

## СОЦИЈАЛНА КОМПЕТЕНЦИЈА УЧЕНИКА СА УМЕРЕНОМ ИНТЕЛЕКТУАЛНОМ ОМЕТЕНОШЋУ<sup>1</sup>

*Светлана Каљача<sup>1</sup>, Данијела Даичевић<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију, Београд

<sup>2</sup>Школа за основно и средње образовање „Милан Петровић“ - Нови Сад

*Социјална компетенција представља резултат развоја персоналних вештина социјално прихватљивој понашања и зависи од степена овлађаности различитим животињним навикама концептуалној, социјалној и практичној карактера. Ниво развијености социјалне компетенције утиче на квалитет социјалних односа који деца успостављају у породици, школи и заједници. Сматра се да дефицит у развоју животињних навика код сваког детета, имплицира различите манифестације асоцијалној понашања. Одговор средине, у том случају, најчешће узрокује социјално одбацивање детета, самоизолацију, проблеме у едукацији и представља ризико фактор за развој вишеструких поремећаја личности.*

*Циљ овој истраживања је процена нивоа развијености животињних навика код ученика са умереном интелектуалном ометеношћу.*

*Узорак у овом истраживању је чинило 38 ученика са умереном интелектуалном ометеношћу, оба пола, календарској узрасној од седам до петнаест година, који похађају специјалну основну школу.*

*За процену развијености животињних навика коришћена је Скала животињних навика -The LIFE-H: Assessment of the quality of social participation, autora: Noreau L., Fougeyrollas P., Vincent C.(2002).*

*Резултати овој истраживања су показали да ученици са умереном интелектуалном ометеношћу имају највиши ниво развијености животињних навика у области стицања и интерперсоналних односа. Код деце у нашем узорку су најслабије развијене вештине у области одговорности и живота у заједници.*

<sup>1</sup> Овај рад је произтекао из пројекта „Евалуација третмана стечених поремећаја говора и језика“ који је финансиран од стране Министарства просвете и науке Републике Србије, број 179068.

*Кључне речи: умерена интелектуална ометености, социјална компетенција, животиње навике*

## УВОД

Квалитет и особеност социјалног развоја зависи од утицаја многобројних чинилаца, мултимодалног порекла и интензитета утицаја. Ови разноврсни фактори могу припадати ширем структуралном контексту, непосредном окружењу, интерперсоналној мрежи односа, коју појединац успоставља са другима, а могу се односити и на персоналне карактеристике личности.

Термин који је данас најчешће у употреби, како у научној и стручној литератури, тако и у пракси, јесте социјална компетенција. Њиме се означавају различите категорије које припадају феномену социјалног развоја. Способност овладавања социјалном компетенцијом углавном се доводи у везу са нивоом интелектуалног функционисања, али истраживања у овој области и искуство у непосредном контакту са децом и младима нас упућује да, при процени развоја овог аспекта личности, морамо имати у виду и друге социјалне параметре, као што су: односи у породици, напуштеност или занемареност детета од стране родитеља или старатеља, евентуално присуство и тип других, придружених развојних поремећаја, квалитети и примереност васпитања и едукације и др. (Loveland, Kelley, 1991).

У дефиницији Америчке асоцијације за менталну ретардацију, наглашава се блиска и међузависна веза између стања интелектуалне ометености и предиспозиција за одређени квалитет социјалног развоја. Сматра се да је когнитивни дефицит у блиској узрочно-последичној вези са ограничењима у две или више области адаптивних способности као што су: комуникација, брига о себи и самопомоћ, живот у кући, живот у заједници, становање, одговорност, самоусмеравање, самоефикасност, запошљавање, организација слободног времена и сл. (ААМР, 1992).

Веза између менталног и социјалног узраста је несумњива, али је интензитет тог односа знатно израженији у раним фазама дететовог живота. Овакав став су потврдила и истраживања која су се бавила анализом квалитета социјалног развоја код деце са умереном интелектуалном ометеношћу (у даљем тексту УИО). Резултати тих истраживања су показали да се током одрастања ове деце, повећава разлика између менталног и социјалног узраст и то у корист нивоа развијености социјалног развоја (Каљача, 1999). Може се претпоставити да, поред едукације, постоји и позитиван утицај животног искуства које деца стичу током одра-

стања и процеса рехабилитације. Неки истраживачи наводе да се дешава да социјални коефицијент буде и за двадесет јединица већи од интелектуалног количника (Loveland & Tunali-Kotoski, 1997). Сличан налаз потврђен је и у једном домаћем истраживању, према чијим резултатима, више од трећине (36%) деце са УИО, календарског узраста између 4 и 12 година, има виши ниво социјалне зрелости у односу на ниво интелектуалног развоја (Глумбић, Каљача, 2001).

Иако природа везе између менталне ометености и поремећаја у социјалном развоју до данас није у потпуности расветљена, сасвим је јасно да готово увек присутна ограничења у усвајању и практиковању различитих животних навика које припадају категоријама адаптивног понашања, у значајној мери ометају функционисање унутар социјалног дискурса (Greenham, 1999). Као најчешће баријере у процесу социјалне адаптације и партиципације деце са интелектуалном ометеношћу наводе се: поремећаји различитих типова комуникације, снижена способност испољавања емпатичког односа према окружењу, као и недостатак самоконтроле и саморегулације у понашању (Kavale & Forness, 1996). Недоволна развијеност просоцијалних облика понашања има за последицу социјалну маргинализацију, изолацију, стигматизацију, а неретко и самоизолацију. На тај начин се ограничава репертоар социјалних модела понашања који ова популација може да упозна и научи.

### Циљ истраживања

Циљ овог истраживања је процена нивоа развијености животних навика код ученика са УИО, у једанаест области животних навика.

### МЕТОДОЛОГИЈА ИСТРАЖИВАЊА

#### *Узорак и место испитивања*

*Табела 1- Узорак испитиваника према старосним категоријама*

испитаници		7–8 год.	9–10 год.	11–12 год.	13–15 год.	Тотал
ДЕЦА СА УИО	Н	4	6	12	16	38
	%	10.5%	15.8%	31.6%	42.1%	100%

Узорком је обухваћено 38-оро деце са УИО узраста од 7 до 15 година, подељених у четири узрасне категорије.

**Табела 2 - Узорак испитаника према полу**

испитаници		дечаци	девојчице	Тотал
ДЕЦА СА УИО	Н	17	21	38
	%	45%	55%	100%

Узорак овог истраживања обухвата испитанике оба пола - 45% дечака и 55% девојчица.

Сви испитаници похађају основне школе за децу са посебним потребама. Процена испитаника вршена је у школама „Милан Петровић“ у Новом Саду, „Херој Пинки“ у Бачкој Паланци, „Радивој Поповић“ у Сремској Митровици, „Вук Карађић“ у Сомбору, „Мара Мандић“ у Панчеву, „Љубомир Аћимовић“ у Обреновцу, „Милоје Павловић“ у Београду, „Нови Београд“ у Новом Београду, „Миљинко Кушић“ у Ивањици, „Жарко Зрењанин“ у Суботици.

Независне варијабле које се односе на пол, узраст и ниво интелектуалног развоја испитаника преузети су из школских досијеа ученика..

### Инструменти процене и процедура испитивања

За процену развијености животних навика коришћен је Скала за процену развијености животних навика - *The LIFE-H: Assessment of the quality of social participation* (Noreau L., Fougeryrollas P., Vincent C., 2002).

Наведеном скалом долази се до података о степену учешћа особе у свакодневним животним активностима и друштвеним улогама које се односе на њихове животне навике. Скала садржи 62 ајтема, подељених у 11 подручја (исхрана, фитнес, бригаа о себи, комуникација, становање, кретање, одговорност, интерперсонални односи, живот у заједници, образовање и рекреација).

Свих једанаест подручја се процењује у оквиру три субскеале: ниво потешкоће, тип помоћи и ниво задовољства дефектолога.

Проценом *нивоа пошешкоће* долази се до података о степену овладаности одређеном животном навиком. Процена овог подручја врши се кроз следеће нивое:

- Без потешкоће - постигнуће животних навика је лако или са мањим тешкоћама, иако постоји неки вид асистенције;
- Са потешкоћама - постигнуће животних навика је тешко, чак и када постоји асистенција;
- Заступништвом других - немогућност самосталног учествовања у остваривању животних навика, али потпуно остварење заступништвом других;
- Не постиже - испитаник не остварује животне навике (због неспособности, препрека, недостатка помоћи);
- Није му доступно - животне навике нису део дететове дневне и животне рутине (никада није имао потребу да то уради, лични разлози, услови).

Друга субскала се односи на процену *шири иошребне иомоћи* да би дете реализовало животне навике. Процена животних навика у односу на тип помоћи врши се кроз следеће нивое:

- Без помоћи - дете самостално остварује животне навике;
- Помоћно средство - подразумева подршку, помоћ у остваривању животних навика, као што су: колица, визуелна помоћ, слушна помоћ, седиште за купање, итд.;
- Адаптација - модификација дететове околине ради лакшег остваривања животних навика;
- Додатна хумана помоћ - подразумева било који вид хумане помоћи ради остваривања животних навика (родитељи, пријатељи, особље).

Предвиђено је да се до података применом ове скале долази самопроценом испитаника. Међутим, у случају када узорак чине особе са интелектуалном ометеношћу, процену врше особе из њиховог окружења (родитељи, наставници дефектолози, итд.).

Скор постигнућа животних навика добија се комбинацијом скорова на првој и другој субскали (ниво постигнућа и тип помоћи) који се након тога користи за израчунавање по упутству и формули датој у приручнику.

### Статистичка обрада података

Као основна метода је коришћена дескриптивна статистика, односне мере централне тенденције (аритметичка средина, стандардна девијација), у циљу описа основних резултата.

## РЕЗУЛТАТИ ИСТРАЖИВАЊА СА ДИСКУСИЈОМ

## Ниво постигнућа животних навика деце са УИО

Резултати нивоа постигнућа животних навика код деце са УИО представљени су у Графиконт 1.

**Графикон 1 – Ниво развијености Деца са УИ  
животних навика код деце са УИО \***



\* - виши скор указује на боље постигнућа у датом подручју

Графиконом 1 представљен је опадајући низ постигнућа животних навика, испитаника са УИО, у једанаест испитаних подручја, процењених Скалом за процену животних навика. Може се видети да испитаници најбоље постигнуће показује у областима становања (6.9) и интерперсоналних односа (6.9), које се налазе на самом врху представљеног графика. Након наведених области ова група испитаника изражава потенцијал у областима фитнеса (6.7), исхране (5.4), бриге о себи (5.0), образовања (4.8), кретања (4.7) и комуникације (4.2). Најслабији ниво постигнућа остварују у областима рекреација (4.1), одговорности (2.2) и живота у заједници (1.6).

На самом врху лествице представљеног Графика 2 налази се област становање. Аутори који су реализовали истраживање сличног дизајна сматрају да се успех у реализовању активности наведене области

може довести у везу са типом активности које ова област подразумева. То су углавном животне активности (улажење и излажење из куће, кретање унутар куће, коришћење намештаја и опреме у кући) које се свакодневно понављају на приближно истоветан начин, без потребе за значајним интелектуалним ангажовањем (Глумбић, 2005).

Веома често у литератури можемо запазити наводе аутора да особе са УИО имају ограничено социјално искуство, социјално знање и вештине које су одраз изолованог живота ових људи, као и негативног односа других према њима (Кавале, Форнес, 1996, према Каљача 2008). Социјално искуство и знање лимитирано је и њиховим сопственим ограничењима да се крећу, стекну увид у социјалне односе, разумеју кодексе, усвоје обрасце понашања, успоставе комуникацију, итд. Међутим, висок скор који се исказао у *области интерперсоналних односа* код овог узорка наглашава њихов потенцијал у наведеној области. Исказан скор се може довести у везу са сличним налазима (Глумбић, Каљача, 2001) према којима је код више од трећине испитаника социјална зрелост супериорнија у односу на интелектуално функционисање. Разлика између менталног и социјалног узраста, у корист квалитета социјалног функционисања објашњава се квалитетом и интезитетом процеса учења и овладавања вештинама различитих животних активности (Каљача, 2008). Целокупан узорак нашег истраживања је део школског система, обухваћен корективним и едукативним радом који се одражава и на њихово позитивно социјално функционисање. За анализу наведеног скорa веома је битно узети у обзир да се ајтеми, који се процењују у оквиру интерперсоналне области, углавном односе на неговање љубави и односа са људима из непосредног окружења испитиваних особа. То су углавном чланови породице и родбине, што подразумева устаљене и познате релације за испитивану групу ученика.

*Животи у заједници* је област у којој су испитаници са УИО показали најнижи ниво постигнућа. Управо низак скор остварен у оквиру ове области доказује маргинализовану друштвену позицију овог дела популације, који је изопштен из различитих активности друштвених група, као и учешћа у религиозним и духовним активностима. У прилогу овој тези су и резултати остварени у области *рекреације* јер се у овој области испитује потенцијално учешће испитаника у спортским, уметничким и културним дешавањима у заједници.

Уколико упоредимо наведене резултате са резултатима истраживања Глумбић Н. (Глумбић, 2005), који на узорку од 33 деце УИО, испитује ниво развијености животних навика, можемо запазити извесна подударња и мања одступања у односу на добијене резултате нашег истражи-

вања. У категорији најразвијенијих облика животних навика у наведеном истраживању, на прва три места истакле су се следеће области: фитнес, становање и исхрана, што се у извесном смислу подударара са нашим резултатима јер и наши резултати у наведеним областима заузимају једно од прва четири места најразвијенијих постигнућа. Мање одступање у поретку резултата проучаваних области, уочава се у односу на област интерперсоналих односа. Као што је претходно истакнуто, наведена област се у нашим резултатима исказала као апсолутни потенцијал особа са УИО, док се у истраживању Глумбић Н., ова област налази на четвртом месту по нивоу постигнућа.

Компарацијом резултата нашег истраживања и наведеног, уочавамо релативно подудараре у добијеним резултатима за области животних навика код којих је присутан најнижи ниво постигнућа. Испитаници у истраживању Глумбић Н., показују најнижи ниво постигнућа у областима одговорност, рекреација и живот у заједници, а неведни поредак потврђен је и нашим резултатима (Глумбић, 2005).

У сличном истраживању аутора Глумбића Н. и Бројчина Б., које испитује квалитет живота у заједници деце са ИО и деце са аутизмом, дошло се до података да су веома ретке социјалне ситуације у којима ова деца остварују контакте са другим особама из локалне заједнице, при чему се посебно истиче одсуство учешћа на спортским и културним манифестацијама, као дефицит у њиховој мобилности (Глумбић, Бројчин, 2006).

Недостатак и незадовољавајући ниво социјалних интеракција, као и упућеност на мали број, најчешће одраслих људи, узрок су осећања усамљености, са којим се често суочавају деца са ИО. Пошто немају поверења у средину, она не могу да задовоље своју основну потребу за сигурношћу, припадањем и љубављу. Када су одбачена, ова деца се повлаче или су склона да реагују импулсивно и агресивно. Када су прихваћена и вољена снажно се емоционално везују (Хрњица, 1997).

На основу налаза, McDevitt, Smith, Schmidt, Rosen (McDevitt, Smith, Schmidt, Rosen, 1978), добијених интервјуисањем 18 особа, које су напустиле институцију за особе са ИО и започеле самостални живот уз подршку добијамо увид у проблеме са којима се те особе сусрећу током прилагођавања и функционисања у широј друштвеној заједници.

Подаци указују да ИО особе имају потешкоће са управљањем сопственим финансијама и планирањем буџета, да не користе телефон за остваривање и одржавање друштвених интеракција, да имају ограничења у прилагођавању на међуљудске односе, да имају потешкоће у вези са ауторитатвним личностима, итд. McDevitt и сарадници су такође ис-



такли да ће већина особа са ИО недостатак социјалне мреже са другима пре приписати проблемима средине него њиховим личним ограничењима (McDevitt, Smith, Schmidt, Rosen, 1978). Наведени проблеми, са којима се суочавају испитаници овог истраживања су управо вештине које су неопходне да би се остварио успешан ниво постигнућа у областима као што су: живот у заједници, друштвена активност и одговорност.

До сличног закључка дошли су и аутори једног истраживања у нашој средини. Према њиховој процени корелације између нивоа социјалне компетенције, социјалне партиципације и квалитета живота код особа са ИО, које су прошле кроз процес деинституционализације у нашој средини и укључене су у заштићено становање, показало се да је осећање задовољства у мањој мери повезано са социјалном компетенцијом, а знатно више са могућностима социјалне партиципације (Петровић и сар., 2007).

Квалитативне промена се тешко могу очекивати, уколико се не обезбеди адекватна индивидуална подршка, која неће подразумевати само стимулисање индивидуалног развоја особа са ИО, већ и унапређење различитих аспеката који утичу на побољшање квалитета живота. Нажалост, постоје бројни докази да присуство ових особа у заједници није истовремено праћено и њиховим социјалним активностима и ангажовањем. Ове особе, независно од места боравка (институција, заштићено становање или примарна породица), имају спону са заједницом само у формалном смислу (Бројчин, Глумбић, Каљача, 2006). Због тога је задатак свих чланова заједнице да учествују у креирању подршке, која би подразумевала социјални дискурс у коме ће бити омогућено деци и младима са ИО да живе у складу са својим преференцијама и жељама.

## ЛИТЕРАТУРА

1. AAMR (2002). *Mental Retardation: Definition, Classification, and Systems of Supports* (10th ed.), Washington DC Author.
2. Brojčin B. Glumbić N., Kaljača S. (2006). The role of small home communities in deinstitutionalization of persons with intellectual disability. The 6<sup>th</sup> International Conference „Living Together“. Varaždin, Croatia, 233–242.
3. Глумбић Н., Каљача С. (2001). Социјална зрелост аутистичне деце са умереном и тешком менталном ретардацијом. Београдска дефектолошка школа, 2–3, ДДЈ, 81–87.
4. Глумбић Н. (2005). Квалитет социјалне партиципације деце са умереном менталном ретардацијом. Социјална мисао, 12 (2–3), 143–154.

5. Глумбић Н., Бројчин Б. (2006). Живот у заједници дјече с менталном ретардацијом и аутизмом, Зборник радова са међународног скупа „ Рехабилитација – стања и перспективе дјече с тешкоћама у развоју и особа с инвалидитетом“, Ријека, 276–283.
6. Greenham S. (1999): Learning disabilities and psychosocial adjustment: A critical review, *Child Neuropsychology*, 5, pp. 171–196
7. Хрњица С. (1997). Дете са развојним сметњама у основној школи. Учитељски факултет. Београд.
8. Каљача С. (2008). Умерена интелектуална ометеност. Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију, ЦИДД, Београд.
9. Krapp, K. (2002). Activities of Daily Living Evaluation- Encyclopedia of Nursing & Allied Health. Gale Group, Columbia University.
10. Kavale k. A.& Forness S. R. (1996). Social skill deficits and learning disabilities: A meta-analysis. *Journal of Learning Disabilities*, 29, 226–237.
11. Loveland K., Kelley M. (1991). Development of adaptive behaviour in preschoolers with autism or Down syndrome. *American Journal of Mental Retardation*, 96:1, 13–20.
12. Loveland K., Tunali-Kotoski B. (1997). Development of adaptive behaviour in persons with mental retardation in: *Handbook of Mental Retardation and Development*. edc: Burack J., Hodapp R., Zigler E., Cambridge University Press.
13. McDevitt, S. C., Smith, P. M., Schmidt, D.W., Rosen, M. (1978). The deinstitutionalized citizen: Adjustment and quality of life. *Mental Retardation*, 16(1), 22–24.
14. Noreau, L., Fougereyrollas, P., Vincent, C. (2002). The LIFE-H: Assessment of the quality of social participation. *Technology and Disability*, 14 (3), 113–118.
15. Петровић Б., Стојисављевић Д., Новак Ј., Лукић Д. (2007). Степен социјалне партиципације и социјална компетентност особа са интелектуалним тешкоћама. *Социјална мисао*, 4, 105–117.

## SOCIAL COMPETENCE OF STUDENTS WITH MODERATE INTELLECTUAL DISABILITIES

SVETLANA KALJAČA<sup>1</sup>, DANIJELA DAPČEVIĆ<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Faculty of Special Education and Rehabilitation, Belgrade

<sup>2</sup>School for elementary and secondary education  
„Milan Petrović“ - Novi Sad

### SUMMARY

Social competence is a result of the development of personal strategies and socially acceptable behavior depends on the degree of mastery of the different lifestyles of the conceptual, social and practical character. The level of development of social competence influences the quality of social relationships that establish children in the family, school and community. It is considered that the deficit in the development of habits for every child, implies different manifestations of antisocial behavior. Response environment, in this case, the most common causes of social rejection of the child's, self-isolation, problems in education and is a risk factor for the development of multiple personality disorder.

The aim of this study is to assess the level of development of habits of students with moderate intellectual disabilities.

The sample in this study consisted of 38 students with moderate intellectual disabilities, both sexes, the calendar age of seven to fifteen years, attending a special primary school.

To assess the development of life habits, we used the scale of life habits -The LIFE-H: Assessment of the quality of social participation, autora: Noreau L., Fougeyrollas P., Vincent C. (2002).

The results of this study showed that students with moderate intellectual disabilities have the highest level of development of life habits in the field of housing and interpersonal relationships. In the children in our sample are least developed skills in the areas of responsibility and community life.

**KEY WORDS:** moderate intellectual disability, social competence, life habits