

Logopedski rad u vrtiću i školi u kontekstu poremećaja komunikacije

Žinić, Anamarija

Master's thesis / Diplomski rad

2020

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, Faculty of Education and Rehabilitation Sciences / Sveučilište u Zagrebu, Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:158:581029>

Rights / Prava: [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-27**



Repository / Repozitorij:

[Faculty of Education and Rehabilitation Sciences - Digital Repository](#)



Sveučilište u Zagrebu
Edukacijsko-rehabilitaciji fakultet

Diplomski rad

**Logopedski rad u vrtiću i školi u kontekstu
poremećaja komunikacije**

Anamarija Žinić

Zagreb, rujan 2020.

Sveučilište u Zagrebu
Edukacijsko-rehabilitaciji fakultet

Diplomski rad
**Logopedski rad u vrtiću i školi u kontekstu
poremećaja komunikacije**

Anamarija Žinić

izv. prof. dr. sc. Jasmina Ivšac Pavliša

Zagreb, rujan 2020.

Izjava o autorstvu rada

Potvrđujem da sam osobno napisala rad *Logopedski rad u vrtiću i školi u kontekstu poremećaja komunikacije* i da sam njegova autorica.

Svi dijelovi rada, nalazi ili ideje koje su u radu citirane ili se temelje na drugim izvorima jasno su označeni kao takvi te su adekvatno navedeni u popisu literature.

Ime i prezime: Anamarija Žinić

Mjesto i datum: Zagreb, rujan 2020.

Logopedski rad u vrtiću i školi u kontekstu poremećaja komunikacije

Anamarija Žinić

izv. prof. dr. sc. Jasmina Ivšac Pavliša

Logopedija

SAŽETAK

Porastom broja djece s poremećajima komunikacije (poremećaj iz spektra autizma – PSA i poremećaj socijalne komunikacije – PSK), raste i broj djece s poremećajima komunikacije koja su uključena u logopedsku podršku. Zbog toga je važna analiza logopedske prakse kako bi se dobio uvid u najčešće izazove i probleme s kojima se logopedi susreću.

U tu svrhu osmišljen je *online* upitnik o logopedskoj praksi u Hrvatskoj u kontekstu poremećaja komunikacije. U istraživanju je sudjelovalo 63 logopeda koji su zaposleni u dječjem vrtiću, osnovnoj ili srednjoj školi, sustavu zdravstva, socijalne skrbi i privatnoj praksi.

Rezultati pokazuju da većina logopeda u svoju podršku uključuje i djecu s poremećajima komunikacije, a najčešći razlog neuključivanja je nedovoljno znanja ili iskustva. Također, previše administrativnih poslova i drugih obaveza koje nisu usko vezane uz područje logopedije te veliki broj djece kojima je potrebna logopedska podrška razlog su rjeđem uključivanju djece sa PSA-om ili PSK-om. Većina logopeda u radu potiče poboljšanje komunikacije i jačanje jezičnog razumijevanja i proizvodnje te najčešće koriste utemeljene pristupe i intervencije u prodoru. Visoko i niskotehnološka pomagala većina logopeda koristi samo ponekad. Logopedi najčešće surađuju s roditeljima, a najrjeđe s učiteljima i odgojiteljima. U ostvarivanju kvalitetnije suradnje s drugim stručnjacima najčešće ih sprječava preopterećenost u radu te nepostojanje dogovorene i obavezne suradnje između stručnjaka i institucija zbog čega se trenutna suradnja temelji u najvećoj mjeri na međusobnim poznanstvima i osobnoj inicijativi. Također, logopedi s manje godina radnog iskustva se osjećaju kompetentnije za rad s djecom s poremećajima komunikacije te posjeduju bolja znanja o obilježjima poremećaja komunikacije.

Rezultati dobiveni ovim istraživanjem pružaju uvid u potrebe vezane za unaprjeđenje logopedske prakse te potiču rješavanje najčešćih izazova s kojima se logopedi susreću u radu s djecom s poremećajima komunikacije.

Ključne riječi: logopedska praksa, poremećaj iz spektra autizma, poremećaj socijalne komunikacije

Preschool and School-Based Speech-Language Pathologists Practice in the Context of Communication Disorders

Anamarija Žinić

Assoc. Prof. Jasmina Ivšac Pavliša, PhD

Speech and Language Pathology

ABSTRACT

As the number of children with communication disorders (autism spectrum disorder and social communication disorders) increases, so does the number of children with communication disorders involved in speech-language pathology support. Therefore, an analysis of speech-language pathologists practice in Croatia is important in order to gain insight into the most common challenges and problems that they face.

For this purpose, an online questionnaire on speech-language pathology practice in Croatia in the context of communication disorders was designed. The study involved 63 speech-language pathologists employed in preschool, primary or secondary school, the health care system, social welfare system and private practice.

The results show that most speech-language pathologists include children with communication disorders in their support. The most common reason for non-involvement is insufficient knowledge or experience. Also, too many administrative tasks and other obligations that are not closely related to the field of speech-language pathology as well as a large number of children who need speech-language pathologists support are the reason for less frequent inclusion of children with communication disorders. Most speech-language pathologists use established and emerging interventions to improve communication and language comprehension and production. Also, most speech-language pathologists use high and low technology aids only occasionally. Speech-language pathologists most often work with parents, and least often with preschool and school teachers. In achieving better partnership with other experts, they are usually hindered by work overload and the lack of agreed and mandatory collaboration between experts and institutions, which is why the current collaboration is based largely on mutual acquaintances and personal initiative. Also, speech-language pathologists with less years of work experience feel more competent to work with children with communication disorders and have better knowledge about the characteristics of communication disorders.

The results obtained by this research provide insight into the needs related to the improvement of speech-language pathologists practice in Croatia and encourage the solution of the most common challenges that speech-language pathologists face when providing support for children with communication disorders.

Key words: speech-language pathology practice, autism spectrum disorder, social communication disorder

Zahvaljujem mentorici izv. prof. dr. sc. Jasmini Ivšac Pavliša na uloženom vremenu, usmjeravanju i pomoći u izradi ovog diplomskog rada te svim znanjima koja ste mi prenijeli tijekom studiranja.

Hvala svim logopedima koji su izdvojili svoje vrijeme i sudjelovali u istraživanju.

*Najviše se zahvaljujem obitelji i prijateljima koji su mi bili stalna podrška tijekom studiranja.
Hvala vam na svim savjetima, strpljenju i ljubavi.*

SADRŽAJ

1. UVOD.....	1
1.1. POREMEĆAJI KOMUNIKACIJE.....	1
1.1.1. Poremećaj iz spektra autizma.....	2
1.1.2. Poremećaj socijalne komunikacije / socijalni (pragmatični) komunikacijski poremećaj	4
1.2. LOGOPEDSKI RAD U KONTEKSTU POREMEĆAJA KOMUNIKACIJE	5
1.2.1. Uočavanje i postavljanje dijagnoze	6
1.2.2. Intervencija.....	6
1.2.3. Suradnja s roditeljima i drugim stručnjacima	10
1.2.4. Znanje i kompetencije.....	11
2. CILJ ISTRAŽIVANJA I ISTRAŽIVAČKA PITANJA.....	13
3. HIPOTEZE ISTRAŽIVANJA	14
4. METODE ISTRAŽIVANJA.....	15
4.1. Sudionici istraživanja	15
4.2. Ispitni materijal i način provedbe istraživanja.....	16
4.3. Obrada podataka	16
5. REZULTATI I RASPRAVA	17
5.1. Uočavanje i dodatna procjena.....	17
5.2. Direktan rad i savjetovanje	18
5.3. Suradnja s drugim stručnjacima i roditeljima.....	23
5.4. Osjećaj kompetencije i potreba za unaprjeđenjem područja	25
5.5. Izazovi u radu.....	27
5.6. Znanje o PSA i PSK.....	28
6. ZAKLJUČAK	31
7. LITERATURA.....	33
8. PRILOG	39

1. UVOD

Čovjek je društveno biće i svakodnevno komunicira s drugim ljudima kako bi razmijenio informacije, misli i osjećaje ili utjecao na njihovo ponašanje. Već od samog rođenja, dijete je usmjereno na druge ljude i s njima komunicira što predstavlja temelj za usvajanje jezika i razvoj govora (Ljubešić, Capanec, 2012) te je zbog toga ključno za razvoj djeteta. No, komunikacijski razvoj nije uvijek uredan te se tada govori o poremećajima komunikacije. Posljednjih godina poboljšali su se dijagnostički kriteriji i testovi, povećalo se uočavanje i svjesnost o odstupanju od urednog komunikacijskog razvoja te je vidljiv i porast broj djece s poremećajima komunikacije. Prema podacima američkog Centra za kontrolu i prevenciju bolesti prevalencija poremećaja iz spektra autizma 2016. godine iznosila je 1 na 54 kod djece od 8 godina. 2014. godine, prevalencija je bila 1 na 59, a 2002. godine 1 na 150 (Maenner i sur., 2020). U Hrvatskoj prema zadnjem Zdravstveno-statističkom ljetopisu za 2018. godinu prevalencija poremećaja iz spektra autizma iznosi 6 na 10 000 osoba, tj. 1 na 1666. (Stevanović, Capak i Benjak, 2019). Ovako veliki nesrazmjera rezultat je dijelom manjkave dijagnostike razvojnih poremećaja u Hrvatskoj, nepostojanja jasnih i ujednačenih kriterija i standardiziranih mjernih instrumenata te nedovoljne educiranosti stručnjaka (Capanec, Šimleša i Stošić, 2015). U okviru poremećaja komunikacije, važno je uočiti i razlikovati i noviju dijagnostičku kategoriju, poremećaj socijalne komunikacije. Budući da je logopedija znanost koja se bavi prevencijom, otkrivanjem, dijagnosticiranjem i pružanjem intervencije poremećaja humane komunikacije, logoped ima važnu ulogu u radu s djecom s poremećajem iz spektra autizma i poremećajem socijalne komunikacije. Porastom prevalencije poremećaja komunikacije, raste i broj djece koja su uključena logopedsku podršku te se javlja potreba za analizom kompetencija i prakse logopeda u Hrvatskoj.

1.1 POREMEĆAJI KOMUNIKACIJE

Kod djece urednog razvoja, komunikacija se razvija paralelno s razvojem motorike, jezika, adaptivnog i kognitivnog funkcioniranja. Kod djece s poremećajima komunikacije, razvoj socijalnih vještina i jezika nije usklađen s razvojem ostalih područja. Taj nesrazmjer između razvoja socijalnih vještina i općeg razvoja jedan je od najvažnijih kriterija za definiranje poremećaja komunikacije. Kašnjenje u komunikacijskom razvoju obično se manifestira nedostatkom ili smanjenom potrebom za socijalnim i emocionalnim reciprocitetom. Kod djece s poremećajima komunikacije prisutna je smanjena potreba za

povezivanjem s drugima osobama te dijeljenjem svojih osjećaja i misli (Johnson, 2008). Teškoće u komunikaciji prisutne su i kod djece s motoričkim teškoćama, oštećenjem sluha ili vida, ali djeca s takvim teškoćama imaju želju i potrebu za komunikacijom te obično koriste razne strategije poput kontakta očima, facijalne ekspresije i geste kako bi se socijalno povezali s ljudima iz svoje okoline (Johnson, 2008). U ovom radu, naglasak će biti na djeci s poremećajem iz spektra autizma (PSA) i poremećajem socijalne komunikacije (PSK). Djeca sa PSA-om vrlo rijetko pokušavaju uspostaviti socijalnu povezanost te često ne reagiraju na pokušaje drugih ljudi da im privuku pažnju i uspostave kontakt. Kod njih je jasno izražen deficit u socijalno-emocionalnoj uzajamnosti.

1.1.1. Poremećaj iz spektra autizma

1943. godine Kanner (prema Simms i Jin, 2015) je primijetio da djeca s autizmom imaju značajno narušenu sposobnost da se povežu s drugim ljudima i situacijama na uobičajen način te da preferiraju biti sama. Djeca nisu koristila jezika za prenošenje znanja drugima, iako im pamćenje nije bilo narušeno. Također je uočio ograničenje u spontanim aktivnostima djece te da njihovim ponašanjem upravlja „*želja za nepromjenom*“. Taj opis bio je temelj za postavljanje dijagnoze autizma. Prema Dijagnostičkom i statističkom priručniku za duševne poremećaje (DSM-IV, 1994), poremećaj iz spektra autizma obuhvaćao je skupinu neurorazvojnih pervazivnih poremećaja: autistični poremećaj, Aspergerov poremećaj, Rettov poremećaj, pervazivni razvojni poremećaj koji nije drugačije specificiran i dezintegrativni poremećaj u djetinjstvu. DSM-5 (2013) navedene poremećaje objedinjuje u jednu kategoriju – poremećaj iz spektra autizma.

DSM-5 (2013) navodi da je poremećaj iz spektra autizma neurorazvojni poremećaj čija su obilježja perzistentno oštećenje u uzajamnoj socijalnoj komunikaciji i socijalnoj interakciji (kriterij A) i ograničeni, repetitivni obrasci ponašanja, interesa i aktivnosti (kriterij B). Navedena obilježja prisutna su od ranog djetinjstva i ograničavaju ili oštećuju svakodnevno funkcioniranje (kriteriji C i D). Prema količini podrške koja je osobi potrebna, razlikuju se 3 stupnja težine poremećaja: 1 – zahtijeva podršku, 2 – zahtijeva veliku podršku, 3 – zahtijeva vrlo veliku podršku. Manifestacija poremećaja razlikuje se ovisno o težini, razvojnoj razini i kronološkoj dobi pa se zato i koristi izraz „spektar“. Obilježja PSA obično su prisutna u dobi od prve do druge godine života, a mogu se uočiti i ranije. Rano obilježje PSA je odsustvo združene pažnje kao i smanjeno pokazivanje prstom, praćenje rukom ili donošenje predmeta radi podjele interesa s drugima te ne praćenje pokazivanja ili pogleda drugih ljudi. Također,

kod djece sa PSA-om vidljiv je i smanjen interes za lica, loš kontakt očima te izostanak socijalnog smiješka. Kod djece sa PSA-om prisutne su i teškoće ili kašnjenje u vizualnom ponašanju (atipično praćenje ili fiksacija na nekom objektu), motoričkom razvoju (smanjena razina aktivnosti, kašnjenje u razvoju fine i grube motorike), igri (ograničena imitativna igra, repetitivni obrazac igre) i jezičnom razvoju (smanjeno korištenje brbljanja za socijalno povezivanje s drugima, smanjeno korištenje riječi ili gesta za komunikaciju, kašnjenje u dostizanju jezičnih miljokaza poput pojave prve riječi) (Short i Schopler, 1988; Charnan i sur., 2003; Fournier i sur., 2010; Rozga i sur., 2011; prema Jones i sur., 2014).

Teškoće u socijalnoj interakciji i komunikaciji utječu na sve aspekte djetetova života pa tako i na funkcioniranje u vrtićkom okruženju i interakciju s vršnjacima. Radnje poput započinjanja i održavanja interakcija, integracije socijalnih aktivnosti, razumijevanja perspektive drugih i verbalne ekspresije emocija predstavljaju veliki izazov za dijete sa PSA-om u vrtićkoj dobi (Bellini i Hopf, 2007). Zbog teškoća u razumijevanju perspektive i ponašanja drugih, djeca sa PSA-om često izražavaju neprimjerene komentare te u razgovoru nameću svoju temu od posebnog interesa što posljedično dovodi do narušenih pozitivnih i uspješnih socijalnih interakcija sa svojim vršnjacima i odraslima (Bellini i Hopf, 2007). Zbog često prisutnih problema u ponašanju, autoagresije i stereotipnih pokreta djeca sa PSA-om imaju manje prilika za učenje i razvoj prihvatljivog socijalnog ponašanja (Wang i sur., 2011). Park i sur. (2012) navode da bihevioralne teškoće kod djece sa PSA-om mogu imati određenu komunikacijsku funkciju poput izbjegavanja neželjenih aktivnosti ili dobivanja nekog predmeta ili aktivnosti koje dijete smatra poželjnim. Zbog navedenih specifičnosti u komunikaciji i ponašanju djece sa PSA-om, vršnjaci često izbjegavaju komunikaciju i druženje s njima, a odgojiteljima predstavljaju veliki izazov u radu.

Djeca sa PSA-om susreću se s brojnim izazovima i teškoćama i u školi. Budući da se radi o spektru teškoća koje mogu biti teže ili blaže, učenici sa PSA-om se razlikuju u intelektualnim sposobnostima, vještinama kognitivnog funkcioniranja i različitim stupnjevima verbalnih i neverbalnih sposobnosti (Joseph, Tager-Flusberg i Lord, 2002). Također, školski uspjeh im je često nizak unatoč dobrom kognitivnom funkcioniranju (Ashburner, Zivaini i Rodger, 2010). Istraživanja pokazuju da su kod učenika sa PSA-om često prisutne i teškoće u izvršnom funkcioniranju, stereotipna ponašanja, pretjerana emocionalna osjetljivost, deficit pažnje/hiperaktivni poremećaj i anksioznost (Van Steensel, Bögels i Perrin, 2011; Cappadocia, Weiss i Pepler 2012). Temeljna obilježja koja se vežu uz PSA te često postojanje pridruženih

teškoća značajno utječu na učenje, školsko postignuće i mogućnosti za daljnje obrazovanje učenika sa PSA-om.

Zbog teškoća u socijalnoj komunikaciji i socijalnoj interakciji u ranoj dobi te komunikacijskih teškoća i čestih jezičnih teškoća, teškoća u učenju, čitanju i pisanju u školskoj dobi, logoped ima ključnu ulogu u dijagnostici, procjeni, pružanju intervencije i podrške za djecu sa PSA-om te savjetovanju roditelja, odgojitelja, pomagača/asistenata i učitelja.

1.1.2. Poremećaj socijalne komunikacije / socijalni (pragmatični) komunikacijski poremećaj

Socijalna komunikacija podrazumijeva korištenje jezika u socijalnom kontekstu i obuhvaća socijalnu interakciju, socijalnu kogniciju, pragmatiku i jezičnu obradu (Adams, 2005). Vještine socijalne komunikacije uključuju sposobnost mijenjanja stila govora, zauzimanje perspektive drugih, razumijevanje i pravilnu uporabu pravila verbalne i neverbalne komunikacije i korištenje strukturnih aspekata jezika (vokabular, sintaksa, fonologija) za postizanje navedenih ciljeva. Vještine socijalne komunikacije potrebne su za jezičnu ekspresiju i razumijevanje i u govornom i pisanom modalitetu.

Od 80-ih godina prošlog stoljeća, prepoznaju se teškoće u pragmatici (socijalnoj uporabi jezika). Rapin i Allen (1983) su opisali *semantičko-pragmatički sindrom* kao podtip jezičnih poremećaja koji uključuje pričljivost, teškoće dosjećanja, teškoće u održavanju konverzacije, neobičan odabir leksikona i teškoće u slijeđenju teme razgovora, a fonologija i sintaksa nisu narušene. Bishop i Rosenbloom (1987; prema Norbury, 2014) koriste termin *semantičko-pragmatički poremećaj* kako bi opisali djecu koja ne zadovoljavaju kriterije za dijagnozu autizma, a imaju jezične teškoće. Dakle, uočene su bile teškoće u socijalnoj komunikaciji i/ili pragmatičkim jezičnim sposobnostima u kontekstu urednih fonoloških i gramatičkih vještina. Stoga, spoznaja da neka djeca mogu imati značajne teškoće u socijalnoj komunikaciji i/ili pragmatičke jezične teškoće, a ne zadovoljavaju kriterije za postavljanje dijagnoze PSA nije novost (Bishop i Norbury, 2002), ali DSM-5 (2013) uvodi novi termin i predstavlja redefiniranje te dijagnostičke kategorije.

Prema DSM-5 (2013) nova kategorija poremećaja komunikacije je socijalni (pragmatični)

komunikacijski poremećaj, a u Hrvatskoj se koristi i naziv poremećaj socijalne komunikacije (PSK). PSK karakterizira deficit u korištenju komunikacije za socijalne svrhe, oštećenje sposobnosti promjene komunikacije kako bi odgovarala kontekstu ili potrebama slušača, teškoće u slijeđenju pravila konverzacije i pripovijedanja te teškoće u razumijevanju onoga što nije eksplicitno rečeno i nedoslovnih ili dvojbene značenja (DSM-5, 2013). Zbog teškoća u pragmatici, narušena je funkcionalna komunikacija, socijalno sudjelovanje i socijalni odnosi. Simms (2015) navodi da djeca sa PSK-om često pogrešno razumiju što drugi ljudi govore i rade, teško se verbalno i neverbalno izražavaju na prikladan način, teže razumiju i koriste idiome, humor, metafore, ironiju i sarkazam. Budući da imaju slabe pragmatičke sposobnosti, djeca sa PSK-om djeluju socijalno neprimjereno i čudno. Pretjerano se oslanjaju na doslovno tumačenje jezika i teže donose točne zaključke u komunikaciji što može narušiti njihovu interakciju s vršnjacima i dovesti do socijalne izolacije, anksioznosti i frustracije. PSK može biti prisutan od rane dobi, ali teškoće se u potpunosti manifestiraju kada zahtjevi socijalne komunikacije nadmaše ograničeni kapacitet. Zbog toga se dijagnoza PSK postavlja s 4 ili 5 godina kada dijete već ima usvojenu određenu razinu jezičnih sposobnosti i kada je lakše identificirati teškoće u socijalnoj uporabi jezika koje ne odgovaraju razini funkcioniranja u ostalim jezičnim aspektima (Baird, 2015). Budući da djeca sa PSK-om u nekim aspektima teškoća socijalne komunikacije nalikuju djeci sa PSA-om, vrlo je važno navedene poremećaje razlikovati. Najvažnije razlikovno obilježje je odsutnost ograničenih i repetitivnih ponašanja i interesa kod PSK (Gibson, 2013). Također, djeca sa PSK-om imaju dobro razvijenu imaginaciju i igru pretvaranja te imaju želju za interakcijom, ali im nedostaju vještine za ostvarivanje uspješne komunikacije. S druge strane, djeca sa PSA-om su više distancirana te imaju manje prosocijalnih i više atipičnih ponašanja nego djeca sa PSK-om (Simms, 2015). Važno je naglasiti i da PSK nije blagi oblik PSA te da se prema DSM-5 klasifikaciji, dijagnoza PSK ne može postaviti uz dijagnozu PSA.

1.2. LOGOPEDSKI RAD U KONTEKSTU POREMEĆAJA KOMUNIKACIJE

Američko logopedsko društvo (ASHA) objavilo je 2006. dokument u kojem naglašava važnost logopeda za uočavanje, dijagnostiku, procjenu i intervenciju osoba sa PSA-om. Također, navedena su i znanja i vještine koje logoped treba posjedovati tijekom rada s djecom sa PSA-om i njihovim obiteljima. Navedena znanja i vještine važne su i u radu s djecom sa PSK-om, a to su: poznavanje temeljnih obilježja poremećaja komunikacije, uočavanje ranih pokazatelja teškoća, procjena, postavljanje dijagnoze, intervencija utemeljena na dokazima,

rad s obitelji, suradnja s drugim stručnjacima, poznavanje zakonskih prava i okvira te cjeloživotni profesionalni napredak i usavršavanje logopeda.

1.2.1 Uočavanje i postavljanje dijagnoze

Rano uočavanje indikatora komunikacijskih poremećaja vrlo je važno jer doprinosi i ranijem početku intervencije te tako dovodi i do boljih razvojnih ishoda djeteta. Rani znakovi PSA mogu se uočiti već u dobi od 12 mjeseci (Zwaingenbaum i sur., 2015), a pouzdana dijagnoza može se postaviti u dobi od 24 mjeseca (Johnson, 2008). Istraživanja navode da 30% roditelja djece sa PSA-om sumnja na teškoće u razvoju već prije prve godine djetetova života, 50% roditelja izražava sumnju do 18. mjeseca, a 80% do 2. godine djetetova života (Chawarska i sur., 2007; Wetherby, Brosnan-Maddox, Peace i Newton, 2008). Prema Gillon i sur. (2017), dijagnoza PSA najčešće se postavlja u dobi od 3 do 4 godine. Iako postavljanje dijagnoze poremećaja komunikacije nikako ne bi trebao biti preduvjet za uključivanje djeteta u intervenciju, kasnije postavljanje dijagnoze može dovesti do ne pružanja intervencije čime se gubi dragocjeno vrijeme za poticanje komunikacijskog razvoja djeteta.

1.2.2. Intervencija

Cilj rane detekcije poremećaja komunikacije je osiguravanje rane intervencije kako bi se postigli najbolji razvojni ishodi (Zwaigenbaum i sur., 2009). Rana intervencija označava proces informiranja, savjetovanja, edukacije i podrške djeci u ranoj dobi (i roditeljima) kod kojih je utvrđeno odstupanje u razvoju ili postojanje rizika za kasnije razvojno odstupanje (Košiček, Kobetić, Stančić i Oreb, 2009). Poremećaji komunikacije prisutni su tijekom cijelog života, stoga je važno s intervencijom započeti čim ranije. Početak intervencije što je ranije moguće pokazao se kao ključan faktor za poboljšanje dugoročnih ishoda kod djece sa PSA-om (Zwaigenbaum i sur., 2015). Kao optimalno razdoblje za početak intervencije navode se prve tri godine života kako bi se iskoristio plasticitet mozga (*„sposobnost moždanog tkiva djece da se održi funkcionalni kapacitet zamjenom oštećenog tkiva nekim drugim živčanim tkivom“*) (Joković-Turalija, Pajca, 1999; prema Košiček i sur., 2009; str. 2), no ne smije se zanemariti niti razdoblje nakon 3. godine jer se i tada uvelike može utjecati na razvoj. Djeca sa PSA-om i PSK-om su vrlo heterogena skupina s obzirom na težinu i vrstu teškoća te sukladno tome treba odabrati i prilagoditi intervenciju. Will i sur. (2018) navode da je primarni cilj intervencije kod djece s poremećajem iz spektra autizma, optimizacija funkcionalnih ishoda te uključuje komunikacijske vještine, socijalne vještine, povećanje samostalnosti, postizanje bolje kvalitete

života te smanjivanje ili potpuno uklanjanje nepoželjnih ponašanja. Također, istraživanja su pokazala da intervencija koja uključuje podučavanje osnovnih vještina socijalne komunikacije poput združene pažnje, socijalnog reciprociteta i igre, doprinosi i pospješuje usvajanje jezika (Kasari, Paparella i Jahromi, 2008). Zbog toga je važno tijekom logopedске podrške poticati vještine socijalne komunikacije, a ne samo jezične proizvodnje ili razumijevanja.

Danas su dostupne brojne metode intervencije za djecu s komunikacijskim teškoćama, ali važno je odabrati metodu koja će odgovarati djetetu i njegovim individualnim karakteristikama i potrebama. Kod odabira intervencije, logoped treba imati na umu znanstveno dokazanu učinkovitost odabrane metode. Prema Nacionalnom centru za autizam, intervencijski pristupi mogu se podijeliti na utemeljene pristupe, intervencije u prodoru i neutemeljene pristupe (NAC, 2015; prema Popčević, Ivšac Pavliša, Bohaček, Šimleša i Bašić, 2016). Podjela pristupa prikazana je u Tablici 1.

Tablica 1. *Podjela intervencija prema učinkovitosti* (NAC, 2015; preuzeto iz: Popčević i sur., 2016)

UTEMELJENE INTERVENCIJE	INTERVENCIJE U PRODORU	NEUTEMELJENE INTERVENCIJE
Cjeloviti bihevioralni pristup za djecu rane dobi Poučavanje u prirodnoj okolini Poučavanje pivotalnih odgovora Bihevioralne intervencije Pristup u kojem su roditelji aktivno uključeni u intervenciju Poticanje jezične proizvodnje Rasporedi Vršnjačka potpora Skriptiranje Intervencije putem priča Učenje po modelu Kognitivno-bihevioralne intervencije Poticanje socijalnih vještina Poticanje samokontrole	Intervencija koja se temelji na tehnologiji Intervencija temeljena na specijaliziranim visokotehnološkim pomagalima Masaža/terapija dodirom Muzikoterapija PECS Poticanje funkcionalne komunikacije Poticanje iniciranja Poticanje jezičnog razumijevanja i proizvodnje Poticanje socijalne komunikacije Poticanje temeljeno na imitaciji Poticanje teorije uma Program temeljen na izlaganju Razvojni pristup (temeljen na stvaranju međusobnih odnosa) Redukcijski program Strukturirano podučavanje Višekomponentni program Vježbanje Geste i manualni znakovi	Bezglutenska dijeta DIR/Floor Time Facilitirana komunikacija Intervencija putem drame (SENSE) Intervencija temeljena na pokretu Intervencije uz potporu životinja Mapiranje koncepata Poticanje auditivne integracije Poticanje socijalne kognicije Poticanje socijalnog mišljenja Senzorička integracija Strategije podučavanja socijalnog ponašanja Terapija vezana uz šok

Poticanje socijalnih vještina utemeljeni je pristup u pružanju intervencije za djecu sa PSA-om, a cilj pristupa je podučavanje vještina koje su potrebne kako bi sudjelovanje u socijalnom okruženju bilo funkcionalno (NAC, 2015; prema Popčević i sur., 2016). Uključuje poticanje vještina združenje pažnje, reciprociteta u komunikaciji, prepoznavanje emocija i socijalnih signala, održavanja prikladnog kontakta očima, korištenje gesta, započinjanje i završavanje interakcije, postavljanje pitanja i dr. Budući da su teškoće u razvoju socijalnih vještina temeljna karakteristika kod djece sa PSA-om te zbog toga što se socijalne vještine kod djece sa PSA-om ne poboljšavaju tijekom vremena samo maturacijom (White, Keonig i Scahill, 2007), vrlo je važno da se one potiču tijekom logopedске podrške.

Učenje po modelu odnosi se na pokazivanje kako izvesti ciljano ponašanje koje zatim dijete imitira i tako usvaja. Na taj način djeca mogu usvojiti vještine poput odazivanja na ime, izmjene uloga, imitacije jednostavnih radnji, funkcionalna igra, pozdravljanje i dr. (Murray i Nollan, 2013; prema Popčević i sur., 2016). Logopedi često koriste i učenje prema modelu za poticanje pravilne uporabe jezika u socijalnim interakcijama.

Cjeloviti bihevioralni pristup uključuje intervencije koje se provode s ciljem poticanja socijalnih i komunikacijskih vještina. Suvremeni bihevioralni pristup uključuje mijenjanje i prilagođavanje okoline, prilagođavanje jezika, stila interakcije i didaktičnog materijala. Bihevioralni pristup uključuje intervencije koji se provode po principima primijenjene analize ponašanja (applied behaviour analysis – ABA), a tehnike koje se najčešće koriste su oblikovanje, poučavanje diskriminativnim nalogima i pružanje podrške (Will i sur., 2018).

Vršnjačka potpora je pristup čiji je cilj potaknuti razvoj socijalnih vještina u interakciji s vršnjacima urednog razvoja. Vještine koje se potiču su odgovaranje drugima, recipročnost, razumijevanje drugih te interakcija s drugima u grupi (Neitzel, 2008, prema Popčević i sur., 2018). Ovaj pristup uključuje i učenje djece bez teškoća kako započeti i poticati socijalne interakcije s djecom s komunikacijskim teškoćama kako bi došlo do povećanja socijalnih interakcija u svakodnevnom životu djece s komunikacijskim teškoćama.

Socijalne priče uključuju pisani ili vizualni opis određene situacije, tumače stavove i emocije drugih ljudi, opisuju što se od djeteta očekuje te objašnjavaju socijalnu prihvatljivost određenog ponašanja (Jančec, Šimleša, Frey Škrinjar (2016).

Rasporedi se koriste za poticanje sudjelovanja u aktivnostima, razumijevanje zadataka i lakšeg shvaćanja kada je neka aktivnost završena. Raspored prikazuje redoslijed odvijanja aktivnosti, kada će one završiti i što će se dogoditi nakon toga te je učinkovit u radu s djecom kod kojih je verbalna komunikacija minimalna ili uopće nije prisutna kao i kod djece koja dobro komuniciraju govorom (Krantz i McClannahan, 1998). Na rasporedu se mogu nalaziti samo slike, riječi ili kombinacija slika riječi. Mogu se koristiti za prikaz redoslijeda aktivnosti tijekom cijelog dana ili prikaz koraka koji su potrebni za izvršenje jedne aktivnosti (npr. postupak pranja ruku).

Poticanje jezične proizvodnje je pristup koji potiče razvoj verbalne komunikacije i korištenje govora na funkcionalan način.

Za razvoj i jačanje komunikacijskih sposobnosti djece sa PSA-om i PSK-om često se koristi i potpomognuta komunikacija (PK). To je komunikacija koja je potpomognuta alternativnim sredstvima ili pojačavanjem postojećih sredstava te se u stranoj literaturi najčešće nalazi pod terminom alternativna i augmentativna komunikacija (AAC) (Ivšac Pavliša, 2012). PK je namijenjena osobama koje imaju razvojne teškoće te se ne mogu služiti govornim jezikom i/ili imaju teškoće jezičnoga razumijevanja. Toj skupini pripadaju i djeca s poremećajima komunikacije kod kojih se potpomognutom komunikacijom potiče razvoj funkcionalne komunikacije, sudjelovanje u aktivnostima te stjecanje novih znanja i iskustava. ASHA (1991) definira PK kao integriranu skupinu sastavnica koje uključuju simbole, pomagala, strategije i tehnike koje korisnici koriste s ciljem jačanja komunikacije. Silverman (1980; prema Simion, 2014) je podijelio PK prema metodama i pomagalima koje se koriste na:

1. Direktne metode/ metode bez pomagala (eng. *unaided*) koje ne koriste dodatnu opremu ili materijale. Toj skupini pripadaju facijalne ekspresije, geste, manualni znakovi, vokalizacija i kimanje glavom (Binger i Kent-Walsh, 2010).

2. Posredničke metode/ metode uz pomagala (eng. *aided*) tijekom kojih se koristi dodatna oprema i mogu se podijeliti na visokotehnološka i niskotehnološka pomagala. Visokotehnološka pomagala koriste složenu elektroničku ili računalnu tehnologiju, npr. tableti, mobilni uređaji, računala, sklopke, komunikatori. Niskotehnološka pomagala su ona za čije korištenje nije potrebna električna energija, npr. komunikacijske ploče, komunikacijske knjige,

vizualni raspored. Skupini niskotehnoških pomagala pripadaju i metode koje se temelje na korištenju vizualno grafičkih simbola, npr. PECS (eng. *Picture Exchange Communication System*), PODD (eng. *Pragmatic Organisation Dynamic Display*).

Budući da je cilj intervencije kod poremećaja komunikacije ostvarivanje funkcionalne komunikacije, a podaci o broju djece sa PSA-om koja ne ostvaruju oralno-glasovnu komunikaciju kreću se od 30 % (Tager-Flusberg i Kasari, 2013) do 50 - 75% (Frost i Bondy, 2002), uporaba PK može pomoći u postizanju tog cilja. Budući da se PK može koristiti i za poticanje socijalnih vještina, generalizaciji naučenog i usvajanje akademskih vještina, njezina primjena važna je i kod intervencije za djecu sa PSK-om.

Rezultati istraživanja upotrebe potpomognute komunikacije u Hrvatskoj pokazuju da većina logopeda koristi PK u svom radu (67.33 %). Od metoda se najčešće koriste geste (70.59 %), PECS (48.53 %) i manualni znakovi (32.29 %), a visokotehnoška pomagala logopedi u svom radu koriste rijetko (27.94%) (Ivšac Pavliša, Ljubešić i Jerečić, 2012).

1.2.3. Suradnja s roditeljima i drugim stručnjacima

Suradnja s roditeljima iznimno je važna kod implementacije intervencijskih strategija i poboljšanja ishoda intervencije. Hampton i Kaiser (2016) napravili su meta analizu intervencija koje su bile usmjerene na poboljšanje jezične ekspresije kod djece sa PSA-om. Prema njihovim podacima, rana intervencija koju implementiraju i stručnjak i roditelji dovela je do većeg napretka djeteta nego intervencija tijekom koje suradnja s roditeljima nije postojala. Zbog toga je važno da logoped uspostavi partnerski odnos s roditeljima. U istraživanju koje su proveli Jabery, Arabiat, Khamra, Betawi i Jabbar (2014) roditelji djece sa PSA-om su trebali ocijeniti koliko su zadovoljni intervencijama u koje je uključeno njihovo dijete. Logopedska podrška je bila najčešća (87%) intervencija u koju su djeca bila uključena. Rezultati su pokazali da je ukupno zadovoljstvo uslugom prosječno. Roditelji su više bili zadovoljni sa znanjem, entuzijazmom i predanošću stručnjaka, a manje sa suradnjom i načinom komunikacije između roditelja i stručnjaka te su naglasili potrebu za češćom i kvalitetnijom suradnjom. Istraživanje koje su proveli Starr i Foy (2012) također pokazuje da su roditelji djece sa PSA-om iskazali potrebu za boljom komunikacijom sa stručnjacima i češćim i direktnijim uključivanjem roditelja u sve aspekte intervencije u koje je dijete uključeno.

Pri provođenju intervencije važna je interdisciplinarna suradnja stručnjaka zbog toga što koordinacija i integracija različitih usluga dovodi do boljih ishoda intervencije (Spittle i sur., 2012). Gillon i sur. (2017) proveli su istraživanje logopedске prakse u radu s djecom sa PSA-om. Analizom odgovora 1 114 logopeda iz 35 zemalja dobiveni su rezultati da logopedi tijekom rada s djecom sa PSA-om najčešće surađuju s radnim terapeutom (85%), drugim logopedima (77%), psihologom (75%) i pedijatrom (42%). Za poboljšanje ishoda intervencije važna je i suradnja s učiteljima i odgojiteljima. Gillon i sur. (2017) navode da 50% logopeda često i 25% uvijek surađuje s učiteljima i odgojiteljima tijekom provođenja intervencije i procjene djece sa PSA-om.

U Hrvatskoj suradnja i povezanost različitih stručnjaka nije na zadovoljavajućoj razini te postoji potreba za većim interdisciplinarnim i timskim radom (Košiček i sur., 2009). Također, prisutan je i problem neravnomjerne raspodjele broja stručnjaka i ustanova koje pružaju usluge za djecu s poremećajima komunikacije te njihova centraliziranost na području Zagreba (Matijaš, Ivšac Pavliša i Ljubešić, 2014).

1.2.4. Znanje i kompetencije

Cascella i Colella (2004) proveli su istraživanje kako bi dobili uvid u znanja i kompetencije školskih logopeda koji rade s djecom sa PSA-om. U istraživanju je sudjelovalo 82 logopeda te su postigli najbolje rezultate na području znanja o bihevioralnim i komunikacijskim karakteristikama PSA, a najlošije na području znanja o procjeni i intervenciji. Menodonsa i Tiwani (2018) utvrdili su da logopedi s više godina kliničke prakse i većim brojem djece uključene u podršku posjeduju bolje znanje o obilježjima PSA. Logopedi s više od 5 godina kliničke prakse postigli su bolje rezultate od logopeda s radnim iskustvom kraćim od 5 godina. Također, logopedi koji u podršci imaju više od 30 djece sa PSA-om postigli su značajno bolje rezultate od logopeda koji u logopedskoj podršci imaju manje od 30 djece sa PSA-om. Kao objašnjenje navodi se da više djece uključene u logopedsku podršku dovodi do više iskustva u radu i time i više znanja o PSA-u.

Najviše znanja potrebna za rad s djecom s poremećajima komunikacije studenti logopedije u Hrvatskoj stječu u okviru jednog obaveznog i jednog izbornog kolegija na diplomskom studiju. Iako istraživanja pokazuju da logopedi s više godina radnog iskustva posjeduju bolje znanje i

veći osjećaj kompetencije u radu s djecom s poremećajima komunikacije, u Hrvatskoj su kolegiji na tu temu relativno nedavno uvršteni u Nastavni plan i program te ovisno o tome kada su stjecale obrazovanje, prethodne generacije studenata su vrlo malo ili gotovo ništa učile o poremećajima komunikacije. Zbog toga se očekuje da će mlađe generacije logopeda posjedovati više znanja i biti kompetentnije u radu s djecom s poremećajima komunikacije.

2. CILJ ISTRAŽIVANJA I ISTRAŽIVAČKA PITANJA

Istraživanje je prvotno bilo namijenjeno samo logopedima koji su zaposleni u dječjem vrtiću ili osnovnoj školi, no s obzirom na to da se u istraživanje uključilo i puno logopeda koji su zaposleni u sustavu zdravstva, socijalne skrbi ili u privatnoj praksi, oni su također uključeni u analizu.

Po uzoru na slična istraživanja provedena u drugim državama (Schwartz i Drager, 2008; Plumb i Plexico, 2013; Gillon i sur., 2017; Mendonsa i Tiwari, 2018), cilj ovog rada je dobiti uvid u praksu, znanja i iskustvo logopeda u Republici Hrvatskoj u radu s djecom s poremećajima komunikacije. Svrha istraživanja je i uvid u najčešće izazove u radu te poticanje njihovog rješavanja. U skladu s navedenim ciljem postavljena su sljedeća istraživačka pitanja:

1. Pružaju li logopedi individualnu podršku ili savjetovanje za djecu s komunikacijskim teškoćama te koje metode koriste u radu?
2. Surađuju li logopedi s roditeljima, učiteljima, odgojiteljima i drugim stručnjacima? Koliko često surađuju i na koji način?
3. Osjećaju li se logopedi kompetentno za rad s djecom s poremećajima komunikacije? Što su najveći izazovi u radu?
4. Znaju li logopedi osnovna obilježja i razlike između poremećaja iz spektra autizma i poremećaja socijalne komunikacije?

3. HIPOTEZE ISTRAŽIVANJA

S obzirom na cilj i istraživačka pitanja postavljene su sljedeće hipoteze:

H1: Većina logopeda često pruža individualnu podršku ili savjetovanje za djecu poremećajima komunikacije.

H2: Većina logopeda surađuje s roditeljima i drugim stručnjacima.

H3: Postoji povezanost između osjećaja kompetentnosti za rad s djecom s poremećajima komunikacije i godina radnog iskustva u korist mlađih logopeda.

H4: Postoji povezanosti između znanja o obilježjima poremećaja komunikacije i godina radnog iskustva u korist logopeda s manje godina radnog iskustva (mlađi logopedi).

H5: Postoji povezanosti između znanja o obilježjima poremećaja komunikacije i broju djece s poremećajima komunikacije uključene u logopedsku podršku u korist logopeda s većim brojem uključene djece s poremećajima komunikacije.

4. METODE ISTRAŽIVANJA

4.1. Sudionici istraživanja

U istraživanju je sudjelovalo 63 logopeda s područja 11 županija. 29 iz područja grada Zagreba, 10 iz Zagrebačke županije, 6 iz Splitsko-dalmatinske, 5 iz Osječko-baranjske, po 3 iz Krapinsko-zagorske i Karlovačke županije, po 2 iz Virovitičko-podravske i Zadarske županije te po 1 iz Koprivničko-križevačke, Primorsko-goranske i Istarske županije. Prema podacima Hrvatskog logopedskog društva najveći broj logopeda zaposlen je na području Zagreba, Splita, Rijeke i Osijeka zbog čega je i najviše sudionika iz navedenih regija. Informacije o spolu sudionika, stupnju obrazovanja, radnom mjestu i populaciji s kojom najčešće rade nalaze se u Tablici 2. Iz tablice je vidljivo da je većina sudionika ženskog spola kao što je i slučaj u struci. 20.6 % (n = 13) sudionika završilo je preddiplomski studij ili četverogodišnji studij prije Bolonjskog sustava. 42.8 % (n = 27) sudionika zaposleno je u dječjem vrtiću ili osnovnoj ili srednjoj školi, a najmanje logopeda zaposleno je u sustavu socijalne skrbi. Što se tiče dobi populacije korisnika, sudionici najčešće rade s djecom. 84.1 % (n = 53) logopeda radi s djecom od 4 do 6 godina, 44.4 % (n = 28) s djecom od 7 do 11 godina i 39.7 % (n = 25) radi s djecom do 3. godine života.

Tablica 2. *Opće informacije o sudionicima*

		n	%
SPOL	muški	3	4.8
	ženski	60	95.2
OBRAZOVANJE	preddiplomski studij ili četverogodišnji studij prije Bolonjskog sustava	13	20.6
	diplomski studij	43	68.3
	specijalistički studij	6	9.5
	doktorski studij	1	1.6
RADNO MJESTO	dječji vrtić	14	22.2
	osnovna/srednja škola	13	20.6
	sustav zdravstva	16	25.4
	sustav socijalne skrbi	7	11.1
	privatna praksa	13	20.6

RADNO ISKUSTVO	0 – 5 godina	26	41.3
	6 – 10 godina	12	19.0
	11 – 15 godina	10	15.9
	16 – 20 godina	7	11.1
	21 i više godina	8	12.7
DOB POPULACIJE KORISNIKA	0 – 3	25	39.7
	4 – 6	53	84.1
	7 – 11	28	44.4
	12 – 18	7	11.1
	19 – 50	0	0
	51 i više	2	3.2

4.2. Ispitni materijal i način provedbe istraživanja

Za istraživanje je osmišljen upitnik pod nazivom „Logopedaska praksa u kontekstu poremećaja komunikacija" (Prilog 1). Upitnik je bio dostupan u elektroničkom obliku te su ga sudionici ispunjavali *on-line*. Neke čestice preuzete su iz istraživanja na sličnu temu (Schwartz i Drager, 2008; Plumb i Plexico, 2013; Gillon i sur., 2017; Mendonsa i Tiwari, 2018). Ostale čestice osmišljene su za potrebe ovog istraživanja. Većina čestica je zatvorenog tipa, a rezultati će biti prikazani prema temama: (a) uočavanje i procjena djeteta s poremećajem komunikacije te upućivanje drugim stručnjacima, (b) individualna podrška, (c) suradnja s roditeljima i drugim stručnjacima, (d) osjećaj kompetentnosti za rad s djecom s poremećajem komunikacije i prijedlozi za unaprjeđenje područja, (e) praktična pitanja o logopedskom radu i poznavanje osnovnih obilježja i razlika između poremećaja iz spektra autizma i poremećaja socijalne komunikacije. Završni nacrt upitnika kreiran je na temelju povratnih informacija profesorice mentorice u izradi rada.

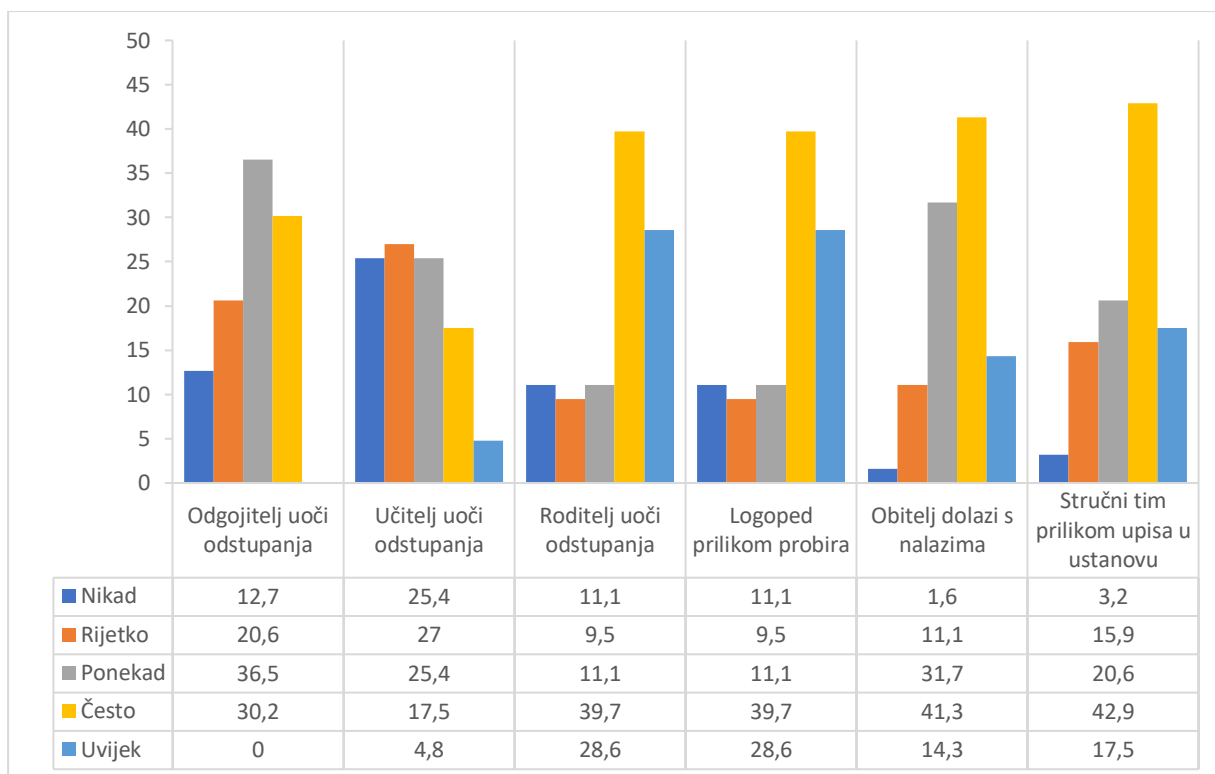
4.3. Obrada podataka

Za statističku analizu podataka korišten je program *IMB SPSS Statistics 23.0*. Najviše je korištena deskriptivna analiza rezultata uz korištenje neparametrijske statistike za opisivanje povezanosti između godina radnog staža i osjećaja kompetencije, povezanosti između godina radnog staža i znanja o poremećajima komunikacije te povezanosti između broja djece uključene u logopedsku intervenciju i znanja o obilježjima poremećaja komunikacije.

5. REZULTATI I RASPRAVA

5.1. Uočavanje i dodatna procjena

Prvi dio upitnika sastojao se od pitanja o načinu dobivanja informacija o djetetu s teškoćama u komunikaciji te upućivanju djeteta na dodatnu procjenu. Da logoped uvijek ili često uoči teškoće prilikom probira djece, navelo je 68.3 % sudionika. 60.4 % sudionika izjasnilo se da uvijek ili često teškoće uoči stručni tim pri upisu u ustanovu. U 55.6 % slučajeva uvijek ili često obitelj dolazi s nalazima i mišljenjima drugih stručnjaka. Da roditelj uvijek ili često prepoznaje odstupanja navelo je 36.5 % sudionika. Da informacije o djetetu s teškoćama u komunikaciji uvijek ili često dobiju od odgojitelja, navelo je 30.2 % sudionika, a od učitelja 22.3 % (Slika 1). Nadalje, 88.9 % logopeda upućuje dijete za koje sumnja da ima poremećaj komunikacije na dodatnu procjenu izvan ustanove u kojoj radi. Dijete najčešće upućuju na dodatnu procjenu psihologa (76.8 %), edukacijskog rehabilitatora (64.3 %) i logopeda (60.7 %). Nešto rjeđe dijete upućuju na dodatnu procjenu psihijatra (22.2 %) i radnog terapeuta (19 %). Na pitanje „*Napišite naziv dviju ustanova u koje najčešće upućujete dijete na dodatnu procjenu.*“ dobiveno je ukupno 105 odgovora te je analizom utvrđeno da se 86.69 % ustanova nalazi na području grada Zagreba, 6.66 % u Splitu, 3.80 % u Osijeku i 2.85 % na području Rijeke. Na području Zagreba, djeca se najčešće upućuju na dodatnu procjenu u Centar za rehabilitaciju ERF-a (47.7 %), Polikliniku za rehabilitaciju slušanja i govora SUVAG (20 %) i Psihijatrijsku bolnica za djecu i mladež (11.1 %). Ovakvi podatci pokazuju koliko su logopedске usluge u Hrvatskoj centralizirane i vezane uz područje grada Zagreba te ukazuju na potrebu za povećavanjem broja logopedskih usluga u ostatku Hrvatske kako bi bile dostupnije djeci s teškoćama i njihovim roditeljima.



Slika 1. Način dobivanja informacija o djetetu s poremećajem komunikacije (u %)

5.2. Direktna rad i savjetovanje

Logopedska podrška i savjetovanje iznimno je važno za napredak i razvoj djece s poremećajima komunikacije. Analizom rezultata upitnika pokazalo se da 41.3 % logopeda uvijek pruža individualnu podršku za djecu s poremećajima komunikacije, 34.9 % često, 19 % ponekad, 3.2 % rijetko i 1.6 % nikad. Navedeni rezultati nešto su bolji od rezultata koje su dobili i Gillon i sur. (2017). U njihovom istraživanju o logopedskoj praksi u radu s djecom s poremećajem iz spektra autizma bilo je uključeno 1 114 logopeda iz 35 zemalja diljem svijeta. Rezultati tog istraživanja pokazuju da 30 % logopeda uvijek pruža individualnu podršku, a 32 % navelo je da individualnu podršku pruža često.

Logopedi koji djecu s poremećajima komunikacije u svoju podršku uključuju samo ponekad, rijetko ili nikad kao najčešći razlog neuključivanja naveli su da smatraju da nemaju dovoljno znanja ili iskustva za rad s djecom s poremećajem iz spektra autizma ili poremećajem socijalne komunikacije (85.7 %) i da je dijete već uključeno u podršku izvan njihove institucije (71.4 %). Da djecu s poremećajima komunikacije ne uključuju u svoju podršku zbog toga što je prostor u kojem rade premalen i/ili nije adekvatno opremljen navelo je 57.1%, zbog toga što u

okviru radnog vremena ne stignu pružiti kvalitetnu individualnu podršku 28.6 % i zbog toga što smatraju da je rad s djecom sa PSA-om ili PSK-om pretežak 14.2 %.

Na daljnja pitanja nisu odgovarali logopedi koji nikad ne pružaju podršku. U Tablici 3 prikazani su odgovori na pitanje koliko je djece s poremećajem komunikacije trenutno uključeno i koliko je djece bilo uključeno u direktni rad ili savjetovanje tijekom cijelog radnog vijeka sudionika istraživanja. Iz tablice je vidljivo da najviše logopeda (58.1 %) trenutno u svojoj podršci ima uključeno 1 – 5 djece s poremećajima komunikacije, a tijekom cijelog radnog vijeka, najviše logopeda u svojoj podršci imalo je uključeno 1 – 10 djece (35.5 %) i 11 – 20 djece (21 %). Nadalje, podršku individualno provodi 74.2 % logopeda, individualno i grupno 19.4 %, a podršku u obliku savjetovanja provodi 67.7 % logopeda. Individualan rad najčešće traje 30 minuta (45.9 %) ili 45 minuta (42.6 %) i najčešće se provodi 1 put tjedno (58.3 %) ili 2 puta tjedno (31.7 %). Svaka 2 tjedna podršku provodi 8.3 %, a jednom mjesečno 1.7 % logopeda. Ovi podaci su u skladu s rezultatima koje su dobili Gillon i sur. (2017). Rezultati njihovog istraživanja pokazuju da logopedi intervenciju za djecu s poremećajem iz spektra autizma najčešće provode individualno te više puta tjedno (44.87 %) ili jednom tjedno (34.49 %). S druge strane, rezultati istraživanja koje su provele Plumb i Plexico (2013) pokazuju da logopedi koji rade u školama, intervenciju za djecu sa PSA-om najčešće provode individualno i grupno (79 %), a intervenciju samo individualno provodi 6.6 % logopeda.

Tablica 3. Broj uključene djece u podršku trenutno i tijekom cijelog radnog vijeka

		n	%
TREKUTNO	1 – 5	36	58.1
	6 – 10	14	22.6
	11 – 15	7	11.3
	16 i više	5	8.1
TIJEKOM CIJELOG RADNOG VIJEKA	1 – 10	22	35.5
	11 – 20	13	21.0
	21 – 30	10	16.1
	31 – 40	8	12.9
	41 i više	9	14.5

Na pitanju o metodama koje logopedi najčešće primjenjuju u radu s djecom s poremećajima komunikacije, sudionici su trebali označiti koliko često koriste navedene metode (1 – *nikad*; 2 – *rijetko*; 3 – *ponekad*; 4 – *često*; 5 – *uvijek*). Rezultati su prikazani u Tablici 4 i 5. Deskriptivnom statistikom vidljivo je da logopedi u radu s djecom s poremećajima komunikacije najčešće koriste savjetovanje okoline (M=4.24), geste i manualne znakove (M=3.58), učenje prema modelu (M=3.56) i tradicionalne logopedске metode usmjerene na jačanje jezika i komunikacije (M=3.53), socijalne priče (M=3.44), vizualni raspored (M=3.39), edukaciju odgojitelja i učitelja (M=3.35) te visokotehnološka (M=3.15) i niskotehnološka (M=3.11) pomagala.

Tablica 4. *Deskriptivna statistika metoda i pomagala korištenih u radu*

	n	ARITMETIČKA SREDINA	SD	MOD
Tradicionalne logopedске metode usmjerene na jačanje jezika i komunikacije	62	3.53	.987	3
Učenje prema modelu	62	3.56	.917	4
Vizualni raspored	62	3.39	1.178	4
Socijalne priče	62	3.44	.880	4
Vršnjačka potpora	62	2.66	1.414	1
Visokotehnološka pomagala	62	3.15	1.143	3
Niskotehnološka pomagala	62	3.11	1.057	3
Geste i manualni znakovi	62	3.58	1.033	4
PECS	62	2.44	1.326	1
Floortime	62	2.21	1.269	1
Senzorna integracija	62	1.69	1.139	1
ABA	62	1.35	.791	1
PODD	62	1.24	.592	1
Neurofeedback	62	1.13	.558	1
Savjetovanje okoline	62	4.24	.987	5
Edukacija odgojitelja i učitelja	62	3.35	1.368	5

32.2 % logopeda navelo je da u radu s djecom s poremećajima komunikacije često koristi visokotehnološka pomagala (tablete, mobitele, računala...), a 32.3 % ih koristi ponekad. Slične rezultate dobili su i Gillon i sur. (2017). Prema njihovim podacima 30% logopeda često koristi visokotehnološka pomagala, a 47% ih koristi ponekad. Istraživanja upotrebe PK u Hrvatskoj

iz 2012. godine pokazalo je da logopedi u svom radu rijetko koriste visokotehnološka pomagala (27.94 %) (Ivšac Pavliša, Ljubešić i Jerečić, 2012) pa rezultati ovog istraživanja ukazuju da je došlo do pomaka i češćeg korištenja visokotehnoloških pomagala.

Posljednjih godina u radu s djecom s poremećajima komunikacije sve se više koriste aplikacije i softveri za komunikaciju. Rezultati ovog istraživanja pokazuju da 48.4% logopeda često ili uvijek koristi ICT-AAC aplikacije (e-Galerija, Komunikator, Ponašalica...), 19.3 % koristi druge aplikacije, a Cboard aplikaciju često ili uvijek koristi 6.1% logopeda. Grid 3 komunikacijski softver često ili uvijek koristi 3,2% logopeda, a Snap + Core First softver za komunikaciju 1.6 %.

Za izradu komunikacijskih knjiga i ploča sudionici najčešće koriste besplatne galerije simbola (npr. ARASAAC). 61.3 % logopeda navelo je da besplatne galerije simbola koristi uvijek ili često. 27.4 % logopeda uvijek ili često koristi Boardmaker softverski paketa za izradu i rad sa slikovnim komunikacijskim simbolima, 27.4% logopeda koristi Picto-Selector, besplatnu aplikaciju za Windows. Rjeđe se koriste jednostavni komunikatori (npr. GoTalk, QuickTalker) (4.8 %), Tobii Communicator 5 softverski paker (4.8 %), Bord Builder (3.2%) i Grid 3 komunikacijski softver (1.6%).

Logopedi u radu s djecom s poremećajima komunikacije koriste i potpomognutu komunikaciju bez pomagala. 74,2 % logopeda navelo je da ponekad, često ili uvijek koriste geste i manualne znakove.

Tablica 5. *Frekvencija odgovora u postocima za svaku metodu i pomagala korištena u radu*

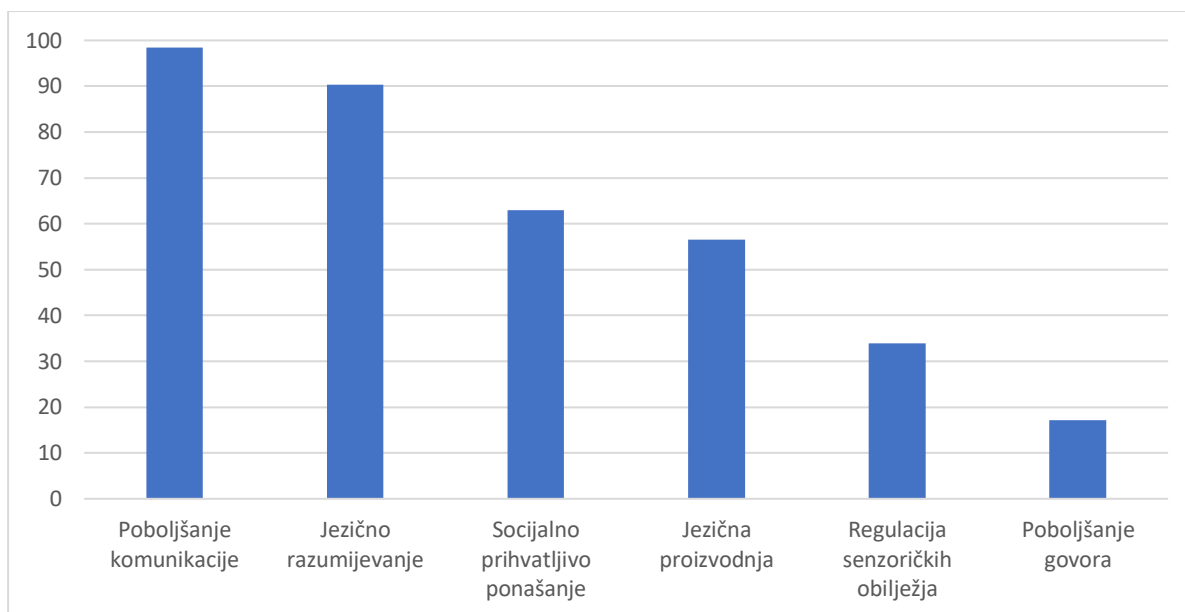
	Nikad	Rijetko	Ponekad	Često	Uvijek
Tradicionalne logopedске metode	3.2	8.1	38.7	32.3	17.7
Učenje prema modelu	3.2	8.1	29.0	48.4	11.3
Vizualni raspored	9.7	11.3	25.8	37.1	16.1
Socijalne priče	3.2	9.7	33.9	46.8	6.5
Vršnjačka potpora	29.0	22.6	12.9	24.2	11.3
Visokotehnološka pomagala	11.3	14.5	32.3	32.2	9.7
Niskotehnološka pomagala	6.5	22.6	32.3	30.6	8.1
Geste i manualni znakovi	3.2	14.5	19.4	46.8	16.1

PECS	35.5	17.7	21.0	19.4	6.5
Floortime	43.5	14.5	24.2	12.9	4.8
Senzorna integracija	62.9	21.0	4.8	6.5	4.8
ABA	79.0	9.7	9.7	0.0	1.9
PODD	83.9	8.1	8.1	0.0	0.0
Neurofeedback	93.5	3.2	0.0	3.2	0.0
Savjetovanje okoline	3.2	0.0	19.4	24.2	53.2
Edukacija odgojitelja i učitelja	14.5	11.3	24.2	24.2	25.8

Iz Tablica 4 i 5 vidljivo je da neki logopedi u radu koriste i intervencije koje nisu utemeljene na dokazima. Tako Floortime metodu ponekad, često ili uvijek u radu koristi 41.9 % logopeda, senzornu integraciju 16.1 %, a neurofeedback 3.2%. Često korištenje Floortime metode naveli su i Gillon i sur. (2017) u istraživanju logopedске prakse u radu s djecom sa PSA-om. Korištenje intervencija koje nisu znanstveno utemeljene ukazuje na potrebu za dodatno edukacijom logopeda kako bi se intervencija za djecu s poremećajima komunikacije temeljila na metodama za koje postoji znanstveno uporište.

Tijekom rada s djecom s poremećajima komunikacije, vrlo je važno odabrati prave ciljeve i tome usmjeriti rad. Rezultati ovog istraživanja (Slika 2) pokazuju da su najčešći ciljevi: poboljšanje komunikacije (96.8 %), jačanje jezičnog razumijevanja (90.3 %) i poticanje socijalno prihvatljivog ponašanja (62.9 %). Budući da poboljšanje vještina socijalne komunikacije doprinosi usvajanju jezika (Kasari, Paparella i Jahromi (2008)), dobro je što je upravo poboljšanje komunikacije primarni cilj velike većine logopeda.

Najmanje logopeda je u radu s djecom s poremećajima komunikacije usmjereno na poboljšanje govora (17.7 %) i regulaciju senzoričkih obilježja (33.9 %).



Slika 2. Ciljevi u logopedskoj podršci djece s poremećajima komunikacije (u %)

5.3 Suradnja s drugim stručnjacima i roditeljima

Rezultati ovog istraživanja pokazuju da logopedi najčešće surađuju sa psihologom (93.7 %) i edukacijskim rehabilitatorom (71.4 %), a najmanje sa stručnjacima medicinskog profila – pedijatar (17.5 %), neurolog (11.1 %), psihijatar (9.5 %). Ovakvi rezultati su očekivani s obzirom na to da je dijete s poremećajima komunikacije najčešće uključeno u psihološku i edukacijsko rehabilitacijsku podršku, a stručnjacima iz medicinskog područja najčešće odlazi samo na obradu.

U Tablici 6. prikazano je koliko često logopedi koji rade s djecom s poremećajima komunikacije surađuju s roditeljima, odgojiteljima, učiteljima, pomagačima/asistentima i drugim stručnim suradnicima. 82.5 % logopeda navelo je da s roditeljima surađuje jednom tjednom. Gillon i sur. (2017) također su naveli da 80% logopeda koji rade s djecom sa PSA-om često ili uvijek surađuje s roditeljima tijekom planiranja ciljeva i pristupa u intervenciji. S druge strane, 31.7 % svih logopeda koji su sudjelovali u ovom istraživanju navelo je da nikad ne surađuje s odgojiteljima. 44.4 % logopeda nikad ne surađuje s učiteljima i 34.9 % nikad ne surađuje s pomagačima/asistentima. Analizom odgovora samo logopeda koji su zaposleni u dječjem vrtiću i logopeda zaposlenih u školi, dobiveni su znatno bolji rezultati suradnje. 78.6

% logopeda koji rade u dječjem vrtiću navelo je da s odgojiteljima surađuje na tjednoj bazi. Također, 69.2 % logopeda koji rade u školama je navelo da surađuju s učiteljima 1 put tjedno.

Tablica 6. *Učestalost suradnje s roditeljima, odgojiteljima, učiteljima, pomagačima/asistentima i drugim stručnim suradnicima (u %)*

	Nikad	Jednom godišnje	Nekoliko puta godišnje	Jednom mjesečno	Jednom tjedno
Roditelji	/	/	6.3	11.1	82.5
Odgojitelji	31.7	14.3	25.4	6.3	22.2
Učitelji	44.4	6.3	25.4	4.8	19.0
Pomagači/asistenti	34.9	6.3	22.2	9.5	27.0
Drugi stručni suradnici	9.5	11.1	30.2	11.1	38.1

Analizom rezultata o načinu suradnje s roditeljima, odgojiteljima, učiteljima, pomagačima/asistentima i drugim stručnim suradnicima, suradnja se najčešće ostvaruje razgovorom uživo (76.2 %) i davanjem pisanih uputa (63.5 %). Suradnju razgovorom preko telefona ostvaruje 55.6 % logopeda, komunikacijom putem e-maila 36.5 %. Nadalje, 31.7 % logopeda odgovorilo je da suradnju s odgojiteljima, učiteljima i pomagačima/asistentima ostvaruje odlaskom u vrtićku skupinu/školski razred i direktnim prikazivanjem načina rada u svakodnevnim situacijama.

Na pitanje „Koliko često surađujete s drugim stručnjacima kod kojih je dijete uključeno u individualnu podršku?“ 42.9 % logopeda odgovorilo je *nekoliko puta godišnje*, 19 % *jednom mjesečno* i *jednom tjedno*, 15.9 % *jednom godišnje* i 3.2 % *nikad*. Suradnja s drugim stručnjacima najčešće se ostvaruje razgovorom preko telefona (65.1%) i razgovorom uživo (57.1 %). Komunikacijom putem e-maila, suradnju s drugim stručnjacima kod kojih je dijete uključeno u podršku ostvaruje 28.6 % logopeda. Suradnja s drugim stručnjacima najčešće je temeljena na osobnoj inicijativi (71.4 %), a dogovorena među institucijama u 28.6 % slučajeva. Rezultati pokazuju da logopedi surađuju s drugim stručnjacima, ali ta suradnja nije organizirana nego se ostvaruje na osobnu inicijativu stručnjaka i na temelju međusobnih poznanstava.

Nadalje, 84.1 % logopeda zadovoljno je suradnjom s drugim stručnjacima unutar svoje institucije, a sa stručnjacima izvan svoje institucije 22.2 %. Kao najčešće prepreke u ostvarivanju suradnje navode se nedostatak vremena i prevelik broj djece/klijenata koji su uključeni u logopedsku podršku (52.5 %) te nedostatak interesa i spremnosti drugih stručnjaka za suradnju (44.9 %). Sudionici ovog istraživanja smatraju da drugi stručnjaci često nisu svjesni važnosti međusobne suradnje za usklađivanje djetetovih ciljeva, misle da nema potrebe za suradnjom i razmjenom iskustva te ne uvažavaju mišljenja drugih. Nadalje, 42.6 % logopeda navodi da ih u ostvarivanju suradnje sprječava nepovezanost i ograničenje sustava. Logopedi često navode da suradnja nije sustavna i organizirana između različitih stručnjaka ili ustanova, nego ovisi o osobnim poznanstvima. U razmjeni informacija često ih sprječava i zakon o zaštiti privatnosti i osobnih podataka (*eng.* GDPR) prema kojem za dijeljenje informacija o djetetu trebaju privolu roditelja, a oni često ne žele da se podaci o njihovom djetetu dijele s drugim stručnjacima. Kao prepreka u ostvarivanju suradnje neki logopedi naveli su i neusklađenost dijagnostičkih kriterija, različitost u terapijskim pristupima pojedinih stručnjaka te proturječnost nalaza i mišljenja stručnjaka iz različitih ustanova ili privatne prakse.

5.4. Osjećaj kompetencije i potreba za unaprjeđenjem područja

Osjećaj kompetentnosti sudionici su procjenjivali pomoću Likertove skale (1 – nisam kompetentan/na; 5 – izrazito sam kompetentan/na). Da je kompetentno u prepoznavanju obilježja poremećaja komunikacije kod djece koja još nemaju postavljenu dijagnozu smatra 88.8 % logopeda. Da posjeduju kompetencije za rad u timu smatra 88.9 % sudionika, za savjetovanje roditelja 77.8 %, logopedsku procjenu djece s komunikacijskim poremećajima 76.2 %, individualan rad 73%, savjetovanje odgojitelja/učitelja 66.7 % i određivanje intervencijskih ciljeva 65 % logopeda. Slični rezultati dobiveni su i u istraživanju kompetencija školskih logopeda koje su provele Schwartz i Drager (2008). 25.3 % logopeda nije se osjećalo kompetentno za određivanje intervencijskih ciljeva u radu s djecom sa PSA-om, a 32.8 % logopeda nije se osjećalo kompetentno za savjetovanje roditelja.

Za utvrđivanje povezanosti između osjećaja kompetencije i godina radnog staža korišten je Spearmanov koeficijent korelacije. Rezultati pokazuju da postoji slaba povezanost između godina radnog staža i osjećaja kompetencije za provođenje logopedske podrške poremećaja komunikacije ($Rho = 0.26$, $p < 0.05$), osjećaja kompetentnosti za savjetovanje odgojitelja i učitelja ($Rho = 0.27$, $p < 0.05$) i savjetovanje roditelja ($Rho = 0.31$, $p < 0.05$) u korist logopeda

s više godina radnog iskustva. Za ostale varijable kompetencije nije utvrđena povezanost s godinama radnog iskustva. Dakle, logopedi s više radnog iskustva osjećaju se kompetentnije u provođenju logopedске podrške i savjetovanju roditelja, odgojitelja i učitelja što ukazuje na važnost iskustva u radu kao i potrebe za kontinuiranom edukacijom i usavršavanjem mladih logopeda i nakon završetka fakultetskog obrazovanja. Osjećaj kompetentnosti logopeda koji rade s djecom sa PSA-om istraživali su i Plumb i Plexico (2013). Njihovo istraživanje uključivalo je samo logopede koji rade u školama te je također pokazalo da se logopedi s više godina radnog iskustva osjećaju kompetentnije u provođenju intervencije i savjetovanju roditelja nego logopedi koji su nedavno diplomirali. S obzirom na to da su starije generacije logopeda u Hrvatskoj tijekom fakultetskog obrazovanja imale manje kolegija tijekom kojih bi imali priliku steći znanja o poremećajima komunikacije, očekivalo se da će se zbog toga smatrati manje kompetentnim u radu što se nije potvrdilo. Ovakvi rezultati govore da na osjećaj spremnosti za rad ne utječe samo znanje već i godine kliničke prakse.

Na pitanju o prijedlozima za unaprjeđenje područja i povećanje kompetencije, logopedi su na Likertovoj ljestvici vrednovali postojanje potrebe za: više kolegija na fakultetu na temu poremećaja komunikacije, više praktičnog iskustva, više edukacija i radionica, više znanstvenih i stručnih članaka te više edukacija i radionica u *online* okruženju. Prva dva prijedloga odnose se na poboljšavanje pripremljenosti logopeda za rad u području poremećaja komunikacije tijekom fakultetskog obrazovanja. Ostali prijedlozi odnose se na poboljšanje kompetencija logopeda u kliničkom radu. Rezultati su prikazani u Tablici 7.

Tablica 7. *Potreba za unaprjeđenjem područja (u %)*

	Uopće ne postoji	Ne postoji	Niti postoji niti ne postoji	Postoji	Postoji izrazita potreba
Više kolegija na fakultetu na temu poremećaja komunikacije	/	/	17.5	23.8	58.7
Više praktičnog iskustva	/	/	4.8	12.7	82.5
Više edukacija i radionica	/	1.6	6.3	15.9	76.2
Više znanstvenih i stručnih članaka	1.6	1.6	19.0	25.4	52.4
Više edukacija i radionica u <i>online</i> okruženju	1.6	3.2	11.1	23.8	60.3

Iz tablice je vidljivo da logopedi smatraju da postoji izrazita potreba za unaprjeđenjem područja. Što se tiče prijedloga koji se odnose na bolju pripremljenost logopeda tijekom fakultetskog obrazovanja, sudionici smatraju da je najvažnije više praktičnog iskustva u radu s djecom s poremećajima komunikacije.

Također, logopedi smatraju i da postoji izrazita potreba za više edukacija i radionica uživo, ali i u *online* okruženju. Većina logopeda na dodatne edukacije, predavanja i stručne skupove koji su vezani uz područje logopedije odlazi 1 do 2 puta godišnje (47.6%) ili 3 do 4 puta godišnje (33.3 %) te smatraju da u Hrvatskoj nema dovoljno edukacija i predavanja vezana općenito uz područje rada logopeda, ali i uz područje poremećaja komunikacije koja bi im pomogla u unaprjeđivanju njihove prakse te cjeloživotnom obrazovanju i usavršavanju.

5.5 Izazovi u radu

Budući da se posljednjih godina povećava broj djece i odraslih kojima je potrebna logopedska podrška, sve više logopeda navodi upravo preopterećenost kao najveću prepreku u većem uključivanju djece s poremećajima komunikacije u svoju podršku. 57.1 % logopeda navelo je da u instituciji u kojoj rade postoji lista čekanja za logopedske usluge. Na uključivanje u logopedsku podršku najčešće se čeka od 12 do 18 mjeseci (48.6 %) ili 6 mjeseci (29.7 %).

U Tablici 8. prikazani su odgovori na pitanje „*Pokušajte procijeniti koliko % radnog vremena provodite logopedsku dijagnostiku/procjenu, podršku i savjetovanje bez obzira na vrstu teškoća.*” Rezultati pokazuju da 41.3 % logopeda provodi od 81 do 100 % radnog vremena radeći poslove koji su usko vezani za područje rada logopeda. 8 % sudionika isključivo logopedske poslove radi 40 ili manje % svog radnog vremena.

Tablica 8. *Postotak radnog vremena provedenog u obavljanju logopedske dijagnostike/procjene, podrške i savjetovanja bez obzira na vrstu teškoća*

Postotak radnog vremena	%
0 – 20	4.8
21 – 40	3.2
41 – 60	15.9
61 – 80	34.9
81 - 100	41.3

Ostatak radnog vremena posvećen je najčešće obavljanju administrativnih poslova. 90.5% logopeda navelo je da im vođenje dokumentacije koja je često pretjerana i nepotrebna oduzima previše vremena. Budući da su logopedi u vrtićima i školama zaposleni kao stručni suradnici, često obavljaju i različite poslove po nalogu ravnatelja poput organiziranja izleta te sudjeluju u brojnim stručnim vijećima, odborima i povjerenstvima. Također, u slučaju odsustva učitelja, odgojitelja ili ravnatelja, logopedi ih često zamjenjuju te obavljaju i njihove poslove. Najmanje vremena logopedima ostane za izradu i pripremu materijala za rad, suradnju s roditeljima i drugim stručnjacima te čitanje znanstvene literature. Slični podaci navode se i u istraživanju koje je provela ASHA (2004; prema Edgar i Rosa-Lugo, 2007). U tom istraživanju logopedi su naveli da 70 % vremena provedu pružajući direktnu intervenciju ili procjenu. Tijekom ostatka vremena, obavljali su razne administrativne poslove, pisali izvješća ili prisustvovali sastancima.

Kao najčešći razlog koji ih sprječava u većem uključivanju djece s poremećajima komunikacije u svoju podršku, logopedi su naveli veliki broj djece s blažim/manjim odstupanjima (60.3 %). 36.5 % logopeda navelo je da ih sprječava previše vremena koje je potrebno za pripremu i izradu materijala, 30.2 % previše obaveza nevezanih uz područje rada logopeda i 27 % nedovoljno znanja ili iskustva u radu s djecom s poremećajima komunikacije.

5.6. Znanje o PSA-u i PSK-u

Kako bi se utvrdilo poznavanje novijih dijagnostičkih kriterija, sličnosti i razlika između poremećaja iz spektra autizma i poremećaja socijalne komunikacije te važnost rane intervencije i potpomognute komunikacije, sudionicima je ponuđeno 15 tvrdnji na koja su trebali odgovoriti *DA* ili *NE*. Rezultati logopeda prikazani su u Tablici 9. Iz tablice je vidljivo koja su najčešća pogrešna znanja. 15.9 % logopeda ne slaže s tvrdnjom: „*Aspergerov sindrom kao termin se prema DSM-5 klasifikaciji više ne koristi.*“. 20.6 % logopeda slaže se s tvrdnjom: „*Dijagnoza poremećaj socijalne komunikacije može se postaviti uz dijagnozu poremećaja iz spektra autizma.*“, a 22.2 % ne slaže se s tvrdnjom: „*Kod poremećaja socijalne komunikacije su odsutni ograničeni i repetitivni obrasci ponašanja, interesa i aktivnosti.*“. Prema DSM-5 (2013) terminologiji, naziv Aspergerov sindrom se više ne koristi zbog toga što pripada skupini poremećaja iz spektra autizma. Također, prema DSM-u 5 dijagnoza PSK-a ne može se postaviti

uz dijagnozu PSA-a, a odsustvo ograničenih i repetitivnih obrazaca ponašanja, interesa i aktivnosti kod PSK je glavno razlikovno obilježje između PSK i PSA.

Iako postotak nije ogroman, činjenica da 15 – 20 % logopeda ne poznaje novu DSM-5 terminologiju i kriterije za postavljanje dijagnoza iz 2013. godine, govori o njihovoj nedovoljnoj educiranosti i slabom praćenju najnovijih spoznaja u području poremećaja komunikacije.

Većina logopeda (95.2 %) zna da djece prve simptome odstupanja u komunikaciji pokazuje unutar prve dvije godine života. Takvi rezultati bolji su od rezultata koje navode Mendonsa i Tiwari (2018). U njihovom istraživanju znanja logopeda o PSA u Indiji, samo 54% logopeda znalo je da se simptomi PSA obično manifestiraju u dobi od 12 do 24 mjeseca života. Također, sudionici našeg istraživanja pokazali su i dobro znanje o učinkovitosti i važnosti rane uporabe potpomognute komunikacije u intervenciji.

Za testiranje povezanosti između poznavanja dijagnostičkih kriterija, sličnosti i razlika između poremećaja iz spektra autizma i poremećaja socijalne komunikacije i godina radnog iskustva korišten je Spearmanov koeficijent korelacije. Rezultati pokazuju da postoji slaba povezanost ($Rho = -0.35$, $p < 0.05$) u korist logopeda s manjim brojem godina radnog iskustva (0 - 5 godina). Dobiveni rezultat u suprotnosti je s istraživanjem koje su proveli Mendonsa i Tiwari (2018). Njihovi rezultati ukazuju da logopedi s više od 5 godina radnog iskustva posjeduju bolje znanje o PSA-u, nego logopedi s manje od 5 godina radnog iskustva. Rezultati ovog istraživanja razliku se od drugih istraživanja u svijetu, ali su u skladu s pretpostavkom da će mlađi logopedi imati više znanja o obilježjima poremećaja komunikacije zbog toga što su tijekom fakultetskog obrazovanja imale kolegije vezane uz područje poremećaja komunikacije tijekom kojih su dobili novije informacije i znanstvene spoznaje o obilježjima i dijagnostičkim kriterijima iz DSM-5 klasifikacije. Navedeni rezultati ukazuju i na potrebu za dodatnim informiranjem i edukacijama logopeda s više godina radnog iskustva kako bi i njihovo znanje, a samim time i praksa bila usklađena s najnovijim spoznajama.

Testiranjem povezanosti između znanja o obilježjima poremećaja komunikacije i broja djece uključene u podršku, pokazalo se da takva povezanost ne postoji. Ne postoji ni povezanost između znanja i ukupnog broja djece uključene u podršku tijekom cijelog radnog vijeka. Dakle,

logopedi koji u svojoj podršci imaju uključen veći broj djece s poremećajima komunikacije, ne posjeduju nužno i više znanja o osnovnim obilježjima, razlikama i dijagnostičkim kriterijima poremećaja komunikacije. Ovakvi rezultati suprotni su od rezultata istraživanja koje su proveli Mendonsa i Tiwari (2018). Oni su utvrdili postojanje povezanosti između znanja o PSA-u i broju djece sa PSA-om uključene u logopedsku podršku te su logopedi s više uključene djece u svojoj podršci imali i više znanja o PSA-u.

Tablica 9. Znanje logopeda o PSA-u i PSK-u

	DA (%)	NE (%)
1. Postoje razlike između poremećaja iz spektra autizma i poremećaja socijalne komunikacije.	100	/
2. Aspergerov sindrom kao termin se prema DSM-5 klasifikaciji više ne koristi.	84.1	15.9
3. Većina djece prve simptome odstupanja u komunikaciji pokazuje unutar prve dvije godine života.	95.2	4.8
4. Semantičko-pragmatički poremećaj se danas naziva poremećaj socijalne komunikacije.	81.0	19.0
5. Uporaba potpomognute komunikacije značajno povećava proizvodnju i razumijevanje jezika.	95.2	4.8
6. Dijagnoza poremećaj socijalne komunikacije može se postaviti uz dijagnozu poremećaja iz spektra autizma.	20.6	79.4
7. Poremećaj socijalne komunikacije je blagi oblik poremećaja iz spektra autizma.	12.7	87.3
8. Kod poremećaja socijalne komunikacije su odsutni ograničeni i repetitivni obrasci ponašanja, interesa i aktivnosti.	77.8	22.2
9. Potpomognuta komunikacija je posljednji "spas" u okviru logopedске intervencije.	6.3	93.7
10. Potpomognuta komunikacija zaustavlja ili onemogućava razvoj govora.	1.6	98.4
11. Primjerenim oblicima podrške moguće je izliječiti poremećaj iz spektra autizma ili poremećaj socijalne komunikacije.	7.9	92.1
12. Logopedska terapija s djecom s poremećajem iz spektra autizma ili poremećajem socijalne komunikacije može se započeti tek iza treće godine.	3.2	96.8
13. Za početak stručne podrške dijete najprije treba imati definiranu dijagnozu.	25.4	74.6
14. Logoped može biti učinkovit u radu s djetetom s poremećajem iz spektra autizma samo ako završi ABA-u.	/	100
15. Djeca s poremećajem socijalne komunikacije mogu biti jednako izazovna za rad kao i djeca s poremećajem iz spektra autizma.	93.7	6.3

6. ZAKLJUČAK

Porastom broja djece sa PSA-om i PSK-om, raste i broj djece s poremećajima komunikacije koja su uključena u logopedsku podršku. Zbog toga je važna analiza logopedske prakse kako bi se dobio uvid u najčešće izazove i probleme s kojima se logopedi susreću.

Rezultati ovog istraživanja pokazuju da većina logopeda u svoju podršku uključuje i djecu s poremećajima komunikacije, a najčešći razlog neuključivanja je nedovoljno znanja ili iskustva. Također, previše administrativnih poslova i drugih obaveza koje nisu usko vezane uz područje logopedije te veliki broj djece kojima je potrebna logopedska podrška razlog su rjeđem uključivanju djece sa PSA-om ili PSK-om u logopedsku podršku. Većina logopeda u radu potiče poboljšanje komunikacije i jačanje jezičnog razumijevanja i proizvodnje te koriste uglavnom utemeljene pristupe i intervencije u prodoru. Visoko i niskotehnološka pomagala većina logopeda koristi samo ponekad te najčešće koriste besplatne aplikacije, softvere i galerije za izradu simbola. Logopedi najčešće surađuju s roditeljima, a najrjeđe s učiteljima, odgojiteljima i pomagačima/asistentima. S drugim stručnjacima surađuju uglavnom nekoliko puta godišnje, a u ostvarivanju kvalitetnije suradnje s drugim stručnjacima najčešće ih sprječava preopterećenost u radu te nepostojanje dogovorene i obavezne suradnje između stručnjaka i institucija zbog čega se trenutna suradnja temelji u najvećoj mjeri na međusobnim poznanstvima i osobnoj inicijativi. Također, mlađi logopedi se osjećaju kompetentnije za provođenje intervencije, savjetovanje roditelja, odgajatelja i učitelja te posjeduju bolje znanje o dijagnostičkim kriterijima, sličnosti i razlikama između PSA i PSK što ukazuje na potrebu za dodatnim edukacijama kako bi praksa svih logopeda bila učinkovitija i usklađena s najnovijim spoznajama.

Dakle, osim potrebe za dodatnim edukacijama i više praktičnog iskustava logopeda, vidljiva je i potreba za kvalitetnijom i češćom suradnjom koja je sustavna i dogovorena između svih stručnjaka i institucija koji rade s djecom s poremećajima komunikacije. Potrebno je i dodatno educirati logopede o primjeni i učinkovitosti potpomognute komunikacije u radu s djecom sa PSA-om i PSK-om kako bi ih se potaknulo na češće korištenje potpomognute komunikacije u radu. Kako bi logopedska praksa u kontekstu poremećaja komunikacije bila intenzivnija i kvalitetnija, važno je i smanjiti administrativne obaveze logopeda koje oduzimaju puno vremena koje bi moglo biti iskorišteno za pružanje intervencije, pripremu za rad ili čitanje stručne literature i informiranje o najnovijim spoznajama u području poremećaja komunikacije.

Zaključno, glavni nedostatak ovog istraživanja je broj sudionika. Zbog malog broja logopeda koji su bili uključeni u ovo istraživanje te zbog toga što nisu sudjelovali logopedi iz svih županija, postoji mogućnost da je stvarna situacija ponešto drugačija. U budućnosti bi istraživanja trebala uključivati više logopeda iz svih županija kako bi rezultati bili pouzdaniji.

7. LITERATURA

1. Adams, C. (2005, August). Social communication intervention for school-age children: rationale and description. U: *Seminars in speech and language* (Vol. 26, No. 03, pp. 181-188).
2. American Speech-Language-Hearing Association (1991). Report: Augmentative and Alternative Communication. *ASHA*, 33, 9-12.
3. American Speech-Language-Hearing Association. (2006). Knowledge and skills needed by Speech-Language Pathologists for diagnosis, assessment, and treatment of Autism Spectrum Disorders across the life span.
4. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub
5. Ashburner, J., Ziviani, J., Rodger, S. (2010). Surviving in the mainstream: Capacity of children with autism spectrum disorders to perform academically and regulate their emotions and behavior at school. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 4(1), 18-27.
6. Baird, G., Norbury, C. F. (2016). Social (pragmatic) communication disorders and autism spectrum disorder. *Archives of Disease in Childhood*, 101(8), 745-751.
7. Bellini, S., Hopf, A. (2007). The development of the Autism Social Skills Profile: A preliminary analysis of psychometric properties. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 22(2), 80-87.
8. Binger, C., Kent-Walsh, J. (2010): Augmentative and Alternative Communication. Boston: Pearson
9. Bishop, D. V., Norbury, C. F. (2002). Exploring the borderlands of autistic disorder and specific language impairment: a study using standardised diagnostic instruments. *Journal of child Psychology and Psychiatry*, 43(7), 917-929.

10. Cappadocia, M. C., Weiss, J. A., Pepler, D. (2012). Bullying experiences among children and youth with autism spectrum disorders. *Journal of autism and developmental disorders*, 42(2), 266-277
11. Cascella, P. W., Colella, C. S. (2004). Knowledge of autism spectrum disorders among Connecticut school speech—Language pathologists. *Focus on autism and other developmental disabilities*, 19(4), 245-252.
12. Ceganec, M., Šimleša, S., Stošić, J. (2015). Rana dijagnostika poremećaja iz autističnog spektra-Teorija, istraživanja i praksa. *Klinička psihologija*, 8(2), 203-224.
13. Cheung, G., Trembath, D., Arciuli, J., Togher, L. (2013). The impact of workplace factors on evidence-based speech-language pathology practice for children with autism spectrum disorders. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 15(4), 396-406.
14. Chawarska, K., Klin, A., Paul, R., Volkmar, F. (2007). Autism spectrum disorder in the second year: Stability and change in syndrome expression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(2), 128-138.
15. Edgar, D. L., Rosa-Lugo, L. I. (2007). The critical shortage of speech-language pathologists in the public school setting: Features of the work environment that affect recruitment and retention. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*.
16. Frost, L., Bondy, A. (2002): *The Picture Exchange Communication System: Training Manual*. Newark: Pyramid Educational Consultants
17. Gibson, J., Adams, C., Lockton, E., Green, J. (2013). Social communication disorder outside autism? A diagnostic classification approach to delineating pragmatic language impairment, high functioning autism and specific language impairment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(11), 1186-1197.

18. Gillon, G., Hyter, Y., Fernandes, F. D., Ferman, S., Hus, Y., Petinou, K., Segal, O., Tumanova, T., Vogindroukas, I., Westby, C., Westerveld, M. (2017). International survey of speech-language pathologists' practices in working with children with autism spectrum disorder. *Folia Phoniatrica et Logopaedica*, 69(1-2), 8-19.
19. Hampton, L. H., Kaiser, A. P. (2016). Intervention effects on spoken-language outcomes for children with autism: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Intellectual Disability Research*, 60(5), 444-463.
20. Ivšac Pavliša, J. (2012). Logopedi i potpomognuta komunikacija-koliko se poznaju. *Proceedings of the Logopedija: Jučer, Danas, Sutra*.
21. Ivšac Pavliša, J. I., Ljubešić, M., Jerečić, I. (2012). The use of AAC with young children in Croatia—from the speech and language pathologist's view. U: *KES International Symposium on Agent and Multi-Agent Systems: Technologies and Applications* (pp. 221-230). Springer, Berlin, Heidelberg.
22. Jabery, M. A. A., Arabiat, D. H., Khamra, H. A. A., Betawi, I. A., Jabbar, S. K. A. (2014). Parental perceptions of services provided for children with autism in Jordan. *Journal of Child and Family Studies*, 23(3), 475-486.
23. Jančec, M., Šimleša, S., Frey Škrinjar, J. (2016). Poticanje socijalne interakcije putem socijalnih priča u dječaka s poremećajem iz spektra autizma. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 52(1), 87-99.
24. Johnson, C. P. (2008). Recognition of autism before age 2 years. *Pediatrics in Review*, 29(3), 86.
25. Joseph, R. M., Tager-Flusberg, H., Lord, C. (2002). Cognitive profiles and social-communicative functioning in children with autism spectrum disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43(6), 807-821.

26. Jones, E. J., Gliga, T., Bedford, R., Charman, T., Johnson, M. H. (2014). Developmental pathways to autism: a review of prospective studies of infants at risk. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 39, 1-33.
27. Kasari, C., Paparella, T., Freeman, S., Jahromi, L. B. (2008). Language outcome in autism: randomized comparison of joint attention and play interventions. *Journal of consulting and clinical psychology*, 76(1), 125.
28. Košiček, T., Kobetić, D., Stančić, Z., Joković Oreb, I. (2009). Istraživanje nekih aspekata rane intervencije u djetinjstvu. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 46(1), 1-14.
29. Krantz, P. J., McClannahan, L. E. (1998). Social interaction skills for children with autism: A script-fading procedure for beginning readers. *Journal of applied behavior analysis*, 31(2), 191-202.
30. Ljubešić, M., Cepanec, M. (2012). Rana komunikacija: u čemu je tajna?. *Logopedija*, 3(1), 35-45.
31. Matijaš, T., Ivšac Pavliša, J., Ljubešić, M. (2014). Sustav zdravlja u području rane intervencije u djetinjstvu. *Paediatrica Croatica*, 58(4), 303-309.
32. Maenner, M. J. i sur. (2020). Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years—autism and developmental disabilities monitoring network, 11 sites, United States, 2016. *MMWR Surveillance Summaries*, 69(4), 1.
33. Mendonsa, L. E., Tiwari, S. (2018). A survey of knowledge and beliefs regarding autism in speech-language pathologists in India. *Folia Phoniatrica et Logopaedica*, 70(3-4), 191-202.
34. Norbury, C. F. (2014). Practitioner review: Social (pragmatic) communication disorder conceptualization, evidence and clinical implications. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55(3), 204-216.

35. Park, C. J., Yelland, G. W., Taffe, J. R., Gray, K. M. (2012). Brief report: The relationship between language skills, adaptive behavior, and emotional and behavior problems in pre-schoolers with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 42(12), 2761-2766.
36. Plumb, A. M., Plexico, L. W. (2013). Autism spectrum disorders: Experience, training, and confidence levels of school-based speech-language pathologists. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*.
37. Popčević, K., Ivšac Pavliša, J., Boháček, A. M., Šimleša, S., Bašić, B. (2016). Znanstveno utemeljene intervencije kod poremećaja iz spektra autizma. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 52(1), 100-113.
38. Rapin, I., Allen, D. (1983). Developmental language disorders: Nosologic considerations. *Neuropsychology of language, reading, and spelling*, 155-184.
39. Schwartz, H., Drager, K. D. (2008). Training and knowledge in autism among speech-language pathologists: A survey. *Language, speech, and hearing services in schools*.
40. Simms, M. D., Jin, X. M. (2015). Autism, Language Disorder, and Social (Pragmatic) Communication Disorder: DSM-V and Differential Diagnoses. *Pediatrics in review*, 36(8), 355-62.
41. Simion, E. (2014). Augmentative and alternative communication—support for people with severe speech disorders. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 128, 77-81.
42. Spittle, A., Orton, J., Anderson, P., Boyd, R., Doyle, L. W. (2012). Early developmental intervention programmes post-hospital discharge to prevent motor and cognitive impairments in preterm infants. *Cochrane database of systematic reviews*, (12).
43. Starr, E. M., Foy, J. B. (2012). In parents' voices: The education of children with autism spectrum disorders. *Remedial and Special Education*, 33(4), 207-216.

44. Stevanović, R., Capak, K., Benjak, T. (2019). Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2018. godinu. *Zagreb: Državni zavod za statistiku Republike Hrvatske.*
45. Tager-Flusberg, H., Kasari, C. (2013). Minimally verbal school-aged children with autism spectrum disorder: The neglected end of the spectrum. *Autism research, 6(6)*, 468-478.
46. Van Steensel, F. J., Bögels, S. M., Perrin, S. (2011). Anxiety disorders in children and adolescents with autistic spectrum disorders: a meta-analysis. *Clinical child and family psychology review, 14(3)*, 302.
47. Wang, H. T., Sandall, S. R., Davis, C. A., Thomas, C. J. (2011). Social skills assessment in young children with autism: A comparison evaluation of the SSRS and PKBS. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 41(11)*, 1487-1495.
48. Wetherby, A. M., Brosnan-Maddox, S., Peace, V., Newton, L. (2008). Validation of the Infant—Toddler Checklist as a broadband screener for autism spectrum disorders from 9 to 24 months of age. *Autism, 12(5)*, 487-511.
49. White, S. W., Keonig, K., Scahill, L. (2007). Social skills development in children with autism spectrum disorders: A review of the intervention research. *Journal of autism and developmental disorders, 37(10)*, 1858-1868.
50. Will, M. N., Currans, K., Smith, J., Weber, S., Duncan, A., Burton, J., Luebrecht, A. (2018). Evidenced-based interventions for children with autism spectrum disorder. *Current problems in pediatric and adolescent health care, 48(10)*, 234-249.
51. Zwaigenbaum, L., Bryson, S., Lord, C., Rogers, S., Carter, A., Carver, L., Fein, D. (2009). Clinical assessment and management of toddlers with suspected autism spectrum disorder: insights from studies of high-risk infants. *Pediatrics, 123(5)*, 1383-1391.
52. Zwaigenbaum, L., Bauman, M. L., Choueiri, R., Kasari, C., Carter, A., Granpeesheh, D., Pierce, K. (2015). Early intervention for children with autism spectrum disorder under 3 years of age: recommendations for practice and research. *Pediatrics, 136(Supplement 1)*, S60-S81.

8. PRILOG

LOGOPEDSKA PRAKSA U KONTEKSTU POREMEĆAJA KOMUNIKACIJE

I. OPĆE INFORMACIJE

- 1) Spol: M / Ž
- 2) Naziv županije u kojoj radite: _____
- 3) Navedite godine radnog staža u struci: _____
- 4) Najviši završeni stupanj obrazovanja:
 - a) preddiplomski studij ili četverogodišnji studij prije Bolonjskog sustava
 - b) diplomski studij
 - c) specijalistički studij (završeni ili u tijeku)
 - d) doktorski studij (završeni ili u tijeku)
- 5) Vaše radno mjesto:
 - a) dječji vrtić
 - b) osnovna/srednja škola
 - c) sustav zdravstva
 - d) sustav socijalne skrbi
 - e) privatna praksa
 - f) civilne udruge
- 6) S kojom dobnom populacijom najviše radite?
 - a) 0 - 3 godine
 - b) 4 - 6 godina
 - c) 7 - 11 godina
 - d) 12 - 18 godina
 - e) 19 - 50 godina
 - f) 51 godina i više

II. UOČAVANJE I PROCJENA DJETETA S POREMEĆAJEM KOMUNIKACIJE

- 1) Na skali od 1 do 5 označite način na koji dobivate informacije o djetetu s teškoćama u socijalnoj komunikaciji (*poremećaj iz spektra autizma ili poremećaj socijalne komunikacije*)?

(1 – nikad, 2 – rijetko, 3 – ponekad, 4 – često, 5 – uvijek)

Odgojitelj prepoznaje odstupanja	1	2	3	4	5
Učitelj prepoznaje odstupanja	1	2	3	4	5
Prema sugestiji roditelja	1	2	3	4	5
Logoped uočava teškoće prilikom probira djece	1	2	3	4	5
Obitelj dolazi s nalazima i mišljenjima drugih stručnjaka	1	2	3	4	5
Teškoće uočava stručni tim pri upisu u ustanovu	1	2	3	4	5

- 2) Upućujete li dijete za koje sumnjate da ima poremećaj iz spektra autizma ili poremećaj socijalne komunikacije na dodatnu procjenu izvan ustanove u kojoj radite?
 - a) DA
 - b) NE

3) Ako da, na skali od 1 do 5 označite koliko često i kojim stručnjacima upućujete dijete za koje sumnjate da ima poremećaj iz spektra autizma ili poremećaj socijalne komunikacije na dodatnu procjenu.

(1 – nikad, 2 – rijetko, 3 – ponekad, 4 – često, 5 – uvijek)

Logopedu	1	2	3	4	5
Psihologu	1	2	3	4	5
Edukacijskom rehabilitatoru	1	2	3	4	5
Psihijatru	1	2	3	4	5
Radnom terapeutu	1	2	3	4	5
Neuropedijatru	1	2	3	4	5
Pedijatru	1	2	3	4	5

4) Napišite nazive dviju ustanova u koje najčešće upućujete dijete na dodatnu procjenu.

III. INDIVIDUALNA PODRŠKA

1) Pružate li individualnu podršku za djecu s poremećajem iz spektra autizma ili poremećajem socijalne komunikacije?

(1 – nikad, 2 – rijetko, 3 – ponekad, 4 – često, 5 – uvijek)

1 2 3 4 5

Ako ne pružate individualnu podršku navedite razlog zašto:

- a) smatram da nemam dovoljno znanja ili iskustva za rad s djecom s poremećajem iz spektra autizma ili poremećajem socijalne komunikacije
- b) dijete ide na terapiju izvan naše institucije (pokriveno je uslugama)
- c) u našu instituciju ne dolaze djeca s poremećajem iz spektra autizma ili poremećajem socijalne komunikacije
- d) rad s djecom s poremećajem iz spektra autizma ili poremećajem socijalne komunikacije je pretežak
- e) rad s djecom s poremećajem iz spektra autizma ili poremećajem socijalne komunikacije ne dovodi do napretka
- f) u okviru radnog vremena ne stignem pružiti kvalitetnu individualnu podršku za djecu s poremećajem iz spektra autizma ili poremećajem socijalne komunikacije
- g) prostor u kojem radim je premalen i/ili nije adekvatno opremljen
- h) za rad s djecom s poremećajem iz spektra autizma ili poremećajem socijalne komunikacije

su ključni drugi stručnjaci

i) ostalo: _____

2) Koliko djece s poremećajem iz spektra autizma ili poremećajem socijalne komunikacije je trenutno uključeno u Vaš direktni rad ili savjetovanje?

- a) 0
- b) 1 do 5
- c) 6 do 10
- d) 11 do 15
- e) 15 i više

3) Pokušajte procijeniti koliko djece s poremećajem iz spektra autizma ili poremećajem socijalne komunikacije je bilo uključeno u Vašu podršku tijekom cijelog Vašeg radnog vijeka

- a) 1 do 10
- b) 11 do 20
- c) 21 do 30
- d) 31 i više

4) Logopedski rad s djetetom s poremećajem iz spektra autizma ili poremećajem socijalne komunikacije najčešće provodim:

- a) individualno
- b) grupno
- c) individualno i grupno
- d) rad se provodi u obliku savjetovanja roditelja/odgojitelja/učitelja/pomagača/asistenata

5) Moj tipičan individualan rad s djetetom s poremećajem iz spektra autizma ili poremećajem socijalne komunikacije traje:

- a) manje od 30 minuta
- b) 30 minuta
- c) 45 minuta
- d) sat vremena
- e) više od sat vremena
- g) ostalo: _____

6) Koliko često dijete s poremećajem iz spektra autizma ili poremećajem socijalne komunikacije dolazi na individualan rad?

- a) 2 puta tjedno
- b) 1 puta tjedno
- c) svaka 2 tjedna
- d) jednom mjesečno
- e) ostalo: _____

7) Na skali od 1 do 5 označite koliko često u radu s djecom s poremećajem iz spektra autizma ili poremećajem socijalne komunikacije provodite i koristite:

(1 – nikad, 2 – rijetko, 3 – ponekad, 4 – često, 5 – uvijek)

Tradicionalne logopedske metode usmjerene na jačanje jezika i komunikacije	1	2	3	4	5
Učenje prema modelu	1	2	3	4	5
Vizualni raspored	1	2	3	4	5

Socijalne priče	1	2	3	4	5
Vršnjačku potporu	1	2	3	4	5
Visokotehnološka pomagala (računalo, tablet...)	1	2	3	4	5
Niskotehnološka pomagala (komunikacijske ploče, knjige)	1	2	3	4	5
Geste i manualne znakove	1	2	3	4	5
PECS (Picture Exchange Communication System)	1	2	3	4	5
Floortime metodu	1	2	3	4	5
Senzornu integraciju	1	2	3	4	5
ABA terapiju	1	2	3	4	5
PODD (Pragmatic Organisation Dynamic Display)	1	2	3	4	5
Neurofeedback	1	2	3	4	5
Savjetovanje okoline	1	2	3	4	5
Edukacije odgojitelja/učitelja	1	2	3	4	5

8) Na skali od 1 do 5 označite koliko u radu s djecom s poremećajem iz spektra autizma ili poremećajem socijalne komunikacije koristite:

(1 – nikad, 2 – rijetko, 3 – ponekad, 4 – često, 5 – uvijek)

ICT-AAC aplikacije (e-Galerija, Komunikator, Ponašalica...)	1	2	3	4	5
Druge aplikacije	1	2	3	4	5
Grid 3 (Tobii)	1	2	3	4	5
VersaChat	1	2	3	4	5
Cboard aplikacija	1	2	3	4	5
Snap + Core First	1	2	3	4	5

9) Na skali od 1 do 5 označite koliko često za izradu komunikacijskih ploča i knjiga koristite:

(1 – nikad, 2 – rijetko, 3 – ponekad, 4 – često, 5 – uvijek)

Boardmaker	1	2	3	4	5
Besplatne galerije simbola (npr. Araasac...)	1	2	3	4	5
PictoSelector	1	2	3	4	5
Communicator 5 (Tobii)	1	2	3	4	5
Grid 3 (Tobii)	1	2	3	4	5
Board Builder	1	2	3	4	5

Jednostavne komunikatore (npr. GoTalk, QuickTalker...)	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

10) Koji su Vam najčešći ciljevi tijekom logopedске podrške poremećaja iz spektra autizma ili poremećaja socijalne komunikacije?

- a) poboljšanje govora
- b) jačanje jezičnog razumijevanja
- c) jačanje jezične proizvodnje
- d) poboljšanje komunikacije
- d) poticanje socijalno prihvatljivog ponašanja djeteta
- e) regulacija senzoričkih obilježja
- f) ostalo: _____

IV. SURADNJA

1) S kojim stručnjacima najčešće surađujete?

- a) psiholog
- b) neurolog
- c) pedijatar
- d) psihijatar
- e) edukacijski rehabilitator
- f) fizioterapeut
- g) pedagog
- h) radni terapeut
- i) ABA terapeut
- h) ostalo: _____

2) Koliko često surađujete s:

(1 – nikad, 2 – jednom godišnje, 3 – jednom mjesečno, 4 – jednom tjedno, 5 – svaki dan)

Odgojiteljima	1	2	3	4	5
Učiteljima	1	2	3	4	5
Roditeljima	1	2	3	4	5
Pomagačima/asistentima	1	2	3	4	5
Drugim stručnim suradnicima	1	2	3	4	5

3) Na koji način surađujete s odgojiteljima / učiteljima / roditeljima / pomagačima?

- a) razgovorom uživo
- b) razgovorom preko telefona
- c) komunikacijom preko e-maila
- d) davanjem pisanih uputa
- e) odlazak u vrtićku skupinu/školski razred i direktno prikazivanje načina rada u svakodnevnim situacijama

4) Koliko često surađujete s drugim stručnjacima kod kojih je dijete uključeno u individualnu podršku?

- a) nikad
- b) jednom godišnje

- c) nekoliko puta godišnje
- d) jednom mjesečno
- e) jednom tjedno

5) Na koji način surađujete s drugim stručnjacima kod kojih je dijete uključeno u individualnu podršku?

- a) razgovorom uživo
- b) razgovorom preko telefona
- c) komunikacijom preko e-maila
- d) ostalo: _____

6) Suradnja s drugim stručnjacima je pretežno:

- a) dogovorena među institucijama
- b) temeljena na osobnoj inicijativi (poznanci, prijatelji...)

7) Koliko ste zadovoljni suradnjom sa stručnjacima?

(1 – uopće nisam zadovoljan/na, 5 – veoma sam zadovoljan/na)

Unutar svoje institucije	1	2	3	4	5
Iz drugih institucija	1	2	3	4	5

8) Što smatrate najvećom preprekom u ostvarivanju suradnje?

V. OSJEĆAJ KOMPETENTNOSTI

1) Na skali od 1 do 5 pokušajte procijeniti svoju kompetenciju za:

(1 – uopće nisam kompetentan/na, 5 – izrazito sam kompetentan/a)

Sve tvrdnje odnose se na rad s djecom s poremećajem iz spektra autizma ili poremećajem socijalne komunikacije.

Logopedsku procjenu	1	2	3	4	5
Individualni rad/podršku	1	2	3	4	5
Savjetovanje roditelja	1	2	3	4	5
Savjetovanje odgojitelja/učitelja	1	2	3	4	5
Određivanje intervjenskih ciljeva	1	2	3	4	5
Prepoznavanje obilježja poremećaja komunikacije kod djece koja još nemaju dijagnozu	1	2	3	4	5

Rad u timu

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5

2) Koliko često odlazite na dodatne edukacije, predavanja i stručne skupove koji su vezani uz područje logopedije?

- a) ne odlazim
- b) 1 - 2 puta godišnje
- c) 3 - 4 puta godišnje
- d) 5 - 6 puta godišnje
- e) više od 7 puta godišnje

3) Na ljestvici od 1 do 5 procijenite postoji li potreba za...

(1 – ne postoji potreba, 5 – postoji izrazita potreba)

Više predmeta na fakultetu na temu poremećaja komunikacije	1	2	3	4	5
Više praktičnog iskustva	1	2	3	4	5
Više edukacija i radionica	1	2	3	4	5
Više znanstvenih i stručnih članaka	1	2	3	4	5
Više edukacija i radionica u <i>online</i> okruženju	1	2	3	4	5

VI. OSTALO

1) Postoji li u instituciji u kojoj radite lista čekanja za stručnu podršku logopeda?

a) DA

Ako postoji, koliko se čeka u mjesecima? _____

b) NE

2) Pokušajte procijeniti koliko % radnog vremena provodite logopedsku dijagnostiku/procjenu, podršku i savjetovanje bez obzira na vrstu teškoća?

- a) 0 - 20 %
- b) 21 - 40 %
- c) 41 - 60 %
- d) 61 - 80 %
- e) 81 - 100 %

3) Kojim poslovima je posvećen ostatak vremena?

4) Sprječava li Vas u većem uključivanju djece s poremećajem iz spektra autizma ili poremećajem socijalne komunikacije u logopedsku podršku:

Previše obaveza nevezanih uz područje rada logopeda	DA	NE
Veliki broj djece s blažim/manjim odstupanjem od urednog razvoja	DA	NE
Nedovoljno znanja ili iskustva u radu s djecom sa PSA-om ili PSK-om	DA	NE
Previše vremena koje je potrebno za pripremu i izradu materijala za rad	DA	NE

5) Označite DA ili NE.

Postoje razlike između poremećaja iz spektra autizma i poremećaja socijalne komunikacije.	DA	NE
Aspergerov sindrom kao termin se prema DSM-5 klasifikaciji više ne koristi.	DA	NE
Većina djece prve simptome odstupanja u komunikaciji pokazuje unutar prve dvije godine života.	DA	NE
Semantičko-pragmatički poremećaj se danas naziva poremećaj socijalne komunikacije.	DA	NE
Uporaba potpomognute komunikacije značajno povećava proizvodnju i razumijevanje jezika.	DA	NE
Dijagnoza poremećaj socijalne komunikacije može se postaviti uz dijagnozu poremećaja iz spektra autizma.	DA	NE
Poremećaj socijalne komunikacije je blagi oblik poremećaja iz spektra autizma.	DA	NE
Kod poremećaja socijalne komunikacije su odsutni ograničeni i repetitivni obrasci ponašanja, interesa i aktivnosti.	DA	NE
Potpomognuta komunikacija je posljednji "spas" u okviru logopedске intervencije.	DA	NE
Potpomognuta komunikacija zaustavlja ili onemogućava razvoj govora.	DA	NE
Vrtići i škole u Hrvatskoj imaju kapacitet za uključivanje djece s poremećajem iz spektra autizma ili poremećajem socijalne komunikacije.	DA	NE
Djeca s poremećajem socijalne komunikacije mogu biti jednako izazovna za rad kao i djeca s poremećajem iz spektra autizma.	DA	NE
Primjerenim oblicima podrške moguće je izliječiti poremećaj iz spektra autizma ili poremećaj socijalne komunikacije.	DA	NE
Za početak stručne podrške dijete najprije treba imati definiranu dijagnozu.	DA	NE
Logopedska terapija s djecom s poremećajem iz spektra autizma ili poremećajem socijalne komunikacije može se započeti tek iza treće godine.	DA	NE