

Zbornik radova sa međunarodne konferencije:

Aktuelnosti u logopediji, okupacionoj terapiji i
socijalnom radu:

Između tradicije i tranzicije



Zbornik radova sa međunarodne konferencije:
Aktuelnosti u logopediji, okupacionoj terapiji i
socijalnom radu:

Između tradicije i tranzicije

Beograd, 2020.

Izdavač:
Visoka škola socijalnog rada, Beograd, Srbija

Za izdavača:
Prof. dr Vladimir Ilić

Glavni urednik:
Prof. dr Vladimir Ilić

Recenzenti
Akademik prof. dr Nenad Arsović, Akademija medicinskih nauka Srpskog
lekarskog društva, Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu, Srbija
Prof. dr Ljudmila Vladimirovna Tarabakina, Fakultet za Pedagogiju i psihologiju,
Moskovski državni Pedagoški Univerzitet, Moskva, Ruska federacija
Dr Živojin Đurić, direktor Instituta za političke studije

Urednici zbornika:
Prof. dr Milorad Đurić
Doc. dr Vesna Dukanac

Tehnički urednik:
Petar Matić

Sekretar redakcije:
Doc. dr Jelena Živković

Štampa:
Štamparija Topalović, Valjevo, Srbija

Tiraž:
300

ISBN

Beograd, 2020.

Redakcijski odbor

Inostrani članovi:

Prof. PhD Galit Ben, The School of Society and Government, Israel
Prof. PhD Marko Vidak, Université de Bretagne Occidentale, Paris area, France
Prof. PhD Berrine Baydik, University Ankara, Turkey
Dr Lea Šuc; PhD, MSc OT, University Rehabilitation Institute, Republic of Slovenia
Prof. dr Mladen Hedjever, Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet,
Sveučilište u Zagrebu, Hrvatska
Prof. dr Zoran Zoričić, Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet, Sveučilište u Zagrebu,
Hrvatska, direktor Zavoda za alkoholizam i druge ovisnosti Republike Hrvatske
Prof. dr Sanja Balalić, Senior Lecturer, Hanze University for
Applied Sciences Groningen, The Netherlands
Prof. dr Suada Buljubašić, Fakultet političkih nauka Univerziteta u Sarajevu,
Bosna i Hercegovina
Prof. dr Uglješa Janković, Fakultet političkih nauka Univerzitet Crne Gore
Prof. dr sc Harun Hodžić, Medicinski fakultet, Univerzitet u Zenici,
Bosna i Hercegovina
Doc. dr Katarina Pavičić Dokoza, Hrvatski studij, odsek za psihologiju,
Sveučilište u Zagrebu, Hrvatska
Doc. dr sc Adnan Mujezinović, Medicinski fakultet, Univerzitet u Zenici,
Bosna i Hercegovina
Doc. dr Jusuf Niković, Farmaceutsko-zdravstveni fakultet,
Internacionalni Univerzitet u Travniku, Bosna i Hercegovina

Domaći članovi:

Prof. dr Vladimir Ilić, direktor Visoke škole socijalnog rada, Beograd
Akademik prof. dr Jovan Bukelić (Akademija medicinskih nauka Srpskog
lekarskog društva i Kraljevska srpska akademija nauka i umetnosti), Srbija
Prof. dr Jasna Veljković, Fakultet političkih nauka, Univerzitet u Beogradu, Srbija
Prof. dr Saša Dubljanin, Filozofski fakulteta, Univerzitet u Beogradu, Srbija
Prof. dr Petar Nastasić, Visoka škola socijalnog rada u Beogradu, Srbija
Prof. dr Ljiljana Manić, Visoka škola socijalnog rada u Beogradu, Srbija
Prof. dr Milisav Čutović, Visoka škola socijalnog rada u Beogradu, Srbija
Prof. dr Milica Bošković, Visoka škola socijalnog rada u Beogradu, Srbija

Prof. dr Tatjana Milivojević, Visoka škola socijalnog rada u Beogradu, Srbija
Prof. dr Milorad Đurić, Visoka škola socijalnog rada u Beogradu, Srbija
Doc. dr Vesna Dukanac, Visoka škola socijalnog rada u Beogradu, Srbija
Doc. dr Sanja Đurđević, pomoćnica direktora Visoke škole socijalnog rada
Doc. dr Neda Milošević, Visoka škola socijalnog rada u Beogradu, Srbija
Doc. dr Dragan Čauševac, Visoka škola socijalnog rada u Beogradu, Srbija
Doc. dr Milenko Čurović, Visoka škola socijalnog rada u Beogradu, Srbija
Doc. dr Nataša Ljubomirović, Visoka škola socijalnog rada u Beogradu, Srbija
Doc. dr Ivana Milosavljević Đukić, Visoka škola socijalnog rada u Beogradu, Srbija
Doc. dr Ivana Ristić, Visoka škola socijalnog rada u Beogradu, Srbija
Doc. dr Veselin Medenica, Visoka škola socijalnog rada u Beogradu, Srbija
Doc. dr Saša Stepanović, Visoka škola socijalnog rada u Beogradu, Srbija
Doc. dr Ana Grbić, Visoka škola socijalnog rada u Beogradu, Srbija
Doc. dr Mile Draganović, Visoka škola socijalnog rada u Beogradu, Srbija
Doc. dr Emina Borjanić Bolić, Visoka škola socijalnog rada u Beogradu, Srbija
Doc. dr Aleksandra Pavić Panić, Visoka škola socijalnog rada u Beogradu, Srbija

Recenzenti radova:

Prof. dr Jasna Veljković, Fakultet političkih nauka, Univerzitet u Beogradu, Srbija
Prof. dr Petar Nastasić, Visoka škola socijalnog rada u Beogradu, Srbija
Prof. dr Ljiljana Manić, Visoka škola socijalnog rada u Beogradu, Srbija
Prof. dr Tatjana Milivojević, Visoka škola socijalnog rada u Beogradu, Srbija
Prof. dr Milorad Đurić, Visoka škola socijalnog rada u Beogradu, Srbija
Doc. dr Sanja Đurđević, Visoka škola socijalnog rada, Beograd
Doc. dr Vesna Dukanac, Visoka škola socijalnog rada u Beogradu, Srbija
Doc. dr Neda Milošević, Visoka škola socijalnog rada u Beogradu, Srbija
Doc. dr Dragan Čauševac, Visoka škola socijalnog rada u Beogradu, Srbija
Doc. dr Nataša Ljubomirović, Visoka škola socijalnog rada u Beogradu, Srbija
Doc. dr Ivana Milosavljević Đukić, Visoka škola socijalnog rada u Beogradu, Srbija
Doc. dr Ivana Ristić, Visoka škola socijalnog rada u Beogradu, Srbija
Doc. dr Veselin Medenica, Visoka škola socijalnog rada u Beogradu, Srbija
Doc. dr Saša Stepanović, Visoka škola socijalnog rada u Beogradu, Srbija
Doc. dr Ana Grbić, Visoka škola socijalnog rada u Beogradu, Srbija

SADRŽAJ

09 PREDGOVOR

13 *NEDA MILOŠEVIĆ, IVANA DAVINIĆ*
POREMEĆAJ SLUŠNOG PROCESIRANJA
AUDITORY PROCESSING DISORDER

25 *SVETLANA MIJATOVIĆ, IVANA RISTIĆ*
ZNAKOVNI JEZIK - RAZVOJ I KARAKTERISTIKE
SIGN LANGUAGE - DEVELOPMENT AND CHARACTERISTICS

41 *MILA BUNIJEVAC*
REHABILITACIONI TRETMAN PACIJENATA SA DISFONIJOM
REHABILITATION TREATMENT OF PATIENTS WITH DYSPHONIA

49 *MIRNA ZELIĆ*
ULOGA SISTEMSKE PORODIČNE PSIHOTERAPIJE U REHABILITACIJI
AFAZIJA
*THE ROLE OF SYSTEMIC FAMILY PSYCHOTHERAPY IN REHABILITATION
OF APHASIA*

55 *SVETLANA TORBICA MARINKOVIĆ*
PRIMENA VOCASTIM MASTER APARATA U REHABILITACIJI GOVORA I
GLASA
*THE APPLICATION OF VOCASTIM DEVICE IN SPEECH AND VOICE
REHABILITATION*

63 *NATAŠA LJUBOMIROVIĆ*
ODGOVOR ZDRAVSTVENOG SISTEMA U SRBIJI NA POTREBE DECE I
ADOLESCENATA
*RESPOND OF HEALTH CARE SYSTEM IN SERBIA TO THE NEEDS OF
CHILDREN AND ADOLESCENT*

- 73 ANKICA SIMONA KOVAČEVIĆ
PROCENA POTREBA ZA PRUŽANJEM DODATNE PODRŠKE DETETU SA
SMETNJAMA U RAZVOJU U PRAKSI SOCIJALNOG RADA
*ASSESSMENT OF THE NEED FOR PROVIDING ADDITIONAL SUPPORT TO
A CHILD WITH DEVELOPMENTAL DISABILITIES IN THE PRACTICE OF
SOCIAL WORK*
- 83 MIROSLAVA KARADŽIĆ
MEĐUNARODNO USVOJENJE – TIHA MIGRACIJA
INTERNATIONAL ADOPTION - SILENT MIGRATION
- 97 NENAD STEVANOVIĆ
SENSITIVITY TRAINING KAO DOPUNA INDIVIDUALNOM SAVETOVANJU
U DNEVNOM CENTRU I KLUBU ZA STARIJE
*SENSITIVITY TRAINING AS A COMPLEMENT TO INDIVIDUAL
COUNSELING WORK AT A DAY CARE CENTER AND CLUB FOR ELDERLY*
- 111 LJILJANA SARAJLIĆ GRKOVIĆ
SPROVOĐENJE OKUPACIONO-RADNE TERAPIJE U ZATVORSKIM
USLOVIMA
CONDUCTING OCCUPATIONAL THERAPY IN PRISON CONDITIONS
- 123 MIROSLAVA BAGAVAC
ODGOVOR INSTITUCIJA U ZAŠTITI MALOLETNIH MIGRANATA BEZ
PRATNJE - CENTAR ZA SOCIJALNI RAD GRADA SUBOTICE
*RESPONSE OF INSTITUTIONS IN THE PROTECTION OF UNACCOMPANIED
MINOR MIGRANTS - CENTER FOR SOCIAL WORK OF THE CITY OF
SUBOTICA (from practice to practice)*
- 133 MIKICA BUDIMIROVIĆ, BOŽANA JEREMIĆ, JELENA VULIN, IVANA
SIMIĆ, MARINA GILIĆ-DRLJAČA
IZAZOVI, POTEŠKOĆE I MOGUĆNOSTI RADNO-OKUPACIONE TERAPIJE
U USTANOVI „DOM ZA ODRASLA INVALIDNA LICA“
*CHALLENGES, DIFFICULTIES AND POSSIBILITIES OF OCCUPATIONAL
THERAPY IN THE INSTITUTION “HOME FOR ADULTS WITH DISABILITIES”*
- 147 MILICA JAČEVSKI, BOJANA BABIĆ-POPOVIĆ, SLOBODANKA LEČIĆ
PREDAH - USLUGA PODRŠKE KORISNICIMA I PORODICAMA
BREAK - CUSTOMER AND FAMILY SUPPORT SERVICE

PREDGOVOR

Međunarodna naučna konferencija *Aktuelnosti u logopediji, okupacionoj terapiji i socijalnom radu 2019: Između tradicije i tranzicije* (Beograd, 28. i 29. novembar 2019. godine), organizovana je sa ciljem da se, kroz kritički i multidisciplinarni pristup, tematizuju oni problemi u tzv. pomagačkim profesijama koji su generisani značajnim promenama koje su se dogodile krajem dvadesetog i početkom dvadeset i prvog veka.

Ove promene, nastale pod uticajem eksplozivnog tehnološkog razvoja sredstava za komunikaciju, obuhvatile su ne samo svetsko društvo već su u velikoj meri uticale i na naša individualna životna iskustva, determinišući osećaj da živimo u posebnoj epohi i formirajući na taj način rascep dve celine koje ćemo, uslovno, označiti kao tradiciju i tranziciju.

Pri tome, pod tradicijom ćemo podrazumevati sklop koji se stabilizovao u drugoj polovini dvadesetog veka i koji je određen dominantnom ulogom države u sprovođenju ne samo socijalne politike, već i ostalih pomagačkih profesija. S druge strane, pod tranzicijom ćemo smatrati fluidno stanje u kojem se odvija progresivno slabljenje gustih društvenih mreža uz istovremeni uspon radikalnog individualizma. U tranziciji, uslovi delanja menjaju brže nego što je potrebno da se oni rutinizuju i sistematizuju. U takvim okolnostima, oslanjanje na proverena iskustva iz prošlosti nema veliku praktičnu vrednost. Samim tim, logično je i da u tranziciji više dominiraju pitanja, a manje odgovori...

U radovima koji slede, autori tematizuju probleme iz teorije i prakse različitih disciplina - logopedije, okupacione terapije i socijalnog rada. Ipak, ono što im je zajedničko jeste intencija da se pruže aktuelni uvidi u karakteristike izazova sa kojima se danas suočavamo u ovim disciplinama.

U uverenju da su u toj nameri uspele, želeli bismo da se u ime Visoke škole socijalnog rada zahvalimo svim učesnicima konferencija, kao i svim autorima radova koje u ovom zborniku objavljujemo. Pored toga, posebnu zahvalnost izražavamo Komori socijalne zaštite kao koorganizatoru konferencije.

REDAKCIJSKI ODBOR



Neda Milošević¹

Visoka škola socijalnog rada, Beograd

Ivana Davinić

Broward County Public Schools, Florida, United States of America

Pregledni rad

POREMEĆAJ SLUŠNOG PROCESIRANJA

Apstrakt: Poremećaj slušnog procesiranja – PSP (eng. Auditory Processing Disorder - APD or Central Auditory Processing Disorder - CAPD) definiše se kao specifičan deficit u obradi slušnih informacija duž centralnog slušnog nervnog sistema, uključujući neuronsku povezanost odozdo prema gore i odozgo prema dole. PSP podrazumeva specifične smetnje u percepciji govornih glasova koje duboko utiču na sam proces razumevanja, kod dece i odraslih urednog sluha. PSP pogađa osobe koje nemaju oštećenje sluha, zapravo, osobe koje imaju tipičnu slušno osjetljivost ali imaju teškoće u auditivnoj obradi. Iako PSP danas izaziva veliko interesovanje naučne i stručne javnosti širom sveta, jasni dijagnostički instrumenti još uvek nisu utvrđeni, dok se postojeće dijagnostičke baterije testova selektivno koriste, iako za sada predstavljaju zlatni standard, a takođe problematično i izводе zaključci o PSP kod osoba koja imaju primarnu dijagnozu nekog drugog razvojnog poremećaja.

Ključne reči: poremećaj slušnog procesiranja, oštećenje sluha, dijagnostika, test PSP-1, standardizacija

Uvod

Slušanje je osnova ljudske komunikacije. Slušni proces obuhvata pretvaranje auditivnih signala u nervne impulse, potom tačan prenos zadatih impulsa u periferni auditivni sistem (kohleu i slušni nerv) i daljom obradom nervnih impulsa u centralnom nervnom sistemu.

Slušno procesiranje (auditivna obrada) je sposobnost koja nam omogućava da slušamo, razumemo i odgovaramo na informacije koje čujemo kroz svoje slušne kanale. Slušno procesiranje uključuje otkrivanje zvuka spoljašnjim uhom kao i prenos zvuka kroz slušne puteve do mozga². Poznato je da neke osobe imaju uredan sluh, ali ipak ne mogu da „čuju“ i razumeju govorne zvukove – posebno u

¹ neda.milosevic@asp.edu.rs

² Yalçinkaya, F., Muluk, N.B. and Şahin, S. (2009). Effects of listening ability on speaking, writing and reading skills of children who were suspected of auditory processing difficulty. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology, 73, 1137 - 1142.

buci³. Te osobe zapravo ne mogu da procesiraju date zvukove na odgovarajući način⁴. Slušanje se često posmatra kao aktivni deo pasivnog slušanja⁵, stoga je definisano da deca sa teškoćama slušanja (eng. listening difficulties) mogu imati problem sa mišljenjem, pažnjom ili čučenjem⁶.

Poremećaj slušnog procesiranja

Poremećaj slušnog procesiranja (PSP) (eng. Auditory Processing Disorder [APD] ili Central Auditory Processing Disorder [CAPD]) definiše se kao specifičan deficit u obradi slušnih informacija duž centralnog slušnog nervnog sistema, uključujući neuronsku povezanost odozdo prema gore i odozgo prema dole⁷. Prvenstveno se PSP definisao kao oštećena neuronska funkcija koju je karakterisalo loše prepoznavanje, diskriminacija, odvajanje, lokalizacija ili poredak negovornih zvukova, što ne proizilazi samo iz deficita pažnje, jezika ili drugih kognitivnih procesa. Potom se u definisanje uvodi pojam *centralni* poremećaj slušnog procesiranja koji se odnosi na teškoće u obradi slušne informacije u centralnom nervnom sistemu što se pokazuje slabim učinkom jedne ili više sledećih veština: lokalizacija i lateralizacija zvuka; slušna diskriminacija, prepoznavanje slušnog uzorka, vremenski aspekt zvuka, uključujući vremensku integraciju, vremensku diskriminaciju, vremenski poredak i privremena maskiranja, auditivne performanse u konkurentnim akustičkim signalima (dihotičko slušanje) kao i slušne performanse lošijih auditivnih signala⁸. Danas se u sklopu funkcionalnog deficita PSP podrazumevaju smetnje u:

- teškoćama razumavanja govornog jezika u buci ili u reverberantnim akustičkim okruženjima ili njihovom brzom prezentovanju;
- teškoćama lokalizacije auditivnog signala;

³ Sanja, L., Barun, M., Hedever, M., & Bonetti, A. (2012). Poremećaj slušnog procesiranja u djece. *Logopedija*, 3(1), 31-34.

⁴ Roeser, R.J., & Downs, M.P. (2004). A New Era for the Identification and Treatment of Children with Auditory Disorders. U: R.J. Roeser, M.P. Downs (Ur.), *Auditory Disorders in School Children: The Law, Identification, Remediation*, 4th Edition, New York: Thieme Medical Publishers, Inc., 1-9.

⁵ Keith, R. W., Tektas, M., Ramsay, K., & Delaney, S. (2019). Development and standardization of the University of Cincinnati Auditory Processing Inventory (UCAPI). *Int J Audiol*, 58(6), 373-378.

⁶ Moore, D. R., Hugdahl, K., Stewart, H. J., Vannest, J., Perdew, A. J., Sloat, N. T., ... & Hunter, L. L. (2019). Listening difficulties in children: Behavior and brain activation produced by dichotic listening of CV syllables. *bioRxiv*, 721209.

⁷ American Speech-Language-Hearing Association (ASHA). (2005). Central Auditory Processing Disorders. Available from: <https://www.asha.org/content.aspx?id=10737450473>; American Academy of Audiology (AAA). (2010). Diagnosis, treatment and management of children and adults with central auditory processing disorder. pp.1 - 53. <http://www.audiology.org/resources/documentlibrary/documents/CAPD%20Guidelines%208-2010.pdf>

⁸ Iliadou, V., Bamiou, D. E., Kaprinis, S., Kandylis, D., & Kaprinis, G. (2009). Auditory Processing Disorders in children suspected of Learning Disabilities—A need for screening?. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 73(7), 1029-1034.

- nerazumevanju poruke;
- nedosledno ili neprilagođeno reagovanje;
- često traženje da se poruka ponovi; teškoće u razumevanju intonativnih i prozodijskih znakova;
- teškoće razumevanja zvučno sličnih reči;
- teškoće u praćenju složenih auditivnih uputstava;
- teškoće „slušanja“ preko telefona;
- teškoće u učenju pesama, rime;
- loše muzičko i pevačko umeće;
- teškoće u učenju stranog jezika ili novih govornih materijala, posebno tehničkog jezika;
- teškoće slušanja i akademske teškoće (čitanja, spelovanja i ili problem učenja)⁹.

PSP podrazumeva specifične smetnje u percepciji govornih glasova koje duboko utiču na sam proces razumevanja, kod dece i odraslih urednog sluha. PSP pogađa osobe koje nemaju oštećenje sluha, zapravo, osobe koje imaju tipičnu slušno osetljivost ali imaju teškoće u auditivnoj obradi¹⁰. U Međunarodnoj klasifikaciji bolesti ICD – 10 označava se šifrom H93.25¹¹ prema kojoj PSP može biti razvojni ili stečen deficit auditivne obrade koji se može javiti kao posledica moždanih trauma, infekcija, moždanog udara i preterane izloženosti buci.

Kod poremećaja slušnog procesiranja karakteristično je da je slušna osetljivost merena audiometrijom čistog tona u većini slučajeva normalna. Stoga, smatra se da su deficiti neretko povezani sa makroskopskim strukturalnim moždanim lezijama koje se mogu detektovati u pedijatrijskoj populaciji. Takođe, postoje i predijatrijski slučajevi sa PSP sa ustanovljenim suptilnim strukturalnim abnormalnostima centralnog slušnog puta u prisustvu ili odsustvu razvojnih poremećaja¹².

Atipična slušna obrada može se odraziti i na abnormalne auditivne reakcije mozga (BERA) u određenom broju slučajeva, što ukazuje na nedostatke neuronske provodnosti iznad nivoa slušnog nerva¹³.

Prevalenca PSP kreće se od 2 – 7 % dece¹⁴, do 40% kod dece sa teškoćama

⁹ Musiek, F.E., & Chermak, G.D. (2014). *Handbook of Central Auditory Processing Disorder Volume 1: Auditory Neuroscience and Diagnosis*, 2nd ed. San Diego: Plural Publishing.

¹⁰ Iliadou, V. V., Ptok, M., Grech, H., Pedersen, E. R., Brechmann, A., Deggouj, N., ... & Veuillet, E. (2017). A European perspective on auditory processing disorder-current knowledge and future research focus. *Frontiers in neurology*, 8, 622.

¹¹ World Health Organization. (1993). The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research. Geneva: World Health Organization.

¹² Iliadou, V., Bamiou, D. E., Kaprinis, S., Kandylis, D., Vlaikidis, N., Apalla, K., ... & Kaprinis, G. S. (2008). Auditory processing disorder and brain pathology in a preterm child with learning disabilities. *Journal of the American Academy of Audiology*, 19(7), 557-563. doi:10.3766/jaaa.19.7.5

¹³ Iliadou, V. V., & Eleftheriadis, N. (2017). Auditory processing disorder as the sole manifestation of a cerebellopontine and internal auditory canal lesion. *Journal of the American Academy of Audiology*, 28(1), 91-101.

¹⁴ Bamiou, D. E., Musiek, F. E., & Luxon, L. M. (2001). Aetiology and clinical presentations of auditory processing disorders—a review. *Archives of disease in childhood*, 85(5), 361-365.

u učenju¹⁵, potom do 70% kod starijih osoba¹⁶. Kod 25% osoba sa disleksijom zabeležen je i PSP¹⁷. Smatra se da oko 3 – 5 % dece ima poremećaj slušnog procesiranja i on je obično povezan sa govorno-jezičkim teškoćama, teškoćama učenja, čitanja i pisanja. S obzirom na to da je kod ove dece sluh uredan, često se ove poteškoće pripisuju poremećaju pažnje, poremećajima u ponašanju, smanjenoj motivaciji ili nekim drugim poremećajima. Sve to znatno umanjuje šanse za uspešno savladavanje školskog programa, otežava razvoj i sposobnosti deteta, doprinoseći frustraciji roditeljima, učiteljima i samoj deci¹⁸.

Dve su hipoteze koje govore o prirodi nastanka PSP kod dece. Prema prvoj hipotezi, koja se posmatra više tradicionalnom, smatra se da je oštećenje centralno ([C] PSP (CAPD)), i da primarno rezultuje oštećenjem obrade auditivnog signala u centralnom auditivnom sistemu, definisan kao moždani put od slušnog nerva do auditornog korteksa¹⁹. Prema drugoj hipotezi, PSP nastaje kao posledica sinteze oštećenja u govoru/jeziku, pažnji ili drugim oštećenjima izvršnih funkcija u kortikalnom procesiranju auditivnih informacija izvan centralnog auditornog sistema²⁰. Stoga Mur i saradnici predlažu da generički naziv poremećaja slušnog procesiranja bude smetnje odnosno teškoće slušanja. Svoje stavove obrazlažu tezom da poslednjih četrdeset godina deca sa simptomima poremećaja slušnog procesiranja nisu adekvatno testirana te da se nisu nalazila pod opšte prihvaćenom dijagnozom²¹.

Na osnovu naučnih i stručnih težnji definisanja i određivanja poremećaja slušnog procesiranja Evropska studijska grupa²² pokrenula je inicijativu za uspostavljanjem dijagnostičkih instrumenta za simptome koji se ne mogu objasniti postojećim dijagnostičkim postupcima a koji su indikativni za PSP.

¹⁵ Iliadou, V., Bamiou, D. E., Kaprinis, S., Kandyli, D., & Kaprinis, G. (2009). Auditory Processing Disorders in children suspected of Learning Disabilities—A need for screening?. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 73(7), 1029-1034.

¹⁶ Golding, M., Carter, N., Mitchell, P., & Hood, L. J. (2004). Prevalence of central auditory processing (CAP) abnormality in an older Australian population: The Blue Mountains Hearing Study. *Journal of the American Academy of Audiology*, 15(9), 633-642.

¹⁷ Iliadou, V., Bamiou, D. E., Kaprinis, S., Kandyli, D., & Kaprinis, G. (2009). Auditory Processing Disorders in children suspected of Learning Disabilities—A need for screening?. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 73(7), 1029-1034.

¹⁸ Heđever, M., & Bonetti, A. (2010). Ispitivanje poremećaja slušnog procesiranja pomoću filtriranih riječi kod učenika nižih razreda osnovne škole. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 46(2), 50-60.

¹⁹ Rees, A., & Palmer, A. R. (2010). *The Auditory Brain*. Oxford: Oxford University Press.

²⁰ Moore, D. R., Hugdahl, K., Stewart, H. J., Vannest, J., Perdew, A. J., Sloat, N. T., ... & Hunter, L. L. (2019). Listening difficulties in children: Behavior and brain activation produced by dichotic listening of CV syllables. *bioRxiv*, 721209.

²¹ Moore, D. R., Sieswerda, S. L., Grainger, M. M., Bowling, A., Smith, N., Perdew, A., ... Hunter, L. L. (2018). Referral and diagnosis of developmental auditory processing disorder in a large, United States hospital-based audiology service. *J Am Acad Audiol*, 29(5), 364-377.

²² Iliadou, V. V., Ptok, M., Grech, H., Pedersen, E. R., Brechmann, A., Deggouj, N., ... & Veuillet, E. (2017). A European perspective on auditory processing disorder-current knowledge and future research focus. *Frontiers in neurology*, 8, 622.

U te simptome spadaju:

- ispoljavanje teškoća u razumevanju govora u složenim slušnim situacijama (govor u buci – pozadinski šum, kada je kvalitet govora degradiran);
- lako ometanje i teškoće da se ponove ili prizovu reči slične po zvuku;
- teškoće u lokalizaciji zvuka ili izdvajanju zvuka iz zvučne pozadine;
- hiperakuzija;
- traženje vizuelne/facijalne podršku u procesu razumevanja;
- neadekvatno reagovanje;
- disproporcionalni razvojni jezički problemi ili specifični poremećaj jezika otporan na procedure jezičke intervencije;

Kod dece se mogu ispoljiti sledeća karakteristična ponašanja²³:

- teškoće diskriminacije govornih zvukova (razumevanja govora u buci, kada govori više osoba itd.);
- lošije snalaženje u razgovoru u grupnim situacijama;
- teškoće zanemarivanja nevažnih slušnih podražaja;
- teškoće primanja i procesiranja više poruka istovremeno;
- sporost u odgovaranju na slušne informacije;
- teškoće praćenja dužih razgovora potom dužih ili složenih verbalnih uputstava;
- brže umaranje prilikom dužih ili kompleksnijih slušnih aktivnosti;
- česti upiti za ponavljanje informacija i uputstava (potrebno je višestruko ponavljanje za postizanje razumevanja);
- teškoće kratkoročnog i dugoročnog pamćenja u prisećanju verbalno prezentovanih informacija (npr. recitiranje abecede, brojeva telefona, dana u nedelji, učenja rime i pesama itd.);
- teškoće slušne diskriminacije;
- teškoće pamćenja i manipulisanja fonemima;
- teškoće lokalizacije zvuka²⁴.

Pored navedenih simptoma navedena Evropska grupa smatra da deca sa anamnezom hroničnih upala srednjeg uha ili rekurentnim infekcijama gornjeg respiratornog trakta treba da budu adekvatno procenjena u pogledu sposobnosti slušnog procesiranja, posebno ako postoje dokumentovana kašnjenja u razvoju govora i jezika, fonološki deficit ili poremećaj komunikacije. Ostala stanja kao što su autizam, poremećaj pažnje i hiperaktivnosti, teškoće u pisanju i čitanju (disleksija) takođe treba da podlegnu dijagnostičkoj proceni slušnog procesiranja,

²³ Keith, R. W. (2004). Auditory Processing Disorders. U: R. J. Roeser, M. P. Downs (ur.), *Auditory Disorders in School Children: The Law, Identification, Remediation*, 4th Edition, New York: Thieme Medical Publishers, Inc., 124-147.

²⁴ Sanja, L., Barun, M., Heđever, M., & Bonetti, A. (2012). Poremećaj slušnog procesiranja u djece. *Logopedija*, 3(1), 31-34.

posebno u slučajevima u kojima predložen tretmanski postupak ne daje očekivane i adekvatne rezultate. Pokretanje dijagnostičke procedure za PSP ne predviđa dijagnozu PSP s obzirom da deca sa bihevioralnim pokazateljima PSP pokazuju sposobnosti slušnog procesiranja u tipičnim granicama²⁵.

Dijagnostika poremećaja slušnog procesiranja

Iako PSP danas izaziva veliko interesovanje naučne i stručne javnosti širom sveta, jasni dijagnostički instrumenti još uvek nisu utvrđeni²⁶. Postojeće dijagnostičke baterije testova selektivno se koriste iako za sada predstavljaju zlatni standard. Takođe, problematično se izvode zaključci o PSP kod osoba koja imaju primarnu dijagnozu nekog drugog razvojnog poremećaja²⁷. Teškoće u dijagnostikovanju PSP proilaze iz heterogene prirode PSP ali i njegove česte udruženosti sa takođe izrazito heterogenim poremećajima poput specifičnim poremećajima jezika, specifičnim teškoćama učenja itd.

U dijagnostici PSP-a najčešće se govori o tri moguća pristupa minimalnoj bateriji testova koja obuhvata korišćenje bihevioralnih testova, elektrofizioloških i elektroakustičkih testova kao i „neuroimaging“ metode (CT i MR)²⁸. Bihevioralni (logopedski) testovi uključuju: testove auditivne diskriminacije, dihotičke testove, niskoredundantne monoauralne govorne testove, testove vremenskog procesiranja i sekvencioniranja i testove binauralne interakcije. Elektrofiziološki i elektroakustički testovi su najčešće timpanometrija, otoakustička emisija potom ispitivanje slušnih evociranih potencijala. Nasuprot bihevioralnim testovima, elektrofiziološkim i elektroakustičkim metodama – „neuroimaging“ metode pružaju bolju objektivnost. Nedostatak tih metoda jeste duže trajanje testiranja, skupoća i nedostupnost. Trenutno se dijagnoza PSP bazira na rezultatima bihevioralnih testova, uz dodatne informacije dobijene elektroakustičkim metodama i ređe elektrofiziološkim metodama. Dijagnoza PSP ne sme se postaviti na osnovu loših rezultata na jednom testu, već audiolog mora oceniti potvrđuje li celokupan profil zaista dijagnozu PSP²⁹.

²⁵ Iliadou, V. V., Ptok, M., Grech, H., Pedersen, E. R., Brechmann, A., Deggouj, N., ... & Veuillet, E. (2017). A European perspective on auditory processing disorder-current knowledge and future research focus. *Frontiers in neurology*, 8, 622.

²⁶ Milošević, N. (2019). Detection and treatment of children with auditory processing disorder in republic of Serbia. *Journal of Hearing Science*. Lisbon, Portugal. 9 (1)

²⁷ Iliadou, V. V., Ptok, M., Grech, H., Pedersen, E. R., Brechmann, A., Deggouj, N., ... & Veuillet, E. (2017). A European perspective on auditory processing disorder-current knowledge and future research focus. *Frontiers in neurology*, 8, 622.

²⁸ Jerger, J., & Musiek, F. (2000). Report of the consensus conference on the diagnosis of auditory processing. *Journal of the American Academy of Audiology*, 11(9), 467-474.; Sanja, L., Barun, M., Heđever, M., & Bonetti, A. (2012). Poremećaj slušnog procesiranja u djece. *Logopedija*, 3(1), 31-34.

²⁹ Sanja, L., Barun, M., Heđever, M., & Bonetti, A. (2012). Poremećaj slušnog procesiranja u djece. *Logopedija*, 3(1), 31-34.

Dijagnozom PSP često se pokrivaju i oštećenja kakva se sreću u skrivenim gubitcima sluha (eng. hidden hearing loss) i slušni neuropatski spektar poremećaja (eng. Auditory Neuropathy Spectrum Disorders) kod mnogih stručnjaka širom sveta. Ovi različiti entiteti diferenciraju se na osnovu opisa poremećaja. Termin „skriveni gubitak sluha“ obuhvata poremećaje sluha koji se tiču narušene govorne inteligibilnosti u buci, reverberacije, brzine, ograničene artikulacije a koje nastaju zbog patologije između oštećenih ćelija dlačica i slušnih nervnih vlakana pri ulasku u mozak. Takođe, slučajevi progresivne slušne neuropatije u početku se mogu manifestovati deficitom u slučnoj percepciji i procesiranju pre razvoja bolesti i na taj način afektirati čistu tonalnu osetljivost³⁰.

Američka asocijacija logopeda definisala je da dijagnozu PSP mogu dati audiolozi ali da logopedi neophodno učestvuju u proceni PSP. Uloga logopeda je detektovanje komunikativnih (govorno-jezičkih) smetnji koje mogu biti povezane sa PSP kao i pružanje intervencije u slučajevima poremećaja³¹.

Test PSP-1

Test – PSP-1 (Poremećaj slušnog procesiranja - 1) autora Prof.dr Mladena Hedjevera namenjen je za ispitivanje i otkrivanje poremećaja slušnog procesiranja (PSP) i standardizovan je za uzrast od 5,5 do 11,5 godina. Predviđeno trajanje testiranja iznosi 30 minuta. Test se sastoji od četiri subtesta: Test filtriranog govora, Test govora u buci, Dihotički test reči i Dihotički test rečenica.

Test – PSP-1 za sada je prvi i jedini test za hrvatsko govorno područje koji omogućava otkrivanje i dijagnostikovanje poremećaja slušnog procesiranja. Namenjen je logopedima i audio-rehabilitatorima³². U prva tri testa korišćene su samo jednosložne reči koje su poznate dečijem uzrastu (predškolskom i osnovnoškolskom) a identične su u različitim jezicima (hrvatski, srpski, bošnjački i crnogorski). Upravo ovaj izbor reči i rečenica napravljen je s ciljem da se ovaj test može primeniti i evaluirati kod dece kojima je maternji jezik jedan od navedenih.

Ova grupa testova zasniva na jednostavnom ponavljanju zadatih stimulusa (reči ili rečenica) a od ispitanika se ne traži semantičko razumevanje zadataka niti njihovo fonetsko/fonološko razlikovanje. Od deteta se ne traži prepoznavanje reči ili njegovog značenja niti sposobnost zaključivanja da li je nešto što je rečeno bilo isto ili različito. Stoga se za ove testove može reći da oni ispituju primarnu percepciju i slušno procesiranje na „pre-kognitivnom“ nivou.

³⁰ Iliadou, V. V., Ptok, M., Grech, H., Pedersen, E. R., Brechmann, A., Deggouj, N., ... & Veuillet, E. (2017). A European perspective on auditory processing disorder-current knowledge and future research focus. *Frontiers in neurology*, 8, 622.

³¹ American Speech-Language-Hearing Association (ASHA). (2005). Central Auditory Processing Disorders. Available from: <https://www.asha.org/content.aspx?id=10737450473>

³² Heđever, M. (2011). *Baterija testova za ispitivanje poremećaja slušnog procesiranja PSP1*. Priručnik: Test - PSP1. Tara centar, Zagreb.

Test filtriranih reči namenjen je proceni sposobnosti prepoznavanja reči smanjenog inteligibiliteta, odnosno sposobnosti razumevanja distorzovanog govora. Ispitivanje se sprovodi tako što se ispitaniku monoauralno prezentuje serija filtriranih reči (niskopropusni filter sa graničnom frekvencijom na 1 kHz i strmi- nom gušenja od 32 dB/okt.). Test se sprovodi za svako uvo posebno te se sastoji od dve liste koje sadrže 17 fonološki i frekvencijski ujednačenih reči za oba uva. Ova vrsta testa smatra se jednom od najstarijih metoda za ispitivanje slušnog procesi- ranja.

Test govora u buci ispituje sposobnost deteta da prepozna reči i govor u otežanim uslovima slušanja stoga se kao stimulus koriste reči predstavljene uz pozadinski šum, odnosno ljudski žamor velike grupe ljudi. Takođe se prezentuje monoauralno te se sastoji od dve liste koje sadrže 14 fonološki i frekvencijski ujed- načenih reči. Slabiji rezultati postignuti na ovom testu mogu ukazivati na sporije sazrevanje auditornog sistema ali i na druge ne-auditorne teškoće. Deca s ovim teškoćama teže razumeju govor u bučnom okruženju i u prostorijama s pojačanim odjekom (reverberacijom) a to je upravo vrlo česta pojava u školskim učionicama.

Dihotički test reči služi za procenu funkcija neuroloških veza auditivnog sistema, odnosno njime se može proceniti nivo maturacije, dominantnost uva te može uputiti na oštećenje slušnih puteva u središnjem nervnom sistemu. Oštećena interakcija između dva uha detektovana je kao važna komponenta PSP. Ovakva vi- đenja bazirana su pretežno na studijama dihotičkog slušanja – prezentovan stimu- lus različitih akustičkih signala na oba uha³³. Test se sprovodi na način da se bina- uralno prezentuju dve različite reči u isto vreme. Od ispitanika se traži da ponovi reč koju je čuo u jednom uvu, a zatim reč koju je čuo u drugom uvu. U drugom delu testa traži se od ispitanika da zameni redosled davanja odgovora (sada mora prvo ponoviti reč iz levog pa zatim iz desnog uha). Test se sastoji od 15 parova reči za svako uvo koji su izjednačeni po vremenskom trajanju i početku reprodukcije. Slabiji rezultati na ovom testu mogu ukazivati na zakasneli razvoj i maturaciju centralnog nervnog sistema, neurološke smetnje pa čak i oštećenja slušnih puteva u centralnom nervnom sistemu. Abnormalni rezultati na ovom testu ukazuju na široki raspon poteškoća poput poremećaja slušnog procesiranja, jezičkih teškoća, teškoća u učenju i disleksije.

Dihotički test rečenica ispituje sposobnost usmeravanja slušne pažnje na jedno uvo uz istovremeno ignorisanje slušnog podražaja na drugom uhu. Ispiti- vanje se sprovodi na način da se prezentuju binauralno dve različite rečenice te se od ispitanika traži da ponovi samo jednu rečenicu koju je čuo u zadatom uvu. Test se sastoji od 10 parova rečenica za svako uvo koji su izjednačeni po vremenskom trajanju i početku reprodukcije³⁴.

³³ Keith, R. W. (2009). SCAN–3:C Tests for Auditory Processing Disorders for Children: Pearson

³⁴ Hedeveer, M. (2011). *Baterija testova za ispitivanje poremećaja slušnog procesiranja PSP1*. Priručnik: Test - PSP1. Tara centar, Zagreb.

Zaključak

U Republici Srbiji u toku je prevod i standardizacija PSP-1. Nadamo se da će uvođenje adekvatnih mernih instrumenata i adekvatno dijagnostikovanje PSP zainteresovati i audiologe te da će se formirati multidisciplinarni tim u detekciji poremećaja slušnog procesiranja. Dodatno, važno je normirati i terapijske proto- kole.

Sama slušna percepcija je razvojni fenomen – dete se rađa sa „gotovim“ organom za sluh ali ne i sa iskustvom poznavanjem zvukova odnosno glasova ma- ternjeg jezika. Spontanom razvojem tipično dete naučiće da prepozna sitne i fine razlike između glasova te će ih u razvojnem periodu samostalno savladati; dete sa smetnjama obično je izloženo pojačanoj stimulaciji ali će ih teško bez dodatne logopedске opreme prevazići pa će se smetnje u govoru kasnije odražavati kroz smetnje u čitanju i pisanju ali i svakodnevnim životnim aktivnostima s obzirom da je auditivna percepcija uključena u svakodnevne procese čujuće populacije. Stoga je u rehabilitacionom postupku sprovođenje metodološki definisanih tretmanskih postupaka uglavnom nedovoljno ukoliko se ono vrši bez dodatne obrada auditiv- nog signala koje dete teško percipira, a koje bez logopedске opreme nije moguće izvesti³⁵.

Literatura

American Academy of Audiology (AAA). (2010). . Diagnosis, treatment and ma- nagement of children and adults with central auditory processing disorder. pp.1 – 53. <http://www.audiology.org/resources/documentlibrary/documents/CAPD%20Guidelines%208-2010.pdf>

American Speech-Language-Hearing Association. (2002). Guidelines for audio-logy service provision in and for schools [Guidelines]. www.asha.org/policy.

American Speech-Language-Hearing-Association (2005). (Central) Auditory pro-cessing disorders [Technical report]. www.asha.org/policy.

American Speech-Language-Hearing Association (ASHA). (2005). Central Au- ditory Processing Disorders. Available from: <https://www.asha.org/content.aspx?id=10737450473>

Bamiou, D. E., Musiek, F. E., & Luxon, L. M. (2001). Aetiology and clinical presentations of auditory processing disorders—a review. *Archives of disease in childhood*, 85(5), 361-365.

³⁵ Milošević, N., Hedeveer, M., Drobnjak, B. (2015). Application of digital logopedic set in the treat-ment of lateral sigmatism. Speech And Language Disorders At Developmental Age: II Congress of Logopedists of Serbia. International scientific-professional conference. Collection of papers. Ed. Neda Milosevic. Belgrade: Association of logopedists of Serbia, p.187-195; Milošević, N., Hedeveer, M., Čaušević, D., Bunijevac, M. (2019). Primena digitalnog logopedskog seta u tretmanu poremećaja slušnog procesiranja. X MEĐUNARODNA NAUČNO-STRUČNA KONFERENCIJU „Unapređenje kvalitete života djece i mladih“. Udruženje za podršku i kreativni razvoj djece i mladih Tuzla i Eduka- cijsko-rehabilitacijski fakultet Univerziteta u Tuzli. Istanbul. 21-23.6.2019.

Golding, M., Carter, N., Mitchell, P., & Hood, L. J. (2004). Prevalence of central auditory processing (CAP) abnormality in an older Australian population: The Blue Mountains Hearing Study. *Journal of the American Academy of Audiology*, 15(9), 633-642.

Iliadou, V., Bamliou, D. E., Kaprinis, S., Kandyli, D., Vlaikidis, N., Apalla, K., ... & Kaprinis, G. S. (2008). Auditory processing disorder and brain pathology in a preterm child with learning disabilities. *Journal of the American Academy of Audiology*, 19(7), 557-563. doi:10.3766/jaaa.19.7.5

Iliadou, V., Bamliou, D. E., Kaprinis, S., Kandyli, D., & Kaprinis, G. (2009). Auditory Processing Disorders in children suspected of Learning Disabilities—A need for screening?. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 73(7), 1029-1034.

Iliadou, V. V., & Eleftheriadis, N. (2017). Auditory processing disorder as the sole manifestation of a cerebellopontine and internal auditory canal lesion. *Journal of the American Academy of Audiology*, 28(1), 91-101.

Iliadou, V. V., Ptok, M., Grech, H., Pedersen, E. R., Brechmann, A., Deggouj, N., ... & Veuillet, E. (2017). A European perspective on auditory processing disorder—current knowledge and future research focus. *Frontiers in neurology*, 8, 622.

Heđever, M., & Bonetti, A. (2010). Ispitivanje poremećaja slušnog procesiranja pomoću filtriranih riječi kod učenika nižih razreda osnovne škole. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 46(2), 50-60.

Heđever, M. (2011). *Baterija testova za ispitivanje poremećaja slušnog procesiranja PSP1*. Priručnik: Test - PSP1. Tara centar, Zagreb.

Jerger, J., & Musiek, F. (2000). Report of the consensus conference on the diagnosis of auditory processing. *Journal of the American Academy of Audiology*, 11(9), 467-474.

Keith, R. W. (2004). Auditory Processing Disorders. U: R. J. Roeser, M. P. Downs (ur.), *Auditory Disorders in School Children: The Law, Identification, Remediation*, 4th Edition, New York: Thieme Medical Publishers, Inc., 124-147.

Keith, R. W. (2009). *SCAN-3:C Tests for Auditory Processing Disorders for Children*: Pearson

Keith, R. W., Tektas, M., Ramsay, K., & Delaney, S. (2019). Development and standardization of the University of Cincinnati Auditory Processing Inventory (UCAPI). *Int J Audiol*, 58(6), 373-378.

Milošević, N., Heđever, M., Drobnjak, B. (2015). Application of digital logopedic set in the treatment of lateral sigmatism. *Speech And Language Disorders At Developmental Age: II Congress of Logopedists of Serbia*. International scientific-professional conference. Collection of papers. Ed. Neda Milosevic. Belgrade: Association of logopedists of Serbia, p.187-195.

Milošević, N., Heđever, M., Čauševac, D., Bunijevac, M. (2019). Primena digitalnog logopedskog seta u tretmanu poremećaja slušnog procesiranja. X MEĐUNARODNA NAUČNO-STRUČNA KONFERENCIJU „Unapređenje kvalitete života djece i mladih“. Udruženje za podršku i kreativni razvoj djece i mladih Tuzla i Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet Univerziteta u Tuzli. Istanbul. 21-23.6.2019.

Milošević, N. (2019). Detection and treatment of children with auditory processing disorder in republic of serbia. *Journal of Hearing Science*. Lisbon, Portugal. 9 (1)

Moore, D. R., Sieswerda, S. L., Grainger, M. M., Bowling, A., Smith, N., Perdew, A., ... Hunter, L. L. (2018). Referral and diagnosis of developmental auditory processing disorder in a large, United States hospital-based audiology service. *J Am Acad Audiol*, 29(5), 364- 377.

Moore, D. R., Hugdahl, K., Stewart, H. J., Vannest, J., Perdew, A. J., Sloat, N. T., ... & Hunter, L. L. (2019). Listening difficulties in children: Behavior and brain activation produced by dichotic listening of CV syllables. *bioRxiv*, 721209.

Musiek, F.E., & Chermak, G.D. (2014). *Handbook of Central Auditory Processing Disorder Volume 1: Auditory Neuroscience and Diagnosis*, 2nd ed. San Diego: Plural Publishing.

Rees, A., & Palmer, A. R. (2010). *The Auditory Brain*. Oxford: Oxford University Press.

Roeser, R.J., & Downs, M.P. (2004). *A New Era for the Identification and Treatment of Children with Auditory Disorders*. U: R.J. Roeser, M.P. Downs (Ur.), *Auditory Disorders in School Children: The Law, Identification, Remediation*, 4th Edition, New York: Thieme Medical Publishers, Inc., 1-9.

Sanja, L., Barun, M., Heđever, M., & Bonetti, A. (2012). Poremećaj slušnog procesiranja u djece. *Logopedija*, 3(1), 31-34.

World Health Organization. (1993). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research*. Geneva: World Health Organization.

Yalçinkaya, F., Muluk, N.B. and Şahin, S. (2009). Effects of listening ability on speaking, writing and reading skills of children who were suspected of auditory processing difficulty. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 73, 1137 - 1142.

Neda Milošević

College of Social Work, Belgrade

Ivana Davinić

Broward County Public Schools, Florida, United States of America

AUDITORY PROCESSING DISORDER

Summary

Auditory Processing Disorder (APD), or Central Auditory Processing Disorder (CAPD), is defined as a specific deficit in the processing of auditory information along the central auditory nervous system, including both ascending and descending neuronal connectedness. APD entails particular impairments in the perception of speech sounds that deeply affect the process of understanding itself, in children as well as adults of normal hearing. APD affects people who have no hearing damage – in fact, people with normal hearing sensitivity, although coupled with a difficulty in auditory processing. Although the APD have a great interest today to the scientific and professional public around the world, clear diagnostic instruments have not yet been established, while existing diagnostic test batteries are being used selectively, although for now they are the gold standard, and also problematic and conclusions are drawn about APD in person who had primary diagnosis of another developmental disorder.

Keywords: Auditory Processing Disorder, hearing loss, diagnostic, test PSP-1, standardization

Svetlana Mijatović¹

Škola sa domom za učenike oštećenog sluha - Kragujevac

Ivana Ristić

Visoka škola socijalnog rada - Beograd

Pregledni rad

ZNAKOVNI JEZIK - RAZVOJ I KARAKTERISTIKE

Apstrakt: Znakovni jezik je sistem konvencionalizovanih, analitički organizovanih i hijerarhijski strukturisanih znakova što ga čini uporedivim sa prirodnim jezicima. Sadrži oblike i gramatička pravila koja su apstraktna, lingvistički složena i u velikoj meri nezavisna od govornog jezika zajednice. Dakle, znakovni jezik ne predstavlja izmišljene simbole za ruke koji jednostavno predstavljaju reči govornog jezika, niti razrađuje i modifikuje sisteme pantomime. U radu je dat osvrt na istorijski razvoj znakovnog jezika, definisanje pojma znakovnog jezika, kao i pregled teorijskih i empirijskih nalaza inostranih i istraživanja u našoj zemlji koja su se bavila ispitivanjem znakovnog jezika i sistema komunikacije gluvih osoba.

Ključne reči: komunikacija, znakovni jezik, osobe oštećenog sluha, jezička struktura.

Uvod

Znakovni jezik predstavlja oblik neverbalne komunikacije u kojem se reči i pojmovi izražavaju putem znakova ili pokreta ruku, gde određeni pokreti mogu biti nosioci značenja pojedinih misli, reči, rečenica u zavisnosti od konteksta ili serije kompleksnih ideja. Znakovni jezik predstavlja prirodni jezički izraz osoba sa oštećenjem sluha i ukazuje na sistem znakova koji omogućava najfiniju pojmovnu diferencijaciju. Pod pojmom znakovni jezik podrazumeva se svaki pokret pri govoru glavom, rukom ili celim telom kako bi se govor učinio izražajnijim. Pored toga, znakovni jezik označava afektivno stanje, radnu operaciju ili sam predmet. Iz tog razloga još se naziva i kinetički govor. Mimika koja se izražava kroz pokrete lica, pantomima koja je ispoljena pokretima celoga tela ili gest koji je izražen pokretima ruku, predstavlja kinetički govor. Teško je potpuno izdvojiti bilo koji od ovih oblika, jer se oni međusobno dopunjuju, kombinuju, prožimaju kako bi misao govornika bila što jasnije iskazana².

Gestovni znakove karakteriše prolaznost, te se ne mogu pismom (slovima) ili zvučno fiksirati, ali se mogu opisati i snimiti. Pored toga, njihova specifičnost je krajnja konkretnost, očiglednost i duboko su praćeni emocionalnom

¹ svetlanamijatovic@hotmail.com

² Dimić, N, Metodika artikulacije, Defektološki fakultet, CIDD, Beograd, 2002.

neposrednošću³. Znakovni jezik bi trebalo sagledavati kao legitimni lingvistički sistem, koji ima istim status kao i ostali lingvistički sistemi. Znakovni jezik se definiše kao "arbitrarno određen položaj ruku sa svrhom da se gluvoj osobi pomogne usvajanje govornog jezika i olakša percepcija govora u socijalnoj komunikaciji"⁴. Govor putem znakova je glavno sredstvo sporazumevanja među gluvim osobama, koje u svom izrazu, pored govornog i pisanog, prevashodno koriste znakovni jezik. Znakovni jezik je prirodni jezik gluvih, koji se kod njih spontano razvija. Takođe, znakovni jezik ima značajnu stimulativnu ulogu u razvoju kognitivnog funkcionisanja. Osoba sa oštećenjem sluha je vizuelni tip i najveći deo onoga što saznaje i doživljava čini putem vida. Optičke slike koje prima iz spoljnog sveta su konkretne, direktne, statične ili dinamične. Stoga, gestovni govor razvijaju na osnovu sopstvenog kretanja i podražavanja okoline.

Znakovni jezik predstavlja primarni sredstvo komunikacije kod osoba sa oštećenjem sluha, te je u daljem tekstu dat osvrt na rezultate dosadašnjih empirijskih i teorijskih istraživačkih nalaza o karakteristikama, specifičnostima i značaju znakovnog jezika za celokupan razvoj ličnosti i socijalno funkcionisanje osoba oštećenog sluha.

Istorijski razvoj znakovnog jezika

Sami počeci znakovnog jezika datireju iz perioda pre Hrista i tokom renesanse. Iako postoje razne teorije i naučni dokazi o počecima, niko sa sigurnošću ne može reći gde je nastao prvi znak. Prema Schein (1984), kada su hominidi postali uspravni, ruke su im oslobođene za upotrebu alata, kao i za komunikaciju. Prema tome, antropolozi početak Homoerektusa smatraju mogućim datumom za početak znakovnog jezika, što znači pre oko stotinu hiljada godina⁵.

Pružavajući govor i jezik, Aristotel je shvatio da između sluha i glasovno jezičkog izražavanja postoji jaka veza, i da su osobe koje ne mogu govoriti nepoželjne. Naredne dve hiljade godina, ova izjava je proklinjala gluve. Za to vreme u doba starih Grka, njima je uskraćeno državljanstvo, verska prava, a često su ostavljani da umru ili da se sami bore za sebe. Upotreba znaka se smatrala sramnim. Aristotel je imao toliki uticaj, da nikome, tokom dužeg vremena nije padalo na pamet da se protivi njegovom učenju^{6,7}. Do 14. veka gluvoća je smatrana teškim hendikepom i takve osobe su potpuno odbacivane. Smatralo se da su lišeni govora božijom voljom i da im jedino čudo može pomoći⁸. U doba renesanse siromašni

³ Savić, Lj., Ivanović, P. Surdopedagogija, Defektološki fakultet, Beograd, 1996,

⁴ Dimić D. N., Kovačević, T., Znakovni, govorni i pisani rečnik kod dece oštećenog sluha, BDS, Beograd, 2004

⁵ Schein, Jerome D. Speaking the Language of Sign. Garden City, N.Y.: Doubleday and Co., Inc., 1984;

⁶ Isto

⁷ Dimić, D. N., Metodika artikulacije, Defektološki fakultet, CIDD, Beograd; 2002.

⁸ Radić-Šestić, M., Dimić N., Šešum M., Počeci obrazovanja gluvih osoba: renesansna evropa (XIV-XVI VEK). Specijalna edukacija i rehabilitacija; 2012.

gluvi su služili vlastelima kao jeftina radna snaga. Međutim, u ovom periodu, u doba inkvizicije, dolazi i do najvećeg preokreta jer tada počinje obrazovanje gluvih osoba u manastirima od strane sveštenika. Monasi su morali da osmisle jezik znakova uz pomoć koga bi komunicirali tokom perioda tišine, kada govorenje nije bilo dozvoljeno. Na taj način su shvatili da se uz pomoć znakovnog jezika može doći do znanja i spasenja, počeli su da razumeju komuniciranje gluvih kod kojih je znakovni jezik ponikao iz biološke potrebe za komunikacijom⁹.

U 16. veku filozofi i nastavnici su konačno počeli da preispituju Aristotelovu tvrdnju da ljudi koji ne mogu čuti ne mogu biti obrazovani. Italijanski lekar i matematičar Điolamo Kardano bio je prvi glas koji je osporio Aristotelovu dugogodišnju pretpostavku. Kardano je prvi ukazao na mogućnost obučavanja gluvih putem pisanja, pa se samim tim i smatra osnivačem surdopedagoške metode obučavanja gluvih putem pisanja. Od njega je i protekla misao da „gluvi putem čitanja sluša, a putem pisanja govori“. Imao je gluvonemog sina i iako se nikada nije lično bavio obučavanjem svog sina, prvi je istakao mogućnost obrazovanja gluvih. Prvi je izvršio kategorizaciju gluvih lica prema vremenu nastanka gluvoće i govornoj razvijenosti, i sve gluve podelio na gluve od rođenja, odnosno na gluve koji su pre razvoja govora izgubili sluh i na ogluvene pošto su već imali razvijen govor. Potom, ukazao je na mogućnost prenosa zvuka preko kosti na bazi vibracije, kao i mogućnost percepcije nekih elemenata govora putem vibracija¹⁰.

U slično vreme, oko polovine šesnaestog veka, španski monah Pedro Pons de Leon dobija težak i mučan zadatak. Postaje vaspitač i učitelj dvojice dečaka - sinova španskih plemića. Budući da su bili gluvi, ovi mladići su bili nepodobni za nasleđivanje imovine. Leon ih je učio da čitaju, pišu i govore kako bi mogli tvrditi da im je porodično bogatstvo s pravom pripadalo. Njegovi naponi su bili uspešni, tako da je Pedrovo delo postalo čuveno izvan samostana¹¹.

Prva knjiga iz koje se uči znakovni jezik gluvih sadržala je manuelni alfabet i objavio ju je 1620. godine Huan Pablo Bonet. Huan Pablova knjiga je još uvek bila revolucionarni znak u razvoju znakovnog jezika kao zvanično priznatog oblika komunikacije. Njegova knjiga izazvala je interesovanje širom Evrope za obrazovanje gluvih učenika, ali tek sredinom druge polovine osamnaestog veka došlo je do sledećeg revolucionarnog dostignuća u razvoju znakovnog jezika.

Šarl Mišel de l'Epe bio je francuski katolički sveštenik koji je posvetio svoj život brizi siromašnih Francuza, i upravo je tokom ove službe u sirotinjskim četvrtima u Parizu upoznao dve sestre blizanke koje su bile gluve. Drugi sveštenik je podučavao devojkice, ali je iznenada umro. L'Epe je ušao kao njihov novi učitelj i tada počinje njegova doživotna misija služenju i edukaciji gluve populacije Francuske.

⁹ Isto

¹⁰ Vukotić, F., Doktor Điolamo Kardano, život i delo. Savez gluvih i nagluvih Srbije i Crne Gore, Beograd; 2007,

¹¹ Lasaro-Lopez, A. Pedro Pons de Leon i početak obrazovanja gluvih, Savez gluvih i nagluvih Srbije i Crne Gore, Beograd; 2006

Dok je učio bliznakinje, Šarl Mišel de l'Epe je otkrio: da gluvi ljudi uče vizuelno sve ono što drugi ljudi uče slušajući. Gluvi su već imali jezik koji je bio jednako moćan i izražajan kao i francuski, a ključ za njihovo obrazovanje je bio da ih obuče da komuniciraju svojim rukama, a ne svojim glasom. U Parizu 1755. godine je osnovao prvu školu za gluve. Učio je da gluvi mogu razviti komunikaciju među sobom i sa čujućim svetom kroz sistem konvencionalnih gestova, znakova ruku i spelovanjem prstima (prstnom abecedom). Kreirao je i demonstrirao jezik znakova tako da je svaki od njih predstavljao određeni željeni pojam¹². Bio jedan od prvih ljudi u istoriji koji je javno tvrdio da gluvi ljudi zaslužuju da budu tretirani kao potpuno funkcionalna ljudska bića sa nečim smislenim da doprinesu društvu, čak i ako govore drugim jezikom. Zbog toga je danas poznat kao "otac gluvih".

Naravno, Šarl Mišel l'Epe nije bio jedini uticajni učitelj znakovnog jezika u ovom vremenskom periodu. U Engleskoj je Tomas Braidvud osnovao Akademiju za gluve u isto vreme kada je otvorena škola u Francuskoj. Braidvud je podučavao svoje učenike koristeći jedinstvenu metodu znakovnog jezika s dve ruke, i bio je ključan u razvoju istog britanskog znakovnog jezika koji se danas koristi u Velikoj Britaniji (British Sign Language).

Međutim, postoje i učitelji tog vremena koji nisu prihvatili znak. Samuel Hajnike je otvorio prvu nemačku školu za gluve 1778. godine, ali za razliku od l'Epea, Hajnike je bio nepokolebljiv oralista. On je lažno verovao da bi osnovna funkcija obrazovanja za gluvu decu trebalo da bude da razvijaju svoje znanje govornog jezika kako bi se u potpunosti integrisali u čujuću zajednicu.

Iste godine kada je Bonet objavio prvu knjigu o znakovnom jeziku, grupa imigranata iz grofovije Kent, sa područja poznatog pod nazivom Weald u Engleskoj je početkom 17. veka emigrirala u Masačusets. Ovo je bio prvi od mnogih talasa kolonista koji su plovili prema Novom svetu u potrazi za boljim životom. Stigli su u Masačusets, donoseći sa sobom jedinstvenu genetiku koja uzrokuje naslednu gluvoću. U određenom trenutku od sto pedeset petoro dece rođene na ostrvu jedno je bilo gluvo, a u nekim selima odnos je bio 1:25 i 1:4 (prosek je 1:1000). Brakovi koji su sklapani između gluvih došljaka i čujućih starosjedelaca rezultirali su ekstremno velikim prisustvom oštećenja sluha.

Znakovni jezik je prihvaćen kao prirodan jezik i ravnopravan način komunikacije, mnogo pre nego što je otvorena prva škola za gluve^{13, 14, 15, 16}. Kasnije su gluva deca sa ostrva išla na školovanje u Hartford. Deca su prenela svoj ostrvski

¹² Flodin, M., *Singing Illustrated-The Complete Learning Guide*, A Perigee book, New York, 2004.

¹³ Groce, N.E., *Everyone here spoke Sign Language: Hereditary deafness on Martha's Vineyard*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1985.

¹⁴ Wilcox, S., Wilcox, P.P., *Learning to See - Teaching American Sign Language as a Second Language*, Gallaudet University Press, Washington, D.C., 1998.

¹⁵ Lane, H., Pillard, C.R., French, M., *Origins of the American Deaf-World: Assimilating and Differentiating Societies and Their Relation to Genetic Patterning*. New Jersey, London, 2000.

¹⁶ Marschark, M., Schick, B., Spencer, E.P., *Understanding Sign Language*, New York: Oxford University Press, 2006.

znakovni jezik i uticala da se njihov lokalni znakovni jezik pretvori u američki znakovni jezik gluvih (American Sign Language)¹⁷.

Martini vinogradi je ostrvo na jugoistočnoj obali Masačusetsa i predstavlja istorijski značajnu lokaciju za razvoj znaka. Sredinom osanaestog veka, Martini vinograd je bio dom najbrojnije populacije gluvih na kontinentu. Ovi gluvi ostrvljani su stvorili jedan od najrazvijenijih sistema potpisivanja u istoriji, možda na osnovu jezika koji se koristi u Kentu. Svi su znali znakove i redovno su ih koristili za komunikaciju s prijateljima, porodicom i susedima.

Kasnije, u Americi su počele da se pojavljuju druge verzije znakovnog jezika, gde god je postojala populacija gluvih. Do devetnaestog veka, podaci iz crkvenog popisa su pokazali da je oko osamsto gluve dece živelo u Sjedinjenim Državama. Ali znakovni jezik je još uvek bio daleko od standardizovanog i čak ni blizu da bude priznat kao službeni jezik. Tek decenijama kasnije, američko obrazovanje gluvih bi preduzelo veliki i odlučan korak napred.

Tomas Hopkins Galaude je diplomirao i bio sveštenik u Hartfordu. Sanjao je da postane profesionalni ministar, ali je njegov put preokrenut 1814. godine kada je upoznao devetogodišnju Alis Cogsvel, kćerku Galaudetovog komšije dr Mason Fitca Cogsvel. Galaudet se sprijateljio sa Alisom kada je vidio da se druga deca ne igraju s njom, i počeo je podučavati imenima objekata crtajući slike i reči u prljavštini. Od samog početka njihovog prijateljstva, Galaudet je bio zadivljen Alisinom inteligencijom, sposobnošću i entuzijazmom da uči. On to nije shvatio u to vreme, ali ovaj odnos sa ovom devojčicom je zauvek promenio Galaudetov život - i živote miliona američkih budućih gluvih.

Galaudet je 1817. godine osnovao prvu nacionalnu školu za gluve u Hartfordu, a Klerk je postao prvi gluvi učitelj znakovnog jezika u Sjedinjenim Američkim Državama. Uskoro su se počele otvarati škole za gluve u nekoliko američkih država. Među njima bila je škola za gluve u Njujorku, otvorena 1818. godine. Godine 1820. otvorena je škola i u Pensilvaniji, a do 1863. godine je otvoreno ukupno 22 škole za gluve¹⁸.

Važna prekretnica u istoriji edukacije za gluve ljude bila je osnivanje Gallaudet koledža, u Vašingtonu, 1863. godine, koji je ostao jedini koledž za liberalne umetnosti za gluve u Sjedinjenim Državama i u svetu. Galaudetov najmlađi sin, Edvard Miner Gallaudet, nastavio je nasleđe svog oca u obrazovanju gluvih. Nakon što je nekoliko godina predavao na Hartford školi, Edvard Gallaudet je imao ključnu ulogu u osnivanju prvog koledža za gluve 1864. godine, Kolumbijske institucije za gluve u Vašingtonu¹⁹.

¹⁷ Šegota, I. i suradnici, *Gluhi i znakovno medicinsko nazivlje; Kako komunicirati s gluhim pacijentom*, Medicinska Naklada, Zagreb, 2010.

¹⁸ Tennant, A.R., Brown, G. M., *Sign Language Hanshape Dictionary*, Gallaudet University Press, Washington, 1998.

¹⁹ Burch, S. *Signs of Resistance, American Deaf Cultural History - 1900 to World War II*, New York University Press, New York and London, 2004.

Uprkos tome što je u Americi došlo do porasta interesovanja, još uvek je bilo mnogo onih koji znakovni jezik ne utiče pozitivno na razvoj gluvih osoba. Mnogi američki lideri i nastavnici su verovali da bi to samo ometalo njihov razvoj i ohrabrivalo gluve populaciju da budu izolovani od ostatka čujuće populacije. Pristalice oralnog pristupa su smatrali da je jedini način da populacija gluvih počne da koristi govor isključiva upotreba engleskog jezika, uz potpuno odbacivanje znakovnog jezika.

U osamnaestom veku počinje osnivanje škola za gluve i obrazovanje velikog broja gluvih učitelja koji su radili u školama za gluve. U školama je korišćen znakovni jezik, a cilj obrazovanja bio je opismenjavanje i obučavanje za rad. Međutim, predrasude vezane za gluvoću ne prestaju i prate gluve osobe vekovima. Dosta štete gluvima je naneo Aleksandar Graham Bel, čija su majka i sestra bile gluve. Bio je glavna pristalica oralnog pristupa i veliki protivnik znakovnog jezika i je smatrao da gluvima treba zabraniti da se međusobno venčavaju i imaju decu. Zajednica gluvih ga smatra najvećim neprijateljem. Na Međunarodnom kongresu u Milanu, 1880. godine na Belov predlog uz zabranu glasanja gluvih učitelja, znakovni jezik se službeno zabranjuje u školama. Zabrana znakovnog jezika imala je izuzetno negativan uticaj ne samo na obrazovanje, pismenost i akademsko dostižanje gluvih, već i na njihovu sliku o sebi i čitavu kulturu Gluvih. Međutim, uprkos zabrani, znakovni jezik je i dalje nastavio da se razvija. Na zvaničnom nivou, američko Nacionalno udruženje gluvih je nastalo kao odgovor na konferenciju u Milanu, sa ciljem odbrane američkog znakovnog jezika ne bi li se osiguralo zaštita i očuvala kultura Gluvih za buduće generacije. I pored kontinuiranog nastojanja da se znakovni jezik vrati u škole, bilo je potrebno da prođe čitav vek do primene u svakodnevnom navedenom radu.

Metoda totalne komunikacije, odnosno paralelna upotreba znakova i govora, razvijena je 1970. godine. Jedan od glavnih inicijatora za uvođenje znakovnog jezika u obrazovanje gluvih u SAD i drugim delovima sveta je bio Vilijam Stoko. Stoko je bio predavač engleskog jezika za gluve studente na Galaudet koledžu. Predložio je da se američki znakovni jezik (ASL) uvede kao potpuno formiran ljudski jezik, koji je ravnopravan sa engleskim jezikom. Do tada, znakovni jezik je posmatran kao jeftina mimikrija govornih jezika, primitivan i nedovoljan način komunikacije za one koji nisu mogli da čuju. Međutim, Stoko je analizom ASL-a, primetio je da uopšte nije mimikriran. Naime, nosio je sve oznake jedinstvenog jezika sa osobenom sintaksom i gramatikom. To je značilo da je jezik znakova potpuno formiran jezik kao i svaki drugi. Istraživanje Vilijama Stoka uticalo je da ASL bude priznat kao zvanični jezik. Osim toga, Vilijam Stoko je objavio svoje nalaze u prvoj modernoj lingvističkoj monografiji znakovnog jezika *Sing Language Structure* 1960. godine. Nakon toga, razvija i prvi rečnik znakovnog jezika *A Dictionary of American Sign Language on Linguistic Principles* 1965. godine u saradnji sa Karlom Kronebergom i Doroti Kasterlajn. Sve ove aktivnosti su doprinele da

znakovni jezik prihvate i nastavnici i počnu ga koristiti u svakodnevnoj nastavnoj praksi. Takođe, ASL je priznat kao službeni jezik za gluve Amerikance, nastavio slobodno da se širi širom zemlje i samim tim postao deo obrazovanja gluve dece. Srpski znakovni jezik (SZJ) je primarni jezik gluvih osoba u Srbiji. Iako postoje regionalne varijacije pojedinih gestova, kao i načina izražavanja, to ne predstavlja teškoću za ostvarivanje visokog stepena razumevanja među gluvim osobama u Srbiji. SZJ služi kao osnovno sredstvo za svakodnevnu konverzaciju gluvih osoba, za iskazivanje želja, potreba, intelektualnih rasprava, za kombinaciju apstraktnih izraza i slično. Gestovi mogu biti spori ili brzi, statični ili pokretni, mekši ili pak više forsirani. Kako gluve osobe stalno imaju želju za izražavanjem, tako i dolazi do čestog stvaranja novih znakova (gestova), potom do višeg stepena jezičkog izražavanja i osnove za formiranje apstraktnih znakova²⁰.

Definisanje znakovnog jezika

Pod pojmom *znakovni jezik* se podrazumeva pokret pri govoru glavom, rukom ili celim telom da bi se govor učinio izražajnijim. Znakovni jezik označava predmet, radnu operaciju ili neko afektivno stanje. On se naziva i kinetički govor. Kinetički govor obuhvata mimiku koja se izražava pokretima lica, pantomimu ispoljenu pokretima celoga tela i gest izražen pokretima ruku. Teško je potpuno izdvojiti bilo koji od ovih oblika, jer se oni međusobno dopunjuju, kombinuju, prožimaju kako bi misao govornika bila što jasnije iskazana²¹. Stoga, prilikom komunikacije odraslih sa decom važno je voditi računa o tome da se sve verbalne poruke poklope sa sadržajem koji je izražen neverbalnim sredstvima²².

Znakovni jezik je „vid komunikacije, kojom se reči i pojmovi iskazuju rukama, kojom prosečan pojedinac lako izražava reči, misli i celine, zavisno od konteksta li složene serije ideja. Znakovni jezik je kompleksan, strukturisan, živ jezik. Ima jaku kulturnu osnovu i pripada velikom broju znakovnih jezika koji su rašireni među zajednicama gluvih u celom svetu“²³. Predstavlja prirodno sredstvo izražavanja gluve dece, te prilikom komunikacije sa gluvim detetom treba koristiti govor koji prati gest sve dok dete ne nauči govornu reč i shvati njeno značenje.

Na UNESCO zasedanju 1984. godine u Parizu, usvojena je definicija znakovnog jezika: „Znakovni jezik je vid komunikacije, kojim se reči i pojmovi iskazuju rukama, kojom prosečan pojedinac lako izražava reči, misli i celine, zavisno od konteksta ili složene serije ideja“²⁴. Dakle, znakovni jezik je svaki način

²⁰ Dimić N, Isaković Lj., O znakovnom jeziku, Univerzitet u Beogradu – Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju. Izdavački centar (ICF), 2018.

²¹ Dimić, D. N. (2002): Metodika artikulacije, Defektološki fakultet, CIDD, Beograd; 2002.

²² Colić, V., Šta pokušavamo reći maloj deci, Dnevnik, Novi Sad, 2008.

²³ Gatalica, A., Bogati svet gluvih i nagluvih. Objavljeno na sajtu Evropskog pokreta u Srbiji, 2011.

²⁴ Dimić N, Isaković Lj., O znakovnom jeziku, Univerzitet u Beogradu – Fakultet za specijalnu edu-

komunikacije pokretima tela, posebno šakama i rukama, koji se koristi kada je verbalna komunikacija nemoguća ili nepoželjna. Može grubo da se izražava grimasama, pokretima ramena ili upiranjem prstiju, a može da bude delikatna kombinacija kodiranih manuelnih signala, pojačanih izrazima lica, ili čak spelovanje reči manuelnim alfabetom^{25, 26, 27}.

Znakovni jezik je oblik neverbalne komunikacije u kojem se reči – prikazuju znacima ili gestovima ruku, koji mogu nositi značenje pojedinih misli, reči ili čitave rečenice, zavisno od konteksta ili kompleksne serije ideja^{28, 29}.

Savić, Ivanović (1996) definišu znakovni jezik kao "sistem znakova koji se ostvaruje uslovnim pokretima ruku koji su obilno praćeni mimikom u cilju razgovora gluvog sa svojom okolinom"³⁰.

Znakovni jezik je samostalni jezički sistem, jezik sa sopstvenim gramatičkim pravilima, drugačijim od onih u jeziku čujuće zajednice. Kao sistem najizgrađeniji je znakovni jezik prelingvalno gluvih osoba, kod kojih je gluvoća nasledna i prisutna je u nekoliko generacija³¹.

U nastavnom radu gluvih učenika pod znakovnim jezikom treba podrazumevati uslovljene pokrete obe ruke koje imaju određeno dogovoreno značenje i odgovaraju određenom pojmu. Upotrebljava se kao pomoćno sredstvo u nastavnom radu za označavanje pojma dok se ne savlada njegova govorna, odnosno artikulaciona forma, dok ga gluvi ga koriste kao sredstvo neverbalne komunikacije u međusobnoj komunikaciji³².

Rezultati istraživanja znakovnog jezika

Fokus interesovanja istraživača u oblasti znakovnog jezika jeste ispitivanje odnosa govornog i znakovnog jezika, kao i uticaja koji poznavanje i upotreba znakovnog jezika ima na rani jezički razvoj dece i smanjenje komunikacionih frustracija³³. Osim toga, neke od najčešćih varijabli u istraživanjima znakovnog jezika su socijalne kompetencije, socijalne interakcije gluvih osoba, pisani govor, rečnik i slično.

kaciju i rehabilitaciju. Izdavački centar (ICF), 2018.

²⁵ Wilbur, R.B., American Sign Language and Sign Systems, Baltimore: University Park Press, 1979.

²⁶ Kendon, A., How gestures can become like words. IN F. Poyatos (Ed.), Cross-cultural perspectives in nonverbal communication, Toronto:Hogrefe, 1988.

²⁷ Isenhardt, J.O., The Linguistics of American Sign Language, Jefferson, NC: McFarland; 1990.

²⁸ Volterra, V., Erting, C.J., Introduction. In V. Volterra & C.J. Erting (Eds.) *From gesture to language in hearing and deaf children* (pp.1–4). Washington DC:Gallaudet University Press, 1994.

²⁹ Savić, Lj., Priručnik za prevodioce gluvim licima, Savez gluvih i nagluvih Jugoslavije, Defektološki fakultet, Beograd; 1996.

³⁰ Savić, Lj., Ivanović, P., Surdopedagogija, Defektološki fakultet, Beograd; 1996.

³¹ Bradarić-Jončić, S., Manualni oblici komunikacije osoba oštećena sluha, Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja; 2000.

³² Grupa autora (1999). Defektološki leksikon, Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, Beograd, 1999.

³³ Isto

Goldin-Meadow i Mayberry (2001) navode ključne elemente za usvajanje i učenje jezika kod gluve dece - rana detekcija oštećenja sluha, rano uključivanje u obrazovni sistem i kontakt sa fluentnim korisnicima znakovnog jezika³⁴.

Jolić i Isaković (2008) sugerišu da postoje naznake da se deca koja koriste znakovni jezik od strane nastavnika opažaju istovremeno kao socijalno kompetentnija, ali i sa izraženijim ispoljavanjem pozitivnih oblika ponašanja. Pošto se kompetentnost u upotrebi znakovnog jezika povezuje sa boljim razumevanjem i socijalnih situacija, jasno je zašto ova deca imaju više ocene u oblasti pozitivnog socijalnog ponašanja. Istovremeno, isto može da objasni i veću učestalost antisocijalnih oblika ponašanja, jer čini ovu decu asertivnijom u svakodnevnim situacijama, što od strane nastavnika može biti pogrešno protumačeno³⁵.

Istraživanje kojim su se bavile Isaković i Kovačević (2009b) se odnosilo na upotrebu i razumevanje pitanja sa različitim upitnim rečima u okviru pisanog i znakovnog jezika kod gluvih i nagluvih učenika uzrasta od četvrtog do sedmog razreda. Dobijeni rezultati ukazuju da gluvi i nagluvi učenici starijeg uzrasta bolje razumeju i upotrebljavaju pitanja sa različitim upitnim rečima³⁶.

Emmorey, Thompson i Colvin (2009) su istraživali pokrete i fiksacije očiju kod ispitnika kojima je znakovni jezik primarni jezik, ali i kod osoba koje čuju a nalaze se u početku učenja znakovnog jezika. Utvrdili su da obe ispitane grupe provode značajno više vremena fiksacijom na prevodiočevom licu, gluvi više u predelu očiju, a osobe koje čuju u predelu usta³⁷.

Rinaldi, Casseli (2009) su ispitivali jezički razvoj gluve dece predškolskog uzrasta, koji imaju čujuće roditelje. Gluva deca su pokazala znatno slabije rezultate u oblasti rečnika i u oblasti gramatičkog razvoja u odnosu na čujuću decu, ali su bili podjednako uspešni kao i čujuća deca sa istim jezičkim iskustvom³⁸.

Kovačević, Isaković, Dimić (2010) su ispitivale specifičnosti znakovnog i govornog jezičkog izraza kod gluve i nagluve dece predškolskog uzrasta. Istraživanjem je obuhvaćeno 10 dece predškolskog uzrasta. Dobijeni podaci ukazuju da deca predškolskog uzrasta u proseku više upotrebljavaju reči u okviru znakovnog, nego u okviru govornog jezičkog izraza³⁹.

³⁴ Goldin-Meadow, S., Mayberry, R.I., How do Profoundly Deaf Children learn to Read? Learning Disabilities Research & Practice, 2001.

³⁵ Jolić, Z., Isaković, Lj., Socijalna kompetentnost gluvih i nagluvih učenika-poređenje sa vršnjacima koji čuju, U susret inkluziji-dileme u teoriji i praksi: Univerzitet u Beogradu, Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju; 2008.

³⁶ Isaković, Lj., Kovačević, T., Funkcija različitih upitnih reči u pisanom i znakovnom jeziku u škola za gluvi i nagluvu decu, Beogradska defektološka škola, Društvo defektologa Srbije; 2009b.

³⁷ Emmorey, K., Thompson, R., Colvin, R., Eye Gaze During Comprehension of American Sign Language by Native and Beginning Signers Journal of Deaf Studies and Deaf Education; 2009.

³⁸ Rinaldi, P., Caselli, C., Lexical and Grammatical Abilities in Deaf Italian Preschoolers: The Role of Duration of Formal Language Experience, Journal of Deaf Studies and Deaf Education, 2009.

³⁹ Kovačević, T., Isaković, Lj., Dimić, N., Jezičke specifičnosti govornog i znakovnog izraza kod gluve i nagluve dece predškolskog uzrasta, Zbornik rezimea, 2010.

Istraživanje Kovačević (2012) ukazuje da deca sa kohlearnim implantom pokazuju bolje rezultate u produkciji govora i čitanju sa usana od dece sa slušnim aparatima, ali se još uveliko oslanjaju na pomoćna sredstva u razvoju govora kao što su gestovi i čitanje sa usana sagovornika⁴⁰.

Isaković, Dimić, Kovačević (2014) su ispitivale povezanost između uzrasta i stepena oštećenja sluha i sposobnosti odgovaranja na pitanja u okviru pisanog, govornog i znakovnog izraza kod gluve i nagluve dece. Dobijeni rezultati ukazuju na to da gluvi i nagluvi učenici najbolje odgovaraju na pitanja u znakovnom izrazu, zatim u govornom, dok najslabije rezultate ostvaruju u pisanju⁴¹. Takođe, autori Isaković, Kovačević, Kuzmanović (2014) su ispitivale stepen poznavanja naziva predmeta i određivanje čemu oni služe u okviru pisanog, govornog i znakovnog izraza u zavisnosti od uzrasta, stepena oštećenja sluha, ocene iz srpsko jezika i pola učenika. Navode da su gluvi i nagluvi učenici imali puno teškoća prilikom imenovanja predmeta i određivanja čemu oni služe, a znakovni jezik u velikoj meri olakšava usvajanje pojmova i novih značenja već poznatih reči⁴².

Isaković i Kovačević (2015), prema Dimić, Isaković (2018) govore o tome da se govorni i znakovni jezici produkuju i percipiraju na potpuno drugačiji način. Govor se proizvodi vokalnim aparatom i percipira čulom sluha, dok se znakovni jezik produkuje pokretima ruku, potom i glave, lica i čitavog tela, a percipira se putem čula vida⁴³.

Karakteristike znakovnog jezika

Znakovni jezik je, nalazeći se na samom kraju kontinuuma, gestovni kod sačinjen od konvencionalizovanih, analitički organizovanih i hijerarhijski strukturisanih znakova što ga čini uporedivim sa prirodnim jezicima. Znakovni jezik obuhvata pre svega sve oblike jezika gluvih, a onda i različite gestovne sisteme ograničene na uska područja delovanja^{44, 45, 46, 47}.

Gest nije bilo kakav i bilo koji pokret ruku. Svaki gest ima duboko promišljen smisao, koji kompleksno vizuelno označava pojam koji treba razumeti i u njega dobro proniknuti da bi bio lako razumljiv i logički prihvaćen. Gest može biti

⁴⁰ Kovačević, T., Karakteristike znakovnog i govornog jezičkog izraza kod dece predškolskog uzrasta sa kohlearnim implantom i slušnim aparatima, BDŠ, 2012.

⁴¹ Isaković, Dimić, Kovačević, Specifičnosti pitanja i odgovora u pisanom, govornom i znakovnom jeziku kod gluvih i nagluvih učenika. Nastava i vaspitanje. 2014

⁴² Isto

⁴³ Dimić N, Isaković Lj., O znakovnom jeziku, Univerzitet u Beogradu – Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju, 2018.

⁴⁴ McNeill, D., Language and gesture. New York: Cambridge University Press; 2000.

⁴⁵ Žikić, B., Antropologija gesta I pristupi, Srpski genealoški centar, Etnografski muzej Srbije, Čigoja štampa, Beograd; 2002.

⁴⁶ Jurčić, C., Gesta kao sredstvo označavanja i identifikacije diskursa, Fluminensia; 2003.

⁴⁷ Sandler, W., Symbiotic symbolization by hand and mouth in sign language; 2009.

označen pokazivanjem na predmet, podržavanjem radnje koju predstavlja, ili konvencionalno uslovno dogovoreni pokret, koji u svojoj biti nosi sadržaj. Zajedničko za sve gestove jeste to da oni označavaju suštinu pojma – reči. Dakle, gest ima svoj početak, središnji deo, koji je suština značenja i završni deo⁴⁸.

Dolaskom u školu gluvo dete donosi izvesne pokrete koji su specifični za porodicu i koje samo porodica razume, ali u školskoj sredini veoma brzo savladava i usvaja nove pokrete. Gluva deca gluvih roditelja prilikom dolaska u školu su socijalno komunikativno razvijenija od gluve dece roditelja koji čuju, jer su putem gesta - znaka, razvili sposobnost sporazumevanja^{49, 50}.

Savić navodi određene specifične karakteristike gesta:

- Gestovni znaci se karakterišu trenutnošću, a samim tim i brzom prolaznošću. Oni se mogu opisati, snimiti, nacrtati, a zatim multiplicirati.
- Gest-znak predstavlja bitan, karakterističan element predstave, koja se izražava pokretom ruku; prezentuje suštinu pojma, a ne čitav tok njegovog nastajanja. Npr. otac-brkovi; top-trzaj; siromašan – pocepani laktovi na rukavu itd.
- Gest-znak se karakteriše krajnjom očiglednošću, neposrednošću ili imitacijom radnje. Npr. krojač-šivenje; stolar-rendisanje; kuća-krov itd.
- Gest je obavezno praćen emocionalnim izrazom na licu – mimikom, pa i pantomimom. Na primer: tužan, radostan, bolestan, itd.
- Apstraktni pojmovi su svedeni na konkretnost sadržaja. Npr. Bog-pokazivanjem kažiprsta uvis; miris- povlačenjem prsta ispred nosa, itd.
- Svi gestovi se karakterišu krajnjom konkretnošću pojmovnog izraza. Npr. rad- udaranjem pesnice o pesnicu; knjiga - otvaranjem; lekar - opipavanjem pulsa na ruci;
- Gestovi-znaci trpe od nediferenciranosti i obiluju pojedinačnim označavanjem celine. Npr. krojač – šivenje; odeća -kaput; pečat – uverenje, rešenje, odluka;
- Mnogi gestovi se ne mogu razumeti ako se izolovano upotrebe, već samo u međuzavisnosti, u nizu.
- Gestovi-znaci imaju individualni žargon, i često su obojeni "lokalizmi", tako da se razlikuju od jednog područja do drugog.
- Gestovi se mogu razvijati, kultivisati, usavršavati, kao što je to slučaj i sa rečima.
- Gestovi se lako pamte, brzo se uče, i često nekritički usvajaju, pa postaju zajednička tekovina svih gluvih.
- Gestovi ne izazivaju optički zamor, kao što je to slučaj kod čitanja govora sa usta.

⁴⁸ Crevar, M.; Savić Lj., Moj prvi znakovni rečnik iz veronauke. Patrijaršija Srpske Pravoslavne crkve. ZUNS, Beograd; 2005.

⁴⁹ Dimić, D. N., Metodika artikulacije, Defektološki fakultet, CIDDD, Beograd, 2002.

⁵⁰ Kovačević, T., Isaković, Lj., Dimić, N., Jezičke specifičnosti govornog i znakovnog izraza kod gluve i nagluve dece predškolskog uzrasta, Zbornik rezimea, 2010.

- Znakovni jezik brzo teče sa svim karakteristikama "telegrafskog stila izražavanja".
- Akcioni radijus gesta je ograničen vidnim dometom sagovornika, pa se ne može razumeti na velikoj udaljenosti, kao što je to na primer slučaj sa zvukom i govorom.
- Gestovi-znaci su različiti po vrsti i obliku, i u zavisnosti od stepena obrađivanja gluvih, da bi ih adekvatno shvatali i iskoristili.
- Zbog svoje nediferenciranosti, gestovi-znaci, ako se ne prate govorom, mogu uneti veliku zabunu i nerazumevanje kazanog⁵¹.

Zaključak

Srpski znakovni jezik je još uvek u razvoju. Uopšteno, predstavlja sistem konvencionalizovanih, analitički organizovanih i hijerarhijski strukturisanih znakova što ga čini uporedivim sa prirodnim jezicima. Sadrži oblike i gramatička pravila koja su apstraktna, lingvistički složena i u velikoj meri nezavisna od govornog jezika zajednice. Dakle, znakovni jezik ne predstavlja izmišljene simbole za ruke koji jednostavno predstavljaju reči govornog jezika, niti razrađuje i modifikuje sisteme pantomime. Predstavlja gestovni kod sačinjen od konvencionalizovanih, analitički organizovanih i hijerarhijski strukturisanih znakova i obuhvata pre svega sve oblike jezika gluvih, a onda i različite gestovne sisteme ograničene na uska područja delovanja.

Rezultati dosadašnjih istraživačkih nalaza potvrđuju uticaj znakovnog jezika na rani jezički razvoj gluve dece, socijalne interakcije, kao i na ostvarivanje školskih postignuća i uspeha u funkcionisanju u različitim oblastima tokom života. Međutim, celokupan razvoj ličnosti gluvog pojedinca, zavisi i od niza faktora, od društvenog konteksta, primene novih tehnologija, savremenih uslova života do individualnih karakteristika ličnosti, te je pored poznavanja prirode, karakteristika i pozitivnih efekata znakovnog jezika, neophodan holistički pristup.

Literatura

Bradarić-Jončić, S., Manualni oblici komunikacije osoba oštećena sluha, Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja 2, 123-127; 2000.

Burch, S., Signs of Resistance, American Deaf Cultural History - 1900 to World War II, New York University Press, New York and London, 2004.

Colić, V., Šta pokušavamo reći maloj deci, Dnevnik, Novi Sad, 2008.

Crevar, M.; Savić Lj. Moj prvi znakovni rečnik iz veronauke. Patrijaršija Srpske Pravoslavne crkve. ŽUNS, Beograd, 2005.

⁵¹ Savić, Lj., Neverbalna komunikacija gluvih i njena interpretacija, Savez gluvih i nagluvih Jugoslavije, Beograd, 2002.

Dimić N., Metodika artikulacije, Defektološki fakultet, CIDD, Beograd, 2002.

Dimić N, Isaković Lj., O znakovnom jeziku, Univerzitet u Beogradu – Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju. Izdavački centar (ICF), 2018.

Dimić N., Kovačević, T., Znakovni, govorni i pisani rečnik kod dece oštećenog sluha, Beogradska defektološka škola, Društvo defektologa Srbije i Crne Gore, Beograd, ISSN 0354-8759, 2-3, 69-77, 2004.

Emmorey, K., Thompson, R., Colvin, R., Eye Gaze During Comprehension of American Sign Language by Native and Beginning Signers Journal of Deaf Studies and Deaf Education 14:2 Spring doi:10.1093/deafed/enn037; 2009.

Flodin, M., Singing Illustrated-The Complete Learning Guide, A Perigee book, New York; 2004.

Gatalica, A., Bogati svet gluvih i nagluvih. Objavljeno na sajtu Evropskog pokreta u Srbiji. Posećeno 25. 5. 2019. URL: <http://www.emins.org/srpski/bogati-svet-gluvih-i-nagluvih>; 2011.

Goldin-Meadow, S., Mayberry, R.I., How do Profoundly Deaf Children learn to Read? Learning Disabilities Research & Practice, 16 (4), 222-229, 2001.

Groce, N.E., Everyone here spoke Sign Language: Hereditary deafness on Martha's Vineyard. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1985.

Ivasović V., Čujemo li gluve (na koliko decibela), Savez gluvih i nagluvih Srbije i Crne Gore, Beograd; 2006.

Isaković, Dimić, Kovačević: Specifičnosti pitanja i odgovora u pisanom, govornom i znakovnom jeziku kod gluvih i nagluvih učenika. Nastava i vaspitanje, Pedagoško društvo Srbije, Beograd, ISSN 0547-3330, 493-504; 2014.

Isaković, Lj., Kovačević, T., Funkcija različitih upitnih reči u pisanom i znakovnom jeziku u škola za gluvu i nagluvu decu, Beogradska defektološka škola, Društvo defektologa Srbije, Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju, 2, 1-2; 2009b. Isenhardt, J.O., The Linguistics of American Sign Language, Jefferson, NC: McFarland; 1990.

Jolić, Z., Isaković, Lj., Socijalna kompetentnost gluvih i nagluvih učenika-poređenje sa vršnjacima koji čuju, U susret inkluziji-dileme u teoriji i praksi: Univerzitet u Beogradu, Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju. Urednici D. Radovanović i Z. Matejić-Đuričić Izdavački centar (CIDD) Beograd, pp. 383-401; 2008. Jurčić, C., Gesta kao sredstvo označavanja i identifikacije diskursa, Fluminensia, 15, br.2, str.83-93; 2003.

Kendon, A., How gestures can become like words. IN F. Poyatos (Ed.), Cross-cultural perspectives in nonverbal communication, Toronto:Hogrefe; 1988.

Kovačević, T. Karakteristike znakovnog i govornog jezičkog izraza kod dece predškolskog uzrasta sa kohlearnim implantom i slušnim aparatima, Beogradska defektološka škola, Društvo defektologa Srbije, Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju, Vol. 18 (3), Br. 54, 403-416, 2012.

Kovačević, T., Isaković, Lj., Dimić, N., Jezičke specifičnosti govornog i znakovnog izraza kod gluve i nagluve dece predškolskog uzrasta, Zbornik rezimea, Dani defektologa Srbije, Zlatibor, 15-16; 2010.

Lane, H., Pillard, C.R., French, M., Origins of the American Deaf-World: Assimilating and Differentiating Societies and Their Relation to Genetic Patterning . In K. Emmorey & H. Lane (Eds.): The Signs of Language Revisited- An Anthology to Honor Ursula Bellugi and Edward Klima, Lawrence Erlbaum Associates Publisher, New Jersey, London, 2000.

Lasaro-Lopez, A., Pedro Pons de Leon i početak obrazovanja gluvih, Savez gluvih i nagluhiv Srbije i Crne Gore, Beograd; 2006.

Marschark, M., Schick, B., Spencer, E.P., Understanding Sign Language, In B. Schick, M., 2006.

McNeill, D., Language and gesture. New York: Cambridge University Press; 2000.
Radić-Šestić, M., Dimić N., Šešum M., Počeci obrazovanja gluvih osoba: renesansna evropa (XIV-XVI VEK). Specijalna edukacija i rehabilitacija, 11(4), 147-165; 2012.

Rinaldi, P., Caselli, C., Lexical and Grammatical Abilities in Deaf Italian Preschoolers: The Role of Duration of Formal Language Experience, Journal of Deaf Studies and Deaf Education, vol.14, n.1 , Oxford University Press, pp. 63-75. 2009.

Sandler, W. Symbiotic symbolization by hand and mouth in sign language, Semiotica 174-1/4 , pp. 241-275; 2009.

Savić, Lj., Priručnik za prevodioce gluvim licima, Savez gluvih i nagluhiv Jugoslavije, Defektološki fakultet, Beograd; 1996.

Savić, Lj., Neverbalna komunikacija gluvih i njena interpretacija, Savez gluvih i nagluhiv Jugoslavije, Beograd; 2002.

Savić, Lj., Ivanović, P., Surdopedagogija, Defektološki fakultet, Beograd. 1996,

Tennant, A.R., Brown, G. M., Sign Language Hanshape Dictionary, Gallaudet University Press, Washington; 1998.

Šegota, I. i suradnici, Gluhi i znakovno medicinsko nazivlje; Kako komunicirati s gluhim pacijentom, Medicinska Naklada, Zagreb; 2010.

Volterra, V., Erting, C.J., Introduction. In V. Volterra & C.J. Erting (Eds.) From gesture to language in hearing and deaf children (pp.1-4). Washington DC:Gallaudet University Press, 1994.

Wilbur, R.B., American Sign Language and Sign Systems, Baltimore: University Park Press; 1979.

Wilcox, S., Wilcox, P.P., Learning to See - Teaching American Sign Language as a Second Language, Gallaudet University Press, Washington, D.C.; 1998.

Žikić, B., Antropologija gesta I pristupi, Srpski genealoški centar, Etnografski muzej Srbije, Čigoja štampa, Beograd; 2002.

Svetlana Mijatović
Ivana Ristić

SIGN LANGUAGE - DEVELOPMENT AND CHARACTERISTICS

Summary

Sign language is a system of conventionalized, analytically organized and hierarchically structured signs that makes it comparable to natural languages. It contains forms and grammatical rules that are abstract, linguistically complex, and largely independent of the spoken language of the community. Thus, sign language does not represent invented hand symbols that simply represent the words of spoken language, nor does it elaborate and modify pantomime systems. The paper deals with the historical development of sign language, defining the concept of sign language, as well as an overview of theoretical and empirical findings of foreign and research in our country that dealt with the examination of sign language and communication systems of deaf persons.

Keywords: *communication, hearing impaired, language structure.*

REHABILITACIONI TRETMAN PACIJENATA SA DISFONIJOM

Apstrakt: Glas podrazumeva najrazličitije zvukove proizvedene u čovekovom fonatornom organu. To je slika ličnosti jedne osobe, njenog zdravstvenog, psihičkog i emotivnog stanja. Uzroci oštećenja glasa mogu biti unutrašnji i spoljašnji. Ukoliko je neka osoba bila izložena duži vremenski period nekim od ovih faktora može doći do promuklosti (disfonije). Promuklost je poremećaj glasa koji predstavlja svako odstupanje od njegovih normalnih obeležja visine, intenziteta i kvaliteta. Može se javiti kod dece i kod odraslih osoba. Vokalne teškoće mogu uticati na komunikaciju i društvenu integraciju, što se negativno odražava na psihičko stanje pacijenta, odnosno njegov kvalitet života. Lečenje je multidisciplinarno, odnosno podrazumeva medicinsku, fonijatrijsku i psihološko-socijalnu rehabilitaciju. Fonijatrijska rehabilitacija sprovodi se primenom neposrednom vokalne rehabilitacije čiji je početni korak davanje smernica vokalne higijene. Vokalna rehabilitacija je efikasna metoda koja se primenjuje kod glasovnog poremećaja i nastoji da promeni način proizvodjenja glasa. Ona podrazumeva relaksaciju glave i vratno-ramenog pojasa uz vežbe disanja, digitalnu manipulaciju (digitalna kompresija larinksa spolja) i fonacija eksplozivnih konsonanata uz istovremene vežbe uklanjanja hiperkinezije u nivou generator glasa i tvrde atake. Cilj vokalne rehabilitacije je da se poboljša ili povrati glas pacijenta, da bude u mogućnosti da ga adekvatno koristi za svoje profesionalne i socijalne potrebe, što će uticati pozitivno i na njihov kvalitet života.

Ključne reči: *glas, poremećaji glasa, promuklost, lečenje, vokalna rehabilitacija, kvalitet života*

Glas i uzroci poremećaja glasa

Glas čoveka podrazumeva najrazličitije zvukove proizvedene u čovekovom fonatornom organu. Fonacija je motorna aktivnost koja mora biti naučena. Ona se razvija, održava i kontroliše preko auditivnog, vizuelnog i taktilnog sistema povratne sprege. Sve informacije dobijene iz ovog područja bivaju organizovane i koordinirane od strane centralnog nervnog sistema. Glas može da izražava

¹ mila.bunijevac@asp.edu.rs

snažne emocije bez reči, pa nije čudno što na glas veliki uticaj imaju emocionalni i psihološki problemi². Predstavlja sliku ličnosti jedne osobe, njenog zdravstvenog, psihičkog i emotivnog stanja³.

Uzroci oštećenja glasa su mnogobrojni. Delimo ih na spoljašnje i unutrašnje, odnosno sredinske, funkcionalne, organske i psihogene. Sredinski uzorci poremećaja glasa su česti, i odnose se na loše mikroklimatske uslove, buku, pušenje, konzumiranje alkohola, dužinu radnog staža. Funkcionalni uzroci poremećaja glasa proizilaze iz nedovoljnog poznavanja vokalne higijene. Organski obuhvataju poremećaje glasa koji nastaju kao posledica povreda fonatornog aparata, odnosno upalni procesi i infekcije, alergije, kao i endokrinološki i neurološki poremećaji. Psihogeni poremećaji glasa su takođe dosta česti i uzrokovani su raznim faktorima (stres, fizičko i psihičko zdravlje osobe, afektivni poremećaji i dr.)⁴.

Promuklost

Ukoliko je neka osoba bila izložena duži vremenski period nekim od ovih faktora može doći do promuklosti (dysphonia). Disfoničan glas predstavlja glas koji ne zadovoljava vokalne zahteve u odnosu na pol, uzrast, ličnost i profesiju. U najširem smislu označava izmenjen glas koji obuhvata promenu ili svako odstupanje od njegovih normalnih obeležja visine, intenziteta i kvaliteta⁵. Promuklost može uticati na fiziološko funkcionisanje, socijalnu prilagodljivost i emocionalno stanje⁶, te izazvati psihološke promene i na taj način narušiti kvalitet života⁷. Vokalne teškoće mogu se odraziti na psihološko stanje pacijenta, te izazvati zabrinutost da li će i kada glas normalno funkcionisati⁸. Takođe, negativno utiče na komunikaciju i društvenu integraciju, što narušava kvalitet života osobe⁹. Može se javiti kod dece i kod odraslih osoba. Disfonija se manifestuje složenom etiologijom, čiji je značaj dijagnostika, diferencijalna dijagnostika i terapija. Najčešći uzroci promuklosti su organska oštećenja glasa i to: akutni i hronični zapaljenski procesi larinksa i glasnica, mišićne pareze i neurogene paralize larinksa, alergijska obolenja i stanja gornjih i donjih disajnih puteva, oštećenja sluha, endokrinološki poremećaji,

² Petrović-Lazić, M. (2015). *Poremećaji glasa kod vokalnih profesionalaca*. Beograd: Naučna knjiga

³ Petrović-Lazić, M., Jovanović-Simić, N., Šehović, I., Čalasan, S. (2016). Uticaj zamora na akustičke karakteristike glasa kod vokalnih profesionalaca. *Biomedicinska istraživanja*, 7(1): 6-10.

⁴ Krejović-Trivić, S., Milovanović, J., Milovanović, A., Trivić, A. i sar. Procena telesnog oštećenja kod vokalnih profesionalaca. *Svet rada*, 13(2): 118-127.

⁵ Poplašen, D. (2014). Vokalni noduli ili čvorići na glasicama – profesionalna bolest. *Sigurnost*, 56(3): 261-263.

⁶ Bunijevac, M., Petrović-Lazić, M., Jovanović-Simić, N. (2016). Značaj vokalne rehabilitacije na Kvalitet života pacijenata sa čvorićima na glasicama. *Timočki medicinski glasnik*, 41(3): 179-184.

⁷ Kasper, C., et al., (2011). Voice handicap index and voice-related quality of life in small laryngeal carcinoma. *Eur Arch Otorhinolaryngol*, 268: 401-404.

⁸ Hadevar, M., Farago, E., Huskić, S. (2007). Problemi glasa u vokalnih profesionalaca. *Acta Med Sal*. 36(1): 1-9.

⁹ Kasper, C., et al., (2011). Voice handicap index and voice-related quality of life in small laryngeal carcinoma. *Eur Arch Otorhinolaryngol*, 268: 401-404.

kognitivne malformacije larinksa i glasnica, tumori larinksa i poremećaji nervnog sistema. Posebnu grupu predstavljaju funkcionalni poremećaji glasa, koji su klasifikovani na fonoponoze (hiperkinetička i hipokinetička disfonija) i fononeuroze (psihogena disfonija, psihogena afonija) i posebna grupa disfonija uzrokovana čvorićima, polipima i kontaktnima granulomima glasnica. Za sve tipove promuklosti zajedničko je da glasnice ne mogu normalno da vibriraju, što dovodi do deformisanja glasa koji može biti grub i delimično nerazumljiv. U svakodnevnoj kliničkoj praksi primetan je porast pacijenata sa disfonijom, koja se može javiti samostalno ili kao propratna pojava neke bolesti.

Lečenje

Lečenje ima multidisciplinarni pristup, odnosno lečenje organski uzrokovanih disfonija uglavnom je u domenu fonohirurgije (koja može biti laserska i klasična laringomikroskopija), terapija funkcionalnih disfonija uglavnom je konzervativna¹⁰. Uz inhalacionu medikamentoznu terapiju, supartivnu psihoterapiju, kao i fizikalnu terapiju, nezaobilazan vid je preoperativna i postoperativna vokalna rehabilitacija.

Supartivna psihoterapija je vrlo bitna, naročito kada su u pitanju vokalni profesionalci. Sprovodi se od strane psihologa koji su se specijalizovali u području poremećaja glasa. Pacijent sa disfonijom upućuje se vrlo često i kod kliničkog psihologa čija je uloga vrlo značajna. Njihov rad podrazumeva savetovanje, sugestiju, ubeđivanje i autogeni trening. U zavisnosti od problematike može da bude uključen u domen psihoterapije uporedo s vokalnom rehabilitacijom ili neovisno od nje.

U domenu fizikalne rehabilitacije koristi se: aerosol terapija, respiratorna kineziterapija i opšta kineziterapija¹¹. Fizikalna terapija sprovodi se pod kontrolom fizijatra i fizioterapeuta, individualno za svakog pacijenta. Može se sprovoditi u bolničkim uslovima ili ambulantno, i u kućnim uslovima. Naročito se preporučuju vežbe vratnih mišića, vežbe ramenog pojasa, vežbe grudnih mišića i kombinovane vežbe glave i vratno-ramenog pojasa.

Savremena fonijatrijska rehabilitacija disfoničnih pacijenta sprovodi se primenom neposredne vokalne rehabilitacije, sprovodi se od strane logopeda – vokalnog patologa, edukovanog da se bavi poremećajima glasa.

Vokalna rehabilitacija ima za cilj da povрати glas pacijenta na takav način da on bude u stanju da ga koristi za svoje profesionalne i socijalne potrebe i da poboljša kvalitet života¹². Usmerena je na ovladavanje tehnike pravilnog disanja,

¹⁰ Stemple, J. C. (2000). Holistic Voice Therapies. In: Stemple, J. C., ed. *Voice Therapy: Clinical Studies*. 2nd ed. San Diego: Singular, 33-96.

¹¹ Seth, M. et al. (2008). Treatment Responsiveness of the Singing Voice Handicap Index. *Laryngoscope*, 9: 1705-1709.

¹² Bunijevac, M., Petrović-Lazić, M., Jovanović-Simić, N. (2016). Značaj vokalne rehabilitacije na

otklanjanja tvrde atake i hiperkinezije u vratnom i ramenom delu, usvajanju i ovladavanju smernica vokalne higijene.

Smernice vokalne higijene obuhvataju sledeće:

- izbegavati vikanje, kašljanje, pročišćavanje grla jer izaziva iritaciju glasnica,
- izbegavati šaptanje koje dodatno opterećuje i pogoršava već narušeno zdravlje glasnica,
- izbegavati pušenje i konzumiranje alkohola, kao i boravak u zadimljenim prostorijama,
- izbegavati bučne prostorije, odnosno govorne aktivnosti u bučnim prostorijama,
- obavezno zagrevanje glasovnog aparata,
- hidratacija – dovoljan unos tečnosti,
- pravilan izbor i unos hrane,
- dovoljno kvalitetnog sna,
- izbegavati stres – jer on dodatno povećava pritisak i stvara duševno i telesno opterećenje organizma,
- konstantno sprovođenje veži – vežbe se izvode u zavisnosti od postojeće problematike kod pacijenta a daje ih logoped – vokalni terapeut.

Vokalna rehabilitacija je efikasna metoda koja se primenjuje kod glasovni poremećaja i nastoji da promeni način proizvodjenja glasa¹³.

Ona podrazumeva relaksaciju glave i vratno-ramenog pojasa uz vežbe disanja, digitalnu manipulaciju (digitalna kompresija larinksa spolja) i fonacija eksplozivnih konsonanata uz istovremene vežbe ukljanjanja hiperkinezije u nivou generatora glasa i tvrde atake.

Sprovodi se ambulantno i bolnički. Ambulantno dva do tri puta nedeljno tokom prvog meseca, do prve kontrole uz savet pacijentu za samostalan rad kod kuće i svakodnevno sprovođenje vokalne higijene. Bolnička rehabilitacija je intenzivna i sprovodi se dva puta dnevno tokom dve do tri nedelje.

Za sprovođenje vokalne rehabilitacije postoje kontraindikacije, zapaljenje larinksa i rinofarinksa, narušeno opšte stanje ili nemotivisanost pacijenta za poboljšanje fonacije¹⁴.

Cilj vokalne rehabilitacije je da koriguje ili povрати glas pacijenta da bude dovoljno glasan, prijatan za slušanje, frekvencija govora da odgovara uzrastu i

polu, kako bi mogao adekvatno da ga koristi za svoje socijalne i profesionalne potrebe, što će pozitivno uticati na kvalitet života¹⁵.

Zaključak

Poslednjih godina broj pacijenata sa poremećajem glasa se intenzivno povećava, što se negativno odražava na fizičko, emocionalno i funkcionalno stanje pacijenta, odnosno njegov kvalitet života. Svakodnevni stres, porodični problemi, problemi na radnom mestu, finansijski problemi, pušenje, konzumiranje alkohola, buka, loši mikroklimatski uslovi samo su neki od faktora koji uzrokuju vokalne teškoće, što nameće potrebu za intenzivnijim i organizovanijim radom. Tako je i primetano veliko interesovanje za poremećaje glasa, odnosno njegovo izučavanje u okviru raznih nauka, fonijatrije, logopedije, akustike, fonetike, psihologije, psihijatrije i dr. U razvijenim zemljama u okviru logopedije sve se više razvija nova naučna disciplina o glasu čiji je cilj prevencija, dijagnostika i terapija poremećaja glasa. Međutim, važnu ulogu igra saradnja otorinolaringologa, fonijatra i logopeda – vokalnog terapeuta. Sve je ovo neophodno kako bi osobe s disfonijom dobile adekvatan pristup i terapiju.

Značajno mesto zauzima prevencija poremećaja glasa, koja u sebi sadrži medicinsku, socijalnu i profesionalnu komponentu, što obuhvata tri osnovna principa: kompleksnost, kontinuiranost i timski rad.

Kompleksnost obuhvata celokupnu ličnost pacijenta sa medicinskog, psihološkog, vaspitnog i profesionalnog aspekta. Kontinuiranost podrazumeva da započeto lečenje bude neprekidno i da se svi vidovi lečenja međusobno spajaju i dopunjuju. Timski rad ima veliku vrednost, odnosno interdisciplinarna saradnja je od velikog značaja. Nakon hirurške intervencije na vokalnom organu sledi vokalna rehabilitacija, čiji je cilj formiranje pravilnih automatizama. Značajno mesto zauzima suporativna psihoterapija, kojom se ne sprovodi rehabilitacija glasa već osobe, ličnosti. Tokom tretmana jako je važno poštovati i uvažavati ličnost pacijenta.

Literatura

Branski, R. C., Murry, T., Rosen, C. A. (2007). *Voice therapy*. Available from: <http://emedicine.medscape.com/article/866712-overview> (Access date; August 2007).

Bunijevac, M., Petrović-Lazić, M., Jovanović-Simić, N. (2016). Značaj vokalne rehabilitacije na Kvalitet života pacijenata sa čvorićima na glasilicama. *Timočki medicinski glasnik*, 41(3): 179-184.

Bunijevac, M., Petrović-Lazić, M., Jovanović-Simić, N., Kulić, M., Maksimović, S. (2017). Uticaj vokalne rehabilitacije na kvalitet života vokalnih profesionalaca. *Svet rada*, 51-57.

¹⁵ Bunijevac, M., Petrović-Lazić, M., Jovanović-Simić, N., Kulić, M., Maksimović, S. (2017). Uticaj vokalne rehabilitacije na kvalitet života vokalnih profesionalaca. *Svet rada*, 51-57.

Kvalitet života pacijenata sa čvorićima na glasilicama. *Timočki medicinski glasnik*, 41(3): 179-184.

¹³ Branski, R. C., Murry, T., Rosen, C. A. (2007). *Voice therapy*. Available from: <http://emedicine.medscape.com/article/866712-overview> (Access date; August 2007).

¹⁴ Stanković, P. (2004). *Osnovi fonijatrije*. U: Radulović, R., ed. *Otorinolaringologija sa maksilofacijalnom hirurgijom*. Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu, 189-198.

Hađevar, M., Farago, E., Huskić, S. (2007). Problemi glasa u vokalnih profesionalaca. *Acta Med Sal.* 36(1): 1-9.

Huang, X., Liu, X., Zhu, L., Li, P., Zhang, G. (2012). The VHI Analysis of vocal polyps and vocal noduls. *The Journal of Bioscience and Medicine*, 2(3).

Kasper, C., et al., (2011). Voice handicap index and voice-related quality of life in small laryngeal carcinoma. *Eur Arch Otorhinolaryngol*, 268: 401-404.

Krejović-Trivić, S., Milovanović, J., Milovanović, A., Trivić, A. i sar. Procena telesnog oštećenja kod vokalnih profesionalaca. *Svet rada*, 13(2): 118-127.

Petrović-Lazić, M. (2015). *Poremećaji glasa kod vokalnih profesionalaca*. Beograd: Naučna knjiga.

Petrović-Lazić, M., Jovanović-Simić, N., Šehović, I., Čalasan, S. (2016). Uticaj zamora na akustičke karakteristike glasa kod vokalnih profesionalaca. *Biomedicinska istraživanja*, 7(1): 6-10.

Poplašen, D. (2014). Vokalni noduli ili čvorići na glasnicama – profesionalna bolest. *Sigurnost*, 56(3): 261-263.

Seth, M. et al. (2008). Treatment Responsiveness of the Singing Voice Handicap Index. *Laryngoscope*, 9: 1705-1709.

Stanković, P. (2004). Osnovi fonijatrije. U: Radulović, R., ed. *Otorinolaringologija sa maksilofacijalnom hirurgijom*. Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu, 189-198.

Stemple, J. C. (2000). *Holistic Voice Therapies*. In: Stemple, J. C., ed. *Voice Therapy: Clinical Studies*. 2nd ed. San Diego: Singular, 33-96.

Mila Bunijevac
College of Social Work, Belgrade

REHABILITATION TREATMENT OF PATIENTS WITH DYSPHONIA

Summary

The voice implies the most diverse sounds produced in a human phonator organ. It is a picture of one person's personality, their health, psychic and emotional state. Causes of voice impairment can be internal and external. If a person has been exposed for an extended period of time, some of these factors may lead to hoarseness (dysphonia). Hoarseness is a disorder of the voice that represents any deviation from its normal features of height, intensity and quality. It can occur in children and adults. Vocal difficulties can affect communication and social integration, which negatively affects the patient's mental state, that is, his quality of life. Treatment is multidisciplinary, ie it involves medical, phoniatic and psychological-social rehabilitation. Phoniatic rehabilitation is performed by applying immediate vocal rehabilitation, the initial step of which is to provide vocal hygiene guidelines. Vocal rehabilitation is an effective method used in voice disorders and seeks to change the way voice is produced. It involves relaxation of the head and neck and shoulder with breathing exercises, digital manipulation (digital larynx compression), and phonation of explosive consonants, while simultaneously eliminating hyperkinesia at the level of the voice generator and hard attacks. The goal of vocal rehabilitation is to improve or restore the voice of the patient, to be able to use it adequately for their professional and social needs, which will positively affect their quality of life.

Keywords: voice, voice disorders, hoarseness, healing, vocal rehabilitation, quality of life

Mirna Zelić¹,
Zavod za psihofiziološke poremećaje i govornu patologiju
"Prof. dr Cvetko Brajović", Beograd

Pregledni rad

ULOGA SISTEMSKE PORODIČNE PSIHOTERAPIJE U REHABILITACIJI AFAZIJA

Apstrakt: Afazija nastaje kao posledica moždanog udara ili neuroloških oboljenja, tumora i trauma mozga i karakteriše je različit stepen neurolingvističkog deficita. Često se zanemaruje činjenica da ljudi sa afazijom imaju multimodalni oblik poremećaja komunikacije i samim tim narušenu dinamiku dotadašnjeg života. Afazija je oboljenje jednog člana porodice koje nosi sa sobom spektar simptoma i značajno utiče na funkcionisanje porodice kao sistema. Rani afaziološki tretman se svodi na dijagnostiku govorno jezičkog statusa, funkcije gutanja i terapijskih medicinskih procedura. Porodica kao sistem se stavlja pred izazov promena koje dovode do kriza i disfunkcije sistema. Afazija menja strukturu porodice, uloge i granice. Oboleli član gubi samopoštovanje, menja sliku o sebi, nesiguran je, anksiozan i evidentne su promene u fizičkom izgledu i u sposobnostima. Cilj porodične psihoterapije je pomeranje iz krizne situacije porodice u novu normalu u kojoj su zadaci obolelog integrisani u svakodnevnu rutinu. Proširenje fokusa rada od same afazije do porodičnog sistema predstavlja sveobuhvatan pristup rehabilitaciji.

Ključne reči: afazija, rehabilitacija, porodična psihoterapija, logopedija, porodica

Uvod

Afazija nastaje kao posledica moždanog udara ili neuroloških oboljenja, tumora i trauma mozga i karakteriše je neurolingvistički deficit. Afazija obično zahvata više modaliteta jezičke funkcije: usmeni govor, razumevanje, pisanje, čitanje, kao i gestovni govor pa je prema tome multimodalni oblik poremećaja komunikacije. Glavni etiološki faktori afazije su: cerebrovaskularna oboljenja, traumatske povrede mozga, zapaljenska oboljenja CNS-a, intrakranijski tumori, progresivne bolesti CNS-a, intoksikacije, metabolički poremećaji, nutritivni poremećaji².

¹ mirnabzelic@gmail.com

² Vuković M. (2003) Tretman afazija, Beograd, Zavod za udžbenike i nastavna sredstva

Najčešći uzrok jeste cerebrovaskularni insult. Osim što se radi o oboljenju sa izuzetno visokim stepenom smrtnosti ono donosi i visok stepen invaliditeta i smatra se da tek jedna polovina preživelih može da se vrati aktivno svom poslu.

Ostali zahtevaju dodatnu negu porodice, staratelja. Po statističkim podacima SAD-a svake godine moždani udar dobije 795.000 ljudi, a trenutno čak 4.5 miliona ljudi u SAD živi sa posledicama moždanog udara. (preuzeto 20. septembra 2019. sa www.stroke.org)

Nakon cerebrovaskularnog insulta (CVI) osoba se bori sa fizičkim i psihičkim posledicama. Posledice mogu biti umor, osećaj iscrpljenosti, manjak samopouzdanja i osećaj krivice, nutritivni poremećaji, poremećaji spavanja, problemi seksualnosti, anksioznost, suicidalne misli. Depresija se sve češće pominje kao vodeći pratilac osoba sa afazijom nakon moždanog udara. (Jovanović, 2016)

Afazija kao oboljenje jednog člana porodice nosi sa sobom čitav spektar simptoma i utiče na funkcionisanje porodice kao sistema. Uglavnom se moždani udar desi iznenada, bez konkretne najave i mogućnosti pripreme tako da postane direktan atak na porodicu³.

Rani afaziološki tretman je ograničen na dijagnostiku funkcije gutanja i medicinske terapijske procedure vezane za ovaj važan egzistencijalni problem. Kasnije, na ambulantni afaziološki tretman, osobe sa afazijom, a u pratnji članova porodice ili staratelja, dolaze nakon hospitalizacije u specijalizovanim bolnicama, uglavnom dve do tri nedelje nakon moždanog udara ili traume, operacije.

Porodica i oboleli član su zbunjeni događajem i nemaju uvid u dalju organizaciju kako rehabilitacije tako ni uvid u prognoze oporavka.

Rehabilitacija afazije traje minimum 6 meseci i u tom periodu, koji se smatra i fazom spontane restitucije jezičkih i kognitivnih funkcija, oporavak se najviše primećuje ali se i zahteva najveće angažovanje porodice. U tom vulnerabilnom periodu se podrazumeva podrška ostalih članova obolelom članu te organizacija rehabilitacije koja u sebi sadrži i elemente naizgled jednostavnih ali izuzetno iscrpljujućih aktivnosti poput dovoženja obolelog člana minimum dva puta nedeljno (kod logopeda, psihijatra, psihologa, na fizikalnu terapiju) preko menjanja vrste komunikacije (od verbalne do augmentativne), do uvođenja posebne vrste režima ishrane i rešavanja administrativnih obaveza poput bolovanja, invalidske penzije i slično.

Sve ovo doprinosi slici porodice koju bolest člana čini disfunkcionalnom. Disfunkcionalna porodica je porodica koja nema kapacitete da pronadje efikasan način za pronalaženje rešenja⁴.

Svaka porodica ima svoju homeostazu i dinamiku i rutinu kojom je održava. To porodici kao sistemu omogućava adaptacije na različite promene⁵.

Kada se desi afazija menja se struktura porodice, uloge i granice. Oboleli član gubi samopoštovanje, menja sliku o sebi i to dovodi do nesigurnosti, anksioznosti, promena u fizičkom izgledu i u sposobnostima.

Situacija se usložnjava ukoliko je oboleli član imao značajnu ulogu u finansijskom doprinosu porodici, važnu ulogu u donošenju odluka. Tada se porodica bori sa brigom i stresom ne samo oko nege i podrške obolelom članu već ima egzistencijalnih problema. Socijalna davanja su često nedovoljna čak i ako porodica ima pravo na njih.

Frustracija zbog nemogućnosti verbalne komunikacije dovodi do depresije i ljutnje. Osobe sa afazijom se umaraju lako i brzo te ispoljavaju ekstremne emotivne fluktuacije i mogu imati neadekvatne emotivne odgovore u određenim situacijama. Česti su osećanja krivice i stida i odgovornosti zbog zahteva samog oboljenja i uticaja na ostale članove porodice i zavisnosti od njih. U okvirima porodičnog savetovanja i psihoterapije se naglašava rad na komunikaciji.

Rad na komunikaciji svih članova porodice podrazumeva da im pomažemo da konstruktivno komuniciraju o bolesti i rehabilitaciji. Razvijaju empatiju, veštine slušanja i uzimaju u obzir mišljenje ostalih članova porodice. Porodicu upućujemo da treba otvoreno da priča o bolesti i posledicama koje nosi ali naglašavamo i da razgovori o bolesti ne treba da budu dominantni u svakodnevnom životu.

Porodična podrška podrazumeva da se shvati da svaki član porodice treba drugačiju vrstu podrške, neko želi praktičnu pomoć, neko da ga ostali saslušaju, a neko želi da ga ostali članovi vide kao jakog i kapacitetnog da se suoči s problemom. Potrebno je učiti kakvu vrstu podrške koji član traži i dati je kad je potrebna. Važno je naglasiti članovima da ne mogu čitati misli i znati šta je kome potrebno. Visok nivo stresa ostalih članova u porodici obolelog može dovesti do pogoršanja situacije i dodatno opteretiti odnose.

Dobro je za porodicu da imaju i informacije o podršci van njihovog kruga, o mreži socijalne podrške. Ponekad je važno samo da znaju da im i to može biti na raspolaganju. Mreža socijalne podrške obuhvata širi krug od porodičnog, kolege na poslu, ustanove socijalne zaštite, udruženja građana koja se bave pružanjem podrške grupama ljudi sa određenim problemom.

Potrebno je pomoći porodici da integriše zahteve obolelog člana u dnevnu rutinu. Pomoći ćemo porodici da uspostavi koordinaciju i organizaciju različitih potreba svakog ponaosob i da ih uskladi sa potrebama obolelog.

Svaki član porodice uključen u oporavak obolelog člana mora voditi računa o svom fizičkom i mentalnom zdravlju, imati vreme samo za sebe, za vežbanje, šetnju i ostalo što ga čini zadovoljnim.

³ Englewood C. (1982) *A survey of adult aphasia*

⁴ Miljković, M., Srna, J. i Mićović, R. (1997) *Porodična terapija*, Beograd, Centar za brak i porodicu

⁵ Goldner Vukov Mila (1988) *Porodica u krizi*, Beograd, Medicinska knjiga

Zaključak

Značaj porodične terapije u kompletnoj afaziološkoj rehabilitaciji je da iz “kriznog štaba porodice” pomerimo funkcionisanje u novu “normalu” u kojoj zadaci vezani za obolelog člana integrisani u svakodnevnu rutinu. Činjenica koje članovi porodice afazičnog člana moraju biti svesni jeste da ovakva porodica ne može biti ono što je bila pre oboljenja ali može postaviti nove okvire funkcionisanja.

Porodična psihoterapija se preporučuje kada članovi porodice imaju različite strategije suočavanja sa stresom i ne mogu naći zajednički jezik; kada se jedan ili više članova porodice povlači u sebe; kada jedan ili više članova ispoljava anksioznost, bes, ljutnju, depresiju; kad je porodica zaglavljena u kriznoj fazi.

Ukoliko u porodici članove čine deca potrebno je na adekvatan način uključiti ih u porodične promene i davati im informacije i uključivati ih u zadatke kako se ne bi osetili zapostavljenim. Kada su deca u pitanju, uvek gledamo njihov interes u celoj situaciji.

Literatura

American Heart Association, Heart disease and stroke statistics—dostupno na www.stroke.org

Englewood C. (1982) *A survey of adult aphasia*

Goldner Vukov Mila (1988) *Porodica u krizi*, Beograd, Medicinska knjiga

Jovanović A. (2016) *Psihički poremećaji nakon ishemijskog moždanog udara*, Univerzitet u Novom Sadu, Medicinski fakultet

Miljković, M., Srna, J. i Mićović, R. (1997) *Porodična terapija*, Beograd, Centar za brak i porodicu

Vuković M. (2003) *Tretman afazija*, Beograd, Zavod za udžbenike i nastavna sredstva

Mirna Zelić,

Institute of Psychophysiological Disorders and Speech Pathology

“Prof. Dr. Cvetko Brajović”, Belgrade

THE ROLE OF SYSTEMIC FAMILY PSYCHOTHERAPY IN REHABILITATION OF APHASIA

Summary

Aphasia occurs as a consequence of stroke or neurological diseases, tumors, and brain trauma and is characterized by varying degrees of a neurolinguistic deficit. The fact that people with aphasia have a multimodal form of communication disorders and thus the disturbing dynamics of life so far is often overlooked. Aphasia is a disease of one family member that carries with it a spectrum of symptoms and significantly affects the functioning of the family as a system. Early aphasiological treatment is reduced to the diagnosis of speech-language status, swallowing function, and therapeutic medical procedures. The family as a system is challenged by changes that lead to crises and system dysfunction. Aphasia changes family structure, roles, and boundaries. The diseased member loses self-esteem, changes his image of himself, is insecure, anxious and changes in physical appearance and abilities are evident. The goal of family psychotherapy is to move from the crisis situation of the family to a new normal in which the tasks of the patient are integrated into the daily routine. Extending the focus of work from aphasia to the family system is a comprehensive approach to rehabilitation.

Keywords: *aphasia, rehabilitation, family psychotherapy, speech therapy, family*

PRIMENA VOCASTIM MASTER APARATA U REHABILITACIJI GOVORA I GLASA

Apstrakt: VocaSTIM Master je jednokanalni terapijski uređaj za elektrostimulaciju. Raspolaže niskofrekventnim i srednjefrekventnim formama struje. Ono što ovaj aparat razlikuje od drugih jeste, između ostalog, dijagnostika stepena oštećenja pregledane jedinice. VocaSTIM Master je aparat kojim se vrši elektrostimulacija mišića vrata i lica. VocaSTIM Master je koncipiran za terapiju putem stimulacije strujom (poboljšanje cirkulacije, mobilizacija i stimulacija malih mišića, jontoforeza, vežbe fonacije) i dijagnostiku putem stimulacije strujom (Faradejevo ispitivanje pobuđivanja, testiranje srednjom frekvencijom prema dužini, količnik prilagođavanja). Elektroterapeutski tretman kod pareza larinksa, afazija, disfazija i dizartrija po pravilu se sastoji iz dva dela: zagrevanja mišića koji treba da se podvrgnu elektrostimulaciji i neuromišićne elektrofonatorne stimulacije ili neuromišićne elektroartikulacione stimulacije (NMEPS/NMEAS). Dijagnostiku i terapiju aparatom izvodi logoped (neurolog, fizijatar, fizioterapeut) koji je obučen za rukovanje VocaSTIM Master uređajem, ali isto tako terapija može timski da se odredi. Praksa je pokazala da VocaSTIM Master uređaj daje odlične rezultate kod pacijenata sa dijagnozom disfagije, dizartrije, afazije, disfazije, kod pacijenata sa lošom oralnom praksijom, kod različitog stepena salivacije i slično.

Ključne reči: *VocaSTIM Master, elektrostimulacija, disfagije*

Uvod

VocaSTIM Master je jednokanalni terapijski uređaj za elektrostimulaciju. Raspolaže niskofrekventnim i srednjefrekventnim formama struje. Ono što ovaj aparat razlikuje od drugih jeste dijagnostika stepena oštećenja pregledane jedinice. Na taj način aparat daje informaciju o sposobnosti prilagođavanja (akomodaciji) pregledane jedinice nerv-mišić, a time i o njenom stepenu oštećenja. VocaSTIM Master je aparat kom se vrši elektrostimulacija mišića vrata i lica.

U ortopedskoj i neurološkoj rehabilitaciji VocaSTIM Master aparat je priznat i široko se primenjuje u terapijske svrhe. Kaže se da se moderna

¹ torbicasvetlana@yahoo.com

fizikalna terapija ne može zamisliti bez nekog oblika elektrostimulacije. Važno je istaći da se ovim aparatom prvi put dobija koncept aparata kod koga možemo da radimo i elektrodijagnozu i elektroterapiju. Drugim rečima, aparatom može vrlo jednostavno da se kvalitativno i kvantitativno odredi stanje funkcionalnosti nervno-mišićnog sistema, kao i da elektroterapijom može ciljano da poboljša različita patološka stanja. Koncept uređaja se svojim najvećim delom zasniva na dugogodišnjem praktičnom iskustvu i rezultatima istraživanja profesora Pahn².

Opis i primena

U zavisnosti od forme struje i izbora parametara u koje spadaju oblik impulsa, trajanje impulsa, vreme pauze između kontrakcija, frekvencija, intenzitet, elektroterapijom mogu ciljano da se izazovu najrazličitija dejstva u području koje treba da se tretira: ublažavanje bola, pospešivanje pokretljivosti, relaksacija mišića i otklanjanje grčeva, zatim stimulacija mišića radi razvijanja/održavanja mišića (npr. tretman atrofije mišića), stimulacija nerava radi senzomotoričke regeneracije kod perifernih i centralnih paraliza, kao i jontoforeza radi sprovođenja unosa lekova u tkivo. VocaSTIM Master je koncipiran za sledeće primene: terapija putem stimulacije strujom (poboljšanje cirkulacije, mobilizacija i stimulacija malih mišića, jontoforeza, vežbe fonacije) i dijagnostika putem stimulacije strujom (Faradejevo ispitivanje pobuđivanja, testiranje srednjom frekvencijom prema dužini, količnik prilagođavanja).

VocaSTIM Master aparat nudi programe za dijagnostiku putem stimulacije strujom. Terapija VocaSTIM-om se prepisuje uključivanjem već memorisanih i preporučenih programa tretmana, međutim, ovaj aparat nudi i mogućnost da se memoriše do dvadeset pet individualizovanih programa. Isto tako, postoji mogućnost da se specifične forme tretmana za određene pacijente mogu snimiti na vocaCARD. Uređajem i njegovim funkcijama upravlja mikroprocesor. Procesor neprekidno konroliše najvažnije komponente i sprečava pogrešno rukovanje uređajem. Važno je napomenuti da VocaSTIM Master odgovara i ispunjava sve aktuelne standarde bezbednosti (EZ-direktiva 93/42/EEC o medicinskim instrumentima i označen je CE oznakom).

U ovom radu ćemo izdvojiti tri struje kojima mogu da se stimulišu mišići VocaSTIM Master aparatom. Galvanska struja, to je jednosmerna struja koja sa konstantnom energijom protiče kroz tkivo. Ona se pretežno primenjuje za pospešivanje prokrvljenosti i ublažavanje bola kao i za jontoforezu. Zatim, niskofrekventne impulsne struje, to su struje ispod 1000Hz. Ove struje se upotrebljavaju za klasično pospešivanje prokrvljenosti i imaju funkciju analgetika kada relaksiraju mišiće. Ovoj grupi struja pripadaju T/R(ekspozicionijalna) i FaS(Faradejeva granična struja) koje su struje dokazano pogodne za stimulaciju

nerava i mišića. Srednje frekventne struje su naizmenične struje koje nastaju superpozicioniranjem bazne frekvencije (2-9,5KHz) modulacionom frekvencijom (0-250Hz). Nasuprot klasičnoj interferentnoj struji kod ovih srednje frekventnih struja to superpozicioniranje ne dolazi tek u tkivu pacijenta već se formira u samom uređaju.

Pored ostalih parametara doziranja (oblik impulsa, trajanje impulsa, trajanje pauze, frekvencija, trajanje tretmana, interval tretmana) kod elektroterapije važna uloga pripada izboru jačine struje. Izbor jačine struje ne može da usledi primarno prema vrednostima mA (mili Amperi) na samom uređaju, pošto se uslovi za elektroterapiju veoma razlikuju u zavisnosti od regije koja treba da se tretira, postavljanja elektroda, stepena težine lezije, osetljivosti pacijenata na struju kao i od drugih brojnih faktora. Izbor intenziteta struje se određuje prema osećaju pacijenta na struju ili/i prema jačini reakcije mišića. Iz tog razloga u elektroterapiji se pravi razlika između senzibilnih i motornih graničnih vrednosti³.

Elektroterapeutski tretman kod pareza larinksa, afazija, disfazija i dizartrija po pravilu se sastoji iz dva dela: zagrevanja mišića koji treba da se podvrgnu elektrostimulaciji i neuromišićne elektrofonatorne stimulacije ili neuromišićne elektroartikulacione stimulacije (NMEPS/NMEAS).

Zašto je uređaj VocaSTIM Master privlačan za logopedsku rehabilitaciju?

Kako je primena tehnologije sve korisnija u različitim segmentima rehabilitacije, tako je konačno dostupan aparat za elektrostimulaciju mišića vrata i lica koji su posebno važni za govor. VocaSTIM Master ima najširu primenu kod pareza larinksa. Takođe, rehabilitacija se sprovodi kod pacijenata kod kojih je dijagnostikovana afazija, disfagija, dizartrija, disfazija, zatim kod oštećenja različitih nerava koji učestvuju u govoru.

Terapija pomoću VocaSTIM Master uređaja

VocaSTIM Master uređaj ima dvanaest učitanih programa. Ovi programi su podeljeni prema dijagnozi pacijenta: n. Recurrens, n. Laringeus, Afazija, Disfazija, Dizartrija, Disfagija, n. Trigeminus, n. Facialis, n. Glossopharyngeus, n. Vagus, n. Accessorius i n. Hypoglossus.

Ukoliko kod pacijenta postoji neka od gore pomenutih dijagnoza, smatra se da je pacijent potencijalni kandidat za elektrostimulaciju VocaSTIM Master aparatom. Dijagnostiku i terapiju aparatom radi logoped (neurolog, fizijatar, fizioterapeut) koji je obučen za rukovanje VocaSTIM Master uređajem, ali isto tako

³ Low, J., & Reed, A. (2000). *Electrotherapy Explained. Principles and Practice*. Oxford, Butterworth Helnmann; Martin, R. (2000). *Electroterapia en fisioterapia*. Madrid, Editorial Medica Panamericana; Stuernagel, O. (1998). *Skripten zur Elektrotherapie Band II. Praxis in Frage und Antwort. Nieder-Frequenz, Mittelfrequenz/Interferenz*. Boppard.

² Pahn, J., & Pahn, E. (2000). *Die Nasalierungsmethode*, Verlag M. Oehmke, Rostock.

terapija može timski da se odredi. U zavisnosti od opšteg stanja pacijenta, lezije, odnosno dijagnoze i sličnog, zavisi i koliko će se terapija preporučiti. Najčešće se rade tri serije od po trideset terapija.

Osnova i koncepcija terapije pareze larinksa putem neuro-mišićne elektro-fonatorne stimulacije (nmeps)

Pod parezom larinksa se podrazumeva pareza n. Recurrens-a. Često se zaboravlja oštećenje n. Laryngeus superior, n. Hypoglossus, zatim na oštećenje senzorne grane larinksa i ulogu senzibiliteta za glasovno-govorne elemente u auditivnom i motornom području. To se dešava zbog teške i adekvatne dijagnostike zbog nepristupačnosti. Za dijagnostiku i određivanje najefikasnije terapije može da posluži indirektna laringoskopija. Ukoliko iz nekog razloga pacijent ne može da ide na laringoskopiju, postoji još nekoliko načina da se odredi adekvatna terapija strujama. Recimo, pregled fonijatra kao i pažljiva opservacija i opis glasa pacijenta. Nakon urađenih pregleda donosi se konačna odluka o vrsti elektrostimulacije. Ciljevi terapije VocaSTIM Master uređajem kod pareze larinksa bili bi: regeneracija motorike i senzomotorike, regulacija glasa, održavanje muskulature u smislu da ne dođe do atrofije zbog njihovog ne korišćenja, zatim održavanje i regeneracija nerava, izbegavanje fibroze kapsule aritenoidne hrskavice, obnavljanje kondicije kao i održavanje i povećanje senzibiliteta u auditivnom i kinemotoričkom polju⁴. Rezultati istraživanja⁵ pokazuju da kod pacijenata sa unilateralnom paralizom larinksa, nakon tri meseca primene VocaSTIM Master uređaja, dolazi do značajnog poboljšanja vokalnog kvaliteta, upoređujući ga sa konvencionalnim načinom vokalne terapije.

Autori⁶ navode da, nakon hirurške intervencije uklanjanja polipa na glasnica, neuromuskularna elektrofonatorna stimulacija larinksa pomoću aparata

⁴ An Gompel, J. (2001). Neuromusculaire Elektrofonatoire Stimulatie (NMEFS) ~ijaschrift voor Logopedie & Audiologie, (31)-3; Neumann, H. J., Hamelmann, W. H., & Timmermann, W. (2001). Intraoperatives neurophysiologisches Monitoring des Nervus recurrens. *Deutsches Ärzteblatt Jg. 98/Heft 17*; 27, 1129-1133 Deutscher Ärzte-Verlag GmbH Köln; Pahn, J., & Pahn, E. (2000). Die Nasalerungsmethode, Verlag M. Oehmke, Rostock.

⁵ Dahl, R., & Witt, G. (2006). Analyse von Stimmparametern nach konservativer Behandlung von Larynxparesen mit konventioneller Stimmübung oder neuromuskulärer elektrophonatorischer Stimulation. *Folia Phoniatri Logop* 58:415-426; Medina, L. F., Ramírez, A., & Obando, G. (2010). Utilización del vocaSTIM en el Electrodiagnóstico y la Electro-estimulación de la Musculatura Estriada Deglutoria y su aplicación Terapéutica en la Disfagia. Publication in progress; Ptok, M., & Strack, D. (2008). Electrical stimulation-supported voice exercises are superior to voice exercise therapy alone in patients with unilateral recurrent laryngeal nerve paresis: results from a prospective, randomized clinical trial. *Muscle Nerve* 38:1005-1011.

⁶ Иванович, К. А., Леонидовна, К. Н., Георгиевна, Р. С., Геннадиевич, П. О., Владимировна, Л. Е., Сергеевич, J. В., Игоревна, К. Д., & Викторович, Е. О. (2012). Способ лечения хронического отечно-полипозного ларингита враннем послеоперационном периоде. *Федеральная служба интеллектуальной собственности*. RU 2 467 774 C1. https://old.stgma.ru/kafedra/fizio/_tokil.dok.

VocaSTIM Master pomaže u obnavljanju vokalne funkcije. Rezultati ovog istraživanja su pokazali da upotreba VocaSTIM Master uređaja dovodi do normalizacije kliničko-funkcionalnog stanja larinksa, ubrzavanja procesa regeneracije i reparacije postoperativne regije i sprečavanja pojave vibracija ventrikularnih nabora i hipotoniju mišića.

Osnova i koncepcija terapije kod disfagija, afazija, disfazija i dizartrijske neuromišićne elektro-artikulatione stimulacije (nmeas)

Od davnina se kod pareze facijalisa koristi elektroterapija, ali bez uzimanja u obzir i merenja količnika prilagođavanja (akomodacije), kao i zbog nemogućnosti svakodnevnih elektrostimulacija. Loš kontinuitet u primeni terapije kao i neuzimanje u obzir količnika akomodacije, mogu da budu uzrok lošeg uspeha terapije ili izostajanje istog. Pareze koje dovode do disfagija i dizartrijske mogu da budu prouzrokovane kako periferno, tako i centralno. Periferna oštećenja ovih moždanih nerava su pristupačna za merenje prilagođavanja, a centralna često tek u fazi oporavka tj. regeneracije. Uzrok tome bi mogao da bude u nedostatku ili oštećenju senzornih i motornih jezgara. Ovim se zaključuje da je sensorika od izuzetne važnosti. U prvom planu tokom elektrostimulacije treba da se uzmu u obzir sledeće konsekvence: poznato je da se sluzokože teže i sporije regenerišu, međutim, elektrostimulacija ranije dovodi do povoljnih rezultata; karakteristike struje moraju stalno iznova da se usklađuju sa stanjem regeneracije; kod jednog pacijenta istovremeno oštećenje može da bude i teško i lako zbog toga se struje koje se koriste u stimulaciji moraju podesiti prema najtežem oštećenju, da se zbog zamora ne bi ometala regeneracija. Elektrostimulacija mora da se vrši nekoliko puta dnevno⁷.

Disfagija i VocaSTIM Master

Posebnu pažnju u tretmanima stimulacije strujama imaju pacijenti sa dijagnozom disfagije. Poremećaj gutanja predstavlja vrlo zahtevno i kompleksno oštećenje. Isto tako protokol rehabilitacije mora da bude pažljivo definisan kako opšti protokol tako i personalizovani u odnosu na potrebe pacijenta. VocaSTIM Master aparatom dobija se mogućnost bržeg oporavka pacijenta i samim tim vraćanje funkcije gutanja u najbolju formu. Preporuka je da se pored elektrostimulacija tačno definisanih mišića rade i druge tehnike koje pomažu kod disfagija (masaža sondama ili vibracionim četkicama svih aktera gutanja do kojih je moguće doći preko oralne regije).

⁷ Böhme, G. (1997). Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schluckstörungen, Band 1, Klinik, 3. Auflage, Fischer, G.; Lutz, L. (1992). Das Schweigen verstehen, Springer; Ramachandran, V. S., & Blakeslee, S. (2001). Die blinde Frau, die sehen kann, Rowohlt.

Rezultati sprovedenog istraživanja⁸ ukazuju na to da se funkcija gutanja značajno poboljšava kombinacijom tretmana pomoću VocaSTIM Master uređaja i tretmanom disfagija. Kombinacijom ova dva načina postižu se najbolji efekti terapije.

Studije pokazuju da neuromuskularna elektrofonatorna stimulacija koja se kombinuje sa tretmanom gutanja, može poboljšati funkciju gutanja i redukovati pojavu infekcije pluća kod pacijenata sa dijagnozom disfagije, nakon akutnog ishemičnog insulta⁹.

Istražujući efekte tretmana elektrostimulacijom, zaključeno je da kod pacijenata sa disfagijom, nakon akutnog ishemičnog insulta, kombinacijom tretmana niskofrekventne elektrostimulacije i tretmana gutanja, dolazi do značajnog se poboljšanja kapaciteta gutanja i postizanja boljih efekata, u odnosu na to kada su pacijenti uključeni samo u tretman gutanja¹⁰.

Stimulacija strujom ne sme da se koristi kod lečenja: zapaljenskih oboljenja praćenih temperaturom, u trudnoći, pacijenata sa pejsmejkerom ili drugim implantiranim stimulatorima, malignih tumora, spastičnih paraliza, defekata kože u predelu gde se postavljaju elektrode (predeo tretmana), implantanata sa metalnim delovima u predelu tretmana (elektrode), epilepsija. Pre početka terapije savetuje se pregled neurologa i EEG snimak. Kao što je već navedeno, po potrebi se uključuju i drugi specijalisti (kao npr. ORL specijalista).

Zaključak

Elektrostimulacija mišića lica i vrata koja se vrši VocaSTIM Master aparatom bi trebalo da bude protokolarna vrsta terapije u rehabilitaciji mnogih govorno-jezičkih poremećaja. Uglavnom kada se pomisli na ovakvu vrstu tretmana smatra se da je ona primenljiva samo kod odraslih pacijenata, međutim, elektrostimulacija se uspešno sprovodi i kod beba i dece. Praksa je pokazala da VocaSTIM Master uređaj daje odlične rezultate kod pacijenata sa lošom oralnom praksijom, kod različitog stepena salivacije i sličnog. Eminentne svetske asocijacije koje se bave poremećajem gutanja bez kompromisa uvode i elektrostimulaciju u proces rehabilitacije.

⁸ You-xia, S., Zhi-hong, L., Ya-xiong, G., Liang-heng, W., Xian-wen, L. V. (2013). Therapeutic Effect of Vocastim-Master Therapy Combined with Swallowing Training on Dysphagia after Cerebral Infarction. *Practical Clinical Medicine*, 14 (07): 9-11.

⁹ Yuan, H., Yu, L. J., Xie, S., Zha, Y., Deng, B. Q., & Wu, T. (2018). Effectiveness of neuromuscular electrical stimulation combined with swallowing training for dysphagia after acute ischemic stroke. *Academic Journal of Second Military Medical University*, 39(9):1052-1055.

¹⁰ Zhu, Z. Z., Cui, L. L., Yin, M. M., Yu, Y., & Wang, H. T. (2015). Effects of swallowing training combined with low-frequency electrical stimulation on dysphagia after ischemic stroke. *Chinese Journal of Contemporary Neurology and Neurosurgery*, 15(4): 285-289.

Literatura

An Gompel, J. (2001). Neuromusculaire Elektrofonatoire Stimulatie (NMEFS) ~ijaschrift voor Logopedie & Audiologie, (31)-3.

Böhme, G. (1997). Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schluckstörungen, Band 1, Klinik, 3. Auflage, Fischer, G.

Dahl, R., & Witt, G. (2006). Analyse von Stimmparametern nach konservativer Behandlung von Larynxparesen mit konventioneller Stimmübung oder neuromuskulärer elektrophonatorischer Stimulation. *Folia Phoniatri Logop* 58:415-426.

Иванович, К. А., Леонидовна, К. Н., Георгиевна, Р. С., Геннадиевич, П. О., Владимировна, Л. Е., Сергеевич, J. В., Игоревна, К. Д., & Викторович, Е. О. (2012). Способ лечения хронического отечно-полипозного ларингита враннем послеоперационном периоде. *Федеральная служба по интеллектуальной собственности*. RU 2 467 774 C1. https://old.stgma.ru/kafe-dra/fizio/_tokil.dok

Low, J., & Reed, A. (2000). *Electrotherapy Explained. Principles and Practice*. Oxford, Butterworth Helnemann.

Lutz, L. (1992). *Das Schweigen verstehen*, Springer.

Martin, R. (2000). *Electroterapia en fisioterapia*. Madrid, Editorial Medica Panamericana.

Medina, L. F., Ramírez, A., & Obando, G. (2010). Utilización del vocaSTIM en el Electrodiagnóstico y la Electro-estimulación de la Musculatura Estriada Deglutoria y su aplicación Terapéutica en la Disfagia. Publication in progress.

Neumann, H. J., Hamelmann, W. H., & Timmermann, W. (2001). Intraoperatives neurophysiologisches Monitoring des Nervus recurrens. *Deutsches Ärzteblatt Jg. 98/Heft 17; 27*, 1129-1133 Deutscher Ärzte-Verlag GmbH Köln.

Pahn, J., & Pahn, E. (2000). *Die Nasalierungsmethode*, Verlag M. Oehmke, Rostock.

Ptok, M., & Strack, D. (2008). Electrical stimulation-supported voice exercises are superior to voice exercise therapy alone in patients with unilateral recurrent laryngeal nerve paresis: results from a prospective, randomized clinical trial. *Muscle Nerve* 38:1005-1011.

Ramachandran, V. S., & Blakeslee, S. (2001). *Die blinde Frau, die sehen kann*, Rowohlt.

Stuernagel, O. (1998). *Skripten zur Elektrotherapie Band II. Praxis in Frage und Antwort. Nieder- Frequenz, Mittelfrequenz/Interferenz*. Boppard.

You-xia, S., Zhi-hong, L., Ya-xiong, G., Liang-heng, W., Xian-wen, L. V. (2013). Therapeutic Effect of Vocastim-Master Therapy Combined with Swallowing Training on Dysphagia after Cerebral Infarction. *Practical Clinical Medicine*, 14 (07): 9-11.

Yuan, H., Yu, L. J., Xie, S., Zha, Y., Deng, B. Q., & Wu, T. (2018). Effectiveness of neuromuscular electrical stimulation combined with swallowing training for dysphagia after acute ischemic stroke. *Academic Journal of Second Military Medical University*, 39(9):1052-1055).

Zhu, Z. Z., Cui, L. L., Yin, M. M., Yu, Y., & Wang, H. T. (2015). Effects of swallowing training combined with low-frequency electrical stimulation on dysphagia after ischemic stroke. *Chinese Journal of Contemporary Neurology and Neurosurgery*, 15(4): 285-289.

Svetlana Torbica Marinković
Centar za edukaciju Torbica+

THE APPLICATION OF VOCASTIM DEVICE IN SPEECH AND VOICE REHABILITATION

Summary

VocaSTIM Master is one-channel therapy (therapeutic) device for electrical-stimulation. It operates on low frequency and middle frequency current. One thing that makes this device different than others is the diagnostics of the degree of damages per unit. VocaSTIM Master is a device that electro-stimulates face and neck muscles. VocaSTIM Master is designed for the following usage: 1. Electrical therapy stimulation (improvement of circulation, mobilization and stimulation of small muscles, ionoforesis, fonation exercise) 2. The Diagnostics by electrical stimulation (Faraday urging trial, middle frequency testing through length, quotient adjustment). Electro therapeutic treatment at laryngs paresis, aphasia, dysphasia consists of 2 parts: 1. Warming up the muscles which are going to be electro stimulated; 2. Neuromuscle electro foniatrics stimulation or neuromuscle electro articulation stimulation (NPEMS/NMEAS). Diagnostics and therapy with VocaSTIM Master can only be performed by a speech-language therapist (neurologist, physiatrist, physiotherapist) who is educated to operate the Voca STIM device, also therapy can be performed by a group of specialists. Clinical practice showed excellent results in patients with dysphagia, dysarthria, aphasia, dysphasia, in patients with bad oral practice, in patients with different volume of saliva etc.

Keywords: *VocaSTIM Master, electro stimulation, dysphagia*

Nataša Ljubomirović¹,
Institut of Mental Health
College of Social Work

Originalni naučni rad

RESPOND OF HEALTH CARE SYSTEM IN SERBIA TO THE NEEDS OF CHILDREN AND ADOLESCENT

Abstract: The Strategy of development of Mental Health care in Republic of Serbia in 2007, it was stated that 450 million people suffer from mental and behavioral disorders. Therefore, prevention of mental disorders and mental health promotion is essential for every community. The number of diagnosed cases of mental and behavioral disorders (F00-F99) has been growing steadily in the period since 1999. The Children (0-14) and youth (15-24) belongs to vulnerable population. Number of children and young people who have psychological problems or manifest specific psychopathology to this age are growing. The most common psychopathological manifestations are depressive states (including suicides) and behavioral disorders (including substance abuse and delinquent behavior in youth). Specific category is young people in conflict with law. Prevention and care of people with mental health problems in the community in the environment natural is most important thing and complex. So we have to move from conservative care to the mental health problems and instead treatment in hospital to provide prevention and care in the community.

Keywords: *adolescents, behavior problems, suicide, self-injury, community counseling*

Introduction

The Strategy of development of Mental Health care in Republic of Serbia in 2007, it was stated that 450 million people suffer from mental and behavioral disorders. Therefore, prevention of mental disorders and mental health promotion is essential for every community.

Stigma and negative attitudes toward seeking help from professionals are further barriers to professional help seeking. Young people are particularly concerned about being seen as „mental“ by their friends and others, and the stigma of mental illness is associated with less intention to seek help. Friends and family are often consulted first and therefore have a significant role in the pathway to professional services. Parents are particularly important for younger adolescents.

¹ natasa.ljubomirovic@asp.edu.rs

In childhood, parental perception of problems is the starting point for referral to professional services and there is little evidence that children self refer. The capacity for self-referral develops over adolescence as independence and autonomy from parents increase, but parents continue to play significant role particularly until young people are financially independent. In understanding pathways to care it should be recognized that adolescents who are in their early to mid teens are still reliant on adults, particularly parents, to help them recognize the presence of a problem, facilitate access to appropriate help, and model appropriate help seeking behavior. Providing help to children and youth who are under this umbrella of diagnostic category of behavioral disorders, it comes to hospital treatment. Application of the concept of mental health in the community, involves the development of mental health in the community to provide comprehensive treatment and protection of patients in the community where they live. Center for mental health in the community, this concept involves the development, coordination and cooperation with other institutions that are established or already exist.

The important fact is that in the Republic of Serbia low preventive measures, services for youth counseling are weak, no services for youth counseling in the community.

Preventive psychiatry is a public health approach that aims at the prevention of mental illnesses in the framework of primary, secondary and tertiary prevention and promotion of mental health. Mental health and mental disorders have multiple determinants. Therefore preventive strategies need to act on multiple inter-related determinants and strategies need to be multiprolonged. Evidence based interventions for promotion of well being and prevention of mental disorders exist but most of the implemented strategies have focused on mental health literacy and stigma reduction.

Evaluation of preventive interventions needs to be carried out to make these effective in real world situations. It is also important to integrate prevention into clinical practice.

Review of mental health problems in children and adolescents in Republic of Serbia

According to the Institute of Public Health of Serbia Dr Milan Jovanovic-Batut, the number of diagnosed cases of mental and behavioral disorders (F00-F99) has been growing steadily in the period since 1999. The Children (0-14) and youth (15-24) belongs to vulnerable population. Number of children and young people who have psychological problems or manifest specific psychopathology to this age are growing. The most common psychopathological manifestations are depressive states (including suicides) and behavioral disorders (including substance abuse and delinquent behavior in youth). Specific category are young people in conflict with law.

The causes that lead to behavioral disorders and steps towards delinquency are mainly insecure attachment, lack of sensitivity and responsiveness of parents, the lack of positive family influence, destroyed marriages and disharmonious living, learning by model as abuse and neglect, violent behavior.

Important is wider social impacts, the state of anomie society, the end justifies the means, mass media, lack of social cohesion and informal control in the local community, unemployment, examples of successful criminals in the region and the like.

Adolescence specific period is vulnerable by itself, primarily maturing limbic system, which is responsible for emotions, then prefrontal cortex whom achieved control over the behavior (is therefore less impulse control and need to understand more than the already established individuals). We would like to add the huge problem of present life as non suicidal self injury behavior, NSSI.

In recent years, the number of studies investigating NSSI is constantly growing, especially since the NSSI was included in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Studies showed that NSSI serves multiple functions, and in spite of the short-term relief that NSSI can provide, there are long-term negative consequences. It often co-occurs with some mental illnesses, most frequently with depression and anxiety. Help seeking is not a simple process of experiencing psychological distress and seeking help. Although awareness of a problem is a starting point, the symptoms of mental health problems and mental disorders play a smaller role than might expect in prompting help seeking. A wide range of other factors are involved, including appraisal of a problem as something to seek help for, willingness to seek help and social norms that encourage such behavior access to appropriate services and choosing a source of help. Young people are more likely to seek help when they recognize that they have a mental health problems and have the knowledge skills and encouragement to seek help.

Research which was done in 2019, was aimed to identify reasons for NSSI and suicide attempts in adolescents and find out more about their feelings during and after self-injury.

Sample consisted of 50 adolescents aged 11-18 years, who were hospitalized in Inpatient Department for Children and Adolescents in Institute of Mental Health in Belgrade, interviewed by semi structured questionnaire. Some results that we found were:

Suicidal ideation and suicidal attempts without NSSI. Only nine participants 11-17 years old ($M = 13.56$, $SD = 1.81$, 55.6% male) reported suicidal ideation or suicidal attempts, without history of non-suicidal self-injury. Number of suicidal attempts ranges from 4 to 9, majority (55.6%) reported 5 suicidal attempts. Most of them (33.3%) assessed family climate as very good and deny domestic violence (55.6%). Interestingly, there were several options to choose from in order to answer the question about family violence: physical, emotional,

verbal, and none. There are no participants in this category who reported physical or emotional violence, 22.2% reported verbal violence and 22.2% reported violence in more than one listed form, but no isolated physical or emotional violence. Most suicidal participants without history of NSSI reported they rarely sense they belong to their peer group (55.6%). These participants filled in only the first part of the questionnaire, as the other concerned self-injury about which they did not report.

Reasons for suicidal ideation and suicidal attempts and situations in which those ideas are occurring.

We analyzed answers about situations in which suicidal ideation occur and reasons for suicidal attempts. Results showed that we can form three categories of answers: conflicts, unbearable feelings and „without any reason“. Participants reported they think about suicide or try to commit suicide after arguing with their parents (e.g. „conflict with my dad about school“), siblings (e.g. „some argues, when my sister disappointed me“), friends (e.g. „when they (peers) told me I make all kind people suffer“) or partners (e.g. „when my boyfriend left me“). Also, suicidal thoughts occurred when they do not know how to deal with intensive negative feelings and negative self-image – e.g. „I felt guilty because I was born“, „I could not stand that feeling I am not important to anyone“, „I felt so bad“, „Simply depression“, „I felt so lonely“, „It was just too much for me“, „I am so bad that I do not deserve to live“. The last category includes answers like „There is no reason“, or „I don't need a reason“. Some participants refused to answer these questions.

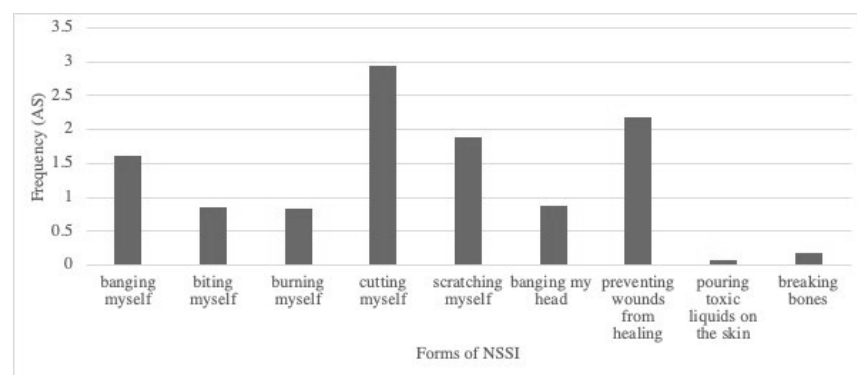
Non-suicidal self-injury. In total, there are 41 participants who reported history of NSSI (ASage = 15.44, SD = 1.76, 82.9% female), most of them (36.6%) are 14 years old. All of them reported suicidal ideation and 73.2% reported suicidal attempts. Number of NSSI ranged from 1 (8.6%) to „too much“ and „stopped counting“ (34.4%). Some participants answered they do not know the number and some of them refused to answer. About 11% reported 20 incidents of NSSI. As far as age of onset (ASage = 13.00, SD = 2.32), most frequent answer was 13 years old (26.8%). Only one participant answered he self-injures in front of family members – all the others (97.6%) answered they self-injure when they are alone. We analyzed qualitative answers to open questions. To start with, we ask “Have you ever sought information about NSSI on the Internet, books or somewhere else and if you have, what did you find about it?”. Answers of those who did seek information about NSSI are mostly referring to the Internet as source of information and can be divided in four categories: search for others, search for understanding, search for help and search for “safe ways”. Search for others refers to the need to connect with those who also self-injure (e.g. “I wanted to know if other people do it too”, “I wanted to read about others' experiences”). Search for understanding refers to

need to understand why they self-injure, what does that mean and how professionals explain it (e.g. “I wanted to realize why I do it”, “I tried to find how doctors explain it”). Search for help refers to a search for ways to calm or disinfect wounds after self-injury (e.g. “trying to find some ways to stop, some ways to help myself”, “just wanted to know how I can deal with wounds after everything”). The last category we named search for “safe ways” refers to seeking information about ways to self-injure that are not so risky (e.g. “how to self-injure and don't die, or don't need to seek help”). It is interesting that some of participants wrote they seek information about „safe“ self-injuring, not because they fear they can kill themselves, but they fear they will have to seek help from someone. Two participants mention famous TV series and book “13 Reasons Why”, about suicide and two participants reported they sought safe way to die.

Reasons for NSSI and situations which were „triggers“ for NSSI. Conflicts and unbearable feelings, as well as in case of suicide attempts, can be listed as dominant reasons for NSSI, but it can be noticed that negative self-image is mentioned more frequently (e.g. „Because I am depressive monster“, „Because I am so stupid and bad“, „When I can't stand myself anymore“, „I hate myself“). Furthermore, punishing oneself is often the reason for NSSI („I wanted to punish myself for everything“, „I wanted to punish myself, so no one else could do that“, „Punishing myself because I deserve it“), as is controlling one's own feelings („In that way I can control the pain“, „It keeps me calm“, „It is much easier to feel physical pain, rather than psychological“). Some participants refused to answer the questions, but there is no category „without any reason“, contrary to reasons for suicidal ideation or suicidal attempts. We analyzed triggers separately from reasons. The most frequent answers are „sadness“, with several detailed descriptions („emptiness“, „sadness for I don't know where it comes from“, „sadness like depression“) and „dark thoughts“. There is one more category of answers which implies that NSSI can evolve into a habit („Sometimes there was no reason, I just got used to doing it“) or way of dealing with positive emotions too („it is not always bad feeling, when I am excited about something I cut myself even then“). Conflicts with parents and peers, negative experiences, stress and panic are some of the triggers, too.

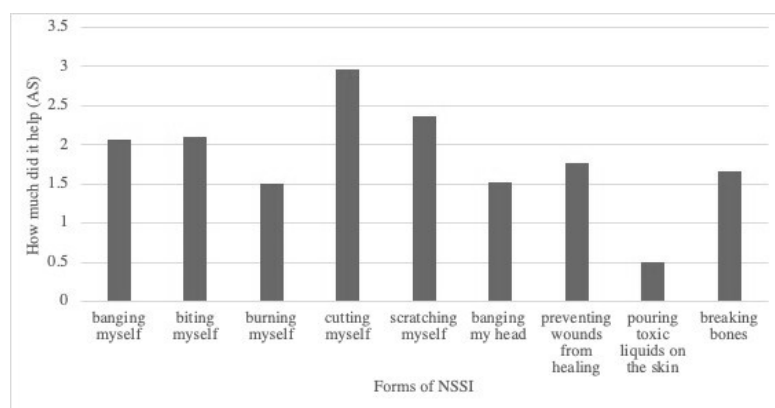
Of all participants who self-injure, 51.3% deny they know someone who self-injures too. Those who do have, reported who those people are – friends (majority), siblings and partners, and all of them self-injure in the same way – cutting.

Forms of NSSI. Questionnaire contains some forms of NSSI which are most frequently mentioned in literature about this phenomenon. In Graph 1 we presented frequency of every NSSI form included in questionnaire. Cutting and preventing wounds from healing are the most frequent forms of NSSI and pouring of toxic liquid and breaking bones are the least frequent ones.



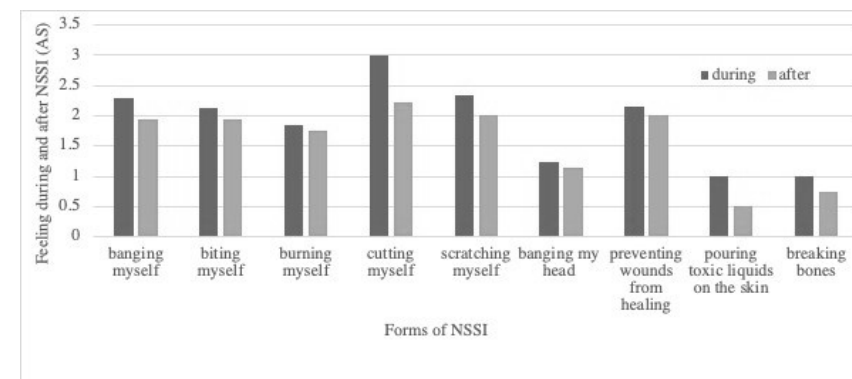
Graph 1 Frequency of certain forms of NSSI
(0-never, 1-rarely, 2-sometimes, 3-often, 4-all the time)

In Graph 2 we presented how much did every NSSI form helped, according to participants. Cutting was the most helpful form of NSSI and pouring toxic liquid on the skin is the least helpful forms of NSSI.



Graph 2 How much did certain forms of NSSI help to feel better
(0-not at all, 1-mostly not, 2-sometimes it helped, 3- mostly it helped, 4-very helpful)

In Graph 3 we presented how did participants feel during and after certain ways of NSSI. It can be noticed that participants felt worse after NSSI, no matter the way they self-injured!



Graph 3 Feeling during and after certain forms of NSSI
(0-very bad, 1-mostly bad, 2-neither bad nor good, 3-mostly good, 4-very good)

Participants also could add form of NSSI which is not listed in questionnaire. Of all participants, three added main symptoms of bulimia and anorexia as forms of NSSI, and one added hair-pulling.

What could help me stop? Probably the most important question was perception of ways to stop with NSSI behavior. Aim of this question was to examine what patients who have these problems think about ways to stop self-injuring. Some participants refused to answer, and some of them wrote they stopped self-injuring or no intervention comes to their mind. Answers of those who wrote their thoughts about stopping self-injuring can be divided into two main categories – functional and dysfunctional ways. Functional can be divided furthermore into two subcategories, social support (e.g. „to talk with my parents“, „support of my parents“, „spend more time with my friends“, „opening up to my friends“, „talk openly with my peers“) and individual work (e.g. “go to psychotherapy”, “learn how to control my anger”, “try not to react so impulsively”). Social support refers to seeking help from people around, parents and friends, which is functional coping mechanism, and individual work refers to personal growth which can also help modify maladaptive forms of behavior. Dysfunctional ways imply irrational absolute „musts“ like changing what they feel (e.g. “to stop feeling bad”, “not to feel what I feel now”, “to stop being so emotional”) or changing/preventing life events (e.g. “less stress”, “preventing negative experiences to happen”). To illustrate fight with herself, one participant aged 14, female, wrote: “I fear to stop self-injury”.

Conclusion

Lack of recognition of mental health problems among young people and their parents is a major „filter“ to help seeking. When young people don't seek help...

Suicidal effect on help seeking thoughts are quite common during adolescence and have been shown to have a significant negating behavior. The mental health problems most commonly experienced by young people depression, anxiety and substance use, similarly act to negate help seeking by increasing social withdrawal and young people preference to keep their distress to themselves. As young people progress through adolescence they have a growing need for autonomy and independence, and increasingly believe they should be able to handle problems themselves.

For our country related to the needs is very important to develop services for youth counseling in the community.

Although, there is no agreed definition of community mental health model, there is a general agreement that the purpose of community mental health model is to shift from the traditional healthcare practice to provide care in the settings where the person with mental illness resides or spends a significant amount of time. Caplan and Caplan (1967) gave following principles of community services such as: responsibility to a defined population, treatment close to the patients home, multidisciplinary team approach, continuity of care, consumer participation, comprehensive services. Thus a community mental health model should be comprehensive enough so as to meet all the needs of persons with mental health problems and their families in the community using community resources. Community mental health model should have following components by Caplan

Focus of positive mental health across the different sections of the community with specific focus on vulnerable and marginalized population. Psycho education of various groups, where persons with mental health problems visit, i.e. religious organizations, self-help groups, faith healers and local bodies, etc., Focus on stigma reduction, rehabilitation services should be the integral component, services should be located at a site, easily accessible linkages with primary health care as well as tertiary care hospitals, social welfare, state legal services authority, protection of human rights of mentally ill persons.

Well-being is complex concept, which refers to optimum psychological functioning and experience. It is multidimensional in its make up holistic in its approach, positive in its outlook and predominantly subjective in its nature. Prevention and care of people with mental health problems in the community in the environment natural is most important thing and complex.

So we have to move from conservative care to the mental health problems and instead treatment in hospital to provide prevention and care in the community.

References:

- Chavan BS, Rozatakar A., Sidana A., *Models of community mental health*. In: Chavan BS, Gupta N, Arun P et al (eds). *Community Mental Health in India*, 1st edition. New Delhi: Jaypee Brothers Medical Publishers (P) Ltd. 2012. p.p. 269 do 80.
- Corrigan PW, Morris SB, Michaels PJ, et al. *Challenging of public stigma of mental illness: a meta analysis of outcome studies*. Psychiatr Serv. 2012;63(10):963-73.
- Crossley, N. : *Contesting psychiatry: Social movements in mental health*; Psychology Press, 2006.
- Davidson, L., Rakfeldt, J., & Strauss, J. : *The roots of the recovery movement in psychiatry: lessons learned*; John Wiley & Sons, 2011
- Demyttenare K, Bruffaerts R, Posada Villa J, et al. *Prevalence, severity and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys*. JAMA. 2004;291(21):2581-90.
- Engel, G. L.: *The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine*. *Journal of Interprofessional Care* (Vol. 4, pp. 37-53), 1989.
- Engstrom, E. J. : *Clinical Psychiatry in Imperial Germany: a History of Psychiatric Practice*; Ithaca & London: Cornell University Press, 2003.
- Љубомировић Н.: *Стрес и млади*. Београд: Задужбина Андрејевић. 2000 75 стр. ISSN 450-801X; 17, ISBN 86-7244-211-3
- Reddy MV, Chandrashekar CR, *Prevalence of mental and behavioral disorders in India: a meta analysis*. Indian J Psychiatry. 1998;40: 149-57
- Sen AK. *Health: perception versus observation*. BMJ. 2002;324(7342):860-1.
- Wollny I, Apps J, Henricson C. *Can government measure family well being*. A literature review. London Family and Parenting Institute, 2010.

Nataša Ljubomirović,
Institut za mentalno zdravlje,
Visoka škola socijalnog rada, Beograd

ODGOVOR ZDRAVSTVENOG SISTEMA U SRBIJI NA POTREBE DECE I ADOLESCENATA

Rezime

U Strategiji razvoja zaštite mentalnog zdravlja Republike Srbije za 2007. godinu navedeno je da 450 miliona ljudi pati od mentalnih bolesti i poremećaja ponašanja. Stoga su prevencija mentalnih poremećaja i unapređenje mentalnog zdravlja od suštinskog značaja za svaku zajednicu. Broj dijagnosticiranih slučajeva mentalnih i poremećaja ponašanja (F00-F99) neprestano raste u periodu od 1999. godine. Deca (0-14) i mladi (15-24) pripada ranjivoj populaciji. Povećava se broj dece i mladih koji imaju psihološke probleme ili manifestuju specifičnu psihopatologiju do ovog uzrasta. Najčešće psihopatološke manifestacije su depresivna stanja (uključujući samoubistva) i poremećaji ponašanja (uključujući zloupotrebu supstanci i delinkventno ponašanje u mladosti). Specifična kategorija su mladi ljudi u sukobu sa zakonom. Prevencija i briga o osobama sa mentalnim zdravljem u zajednici u prirodnom okruženju najvažnija je i najsloženija stvar. Dakle, moramo preći sa konzervativne nege na probleme mentalnog zdravlja i umesto lečenja u bolnici pružiti prevenciju i negu u zajednici.

Ključne reči: *adolescenti, problemi u ponašanju, samoubistvo, samopovređivanje, savetovanje u zajednici*

Ankica Simona Kovačević¹,
Akademija vaspitačko-medicinskih strukovnih studija,
Kruševac, odsek Aleksinac

PROCENA POTREBA ZA PRUŽANJEM DODATNE PODRŠKE DETETU SA SMETNJAMA U RAZVOJU U PRAKSI SOCIJALNOG RADA

Apstrakt: Procenu potreba za pružanjem dodatne podrške detetu sa smetnjama u razvoju vrši Interresorna komisija koju čine četiri stalna člana od kojih je jedan iz sistema socijalne zaštite. Potreba za podrškom pruža se na osnovu individualne procene a u cilju obezbeđivanja pune socijalne inkluzije kako u sistem obrazovanja i vaspitanja, tako i u zajednicu kroz nesmetano napredovanje ka dostizanju kvalitetnijeg života. Cilj ovog rada jeste da analizom sadržaja relevantne zakonske regulative i dostupne literature prikaže ulogu i mesto predstavnika socijalne zaštite u postupku procene. Analize pokazuju da su ključne promene u praksi u radu sa ovom populacijom orijentisane ka tri načela: rana intervencija (stimulacija razvoja), najmanje restriktivno rešenje (dostupnost i mogućnost izbora usluga) i kontinuitet u pružanju usluga. Usmerenost ka ovim načelima u praksi socijalnog rada omogućava adekvatno definisanje i realizaciju konkretne podrške. Uloga socijalnog radnika u proceni potreba za dodatnom podrškom značajna je ne samo u razumevanju postojećih teškoća u razvoju deteta sa smetnjama u razvoju i njihovih porodica, već i u podsticanju i usmeravanju porodica da koriste postojeće usluge kako bi obezbedili što je moguće kvalitetniji život i na taj način omogućili detetu da iskoristi svoje potencijale do maksimuma.

Ključne reči: *procena, socijalni rad, usluge, podrška, inkluzija.*

Uvod

U protekle dve decenije desile su se značajne društvene promene, a ujedno i reforme gotovo svih društvenih sistema koje nisu zaobišle ni sistem socijalne zaštite u Srbiji. Promene u strukturi svakodnevnog života, počev od promena u porodičnim odnosima, sveprisutnost nasilja, porast nezaposlenosti, dostupnost i zavisnost od informacionih tehnologija i dr. uticale su direktno ili indirektno i na praksu socijalnog rada. Da bi što efikasnije zadovoljila potrebe klijenata (u ovom radu fokus je na dečjoj zaštiti) redefinisane funkcije socijalnog rada bile su neophodne a uočljive su i u zakonskim okvirima i podzakonskim aktima.

¹ ankicakovacevic@yahoo.com

Prema Zakonu o socijalnoj zaštiti² osnovna načela na kojima se reforma zasnivala jesu: najbolji interes deteta, najmanje restriktivno okruženje, koncept razumnih napora i koncept stalnosti. Da bi se pružile usluge socijalne zaštite i obezbedio svestrani pristup saradnja sa drugim sistemima i ustanovama, učešće u međusektorskim aktivnostima i multidisciplinarnost postale su imperativ u socijalnom radu. Ovo posebno kada su u pitanju aktivnosti vezane za rad sa decom sa smetnjama u razvoju i njihovim porodicama. Rad se sastoji od tri celine, u prvom delu rada elaborirani su postupci i faze procene, sa posebnim osvrtom na značaj procene potreba za pružanjem dodatne podrške detetu sa smetnjama u razvoju. Želja je da se prikaže zašto je značajna procena i na koji način ona, ukoliko je adekvatna, može da utiče na celokupnu socijalnu inkluziju deteta sa smetnjama u razvoju i omogućiti (ili ukoliko nije valjana oteža) kvalitetniji život cele porodice.

U drugom delu rada analiziraju se ključne promene u praksi u radu sa ovom populacijom koje su orijentisane ka tri načela: rana intervencija (stimulacija razvoja), najmanje restriktivno rešenje (dostupnost i mogućnost izbora usluga) i kontinuitet u pružanju usluga. Usvajanje sistemsko ekološke perspektive bitan je preduslov kako bi se praksa usmerila ka pomenutim načelima a u cilju postizanja najboljih mogućih rezultata.

Treći deo rada naglašava i objašnjava značaj i mesto predstavnika socijalne zaštite u proceni potreba za pružanjem dodatne podrške. Prepoznavanje situacije i problema sa kojima se susreću porodice dece sa smetnjama u razvoju polazna je tačka ka planiranju celokupne podrške, čiji je cilj zadovoljenje osnovnih životnih potreba, postizanje maksimalne samostalnosti deteta i ostanak i očuvanje porodice bez narušavanja kvaliteta života njenih članova.

O proceni

Procena je složeni proces koji podrazumeva sagledavanje trenutne situacije, uočavanje problema i targetiranje resursa. Šta znači procena u oblasti socijalnog rada najpodrobnije je opisao Levin: „Proces sistematičnog prikupljanja podataka o funkcionisanju klijenta i periodičnog praćenja napretka u klijentovom funkcionisanju. Proces odabira i specifikacije problema na koje se usmeravaju intervencije socijalnog rada u okviru sistemske orijentacije osobe-u-okruženju. Pomoću procene identifikuju se i mere i rizici i specifični problemi u ponašanju, kao i faktori zaštite i rezilijencije i određuje se da li je potreban tretman. Informacije se najčešće prikupljaju iz različitih izvora (npr. od pojedinca, članova porodice, iz dokumentacije, na osnovu posmatranja i iz instrumenata procene). Vrste procene obuhvataju biopsihosocijalnu istoriju, multidimenzionalnu procenu krize, pregled simptoma, funkcionalnu analizu i ispitivanje metalnog statusa“³. Ovako postavljena definicija

² Zakon o socijalnoj zaštiti “Službeni glasnik RS” br 24/2011

³ Nevenka Žegarac, *Od problema do prilika u vođenju slučaja-Priručnik za praktičare*, Beograd, Univerzitet u Beogradu-Fakultet političkih nauka, Centar za istraživanja u socijalnoj politici i

jasno ukazuje na tri bitne komponente procene: identifikaciju problema koja je orijentisana ka potrebama/funkcionisanju klijenata, mapiranje postojećih kapaciteta i snaga klijenta i njegovog okruženja, kao i mogućnosti i ograničenja u prepoznavanju i planiranju snaga i prepreka u određivanju tretmana.

Prema Zakonu o socijalnoj zaštiti⁴ usluge procene obuhvataju procenu stanja, potreba, snaga i rizika korisnika i drugih lica značajnih za korisnika, procenu staratelja, hranitelja i usvojitelja. Ovaj deo o proceni detaljnije je definisan u Pravilniku o organizaciji, normativima i standardima rada centra za socijalni rad⁵ gde: “procena” označava organizovan proces prikupljanja podataka, prepoznavanje i ocene problema, potreba, snaga i rizika, situacije i uključenih osoba koji se postepeno razvija kako bi se odredili ciljevi rada sa korisnikom, potrebne usluge i mere. Da bi se procena valjano sprovela, svaki korak u njenoj realizaciji bi trebalo ispoštovati i sprovesti u praksi, a oni su sledeći:

- **početna procena** - kada se otvori slučaj i odredi voditelj slučaja počinje početna procena koja bi trebalo da traje najduže sedam radnih dana. Da bi se odredili sadržaji rada, planirale i pružile usluge i mere, procena bi trebalo da se oslanja na aktivno učešće i saradnju svih aktera, ne samo klijenta već i drugih članova porodice i osoba značajnih za korisnika. Voditelj slučaja planira procenu na osnovu raspoloživih podataka, gde određuje sa kim će kontaktirati, koga će intervjuisati, koja će sve lica uključiti u postupak, odabrati metode za prikupljanje podataka, kao i vremenski rok u kom će se izvesti postupak procene. Postupci početne procene u radu sa decom realizuju se kroz opservaciju, razgovor i pribavljanje dostupne i postojeće zdravstvene, obrazovne i druge dokumentacije.
- **usmerena procena** - sprovodi se ukoliko voditelj slučaja proceni da je potrebno prikupiti još podataka neophodnih za pružanje adekvatnih usluga. Od okončanja početne procene otvara se usmerena procena i ona može trajati najviše 30 radnih dana. Usmerena procena se oslanja na podatke početne procene i njom se planiraju oblasti prema kojima se treba usmeriti, koje osobe treba dodatno uključiti, koje stručnjake iz drugih oblasti, ustanova i službi treba uključiti, odabir metoda i vremenski okvir u kojem će se usmerena procena obaviti.
- **specijalističke procene** - odnose se na slučajeve gde je neophodno sagledati zdravstveno stanje i specifične potrebe korisnika, u tom kontekstu se traže procene od konkretnih službi koje bi opisale celokupno zdravstveno- psihološko- obrazovno stanje korisnika ili bitnih osoba u okruženju korisnika.

socijalnom radu, 2015, str. 53.

⁴ Član 43. Zakon o socijalnoj zaštiti “Službeni glasnik RS” br 24/2011.

⁵ Član 2, Pravilnik o organizaciji, normativima i standardima rada centra za socijalni rad “Službeni glasnik RS” br. 59/2018

Koraci koji se sprovode u okviru procene mogu se svrstati u nekoliko faza: 1) *priprema i prikupljanje podataka* – odlučivanje o tome da li treba otvoriti slučaj, uključivanje svih aktera koji bi pomogli u opisu situacije; 2) *odmeravanje i analiza podataka* - razvijanje ideja o mogućim intervencijama/merama/uslugama i obrazovanje profesionalnog/stručnog nalaza i mišljenja; 3) *planiranje i pružanje usluga* - donošenje odluka o preporukama za vrstom podrške, aranžiranje usluga kao i sprovođenje preporučenih intervencija: usluga/ mera; 4) *monitoring i evaluacija* - propitivanje planiranih ali i preduzetih usluga i mera, redefinisane plana ukoliko za tim postoji potreba; sagledavanje ispunjenosti postavljenih ciljeva, propitivanje mogućnosti za dalju ili ponovnu procenu.

Usvajanje sistemsko ekološke perspektive u praksi socijalnog rada

Novi pristup u radu sa decom sa smetnjama u razvoju i njihovim porodicama oslanja se na sistemsko-ekološku perspektivu čije su suštinske odlike: interdisciplinarnost, holistički pristup proceni i izgradnja partnerskog odnosa sa klijentom i njegovim okruženjem. Budući da je cilj procene da osmisli i isplanira podršku kako bi se postigli zadati ciljevi, ključne promene u praksi u radu sa populacijom dece sa smetnjama u razvoju orijentisane su ka tri načela:

- *rana intervencija* (stimulacija razvoja) - iako se često zanemaruje, na vreme organizovana tj. blagovremena sistemsko podrška u najranijem detinjstvu bitan je faktor u stimulaciji, unapređenju i stvaranju podsticajne klime i podržavajućeg okruženja kako bi se stvorili uslovi da dete razvije svoje potencijale do maksimuma. Odgovarajućim uslugama, podrškom u pogledu informacija i edukativno- savetodavnom pomoći različitih službi omogućava se i povećava sposobnost korisnika i porodice da prevaziđu probleme, ali i da se osnaže i sagledaju sopstvene resurse i resurse okruženja.
- *najmanje restriktivno rešenje* (dostupnost i mogućnost izbora usluga) - odnosi se na važnost slobode izbora, dostupnost i širu lepezu usluga, kako bi se obezbedile različite mogućnosti i stvarili uslovi za pružanje podrške detetu i njegov opstanak u prirodnom okruženju. Primenom ovog principa podržava se inkluzija i integracija dece sa smetnjama u razvoju u redovne tokove života zajednice i sprečava se njihova nepotrebna institucionalizacija i segregacija u specijalne škole i, kao i zapošljavanje koje je često simbolično, ima prisilna i eksploatatorska svojstva, a retko vodi stvarnoj samostalnosti.⁶
- *kontinuitet u pružanju usluga* - kako porodica predstavlja oslonac u razvoju deteta, jasno je da joj je potrebna svakodnevna socijalna podrška kako bi zadovoljila potrebe svog člana. Sagledavanjem situacije u kojoj se korisnik (dete) kao i njegova porodica nalaze odgovara opisu i preseku stanja, zato je

⁶ Rutherford, Turnbull, Free Appropriate Public Education – The Law and Children with Disabilities, Denver CO, USA, Love Publishing Company, 1994.

procena, planiranje i pružanje usluga od velikog značaja. Međutim, neretko se dešava u praksi da ne postoji kontinuitet, već da su usluge vremenski ograničene, što otežava dalji život ovim porodicama i naravno samom detetu, jer život teče i odvija se neprekidno. Iz tog razloga princip stalnosti oslanja se na shvatanje da dete treba da živi u okruženju koje je ne samo podsticajno za njegov razvoj, već i dugotrajno.⁷

Uloga i mesto predstavnika sistema socijalne zaštite u proceni potreba za pružanjem dodatne podrške

Na osnovu opisanih vrsta, faza i načela u postupku procene specifičnosti rada socijalnih službi sa decom sa smetnjama u razvoju i njihovim porodicama ogleda se u promeni u samom pristupu koji je umesto medicinskog usmeren ka socijalnom-inkluzivnom (fokusiran ka izgradnji partnerskog odnosa sa porodicom, kapacitetima porodice kao i usmerenost ka najboljem interesu deteta) i biopsihosocijalno (uključuje, pored bioloških faktora, psihološke i aspekt funkcionisanja porodice) modelu. U okviru ovog modela, okvir za procenu potreba deteta uzima u obzir i kapacitete roditelja kao i sredinske faktore:

- potrebe deteta- zdravlje, obrazovanje, identitet, razvoj emocija i ponašanja, porodični i društveni odnosi, predstavljanje u društvu i veštine samozaštite;
- kapaciteti za roditeljstvo- osnovna nega, obezbeđenje sigurnosti, emotivna toplina, stimulacija, vođstvo i granice i stabilnost;
- sredinski faktori- resursi zajednice, prihodi, socijalna integracija porodice, zaposlenje, stanovanje, šira porodica, porodična istorija i funkcionisanje⁸.

Iz ovog sledi da bi cilj procene trebalo da bude početak rada ka postizanju maksimalne samostalnosti kao i podsticanje i razvijanje postojećih kapaciteta deteta koje bi omogućile nesmetano funkcionisanje deteta u okruženju i njegovu, što je više moguće, inkluziju u zajednicu. Ukoliko se ostvare ovi ciljevi oni bi svakako doprineli da kvalitet života deteta, a samim tim i porodice bude na višem nivou, a opet dostojanstven za sve članove porodice.

Ovakav model procene prepoznat je i u radu Interresornih komisija, koje su oformljene radi sagledavanja, procene i planiranja dodatne obrazovne, zdravstvene i socijalne podrške detetu/ učeniku. Procena se zasniva na celovitom i individualizovanom pristupu detetu, učeniku i odraslom, sa ciljem da se pružanjem dodatne podrške omogući uključivanje u obrazovanje, odnosno, puna i efektivna

⁷ Nevenka, Žegarac, „Standardizacija funkcija ili funkcionalna standardizacija, Prilog redefinisaju pristupa socijalnoj zaštiti dece“, u: *Socijalna misao*, 4, Beograd, Republički zavod za socijalnu zaštitu, Srbije, 2002, str. 11

⁸ Sally, Holland, „Child and Family Assessment“, u: *Social Work Practice*, London, Sage Publications, 2004.

uključenost kroz ostvarivanje prava i korišćenje usluga i resursa⁹.

Predstavnik socijalne zaštite u proceni potreba za pružanjem dodatne podrške jeste stalni član Interresorne komisije, koju čine četiri stalna člana i jedan povremeni. Nakon pokretanja postupka procene, svaki član komisije daje svoje mišljenje na osnovu procene iz svog domena i to u roku od 15 dana od dana pokretanja postupka. Sva mišljenja se u roku od 40 dana od dana podnošenja zahteva za pokretanje postupka procene usaglašavaju u zajedničko mišljenje koje sadrži objedinjeno mišljenje i individualni plan podrške detetu kao i rok za izveštavanje o realizaciji predloženih mera/ usluga podrške od strane nadležnih službi i ustanova. Budući da je predstavnik socijalne zaštite stalni član, njegovo mišljenje se jednako uvažava pri izradi individualnog plana podrške, a ono je zasnovano na proceni koja je definisana obrazcima i to na sledeći način: 1) izvori informacija/ podataka- u okviru ovog dela navode se koji su nalazi, izveštaji, mišljenja i druga dokumentacija pribavljena u samoj proceni a prema kojoj se član orijentiše u pripremi procene; 2) mesto obavljanja procene- osnovno načelo u radu Interresornih komisija jeste da se razgovor i opservacija sa detetom obavljaju u bezbednom i prirodnom okruženju u kome se dete oseća prijatno bez narušavanja privatnosti deteta i njegovih članova porodice; 3) datum i vreme trajanja procene- da su instrumenti procene prilagođeni individualnim karakteristikama deteta, da ne traju predugo što može dovesti do uznemirenja deteta; 4) korišćene metode/ tehnike/ instrumenti – tokom pripreme procene trebalo bi obratiti pažnju i jasno definisati unapred metode koje će se koristiti za dobijanje podataka što zavisi od uzrasta deteta, zdravstvenog stanja i ostalih specifičnosti kako se ne bi remenio ritam života, a ujedno i prilagoditi način komunikacije da bude razumljiv detetu poštujući dostojanstvo/ kulturne/ religijske i jezičke osobenosti deteta i njegove porodice ; 5) navode se i svi učesnici koji su pored deteta prisustvovali proceni; 6) vrsta ostvarene institucionalne i vaninstitucionalne podrške koju je dete već ostvarilo- vrsta podrške tj. mere/ usluge/ prava i dr, ko je pružio podršku (koja ustanova), koji sektor (javni, privatni ili NVO), izvor finansiranja podrške i vreme (period) pružanja podrške. Iz perspektive predstavnika sistema socijalne zaštite procenjuju se bitne komponente o porodičnim i drugim uslovima koji na direktan način, povoljno ili nepovoljno utiču na život deteta:

- uslovi života deteta - Proces prevazilaženja krize u suočavanju sa izazovima koje sa sobom donosi roditeljstvo deteta sa smetnjama u razvoju utiče i na celokupan razvoj deteta ali i na samu porodicu. Mali je broj roditelja koji smireno prihvate novonastale okolnosti, dok većina nije u stanju da objektivno sagleda, efikasno reši krizu i prilagodi se situaciji. Pored stresa sa kojim se roditelji suočavaju, postoji niz drugih specifičnosti i rizika koji nosi roditeljstvo dece sa smetnjama u razvoju. Ove porodice su često meta

⁹ Član 1. Pravilnik o dodatnoj obrazovnoj, zdravstvenoj i socijalnoj podršci detetu, učeniku i odraslom „Službeni glasnik RS“ br. 80/2018

diskriminacije u zajednici što dovodi do toga da one potpuno marginalizuju dete i time same doprinose njegovoj izolaciji¹⁰.

- Uvažavajući brojne teškoće, značajna zbivanja kao i aktuelni porodični-pravni i formalni status deteta, uloga predstavnika socijalne zaštite u postupku procene uslova života usmerena je ka: materijalnom stanju porodice; broju članova porodice; da li prostor u kom žive i opremljenost odgovaraju potrebama svih članova porodice; da li su odnosi u porodici skladni i funkcionalni; da li se svi članovi poštuju, pomažu i međusobno uvažavaju; da li se neko od članova posebno brine i pomaže detetu ili je angažovana i neka osoba koja bi pomogla u njegovom odgajanju; da li je dete uključeno u obrazovni sistem; da li je dete uključeno u život zajednice; kakve su socijalne veze sa širim porodičnim i društvenim okruženjem; da li porodica može da zadovolji osnovne potrebe deteta; kako dete provodi slobodno vreme; da li ostali članovi porodice imaju slobodno vreme; da li dete zadovoljava kulturne potrebe; da li se druži sa drugom decom; da li se bavi sportom; kolika je udaljenost od škole; da li koristi prevoz do škole; ide li na rođendane kod druge dece; da li je bezbedno u porodici; učestvuje li u zajedničkim svakodnevnim porodičnim aktivnostima i dr.
- opis funkcionalnog statusa deteta - Osnovni zadatak procene orijentisane na dete (child-centered) je da se utvrde i zadovolje njegove potrebe. U tom procesu deca su izvor jedinstvenih i autentičnih podataka. Kada je stručnjak u dilemi, rešenje je da uključi i pita dete, jer će se odluke odraziti upravo na njegov život. Sam osećaj da neko uvažava njegovu ličnost i osećanja, ostaće mu u sećanju i ugradiće se u detetovo samopoštovanje, a doprineće pozitivnom ishodu za sve uključene strane u proces planiranja zaštite i podrške¹¹.
- Uloga socijalnog radnika u proceni funkcionalnog statusa deteta jeste da prepozna snage i slabosti sa kojima se suočava porodica deteta sa smetnjama u razvoju odnosno snage deteta i porodice i prepreke i teškoće u okruženju koje ometaju uključivanje deteta i učešća u životu zajednice. Uzimajući u obzir snage/ jake strane u zdravstvenom statusu tj. šta je to što dete može; kognitivno funkcionisanje- način na koji dete uči i kako- da li su mu potrebna pomagala/ druga sredstva u učenju, pedagoški ili personalni asistent; socijalne veštine- na koji način komunicira sa okruženjem: vršnjacima ili porodicom, poštuje li komande i pravila, postoje li specifičnosti u iskazivanju emotivnih doživljaja i ispoljavanju istih; komunikacijske veštine- koristi li znakovni jezik ili komunikatore (verbalne, vizuelne ili simboličke) u razmeni informacija sa drugim osobama; samostalnost i briga o sebi- koje potrebe može sam da zadovolji a gde mu je potrebna asistencija.

¹⁰ Ankica Simona Kovačević, „Primena eko-sistemske teorije u praksi socijalnog rada: odnos porodice deteta sa smetnjama u razvoju i interresorne komisije“, u: *Socijalna politika-časopis za teoriju i praksu socijalne politike i socijalnog rada* 2/2015, Beograd, Institut za političke studije, 2015, str. 12.

¹¹ Branka Radivojević, Vera Rajović, „Intervju sa detetom: svet viđen dečjim očima“, u: *Deca sa smetnjama u razvoju- potrebe i podrška*, ur. Marija Mitić, Beograd: Republički zavod za socijalnu zaštitu, 2011, str. 103.

U postupku procene predstavnik sistema socijalne zaštite pridržava se načela standarda i pravila struke i shodno tome bira odgovarajuće instrumente kako bi na najefikasniji način došao do podataka. U tom smislu, u proceni uslova života deteta, putem intervju sa odgajateljem prikupljaju se podaci o vaspitnom stilu roditelja; bračno i porodično funkcionisanje; kapaciteti roditelja da odgovore na potrebe deteta i svih ostalih faktora koji utiču na negu i odgajanje deteta. Opservacijom se posmatraju stambeni uslovi, odnosi među članovima porodice, bezbednost deteta kao i otvorenost roditelja/ porodice za saradnju sa stručnim službama. U proceni funkcionalnog statusa deteta intervju se vrši sa detetom, (ukoliko je to moguće) odgajateljem i značajnim osobama u životu deteta, gde se procenjuju potrebe deteta, načini za zadovoljenje tih potreba; jake strane deteta i mogućnosti za korišćenje sredinskih resursa kako bi se te snage razvile do maksimuma. Opservacijom se posmatra dete u prirodnom okruženju, najčešće školi i njegovi odnosima sa vršnjacima, vaspitačem/ učiteljem i drugim osobama od poverenja u okruženju, kao i opremljenost ustanova u kojem dete boravi i prostorna prilagođenost detetovim potrebama.

Nakon identifikacije snaga i resursa, na osnovu svih pomenutih procena, donosi se sumarna procena koja čini osnov mišljenja stručnjaka (iz oblasti socijalne zaštite) o potrebi za dodatnom podrškom. Integrisano i usaglašeno zajedničko mišljenje sva četiri stalna člana i povremenog člana Interresorne komisije u svojoj konačnici preporučuje individualni plan podrške detetu koji bi trebalo da doprinese obrazovnoj i socijalnoj inkluziji deteta.

Zaključak

Sumirajući sve napred rečeno može se zaključiti da procena čini jedan od najvažnijih koraka u podršci ne samo detetu već i celoj porodici kako bi se postigao što kvalitetniji život. Procena bi trebalo da bude osnov koji bi prepoznao načine za zadovoljenje potreba deteta a samim tim i unapredio razvoj i pospešio maksimalnu samostalnost i integraciju deteta. Uloga predstavnika socijalne zaštite je od neprocenjive važnosti, posebno u domenu obezbeđivanja usluga koje su orijentisane na sve aspekte života i to: obrazovanje, zdravstveno stanje, porodični ritam, rehabilitaciju i dr. Osnaživanjem, uključivanjem odgajatelja i izgradnjom partnerskog odnosa sa porodicom stvaraju se uslovi da se donesu blagovremene, kontinuirane, usklađene sa individualnim potrebama konkretnog deteta tj. porodice, usluge i odluke koje su u najboljem interesu deteta. Uključivanje roditelja kao partnera u postupku procene pomaže razumevanju trenutnog razvojnog nivoa deteta, roditelji su ti koji provode najviše vremena sa detetom, najbolje ga poznaju i čine bitnu kariku u odnosu dete- okruženje. Da bi procena odgovarala objektivnom stanju socijalni radnik mora imati na umu da bitne informacije o funkcionisanju i stanju deteta, napredovanju i praćenju dinamike ostvarivanja zadatih

ciljeva upravo razmenjuje sa roditeljima. Svako dete ima potencijal, a da bi se on razvio potrebno je ublažiti ili ukloniti rizike; kroz socijalnu mrežu obezbediti usluge koje bi podržale ostanak i opstanak deteta u porodici kako bi se našlo rešenje koje je najmanje restiktivno.

Priložena analiza procesa procene i mesta predstavnika socijalne zaštite u tom procesu govori da bi cilj podrške detetu trebalo da bude efikasna, sistemska i na adekvatnim instrumentima zasnovana podrška koja bi obezbedila visoki kvalitet života. Uključujući sve aktere u postupku procene, trebalo bi uzeti u obzir i resurse lokalne zajednice i unaprediti mere i usluge namenjene ovoj populaciji koje bi bile funkcionalne tj. koje se mogu i realizovati. Na ovaj način se jedino mogu ostvariti sva prava koje dete sa smetnjama ima a to je da živi dostojanstven život što znači život koji svako drugo dete ima.

Literatura

Holland, Sally, "Child and Family Assessment", u: *Social Work Practice*, London, Sage Publications, 2004.

Kovačević, Ankica Simona, „Primena eko-sistemske teorije u praksi socijalnog rada: odnos porodice deteta sa smetnjama u razvoju i interresorne komisije“, u: *Socijalna politika-časopis za teoriju i praksu socijalne politike i socijalnog rada* 2/2015, Beograd, Institut za političke studije, 2015, str. 12

Krstić, Tatjana, Mihić, Ivana, Rajić, Milana, Branković, Jelena, *Podrška roditeljima dece sa smetnjama u razvoju i hroničnim bolestima, praktikum za program Naša priča*, Novi Sad: Univerzitet u Novom Sadu, Filozofski Fakultet, 2017.

Pravilnik o organizaciji, normativima i standardima rada centra za socijalni rad "Službeni glasnik RS" br. 59/2018

Pravilnik o dodatnoj obrazovnoj, zdravstvenoj i socijalnoj podršci detetu, učeniku i odraslom „Službeni glasnik RS“ br. 80/2018

Radivojević, Branka, Rajović, Vera, "Intervju sa detetom: svet viđen dečjim očima", u: *Deca sa smetnjama u razvoju- potrebe i podrška*, ur. Marija Mitić, Beograd: Republički zavod za socijalnu zaštitu, 2011, str. 103

Stepanović, Saša, *Inkluzija*, Šabac, Sumatra izdavaštvo, 2018.

Turnbull, Rutherford, *Free Appropriate Public Education – The Law and Children with Disabilities*, Denver CO, USA, Love Publishing Company, 1994.
Vlaović-Vasiljević, Dragica, Miloradović, Sanja, Pejović-Milovančević, Milica, *Vodič za rad interresornih komisija (IRK) za procenu potreba za pružanjem dodatne obrazovne, zdravstvene ili socijalne podrške detetu i učeniku*, Beograd, Centar za socijalnu politiku, 2016.

Vujačić, Milja, Đević, Rajka, "Inkluzivno obrazovanje: pojmovno određenje, principi i karakteristike", u: *Teme-Časopis za Društvene Nauke*, (02), Niš, 2013, str.753-768.

Zakon o socijalnoj zaštiti "Službeni glasnik RS" br 24/2011

Žegarac, Nevenka, „Standardizacija funkcija ili funkcionalna standardizacija, Prilog redefinisanju pristupa socijalnoj zaštiti dece“, u: *Socijalna misao*, 4, Beograd, Republički zavod za socijalnu zaštitu, Srbije, 2002, str. 11

Žegarac, Nevenka, Džamonja-Ignjatović, Tamara, Milanović, Marko, *Kada nam nedelja dolazi sredom: Usluge za decu sa smetnjama u razvoju i njihove porodice*. Beograd: Fakultet Političkih nauka, 2013.

Žegarac, Nevenka, *Od problema do prilika u vođenju slučaja-Priručnik za praktičare*, Beograd, Univerzitet u Beogradu-Fakultet političkih nauka, Centar za istraživanja u socijalnoj politici i socijalnom radu, 2015, str. 53.

Ankica Simona Kovačević,
Academy of Educational and Medical Studies,
Kruševac, Aleksinac Department

ASSESSMENT OF THE NEED FOR PROVIDING ADDITIONAL SUPPORT TO A CHILD WITH DEVELOPMENTAL DISABILITIES IN THE PRACTICE OF SOCIAL WORK

Summary

Assessing the need for additional support for the child with disabilities perform intersectoral committee consisting of four permanent members of which one of the social protection system. The need for support is provided based on individual assessments in order to ensure full social inclusion both in the educational system and in the community through unhindered progress towards achieving a better quality of life. The aim of this paper is to analyze the content relevant regulations and available literature shows the role and place of the representatives of social protection in the process of assessment. Analyses show that the key changes in practice in working with this population-oriented three principles: early intervention (stimulation of development), the least restrictive solution (availability and choice of services) and continuity of services. Orientation to these principles in social work practice to adequately define and implement concrete support. The role of social workers in assessing the need for additional support is important not only to understand the existing difficulties in the development of children with disabilities and their families, but also in encouraging and directing families to existing services in order to ensure as much as possible better quality of life and thus allow the child to use their potential to the maximum.

Keywords: *assessment, social work services, support, inclusion.*

Miroslava Karadžić¹,
Centar za socijalni rad „Sveti Sava“, Niš

Pregledni rad

MEĐUNARODNO USVOJENJE – TIHA MIGRACIJA

Apstrakt: Međunarodno ili međudržavno usvojenje je jedan od načina trajnog zbrinjavanja dece bez roditeljskog staranja u kome usvojitelji i usvojenik potiču iz različitih država. Kao i domaća usvojenja, podrazumeva kvalitet koji proističe iz trajnosti takvog oblika zbrinjavanja, oponašanja odnosa roditelj – dete i pravnih posledica koje izaziva, u smislu zasnivanja srodstva i dalje naslednog prava. Ovaj oblik zbrinjavanja dece je registrovan u drugoj polovini 20. veka, nakon Drugog svetskog rata, kada se javilo interesovanje za zbrinjavanjem dece ratnih siročadi od strane državljana onih zemalja koje nisu ili su u manjoj meri bile pogođene ratom. S obzirom na globalnu procenu da je u periodu od 1948 – 2010. godine više od 970 000 dece bilo subjekt međunarodnog usvojenja, te da su ustanovljeni i trendovi kada su u pitanju države porekla i države primaoci ili države destinacije, možemo govoriti i o migratornim procesima u kontekstu međunarodnih usvojenja, a Selma to naziva „tihom migracijom“. Praksu međunarodnog usvojenja dece još uvek prate određene kontroverze i proceduralne nedoumice, a značajan napredak u regulisanju ove oblasti i zaštiti dece zbrinute na ovaj način je postignut donošenjem Konvencije o zaštiti dece i saradnji u oblasti međunarodnog usvojenja – Haška konvencija. Praksi međunarodnog usvojenja je svoj doprinos dao i socijalni rad kao naučna disciplina, a pre svega u oblasti očuvanja kulturnog identiteta dece, dečjeg razvoja i brige o deci.

Ključne reči: *međunarodno usvojenje, migracija, socijalni rad, dobrobit dece, Haška konvencija*

Globalni trendovi u međunarodnom usvojenju

Međunarodno usvojenje dece je pojava koja zavređuje pažnju stručnjaka, šire društvene javnosti, kao i međunarodnih organizacija koje svoj rad zasnivaju na zaštiti ljudskih prava već decenijama unazad, a zbog svoje etiologije i raširenosti. Registrovana je u drugoj polovini 20. veka, nakon Drugog svetskog rata, a javlja se kao odgovor na humanitarnu krizu, tačnije kao odgovor na potrebu za zbrinjavanjem dece ratnih siročadi. Državljeni Sjedinjenih Američkih Država, kao i Kanade, Australije i nekih Evropskih država su otpočeli praksu usvajanja dece iz

¹ karadzicmiroslava@gmail.com

Nemačke, Italije i Grčke. Kasnije je rat u Koreji doveo do nove generacije dece bez roditeljskog staranja, a nešto kasnije i rat u Vijetnamu².

Pored objektivnih poteškoća utvrđivanja tačnog broja međunarodnih usvojenja na globalnom nivou, pojedni autori su, shvativši značaj teme, uspeli da nakon dugogodišnjih istaživanja pred stručnu javnost izađu sa brojčanim podacima i tako utvrde nivoe i trendove u međunarodnom usvojenju dece. To je podrževalo i identifikaciju najznačajnijih zemalja porekla i zemalja destinacije. U ukupnom broju usvojenja na globalnom nivou još uvek dominiraju domaća usvojenja (usvojenici i usvojitelji su iz iste države), te prema nekim podacima 85 procenata svih usvojenja uključuje usvojenja ovog tipa³. Međutim, zabeležen je porast broja međunarodnih usvojenja pa tako u mnogim Evropskim državama međunarodna usvojenja u zbiru usvojenja učestvuju sa više od polovine⁴. Iako je veoma teško doći do tačnog broja zasnovanih međunarodnih usvojenja usled nepostojanja centralizovane baze podataka, nedostupnosti ili dostupnosti samo za neke delove država, kao i beleženja podataka samo po pojedinim kriterijumima (npr. izdavanje viza u svrhu usvojenja), podaci koje nude publikacije koje obrađuju ovu temu prikazuju da je u periodu od 1980-1989. godine u postupcima međunarodnog usvojenja učestvovalo od 170 000 – 180 000 dece⁵. Druge procene navode podatak da je u periodu od 1948-2010. godine 970 000 dece bilo usvojeno na ovaj način⁶. Prema novijim istraživanjima za period od 1998-2010. godine, broj međunarodnih usvojenja je dostigao svoj vrhunac 2004. godine, a iznosio je 45 000. Nakon toga je broj međunarodnih usvojenja u padu, te je 2006. godine taj broj iznosio oko 39 460 međunarodnih usvojenja, 2008. godine 34 785, da bi u 2010. godini broj međunarodnih usvojenja nastavio da opada i tada je zasnovano oko 29 005 međunarodnih usvojenja⁷. Selman u svom radu podatke poredi sa Kaneovim i, uslovno rečeno, svoj rad nastavlja na njegov, kako bi uspostavio godišnje stope međunarodnih usvojenja što on čini računajući broj međunarodnih usvojenja na 100 000 državljana jedne zemlje. Tako je došao do podatka da pored toga što SAD beleži najveći broj međunarodnih usvojenja, nema i najvišu stopu. Godine 2004. je naviša stopa međunarodnih usvojenja zabeležena u Norveškoj (15.4), zatim Španiji (13.0), Švedskoj (12.3), a najmanja u Australiji (1.9), Nemačkoj (0.8) i Ujedinjenom Kraljevstvu (0.6)⁸.

² UNICEF Innocenti Research Centre "Intercountry adoption", *Innocenti Digest*, Florence, Italy 1999, str.2

³ Child adoption: Trends and policies, United Nations Department of Economic and Social Affairs/ Population division, New York, 2009, p. xvi

⁴ Ibid, p.xvii

⁵ UNICEF Innocenti Research Centre "Intercountry adoption", *Innocenti Digest*, Florence, Italy 1999, str.3

⁶ Peter Selman, "Global Trends in Intercountry Adoption: 2001-2010", *Adoption Advocate* No 44, February 2012. str. 2

⁷ Ibid

⁸ Ibid, str.4

I sam iznosi poteškoće na koje je nailazio prilikom prikupljanja podataka uprkos preporukama Haške konvencije i akcentovanju značaja sistematskog vođenja evidencije o međunarodnom usvojenju koja je ratifikovana deset godina ranije (najobimniju i najkompletniju bazu podataka o međunarodnim usvojenjima poseduju SAD, koja je javna i koja je kategorisana po zemljama porekla dece koja su usvojenja od strane Američkih državljana, a kojima je izdata viza u tu svrhu, a što se Evrope tiče, navodi da postoji velika razlika u kvalitetu i dostupnosti statističkih podataka). Po dekadama je utvrdio sledeće trendove:

U periodu od 1948-1969. godine se kao država krajnje destinacije ističe SAD sa preko 31000 zbrinute dece. Njih prati Švedska sa 4500 dece, zatim Holandija i Belgija. Kao vodeća zemlja porekla ističu se Koreja koja je u periodu od 1953-1969. poslala preko 9000 dece, najveći broj u SAD, a oko 800 u Norvešku, Švedsku i Dansku, i Nemačka koja je u drugim državama zbrinula 30 000 dece bez roditeljskog staranja, a najveći broj (oko 5000) u SAD. Grčka je zbrinula 4000 dece bez roditeljskog staranja u SAD, a više od 400 u Holandiji. Deca su se takođe slala iz Austrije i Japana u nekoliko Evropskih zemalja. Procenjuje se da je ukupan broj dece zbrinut putem međunarodnih usvojenja veći od 50000⁹.

2000-2010	410,000	} 1948-2010 970,000+
1990-1999	230,000+	
1980-1989	180,000	
1970-1979	100,000+	
1948-1969	50,000	

Tabela broj 1: Procenjen broj usvojene dece u periodu od 1948 – 2010. godine međunarodnim putem
(Izvor: "Global Trends in Intercountry Adoption: 2001-2010", *Adoption Advocate* No 44, str.4)

U sledećoj dekadi, od 1970–1979. godine, procenjuje se da je broj dece koji je učestvovao u postupku međunarodnog usvojenja bio od 90 000 - 100 000. Podaci iz pet država (SAD, Holandija, Danska, Norveška i Švedska) govore da su njihovi državljani zbrinuli 77 000 dece, a da su Belgija i Francuska zbrinule 6000 siročadi iz Koreje. Veliki broj dece koja potiču iz Indije, Indonezije, Tajlanda, Vijetnama i nekoliko latinoameričkih zemalja je usvojeno od strane državljana Australije, Kanade, Nemačke, Italije, Luksemburga, Švajcarske i Velike Britanije¹⁰.

Za sledeću deceniju, od 1980-1989. godine, se autor poziva na podatke Kanea (1993) koji procenjuje da je u tom periodu na međunarodnom nivou bilo usvojeno od 170000 – 180000 dece, a da je pritom 78000 dece (što je oko 47%)

⁹ Ibid

¹⁰ Ibid

svoj dom dobilo u SAD¹¹.

Po podacima kojima autor raspolaže, u periodu od 1990–1999. godine je institutom međunarodnog usvojenja zbrinuto oko 230000 dece. Broj međunarodnih usvojenja koji je dobijen je i dalje nepotpun iz razloga što za period od 1993–1999. godine raspolaže podacima iz 15 - 20 zemalja, a za period od 1990–1992. za 12 zemalja. U zbiru broj međunarodnih usvojenja je 220000. UNICEF raspolaže informacijama da je u periodu između januara 1990. do jula 1991. godine iz Rumunije usvojeno oko 10000 dece, a po proceni autora nije zabeleženo usvojenje još oko 10000 dece¹².

Rekordni broj dece koja su zbrinuta putem međunarodnog usvojenja je registrovan u periodu od 2000–2010. godine kada su građani 27 država usvojili više od 400000 dece. Podaci se zasnivaju na evidencijama centralnih vlasti država prijema¹³.

Vodeće države porekla

Različite države, ili možemo reći i različiti regioni, su u pojedinim vremenskim intervalima bili vodeći po broju dece koju su zbrinuli u postupcima međunarodnih usvojenja. To je pre svega rezultat različitih socio-ekonomskih prilika koje vladaju u pojedinim državama i regionima, zatim ratnih dešavanja na tim teritorijama, prirodnih katastrofa, političkih odluka ili uticaja dominantnog političkog režima. Tako su se nakon Drugog svetskog rata kao zemlje porekla istakle države dominantno pogođene ratnim razaranjima kao što su Nemačka, Italija, Grčka, zatim Japan i Kina. Danas su Nemačka i Italija države primaoci, tačnije zemlje čiji državljani zbrinjavaju decu iz drugih, različitim krizama pogođenih država. Ratna dešavanja na teritoriji Koreje i Vijetnama su te države suočili sa velikim brojem dece bez adekvatnog roditeljskog staranja, te su ih samim tim dovela do pozicija vodećih zemalja porekla dece usvojene na međunarodnom nivou. Siromaštvo, nerazvijena ekonomija i privreda, epidemija različitih bolesti, neadekvatan sistem socijalne zaštite su dovela do toga da zemlje Latinske Amerike (Kolumbija, Brazil, Čile), zatim pojedine Azijske zemlje (Kina, Indija), kao i Afričke zemlje (Etiopija) budu među vodećim državama porekla dece usvojene međunarodnim putem i zbrinute u državama Zapadne Evrope, SAD, Australije, Kanade.

Kina je vodeća država porekla, a sa praksom međunarodnog zbrinjavanja svoje dece je započela 1992. godine, te je u narednih dvanaest godina broj dece koja potiču iz Kine rastao. Uzrok velikom broju dece koja dolaze iz Kine se može tražiti u činjenici da se radi o najmnogoljudnijoj naciji, ali i u "politici jednog deteta" koja je stupila na snagu '70-ih godina i koja je dovela do odbacivanja novorođenčadi ženskog pola, kao i velikom broju neregistrovanih rođenja dece i stigmatizaciji sa-

mohrani majki¹⁴. Samo u 1998. godini je od strane državljana SAD usvojeno 4206 dece iz Kine. U novom milenijumu je broj kineske dece usvojene međunarodnim putem dostigao svoj vrhunac u 2005. godini i iznosi 14496. Od tada se beleži pad, te ih je u 2010. godini bilo 5471. Pored pada, beleži se i promena u karakteristikama dece koja dolaze iz Kine: u pitanju su starija deca, pa je sada udeo starijih od 5 godina porastao sa 1,4% u 2005. na 10,9% u 2009. godini. Takođe je zabeleženo povećanje dece muškog pola među usvojenicima, i to sa 5% u 2005. na 26% u 2009. godini¹⁵. Najveći broj kineske dece svoj dom pronalazi u SAD, a nakon toga u Španiji, Kanadi, Francuskoj i Holandiji¹⁶. Neophodno je navesti da Kina ima visoku stopu domaćih usvojenja, 81% svih usvojenja su domaća¹⁷.

Rusija se od devedesetih godina 20. veka javlja kao jedna od vodećih zemalja porekla dece koja su usvojena na međunarodnom nivou. Selman procenjuje da od 1992. godine pa do 2010. taj broj iznosi 110000¹⁸. Početak inostranih usvojenja u Rusiji autori povezuju sa padom komunističkog režima u toj zemlji koji je za sobom ostavio osiromašenu zemlju sa velikim brojem socijalnih i ekonomskih problema. Rusija se suočila i sa velikim brojem napuštene dece zbrinutim u institucijama socijalne zaštite. Demografi ističu da se Rusija suočava sa demografskim promenama koje prerastaju u problem u smislu da je očekivani životni vek pao sa 73 na 65 godina, da je povećan broj smrtnih slučajeva među muškom populacijom od četrdesetak godina, da je stopa nataliteta niska, te da je stopa smrtnosti prevazilazi i da se samim tim očekuju problemi sa produktivnom radnom snagom. Postavlja se pitanje da li je, u takvim okolnostima, poželjno decu zbrinjavati u drugim državama, pre svega u SAD¹⁹. Međutim, Rusija, kao i Kina, ima visoku stopu domaćih usvojenja²⁰.

Istorijski, Južna Koreja je jedna od vodećih zemalja porekla sa preko 170 000 međunarodnih usvojenja od 1953. godine. Preko 70% ove dece je usvojeno od strane Američkih državljana, a vrhunac se desio sredinom '70-ih kada je na teritoriji SAD zbrinuto oko 6000 dece iz Južne Koreje. Prvobitno je veliki broj nezbrinute dece, a usvojne na međunarodnom nivou, rođeno iz veze Koreanki i američkih vojnika, što kasnije, nakon završetka rata, 1990-ih godina nije bio slučaj²¹.

¹⁴ „Politika jednog deteta“ je zvanično u Kini ukinuta od januara 2016. godine, te je parovima dozvoljeno da imaju i drugo dete, prim.autora

¹⁵ Peter Selman. "Global Trends in Inter-country Adoption: 2001-2010", Adoption Advocate No 44, February 2012, p.8

¹⁶ Child adoption: Trends and policies, United Nations Department of Economic and Social Affairs/Population division, New York, 2009, p.435

¹⁷ Ibid, p.69

¹⁸ Peter Selman. "Global Trends in Inter-country Adoption: 2001-2010", Adoption Advocate No 44, February 2012, p.10

¹⁹ Peter Selman, "Inter-country adoption in the new millennium; the "quiet migration" revisited", Population Research and Policy Review 21: 205-225, 2002, Kluwer Academic Publishers, p.221

²⁰ Child adoption: Trends and policies, United Nations Department of Economic and Social Affairs/Population division, New York, 2009, p.69

²¹ Peter Selman. "Global Trends in Inter-country Adoption: 2001-2010", Adoption Advocate No 44,

¹¹ Ibid

¹² Ibid

¹³ Ibid

Južna Koreja je od 1988. godine počela sa kampanjom za smanjenje i eventualno okončanje prakse međunarodnog usvojenja dece, ali je do 1998. godine broj međunarodnih usvojenja bio iznad 2 000 na godišnjem nivou, dok je domaćim usvojenjem zaštićeno oko 1500 dece. Godinu dana ranije, 1997. godine je donet novi dvadesetogodišnji plan za ukidanje prakse međunarodnog usvajanja dece njihovih državljana do 2020. godine. Države destinacije za decu iz Južne Koreje su pored SAD i Švedska, Australija, Kanada i Danska, što su podaci koji važe za 2004. godinu²².

Gvatemala je država koja beleži značajan rast u broju međunarodnih usvojenja, tako da se broj dece usvojene na ovaj način od 500 između 1980. i 1990. godine povećao na 5577 u 2007. godini, a od ovog broja je samo dva procenata domaćih usvojenja. Najveći broj dece je usvojen od strane državljana SAD, ali je određeni procenat dospelo i do Francuske, Španije, Kanade i Italije. Godine 2002. je utvrđeno da Gvatemala nije primenjivala standarde u skladu sa međunarodnim pravom na šta je ukazano u izveštajima o nepravilnostima tokom obrade zahteva za usvojenje, a izneta je sumnja i na trgovinu decom²³. Do tada zainteresovane države su prekinule saradnju sa Gvatemalom po ovom pitanju, sem SAD koje su nastavile da svojim građanima omogućavaju usvajanje dece iz Gvatemale sve do 2007. kada je zvanično prekinuta. Gvatemala je pored Kine bila glavni izvor dece za građane SAD²⁴.

Nekada su usvojenja sa Afričkog kontinenta bila retka, ali kako se povećavao broj ljudi koji žele da usvoje mlađu decu, kao i pojedini primeri usvojenja dece iz Afrike od strane poznatih osoba, tzv. "celebrity adoptions"²⁵ je ovu situaciju promenio²⁶. U 2003. godini je Afrika učestvovala sa svega 5 procenata u broju svih međudržavnih usvojenja, dok je taj procenat u 2010. godini taj porastao na 22 procenata i u ovom periodu od 2003 – 2010. godine je Etiopija poslala oko 22000 dece. Broj dece iz Etiopije usvojene međunarodnim putem se konstantno povećavao što pokazuju i sledeći podaci: u 2000. godini je broj ovakve dece bio 620, 1527 u 2004. godini, a u 2009. godini se taj broj popeo na 4565 kada je Etiopija učestvovala sa preko 70 procenata u broju dece poslatih iz Afrike, a deca su usvojena u najvećoj meri od strane državljana Belgije, Danske, Nemačke i Švajcarske²⁷.

Rumunija je '90-ih godina bila jedna od vodećih zemalja porekla dece koja su zbrinuta putem međunarodnog usvojenja, a to je postala zahvaljujući svom tada

vladajućem režimu pod Čaušeskuom. Naime, tadašnji predsednik države je uveo poprilično represivan zakon kojim je zabranio abortuse i kontraceptivna sredstva, što je dovelo do toga da je rođeno više dece od željenog broja i ona su zbrinjavana u sirotištima. Stručnjaci procenjuju da je u ovakvim dečjim kolektivnim smeštajima živelo između 100000 – 300000 dece²⁸ te da su deca doživela iskustvo ekstremnog fizičkog i emocionalnog zanemarivanja.

Nakon pada režima u svet je izašla slika rumunskih sirotišta, te se u zapadnim zemljama javilo interesovanje za usvajanje ove dece, pre svega od starne državljana SAD, Kanade i Nemačke. U procesu međunarodnog usvajanja ove dece desio se veliki broj zloupotreba u smislu da su usvojena mimo utvrđenih procedura, te se može govoriti i o trgovini decom. Ovo je rezultiralo reakcijom Rumunske Vlade koja je znatno redukovala broj dece koja mogu biti usvojena od strane državljana stranih zemalja. Državljeni SAD su 1991. godine usvojili 2594 dece iz Rumunije, a 2004. samo 57²⁹.

Vodeće države destinacije

Ujedinjene nacije iznose procenu da je na svetskom nivou 15 procenata od ukupnog broja usvojenja inostrano³⁰. Državljeni nekoliko država se izdvajaju po zainteresovanosti za ovaj tip zbrinjavanja dece, a to su pre svega državljani SAD, Francuske, Španije, Norveške, Finske, Italije, Nemačke, Kanade. SAD je glavna destinacija deci usvojenoj međunarodnim putem, a prati je Francuska koja je sa 3995 međunarodnih usvojenja u 2003. godini bila druga država sa najvećim brojem usvojenja. Francusku prati Španija sa 3951 međunarodnim usvojenjem u 2003. godini, zatim Nemačka i Italija sa oko 2000 međunarodnih usvojenja. Veliko iskustvo u međunarodnom usvojenju ima Kanada, napred pomenuta Norveška i Švedska sa preko 1000 međunarodnih usvojenja godišnje³¹. Kada se uzima u obzir drugi indikator, stopa usvojenja na primer, dobijamo drugačiju sliku. Norveška ima najvišu stopu međunarodnih usvojenja na 100000 građana, a koja iznosi 15,4³². Dalje, Kipar ima najveću stopu međunarodnih usvojenja dece koja imaju manje od pet godina i taj broj iznosi 192 na 100000 međunarodnih usvojenja. Zemlje sa 107 do 140 međunarodnih usvojenja dece mlađe od pet godina na 100000 su Danska, Luksemburg, Norveška, Singapur, Španija i Švedska, dok je ova stopa u Kanadi, Francuskoj i SAD mnogo manja. Zemlje koje imaju najnižu ovu stopu su Japan,

²⁸ Cristine Adamec, Laurie C. Miller M.D., "The Encyclopedia of Adoption", Third Edition, Fact of File, Inc, 2007, New York, p.242

²⁹ Ibid

³⁰ Child adoption: Trends and policies, United Nations Department of Economic and Social Affairs/ Population division, New York, 2009, p.74

³¹ Child adoption: Trends and policies, United Nations Department of Economic and Social Affairs/ Population division, New York, 2009, p.74

³² Peter Selman, "Global Trends in Intercountry Adoption: 2001-2010", Adoption Advocate No 44, February 2012. str. 2

February 2012, p.8

²² Child adoption: Trends and policies, United Nations Department of Economic and Social Affairs/ Population division, New York, 2009, p. 435

²³ Shelly Harshe, "Fostering feelings: The political economy of paid foster care work in US-Guatemalan transnational adoption", Faculty of the College of Arts and Sciences of American University, Washington D.C., 2012, p. 48

²⁴ Ibid, p.63

²⁵ Slučaj Anđeline Džoli, prim. autora

²⁶ Peter Selman, "Global Trends in Intercountry Adoption: 2001-2010", Adoption Advocate No 44, February 2012, p.10,11

²⁷ Ibid, p.11

Portugal i Ujedinjeno Kraljevstvo sa manje od šest međunarodnih usvojenja dece mlađe od pet godina na 100000³³.

Gotovo u svim nabrojanim državama je broj međudržavnih usvojenja u porastu, tako da je u SAD gotovo utrostručena – od 7 093 u 1990. godini do 22 728 u 2005. godini; u Francuskoj se broj od oko 1000 međudržavnih usvojenja u 1980. godini popeo na više od 4000 u 2005. godini; u Italiji se broj od 2015 u 1993. godini povećao na 2840 u 2005. godini; Španija je takođe zabeležila veliki porast sa 300 međudržavnih usvojenja ranih 1990-ih godina na preko 3900 u 2003. godini, a porast je zabeležen i u Finskoj, Holandiji, Nemačkoj, Norveškoj³⁴

Takođe je interesantan podatak da međunarodna usvojenja učestvuju sa više od polovine u ukupnom broju usvojenja u 20 od 27 zemalja koje su vodeće zemlje primaoci ili zemlje destinacije. U Belgiji, Francuskoj i Luksemburgu udeo međunarodnih usvojenja je oko 90 procenata, a u Lihtenštajnu, Kipru, Holandiji Norveškoj, Španiji i Švajcarskoj udeo međunarodnih usvojenja u ukupnom broju usvojenja iznosi oko 75 procenata³⁵.

Sjedinjene Američke Države su glavna država destinacija čiji državljani usvajaju više dece iz inostranstva nego građani narednih 13 država primaoca zajedno³⁶. Zainteresovani su za usvajanje dece pre svega iz Rusije, Kine, pojedinih država Latinske Amerike, a radi se o hiljadama takvih slučajeva na godišnjem nivou. Može se reći da su SAD bile začetnici ove prakse jer su sa usvajanjem dece koja su strani državljani započeli nakon Drugog svetskog rata kada je u Evropi, koja je bila veoma pogođena ratnim dešavanjima, veliki broj dece ostao bez roditeljske brige. Za vreme i nakon Korejskog rata su američki državljani izrazili zainteresovanost za zbrinjavanjem južnokorejskih siročića, a 1961. godine su otkonjena ograničenja vezana za broj dece koja su se mogla usvojiti iz drugih zemalja³⁷. Nakon rata u Vijetnamu i nove humanitarne krize uočila se zainteresovanost za decu Vijetnama koja su ostala bez roditeljskog staranja. Godine 1975. se dogodila operacija "Baby-lift" kada je na hiljade dece iz Vijetnama poslato u Ameriku i druge zapadne zemlje, a sa ciljem da tamo budu usvojena. Za ovu operaciju se vezuju i prve zloupotrebe jer se navodi da su neka deca imala žive roditelje koji su samo želeli da njihova deca budu bezbedna do kraja rata i sa tom željom ih poslali u inostranstvo, ali se nisu saglasili sa tim da budu usvojena od strane državljana drugih zemalja. Kao rezultat toga, pooštreni su zakoni koji su se ticali izdavanja viza u svrhu inostranih usvojenja.

Narednih godina je praksa usvajanja dece iz drugih država nastavljena, te je dugo godina vodeća zemlja iz koje su državljani SAD usvajali decu bila Južna

³³ Child adoption: Trends and policies, United Nations Department of Economic and Social Affairs/Population division, New York, 2009, p.74

³⁴ Ibid, p.80-81

³⁵ Ibid, p.74

³⁶ Ibid

³⁷ Cristine Adamec, Laurie C. Miller M.D., "The Encyclopedia of Adoption", Third Edition, Fact of File, Inc, 2007, New York, p.165

Koreja, a nju su početkom devedesetih zamenile Kina i Rusija. Veliki broj dece je usvojen i iz Gvatemale. Kraj 20. veka su, takođe, obeležila i usvojenja dece iz Rumunije³⁸.

Faktori koji utiču na interesovanje državljana SAD za inostrana usvojenja mogu se tražiti u dostupnosti kontracepcije, legalizaciji abortusa i zainteresovanosti roditelja da bez drugog roditelja odgajaju decu, što je dovelo do toga da je mali broj domaće dece dostupan za usvojenje. Dodatni faktor je da veliki broj državljana SAD smatra da je veoma teško usvojiti dete niskog kalendarskog uzrasta, te se radije odlučuju da usvoje novorođenče ili mališane (toddler, eng.) iz drugih zemalja. Još jedan od faktora je taj što veliki broj potencijalnih usvojitelja nije spreman da uđe u tzv. otvoreno usvojenje koje podrazumeva kontakte budućih usvojitelja sa majkom deteta, kao i da se ostavlja mogućnost da dete kroz svoj razvoj održava vezu sa majkom³⁹.

Norveška je sa praksom međunarodnog usvojenja dece otpočela kasnih 1960-ih godina i od tada je ovaj trend u porastu. Oko 600 dece svake godine stigne norveškim roditeljima iz dvadesetak različitih zemalja. U 2003. godini je od ukupnog broja usvojenja koji je iznosio 870, međudržavnih bilo 664. Najveći broj dece u Norveškoj dolazi iz Kine⁴⁰. Abortus je u Norveškoj dozvoljen od 1975. godine, društvo ne stigmatizuje samohrane majke, a njihovo roditeljstvo je potpomognuto finansijskom podrškom, što u krajnjoj liniji dovodi do toga da se sve više žena odlučuje da samostalno odgaja decu. Iz tih razloga je više zainteresovanih parova za usvojenje nego što je dece koja mogu biti usvojena.

Značaj haške konvencije za praksu međunarodnog usvojenja

Konvencija o zaštiti dece i saradnji u oblasti međunarodnog usvojenja⁴¹ je usvojena 1993. godine na 17. zasedanju Haške konferencije za međunarodno privatno pravo. Stupila je na snagu u maju mesecu 2015. godine. To je prvi univerzalni međunarodni dokument koji u svom fokusu ima pojavu međunarodnog usvojenja, a nastao iz potrebe da se problemu pristupi multilateralno, da se obezbedi veća sigurnost za sve učesnike u postupku i smanji rizik od zloupotrebe, kao i da se uspostavi sistem saradnje između država. Konvencija se primenjuje u situacijama kada usvojitelji i usvojenik nemaju prebivalište u istoj državi, pod uslovom da su i država porekla i država prijema potpisnice Konvencije.

Konvenciju je ratifikovalo 79 država, među kojima je i većina država članica Evropske Unije, SAD, Kina i Rusija. Republika Srbija je u 2013. godini

³⁸ Ibid

³⁹ Ibid

⁴⁰ Child adoption: Trends and policies, United Nations Department of Economic and Social Affairs/Population division, New York, 2009, p.297

⁴¹ Tekst Haške konvencije o zaštiti dece i saradnji u oblasti međunarodnog usvojenja na srpskom i engleskom jeziku dostupan je na sajtu http://www.parlament.gov.rs/upload/archive/files/lat/pdf/predlozi_zakona/579-13Lat.pdf, 20.08.2015. godine

donela Zakon o potvrđivanju Konvencije o zaštiti dece i saradnji u oblasti međunarodnog usvojenja⁴².

Osnovni principi na kojima počiva Konvencija su:

- *Princip najboljeg interesa deteta* ogleda se u obavezi države porekla da sistem brige i zaštite dece bazira na poštovanju njihovih fundamentalnih prava, što podrazumeva utvrđivanje zakonske podobnosti deteta za usvojenje, da usvojiteljska porodica bude adekvatna detetovim potrebama, očuvanje identiteta.
- *Princip subsidijarnosti* podrazumeva obavezu države porekla da pre nego pristupi procedure međunarodnog usvojenja, iskoristi sve raspoložive načine zbrinjavanja deteta u zemlji porekla (šira porodica, hraniteljski ili drugi alternativni oblik zbrinjavanja).
- *Na principu saradnje između država ugovornica* insistira Haška konvencija u cilju zaštite dece i sprečavanje otmica, prodaje ili trgovine decom.
- *Princip automatskog priznavanja odluka o usvojenju* se uzima kao jedno od najvećih postignuća Konvencije, a isključuje potrebu sprovođenja postupka priznavanja odluka ili ponovnog odobravanja usvojenja u zemlji prijema.
- *Imenovanje ovlašćenih organa* u postupcima međunarodnih usvojenja je još jedan princip na kome se Konvencija bazira, a ovlašćeni organi mogu biti centralne vlasti, javne vlasti (uključujući sudske i administrativne) i akreditovana tela, koja mogu preuzeti neke funkcije centralnih vlasti i koja moraju biti pod stalnim nadzorom države i tela za akreditaciju.

Međunarodno usvojenje i socijalni rad

Kada je praksa međunarodnog usvojenja dece u pitanju, koja je sada relativno česta, pojedini strani teoretičari tvrde da je socijalni rad kao naučna disciplina, itekako dao svoj doprinos u odnosu na praksu međunarodnog usvojenja što ga čini "centralnim igračem", ali se takođe ističe oskudnost akademske literature na ovu temu, kao i na temu reformi prakse⁴³. Drugi autori ističu značaj socijalnog rada u doprinosima koje je dao istraživanjima o usvojenju, usvojenim osobama, o pitanjima rase i identiteta⁴⁴. Pregled raspoložive literature pruža mogućnost uvida u to kako su istraživanja i preporuke socijalnih radnika uticale na unapređenje prakse međunarodnog usvojenja, a posebno u oblastima kulturnog identiteta, dečjeg razvoja i brige o deci.

Carstens i Hulá su 2000. godine ispitivali važnost posedovanja znanja usvojiteljskih porodica o zemlji porekla deteta i kulturi iz koje dolazi.

⁴² "Službeni glasnik RS" – Međunarodni ugovori, broj 12/2013

⁴³ Karen Smith Rotabi, Kelly McCreery Bunkers, "In an Era of Reform: A Review of Social Work Literature on Intercountry Adoption", SAGE Open 1-16, 2011, p.2

⁴⁴ Ibid, p.8

Rezultati istraživanja su pokazali da je kod dece, čiji su usvojitelji posetili državu porekla deteta pre usvajanja i upoznali kulturu iz koje dete dolazi, postojala pozitivna korelacija sa osećajem sopstvene bezbednosti i svesti o kulturi iz koje dolazi. Na bazi ovoga su sačinjene preporuke, te socijalni radnici u praksi, podstaknuti ovakvim informacijama, podržavaju i preduzimaju konkretne intervencije vezane za negovanje kulturnog identiteta u radu sa usvojiteljima kroz ohrabrivanje, podržavanje i omogućavanje posete državi budućeg usvojenika i podsticanje snažnog formiranja etničkog identiteta kod usvojene dece⁴⁵.

Veliki je doprinos socijalnog rada i literature iz oblasti socijalnog rada u isticanju brige o razvoju dece, što je bio slučaj sa decom iz Rumunije koja su zbrinuta putem međudržavnog usvojenja; registovanje posledica institucionalnog razvoja je obezbedilo plodno tle za dalja istraživanja⁴⁶. Slučaj dece iz Rumunskih sirotišta je privukao pažnju stručne javnosti, pre svega lekara i razvojnih psihologa, koji su utvrdili jasnu korelaciju između zanemarivanja u ranom detinjstvu i zdravlja dece. Naime, većina usvojene dece iz Rumunskih sirotišta, oko 85 procenata, je bilo lošeg zdravlja, neuhranjeno, zaraženo hepatitisom B i sa razvojnim poteškoćama i kašnjenjima u razvoju. Iz ovakvih istraživanja nastale su preporuke vezane za zbrinjavanje napuštene dece, a pre svega niskog kalendarskog uzrasta⁴⁷.

Najbolji interes deteta je jedan od sveobuhvatnijih principa na kojima se bazira praksa međunarodnog usvojenja dece. Jedan je od četiri osnovna principa istaknutih u Konvenciji o pravima deteta, a takođe se pominje u više članova i u Haškoj konvenciji. Međutim, iako bitan princip za praksu međunarodnog zbrinjavanja dece, javlja se problem sa tumačenjem (interpretacijom) razumevanjem i implementacijom ovog principa, a u skladu sa kulturnim i kontekstualnim faktorima⁴⁸.

U izazovu definisanja najboljeg interesa deteta učestvuju akademski radnici svih relevantnih naučnih disciplina za ovu temu, a svoj doprinos je dao i socijalni rad gde teoretičari i naučni radnici u socijalnom radu ističu da zaštita najboljeg interesa dece u međunarodnom usvojenju mora biti zasnovana na sistemu koji obezbeđuje univerzalnu implementaciju etičke i pravne zaštite dece. Oni takođe ukazuju na nepostojanje formalizovane definicije najboljeg interesa deteta u praksi međunarodnog usvojenja i to takva da je empirički testirana i univerzalno usvojena, što je neophodno kako bi se osigurala pravovremene mere zaštite dece i porodice⁴⁹.

S obzirom da Konvencija o pravima deteta i Haška konvencija ne daju precizne smernice o tome šta se mora uzeti u obzir kada se utvrđuje najbolji interes deteta u međunarodnom usvojenju, preporuka je da se profesionalci u socijalnom

⁴⁵ Ibid, p.9

⁴⁶ Ibid

⁴⁷ Cristine Adamec, Laurie C. Miller M.D., "The Encyclopedia of Adoption", Third Edition, Fact of File, Inc, 2007, New York, p.244

⁴⁸ Karen Smith Rotabi, Kelly McCreery Bunkers, "In an Era of Reform: A Review of Social Work Literature on Intercountry Adoption", SAGE Open 1-16, 2011, p.1-2

⁴⁹ Ibid

radu u praksi pozivaju na zajedničke vrednosti obe Konvencije i tome dodaju opciju gde se daje primat domaćem zbrinjavanju pre nego praksi međunarodnog zbrinjavanja, očuvanju informacija vezanih za porodicu porekla i istorijat porodičnih odnosa, uzimajući u obzir poglede deteta na situaciju i osiguravajući da profesionalne usluge u svom fokusu imaju dobrostanje deteta prilikom svakog odlučivanja⁵⁰. Uzimajući u obzir sve aspekte, najbolji interes deteta se mora tumačiti u odnosu na svako dete ponaosob, a u skladu sa jedinstvenim porodičnim sistemom, njihovim snagama i potrebama, jedinstvenim činjenicama koje stoje na raspolaganju prilikom pružanja socijalnih usluga i intervencija⁵¹.

Literatura

Adamec, C., Miller M.D., L. (2007) "The Encyclopedia of Adoption, Third Edition, Fact of File, Inc, New York

"Child adoption: Trends and policies", United Nations Department of Economic and Social Affairs/ Population division, New York, 2009.

Harshe, Shelly, "Fostering Fellows: The Political Economy of Paid Foster Care Work in US-Guatemalan Transnational Adoption" (2012), American University, Washington D.C.

"Intercountry adoption", *Innocenty Digest*, Florence, Italy 1999

Konvencija o zaštiti dece i saradnji u oblasti međunarodnog usvojenja – Haška konvencija, dostupna na sajtu http://www.parlament.gov.rs/upload/archive/files/lat/pdf/predlozi_zakona/579-13Lat.pdf

Rotabi, S., Karen and McCreery Bunkers Kelly, In an Era of Reform: A Review of Social Work Literature on Intercountry Adoption, SAGE Open, 1-16, 2011

Selman P., "Global Trends in Intercountry Adoption: 2001-2010", *Adoption Advocate* No 44, February 2012. str 1-17

Selman, P., "The rise and fall of intercountry adoption in the 21st century", *International Social Work* 2009, 52(5); 575-594

Selman, P., "Intercountry adoption in the new millennium; the "quiet migration" revisited", *Population Research and Policy Review* 21: 205-225, 2002, Kluwer Academic Publishers

"Službeni glasnik RS" – Međunarodni ugovori, broj 12/2013

⁵⁰ Haška konvencija u privatnom međunarodnom pravu, 2008; Wayne, 2006 u Karen Smith Rotabi, Kelly McCreery Bunkers, "In an Era of Reform: A Review of Social Work Literature on Intercountry Adoption", SAGE Open 1-16, 2011, p.2

⁵¹ Karen Smith Rotabi, Kelly McCreery Bunkers, "In an Era of Reform: A Review of Social Work Literature on Intercountry Adoption", SAGE Open 1-16, 2011, p.2

Miroslava Karadžić,
Center for Social Work "Saint Sava", Niš

INTERNATIONAL ADOPTION - SILENT MIGRATION

Summary

International or transnational adoption is one way of permanently caring for children without parental care in which adoptive parents and children come from different countries. Like standard adoption, it represents the quality that results from the permanence of this form of care, the imitation of parent-child relationships, and the legal consequences it causes, in terms of establishing kinship and further inheritance rights. This form of childcare was registered in the second half of the 20th century, after the Second World War, when there was an interest in the care of war orphaned by nationals of those countries that were not or less affected by the war. The global estimate is that between 1948 and 2010, more than 970,000 children were subjects of international adoption and trends of countries of origin and destination were set. Because of that we can also speak about migration processes in the context of international adoption, and Selman (2002, 2012) calls it "quiet migration". The practice of international child adoption is still accompanied by some controversy and procedural concerns and significant progress. The regulation this has been achieved by the adoption of the Convention on the Protection of Children and Cooperation in the Field of International Adoption - The Hague Convention (1993). The practice of international adoption has also contributed to social work as a scientific discipline, above all in the field of preserving the cultural identity of children, child development and childcare.

Keywords: *international adoption, migration, social work, child well-being, Hague Convention*

SENSITIVITY TRAINING KAO DOPUNA INDIVIDUALNOM SAVETOVANJU U DNEVNOM CENTRU I KLUBU ZA STARIJE

Apstrakt: U Dnevnom centru i klubu za starije Ustanove Gerontološki centar Beograd socijalni radnik je koordinator svih aktivnosti i obavlja savetodavni rad sa korisnicima usluga. Autor ovog teksta je socijalni radnik u Dnevnom centru i klubu za starije "Dušan Resavac" u Rakovici od 2015. Početkom 2016. postojala je očigledna netrpeljivost između pojedinih članica, što se negativno odrazilo na društveni život u klubu. Individualno savetovanje nije dalo značajne rezultate. Da bi prevazišao probleme između članica umetničkih sekcija, socijalni radnik je primenio Sensitivity training kao dodatak individualnom savetovanju. Organizovao je 8 radionica za 12 članica, u periodu od 22. aprila do 27. maja 2016. Socijalni radnik je intervjuisao članice koristeći Q Anx set kartica. Nakon primene Sensitivity training-a, međuljudski odnosi su bili znatno bolji, ali su pojedinačni ishodi bili različiti, od slučaja do slučaja. Neke članice su doživele socijalni grupni rad veoma pozitivno, dok su neke bile distancirane. To ukazuje da se Sensitivity training ne može uspešno primeniti na vrlo krute, "okoštale" ličnosti, odnosno, da 8 radionica nije dovoljno za takav poduhvat.

Ključne reči: *dnevni centar, klub za starije individualno savetovanje, sensitivity training, socijalni grupni rad, Q Anx set*

O gerontološkom klubu

Gerontološki klub² - dnevni centar i klub za starije na teritoriji opštine Rakovica, pod nazivom "Dušan Resavac", otvoren je nekoliko godina posle zatvaranje prethodnog kluba, krajem decembra 2015. godine. Članovi sekcija nekadašnjeg kluba nastavili su sa radom u novom klubu.

Socijalni radnik je izabrao "tribinu" kao formu grupnog rada sa

¹ nenadd.stevanovic@gmail.com

² "Klubovi za stare pružaju dnevne usluge u zajednici namenjene osobama trećeg životnog doba. Težište njihovog funkcionisanja je na konceptu organizovanog slobodnog vremena koje stara osoba koristi u skladu sa svojim kapacitetima i interesovanjima." Jelena Vuković "Zadovoljstvo korisnika uslugom kluba za stare na teritoriji Grada Beograda", FPN, Beograd 2018., str. 6

korisnicima u cilju planiranja i organizovanja aktivnosti korisnika kluba³. Od samog početka rada kluba uočile su se nesaglasnosti između različitih interesnih grupa, najpre između korisnika zainteresovanih samo za društvene igre (šah, domine, karte) i korisnika članova sekcija. Taj problem je u znatnoj meri razrešen preciznim terminskim mesečnim i nedeljnim planom realizacije aktivnosti u klubu. Nesaglasnosti su postojale i između članova različitih sekcija, kao i između dominantnih članova iz iste sekcije. Dakle, početkom 2016. postojala je očigledna netrpeljivost između pojedinih članica, što se negativno odrazilo na društveni život u klubu. Individualno savetovanje nije dalo značajne rezultate.

Primeniti sensitivity training?

Koristeći se sopstvenim iskustvom u primeni Sensitivity training-a i pozitivnih efekata na učesnike kao nekliničkog socioterapijskog pristupa, socijalni radnik je odlučio da realizuje jedan ciklus Sensitivity training-a za članove sekcija.

U Srbiji su Sensitivity training prezentovali i obučavali praktikante profesori Đurađ Stakić i Milorad Milovanović. Profesor Stakić je početkom 90-ih prošlog veka predavao o socijalnom grupnom radu na Fakultetu političkih nauka u Beogradu. Za studente treće godine studija, kao i za studente četvrte godine tadašnjeg Defektološkog fakulteta, organizovao je Sensitivity training I stepena u trajanju od pet dana, na Zlatiboru. Tog događaja se autor ovog teksta priseća sa nostalgijom jer je to bio događaj koji je odredio pravac njegovog profesionalnog usavršavanja.

Profesor Milovanović je adaptirao tehnike Sensitivity training-a za primenu u socijalnom grupnom radu sa starijim osobama i o tome napisao priručnik. Uz finansijsku podršku Fonda za otvoreno društvo i uz podršku Gradskog centra za socijalni rad u Beogradu, profesor Milovanović je, u periodu od 12. maja 1998. do 12. februara 1999. realizovao obuku Sensitivity training sva četiri stepena za dvadesetak stručnih radnika (socijalnih radnika, psihologa, pedagoga) iz Srbije. Autor ovog teksta bio je u toj grupi i, usled svog velikog entuzijazma, realizovao je dva projekta o sopstvenoj primeni Sensitivity training-a.

Konceptualne osnove sensitivity training-a

Sensitivity training je metodski postupak grupnog rada koji ima primenu u tri oblasti: klinička primena - rad sa grupama pacijenata u bolnicama, dnevnim bolnicama i klubovima za podršku, zatim neklinička primena, uglavnom u praksi socijalnog rada, kao i primena u oblasti management-a (Team Management, Human Resources, Team Building i dr.).

³ "...uloga (socijalnog radnika) se može podeliti u dva segmenta i to: stručni rad i organizovanje slobodnog vremena korisnika./U okviru segmenta stručnog rada socijalni radnici primenjuju metode socijalnog rada sa pojedincem, grupnog socijalnog rada i socijalnog rada u zajednici." J. Vuković "Zadovoljstvo korisnika...", str. 42

- "...Formirati grupe u kojima će članovi vežbati, trenirati (po tome se nazivaju T-grupe, grupe za trening) i steći osetljivost i za postupke drugih i za vlastito ponašanje (zato se nazivaju i grupama za razvijanje osetljivosti - sensitivity-groups)." ⁴
- "Sensitivity training je grupna metoda koja koristi intenzivnu participaciju i neposredan feedback za samoanalizu i promenu." ⁵
- "Diskusija između učesnika je, uobičajeno, jedna od glavnih fokusa treninga." ⁶
- "Aktivnost ovih grupa je u razmatranju i diskusiji o tome kako intervencije pojedinaca prihvataju ostali." ⁷

Primenom Sensitivity training-a poboljšavaju se: 1. veštine komunikacije, 2. tolerancija i 3. veštine rešavanja konflikata. "Veštine komunikacije su unapređene i na taj način se minimiziraju nesuglasice i neguje se okruženje u kojem je dobrodošla razmena ideja... Ljudi će češće deliti ideje kada rešavaju probleme ako znaju da njihov komentar neće biti ispraćen uvredljivim komentarom..." ⁸

Formiranje socioterapijske grupe i primena q anx upitnika

Formiranje socioterapijske grupe za primenu Sensitivity training-a podrazumevalo je okupljanje članica sekcija koje su dominantne osobe sa tendencijom ka liderstvu. Socijalni radnik je informisao targetirane članice sekcija o postupku i efektima Sensitivity training-a i, nakon pristanka članica, izradio program realizacije Q Anx upitnika.

O Q Anx upitniku autor je više pisao u svom radu "Sensitivity training - komparativni prikaz socijalnog grupnog rada sa mladima, odraslima - osuđenim licima i starijim licima" koji je prezentovao na međunarodnoj naučno-stručnoj konferenciji "Savremeni izazovi u socijalnom radu - problemi i perspektive" septembra 2015. u Vrnjačkoj Banji. Ukratko, upitnik Q Anx zasnovan je na stavovima Stephenson-a ("Tehnika Q kartica ili Q sortiranja" ⁹), Rogers-a (Q sortiranje, primena Čikaškog Q kompleta Butler-a i High-a) ¹⁰, grupe naših autora naučnog rada pod nazivom "Samoprocena mentalnog zdravlja osoba starijih od 65 godina: nužnost i izlišnost" ¹¹, a naročito stavova Raymond-a B. Cattell-a o crti, izvornoj

⁴ Dr Nikola Rot "Psihologija grupa", Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, Beograd, 1999., str.56

⁵ Raj Kumar "Human Resource Management: Strategic Analysis Text and Cases", 2011., str. 147,

⁶ Prof. Dr. Hasmet Sarigul, "A comparative study on the educational activities and learning programs in commercial banks in Turkey" u "International Journal of New Trends in Education and Their Implications", October 2012., str. 184

⁷ Dr Nikola Rot "Psihologija grupa", str.56

⁸ "Why You Need Workplace Sensitivity Training" na elektronskoj adresi: http://www.workplaceeti-quette.net/workplace_sensitivity_training/workplace_sensitivity_training.html

⁹ Josip Berger, "Psihodiagnostika", str.262

¹⁰ Isto, str.262-263

¹¹ Gerontologija 1/2002, str.86

crti, strepnji kao faktoru drugog reda¹², odnosno njegovog stava da je moguće “proveravanje, pomoću testova, stepena napretka ostvarenog u terapiji u pogledu izvornih crta...”¹³

Q Anx instrument ispunjava kriterijum objektivnosti testa adekvatnim tretiranjem pozitivnih i negativnih odgovora, ali nije izvršeno proveravanje njegove diskriminativnosti. Pouzdanost Q Anx-a je u pokušaju korekcije putem Resistance Indexa, dok se “put od definisanja varijable do razvijanja njenih indikatora i sastavljanja stavki”¹⁴ u izradnji “hipotetičkih konstrukta”¹⁵ zasniva na informacijama iz javno dostupnih izvora i nije izvršena adekvatna procena valjanosti instrumenta. Nije rađena ni komparacija dobijenih rezultata sa rezultatima primene nekog drugog instrumenta. Skaliranje je rađeno na osnovu komparacije rezultata pojedinačnog testiranja u odnosu na prosečne vrednosti svih testiranja svih ispitanika iz baze podataka. Autor se sada bavi oblašću “Sensitivity training u business-u: Human Resource and Scrum Methodology - Agile Software Development/XP (Extreme Programming)”, a Q Anx upitnik je jedan iz seta srodnih testova primenjenih u ovoj veoma profitabilnoj oblasti.

U periodu mart - april 2016. godine, socijalni radnik je primenio Q Anx upitnik za deset članica grupe. Uočeni su izvesni problemi u realizaciji upitnika koji su bili posledice oslabljenih mentalnih sposobnosti seniora, ali i obrazovnog statusa korisnika.

Plan realizacije sensitivity training-a

Realizacija Q Anx upitnika, odnosno njegova uspešna primena, nisu bili uslov za članstvo u socioterapijskoj grupi. Grupa je određena kao “otvorena grupa”. Sensitivity trainer (u daljem tekstu S.T.) je odredio ciklus od deset okupljanja grupe koje se realizuju svake srede i petka, od 12.00 sati, sa terminskim planom od 22. aprila do 27. maja 2016. godine.

Sastanak grupe se održava u maloj kancelariji. Trajanje rada grupe je sat vremena. Po svojoj polnoj strukturi grupa je unipolna, sastavljena samo od članica ženskog pola.

Razgovor u grupi se odvija na osnovu usvojenog Pravilnika za razgovor u grupi¹⁶. Pravilnik predstavlja pisani i potpisani dokument ugovornog odnosa¹⁷ između S.T. i članova grupe. Diskusija na svakom okupljanju grupe odvija se na prethodno (grupno) koncipiranu temu i grupa je u obavezi da, na osnovu diskusije,

¹² Videti kod Rejmonda Katela “Naučna analiza ličnosti”, Beograd, 1978. str. 60, 70, 106, 315

¹³ Isto, str.424

¹⁴ Dr Aleksandar Bukvić “Načela izrade psiholoških testova”, Beograd, 1996. , str.137

¹⁵ Isto, str.138

¹⁶ O pravilima videti Dr M. Milovanović “Priručnik za grupni socijalni rad u gerontološkim ustanovama”, str.28-30

¹⁷ Ne u kontekstu obligacionog prava, već u smislu “obrazaca i normi ponašanja svih učesnika ove interakcije”, Dr Đurađ Stakić i Dr Milorad Milovanović “Metode socijalnog rada”, Beograd, 1991., str. 34

doneše grupni zaključak.¹⁸

S.T. je koordinator rada grupe koji usmerava, a ne kontroliše rad članica grupe, koji pruža informacije u pojedinim fazama razvoja grupe, a nije “smarajući predavač”. S.T. nije imao pomoć opservera tokom realizaciji Sensitivity training-a. S.T. je vodio beleške o procesima u grupi i pribeležio zanimljive verbalizacije članova grupe, zahtevao je završna izjašnjenja o emocionalnom statusu svakog pojedinca na kraju sastanka, inicirao zadatke članovima grupe i grupi kao celini.

Proces realizacije sensitivity training-a

6.1. Prvi sastanak grupe

S.T. je obavio neophodne tehničke, prostorne i materijalne pripreme za rad grupe, pripremljen je Pravilnik za razgovor u grupi po zahtevima metodskog postupka Sensitivity training-a i distribuiran je primerak Pravilnika za svaku članicu grupe; pripremljen je obrazac Zapisnika - beleški; pripremljena je posebna prostorija za nesmetan rad grupe, stolice su poredane u krug, ispred mesta gde sedi sensitivity trainer postavljen je pokretni, niski sto.

Sastanak grupe održan je u petak, 22. aprila. Pošto je grupa bila “otvorenog tipa”, pravo da prisustvuju sastanku iskoristile su dve članice koje nisu popunjavale upitnik.

Na osnovu verbalizovanih očekivanja članica o radu grupe, S.T. saznaje da samo jedna članica ima prethodna iskustva u socioterapijskom grupnom radu ali nije želela da detaljnije opisuje u kojim okolnostima i kojim povodom je stekla to iskustvo.

Članice grupe izvršavaju **prvi grupni zadatak**: anonimno popunjavanje ankete o socijalnoj afilijaciji¹⁹. U anketnom upitniku su upisana imena deset članica grupe koji su popunjavale Q Anx upitnik. Anketno pitanje glasi: “Označite imena svih osoba - članica grupe sa kojima volite da se družite.”

S.T. je prezentovao Pravilnik za razgovor u grupi. Nije bilo dopune Pravilnika novim pravilima i pristupilo se potpisivanju Pravilnika. S.T. informiše grupu da se svaki sastanak realizuje putem diskusije na grupno odabranu temu i da se donosi grupni zaključak, a grupa je slobodna u odabiru teme.

Formulisana je **Tema br. 1 “Pravila”**. Na kraju diskusije usvojen je zaključak: **“Pravila su prihvaćena zato što su neophodna”**.

S.T. je inicirao “završni krug” - izjašnjavaње o emocionalnom statusu svake članice grupe na kraju sastanka. Miza: „Sve mi je nepoznato. Ovo je potrebno.“ Mista: “Ovo sam slušala par puta na drugim mestima, trema počinje.”

¹⁸ O tome više kod Dr M. Milovanović “Priručnik...” str. 31

¹⁹ U cilju određivanja socijalne afilijacije definisane u autorom tekstu “Socijalni grupni rad u dnevnom centru i klubu za starije ,Bežanijska kosa” u “Socijalna politika i socijalni rad” br. 1-2/99, str. 71/72

Vegra: „Osećam se sada jako bolje.” Jera: „Već ima panike, (oseća se) struja.” Boma: „Poučno je za nas, (nadam se) da će uticati na ljude da promene ponašanje.” Raka: „Trebalo je ovo i ranije. Zašto ovo ranije nije uvedeno?” Duma: „Prvi put se srećem sa nečim ovakvim. Neće se nastaviti moje crvenilo, osećam se dobro.”

6.2. Drugi sastanak grupe

U pripremi drugog sastanka S.T. je obradio ankete i pripremio rezultate. Izabrana je **Tema br. 2 “Međuljudski odnosi”**.

Mista: “Poštujem svačije mišljenje i očekujem da i moje mišljenje poštuju.” Na verbalizaciju očekivanja članica grupe da ih S.T. “vodi”, dobijaju pojašnjenje da je njegova uloga u grupi drugačija od one koju ima kada “drži tribinu”.

Miza: “Da me ogovara može svako, ali da mi se ne prenosi ogovaranje... Glupo je u našim godinama da se svađamo.” Vegra: “Ja sam pre 5-6 godina isključila emocije.” Boma: “Ja ću se radije povući.” Anba je evocirala neke neprijatne doživljaje i rasplakala se.

Na kraju je usvojen **Zaključak “Besmisleno je gajiti loše međuljudske odnose”**.

Završni krug. Miza „Ne volim ovu temu jer se setim ono što sam doživela... Ja više volim vesele teme.” Zaba: „Temu sam opušteno doživela, gledala sam je šire. Prija mi ovde, sa nekima sam se identifikovala.”

6.3. Treći sastanak grupe

Tema br. 3 je određena kao „**Mala i velika pomoć**“. Grupna diskusija. Daba: „Uvek mi treba pomoć, ne da sam nesposobna, nego volim ljude oko sebe.” Zaba: „(Pomagala sam) nisam čekala da traže pomoć, niti da nagoveste potrebu za pomoći. / „Onaj odozgo ti šalje pomoć kad ti treba.“ / „Čovek može pogrešno da proceni (izostanak pomoći) i da bude razočaran.“ / „Nekada dođe pomoć i kada se ne nadate.“ Raka: „Bog da neku snagu da pomognem.“ Duma opširno priča o svojoj sestri, sinu u inostranstvu, čuvanju unuka, o pomaganju majci, tihi plač.

Zaključak „**Ma kakva da je, svaka pomoć je dragocena.**“ U završnom krugu kraće verbalizacije članica grupe. Elza: „Osećam se drugačije, nešto je ušlo u mene što mi je (ranije) bilo nedostupno.” Duma: „Dobro sam se osećala,... svi su na neki način (ovde) humani. Drago mi je da sam bila tu (u grupi).“ Boma: „Ljudske sudbine su različite, bolje smo se upoznali.” Anba: „Ovo druženje...donosi nam snagu i razumevanje.“ Zaba: “Priyatno mi je, došlo mi ja da zaplačem... zahvaljujem svima!” Duma: “Priyatno mi je, kao da sam se olakšala.” Raka: “Drago mi je što su se neke osobe otvorile.”

6.4. Četvrti sastanak grupe

Na trećem sastanku grupa je donela odluku da se ne održi sastanak grupe koji treba da bude 6. maja zbog Đurđevdana.

6.5. Peti sastanak grupe

S.T. otvara peti sastanak grupe. Članice grupe reaguju jer smatraju da je to četvrti sastanak grupe. S.T. objašnjava da planom realizacije Sensitivity traininga nije predviđeno neodržavanje sastanka na dan 6. maja, da je grupa imala slobodu da donese odluku o neodržavanju, ali S.T. smatra da grupa treba da bude spremna da prihvati posledice slobodnog izbora, a to je da su “preskočili” četvrti sastanak grupe. Suočavanje za posledicama slobodnog izbora doprinosi sazrevanju grupe, a objašnjenje S.T. članovi grupe prihvataju sa razumevanjem, a neki i sa odobravanjem.

S.T. postavlja grupi **drugi grupni zadatak** koji grupa uspešno izvršava.

Tema br. 5. je „**Odgovornost**“, a posle diskusije usvojen je zaključak „**Odgovornost zavisi od ličnosti, vrlo je vredna osobina i treba poštovati odgovornu osobu.**”

Nekoliko verbalizacija iz završnog kruga. Anba: “Kako sam počela ovu terapiju, prezadovoljna sam, toliko mi je drago da nas poveže.” Duta: “Ja sam priлично olakšala dušu svoju.” Elza: “Kada dođem ovde (na sastanak grupe) mozak počne da mi radi u drugom pravcu.”

6.6. Šesti sastanak grupe

Pre samog početka rada grupe dolazi Dika, ali S.T. izjavljuje da je prošla polovina sastanaka, da grupa ima svoj ritam i da će se formirati nova grupa u kojoj će moći da učestvuje i Dika.

Na početku sastanka Anba preuzima inicijativu i čita svoju laičku pesmu o zaboravljenoj ljubavi. Posle desetak minuta diskusije formulisana je Tema br. 6 „**Da li partnerska ljubav može biti zaboravljena?**”. Duta: “Ja sam se udala, ali ne iz ljubavi, jer su drugi odlučili, ali razmišljanjem sam zavolela.” Daba: “Samo sam jednom bila zaljubljena...” Elza: “I u zreloj dobi kada se zaljubiš, gore je nego u pubertetu.” Vegra: “Udala sam se u šesnaestoj, živela 49 godina u braku, moja ljubav me napustila... Umro je. Mnogo mi nedostaje, kada bih mogla, vratila bih ga.” Elza: “Mog muža sam znala od četvrtog razreda osnovne škole. Tukla sam ga, bilo je to kod babe na selu. Trideset pet godina smo bili u braku, bili smo veseli, imali harmoniju u braku.... Ne mogu da nađem srodnu dušu, plašim se da se ne razočaram.”

Duma: “Udala sam se iz ljubavi u dvadesetoj. Razveli smo se. I sada kada izgovorim njegovo ime meni je nekako drago.” Dok govori oči su joj pune suza. U prvom braku je bila osam godina, u drugom braku je od tridesetšeste godine. Iz prvog braka ima sina koji sa porodicom živi u inostranstvu. Duma je boravila nekoliko godina kod sina radi čuvanja unuka, dobila je višegodišnju zabranu ulaska u tu zemlju, zabrana joj ističe do kraja godine i namerava da ponovo poseti sina.

Mista: “Udala sam se u dvadesetdrugoj godini, na selu, radili smo u preduzeću 24 godine, kada smo dobili stan, na dan useljenja, on nas je napustio

na stepeništu. Umro je od srca...” / “...Srela sam drugara Č., meni je bilo važno da ga izvučem iz depresije jer mu je umrla žena. Sada smo dvanaest godina zajedno.” Anba: “Bila sam u domu za ratnu siročad...Udala sam se, on se švalerisao, opijao se, zanemarivao kći i napustio nas. Tri puta se ženio, umro je od alkoholizma.”

Jera: “Udala sam se u 30-oj, zaljubila sam se... Umro je u 55-oj, napustio me... Koliko je o pravoj ljubavi teško pričati. Prava ljubav se nikada ne zaboravlja.” Jera se rasplakala. Miza: “Ja sam se zaljublivala tri puta i sve te ljubavi pamtim.” Zaba: “Raznežila me tema... Imala sam potpuno razumevanje i solidaran odnos sa mužem. Bili smo u braku 16 godina... Otišao je na posao... Nisam stigla ni da se oprostim... Nisam htela da prihvatim (da je preminuo).”

Usledio je zaključak: „...**Zavisí od partnera i ličnih osećanja. Prava i iskrena ljubav se ne može zaboraviti.**” Daba: “Nešto mi je teže, osećam se nela-godno.” Zaba: “Ima tuge u meni.” Vegra: “Nije mi bilo svejedno, ali idemo dalje.” Jera: “Potresla sam se kada sam pričala.” Boma: “Vrlo interesantno. Drago mi je da ste nas u ovome otvorili...” Anba: “Našla sam divnu ekipu koja sarađuje.”

6.7. Sedmi sastanak grupe

Elza je poslužila sve članove grupe pitom koju je donela. Jera je došla sa zakašnjenjem. Tema br. 7 je “**Ružne teme**”, grupa navodi “netrpeljivost između osoba”, “bolest”, “sistemska maltretiranja u zdravstvu”, “gubitak voljene osobe”, “svađe i začikavanja u porodici (između sinova)”, “omalovažavanje tuđeg mišljenja i postupaka”, “psihičko i fizičko maltretiranje”, “ratna zbivanja”, “neprofesionalno ponašanje”, “smrt”, “maltretiranje na šalteru”, “džeparenje”, “nemoć”, “kada nemaš kome da se žališ”, “psovke”. Grupa je izdvojila podtemu “Laž”. Daba: “Nekada baš moraš da slažeš, laž može biti korisna.” Duma govori o patološkoj laži. Duta: “Isti-na treba da izađe na videlo, kakva god bila.” Miza: “Ne lažem, ali ne kažem!”

Grupni zaključak: “... **Sve ono što čini presiju i ostavi bolan trag na duši.**” Usledio je završni krug. Anba: “...Ovo k'o da se vraćam unazad.” Jera: “Nisam se sjajno osećala.” Miza: “Zavolela sam ovu grupu i ovaj naš rad.” Elza: “Radujem se što ću se videti sa ovim ženama u ovom malom prostoru i sve mi je interesantnije.”

6.8. Osmi sastanak grupe

Jedan šaljivi komentar sa pitanjem kada dobijaju diplomu formuliše se u temu br. 8. “**Kada dobijamo diplomu?**” Mista: “Diploma za vođenje života dece do njihovog uspeha.” Zaba: “Blagosiljanje zbog saosećanja i pomoći.” Duma: “Diploma... za vraćanje na pravi put.”

Zaključak: „Diplomu dobijamo kada je zaslužio!” U završnom krugu, Boma: “Vrlo mi je prijatno u ovoj grupi, kao da sam ih birala.” Zaba: “...Mnogo mi je drago... da analiziram sebe.”

6.9. Deveti sastanak grupe

Zbog preferentnih programskih aktivnosti na nivou cele radne jedinice, deveti sastanak grupe nije mogao biti održan u zakazanom terminu.

6.10. Deseti sastanak grupe

Kao tema br. 10 izabrana je „**Manipulacija**“, a kao zaključak „**Svaka po-zitivna manipulacija mora da bude odgovorna i da ima rezultate.**” U završnom krugu Boma je izjavila: “Malo sam se uplašila ove teme.”

Grupa je dobila grupni zadatak: ponovo su anonimno popunjavale upitnik za izbor osoba sa kojima najviše žele da se druže. Nakon završetka desetog sastanka intervjuisana je jedna članica grupe (Elza) i napravljena je grupna fotografija.

Longitudinalna evaluacija

Članice grupe nisu predstavljene imenom i prezimenom već su im dode-ljeni alijasi.

Kategorije “Početni status” i “Preovlađujući položaj u grupi” rađene su na osnovu “Rank Dynamics Position Model” Raoul-a Schindler-a.²⁰ Kategorija “Po-četni status” odnosi se na preovlađujući položaj članice grupe koji već ona ima u klubu, u zavisnosti od formalne pozicije (rukovodilac određene sekcije) ili ličnog angažovanja.

Kategorija “Samokontrola (emocionalne ekspresije)” ima vrednosti: “bez emocionalnih ekspresija” (5), “povremene blage emocionalne ekspresije” (3), “po-vremene uočljive emocionalne ekspresije” (2), “plač i povremene uočljive emo-cionalne ekspresije” (1) i “plač i uočljive emocionalne ekspresije u kontinuitetu” (0). “Emocionalne ekspresije” obuhvataju pojave kao što su suzne oči, crvenilo lica, drhtanje ruku, izmenjena boja i intenzitet glasa, naglašeni tikovi, intenzivnije nesvesne telesne reakcije udova, glave, očiju i dr. Pod “samokontrolom” podrazu-meva se konativna sposobnost obuzdavanja emocionalnih ekspresija, ali takođe i odustvo emocionalnih ekspresija.

Red. br.	Alijasi	Opis formalne pozicije i učešća u aktivnostima kluba (IV 2016)	Opis formalne pozicije i učešća u aktivnostima kluba (IX 2019)
a	b	c	d
1	ZABA	Članica grupe pevača	Isto
2	RAKA	Umetnički rukovodilac likovne sekcije, članica grupe pevača	Isto
3	DUTA	Članica grupe pevača, folklorne i literarne sekcije	Isto

²⁰ Napomena: o tome više u knjizi Dr M. Milovanovića “Priručnik ...”, str.19-21

4	BOMA	Umetnički rukovodilac folklorne grupe, članica grupe pevača	Isto
5	MIZA	Umetnički rukovodilac dramske sekcije, članica grupe pevača i folklorne grupe	Napustila klub 2017. zbog sukoba sa Bomom i Jerom, aktivna u drugom klubu
6	JERA	Članica grupe pevača, folklorne i dramske sekcije	Isto
7	ELZA	Članica grupe pevača i vokalnih solista	Napustila klub 2017.
8	DUMA	Članica grupe pevača	Preminula 2017.
9	VEGRA	Rukovodilac sekcije za radnu terapiju, članica grupe pevača i folklorne grupe	Isto
10	ANBA	Članica literarne sekcije i radne terapije	Zbog promena u ponašanju pod stručnom opservacijom od maja 2019.
11	DABA	Članica sekcije za radnu terapiju i grupe pevača	Isto
12	MISTA	Članica sekcije za radnu terapije i grupe pevača	Isto
13	DIKA	Umetnički rukovodilac literarne sekcije, članica grupe pevača i folklorne grupe	Napustila klub 2018.

Tabela br. 1 Podaci o članicama grupe (april 2016. – septembar 2019.)

	ALIJASI	BROJ IZBORA		Broj dolazaka (Σ 8)	Početni status	Preovlađujući položaj u grupi	Samo-kontrola
		22. APRIL	27. MAJ				
<i>a</i>	<i>b</i>	<i>e</i>	<i>f</i>	<i>g</i>	<i>h</i>	<i>i</i>	<i>j</i>
1	ZABA	5	8	7	GAMA	BETA	2
2	RAKA	7	8	3	BETA	BETA	5
3	DUTA	5	8	8	GAMA	BETA	3
4	BOMA	8	10	8	BETA	ALFA	5
5	MIZA	8	9	8	BETA	ALFA	5
6	JERA	7	6	6	BETA	GAMA	1
7	ELZA	4	6	7	OMEGA	GAMA	3
8	DUMA	8	9	6	BETA	ALFA	0
9	VEGRA	10	8	8	ALFA	BETA	3

10	ANBA	8	8	7	BETA	BETA	1
11	DABA	0	6	8	GAMA	GAMA	3
12	MISTA	0	8	8	BETA	BETA	3
13	DIKA	NULL	NULL	NULL	ALFA	NULL	NULL
UKUPNO		70	94				
PROSEK		6.4	7.2				
POVEĆANJE PROSEČNOG IZBORA		13.6%					

Tabela br. 2 Osnovni pokazatelji o grupi (maj 2016.)

Resistance Index (RI) ili Index otpora je mera otpora testiranju kao kompleksnoj pojavi, a obuhvata (1) neiskrenost, (2) nerazumevanje zahteva i (3) odbijanje izjašnjavanja (indeks nije zbirna vrednost njihovih pojedinačnih vrednosti već je nespecifikovana i kumulativna).

Red. br.	Alijasi	Q ANX Index	Korigovani Q ANX Indexi na osnovu Resistance Indexa (RI)
<i>a</i>	<i>b</i>	<i>k</i>	<i>l</i>
1	ZABA	0	0,5
2	RAKA	1,1	1,1
3	DUTA	0	0
4	BOMA	0	0
5	MIZA	0	0
6	JERA	0	0
7	ELZA	0	0
8	DUMA	0	0
9	VEGRA	0	0,4
10	ANBA	0	0
11	DABA	0	0
12	MISTA	0	0
13	DIKA	NULL	NULL

Tabela br. 3 Grupni indeksi QAnx i QAnx /RI koji mere strepnju

S.T. je imao grižu savesti zbog smrti Dume, smatrajući da je grupu, neplanirano, uveo u „terapijski nivo“ na šestom okupljanju grupe, bez pružanja

naknadne podrške članicama grupe za prihvatanje statusa realnosti. Preveliki dubinski zahvat nastao je usled: 1. prostornih uslova za realizaciju Sensitivity training-a (prostorija je bila mala, članice su sedele veoma blisko, skoro se dodirujući, te na taj način postale „izručene“ jedna drugoj); 2. pogrešne odluke da S.T. izmeni status grupe iz „otvorene“ u „zatvorenu“ i na šestom okupljanju grupe ne primi Diku i 3. nedovoljnog iskustva S.T. za takvu vrstu intervencije. S.T. nije ni realizovao naredni ciklus okupljanja gde je trebalo da bude okupljena polno mešovita grupa.

Na osnovu pregleda Tabele br. 1 može se zaključiti da su ojačali procesi dezintegracije u klubu i da su neke aktivistkinje napustile klub. Došlo je do promene statusa nekih članica, Vegra je iz alfa-statusa prešla u beta-status, Boma je osigurala jedinu alfa-poziciju u klubu, a Vegra joj se priklonila (Tabela br. 2). Boma je ispoljila apsolutnu samokontrolu tokom Sensitivity training-a, kao „okoštala ličnost“. Stiče se utisak da je Boma jedina „profitirala“ iskoristivši Sensitivity training da bi predatorski uočila ranjivost konkurentkinja. S.T.-u je ovaj trening pružio dragoceno iskustvo o tome kako neko sa atavističkom lukavošću može dobru nameru (da se kroz trening osećajnosti uspostavi razumevanje) instrumentalizovati za parcijalne ciljeve.

Nijedna članica grupe nije manifestovala strepnju (Tabela br.3). Postavlja se pitanje da li je instrument Q Anx validan uopšte ili je bilo problema u realizaciji testiranja starijih osoba. Ukoliko je navedeni instrument validan (pokazao je pozitivne rezultate u testiranju mladih i odraslih), interesantno bi bilo tretirati strepnju kao test-pojavu za duboku starost: ili ćeš strepnju prevladati ili će te strepnja razboleti i nećeš starost dočekati!

Zaključak

Sensitivity training je primenjen 2016. godine u gerontološkom klubu u Rakovici za članice koje su bile na pozicijama formalnih lidera sekcija ili ispoljile težnju ka dominaciji, jer individualno savetovanje nije dalo u potpunosti pozitivne rezultate u prevazilaženju njihovih nesuglasica. Nakon realizovanja osam okupljanja grupe i primenom seta instrumenata došlo je do poboljšanja kvaliteta komunikacije između članica grupe sa povećanjem broja međusobnih izbora za druženje za 13,6 %.

Longitudinalnom evaluacijom sensitivity training-a (2019) naknadnom procenom statusa članica kluba i njihovog preovlađujućeg položaja, utvrđeno je da su se produbili procesi dezintegracije osipanjem članstva. Konkretna primena sensitivity training-a je pokazala da se dobra namera može transformisati u njenu suprotnost, da rigidna ličnost manipuliše ljudima radi egoističnih ciljeva.

Literatura:

Berger, Josip, *Psihodijagnostika*, Nolit, Beograd, 1984.

Bukvić, Dr Aleksandar, *Načela izrade psiholoških testova*, Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, Beograd, 1996.

Katel, Rejmond, *Naučna analiza ličnosti*, Bigz, Beograd, 1978.

Kumar, Raj *Human Resource Management: Strategic Analysis Text and Cases*, 2011 I.K.International Publishing House Pvt.Ltd., eBook/books.google.rs

Milovanović, Dr Milorad *Priručnik za grupni socijalni rad u gerontološkim ustanovama*, Ustanova „Gerontološki centar“ - Beograd, Beograd, jun 2006.

Petrović, Slobodan i drugi, *Samoprocena mentalnog zdravlja osoba starijih od 65 godina: nužnost i izlišnost*, u *Gerontologija* 1/2002,

Rot, Dr Nikola, *Psihologija grupa*, Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, Beograd, 1999.

Sarigul, Prof. Dr. Hasmet, *A comparative study on the educational activities and learning programs in commercial banks in Turkey* u *International Journal of New Trends in Education and Their Implications*, October 2012 Volume: 3 Issue: 4 Article: 18 ISSN 1309-6249, na elektronskoj adresi http://www.ijonte.org/FileUpload/ks63207/File/18._sarigul.pdf

Stakić, Dr Đurađ i Milovanović, Dr Milorad *Metode socijalnog rada*, Stručna knjiga, Beograd, 1991.,

Stevanović, Nenad, *Sensitivity training - komparativni prikaz socijalnog grupnog rada sa mladima, odraslima - osuđenim licima i starijim licima*, neobjavljen rad, Stevanović, Nenad, *Socijalni grupni rad u dnevnom centru i klubu za starije „Bežanijska kosa“ u „Socijalna politika i socijalni rad“*, Beograd, br. 1-2/99

Vuković, Jelena *Zadovoljstvo korisnika uslugom kluba za stare na teritoriji Grada Beograda (master rad)*, FPN, Beograd 2018.

Why You Need Workplace Sensitivity Training na elektronskoj adresi: http://www.workplaceetiquette.net/workplace_sensitivity_training/workplace_sensitivity_training.html

SENSITIVITY TRAINING AS A COMPLEMENT TO INDIVIDUAL COUNSELING WORK AT A DAY CARE CENTER AND CLUB FOR ELDERLY

Summary

Sensitivity training for female seniors at a gerontology club was implemented. Sensitivity training had eight meetings. No members of group showed anxiety. That is a test phenomenon for deep age: either the (wo)man will overcome the anxiety or the anxiety will make you sick and you will not reach old age! After the sensitivity training, the quality of communication between the members of group was improved, with an increase in the number of mutual socializing choices by 13.6%. Later the club's disintegration processes emerged and some activists left the club. This Sensitivity training is an indication that a good intention can be transformed into its opposite, that a rigid personality manipulates persons for egoistic goals.

Key words: *day care center and club for elderly, individual counseling, sensitivity training, social group work, Q Anx packet*

SPROVOĐENJE OKUPACIONO - RADNE TERAPIJE U ZATVORSKIM USLOVIMA

Apstrakt: U Specijalnoj zatvorskoj bolnici smešteni su pacijenti sa najtežim psihičkim poremećajima koji su opasni po okolinu i samoga sebe. Svrha i cilj svake psihijatrijske službe je prihvatanje, lečenje, rehabilitacija i resocijalizacija psihijatrijskih bolesnika. U tretmanu je od izuzetne važnosti timski pristup, jer se samo na taj način postiže dobar kvalitet i komunikacija između svih stručnjaka i samog korisnika rehabilitacijskog programa. Postojanje izvršenog krivičnog dela kod obolelih dodatno komplikuje i usložnjava ceo proces rehabilitacije. Specifičnosti zatvorskih uslova (prisila, izolovanost, prenterpanost...) diktiraju pravac delovanja. Ono što radnog terapeuta izdvaja od ostalih zanimanja, jeste holistički pristup bolesnom, gde se on ne usmerava samo na postojeći problem ili oštećenje, već osobu sagledava u celini, vodi brigu o njegovim željama, potrebama, uverenjima, socijalnom okruženju. Kao aktivan član tima, radni terapeut mora biti svestan svih aspekata svog ponašanja, mora biti poverljiva osoba u svojoj vlastitoj ulozi i u vrednovanju od strane drugih. Cilj rada je:

- prikazati da se primenom metoda okupaciono-radne terapije psihijatrijskih bolesnika, uz ostale metode lečenja, doprinosi humanizaciji života obolelih i promeni uloge u njihovoj socijalnoj sredini;
- ukazati na neophodnost stručnog usavršavanja i edukacija radnih terapeuta kako bi se u svakom momentu moglo odgovoriti iskušenjima prakse.

Ključne reči: *zatvorski uslovi, psihijatrijski bolesnik, krivično delo, okupaciono-radna terapija, radni terapeut*

Specijalna zatvorska bolnica u Beogradu je penalno-medicinska ustanova zatvorenog tipa. Osnovana je odlukom Izvršnog veća SR Srbije od 09.04.1969. godine kao KP Dom – bolnica, i bila je namenjena lečenju lica iz zatvora sa teritorije bivše Jugoslavije; raspadom bivše SFRJ u bolnici su lečeni pacijenti sa teritorije Srbije i Crne Gore, a potom samo pacijenti iz Republike Srbije. Od 2006. godine postaje Specijalna zatvorska bolnica (u daljem tekstu: SZB), organizovana po zatvorskim, a ne medicinskim principima, i u potpunoj je nadležnosti Ministarstva

¹ ljiljana.grkovic@yahoo.com

pravde, a nadzor nad stručnim radom sprovodi Ministarstvo zdravlja. Zaposleni u SZB imaju status državnih službenika. Lekari, psiholozi, socijalni radnici su savetnici, radni terapeuti saradnici, medicinski tehničari referenti.

Kao deo mreže ustanova za izvršenje krivičnih sankcija, SZB je jedina ustanova zatvorenog tipa u koju se radi izvršenja mere obaveznog lečenja upućuju forenzički pacijenti. Termin „forenzički pacijent“ odnosi se na izvršioca krivičnog dela kome je izrečena neka od mera bezbednosti - obaveznog psihijatrijskog lečenja i čuvanja u zdravstvenoj ustanovi, obaveznog lečenja narkomana i obaveznog lečenja alkoholičara, ili na lice kojem je u prekršajnom postupku izrečena ista zaštitna mera. Meru obaveznog lečenja i čuvanja izriče sud.

Pored toga, SZB obezbeđuje lečenje svih lica lišenih slobode koja se nalaze na izdržavanju mere pritvora, kazne zatvora, kao i prekršajno kažnjenih kod kojih se ukaže potreba za stacionarno lečenje, odnosno, ukoliko potreba za njihovim lečenjem prevazilazi mogućnosti lečenja u ambulantnim uslovima zatvora i kazneno-popravnih zavoda u kojima su smešteni. Nakon poboljšanja zdravlja, ova lica se vraćaju u pritvor/zatvor, a ukoliko je njihova kazna u međuvremenu istekla, izlaze na slobodu ili dalje lečenje nastavljaju u odgovarajućoj zdravstvenoj ustanovi u svom gradu.

Mera bezbednosti obaveznog psihijatrijskog lečenja i čuvanja se primenjuje prema mentalno bolesnim koji su u vreme činjenja dela bili neuračunljivi, ili je njihova uračunljivost bila bitno smanjena. Ona ima dve funkcije lečenje i čuvanje. Akcenat je na lečenju, jer ukoliko je ono uspešno, onda mera u potpunosti ispunjava svoju svrhu. Za izricanje mere potrebno je da budu ispunjeni sledeći uslovi:

- izvršeno krivično delo,
- postojanje duševne bolesti ili privremene duševne poremećenosti u vreme činjenja dela,
- uticaj utvrđene mentalne abnormalnosti na uračunljivost počinioca tako da njegove sposobnosti shvatanja značaja dela i mogućnosti upravljanja postupcima budu isključene, ili pak bitno smanjene,
- mogućnost opasnog ponašanja u budućnosti tj. opravdana verovatnoća činjenja novih krivičnih dela ukoliko lečenje ne bi bilo preduzeto. Težinu opasnosti učinioca određuje sud na osnovu nalaza i mišljenja veštaka. [1]

Svi navedeni uslovi moraju biti ispunjeni u svakom konkretnom slučaju. Kada se radi o krivičnim delima koja su počinjena u stanju bitno smanjene uračunljivosti ova mera se izriče uz kaznu zatvora u kom slučaju se najpre izvršava mera bezbednosti, a potom kazna zatvora. Čista mera bezbednosti, ona koja se izriče neuračunljivim licima se vremenski ne ograničava, već sud naknadno odlučuje o tome na osnovu izveštaja o uspešnosti lečenja, odnosno procene opasnosti

ovih lica po okolinu. To znači da je ustanova dužna da najmanje jednom godišnje izveštava nadležni sud koji je izrekao ovu sankciju o toku lečenja lica, a može predložiti obustavljanje mere ili izvršavanje ove mere u ustanovi medicinskog karaktera na slobodi.

Mera obaveznog lečenja alkoholičara i narkomana izriče se licima koja su izvršila krivično delo pod uticajem ili usled zavisnosti od alkohola ili droga. Pored mere ovim počiniocima se izriče i kazna zatvora. Trajanje mere nije određeno, ali se smatra da ne treba da traje duže od kazne. Ustanova je dužna da najmanje jednom u šest meseci sudu dostavlja izveštaj o zdravstvenom stanju osuđenog, kao i kada je lečenje završeno. Ako se lečenje ranije završi, a kazna zatvora još nije istekla, lice se upućuje na izdržavanje kazne.[3]

Lečenje forenzičkih pacijenata

U SZB su smešteni pacijenti sa najtežim psihičkim poremećajima koji su opasni po okolinu i samoga sebe. Duševne bolesti i poremećaji sadrže stalnu nepredvidljivost i opasnost po bolesnika i okolinu. Duševna bolest menja ličnost, ubija svako osećanje zadovoljstva i volju, menja način života i pacijentovo okruženje, razvija osećaj krivice, razvijaju se suicidalna razmišljanja i pokušaji. Takve osobe više nisu zainteresovane za aktivnosti koje su ih ranije veselile i u kojima su uživale. Kod mnogih dolazi do gubljenja nekih ranije stečenih kulturnih i socijalnih navika, gubljenja mnogih ličnih i kolektivnih potreba, gašenja ili otupljenja osećaja, pojave bezobzirnosti prema drugima i nezainteresovanosti za druge. Iz straha da će biti odbačeni izbegavaju komunikaciju sa drugima što vodi u izolaciju i tako se smanjuje šansa za oporavak.[1]

Svrha i cilj svake psihijatrijske službe je prihvatanje, lečenje, rehabilitacija i resocijalizacija psihijatrijskih bolesnika. U tretmanu je od izuzetne važnosti timski pristup, jer se samo na taj način postiže dobar kvalitet i komunikacija između svih stručnjaka i samog korisnika rehabilitacijskog programa.[4] Postojanje izvršenog krivičnog dela kod obolelih dodatno komplikuje i usložnjava ceo proces rehabilitacije. Oboleli ne pate samo od svog oboljenja, već i od težine krivičnog dela koje su počinili, od predrasuda socijalne sredine. Njihove porodice ih često ne žele zbog same bolesti, a ukoliko se radi o počiniocima težih krivičnih dela (npr. nasilja u porodici, ubistva) šanse za prihvatanje gotovo da ne postoje. Društvo je dodatno nepoverljivo prema ovoj kategoriji ljudi i prevashodno zazire od ponovnog izvršenja krivičnog dela, a tek potom i od same bolesti koju ne razume i tretira sa mnogo predrasuda. Sistemski problemi koji proističu iz jako prisutnog i nedovoljno definisanog dualizma medicinskih i bezbednosnih aspekata, forenzičke pacijente praktično „osudjuju“ na boravak u zatvorenoj ustanovi duže nego da su za počinjeno delo dobili kaznu.

Zatvorski sistem je mnogo krući od onog u psihijatrijskim ustanovama

koje pokazuju određenu fleksibilnost i individualni tretman prilagođen pojedincu. Zatvorski sistem naglašava sigurnost i bezbednost, dok je u središtu pažnje u psihijatrijskim ustanovama pacijent i njegova rehabilitacija i resocijalizacija kako bi ga osposobili za povratak u zajednicu.

Zatvorski uslovi imaju sledeće specifičnosti koje doktiraju pravac delovanja:

- uslovi izolovanosti, ograničene slobode kretanja,
- prinudne kolektivnosti,
- nedobrovoljnog lečenja,
- nedovoljne motivisanosti,
- prenatrpanosti,
- stalnog nadzora (prisustvo službe obezbeđenja i video nadzora).

Kao i u medicinskim ustanovama za lečenje je neophodan multidisciplinarni pristup. Uz lekara, psihologa, socijalnog radnika, radnog terapeuta i medicinskog tehničara obavezan član tima je i pripadnik službe obezbeđenja tj. stražar. Služba obezbeđenja je veoma važna, kako za bezbednost zaposlenih i osuđenih-bolesnih, tako i za održavanje reda i mira u ovim uslovima. Bez stražara ne može se obaviti nijedna aktivnost: odlazak kod lekara, davanje terapije, sprovođenje radne terapije, vizite, realizacija poseta rodbine, prijatelja, advokata... Stražari u toku svog rada posmatraju ponašanje osuđenih-bolesnih i prijavljuju promene ostalim članovima tima i tako daju korisne informacije za terapijski rad. Dovode, odvode, prebrojavaju i vraćaju one koji nisu podobni, odnosno koji su u pogoršanju u odnosu na prethodno stanje. Prisustvo stražara može imati pozitivne i negativne efekte na terapijski rad. Stalna prisutnost može izazvati tenziju kod osuđenih-bolesnih i nemogućnost da se oslobode, opuste i u potpunosti iskažu, ali sa stanovišta bezbednosti njihovo prisustvo je potpuno opravdano. Treba još napomenuti da mera lečenja nije vremenski određena, a prekid zavisi od krivičnog dela, opšteg stanja pacijenta i mogućnosti za povratak u svoju sredinu. Ova neizvesnost u vezi sa dužinom lečenja i boravka je jedna nepovoljna psihološka kategorija sa kojom startujemo i koja je kontinuirano prisutna u daljem toku lečenja i rehabilitacije.

Optimalni kapaciteti bolnice su za smeštaj 400 - 450 bolesnika, ali su oni odavno prevaziđeni, tako da njihov broj ide i preko 700. Fluktuacija pacijenata na godišnjem nivou je oko 1200 - 1500, ali veoma varira po odeljenjima. Najveća je na odeljenju narkomanije, a najmanja na psihijatrijskim odeljenjima. Od ukupnog broja psihijatrijskih bolesnika oko 10% čine žene a oko 90% čine muškarci. Gledano na strukturu po deliktima oko 80% čine krvni delikti a oko 20% ostali delikti. Struktura po dijagnozama je približno sledeća: oko 60% osuđenih-bolesnih je sa dijagnozom šizofrenije (najzastupljenija paranoidna šizofrenija) a ostalih 40% su ozbiljni poremećaji ličnosti, psihoze, teške depresije, demencije i mentalne retardacije.

Okupaciono radna terapija

Rad sa forenzičkim pacijentima je izuzetno težak i zahteva veliku energiju, posebne moralne i intelektualne kapacitete. U kontaktu sa takvim osobama na probi su kako teorijska znanja i veštine, tako i lične psihološke sposobnosti članova tima. Kompleksno lečenje i proces socijalne rehabilitacije forenzičkih pacijenata ne može se zamisliti bez okupaciono-radne terapije (u daljem tekstu:ORT). Od svih vidova medicinske rehabilitacije ORT je najbliža realnom životu, jer koristi kao terapijska sredstva aktivnosti kojima čovek inače zadovoljava svoje fizičke, psihičke, socijalne i profesionalne potrebe. Da bi lečenje bilo uspešno nije dovoljno samo eliminisati simptome bolesti, odnosno držati bolest pod kontrolom, veoma je važno oboležlog pripremiti i funkcionalnog vratiti u društvenu zajednicu. [4] Upravo u tom segmentu okupaciono-radna terapija ispunjava svoju svrhu. Svrha ORT je da pomogne osuđenom-bolesnom da razvije one oblike stavova i ponašanja koji će mu omogućiti da živi što je moguće punijim, korisnijim i zadovoljnijim životom.

Okupaciono radna terapija u SZB se odvija u okviru dva odseka i to:

- odsek namenjen lečenju forenzičkih pacijenata sa merom obaveznog psihijatrijskog lečenja i čuvanja,
- odsek za forenzičke pacijente kojima je izrečena mera obaveznog lečenja od alkoholizma i narkomanije.

Sprovodi se kao skup aktivnosti pacijenata u za to predviđenom prostoru uz učešće i pomoć radnog terapeuta. ORT obuhvata manuelne, kreativne, rekreativne, socijalne, edukativne i ostale aktivnosti sa ciljem da se kod pacijenta postigne određeni željeni mentalni stav i ponašanje.

Aktivnosti kao terapijsko sredstvo moraju:

- biti medicinski propisane sa tačno naznačenim ciljem, značajne za osobu, u skladu sa njenim potrebama i interesima,
- biti stručno vodjene, pod stalnom kontrolom radnog terapeuta i uskladjene sa radom drugih stručnjaka i timu,
- imati svrhu, karakteristike koje vode konačnom cilju,
- biti unutar sposobnosti osobe,
- pratiti faze lečenja kako bi se podizale na viši nivo,
- biti ponavljane koliko je potrebno kako bi se postigao cilj,
- prilagodjene godinama starosti osobe.

Aktivnosti, tehnike mogu delovati terapijski samo ako ih pacijent shvati kao obavezni, sastavni deo lečenja i rehabilitacije, ako ih prihvati dobrovoljno i pristupa im svakodnevno. [6]

Koju ćemo aktivnost dati pacijentu da bi terapijski uticali na njega u velikoj meri će zavisi od njegovih individualnih karakteristika i dobre procene. Delovanje neke tehnike na pacijenta zavisi isključivo od njegovog trenutnog stanja, nikad od dijagnoze i veoma je promenljiva kategorija. Doziranje se izvodi na osnovu prethodne procene pacijentove tolerancije na frustracije i na osnovu malo duže opservacije u različitim terapijskim situacijama. Ono što je važno naglasiti, kada se radi sa psihijatrijskim pacijentima, je da treba insistirati na tome da se započeto i završi.

Bez obzira da li je u pitanju izrada tapiserije, modela od šperploče, učešće u stvaranju pozorišne predstave, ako se u započetom radu istraje to predstavlja bitan element treninga volje, karaktera i upornosti, preduslov za formiranje radnih navika i jedan od načina učenja kako da se preuzme odgovornost. Ciljevi rada su stručno utemeljeni i obuhvataju:

- umanjenje simptoma bolesti i uspostavljanje kontakta s realnošću,
- smanjenje napetosti i očuvanje psihomotorne sposobnosti,
- pražnjenje negativne energije,
- podsticanje korišćenja energije u konstruktivne svrhe i sprečavanje psihičkog propadanja i osiromašnja osuđenog-bolesnog,
- razvijanje samopouzdanja i samopoštovanja,
- pomoć u ostvarivanju odnosa sa pojedincima ili grupom,
- pomoć u razvijanju komunikacijskih veština u porodici, socijalnoj i radnoj sredini,
- očuvanje i usvajanje radnih i higijenskih navika,
- korisno provođenje vremena i razvoj kreativnosti.[2]

Uloga radnog terapeuta

Radnim terapeutima je sama profesija dodelila težak i odgovoran zadatak da pomažu ljudima, da shvate i prihvate da ograničenja i životne teškoće, patnje nisu i ne treba da budu prepreka za stvaranje, rad jednom rečju smislen život. Posao radnog terapeuta je da pomogne osuđenom-bolesnom da uspešnije, funkcionalnije i nezavisnije učestvuje u životu. Radni terapeuti veruju da ljudi mogu uticati na svoje zdravlje kroz ono što rade. Kroz aktivnosti učimo, razvijamo svoje sposobnosti, ali i uvidjamo svoje nedostatke. Stvaranje ne dozvoljava čoveku da propadne ili zamru osećanja u njemu, ne dozvoljava da postane ravnodušan prema životu! Radni terapeuti zajedno sa osuđenim-bolesnim pretražuju potencije, analiziraju aktivnosti, otkrivaju šta jedni za druge mogu da učine.

Suština radnoterapijske intervencije fokusirana je na saradnju i partnerski odnos između radnog terapeuta i osuđenog-bolesnog.

Za efikasan međjuodnos važno je:

- poštovati ličnost osuđenog-bolesnog bez obzira na učinjeno krivično delo,
- individualno posmatrati svakog od njih,
- prepoznavati ograničenja u području veština,
- biti iskren – otvoren, fleksibilan,
- biti empatičan, imati razumevanje za reakcije,
- odsustvo straha, a prisustvo opreza.[5]

Najvažnije je zadobiti poverenje jer lako prepoznaju laž i strah što kasnije u određenim situacijama mogu da iskoriste.

Radni terapeut, da bi se ostvario u svojoj ulozi treba da bude:

- ličnost od velikog moralnog i stručnog integriteta,
- emocionalno uravnotežen,
- svestan okruženja (optimalna profesionalna distanca),
- otporan na stres i frustracije,
- sposoban da deluje istovremeno podsticajno i umirujuće,
- sposoban za snalaženje u različitim situacijama sa puno različitih ljudi,
- u stanju da sluša kritike i sarkastična pitanja osuđenih-bolesnih a da se ne naljuti.

Terapijske metode kojima se služi radni terapeut tokom procesa okupaciono-radne terapije su :

- Ventilacija – osuđeni-bolesni se podstiče i dozvoljava mu se da slobodno priča o svojim ličnim problemima i događajima, doživljavanjima, pri čemu dolazi do smanjivanja tenzije.
- Edukacija i savetovanje – gde se osuđenom-bolesnom objašnjava, sistematski se daju instrukcije, uputstva, informacije i uz pomoć učenja i korišćenja aktivnosti, dovodi do željenih promena. Kod direktivnog savetovanja terapeut preuzima izrazito direktivnu ulogu, on instruiše, poučava, objašnjava, nadzire. Kod nedirektivnog savetovanja terapeut je manje autoritativan.
- Vodjenje – terapeut pruža aktivnu pomoć pacijentu u obliku davanja činjenica, saveta, koje se odnose na važne životne preokupacije pacijenta, kao na primer : zaposlenje, zdravlje, hobbije...
- Persuazija – ubedjivanje – gde terapeut daje racionalna objašnjenja i informacije o određenoj temi ili određenom području života, i na racionalan način obrazlaže odnos pacijenta prema tome.
- Obuzdavanje – kao privremena i kratkotrajna metoda, koja se uglavnom primenjuje u smislu ograničavanja ponašanja štetnih za samu osobu ili druge.

- Sugestija – ili savetovanje,
- Muzikoterapija – perceptivna-slušanje i aktivna – izvođenjem muzike,
- Art terapija – izražavanje kroz umetnost kao posrednika između neverbalnog izražavanja i govora.

Radni terapeut prihvata osuđenog-bolesnog sa svim njegovim patološkim ispoljavanjima, podstiče zdrave delove ličnosti, omogućava svakom pojedincu i grupi da doživi zadovoljstvo kroz uspešno obavljen zadatak, pruža podršku, pohvale i dr. i na taj način vraća samopouzdanje bolesnima.[6] Posebno je važna sposobnost emocionalnog razumevanja osuđenog-bolesnog tj. sposobnost empatije ili saosećanja od strane terapeuta, mogućnost da se pruži toplina i podrška kada je to potrebno.

Kontraindikacije za ort u zatvorskim uslovima

Kontraindikacije za sprovođenje ORT su:

- sva stanja poremećene svesti,
- stanja psihomotornog nemira,
- hronični organski psihosindrom sa dominacijom poremećaja pamćenja, sećanja, orijentacije, intelektualnim propadanjem,
- stanja stupora kliničke slike sindroma egzogene reaktivne psihoze,
- sva stanja koja pokazuju nepristupačnost za saradnju, prekomerna agresivnost, suicidalnost.

Produkti tretmana

Ishodi odnosno produkti tretmana primenom kreativnih tehnika i aktivnosti u procesu ORT su veoma različiti, počev od sitnih ukrasnih i upotrebnih predmeta, preko slika radjenih različitim tehnikama, pa sve do priredbi i pozorisnih predstava. Prirodna želja osuđenih-bolesnih je da žele da zadrže proizvod svog rada za sebe, ili pak da poklone dragoj osobi, pa im je data mogućnost da predmet svog rada otkupe po ceni koštanja samo utrošenog materijala.

Najbolji dokaz da se sa duševno obolelima neprekidno radi su prodajne izložbe radova koje organizujemo sa ciljem da javnosti omogućimo da stekne neposredni uvid u terapijsku aktivnost bolesnika, odnosno „ljudi sa one strane zida“, ljudi koji nose breme ne samo bolesti i grehova zbog počinjenog dela već i pilepljenje etikete „otpisanih robijaša i propalih ljudi“, drugim rečima ljudi na koje se ne računa!

Dobijeni prihod upotrebljava se za nabavku novog materijala i opreme za unapređenje radne terapije. U prilogu 1 su fotografije koje govore više od reči o različitim vidovima osuđeničko-bolesničkog stvaralaštva.

Primena tehnika ORT kroz prikaz slučaja

U radu je prikaz oporavka kroz ORT osuđenog-bolesnog D.P. koji se psihijatrijski leči u SZB unazad oko 5 godina pod dijagnozom Šizofrenija (F 20). Pacijent je star 32 godine, po zanimanju je metalostrugar, bez zaposlenja, neoženjen je, nema dece. Prvi put je na lečenju u SZB zbog izvršenja mere bezbednosti obaveznog psihijatrijskog lečenja i čuvanja. Ranije se nije lečio psihijatrijski. Počinio je krivično delo: pokušaj ubistva

Za ORT je čuo od drugih pacijenata, bio je radoznao da vidi šta se tamo radi, nadao se radu sa alatom, i očekivao nekakve pogodnosti zbog dolazaka! Kasnije, i kada je dobio očekivano, nastavio je da dolazi zbog same ORT...U početku je radio tapiseriju, makete od šper-ploče,...prihvatao je te aktivnosti, obavljao ih solidno i sve mu je odgovaralo...u međuvremenu je "odmeravao" po prostoriji šta ima od alata i čekao da se malo bolje upozna sa radom i radnom terapeutkinjom da bi mogao da pita da dobije ozbiljniji alat, i da radi nešto zahtevnije! Tehniku preslikavanja slika sa voskom je on pokazao kako se radi...imao je dosta strpljenja za duborez (ikone), pirografiju, pa je terapeutkinja prepoznala njegovu samostalnost u radu, preciznost, istrajnost i dogovorili su se da rade jos zahtevnije tehnike! On još kaže da je jako vazno što je radna terapeutkinja njemu pružila podršku, ukazala poverenje, obezbedila ozbiljan alat za rad! Važno je to što terapeutkinja „prati“ pacijenta: zajedno rade po fazama, ne zaboravlja šta je obećala da donese (alat...), ima lep pristup, stpljenja sa pacijentima, što je inovatorskih shvatanja... tako njemu nije teško da uradi sve što se od njega zahteva, čak i ako mu se ne radi! Ne stvara mu taj rad neku psihičku tegobu...Uvek mu je malo vremena na RT, zarađuje se...želi što pre da vidi rezultat!"

Čak je i u bolničkom parku radio: pravio palačinke za druge pacijente, sekao stare automobilske gume i pravio žardinjere od njih! Napravio je u parku, za potrebe drugih pacijenata, vratilo na kome će da vežbaju! ...pravio je žardinjere savijajući gvozdene šipke! Za tu tehniku potrebno je i razmišljanje i fizička snaga!

Kad završi sa radom baš ogladni, pa mu čak i bolnička hrana bude vrlo ukusna (anegdota)!

U prilogu 2 su fotografije samo nekih od mnoštva radova koje je D.P. stvarao po fazama lečenja u procesu ORT počev od tapiserije (dirigovana tehnika), preko modela od šper-ploče, izrada slika korišćenjem voska (slobodna tehnika), izrada slika tehnikom pirografije, izrada žardinjera od starih automobilskih guma i gvozdenih šipki (inventivna tehnika), izrada komada nameštaja tehnikom rezbarjenja. Iz prethodnog prikaza slučaja oporavka kroz ORT zaključujemo sledeće:

- ORT je lepša strana života u SZB;
- ORT daje mogućnost za dobru promenu (neki pacijenti su akteri te promene a neki su posmatrači);

- ORT – faktor dobre korisnosti boravka i lečenja.

U procesu ORT, posle dobro obavljene procene, važno je odabrati tehnike koje po svojim karakteristikama, načinu izrade i materijalu deluju umirujuće na pacijenta, relaksiraju ga i dovode do njegovog opuštanja. Prirodni materijali, meki ili laki za modelovanje deluju smirujuće na pacijente. Stimulacija pacijenta moguća je promenom tehnike ili načina rada. Postavljanje izazova, novina u radu, korišćenje nekarakterističnog materijala ili boja, sve su to elementi koji deluju u smislu pozitivne stimulacije. Šta može i kako da deluje na nekoga stimulatивно terapeut procenjuje kroz razgovor i opservaciju ponašanja pacijenta u radu i tokom boravka na radnoj terapiji. Rad po uputstvu terapeuta (tapiserija) koji je u osnovi dirigovana tehnika, neke pacijente lišava anksioznosti, jer se prepuste vođenju drugih. Ako pacijentu damo nalog da napravi npr. žardinjeru (inventivna tehnika), prethodno moramo dobro proceniti da li ovaj zadatak procenjuje ili potcenjuje njegove mogućnosti. Pronalaženje novih rešenja u okviru zadatah, zahteva od pacijenta dobre integrativne funkcije i adekvatne stvaralačke potencijale. Pravi efekti inventivno primenjenih tehnika ogledaju se u tome da je zadatak koji stavljamo pred pacijenta za njega izazov kome je dorastao, a ne problem koji je nerešiv. Cilj je da kada osuđeni-bolesni izadje iz prostora za okupaciono-radnu terapiju izadje sa doživljajem da je uspeo!

Određen broj pacijenata nije u stanju da pronadje smisao i ispolji svoje stvaralačke potencijale kroz ponudjene okupacije, tako da im treba dozvoliti da se izraze na sopstveni način. Tada koristimo slobodne tehnike. Osim što ovakav pristup doprinosi poboljšanju u pojedinačnim slučajevima, pozitivno utiče i na opštu atmosferu na odeljenju. Kojim pacijentima ćemo prepustiti slobodu izbora i za koje tehnike će se oni odlučiti, pitanje je međusobnog poverenja i zavisi od naše procene i od kreativnosti pacijenta. U takvim slučajevima terapeut treba da proceni da li sloboda i nezavisnost kojoj pacijent teži pripadaju širem spektru problema zbog koji je i hospitalizovan, ili su znak napretka u osposobljavanju.

Da bi se postigao maksimum u rehabilitaciji duševno obolelih važan je i postpenalni tretman. On podrazumeva rad na povezivanju svih institucija za pomoć obolelom: porodice, službi za socijalni rad i zapošljavanje... različitih udruženja za pomoć i podršku.

Literatura:

Kovačević, R., *Forenzička psihijatrija*, Beograd, 2000.

Marić, J., *Klinička psihijatrija*, Beograd 2001.

Radoman, M., *Penologija i sistem izvršenja krivičnih sankcija*, Univerzitet u Novom Sadu, Pravni fakultet, 2003.

Radić, S., Škrbina, D., *Uloga radnog terapeuta u rehabilitaciji obojelih od šizofrenije*, Medica Jadertina, Vol.41 No.1-2. (Stručni rad), 2011.

Šimunović, D., Škrbina, D., *Radna terapija u psihijatriji*, Medicus, 2004.

Vučić, R., Marković, P., Savković, N., *Klinička radna terapija*, NIB Alternativa, 2001.

Oskudna literatura o rehabilitaciji psihijatrijske populacije u zatvorskim uslovima nameće potrebu za većim brojem stručnih informacija.

Ljiljana Sarajlić-Grković
Special prison hospital Belgrade

CONDUCTING OCCUPATIONAL THERAPY IN PRISON CONDITIONS

Summary:

In the Special Prison Hospital there are patients with the most severe psychological disorders that are dangerous to the environment and to themselves. The purpose and goal of each psychiatric service is to accept, treat, rehabilitate and resocialize psychiatric patients. In treatment, a team approach is of extraordinary importance, due to the fact that this is the only way to create a good and quality communication between all team's experts and the beneficiary of the rehabilitation program. The existence of a committed criminal offense by patients, additionally complicated the whole process of rehabilitation. The specifics of prison's conditions (coercion, isolation, overcrowding ...) dictate the direction of action. The holistic method of approach to the patients is what occupational therapist stands out from other professions. This kind of treatment does not focus solely on the existing problem or damage, but looks at the person as a whole, takes care of his wants, needs, beliefs, social environment. The occupational therapist, as active member of a team, has to be aware of all aspects of his behavior; he must be a confidential person in his own role and in evaluation by others. Objectives of work are:

- To present the significant role of use and implementation of occupational working therapy, as a new method, along with other methods of treatment and healing of the psychiatric patients. The main goal is to contribute to

the process of humanization of the patient's lifetime and to change the role in their social environment.

- To point out to the necessity of professional training and education of occupational therapists, in order to be able at any time to respond to the experience of practice.

Key words: *prison conditions, psychiatric patients, criminal offense, occupational working therapy, occupational therapist*

Miroslava Bagavac¹

Centar za socijalni rad Grada Subotice

Stručni rad

ODGOVOR INSTITUCIJA U ZAŠTITI MALOLETNIH MIGRANATA BEZ PRATNJE - CENTAR ZA SOCIJALNI RAD GRADA SUBOTICE (od prakse za praksu)

Apstrakt: Okolnosti u kojima se zemlje na Balkanskoj ruti nalaze od eskalacije izbegličke krize 2015. godine i dalje predstavljaju ozbiljan izazov za države i društva Grčke, Bugarske, Makedonije, Srbije... Posledica obima izbegličkog talasa koji je proleća 2015. zapljusnuo pomenute zemlje je doveo do brzog prilagođavanja i institucija sistema. Migrantska kriza se intenzivirala od 2015. g. i aktivnosti stručnih radnika CSR Grada Subotice, su usmerene prema maloletnim migranata koji putuju bez pratnje odrasle osobe, kao i porodicama sa maloletnom decom, kako bi im se pružila adekvatna i pravovremena pomoć. Osnovni principi za zaštitu dece su poštovanje najboljeg interesa deteta u svim aktivnostima koje ga se tiču i apsolutna zabrana diskriminacije po bilo kom osnovu. Ovaj rad prikazuje prilagođavanje redovnih aktivnosti Centra za socijalni rad, novonastaloj situaciji i potrebu u zaštiti mal. migranata.

Ključne reči: *maloletni migranti bez pratnje, centar za socijalni rad, najbolji interes deteta*

Uvod

U poslednjih nekoliko godina, došlo je do drastičnog povećanja broja dece bez pratnje roditelja koja, bežeći od ratnih dešavanja ili siromaštva, pristižu na teritorije evropskih država i traže međunarodnu zaštitu. Republika Srbija, slično kao i druge države na tzv. balkanskoj izbegličkoj ruti, susrela se sa brojnim izazovima u obezbeđivanju odgovarajuće zaštite ovoj deci i postupanju sa njima. Od 2015. godine, kada je izbeglička kriza dostigla najveće razmere, postepeno se menjala praksa nadležnih organa prema nepraćenoj i razdvojenoj deci. Na samom početku izbegličke krize 2015. godine, migranti su se u Srbiji zadržavali u proseku samo nekoliko dana, te se delovanje nadležnih organa i nevladinih i međunarodnih organizacija svodilo na urgentnu humanitarnu asistenciju.

Centar za socijalni rad, kao institucija sistema socijalne zaštite ima značajnu ulogu u oblasti upravljanja migracijama u skladu sa Zakonom o upravljanju migracijama². Centar za socijalni rad Grada Subotice, kao ustanova socijalne

¹ miroslava.bagavac@gmail.com

² Službeni glasnik RS, br. 107/2012

zaštite koja je osnovana 1963. godine radi ostvarivanja prava i pružanja usluga socijalne zaštite utvrđenih Zakonom o socijalnoj zaštiti, kao i radi obavljanja razvojnih savetodavnih, istraživačkih i drugih stručnih poslova u socijalnoj zaštiti čiji je osnivač lokalna samouprava, odnosno Grad Subotica, pored svoje delatnosti koja je u skladu sa Zakonom o socijalnoj zaštiti³ u obavljanju poslova javnih ovlašćenja o čijem se obezbeđenju stara Republika Srbija, kao i drugih poslova o čijem se obezbeđenju stara Grad Subotica. Instrukcije Ministarstva za rad, boračka i socijalna pitanja, 2015. godine, zadužuje CSR odgovornim poslom u obezbeđivanju zaštite maloletnih migranata. U vreme inteziviranja migrantske krize u CSR ukupan broj zaposlenih je bio 51, od kojih je 38 stručnih radnika da bi u 2019. taj broj bio 49, a od toga 36 stručnih radnika. Zaštita dece - maloletnih migranata se odvijala u ambijentu stalnog povećanja broja korisnika domicijalnog stanovništva. Pregledom izveštaja o radu CSR Subotica broj korisnika se svake godine povećavao. Na kraju 2015. godine ukupan broj korisnika na evidenciji Centra za socijalni rad Grada Subotice iznosio je 12.330 korisnika. Naredne godine, broj korisnika je iznosio 14.626 što znači da se broj uvećao za 18,6%. Na kraju 2017. godine registrovano je 16.470 korisnika, što je 12,6% više u odnosu na 2016. godinu. Na kraju 2018. godine ukupan broj korisnika na evidenciji Centra za socijalni rad Grada Subotice iznosio je 18 226, što je za 10,7% više nego 2017. godine. Svake godine evidentira se oko 1800 novih korisnika koji se prvi put obraćaju CSR Subotica. Zbog značajnog povećanja obima posla, od stručnih radnika se zahteva puno znanja i veština i stvaralačke sposobnosti da se znanje i iskustvo u tako osetljivom segmentu socijalnog rada u aktuelnoj situaciji migrantske krize pretoči iz prakse u organizovanu zaštitu preciznih procedura i jasnih uloga među učesnicima.

Tokom kriznih situacija i oružanih sukoba, pojedine kategorije lica su uvek u povećanom riziku od zlostavljanja i nasilja, eksploatacije i zanemarivanja. Deca postaju najranjivija grupa. U ovim situacijama često dolazi do razdvajanja članova porodice, što decu dovodi do povećanog rizika od eksploatacije i zloupotrebe. Razdvojena deca su ona koja su odvojena od oba roditelja ili od bivših i sadašnjih staratelja, ali ne i nužno od drugih rođaka.⁴ S druge strane, deca bez pratnje su ona koja se nalaze izvan zemlje državljanstva i koja nisu praćena roditeljima, starateljima niti drugim odraslim osobama, koja su na osnovu zakona ili običaja odgovorni za njih.⁵ Mnoge okolnosti mogu dovesti do razdvajanja dece: deca su na privremenom čuvanju kod članova šire porodice ili drugih odraslih lica, deca su raseljena bez roditelja, deca su smeštena u ustanove jer su roditelji uvereni da će im

³ Službeni glasnik RS, br. 24/11

⁴ IOM Glossary on Migration, Second Edition, International Migration Law, No 25, 2011, p.90.

⁵ U Rezoluciji Generalne skupštine 7/1 naglašava se priznanje prava na jednak pristup svima bez razlike, uključujući i predstavnike osetljivih grupa, i zahteva od država da preduzmu sve neophodne korake da obezbede pravičan, transparentan, delotvoran i nediskriminativan sistem, odnosno odgovorne pružaoce pomoći. Declaration 67/1 of the High-level Meeting of the General Assembly on the Rule of Law at the National and International Levels, A/RES/67/a, 30 November 2012, p.14, 15.

tamo biti pružena bolja nega, deca pristupaju vojsci, roditelji odlaze u drugu regiju zbog posla i sl. Ova deca često ne razumeju jezik, kulturu i način života u zemlji prijema, te bez pružanja pomoći ona se nalaze u daljem riziku od dalje diskriminacije i eksploatacije.

„Maloletnik bez pratnje“ je Zakonom o azilu Republike Srbije⁶ definisan kao „stranac koji nije navršio osamnaest godina života i koji prilikom ulaska u Republiku Srbiju nema ili je nakon ulaska u nju, ostao bez pratnje roditelja ili staratelja“. „Maloletnik bez pratnje“ je osoba koja nije EU nacionalnosti, kao i lice bez državljanstva koje nije starije od 18 godina i koje je stiglo na teritoriju država članica EU bez pratnje odrasle osobe koja je odgovorna za njega, uključujući i maloletnika koji je ostao bez pratnje nakon što je ušao na teritoriju EU. Sva deca bez pratnje imaju pravo na međunarodnu zaštitu temeljem celog niza međunarodnih i regionalnih instrumenata.

Konvencija o pravima deteta obavezuje države da takvom detetu osiguraju jednaku zaštitu kao i svoj drugoj deci koja su iz nekog razloga privremeno ili trajno lišena svoje porodične okoline. Jednaki nivo zaštite podrazumevao bi da se prema deci stranim državljanima moramo ponašati kao prema deci vlastitim državljanima i da rešavanju njihovih problema u svakom pojedinačnom slučaju moramo pristupiti na isti način na koji rešavamo probleme svoje dece. Posebna pažnja se mora obratiti na identifikaciju najboljeg interesa deteta kod dece bez pratnje i odvojene dece s obzirom da su posebno rizična grupa. Najbolji interes deteta treba da bude osnova pri iznalaženju kratkoročnih i dugoročnih rešanja. Potrebno je takođe, obezbediti i održati kontinuitet i jednake standarde zaštite maloletnika bez pratnje, što podrazumeva:

- pristup prikladnom smeštaju, koji je otvorenog tipa, uvek da bude odvojen od „odraslih“, a zajednički smestaj sa rođacima ili sa nekim bliskim maloletnicima se uvek ohrabruje;
- adekvatnu pravnu i psihološku pomoć od momenta kada su identifikovani;
- pravo na obrazovanje, mogućnost pohađanja škole u zemlji prijema, pristup kursevima jezika, kao i preporuka država članica EU da olakšaju proces priznavanja prethodno stečenog obrazovanja maloletnika kako bi im se dozvolio pristup nastavku školovanja u Evropi;
- pravo na zdravstvenu negu i efektivan pristup osnovnoj medicinskoj nezi;
- pravo na pristup informacijama kao i na korišćenje medija (radio, TV) u cilj zadovoljenja njihovih potreba za komunikacijom;
- pravo na odmor koji uključuje i pravo da učestvuju u igrama i rekreativnim aktivnostima;
- pravo svih maloletnika bez pratnje na kontinuirani razvoj njihovih identiteta, vrednosti uključujući i maternji jezik;
- pravo da manifestuju i praktikuju njihovu religiju.

⁶ Član 2. Stav 1. Alineja 13. Zakon o Azilu.

Konvencija o pravima deteta nalaže da se na prvom mestu prema detetu uvek postupa sa njegovim statusom. U slučaju da je sumnja da je maloletnik, države mogu pribеći metodama utvrđivanja starosti, ali one moraju biti multidisciplinarne, uključujući ocenu psihologa, socijalnih radnika i drugih relevantnih profesija. Primenjenim metodama mora se obezbediti poštovanje dostojanstva lica u pitanju. Takođe, u slučaju sumnje, lice se mora tretirati kao dete.⁷

Postupanje

Centar za socijalni rad u odnosu na svoje postupanje u zaštiti mal. migranata se rukovodi međunarodnim, evropskim i nacionalnim propisima, koji regulišu ovu oblast, kao i instrukcijama i preporukama nadležnog ministarstva.

CSR procenjuje najbolji interes deteta, potrebu za vremenskim trajanjem, brojem kontakta i metoda koje će primeniti.

U skladu sa Instrukcijom o postupanju Centara za socijalni rad, nadležnog Ministarstva, CSR Grada Subotice postupa u skladu sa: Pravilnikom o normativima, standardima i organizacijom rada Centara za socijalni rad i Standardnim operativnim procedurama u zaštiti mlt. migranata;

Standardi pružanja usluga socijalne zaštite u Republici Srbiji određeni su Pravilnikom o bližim uslovima i standardima za pružanje usluge socijalne zaštite⁸, a koji se primenjuju na sve migrante, uključujući i tražioce azila i neregularne migrante. U pitanju su sledeći standardi:

1) Prijem korisnika – Na osnovu neposrednog razgovora procenjuju se lične okolnosti korisnika, a posebno podobnost korisnika za korišćenje usluge i kapacitet pružaoca da zadovolji njegove potrebe, kao i prioritet za prijem.

2) Procena potreba – Procena snaga, potreba, rizika, sposobnosti i interesovanja korisnika i drugih lica značajnih za korisnika, kao i procena kapaciteta pružaoca usluge. Procenu vrši stručni radnik uz učešće korisnika, po potrebi i zakonskog zastupnika ili drugog značajnog lica. Procena uzima u obzir kulturološke i lične posebnosti korisnika.

3) Određivanje stepena podrške – U odnosu na rezultate procene, stepen podrške korisniku određuje se prema celokupnom individualnom funkcionisanju korisnika i vrsti potrebne pomoći u odnosu na: sposobnost neposredne brige o sebi i učestvovanje u sktivnostima života u zajednici.

4) Individualni plan usluge – Na osnovu identifikovanih potreba, sposobnosti i rizika, za svakog korisnika sačinjava se individualni plan usluge koji obavezno sadrži: ciljeve koji se žele postići pružanjem usluge, očekivane ishode, konkretizovane aktivnosti itd.

⁷ Committee on the Rights of the Child, Report of the 2012 Day of General Discussion on the Rights of all Children in the Context of International Migration, para.49; Save the Children, Submission for the Office of the High Commissioner for Human Rights (OHCHR) report on migrants in transit (A/HRC/RES/29/2), November 2015, p.4.

⁸ Službeni glasnik RS, br.42/2013

5) Ponovni pregled – Obavlja se u skladu sa rokovima navedenim u individualnom planu usluge, procenjenim intenzitetom podrške, definisanim ciljevima i ishodima, i omogućava prilagođavanje aktivnosti potrebama i ciljevima korisnika i ostvarenim efektima usluge. Pregled se obavlja najmanje jednom u šest meseci za decu i mlade, kao i jednom u dvanaest meseci za odrasle i stare.

6) Restriktivni postupci i mere – Ovakvi postupci i mere prema korisnicima primenjuju se isključivo na osnovu planiranih, praćenih, nadgledanih i vremenski ograničenih intervencija. Za ograničavanje kretanja, izolaciju ili kontrolu ponašanja korisnika pružalac usluge propisuje procedure, određuje lice odgovorno za odobravanje restriktivnih postupaka i mera i vodi evidenciju o njihovoj meri.

7) Interna evaluacija – Pružalac usluge najmanje jednom godišnje sprovodi internu evaluaciju kvaliteta pruženih usluga, koja uključuje ispitivanje zadovoljstva korisnika, odnosno njihovih zastupnika.

8) Razvoj osoblja – Pružalac usluge obezbeđuje odgovarajuću stručnu podršku (konsultacije, mentorstvo, superviziju...) svim licima anažovanim na pružanju usluge, prema svom planu stručnog usavršavanja donetim u skladu sa zakonom kojim je uređena socijalna zaštita.

9) Dostupnost programa i usluga u zajednici – Pružalac usluge obezbeđuje programske aktivnosti koje su posebno prilagođene mogućnostima i interesovanjima korisnika. Ako se određene aktivnosti u okviru usluge ne mogu realizovati korišćenjem sopstvenih resursa, on ih obezbeđuje u zajednici, od drugih organizacija ili angažovanjem stručnih različitih profila, u skladu sa identifikovanim potrebama korisnika i njihovim individualnim planovima.⁹

Pored standarda pružanja usluga socijalne zaštite, a imajući u vidu specifičnost migrantske populacije, neophodno je voditi računa i o sledećim standardima:

- 1) Poštovanje ljudskih prava migranata;
- 2) Princip nediskriminacije i nepristrasnosti u postupanju;
- 3) Brz i adekvatan odgovor na posebne potrebe;
- 4) Bezbednost;
- 5) Poverljivost i zaštita podataka;
- 6) Informacije i pomoć.

Postupanje Centra za socijalni rad u Subotici prema migrantima i izbeglicama, među kojima je bio i značajan broj dece, zasnivalo se na Članu 3 stav 1 Konvencije o pravima deteta¹⁰ predviđeno je da „u svim aktivnostima koje se tiču dece, bez obzira da li perduzimaju javne ili privatne institucije socijalnog staranja, sudovi, administrativni organi ili zakonodavna tela, najbolji interes deteta biće od prvenstvenog značaja“, a imajući u vidu da je krajnji cilj postupanja sa decom bez

⁹ Priručnik o zaštiti migranata u Republici Srbiji, 2018

¹⁰ Član 3. stav 1. Konvencije o pravima deteta.

pratnje iznalaženje trajnog rešenja u skladu sa osnovnim detetovim potrebama:

- emotivna sigurnost i stabilnost;
- individualna i održiva briga od strane makar jedne odrasle osobe, po mogućnosti koja je sličnog jezičkog i kulturnog porekla;
- kontinuitet u postojećim vezama sa odraslim i decom;
- kontinuitet u socijalnim vezama, edukaciji, praktikovanju kulture i religije;
- specifična pomoć da prevaziđu posebne individualne probleme;
- maloletnicima bez pratnje je posebno neophodno okruženje koje omogućava mnoštvo faktora stabilnosti i koje minimizira mogućnost za dodatni stres;
- kontinuitet u zajednici kao i kulturnim vezama je veoma važno upravo u odsustvu porodice;
- stabilna ishrana posebno kod beba i male dece.¹¹

Centar za socijalni rad obezbeđuje starateljsku zaštitu detetu bez pratnje postavljanjem privremenog staratelja. Odmah po dobijanju obaveštenja od terenskog socijalnog radnika, MUP-a, Komesarijata za izbeglice i migracije, nevladine organizacije o detetu bez pratnje, njemu se postavlja privremeni staratelj i obezbeđuje: 1) smeštaj; 2) briga o zdravlju; 3) zadovoljenje egzistencijalnih potreba (ishrana, odeća, obuća, održavanje lične higijene) i 4) zaštita prava i interesa. Privremenog staratelja postavlja centar za socijalni rad na čijoj teritoriji je nastao povod za vođenje postupka, odnosno na čijoj teritoriji mesne nadležnosti je dete nađeno. CSR donosi rešenje o smeštaju maloletnog migranta u ustanovu socijalne zaštite. Organ starateljstva obavlja poslove radi zaštite interesa maloletnih migranata u riziku: vrši procenu rizika po ostvarivanju najboljih interesa deteta; donosi odluke o najboljim interesima deteta; planira ostvarivanje najboljih interesa deteta; organizuje tim za konkretno dete na terenu i kordinira radom tima; prati implementaciju plana; postavlja privremenog staratelja detetu i staratelja po potrebi; obezbeđuje aranžman privremene ili dugotrajnije zaštite deteta NVO, Komesarijatom za izbeglice i institucijama sistema; vodi dokumentaciju; realizuje neodložnu intervenciju. Staratelj vodi računa o najboljem interesu kod rešavanja trajnog pitanja. To podrazumeva spajanje sa porodicom, bilo u zemlji prijema, bilo u državi porekla, ukoliko bi povratak bio bezbedan, a članovi porodice žele da se spoje sa maloletnikom. Ukoliko oni to neže, iz bilo kojeg razloga, smatra se da spajanje neće biti u najboljem interesu maloletnika.

Od prakse za praksu

Migrantska kriza se intenzivirala od 2015. g. i intervencije stručnih radnika CSR Grada Subotice, su usmerene prema maloletnim migrantima koji putuju bez pratnje odrasle osobe, kao i porodicama sa maloletnom decom, kako bi im

¹¹ Strani maloletnici bez pratnje u Republici Srbije

se pružila adekvatna i pravovremena pomoć. Od januara 2015. godine do danas, Centar za socijalni rad u Subotici sprovodio je inicijalnu procenu i zaštitu deteta u skladu sa pravima koja su garantovana brojnim međunarodnim instrumentima. U periodu od 2015. do avgusta 2017. g. stručni radnici CSR i terenski socijalni radnici su ostvarili kontakte sa 4. 320 migranata.

Analiza rada Službe za zaštitu dece i mladih u obezbeđivanju zaštite mlt. migranata bez pratnje odraslih i pružanju podrške porodicama sa maloletnom decom, u periodu od 2015-26.07.2019.

U periodu od 01.01. do 31.12.2015. godine od zaprimljenih 27 prijava, 25-oro dece je stavljeno pod privremeno starateljstvo od toga 19-oro dece je smešteno u Centar za azil Banja Koviljača, 1 dete u Centar za azil Bogovađa i 4 dece u Doma za decu „Kolevka“. Dužina boravka dece u Kolveci je bila od 1. do 9. dana.

Od 01.01. do 31.12.2016. godine zaprimljeno 46 prijava, 26-oro dece je stavljeno pod privremeno starateljstvo i svi su bili privremeno smešteni u Prihvatnom centru za migrante u Subotici (tokom 2016. ni jedno dete nije bilo na smeštaju u Domu za decu Kolevka). Rad sa decom i porodicama-psihosocijalna podrška – 46-oro dece.

Zatim, od 01.01. do 31.12.2017. godine zaprimljeno 26 prijava, 20-oro dece je stavljeno pod privremeno starateljstvo od čega je 3 dece smešteno u Dom za decu Kolevka (2 dece su bili na smeštaju samo 1 dan a jedan dečak 6 dana) a 17 maloletnika je bilo smešteno u Prihvatnom centru u Subotici. Rad sa decom i porodicama-psihosocijalna podrška – 26-oro dece.

Tokom 2018. godine zaprimljeno je 36 prijava. Na sve prijave stručni radnici Centra za socijalni rad su reagovali. Na prijave Centra za zaštitu i pomoć tražiocima azila, koje su uglavnom bile nepotpune (lokacija) stručni radnici su reagovali obavljenim razgovorima na terenu, koji su često bili neprijatni od strane mlt.migranata i u par navrata su ugrožavali i samu bezbednost stručnih radnika, jer su na veoma grub i nepristojan način odbijali saradnju sa stručnim radnicima i smeštaj u Prihvatni centar u Subotici (sa sedam mlt.migranata razgovori su vođeni bez prevodioca i policije). U ostalim slučajevima razgovori su vođeni uz prisustvo prevodioca. Najčešće prijave su se odnosile da se na teritoriji Grada Subotice nalaze mlt migranti bez pratnje odraslih, (35), od toga je 15 mlt. migranata već bilo pod privremenim starateljstvom drugih Centara za socijalni rad, za 11-oro nismo imali informacije a 9 mlt. migranata je stavljeno pod neposredno privremeno starateljstvo Centra za socijalni rad Subotica. U julu 2018.godine, 2 mlt.migranta bez pratnje odraslih su stavljeni pod neposredno privremeno starateljstvo i smešteni su u Zavod za vaspitanje dece i omladine-prihvatilište za decu migrante u Nišu. U toku 2018. godine, imali smo i prijavu nasilja u porodici, uz saradnju sa Policijskom upravom i Osnovnim Javnim tružilaštvom, izrečena je hitna mera privremene zabrane učinioocu da kontaktira žrtvu nasilja i prilazi joj i udaljenje počinioca nasilja iz Prihvatnog centra Subotica. Zaključno sa 31.12.2018. godine u

Prihvatnom centru u Subotici nije bilo mlt.migranata bez pratnje odraslih.

U periodu od 01.01.2019. do 26.07.2019. godine zaprimljeno 37 prijavi, 4 mlt migranta bez pratnje odraslih stavljeno pod privremeno starateljstvo (3 mlt. migranta je regularno prešlo u R Mađarsku, a 1 mlt. migrant se trenutno nalazi na lečenju u Opštoj bolnici u Subotici, 12 mlt. migranta je bilo pod privremenim starateljstvom gradskog Centra za socijalni rad Beograd i vraćeni su u Beograd. Ostale prijave su se uglavnom odnosile na mlt.migrante koji se nalaze u blizini Železničke stanice u Subotici, terenskom proverenom nismo zatekli lica koja bi odgovarala prijavi.

Statistički podaci o postupanju CSR Grada Subotice prikazani su u Tabeli 1.

S obzirom da Centar za socijalni rad ima smanjenje ljudskih resursa i poseže za podrškom kako međunarodnih organizacija tako neguje i dobre odnose sa ustanovama u sistemu socijalne zaštite, uspostavljena je dobra saradnja sa Komesarijatom za izbeglice i migracije, UNICEF-om, UNHC-rom, IOM-om, HCIT, kao i dr.

Tabela 1

	2015	2016	2017	2018	2019
Psihosocijalna podrška (deca i porodice)		46	26	20	37
Stavljanje pod privremeno starateljstvo	25	25	20	11	4
Broj dece smešten u CZA Banja Koviljača	19				
Br. dece smešten u CZA Bogovađa	1				
Br. dece smešten u Dom za decu "Kolevka"	4		3		
Br. dece smešten u PC u Subotici		25	17	11	

Zahvaljujući dobroj saradnji sa NVO- IOM, maloletnik PH, star 16 godina, iz Irana, je vraćen u zemlju porekla. Za vreme boravka u Prihvatnom centru, privremeni staratelj, socijalni radnik Centra za socijalni rad Grada Subotice, mu je pružio psihološku podršku, obezbedio odeću i obuću, povremeno ga posećivao u Prihvatnom centru, dok su ga terenski socijalni radnici svakodnevno obilazili u PC. Na osnovu izražene želje maloletnika, privremeni staratelj je pokrenuo proceduru povratka deteta u zemlju porekla, prikupio je potrebnu dokumentaciju, koju

je prosledio IOM-u. Nakon dobijanja pozitivnih informacija od strane IOMA-a iz Irana, staratelj, sa mlt. HP odlazi u Ambasadu u Beogradu, te podnosi zahtev za povratak deteta. Kada je stigao odgovor od Iranske Ambasade da dete može da se vrati u svoju zemlju, staratelj je uz podršku IOM-a, odvela dete na Aerodrom u Beogradu, odakle je otputovao u Teheran, gde su ga dočekali predstavnici IOM-a i odveli u domaćinstvo roditelja.

Na lokalnom nivou, CSR Grada Subotice je bio uključen u Radnu grupu za praćenje migracije na teritoriji grada Subotice, kao i u projekat "Gradimo zajedno - monitoring i javno zastupanje u lokalnim zajednicama", koji je realizovala Fondacija Konrad Adenauer, u saradnji sa Udruženjem Atina i Udruženjem pravika Makedonije, uz finansijsku podršku EU. Cilj ovog projekta je bio unapređenje položaja migranata i izbeglica u Srbiji, a posebno žena i dece u ovoj populaciji.

Zaključak

Rizici sa kojima se susrećemo u obavljanju poslova zaštite maloletnih migranata odnose se na: nepoznavanje jezika mlt.migranata, prostorno ograničenje, tehničku opremljenost, kao i smanjen broj zaposlenih. U prevladavanju navedenih rizika, posežemo za podrškom međunarodnih organizacija, negujemo dobre odnose sa ustanovama u sistemu socijalne zaštite. Uspostavljena je dobra saradnja sa: Komesarijatom za izbeglice, Crvenim krstom u Subotici, zdravstvenim ustanovama u Subotici, policijom, lokalnom samoupravom, Domom za decu i mlade ometene u razvoju „Kolevka“ u Subotici, međunarodnim organizacijama – UNICEF-om, UNHC-rom, IOM-om kao i mnogim drugim nevladinim organizacijama.

Literatura

Pravilnik o utvrđivanju usluga pruženih elektronskim putem, u smislu zakona o porezu na dodatu vrednost - Službeni glasnik RS, br. 107/2012 i 86/2015)

Zakon o socijalnoj zaštiti - Službeni glasnik RS, br. 24/11

IOM Glossary on Migration, Second Edition, Interational Migration Law, No 25, 2011, p.90.

Declaration 67/1 of the High-level Meeting of the General Assembly on the Rule of Law at the National and International Levels, A/RES/67/a, 30 November 2012, p.14, 15.

Zakon o azilu – Službeni glasnik RS, br. 109/2007

Committee on the Rights of the Child, Report of the 2012 Day of General Discussion on the Rights of all Children in the Context of International Migration, para.49; Save the Children, Submission for the Office of the High Commissioner for Human Rights (OHCHR) report on migrants in transit (A/HRC/RES/29/2), November 2015, p.4.

Pravilnik o bližim uslovima i standardima za pružanje usluga socijalne zaštite - Službeni glasnik RS, br. 42/2013

Konvencija o pravima deteta (1989)

Priručnik o zaštiti migranata u Republici Srbiji, Međunarodna organizacija za migracije (2018)

Strani maloletnici bez pratnje u Republici Srbije, HCIT (2014)

Miroslava Bagavac

Centar za socijalni rad Grada Subotice

RESPONSE OF INSTITUTIONS IN THE PROTECTION OF UNACCOMPANIED MINOR MIGRANTS - CENTER FOR SOCIAL WORK OF THE CITY OF SUBOTICA (from practice to practice)

Summary

The protection of unaccompanied minor migrants is a complex, multidisciplinary, intersectoral and interdepartmental obligation, which requires a comprehensive approach and defined procedures for all subjects of protection, in order to ensure the best interests of the child through interrelated measures and activities. Through a holistic approach as a methodological orientation for understanding the problems of minor migrants, the Center for Social Work reacts by hiring its experts but also reaches for the cooperation of various bodies and institutions, primarily internal affairs, social protection, justice, health care, education, foreign affairs, the Commissariat for refugees and NGOs, in order to provide unaccompanied minors, as the most vulnerable group among migrant children, with the necessary protection and a special approach to protecting their rights, as well as empathetic and professional treatment of adults who are aware of the specific situation of their children and their needs. these situations can arise.

Key Words: *unaccompanied minor migrants, social work center, best interests of the child*

Mikica Budimirović¹,

Dom za odrasla invalidna lica, Beograd

Božana Jeremić,

Dom za odrasla invalidna lica, Beograd

Jelena Vulin,

Dom za odrasla invalidna lica, Beograd

Ivana Simić,

Dom za odrasla invalidna lica, Beograd

Marina Gilić-Drljača,

Dom za odrasla invalidna lica, Beograd

IZAZOVI, POTEŠKOĆE I MOGUĆNOSTI RADNO-OKUPACIONE TERAPIJE U USTANOVU „DOM ZA ODRASLA INVALIDNA LICA“

Apstrakt: Ustanova “Dom za odrasla invalidna lica” u Beogradu predstavlja jednu od dve ustanove u Srbiji koja se bavi zbrinjavanjem osoba sa telesnim invaliditetom. Od samog osnivanja, u Ustanovi se sprovodi i primenjuje radno-okupaciona terapija i vodi se briga o društvenom položaju korisnika. Ustanova “Dom za odrasla invalidna lica” smešta 80 korisnika sa nekim vidom telesnog invaliditeta. Imajući u vidu da telesna invalidnost podrazumeva vrlo široki raspon stanja, smetnji, delimičnih ili potpunih ograničenja ili oštećenja funkcija tela sadržaji radne-okupacione terapije su veoma raznovrsni, konstruktivni, i pogodni za angažovanje što većeg broja korisnika. Svaki korisnik primljen u Ustanovu ima mogućnost da izrazi svoje želje i interesovanja koje će usmeriti njegovo učestvovanje u različitim sekcijama. Nakon prijemne procene, Stručni tim ustanove i korisnik zajedno utvrđuju individualni plan usluga koji bi trebalo da uključuje učestvovanje u jednoj ili više sekcija radno-okupacione terapije. Osim zadovoljavanja utvrđenih potreba korisnika kao i njihovih želja, radno-okupaciona terapija ima za cilj da poveća nezavisnosti korisnika u svakodnevnim aktivnostima. Međutim, bez obzira na to, stručni radnici Ustanove, nailaze na niz izazova i poteškoća. Niska motivacija korisnika za učešće u bilo kojoj sekciji radno-okupacione terapije, pasivizacija korisnika posle izvesnog vremena provedenog u Ustanovi, nemogućnost organizovanja većeg broja korisnika za učešće, nedovoljan broj zaposlenih, nedostatak volontera i potreba korisnika za individualnim radom predstavljaju jedne od ključnih problema sa kojima se suočava Stručni tim ustanove. Pored navedenog, potrebno je uzeti u obzir i izvore stresa za pojedince koji su uključeni u rad sa

¹ mikicab@gmail.com

osobama sa telesnim invaliditetom, kao i sve njihove lične sukobe i želje. U radu će biti prikazana složenost predstavljenih teškoća ali i mogućnosti kojima radni terapeuti mogu pružiti velike doprinose u radu ovakve Ustanove.

Ključne reči: *radno-okupaciona terapija, osobe sa telesnim invaliditetom, izazovi, poteškoće, mogućnosti*

Uvod

*“Velika je nesreća kad čovek ne zna šta hoće,
a prava katastrofa kad ne zna šta može”
(Jovan Dučić)*

Ustanove socijalne zaštite za smeštaj korisnika u koje spadaju i ustanova “Dom za odrasla invalidna lica”, pored osnovne delatnosti obezbeđivanja adekvatnog smeštaja i neophodne nege korisnika, imaju zadatak da obezbede svim korisnicima uslove za sprovođenje radno-okupacione terapije. Ovo je oblast u kojoj se otvara prostor za prevenciju pogoršanja stanja korisnika, očuvanje postojećih sposobnosti i poboljšanje trenutnog stanja u cilju što veće i dugotrajnije samostalnosti istih.

Dom za odrasla invalidna lica ima ulogu stacionarnog smeštaja osoba sa telesnim invaliditetom sa očuvanim mentalnim sposobnostima. Smeštajni kapacitet je predviđen za 80 korisnika. Kako osobe sa invaliditetom po svojim telesnim, psihološkim i drugim obeležjima nisu homogena grupacija, pri donošenju odluke o njihovom radno-okupacionom angažmanu moramo uzeti u obzir čitav niz činilaca. Tu se, pre svega, uvažava iskazana želja i potreba svakog korisnika, njihove navike i afiniteti, ali i timski procenjeni kapaciteti, nivo trenutnih mogućnosti, praktične veštine, zdravstvene indikacije i drugo. Shodno tome, važno je napomenuti da zbrinjavanje i rad sa osobama sa telesnim invaliditetom u, za to specijalizovanim ustanovama poput naše, mora uključivati interdisciplinarnost, odnosno stručne timove koji angažuju profesionalce različitih profila, sa različitim ulogama, ali podjednake važnosti u rešavanju konkretnih problema.

U ovom radu biće reči o jednom od ključnih segmenata rada sa telesno oštećenim osobama, radno-okupacionim aktivnostima, njihovoj ulozi i značaju, izazovima i preprekama na koje kao tim, ali i društvo, često nailazimo.

Dom se nalazi u mirnom delu Beograda. Ustanova raspolaže sa 3000 m² prostora za boravak korisnika, službenim prostorijama, kao i rampom od 1000 m² za korisnike invalidskih kolica. Sve prostorije u Domu su prilagođene korisnicima invalidskih kolica. Zgrada Doma raspolaže prostorijama za dnevni boravak koje su opremljene priručnim kuhinjama namenjenim korisnicima za samostalno spremanje hrane, TV prijemnicima i prikladnim nameštajem. U prizemlju objekta smešteni su kafe klub, biblioteka, četiri prostorije za radno-okupacionu terapiju, kancelarije stručnih radnika, kao i frizerski salon.

Korisnici Doma za odrasla invalidna lica imaju potpunu autonomiju u izboru načina provođenja svog slobodnog vremena. Imaju pravo napuštanja Doma tokom celog dana, kao i primanje poseta. Pri organizaciji proslava praznika, rođendana i drugih važnih datuma korisnicima je na raspolaganju prostor Doma, a osoblje svakodnevno nastoji da im pomogne u realizaciji njihovih želja ukoliko je to u njihovoj mogućnosti.

Radno-okupaciona terapija

Radno-okupaciona terapija uvedena je u mnoge ustanove pod nazivom „aktivna terapija“, a tek kasnije je uveden novi termin „radna terapija“ koji se održao sve do danas. U literaturi i u svakodnevnoj stručnoj praksi upotrebljavaju se pojmovi radna, okupaciona, radno-okupaciona rekreativna terapija, i mnogi drugi bez dovoljnog pojmovnog razlikovanja. U ovom radu biće uglavnom korišćen termin radno-okupaciona terapija.

Smisao radno-okupaciona terapija se zbog samog pojma često shvata preusko pa je bitno naglasiti da se radna terapija ne odnosi na rad kao takav. Radno-okupaciona terapija pomaže pojedincima da se poboljšaju u aktivnostima svakodnevnog funkcionisanja. Kupanje, oblačenje, hranjenje, održavanje sopstvene okoline sastavni su deo svakodnevnih aktivnosti. Radno-okupacioni terapeuti bi trebalo da uče osobu kako da što samostalnije i nezavisnije obavlja svakodnevne aktivnosti.

Glavni cilj radno-okupacione terapije je učestvovanje ljudi u svakodnevnom životnim aktivnostima i povećanje kompetencija u cilju što veće društvene participacije. Radna terapija na čoveka gleda kao na aktivno biće koje može da odredi i kontroliše svoje ponašanje, pa čak i da ga promeni po svojoj volji. Prema radno-okupacionoj terapiji, svaka osoba ima sposobnost da bude prilagodljiva, ali ovaj vid terapije takođe bi trebalo da utiče na prilagođavanje same aktivnosti osobi. Uloga radno-okupacionog terapeuta u ovom procesu je da pomogne čoveku ali da reguliše i okolnosti u sredini kako bi se olakšao odgovarajući adaptivni odgovor osobe na sredinu².

Radno-okupaciona terapija ima za cilj da poveća kvalitet života ljudi čija je funkcionalna sposobnost ograničena ili oslabljena. U tom cilju, pomaže se u poboljšanju nezavisnosti u radu bilo koje oblasti osobe: ojačavanje tela za neophodne uloge, poboljšavanje koordinacije za aktivnosti, pronalaženja hobija da bi osoba bila srećnija i poboljšavanje socijalnih veština.

Radno-okupaciona profesija je uglavnom zasnovana na filozofiji humanizma, ona korisnike doživljava kao ljude, a ne kao objekte.

² Gokcen Akyurek, Gonca Bumin, *Community Participation in People with Disabilities*, u: Huri M: *Occupational Therapy: Occupation Focused Holistic Practice in Rehabilitation*, 2017, p.83.

Radno-okupaciona terapija u ustanovi „dom za odrasla invalidna lica“

Svaki korisnik primljen u Ustanovu ima mogućnost da izrazi svoje želje i interesovanja koje će usmeriti njegovo učestvovanje u različitim sekcijama. Nakon prijemne procene, Stručni tim ustanove i korisnik zajedno utvrđuju individualni plan usluga koji bi trebalo da uključuje učestvovanje u jednoj ili više sekcija radno-okupacione terapije. Osim zadovoljavanja utvrđenih potreba korisnika kao i njihovih želja, radno-okupaciona terapija ima za cilj da poveća nezavisnosti korisnika u svakodnevnim aktivnostima.

Važno je naglasiti da je društveno okruženje osoba koje borave u ustanovi Dom za odrasla invalidna lica vrlo specifično. Imajući u vidu da telesna invalidnost podrazumeva vrlo široki raspon stanja, smetnji, delimičnih ili potpunih ograničenja ili oštećenja funkcija tela sadržaji radno-okupacione terapije su veoma raznovrsni, konstruktivni, i pogodni za angažovanje što većeg broja korisnika. Radno-okupaciona terapija u Ustanovi „Dom za odrasla invalidna lica“ obuhvata različite manuelne, kreativne, rekreativne, edukativne i ostale aktivnosti koje na prvom mestu imaju za cilj očuvanje i poboljšanje fizičkih i mentalnih funkcija korisnika. Osim navedenog ciljevi koji se ne smeju zanemariti su razvijanje timskog duha, timski rad, razvoj kreativnosti, osećaj pripadnosti, uvažavanja i poštovanja, ispunjavanje slobodnog vremena, socijalizacija i integracija.

Ako zdravlje definišemo kao sposobnost funkcionisanja - sposobnost obavljanja aktivnosti, onda nas ono što radimo i čime se bavimo može učiniti zdravim ili bolesnim. Model radne terapije koji je zastupljen u ustanovi „Dom za odrasla invalidna lica“ predstavlja model koji se fokusira na funkciju i aktivnost. Prema Modelu ljudske okupacije ili MOHO (*The model of human occupation*), koji je objavljen prvi put 1980. godine, a čiji je autor G. Kielhofner, ljudske okupacije predstavljaju skup aktivnosti i zadataka u svakodnevnom životu kojima pojedinci ili različite kulture daju ime, strukturu, vrednost i značenje³. Ovaj pojam je širok i sadrži elemente koji ukazuju da su okupacije neophodne za iskustvo, opstanak i zadovoljstvo osobe. Okupacija je fundamentalna potreba pojedinca koja determiniše naše zdravlje, daje smisao životu, pruža mogućnost izbora i neretko je izvor zadovoljstva i ravnoteže. Okupacija često može da utiče na organizaciju vremena, opreme i prostora, a pored terapeutskeg značaja, u ustanovama poput naše, radno-okupaciona terapija može biti i vid obezbeđivanja nekog izvora prihoda, što ljudima smeštenim u ustanovu socijalne zaštite, bez ikakvih prihoda, ovo može biti značajna stavka, kao i bitan motivacioni faktor.

Glavni elementi ovog modela su uloge i navike osobe, volja za aktivnost i zadatke, sposobnosti korisnika i životna sredina. Prema tome radno-okupaciona terapija uzima u obzir uloge i navike osobe, perspektivu i volju osobe. Osoba se sagledava kao dinamičan sistem koji je pod uticajem fizičkog a i društvenog okruženja.

Navike nastaju kada organizovanje ponašanja u ponavljajućim obrascima ide u korak sa društvenim svetom. Ponavljana kretanja u posebnim slučajevima predstavljaju obrazac navike. Obrazac navika raste vremenom i jača organizacione i komunikacijske navike osobe sa dnevnom, nedeljnom i sezonskom rutinom. Uloge bivaju oblikovane navikama i ponašanjima. Svaka osoba ima jednu ili više uloga, a same se uloge mogu preplitati.

Volja osobe za aktivnostima i dužnostima zavisi od aktivnosti osobe, važnosti aktivnosti za tu osobu i zadovoljstva iz te aktivnosti. Lični razlozi odražavaju važnost aktivnosti za osobu i sposobnost te osobe. Osoba koristi kapacitet u odnosu na kulturna opažanja i potrebe okoline. Neretko osobe oblikuju svoje aktivnosti koristeći svoje kapacitete i okruženje.

Na izbor aktivnosti utiču i vrednosti. Vrednosti se sastoje od verovanja i koncepta dobro ispravne važnosti koje je društvo definisalo, a svaki pojedinac, zavisno od mogućnosti bavljenja aktivnošću ima različita interesovanja i sposobnosti koje se ogledaju u telesnom sistemu (kao što su mišićno-koštani sistem, kardio-plućni sistem, neurološki sistem), mentalnim i kognitivnim sposobnostima, a sve ove karatersitike su od ogromne važnosti prilikom procene svakog korisnika i određivanja njihovih budućih aktivnosti.

U Domu za odrasla invalidna lica radno – okupaciona terapija se planira na godišnjem, mesečnom a ponekad i na dnevnom nivou. Sadržaji koji se svakodnevno nude su: preventivno korektivni rad koji obuhvata pozicioniranje, vežbe za vrat i ramena, vežbe za gornje ekstremitete, vežbe za finu motoriku, istezanje i jako važne vežbe disanja; funkcionalna terapija i individualni razgovori.

U okviru radno-okupacione terapije imamo različite radionice koje se održavaju svakodnevno, jednom ili dva puta nedeljno.

- **Kreativna radionica** (izrada nakita od perli i poludragog kamenja, deku-paž, štrikanje i slično)

Ima jako značajnu ulogu u razvoju kreativnosti korisnika, daje im mogućnost da se bolje upoznaju, zbog neposrednosti u saradnji prilikom sprovođenja same aktivnosti, a samim tim stvaraju se nova prijateljstva, utiče na očuvanje i razvoj fine motorike.

- **Muzička radionica**

Takođe razvija kreativnost kod korisnika, osećaj za lepim, utiče pozitivno na psihičko stanje korisnika, što se kasnije odražava na njihovo sveukupno ponašanje u svakodnevnom aktivnostima, a to možemo zaključiti posmatranjem njihovog ponašanja u toku celog dana, gde vrlo često vidite kako pojedinci sporadično pevuše neku pesmicu ili zvižduću, a ono što je još bitnije su njihova vedra i nasmejana lica tokom celog dana.

³ Isto, str. 85.

- **Radionica društvenih igara**

U ovoj radionici bitan je timski rad i ispunjavanje slobodnog vremena. Pozitivno se utiče na psihi, osoba je vesela i raspoložena, vrlo često možete sresti da neko od korisnika u ustanovi igra šah ili domine u klubu ili dnevnom boravku, čak nije retko da nekog od osoba koje su došle u posetu srodniku ili prijatelju uključe u to i van naših redovnih aktivnosti, a često ova aktivnost poprima izgled nekog turnira ili sportskog nadmetanja, sa sve prisutnom publikom, što samo po sebi ističe kao jako korisnu i na više načina značajnu za samog korisnika.

- **Radionica čitanja knjiga**

U ovoj radionici razvija se mašta, osećaj za lepim, podstiče se potreba korisnika za dodatnim usavršavanjem ili informisanjem o novinama i dešavanjima u svetu i kod nas. U našoj ustanovi postoji i biblioteka kojom se možemo pohvaliti jer ima veliki broj popularnih naslova i autora, što svetskih tako i domaćih.

- **Radionica projekcije filmova**

Osnovni cilj ove radionice je druženje, očuvanje pažnje i ispunjavanje slobodnog vremena. Jednom nedeljno ili ako za to postoji interesovanje, naročito ako se u medijima najavi neki novi film ili serija, u jednoj od naših prostorija za radnu terapiju ili u biblioteci gde smo instalirali projektor sa ozvučenjem i pojačalom, puštamo projekcije filmova ili serija po izboru korisnika.

- **Slikarska radionica**

Razvija i podstiče kreativnost, pozitivno utiče na raspoloženje osobe, pomaže u očuvanju motornih funkcija gornjih ekstremiteta i fine motorike. Već je tradicionalno poznato da se u našoj ustanovi svake godine organizuje likovna kolonija koja traje nedelju dana, a u kojoj učestvuje po dvadesetak akademskih slikara iz cele republike i regiona, koji zajedno sa par naših aktivnih slikara oslikaju oko stotinak radova na platnu, oni se kasnije urame i izlažu po sajmovima ili u stalnoj postavci u našoj ustanovi. Prodajom slika se dolazi do sredstava za slikarski materijal i ponovno održavanje likovne kolonije, kao i slikarske radionice u svakodnevnim aktivnostima.

- **Sportska radionica**

Razvija se druženje, timski rad, ispunjava se slobodno vreme korisnika. Utiče na pravilan položaj tela, koordinaciju pokreta, preciznost, orijetaciju u prostoru.

U okviru ove radionice se organizuju takmičenja u boćanju, visećoj kugli, pikadu i sličnim disciplinama, a sve sa ciljem ranije navedenih boniteta po korisnike. Iz ovakvih aktivnosti proisteknu i interesovanja korisnika za učesćem na zvaničnim takmičenjima koja se organizuju sporadično ili periodično u sličnim ustanovama, a ostvareni uspeh na nekim od tih takmičenja podiže moral i jača moral kod svih stanara.

- **Organizovanje druženja u Domu i van njega (sportska dešavanja i takmičenja, odlazak na koncerte, u pozorišta, sajmove, organizovanje šetnji i izleta)**

Ove aktivnosti su jako bitne jer osim što ispunjavaju slobodno vreme utiču na što bolje uključivanje, socijalizaciju osoba sa invaliditetom u društvo, kao što je ranije navedeno za sportske aktivnosti, tako i za sve druga društvena dešavanja postoji dobra saradnja naše ustanove sa drugim ustanovama, te iz iste proističu česte uzajamne posete, a sve skupa doprinosi jačanju saradnje uz primarno zadovoljenje potreba korisnika za kvalitetno ispunjenim slobodnim vremenom..

Kao primer pozitivne prakse u Domu, veoma je važna radna terapija u kojoj se dobija određeni honorar, kako se uglavnom radi o licima čiji prihodi u potpunosti odlaze na cenu domskog smeštaja, a materijalna podrška od strane srodnika često izostaje. Nažalost, s obzirom na finansijske mogućnosti Doma, ovaj vid radne terapije uz novčanu naknadu, nismo u prilici da obezbedimo većem broju korisnika, iako upravo za njom postoji najveće interesovanje. U Domu za odrasla invalidna lica, radni angažman u okviru Ustanove, obezbeđen je za pet korisnika raspoređenih u sledećim radnim jedinicama: kafe klub, frizerski salon, krojačka radionica i održavanje dvorišta. Korisnici u navedenim grupama su angažovani duži niz godina. Njihove radne aktivnosti se odnose na očuvanju stečenih znanja i veština, s obzirom da je reč o odraslim osobama, sa očuvanim mentalnim sposobnostima, koje su fizički sposobne za obavljanje tih radnji. Sprovođenje programa ovih radionica u velikoj meri doprinosi korisnicima u stvaranju osećaja odgovornosti, samopouzdanja, pripadnosti, zadovoljstva zbog produktivnosti, održavanju radne navike, sprečavanju socijalne izolacije, kao i poboljšanju njihovog standarda zbog dodatnog prihoda koji ostvaruju na taj način.

Pored svega, neophodno je naglasiti i važnost uloge samog radnog terapeuta koji svojim ličnim svojstvima i pozitivnim primerom - strpljenjem, fleksibilnošću, upornošću, profesionalnim stavom, gradi sa korisnikom odnos poverenja i prihvatanja, što je često presudno, kako za uključivanje, tako i delotvornost radno-okupacionih postupaka.

Problemi u radu

Bez obzira što "Dom za odrasla invalidna lica" predstavlja ustanovu u kojoj korisnicima drugi ljudi pružaju usluge za svakodnevno funkcionisanje, to okruženje mora da pruži potporu korisnicima da razviju svoje unutrašnje potencijale. Shodno tome, stručni radnici Doma nailaze na niz izazova i poteškoća.

Koliko god institucija pokušavala da prihvati utopijski način organizacije i ispuni sve želje korisnika, vrlo je važno napomenuti da veliki broj korisnika nije tu po svom izboru. Institucionalizacija obično biva prihvaćena kao neminovna potreba u nedostatku rešenja adekvatnog stambenog prostora i adekvatne nege. Posle određenog vremena provedenog u Ustanovi motivacija korisnika za bilo kakvim aktivnostima počinje da se gasi. Pasivizacija korisnika je proces koji se neminovno dogodi skoro svakom korisniku u Instituciji i radno-okupacioni terapeuti nekad uz sve napore ne mogu da povećaju motivisanost korisnika za učestvovanje u bilo kojoj sekciji radno-okupacione terapije. Takođe, do gubitka interesovanja dolazi i zbog progresije primarnog oboljenja i starosne dobi korisnika. Tada se javlja nesklad između želje korisnika i njegovih realnih mogućnosti, pa korisnici lako odustaju od učestvovanja i prepuštaju se zadovoljenju samo osnovnih potreba u toku dana.

Jedan od problema sa kojima se susreću radno-okupacioni terapeuti Doma je nemogućnost organizovanja većeg broja korisnika za istu aktivnost. Heterogenost korisnika prouzrokovana različitim životnom dobom korisnika, nivoom obrazovanja, socijalnim statusom i polom, kao i tipom invaliditeta, dovodi do povremenih sukoba u mišljenju kao i poteškoća u formiranju grupa i realizaciji samih aktivnosti.

Otežavajuća okolnost je svakako i nedovoljan broj zaposlenih koji bi imali vremena da zadovoljavaju potrebe korisnika na individulanom nivou. Angažovanje volontera na ovakvim zadacima bi sigurno predstavljalo efikasno rešenje problema. Međutim, težina rada sa ovom populacijom je sigurno jedan od razloga za jako mali broj ljudi zainteresovanih da obavljaju bilo kakve aktivnosti bez novčane nadoknade. Nedostatak materijalnih sredstava otežava angažovanje dodatnog kadra, kao i nemogućnost obezbeđivanja nekih dodatnih sadržaja. Prilike u sistemu socijalne zaštite Srbije nisu baš na zavidnom nivou, odnosno neadekvatna reforma sistema socijalne zaštite u znatnoj meri otežava funkcionisanje ustanova, a samim tim i sprovođenje aktivnosti koje bi korisnicima omogućile kvalitetniji boravak i uslove života u istim. Ovo se naravno ne odnosi samo na sistem, već i na ljude koji u istom rade, u velikoj meri je kod zaposlenih prisutna etatiistička svest da bi neko drugi umesto njih trebalo da stvari uradi ili promeni, retko se ljudi između sebe organizuju i pokušavaju da uredi sve ono što je do njih, jer na kraju krajeva svi mi smo deo sistema, odnosno mi ga činimo.

Organizovanje aktivnosti van Doma otežavaju pre svega arhitektonske barijere grada Beograda. Nedovoljan broj adekvatnih vozila za prevoz osoba sa invaliditetom uskarćuje korisnicima samostalne odlaske u posete bilo kakvih kulturnih sadržaja van Doma.

Pored svega navedenog, potrebno je uzeti u obzir i izvore stresa za pojedince koji su uključeni u rad sa osobama sa telesnim invaliditetom, kao i sve njihove lične sukobe i želje. Sindrom profesionalnog sagorevanja svakako je još jedan od problema sa kojim se suočavaju radno-okupacioni terapeuti "Doma za odrasla invalidna lica". Sindrom profesionalnog sagorevanja opisuje se u literaturi kao hronično stanje iscrpljenosti zbog permanentnog interpersonalnog stresa među profesionalcima koji rade sa ljudima. Vodeći autor u ovom području, Maslak, profesionalno sagorevanje definiše kao "kontinuirani stresni odgovor kod pojedinaca koji rade sa ljudima u tri komponente: emocionalna iscrpljenost (osećaj emocionalne preplavljenosti, umora, nesanice), depersonalizacija (poput cinizma, iritabilnosti, nedostatka entuzijazma, negativnih stavova prema korisnicima) i osećaj smanjenog ličnog postignuća"⁴. Među profesijama koji se smatraju rizičnim za profesionalno sagorevanje svakako su pomagačke profesije koje svoj posao obavljaju sa marginalizovanim i vulnerabilnim grupama ljudi, kao što su to korisnici Doma za odrasla invalidna lica. Brojni faktori mogu izazvati i pogoršati stres kod radno-okupacionih terapeuta, uključujući smanjeno zadovoljstvo u radu, neadekvatne plate, visoke fizičke potrebe, povećano radno opterećenje zbog nedostatka kadrova i nedostatak obrazovanja i treninga. Slaba vidljivost rezultata, kontinuirano nezadovoljstvo korisnika, i stalno ulaganje truda da se korisnici motivišu sigurno su u vezi sa osećajem smanjenog postignuća, dok na sve to loši interpersonalni odnosi među osobljem dodatno doprinose emocionalnoj iscrpljenosti.

Šta može drugačije?

Internet ima sposobnost povezivanja ljudi i informacija. Bez obzira treba li osoba da pronade operemu koja će joj omogućiti lični rast i razvoj ili svakodnevnu zabavu internet pruža izvrsno sredstvo za postizanje cilja. Slabo korišćenje kompjutera i interneta među korisnicima "Doma za odrasla invalidna lica" mogao bi da bude podstrek da se naši korisnici bolje obučavaju za ovladavanje internetom. Pre svega, za to je potrebna bolja opremljenost Doma kompjuterima, a to je jedan od naših zadataka u budućnosti.

Razvoj asistivnih tehnologija uveliko je povećao potencijal osoba sa invaliditetom. Pod asistivnim tehnologijama podrazumeva se svaki proizvod, deo opreme ili sistem, koji se koristi da bi se povećale, održale ili poboljšale funkcionalne mogućnosti osoba sa invaliditetom⁵.

⁴ Tatalović Vorkapić S, Skočić Mihić S, Josipović M. Ličnost i kompetencije odgajatelja za rad sa decom s teškoćama u razvoju kao prediktori njihovog profesionalnog sagorijevanja. *Socijalna psihijatrija*, 2018, p.393.

⁵ Garry L. Albrecht, *Encyclopedia of Disability*, Thousand Oaks, California : Sage Publications, 2006.

Asistivna tehnologija obuhvata instrumente, aparate, sredstva i uređaje koje osobe sa invaliditetom mogu koristiti da bi obavili zadatke koje inače ne bi mogli da obave. Uz to, asistivna tehnologija obuhvata i alatke pomoću kojih te zadatke mogu da obave lakše, brže i bolje. Asistivne tehnologije mogu da podarzumevaju industrijski proizvode ili jednostavne alatke iz domaće radinosti. Radno-okupacioni terapiuti bi mogli određenim treninzima i usavršavanjima da nauče da proizvedu pojedine alatke koji snažno mogu da doprinesu samostalnosti korisnika u različitim aktivnostima i na taj način im provođenje slobodnog vremena u Domu, a samim tim i povećaju kvalitet života. Radno-okupacioni terapiuti su osobe koje jako dobro poznaju korisnike. One mogu biti najkompetetniji pomagači osobama sa invaliditetom u odabiru asistivne tehnologije. Prema literaturi i istraživanjima posledice pogrešnog izbora asistivne tehnologije mogu da dovedu do poljuljanog samopouzdanja, razočaranje, sumnje u sopstvene mogućnosti i demotivisanosti za dalje traženje bilo koje vrste podrške⁶. Preveniraju ovakvih pojava radno-okupacioni terapiuti mogu biti od velike koristi našim korisnicima.

Važno je naglasiti kada govorimo o radu u "Domu za odrasla invalidna lica" da ne nastaju sve greške osoblje iz nerpiateljstva ili nezainteresovanosti. Vrlo je važna emocionalna potpora radnika. Međutim, sposobnost pružanja emocionalne potpore nije važna samo za stručno osoblje, već bi to trebala da bude neophodna veština svake osobe koja je zaposlena u Domu. Korisnici usluga u Domu provode značajan deo svog vremena i sa osobljem koje pruža usluge van stručnog rada. Stoga, edukacija i permanentni trening trebalo bi da bude pružen svim zaposlenima ove Ustanove.

Zaključak

Ako kao polazište uzmemo činjenicu da je čovek jedinstvena funkcionalna celina, spoj tesno povezanih fizičkih, fizioloških, psiholoških i socijalnih karakteristika, izvesno je da promena u bilo kom od pomenutih aspekata za posledicu ima promenu na nivou celog sistema. Višedecenijsko iskustvo rada sa osobama sa invaliditetom osoblja "Doma za odrasla invalidna lica" potvrđuje nam da nema telesnog invaliditeta sa parcijalnim dejstvom. Preciznije rečeno, bez obzira na formu i stepen invalidnosti, efekti telesnog oštećenja mogući su i na planu psihološkog, socijalnog, profesionalnog ili porodičnog funkcionisanja. Svako telesno oštećenje u određenoj meri remeti funkcionisanje pojedinca, otežava zadovoljenje određenih potreba i postavlja posebne zahteve u smislu zbrinjavanja i tretmana.

Različitim metodama i veštinama radno-okupacioni terapiuti, a i svi ostali zaposleni, svakodnevno rade na sticanju poverenja korisnika i na taj način lakše uviđaju i predviđaju mogućnost napretka u svakoj oblasti funkcionisanja Doma,

⁶ Orellano-Colón EM, Jutai J, Santiago A, Torres V, Benítez K, Torres M. *Assistive Technology Needs and Measurement of the Psychosocial Impact of Assistive Technologies for Independent Living of Older Hispanics: Lessons Learned*. Technologies (Basel). 2016, p7.

posebno radno-okupacione terapije. To je jako bitna aktivnost koja se sprovodi svakodnevno i jako je važno naglasiti da pristup korisniku mora biti adekvatan sa poštovanjem i uvažavanjem njegove ličnosti ali i poštovanjem sebe i svog autoriteta. Radni terapeut svojim stečenim znanjem, zalaganjem, iskustvom i kreativnošću svakodnevno pronalazi način da motiviše korisnika za rad, unaprede i korisnicima učine Dom boljim mestom za život.

U dve decenije koliko je proteklo od početka rada Ustanove "Dom za odrasla invalidna lica", dogodile su se značajne promene u zaštiti prava, organizaciji rada, snabdevenošću tehnologijama i samom odnosu prema korisnicima. Kada uzmemo sve to zajedno, život korisnika Doma značajano je poboljšao, ali ovaj posao za nas još uvek nije gotov.

Literatura:

Carolyn L. Vash, Nancy M. Crewe, *Psihologija invaliditeta*, Zagreb: Naklada slap, 2010.

Garry L. Albrecht, *Encyclopedia of Disability*, Thousand Oaks, Californi: Sage Publications, 2006.

Gokcen Akyurek, Gonca Bumin, *Community Participation in People with Disabilities*, u: Huri M: *Occupational Therapy: Occupation Focused Holistic Practice in Rehabilitation*, 2017.

Gordana Živković, *Psihologija telesno invalidnih lica*, Beograd: Defektološki fakultet Beogradskog univerziteta, 1994.

Kielhofner G., *Model Of Human Occupation – Theory and Application (third edition)*, Lippincot Williams&Wilkins, 2002.

Kubny-Lüke B., *Ergotherapie im Arbeitsfeld Psychiatrie*, Stuttgart: Thieme, 2003.

Lee, S. W., Kielhofner, G., Morley, M., Heasman, D., Garnham, M., Willis, S., Parkinson, S., Forsyth, K., Melton, J., & Taylor, R. R., *Impact of using the Model of Human Occupation: A survey of occupational therapy mental health practitioners' perceptions*. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 19(5), 450-456, 2012. Preuzeto 24.10.2019. sa <https://doi.org/10.3109/11038128.2011.645553>.

Orellano-Colón EM, Jutai J, Santiago A, Torres V, Benítez K, Torres M., *Assistive Technology Needs and Measurement of the Psychosocial Impact of Assistive Technologies for Independent Living of Older Hispanics: Lessons Learned*. Technologies (Basel). 2016.

Tatalović Vorkapić S, Skočić Mihić S, Josipović M. *Ličnost i kompetencije odgajatelja za rad s djecom s teškoćama u razvoju kao prediktori njihovog profesionalnog sagorijevanja*. *Socijalna psihijatrija*, 46(4):390-405, 2018. Preuzeto 24.10.2019. sa <https://hrcak.srce.hr/214838>.

Mikica Budimirović,
 Dom za odrasla invalidna lica, Beograd
 Božana Jeremić,
 Dom za odrasla invalidna lica, Beograd
 Jelena Vulin,
 Dom za odrasla invalidna lica, Beograd
 Ivana Simić,
 Dom za odrasla invalidna lica, Beograd
 Marina Gilić-Drljača,
 Dom za odrasla invalidna lica, Beograd

CHALLENGES, DIFFICULTIES AND POSSIBILITIES OF OCCUPATIONAL THERAPY IN THE INSTITUTION "HOME FOR ADULTS WITH DISABILITIES"

Summary

The institution "Home for Adults with Disabilities" in Belgrade is one of the two institutions in Serbia that deals with the care of persons with physical disabilities. Since its establishment, the Institution has been implementing and applying occupational therapy and taking care of the social position of users. The institution "Home for Adults with Disabilities" accommodates 80 users with some kind of physical disability. Bearing in mind that physical disability implies a very wide range of conditions, disorders, partial or complete limitations or impairments of body functions, the contents of occupational therapy are very diverse, constructive, and suitable for engaging as many users as possible. Each user admitted to the Institution has the opportunity to express their wishes and interests that will guide their participation in various sections. After the admission assessment, the Expert Team of the institution and the user together determine an individual service plan which should include participation in one or more sections of occupational therapy. In addition to meeting the identified needs of users as well as their desires, occupational therapy aims to increase the independence of users in everyday activities. Nevertheless, the professional staff of the Institution encounters a number of challenges and difficulties. The low motivation of users to participate in any section of occupational therapy, passivation of users after some time spent in the Institution, inability to organize more users to participate, insufficient number of employees, lack of volunteers and the need for individual work are some of the key problems faces the Expert Team of the institution. In addition to the above, it is necessary to take into account the sources of stress for individuals who are

involved in working with people with physical disabilities, as well as all their personal conflicts and desires. The paper will present the complexity of the presented difficulties, but also the possibilities that occupational therapists can make great contributions to the work of such an institution.

Keywords: *occupational therapy, people with physical disabilities, challenges, difficulties, opportunities*

Milica Jačevski¹,
Bojana Babić-Popović,
Slobodanka Lečić,

Stručni rad

Centar za smeštaj i dnevni boravak dece i omladine ometene u razvoju, Beograd

PREDAH - USLUGA PODRŠKE KORISNICIMA I PORODICAMA

Apstrakt: Usluga *Predah* podrazumeva kratkoročni i povremeni smeštaj dece i mladih sa smetnjama u razvoju koji se organizuje kao dnevni, vikend i višednevni smeštaj. Osnivač usluge je Grad Beograd. Korisnici usluge su deca i mladi sa intelektualnim teškoćama, autizmom, višestrukim smetnjama u razvoju, sa senzornim i fizičkim invaliditetom. Porodice koje imaju dete sa smetnjom u razvoju svakodnevno se susreću sa preprekama i teškoćama prilikom realizovanja čak i osnovnih zadataka i potreba koje treba zadovoljiti. Zadovoljenje osnovnih potreba poput odlaska u prodavnicu, dom zdravlja, ili poštu roditeljima deteta sa smetnjama u razvoju nekada je nemoguće bez podrške članova šire porodice, rodbine, prijatelja, komšija. U zavisnosti od vrste i stepena ometenosti člana porodice bez podrške usluga iz sistema socijalne zaštite roditelji nekada ne mogu profesionalno da se angažuju. Prepoznajući potrebe porodice ali i visoke rizike od pada funkcionalnosti ovih porodica, *Predah* usluga postaje jedno od važnih institucija u oblasti podrške deci i mladima sa smetnjama u razvoju.

Ključne reči: deca sa smetnjom u razvoju, porodica, usluga, podrška

Uvod

Porodice koje imaju dete sa smetnjom u razvoju svakodnevno se susreću sa preprekama i teškoćama prilikom realizovanja čak i osnovnih zadataka i potreba koje treba zadovoljiti. Zadovoljenje osnovnih potreba poput odlaska u prodavnicu, dom zdravlja, ili poštu roditeljima deteta sa smetnjama u razvoju nekada je nemoguće bez podrške članova šire porodice, rodbine, prijatelja, komšija. U zavisnosti od vrste i stepena ometenosti člana porodice bez podrške usluga iz sistema socijalne zaštite roditelji nekada ne mogu profesionalno da se angažuju.

Pored bazičnih i razvojnih zadataka koje treba da ispune porodice sa detetom koje je rođeno sa smetnjom, stavljaju se i zadaci koji se odnose na prilagođavanje i reagovanje porodice u situacijama kada se jave neočekivani, neprijatni i

¹ predah@centarbgd.org.rs

teški životni događaji (smrt, razvod, bolest...). Porodica sve to mora da amortizuje, promeni svoju unutrašnju strukturu a što može negativno da utiče na njihovu sposobnost da pruže podršku jedni drugima.

Prepoznavši potrebe porodice ali i visoke rizike od pada funkcionalnosti ovih porodica, Predah usluga postaje jedno od važnih pitanja u oblasti podrške deci i mladima sa smetnjama u razvoju. Predah usluga je organizaciona jedinica Centra za smeštaj i dnevni boravak dece i omladine ometene u razvoju u okviru koga funkcioniše 14 dnevnih boravaka, Stacionar – ustanova za decu i mlade sa autizmom i dom za decu i omladinu sa oštećenjem sluha. Usluga Predah je otvorena 2. aprila 2019. godine, a prvi korisnici uslugu su koristili u maju mesecu.

O usluzi

Usluga *Predah* podrazumeva kratkoročni i povremeni smeštaj dece i mladih sa smetnjama u razvoju koji se organizuje kao dnevni, vikend i višednevni smeštaj. Osnivač usluge je Grad Beograd. Korisnici usluge su: deca i mladi sa intelektualnim teškoćama, autizmom, višestrukim smetnjama u razvoju, sa senzornim i fizičkim invaliditetom. Kapacitet za uslugu je za 51 korisnika. Usluga je namenjena korisnicima uzrasta od 5 do 26 godina starosti i može se koristiti najduže 45 dana u toku kalendarske godine, u kontinuitetu najduže 20 dana. Svrha usluge je podrška detetu i porodici deteta u održavanju i poboljšanju kvaliteta života, razvijanje, očuvanje i unapređenje snaga porodice sa ciljem ostanka deteta u porodici.

Predah smeštajem obezbeđuje se kratkoročna i povremena nega deci i mladima sa smetnjama u razvoju, unapređuju se i razvijaju veštine samostalnog života, stvaraju mogućnosti za uključivanje u zajednicu, kao i razvijanje, očuvanje i unapređenje snaga porodice.

Kako do usluge?

Prijem korisnika na uslugu vrši se na osnovu pisanog zahteva i kompletne dokumentacije koju upućuje nadležno Odeljenje Gradskog centra za socijalni rad. Dokumentacija koja je neophodna za prijem na uslugu :

- Zahtev za ostvarivanje prava na uslugu
- Nalaz i mišljenje organa starateljstva ili procena
- Izvod iz matične knjige rođenih
- Rešenje o razvrstavanju (nalaz i mišljenje Komisije o razvrstavanju)
- Rešenje o starateljstvu
- Plan usluga
- Medicinska dokumentacija

Nakon podnošenja zahteva nadležnom odeljenju Gradskog Centra za socijalni rad od strane roditelja/staratelja, voditelj slučaja kontaktira socijalnog radnika usluge *Predah* sa upitom o kapacitetima za datume korišćenja usluge navedenim u zahtevu. Ukoliko za navedeni termin nema slobodnog mesta daje se opcioni datum za korišćenje usluge. Jednim planom usluge, odnosno jednim podnošenjem zahteva roditelji mogu navesti i više termina za korišćenje usluge. Voditelj slučaja u Nalazu i mišljenju organa starateljstva (ili Proceni) daje podatke o osobi/osobama za kontakt, koje mogu dobiti informacije o korisniku ili ga preuzeti sa usluge usled nemogućnosti roditelja/staratelja. Prilikom organizovanja Komisije za prijem za kontakt osobu roditelj/staratelj potpisuje saglasnost. Takođe, potrebno je u zahtevu navesti informacije o korisniku i porodici koje bi se odnosile na prioritizaciju u slučaju formiranja tj. stavljanja zahteva na listu čekanja :

- stepen rizika od zanemarivanja,
- struktura porodice (jednoroditeljska porodica, porodice dece sa smetnjama, porodice sa invalidnim članom),
- porodice u paranormativnoj krizi (gubitak člana porodice, bolesti, razvod...),
- isključenost/uključenost u socijalno okruženje (obrazovanje, socijalno izolovana naselja),
- radni status roditelja/staratelja,
- finansijski status roditelja/staratelja.

Postupak prijema na uslugu se realizuje organaizovanjem Komisije za prijem korisnika. Članovi komisije za prijem su : rukovodilac, socijalni radnik, defektolog, medicinska sestra a po potrebi i drugi stručni radnici. Komisija za prijem se mora realizovati najkasnije 15 dana od prijema zahteva, odnosno na dan koji je naveden kao datum početka korišćenja usluge.

Prilikom zakazivanja Komisije za prijem socijalni radnik poziva roditelje, zakazuje datum i sat komisije za prijem i saopštava im spisak ličnih stvari koje je potrebno poneti kao i neophodnu medicinsku dokumentaciju.

Prilikom prijema na korišćenje predah usluge neophodno je poneti:

- Važeća zdravstvena knjižica;
- Izveštaj lekara specijaliste po kojem korisnik pije terapiju;
- Medicinska dokumentacija u slučaju postojanja hroničnog stanja;
- Redovna i dodatna terapija za predviđen broj dana plus jedan;
- Potvrda lekara da korisnik može boraviti u kolektivu;
- Fotografija veličine 6*4;

Od ličnih stvari:

- Pribor za pranje zuba (četkica i pasta za zube) i brijanje;
- Šampon, gel za tuširanje i dezodorans;
- Sapun;
- Češalj;
- Higijenski ulošci;
- Pelene;
- Vlažne maramice;
- Papuče;
- Veš i čarape za predviđen broj dana;
- Pidžama;
- Garderoba za predviđen broj dana.

Komisija za prijem realizuje se svakog radnog dana od 8-12 časova. Ot-pust se vrši svakog dana do 12 časova .

Roditelj/staratelj je dužan da na Komisiji za prijem na uslugu, i ranije u razgovoru sa voditeljem slučaja, i posebno u razgovoru sa socijalnim radnikom usluge Predah da sve relevantne informacije o korisniku koje će biti od značaja za osoblje usluge, koje pre svega podrazumevaju sve specifičnosti koje se tiču korisni-ka. To se pre svega odnosi na režim ishrane, zdravstveni status (neophodno je do-staviti adekvatnu medicinsku dokumentaciju i lekove), samostalnost u održavanju lične higijene i upotrebi toaleta, navike u toku dana, omiljene aktivnosti, da li je prisutno agresivno ili autoagresivno ponašanje (šta ga inicira, kako ga predvideti ili preusmeriti), specifične potrebe ukoliko ih korisnik ima, način usvajanja i san u toku noć.

Pre početka korišćenja usluge korisnik ili zakonski zastupnik dobijaju in-formacije o svim aktivnostima koje pružalac usluge organizuje a koji su regulisani pravilnicima, stručnim postupcima i upoznaje se sa kućnim redom.

Kontraindikacije za prijem na uslugu:

- Stanja koja karakterišu složene zdravstvene potrebe u pogledu medicin-skog zbrinjavanja (stoma,svakodnevno klistiranje...),
- Stanja tokom akutnih zdravstvenih kriza (somska stanja, neuropsihija-trijska stanja),
- Popunjen kapacitet ustanove,
- Korisnička grupa koja nije u skladu sa Pravilnikom o bližim uslovima i standardima za pružanje usluga socijalne zaštite.

Pravo na korišćenje usluge imaju dece i mladi sa smetnjama u razvoju sa te-ritorije grada Beograda. Cena za uslugu Predah na osnovu Rešenja Gradonačelnika grada Beograda o utvrđivanju cene usluge u ustanovi socijalne zaštite iznosi 345,00 dinara po danu, dok se za korisnike novčane socijalne pomoći usluga u potpunosti finansira iz budžeta grada Beograda. Po okončanju usluge uputnom organu dostav-lja se Obaveštenje o korišćenju usluge, na osnovu kojeg nadležno Odeljenje centra za socijalni rad izdaje rešenje o korišćenju usluge. Na osnovu rešenja pružalac usluge izdaje fakturu i uplatnicu, koje se dostavljaju roditelju/staratelju.

Korisniku prestaje usluga usled promene zdravstvenog stanja ili ponaša-nja korisnika koji su procenjeni kao kontraindikovani za korišćenje usluge, na zah-tev roditelja/staratelja ili usled iskorišćenosti maksimalnog broja dana definisanih Pravilnikom o bližim uslovima i standardima za pružanje usluga socijalne zaštite.

Aktivnosti

Prijemna procena se realizuje organizovanjem Komisije za prijem korisni-ka, na osnovu neposrednog razgovora sa korisnikom ili zakonskim zastupnikom. Individualni plan usluge izrađuje se neposredno nakon procene potreba korisnika i sadrži prioritetne potrebe, konkretne aktivnosti koje će se preduzimati. Individu-alni plan usluge izražava posebnosti svakog korisnika u odnosu na snage, sposob-nosti, rizike i interesovanja.

Aktivnosti usluge realizuju se u skladu sa svrhom usluge, karakteristikama korisničke grupe, kapacitetima korisnika, individualnim planom usluge i proce-njenim stepenom podrške.

Usluga smeštaja ostvaruju se kroz programske aktivnosti, kojima se u skladu sa procenom potreba korisnika, obezbeđuje:

- zadovoljavanje osnovnih životnih potreba i osiguranje bezbednog i prijatnog okruženja;
- razvoj i očuvanje potencijala korisnika;
- pravna podrška;

Kroz uslugu *Predah* smeštaja radi se na očuvanju i unapređenju sledećih oblasti:

- praktične veštine,
- socijalne veštine,
- kognitivne sposobnosti,
- motorne veštine,
- radno-okupacione aktivnosti.

Aktivnosti koje se realizuju u skladu sa individualnim planom usluge podrazumevaju učešće u organizovanim aktivnostima: radionica domaćinstva, kreativna radionica, keramička radionica, sala za rekreaciju, senzorna soba.

Režim dana

07-08h	Ustajanje, jutarnja toaleta (presvlačenje, nameštanje kreveta, lična higijena);
08-08:30h	Doručak, podela jutarnje terapije;
08:30-10:15h	Grupni i individualni rad, angažovanje u radionicama i slobodne aktivnosti(senzorna soba, domaćinstvo, fiskulturna sala, radionica gline, kreativna radionica);
10:15-10:30h	Priprema za ušinu;
10:30-10:45h	Ušina;
10:45-12:15h	Grupni i individualni rad, angažovanje u radionicama i slobodne aktivnosti (gledanje televizije, slušanje muzike, rad na računaru);
12:15-12:30h	Priprema za ručak (pranje ruku, odlazak u trpezariju);
12:30-13:00h	Ručak, podela terapije;
13:00-15:30 h	Popodnevni odmor ;
15:30-16:00 h	Ustajanje, priprema za ušinu;
16:00-16:15 h	Ušina;
16:15-18:15 h	Slobodne aktivnosti (šetnja,gledanje televizije, slušanje muzike);
18:15-18:30 h	Priprema za večeru;
18:30-19:00 h	Večera, podela terapije;
19:00-20:00 h	Večernja toaleta (kupanje, presvlačenje), odlazak na spavanje.

Kreativna radionica podrazumeva učestvovanje u različitim aktivnostima, izradi predmeta i slika korišćenjem različitih tehnika i materijala. U okviru radionice podstiče se kreativnost, maštovitost, volja, razvija fina motorika i percepcija.

Senzorna soba daje mogućnost korišćenja senzornih stimulusa u cilju relaksacije ili stimulacije pojedinih čula, putem kontrolisanja intenziteta draži. Posebna oprema u sobi obezbeđuje atmosferu sigurnosti i poverenja, podstiče "otvaranje" osobe ka sredini tako da se kontakt sa korisnikom može lakše uspostaviti.

Keramička radionica podstiče manipulativnost, kreativnost i razvija manipulativnu spretnost korisnika kroz izradu različitih predmeta od gline. Angažovanje u keramičkoj radionici podrazumeva realizaciju više faza u izradi jednog predmeta: modelovanje, valjanje, oblikovanje, bojenje, lakiranje i pečenje.

Sala za rekreaciju služi za razvoj grube motorike, očuvanje postojećeg nivoa pokretljivosti korisnika, jačenje mišića i pokretljivosti zglobova. Aktivnosti se realizuju kroz različite vežbe i upotrebom različitih rekvizita prilagođenih sposobnostima korisnika.

U radionici domaćinstva korisnici uz podršku stručnih radnika a u skladu sa svojim sposobnostima, individualnim planom usluge i procenjenim stepenom podrške pripremaju jednostavne napitke i obroke, uče se veštinama samoposluživanja kao i adekvatnog ponašanja za stolom.

Aktivnosti sa korisnicima realizuju stručni radnici, stručni saradnici i saradnici.

U okviru usluge *Predah* angažovane su medicinske sestre na preventivnoj zdravstvenoj zaštiti. Preventivna zdravstvena zaštita podrazumeva:

- praćenje aktuelnog zdravstvenog stanja i kontrolisanje hroničnih stanja korisnika kroz dnevnu trijažu ;
- podela medikamentozne terapije prema izveštaju lekara, vršenje neophodnih medicinskih intervencija (obrada rana, previjanje);
- medicinska postupanja pri promeni somatskog stanja, zaraznim oboljenjima, pedikulozi i šugi, epileptičnim napadima i povredama i dr.;
- merenje telesne težine i visine korisnika, kao i kontrola vitalnih funkcija (puls, pritisak, po potrebi i drugi parametri);
- rad na razvijanju zdravstveno-higijenskih navika kod korisnika, oraganizovanje aktivnosti sa korisnicima u vezi tih navika.

U situacijama kada medicinska sestra/odgovorna osoba proceni da je usled epileptičnog napada, gušenja, promene somatskog stanja korisnika ili promene u ponašanju koje se ne može kontrolisati u izdvojenoj prostoriji, potrebno pozvati službu Hitne medicinske pomoći ona se poziva u skladu sa Procedurama i Protokolima na usluzi *Predah*.

Smeštaj

Smeštaj korisnika obezbeđuje se u stanovima različite strukture. Sve sobe su jednokrevetne ili dvokrevetne. U okviru ustanove nalazi se pet jednosobnih stanova, od toga su dva u skladu sa tehničkim standardima pristupačna za osobe u invalidskim kolicima, šest dvosobnih stanova (od kojih su dva za osobe u invalidskim kolicima) i tri četvorosobna stana.

Prilaz kao i unutrašnjost objekta pristupačan je za korisnike koji koriste kolica.

Reč korisnika/roditelja/staratelja koji su koristili uslugu

Iskustvo samohrane majke blizanaca od 15 godina, višestruka ometenost:

“Kao samohrana majka blizanaca sa višestrukim smetnjama (15 god.)

istakla bih značaj usluge "Predah" za porodice koje su najčešće duži niz godina izložene stresu, otežanoj organizaciji, često nemogućnošću zasnivanja i zadržavanja radnog odnosa.

Usluga *Predah* na način na koji je organizovana pre svega je podrška i prilika roditeljima da odmore od svakodnevnice koja iscrpljuje porodicu. Sa druge strane našoj deci obezbeđuje adekvatne, njima prilagođene uslove; radno-okupacione aktivnosti, kvalifikovani stručni kadar, medicinski nadzor, tako da je usluga na obostrano zadovoljstvo i dece i roditelja. Upravo to je meni kao roditelju i bilo od primarnog značaja, da za vreme boravka u "Predahu" deca budu bezbedna, a da zaposleni svoj nimalo lak, ali ujedno i human posao, obavljaju na adekvatan, profesionalan i ljudski način.

Do sada smo uslugu koristili dva puta i ovih dana očekujemo prijem po treći put. "

Iskustvo porodice korisnika usluge, 14 godina, višestruka ometenost, epilepsija, disfazija:

" Koristili smo uslugu Predah nega 3 puta.

Prvi utisak na radnom sastanku: Bili smo uplašeni kako će se dete osećati, da li će dobiti adekvatnu negu, da li će mu biti davani lekovi redovno u određeno vreme jer imamo loše iskustvo sa razvojnim vrtićem. Brinuli smo se da li će imati pomoć oko ishrane, oblačenja, toaleta, šetnje.

Na samom sastanku tima strah se smanjio jer je negovatelj I. postavljao vrlo precizna, smisljena i važna pitanja oko higijene, ishrane deteta kao i njegovih navika oko spavanja. Medicinska sestra se upoznala sa zdravstvenim stanjem deteta i načinom uzimanja terapije kao i vremenom kada se ista uzima. Obavezala se redovnim davanjem terapije.

Defektolog I. nam je predložila kakav edukativni program u okviru ustanove imaju. Raspitala se o sklonostima deteta i obećala podršku u edukaciji detetu kao i svakodnevne šetnje i rad nastavnika fizičkog vaspitanja sa detetom budući da je detetu potrebno vežbanje mišića.

Socijalna radnica nas je iskusno vodila kroz sam način konkurisanja i bila dobra podrška. Ostavila je utisak tople osobe, stručne i zainteresovane za podršku detetu i porodici.

Rukovodilac objekta je vodila sastanak na opušten, ljubazan način i pokazala da je njen tim uigran. Delovala je toplo, pouzdano, odgovorno i da zna svoj posao.

Dali su nam broj telefona i vreme kada možemo pozvati u toku dana (ujutro i uveče). Detetu su odmah dali poklon koji smo mi doneli i zainteresovali ga. Odveli su ga da razgleda prostor i poigra se.

Otišli smo kući manje uplašeni i smireni.

Zvala sam ih redovno u za to predviđeno vreme i uvek dobijala od ljubaznog osoblja informacije o detetu.

Kad je dete došlo kući posle 3 dana imali smo dobit u njegovom razvoju jer je naučio da skine svoju obuću i ostavi je na za to predviđeno mesto. To do tada nije radio.

Drugi put je ostao u *Predah* negi najduže (2 nedelje).

Vratio se nasmejan, nekako zreliji. Njegov govor se popravio. Koristio je češće rečenice od dve reči. Pokušavao je da nam ispriča kako mu je bilo. Bez problema je odlazio sa mnom u kupatilo da operemo zube. Tu nam je bila najveća dobit jer smo godinama imali problem da mu peremo zube.

Naše dete je gojazno i zbog terapije stalno gladno. Mi imamo problem da ga obročimo jer mu popuštamo i dajemo da jede kad hoće.

U *Predahu* su uspeli da ga obroče i pravilno hrane tako da se on po povratku neko vreme pridržavao satnice za obroke i u naučeno vreme tražio da jede.

Po odlasku iz Predaha redovno bi se pozdravio sa zaposlenim i veselo kretao kući.

Stekli smo utisak da mu je tamo bilo lepo i da možemo bezbedno da ga ostavimo kada imamo porodične potrebe za ovom uslugom.

Treći put je ostao u *Predahu* 3 dana i ponovio sve gore spomenuto. Vratio se zadovoljan kući, uredan i negovan. Ova usluga nama mnogo znači jer mi nemamao podršku porodice u odgajanju našeg deteta sa smetnjama a imamo profesionalne, socijalne a ponekad i zdravstvene potrebe koje nalažu da se neko drugi na neko vreme pobrine oko našeg deteta. Imamo zamerku na rad socijalne službe koja koristi užasan jezik u svojim rešenjima i piše da je Predah najbolja zaštita deteta a mi se pitamo od koga dete štite.

Mislim da bi trebali da kažu da je *Predah* najbolja vrsta podrške detetu i porodici."

Iskustvo samohrane majke devojičice sa Rett sy od 13 godina:

"Usluga boravak *Predah* je savršeno rešenje za roditelje kojima je potrebno ponekad da ostave svoje dete u sigurnim rukama, pogotovo za mene koja sam samohrana majka i pored Anđele koja ima Ret sindrom, imam i sina kome takođe moram da se posvetim.

Postupak omogućavanja usluge nije komplikovan, potrebno je samo da u socijalnom predate pisani zahtev koji će oni proslediti I nakon par dana socijalni radnik iz "*Predaha*" će vas pozvati da se dogovorite oko detalja.

Osoblje je izuzetno ljubazno, odgovorno i profesionalno."

Po Anđelinom ponašanju, kada odem po nju, se vidi da joj je boravak u njemu i te kako prija. Za decu sa posebnim potrebama je ovo i lepo iskustvo i korisno što se tiče njihove socijalizacije.

Sve pohvale!"

Iskustvo korisnika usluge N.L.:

”Dana 16.septembra, ja sam došao u *Predah*...

Upoznao sam puno zaposlenih... Tamo mi je mnogo lepo. U petak ćemo da se pakujemo, a u subotu ujutru će mama doći po mene jer je vreme da se ide kući. U senzornoj sobi mi je bilo mnogo lepo. I u domaćinstvu mi je bilo mnogo lepo. Pravio sam sa vaspitačicom Ivanom koh. Zaposleni iz Predaha su odgovorni prema meni... Bio sam u šetnji sa drugarima i zaposlenima.”

Korisnik V.Ž.:

“Da mi je lepo da se družim. Najbolja drugarica mi je Diksi. Igram stoni tenis u sali, napolju šetam sa Diksi, u domaćinstvu pravim slatkiše. Crtam, bojim, pišem, gledam tv, slušam muziku, kompijuter.”

Zapažanja pružaoca usluge

Realizovana 81 Komisija za prijem na uslugu. Kroz uslugu za četiri meseca prošlo 35 korisnika.

70,5% korisnika su više puta bili na usluzi.

Korisnici usluge su koristili uslugu najkraće jedan dan, najduže 20 dana.

Prosek korišćenja usluge je 7 dana.

40% korisnika koji su koristili uslugu su mlađi od 18 godina.

83% korisnika su muškog pola, 17% ženskog pola.

Što se tiče structure porodice, 49% roditelja korisnika su samohrani roditelji.

57% korisnika koji su koristili uslugu su sa dijagnozom višestruke ometenosti.

Više od polovine korisnika usluge su sa procenjenim prvim stepenom podrške, što podrazumeva realizovanje aktivnosti uz fizičko prisustvo i kontinuiranu pomoć stručnog radnika i saradnika.

Najveći broj korisnika bili su sa opština Voždovac i Zemun (17%), Barajevo(12%), Mladenovac i Zvezdara (9%), Čukarica, Novi Beograd, Palilula i Stari grad(6%), Savski venac, Vračar, Grocka, Obrenovac i Rakovica(3%).

Kako i procenti pokazuju većina korisnika koji su jednom koristili uslugu ponovo se pojavljuju kao korisnici. Zapažanje stručnih radnika je da je za prilagođavanje potreban boravak od minimum tri dana, za prvi dolazak, pogotovo ukoliko se dete ranije nije odvajalo od porodice. Pre samog podnošenja zahteva nadležnom odeljenju GCSR roditelji su dolazili u obilazak ustanove. Bilo im je bitno da vide prostor u kome će njihovo dete boraviti ali i da se upoznaju sa zaposlenima na usluzi Predah i aktivnostima koje se realizuju u okviru usluge. Posete su bile značajne za sticanje odnosa poverenja i sigurnosti roditelja/staratelja. Neki od roditelja su svoje dete pripremali za uslugu opisujući je kao “hotel Predah”.

Takođe, dosadašnje iskustvo stručnih radnika na usluzi je da roditelji/staratelji po otvaranju usluge Predah daju prednost usluzi i osoblju u odnosu na ostavljanje svoje dece kod rodbine ili prijatelja kao u predhodnom periodu.

Specifičnost same usluge je što se sa korisnikom koji se prima i ostaje na usluzi, prvi put susrećemo na samom prijemu. U samom radu sa korisnikom, dok ga ne upoznamo i procenimo potrebni stepen podrške, oslanjamo se najpre na reč roditelja/staratelja i Procenu organa starateljstva. Dosadašnja praksa je pokazala da se neretko obrasci ponašanja kod kuće ne poklapaju sa ponašanjem pokazanim na usluzi. Korisnici usluge su uglavnom pozitivno reagovali na programske aktivnosti i predviđeni režim dana. Rado su učestvovali u ponuđenim sadržajima. Sa usluge su korisnici odlazili zadovoljni, kao i roditelji/staratelji.

Literatura:

Pravilnik o bližim uslovima i standardima za pružanje usluga socijalne zaštite "Službeni glasnik RS", br. 42/2013 od 14.5.2013. godine.

Pravilnik o licenciranju organizacija socijalne zaštite "Službeni glasnik RS", br. 42/2013 od 14.5.2013. godine.

Zakon o socijalnoj zaštiti "Službeni glasnik RS", br. 24/2011

Zakon o glavnom gradu "Sl. glasnik RS", br. 129/2007, 83/2014 - dr. zakon, 101/2016 - dr. zakon i 37/2019)

Zakon o zaštiti podataka o ličnosti "Sl. glasnik RS", br. 87/2018

Milica Jačevski,

Bojana Babić-Popović,

Slobodanka Lečić,

Center for accommodation and day care of children

and youth with disabilities, Belgrade

BREAK - CUSTOMER AND FAMILY SUPPORT SERVICE**Summary**

The Break service includes short-term and occasional accommodation for children and young people with disabilities, which is organized as a daily, weekend, and multi-day accommodation. The founder of the service is the City of Belgrade. The users of the service are children and young people with intellectual disabilities, autism, multiple developmental disabilities, with sensory and physical disabilities.

Families who have a child with a developmental disability face obstacles and difficulties every day in realizing even the basic tasks and needs that need to be met. Satisfying basic needs such as going to the store, health center, or mail to the parents of a child with developmental disabilities is sometimes impossible without the support of extended family members, relatives, friends, neighbors. Depending on the type and degree of disability of a family member, without the support of services from the social protection system, parents sometimes cannot engage professionally. Recognizing the needs of the family but also the high risks of declining functionality of these families, Break services are becoming one of the important institutions in the field of support for children and youth with disabilities.

Keywords: children with disabilities, family, service, support