

Оригинални
научни радЈелена М. Зорић¹Универзитет у Београду, Факултет за специјалну едукацију и
рехабилитацију, Београд, Србија

Јелена Р. Петровић

Универзитет одбране, Војна академија,
Београд, Србија

Драган С. Бранковић

Универзитет у Београду, Учитељски факултет,
Београд, Србија

Значај њородичних карактеристика за њсихомоторни развој деце са развојном дисфазацијом

Резиме: Тешкоће сензорног процесања могу представљати ризик за развој језичких, говорних, али и когнитивних и моторичких способности деце. Осим самог деце, њследнице различитих развојних сметњи појаћају и родитеље. Пол, образовање, број деце у њородици и редослед рођења су неке од карактеристика које могу бити од значаја за дијагностиковање и третман њошешкоћа изазваних развојном дисфазацијом. Циљ истраживања био је да се испита њвезаност сензорних и њсихомоторних способности деце са развојном дисфазацијом са социодемографским карактеристикама њихових њримарних њородица. Узорак је чинило 47 родитеља деце која похаћају вртић, а код којих је њстављена дијагноза развојне дисфазације. У истраживању су коришћени Модификовани сензорни њрофил и Ујиник о социодемографским карактеристикама њородице. Подаци су обрађени њомоћу дескриптивне статистике, њ-тестом за независне узорке и анализом варијансе. Резултати су њпоказали да њстоје статистички значајне разлике на њсихомоторним димензијама сензорног процесања у зависности од образовања родитеља, али и редоследа рођења и броја деце у њородици. Подаци говоре о њоме да је неопходно њружити њири септар моћности за њтервенцију и њдршку родитељима деце са дијагностикованом развојном дисфазацијом

¹ jelenazoricrogan@gmail.com

Copyright © 2021 by the authors, licensee Teacher Education Faculty University of Belgrade, SERBIA.

This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (CC BY 4.0) (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original paper is accurately cited.

преко различитих едукација, као и оних физичких активности које појенцирају значај способности координације, али и fine моторике, нарочито када су у питању предшколци.

Кључне речи: моторичке способности, поремећаји учења, родитељи, сгенитарни животици.

Увод

Говор је уједно једна од најсложенијих когнитивних функција човека, али истовремено и његова најмлађа когнитивна способност. Сврха и циљ језика је комуникација, како вербална, тако и невербална, колико год то наизглед парадоксално било јер говор обухвата и онома топеје и различите звуке, а реакција на вербалне захтеве једне стране врло често је праћена не само вербалним одговором већ и понашајном компонентом примаоца поруке. Наиме, језик подразумева истовремено и рецепцију (разумевање) и експресију (изражавање). Експресивне језичке вештине се односе на садржај (семантику), форму (фонологију, морфологију и синтаксу), као и прагматику (смислено контекстуално коришћење термина). Рецептивне вештине подразумевају способност разумевања говора и писаног материјала. Процес комуникације подразумева, осим слања, примања и разумевања поруке, и саму поруку, као и канал, односно средство комуникације, али и дејство различитих шума на различитим нивоима, како саме поруке, тако и процеса трансмисије и ентропију (Shannon, 1948). Много фактора је потребно испунити да би процес комуницирања био успешан и смањити или уклонити дејство потенцијалних шума у процесу комуницирања. Један од тих шума који настаје у раном детињству и представља облик патологије говора је и развојна дисфазија (Moore, 2007; Van der Linde, 2008).

Развојна дисфазија се дефинише као специфични језички и комуникацијски поремећај који карактеришу немогућност адекватног развоја говора, упркос просечној или натпросечној невербалној интелигенцији, адекватном функционисању слуха и вида и одсуству неуролош-

ких проблема и подстицајној средини, без сензорних, емоционалних и других депривација. Аутори Лусије и Флеса (Lussier & Flessas, 2005) наводе да се развојна дисфазија препознаје тако што дете има поремећај аудитивне перцепције, језичке дефиците (фонолошке и артикулационе тешкоће, тешкоће у структури речи, морфолошке и граматичке тешкоће, успорен лексички и семантички развој, нарушен прагматски начин говора). Дисфазија може бити експресивног или рецептивног типа. Када је нарушена експресија, родитељи могу препознати одсуство продукције речи или њихову замену, одсуство способности формирања реченице до друге године живота детета, нарушена је течност говора, способност говора је ограничена, реченице су просте са нарушеном граматичком структуром (Kelso, Fletcher & Lee, 2007; Riches, Tomasello & Conti-Ramsden, 2005). Деца у спонтаном говору изостављају или погрешно употребљавају заменице, предлоге, падеже, чланове, времена. Изражени су и артикулациони поремећаји, тј. деца неправилно изговарају одређени број гласова.

Ако говоримо о нарушеном рецептивном говору, дете се не одазива на позив именом до 12 месеци, на узрасту до 18 месеци има тешкоће да препозна предмете из свог окружења, на узрасту од 24 месеца има тешкоће у извршавању једноставних вербалних налога. На каснијем узрасту присутна је неспособност разумевања постављених питања. Рецептивни облик овог језичког поремећаја прате социоемоционални поремећаји, као и поремећаји понашања. Постоји расутост пажње, деца су анксиозна, осетљива, повученија и стидљивија од својих вршњака. При поласку у школу ову децу обично прате тешкоће у усвајању школских вештина, тј. проблеми приликом усвајања технике писања,

читања, као и запамћивања прочитаног и друге тешкоће у разумевању и извршавању вербалних налога, писању, читању, говору (смањен вокабулар, мешање једнине и множине, времена и родова и тешко осмишљавање приче на задатом материјалу итд). Међутим, мање је очигледно, а, самим тим, и познато, да је развојна дисфазија блиско повезана и са тешкоћама процеса генерализације и апстрактног мишљења (Lussier & Flessas, 2005), математичким операцијама (Кнох, 2002), па чак и проблемима у понашању (Ullman & Pierpont, 2005). Дефицит у развоју говора је дуготрајан (Nippold & Schwarz, 2002; Palikara, Lindsay & Dockrell, 2009; Törnqvist et al., 2009), а различити аутори наводе приближне податке о преваленци: на узрасту од пет до шест година износи око 7% (Tomblin et al., 1997), четири и по до пет година 7,4% (Thordardottir et al., 2010) или 1,3%–7,4% на предшколском узрасту (Bishop, 2002; Keating, Turrell & Ozanne, 2001; Shriberg, Tomblin & McSweeney, 1999).

На основу резултата истраживања увидело се да се стицање интелектуалних и моторичких способности одвија на веома сличан начин (Rosenbaum, Carlson & Gilmore, 2001; Paz, Wise & Vaadia, 2004) и да су моторички и когнитивни развој међусобно фундаментално повезани (Diamond, 2000), што значи да развој моторичких способности може бити индикатор ступња развоја когнитивних способности (Sibley & Etnier, 2003; Buck, Hillman & Castelli, 2008; Geuze & Kalverboer, 1994; Kadesjo & Gillberg, 1998; Hill, Bishop & Nimmo-Smith, 1998; Piek, Pitcher & Hay, 1999; Reynolds & Nicolson, 2007; Merriman, Barnett & Kofka, 1993). Студије чак сугеришу и да однос моторичких и когнитивних способности може бити сагледан и у контексту утицаја физичких активности на когнитивне способности, директно или путем посредујућих фактора и процеса. Наиме, до пете године најважнији развој у погледу моторике тече у правцу усвајања и развоја грубих покрета који се односе на велике области тела (ходање, трчање, пливање, во-

жња бицикла). После пете године живота развој координације обухвата развој fine и манипулативне моторике, као што је случај код бацања и хватања лопте, писања и руковања алатима.

Координација је једна од основних моторичких способности сваког човека, заједно са снагом, брзином, издржљивошћу, покретљивошћу, равнотежом и прецизношћу (Kukolj, 2006). Постоји више дефиниција способности координације у области наука о спорту, физичком васпитању и телесном вежбању које су сложне у томе да се ради о способности која је одговорна за извођење сложених моторичких задатака и кретних структура (Metikoš et al., 1974). Једна од најчешће коришћених је она по којој координација представља физичку способност управљања покретима целог тела или појединих делова локомоторног апарата и која подразумева складно, синхронизовано, економично и поуздано извођење сложеног моторичког кретања, као и усклађеност многих физичких способности при извођењу одређеног моторичког задатка (Kukolj, 2006). Координација као димензија моторичког простора се развија са развојем моторне коре и функције малог мозга и до пубертета њен развој је усклађен са развојем и растом осталих моторичких способности (Ношек, 1976). Уз дететову интелигенцију, претходно усвојена знања и вештине, на координацију утиче и ниво осталих моторичких способности (Milanović i sar., 2003).

Оно што способност координације представља на моторичком плану јесте сензорна интеграција у когнитивно-конативном смислу. Сензорна интеграција је процес организовања визуелних, аудитивних, олфакторних, густативних, вестибуларних, тактилних и проприоцептивних информација и подражаја које примамо из спољне средине, али и нашег сопственог организма, који нам омогућава адекватно свакодневно функционисање у спољном свету (Stein, Stanford & Rowland, 2009). Процес сензорног интегрисања се одвија спонтано и код већине људи омогућава несметано

функционисање. Међутим, неке особе могу имати тешкоће сензорне интеграције, које се најчешће огледају у осетљивости сензорног процесирања. Такође, процесе који почивају у основи сензорне интеграције одликује велика пластичност, нарочито у млађем добу. Стога је лако могуће, уколико дође до оштећења једног перцептивног канала, надоместити тај недостатак развијањем других канала и механизма унутар истог канала, или пак појачаним развојем другог чула и менталном реорганизацијом когнитивних процеса који учествују у обради приспелих чулних података.

Присуство развојне дисфазе утиче и на психосоцијалне сегменте дететовог функционисања унутар породице, школе, као и на свакодневни живот. Породични односи могу бити нарушени и оптерећени стигмом детета са посебним потребама. Партнерски односи родитеља трпе, слободно време и породичне активности су усмерене на помоћ детету са развојним проблемом, породична атмосфера је препуна бојазни, анксиозности, а понекад и депресије. Остала деца у породици могу стећи утисак да су занемарена због фокуса који је стављен на дете са проблемом или могу имати осећај стигматизованости због прозивки вршњака на рачун рођака са сметњама у развоју. На све ово се надовезују и економски проблеми који оптерећују породицу, јер сваки третман код стручњака ван редовног осигурања кошта, а треба га спроводити што је чешће могуће, чиме се круг цене третмана и недостатка времена које се квалитетно проводи са децом затвара. А када је присутно више развојних проблема, потребан је и интердисциплинарни рад тима стручњака.

Стога је циљ истраживања испитивање повезаности психомоторних карактеристика сензорне осетљивости деце са дијагностикованом развојном дисфазом са неким од карактеристика примарне породице за које постоји претпоставка да могу бити од значаја за дијагностиковање и третман потешкоћа изазваних развојном дисфазом.

Методолошки приступ

Узорак и процедура. Узорак је чинило 47 родитеља деце која похађају вртић (старије групе, узраста 3–6 година) са дијагностикованом развојном дисфазом, оба пола, која су била укључена у логопедски третман. Просечна старост родитеља је била $M=34.72$, $SD=7.39$, а деце обухваћене третманом $M=3.87$, $SD=0.99$. Узорком је било обухваћено 12 очева и 35 мајки, који су били родитељи 25 дечака и 22 девојчице. Подаци су прикупљени у Заводу за психофизиолошке поремећаје и говорну патологију „Проф. др Цветко Брајовић“ у Београду, уз претходно обезбеђену сагласност за спровођење истраживања. Испитаници су добили прецизна објашњења и упутства непосредно пре тестирања и били су информисани о начину и сврси прикупљања података.

Инструменти. Модификовани сензорни профил (Dunn & Brown, 1997) састоји се од тврдњи којима се процењује девет домена функционисања детета у свакодневном животу (Тражење сензорних подражаја, Емоционална реактивност, Низак мишићни тонус и издржљивост мишића, Орална сензорна осетљивост, Непажња и расејаност, Слабо регистровање дражи, Сензорна осетљивост, Седентарни фактор, Фина моторика и перцепција) презентованих у 125 тврдњи. Настао је као модификација сензорног профила Данове (Dunn, 1994), а који се састоји од 125 тврдњи које описују понашање детета, подељених у осам супскала. Осим основних система процесирања (аудитивно, визуелно, тактилно, вестибуларно чуло, положај тела и чуло укуса), инструментом су обухваћени и бихевиорални елементи (владање, пажња и социјално-емоционална димензија). И на Модификованом и на оригиналном профилу коришћена је петостепена Ликетрова скала, од 5 – увек до 1 – никада. Родитељи су процењивали колико често се понашање детета описано у приложеним тврдњама може опазити у свакодневном функционисању. Значајно је напоменути и да су оба профила форми-

рана на основу процене деце без сметњи у развоју.

Упитник са социодемографским подацима о породици је конструисан искључиво за потребе истраживања и обухватао је следећа питања: пол родитеља, образовање родитеља, пол детета, број деце у породици, редослед рођења детета са развојном дисфазом, као и питање које се односило на то колико времена активно проводи са дететом у игри која подразумева неки облик спорта или физичке активности.

Варијабле. Независне варијабле су биле пол родитеља (мушки и женски), степен образовања родитеља (завршена средња или виша школа или факултет), пол детета (мушки и женски), редослед рођења детета са развојном дисфазом, број деце у породици и питање које се односило на то колико времена активно проводи са дететом у игри која подразумева неки облик спорта или физичке активности. Зависне варијабле су биле резултати на девет скала Модификованог сензорног профила.

Статистичка обрада података. Статистичка обрада одрађена је у статистичком пакету SPSS 24. Подаци су обрађени помоћу дескриптивне и параметријске статистике (т-тест за независне узорке, анализа варијансе).

Резултати

Добијени подаци су показали да 40% родитеља има завршену средњу школу, 31,1% вишу, а 28,9% факултет. Такође, 36,2% породица су биле са једним дететом, а 63,8% са двоје. Када је у питању развојна дисфаз, поремећај је био присутан код 59,6% прворођене и 40,4% другорођене деце.

Од процењиваних домена сензорног процесирања, према мишљењу родитеља формираног на основу свакодневног понашања и функционисања њиховог детета, најугроженији су Фина моторика и перцепција, Емоционална реактивност, Тражење сензорних подражаја и

пажња – супскала Непажња и расејаност (Табела 1). Такође, што се тиче поузданости самог инструмената, треба рећи и то да у првобитном испитивању Кромбахова алфа супскала Модификованог сензорног профила није рађена. Нижа поузданост скала Слабо регистровање дражи, Сензорна осетљивост и Фина моторика и перцепција се донекле може оправдати мањим узорком и малим бројем ајтема на скали. Притом се скала Слабо регистровање дражи ослања на податке који су настали као микс података из домена социјалног и емоционалног функционисања детета и података у вези са чулом додира. Скала Сензорна осетљивост се ослања искључиво на податке о покретима које деца чине а које процесуирају вестибуларним чулима, док скала Фина моторика и перцепција почива искључиво на подацима моторне координације око – рука (процена графомоторичких способности).

Табела 1. Показатељи ваљаности и дескриптивне статистике Модификованог сензорног профила.

	α	Min	Max	M	SD
Тражење сензорних подражаја	0.85	1.00	3.18	2.41	0.58
Емоционална реактивност	0.87	1.19	3.50	2.64	0.62
Низак мишићни тонус и издржљивост мишића	0.86	1.00	2.44	1.35	0.42
Орална сензорна осетљивост	0.87	1.00	3.44	2.13	0.80
Непажња и расејаност	0.74	1.00	3.57	2.34	0.66
Слабо регистровање дражи	0.53	1.00	2.50	1.70	0.45
Сензорна осетљивост	0.55	1.00	3.00	1.46	0.47
Седентарни фактор	0.93	1.00	4.50	1.78	0.92
Фина моторика и перцепција	0.35	1.25	4.25	2.87	0.73

*Легенда: α – Кромбахова алфа; Min – минимална вредност; Max – максимална вредност; M – аритметичка средина; SD – стандардна девијација.

Табела 2. Разлике на супскалама Модификованог сензорног профила у односу на број деце у породици и редослед рођења деце са дијагностикованом развојном дисфазијом које је укључено у логопедски програм.

Супскале	Број деце у породици				Редослед рођења детета са дисфазијом			
	1		2		прво		друго	
	М	SD	М	SD	М	SD	М	SD
Тражење сензорних подражаја	2.58	.48	2.32	.61	2.39	.61	2.44	.54
Емоционална реактивност	2.75	.61	2.29	.56	2.54	.63	2.35	.59
Низак мишићни тонус и издржљивост мишића	1.25	.36	1.10	.45	1.21	.32	1.55	.49
Орална сензорна осетљивост	2.42	.65	1.96	.84	2.19	.82	2.05	.79
Непажња и расејаност	2.65	.78	2.17	.52	2.42	.73	2.23	.53
Слабо регистровање дражи	1.77	.46	1.65	.45	1.68	.43	1.72	.50
Сензорна осетљивост	1.43	.45	1.48	.48	1.38	.38	1.58	.56
Седентарни фактор	1.40	.61	2.00	.99	1.56	.77	2.10	1.03
Фина моторика и перцепција	2.95	.63	2.82	.80	2.72	.70	3.09	.75

*Легенда: М – аритметичка средина, SD – стандардна девијација.

У истраживању нису добијене статистички значајне разлике на супскалама Модификованог сензорног профила у односу на пол родитеља и пол детета. Т-тест за независне узорке је показао да постоје статистички значајне разлике када је у питању број деце у породици, као и редослед рођења детета.

Статистички значајне разлике у односу на број деце су добијене на супскалама Емоционална реактивност ($t=2.579$, $df=31.31$, $p<.015$), Орална сензорна осетљивост ($t=2.096$, $df=40.52$, $p<.042$), Непажња и расејаност ($t=2.248$, $df=24.09$, $p<.034$), Седентарни фактор ($t=-2.568$, $df=44.60$, $p<.014$). У односу на редослед рођења добијене су статистички значајне разлике на супскали Низак мишићни тонус и издржљивост мишића ($t=-2.631$, $df=28.141$, $p<.014$). Статистички значајне разлике у односу на образовање родитеља су добијене на супскалама Тражење сензорних подражаја ($F=3.324$, $df=2$, $p<.046$). Пост хок Шефев тест је показао да се значајно разликују процене родитеља са средњом школом ($M=2.33$) и са факултетом ($M=2.22$) од родитеља са вишом шко-

лом ($M=2.74$) по питању процене супскале Тражење сензорних подражаја. Нису добијене разлике по питању времена које родитељи активно проводе у игри са дететом која подразумева неки облик спорта или физичке активности.

Дискусија

Физичка активност је фактор који може посредовати у побољшању моторичких способности, слике о себи, социјалне интеракције и комуникационих вештина, особито на најранијем узрасту, будући да су различити домени развоја детета (социјални, емоционални, моторички, когнитивни и језички) вишеструко повезани. Та комплексна повезаност различитих домена у раду са децом са развојном дисфазијом пружа могућност за испробавање и комбиновање различитих третмана и рад стручњака различитих профила (психолога, логопеда, сурдолога, соматопеда, васпитача, учитеља, професора физичке културе и лекара различитих специјалности), будући да раст и напредак у једном до-

мену нужно за собом повлачи квалитативне и квантитативне помаке у другима. Због тога су покрет и кретање веома важни за рани развој детета: они обликују слику тела, телесну шему, физички селф-концепт, формирање осећаја за простор и време као и просторно и временско планирање. Такође, доприносе и формирању слике о себи и сопственим способностима сваког појединца, делујући на његово самопоштовање, самопоуздање и самовредновање, како по питању моторичких способности, тако и у општем смислу. Такође, на социјално-психолошком плану покрет и кретање имају значајну улогу у промовисању концепата сарадње, толеранције и поштовања индивидуалних разлика (Cermak, Gubbay & Larkin, 2002).

Један од посредника у развоју моторичких вештина и формирању ставова према њима као и промоцији здравих стилова живота су и родитељи. Родитељски ставови и уверења по питању могућности и способности сопственог детета у различитим доменима су оно што такође може имати имплицитан или експлицитан утицај на развој одређене способности код детета, на пример, форсирање одређене физичке активности као активног провођења слободног времена, промовисање одређеног спорта у игри са дететом, праћење различитих медијских садржаја у вези са тим спортом, одлазак на утакмице или уписивање детета на одређени спорт, или пак избегавање у свим облицима оних активности за које родитељ мисли да његово дете нема потенцијале, таленат или пак има неку препреку која га спречава да постигне успех (Bois et al., 2005; Stoll, 1985; Wigfield & Eccles, 2000). Џејкобс и Еклес (Jacobs & Eccles, 1992) сматрају да, када је у питању домен моторичких способности, пресудну улогу у учешћу, избору активности, па и постизању успеха, имају ставови, мишљења и аспирације мајки. Ипак, у нашем истраживању нисмо добили да се ставови очева и мајки разликују по питању процене функционисања детета са развојном дисфазијом у моторичким доменима.

Ово је важно нагласити због тога што живот детета са развојном дисфазијом губи одлике живота типичног за једно дете непосредно по уочавању ометености. Многи родитељи, притиснути страхом и бригом за будућност детета, престају да се с њим спонтано играју и подстичу га на физичку активност, јер у томе не виде никакав смисао нити значај за развојни поремећај са којим се њихово дете суочава. Све што се са дететом ради и све што оно само треба да уради усмерено је на то да се тешкоћа ублажи или отклони, при чему се занемарује целовитост дететовог развоја и његових потреба, чиме се фокус ставља на медицински модел у раду са децом са поремећајима у развоју, стављајући и родитеље и децу у улогу пасивних реципијената, којима се помоћ пружа искључиво у институционалном окружењу.

Седентарно понашање као фактор ризика је блиско повезано са бројем деце у породици: у породицама са више деце постоји већи ризик од формирања седентарних навика детета са развојном дисфазијом. У осталим доменима сензорног процесирања, нарочито оним који се тичу емоционалних, социјалних и когнитивних области, под већим ризиком су јединци. Када је у питању редослед рођења, једина значајна разлика се појавила на супскали Низак мишићни тонус и издржљивост мишића: другорођена деца са развојном дисфазијом су под повећаним ризиком. Такође, ситуација се додатно усложњава уколико се у причу уведе и фактор нивоа образовања родитеља, где однос скала и нивоа образовања није линеаран, већ се пријављује повећан интензитет тешкоћа у функционисању деце у домену Тражење сензорних подражаја од стране родитеља са завршеном вишом школом. Могуће образложење је да родитељи са овим нивоом образовања најреалније сагледавају способности своје деце, док су родитељи са средњом школом и факултетом склони минимизирању тешкоћа, услед недовољне обучености, односно личне депривираниости родитељском улогом услед

осећања личне инфериорности због развојног поремећаја присутног код њихове деце, о чему говори велики број истраживања (Heath et al., 2015; Lu et al., 2015; Varghese & Venkatesen, 2013). У логопедској пракси се показало да средње и високообразовани родитељи пре уочавају тешкоће и мотивисанији су да их у што краћем временском периоду отклоне, чак су и више анксиозни.

Стога је једна од препорука за рад у пракси да се са децом код које је дијагностикована развојна дисфазација, а рођени су у породици са више деце и притом другорођени, више пажње посвети промовисању различитих физичких активности које наглашавају моторичке способности координације, да би се адекватно искористио сензитивни период који се поклапа за похађањем нижих разреда основне школе. Сарадња и разумевање самог поремећаја од стране родитеља, учитеља и професора физичког васпитања може довести до свеобухватног напретка детета, преко прираста у домену моторичких способности, нарочито ове две, у којима су већ регистроване потешкоће у развоју деце са развојном дисфазацијом.

Родитељима је потребно указати на то да постоје различити начини да у породичном окружењу сами практикују одређене вежбе и створе одговарајуће услове, што је стручњацима недоступно, и да кроз интеракцију са децом побољшају породичну комуникацију и науче да и игра може бити лек, а да ниво образовања није пресудан за успешност примењених техника. Потребно им је помоћи да разумеју да појава развојне дисфазације код детета није њихова грешка и кривица (као ни другог родитеља, нити педијатра који није реаговао, нити логопеда који лоше ради свој посао, нити васпитачица и учитељица које не раде добро свој посао), већ да је то просто нешто што се дешава, што има и неуролошку подлогу и да може бити превазиђено или барем у неком степену ублажено. Стога

не треба гурати под тепих примедбе и проблеме које у свакодневном раду са децом уочавају васпитачице и учитељице, будући да са том децом активно понекад проводе и више времена него сами родитељи, барем у току радног дана. Многа деца проводе у вртићу или боравку далеко више времена него што је то очекивано и предвиђено, било да је узрок томе неусклађеност радног времена родитеља или чињеница да родитељи због финансијских разлога морају да раде и два и више хонорарних послова. Сведоци смо појави да од скоро све више приватних вртића прилагођава своје радно време потребама родитеља и да неки раде чак и до 22 часа и/или суботом. Наравно, у таквим ситуацијама комбинује се и помоћ бака и дека, рођака, пријатеља, комшија, напосто особа које уживају поверење родитеља или пак бекситера. Степен ублажавања ефеката дисфазације зависи од тога колико је пажње посвећено раду са дететом, понајпре у критичном периоду од треће до шесте године и при поласку у школу. У том раду свако може допринети на свој начин. На родитељима је да не занемарују сугестије околине која им даје повратне информације о функционисању њихове деце, чак и онда када то није оно што очекују или желе да чују. Треба да буду спремни на то да се очекује и њихова укљученост у рад са децом код куће, а не само техничка подршка и сервис (довођење и одвођење из школе и вртића, са тренинга, од логопеда или другог стручњака и слично). Са друге стране, ако неко од људи који су задужени за рад са децом није упознат са тешкоћама које дете има, потребно му је то саопштити, без страха од стигматизације или велике помпе. То је просто нешто што ће помоћи тој особи у раду са дететом и учинити да постоји боља комуникација те особе и детета и што ће учинити да се обоје осећају боље и сигурније, а не да се стално врте у кругу међусобног неразумевања, без јасног увида у то где греше. Породични контекст и свакодневна интеракција су јако битни и у оквиру сопствених могућности треба видети да ли уло-

гу „водича“, односно „помагача“ деци са развојном дисфазијом могу пружити и други чланови породице. Мама не мора бити неко ко храни, облачи и брине о деци када су болесна: може да буде и изузетан сарадник када се праве колачи: дете синестезијом чулних утисака – пробањем различитих зачина може стећи појам о укусима (слано, кисело, љуто, слатко). Тата не мора бити само возач, може да буде и изузетан тренер или кућни мајстор, уз ког деца савладавају основне кретне и моторичке способности или увиђање релација између професије, извршења радње и алата. Браћа и сестре могу бити неко поред кога се ненамерно усвајају неформална знања, посебно ако су старији – радозналост и такмичарски дух на раном узрасту чине своје. Важно је само да постоји свест о проблему, добра воља за рад и упорност, док средства за постизање циља могу бити различита.

Са друге стране, основна школа као свеобухватна институција пружа могућност укључивања у додатне активности деце са ризиком, преко организованих активности у природи, активности у дневном боравку и потенцирањем не само предмета који се доминантно ослањају на вербални садржај. На разумевање вербалног садржаја је могуће утицати и посредно, кроз рад са децом у наставним предметима који подстичу дечју самоекспресију (попут музичког, физичког, ликовног), а који деци омогућавају повезивање конкретних појмова са стварима, појавама и предметима у пракси (нпр. усвајање појма структуре помоћу подлоге која је глатка, рељефна, храпава, пескирана и слично. Такође, могуће је и извршити утицај на развој самопоуздања и бољу социјализацију деце са развојном дисфазијом. Такође, физичко васпитање може представљати додатну спону, по принципу зоне наредног развоја, за бољу и лакшу адаптацију оне деце која су се систематски бавила физичком активношћу на предшколском узрасту.

Ограничење, али и правац развоја овог истраживања је мали узорак родитеља, као и недостатак поређења са истраживањима на ову тему код других група деце са первазивним поремећајима, првенствено по питању патологије говора. Такође, може се размишљати у правцу лонгитудиналних истраживања код деце или о укључивању мерења различитих моторичких тестова у истраживање, као и спровођењу истраживања на узорку родитеља старијих узрачних група деце са дијагностикованом развојном дисфазијом, будући да постоје одређена истраживања која говоре о томе да је овај поремећај присутан током целог живота. Развој савремених технологија (а посебно у ванредним ситуацијама попут актуелног времена пандемије) утиче не само на домен визуелних садржаја, што се манифестује слабљењем квалитета и оштрине вида, већ и на домен антропометрије и моторике, што доводи до постуралних поремећаја и поремећаја развоја кичменог стуба, али и на домен (психо)лингвистике, формирањем паралелних језичких структура и универзалних техницистичких кованица, које мењају смисао и значење матерњег језика, утичући на развој самог језика, али и усвајање говора. Како омогућити детету да у сензорно најосетљивијем периоду што боље усвоји полазне основе неког страног језика, уколико није довољно овладало својим? Или како у таквим случајевима развити његове вокално-музичке таленте и способности? Употреба савремених технологија неминовно умањује снагу и значај непосредне социјалне интеракције међу људима, што додатно одузима моћ раним агенсима социјализације, што можда и није толики проблем код деце чији развој тече неометано. Код деце са развојном дисфазијом то дефинитивно јесте случај. У времену у ком се све гласније говори о феномену овисности о телефону, интернету и друштвеним мрежама, а не само о видео-игрицама, можда проблем није карактеристичан само за децу и адолесценте, већ је присутан и код појединих родитеља.

Литература

- Bishop, D. V. M. (2002). Motor immaturity and specific speech and language impairment: evidence for a common genetic basis. *American journal of medical genetics*, 114 (1), 56–63.
- Bois, J. E., Sarrazin, P. G., Brustad, R. J., Trouilloud, D. O. & Cury, F. (2005). Elementary schoolchildren's perceived competence and physical activity involvement: the influence of parents' role modelling behaviours and perceptions of their child's competence. *Psychology of Sport and Exercise*, 6 (4), 381–397.
- Buck, S. M., Hillman, C. H. & Castelli, D. M. (2008). The relation of aerobic fitness to Stroop Task performance in preadolescent children. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 40 (1), 166–72.
- Cermak, S. A., Gubbay, S. S. & Larkin, D. (2002). What is developmental Coordination Disorder? In: Cermak, S. & Larkin, D. (Eds.). *Developmental coordination disorder* (2–22). New York: Delmar Thomson.
- Diamond, A. (2000). Close interrelation of motor development and cognitive development and of the cerebellum and prefrontal cortex. *Child Development*, 71 (1), 44–56.
- Dunn, W. (1994). Performance of typical children on the Sensory Profile: An item analysis. *American Journal of Occupational Therapy*, 48 (11), 967–974.
- Dunn, W. & Brown, C. (1997). Factor Analysis on the Sensory Profile from a National Sample of Children Without Disabilities. *The American Journal of Occupational Therapy*, 51 (1), 490–495.
- Geuze, R. H. & Kalverboer, A. F. (1994). Tapping a rhythm: A problem of timing for children who are clumsy and dyslexic? *Adapted Physical Activity Quarterly*, 11 (2), 203–213.
- Heath, C. L., Curtis, D. F., Fan, W. & McPherson, R. (2015). The association between parenting stress, parenting self-efficacy, and the clinical significance of child ADHD symptom change following behavior therapy. *Child Psychiatry & Human Development*, 46 (1), 118–129.
- Hill, E. L., Bishop, D. V. M. & Nimmo-Smith, I. (1998). Representational gestures in developmental coordination disorder and specific language impairment: Error types and the reliability of ratings. *Human Movement Science*, 17 (4-5), 655–678.
- Hošek, A. (1976). Struktura koordinacije. *Kineziologija*, 6 (1–2), 151–192.
- Jacobs, J. E. & Eccles, J. S. (1992). The impact of mother's gender role stereotypic beliefs on mothers and children's ability perceptions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63 (6), 932–944.
- Kadesjo, B. & Gillberg, C. (1998). Attention deficits and clumsiness in Swedish 7-11 year-old children. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 40 (12), 796–804.
- Keating, D., Turrell, G. & Ozanne, A. (2001). Childhood speech disorders: reported prevalence, comorbidity and socio-economic profile. *Journal of paediatrics and child health*, 37 (5), 431–436.
- Kelso, K., Fletcher, J. & Lee, P. (2007). Reading comprehension in children with specific language impairment: An examination of two subgroups. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 42 (1), 39–57.
- Knox, E. (2002). Educational attainments of children with specific language impairments at year 6. *Child Language Teaching & Therapy*, 18 (2), 103–124.
- Kukolj, M. (2006). Antropomotorika. Beograd: Fakultet sporta i fizičkog vaspitanja.

- Lu, M., Yang, G., Skora, E., Wang, G., Cai, Y., Sun, Q. & Li, W. (2015). Self-esteem, social support, and life satisfaction in Chinese parents of children with autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 17, 70–77.
- Lussier, F. & Flessas, J. (2005). *Neuropsychologie de l'enfant: Troubles développementaux et de l'apprentissage*. Paris: Dunod.
- Merriman W. J., Barnett B. E. & Kofka J. B. (1993). The standing long jump performances of preschool children with speech impairments and children with normal speech. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 10 (2), 157–163.
- Metikoš, D., Hošek, A., Horga, S., Viskić-Štalec, N., Gredelj, M. i Marčelja, D. (1974). Metrijske karakteristike testova za procjenu hipotetskog faktora koordinacije definiranog kao sposobnost brzog i tačnog izvođenja kompleksnih motoričkih zadataka. *Kineziologija*, 4 (1), 42–47.
- Milanović, L., Jukić, I., Nakić, J. i Čustonja, Z. (2003). Kondicijski trening mladih dobnih skupina. U: Milanović, D., Jukić, I. (ur.). *Zbornik radova međunarodnog znanstvenog skupa Kondicijska priprema sportaša* (54–61). Zagreb: Kineziološki fakultet i Zagrebački športski savez.
- Moore, D. R. (2007). Auditory processing disorders: acquisition and treatment. *Journal of Communication Disorders*, 40 (4), 295–304.
- Nippold, M. A. & Schwarz, I. E. (2002). Do children recover from specific language impairment? *International Journal of Speech-Language Pathology*, 4 (1), 41–49.
- Palikara, O., Lindsay, G. & Dockrell, J. E. (2009). Voices of young people with a history of specific language impairment (SLI) in the first year of post-16 education. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 44 (1), 56–78.
- Paz, R., Wise, S. P. & Vaadia, E. (2004). Viewing and doing: similar cortical mechanisms for perceptual and motor learning. *Trends in Neuroscience*, 27 (8), 496–503.
- Piek, J. P., Pitcher, T. M. & Hay, D. A. (1999). Motor coordination and kinaesthesia in boys with attention deficit hyperactivity disorder. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 41 (3), 159–165.
- Reynolds, D. & Nicolson, R. I. (2007). Follow-up of an exercise-based treatment for children with reading difficulties. *Dyslexia*, 13 (2), 78–96.
- Riches, N. G., Tomasello, M. & Conti-Ramsden, G. (2005). Verb learning in children with SLI: Frequency and spacing effects. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 48 (6), 1397–1411.
- Rosenbaum, D. A., Carlson, R. A. & Gilmore, R.O. (2001). Acquisition of intellectual and perceptual-motor skills. *Annual Review of Psychology*, 52, 453–470.
- Shannon, E. C. (1948). A Mathematical Theory of Communication. *The Bell System Technical Journal*, 27, 379–423.
- Shriberg, L. D., Tomblin, J. B. & McSweeney, J. L. (1999). Prevalence of speech delay in 6-year-old children and comorbidity with language impairment. *Journal of speech, language, and hearing research*, 42 (6), 1461–1481.
- Sibley, B. A. & Etnier, J. L. (2003). The Relationship between physical activity and cognition in children: A meta-analysis. *Pediatric Exercise Science*, 15 (3), 243–56.
- Stein, B. E., Stanford, T. R. & Rowland, B. A. (2009). The neural basis of multisensory integration in the midbrain: its organization and maturation. *Hearing research*, 258 (1–2), 4–15.

- Stoll, L. (1985). Accepting the diagnosis: an educational intervention for parents of children with learning disabilities. *Journal of learning disabilities*, 18 (3), 151–153.
- Tomblin, J. B., Records, N. L., Buckwalter, P., Zhang, X., Smith, E. & O'Brien, M. (1997). Prevalence of specific language impairment in kindergarten children. *Journal of speech, language, and hearing research*, 40 (6), 1245–1260.
- Törnqvist, M. C., Thulin, S., Segnestam, Y. & Horowitz, L. (2009). Adult people with language impairment and their life situation. *Communication Disorders Quarterly*, 30 (4), 237–254.
- Ullman, M. T. & Pierpont, E. I. (2005). Specific language impairment is not specific to language: The procedural deficit hypothesis. *Cortex*, 41 (3), 399–433.
- Van der Linde, J. (2008). *The sensory profile of children with speech and language disorders in London and the South of England* (doctoral dissertation). Johannesburg: Faculty of Health Sciences, University of the Witwatersrand.
- Varghese, R. T. & Venkatesan, S. (2013). A comparative study of maternal burnout in autism and hearing impairment. *International Journal of Psychology and Psychiatry*, 1 (2), 101–108.
- Wigfield, A. & Eccles, J. S. (2000). Expectancy-value theory of achievement motivation. *Contemporary Educational Psychology*, 65 (1), 68–81.

Summary

Difficulties in sensory processing can be a risk for the development of language, speech, as well as cognitive and motor abilities in children. The aim of the research was to investigate the relationship between the sensory and psychomotor abilities of children with developmental dysphasia and the socio-demographic characteristics of their primary families. The consequences of different developmental difficulties affect not only the child, but the parents as well. Gender, education, number of children, and birth order are some of the characteristics which can be significant for diagnosing and treatment of the developmental difficulties caused by the developmental dysphasia. The sample consisted of 47 parents of preschool children with developmental dysphasia diagnose, which were included in logopedic treatment. The Modified Sensory Profile and the questionnaire about socio-demographic characteristics of the family were used in the research. The data were processed by descriptive statistics, t test for independent samples, and ANOVA. The results showed that there were statistically significant differences on the psychomotor dimensions of sensory processing relative to the educational level of parents, but also the order of birth and the number of children. The data indicate that there is a great need for a wider spectrum of opportunities for intervention and support for the parents of children with developmental dysphasia by offering them different training sessions, as well as by including them in the physical activities which focus on the coordination abilities and fine motorics, especially when it comes to the preschool children.

Keywords: motor abilities, learning difficulties, parents, sedentary lifestyle.