafomotornih sposobnosti.

Slojevi u okviru kojih se određuje dominantna lateralizovanost mogu biti organizovani skladno (istostrano) i neusklađeno. Ukoliko se dominantno oko, uvo, ruka i noga nalaze na suprotnoj strani tijela u odnosu na dominantnu hemisferu, naš je čulni ulaz olakšan (Jovanović, Purić, & Ignjatović-Ristić, 2014). U ovom radu posmatrana je usklađenost dominantne lateralizovanosti vida i gornjih ekstremiteta, jer je za uspješno izvršavanje grafomotornog čina neophodno postojanje sklada između voljne motorne aktivnosti ruke i oka. Na osnovu dobijenih rezultata može se reći da ne postoje bitne međupolne razlike kada je u pitanju dominantna lateralizovanost

i usklađenost lateralizovanosti gornjih ekstremiteta i vida. Mepls (Maples, 2002) u svojoj studiji takođe navodi da ne postoji značajna razlika između polova po pitanju lateralizovanosti gornjih ekstremiteta i vida, kao i neusklađenosti navedenih lateralizovanosti.

Poređenjem rezultata usklađenosti lateralizovanosti uočene su značajne razlike između ispitanika sa elementima suspektim na disgrafiju i ispitanika sa uredno razvijenim grafomotornim sposobnostima. Kod ispitanika sa elementima suspektim na disgrafiju neusklađenost lateralizovanosti gornjih ekstremiteta i vida je nađena u značajno većem procentu (28,6%), nego kod djece kod koje ovi elementi nisu prisutni (8,1%).

O značaju usklađenosti lateralizovanosti i grafomotornih sposobnosti ukazuju rezultati istraživanja drugih autora. Tako, na primjer, Jovanović i saradnici (Jovanović i sar., 2014) navode da svaka neusklađena lateralizovanost ekstremiteta i čula dovodi do smanjenja funkcionalnosti jedne od hemisfera, a samim tim i do teškoća u obradi informacija i učenju. Konoli (Connolly, 1983) u svojoj studiji o dominantnoj lateralizovanosti kod djece sa teškoćama u učenju, navodi da je dislateralizovanost češća kod djece koja imaju problem sa učenjem. Biton (Beaton, 1986) takođe pronalazi negativan uticaj neusklađene lateralizovanosti na sposobnost čitanja, koja prethodi sposobnosti pisanja. Slične podatke navodi i Mepls (Maples, 2002) prema čijim rezultatima je nađena značajna razlika u čitalačkim postignućima, posebno u razumijevanju pročitane, u korist djece sa usklađenom lateralizovanošću.

Polazeći od toga da se usmjeravanje lateralizovanosti može vršiti od četvrte do desete godine života djeteta u ovom razvojnom period možemo samo pratiti proces izbora dominantne lateralizovanosti koji se spontano realizuje, bilo da je riječ o desnostranoj ili lijevostranoj dominaciji (Jovanović i sar., 2014). Remećenje tog procesa može dovesti do pojave razvojnih smetnji među kojima je i disgrafija. Međutim, ukoliko se kod djeteta primijeti neusklađena lateralizovanost čula vida i gornjih ekstremiteta, treba sprovesti vježbe reedukacije psihomotorike sa ciljem usmjeravanja, uvježbavanja i stabilizovanja lateralizovanosti. Na osnovu dosadašnjih istraživanja i rezultata ovog istraživanja, može se zaključiti da grafomotorna spretnost, vizuelna percepcija i skladna lateralizovanost gornjih ekstremiteta predstavljaju bitne preduslove za ovladavanje sposobnošću pisanja, te da se smetnje u oblasti grafomotornih i vizuelnih sposobnosti djece mogu smatrati prediktorom poremećaja u pisanju na školskom uzrastu.

Zaključak

Rezultati istraživanja pokazuju da postoji značajan procenat djece predškolskog uzrasta kod kojih su prisutni elementi suspekti na disgrafiju. Ovi elementi su više prisutni kod dječaka nego kod djevojčica. Usklađenost lateralizovanosti gornjih ekstremiteta i vida značajno utiče na razvoj grafomotornih sposobnosti djece predškolskog uzrasta. Rano otkrivanje djece sa vizuelno-perceptivnim i grafomotornim teškoćama pomoći će da se ovi nedostaci prevaziđu sistematskim vježbama kako bi djeca krenula spremnija u školu. Takođe, kod djece sa neusklađenom lateralizovanošću gornjih ekstremiteta i čula vida, potrebno je raditi vježbe usmjeravanja, uvježbavanja i stabilizovanja lateralizovanosti.

Literatura

- Bojanin, S. (1985). *Neuropsihologija razvojnog doba i opšti reedukativni metod*. Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva.
- Brakus, R. (2003). *Razvojne disleksije i disgrafije*. Beograd: Zadužbina Andrejević.
- Beaton, A. (1986). *Left side, right side: a review of laterality research*. New Haven: Yale University Press.
- Connolly, H. B. (1983). Lateral dominance in children with learning disabilities. *Physical Therapy*, 63(2), 183-187.
- Van Waelvelde, H., Hellinckx, T., Peersman, W., & Smits-Engelsman, B. C. (2012). SOS: a screening instrument to identify children with handwriting impairments. *Physical & Occupational Therapy Pediatrics*, 32(3), 306-319.
- Jovanović, G., Purić, B., & Ignjatović-Ristić, D. (2014). Uticaj dominantne lateralizovanosti ekstremiteta i čula na diskalkuliju. *Medicinski časopis*, 48(1), 7-11.
- Kostić, Đ., Vladisavljević, S., & Popović, M. (1983). *Testovi za ispitivanje govora i jezika*. Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva.
- Maples, W. C. (2002). Handedness, eyedness, hand-eye dominance & academic performance. *Journal of Behavioral Optometry*, 13(4), 87-91.

- Mitić, M. (1999). *Korelacija govorno-jezičke razvijenosti, zrelosti rukopisa i lateralizovanosti pokreta kod dece sa disgrafijom (Magistarska teza)*. Beograd: Defektološki fakultet.
- Matanović-Mamužić, M. (1982). *Teškoće u čitanju i pisanju*. Zagreb: Školska knjiga.
- Николић, С., Илић-Стошовић, Д., Илић, С., & Пешић, С. (2012). Зрелост хвата и способност писања деце предшколског узраста. *Београдска дефектолошка школа*, 18(3), 583-595.
- Nikolić, S. (2012). Senzorni i motorički razvoj. U A. Baucal (Ur.), *Standardi za razvoj i učenje dece ranih uzrasta u Srbiji* (str. 67-80). Beograd: Institut za psihologiju Filozofskog fakulteta Univerziteta u Beogradu.
- Pešić, S., Nikolić, S., & Ilić, S. (2012). *Utvrdjivanje determinanti od značaja za pisanje dece ranog predškolskog uzrasta*. U G. Nedović i sar. (Ur.), *Zbornik rezimea I stručno-naučnog skupa sa međunarodnim učešćem „Aktuelnosti u specijalnoj edukaciji i rehabilitaciji osoba sa smetnjama u razvoju“* (27). Novi Sad: Društvo defektologa Vojvodine.
- Povše Ivkić, V., & Govedarica, T. (2000). *Praktikum opšte defektološke dijagnostike*. Beograd: Institut za mentalno zdravlje.
- Прашталo-Димитров, Б., Голубовић, Ш., & Бугарски, В. (2012). Визуоспацијалне функције и графомоторно изражавање у односу на употребну латерализованост и пол. *Београдска дефектолошка школа*, 18(1), 107-116.
- Sovak, M. (1979). *Specijalna pedagogika*. Beograd-Titograd: Savez društava defektologa SR Crne Gore & Savez defektologa SR Srbije.
- Vučičević, G., & Golubović, Š. (2005). Razvojno neurološke karakteristike dece sa tikom. *Aktuelnosti iz neurologije, psihijatrije i graničnih područja*, 13(1-2), 46–49.

THE RELATION BETWEEN GRAPHOMOTOR SKILLS AND HANDEDNESS IN CHILDREN OF PRESCHOOL AGE

Sladana Ćalasan¹, Mile Vuković², Andrijana Pavlović¹,
Bojana Vuković¹, Ivana Zečević¹

¹University of East Sarajevo, Medical Faculty of Foča, Foča, Bosnia and Herzegovina

²University of Belgrade, Faculty of Special Education and Rehabilitation,
Belgrade, Serbia

Abstract

Graphomotor skills, visual perception, differentiated use-handedness, represent important preconditions for writing skills.

In this study, relation between graphomotor skills and handedness and ocular dominance in children of preschool age was examined, in order to isolate the children with elements indicating dysgraphia.

The study sample consisted of 90 children of both sexes, aged 5 to 6 years, who are attended kindergarten „Čika Jova Zmaj“ in Foča in April and May 2014. Predictive Test for Dysgraphia (Budimirović & Vladislavljević, 1983 according to Kostić, Vladislavljević, & Popović, 1983) was used to estimate graphomotor capacity. The assessment of handedness was carried out by test from the Sovák's Battery of Tests (1979), while ocular dominance was evaluated by a test from the Practicum of General Diagnostic of Special Education and Rehabilitation (Povše Ivkić & Govedarica, 2000). Using Predictive Test for Dysgraphia, subsample of 28 children (20 boys and 8 girls) with elements indicating dysgraphia was isolated and they represent experimental group. In this group of children, relation between handedness and graphomotor skills was analyzed and compared to the same relation in children without the elements indicating dysgraphia who are represent a control group.

The research results showed that a significant percentage of preschool children had the elements indicating dysgraphia (31.1%). These elements were more significantly present in male examinees. In examinees with elements indicating dysgraphia, mismatch of handedness and eyesight was found in a significantly higher percentage (28.6%), than in children in which these elements were not present (8.1%).

In order to overcome these disadvantages by systematic exercises to children can go to school better prepared, early detection of children with visual-perceptual and graphomotor disabilities will help. In children with unmatched handedness upper limbs and sight, it is necessary to do exercises guidance, training and handedness.

Keywords: graphomotor skills, handedness, preschool age

Kvalitet života porodica sa detetom sa ometenošću

Milena MILIĆEVIĆ¹

Institut za kriminološka i sociološka istraživanja, Beograd, Srbija

U radu je analizirana savremena literatura koja se bavi proučavanjem kvaliteta života porodica sa detetom sa ometenošću. Osnovna istraživačka pitanja bila su: koji teorijski modeli porodičnog kvaliteta života su predstavljeni u literaturi, koji su ključni faktori i dominantni prediktori kvaliteta života porodica sa detetom sa ometenošću i koje su mogućnosti pospešivanja, odnosno poboljšanja kvaliteta života ovih porodica. Revijalnim pregledom dostupne literature i analizom rezultata prikazanih u izdvojenim studijama, sistematizovana su saznanja iz ove oblasti. Kao rezultat sveobuhvatne pretrage, prikazano je ukupno dvanaest istraživanja koja su objavljena u tekućoj i prethodnoj deceniji, a koja su svojim rezultatima pružala odgovore na postavljena istraživačka pitanja. Kao osnovni faktori kvaliteta života porodica sa detetom sa ometenošću izdvajaju se: stepen ometenosti deteta i intenzitet ispoljavanja problema u ponašanju, finansijsko stanje porodice, porodični odnosi, zdravstveno stanje svih članova, praktična pomoć od članova šire porodice i od prijatelja, zatim adekvatnost servisnih usluga i partnerstvo sa porodicom. Kvalitet porodičnog života prevazilazi potrebe člana sa ometenošću, a sažima u sebi potrebe svih članova porodice, kao i jake strane funkcionisanja porodične zajednice, ali i zahteva partnerski odnos između porodice i stručnjaka u postavljanju prioriteta i ostvarivanju zajedničkih ciljeva. U odabiru i planiranju usluga usmerenih na porodicu neophodno je promovisati okruženje koje pruža podršku i poboljšava kvalitet života cele porodice.

Ključne reči: porodica, porodični kvalitet života, član porodice sa ometenošću

Uvod

Dimenzije promena koje zahvataju porodični život nakon rođenja deteta sa smetnjama u razvoju mogu se uočiti u svakodnevnim porodičnim aktivnostima i različitim aspektima porodičnog života. Svakodnevna porodična

1 Milena Milićević, mileninaadresa@gmail.com

dinamika se menja, a obrasci porodičnog života prilagođavaju funkcionisanju deteta sa smetnjama u razvoju (Axelsson, Granlund, & Wilder, 2013). Osim toga, promene mogu da dolaze iz spoljašnjeg okruženja i da imaju uticaj na uloge i strukturu porodice kao dinamičkog sistema. To se prvenstveno odnosi na promene koje potiču iz političkog, kulturnog, socijalnog ili ekonomskog konteksta i koje su sastavni deo životnog ciklusa svake porodice (Žegarac, Džamonja Ignjatović, & Milanović, 2014). Potrebno je naglasiti da se pred porodice sa decom sa ometenošću svakodnevno stavljaju i drugačiji razvojni zadaci i brojni izazovi, poput preuzimanja većeg dela odgovornosti za odluke koje se tiču brige i dobrobiti deteta (Brown, Anand, Fung, Isaacs, & Baum, 2003).

Konstrukt porodice podrazumeva roditelje ili staratelje, njihovu decu, a u nekim slučajevima i druge bliske rođake koji zajedno žive u istom domu, odnosno na istom mestu stanovanja (Balton, 2009). Međutim, brojne su definicije i pokušaji sveobuhvatnog definisanja porodice kao društvene grupe ili institucije. Henson i Linč (Hanson & Lynch, 1992, p. 285, prema Hanson & Lynch, 2004, p. 2) smatraju da se porodica može definisati kao „svaka celina koja samu sebe označava kao porodicu, uključujući i pojedince koji su u krvnom srodstvu ili u braku, kao i one koji su se obavezali da dele svoje živote“. Dalje, isti autori naglašavaju uključenost ili inkluzivnost kao najvažniji aspekt date definicije navodeći da se na taj način može obuhvati i širi spektar porodičnih konfiguracija, od nuklearnih porodica i proširenih rodbinskih mreža do istopolnih porodica i grupa starijih odraslih koji su izabrali da žive zajedno, ali naglašavaju da pol i prisustvo, odnosno odsustvo dece nisu deo ove definicije. Umesto toga, dodaju da je ključno da „pripadnici te celine sebe vide kao porodicu, da su povezani jedni sa drugima i da su se obavezali da se brinu jedni za druge“ (Hanson & Lynch, 1992, p. 285, prema Hanson & Lynch, 2004, p. 2). Jednu od opisnih definicija porodice nalazimo u kvalitativnom istraživanju posvećenom stvaranju koncepta kvaliteta porodičnog života koje su objavili Poston i saradnici (Poston et al., 2003). Tom prilikom je učestvovalo ukupno 187 ispitanika i to: članovi porodice osobe sa ometenošću (roditelji, braća, sestre), osoba sa ometenošću, porodice koje nemaju člana sa ometenošću, pružaoci usluga, rukovodioci. Na osnovu podataka prikupljenih individualnim razgovorima i fokus grupama, i to na temu opisanja porodičnog sastava, došlo se do zaključka da „Porodica obuhvata one osobe koje smatraju da jesu deo porodice, bez obzira da li su u krvnom srodstvu ili bračnoj zajednici, i koje podržavaju i redovno brinu jedne za druge“ (Poston et al., 2003, p. 319).

Iako kvalitet života može biti objašnjen na mnogo načina, najčešće se definiše kao individualan doživljaj zadovoljstva svim aspektima života, odnosno percepcija sopstvenog blagostanja i zadovoljstva životom, uključujući fizičko, socijalno, ekonomsko i psihološko blagostanje, kao i osećaj pozitivne društvene uključenosti i mogućnosti ostvarivanja sopstvenih potencijala (Araújo de Melo et al., 2012; Bjornson & McLaughlin, 2001; Gojčeta, Joković-Oreb, & Pinjatela, 2008; Majnemer, Shevell, Rosenbaum, Law, & Poulin 2007; Park et al., 2003; Waters, Maher, Salmon, Reddihough, & Boyd, 2005). Koncept kvaliteta života obuhvata brojne aspekte života u sadašnjem trenutku, ali i prethodna iskustva osobe. Takođe, uzima u obzir uticaj bolesti ili invalidnosti, kao i ishode lečenja, odnosno tretmana (Calman, 1984). U populaciji osoba sa invaliditetom pojam kvaliteta života se odnosi na poboljšanje celokupnog življenja osoba sa invaliditetom (Jovanović, 2011).

Nastao sažimanjem dva pravca istraživanja, istraživanja usmerenih na individualni kvalitet života i onih istraživanja u čijem je fokusu praktičan rad usmeren na porodicu u celini, konstrukt kvaliteta porodičnog života je doneo nekoliko novina. Prvo, kvalitet porodičnog života se bavi potrebama svih članova porodice i nije primarno usredsređen na samo dete ili na dijadu majka-dete. Dalje, kao koncept, kvalitet porodičnog života naglašava značaj partnerskog odnosa između porodice i stručnjaka u postavljanju prioriteta i ostvarivanju zajedničkih ciljeva i, konačno, naglašava porodične snage. Drugim rečima, kvalitet porodičnog života prevazilazi potrebe člana sa ometenošću, a sažima u sebi potrebe svih članova porodice, kao i jake strane funkcionisanja porodične zajednice (Smith-Bird & Turnbull, 2005). Na taj način se stiče uvid u to kako porodica percipira važnost različitih aspekata porodičnog života, kao i u stepen njihovog zadovoljstva vlastitim porodičnim kvalitetom života (Park et al., 2003; Hoffman, Marquis, Poston, Summers, & Turnbull, 2006). Da bi kvalitet porodičnog života bio ocenjen kao zadovoljavajući, određeni preduслови moraju da budu ostvareni. Tačnije, porodične potrebe treba da budu ispunjene, članovi porodice treba da uživaju u zajedničkom životu i da imaju priliku da se bave stvarima koje su za njih značajne (Park et al., 2003, p. 368). Pokazatelj je, pak, teško izdvojiti i jasno definisati i meriti. Jedno od mogućih obrazloženja koje nalazimo u literaturi jeste činjenica da je ovaj konstrukt znatno složeniji i da podrazumeva način na koji porodica tumači i doživljava sopstvenu dobrobit, šta za porodicu predstavlja životno zadovoljstvo i blagostanje, a obuhvata i međuljudske odnose (Bruder, 2000). U praktičnom smislu, dok je unapređenje kvaliteta života osobe sa razvojnom smetnjom ili sa ometenošću ishod kojem se teži u individualnom radu, kvalitet porodičnog

života je pokazatelj ishoda i uticaja programa kojima je obuhvaćen širok spektar usluga usmerenih na porodicu. Na osnovu praćenja promena kvaliteta porodičnog života i njegovog poboljšanja, praktično je moguće uporediti efekte različitih modela usluga (Hoffman et al., 2006).

Jednu od postojećih konceptualizacija kvaliteta porodičnog života je predstavio *The Beach Center on Disability* sa Univerziteta u Kanzasu, Sjedinjene Američke Države. Na osnovu rezultata i nalaza višegodišnjih opsežnih istraživanja, uočeno je da strukturu kvaliteta porodičnog života čini pet domena: *Porodične interakcije*, *Roditeljstvo*, *Emocionalno blagostanje*, *Fizičko / materijalno blagostanje* i *Podrška koja se odnosi na ometenost člana porodice*. Kako navode autori, domeni *Porodičnih interakcija* i *Roditeljstva* se bave porodičnim tokovima i interakcijama između članova porodice i zajedno čine osnovu subjektivnog osećaja porodične dobrobiti. *Porodične interakcije*, između ostalog, obuhvataju i odnose između porodice i neposrednog porodičnog okruženja, dok *Roditeljstvo* označava aktivnosti kojima odrasli članovi porodice pomažu da se deca razvijaju u različitim sferama života. Naspram tome, preostala tri domena zajedno označavaju resurse, i obuhvataju materijalne resurse poput medicinske podrške i transporta, zatim percepciju stresa i dostupnosti podrške porodice i prijatelja, kao i podršku u okruženja zajednice, posla škole i podršku pružaoca usluga (Park et al., 2003; Hoffman et al., 2006). U Tabeli 1 su predstavljeni primeri indikatora pojedinih domena porodičnog kvaliteta života.

Tabela 1. Primeri indikatora kvaliteta porodičnog života

Domen	Indikator
Porodične interakcije	Članovi moje porodice otvoreno razgovaraju jedni sa drugima. Naša porodica zajednički rešava probleme.
Roditeljstvo	Članovi moje porodice pomažu deci da nauče da budu samostalna. Članovi moje porodice pomažu deci oko školskih zadataka i aktivnosti.
Emocionalno blagostanje	Članovi moje porodice imaju prijatelje ili nekog ko ih podržava. Članovi moje porodice imaju vremena za naša zajednička interesovanja.
Fizičko / materijalno blagostanje	Moja porodica ima način da vodi računa o svojim troškovima. Moja porodica se oseća bezbedno u kući, na poslu, u školi i u našem naselju.
Podrška koja se odnosi na ometenost člana porodice	Član moje porodice sa invaliditetom ima podršku da ostvari ciljeve u školi ili na radnom mestu. Član moje porodice sa invaliditetom ima podršku da stekne prijatelje.

Izvor: Beach Center Family Quality of Life Scale – FQOL Scale (the Beach Center on Disability, Summers et al., 2005, Hoffman et al., 2006; prevod na srpski: Miličević, 2014)

Drugi model, odnosno teorijski okvir porodičnog kvaliteta života je razvijan od 1997. godine. U literaturi se mogu naći rezultati brojnih istraživanja sprovedenih širom sveta koje je predvodila grupa naučnika iz Kanade, Australije i Izraela (Brown et al., 2003). Kao ishod ovog internacionalnog projekta, nastao je Upitnik za ispitivanje porodičnog kvaliteta života (*Family Quality of Life Survey-2006 – FQOLS-2006*; Brown et al., 2006), dostupan i u verziji za porodice koje imaju jednog ili više članova sa intelektualnom ili razvojnom ometenošću. Kao model, porodični kvalitet je dat kroz sledećih devet domena koji se odnose na pojedine oblasti porodičnog života: 1) *Zdravlje*, 2) *Finansijsko stanje*, 3) *Porodični odnosi*, 4) *Podrška drugih*, 5) *Podrška stručnih službi*, 6) *Uticaj vrednosti*, 7) *Karijere*, 8) *Slobodno vreme i rekreacija*, i 9) *Interakcija sa zajednicom*. Za razliku od prethodnog modela koji je dao *The Beach Center on Disability* i kojim se prate značaj koji roditelji daju svakom od pet domena i stepen njihovog zadovoljstva porodičnim životom u tim domenima, u ovom modelu se procenjuje šest dimenzija. To su sledeće dimenzije: 1) značaj koji porodica pridaje blagostanju u svakom od domena, 2) postojanje mogućnosti za participaciju i unapređenje kvaliteta života, 3) inicijativa da se prilike i mogućnosti iskoriste, 4) postignuće u ostvarivanju onih stvari koje su za porodicu važne, odnosno ostvarivanje želja i potreba, 5) stabilnost kao procena očekivanog toka razvoja u skorijoj budućnosti, i 6) zadovoljstvo pojedinim komponentama i ukupnim porodičnim životom u datom domenu.

Cilj ovog rada je da se pregledom dostupne literature izdvoje i prikažu istraživanja kvaliteta života porodica sa detetom sa ometenošću, kao i da se analizom odabranih studija sistematizuju znanja iz ove oblasti i ukaže na potrebu daljeg ispitivanja ove tematike. Istraživanje treba da doprinese boljem razumevanju promena kvaliteta života porodica sa detetom sa ometenošću, kao i da doprinese boljem razumevanju načina i mogućnosti njegovog pospešivanja, odnosno poboljšanja.

Metod

Pretraga dostupne literature je izvršena pregledom sledećih elektronskih baza podataka i pretraživača: *Web of Science*, *EBSCOhost*, *Wiley InterScience*, *JSTOR*, *ScienceDirect*, *SpringerLink* i *Google Scholar Advanced Search*. Pretraživanje je rađeno prema ključnoj reči *family quality of life* u obliku sintagme sa definisanim preduslovima pojavljivanja u naslovu rada, sažetku rada, tekstu rada ili među ključnim rečima rada, ukrštenoj sa ključnom rečju *disability* sa definisanim preduslovom pojavljivanja u samom

tekstu rada. Pretragom su obuhvaćena recenzirana istraživanja objavljena u naučnim časopisima u periodu do jula 2015. godine. Takođe, upotrebljavane su i reference iz radova koji su pronađeni na osnovu prethodne pretrage, a korišćena je i literatura dostupna u štampanoj verziji. Nakon početnog pretraživanja, svi prikupljeni naučni radovi su pregledani na nivou naslova i sažetaka. Izdvojena su istraživanja koja su se odnosila na decu sa teškoćama ili smetnjama u razvoju različitog uzrasta, a koja su za kao ciljnu grupu imala porodicu kao celinu, uključujući istraživanja koja su u svom istraživačkom fokusu imala merenje ishoda i ispitivanje uticaja različitih programa usluga usmerenih na porodicu, kao i istraživanja usmerena na sticanje uvida u porodični kvalitet života ili ispitivanje njegove povezanosti sa određenim faktorima. Iz dalje analize su izuzeta teorijska i pregledna istraživanja porodičnog kvaliteta života i istraživanja pojedinačnih domena kvaliteta života. Kao ishod finalne pretrage, za potrebe ovog rada je izabrano i prikazano dvanaest relevantnih studija koje su se svojim teorijskim okvirom oslanjale na jedan od dva prikazana konstrukta porodičnog kvaliteta života. U Tabeli 1 dat je prikaz izdvojenih istraživanja kvaliteta života porodica sa detetom sa ometenošću prema metodološkom dizajnu istraživanja, prema cilju istraživanja, prema ispitanicima uključenim u istraživanje (broj ispitanika, utvrđene dijagnoze i uzrast), prema glavnim korišćenim mernim instrumentima, kao i prema glavnim rezultatima i osnovnim preporukama.

Istraživanja kvaliteta života porodica sa detetom sa ometenošću

Jedno od istraživačkih pitanja koje nalazimo u literaturi odnosi se na međuodnos i povezanost porodičnog kvaliteta života, partnerskog odnosa između roditelja i pružaoca usluga i percipirane adekvatnosti datih usluga. Samers i saradnici (Summers et al., 2007) su postavili pitanje o tome da li na kvalitet porodičnog života utiče adekvatnost usluga koje se porodici pružaju, kao i da li je taj uticaj posredovan stepenom zadovoljstva porodice datim uslugama. U istraživanju je učestvovalo ukupno 108 porodica sa decom različitog stepena ometenosti, starosti do pet godina. Korišćena je revidirana verzija *Skale porodičnog kvaliteta života* (Beach Center Family Quality of Life Scale – FQOL Scale; Hoffman et al., 2006). Usluge za decu sa ometenošću su se odnosile na obezbeđivanje specijalne opreme (asistivne i komunikacione), na terapije i specijalizovane usluge (uključujući specijalnu

edukaciju), kao i na koordinaciju službi. Usluge za porodice koje imaju decu sa smetnjama u razvoju su obuhvatile pružanje nege (npr. briga o deci jasnog uzrasta, usluga predaha), obezbeđivanje resursa (npr. plaćanje računa, porodični smeštaj), vršnjačke grupe podrške (za roditelje, za braću i sestre), davanje informacija o razvojnim smetnjama i mogućnostima ostvarivanja zakonskih prava, kao i informacija o tome gde se mogu dobiti usluge za decu i porodice. Prema rezultatima, kao prediktivni faktor porodičnog kvaliteta života izdvojen je stepen u kojem su roditelji ocenili pružene servisne usluge kao adekvatne, odnosno dovoljne i za dete i za porodicu. Autori su istakli da su porodice najčešće smatrale da u odgovarajućoj meri dobijaju usluge za svoje dete sa ometenošću. Međutim, u izjavama je uočena tendencija roditelja da usluge koje primaju kao porodica ipak ocene kao nedovoljne. Kada je reč o kvalitetu partnerskog odnosa sa pružaocima usluga, roditelji su iskazali niži stepen zadovoljstva odnosom stručnjaka prema detetu sa ometenošću, tačnije njihovom sposobnošću da ispune individualne potrebe deteta, ali i da im pruže tražene informacije o uslugama. Važno je napomenuti da je uticaj koji stepen u kojem su roditelji ocenili pružene servisne usluge kao adekvatne ima na porodični kvalitet života delimično posredovan upravo kvalitetom partnerskog odnosa sa pružaocima usluga. Na ovaj način, kao konstrukt, kvalitet života prestaje da bude samo subjektivna mera. Rezultati ovog istraživanja su potvrdili da je porodični kvalitet života, kao varijabla, praktičan, koristan, i pre svega objektivno merljiv kada se sprovede evaluacija i ispitivanje efikasnosti primenjenih intervencija. Pored toga, merenje adekvatnosti servisa može da služi kao prediktor porodičnog kvaliteta života, dok je kvalitet partnerskog odnosa sa pružaocima usluga ključna komponenta modela efikasnosti servisnih usluga (Summers et al., 2007).

Dalje, Dejvis i Gavidija-Pejn (Davis & Gavidia-Payne, 2009) su pokušali da dodatno pojašne ulogu koju faktori vezani za dete, porodicu i podršku imaju u doživljenom kvalitetu porodičnog života. Istraživanjem su obuhvaćene 64 porodice sa decom sa smetnjama u razvoju ili različitim oblicima i stepenima ometenosti, starosti od 36 do 72 meseca. Prema podacima koji su prikupljeni od roditelja, najveći broj dece je imao autizam, poremećaj govora ili jezika, zastoj u razvoju, cerebralnu paralizu ili drugi telesni invaliditet. Integralnom verzijom skale *Merenje procesa nege* (Measure of Processes of Care – MPOC-56; King, Rosenbaum, & King, 1995) procenjen je obim u kojem su roditelji opažali usluge servisa kao usmerene na porodicu, odnosno utvrđena je roditeljska percepcija iskustva i stručne podrške. Prvobitnom verzijom *Skale porodičnog kvaliteta života* (FQOL Scale; Beach Center on

Disability, 2003) su utvrđeni stepen roditeljske percepcije značaja, odnosno važnosti različitih aspekata porodičnog života i stepen u kom su zadovoljni kvalitetom života. Takođe, procenom su obuhvaćeni frekventnost i intenzitet ispoljavanja problema u ponašanju deteta, kao i socijalna podrška koju roditelji dobijaju od šire porodice i od prijatelja. Prema prikazanim rezultatima, na petostepenoj skali Likertovog tipa, roditelji su domene porodičnog kvaliteta života zbirno ocenili kao značajno važnije ($M=4,43$, $SD=0,47$) u poređenju sa stepenom u kojem su izrazili svoje zadovoljstvo kvalitetom života ($M=3,74$, $SD=0,69$; $t(63)=7,26$, $p<0,001$). Kao najvažniji, izdvojen je domen *Podrške koja se odnosi na ometenost člana porodice* ($M=4,68$, $SD=0,55$). Sa druge strane, najviši stepen zadovoljstva je zabeležen u domenu *Fizičkog / materijalnog blagostanja* ($M=4,03$, $SD=0,78$), dok su roditelji najmanje zadovoljni kvalitetom života u domenu *Emocionalnog blagostanja* ($M=3,10$, $SD=1,05$). Primenom hijerarhijske višestruke regresije, autori (Davis & Gavidia-Payne, 2009) su identifikovali nekoliko prediktora ukupnog porodičnog kvaliteta života. Kao najjači, izdvojen je faktor stručne podrške, odnosno faktor roditeljske percepcije obima u kojem su usluge servisa opažene kao usmerene na porodicu. Ovakav nalaz govori u prilog potrebe da roditelji budu aktivni članovi tima i da budu upoznati sa svim neophodnim opštim informacijama, da se usluge pružaju koordinisano i sveobuhvatno, kao i da se cela porodica podržava ali i poštuje. Ovde je važno napomenuti da faktor vremena nije statistički značajno uticao na ishod. Drugim rečima, vremenski interval u kojem je porodica koristila određene servisne usluge nije od značaja za porodični kvalitet života ukoliko roditelji nemaju pozitivna iskustva sa datom podrškom, kako su objasnili autori (Davis & Gavidia-Payne, 2009, p. 159). Podrška šire porodice utiče na kvalitet porodičnog života u domenu *Roditeljstva i Porodičnih interakcija* i izdvojena je kao prediktor, dok je podrška prijatelja značajna za *Emocionalno blagostanje*. Od faktora vezanih za dete, kao prediktor porodičnog kvaliteta života, izdvojen je jedino intenzitet ispoljavanja problema u ponašanju. Ovaj faktor je u negativnoj korelaciji sa kvalitetom porodičnog života u domenima *Emocionalnog blagostanja* i *Podrške koja se odnosi na ometenost člana porodice*. Stepem ometenosti deteta nema statističku značajnost. Kao porodični faktor, prihvodi su statistički značajno pozitivno korelirali sa kvalitetom života, i to sa ukupnim stepenom zadovoljstva roditelja porodičnim životom. I pored toga, porodični prihodi nisu imali prediktivnu vrednost kada su podrška članova šire porodice i podrška stručnjaka uključeni u statistički model.

Kada je reč o prediktorima porodičnog kvaliteta života, u ranijem objavljenom istraživanju, Vang i saradnici (Wang et al., 2004) su izdvojili stepen, odnosno težinu ometenosti koja je u negativnoj korelaciji sa stepenom u kom su i očevi i majke izrazili svoje zadovoljstvo ukupnim kvalitetom porodičnog života ($r = -0,348$, odnosno $r = -0,375$; $p < 0,01$). Prema rezultatima, porodični prihodi su u statistički značajnoj pozitivnoj korelaciji sa porodičnim kvalitetom života prema ocenama majki ($r = 0,299$, $p < 0,01$), ali ne i prema ocenama očeva ($r = 0,151$, $p > 0,05$). Istovremeno, porodični prihodi predstavljaju slab prediktor; majke sa višim prihodima su ocenile kvalitet porodičnog života kao viši u odnosu na majke sa nižim porodičnim prihodima. Ipak, ni kod majki, kao ni kod očeva, nije nađena statistička značajnost uticaja interakcije stepena ometenosti i visine porodičnih prihoda na iskazano zadovoljstvo ukupnim kvalitetom porodičnog života. Predstavljeni model prediktora porodičnog kvaliteta života koji čine stepen ometenosti deteta, visina porodičnih prihoda i efekat interakcije ova dva faktora objašnjavao je 17% varijanse porodičnog kvaliteta života prema procenama majki, odnosno 16% varijanse prema procenama očeva. Istraživanjem je obuhvaćeno 280 porodica sa decom sa različitim oblicima i stepenima ometenosti, a podaci su prikupljeni od 130 očeva i 234 majki. Primenjena je prvobitna verzija *Skale porodičnog kvaliteta života* (Beach Center Family Quality of Life Scale – FQOL Scale; Park et al., 2003). Međutim, i pored određenih ograničenja koja se prvenstveno odnose na reprezentativnost uzorka, zaključci upućuju na značaj povezivanja, odnosno uspostavljanja efikasnije koordinacije između porodica, stručnjaka i sistema servisne podrške. Upravo ovi akteri su ključni u procesu donošenja i sprovođenja određenih mera sa ciljem predupređenja negativnih posledica koje siromaštvo i težina ometenosti člana porodice mogu imati na kvalitet njenog života (Wang et al., 2004).

Rezultati istraživanja sprovedenog na teritoriji 32 opštine Republike Srbije pokazuju da roditelji dece sa smetnjama u razvoju najveći kvalitet života zapažaju u oblasti *Porodičnih interakcija* ($M = 4,39$) i *Roditeljstva* ($M = 4,31$), a potom u domenu *Podrške koja se odnosi na ometenost člana porodice* ($M = 3,99$). Nasuprot tome, najniže su ocenjeni domeni za *Emocionalnog blagostanja* ($M = 3,49$) i *Fizičkog/materijalnog blagostanja* ($M = 3,59$). Obuhvaćeno je 275 porodica sa decom sa smetnjama u razvoju prosečne starosti 14 godina. Najveći broj dece je imao višestruku ometenost (40%), zatim intelektualnu ometenost (16%), telesnu invalidnost (14,2%) i mentalni poremećaj (12,7%). S obzirom da je ovo istraživanje bilo usmereno na utvrđivanje ishoda korišćenja usluga u zajednici (pomoći u kući, dnevni boravak, predah), ispitan je i stepen u kojem

usluge doprinose poboljšanju kvaliteta porodičnog života (Žegarac i sar., 2014). Godinu dana od početka korišćenja usluge došlo je do značajne promene porodičnog kvaliteta života. Efekat je najvidljiviji upravo u onim domenima u kojima je na početku korišćenja usluga utvrđen najniži kvalitet (emocionalno, fizičko i materijalno blagostanje). Istovremeno, efekat je najveći u podgrupi onih porodica čiji je kvalitet života na početku istraživanja ocenjen kao nizak. Kako su autori istakli, usluge imaju najveće efekte upravo kod onih porodica kojima je to bilo najpotrebnije i to u onim domenima na koje su usmerene.

Prema rezultatima istraživanja sprovedenog u Sloveniji, prisutna je velika razlika između značaja koji se pridaje pojedinim domenima porodičnog života i procene mogućnosti za poboljšanje kvaliteta porodičnog života u datom domenu, iz perspektive roditelja (Čagran, Schmidt, & Brown, 2011). U ovom istraživanju je učestvovalo 20 porodica sa decom sa intelektualnom ometenošću prosečnog uzrasta 11,6 godina ($SD = 3,4$). Sveobuhvatan uvid u kvalitet života porodica je ostvaren korišćenjem upitnika *Family Quality of Life Survey 2006 – Main caregivers of people with intellectual or developmental disabilities* (FQOLS-2006; Brown et al. 2006). Analizirano je svih devet domena porodičnog života i u svakom od njih su procenjene sledeće dimenzije kvaliteta: 1) značaj koji se pridaje datom domenu, 2) mogućnosti za uključivanje, 3) inicijativa da se iskoriste mogućnosti, 4) postignuća i ostvarivanje stvari koje su važne, i 5) zadovoljstvo ukupnim porodičnim životom u tom domenu. Zbirno posmatrano, dimenzija *Značaj* je imala najvišu prosečnu vrednost, dok su *Mogućnosti* i *Postignuća* imale najnižu prosečnu vrednost. Domen *Porodičnih odnosa* je najviše ocenjen u svih pet dimenzija i samim tim je izdvojen kao potencijalno najvažniji izvor kvaliteta porodičnog života. Nasuprot tome, *Finansijsko stanje* je ocenjeno najnižom prosečnom ocenom (i to u dimenzijama *Mogućnosti*, *Postignuća* i *Zadovoljstva*). Autori su naglasili da postoje značajne varijacije u naporu uloženom da se unapredi i održi finansijski integritet porodice i da polovina ispitanika ima prihode koji su niži ili daleko niži od prosečnih (Čagran et al., 2011, p. 1170). *Podrška servisa* je najviše ocenjena na dimenziji *Značaja* koji joj se pridaje, a najniže u pogledu *Postignuća* i *Mogućnosti*. Kvalitativnom analizom podataka izdvojeni su problemi sa prevozom, dugačke liste čekanja, nedostupnost pojedinih servisa (psihijatrijske službe, centri za socijalni rad, savetovališta, bihajvioralne, okupacione i fizikalne terapije), neljubaznost osoblja i nedostatak informacija o dostupnim lokalnim programima podrške.

Slično istraživanje je sprovedeno u Federaciji Bosne i Hercegovine na teritoriji kantona Sarajevo (Svraka, Loga, & Brown, 2011). Učestvovalo je

ukupno 35 porodica sa odraslom decom sa intelektualnom ometenošću različitog stepena, prosečne starosti 21,46 godine, od kojih je osmoro imalo i dijagnostikovanu cerebralnu paralizu. Kao i u prethodno prikazanom istraživanju (Čagran et al., 2011), primenjen je upitnik FQOLS-2006 (Brown et al., 2006), ali je ispitana i šesta dimenzija porodičnog kvaliteta života, *Stabilnost*, kao stepen u kome se vidi mogućnost da se poboljša ili pogorša stanje u određenom domenu porodičnog života. Autori (Svraka et al., 2011) su naglasili da je najniži značaj pridodat domenu *Podrške drugih osoba*, a najviši *Zdravlju*. *Finansijsko stanje* je ocenjeno najnižom prosečnom ocenom (i to u dimenzijama *Mogućnosti*, *Postignuća*, *Stabilnosti* i *Zadovoljstva*), dok su *Porodični odnosi* dobili najviše ocene u četiri od šest ispitivanih dimenzija, što je sve uporedivo sa rezultatima dobijenim u Sloveniji (Čagran et al., 2011). Drugim rečima, bez obzira na razliku u strukturi uzoraka, postoji više sličnosti nego razlika u porodičnom kvalitetu života porodica sa članom sa ometenošću na ovim prostorima. Među faktore koji mogu dodatno da objasne postojeće stanje porodičnog života obraju se visoka stopa fizičkih ili mentalnih zdravstvenih problema, naročito kod osoba sa težim stepenima ometenosti, zatim ograničenost finansijskih sredstava, ali i izostanak jakog uticaja ličnih, duhovnih, verskih ili kulturoloških vrednosti na proces prihvatanja stanja deteta.

Ukoliko se uzmu u razmatranje nalazi drugih studija sprovedenih širom sveta, zaključci su, pak, delimično uporedivi. Kao primer, navodimo *Finansijsko stanje* koje je ocenjeno najnižim prosečnim ocenama u dimenzijama *Mogućnosti*, *Stabilnosti* i *Zadovoljstva* u istraživanju obavljenom u Australiji (Rillotta, Kirby, Shearer, & Nettelbeck, 2012). Dalje, autori su domen *Podrške drugih osoba* razdvojili na *Emocionalnu podršku* i *Praktičnu podršku* koja je ocenjena najniže u čak četiri od šest ispitivanih dimenzija: *Značaj*, *Mogućnosti*, *Inicijativa* i *Postignuća*. *Porodični odnosi* su dobili najviše ocene u tri od šest ispitivanih dimenzija (*Inicijativa*, *Postignuća* i *Zadovoljstvo*), što je uporedivo sa nalazima studija iz Slovenije i Federacije Bosne i Hercegovine (Čagran et al., 2011; Svraka et al., 2011). Podaci su prikupljeni od 42 porodice koje žive u Južnoj Australiji. Prosečna starost člana sa ometenošću je 17,3 godina, raspona od dve do 46 godina. Nešto više od trećine članova sa ometenošću je imalo intelektualnu ometenost (38,1%), autizam je prijavilo 26,2% roditelja, a Down sindrom njih 9,5%. Dijagnostikovanu cerebralnu paralizu je imalo 4,8% članova sa ometenošću. Dok je 59,5% članova sa ometenošću imalo motoričke poremećaje kao pridružene, bihevioralni i govorno-jezički poremećaji su prijavljeni za njih 76,2%, odnosno 73,8%. Važno je napomenuti da su zaposleni roditelji, odnosno staratelji ukazali na važnost društvenog aspekta rada

i podrške koja dolazi od kolega. Dalje, u istraživanju sprovedenom u Maleziji najniže je ocenjena *Podrška drugih osoba* u svih šest ispitivanih dimenzija, dok su *Porodični odnosi* dobili najviše ocene u pet dimenzija (Clark, Brown, & Karrapaya, 2012). Izuzetak je domen *Podrške servisa* koji je visoko ocenjen sa aspekta *Postignuća*. Uzorak su činile 52 porodice sa detetom sa ometenošću prosečne starosti 7,54 godina ($SD = 3,99$) od kojih je 16 imalo dijagnostikovanu cerebralnu paralizu. Intelektualnu ometenost je imalo 12, autizam četvero, a Down sindrom sedmero dece. U skladu sa ovih studijama, *Porodični odnosi* su ocenjeni najvišim, a *Podrška drugih osoba* i *Podrška servisa* najnižim ocenama i u delu internacionalnog projekta o porodičnom kvalitetu života koji je sproveden u Kanadi (Brown et al., 2003). Sa druge strane, porodice u Nigeriji kao najznačajnije izdvajaju *Zdravlje*, najzadovoljniji su *Porodičnim odnosima* koje opisuju kao domen sa najboljom *Inicijativom* i *Postignućem*, dok su *Podrška drugih osoba* i *Podrška servisa* ocenjene najniže u većini domena (Ajuwon & Brown, 2012). Obuhvaćeno je 80 porodica sa članom sa ometenošću prosečnog uzrasta 12,3 godina ($SD = 7,85$). Skoro jedna trećina članova sa ometenošću (30%) je imala dijagnostikovanu cerebralnu paralizu, 35% je imalo intelektualnu ometenost, poremećaje iz autističnog spektra njih 12,5%, a Down sindrom 15%. Porodice sa detetom sa intelektualnom ometenošću različitog stepena ili sa autizmom u Turskoj su izrazile umereno zadovoljstvo ukupnim porodičnim kvalitetom života i to ocenom 3,65 na petostepenoj skali Likertovog tipa i najvišim ocenama u domenima *Porodičnih interakcija* i *Roditeljstva*, a najnižim za *Emocionalno* i *Fizičko / materijalno / finansijsko blagostanje porodice* (Meral, Cavkaytar, Turnbull, & Wang, 2013). Kao glavni prediktor, izdvojila se emocionalna podrška objašnjavajući 31% varijanse.

Rezultati pilot istraživanja sprovedenog na teritoriji Republike Srbije pokazuju statistički značajno niže nivoe zadovoljstva roditelja dece sa cerebralnom paralizom kvalitetom porodičnog života u domenima emocionalnog blagostanja, fizičkog i materijalnog blagostanja, kao i ukupnim porodičnim kvalitetom života u poređenju sa roditeljima dece tipičnog razvoja (Milićević, Krstić, & Jakovljević, 2014). Istraživanjem je obuhvaćeno 60 porodica sa decom sa cerebralnom paralizom prosečne starosti 13,38 godina ($SD = 3,44$), dok je kontrolnu grupu činilo 68 porodica sa decom tipičnog razvoja prosečnog uzrasta 13,03 godina ($SD = 2,58$). Korišćena je *Skala porodičnog kvaliteta života* (FQOL Scale; Hoffman et al., 2006). Ipak, stvarna vrednost utvrđenih razlika je mala, tačnije iznosi 0,5 na petostepenoj skali Likertovog tipa. Najmanja je u ukupnom FQOL skoru ($r = 0,26$), a najveća u domenu emocionalnog blagostanja ($r = 0,29$).

Tabela 2. Prikaz istraživanja kvaliteta života porodica sa detetom sa ometenošću – metodološki dizajn izdvojenih istraživanja, rezultati i preporuke

Istraživanje, država, dizajn	Cilj istraživanja	Uzorak (n, uzrast, Dg)	Merni instrumenti	Rezultati i preporuke
Summers et al., 2007, SAD, transverzalno	Utvrditi odnos između percipirane adekvatnosti servisa i FQOL.	108 porodica, 0–5 godina, različite	Beach FQOL Scale, Services Inventory, Partnership Scale	Ocena adekvatnosti servisa je značajan prediktor FQOL; partnerski odnos sa servisima delimično posreduje u tom međudnosu. Uvideti značaj partnerstva roditelja i pružaoca usluga; pored konkretne pomoći, važan je i način pružanja usluga. Potvrđena je razlika između stepena zadovoljstva roditelja i značaja koji pripisuju FQOL ($p < 0,001$). Bihevioralni problemi su u negativnoj, a porodični prihodi u pozitivnoj korelaciji sa FQOL; usmerenost usluga na porodicu je najjači prediktor, uz intenzitet ispoljavanja problema u ponašanju; stepen ometenosti deteta nema statističku značajnost. Obezbediti koordinisano sprovođenje usluga kroz partnerski odnos sa porodicom.
Davis & Gavidia-Payne, 2009, Australija, transverzalno	Ispitati uticaj pojedinih karakteristika deteta, porodice i podrške na FQOL sagledan kroz značaj domena i stepena zadovoljstva roditelja.	64 porodice, 36–72 meseca M=51,98, (SD=9,65), različite	Beach FQOL Scale, MPOC-56, Parenting Hassles Scale (podskala Child Behaviour/Needs), Social support	
Wang et al., 2004, SAD, transverzalno	Istražiti uticaj porodičnih prihoda i stepena ometenosti na FQOL sagledan zasebno iz perspektive majki i očeva.	280 porodica (130 očeva i 234 majki), 0–8 godina (0–3: 66,8%), različite	Beach FQOL Scale	Stepen ometenosti je statistički jači prediktor FQOL u poređenju sa prihodima porodice. Za majke su značajni i stepen ometenosti i visina prihoda; prihodi nisu statistički značajan prediktor FQOL za očeve. Nereprezentativnost uzorka limitira generalizaciju zaključaka.

Žegarac, Džamonja Ignjatović, & Milanović, 2014, Srbija, longitudinalno	Utvrditi efekat usluga u zajednici i njihov doprinos poboljšanju FQOL.	275 porodica, 1-42 godine M=13,98, (SD=7,83), različite	Beach FQOL Scale	Najviše su ocenjene Porodične interakcije, najniže Emocionalno blagostanje. Korišćenje usluga čini vanporodičnu socijalnu, emocionalnu i materijalnu podršku više dostupnom; efekat je najuočljiviji u domenima u kojima je pre početka korišćenja usluga bio najniži FQOL nivo.
Čagan, Schmidt, & Brown, 2011, Slovenija, transverzalno	Ostvariti sistematski uvid i prikupiti inicijalne podatke o stanju FQOL u okviru internacionalnog FQOL projekta.	20 porodica, M=11,6 godina (SD=3,4), IO	FQOLS-2006	Porodični odnosi su izvor kvaliteta života porodice; prisutan je raskorak između značaja koji porodice pridaju svim domenima FQOL i ograničenih mogućnosti za njihovo poboljšanje. Potrebno je razmotriti finansijske poteškoće, nedostupnost servisa, informacija i odnos sa osobljem kao najveće prepreke unapređenju FQOL.
Svraka, Loga, & Brown, 2011, Federacija Bosne i Hercegovine, transverzalno	Prikupiti inicijalne podatke o FQOL porodica sa odraslom decom sa IO u kantonu Sarajevo u okviru internacionalnog FQOL projekta.	35 porodica, 19-32 godine M=21,46, različite	FQOLS-2006	Svih devet domena FQOL su visoko ocenjenog značaja; mogućnosti su najniže za Finansijsko stanje i Podršku drugih osoba. Kao dodatni izdvajaju se faktori fizičkog i mentalnog zdravlja, finansijskih mogućnosti, izostanka uticaja vrednosti, interakcija sa zajednicom i izloženost diskriminaciji.
Rillotta, Kirby, Shearer, & Nettelbeck, 2012, Australija, transverzalno	Utvrditi FQOL porodica sa članom sa IO ili razvojnom ometenošću u okviru internacionalnog FQOL projekta.	42 porodice, 2-46 godine M=17,3, različite	FQOLS-2006	Zdravlje, Porodični odnosi i Finansijsko stanje su ocenjeni kao značajniji u poređenju sa Praktičnom i emocionalnom podrškom drugih osoba. Vrednosti i prioriteta su pripisani uжоj porodici; podržati jačanje veza unutar porodice pre nego spoljne načine i izvore podrške.
Clark, Brown, & Karpapaya, 2012, Malezija, transverzalno	Utvrditi FQOL porodica sa detetom sa ometenošću u okviru internacionalnog FQOL projekta.	52 porodice, 2-18 godina M=7,54, (SD=3,99), različite	FQOLS-2006 (Short Version)	Dominira relativno visoko percipiran značaj naspram srednje ocenjenih ostalih dimenzija u svim FQOL domenima; mogućnosti, inicijativa i postignuće su u jakoj korelaciji.

Ajuwon & Brown, 2012, Nigerija, transverzalno	Ispitati FQOL porodica sa detetom sa IO ili razvojnom ometenošću u okviru internacionalnog FQOL projekta.	80 porodica, M=12,3 (SD=7,85), različite	FQOLS-2006	Svih devet domena FQOL su visoko ocenjenog značaja. Porodični odnosi, Uticaj vrednosti i Zdravlje su izvori kvaliteta života; nasuprot tome, Podrška servisa, Podrška drugih i Slobodno vreme umanjuju FQOL.
Brown, Anand, Fung, Isaacs, & Baum, 2003, Kanada, transverzalno	Prikazati FQOL porodica sa članom sa IO različite etiologije u okviru internacionalnog FQOL projekta.	34 porodice, 10-38 godina M=21,74 (SD=8,22), IO	FQOLS-2006	Nisko ocenjena Podrška drugih osoba u dimenzijama postignuća, mogućnosti i inicijative; zadovoljstvo najniže kod Podrške serisa. Visoko ocenjeni domeni Duhovnih/kulturnih verovanja, Slobodnog vremena i Građanskog uključivanja. Najniži FQOL je u domenu Fizičkog / materijalnog blagostanja, najviši u Porodičnim interakcijama. Pozitivne korelacije podrške (emocionalne, informativne, nege, prijateljstva, materijalne) i FQOL. Emocionalna podrška kao najjači prediktor. Uvideti značaj emocionalne podrške i pružanja informacija i obezbediti sprovođenje intervencija usmerenih ka unapređivanju socioekonomskog i finansijsko-materijalnog statusa porodica.
Meral, Cavkaytar, Turnbull, & Wang, 2013, Turska, transverzalno	Ispitati povezanost FQOL porodica sa detetom sa IO ili autizmom i društvene podrške porodici i izdvojiti prediktore FQOL.	3009 porodica, 0-14 godina (7-14: 64,3%), IO i autizam	Beach FQOL Scale, Family Support Scale	Najniži FQOL u CP grupi je u domenu Emocionalnog blagostanja, najviši u Porodičnim interakcijama i Roditeljstvu. Potvrđene razlike u emocionalnom, fizičkom / materijalnom blagostanju i ukupnom FQOL ($p < 0,01$) upućuju na neophodnost usmeravanja servisne i resursne podrške u tom smeru.
Milićević, Krstić, & Jakovljević, 2014, Srbija, transverzalno	Istražiti FQOL porodica sa detetom sa CP kroz komparaciju sa FQOL porodica sa detetom tipičnog razvoja.	128 porodica, 7-18 godina, CP: M=13,38, (SD=3,44); TR: M=13,03, (SD=2,58)	Beach FQOL Scale	Najniži FQOL u CP grupi je u domenu Emocionalnog blagostanja, najviši u Porodičnim interakcijama i Roditeljstvu. Potvrđene razlike u emocionalnom, fizičkom / materijalnom blagostanju i ukupnom FQOL ($p < 0,01$) upućuju na neophodnost usmeravanja servisne i resursne podrške u tom smeru.

Napomena: FQOL – porodični kvalitet života; različite – različiti oblici, stanja i nivoi ometenosti; MPOC-56 – Measure of Processes of Care; IO – intelektualna ometenost različitog stepena; CP – cerebralna paraliza; TR – tipičan razvoj.

Diskusija

Malobrojna istraživanja bila su fokusirana na ispitivanje korelacija kvaliteta života porodica sa detetom sa ometenošću i izdvojenih ličnih, porodičnih ili sredinskih faktora, odnosno na utvrđivanje prediktora porodičnog kvaliteta života; u pitanju su studije koje se oslanjaju na teorijski model kvaliteta porodičnog života je predstavio *The Beach Center on Disability*. Sa druge strane, istraživanja sprovedena u okviru internacionalnog FQOLS-2006 projekta su uglavnom bila fokusirana na prikupljanje inicijalnih podataka, ispitivanje primenljivosti mernog instrumenta i prikaz trenutnog stanja. Generalno, dominiraju studije dizajnirane kao transverzalne bez komparacije sa populacijom porodica sa decom tipičnog razvoja.

Na osnovu prikazanih istraživanja moguće je uočiti nekoliko ličnih, porodičnih i sredinskih faktora koji su značajni za razumevanje porodičnog kvaliteta života. Kao faktori vezani za dete, odnosno faktori vezani za člana sa ometenošću, izdvajaju se problemi u ponašanju, prvenstveno intenzitet njihovog ispoljavanja (Davis & Gavidia-Payne, 2009) i stepen ometenosti (Wang et al., 2004). Međutim, nalaz o negativnoj korelaciji stepena ometenosti deteta i stepena u kom su roditelji iskazali svoje zadovoljstvo ostvarenim nivoom porodičnog kvaliteta života treba prihvatiti sa određenom rezervom. Razlog ovom ograničenju jeste činjenica da su većinu uzorka (66,8%) činila deca starosti do tri godine života, odnosno reč je o uzrastu deteta na kojem se roditelji najčešće suočavaju sa prvim razvojnim problemima i procesom uspostavljanja dijagnoze (Wang et al., 2004). Takođ, većina roditelja (84,3%) je opisala stepen ometenosti svog deteta kao laka do umerena (Davis & Gavidia-Payne, 2009) što dodatno može da limitira mogućnosti generalizacije rezultata.

Od faktora na nivou porodice, mogu se izdvojiti finansijsko stanje primarno izraženo visinom porodičnih prihoda, preovlađujući porodični odnosi, ali i zdravstveno stanje svih članova. Jedno od mogućih objašnjenja je da su porodicama sa višim prihodima dostupniji različiti resursi i da im oni omogućavaju lakše izlaženje na kraj sa problemima koji se javljaju u svakodnevnoj brizi o detetu sa ometenošću i da, konsekvntno, te porodice izražavaju veći stepen zadovoljstva porodičnim kvalitetom života. Ipak, ovaj faktor vezan za porodicu statistički gubi na značaju kada se u model uključe podrška članova šire porodice i podrška stručnjaka (Davis & Gavidia-Payne, 2009). Kada je reč o podršci, neophodno je uvideti da porodice najveći

značaj pridaju praktičnom aspektu pomoći, odnosno podršci koja dolazi od članova šire porodice i od prijatelja. Porodične interakcije i porodični odnosi su potvrđeni kao izvor i glavni potencijal za pospešivanje porodičnog kvaliteta života (Ajuwon & Brown, 2012; Clark et al., 2012; Čagran et al., 2011; Rillotta et al., 2012; Svraka et al., 2011). Stručna podrška u najvećoj meri ispoljava svoj uticaj na kvalitet porodičnog života kroz adekvatnost servisnih usluga i parterstvo sa porodicom. Sa druge strane, iz perspektive roditelja, reč je o partnerskom odnosu sa pružaocima usluga i obimu u kojem su usluge servisa opažene kao usmerene na porodicu.

Pregled literature o kvalitetu života porodica sa detetom sa ometenošću ima izvesna ograničenja koja su, najpre, u vezi sa ograničenjima prikazanih istraživanja, kao što su nereprezentativnost uzoraka, različite uzrasne strukture uzoraka, heterogenost oblika, stanja i nivoa ometenosti. Osim toga, direktna poređenja su limitirana i postojećim kulturološkim razlikama. Na kraju, odabrane su studije koje su se oslanjale na dva modela porodičnog kvaliteta života dominantna u ovoj oblasti istraživanja pri čemu su isključeni drugi potencijalni pristupi i konceptualizacije.

Zaključak

Sa namerom da se stekne teorijski uvid u kvalitet života porodica sa detetom sa ometenošću, u ovom radu je predstavljeno dvanaest istraživanja porodičnog kvaliteta života. Pregledom dostupne literature uočeno je da je porodični kvalitet života, kao multidimenzionalni konstrukt, uslovljen određenim brojem međusobno povezanih faktora. Varijabilnost ličnih i porodičnih faktora, kao i faktora koji dolaze iz društvenog i kulturološkog konteksta, pokreću pitanja o mogućnosti postavljanja dovoljno fleksibilnog modela porodičnog kvaliteta života. Pojedini autori predlažu da se rešenje postojeće situacije u kojoj dominira kvalitet porodičnog života kojim su roditelji zadovoljni u manjem stepenu nego roditelji dece tipičnog razvoja traži u saradnji roditelja i servisnih i resursnih centara. Tačnije, oni smatraju da je to pravac u kojem se može stvoriti bolje okruženje za decu i mlade sa ometenošću (Chan, Lau, Fong, Poon, & Lam, 2005). Roditelji bi mogli da imaju značajnu ulogu upravo u ovom domenu. Iz tih razloga, u budućim istraživanjima je neophodno dodatno rasvetliti ulogu i mesto koje zdravstveni i rehabilitacioni servisi imaju u procesu poboljšavanja, odnosno pospešivanja sveukupnog porodičnog kvaliteta života porodica sa detetom sa ometenošću.

Rezultati ovog istraživanja ukazuju da je u odabiru i planiranju intervencija neophodno promovisati okruženje koje pruža podršku i poboljšava kvalitet života cele porodice. Drugim rečima, u pristupu prema osobama sa ometenošću, ne smeju se izgubiti iz vida mogućnosti koje pruže tretman usmeren na porodicu i njegov višestruk i dalekosežan značaj. Kako bi se promovisao opšti kvalitet života porodice kao celine, potrebno je da se cela porodica obuhvati i uključi u planiranje nege, rehabilitacije i obrazovanja člana sa ometenošću. Međutim, postavlja se pitanje da li su nabrojani faktori dovoljni da objasne kvalitet života porodica sa decom sa ometenošću, kao i da li je moguće izdvojiti dodatne faktore distiktivne upravo za pojedine populacije. U skladu sa prethodnim navodima, smatramo da je to pravac u kome treba ići u budućim istraživanjima.

Literatura

- Ajuwon, P. M., & Brown, I. (2012). Family quality of life in Nigeria. *Journal of Intellectual Disability Research*, 56(1), 61-70. doi: 10.1111/j.1365-2788.2011.01487.x
- Araújo de Melo, E. L., Badia Corbella, M., Begoña Orgaz Baz, M., Verdugo Alonso, M. Á., Arias Martínez, B., Gómez-Vela, M., ... & Ullán, A. M. (2012). Quality of life in children and adolescents with cerebral palsy. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 25(4), 426-434.
- Axelsson, A. K., Granlund, M., & Wilder, J. (2013). Engagement in family activities: a quantitative, comparative study of children with profound intellectual and multiple disabilities and children with typical development. *Child: Care, Health and Development*, 39(4), 523-534. doi:10.1111/cch.12044
- Balton, S. (2009). *Family-based activity settings of typically developing three-to-five-year old children in a low-income African context (Doctoral dissertation)*. University of Pretoria, Pretoria.
- Bjornson, K.F., & McLaughlin, J.F. (2001). The measurement of health-related quality of life (HRQL) in children with cerebral palsy. *European Journal of Neurology*, 8(s5), 183-193. doi: 10.1046/j.1468-1331.2001.00051.x
- Brown, I., Anand, S., Fung, W. A., Isaacs, B., & Baum, N. (2003). Family quality of life: Canadian results from an international study. *Journal*

- of *Developmental and Physical Disabilities*, 15(3), 207-230. doi: 10.1023/A:1024931022773
- Brown, I., Brown, R. I., Baum, N. T., Isaacs, B. J., Myerscough, T., Neikrug, S., Roth, D., Shearer, J., & Wang, M. (2006). *Family Quality of Life Survey: Main caregivers of people with intellectual or developmental disabilities*. Toronto, ON, Canada: Surrey Place Centre.
- Bruder, M. B. (2000). Family-Centered Early Intervention: Clarifying Our Values for the New Millennium. *Topics in Early Childhood Special Education*, 20(2), 105-115. doi: 0.1177/027112140002000206
- Calman, K. C. (1984). Quality of life in cancer patients – An hypothesis. *Journal of Medical Ethics*, 10(3), 124-127. doi:10.1136/jme.10.3.124
- Chan, H. S., Lau, P. H., Fong, K. H., Poon, D., & Lam, C. C. (2005). Neuroimpairment, activity limitation, and participation restriction among children with cerebral palsy in Hong Kong. *Hong Kong Medical Journal*, 11(5), 342-350.
- Clark, M., Brown, R., & Karrapaya, R. (2012). An initial look at the quality of life of Malaysian families that include children with disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 56(1), 45-60. doi: 10.1111/j.1365-2788.2011.01408.x
- Čagran, B., Schmidt, M., & Brown, I. (2011). Assessment of the quality of life in families with children who have intellectual and developmental disabilities in Slovenia. *Journal of Intellectual Disability Research*, 55(12), 1164-1175. doi: 10.1111/j.1365-2788.2011.01400.x
- Davis, K., & Gavidia-Payne, S. (2009). The impact of child, family, and professional support characteristics on the quality of life in families of young children with disabilities. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 34(2), 153-162. doi: 10.1080/13668250902874608
- Gojčeta, M., Joković-Oreb, I., & Pinjatela, R. (2008). Neki aspekti kvalitete života adolescenata sa i bez cerebralne paralize. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 44(1), 39-47.
- Hanson, M. J., & Lynch, E. W. (2004). *Understanding Families: Supportive Approaches to Diversity, Disability, and Risk (Second Edition)*. Baltimore: Paul H Brookes Publishing Co. Preuzeto 31.3.2015, sa <http://archive.brookespublishing.com/documents/understanding-families.pdf>
- Hoffman, L., Marquis, J., Poston, D., Summers, J. A., & Turnbull, A. (2006). Assessing family outcomes: Psychometric evaluation of the Beach

- Center Family Quality of Life Scale. *Journal of Marriage and Family*, 68(4), 1069-1083. doi: 10.1111/j.1741-3737.2006.00314.x
- Jovanović, M. (2011). Invalidnost i kvalitet života. *Socijalna misao*, 18(2), 151-160.
- King, S., Rosenbaum, P., & King, G. (1995). *The Measure of Processes of Care: A means to assess family-centred behaviours of health care providers*. Hamilton, ON: McMaster University, Neurodevelopmental Clinical Research Unit.
- Majnemer, A., Shevell, M., Rosenbaum, P., Law, M., & Poulin, C. (2007). Determinants of life quality in school-age children with cerebral palsy. *The Journal of Pediatrics*, 151(5), 470-475. doi: 10.1016/j.jpeds.2007.04.014
- Meral, B. F., Cavkaytar, A., Turnbull, A. P., & Wang, M. (2013). Family quality of life of Turkish families who have children with intellectual disabilities and autism. *Research and Practice for Persons with Severe Disabilities*, 38(4), 233-246. doi: 10.1177/154079691303800403
- Milićević, M., Krstić, D., & Jakovljević, D. (2014). Porodični kvalitet života dece i adolescenata sa cerebralnom paralizom. U S. Potić (Ur.), *Zbornik rezimea III stručno-naučnog skupa sa međunarodnim učesćem „Aktuelnosti u edukaciji i rehabilitaciji osoba sa smetnjama u razvoju“* (str. 23-24). Beograd: Resursni centar za specijalnu edukaciju.
- Park, J., Hoffman, L., Marquis, J., Turnbull, A. P., Poston, D., Mannan, H., ... & Nelson, L. L. (2003). Toward assessing family outcomes of service delivery: Validation of a family quality of life survey. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47(4-5), 367-384. doi: 10.1046/j.1365-2788.2003.00497.x
- Poston, D., Turnbull, A., Park, J., Mannan, H., Marquis, J., & Wang, M. (2003). Family quality of life: A qualitative inquiry. *Journal Information*, 41(5), 313-328. doi: 10.1352/0047-6765(2003)41<313:FQOLAQ>2.0.CO;2
- Rillotta, F., Kirby, N., Shearer, J., & Nettelbeck, T. (2012). Family quality of life of Australian families with a member with an intellectual/developmental disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 56(1), 71-86. doi: 10.1111/j.1365-2788.2011.01462.x
- Smith-Bird, E., & Turnbull, A. P. (2005). Linking positive behavior support to family quality-of-life outcomes. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 7(3), 174-180. doi: 10.1177/10983007050070030601

- Summers, J. A., Marquis, J., Mannan, H., Turnbull, A. P., Fleming, K., Poston, D. J., ... & Kupzyk, K. (2007). Relationship of perceived adequacy of services, family-professional partnerships, and family quality of life in early childhood service programmes. *International Journal of Disability, Development and Education*, 54(3), 319-338. doi: 10.1080/10349120701488848
- Summers, J. A., Poston, D. J., Turnbull, A. P., Marquis, J., Hoffman, L., Mannan, H., & Wang, M. (2005). Conceptualizing and measuring family quality of life. *Journal of intellectual disability research*, 49(10), 777-783. doi: 10.1111/j.1365-2788.2005.00751.x
- Svraka, E., Loga, S., & Brown, I. (2011). Family quality of life: adult school children with intellectual disabilities in Bosnia and Herzegovina. *Journal of Intellectual Disability Research*, 55(12), 1115-1122. doi: 10.1111/j.1365-2788.2011.01434.x
- Wang, M., Turnbull, A. P., Summers, J. A., Little, T. D., Poston, D. J., Mannan, H., & Turnbull, R. (2004). Severity of disability and income as predictors of parents' satisfaction with their family quality of life during early childhood years. *Research and Practice for Persons with Severe Disabilities*, 29(2), 82-94. doi: 10.2511/rpsd.29.2.82
- Waters, E., Maher, E., Salmon, L., Reddihough, D., & Boyd, R. (2005). Development of a condition-specific measure of quality of life for children with cerebral palsy: Empirical thematic data reported by parents and children. *Child: Care, Health and Development*, 31(2), 127-135. doi: 10.1111/j.1365-2214.2004.00476.x
- Žegarac, N., Džamonja Ignjatović, T., & Milanović, M. (2014). *Kada nam nedelja dolazi sredom: usluge za decu sa smetnjama u razvoju i njigove porodice*. Beograd: Fakultet političkih nauka: Centar za istraživanja u socijalnoj politici i socijalnom radu.

QUALITY OF LIFE OF FAMILIES WITH A CHILD WITH DISABILITY

Milena Milićević

*Institute of Criminological and Sociological Research, Belgrade, Serbia***Abstract**

In this paper, the contemporary literature focused on quality of life of families with a child with disability was analyzed. The main research questions were: what theoretical models of family quality of life are represented in the literature, which are the key factors and dominant predictors of quality of life of families with a child with disabilities and which possibilities for enhancing and improving of the quality of life of these families are presented. Systematization of the knowledge in this field was carried by the available literature review and the analysis of results presented in allocated studies. As a result of comprehensive search, a total of twelve studies published in the current and previous decade was presented. These studies provided answers to the research questions with their results. As the basic factors of quality of life of families with a child with disability were allocated: level of disability of child and intensity of behavioral problems manifestations, financial situation of the family, family relations, health status of all members, practical help from extended family members and friends, followed by the adequacy of services and their partnerships with family. The quality of family life exceeds the needs of a member with disabilities, and sums up the needs of all family members, as well as the strengths of the family functioning. In addition, family quality of life requires a partnership between families and professionals in setting of priorities and achieving their common goals. It is necessary to promote an environment that supports and enhances the quality of life of the whole family when selecting and planning family-centered professional support.

Keywords: family, family quality of life, a family member with a disability