

# Mišljenja roditelja o učinkovitosti terapijskih postupaka kod djece s poremećajima iz spektra autizma

---

Nedeljko, Sanela

Undergraduate thesis / Završni rad

2019

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University North / Sveučilište Sjever**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:679438>

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

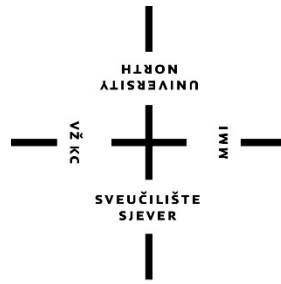
Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-18**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)





**Sveučilište  
Sjever**

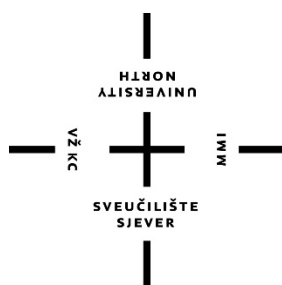
**Završni rad br. 1152/SS/2019**

**Mišljenja roditelja o učinkovitosti terapijskih postupaka kod  
djece s poremećajima iz spektra autizma**

**Sanela Nedeljko, 1767/336**

Varaždin, rujan 2019. godine





# Sveučilište Sjever

Odjel za sestrinstvo

**Završni rad br. 1152/SS/2019**

## Mišljenja roditelja o učinkovitosti terapijskih postupaka kod djece s poremećajima iz spektra autizma

### **Student**

Sanela Nedeljko, 1767/336

### **Mentor**

Jurica Veronek, mag.med.techn.

# Prijava završnog rada

## Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL	Odjel za sestrinstvo		
STUDIJI	preddiplomski stručni studij Sestrinstva		
PRISTUPNIK	Sanela Nedeljko	MATIČNI BROJ	1767/336
DATUM	06.09.2018.	KOLEGIJ	Zdravstvena njega osoba s invaliditetom
NASLOV RADA	Mišljenja roditelja o učinkovitosti terapijskih postupaka kod djece s poremećajima iz spektra autizma		
NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU	Parents' opinions on the effectiveness of therapeutic procedures in children with autism spectrum disorders		
MENTOR	dr.sc. (R. Slov.) Jurica Veronek	ZVANJE	viši predavač
ČLANOVI POVJERENSTVA	1. prof.dr.sc. Ino Husedžinović, predsjednik 2. dr.sc. (R. Slov.) Jurica Veronek, mentor 3. doc.dr.sc. Hrvoje Hećimović, član 4. Valentina Novak, mag.med.techn., zamjenski član 5. _____		

## Zadatak završnog rada

BROJ	1152/SS/2019
OPIS	

Pervazivni razvojni poremećaji skupina su neuropsihijatrijskih poremećaja rane dječje dobi, karakterizirani specifičnim zaostajanjem i otklonom u socijalnom, komunikativnom i kognitivnom razvoju, repetitivnim, ritualističkim ponašanjima, s tipičnim početkom u ranoj dječjoj dobi. Pervazivni razvojni poremećaji nazivaju se i poremećaji autističnog spektra, a najvažniji predstavnik je dječji autizam. Uzroci autizma, unatoč brojnim istraživanjima, još nisu posve razjašnjeni. Znanstveno je dokazano da što se ranije prepozna autizam i intervenira na adekvatan način, to je životni ishod osobe s autizmom bolji. Cilj rada je analizirati uključenost djece s autizmom u terapijske programe i procjenu učinkovitosti terapijskih postupaka na razvoj sposobnosti iz perspektive njihovih roditelja. Istraživanjem se planira ispitati mišljenje roditelja o učinkovitosti terapijskih postupaka kod djece s poremećajima iz spektra autizma u Međimurskoj županiji.

U radu je potrebno:

1. Definirati poremećaje iz spektra autizma
2. Prikupiti i obraditi podatke dobivene provedenim istraživanjem
3. Navesti citiranu literaturu

ZADATAK URUČEN	POTPIS MENTORA
23.9.2019.	



## **Predgovor**

*Zahvaljujem se mentoru Jurici Veroneku na ukazanom povjerenju, savjetima i uputama prilikom izrade završnog rada.*

*Veliko hvala kolegama i kolegicama na podršci tijekom studiranja.*

*Zahvaljujem se svojoj obitelji koja mi je omogućila školovanje, na strpljenju i moralnoj podršci koje su mi pružali tijekom studija.*

## Sažetak

Zbog velike rasprostranjenosti među djecom, poremećaji iz spektra autizma već su neko vrijeme žarište intenzivnog interesa kliničara i istraživača. Autizam se obično javlja do treće godine života, iako su nedavne studije pokazale da se klinički znakovi mogu javiti i na kraju prve godine života. Kod promatranja djece s poremećajima iz spektra autizma, najuočljivija su tri oblika ponašanja: ekstremno zatvaranje od vanjskog svijeta, grčevita povezanost s poznatim (strah od promjena) i posebno osebujan govorni jezik (usporen razvoj govora). Uz to, javljaju se i simptomi poput preferencije određene vrste hrane, izostanak straha od realnih opasnosti, osjetljivost na zvukove, psihomotorni nemir, dugotrajan i bezrazložan plač, agresija i autoagresija. Posljednjih godina prevladava mišljenje da je uzrok poremećaja iz spektra autizma multikauzalne etiologije i kombinacije genetskih, kongenitalnih faktora i događaja u životu. Preduvjet za sveobuhvatnu dijagnostičku obradu, učinkovito liječenje i rehabilitaciju može provesti tim koji preuzima tešku zadaću kako bi razvoj djeteta s poremećajima iz spektra autizma bio što bolji i kvalitetniji. A njega sačinjavaju: liječnici različitih specijalizacija, dječji psihijatar i neurolog, pedijatar, radni terapeut, defektolog-pedagog, defektolog-logoped, glazbeni terapeut, psiholog, fizioterapeut, medicinske sestre i roditelji. Dijagnoza poremećaja iz spektra autizma postavlja se na osnovi anamneze i promatranja djeteta u različitim situacijama, a mogu se koristiti i standardizirani intervjui s roditeljima te skale za procjenu ponašanja djeteta. U današnje vrijeme koristi se puno različitih postupaka i programa rehabilitacije koji uključuju edukativno-specijalno-pedagoške pristupe uz povremenu primjenu psihoterapije. Neki veliki skokovi u razvoju kognitivnih funkcija (inteligencija) primjenom terapijskih postupaka ne mogu se očekivati, ali je moguć napredak u komunikaciji i socijalizaciji. Cilj istraživanja bio je analizirati uključenost djece s poremećajima iz spektra autizma u terapijske programe i procjenu učinkovitosti terapijskih postupaka na razvoj sposobnosti iz perspektive njihovih roditelja. Prikupljanje podataka provedeno je on-line upitnikom sastavljenim od 17 pitanja u udruzi Pogled u Međimurskoj županiji. Rezultati su pokazali da ne postoje statistički značajne razlike u govornim i komunikacijskim sposobnostima u odnosu na spol ispitanе djece. Najviše djece, uključeno je u podršku logopeda, defektološku i edukacijsko-rehabilitacijsku potporu te radnu terapiju, dok je nešto manji odaziv na terapije poput ABA, Neurofeedback, terapije pomoću životinja i sportske aktivnosti.

**KLJUČNE RIJEČI:** autizam, dijagnostika, liječenje, terapijski postupci

## **Popis korištenih kratica**

**DSM-IV** – Dijagnostički i statistički priručnik za duševne bolesti

**SZO** – Svjetska zdravstvena organizacija

**MKB-10** - Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema

**ABA** - Applied Behavioral Analysis

**SI** - Senzorna integracija



# Sadržaj

1.	Uvod.....	1
2.	Obilježja autizma .....	3
3.	Etiologija i dijagnostika .....	4
4.	Terapija i rehabilitacija .....	5
4.1.	Fizikalna terapija .....	5
4.2.	Glazbena terapija.....	6
4.3.	Radna terapija i terapija senzornim integracijama .....	6
4.4.	Logoterapija i defektološko-pedagoški rad .....	7
4.5.	Terapija lijekovima .....	7
4.6.	Važnost obitelji u rehabilitaciji djece s autizmom .....	8
4.7.	Udruge za djecu s poremećajima iz spektra autizma .....	8
5.	Školovanje djece s autizmom.....	9
6.	Istraživački dio rada .....	10
6.1.	Cilj istraživanja .....	10
6.2.	Hipoteze istraživanja .....	10
6.3.	Ispitanici i metodologija istraživanja .....	10
6.3.1.	Uzorak.....	10
6.3.2.	Mjerni instrument.....	10
6.3.3.	Obrada podataka .....	11
6.4.	Rezultati istraživanja .....	11
7.	Rasprava.....	28
8.	Zaključak.....	31
9.	Literatura.....	32

# 1. Uvod

Autizam (sinonimi pervazivni razvojni poremećaj, poremećaj iz spektra autizma) je česti poremećaj u širokoj skupini razvojnih anomalija. To je doživotni neurološki poremećaj koji zahvaća mozak, a karakteriziran je poteškoćama komunikacije i socijalizacije, ograničenim, ponavljajućim obrascima ponašanja, interesa ili aktivnosti. Najčešće se dijagnosticira u ranom djetinjstvu, u prve tri godine života i ostaje cijeli život, a prevalencija se prema Američkom društvu za autizam procjenjuje na 38/10 000. Uz to, četiri puta češće se javlja kod dječaka nego kod djevojčica [1,2].

Problemi koji se također javljaju kod autističnih osoba jesu niži stupanj inteligencije i epilepsija. Naime, 70-80% djece funkcionira na značajno nižoj razini intelektualnog i adaptivnog razvoja, dok je epilepsija dijagnosticirana u više od 30% odraslih osoba s autizmom. Posljednjih godina učestalost se povećava, zbog boljih dijagnostičkih instrumenata, bolje edukacije stručnjaka, kvalitetnijeg sustava potpore te veće osviještenosti roditelja. Dijagnostički i statistički priručnik za duševne bolesti IV (DSM-IV) uz autistični poremećaj F84.3 obuhvaća i: Rettov poremećaj F84.2, dezintegracijski poremećaj u djetinjstvu F84.3, Aspergerov poremećaj F84.5 i pervazivni razvojni poremećaj neodređen F84.9 [3,4].

Iako neki znanstvenici smatraju da je autizam uzrokovan genetskim podlogama, njegova točna etiologija nije poznata. Pojam autizam razvio je 1911. godine Eugen Bleuler, švicarski psihijatar koji je njime opisao jedan od osnovnih simptoma shizofrenije, a to su misaono povlačenje u vlastiti svijet, potpuno smanjena socijalna interakcija s ljudima u okruženju te zatvaranje od svijeta. Kasnije, 1943. pod naslovom „Autistični poremećaji afektivnih veza“ Leo Kanner opisuje skupinu od jedanaestero djece koja su fizički izgledala zdrava, ali su pokazivala teže psihičke poremećaje. Naziva ga „infantilni autizam“ što znači dječji autizam zbog simptoma i dobi u kojoj se javlja. Iz navedenog istraživanja proizašle su neke od karakteristika koje su bile zajedničke svima: nemogućnost uspostavljanja odnosa s osobama i situacijama od rođenja, roditelji navode da su ta djeca „sama sebi dovoljna“, „najsretnija su kad ih se ostavi na miru“, „ponašaju se kao da nitko nije prisutan“, „ne obraćaju pažnju na okruženje“, „pružaju dojam tihe mudrosti“. Može se zaključiti da je od početka riječ o *autističnom biti sam* koje sve što izvana djeluje na dijete, ono ne opaža, ignorira i isključuje [5,6].

Djeca s poremećajima iz spektra autizma čuju, vide, dodiruju, ali teže sklapaju sve zajedno u jednu smislenu cjelinu. Zato se povuku u svoj svijet gdje pronalaze sigurnost. Hans Asperger je u svom radu „Autistični psihopati“ dječje dobi“ 1944. opisao četiri slučaja gdje je sažeo zajednička obilježja djece s autizmom. Naime, djeca često izbjegavaju pogled oči u oči, geste i mimike su im siromašne, motorički su nespretna te su neprirodna u svom jezičnom izražavanju.

Kada se govori o ponašanju u zajednici, javlja se ograničenost odnosa s okruženjem. Isto tako djeca s autizmom slijede svoje osobne interese, ne obazirući se na zahtjeve okoline. Često dolazi do odvratanja pažnje, da ne razumiju šale ili nemaju smisla za humor. Velik problem predstavlja socijalna neprihvaćenost, osobito kod onih gdje je izražena mentalna retardacija pa u budućnosti nastaju problemi prilikom zapošljavanja [5,6].

Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) definira poremećaje iz spektra autizma kao „skupina poremećaja koje obilježavaju kvalitativne nenormalnosti uzajamne interakcije i obrazaca komunikacije kao i ograničen, stereotipan, ponavljajući repertoar interesa i aktivnosti“. DSM IV dopunjuje ovu definiciju navodeći da kvalitativne deficite obilježavaju jasna odstupanja razvojnog stupnja i intelektualne dobi određene osobe [5].

Zbog velike rasprostranjenosti među djecom, poremećaji iz spektra autizma već su neko vrijeme žarište intenzivnog interesa kliničara i istraživača. Naime, posebna se pažnja posvećuje ranoj dijagnostici poremećaja i intenzivnoj terapijskoj intervenciji. Nažalost, trenutno nisu dostupni lijekovi za liječenje osnovnih simptoma autizma. Općenito, lijekovi su propisani za borbu protiv komorbidnog ponašanja poput kratkog raspona pažnje, impulzivnosti/hiperaktivnosti, problema sa spavanjem, ponavljajućih ponašanja, tjeskobnog raspoloženja, uznemirenosti, agresije te razornog i samo-štetnog ponašanja [7,8].

U radu je prikazano istraživanje koje je bilo namijenjeno roditeljima s ciljem ispitivanja mišljenja o učinkovitosti terapijskih postupaka kod njihove djece s poremećajima iz spektra autizma. Istraživanjem se željelo procijeniti govorne sposobnosti djeteta, komunikacija s ostatkom obitelji te korištenje pomagala pri komunikaciji, potom kada je prepoznat poremećaj autizma kod pojedinog djeteta te u kojem vremenskom intervalu je započeta terapija i njezini učinci.

## 2. Obilježja autizma

Autizam se obično javlja do treće godine života, iako su nedavne studije praćenja djece koja su izložena riziku od autizma pokazale da se klinički znakovi mogu javiti i na kraju prve godine života [7].

Oba klasifikacijska sustava (MKB-10 i DSM-IV) navode četiri ključna kriterija za postavljanje dijagnoze autizma: početak prije treće godine života, kvalitativno oštećenje uzajamne socijalne aktivnosti, kvalitativno oštećena komunikacija, ograničeni interesi i stereotipni obrasci ponašanja. Ako se promatra dijete s autizmom, najuočljivija su tri oblika ponašanja: ekstremno zatvaranje od vanjskog svijeta, grčevita povezanost s poznatim (strah od promjena) i posebno osebujan govorni jezik (usporen razvoj govora) [5].

Djeca s poremećajem iz spektra autizma pokazuju izrazitu izolaciju i ne uspostavljaju odnos s drugim ljudima, što se očituje oštećenjem neverbalnih načina ponašanja kao što su pogled oči u oči, izostanak smiješka, izostanak razlikovanja roditelja od drugih osoba. Unatoč svemu, djeca s autizmom često pokazuju povezanost s predmetima, ali isto tako ako se nešto promjeni u njihovu neposrednom okruženju dolazi do napadaja panike i straha. Oko polovine djece ima problem s govorom koji se razvija sporije nego u zdrave djece pa autistična djeca često o sebi govore u trećem licu, sklona su tvorbi novih riječi, a u govoru izostaje melodičnost i naglašavanje riječi. Kod djece s razvijenim govorom on nema funkciju komuniciranja, već ga obilježavaju fraze i rečenice koje ponekad ne odgovaraju okolnostima ili dolazi do brkanja osobnih zamjenica. Govor isključivo koriste za izražavanje fizioloških potreba ili želja [1,5,6].

Uz to, javljaju se i simptomi poput preferencije određene vrste hrane, izostanak straha od realnih opasnosti, osjetljivost na zvukove, prizor ili dodir, psihomotorni nemir, dugotrajan i bezrazložan plač, pretjerana mirnoća, poremećaj sna. Kod neke se djece primjećuje i ponašanje poput ljuljanja ili tapkanja. Dok je kod druge djece prisutna agresija prema drugima ili autoagresija [5,9].

### 3. Etiologija i dijagnostika poremećaja iz spektra autizma

Uzroci autizma do danas nisu u potpunosti razjašnjeni, pa tako rasprave koje su desetljećima bile usmjerene na psihosocijalne uzročnike, danas su više usmjerene na biološke uzročnike zbog niza neurobioloških osobitosti (poremećaj ritma spavanja i budnosti, poremećaj hranjenja, pretjerana razdražljivost) koje se javljaju kod autistične djece, a ne nalaze se u zdrave. Posljednjih godina prevladava mišljenje da je uzrok autističnog poremećaja multikauzalne etiologije i kombinacije genetskih, kongenitalnih faktora i događaja u životu. Navodi se niz faktora koji su mogući uzročnici: biokemijske abnormalnosti, utjecaj naslijeđa, poremećaji kognitivnih procesa te govornog i emocionalnog razvoja [5,10].

Dosadašnja istraživanja pokazuju kako se ne može očekivati jedinstveni uzročnik autističnog poremećaja, već se upućuje na zajedničko djelovanje većeg broja čimbenika koji ga uzrokuju. Ujedno, autizam iziskuje suradnju različitih disciplina te zahtjeva multidimenzionalni pristup [5].

Preduvjet za sveobuhvatnu dijagnostičku obradu, učinkovito liječenje i rehabilitaciju može provesti tim koji preuzima tešku zadaću kako bi razvoj djeteta s autizmom bio što bolji i kvalitetniji. A njega sačinjavaju: liječnici različitih specijalizacija, dječji psihijatar i neurolog, pedijatar, radni terapeut, defektolog-pedagog, defektolog-logoped, glazbeni terapeut, psiholog, fizioterapeut, medicinske sestre i roditelji. Svaki od članova tima ima individualnu terapiju s djetetom te iznosi svoje dojmove i zapažanja pred ostalim članovima kako bi zajedničkim dogovorom odredili koncept daljnjeg liječenja [6,11].

Svako pojedino dijete zahtjeva individualnu dijagnostiku. Dijagnoza autističnog poremećaja postavlja se na osnovi anamneze i promatranja djeteta u različitim situacijama. Uz to, kao osnova se koriste oba klasifikacijska sustava psihičkih poremećaja MKB-10 i DSM-IV. Također, u dijagnostici se koriste i dodatna pomoćna sredstva: standardizirani intervjui s roditeljima i skale za procjenu ponašanja djeteta. Većina ih je preuzeta s engleskog govornog područja, a ponajviše se koriste u znanstvenim istraživanjima, pa su tako najznačajniji: *Autism Diagnostic Interview*, *Autism Diagnostic Observation Schedule*, *Autism Diagnostic Observation Schedule – Generic*, *Childhood Autism Rating Scale* i *Autism Behavior Checklist* [5,11].

## **4. Terapija i rehabilitacija djece s poremećajima iz spektra autizma**

Samostalnost, socijalizacija, poticanje normalnog razvoja, smanjivanje agresije, stereotipije (lupkanje ili savijanje prstiju/šake), autoagresije glavni su ciljevi liječenja odgoja i obrazovanja, rehabilitacije osoba s poremećajima iz spektra autizma. U današnje vrijeme koristi se puno različitih postupaka i programa rehabilitacije koji uključuju edukativno-specijalno-pedagoške pristupe uz povremenu primjenu psihoterapije. Istraživanja pokazuju kako su postupci koji su strukturirani, izravni i snažnije usmjereni na ponašanje djeteta učinkovitiji od onih koji prepuštaju osobu vlastitom razvoju. Naime, autističnu djecu i mlade osobe treba od samog početka usmjeravati na određene zadatke kako bi se smanjile stereotipne navike i da bi bila što aktivnija. Svaka terapija koja se primjenjuje mora biti ciljana i individualna da bi se poticalo razvojno područje i usvajanje funkcionalnih vještina. Neki veliki skokovi u razvoju kognitivnih funkcija (inteligencija) primjenom terapijskih postupaka ne mogu se očekivati, ali je moguć napredak u komunikaciji i socijalizaciji. Rehabilitacija autističnih osoba je dvosmjernan proces te zahtjeva prilagodbu autistične osobe, ali i prilagodbu odgovarajućeg okruženja. Ujedno je složen i dugotrajan proces, čiji su rezultati proporcionalni vremenu početka i kvalitete izvođenja tretmana [1,5,6].

U rehabilitacijskom tretmanu kombinirano se primjenjuju fizikalna terapija, glazbena terapija, radna terapija, logoterapija i defektološko-pedagoški rad. Usprkos širokom rasponu terapija, ni za jedan postupak ili metodu ne može se reći da može izliječiti autizam, već može dovesti do značajnog poboljšanja [5,6].

### **4.1. Fizikalna terapija djece s poremećajima iz spektra autizma**

Spektar fizikalne terapije obuhvaća medicinsku terapiju, terapiju u vodi (plivanje), elektroterapiju i terapiju primjenom topline te hipoterapiju (terapijsko jahanje). Terapija u vodi poboljšava motoričke vještine djece s autizmom, no potrebno je još potvrditi učinkovitost terapije u tretiranju funkcijskih poteškoća. U provedenoj studiji testiran je utjecaj terapije u vodi na ponašanje, emocionalne, socijalne i motoričke vještine kod djece s autizmom, kroz program plivanja u trajanju od deset mjeseci. Nakon provedenog programa plivanja, grupa autistične djece pokazala je napredak u kontroli ponašanja, emocionalnom odgovoru, prilagodbi na promjene i viši nivo tjelesne aktivnosti. Vještine plivanja su također usvojene te je zaključeno da terapija u vodi ima pozitivan učinak na unaprjeđenje vještina djece s poremećajima iz autističnog spektra. Uvidom u istraživanja, terapijsko jahanje se pokazalo vrlo poželjnom terapijom među postupcima kod djece s autizmom. Poboljšanja su bila vidljiva u području socijalizacije,

prilagodbi ponašanja i kraćem vremenu reagiranja na podražaj te bržem rješavanju problema [6,12,13].

## **4.2. Glazbena terapija djece s poremećajima iz spektra autizma**

U dječjoj zdravstvenoj skrbi nefarmakološke intervencije poput glazbene terapije imaju obećavajući potencijal nadopuniti tradicionalne mogućnosti liječenja kako bi se olakšao oporavak i dobrobit. Glazbena terapija utječe na cjelokupnu ličnost djeteta. Moguće je da dijete na auditivne podražaje reagira senzornom zaštitom i na taj način pokuša blokirati zbunjujuće zvukove pokrivajući uši ili pokazujući znakove uznemirenosti. Glazba potiče na aktivnost i pokret, izražavanje emocija i rasterećuje od negativnih misli. Studije pokazuju da postoji sve veći broj dokaza o blagotvornim učincima glazbene terapije, glazbene medicine i drugih intervencija temeljenih na glazbi za djecu i adolescente, iako su još potrebna istraživanja. Najkvalitetniji dokaz za pozitivne učinke terapije glazbom je dostupan upravo na području poremećaja iz spektra autizma [6,14,16].

Istraživanjem provedenim u Japanu željelo se identificirati najučinkovitija intervencija koja se temelji na kognitivnim, razvojnim i bihevioralnim pristupima i čimbenicima koji utječu na učinkovitost intervencije, a rezultati su pokazali da je glazbena terapija učinkovito sredstvo za poboljšanje socijalne interakcije djece predškolske dobi s autizmom [15].

## **4.3. Radna terapija i terapija senzornim integracijama**

Tradicionalna radna terapija često se pruža za promicanje razvoja vještina samoozljeđivanja (npr. oblačenje, manipuliranje zatvaračima, korištenje pribora, osobna higijena) i akademskih vještina (npr. rezanje škarama, pisanje). Profesionalni terapeuti također mogu pomoći u promicanju razvoja vještina igre, modificiranju materijala i rutina učionice radi poboljšanja pažnje i organizacije. Terapija senzorne integracije (SI) često se koristi sama ili kao dio šireg programa radne terapije za djecu s autizmom. Cilj terapije SI nije podučavanje specifičnih vještina ili ponašanja, već uklanjanje deficita u neurološkoj obradi i integraciji osjetilnih informacija kako bi se omogućilo djetetu interakciju sa okolinom na prilagodljiviji način. "Senzorne" aktivnosti mogu biti korisne kao dio cjelokupnog programa koji koristi željena senzorna iskustva za smirivanje djeteta, pojačavanje željenog ponašanja ili pomoć u prijelazima između aktivnosti [17].

#### **4.4. Logoterapija i defektološko-pedagoški rad**

Kako je kod djece s poremećajima iz spektra autizma govorni razvoj usporen ili govora uopće nema, komunikacija je otežana, a na taj se način otežava i uspostavljanje društvenih odnosa. Zato je neophodno od najranije dobi stimulirati kod djeteta razvoj govora. Logoterapija je ključna u tom pogledu, mora se prilagoditi svakom pojedincu i kontinuirano djelovati na sve one sposobnosti koje će omogućiti govor. Defektološko-pedagoški rad obuhvaća djecu predškolske i školske djece, a ključna aktivnost je igra. Njome se razvija psihomotorika, pobuđuju se aktivni pokreti. Djeca s poremećajima iz spektra autizma često odbacuju suradničku igru s vršnjacima jer je njihova sposobnost slijeđenja drugih slabije razvijena. Stoga, obično sudjeluju u „grubim“ psihomotornim akcijama poput trčanja ili igre u krugu [6,18].

#### **4.5. Terapija lijekovima djece s poremećajima iz spektra autizma**

Lijekovi se mogu koristiti kao dodatan tretman za neprikladna ponašanja i komorbiditet ostalih psihijatrijskih stanja, ali ne postoji niti jedna medicinska terapija koja djeluje na uzroke poremećaja iz spektra autizma pa se tako kod prekomjerne motoričke aktivnosti koriste stimulatori, kod sklonosti agresivnom i impulzivnom ponašanju neuroleptici, a kod samoozljeđivanja koristi se terapija litijem [2,5].

Istraživanja iz 2007. pokazuju da se oko 45% djece i adolescenata te 75% odraslih s autizmom liječi psihotropnim lijekovima [17].

Veća dob, niže adaptivne sposobnosti i socijalna kompetencija te viši stupanj izazovnog ponašanja povezani su s vjerojatnošću upotrebe lijekova. Risperidon je postao prvi lijek s američkim Agencijama za hranu i lijekove koje je odobreno za simptomatsko liječenje razdražljivosti (uključujući agresivno ponašanje, namjerno samoozljeđivanje i živahne trzaje) u djece i adolescenata s autizmom. Dva velika, višestrana, randomizirana, kontrolirana ispitivanja iz 2005. godine potvrdila su kratkoročnu učinkovitost risperidona za poremećaje u ponašanju kod mladih sa autizmom. Kada se koriste lijekovi, treba objasniti potencijalne koristi i štetne učinke, dobiti informirani pristanak, prikupiti osnovne podatke o ponašanju i somatskim pritužbama te preispitati potencijalne strategije za suočavanje s neuspjehom liječenja ili djelomičnim odgovorom. Važno je da postoje određena mjerljiva sredstva za procjenu učinkovitosti lijekova i za dobivanje doprinosa iz različitih izvora, poput roditelja, učitelja, terapeuta i pomoćnika [17].



#### **4.6. Važnost obitelji u rehabilitaciji djece s poremećajima iz spektra autizma**

Upravljanje se treba usredotočiti ne samo na dijete, već i na obitelj. Iako su roditelji nekoć pogrešno shvaćeni kao uzrok djetetovog autizma, sada je prepoznato da roditelji igraju ključnu ulogu u učinkovitom liječenju. Roditi dijete s poremećajima iz spektra autizma ima značajan utjecaj na obitelj. Roditelji i braća i sestre djeteta s poremećajem iz spektra autizma doživljavaju veći stres i depresiju od djece koja se tipično razvijaju. U dječjoj dobi, od velike važnosti je uključenost roditelja i okoline koja pruža ljubav, nadu, vjeru u izlječenje njihova djeteta. Oca i majku treba podučiti kako pružiti pravilnu njegu, koja je svrha određenog postupka s djetetom za vrijeme igre, hranjenja, odijevanja, nošenja i ostalih aktivnosti. Kako bi mu pravilno pomogli u određenoj fazi liječenja, trebaju se upoznati s problemom svog djeteta. Kod kuće se često primjenjuju bihevioralna terapija i Son-Rise program. Son-Rise program je koncipiran na način da se u kući/stanu jedna soba pretvori u posebno opremljenu igraonicu. Roditelj ulazi u sobu s djetetom te na početku dijete vodi terapiju, sve dok roditelj ne zadobije njegovu pozornost i uspostavi interakciju s djetetom. Onda roditelj preuzima terapiju te pokušava približiti djetetu socijalne i komunikacijske vještine. Analizom istraživanja koja su se provodila u obiteljima čija djeca imaju autizam, rezultati utjecaja terapijskih intervencija pokazali su da imaju pozitivnu i negativnu stranu na obitelj. Naime, pozitivna strana je djetetov napredak, lakša komunikacija između članova obitelji i stvaranje uzajamne potpore u obitelji. Dok se kao negativna strana navodi cijena terapijskih intervencija, manje vremena za ostale članove obitelji te napetost i depresivna razdoblja kod majki [6,17,19,20].

#### **4.7. Udruge za djecu s poremećajima iz spektra autizma**

Osim navedenih oblika dobivanja terapijske pomoći, danas su sve prisutnije udruge i privatni kabineti koji pružaju specifične usluge namijenjene djeci s poremećajem iz spektra autizma. U tim se udrugama primjenjuje široka lepeza terapija i tretmana, poput ABA (Applied Behavioral Analysis), Tomatis i audivu (slušni trening), Neurofeedback (praćenje električne aktivnosti mozga i davanje povratne informacije) i kreativne radionice. Studije koje su uspoređivale intenzivne programe ABA (25–40 sati / tjedno) s jednako intenzivnim eklektičkim pristupima zaključile su da su programi ABA bili značajno učinkovitiji. ABA metode koriste se za povećanje i održavanje poželjnih adaptivnih ponašanja, smanjenje ometajućih neprilagođenih ponašanja ili sužavanje uvjeta pod kojima se pojavljuju, podučavaju nove vještine i generaliziraju ponašanja u nova okruženja ili situacije. ABA se fokusira na pouzdano mjerenje i objektivno ocjenjivanje opažanog ponašanja u relevantnim sredinama, uključujući dom, školu i zajednicu [17,18].

## 5. Školovanje djece s poremećajima iz spektra autizma

Obrazovni programi pokušavaju smanjiti simptome i poboljšati komunikaciju, socijalne vještine i prilagođeno ponašanje, pri čemu je izrazito važno što ranije otkrivanje poremećaja. Učenici s poremećajem iz spektra autizma uglavnom se obrazuju u redovnim školama, dok ih manji dio pohađa posebne ustanove. Često se misli kako djeci s autizmom ne pomaže integracija u redovnu školu jer vole biti sama i ne trebaju društvo, ali one zapravo osiguravaju konzistentno okruženje koje uvažava posebne potrebe učenika u području interakcije i komunikacije, socijalne imaginacije i senzorne razlike i koje vodi k njihovoj dobrobiti. Dijete s autizmom uključuje se u redovni obrazovni sustav ukoliko zadovolji potrebne uvjete, ako mu se omoguće specifične metode prilagođene baš njemu te ako stupanj poremećaja dopušta neometani odgojno obrazovni proces. Individualizirani program treba dobro pripremiti te omogućiti podršku asistenta u nastavi jer ta djeca mogu zahtijevati pomoć i podršku pri stjecanju vještina pismenosti, pomoć u organiziranju i koordiniranju govornog i pismenog jezika, pomoć pri rješavanju problema te programe koji pomažu poboljšanju finih i grubih motoričkih kompetencija [6,16,21].

Kada se djeca s poremećajima iz spektra autizma kreću dalje od predškolskog i ranog osnovnoškolskog programa, obrazovna intervencija nastavlja uključivati procjenu postojećih vještina, formuliranje individualiziranih ciljeva, odabir i provedbu odgovarajućih intervencijskih strategija i potpora, procjenu napretka i prilagođavanje nastavnih strategija, po potrebi osposobiti studente za stjecanje ciljanih vještina. I dalje se usredotočuje na postizanje kompetencija socijalne komunikacije, emocionalne i ponašajne regulacije i funkcionalnih prilagodljivih vještina potrebnih za neovisnost. Obrazovni programi trebaju biti individualizirani za rješavanje specifičnih oštećenja i potrebne potpore, istovremeno iskorištavajući dječja sredstva, a ne na temelju određene dijagnostičke oznake [17].

## **6. Istraživački dio rada**

### **6.1. Cilj istraživanja**

Cilj istraživanja je analizirati uključenost djece s poremećajima iz spektra autizma u terapijske programe i procjenu učinkovitosti terapijskih postupaka na razvoj sposobnosti iz perspektive njihovih roditelja.

### **6.2. Hipoteze istraživanja**

Postavljene su sljedeće hipoteze:

**H1:** Djevojčice s poremećajima iz spektra autizma imaju značajno bolje govorne i komunikacijske sposobnosti.

**H2:** Djeca s poremećajima iz spektra autizma starije dobi imaju statistički značajniji napredak na svim područjima u odnosu na djecu niže kronološke dobi.

**H3:** Postoji statistički značajna povezanost početka i učestalosti terapija s napretkom u komunikaciji, ponašanju i socijalizaciji.

### **6.3. Ispitanici i metodologija istraživanja**

#### **6.3.1. Uzorak**

Ispitanici u istraživanju su roditelji djece s poremećajima iz spektra autizma s područja Međimurske, Varaždinske i Koprivničko-križevačke županije. Ispitanici su kontaktirani u Udruzi Pogled u Nedelišću prilikom čega im je objašnjena svrha ovog istraživanja. Roditeljima je ukratko opisan anketni upitnik te zagarantirana anonimnost u ispunjavanju. Sudjelovanje roditelja u istraživanju je dragovoljno. Prikupljanje podataka provedeno je on-line upitnikom.

#### **6.3.2. Mjerni instrument**

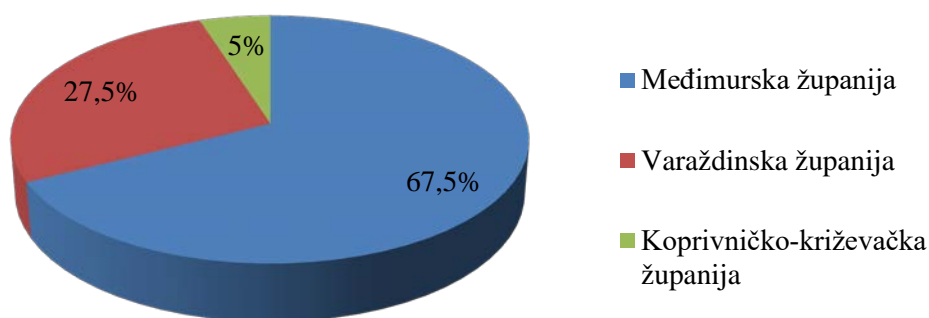
Za potrebe ovog istraživanja osmišljen je i korišten nestandardizirani anketni upitnik kojim su prikupljeni opći podaci o dobi i spolu djeteta s autizmom te podaci koji se odnose na govorne sposobnosti djece, vrijeme dobivanja dijagnoze, učestalost i vrstu terapije, prilagođenosti terapije i aktivnosti djetetu, procjenu napretka i financiranje terapija. Upitnik je sastavljen od ukupno 17 tvrdnji/pitanja.

### 6.3.3. Obrada podataka

Podaci su obrađeni SPSS statističkim programom SPSS *for Windows* za osobna računala. U obradi podataka korištene su odgovarajuće univarijantne i multivarijantne statističke metode. Prikazane su apsolutne i relativne vrijednosti rezultata. Analize razlika i uspoređivanja provedene su na manifestnim varijablama. Utvrđivanje povezanosti provedeno je korelacijskom analizom.

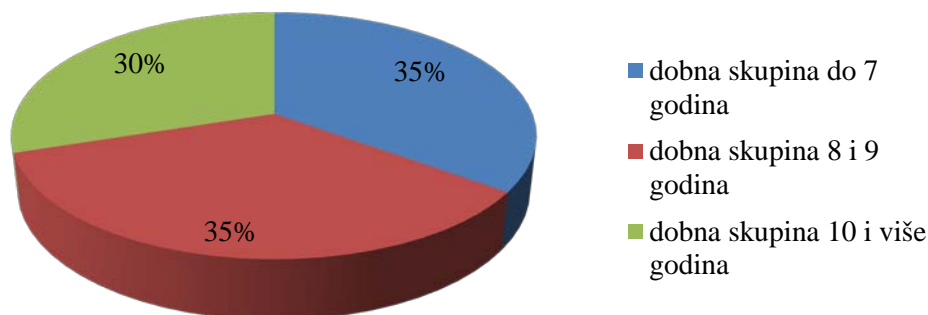
## 6.4. Rezultati istraživanja

U istraživanju je sudjelovalo ukupno 40 ispitanika iz tri županije. Udjel ispitanika najveći je u Međimurskoj županiji sa 67,5% (N=27). Iz Varaždinske županije uzorak čini 27,5% (N=11) ispitanika, a najmanje ih je iz Koprivničko-križevačke županije s udjelom od 5% (N=2). Raspodjela ispitanika prema geografskom području prikazana je u grafikonu.



Grafikon 6.4.1. Raspodjela ispitanika prema geografskom području, [izvor: autor]

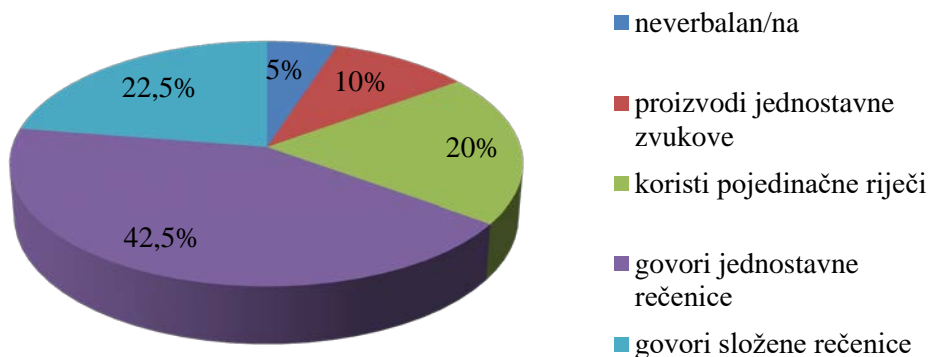
Najniža kronološka dob djeteta je 4 godine, a najviša dob je 19 godina. Najviše djece s poremećajima iz spektra autizma ima 8 i 9 godina, ukupno njih 35% ( $Mean=8,80$ ;  $SD=3,79$ ). Oni su za potrebe analize podijeljeni u tri podjednake skupine na način da jednu skupinu čine djeca do 7 godina starosti, zatim skupinu djece dobi 8-9 godina i djecu 10 i više godina. Podjela prema dobnim skupinama prikazana je u grafikonu.



Grafikon 6.4.2. Raspodjela prema dobnim skupinama djece, [izvor: autor]

Prema kriteriju spola, utvrđeno je da uzorak za koji su prikupljeni podaci čini 75% (N=30) djece muškog spola i 25% (N=10) djece ženskog spola.

Procjenu sposobnosti djece vršili su roditelji. Oni procjenjuju da 42,5% (N=17) djece govori jednostavnim rečenicama, a njih 22,5% (N=9) govori složenim rečenicama. Pojedinačnim riječima u komunikaciji služi se 20% (N=8), a jednostavne zvukove proizvodi 10% (N=4) djece s autizmom. Raspodjela prema procjeni govornih sposobnosti prikazana je grafikonom.



Grafikon 6.4.3. Raspodjela prema govornim sposobnostima djece, [izvor: autor]

Usporedbom dobnih skupina prema procjeni sposobnosti utvrđeno je da ne postoje statistički značajne razlike ( $p > 0,05$ ). Navedeno je vidljivo u tablici.

	Mean Rank			p*
	dob do 7 godina	dob od 8 i 9 godina	dob od 10 i više godina	
sposobnosti	17,50	21,04	23,38	,395

\*Kruskall-Wallis test

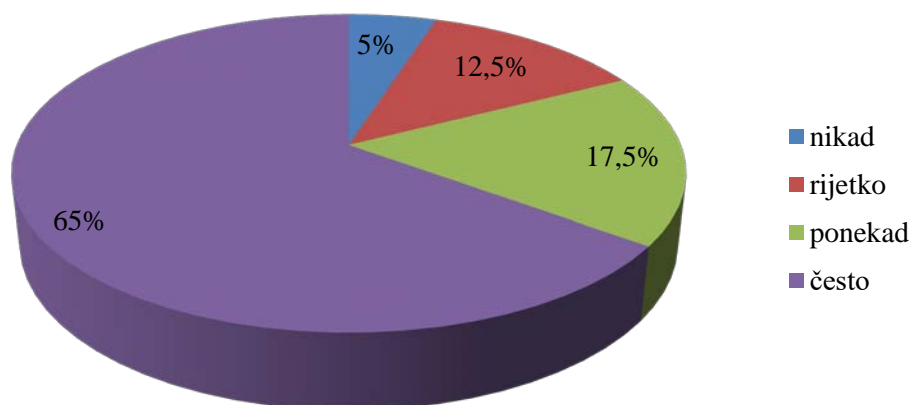
Tablica 6.4.1. Prikaz usporedbe prema sposobnostima i dobnim skupinama djece, [izvor: autor]

Provedena je usporedba u odnosu na spol djece koja je prikazana u tablici. Ističe se broj djece muškog spola koji govore jednostavnim rečenicama (N=15) i složenim rečenicama (N=6). U odnosu na spol nisu utvrđene statistički značajne razlike u govoru i komunikaciji djece s autizmom ( $\chi^2=5,255$ ;  $p=,262$ ).

	Sposobnosti					Ukupno
	neverbalan	proizvodi jednostavne zvukove	koristi pojedinačne riječi	govori jednostavne rečenice	govori složene rečenice	
muško	2	3	4	15	6	30
žensko	0	1	4	2	3	10
ukupno	2 5,0%	4 10,0%	8 20,0%	17 42,5%	9 22,5%	40 100,0%

Tablica 6.4.2. Rezultati raspodjele prema spolu i sposobnostima govora djece, [izvor: autor]

S obzirom na komunikaciju djece s autizmom, ispitano je koliko često to rade s članovima obitelji. U grafikonu je vidljivo kako najviše njih, odnosno 65% (N=26) često komunicira s članovima obitelji, a ponekad to prema procjeni roditelja radi 17,5% (N=7) djece. Rijetko s članovima obitelji komunicira 12,5% (N=5), a nikad 5% (N=2) djece s autizmom.



Grafikon 6.4.4. Komunikacija s članovima obitelji, [izvor: autor]

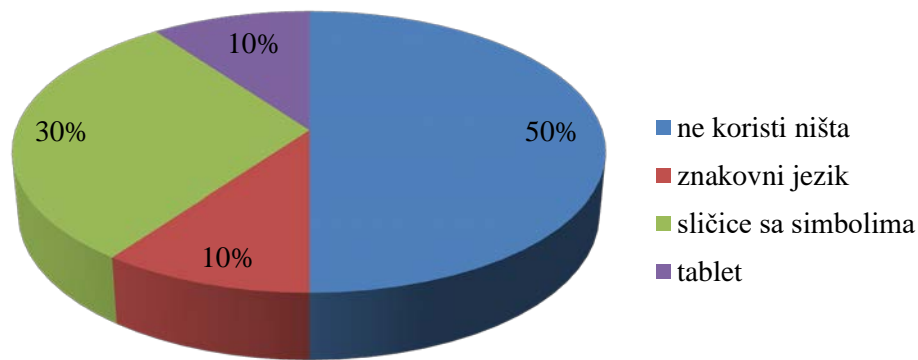
U odnosu na komunikaciju s obitelji i spol djece s autizmom ističe se broj djece muškog spola koji to rade često (N=21). Usporedbom učestalosti komunikacije u odnosu na spol nisu utvrđene statistički značajne razlike ( $\chi^2=4,442$ ;  $p=,217$ ).

	Komunicira s obitelji				Ukupno
	nikad	rijetko	ponekad	često	
Muško	2	2	5	21	30
Žensko	0	3	2	5	10
Ukupno N (%)	2 (5,0)	5 (12,5)	7 (17,5)	26 (65,0)	40 (100)

Tablica 6.4.3. Učestalost komuniciranja s obitelji u odnosu na spol djece s autizmom, [izvor: autor]

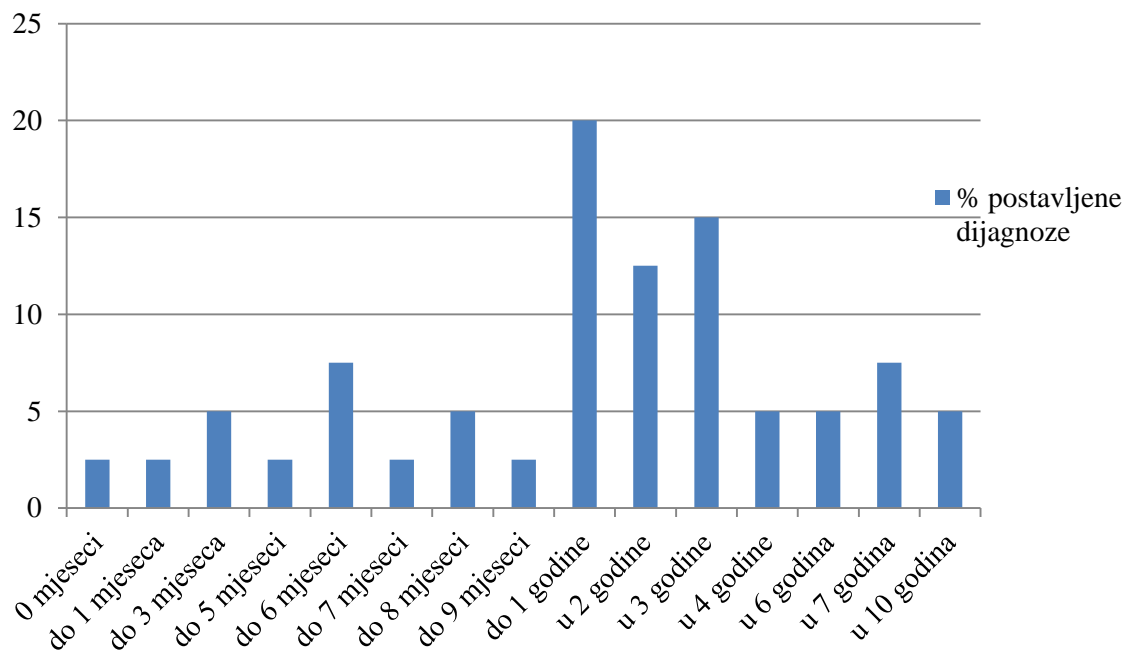
Za testiranje prve hipoteze analizirani su rezultati na varijablama govornih sposobnosti i načina te učestalosti komuniciranja s obitelji u odnosu na spol djece s autizmom. Analiza nije rezultirala statistički značajnim razlikama u odnosu na spol. Na temelju tih rezultata se prva hipoteza (H1) da djevojčice u odnosu na dječake imaju bolje govorne i komunikacijske sposobnosti može odbaciti.

Alternativne oblike komunikacije koristi 50% djece u ovom istraživanju. Najviše njih u omjeru od 30% (N=12) koristi sličice za komunikaciju, a po 10% djece koristi se tabletom ili znakovnim jezikom.



*Grafikon 6.4.5. Raspodjela rezultata prema kriteriju potpomognute komunikacije, [izvor: autor]*

Vrijeme postavljanja dijagnoze od pojave ili prepoznavanja znakova autizma različito je kod ispitanika u ovom istraživanju, a najdulje vrijeme je 10 godina evidentirano u 2 slučaja. Nadalje, u 3 slučaja je do postavljanja dijagnoze prošlo sedam godina od prvih znakova. Najvećem broju djece (N=8) je dijagnoza postavljena godinu dana nakon pojave prvih znakova poremećaja. Ukupno je u 50% (N=20) uzorka dijagnoza autizma postavljena unutar prve godine od pojave ili prepoznavanja znakova.

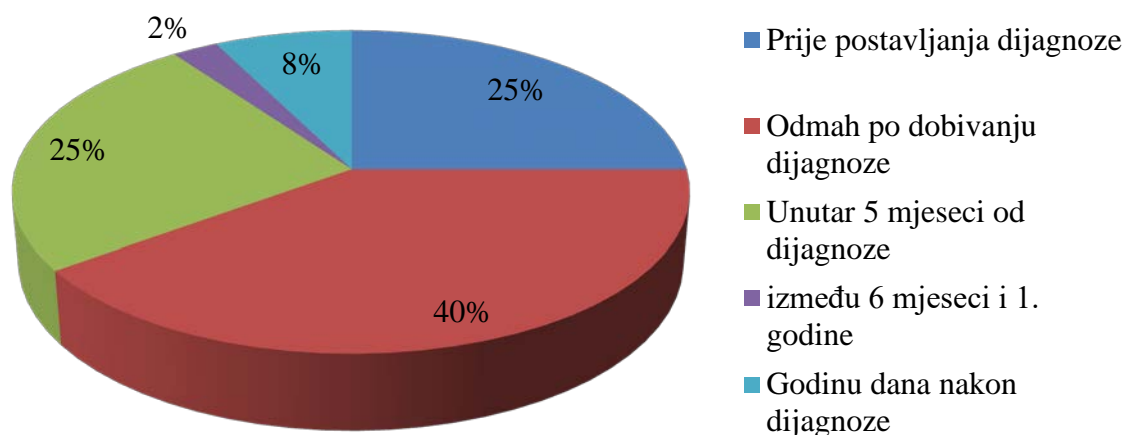


*Grafikon 6.4.6. Raspodjela rezultata u odnosu na vrijeme postavljanja dijagnoze, [izvor: autor]*



Prema kriteriju spola djeteta s autizmom nisu utvrđene statistički značajne razlike u vremenu od prepoznavanja ili javljanja prvih znakova do dobivanja dijagnoze ( $\chi^2=17,956$ ;  $p=,327$ ).

Grafikon prikazuje da su roditelji nakon prepoznavanja i dobivanja dijagnoze autizma počeli s terapijama djece unutar ili više od godine dana. Tako je vidljiv veći omjer onih koji su započeli s terapijama odmah po dobivanju dijagnoze i unutar perioda od 5 mjeseci. Četvrtina roditelja uključila je djecu u terapije i prije postavljanja dijagnoze, a na temelju prepoznavanja prvih znakova.



Grafikon 6.4.7. Raspodjela ispitanika u odnosu na dobivanje dijagnoze i početak terapija, [izvor: autor]

Prema dobivenim podacima u tablici je vidljivo da je veći broj muške djece bio uključen u terapiju prije postavljanja dijagnoze (N=7), odmah po dobivanju dijagnoze (N=11) i unutar 5 mjeseci od postavljanja dijagnoze (N=9). Usporedbom prema kriteriju spola analiza nije rezultirala statistički značajnim razlikama ( $\chi^2=5,667$ ;  $p=,225$ ).

	Početak terapije nakon postavljanja dijagnoze					Ukupno N (%)
	Prije postavljanja dijagnoze	Odmah po postavljanju dijagnoze	Unutar 5 mjeseci od postavljanja dijagnoze	između 6 mjeseci i godinu dana	Godinu dana nakon dijagnoze	
muško	7	11	9	0	3	30
žensko	3	5	1	1	0	10
Ukupno N (%)	10 (25,0)	16 (40,0)	10 (25,0)	1 (2,5)	3 (7,5)	40 (100,0)

Tablica 6.4.4. Raspodjela rezultata u odnosu na početak terapije i spol djece, [izvor: autor]

Uključenost djece u neki od terapijskih postupaka reguliranih profesija prikazana je u tablici. Vidljivo je da 87,5 (N=35) djece polazi redovni vrtić ili školu, a njih 12,5% (N=5) ne pohađa nikakav oblik odgoja i obrazovanja. Najviše djece, njih 70% (N=28) uključenu je u podršku logopeda. Defektološku i edukacijsko-rehabilitacijsku potporu ostvaruje 50% (N=20) djece, a radnu terapiju polazi 47,5% (N=19) djece s autizmom. Usporedbom dobnih skupina djece nisu utvrđene statistički značajne razlike prema uključenosti u neki od terapijskih i profesionalnih oblika podrške od strane reguliranih profesija.

Profesionalna podrška i terapije	dob do 7 godina		dob od 8 i 9 godina		dob od 10 i više godina		Σ		$\chi^2$	p
	N e	D a	N e	D a	N e	D a	Ne N (%)	Da N (%)		
Uključen u vrtić ili školu	3	1	2	1	0	1	5 (12,5)	35 (87,5)	2,7 76	,2 50
Logoped	4	1	4	1	4	8	12 (30)	28 (70)	,09 1	,9 56
Psiholog	13	1	1	1	1	0	38 (95)	2 (5)	,90 2	,6 37
Defektolog, edukacijski rehabilitator	6	8	5	9	9	3	20 (50)	20 (50)	4,4 29	,1 09
Radna terapija	7	7	6	8	8	4	21 (52,5)	19 (47,5)	1,5 23	,4 67

$\chi^2$  = Hi kvadrat test; p = značajnost; Σ = ukupno

Tablica 6.4.5. Raspodjela ispitanika prema podršci reguliranih profesija, [izvor: autor]

Osim reguliranih pristupa i tretmana profesionalnih službi koje su dostupne unutar sustava odgoja i obrazovanja, zdravstvene i socijalne skrbi, djeci s autizmom i njihovim roditeljima nudi se široka lepeza terapija i tretmana. Neke od njih prikazane su u tablici, a odnose se na ABA (Applied Behavioral Analysis), Tomatis i audivu (slušni trening), Neurofeedback (praćenje električne aktivnosti mozga i davanje povratne informacije) i kreativne radionice. Analiza rezultata pokazuje da se distribucija ne razlikuje značajno između dobnih skupina djece s autizmom, odnosno djeca iz ovog uzorka u njih su uključena u manjem omjeru. Na primjer,

samo po jedno dijete iz najmlađe i srednje dobne skupine je uključeno u ABA tretman. U Tomatis i audivu uključeno je također jedno dijete iz najstarije dobne skupine. Neurofeedback se provodi kod 25% (N=10) djece ispitanika u podjednakom omjeru u sve tri dobne skupine bez statistički značajnih razlika. U kreativne radionice uključeno je jedno dijete s autizmom iz srednje dobne skupine i dvoje djece iz najstarije dobne skupine. Većina djece iz sve tri dobne skupine nije uključena u kreativne radionice i među skupinama nema statistički značajnih razlika.

	dob do 7 godina		dob od 8 i 9 godina		dob od 10 i više godina		Σ		χ <sup>2</sup>	p
	N e	D a	N e	D a	N e	D a	Ne N (%)	Da N (%)		
ABA	13	1	1 3	1	1 2	0	38 (95)	2 (5)	,90 2	,6 37
Tomatis i audiva	14	0	1 4	0	1 1	1	39 (97,5)	1 (2,5)	2,3 93	,3 02
Neurofeedb ack	11	3	1 0	4	9	3	30 (75)	10 (25)	,19 0	,9 09
Kreativne radionice	14	0	1 3	1	1 0	2	37 (92,5)	3 (7,5)	2,5 91	,2 74

χ<sup>2</sup> = Hi kvadrat test; p = značajnost; Σ = ukupno

Tablica 6.4.6. Raspodjela ispitanika prema uključenosti u komplementarne terapije, [izvor: autor]

Terapije pomoću životinja primjenjuju se u 27% slučajeva, s time da terapijskog psa ima samo jedno dijete i to iz najstarije dobne skupine dok je u jahanje uključeno 25% (N=10) djece uzorka. Usporedba prema uključenosti u terapiju pomoću životinja nije rezultirala statistički značajnim razlikama među dobnim skupinama, a distribucija i rezultati testa prikazani su u tablici.

	dob do 7 godina		dob od 8 i 9 godina		dob od 10 i više godina		Σ		χ <sup>2</sup>	p
	Ne	Da	Ne	Da	Ne	Da	Ne	Da		
	N	D	N	D	N	D	N (%)	Da (%)		
Terapijski pas	14	0	14	0	11	1	39 (97,5)	1 (2,5)	2,3	,3
Jahanje	13	1	9	5	8	4	30 (75)	10 (25)	3,6	,1

χ<sup>2</sup> = Hi kvadrat test; p = značajnost; Σ = ukupno

Tablica 6.4.7. Raspodjela ispitanika prema uključenosti u terapije pomoću životinja, [izvor: autor]

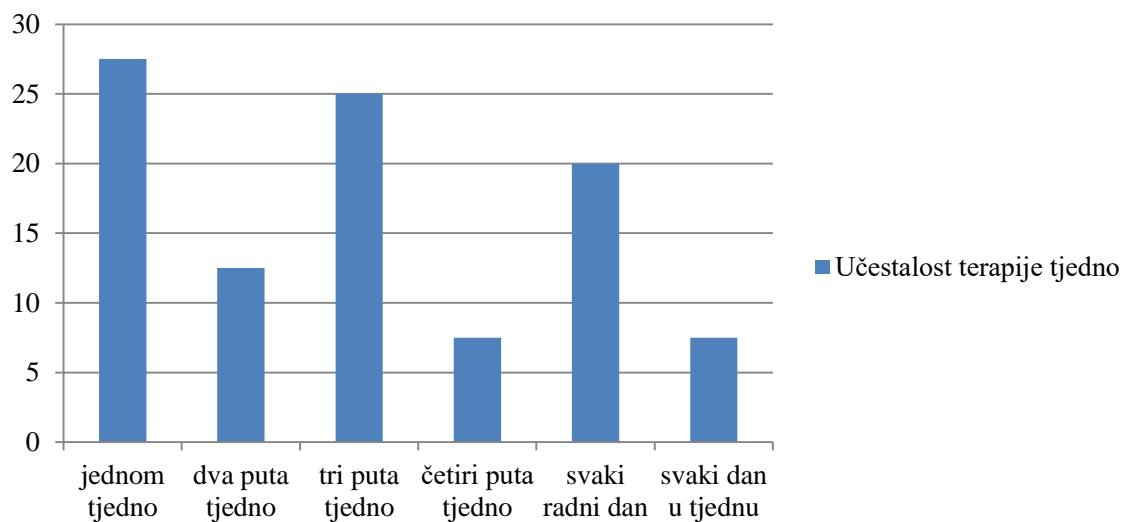
U sportske i motoričke aktivnosti djeca s autizmom uglavnom nisu uključena i manji je postotak onih koji redovito odlaze na plivanje, odnosno 37,5% (N=15), onih koji odlaze na gimnastiku ima 42,5% (N=1) dok onih koji su uključeni u senzornu integraciju i senzomotoričke vježbe ima 17,5% (N=7). Podaci o raspodjeli i usporedbi prema dobi djece prikazani su u tablici. Vidljivo je da usporedbom rezultata prema dobnim skupinama nisu utvrđene statistički značajne razlike s obzirom na uključenost djece s autizmom u plivanje, gimnastiku i senzornu integraciju.

	dob do 7 godina		dob od 8 i 9 godina		dob od 10 i više godina		Σ		χ <sup>2</sup>	p
	Ne	Da	Ne	Da	Ne	Da	Ne (%)	Da (%)		
	N	D	N	D	N	D	N (%)	Da (%)		
Plivanje	11	3	8	6	6	6	25 (62,5)	15 (37,5)	2,5	,2
Gimnastika	10	4	7	7	6	6	23 (57,5)	17 (42,5)	1,7	,4
SI	12	2	11	3	10	2	33 (82,5)	7 (17,5)	,25	,8

χ<sup>2</sup> = Hi kvadrat test; p = značajnost; Σ = ukupno; SI = senzorna integracija i senzomotoričke vježbe

Tablica 6.4.8. Raspodjela ispitanika prema uključenosti u sportske aktivnosti, [izvor: autor]

Prema učestalosti terapija, iz grafikona je vidljiv raspon onih koji na terapije odlaze jednom tjedno i kojih ima najviše do onih koji na terapije odlaze ili ih provode svaki dan uključujući i dane vikenda. Najmanje ima onih koji na terapije odlaze četiri puta i svaki dan.



Grafikon 6.4.8. Učestalost provođenja terapija na tjednoj razini za cijeli uzorak, [izvor: autor]

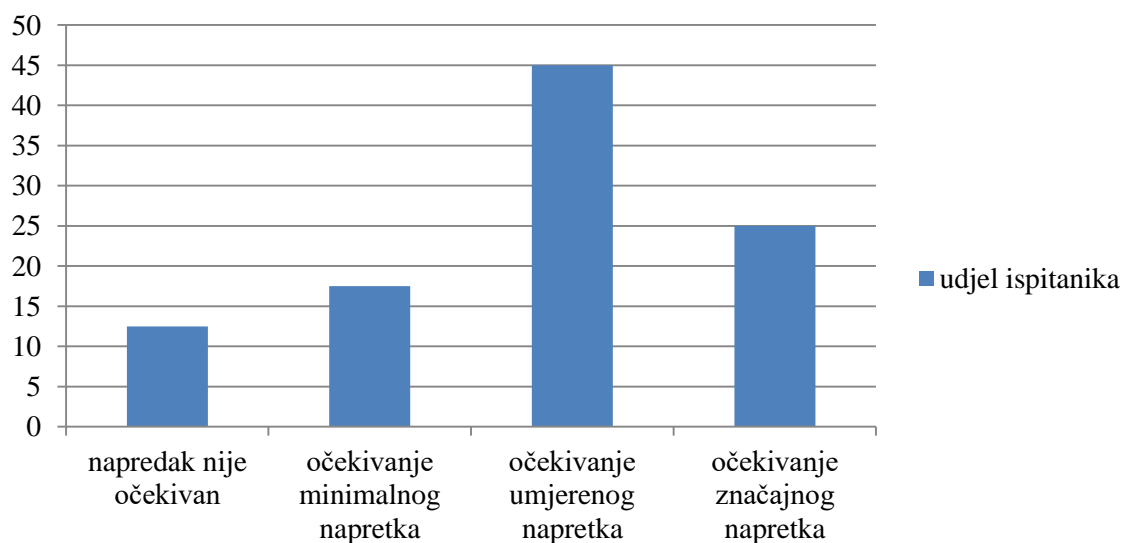
U tablici je prikazana učestalost odlazaka djece s autizmom na terapije zasebno po dobnim skupinama. Može se uočiti da je u svim dobnim skupinama po jedno dijete koje je u terapijskom postupku svaki dan u tjednu uključujući dane vikenda. Najviše djece ispitanika koji svaki radni dan imaju neku od terapija je u skupini od 8 i 9 godina. Usporedbom dobnih skupina u odnosu na učestalost terapijskih postupaka nisu utvrđene statistički značajne razlike ( $\chi^2=12,882$ ;  $p=,378$ ).

skupine po dobi	Učestalost terapije tjedno					
	jednom tjedno	dva puta tjedno	tri puta tjedno	četiri puta tjedno	svaki radni dan	svaki dan u tjednu
dob do 7 godina	4	3	3	1	2	1
dob od 8 i 9 godina	3	0	3	1	6	1
dob od 10 i više godina	4	2	4	1	0	1
Ukupno	11 (27,5)	5 (12,5)	10 (25,0)	3 (7,5)	8 (20,0)	3 (7,5)

Tablica 6.4.9. Raspodjela ispitanika prema učestalosti terapija i dobi, [izvor: autor]

Svrha terapija za djecu s autizmom je njihovo napredovanje u razvoju. Roditelji su izrazili svoja očekivanja od toga da napredak uopće nisu očekivali do napretka koji je značajan. Za

ukupni uzorak raspodjela očekivanja prikazana je u grafikonu iz kojeg je vidljivo da najviše roditelja (45%) očekuje umjereni napredak, a najmanje njih (12,5%) napredak uopće ne očekuje .



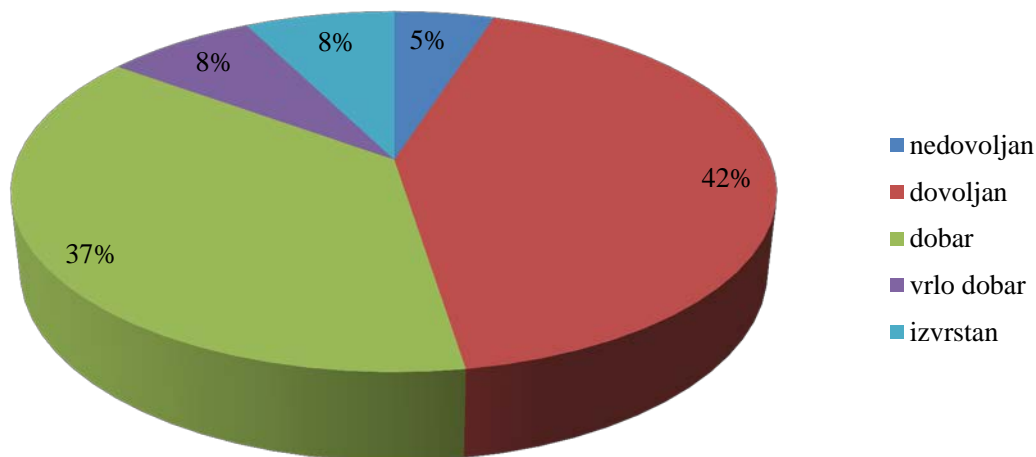
Grafikon 6.4.9. Raspodjela ispitanika u odnosu na očekivanje napretka djece, [izvor: autor]

Rezultati raspodjele prema dobnim skupinama i očekivanju napretka djece prikazani su u tablici. Možemo vidjeti da sveukupno najmanje roditelja 12,5% (N=5) nema očekivanja od terapija, ukupno njih 17,5% (N=7) očekuje minimalni napredak. Minimalni napredak najviše roditelja (N=4) očekuje u najstarijoj dobnj skupini. Ukupno najviše roditelja očekuje umjereni napredak, a što je uočljivo ponajprije u najmlađoj dobnj skupini (N=8) i u srednjoj dobnj skupini (N=7). Testom usporedbe među dobnim skupinama i očekivanju napretka nije utvrđena statistički značajna razlika ( $\chi^2=6,882$ ;  $p=,332$ ).

skupine po dobi	Očekivani napredak			
	Ne očekuje	Minimalni napredak	Umjereni napredak	Značajni napredak
dob do 7 godina	1	1	8	4
dob od 8 i 9 godina	1	2	7	4
dob od 10 i više godina	3	4	3	2
Ukupno	5 (12,5)	7 (17,5)	18 (45,0)	10 (25,0)

Tablica 6.4.10. Raspodjela prema dobi i očekivanju napretka, [izvor: autor]

Napredak djece roditelji su procjenjivali u području ponašanja, komunikacije i socijalizacije. Za svako od navedenih područja roditelji su davali prosječnu ocjenu od 1 (nedovoljno) do 5 (izvrsno). Raspodjela rezultata za ocjenu napretka ponašanja prikazana je grafikonom.



Grafikon 6.4.10. Ocjena napretka ponašanja, [izvor: autor]

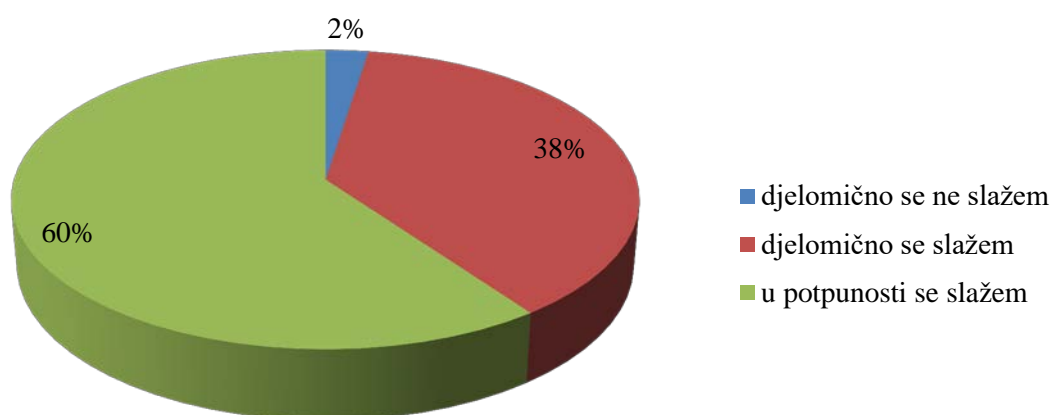
Grafikon daje vizualni prikaz ukupne raspodjele u kojem su najviše zastupljene ocjene dovoljnog i dobrog napretka djece uslijed terapija u koje su uključeni. U tablici je vidljivo da su srednje vrijednosti za napredak u ponašanju najviše u najmlađoj dobnoj skupini ( $M=3,00$ ), a najniže u najstarijoj dobnoj skupini djece ( $M=2,33$ ). U odnosu na ponašanje testom usporedbe nije utvrđena statistička značajna razlika među skupinama ( $p=,170$ ). Najnižu prosječnu ocjenu za napredak u socijalizaciji dali su roditelji djece u skupini od 8 i 9 godina ( $M=2,78$ ), a najvišu su ocjenu ponovno dali roditelji najmlađe dobne skupine ( $M=3,28$ ). Ocjene napretka u socijalizaciji nisu statistički značajno različite među dobnim skupinama ( $p=,466$ ). Napredak u komunikaciji jednakom prosječnom ocjenom ( $M=2,92$ ) ocjenjuju roditelji u najmlađoj i srednjoj dobnoj skupini, a nižom ( $M=2,66$ ) roditelji djece u najstarijoj dobnoj skupini. Ocjena napretka u komunikaciji ne razlikuje se značajno ( $p=,673$ ) među dobnim skupinama.

	dob do 7 godina M	dob od 8 i 9 godina M	dob od 10 i više godina M	p*
Ocjena napretka u ponašanju	3,00	2,71	2,33	,170
Ocjena napretka u socijalizaciji	3,28	2,78	3,00	,466
Ocjena napretka komunikacije	2,92	2,92	2,66	,673

\*Kruskal-Wallis; p=značajnost; M=Mean

Tablica 6.4.11. Rezultati usporedbe ispitanika u odnosu na dob i ocjenu napretka, [izvor: autor]

Na kategorijama odgovora od 1 (uopće se ne slažem) do 5 (u potpunosti se slažem) roditelji su procjenjivali prilagođenost terapije i aktivnosti djeci s autizmom. U grafikonu je vidljivo da većina roditelja (60%) u potpunosti smatra terapije i aktivnosti primjerenima njihovoj djeci, a nešto manje njih (38%) smatra te aktivnosti djelomično prilagođenima. Vidljivo manje (2%) se djelomično ne slaže s obzirom na prilagođenost terapija.



Grafikon 6.4.11. Ocjena prilagođenosti terapije i aktivnosti djetetu, [izvor: autor]

Usporedbom prema dobi, roditelji najmlađe skupine djece dali su najveću prosječnu ocjenu (M=4,66) prilagođenosti terapija i aktivnosti njihovom djetetu, a najnižu ocjenu (M=4,33) dali su roditelji djece u najstarijoj dobnoj skupini. Analizom ocjena prema dobnoj skupini nije rezultirala statistički značajnom razlikom (p=,606) u ocjenama prilagođenosti terapija što je vidljivo iz tablice.

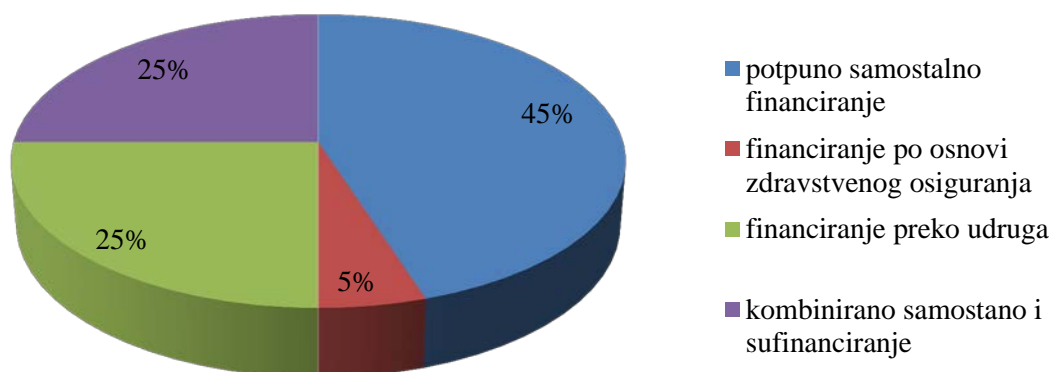


	dob do 7 godina M	dob od 8 i 9 godina M	dob od 10 i više godina M	p*
Ocjena prilagođenosti terapije i aktivnosti djetetu	4,66	4,64	4,33	,606

\*Kruskal-Wallis; p=značajnost; M=Mean

Tablica. 6.4.12. Rezultati usporedbe ispitanika u odnosu na dob i ocjenu prilagođenosti terapije, [izvor: autor]

Dostupnost terapija za djecu s autizmom u ovom radu nije istraživana. Financiranje terapija u ovom uzorku ispitanika provodi se na samostalnoj osnovi, putem zdravstvenog osiguranja, putem udruga i kombinirano uz sufinanciranje. Raspodjela prema izvoru financiranja terapija prikazana je u grafikonu.



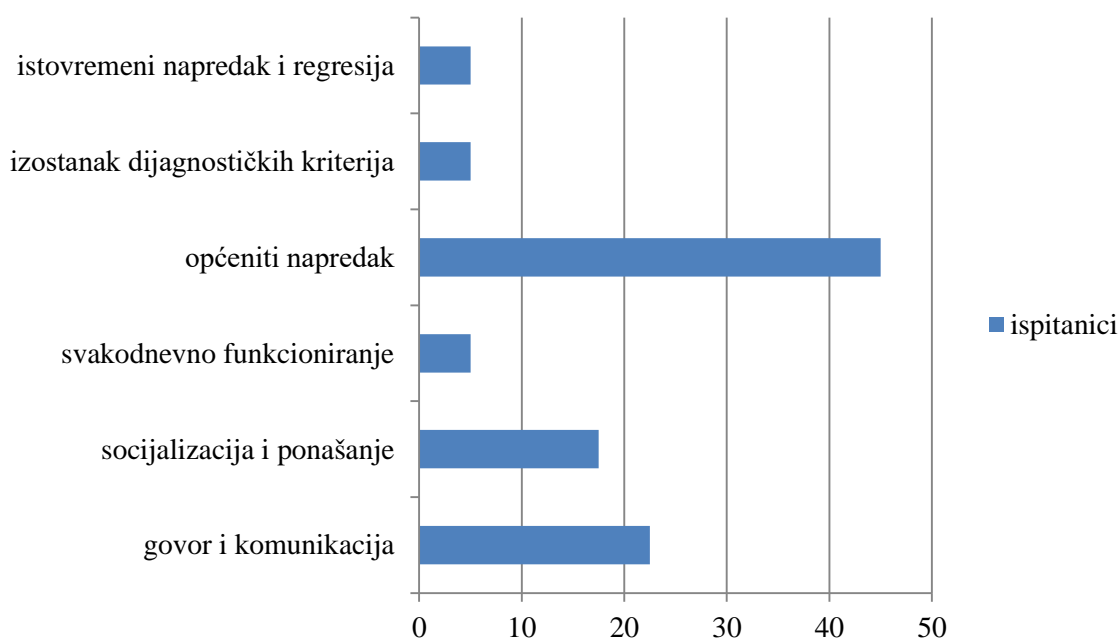
Grafikon 6.4.12. Raspodjela prema načinu financiranja terapija, [izvor: autor]

Financiranje terapija roditelji u najvećoj mjeri realiziraju samostalno i to u ukupnom udjelu od 45% (N=18), a zatim preko udruga (25%) i samostalno uz sufinanciranje (25%). Najmanje ostvaruju putem zdravstvenog osiguranja. Raspodjela načina financiranja terapija prema dobnim skupinama prikazana je u tablici. Usporedbom skupina nije utvrđena statistički značajna razlika u načinu financiranja ( $\chi^2=11,905$ ;  $p=,064$ ).

	Financiranje terapija			
	potpuno samostalno	putem zdravstvenog osiguranja	preko udruga	samostalno i sufinanciranje
dob do 7 godina	9	1	1	3
dob od 8 i 9 godina	6	1	2	5
dob od 10 i više godina	3	0	7	2
Ukupno N(%)	18 (45,0)	2 (5,0)	10 (25,0)	10 (25,0)

Tablica 6.4.13. Raspodjela financiranja prema dobnim skupinama ispitanika, [izvor: autor]

Roditelji su navodili napredak djece, odnosno procjenjivali su učinak terapije u koju su uključeni. Raspodjela za ukupni uzorak prikazana je grafikonom iz kojeg je uočljiva procjena općeg napretka djeteta.



Grafikon 6.4.13. Raspodjela ispitanika u odnosu na procjenu učinka terapija, [izvor: autor]

U tablici 6.4.14. je prikazana raspodjela procjene napretka djece s autizmom prema dobnim skupinama. Podjednake su procjene roditelja o napredovanju djece u svim područjima, a najviše njih (45%) smatra da je najveći opći napredak djece, a zatim u govoru i komunikaciji (22,5%) te području socijalizacije i ponašanja (17,5%). S obzirom na postavljenu drugu hipotezu (H2) analizirani su rezultati procjene napretka prema kriteriju dobi djece s autizmom. Analiza po područjima napretka iz perspektive roditelja nije rezultirala statistički značajnim razlikama

( $\chi^2=3,772$ ;  $p=,957$ ) te se sukladno tome hipotezu da djeca s autizmom starije dobi imaju značajniji napredak u odnosu na mlađe skupine može odbaciti.

	Procjena napretka					
	Govor i komunikacija	Socijalizacija i ponašanje	Svakodnevno funkcioniranje	Općeniti napredak	Izostanak kriterija	Napredak i regresija
dob do 7 godina	4	3	0	6	1	0
dob od 8 i 9 godina	3	2	1	6	1	1
dob od 10 i više godina	2	2	1	6	0	1
Ukupno N(%)	9 (22,5)	7 (17,5)	2 (5,0)	18 (45,0)	2 (5,0)	2 (5,0)

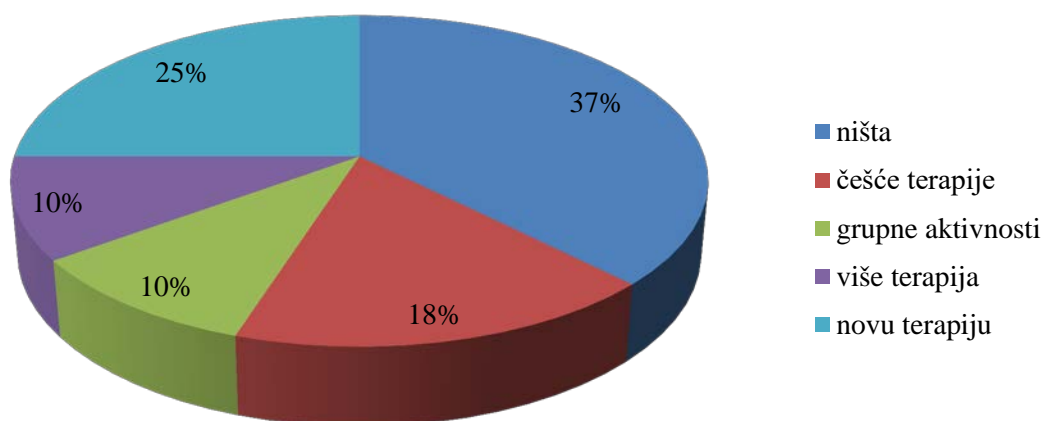
Tablica 6.4.14. Raspodjela prema procjeni napretka i dobi djeteta, [izvor: autor]

Prema kriteriju spola, u tablici je vidljiv veći broj dječaka čiji roditelji procjenjuju napredak u području govora i komunikacije (N=8) i općeniti napredak (N=14), a što je razumljivo obzirom na udjel dječaka (N=30) u uzorku istraživanja. Provedeni test usporedbe u odnosu na spol nije rezultirao statistički značajnim razlikama ( $\chi^2=9,524$ ;  $p=,090$ ).

	Procjena napretka					
	Govor i komunikacija	Socijalizacija i ponašanje	Svakodnevno funkcioniranje	Općeniti napredak	Izostanak kriterija	Napredak i regresija
Muško	8	4	2	14	0	2
žensko	1	3	0	4	2	0
Ukupno N(%)	9 (22,5)	7 (17,5)	2 (5,0)	18 (45,0)	2 (5,0)	2 (5,0)

Tablica 6.4.15. Raspodjela prema procjeni napretka i spolu djeteta, [izvor: autor]

Na pitanje što bi još dodali u terapiju svojeg djeteta, najviše roditelja (37,5%) navodi da ništa, a njih 25% (N=10) uveo bi neku novu terapiju što zajedno s 10% (N=4) onih koji bi uveli više različitih terapija čini trećinu uzorka. Grupne aktivnosti dodatno bi odabralo 10% roditelja. Raspodjela prema uvođenju dodatnih aktivnosti prikazana je u grafikonu.



*Grafikon 6.4.14. Raspodjela odgovora u odnosu na uključivanje dodatnih terapija, [izvor: autor]*

Za utvrđivanje povezanosti napretka u području ponašanja, socijalizacije i komunikacije provedena je korelacijska analiza s osobnim karakteristikama djece, početkom terapije nakon dobivanja dijagnoze i procjene prilagođenosti terapije i aktivnosti djetetu. Za testiranje hipoteze o povezanosti (H3) napretka i početka terapije korištena je Spearmanova korelacijska analiza koja je rezultirala niskim korelacijskim koeficijentima bez statističke značajnosti. Na temelju korelacijske analize treća hipoteza može se odbaciti.

	Ocjena napretka u ponašanju	Ocjena napretka u socijalizaciji	Ocjena napretka komunikacije
Spol djeteta	-,032	-,181	-,101
Dob djeteta	-,177	-,035	,006
Početak terapije nakon postavljanja dijagnoze	-,071	,088	,022
Prilagođenost terapije i aktivnosti djetetu	,079	-,054	-,158
Učestalost terapije tjedno	,001	-,037	-,056

*Tablica 6.4.16. Spearmanovi korelacijski koeficijenti, [izvor: autor]*

## 7. Rasprava

Poremećaji iz spektra autizma jedni su od težih razvojnih poremećaja, a poteškoće koje se javljaju su na području komunikacije, socijalizacije te stereotipnog ponašanja. Mnoge studije bave se proučavanjem uzroka, učestalosti, oblicima autizma, dijagnostikom i terapijskim postupcima kako bi ublažili poremećaj, odnosno kako bi osigurali djetetu s autizmom bolji i kvalitetniji život. Cilj ovog istraživanja je bio analizirati uključenost djece s autizmom u terapijske programe i procjenu učinkovitosti terapijskih postupaka na razvoj sposobnosti iz perspektive njihovih roditelja. Naime, kronološka dob djece koja se kreće u istraživanju je između 4 i 19 godina, od čega je 75% djece bilo muškog spola, a 25% ženskog. S obzirom na govorne sposobnosti djeteta, roditelji procjenjuju da najviše djece govori jednostavne rečenice te da 65% njih komunicira s obitelji često. Za testiranje prve hipoteze analizirani su rezultati na varijablama govornih sposobnosti i načina te učestalosti komuniciranja s obitelji u odnosu na spol djece s autizmom. Statistički značajne razlike u odnosu na spol nije bilo. Na temelju tih rezultata se prva hipoteza da djevojčice u odnosu na dječake imaju bolje komunikacijske sposobnosti može odbaciti [11].

Prema kriteriju potpomognute komunikacije, 50% roditelja se izjasnilo da njihovo dijete ne koristi ništa, dok je ostalih 50% navelo da im dijete koristi znakovni jezik, tablet ili sličice sa simbolima. Djeca s autizmom često razumiju vizualne simbole bolje od govora pa se njima koriste u školi ili kod kuće kako bi održali svoje verbalno razumijevanje. Komunikacijski sustav razmjene slika (PECS) je komunikacijski sustav u kojem djeca razmjenjuju vizualne simbole kao oblik komunikacije. Dizajnirana je aplikacija pod nazivom PixTalk koja radi na bilo kojem Windows Mobile Smart-telefonu. Učitelji i njegovatelji mogu pristupiti web mjestu te iz internetske biblioteke odabrati slike koje će se preuzeti na pametni telefon. Djeca mogu pregledavati i birati slike da bi izrazili svoje namjere, želje i emocije. Rezultati studije slučaja pokazuju da se PixTalk može koristiti kao dio tekuće terapije [22, 23].

Ujedno, na taj se način i olakšava komunikacija u školama i vrtićima. Vidljivo je da gotovo 90% djece polazi redovni vrtić ili školu, dok ostatak ne pohađa nikakav oblik odgoja i obrazovanja. Uključujući djecu s autizmom u redovnu nastavu, sustavu se postavlja nekoliko izazova, od kojih je najupečatljiviji velik broj školskog osoblja koji treba biti osposobljen za poučavanje i upravljanje ponašanjem. Ipak, studije upućuju da bi djeca s autizmom u školama i vrtićima mogla biti odbačena i izolirana. Rezultati su pokazali da djeca imaju nižu razinu prihvaćenosti i druženja s vršnjacima, ali nisu izolirana u potpunosti. Stoga bi buduća istraživanja trebala biti usmjerena kako pomoći djeci s autizmom da budu prihvaćena u društvu i jednaka kao druga zdrava djeca [24,25].

Budući da je vrijeme postavljanja dijagnoze u roku prve tri godine života, ovim istraživanjem dobili smo različite podatke. Naime, najvećem broju djece dijagnoza je postavljena unutar godinu dana nakon pojave prvih simptoma autizma, no ima i djece kojima je ona postavljena nakon 6, 7 ili 10 godina. Također, velik broj roditelja započeo je s terapijom kod djece odmah po dobivanju dijagnoze ili unutar 5 mjeseci.

Najviše djece, njih 70% uključeno je u podršku logopeda. Defektološku i edukacijsko-rehabilitacijsku potporu ostvaruje 50% djece, a radnu terapiju polazi 47,5% djece s autizmom. U udruzi Pogled roditeljima i njihovoj djeci nudi se široka lepeza dodatnih terapija i tretmana. Na primjer, to su ABA, Tomatis i audiva, Neurofeedback, kreativne radionice, terapije pomoću životinja te sportske aktivnosti. Na osnovi rezultata dobivenih istraživanjem, vidljivo je da djeca uglavnom nisu uključena u te terapijske postupke. Iako dolazi do poboljšanja u IQ-u, govoru, akademskom učinku i prilagodljivom ponašanju, kao i nekim mjerama društvenog ponašanja, samo po jedno dijete iz najmlađe i srednje dobne skupine je uključeno u ABA tretman. U Tomatis i audivu uključeno je također jedno dijete iz najstarije dobne skupine, dok se Neurofeedback provodi u 10 djece. Tjelesna aktivnost ima značajan utjecaj na smanjenje agresivnosti, stereotipnih ponašanja, depresivnosti, stresa, frustracija i samoozljeđivanja. Sudjelujući u prilagođenoj aerobnoj aktivnosti, djeca s autizmom mogu poboljšati rezultate vezane za usmjerenost pažnje, u odnosu s okolinom i razini prilagodbe. Unatoč svim pozitivnim učincima tjelesne aktivnosti, iz istraživanja je vidljivo da se terapije pomoću životinja primjenjuju u svega 27% djece, gotovo 38% djece odlazi redovito na plivanje i 43% na gimnastiku. Kineziterapija jedna je od novijih metoda terapije u liječenju djece s autizmom, stoga bi ona trebala doći tek do izražaja u skoroj budućnosti [10,17].

Svrha terapija za djecu s autizmom je njihovo napredovanje u razvoju. Roditelji su izrazili svoja očekivanja od toga da napredak uopće nisu očekivali do napretka koji je značajan. Vidljivo je da najviše roditelja (45%) očekuje umjereni napredak, a najmanje njih (12,5%) napredak uopće ne očekuje. Isto tako, procjenjivao se napredak u području ponašanja, komunikacije i socijalizacije gdje se prikupljenim podacima može utvrditi da su dovoljan i dobar najviše zastupljene ocjene. Iako je na prvom mjestu napredak djeteta i njegov razvoj, sve se veća pozornost posvećuje obitelji koja sudjeluje u tom procesu [11].

Vrlo važno pitanje koje se postavlja od samog početka je dostupnost financijskih i socijalnih izvora za provođenje terapijskih postupaka. Financiranje terapija u 45% slučajeva provodi se na samostalnoj osnovi, zatim po 25% preko udruga i preko zdravstvenog osiguranja, a ostatak kombinacijom uz sufinanciranje. Iskorištenost i troškovi zdravstvene zaštite znatno su veći za djecu i adolescente s autizmom u usporedbi s djecom bez autizma. Studije u Americi procjenjuju kako su godišnji troškovi za dijete s autizmom između 85% i 550% veći od godišnjih troškova za

zdravo dijete. Na osnovi toga, prosječni životni troškovi za pojedino dijete iznose oko 4,7 milijuna USD [8,11,17].

Prema procjeni roditelja, terapijski postupci doveli su do značajnih pozitivnih učinaka kod djece s autizmom. Navode se općeniti napredak, napredak u govoru i komunikaciji, u području socijalizacije i ponašanja te svakodnevnog funkcioniranja. S obzirom na postavljenu drugu hipotezu analizirani su rezultati procjene napretka prema kriteriju dobi djece s autizmom. Statistički značajnih razlika nije bilo te se sukladno tome hipotezu da djeca s autizmom starije dobi imaju značajniji napredak u odnosu na mlađe skupine može odbaciti.

Za utvrđivanje povezanosti napretka u području ponašanja, socijalizacije i komunikacije provedena je korelacijska analiza s osobnim karakteristikama djece, početkom terapije nakon dobivanja dijagnoze i procjene prilagođenosti terapije i aktivnosti djetetu. Za testiranje hipoteze o povezanosti napretka i početka terapije korištena je Spearmanova korelacijska analiza koja je rezultirala niskim korelacijskim koeficijentima bez statističke značajnosti. Na temelju korelacijske analize treća hipoteza može se odbaciti.

## 8. Zaključak

Do nedavno se autizam smatrao vrlo rijetkom pojavom uz učestalost 4-10 djece na 10 000 poroda. No, međunarodna udruga Autism Europe, procjenjuje da diljem Europe ima oko 5 milijuna osoba s autizmom te da poremećaj zahvaća 1 na 100 djece. U Hrvatskoj je registrirano 1098 osoba s autizmom. Poremećaj iz spektra autizma vrlo je složen neurorazvojni poremećaj koji zahvaća sve aspekte dječje ličnosti (komunikaciju, socijalizaciju, motoriku, ponašanje i učenje). Rezultati ovog istraživanja pokazuju da je velik broj djece s autizmom počeo odmah s terapijom nakon što mu je dijagnosticiran poremećaj, što je od izrazite važnosti jer se ranim prepoznavanjem i ciljanom ranom intervencijom značajno može poboljšati kvaliteta života tih osoba. Psihoterapija, bihevioralna terapija, radna terapija, terapija logopedom i psihologom su regularne terapije koje se koriste u rehabilitaciji djece s autizmom. Uz regularne, postoje i ABA, Neurofeedback, kreativne radionice, terapije pomoću životinja i terapije u vodi. U te su terapije u provedenom istraživanju djeca manje uključena ili nisu uključena. Što se tiče ishoda terapija, koji ovisi o stupnju oštećenja, izboru terapije te učestalosti provođenja terapije, procjenom roditelja djeca su napredovala prosječno ocjenom 3 na skali od 1 do 5 te velik postotak njih smatra kako su terapija i aktivnosti usklađene s potrebama njihova djeteta. Najviše je uočljiv općeniti napredak djece, zatim poboljšanje govora i komunikacije, socijalizacije i ponašanja, svakodnevno funkcioniranje. Iako se intelektualno funkcioniranje kreće od prosječne inteligencije do inteligencije s intelektualnim poteškoćama, sve je više priča iz svijeta o autistima koji završavaju škole, fakultete i osposobljeni su za razna zanimanja. U SAD-u je mjesec travanj proglašen kao „Mjesec svjesnosti o autizmu“ što upućuje na ozbiljnost teme i sve većeg broja osoba s autističnim poremećajem.

U Varaždinu, 06.09.2019.

Potpis:  
Sanela Nedeljko



## 9. Literatura

- [1] D. Mardešić i suradnici: Pedijatrija, Školska knjiga, 2016.
- [2] K.E. Sanchack, C.A. Thomas: Autism Spectrum Disorder: Primary Care Principles, *Am Fam Physician.*, br. 15, prosinac 2016, str. 972-979
- [3] K. Blažević i suradnici: Posebnosti odabira tjelesne aktivnosti i posebnosti prehrane kod djece s autizmom, *Hrvatski športskomedicinski vjesnik*, br. 2, 2006., str. 21
- [4] Z. Bujas Petković, J. Frey Škrinjar: Pervazivni razvojni poremećaji – poremećaji iz autističnog spektra, *Paediatrica Croatica*, br. 3, 2010., str. 54
- [5] H. Remschmidt: Autizam – pojavni oblici, uzroci i pomoć, Naklada Slap, Jastrebarsko, 2009.
- [6] S. Nikolić i suradnici: Autistično dijete, Prosvjeta, Zagreb, 1992.
- [7] S. Kotsopoulos: Early diagnosis of autism: Phenotype-endophenotype, *Psychiatriki.*, BR. 25, 2015, 25(4):273-81
- [8] C. J. Newschaffer, L. A. Croen, J. Daniels, E. Giarelli, J. K. Grether, S. E. Levy, D. S. Mandell, L. A. Miller, J. Pinto-Marti, J. Reave, A.M. Reynolds, C. E. Rice, D. Schendel, G. C. Windham: The epidemiology of autism spectrum disorders, *Annu Rev Public Health.*, br.28, 2007, 235-258
- [9] D. Mamić, R. Fulgosi Masnjak, Lj. Pintarić Mlinar: Senzorna integracija u radu s učenicima s autizmom, *Napredak*, br. 1, 2010., str. 151
- [10] C. Gilberg: Autism and pervasive developmental disorders. *J Child Psychol Psychiatry*, br.31, 1990; str. 99- 119
- [11] K. Medved, I. Begovac: Terapijske intervencije kod kuće u djece s poremećajem autističnog spektra, *Paediatrica Croatica*, br. 1, 2013., str. 57
- [12] G. Caputo, G. Ippolito, M. Mazzotta, L. Sentenza, M.R. Muzio, S. Salzano, M. Conson: Effectiveness of a Multisystem Aquatic Therapy for Children with Autism Spectrum Disorders, *J Autism Dev Disord.* Br.48, 2018, str. 1945-1956
- [13] T. Trzmiel, B. Purandare, M. Michalak, E. Zasadzka, M. Pawlaczyk: Equine assisted activities and therapies in children with autism spectrum disorder: A systematic review and a meta-analysis, *Complement Ther Med.* br. 42, 2019, str. 104-113
- [14] T. Stegemann, M. Geretsegger, E. Phan Quoc, H. Riedl, M. Smetana: Music Therapy and Other Music-Based Interventions in Pediatric Health Care: An Overview, *Medicines (Basel)*. Br.14, 2019, str. 6

- [15] S. Su Maw, C. Haga: Effectiveness of cognitive, developmental, and behavioural interventions for Autism Spectrum Disorder in preschool-aged children: A systematic review and meta-analysis, *Heliyon*. br.6, 2018, str. 4
- [16] E. Morling, C. O'Connell: Autizam – Podrška djeci i učenicima s poremećajem iz spektra autizma, EDUCA, Zagreb, 2018.
- [17] S.M. Myers, C.P. Johnson: Management of children with autism spectrum disorders, *Pediatrics*. br. 120, 2007, str. 1162-1182
- [18] R. Rade: Mala djeca s komunikacijskim teškoćama 1, FoMa, Zagreb, 2015.
- [19] P. Reed, L.A. OsbornE, M. Corness: Effectiveness of special nursery provision for children with autism spectrum disorders. *Autism.*, br. 14, 2010, str. 67-82
- [20] R.P. Hasting: Behavioral adjustment of siblings of children with autism engaged in applied behavior analysis early intervention programs: the moderating role of social support. *J Autism Dev Disord*, br. 33, 2003, str. 141-50
- [21] A. Prvonožec: Metodički pristup učenicima autističnog spektra u nastavi geografije, Diplomski rad, PMF, Zagreb, 2018.
- [22] I. Vaz: Visual symbols in healthcare settings for children with learning disabilities and autism spectrum disorder, *Br J Nurs*. br. 22, 2013, str. 156-159
- [23] G. De Leo, C.H. Gonzales, P. Battagir, G. Leroy: A smart-phone application and a companion website for the improvement of the communication skills of children with autism: clinical rationale, technical development and preliminary results, *J Med Syst*, br. 35, 2011, str. 703-711
- [24] S.E. Bryson, S.J. Rogers, E. Fombonne: Autism spectrum disorders: early detection, intervention, education, and psychopharmacological management, *Can J Psychiatry*. br. 48, 2003, str. 506-516
- [25] B. Chamberlain, C. Kasari, E. Rotheram-Fuller: Involvement or isolation? The social networks of children with autism in regular classrooms, *J Autism Dev Disord*. br. 37, 2007, str. 230-242

## Prilozi

Anketni upitnik „*Mišljenja roditelja o učinkovitosti terapijskih postupaka kod djece s poremećajima iz spektra autizma*“

1. Navedite županiju iz koje dolazite: \_\_\_\_\_
2. Navedite dob djeteta: \_\_\_\_
3. Spol djeteta
  - a. Ž
  - b. M
4. Označite koje su govorne sposobnosti Vašeg djeteta?
  - a. Potpuno neverbalan
  - b. Proizvodi jednostavne zvukove
  - c. Koristi pojedinačne riječi
  - d. Govori jednostavne rečenice
  - e. Govori složene rečenice
5. Komunicira li dijete s ostalim članovima obitelji?
  - a. Često
  - b. Ponekad
  - c. Rijetko
  - d. Nikad
6. Koristi li Vaše dijete nešto od navedenih pomagala u komunikaciji?
  - a. Sličice sa simbolima
  - b. Znakovni jezik
  - c. Tablet
  - d. Ne koristi
  - e. Ostalo (navedite) \_\_\_\_\_
7. Navedite da li je dijete uključeno u redovni vrtić/školu? \_\_\_\_\_
8. Navedite koliko je vremena prošlo od prvih znakova poremećaja iz spektra autizma do postavljanja dijagnoze? \_\_\_\_\_
9. Navedite nakon koliko vremena od postavljanja dijagnoze je započeta terapija?  
\_\_\_\_\_
10. Navedite koja se vrsta terapije primjenjuje kod Vašeg djeteta?  
\_\_\_\_\_
11. Navedite koliko je često dijete uključeno u terapiju? \_\_\_\_\_
12. Označite koja su bila vaša očekivanja prije početka terapije?

- a. Nismo očekivali napredak
- b. Očekivali smo minimalan napredak
- c. Očekivali smo umjereni napredak
- d. Očekivali smo značajan napredak

13. Prema Vašem mišljenju ocijenite napredak djeteta u pojedinom području nakon terapije:

- a. Obrasci ponašanja    1 2 3 4 5
- b. Socijalizacija        1 2 3 4 5
- c. Komunikacija        1 2 3 4 5

14. Smatrate li da su aktivnosti terapije prilagođene Vašem djetetu i njegovim potrebama?

- a. u potpunosti se slažem
- b. djelomično se slažem
- c. niti se slažem niti se ne slažem
- d. djelomično se ne slažem
- e. u potpunosti se ne slažem

15. Kako financirate troškove terapija?

- a. Samostalno
- b. Putem zdravstvenog osiguranja
- c. Putem udruga
- d. Ostalo (navedite) \_\_\_\_\_

16. Prema vašem mišljenju navedite učinke terapijskih aktivnosti u koje uključeno Vaše dijete (primjećujete li napredak, povlačenje simptoma...)?

---

---

---

---

---

17. Što biste dodatno primijenili kod terapije za Vaše dijete?

---

---

---



IZJAVA O AUTORSTVU  
I  
SUGLASNOST ZA JAVNU OBJAVU

Završni/diplomski rad isključivo je autorsko djelo studenta koji je isti izradio te student odgovara za istinitost, izvornost i ispravnost teksta rada. U radu se ne smiju koristiti dijelovi tuđih radova (knjiga, članaka, doktorskih disertacija, magistarskih radova, izvora s interneta, i drugih izvora) bez navođenja izvora i autora navedenih radova. Svi dijelovi tuđih radova moraju biti pravilno navedeni i citirani. Dijelovi tuđih radova koji nisu pravilno citirani, smatraju se plagijatom, odnosno nezakonitim prisvajanjem tuđeg znanstvenog ili stručnoga rada. Sukladno navedenom studenti su dužni potpisati izjavu o autorstvu rada.

Ja, Sanela Nedeljko pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog rada pod naslovom Mišljenja roditelja o učinkovitosti terapijskih postupaka kod djece s poremećajima iz spektra autizma te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:  
(Sanela Nedeljko)

Nedeljko  
(vlastoručni potpis)

Sukladno Zakonu o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju završne/diplomske radove sveučilišta su dužna trajno objaviti na javnoj internetskoj bazi sveučilišne knjižnice u sastavu sveučilišta te kopirati u javnu internetsku bazu završnih/diplomskih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice. Završni radovi istovrsnih umjetničkih studija koji se realiziraju kroz umjetnička ostvarenja objavljuju se na odgovarajući način.

Ja, Sanela Nedeljko neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog rada pod naslovom Mišljenja roditelja o učinkovitosti terapijskih postupaka kod djece s poremećajima iz spektra autizma čiji sam autor/ica.

Student/ica:  
(Sanela Nedeljko)

Nedeljko  
(vlastoručni potpis)