



ВИСОКА ШКОЛА СОЦИЈАЛНОГ РАДА

**КВАЛИТЕТ ДОЖИВЉАЈА ТЕЛЕСНЕ ЦЕЛОВИТОСТИ
КОД ДЕЦЕ СА СМЕТЊАМА У РАЗВОЈУ**

МАСТЕР РАД

Ментор:

Доц. др Ивана Ристић

Студент:

Весна Антић

Бр. индекса 3003/2022

Београд, 2023



THE COLLEGE OF SOCIAL WORK

**THE QUALITY OF BODY AWARENESS IN CHILDREN
WITH DISABILITIES**

MASTER'S PAPER

Mentor:

Ivana Ristić, PhD

Student:

Vesna Antić

3003/2022

Belgrade, 2023

Чланови комисије:

др Веселин Меденица, ванредни професор Високе школе социјалног рада у Београду, председник комисије

др Сања Ђурђевић, ванредни професор Високе школе социјалног рада у Београду, члан комисије

Др Ивана Ристић, доцент Учитељског факултета у Лепосавићу, Универзитет у Приштини са привременим седиштем у Косовској Митровици, ментор

Датум одбране: _____

Оцена: _____

ИЗЈАВА О ЧЕСТИТОСТИ

Изјављујем да сам мастер рад написала сама, нисам прекршила Закон о ауторским правима. Сви делови рада, дефиниције или идеје које су у раду цитиране, јасно су означене и адекватно наведене у литератури.

Весна Антић

Апстракт

Откривање и дефинисање делова сопственог тела је први слој спознаје о себи и свету. Како би се омогућило разумевање доживљаја телесне целовитости, неопходно је осврнути се на различите нивое телесног доживљаја током раста и развоја, који се налазе на континууму од визуелног, преко функционалног до симболичког.

Циљ истраживања је процена познавања телесне схеме ученика са первазивним развојним поремећајима. У испитивању су били укључени ученици првог и другог циклуса образовања Специјалне школе са домом ученика „Бубањ“ у Нишу. Испитивани узорак чинило је 80 ученика. За прикупљање података коришћена је Скала за процену познавања делова тела на себи за децу од 3 до 14 година. Резултати истраживања показују да постоји кашњење у познавању делова тела односно телесне шеме код ученика са первазивним развојним поремећајима.

Значај овог истраживања са професионалног аспекта је да пружи увид у ниво познавања телесне схеме ученика Специјалне школе са домом ученика „Бубањ“, са циљем интензивирања рада на развоју телесне целовитости у школи и код куће.

Кључне речи: *телесна шема, доживљај телесне целовитости, первазивни поремећаји, дисхармоничан развој*

Summary

Discovering and defining the parts of your own body is the first layer of knowledge about yourself and the world. In order to enable an understanding of the experience of bodily wholeness, it is necessary to look at the different levels of bodily experience during growth and development, which are located on a continuum from visual, through functional to symbolic.

The goal of the research is to assess the knowledge of the body diagram of students with pervasive developmental disorders. Students of the first and second cycle of education of the special school with a student dormitory "Bubanj" in Niš were included in the investigation. The examined sample consisted of 80 students. To collect data, the Scale for assessing knowledge of body parts for children aged 3 to 14 years was used. The results of the research show that there is a delay in the knowledge of body parts, i.e. the body scheme, among students with pervasive developmental disorders.

The importance of this research from a professional point of view is to provide an insight into the level of knowledge of the body scheme of the students of the Special School with the "Bubanj" student dormitory, with the aim of intensifying work on the development of body integrity at school and at home.

Key words: *body schema, experience of body integrity, pervasive disorders, disharmonious development*

САДРЖАЈ

УВОД	9
I ТЕОРИЈСКИ ДЕО	11
1. Деца са сметњама у развоју	12
1.2. Первазивни развојни поремећаји	14
1.2.1. Класификација первазивних развојних поремећаја	15
1.2.2. Етиологија первазивних развојних поремећаја	19
1.2.3. Преваленца первазивних развојних поремећаја	19
1.2.4. Клиничка слика	20
1.3. Доживљај телесне целовитости	21
1.4. Утицај третмана реедукације психомоторике на квалитет доживљаја телесне целовитости	24
II ИСТРАЖИВАЧКИ ДЕО	27
1. Проблем и предмет истраживања	28
2. Циљеви и задаци истраживања	28
3. Варијабле истраживања	28
4. Хипотезе истраживања	29
5. МЕТОДОЛОГИЈА ИСТРАЖИВАЊА	30
5.1. Формирање и опис узорка	30
5.2. Организација и ток истраживања	31
5.3. Статистичка анализа	32
6. РЕЗУЛТАТИ ИСТРАЖИВАЊА	33
6.1. Резултати познавања телесне схеме	33

6.2. Резултати испитивања познавања телесне схеме у односу на узраст	44
6.3. Резултати познавања телесне схеме у односу на пол	45
7. ДИСКУСИЈА	46
8. ЗАКЉУЧАК	50
ЛИТЕРАТУРА	52
ПРИЛОГ	54

УВОД

Личност детета, као и човека уопште, сагледавамо прво као његово тело, покрет, израз лица. На тај начин, све активности које личност детета, као и одрасла личност, усмерава ка свету полазе од тела као ослоња и изворишта енергије којом се покрет врши. Неуропсихолошка анализа заснована на феноменолошком методу, указује на значај тела како у развоју личности, тако и у могућности личности да организује своје активности и ангажовање у свету (Govedarica, 1989).

Доживљај телесне целовитости је сложен процес који се поступно развија. Он у себи интегрише познавање топографије свог тела, а касније и латерализованост у односу на себе и околину (Ишпановић, 1986).

Социјални живот детета почиње спознајом свог тела у односу на тело мајке, а све се то пројектује и на однос према другим бићима. Откривање свог тела почиње вршењем једноставних покрета (Говедарица, 1989). Општепознато је, да беба већ у првим месецима прати покрете својих руку, што доприноси доживљају сопственог тела. Задатак одраслих из дететовог окружења је, да поред основних физиолошких потреба, омогуће детету да задовољи и природну потребу за покретом (Шаин, Марковић, Ковачевић, Даневски & Пађан, 1996).

Познавање делова тела представља базичан гностички чин, који настаје интеракцијом сензорног искуства и мишљења. Соматосензорна искуства се сумирају и формира се основа за откриће топографије тела. Појавом говора, дете је способно да именује одређене делове тела, које је претходно чулно доживело и на тај начин именовани делови тела постају јасни појмови на нивоу свести детета (Лазовић, 2021).

Откривање и дефинисање делова сопственог тела је први слој спознаје о себи и свету. Како би се омогућило разумевање доживљаја телесне целовитости, неопходно је осврнути се на различите нивое телесног доживљаја током раста и развоја, који се налазе на континууму од визуелног, преко функционалног до симболичког. Најраније се развијају појмови о оним деловима тела којима се дете служи, које користи у игри. Базични ниво развоја доживљаја телесне целовитости представља развој телесне схеме у подручју неуролошког функционисања, када се она јавља као органска репрезентација у мозгу. На узрасту од шест до седам година живота, схема ранијег

дoживљаја тела се обнавља и на њу се надограђује доживљај латерализованости тела и покрета. Најкасније дете постаје свесно делова тела, чија се максимална покретљивост најкасније и развије, што указује на корелацију са развојем кинестезије. Други и трећи слој доживљаја телесне целовитости чине развој латерализованости тела на себи и другом, чији је развој условљен познавањем телесне схеме (Војанин и Џорџић, 1992).

I ТЕОРИЈСКИ ДЕО

1. Деца са сметњама у развоју

Полазно становиште за скуп индивидуалних и друштвених активности за децу са физичким или менталним сметњама садржано је у тексту Конвенције УН о правима детета и гласи: „Дете са тешкоћама у развоју је дете са потребом за посебном бригом, а дете са потребом за посебном бригом је дете“. Из докумената који су настали разрадом Конвенције, јасно произилази да у трагању за побољшањем квалитета живота сваког детета, па и детета са инвалидитетом, треба трагати за путевима који би помогли да се задовоље његове људске потребе.

Појмови *лица ометена у развоју* и *ометеност у развоју* различито се дефинишу у појединим земљама и њиховим правним и школским системима. Неусклађени су термини унутар једне државе. Користи се више појмова за објашњење исте појаве или стања. Термин *лица ометена у развоју*, иако у потпуности не покрива сва стања у којима се нека особа може наћи, чини се најприкладнијим, понајвише када се имају у виду деца и адолесценти (Ераковић, 1995).

Једна од класификација деце са тешкоћама у развоју је на: оштећење сензорних функција која обухвата све степене оштећења вида, слуха, сензорне поремећаје тактилне осетљивости, бола, додир, кретања и равнотеже; Поремећаји когнитивних, интелектуалних, перцептивних и функција пажње - обухватају све степене менталне заосталости, тешкоће у учењу изазване било органским, било социјалним разлозима, говорне дисфункције, поремећаје пажње, окуломоторне перцептивне поремећаје и сл; Поремећаји контроле мишића - обухватају све поремећаје мишића који отежавају кретање детета, непосредну комуникацију и интеракцију детета са средином (као што су: церебрална парализа, ортопедски поремећаји, поремећаји у говорној артикулацији, ампутације, стања мишићне слабости и сл.); Оштећење физичког здравља детета - у ову групу спадају метаболички и физиолошки поремећаји као што су: хипотиреоидизам, галактосемија, фенилкетонурија, астма, јувенилни дијабетес, урођене болести срца, зависност од апарата за одржавање живота и сл. Емоционални дечји поремећаји - у ову групу спадају ситуациони емоционални поремећаји настали као последица породичних криза, дечје неурозе, дечје психозе, емоционалне промене настале оштећењем нервног система и сл; Спољашњи фактори - у ову групу спадају спољашњи социјални утицаји

(настали у породици или ширем социјалном окружењу, који ометају дете да се успешно развија). Такве су нпр. дисфункционалне и хаотичне породице, неодговарајуће и неадекватно понашање родитеља, злостављање деце од стране родитеља, тежи облици неуроза родитеља, психотична стања родитеља (Хрњица, 2011).

Сметње у развоју се могу класификовати и према доминантном оштећењу или сметњи као ментално недовољно развијена (интелектуална ометеност), слепа и слабовида, глува и наглува особе са моторичким сметњама, са поремећајима у говору и гласу, поремећајима у понашању и личности, са специфичним тешкоћама у учењу и понашању, успореним и дисхармоничним развојем, а врло често се јављају и комбиноване сметње (Ераковић, 1995).

1.2. Первазивни развојни поремећаји

„Первазивни развојни поремећаји (F84) представљају групу неуропсихијатријских развојних поремећаја које карактеришу успорење и девијација у области социјалног и когнитивног развоја, нарочито у области развоја говора и језика. Почетак је у току првих година живота, уз тенденцију промене симптома са узрастом детета“ (Aleksić Hill, 2012 : 269). Термин „первазивни“ долази од латинског глагола *pervedere* који значи прожимати. За разлику од других развојних поремећаја који изоловано или специфично утичу на поједине домене развоја, ови поремећаји истовремено захватају и прожимају већи број развојних подручја и могу на различите начине и у различитој мери утицати на сваки од њих, резултирајући великом разноликошћу развојних профила и исхода“ (Serpenes, Šimlesa, Stošić, 2015: 204).

Аутистични спектар поремећаја као стање какво данас познајемо, први пут су научној и стручној јавности представили Канер (Kanner, 1943) својим радом „Аутистична ометеност афективног контакта“ и Аспергер (Asperger, 1944) својим радом „ Аутистична психопатија у детињству“. Иако су независно један од другог описали ова стања обојица су се послужила Блојреловим термином – аутизам. У првобитном Блојреловом значењу аутизам је означавао фундаменталну ометеност контакта са другим људима, која се код особа са шизофренијом манифестује у екстремном облику. Иако су обојица описала исто стање све заслуге за први опис инфантилног аутизма припале су Карнеру, јер је Апергеров рад био написан на немачком језику, па самим тим мање познат стручној јавности. Аспергеров синдром као стање први пут се помиње у литератури од стране ауторке Лорне Винг 1981. године (Lorna Wing). Иако се Аспергеров синдром први пут помиње у литератури 1981. године, описан је под другим именом још 1926. године у Русији, а описала га је неуролог Ева Сухарева (Eva Ssucharewa) у своме раду „Шизоидни поремећаји личности у детињству“. После тачно 70 година, њене радове је на енглески језик превела Сула Волф (Sula Wolff), те је стручна јавност тек тада сазнала за њих (Glumbić, 2006).

1.2.1. Класификација первазивних развојних поремећаја

Светска Здравствена организација (СЗО) дефинише первазивне развојне поремећаје (ПРП) на следећи начин : „ПРП су група поремећаја коју карактерише квалитативне абнормалности у реципрочним друштвеним интеракцијама и комуникацији, те репатитивним, стеротипним и ограниченим репертоаром интереса и активности. Ове квалитативне абнормалности представљају свеprisутну особину функционисања појединца у свим ситуацијама“. Класификациони систем Светске Здравствене Организације – МКБ-10 (Међународна класификација болести) у верзији из 2016. године класификује первазивне развојне поремећаје. Ови поремећаји налазе се под поглављем 5 – Ментални поремећаји и поремећаји понашања (F00-F99).

Под шифром F84 налазе се первазивни развојни поремећаји и подељени су на следећи начин:

F84.0 Дечји аутизам

F84.1 Атипични аутизам

F84.2 Ретов синдром

F84.3 Други дезинтегративни поремећај детињства

F84.4 Хиперкинетички поремећај удружен с менталном ретардацијом и стереотипним покретима

F84.5 Аспергеров синдром

F84.8 Други первазивни развојни поремећаји

F84.9 Первазивни развојни поремећај, неспецификован (ICD-10 Version : 2016

Доступно на : <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en#/F80-F89>)

МКБ класификација дефинише стања из спектра Первазивних развојних поремећаја на следећи начин :

F84.0 Дечји аутизам – Тип первазивног поремећаја који је дефинисан :

(а) кашњењима и поремећајима развоја који се манифестује пре треће године живота, као и

(б) карактеристичан тип абнормалног функционисања у сва три подручја психопатологије: реципрочну друштвену интеракцију, комуникацију, те ограничено, стеротипно и репатитивно понашање. Поред ових специфичних дијагностичких

карактеристика, уобичајени су и низ других неспецифичних проблема, као што су фобије, поремећаји спавања и исхране, напади беса и саморегулација.

F84.1 Атипични аутизам – Тип ПРП-а који се од дечијег аутизма разликује по томе што је присутан тек након треће године живота или не испуњава сва три сета дијагностичких критеријума. Атипични аутизам се најчешће јавља код особа са тежим оштећењима интелигенције и код особа са тешким развојним поремећајима рецептивног језика.

F84.2 Ретов синдром – Стање које се јавља само код девојчица у коме је наизглед типичан рани развој прећен делимичним или потпуним губитком говора, локомоторних способности, коришћења руку, као и успорен раст главе. Симптоми се почињу јављати у периоду од 7. до 24. месеца старости. Карактеристике овог стања су још и губитак вољних покрета руку, стереотипни покрети руку, као и хипервентилација. Долази до застоја у развоју социјализације и игре, мада не долази до губитка интереса за социјалну интеракцију. У четвртој години долази до развоја атаксије и апраксије, коју прати појава хореатичних покрета. Ово стање готово неизбежно резултира тешком интелектуалном ометеношћу.

F84.3 Други дезинтегративни поремећај детињства - Тип первазивног поремећаја који се карактерише периодом потпуно типичног развоја, пре појаве поремећаја који карактерише губитак претходно стечених вештина у неколико области развоја кроз неколико месеци. Поремећај је праћен општим губитком интереса за свет око себе, моторичким стереотипима и поремећајима из спектра аутизма у друштвеној интеракцији и комуникацији. Иако се зна да је ово стање узроковано енцефалопатијом, дијагноза се најчешће поставља на основу карактеристичног понашања.

F84.4 Хиперкинетички поремећај удружен с менталном ретардацијом и стереотипним покретима – Поремећај неутврђене носолошке важности. Ова категорија направљена је да укључи групу деце са тешком интелектуалном ометеношћу (IQ мањи од 35). Ова деца имају значајне проблеме са хиперактивности и пажњом, али показују и стереотипно понашање. Они имају тенденцију да не реагују на лекове стимулансе (за разлику од деце са хиперактивношћу просечног IQ-а), те могу показати дисфоричну реакцију када узимају ове лекове. У адолесценцији прекомерна активност има тенденцију да пређе у неактивност, што није случај код деце са хиперактивношћу очуваних

интелектуалних способности. Овај синдром често је повезан са кашњењем у развоју било специфичним или глобалним. Још увек остаје непознато, да ли је синдром узрокован ниским интелектуалним способностима или органским оштећењем мозга.

F84.5 Аспергеров синдром – Такође поремећај неутврђене нозолошке важности. Карактерисан је истом врстом квалитативних абнормалности реципрочне друштвене интеракције која карактерише аутизам, заједно са ограниченим, стереотипним, репетитивним репертоарима интереса и активности. Од аутизма се разликује првенствено у чињеници да не постоји опште кашњење или поремећај у развоју језика или комуникације. Овај поремећај је често повезан са израженом неспретношћу. Постоји јака тенденција да поремећај перзистира у адолесценцији, као и у одраслом добу. Психотичне епизоде повремено се јављају у младости особе.

Други первазивни развојни поремећаји (F84.8), као и Неспецификовани первазивни развојни поремећаји (F84.9) нису описани у МКБ-10 класификацији.

Аутистични спектар поремећаја дефинишу две главне категорије критеријума:

1. Перзистентни недостаци у социјалној комуникацији и социјалним интеракцијама присутни кроз различите контексте, који не укључују општа развојна кашњења, а манифестују се кроз присутност ове три карактеристике:

- недостаци у социоемоционалној интеракцији (нпр. атипичан социјални приступ, неуспех у одржавању конверзације, смањено дељење интереса и емоција, изостанак иницирања социјалних интеракција, сиромашна социјална имитација);

- недостаци у невербалној комуникацији, која се користи у социјалним интеракцијама (нпр. атипичности у социјалној употреби контакта очима и позури тела, недостаци у разумевању и кориштењу геста, атипичности у висини, брзини, интонацији, прозодији говора);

- недостаци у развоју, одржавању и разумевању социјалних односа прикладних за развојни ниво (нпр. тешкоће у прилагођавању понашања различитим социјалним контекстима, тешкоће у дељењу имагинацијске игре, тешкоће у склапању пријатељстава, недостатак интереса за друге);

2. Присутност ограничених, репетитивних облика понашања, интереса или активности, који се манифестују кроз најмање два од четири наведена симптома :

- стереотипни или репетитивни моторички покрети, употреба предмета или говора (нпр. моторичке стереотипије, репетитивна употреба предмета, ехолалија, идиосинкратичан говор);

- претерано придржавање рутина, ритуалних облика вербалног и невербалног понашања, претерана отпорност променама (нпр. инсистирање на ригидном следу рутина, репетитивно постављање питања о одређеној теми, претеране реакције на тривијалне промене);

- врло ограничени, фиксирајући интереси који су атипични према интензитету и усмерењу (нпр. сужен опсег интересовања, усмереност на неколико истих објеката, тема или активности, преокупација бројевима, словима, симболима, необични страхови);

- хипер- или хипо- реактивност на сензорне инпуте или необични интереси засензорне аспекте у околини (нпр. висока толеранција на бол, преокупираност текстуром предмета и додиривањем и/или аверзија према додиривању, необично сензорно истраживање објеката) (DSM-V, Америчка психијатријска удруга).

1.2.2. Етиологија первазивних развојних поремећаја

Етиологија аутистичног поремећаја није до данас разјашњена. Сматра се да се ради о мултиплим узрочним чиниоцима који дају сличну клиничку слику. Код неке деце се хетероанамнестички могу добити подаци о ризичним пре, пери и постнаталним чиниоцима, који би могли играти улогу у настанку поремећаја, но поуздано можемо тврдити да се не ради о специфичним узроцима. Компликације у трудноћи, хормонални поремећаји, одржавање трудноће, прележане различите вирусне и бактеријске инфекције као и узимање различитих лекова често се нађу у анамнези (Вујас-Петковић, 2000).

1.2.3. Преваленца первазивних развојних поремећаја

„Прва епидемиолошка студија аутизма, спроведена шездесетих година прошлог века, наводила је на закључак да је аутизам редак поремећај чија преваленција износи четири до пет испитаника са аутизмом на 10 000 особа из опште популације“ (Lotter, 1966, према Глумбић, Бројчин, Ђорђевић, 2013: 183). Током 1960-их и 1970-их година, поремећај из спектра аутизма јављао се у 2-5 деце на 10 000. Чак и током 1980-их година поремећај из спектра аутизма сматрао се прилично ретким поремећајем, с преваленцом не већом од 5 на 10 000 особа. Сматрали су се више интригантном појавом него великим здравственим проблемом. Преваленца особа с том дијагнозом наставила се значајно повећавати од 1980-их година и пораст учесталости дијагностикованих случајева истакнут је у великом броју истраживања последњих година.

Глумбић, Бројчин, Ђорђевић, (2013) наводе да се поремећаји из аутистичног спектра јављају код 1 од 88-оро деце. Већина студија које се баве преваленцом аутистичних поремећаја сагласне су у у томе, да је знатно већи број дечака у односу на девојчице. Глумбић (Glumbić, 2006) наводи да је однос мушког и женског пола у преваленци аутизма 4,3:1 у корист дечака. Иако преваленца первазивних поремећаја варира у зависности од аутора сигурно је то, да преваленца расте из године у годину, те ПРП добијају епидемијске размере.

1.2.4. Клиничка слика

Аутизам се јавља најчешће у прве три године живота. Дете често, већ од дојеначке доби показује необично понашање: превише је мирно или је изразито немирно, не реагује на особе и предмете око себе, а у трећем месецу живота код њега изостаје први смешак. Аутистично дете заокупљено је само собом, гледа своје руке, не обазире се на околинину. То код родитеља не мора изазвати забринутост, поготово ако се ради о првом детету и ако су без искуства. Дете је иначе телесно здраво и добро напредује. Забринутост родитеља изазове тек изостанак говора након прве године, те је то обично први разлог јављања доктору. Понекад се посумња на глувоћу, јер се дете не одазива на позиве. Дете, осим заостатка у развоју говора, често показује и друге сметње - поремећаје у социјалним односима и стереотипне радње (Вујас-Петковић, 2000).

Распудић (Raspudić, 2017) наводи ране знакове аутистичног поремећаја:

- врло рани поремећај исхране (дојеначка анорексија, одбијање дојке или флашице) и немиран сан с аутоагресивним покретима или мирна несаница без плача или вриска с отвореним очима.

- мишићна атонија или ригидитет (преопуштени или преукочени мишићи тела)

- одсутност првих организатора психе (смешак трећег месеца и анксиозност осмог месеца живота)

- смањени интерес за играчке или посебно наглашен интерес за игре руку пред очима

- постојање многих и јаких фобичких анксиозности

- неинвестиција дијадног односа од стране детета

1.3. Доживљај телесне целовитости

Доживљај телесне целовитости је сложен доживљај који се поступно развија. Он у себи интегрише познавање топографије свог тела, откриће латерализованости у односу на себе, у односу на друге и у односу на околни простор, као и откриће латерализованости других и латерализованости објективног простора. Ови се доживљаји стапају у јединствен доживљај своје телесне целовитости посредством покрета којим јединка тежи ка социјалном пољу. Отуда се може претпоставити и значајна повезаност између поремећаја праксичке активности и недограђености доживљаја телесне целовитости (Николић, Илић-Стошовић & Илић). Деца опште популације овладају појмовима о деловима своје телесности оним, редоследом којим сазревају и диференцирају се мишићне структуре и функције, а то је у кранио-каудалном и медио-латералном правцу. Сваки део тела бива осећајно обојен одређеним интензитетом и квалитетом осећајних потреба. Именовањем, рађају се јасни појмови о свести детета о постојању тога дела тела, о односима тих названих делова између себе и о целини тела (Николић, Илић-Стошовић & Илић).

Доживљај сопственог тела може се код деце развијати спонтано, уз стимулације од стране одраслих, несвесних значаја додира, нежности и активности на развој детета. Деца са сметњама у развоју често касне са усвајањем топографије тела, што упозорава на кашњење у свим областима сазнајних процеса. Друштвени живот детета почиње откривањем властитог тела у односу према телу мајке, телу другог бића преко кога се открива друштвеност и друштвима одређеност живота човека. То откривање властите телесности, догађа се вршењем једноставних покрета детета, покрета у односу на предмете и у односу на делове властите телесне целине уз називање како самих покрета, тако и тих делова телесне целине и предмета према којима се покрет усмерава (Govedarica, 1989).

Процена доживљаја телесне целовитости део је опште дефектолошке дијагностике, релативно младе гране дефектологије, која за циљ има приступ личности као целини у егзистенцијалном пољу. Опис личности, који нуди овакав вид дијагностике омогућава нам увид у основна обележја личности у оквиру поља у којем ради, живи и у сваком смислу егзистира (Војанин и Ћордић, 1992). Дефектолошка процена и третман основни су елементи превенције, дијагностике, хабилитације/рехабилитације особа са тешкоћама у менталном развоју. Најважнија компонента дијагностике је стицање увида у

меру у којој одређене тешкоће ометају самостално функционисање особе. Процена се спроводи у здравственим, васпитно-образовним и установама социјалне заштите. Резултати процене значајан су део планирања третмана, учења и свакодневних активности особа са тешкоћама у менталном развоју (Глигоровић, 2014).

Познавање делова тела представља базичан гностички чин који настаје интеракцијом сензорног искуства и мишљења. Соматосензорна искуства се сумирају и формира се основа за откриће топографије тела. Појавом говора, дете је способно да именује одређене делове тела, које је претходно чулно доживело и на тај начин именовани делови тела постају јасни појмови на нивоу свести детета. Деца са интелектуалном ометеношћу немају довољно искуства и располажу скромним бројем појмова о сопственом телу, што ово поље чини дисхармоничним и анксиогеним и може водити ка психотизацији. Са друге стране, деца са лаком интелектуалном ометеношћу могу располагати појмовима о деловима тела, али немају потребну искуствену подлогу, јер те делове тела не користе те ове речи употребљавају нанеприкладан начин. Познавање делова тела развија се ритмом којим се развија и кинестезија, па је могуће да мањак кретања, услед дезинтеграције, може довести и до мањка појмова о деловима тела (Бојанин & Ћордић, 1997). Интеграцијом препознатог, доживљеног и именованог, уз децентрацију мисаоног процеса дете открива латерализованост тела и простора. На узрасту од шест до седам година живота схема ранијег доживљаја тела се обнавља и на њу се надограђује доживљај латерализованости тела и покрета (Бојанин & Ћордић, 1997). Међутим, код деце са интелектуалном ометеношћу сензомоторни облици понашања су пролонгирани током развоја, што значи да психомоторика у свим својим видовима отежано и са закашњењем почиње да користи детету у функцији упознавања себе у свету (Маћешић-Петровић, 1998).

Доживљај сопственог тела у односу на простор, препознавање његових делова и њихово разврставање у редоследе и класе, јесу међу првим схемама акција којима се остварује траг и тиме “резервише” област у ЦНС за сазнајне процесе и, самим тим, започиње сазнајни процес личности. Можемо рећи да се на овоме заснива и први сазнајни чин о себи као бићу вољно дефинисаном у простору сопственим усправним ставом, дакле прва сазнајна целина себе о себи самом, а тиме и о свом односу према окружењу. Постуралност од тада постаје битна за организовање раних сазнајних процеса, нарочито

оних у равни сензомоторног односа детета са светом. Некада нам и као одраслима то наше држање тела измакне активној пажњи, па се и сами изненадимо, како смо били понизни или горди и онда када нисмо желели да се то осећање препозна или када смо то осећање желели да сакријемо и од самих себе. Основна напетост човекових мишића је пуки функционални одсјај његове осећајности. Напетост мишића и човекова осећајност прожимају се до те мере да су држање нашег тела, поигравање наше мимичне мускулатуре, покрети којима пратимо наш ход и са којима учествујемо у сусретима једних са другима, само њен израз (Војанin, 2006).

1.4. Утицај третмана редукације психомоторике на квалитет доживљаја телесне целовитости

Истраживање које је спровела Лазовић (2021), базирано је на испитивању утицаја третмана редукације психомоторике на квалитет доживљаја телесне целовитости код адолесцената са лаком интелектуалном ометеношћу. Истраживање је спроведено у Средњој занатској школи у Београду. Узорак је чинило 200 адолесцената са лаком интелектуалном ометеношћу. Од укупног броја испитаника, половина (120) је током претходног школовања похађала третман редукације психомоторике, а половина није.

Коришћењем Скале за процену познавања делова тела, Скале за процену познавања латерализованости, Пијаже-Хедовог теста, Скале за процену латерализованости на другоме, задатака који укључују опажање и доживљавање односа у простору и Стик теста испитано је 120 адолесцената са лаком интелектуалном ометеношћу.

За процену познавања доживљаја телесне целовитости коришћени су следећи инструменти:

1. Скала за процену познавања делова тела (Ћордић & Бојанин 2011, према Глигоровић, 2013) – Скала за процену познавања делова тела састоји се од упитника о појединим деловима тела и скале за клиничку процену. Скала даје увид у резултате који су у равни узраста, испод или изнад очекиваног узраста, а такође указује и на дисхармоничан развој (Бојанин & Ћордић, 1997).

2. Скала за процену познавања латерализованости на себи (Бојанин & Ћордић, 1997) – Скала за процену познавања латерализованости на себи састоји се од серије питања које захтевају одговор испитаника.

3. Пијаже-Хедов тест (Piaget, 1924., према Војанин & Ћордић, 1997) – Пијаже-Хедов тест користи се за процену унакрсне латерализованости. Овај тест продубљује процену латерализованости на себи и задаје се исто као и претходно описана скала. Састоји се од серије налога које испитивач изговара, а испитаник покушава да изврши. Налози се односе на показивање делова тела на одређеној страни тела (десној или левој) и то обично супротном руком (Бојанин & Ћордић, 1997).

4. Скала за процену познавања латерализованости на другоме (Baron, 2004, према Gligođović 2013) – Познавање латерализованости тела других процењено је укрштеном и

неукрштеном латерализованом оријентацијом према свом телу и делу тела испитивача. Одговори се бележе знацима + или -, а за сваки тачан одговор испитаник добија један бод.

5. Процена доживљаја тела у простору (Бојанин & Ћордић, 1997) – Процена доживљаја тела у простору састоји се од извођења одређених позиција тела у простору које најпре покаже испитивач, а затим од детета тражи да изведе исто.

6. Тест репродукције модела штапићима - STICK TEST (Benson & Barton, 1970, према Lezak, 2004) – Тест репродукције модела штапићима процењује квалитет опажања односа у простору манипулативног поља.

Корелација између претходног похађања третмана и постигнућа на скалама за процену познавања доживљаја телесне целовитости, утврђена је само када је у питању познавање латерализованости на другоме. На основу постављеног циља, анализом резултата истраживања добијен је следећи закључак: корелација између претходног похађања третмана и постигнућа на скалама за процену познавања доживљаја телесне целовитости утврђена је, само када је у питању познавање латерализованости на другоме. Реедукација психомоторике, као основна област терапијског приступа познавању доживљаја телесне целовитости, у овим случајевима имала је великог удела у подстицању и уједначавању развоја способности препознавања латерализованости на другоме. Процена познавања доживљаја телесне целовитости адолесцената са лакоом интелектуалном ометеношћу указује на дисхармоничност у развоју гностичких способности (Лазовић, 2021).

Лазовић, Башић, Маћешкић-Петровић, Арсић и Гајић (2022), спровеле су истраживање са циљем да се утврде разлике у познавању телесне схеме између адолесцената са лакоом интелектуалном ометеношћу у односу на место становања (градска и приградска средина) и у односу на полну припадност испитаника. Узорком је обухваћено 40 адолесцената са лакоом интелектуалном ометеношћу који се налазе на једногодишњем оспособљавању за рад у Средњој занатској школи у Београду. Испитаници су подељени у четири групе према варијаблима истраживања и то према варијабли место становања у две групе (20 испитаника (50%) који станују у градској средини и 20 испитаника (50%) који станују у приградској средини) и према варијабли пол такође у две једнаке групе- мушки (50%) и женски (50%) пол. У истраживању је коришћена скала за процену познавања делова тела (Bojanin Ćordić, 1997). Скала се

састоји од упитника о појединим деловима тела и скале за клиничку процену. Од испитаника се тражило да покажу одређени део тела који испитивач именује. Резултати истраживања указују на то да нема статистички значајне разлике између испитаника у зависности од места становања и полне припадности. Испитаници претежно постижу резултате у складу са узрастом. Ово истраживање базирано је искључиво на испитивању првог слоја доживљаја телесне ецеловитости, односно познавања сопственог тела.

II ИСТРАЖИВАЧКИ ДЕО

1. Проблем и предмет истраживања

На основу наведених теоријских сазнања о значају познавања телесне схеме, предмет истраживања овог рада је:

- Процена познавања телесне схеме код ученика од I до VIII разреда у Специјалној школи „Бубањ“ у Нишу узраста 7 до 14 година;
- Процена познавања телесне схеме на себи у односу на узраст;
- Процена познавања телесне схеме на себи у односу на пол.

2. Циљеви и задаци истраживања

Узимајући у обзир постављени предмет истраживања, циљеви истраживања су:

- Процена познавања телесне схеме, уз помоћ Скале за процену познавања делова тела на себи за децу од 3 до 14 година;
- Утврдити које делове тела ученици препознају;
- Утврдити на ком нивоу су ученици у односу на узраст;
- Упоредити познавање телесне схеме у односу на пол.

Задаци истраживања су

- Испитати које делове тела ученици препознају;
- Испитати на ком нивоу су ученици у односу на узраст;
- Испитати познавање телесне схеме у односу на пол.

3. Варијабле истраживања

Зависна:

1. Познавање телесне шеме

Независне:

1. Узраст (нижи и виши разреди)
2. Пол (мушки/женски)

4. Хипотезе истраживања

На основу претходних теоријских сазнања и постављених циљева истраживања, дефинисане су општа и посебне хипотезе.

Општа хипотеза

Постоји кашњење код деце са первазивним развојним сметњама

Посебне хипотезе

X1: Постоји разлика између ученика у квалитету познавања телесне схеме у односу на узраст;

X2: Постоји разлика између ученика у квалитету познавања телесне схеме у односу на пол;

5. МЕТОДОЛОГИЈА ИСТРАЖИВАЊА

5.1. Формирање и опис узорка

У испитивању су били укључени ученици првог и другог циклуса образовања Специјалне школе са домом ученика „Бубањ“ у Нишу. Испитивани узорак чинило је 80 ученика и то:

-40 ученика узраста од I до IV разреда (12 девојчица и 28 дечака)

-40 ученика узраста од V до VII разреда (12 девојчица и 28 дечака).

Структура узорка према полу и узрасту приказана је у Табели 1,2 и 3.

Табела 1 Структура узорка према полу и узрасту

		N	%
пол	мушки	56	70.0
	женски	24	30.0
узраст	нижи разреди	40	50.0
	виши разреди	40	50.0

Табела 2 Структура узорка према полу и узрасту од I до IV разреда

УКУПНО 40 УЧЕНИКА							
I разред		II разред		III разред		IV разред	
13		11		9		7	
дечака	девојчица	дечака	девојчица	дечака	девојчица	дечака	девојчица
8	5	7	4	7	2	6	1

Табела 3 Структура узорка према полу и узрасту од V до VIII разреда

УКУПНО 40 УЧЕНИКА							
V разред		VI разред		VII разред		VIII разред	
6		12		11		11	
дечака	девојчица	дечака	девојчица	дечака	девојчица	дечака	девојчица
4	2	9	3	8	3	7	4

Одабир ученика је извршен на принципу намерног узорка типичних јединица. Један од критеријума, сем одабира по узрасту и полу, била је дијагноза ученика. Истраживањем су обухваћени ученици са Первазивним развојним поремећајем (F84).

5.2. Организација и ток истраживања

Испитивање са ученицима се врши појединачно, методом Интервјуа. Испитивач поставља питања „ Покажи ми главу...врат...очи...нос...“ и тачан/нетачан одговор бележи знаком + у предвиђеним колонама. У Скали за клиничку процену, испитивач подвлачи црвеном бојом делове тела, које ученик не зна, а које би требало да зна, узимајући у обзир узраст. У случају, да дете зна да покаже део тела, који се усваја на неком од старијих узраста, означити знаком + (Војанин и Ћордић, 1992).

У ту сврху, користи се Скала за процену познавања делова тела (О.Стевановић, С.Бојанин, М. Дајин), која се састоји од:

-Упитника - Процена познавања делова тела на себи, и

- Скале за клиничку процену – Скала за процену познавања делова тела на себи за децу од 3 до 14 година.

Школа је обезбедила кабинет за индивидуалне вежбе, где је обављено тестирање. Од материјалних средстава коришћени су: компјутер, штампач и папир за штампу, тако да су финансијски трошкови минимални. Испитивање једног детета трајало је око 10 минута.

5.3. Статистичка анализа

Обрада података спроведена је коришћењем техника дескриптивне статистике и статистике закључивања, а добијени резултати анализирани су и приказани табеларно.

6. РЕЗУЛТАТИ ИСТРАЖИВАЊА

Након спроведеног истраживања према постављеним циљевима и задацима резултати су систематизовани, приказани табеларно и подељени у три групе.

6.1. Резултати познавања телесне схеме

Процена познавања телесне схеме се састојала у серијама питања из Упитника, где је испитаник на задат захтев („Покажи где је глава...врат...коса...рука...нога...), показивао тражени део тела. За тачан одговор, испитаник је добијао знак +, а у случају , да ученик не зна да покаже тражени део тела, а који би с'обзиром на узраст требало да зна, тражени појам је обележаван црвеном бојом у Скали за процену .

Табела 4 Познавање телесне схеме ученика од првог до четвртог разреда

узраст 3,1-4	I-IV разред					
	девојчице		дечаци		УКУПНО	
	тачан одговор	процент	тачан одговор	процент	тачан одговор	процент
глава	7	58%	21	75%	28	70%
врат	2	17%	8	29%	10	25%
леђа	2	17%	8	29%	10	25%
гуза	3	25%	16	57%	19	48%
пупак	2	17%	6	21%	8	20%
трбух	5	42%	12	43%	17	43%
коса	6	50%	18	64%	24	60%
очи	6	50%	14	50%	20	50%
нос	5	42%	16	57%	21	53%
уста	6	50%	16	57%	22	55%
језик	5	42%	15	54%	20	50%
уши	4	33%	16	57%	20	50%
чело	1	8%	8	29%	9	23%

рука	7	58%	18	64%	25	63%
прсти	4	33%	18	64%	22	55%
м.прст	2	17%	6	21%	8	20%
нога	7	58%	16	57%	23	58%
колелено	4	33%	10	36%	14	35%

Резултати приказани у Табели 4 показују да су већи проценат тачних одговора дали дечаци у односу на девојчице. Дечаци су у већем проценту знали да покажу главу (75%), врат (29%), леђа (29%), гузу (57%), пупак (21%), трбух (43%), косу (64%), нос (57%), уста (57%), језик (54%), уши (57%), чело (29%), руку (64%), прсте (64%), м.прст (21%) и колелено (36%). Девојчице су у већем проценту показале само где се налази нога (58%). Дечаци и девојчице у истом проценту, на захетв испитивача показују, где су очи (50%).

Делове тела (18), који су дати у табели по Скали за процену познавања делова тела на себи, потребно је да усвоје деца на узрасту од 3,1 до 4 године.

Табела 5 Познавање телесне схеме ученика од петог до осмог разреда

узраст 3,1-4	V-VIII разред					
	девојчице		дечаци		УКУПНО	
	тачан одговор	процент	тачан одговор	процент	тачан одговор	процент
глава	9	75%	22	79%	31	78%
врат	6	50%	11	39%	17	43%
леђа	6	50%	16	57%	22	55%
гуза	7	58%	16	57%	23	58%
пупак	3	25%	14	50%	17	43%
трбух	8	67%	20	71%	28	70%
коса	9	75%	22	79%	31	78%
очи	9	75%	21	75%	30	75%
нос	9	75%	21	75%	30	75%
уста	9	75%	21	75%	30	75%
језик	8	67%	20	71%	28	70%
уши	9	75%	21	75%	30	75%
чело	5	42%	12	43%	17	43%

рука	9	75%	23	82%	32	80%
прсти	8	67%	20	71%	28	70%
м.прст	5	42%	11	39%	16	40%
нога	9	75%	21	75%	30	75%
колено	7	58%	16	57%	23	58%

Резултати приказани у табели 5 показују да су одговори ученика од петог до осмог разреда у приближном проценту. Дечаци су у већем проценту знали да покажу: главу (79%), леђа (57%), пупак (50%), трбух (71%), косу (79%), језик (71%), чело (43%), руку (82%) и прсте (71%). Девојчице су у већем проценту показале врат (50%), гузу (58%), мали прст (42%) и колено (58%). Дечаци и девојчице у истом проценту, на захтев испитивача показују, где су очи (75%), нос (75%), уста (75%), уши (75%) и нога (75%).

Табела 6 *Познавање телесне схеме ученика од првог до четвртог разреда*

узраст 4,1-5	I-IV разред					
	девојчице		дечаци		УКУПНО	
	тачан одговор	процент	тачан одговор	процент	тачан одговор	процент
брада	3	25%	10	36%	13	33%
образи	2	17%	9	32%	11	28%
палац	2	17%	6	21%	8	20%
шака	2	17%	10	36%	12	30%
пета	1	8%	7	25%	8	20%
палац н.	1	8%	5	18%	6	15%

Анализирајући табелу 6, где су сагледани одговори ученика од првог до четвртог разреда, уочено је да су већи проценат свих тачних одговора дали дечаци у односу на девојчице. Дечаци су препознали и показали делове тела: браду (36%), образе (32%), палац (21%), шаку (36%), пету (25%) и палац на ноzi (18%). Делови тела (6), који су дати у табели по Скали за процену познавања делова тела на себи, потребно је да усвоје деца на узрасту од 4,1 до 5 година.

Табела 7 Познавање телесне схеме ученика од петог до осмог разреда

узраст 4,1-5	V-VIII разред					
	девојчице		дечаци		УКУПНО	
	тачан одговор	процент	тачан одговор	процент	тачан одговор	процент
брада	4	33%	16	57%	20	50%
образи	4	33%	12	43%	16	40%
палац	7	58%	12	43%	19	48%
шака	3	25%	11	39%	14	35%
пета	2	17%	11	39%	13	33%
палац н.	4	33%	8	29%	12	30%

Анализирајући табелу 7, где су сагледани одговори ученика од петог до осмог разреда, уочено је да су већи проценат тачних одговора дали дечаци (брада-33%, образи-43%, шака-39%, пета-39%). Девојчице су имале већи проценат самокод препознавања палца на руци (58%).

Табела 8 Познавање телесне схеме ученика од првог до четвртог разреда

узраст 5,1-6	I-IV разред					
	девојчице		дечаци		УКУПНО	
	тачан одговор	процент	тачан одговор	процент	тачан одговор	процент
груди	1	8%	8	29%	9	23%

Из табеле број 8 закључујемо да дечаци у значајно већем проценту (29%) препознају дати део тела у односу на девојчице (8%).

Табела 9 *Познавање телесне схеме ученика од петог до осмог разреда*

узраст 5,1-6	V-VIII разред					
	девојчице		дечаци		УКУПНО	
	тачан одговор	процент	тачан одговор	процент	тачан одговор	процент
груди	3	25%	13	46%	16	40%

Из табеле број 9 закључујемо да дечаци у већем проценту препознају и на захтев показују груди (46%) у односу на девојчице (25%).

Табела број 10 *Познавање телесне схеме на ученика од првог до четвртог разреда*

узраст 6,1-7	I-IV разред					
	девојчице		дечаци		УКУПНО	
	тачан одговор	процент	тачан одговор	процент	тачан одговор	процент
обрве	2	17%	8	29%	10	25%
трепавице	3	25%	7	25%	10	25%
раме	2	17%	8	29%	10	25%

Из табеле 10, закључујемо да дечаци у већем проценту препознају и показују обрве (29%) и раме (29%) у односу на девојчице. На овом узрасту, девојчице и дечаци показују трепавице у једнаком проценту (25%).

Табела 11 *Познавање телесне схеме ученика од петог до осмог разреда*

узраст 6,1-7	V-VIII разред					
	девојчице		дечаци		УКУПНО	
	тачан одговор	процент	тачан одговор	процент	тачан одговор	процент
обрве	5	42%	9	32%	14	35%
трепавице	3	25%	9	32%	12	30%
раме	6	50%	12	43%	18	45%

Из табеле 11 закључујемо да дечаци у већем проценту препознају и показују трепавице (32%) , а девојчице обрве (42%) и раме (50%).

Табела 12 *Познавање телесне схеме ученика од првог до четвртог разреда*

узраст 7,1-8	I-IV разред					
	девојчице		дечаци		УКУПНО	
	тачан одговор	процент	тачан одговор	процент	тачан одговор	процент
лакат	3	25%	7	25%	10	25%
д.прст	0	0%	3	11%	3	8%
длан	1	8%	2	7%	3	8%

Из табеле 12 закључујемо да и дечаци и девојчице, препознају и показују, на налог испитивача, лакат у једнаком проценту (25%). Домали прст није препознала ниједна девојчица у овом узрасту, док су 11% дечака препознала овај део тела. Длан је показало више девојчица (8%) од дечака (7%).

Табела број 13 *Познавање телесне ученика од петог до осмог разреда*

узраст 6,1-7	V-VIII разред					
	девојчице		дечаци		УКУПНО	
	тачан одговор	процент	тачан одговор	процент	тачан одговор	процент
лакат	1	8%	12	43%	13	33%
д.прст	1	8%	6	21%	7	18%
длан	2	17%	5	18%	7	18%

Подаци из табеле број 13 показују да су лакат (43%), д.прст (21%) и длан (18%) у већем проценту показивали дечаци, с тим што је у препознавању длана приметна мала разлика.

Табела 14 *Познавање телесне схеме ученика од другог до четвртог разреда*

узраст 8,1-9	II-IV разред					
	девојчице		дечаци		УКУПНО	
	тачан одговор	процент	тачан одговор	процент	тачан одговор	процент
ср. прст	1	14%	3	15%	4	25%
бутина	1	14%	1	5%	2	7%

Испитани број ученика у познавању телесне схеме на узрачном нивоу 8,1 – 9 год. је 27, односно ученици од другог до четвртог разреда. Ученици првог разреда нису ушли у узорак испитаних ученика, јер скалом није предвиђено да познају ове делове тела. Испитани су 7 девојчица и 20 дечака, а добијени резултати показују да врло мали проценат ученика је знао да препозна дате делове тела. Средњи прст је препознано 15% дечака, што је незнатно боље од девојчица (14%). Бутину су процентуално боље знале девојчице (14%).

Табела 15 *Познавање телесне схеме ученика од петог до осмог разреда*

узраст 8,1-9	V-VIII разред					
	девојчице		дечаци		УКУПНО	
	тачан одговор	процент	тачан одговор	процент	тачан одговор	процент
ср. прст	2	17%	9	32%	11	28%
бутина	2	17%	4	14%	6	15%

Из табеле број 15 закључујемо да дечаци у већем проценту (32%) препознају средњи прст у односу на девојчице (17%). Процент препознавања бутине виши код девојчица (17%) у односу на дечаке (14%).

Упоређивање резултата из табела 14 и 15 није могуће јер по Скали за процену познавања делова тела није предвиђено да ученици на млађем узрасту испод 8,1 год. препознају дате делове тела (ср. прст, бутина).

Табела 16 *Познавање телесне схеме ученика од трећег до четвртог разреда*

узраст 9,1-10	III-IV разред					
	девојчице		дечаци		УКУПНО	
	тачан одговор	процент	тачан одговор	процент	тачан одговор	процент
кажипрст	0	0%	3	23%	3	23%

На узрасту од другог до четвртог разреда ниједна девојчица од 3 испитаних, није препознала кажипрст на налог испитивача, док су три дечака од 13 испитаних препознала и показала кажипрст, што чини 23%.

Табела 17 *Познавање телесне схеме ученика од петог до осмог разреда*

узраст 9,1-10	V-VIII разред					
	девојчице		дечаци		УКУПНО	
	тачан одговор	процент	тачан одговор	процент	тачан одговор	процент
кажипрст	3	25%	10	36%	13	33%

Подаци из Табеле број 17 указују на већу успешност дечака у препознавању кажипрста (36%) у односу на девојчице (25%).

Упоређивање резултата између млађе и старије групе код овог ајтема није извршено, јер по Скали за процену познавања делова тела на себи за децу од 3-14 година, кажипрст се усваја тек после 9,1 године.

Табела 18 *Познавање телесне схеме ученика четвртог разреда*

узраст 10,1-11	IV разред					
	девојчице		дечаци		УКУПНО	
	тачан одговор	процент	тачан одговор	процент	тачан одговор	процент
слепоочнице	0	0%	0	0%	0	0%
теме	0	0%	0	0%	0	0%
потколенице	0	0%	0	0%	0	0%
табани	0	0%	0	0%	0	0%

Ученици IV разреда на питање, да покажу делове тела предвиђене за узраст 10,1 – 11 година (слепоочнице, теме, потколенице и табани) нису имали ни један тачан одговор, што поткрепљује тврдњу, да сметњама у развоју казне у усвајању телесне схеме у односу на вршњаке.

Табела 19 *Познавање телесне схеме ученика од петог до осмог разреда*

узраст 10,1-11	V - VIII разред					
	девојчице		дечаци		УКУПНО	
	тачан одговор	процент	тачан одговор	процент	тачан одговор	процент
слепоочнице	1	8%	0	0%	1	3%
теме	1	8%	0	0%	1	3%
потколенице	1	8%	2	7%	3	8%
табани	1	8%	6	21%	7	18%

Резултати из табеле 19 показују, да су девојчице процентуално постигле бољи резултат на захтев да покажу слепоочнице (8%), теме главе (8%) и потколенице (8%), док су дечаци показали боље познавање табана (21%).

И код ових ајтема није могуће извршити поређење, јер млађа група није имала тачне одговоре.

Табела 20 *Познавање телесне схеме ученика од петог до осмог разреда*

узраст 11,1-12	V-VIII разред					
	девојчице		дечаци		УКУПНО	
	тачан одговор	процент	тачан одговор	процент	тачан одговор	процент
надлактица	0	0%	0	0%	0	0%
подлактица	0	0%	0	0%	0	0%

Ученици на питања, да покажу надлактицу и подлактицу, нису имали тачне одговоре.

Табела 21 *Познавање телесне схеме ученика од петог до осмог разреда*

узраст 13,1-14	V-VIII разред					
	девојчице		дечаци		УКУПНО	
	тачан одговор	процент	тачан одговор	процент	тачан одговор	процент
потилјак	0	0%	1	4%	1	3%
стопало	4	33%	7	25%	11	28%

Подаци из Табеле 21 приказују већи проценат препознавања потилјка код дечака (4%), док су девојчице у већем проценту препознале и показале стопало (33%).

Табела 22 *Провера кашњења у познавању телесне схеме*

Познавање телесне схеме	N	%
Постоји кашњење	77	96,3%
Не постоји кашњење	3	3,8

N - број испитника.

Подаци из Табеле 22 показују да од 80 испитаника само код троје не постоји кашњење у познавању телесне схеме (3,8%), дакле код 77 испитаника (96,3%) узорка постоји кашњење у познавању телесне схеме. Ови резултати говоре у прилог постављене опште хипотезе истраживања и потврђују је.

Табела 23 Процент тачних одговора у односу на њихов календарски узраст

	Min	Max	M
Процент тачних одговора у односу на њихов календарски узраст	0	110	40,04

Min - минимум; Max - максимум; M - аритметичка средина.

Такође, уколико погледамо и резултате процената тачних одговора у односу на њихов календарски узраст (Табела 23), видимо да проценат иде од 0% до 110%, а да је просечна успешност на целом узорку 40,04%. Максимално означени проценат од 110% је на основу резултата једне ученице првог разреда, која је показала познавање телесне схеме изнад свог узраста. Предвиђено је да познаје 28 делова тела, а препознала је и показала 31 део. Значи, резултати представљени табелом 23 говоре у прилог опште хипотезе истраживања, односно да код деце са первазивним развојним сметњама постоји кашњење.

6.2. Резултати испитивања познавања телесне схеме у односу на узраст

У обради података и даљој анализи података коришћен t-тест за поређење разлика међу двеју група. Како се узраст узорка креће од 7 до 14 година, у првој групи се налазе испитаници од 7 до 10 година, а у другој од 11 до 14 година.

Табела 24 Разлика у квалитету познавања телесне схеме у односу на узраст ученика

	Узраст	N	M	t (df)	p
Сиров скор (број тачних одговора)	7-10 година	40	11,37	-2,33 (78)	,023
	11-14 година	40	17,55		
Процент тачних одговора у односу на њихов календарски узраст	7-10 година	40	36,67	-0,89 (78)	,374
	11-14 година	40	43,40		

N - број испитаника; M - аритметичка средина; t - t статистик; df - степен слободе; p - статистичка значајност.

Резултат t-теста (Табела 24) показује да, уколико гледамо само сиров скор, тј. број тачних одговора без узимања њиховог календарског узраста у обзир, постоји статистички значајна разлика и да је квалитет познавања телесне схеме већи код старије групе испитаника, тј. испитаника од 11 до 14 година. Међутим, како је познавање телесне схеме директно повезано и са узрастом, овакви резултати су очекивани и оно што је боља и адекватнија мера је проценат тачних одговора у односу на њихов календарски узраст. Када погледамо резултате t-теста разлика у процентима тачних одговора у односу на њихов календарски узраст, видимо да постоји разлика и да је проценат тачних одговора већи код старије групе испитаника, међутим те разлике нису статистички значајне, тј. велика је вероватноћа да су овакви резултати добијени случајно.

6.3. Резултати познавања телесне схеме у односу на пол

Напоследку, у циљу провере друге посебне хипотезе којом се претпоставља да постоји разлика између ученика у квалитету познавања телесне схеме у односу на пол урађен је t-тест, чији резултати су приказани у табели испод. Приликом провере ове хипотезе нису узети у обзир сирови скорови, због тога што испитаници мушког и женског пола нису изједначени по старости, стога је проверавана само разлика у проценту тачних одговора у односу на њихов календарски узраст.

Табела 25 Разлика у квалитету познавања телесне схеме у односу на пол

	Пол	N	M	t (df)	p
Процент тачних одговора у односу на њихов календарски узраст	Мушки	56	41,93	0,77 (78)	,445
	Женски	24	35,62		

N - број испитаника; M - аритметичка средина; t - t статистик; df - степен слободе; p - статистичка значајност.

Подаци из Табеле 25 показују, да нема статистички значајних разлика међу половима у погледу квалитета познавања телесне схеме, иако постоји дескриптивна разлика у корист мушких испитаника. Овакви резултати не иду у прилог посебне хипотезе и добијеним резултатима се друга посебна хипотеза одбацује. То значи, да не постоји разлика у познавању телесне схеме у односу на пол.

7. ДИСКУСИЈА

Познавање делова тела представља основни сазнајни чин, који настаје интеракцијом сензорног искуства и мишљења. Соматосензорна искуства се сумирају и формира се основа за откриће топографије тела.

Препознавање и именовање делова сопственог тела је први слој спознаје о себи и свету. Најраније се развијају појмови о оним деловима тела којима се дете служи, које користи у игри. Основни и први ниво развоја доживљаја телесне целовитости представља развој телесне схеме. Деца са сметњама у развоју често касне са усвајањем топографије тела, што упозорава на кашњење у свим областима сазнајних процеса.

Дефектолошка процена, третман и рана стимулација, основни су елементи превенције, дијагностике, хабилитације/рехабилитације особа са тешкоћама у менталном развоју.

Поседовање информација на ком нивоу развоја у односу на свој календарски узраст се налази дете, омогућава прављење квалитетног плана рада. Сва одступања у односу на узраст као и пол су значајна, обзиром да се постојеће знање детета утврђује и онда се та сазанања надограђују даљим радом. То утврђујемо применом теста Процена познавања делова тела на себи (О. Стевановић, С. Бојанин, М. Дајин) и Скалом за процену познавања делова тела на себи за децу од 3-14 година (О. Стевановић, С. Бојанин). Основни циљ овог истраживања је утврдити степен познавања телесне схеме, ученика са первазивним развојним поремећајима у Специјалној школи са домом ученика „Бубањ,, у Нишу.

Било која врста сметњи у развоју, утиче на све аспекте живота особе па самим тим и на доживљај телесне целовитости. Код деце са первазивним развојним сметњама је ово посебно изражено, обзиром да су организам и свест у процесу развоја, на чему се и заснива општа хипотеза.

На основу хипотеза и тока истраживања резултати се могу сврстати у три групе.

Прву групу резултата чине резултати провере опште хипотезе: Постоји кашњење код деце са первазивним развојним сметњама.

Хипотеза је потврђена резултатима истраживања. Установљено је, да постоји значајно кашњење у познавању телесне схеме, што даље доводи до потребе за још

детаљнијим истраживањима ове области, која би се бавила посебно групама деце са аутизмом, деце са развојним дисхармонијама, особа и деце са Апергеровим синдромом, деце са Ретовим синдромом и осталим сметњама, које су класификоване као превазивни развојни поремећај.

Популација деце која похађају основну школу календарског узраста од 7-14 година пролази развојно кроз велике психофизичке, емоционалне и промене социјалне сфере. Група испитаника на којој се ово истраживање базирало је управо из ове популације.

Друга група резултата се односи на испитивање прве посебне хипотезе: Постоји разлика између ученика у квалитету познавања телесне схеме у односу на узраст.

Хипотеза је делимично потврђена. Уколико гледамо само број тачних одговора, видимо да је квалитет познавања телесне схеме већи код старије групе испитаника, али уколико узмемо у обзир и то колико се тачних одговора очекује у односу на њихов календарски узраст, видимо да разлика у проценту тачних одговора није статистички значајна.

Трећа група резултата се односи на испитивање друге посебне хипотезе: Постоји разлика између ученика у квалитету познавања телесне схеме у односу на пол.

Резултати истраживања показују да нема статистички значајних разлика међу половима у погледу квалитета познавања телесне схеме, иако постоји дескриптивна разлика у корист мушких испитаника. Овакви резултати не иду у прилог посебне хипотезе и добијеним резултатима се друга посебна хипотеза одбацује.

Сумирајући резултате процене доживљаја телесне целовитости код ученика са сметњама у развоју, тачније са ученицима из групе первазивних развојних поремећаја може се закључити, да на Скали за процену познавања делова тела испитаници постижу резултате који показују, да нема статистички значајних разлика међу половима у погледу квалитета познавања телесне схеме. Када говоримо о узрасту ученика, само код троје не постоји кашњење у познавању телесне схеме, што значи да код 96,3% узорка постоји кашњење у познавању телесне схеме. Уколико гледамо само сиров скор, тј. број тачних одговора без узимања њиховог календарског узраста у обзир, постоји значајна разлика и да је квалитет познавања телесне схеме већи код старије групе испитаника, тј. испитаника од 11 до 14 година. Међутим, како је познавање телесне схеме директно повезано и са

узрастом, овакви резултати су очекивани и оно што је боља и адекватнија мера је проценат тачних одговора у односу на њихов календарски узраст. Када погледамо резултате t-теста разлика у процентима тачних одговора у односу на њихов календарски узраст видимо да постоји разлика и да је проценат тачних одговора већи код старије групе испитаника.

Посебан проблем у току овог истраживања био је мали број научних радова са циљем испитивања телесне целовитости, што је онемогућило поређење резултата.

Истраживање које је спровела Лазовић (2021), базирано је на испитивању утицаја третмана редукције психомоторике на квалитет доживљаја телесне целовитости код адолесцената са лаком интелектуалном ометеношћу. Корелација између претходног похађања третмана и постигнућа на скалама за процену познавања доживљаја телесне целовитости, утврђена је само када је у питању познавање латерализованости на другоме. На основу постављеног циља анализом резултата истраживања добијен је следећи закључак: корелација између претходног похађања третмана и постигнућа на скалама за процену познавања доживљаја телесне целовитости утврђена је, само када је у питању познавање латерализованости на другоме. Редукција психомоторике, као основна област терапијског приступа познавању доживљаја телесне целовитости, у овим случајевима имала је великог удела у подстицању и уједначавању развоја способности препознавања латерализованости на другоме. Процена познавања доживљаја телесне целовитости адолесцената са лаком интелектуалном ометеношћу указује на дисхармоничност у развоју гностичких способности (Лазовић, 2021).

Последња истраживања квалитета доживљаја телесне целовитости код адолесцената са лаком интелектуалном ометеношћу спровеле су Лазовић (2021) и Маћешић, Лазовић, Башић, Арсић, Гајић (2022). Испитаници из градске средине у просеку постижу боље резултате. Када је у питању пол испитаника, за разлику од нашег истраживања у коме није потврђена статистички значајна разлика у постигнутим резултатима девојчице и дечака, овим истраживањем утврђено је да веће скорове на примењеним инструментима постижу испитаници мушког пола.

На основу овог и истраживања, које нуди литература долазимо до сазнања да постоји кашњење у доживљаја телесне схеме код деце са первазивним поремећајима. Ова сазнања је потребно продубити и даље проучити са посебним освртом на групе

первазивних поремећаја. Требало би узети у обзир и друге могуће варијабле, које утичу на сагледаност деце, похађање третмана и школа, социоекономски статус, потпуност породице, место боравка.

8. ЗАКЉУЧАК

Дете покретом упознаје себе, своје тело и друге у односу на себе. Развој свести о сопственом телу (и његовим деловима), односно развој доживљаја телесне целовитости, неоспориво је повезан са развојем свести и развојем личности у целини. То значи, да је за правилан развој личности детата битан правилан развој свести о сопственом телу и његовим деловима.

Покрет који вршимо или опажамо међу другима и међу стварима око нас, у нама увек дефинише одређени доживљај који се препознаје свешћу. У том препознатом облику он бива наше сазнање и могући покретач наше фантазије и мисаоних процеса, као садржаја наше свесности. То буди пажњу личности и усмерава је ка сопственом телу и његовој акцији или ка другоме, који се опажа и тиме доживљава или према окружењу и свету што нас све обухвата и прожима, уграђујући нас у себе одређеним односима, које никако да до краја разумемо. На том опажању, доживљавању и свесном поимању заснива се сваки сазнајни чин, који је увек истовремено био и сазнавање о себи, и сазнавање о другом, и сазнавање о сопственим различитостима (Војанин, 2006).

Деца са интелектуалном ометеношћу немају довољно искуства и располажу скромним бројем појмова о сопственом телу што ово поље чини дисхармоничним и анксиогеним и може водити ка психотизацији. Са друге стране, деца са лако интелектуалном ометеношћу могу располагати појмовима о деловима тела, али немају потребну искуствену подлогу, јер те делове тела не користе те ове речи употребљавају нанеприкладан начин. Познавање делова тела развија се ритмом којим се развија и кинестезија, па је могуће да мањак кретања, услед дезинтеграције, може довести и до мањка појмова о деловима тела.

Интеграцијом препозантог, доживљеног и именованог, уз децентрацију мисаоног процеса дете открива латерализованост тела и простора. На узрасту од шест до седам година живота, схема ранијег доживљаја тела се обнавља и на њу се надограђује доживљај латерализованости тела и покрета (Војанин & Ћордић, 1997). Међутим, код деце са интелектуалном ометеношћу сензомоторни облици понашања су пролонгирани током

развоја, што значи да психомоторика у свим својим видовима отежано и са закашњењем почиње да користи детету у функцији упознавања себе у свету (Маћешић-Petrović, 1998).

Значај овог истраживања са професионалног аспекта је, да пружи увид у ниво познавања телесне схеме ученика Специјалне школе са домом ученика „Бубањ“, са циљем интензивирања рада на развоју телесне целовитости у школи и код куће. С обзиром на добијене резултате истраживања, указује се на значај третмана психомоторике. Реедукација психомоторике или третман покретом јавља се у нашем савременом свету као метод, који детету открива јасан доживљај себе сама, свест о себи као личности, те доживљај и свест о своме месту у свету, што му омогућава самосталаност у животу, у равни узраста који оно досеже. Тиме се реедукација психомоторике све више сврстава у ред психотерапијских техника, са себи својственим теоријским тумачењем и терапијским циљем. Покрет у реедукацији психомоторике је као и реч у психотерапијском разговору (Војанин, 2006). Метод реедукације психомоторике има несумњив значај када је у питању сазнајно, моторно и емоционално функционисање деце типичне популације и деце са сметњама у развоју. Примена овог метода усмерена је на превежбавање искуствене основе сазнајног и оптег развојног потенцијала базираних на неуропсихолошким структурама и функцијама, које чине подлогу дететовог психомоторног и сензомоторног функционисања у раним периодима развоја (Маћешић-Petrović, 2014).

ЛИТЕРАТУРА

1. Aleksić Hill ,O. (2012). *Pervazivni razvojni poremećaji. Psihijatrija razvojnog doba*. Dosije studio, Beograd (str. 269-286).
2. Američka psihijatrijska udruga (2014). *DSM-V Dijagnostički I statistički priručnik za duševne poremećaje*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
3. Bojanin, S., Ćordić,A. (1992). *Opšta defektološka dijagnostika*. Zavod za udžbenike i nastavna sredstva. Beograd.
4. Bojanin, S., Ćordić, A. (1997). *Opšta defektološka dijagnostika*. Zavod za udžbenike i nastavna sredstva. Beograd.
5. Bojanin, S. (2006). Reedukacija psihomotorike ili tretman pokretom. *Psihijatrija danas*,38(1), 11-27.
6. Bujas-Petković, (2000). Autizam i autizmu slična stanja (pervazivni razvojni poremećaji). *Pediatrics Croatica*, 44(1), 217-222.
7. Ераковић, Т. (1995). *Корективни педагошки рад*. Завод за уџбенике и наставна средства. Београд.
8. Gligorović, M. (2014). Konceptualni okvir i sadržaj vannastavnih aktivnosti oligofrenologa u osnovnoj školi. *Specijalna edukacija i rehabilitacija*, 13(1), 89-106.
9. Глумбић, Н., Бројчин, Б., Ђорђевић, М. (2013). Колико кошта аутизам? .Београдска дефектолошка школа. 19 (1):183-192.
10. Glumbić, N. (2006). *Odrasle osobe sa autizmom*. Izdavačka agencija „Grad“; Kragujevac: Demo-Press. ISBN 86-86075-01-0.
11. Govedarica, T. (1989). *Opšta reedukacija psihomotorike*.Institut za mentalno zdravlje. Beograd.
12. Hrnjica, S. (2021). *Dete sa smetnjama u razvoju*. Republički zavod za socijalnu zaštitu. Beograd.
13. Išpanović-Radojković, V. (1986). *Nespretno dete poremećaji praksije u detinjstvu*. Zavod za udžbenike i nastavna sredstva. Beograd.
14. Lazović, T. (2021). Uticaj tretmana reedukacije psihomotorike na kvalitet doživljaja telesne celovitosti kod adolescenata sa lakom intelektualnom ometenošću. *Beogradska defektološka škola*, 27(3), 33-49.

15. Лазовић, Т., Башић., Маћешкић Петровић., Арсић & Гајић (2022). Познавање телесне схеме код адолесцената са лаком интелектуалном ометеношћу. *Образовање и рехабилитација одраслих особа у тазвоју и проблемима у понашању. Зборник радова. Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију. Београд.*
16. Маћешић-Петровић, Д. (1998). *Mentalna retardacija-kognicija i motorika. Zadužbina Andrejević.*
17. Маћешић-Петровић, Д. (2014). *Metodski pristupi u rehabilitaciji osoba sa teškoćama u mentalnom funkcionisanju.* Univerzitet u Beogradu-Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju. Београд.
18. Николић, С., Илић-Стошовић, Д. & Илић, С. (2015). Развојна процена и третман деце предшколског узраста. Ресурсни центар „ЗНАЊЕ“. Београд.
19. Raspudić, Т. (2017). *Auztizam. Diplomski rad.* Zagreb: Učiteljski fakultet.
20. Сепенес, М.,Šimlesa, S. & Stošić, J. (2015). Rana dijagnostika poremećaja iz autističnog spektra teorija, istraživanja i praksa. *Klinička psihologija*, 8:203-224.
21. Шаин, М., Марковић, М., Ковачевић, И., Даневски, Д., & Пађан, М. (1996). *Корак по корак васпитање деце до три године.* Креативни центар. Београд.
22. World health organization (2018). Доступно на : <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en#/F80-F89> (26.7.2023 год.)

ПРИЛОГ

PROCENA POZNAVANJA DELOVA TELA NA SEBI (O. Stevanović, S. Bojanin, M. Dajin)

DELOVI TRUPA	+	-	DELOVI RUKU I PRSTI	-	-
glava			ruka		
vrat			prsti		
guza			mali prst		
leđa			palac		
pupak			šaka		
trbuh			rame		
grudi			lakat		
DELOVI GLAVE	+	-	domali prst		
kosa			dlan		
oči			srednji prst		
nos			kažiprst		
usta			nadlaktica		
jezik			podlaktica		
uši			DELOVI NOGU I PRSTI	+	-
čelo			noga		
brada			koleno		
obrazi			peta		
obrve			palac		
trepavice			butina		
slepoočnice			potkolenica		
teme			taban		
potiljak			stopalo		

Pitanja se postavljaju standardno, na sledeći način: „Pokaži gde ti je glava... kosa... noga” itd.
Ukoliko dete ne razume pitanje, kaže se: „Stavi prst na vrat... nos... rame... palac...” itd.

TABELA 18. — Skala za procenu poznavanja delova tela na sebi za decu od 3 do 14 godina
(O. Stevanović, S. Bojanin)

		UZRAST DECE PO GODINAMA										
		3,1—4	4,1—5	5,1—6	6,1—7	7,1—8	8,1—9	9,1—10	10,1—11	11,1—12	12,1—13	13,1—14
Delovi tela koje deca prepoznaju u 80% slučajeva u pojedinih uzrastima, kako su ovde grupisani, u gradskoj populaciji	glava											
	vrat											
	leđa											
	guza											
	pupak											
	trbuh											
	kosa											
	oči											
	nos											
	usta											
	jezik											
	uši											
	čelo											
	nuka											
	prsti											
	m. prst											
	noga											
	koleni											
			brada									
			obrasi									
			palac									
			šaka									
			peca									
			palac n.									
				grudi								
					obrve							
					trepavice							
					rame							
						lakat						
						d. prst						
						dlan						
							sr. prst					
							butina					
								kažiprst				
									slepočnice			
									teme			
									potkolenice			
									tabani			
										nadlaktica		
										podlaktica		
											potljak	
											stopalo	

1. Podvući crvenim nazive tela koje ispitanik ne zna, a koje bi, s obzirom na uzrast, trebalo da zna.
2. Označiti sa + nazive delova tela koje ispitanik zna, a koji pripadaju nekome od starijih uzrasta.

