

# Samoprocjena studenata za rad s djecom s poremećajima iz spektra autizma

---

Kosir, Ines

Undergraduate thesis / Završni rad

2018

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:579208>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-11-08**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)





**Sveučilište  
Sjever**

**Završni rad br. 972/SS/2018**

**Samoprocjena studenata za rad s djecom s poremećajima iz  
spektra autizma**

**Ines Kosir, 0735/336**

Varaždin, rujan 2018. godine





# Sveučilište Sjever

Odjel za sestrinstvo

Završni rad br. 972/SS/2018

## **Samoprocjena studenata za rad s djecom s poremećajima iz spektra autizma**

### **Student**

Ines Kosir, 0735/336

### **Mentor**

Jurica Veronek, mag.med.techn.

Varaždin, rujan 2018. godine

# Prijava završnog rada

## Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

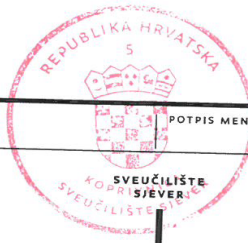
ODJEL	Odjel za sestrinstvo		
PRISTUPNIK	Ines Kosir	MATIČNI BROJ	0735/336
DATUM	04.07.2018.	KOLEGIJ	Zdravstvena njega osoba s invaliditetom
NASLOV RADA	Samoprocjena studenata za rad s djecom s poremećajima iz spektra autizma		
NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU	Students self-assessed competence for working with children with Autisam Spectrum Diso		
MENTOR	Jurica Veronek, mag.med.techn.	ZVANJE	viši predavač
ČLANOVI POVJERENSTVA	1. prof.dr.sc. Andreja Brajša- Žganec, predsjednik		
	2. Jurica Veronek, mag.med.techn., mentor		
	3. Mihaela Kranjčević - Ščurić, dipl.med.techn., član		
	4. dr.sc. Marijana Neuberger, zamjenski član		
	5. _____		

## Zadatak završnog rada

BROJ	972/SS/2018
OPIS	<p>Poremećaji iz spektra autizma skupina su kompleksnih neuropsihijatrijskih poremećaja karakteriziranih specifičnim zaostajanjem i otklonom u socijalnom, komunikativnom i kognitivnom razvoju, repetitivnim, ritualističkim ponašanjima, s tipičnim početkom u ranoj dječjoj dobi. Četvrta verzija Dijagnostičkog i statističkog priručnika za mentalne poremećaje klasificira ih u pet podskupina: autistični poremećaj, Rettov sindrom, posebni dezintegrativni poremećaj u djetinjstvu, Aspergerov sindrom i duboki pervazivni poremećaj ne pobiže određen. Sestrinska skrb za osobe s poremećajima iz spektra autizma temelji se na holističkom pristupu i to radi zadovoljavanja osnovnih ljudskih potreba, uvažavanju osobnosti svakog pojedinca, kvalitetnoj i učinkovitoj komunikaciji, bezuvjetnom prihvaćanju, poštovanju i povjerenju s ciljem povećanja inkluzije osoba s poremećajima iz spektra autizma u društvo. Uključivanjem djece u predškolske ustanove, odgojitelji postaju jedni od značajnijih osoba u djetetovom životu. Kako provode velik dio vremena s djecom u skupini, potrebna je velika kompetentnost kako bi zadovoljili sve njihove potrebe te poticali i osnaživali njihove potencijale. Zadaća odgojitelja postaje teža ako je u njegovu skupinu uključeno dijete s poremećajima iz spektra autizma, jer to dijete zahtijeva više pažnje i brige. Stoga će metodologija ovog rada neeksperimentalno i kvantitativno ispitati temeljnu informiranost studenata sestrinstva i studenata ranog i predškolskog odgoja o kliničkom fenotipu autističnog spektra, kao i utvrditi mišljenje studenata o njihovoj spremnosti za rad s djecom s poremećajima iz spektra autizma, odnosno kompetencija koje stječu tijekom trogodišnjeg studija.</p>

ZADATAK URUČEN

POTPIS MENTORA



*Handwritten signature in blue ink.*

## **Predgovor**

Zahvaljujem mentoru, gospodinu Jurici Veroneku, mag.med.techn., na savjetima, pomoći i podršci oko izrade rada.

Također, veliko hvala i mojoj obitelji na ljubavi i podršci koju su mi pružali tijekom sve tri godine studija. Pokazivali mi razumijevanje, poticali me, vjerovali i bili uz mene onda kada mi je to bilo najviše potrebno.

Hvala i svim mojim kolegicama i kolegama s kojima sam uz suradnju i obostranu pomoć prolazila ponekad teške i stresne, ali i sve one lijepe trenutke na ovom studiju.

## Sažetak

Pervazivni razvojni poremećaji skupina su kompleksnih neuropsihijatrijskih poremećaja karakteriziranih specifičnim zaostajanjem i otklonom u socijalnom, komunikativnom i kognitivnom razvoju s tipičnim početkom u ranoj dječjoj dobi. Četvrta verzija Dijagnostičkog i statističkog priručnika za mentalne poremećaje klasificira ih u pet podskupina: autistični poremećaj, Rettov sindrom, posebni dezintegrativni poremećaj u djetinjstvu, Aspergerov sindrom i duboki pervazivni poremećaj ne pobliže određen. Pervazivni razvojni poremećaji nazivaju se još i poremećaji autističnog spektra, a najvažniji predstavnik je dječji autizam. Svako dijete s autizmom ima specifične znakove i potrebno je pronaći najbolji pristup koji će odgovarati njegovim zahtjevima. U rehabilitaciji i edukaciji sudjeluje niz stručnjaka sastavljenih od psihologa, defektologa, pedagoga, pedijatra i psihijatra za dječju i mladenačku dob s ciljem poticanja normalnog razvoja djeteta u svim područjima života.

Svrha rada jest ispitati temeljnu informiranost studenata sestrinstva i studenata ranog i predškolskog odgoja o kliničkom fenotipu autističnog spektra, kao i utvrditi mišljenje studenata o njihovoj spremnosti za rad s djecom s poremećajima autističnog spektra, odnosno kompetencija koje stječu tijekom trogodišnjeg studija, dok je sama metodologija neeksperimentalno i kvantitativno navedeno ispitala, s ciljem što boljeg uvida u znanje i samoprocjenu studenata.

Rezultati ovog istraživanja ne koreliraju u potpunosti s prethodno provedenim istraživanjima te opovrgavaju da u populaciji ispitanika studija sestrinstva i studenata ranog i predškolskog odgoja postoji deficit znanja ili diskrepancija u razumijevanju različitih aspekata ASD koji čine kliničku i sociološku cjelinu što onemogućuje individualizaciju pristupa i otežava kolaboraciju s drugim stručnjacima zdravstvenog i nezdravstvenog profila. Međutim, postoje razlike u razini upoznatosti među ispitanicima s tretmanom ASD u odnosu na studij, u korist ispitanika studenata ranog i predškolskog odgoja, a ujedno ispitanici studenti sestrinstva više sumnjaju u svoju kompetentnost rada s djecom s poremećajima autističnog spektra u odnosu na ispitanike studente ranog i predškolskog odgoja. Također, ispitanici treće godine studija ne smatraju se najviše kompetentnima za rad s djecom s poremećajima autističnog spektra.

**Ključne riječi:** poremećaji autističnog spektra, studenti sestrinstva, studenti ranog i predškolskog odgoja

## **Popis korištenih kratica**

**ASD** – eng. Autistic Spectrum Disorders, poremećaji iz spektra autizma, poremećaji autističnog spektra

**MKB-10** – Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema, 10. Revizija

**DSM-IV** – eng. The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – fourth edition, Dijagnostičko-statistički priručnik mentalnih oboljenja, četvrta verzija

**PDD** – eng. The Pervasive Developmental Disorder, pervazivni razvojni poremećaj

**PDD-NOS** – eng. Pervasive Developmental Disorder-Non Otherwise Specified, pervazivni razvojni poremećaj ne pobliže određen

**EEG** – eng. electroencephalography, elektroencefalografija

**EKG** – elektrokardiografija

**ADI-R** – eng. Autism Diagnostic Interview – Revised, dijagnostički intervju za autizam – dopunjen

**ADOS** – eng. Autism Diagnostic Observation Schedule, dijagnostičko opservacijaska skala za autizam

**CT** - eng. Computed tomography, kompjutorizirana tomografija

**MRI** – magnetska rezonanca

**TEACCH** – eng. Treatment and Education of Autistic and related communication-handicapped children, program s vizualnom okolinskom podrškom za djecu s autizmom

**ABA** – eng. Applied Behavior Analysis, primjenjena analiza ponašanja



# Sadržaj

Predgovor

Sažetak

Popis korištenih kratica

1.	Uvod.....	1
1.1.	Etiologija i prevalencija poremećaja iz spektra autizma .....	3
1.2.	Dijagnostika poremećaja iz spektra autizma .....	4
1.3.	Terapija poremećaja iz spektra autizma .....	6
1.4.	Ostali poremećaji iz spektra autizma .....	7
1.5.	Uloga medicinske sestre kod poremećaja iz spektra autizma .....	8
1.6.	Uloga odgojitelja kod poremećaja iz spektra autizma.....	10
1.7.	Uloga roditelja kod poremećaja iz spektra autizma .....	10
2.	Cilj rada.....	12
3.	Metodologija .....	13
4.	Rezultati istraživanja.....	15
4.1.	Deskriptivna statistička analiza .....	15
4.2.	Inferencijalna statistička analiza .....	21
4.2.1.	<i>Prva analiza</i> .....	21
4.2.2.	<i>Druga analiza</i> .....	22
4.2.3.	<i>Treća analiza</i> .....	23
4.2.4.	<i>Četvrta analiza</i> .....	25
4.2.5.	<i>Peta analiza</i> .....	26
4.3.	Zaključci u vezi hipoteza.....	26
5.	Rasprava.....	29
6.	Zaključak.....	32
7.	Literatura.....	34
	Prilozi.....	39

# 1. Uvod

Pervazivni razvojni poremećaji skupina su kompleksnih neuropsihijatrijskih poremećaja karakteriziranih otklonom i zaostajanjem u socijalnom, komunikativnom i kognitivnom razvoju, ritualističkim, repetitivnim ponašanjima, s početkom u ranoj dječjoj dobi. Duboki pervazivni razvojni poremećaji nazivaju se i poremećaji autističnog spektra (ASD) [1,2].

Deseta revizija Međunarodne klasifikacije bolesti (MKB-10) kao i četvrta verzija Dijagnostičkog i statističkog priručnika za mentalne poremećaje (DSM-IV) dijeli ih u pet podskupina: autistični poremećaj (F84.0), Rettov sindrom (F84.2), posebni dezintegrativni poremećaj u djetinjstvu (F84.3), Aspergerov sindrom (F84.5) i duboki pervazivni poremećaj ne pobliže određen (*eng. PDD, not otherwise specified – PDD-NOS*) (F84.9) [3].

Dječji autizam (F84.0) najznačajniji je predstavnik poremećaja ove skupine [1]. Američki psihijatar Leo Kanner 1943. godine prvi je opisao sindrom na temelju sustavnog praćenja i promatranja jedanaestero djece koja su izgledala tjelesno zdrava, ali su pokazivala karakteristične smetnje komunikacije i govora. Poremećaj je nazvao infantilnim autizmom. U njegovim originalnim spisima stoji kako „*od početka postoji ekstremna autistična izolacija, koja, kad god je moguće, obustavlja, ignorira, zaustavlja sve što izvana dolazi do djeteta*“ [4].

Godine 1944. njemački psihijatar Hans Asperger, ne znajući za Kanneru, opisuje sindrom kojemu daje naziv „autistična psihopatija“, poremećaj prema današnjim dijagnostičkim kriterijima veoma sličan infantilnom autizmu [5].

Znakovi dječjeg autizma javljaju se najčešće u prve tri godine života [6]. Prvi znakovi kod dojenčeta s razvojem autizma ranog djetinjstva su: poremećaj interakcije dijete - roditelj, smanjeni međusobni kontakt pogledom i odsutna privrženost [7].

Remschmidt navodi da nema gotovo uopće normalne dječje povezanosti s roditeljima, posebice s majkom, nema ni reakcija smiješka, pogleda oči u oči te razlikovanja roditelja od drugih osoba. Opća pažnja i aktivnosti dojenčeta također su smanjene, a dijete je zaokupljeno različitim senzornim osjetima. Izostaje brbljanje, upiranje prstom, mahanje i druge geste. Razvoj govora izostaje ili regredira; nema pojedinačne riječi u 16. mjesecu života, dok spontana fraza od dviju riječi u 24. mjesecu izostaje [5].

Dolazi i do regresije socijalizacije koja je izražena nepokazivanjem straha od odvajanja i neoponašanjem drugih. Treća godina života i predškolska dob pokazuju tipičan sindrom naveden u dijagnostičkim klasifikacijama; izražena je odsutnost ili poremećaj socijalnog kontakta, slab odgovor na poziv, nepostojanje ili ograničenje govora, a uz to su sve više prisutne stereotipije, nesvrshodne, repetitivne radnje, te inzistiranje na istosti. Klinička slika školskog doba i

adolescencije nastavlja otklon u socijalizaciji, stereotipna ponašanja, poremećaj komunikacije i govora, a česta je autoagresivnost i heteroagresivnost [6].

Istraživanja iz područja psihologije autizma zadnjih su nekoliko godina usmjerena na objašnjavanje teorije uma u djece s autizmom. Teorija uma termin je koji se odnosi na sposobnost razumijevanja vlastitih mentalnih stanja i mentalnih stanja drugih ljudi, te uporabu tih spoznaja u objašnjavanju i predviđanju situacija i ponašanja. Teorija uma postulira nemogućnost djece s autizmom da razumiju misli i osjećaje u drugim ljudima, kao i u sebi samima, u širem smislu socijalne situacije [8].

U određenoj dobi djeca počinju pripisivati drugima kao i sebi neopažljiva mentalna stanja, kao što su namjere, vjerovanja, emocije i želje. Mnoga istraživanja pokazala su kako djeca s autizmom imaju specifični deficit u svom razvoju teorije uma, što objašnjava poteškoće koje imaju u komunikaciji i socijalnim interakcijama [9].

U literaturi se često spominje pojam rana intervencija koji označava proces informiranja, savjetovanja, edukacije i podrške djeci u ranoj dobi kod koje je utvrđeno stanje mogućeg odstupanja u razvoju, s visokim rizikom za daljnji razvoj. Ovaj proces obuhvaća i djecu kod koje postoji faktor rizika za razvojno odstupanje koje bi kasnije moglo utjecati na njihov daljnji razvoj. Program rane intervencije najefikasniji je ako se s njim započne odmah po utvrđivanju odstupanja ili otkrivanju teškoće u razvoju. Rana intervencija uključuje dijete kao i njegove roditelje, obitelj i širu mrežu [10,11].

Dokazano je brojnim istraživanjima da se ranim prepoznavanjem te ciljanom ranom intervencijom značajno može poboljšati životni ishod osobe s autizmom. Što su simptomi ranije izraženi, a time i prepoznati, dijagnoza je stabilnija [12].

U širokom području rada medicinske sestre zasigurno će se susresti s pojedincima koji imaju poteškoće iz spektra autizma. Ingwe i suradnici istaknuli su važnost medicinske sestre kao dio multidisciplinarnog tima, čiji je osnovni cilj inkluzija djeteta u socijalnu okolinu [13].

Sestrinska skrb za osobe s autizmom temelji se na holističkom pristupu i to radi zadovoljavanja osnovnih ljudskih potreba, uvažavanju osobnosti svakog pojedinca, kvalitetnoj i učinkovitoj komunikaciji, bezuvjetnom prihvaćanju, poštovanju i povjerenju s ciljem povećanja inkluzije osoba s autizmom u društvo. Medicinske sestre često su prve kojima se roditelji obraćaju za savjet i sve se više naglašava njihova uloga u multidisciplinarnom pristupu; važnost je njihova rada u prepoznavanju potrebe djeteta s ASD i njegove obitelji [14].

Isto tako odgojitelji su važan čimbenik u djetetovom životu, a posebice djeteta s poremećajima autističnog spektra. Tijekom boravka u predškolskoj ustanovi oni sa svojim stručnim znanjem, praksom i iskustvom pomažu djetetu kako bi se ono što bolje pripremilo za daljnja razdoblja koja ga čekaju.

## 1.1. Etiologija i prevalencija poremećaja iz spektra autizma

Dugi niz godina smatralo se da su autistični poremećaji urođeni, odnosno da su nastali u najranijoj dječjoj dobi. Danas se ti poremećaji smatraju pervazivnim razvojnim poremećajima. Etiologija poremećaja iz spektra autizma još je uvijek nerazjašnjena. Vjeruje se da poremećaji nemaju jedan uzrok [15].

Više studija podupire hipotezu o multifaktorijalnoj etiopatogenezi uzrokovanoj genetskom podlogom i okolišnim utjecajima; niski Apgar, niska porođajna težina ili makrosomija, pozicija zdjelice, hitna sekcija, komplikacije vezane uz pupčanu vrpcu prepoznati su čimbenici rizika za nastanak autizma [16].

Mnogi autori potvrđuju starosnu dob roditelja kao rizični faktor za nastanak autizma; primijećeno je da majčina dob od 30 – 34 godine povećava rizik za 27% u odnosu na majke mlađe od 30 godina, a dob iznad 40 godina za 106% [17,18].

Pojedini autori navode encefalitis, miokloničke epilepsije, fenilketonuriju malapsorpcijski sindrom, sindrom stečene epileptičke afazije i glutensku enteropatiju kao postnatalne rizične čimbenike za nastanak autizma [1].

U današnje vrijeme stav je da genetska podloga ima važniju ulogu u etiopatogenezi poremećaja autističnog spektra, u odnosu na prenatalne i postnatalne rizične faktore. Dosad je otkriveno preko 3000 gena i znatno više njihovih varijacija; uloga genetike u riziku za nastanak poremećaja nasljeđivanjem mogla bi biti veća nego u bilo kojem drugom psihijatrijskom poremećaju – oko 0.8-0.9 [17].

Različita istraživanja pokazala su da se autizam češće javlja među braćom i sestrama. Rizik da u obitelji djeteta s autizmom i drugo dijete ispoljava iste simptome iznosi 2 – 8%, što je otprilike 20 – 80% više nego u općoj populaciji. Tri do četiri puta se češće javlja kod dječaka nego kod djevojčica [19,20].

Autizam može biti vezan i uz kromosomske abnormalnosti: Williams-Beurenov sindrom, tuberoznu sklerozu, sindrom fragilnog X-kromosoma, Prader-Willijev sindrom te sindrom Cornelia De Lange [1].

Smatralo se da se autizam pojavljuje u stopi od četiri do pet slučajeva na 10.000 djece, no prevalencija je kasnih 1980-tih i ranih 1990-tih rasla na oko 10 – 20 slučajeva/10.000 djece, ili jedno dijete na svakih 500 – 1000 pojedinaca [4,21].

Prema podacima iz literature, prevalencija pervazivnog autističnog spektra bilježi stalan porast, a prema izvještaju Centra za kontrolu i prevenciju bolesti iz Atlante ona je u Sjedinjenim Američkim Državama 6.6 na 1000 stanovnika [22].

Podaci iz drugih zemalja također govore u prilog porastu broja osoba s poremećajima iz spektra autizma u posljednjih nekoliko desetljeća, a slični su rezultati i u Hrvatskoj gdje se prema rezultatima popisa stanovništva iz 2001. i 2011. godine te podacima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo vidi porast broja osoba s poremećajima iz spektra autizma [23,24].

Retrospektivna istraživanja pokazuju da se sve više smanjuje dob kod postavljanja sumnje i dijagnoze ASD te također kod početka intervencijskih programa [25].

## 1.2. Dijagnostika poremećaja iz spektra autizma

Dijagnosticirati autizam znači odrediti skup simptoma koji ga dijele od drugih sličnih poremećaja; razvojnih govornih smetnji, intelektualnog oštećenja, naglušnosti, dječje shizofrenije, ali i razlikovanje od onog što se naziva normalnost. Dakle, dijagnoza se temelji na ponašanju, ne uzroku ili mehanizmu poremećaja. Klinička slika autizma mijenja se s dobi, pa dobne promjene u poremećaju dodatno kompliciraju specifičnost dijagnostičkih kriterija. Često se u dijagnostici nameću dvojbe zbog raznolikosti potencijalne etiologije i širokog spektra simptoma, što zahtijeva permanentno uvođenje i usavršavanje što sofisticiranijih dijagnostičkih instrumenata i metoda [3].

Roditelji su najčešće ti koji prvi primijete ponašanja koja u manjoj ili većoj mjeri odstupaju od onoga što se očekuje za određenu razvojnu dob. Kod sumnje na neki od pervazivnih poremećaja, potrebno je provesti opsežnu procjenu. Kada je dijete u dobi od 18 mjeseci, roditelji postanu svjesni da postoje neki razvojni problemi, a pomoć zatraže oko 6 ili 7 mjeseci kasnije. Da bi što uspješnije postavili dijagnozu poremećaja iz autističnog spektra potreban je multidisciplinarni pristup i što objektivnija dijagnostička sredstva. Multidisciplinarni tim čine dječji psihijatar, dječji neurolog, psiholog, logoped, edukator-rehabilitator, radni terapeut, po potrebi i drugi stručnjaci s iskustvom u dijagnosticiranju poremećaja u najranijoj dobi [1]. Kriteriji za postavljanje dijagnoze prema DSM-IV prikazani su u tablici 1.2.1.

<b>Dijagnostički kriteriji (DSM-IV, 1994)</b>
<b>A. Ukupno 6 (ili više) upita pod (1.), (2.), (3.), i to najmanje dva pod (1.), te po jedan pod (2.) odnosno (3.):</b>
<b>1. Kvalitativno oštećenje socijalnih interakcija koje se očituje kao najmanje dvoje od sljedećeg:</b>
a) znatno oštećenje neverbalnih načina ponašanja kao što su pogled oči u oči, izraz lica, držanje tijela i geste za uspostavu socijalnih interakcija
b) ne razvijaju se odnosi s vršnjacima primjereni razvojnom stupnju

- c) nema spontane podjele uživanja interesa ili dostignuća s drugim ljudima
- d) nema socijalne ili emocionalne uzajamnosti

**2. Kvalitativno oštećenje komuniciranja koje se očituje kao najmanje jedno od sljedećeg:**

- a) kasni ili potpuno izostaje razvoj govornog jezika (nema alternative u obliku geste ili mimike)
- b) kod osoba s primjereno razvijenim govorom, izrazito oštećenje sposobnosti započinjanja i održavanja konverzacije
- c) stereotipna i repetitivna uporaba jezika ili idiosinkratički jezik
- d) izostaju različiti oblici spontanih igara, pretvaranja ili oponašanja primjerenih razvojnom stupnju.

**3. Ograničeni, repetitivni i stereotipni modeli ponašanja, interesa i aktivnosti koji se očituju kao najmanje jedno od sljedećeg:**

- a) zaokupljenost jednim ili više stereotipnih i restriktivnih modela interesa, kojaje abnormalna uspješnošću ili intenzitetom
- b) uočljivo nefleksibilno priklanjanje specifičnim, nefunkcionalnim rutinama ili ritualima
- c) stereotipni i repetitivni motorički manirizmi
- d) trajna zaokupljenost dijelovima predmeta.

**B. Kašnjenje ili abnormalno funkcioniranje prije treće godine života na barem jednom od sljedećih područja:**

1. socijalne interakcije
2. jezik kao sredstvo komunikacije
3. simboličke ili imaginativne igre.

**C. Smetnja se ne može bolje opisati kao Rettov poremećaj ili dezintegrativni poremećaj u djetinjstvu.**

*Tablica 1.2.1. Dijagnostički kriteriji za autistični poremećaj [6]*

Dijagnosticiranje u dva koraka: dijagnostika prvog i drugog stupnja. Dijagnostika prvog stupnja obuhvaća rutinski razvojni pregled, osnovne laboratorijske pokazatelje (analiza krvi, mokraće, olova, EEG, EKG, procjena vida i sluha formalno) i probirne testove za autizam [21].

U današnje vrijeme postoje brojni probirni testovi, no sve do danas su ADI-R (dijagnostički intervju za autizma – dopunjen) i ADOS (dijagnostička opservacijska skala za autizam) zadržali

status „zlatnog standarda“ u dijagnostičkim protokolima za autizam. ADI-R je izrazito detaljan polustrukturirani intervju za roditelje, koji provjerava prošlo i sadašnje funkcioniranje djeteta kroz tri domene: komunikacija, socijalna interakcija i igra, dok ADOS predstavlja instrument za procjenu ranije spomenutih domena, kroz promatranje i interakciju s djetetom, u trajanju od 30 do 45 minuta. ADOS obično sam po sebi nije dovoljan zato što pruža informacije samo o trenutačnom ponašanju u ograničenom trajanju, pa se stoga često koristi skupa s ADI-R-om [26].

Dijagnostika drugog stupnja uključuje uzimanje anamneze psihijatrijskim intervjuom s njegovateljima, opservacije, multiinformativni pristup, timski pristup, psihički profil, analizu povijesti bolesti, neurološku evaluaciju i EEG u spavanju. Radi se i proširena laboratorijska evaluacija ukoliko je indicirana – kromosomska analiza, sindrom fragilnog X kromosoma, metabolička obrada, vidni evocirani potencijali, ispitivanje sluha, slikovni prikazi mozga CT, MRI [1].

Važnost rane dijagnostike je ključ uspješnog svladavanja djetetovih temeljnih komunikacijskih, socijalnih i kognitivnih vještina; deficiti afektivnog reciprociteta, združene pažnje i teorije uma mogu biti prepoznati ranije i tada specifične intervencije imaju veći potencijal kako bi ispunile svoju svrhu [27].

### **1.3. Terapija poremećaja iz spektra autizma**

Usprikos velikim naporima i pomacima u brojnim istraživanjima, još nema jedinstveno učinkovitog tretmana autističnih poremećaja, a poznato je da lijek za autizam ne postoji. Stoga je nužno slijediti sveobuhvatne postupke terapije i poticanja čiji je cilj cjelokupan razvoj osobe oboljele od autizma. Ono što je izrazito važno jest ciljano djelovati na određene simptome, osebnosti i upadljivosti te osmisliti terapijski plan prilagođen pojedincu [5].

Medikamentozno liječenje obuhvaća uglavnom otklanjanje neželjenih simptoma: hiperaktivnosti, agresije i autoagresije u čijim se slučajevima daju neuroleptici. Ponekad treba dati hipnotike jer je u takve djece čest poremećaj sna, a u slučaju pojave epilepsije daju se antiepileptici [6].

Specijalna edukacija izrazito je važna kod takve djece, a postoje i dokazi da rana edukacija daje najbolje rezultate. Djeca s pervazivnim razvojnim poremećajima najbolje reagiraju na rutinu. Područja osobnosti bi se trebala što više razvijati, a neprimjereno ponašanje destimulirati, a pritom kognitivne bihevioralne strategije mogu biti vrlo korisne. Razvijeni su opširni pedagoški programi (npr. *TEACCH- Treatment and Education of Autistic and communication-handicapped children*) u kojima se nastoje ujediniti pedagoški i bihevioralno-terapijski postupci kako bi se poticale komunikacijske vještine. TEACCH je specijalizirani edukacijski program

koji se bavi različitim problemima poput onih komunikacijskih, kognitivnih, perceptivnih, problema s imitacijom, socijalnim vještinama i motorikom. Koristi se vizualan način razumijevanja aktivnosti koje dijete izvodi tijekom boravka u školi s ciljem pomoći djeci da ostvare svoj puni potencijal [5].

Provođenje individualne psihoterapije uglavnom je otežano s obzirom na govorna i druga kognitivna oštećenja. Od bitne važnosti su potpora i grupno savjetovanje obitelji. Obitelj se uključuje u terapiju kao ravnopravan partner. Pritom i organizacije samopomoći i roditeljske udruge igraju veliku ulogu. One su u velikoj mjeri pridonijele napuštanju teze da su roditelji krivi za pojavu autizma [6].

Kada je u pitanju tretman i terapija autizma, onda se izdvaja više modela i pristupa u radu. Autori Mesibov, Adams i Klinger 1997. godine same intervencije rada podijelili su u tri najvažnije grupe: biološke, psihodinamičke i edukacijske. Pod biološke intervencije rada naveli su medicinske tretmane i druge alternativne metode, psihodinamičke intervencije rada podrazumijevaju Holding terapiju i Pheraplay, dok u edukacijske intervencije rada ubrajamo: razvojne strategije, ABA, bihevioralni pristup, intervencije usmjerene na komunikaciju, senzorne i motorne intervencije, terapijski bazirane intervencije te terapije bazirane u obitelji. Niti za jedan postupak ili metodu poticanja ne može se sa sigurnošću tvrditi da može autistični poremećaj izliječiti nego se smatra da je učinkovita ako dovede do značajnog poboljšanja stanja [28].

Dokazano je da rana intervencija dovodi do dugotrajnog poboljšanja i smanjenja simptoma autizma, stoga Američka pedijatrijska akademija preporuča početak intervencije u dobi do 30 mjeseci zato što se time poboljšavaju ishodi te ujedno i smanjuju simptomi, a povećava moždana aktivnost te poboljšavaju socijalne sposobnosti i govorne vještine [29].

Ujedno, dokazano je da sam tip intervencije ne utječe bitno na ishod već je za ishod intervencijskog postupka najvažnije vrijeme početka same intervencije [30].

#### **1.4. Ostali poremećaji iz spektra autizma**

Rettov sindrom (F84.2) definira se kao neurodegenerativni poremećaj koji je ograničen na populaciju djevojčica te se manifestira nakon perioda normalnog funkcioniranja nakon rođenja. Javlja se od sedmog do dvadeset i četvrtog mjeseca života. Jedan od ranijih pokazatelja jest usporen rast glave koji vodi mikrocefaliji u drugoj godini života, zatim slijedi psihotična regresija kao i zaostatak u razvoju socijalnih i kognitivnih vještina, govora, opća retardacija rasta, gubitak težine i mišićna slabost [5,31].

Jedna od najtežih značajki zasigurno je pojavnost napadaja, koji su u rasponu od lako kontrolirajućih do neukrotivih epilepsija, kompleksno parcijalnog i toničko-kloničkog tipa [21].



Posebni dezintegrativni poremećaj u djetinjstvu (F84.3) poznat po nazivu „dječja demencija“ odnosi se na rijetku pojavu normalnog razvoja do najmanje 24 mjeseca, nakon kojeg slijedi rapidna neurorazvojna regresija i najčešće autistična simptomatologija [21].

Društveni odnos i komunikacija nalikuju na autizam. Početna faza je akutna, a nalikuje na povlačenje, konfuziju i hiperaktivnost, nakon nje slijedi faza kroniciteta u kojoj dolazi do dezintegracije svih psihičkih funkcija, prestanka komunikacije, zaboravljanja naučenih vještina, te prestanka kontrole sfinktera [3].

Aspergerov sindrom (F84.5) je ozbiljan, kroničan neurorazvojni poremećaj, zajedno sa autističnim poremećajem čini posebnu podskupinu pervazivnih razvojnih poremećaja, a bitna razlika postoji na intelektualnoj razini - djeca s Aspergerovim poremećajem imaju višu razinu intelektualnog funkcioniranja [5].

Ipak, ta djeca imaju posebne interese kojima se ističu među vršnjacima, a najveći deficit se manifestira u motorici i socijalnim interakcijama. Prvi simptomi koje roditelji primjećuju su upravo ti posebni interesi, način socijalizacije koji je oskudan i upadan, nedostaje pogled „oči u oči“ u komunikaciji te druženje s vršnjacima. Većina dijagnoza postavlja se nakon treće godine, čak i pri polasku u školu, a dio i u pubertetu ili u odrasloj dobi. Aspergerov poremećaj kod nekih se nikada niti ne dijagnosticira. Učestalije se javlja među dječacima, a sama prevalencija iznosi 1-2 slučaja na 10 000 zdrave djece [32].

Duboki pervazivni razvojni poremećaj ne pobliže određen (F84.) označava klinički značajnu autističnu simptomatologiju, a uključuje deficite u socijalnim interakcijama, verbalnoj ili neverbalnoj komunikaciji te stereotipno ponašanje. Uzrok mogu biti biološki, nasljedni i psihološki čimbenici. Javljaju se brojni simptomi: povlačenje od ljudi, mutizam, bizarnosti u držanju, već spomenute stereotipije, uzmicanje u svijet fantazija, ravnodušnost ili provale anksioznosti, ljutnje, pomanjkanje kontakta „oči u oči“ [5].

## **1.5. Uloga medicinske sestre kod poremećaja iz spektra autizma**

Temeljni cilj multidisciplinarnog zdravstvenog tima jest inkluzija djeteta u socijalnu okolinu iz razloga što kliničkom slikom dominiraju deficiti u komunikaciji i socijalnim interakcijama, što povećava rizik za socijalnu izolaciju. Medicinske sestre često su prve osobe kojima se roditelji obraćaju za savjet te se sve više naglašava njihova uloga u multidisciplinarnom pristupu; važnost je njihova rada u prepoznavanju potreba djeteta s ASD i njegove obitelji i usklađivanju istih s cjelokupnim planom intervencija. Medicinska sestra mora imati visok stupanj znanja, razvijene

komunikacijske vještine, prilagođene metode i postupke kao preduvjet za dobru procjenu djeteta s poremećajima autističnog spektra [33].

Smatra se da je prvi korak uspješnog tretmana poremećaja iz spektra autizma da obitelj prihvati definitivnu dijagnozu; kako bi se cijeli taj proces kretao u pozitivnom smjeru, a sam zadatak je medicinske sestre pomoći obitelji u razumijevanju problematike poremećaja spektra i potrebitog dijagnostičkog procesa [34].

Sama sposobnost adaptivnosti i razvijene komunikacijske vještine ključ su uspjeha u nastojanjima da se pomogne obitelji u novonastalim izazovima i potekne poboljšanje ishoda kako za djecu tako i za cijelu obitelj [35].

U edukativne intervencije od rane dobi navode se bihevioralne tehnike i habilitacija, a odnose se na komunikaciju, vještine svakodnevnog življenja, socijalne vještine i maladaptivna ponašanja. Brojni edukativni programi ranih intervencija mogu se razlikovati, odnosno mogu varirati u određenim strategijama, no svi imaju zajedničke ciljeve - poboljšati socijalne i komunikacijske vještine i reducirati nepoželjna ponašanja [36].

Teorija uma kompleksna je socijalna sposobnost integracije vlastitih mentalnih stanja i mentalnih stanja drugih ljudi da bi se predvidio smisao i smjer određene socijalne situacije te objašnjava kako pojedinci s poremećajima iz spektra autizma ne samo da ne razumiju što drugi misle ili osjećaju već kako oni zapravo ne razumiju ni svoja vlastita razmišljanja ili osjećaje [27].

Ovakva problematika otežava boravak djeteta u zdravstvenoj ustanovi ili njegovaninstitucionalni kontakt sa zdravstvenim osobljem i njeno razumijevanje ključno je za adekvatan pristup djetetu.

Najvažniji faktor dobre komunikacije je omogućavanje djetetu potrebnog vremena za procesuiranje informacija i formulaciju odgovora, što ujedno podrazumijeva i potpunu koncentraciju tokom interakcije, pažljivo slušanje i promatranje ponašanja kao neverbalnog prenositelja poruke. Dobar primjer je sama priprema pacijenta s autizmom za medicinske postupke kada medicinska sestra mora znati kako pristupiti tom djetetu: koristiti slikoviti prikaz, pažljivo birati riječi, odnosno koristiti jednostavan rječnik, dati točne upute, izbjegavati geste, izraze lica i govora tijela, postavljati izravna pitanja te kod fizičkog pregleda upozoriti dijete na sam dodir i objasniti postupak. Ono što je isto tako od velike važnosti jest osigurati dovoljno vremena djetetu za obradu informacija [37].

Komunikacija s pacijentima temelj je uspješnog liječenja, te je nužan preduvjet osiguravanja kvalitetne zdravstvene njege, pa stoga medicinske sestre trebaju biti upućene u tipičan razvoj komunikacijskih vještina djece s ASD.

## **1.6. Uloga odgojitelja kod poremećaja iz spektra autizma**

Uključivanjem djece u predškolske ustanove, odgojitelji postaju jedni od značajnijih osoba u djetetovom životu. Kako provode velik dio vremena s djecom u skupini, potrebna je velika kompetentnost kako bi zadovoljili sve njihove potrebe te poticali i osnaživali njihove potencijale. Zadaća odgojitelja postaje teža ako je u njegovu skupinu uključeno dijete s poremećajima iz spektra autizma, jer to dijete zahtijeva više pažnje i brige.

Neki autori navode kako uspješnost inkluzije ne ovisi o materijalnim i prostornim uvjetima, nego o osobama koje provode inkluziju. Stoga je potrebno da stručnjaci različitih profila ne ograničavaju suradnju samo s djecom i njihovim obiteljima, nego i surađuju s odgojiteljima kroz različite radionice, savjetovanja i stručna usavršavanja [38].

Zadaćom odgojitelja smatra se stvaranje pozitivne atmosfere, pružanje podrške i prihvaćanja, pružanje osjećaja sigurnosti i prihvaćenosti te suradnje među vršnjacima, stvaranje situacija gdje dijete može savladati nove vještine, osiguravanje uvjeta za individualizirani pristup i materijalno okruženje [39].

Također, smatra se kako je važna karakteristika odgojitelja njegova sposobnost pružanja djetetu prihvatljivo emocionalnog iskustva. Vrlo je važan odnos odgojitelja i djeteta, povratna informacija te dosljednost odgojitelja u postupcima, reakcijama i pristupu. Odgojitelj bi djetetu s ASD morao pružiti rutinu, strukturu i predvidljivost, prilagoditi svoj glas i govor uz podržavajući pogled, dodir i zagrljaj, surađivati s roditeljima i stručnjacima različitog profila [39].

## **1.7. Uloga roditelja kod poremećaja iz spektra autizma**

Svako se dijete prilično razlikuje od drugoga, čak i unutar iste dijagnostičke skupine. Stoga postoji pravi izazov u razumijevanju i pronalasku načina koji bi roditeljima djece s teškoćama u razvoju i njihovim terapeutima omogućio da se svakom djetetu pomogne na jedinstveni način koji odgovara njegovim posebnim potrebama i značajkama.

Roditelji su zapravo najvažniji čimbenik u razvoju i odgoju djece. Budući da s njima provode 24 sata na dan, iznimno je teško suočavati se sa svakodnevnim dodatnim problemima djece s posebnim potrebama koji dolaze uz osnovne brige. Situacija se komplicira postavljanjem ili nemogućnošću postavljanja specifične dijagnoze i prognoze te zbog samih specifičnih poteškoća kod svakog poremećaja [40].

Prema istraživanjima rana intervencija traži višu razinu uključenosti samih roditelja. Rezultati pokazuju da rana intervencija s aktivnim uključanjem roditelja postiže bolje rezultate, ali podiže razinu stresa kod roditelja što može otežati provođenje same intervencije. Smatra se da bi upravo iz tih razloga roditeljima djece s autizmom trebalo povećati institucionalnu i društvenu

potporu kako bi rehabilitacija i rehabilitacija djece bila što bolja, a roditelji bili što manje izloženi stresu [41].

Ujedno, istraživanja pokazuju da sudjelovanje roditelja i obitelji djece s ASD u ranoj intervenciji zahtjeva veliki utrošak vremena, energije i novaca [42].

Vezano uz iskustva o poteškoćama roditelja istraživanje provedeno u Hrvatskoj pokazuje da roditelji djece s autizmom imaju više zdravstvenih problema od roditelja djece bez poteškoća u razvoju [43].

Istraživanje provedeno 2013. godine iz područja socijalne skrbi o iskustvima roditelja djece s teškoćama u razvoju u procesu rane intervencije pokazuje da roditelji prvenstveno kao teškoće u sustavu vide izostanak pravovremene podrške i informiranja, neprofesionalnost i organizacijske teškoće, ali također vide i važnost uključenosti socijalnog rada u sustav rane intervencije [44].

U 2008. godini provedeno je istraživanje Edukacijsko-rehabilitacijskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu s ciljem da se ispita odjeke suvremenih zbivanja rane intervencije na području grada Zagreba, a sami rezultati su ukazali na veliko nezadovoljstvo roditelja djece s teškoćama u razvoju, pravovremenošću i kvalitetom informiranja o mogućim tretmanima te rehabilitaciji i rehabilitaciji djeteta kao i suradnjom među stručnjacima različitih struka, ističe se i nedovoljna informiranost o mjestima gdje mogu potražiti pomoć i savjet ukoliko primijete odstupanje kod svojeg djeteta [45].

Diljem Hrvatske osniva se sve veći broj udruga koje se bave problemom osoba s ASD pa je tako 1998. godine nastao Savez udruga za autizam Hrvatske u sklopu kojeg djeluje 13 udruga koje se bave ovom problematikom i pomažu osobama s ASD [46].

## 2. Cilj rada

Svrha ovog istraživanja je ispitati temeljnu informiranost studenata sestrinstva i studenata ranog i predškolskog odgoja o kliničkom fenotipu autističnog spektra, kao i utvrditi mišljenje studenata o njihovoj spremnosti za rad s djecom s poremećajima autističnog spektra, odnosno kompetencija koje stječu tijekom trogodišnjeg studija.

Prva hipoteza (H1) proizlazi iz prethodno provedenih istraživanja i govori da u populaciji ispitanika sestrinstava i ispitanika ranog i predškolskog odgoja postoji deficit znanja ili diskrepanacija u razumijevanju različitih aspekata ASD koji čine kliničku i sociološku cjelinu što onemogućuje individualizaciju pristupa i otežava kolaboraciju s drugim stručnjacima zdravstvenog i nezdravstvenog profila. Druga hipoteza (H2) ističe da postoje razlike u razini upoznatosti među ispitanicima u odnosu na studij, u korist ispitanika ranog i predškolskog odgoja. Treća hipoteza (H3) ističe da ispitanici sestrinstva više sumnjaju u svoju kompetentnost rada s djecom s poremećajima autističnog spektra u odnosu na ispitanike ranog i predškolskog odgoja, dok posljednja hipoteza (H4) ističe da se ispitanici trećih godina studija smatraju najviše kompetentnima za rad s djecom s poremećajima autističnog spektra.

### 3. Metodologija

Istraživanje se usmjerilo na populaciju studenata preddiplomskog studija sestrinstva Sveučilišta Sjever i preddiplomskog studija Ranog i predškolskog odgoja i obrazovanja, Odsjeka u Čakovcu i Odsjeka u Petrinji. Anketa je provedena u periodu od travnja do svibnja 2018. godine.

Istraživanjem studentskih samoprocjena za rad s djecom s poremećajima autističnog spektra obuhvaćeno je 220 studenata ( $N = 220$ ). Anketa sadrži 18 pitanja s jednim mogućim odgovorom od više ponuđenih. Pitanja se mogu podijeliti u tri grupe:

- a) šest općih pitanja o studentima (dob, spol, vrsta studija, godina studija, završena srednja škola i radni status);
- b) sedam pitanja u vezi ASD (autizam spectrum disorders) tj. poremećaja autističnog spektra (kod njih su bila uvijek tri moguća odgovora: da, ne i nisam siguran);
- c) pet pitanja o kliničkoj slici i upoznatosti s tretmanom ASD (kod njih su bila uvijek četiri moguća odgovora: potpuno nepoznato, minimalno poznato, djelomično poznato i vrlo poznato, što je kodirano vrijednostima 1, 2, 3 odnosno 4).

Anketu su studenti popunjavali on-line putem Google aplikacije. Iz dobivene datoteke podaci su konvertirani u Microsoft Excel datoteku, a potom u SPSS datoteku. Na osnovu SPSS datoteke izvedene su sve vrste statističkih analiza (programom SPSS Statistics for Windows, verzija 17.0) dok su grafikoni izrađeni u Microsoft Excelu 2010.

Metode statističke analize koje su ovdje korištene su deskriptivne (relativni brojevi, srednje vrijednosti, mjere disperzije, grafički prikazi) te inferencijalne metode statističke analize (t-test razlike proporcija za velike nezavisne uzorke, hi-kvadrat test, Kolmogorov-Smirnovljev test normalnosti i Mann-Whitneyev U test). Zaključci u vezi razlika i povezanosti među podacima donošeni su na uobičajenom nivou signifikantnosti od 0,05 odnosno uz pouzdanost od 95%.

Rezultati analize su izneseni i opisani u tri poglavlja:

- deskriptivna statistička analiza podataka
- inferencijalna statistička analiza podataka
- zaključci u vezi hipoteza.

Varijable u ovom istraživanju su nominalne i ordinalne. U posljednjih pet pitanja koja se odnose na kliničku sliku i upoznatost s tretmanom poremećaja ASD izneseno je pet tvrdnji na koje je trebalo odgovoriti sa manjim ili većim stupnjem slaganja. Ovakav način odgovaranja

putem skale slaganja sa iznesenim tvrdnjama (Likertova skala) izražavano je u četiri stupnja (ocjena):

1 = potpuno nepoznato

2 = minimalno poznato

3 = djelomično poznato

4 = vrlo poznato

Dakle, pitanja su izražena na ordinalnoj mjernoj skali kojoj su pridružene navedene rang vrijednosti. Kako se pretpostavlja da su razlike među tim vrijednostima vrlo slične to se ova mjerna skala uvjetno može smatrati i intervalnom. Stoga je na osnovu navedenih vrijednosti moguće izračunavati srednje vrijednosti (u pravilu je to aritmetička sredina) i mjere disperzije (u pravilu je to standardna devijacija i koeficijent varijacije) [47].

## 4. Rezultati istraživanja

### 4.1. Deskriptivna statistička analiza

Broj dobivenih odgovora na pojedina pitanja upućena studentima izražena apsolutno i relativno prikazana su po naprijed spomenutim skupinama pitanja. Tako su u tablici 4.1.1. opći podaci o anketiranim studentima (apsolutne frekvencije i postoci), u tablici 4.1.2. su podaci o ASD u apsolutnom izrazu, a u tablici 4.1.3. su podaci u relativnom izrazu. Podaci o kliničkoj slici i upoznatosti studenata s tretmanom ASD nalaze se u tablici 4.1.4. u apsolutnom izrazu, a u tablici 4.1.5. u postocima.

<b>Varijabla i oblici varijable</b>	<b>Broj stud.</b>	<b>% stud.</b>
<b>1. Dob</b>		
18-23 godine	143	65,0
24-30 godina	48	21,8
više od 30 g.	29	13,2
<b>Ukupno</b>	<b>220</b>	<b>100,0</b>
<b>2. Spol</b>		
ženski	183	83,2
muški	37	16,8
<b>Ukupno</b>	<b>220</b>	<b>100,0</b>
<b>3. Vrsta studija</b>		
studij sestrinstva	120	54,5
učiteljski studij	100	45,5
<b>Ukupno</b>	<b>220</b>	<b>100,0</b>
<b>4. Godina studija</b>		
1.godina	72	32,7
2.godina	69	31,4
3.godina	79	35,9
<b>Ukupno</b>	<b>220</b>	<b>100,0</b>
<b>5. Vrsta završene srednje škole</b>		
ekonomska	64	29,1
gimnazija	63	28,6
medicinska	75	34,0
farmaceutska	3	1,4
fizioterapeutska	3	1,4
ostalo	12	5,5
<b>Ukupno</b>	<b>220</b>	<b>100,0</b>
<b>6. Radni status</b>		
zaposlen u struci	45	20,5
zaposlen izvan struke	47	21,4
nezaposlen	128	58,1
<b>Ukupno</b>	<b>220</b>	<b>100,0</b>

Tablica 4.1.1. Opći podaci o anketiranim studentima (N = 220) [izvor: autor]



Anketirani studenti (tablica 4.1.1.) su pretežno mlađe osobe. Njih 65% je između 18 i 23 godine i ženskog spola 83,2%. Oko polovinu 54,5% je sa studija sestrinstva dok je druga polovina njih 45,5% s učiteljskog studija – rani i predškolski odgoj i obrazovanje. Približno trećinu studenata je na prvoj godini studija, isto toliko na drugoj kao i na trećoj godini studija. Prevladavajuća prethodno završena srednja škola anketiranih studenata je medicinskog usmjerenja, njih 34,0%, zatim ekonomskog usmjerenja, njih 29,1%, te gimnazija 28,6%. Od svih anketiranih studenata 58,2% su nezaposleni tj. studij sestrinstva odnosno učiteljski studij su im glavna preokupacija.

Pitanje u vezi ASD	Broj studenata			Ukupno
	da	ne	nisam siguran	
<b>7. Jeste li se ikada susreli s poremećajem iz autističnog spektra</b>	140	72	8	<b>220</b>
<b>8. Bojite li se rada s djecom s ASD</b>	78	105	37	<b>220</b>
<b>9. Predstavlja li dijete s ASD za vas izazov</b>	149	45	26	<b>220</b>
<b>10. Smatrate li da je teže raditi s djecom s ASD nego s djecom koja imaju neki drugi poremećaj</b>	92	85	43	<b>220</b>
<b>11. Smatrate li se pravom osobom sa rad s djecom s ASD</b>	38	87	95	<b>220</b>
<b>12. Smatrate li se dovoljno educir.za rad s djecom s ASD</b>	34	127	59	<b>220</b>
<b>13. Smatrate li da ćete po završetku studija biti dovoljno kompetentni za rad s djecom s ASD</b>	<b>72</b>	<b>73</b>	<b>75</b>	<b>220</b>

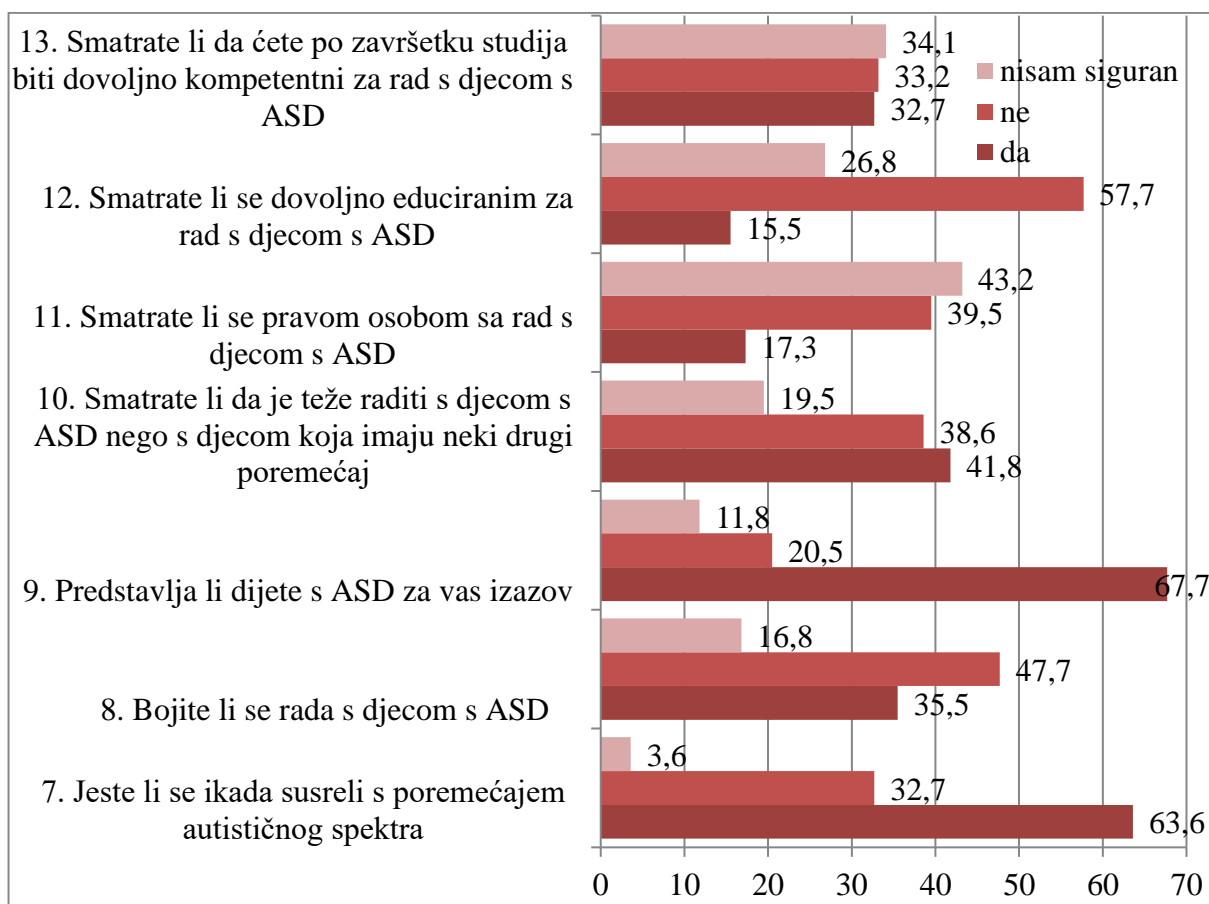
*Tablica 4.1.2. Broj odgovora anketiranih studenata na pitanja u vezi ASD (N = 220) [izvor: autor]*

Pitanje u vezi ASD	Postotak studenata			Ukupno
	da	ne	nisam siguran	
<b>7. Jeste li se ikada susreli s poremećajem autističn. spektra</b>	<b>63,6</b>	32,7	3,6	<b>100,0</b>
<b>8. Bojite li se rada s djecom s ASD</b>	35,5	<b>47,7</b>	16,8	<b>100,0</b>
<b>9. Predstavlja li dijete s ASD za vas izazov</b>	<b>67,7</b>	20,5	11,8	<b>100,0</b>
<b>10. Smatrate li da je teže raditi s djecom s ASD nego s djecom koja imaju neki drugi poremećaj</b>	<b>41,8</b>	38,6	19,5	<b>100,0</b>
<b>11. Smatrate li se pravom osobom sa rad s djecom s ASD</b>	17,3	39,5	<b>43,2</b>	<b>100,0</b>
<b>12. Smatrate li se dovoljno educir.za rad s djecom s ASD</b>	15,5	<b>57,7</b>	26,8	<b>100,0</b>
<b>13. Smatrate li da ćete po završetku studija biti dovoljno kompetentni za rad s djecom s ASD</b>	<b>32,7</b>	<b>33,2</b>	<b>34,1</b>	<b>100,0</b>

Napomena: deblje su otisnute najveće frekvencije u svakom retku tablice

Tablica 4.1.3. Broj odgovora anketiranih studenata na pitanja u vezi ASD (u % od N = 220)

[izvor: autor]



Grafikon 4.1.1. Postoci studenata koji su dali odgovore na pitanja u vezi ASD

(% od N = 220) [izvor: autor]

Najveći broj anketiranih studenata (tablica 4.1.2. i tablica 4.1.3. te grafikon 4.1.1.) do sada su se susretali s poremećajem ASD, njih 63,6%. Premda ih se skoro polovinu njih ne boji raditi s djecom s ASD 47,7% i premda rad sa takvom djecom za njih 67,7% predstavlja izazov, rad sa takvom djecom njih 41,8% smatraju težim u odnosu na druge poremećaje, te njih 43,2% nije sigurno da su prave osobe za rad s djecom s ASD. Pretežni broj anketiranih se ne smatra dovoljno educiranim za rad s djecom s ASD 57,7% i nije sigurno njih 34,1% da će po završetku studija biti dovoljno kompetentno za rad s takvom djecom. Posljednje pitanje o kompetentnosti za rad s djecom s ASD podijelilo je anketirane studente u tri skoro jednako velike podskupine onih koji misle da će biti dovoljno kompetentni, onih koji misle da to neće biti i onih koji u to nisu sigurni (32,7%  $\approx$  33,2%  $\approx$  34,1%).

Tvrdnja vezana uz tretman ASD	Broj studenata				Ukupno
	potpuno nepozn.	minim. poznato	djelom. poznato	vrlo poznato	
<b>a) Socijalna interakcija djece s ASD</b>	10	68	<b>122</b>	20	<b>220</b>
<b>b) Ponašanja i interesi djece s ASD</b>	8	62	<b>127</b>	23	<b>220</b>
<b>c) Načini i modeli komunikacije s djetetom s ASD</b>	23	74	<b>90</b>	33	<b>220</b>
<b>d) Suzbijanje nepoželjnih oblika ponašanja</b>	23	72	<b>101</b>	24	<b>220</b>
<b>e) Inkluzija djeteta u školsku okolinu</b>	25	68	<b>90</b>	37	<b>220</b>
<b>U k u p n o</b>	<b>89</b>	<b>344</b>	<b>530</b>	<b>137</b>	

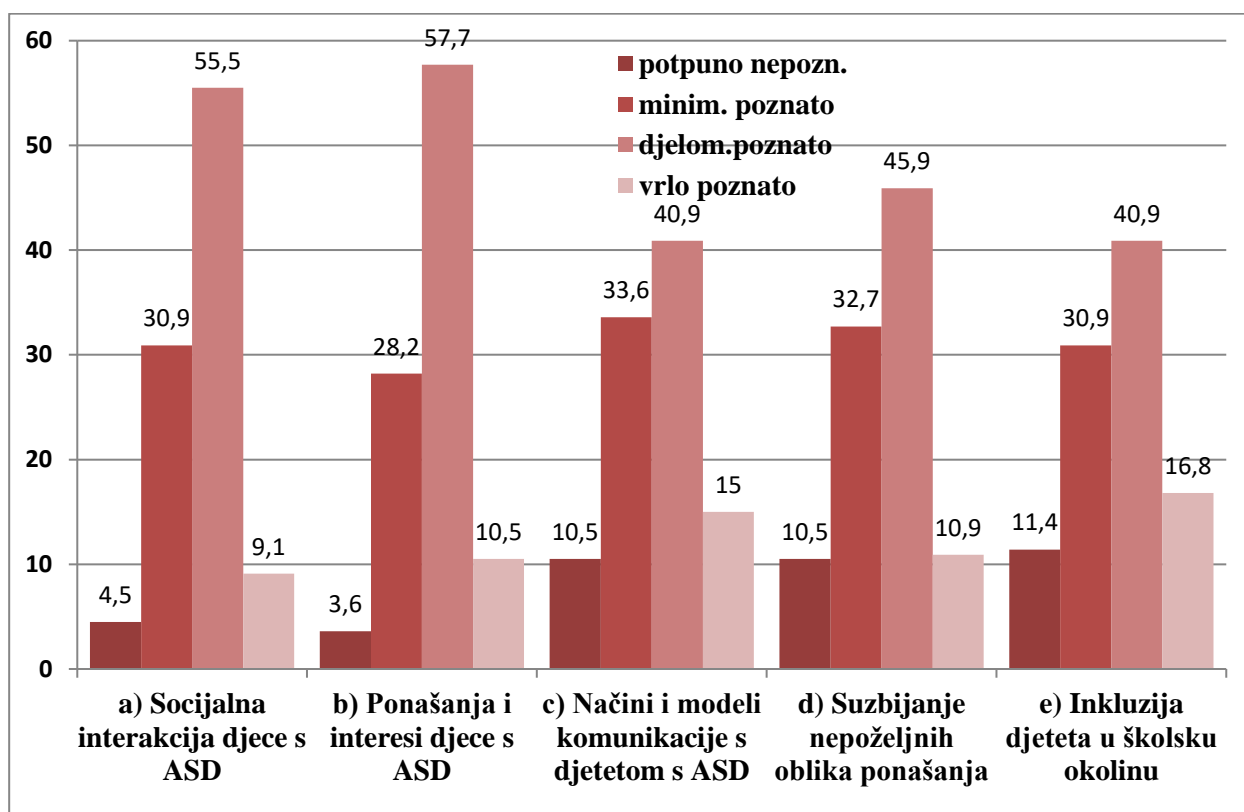
Napomena: deblje su otisnute najveće apsolutne frekvencije kod svake varijable (tvrdnje)

Tablica 4.1.4. Broj odgovora anketiranih studenata na pitanja u vezi kliničke slike i upoznatosti studenata s tretmanom ASD (N = 220)[izvor: autor]

Tvrdnja vezana uz tretman ASD	Postotak studenata				Ukupno
	potpuno nepozn.	minim. poznato	djelom. poznato	vrlo poznato	
<b>a) Socijalna interakcija djece s ASD</b>	4,5	30,9	<b>55,5</b>	9,1	<b>100,0</b>
<b>b) Ponašanja i interesi djece s ASD</b>	3,6	28,2	<b>57,7</b>	10,5	<b>100,0</b>
<b>c) Načini i modeli komunikacije s djetetom s ASD</b>	10,5	33,6	<b>40,9</b>	15,0	<b>100,0</b>
<b>d) Suzbijanje nepoželjnih oblika ponašanja</b>	10,5	32,7	<b>45,9</b>	10,9	<b>100,0</b>
<b>e) Inkluzija djeteta u školsku okolinu</b>	<b>11,4</b>	<b>30,9</b>	<b>40,9</b>	<b>16,8</b>	<b>100,0</b>

Napomena: deblje su otisnute najveće frekvencije

Tablica 4.1.5. Broj odgovora anketiranih studenata na pitanja u vezi kliničke slike i tretmana ASD(u % od N = 220)[izvor: autor]



Grafikon 4.1.2. Postoci anketiranih studenata koji su dali odgovore na pitanja u vezi upoznatosti tretmanom poremećaja ASD (% od N = 220)[izvor: autor]

Tvrđnja vezana uz tretman ASD	Broj ispitanika	Medijan	Aritmetička	Standardna	Koeficijent varijacije
a) Socijalna interakcija djece s ASD	220	3	2,69	0,70	26
b) Ponašanja i interesi djece s ASD	220	3	2,75	0,69	25
c) Načini i modeli komunikacije s djetetom s ASD	220	3	2,60	0,87	33
d) Suzbijanje nepoželjnih oblika ponašanja	220	3	2,57	0,82	32
e) Inkluzija djeteta u školsku okolinu	220	3	2,63	0,89	34

Tablica 4.1.6. Rezultati deskriptivne statističke analize (aritmetičke sredine, standardne devijacije i koeficijenti varijacije) za tvrdnje u vezi ASD (za N = 220)[izvor: autor]

U vezi upoznatosti studenata s tretmanom ASD (tablica 4.1.4. i tablica 4.1.5. te grafikon 4.1.2.) anketirani studenti su kod svih pet tvrdnji najčešće odabrali odgovor „djelomično poznato“ (njih 40,9% do 57,7%). Kod svih pet tvrdnji su odgovori „potpuno nepoznato“ najrjeđi, potom slijede po učestalosti odgovori „vrlo poznato“, a najčešći su odgovori „djelomično poznato“. Posljedica ovakvog jednoobraznog rasporeda odgovora na te kategorije je da su izračunati medijani isti (uvijek 3 u tablici 4.1.6.), dok su izračunati prosjeci vrlo slični (između 2,57 i 2,75) kao i disperzija (koeficijenti varijacije su između 25% i 34% u tablici 4.1.6.). Kako bi se ipak uočile razlike između odgovora na navedenih pet tvrdnji korištene su aritmetičke sredine.

Za pet ordinalnih varijabli koje se odnose na upoznatost s tretmanom poremećaja ASD (koje su kodirane vrijednostima 1, 2, 3 i 4), kontrolirana je normalnost pomoću Kolmogorov-Smirnov testa. Rezultati tog testiranja navedeni su u tablici 4.1.7.

<b>R. b.</b>	<b>Varijable za koje je provedeno testiranje normalnosti raspodjele pomoću KS testa</b>	<b>N</b>	<b>Z</b>	<b>p</b>	<b>Distribucija je približno normalna</b>
<b>1.</b>	Socijalna interakcija djece s ASD	220	4,691	<0,001	<b>ne</b>
<b>2.</b>	Ponašanja i interesi djece s ASD	220	4,805	<0,001	<b>ne</b>
<b>3.</b>	Načini i modeli komunikacije s djetetom s ASD	220	3,485	<0,001	<b>ne</b>
<b>4.</b>	Suzbijanje nepoželjnih oblika ponašanja	220	3,955	<0,001	<b>ne</b>
<b>5.</b>	<b>Inkluzija djeteta u školsku okolinu</b>	<b>220</b>	<b>3,515</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>ne</b>

*Tablica 4.1.7. Rezultati provjere normalnosti raspodjele kod pet ordinalnih varijabli (N = 220)*

*[izvor: autor]*

Dakle, zaključak je da nijedna od tih distribucija (u tablici 4.1.7.) nije slična normalnoj distribuciji pa se kod njihovih analiza trebaju koristiti neparametrijski testovi.

## 4.2. Inferencijalna statistička analiza

Ova analiza obavljena je u nekoliko skupina testova. Izvedeno je pet vrsti analize.

### 4.2.1. Prva analiza

Prva analiza je provjeravanje da li se proporcija potvrdnih odgovora na pitanja o ASD slučajno ili statistički značajno razlikuje kod studenata različite vrste studija. Provedeno je sedam t-testova razlike proporcija za velike nezavisne uzorke čiji su rezultati navedeni u tablici 4.2.1.1.

R. br.	Varijabla	Grupa studen.	N <sub>1</sub> N <sub>2</sub>	Proporcija s odgov. „da“	t	p	Stat. znač.
1.	Je li se ikada sretao s ASD	SS US	120 100	61/120 = 0,508 79/100 = 0,790	4,605	<0,001	***
2.	Boji li se rada s djecom s ASD	SS US	120 100	36/120 = 0,300 42/100 = 0,420	1,855	0,065	
3.	Predstavlja li dijete s ASD izazov	SS US	120 100	75/120 = 0,625 74/100 = 0,740	1,847	0,066	
4.	Smatra li da je teže raditi s djecom s ASD	SS US	120 100	49/120 = 0,408 43/100 = 0,430	0,324	0,746	
5.	Smatra li se pravom osobom za rad s ASD	SS US	120 100	11/120 = 0,092 27/100 = 0,270	3,455	0,001	***
6.	Smatra li se dovoljno educiranim za rad s djecom s ASD	SS US	120 100	4/120 = 0,033 30/100 = 0,300	5,479	<0,001	***
7.	Smatra li da će po završ. studija biti dovoljno kompet. za rad s djecom s ASD	SS US	120 100	18/120 = 0,150 54/100 = 0,540	6,549	<0,001	***

Napomene: \* statistička značajnost do 5%; \*\* statistička značajnost do 1%; \*\*\* statistička značajnost do 0,1%  
SS = Studij sestrinstva; US = Učiteljski studij – rani i predškolski odgoj i obrazovanje

Tablica 4.2.1.1. Rezultati t-testova usporedbe proporcija s obzirom na vrstu studija studenata (N = 220) [izvor: autor]

Rezultati navedeni u tablici 4.2.1.1. upućuju na sljedeće zaključke:

- 1) Među studentima studija sestrinstva statistički je značajno manje onih koji su se susreli sa pojmom ASD od studenata učiteljskog studija (50,8% < 79%) budući da je  $p < 0,001$ .
- 2) Među studentima studija sestrinstva manji je udio onih koji se boje rada s djecom s ASD u odnosu na studente učiteljskog studija (30% < 42%). Međutim, ta je razlika slučajna ( $p = 0,065$ ).

- 3) Među studentima studija sestriinstva manji je udio onih kojima bi dijete s ASD predstavljalo izazov u odnosu na studente učiteljskog studija (62,5% < 74%). Međutim, ta je razlika slučajna ( $p = 0,066$ ).
- 4) Među studentima studija sestriinstva manji je udio onih koji smatraju da je teže raditi s djecom s ASD u odnosu na studente učiteljskog studija (40,8% < 43%). Međutim, ta je razlika slučajna ( $p = 0,746$ ).
- 5) Među studentima studija sestriinstva statistički je značajno manje onih koji se smatraju pravom osobom za rad s djecom s ASD u odnosu na studente učiteljskog studija (9,2% < 27%) budući da je  $p = 0,001$ .
- 6) Među studentima studija sestriinstva statistički je značajno manje onih koji se smatraju dovoljno educiranim za rad s djecom s ASD u odnosu na studente učiteljskog studija (3,3% < 30%) budući da je  $p < 0,001$ .
- 7) Među studentima studija sestriinstva statistički je značajno manje onih koji smatraju da će po završetku studija biti dovoljno kompetentni za rad s djecom s ASD od studenata učiteljskog studija (15% < 54%) budući da je  $p < 0,001$ .

Dakle, kod studenata studija sestriinstva je svih sedam proporcija slučajno ili statistički značajno manje od proporcija kod studenata učiteljskog studija.

#### 4.2.2. Druga analiza

Druga analiza se odnosi na educiranost studenta za rad s djecom s ASD. Provjeravano je da li se proporcija educiranih studenata slučajno ili statistički značajno razlikuje s obzirom na dob studenata, spol studenata, vrstu studija, godinu studija i radni status. Provedeno je pet t-testova razlike između dviju ili između triju proporcija za velike nezavisne uzorke čiji su rezultati navedeni u tablici 4.2.2.1.

R b	Varijabla	Grupa studenata	N <sub>1</sub> N <sub>2</sub>	Proporcija educiranih studenata	t ili $\chi^2$	p	Stat. znač.
1.	Dob studenata	18-23 g. 24-30 g. više od 30 g.	143 48 29	17/143 = 0,119 8/48 = 0,167 9/29 = 0,310	$\chi^2 = 5,777$	0,056	
2.	Spol studenata	ženski muški	183 37	31/183 = 0,169 3/37 = 0,081	t = 1,855	0,096	
3.	Vrsta studija	SS US	120 100	4/120 = 0,033 30/100 = 0,300	t = 5,479	<0,001	***
4.	Godina studija	1. godina 2. godina 3. godina	72 69 79	8/72 = 0,111 8/69 = 0,116 18/79 = 0,228	$\chi^2 = 4,291$	0,117	
5.	Radni status	zap. u struci	45	3/45 = 0,067			

	<b>zap. izvan struke nezaposlen</b>	<b>47 128</b>	<b>19/47 = 0,404 12/128= 0,094</b>	$\chi^2 =$ <b>24,273</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>***</b>
--	---	-------------------	--	-----------------------------	------------------	------------

Napomene: \* statistička značajnost do 5%; \*\* statistička značajnost do 1%; \*\*\* statistička značajnost do 0,1%  
SS = Studij sestrištva; US = Učiteljski studij – rani i predškolski odgoj i obrazovanje

*Tablica 4.2.2.1. Rezultati usporedbe dviju proporcija (t-test) ili tri proporcije (hi-kvadrat test) studenata koji su educirani za rad s djecom s ASD (N = 220) [izvor: autor]*

Rezultati navedeni u tablici 4.2.2.1. upućuju na sljedeće zaključke:

- 1) Proporcija educiranih studenata za rad s djecom s ASD najmanja je kod najmlađih studenata, a najveća kod onih koji su stariji od 30 godina (11,9% < 16,7% < 31%). No, ta razlika je slučajna odnosno nije statistički značajna ( $p = 0,056$ ).
- 2) Isto tako se može zaključiti o educiranosti studenata ženskog spola u odnosu na one muškog spola. Kod žena je veći udio educiranih u odnosu na muškarce (16,9% > 8,1%) ali je ta razlika slučajna ( $p = 0,096$ ).
- 3) Također se nameće isti zaključak o educiranosti studenata različitih godina studija. Kod studenata treće godine studija je veći udio educiranih u odnosu na prvu i drugu godinu studija (11,1% < 11,6% < 22,8%) ali je i ta razlika slučajna ( $p = 0,117$ ).
- 4) Proporcija educiranih studenata za rad s djecom s ASD manja je kod studenata studija sestrištva u odnosu na studente učiteljskog studija (3,3% < 30%). Ova je razlika statistički značajna ( $p < 0,001$ ).
- 5) Proporcija educiranih studenata za rad s djecom s ASD najveća je kod studenata zaposlenih izvan struke u odnosu na one koji su zaposleni u struci ili one koji nisu zaposleni. Ova je razlika statistički značajna ( $p < 0,001$ ) što se čini preambicioznom procjenom zaposlenih izvan struke.

### **4.2.3. Treća analiza**

Treća analiza se odnosi na kompetentnost studenata za rad s djecom s ASD. Provjeravano je da li se proporcija kompetentnih studenata slučajno ili statistički značajno razlikuje s obzirom na dob studenata, spol studenata, vrstu studija, godinu studija i radni status. Provedeno je pet t-testova razlike između dviju ili između triju proporcija za velike nezavisne uzorke čiji su rezultati navedeni u tablici 4.2.3.1.



R b	Varijabla	Grupa studenata	N <sub>1</sub> N <sub>2</sub>	Proporcija kompetentnih studen.	t ili $\chi^2$	p	Stat. znač.
1.	Dob studenata	18-23 g. 24-30 g. više od 30 g.	143 48 29	48/143 = 0,336 17/48 = 0,354 7/29 = 0,241	$\chi^2 = 0,791$	0,673	
2.	Spol studenata	ženski muški	183 37	65/183 = 0,355 7/37 = 0,189	t = 2,260	<b>0,025</b>	*
3.	Vrsta studija	SS US	120 100	18/120 = 0,150 54/100 = 0,540	t = 6,549	<b>&lt;0,001</b>	***
4.	Godina studija	1. godina 2. godina 3. godina	72 69 79	29/72 = 0,403 22/69 = 0,319 21/79 = 0,266	$\chi^2 = 1,030$	0,597	
5.	<b>Radni status</b>	<b>zap.u struci</b> <b>zap.izvan struke</b> <b>nezaposlen</b>	<b>45</b> <b>47</b> <b>128</b>	<b>5/45 = 0,111</b> <b>27/47 = 0,574</b> <b>40/128 = 0,313</b>	$\chi^2 = 12,452$	<b>0,002</b>	<b>**</b>

Napomene: \* statistička značajnost do 5%; \*\* statistička značajnost do 1%; \*\*\* statistička značajnost do 0,1%  
SS = Studij sestrinstva; US = Učiteljski studij – rani i predškolski odgoj i obrazovanje

*Tablica 4.2.3.1. Rezultati usporedbe dviju proporcija (t-test) ili tri proporcije (hi-kvadrat test) studenata kompetentnih za rad s djecom s ASD [izvor: autor]*

Rezultati navedeni u tablici 4.2.3.1. ukazuju na sljedeće zaključke:

- 1) Proporcija kompetentnih studenata za rad s djecom s ASD najmanja je kod najstarijih studenata, a najveća kod onih koji su između 24 i 30 godina. No, ta razlika je slučajna odnosno nije statistički značajna ( $p = 0,673$ ).
- 2) Također se nameće isti zaključak o kompetentnosti studenta različitih godina studija. Proporcija kompetentnih studenata opada s godinama studija umjesto da raste ( $40,3\% > 31,9\% > 26,6\%$ ) ali je i ta razlika slučajna ( $p = 0,597$ ). Nesumnjivo se i ovdje radi o olakim samoprocjenama studenata nižih godina studija.
- 3) Proporcija kompetentnih studenata za rad s djecom s ASD manja je kod muškaraca u odnosu na žene ( $35,5\% > 18,9\%$ ). Ova je razlika statistički značajna ( $p = 0,025$ ).
- 4) Proporcija kompetentnih studenata za rad s djecom s ASD manja je kod studenata studija sestrinstva u odnosu na studente učiteljskog studija ( $15\% < 54\%$ ). Ova je razlika statistički značajna ( $p < 0,001$ ).
- 5) Proporcija educiranih studenata za rad s djecom s ASD najveća je kod studenata zaposlenih izvan struke u odnosu na one koji su zaposleni u struci ili one koji nisu zaposleni. Ova je razlika statistički značajna ( $p = 0,002$ ) što se čini preambicioznom samoprocjenom studenata zaposlenih izvan struke, ali i nezaposlenih studenata.

#### 4.2.4. Četvrta analiza

Četvrta analiza je utvrđivanje postoji li povezanost kompetencija studenata i vrste studija te postoji li povezanost kompetencija studenata i godina studija. Kako se radi isključivo o nominalnim varijablama za ove je provjere korišten hi-kvadrat test. Rezultati ta dva testa navedeni su u tablica 4.2.4.1., dok je tablica 4.2.4.2. kontingencijska tabela sa kojom je izveden prvi od ta dva hi-kvadrat testa.

R b	Varijable u kontingencijskoj tabeli	Format konting. tabele	N	$\chi^2$	df	p	stat. znač.
1.	Samoprocjena kompetentnost studenta Vrsta studija (SS, US)	3 x 2	220	37,994	2	<0,001	***
2.	<b>Samoprocjena kompetentnost studenta Godina studija</b>	<b>3 x 3</b>	<b>220</b>	<b>4,597</b>	<b>4</b>	<b>0,331</b>	

Napomena: \* statistička značajnost do 5%; \*\* statistička značajnost do 1%; \*\*\* statistička značajnost do 0,1%

Tablica 4.2.4.1. Rezultati hi-kvadrat testova [izvor: autor]

Vrsta studija	Samoprocjena kompetentnosti			Ukupno
	da	ne	nisam siguran	
studij sestrinstva	18	52	50	<b>120</b>
učiteljski studij	54	21	25	<b>100</b>
<b>Ukupno</b>	<b>72</b>	<b>73</b>	<b>75</b>	<b>220</b>

Tablica 4.2.4.2. Anketirani studenti prema samoprocjeni kompetentnosti za rad s djecom s ASD i prema vrsti studija (N = 220) [izvor: autor]

Zaključci u vezi provedenih hi-kvadrat testova su sljedeći:

- 1) Između samoprocjene kompetentnosti studenata za rad s djecom s ASD i vrste studija postoji statistički značajna povezanost ( $\chi^2 = 37,994$  N = 220 df = 2 p < 0,001). Iz tablice 4.2.4.2. mogu se izračunati odgovarajući postoci koji će objasniti prirodu te povezanosti. Primjerice, od ukupnog broja anketiranih studenata na studiju sestrinstva njih 15% se procijenilo kao kompetentnim, a 43% kao nekompetentni. Na učiteljskom studiju se 43% studenata smatra kompetentnim, a 21% kao nekompetentni.
- 2) Između samoprocjene kompetentnosti studenata za rad s djecom s ASD i godine studija ne postoji statistički značajna povezanost ( $\chi^2 = 4,597$  N = 220 df = 4 p = 0,331).

#### 4.2.5. Peta analiza

Peta analiza je provjera razlikuju li se studenti studija sestrinstva od studenata učiteljskog studija s obzirom na upoznatost s tretmanom ASD. Kako se radi o pet ordinalnih varijabli moguće je koristiti t-testove, ali zbog toga što tih pet distribucija nije slično normalnoj distribuciji potrebno je koristiti Mann-Whitneyev U test. Rezultati U testova navedeni su u tablici 4.2.5.1.

	Varijabla	Grupa studen.	N <sub>1</sub> N <sub>2</sub>	Sredine rangova	Mann-Whitney U	Z	p
a)	Socijalna interakcija djece s ASD	SS US	120 100	94,07 130,22	4028	-4,693	<0,001
b)	Ponašanja i interesi djece s ASD	SS US	120 100	94,73 129,43	4107	-4,548	<0,001
c)	Načini i modeli komunik.s djetetom s ASD	SS US	120 100	96,04 127,85	4265	-3,914	<0,001
d)	Suzbijanje nepoželjnih oblika ponašanja	SS US	120 100	90,70 134,26	3624	-5,432	<0,001
e)	<b>Inkluzija djeteta u školsku okolinu</b>	<b>SS US</b>	<b>120 100</b>	<b>80,21 146,85</b>	<b>2365</b>	<b>-8,169</b>	<b>&lt;0,001</b>

Napomena: SS = studenti Studija sestrinstva; US = studenti Učiteljskog studija – rani i predškolski odgoj i obrazovanje

*Tablica 4.2.5.1. Rezultati usporedbe grupe studenata različitih vrsta studija pomoću neparametrijskog Mann-Whitneyevog U testa po pojedinim varijablama (N = 220) [izvor: autor]*

Na osnovu rezultata provedenih U testova što su navedeni u tablici 4.2.5.1. može se izvesti jedan zajednički zaključak da su studenti učiteljskog studija statistički značajno bolje upoznati s tretmanom poremećaja ASD u odnosu na studente studija sestrinstva ( $p < 0,001$  kod svih pet varijabli, a sredine rangova su kod svih varijabli uvijek manje kod studenata SS u odnosu na studente US).

### 4.3. Zaključci u vezi hipoteza

U ovom su radu postavljene četiri hipoteze. U nastavku su iznesene te četiri hipoteze, dokazi o njihovoj točnosti odnosno netočnosti te zaključak o njihovom prihvaćanju odnosno odbacivanju.

H1: „U populaciji ispitanika studija sestrinstva i ranog i predškolskog odgoja postoji deficit znanja ili diskrepancija u razumijevanju različitih aspekata ASD koji čine kliničku i sociološku

cijelinu što onemogućuje individualizaciju pristupa i otežava kolaboraciju s drugim stručnjacima zdravstvenog i nezdravstvenog profila“.

Argumenti izneseni u analizi u vezi ove hipoteze su sljedeći:

- a) U vezi upoznatosti studenata s tretmanom ASD (tablica 4.1.4. i tablica 4.1.5. te grafikon 4.1.2.) anketirani studenti su kod svih pet tvrdnji najčešće odabrali odgovor „djelomično poznato“ (njih 40,9% do 57,7%). Prema tome, tek djelomična upoznatost se kreće nešto ispod 50% odnosno nešto iznad 50%.
- b) Diskrepancija razumijevanja različitih aspekata ASD ne postoji budući da su kod svih pet aspekata ASD postoci studenata vrlo slični. Tako su kod svih njih najmanji postoci u kategoriji „potpuno nepoznato“, nešto veći u kategoriji „vrlo poznato“, još veći u kategoriji „minimalno poznato“, a najveći u kategoriji „djelomično poznato“. To vrijedi kod tvrdnje o socijalnoj interakciji djece s ASD (4,5% < 9,1% < 30,9% < 55,5%) i kod preostale četiri tvrdnje.

Kako oba ova argumenta ne govore u prilog iznesene hipoteze, može se zaključiti da je ta hipoteza odbačena kao neistinita.

H2: „Postoje razlike u razini upoznatosti među ispitanicima sa tretmanom ASD u odnosu na studij, u korist ispitanika ranog i predškolskog odgoja“.

U vezi razlike u upoznatosti studenata s tretmanom ASD između studenata različitih vrsti studija iznesen je u analizi sljedeći opći zaključak (ispod tablice 4.2.5.1.):

Studenti učiteljskog studija statistički značajno su bolje upoznati s tretmanom poremećaja ASD u odnosu na studente studija sestrinstva ( $p < 0,001$  kod svih pet varijabli).

Kako ovaj zaključak vrijedi kod svake od pet razmatranih tvrdnji (svagdje je  $p < 0,001$ ) to se može konačno zaključiti da se ova hipoteza prihvaća kao istinita.

H3: „Ispitanici sestrinstva više sumnjaju u svoju kompetentnost rada s djecom s poremećajima autističnog spektra u odnosu na ispitanike ranog i predškolskog odgoja“.

Argumenti izneseni u analizi u vezi ove hipoteze su sljedeći:

- a) Proporcija kompetentnih studenata za rad s djecom s ASD manja je kod studenata studija sestrinstva u odnosu na studente učiteljskog studija (15% < 54%). Ova je razlika statistički značajna ( $p < 0,001$  u tablici 4.2.3.1., redni broj 3).
- b) Između samoprocjene kompetentnosti studenata za rad s djecom s ASD i vrste studija postoji statistički značajna povezanost ( $p < 0,001$ ). Od ukupnog broja anketiranih studenata na studiju sestrinstva njih 15% se procijenilo kao kompetentnim, a 43% kao

nekompetentni. Na učiteljskom studiju se 43% studenata smatra kompetentnim, a 21% kao nekompetentni.

Oba ova zaključka su u prilog točnosti ove hipoteze te se ova hipoteza prihvaća kao istinita.

H4: „Ispitanici treće godine studija smatraju se najviše kompetentnima za rad s djecom s poremećajima autističnog spektra“. Argument iznesen u analizi u vezi ove hipoteze (tablica 4.2.3.1., redni broj 4) je sljedeći:

Proporcija kompetentnih studenata opada s godinama studija umjesto da raste (40,3% > 31,9% > 26,6%) ali je ta razlika slučajna ( $p = 0,597$ ).

Prema tome, može se na kraju zaključiti da se navedena hipoteza odbacuje kao neistinita.

## 5. Rasprava

U istraživanju je sudjelovalo 220 studenata u dobi od 18 godina na više. Svrha ovog istraživanja je ispitati temeljnu informiranost studenata sestrištva i studenata ranog i predškolskog odgoja o kliničkom fenotipu autističnog spektra, kao i utvrditi mišljenje studenata o njihovoj spremnosti za rad s djecom s poremećajima autističnog spektra, odnosno kompetencija koje stječu tijekom trogodišnjeg studija.

Analizom općih podataka ispitanika može se zaključiti kako su to pretežno mlađe osobe (65% njih je između 18 i 23 godine) i ženskog spola (83,2%). Oko polovinu njih je sa studija sestrištva (54,5%) dok je druga polovina njih sa učiteljskog studija – rani i predškolski odgoj i obrazovanje (45,5%). Približno trećinu studenata je na prvoj godini studija, isto toliko na drugoj kao i na trećoj godini studija. Prevladavajuća prethodno završena srednja škola anketiranih studenata je medicinskog usmjerenja (34,0%), zatim ekonomskog usmjerenja (29,1%) te gimnazija (28,6%). Od svih anketiranih studenata njih 58,2% su nezaposleni.

Najveći broj ispitanika (63,6%) se do sada susreo s poremećajem ASD. Ovaj podatak nije očekivan s obzirom na mali postotak osoba s autizmom u cjelokupnom stanovništvu. U Hrvatskoj je registrirano 1096 osoba s autizmom, iako se prema starim pokazateljima (23:10,000) brojka kreće preko 8,000, a prema novim omjerima (1:150) oko 22,000, dok je 500,000 do milijun stanovnika dio obitelji s članom pogođenim autizmom [46].

Premda se gotovo polovica ispitanika ne boji raditi s djecom s ASD (47,7%), za njih 67,7% rad s njima predstavlja izazov, 41,8% ispitanika rad s takvom djecom smatra težim u odnosu na druge poremećaje, dok njih 43,2% nije sigurno da su prave osobe za rad s djecom s ASD. Conderman i Johnston-Rodriquez navode kako su mnogi odgojitelji loše pripremljeni za rad s djecom s ASD, a ujedno naglašavaju kako glavna odgovornost u oblikovanju vještina i kompetencija leži na programima pripreme (preddiplomskoj edukaciji). Isti autori ističu i iznimnu vrijednost vježbi ili praktičnog rada u preddiplomskim programima pripreme [48].

Pretpostavka je da praksa općenito ima važnu ulogu, pogotovo kada se radi o stjecanju iskustva za rad s djecom s ASD. Ovdje je značajna i predodžba koju studenti imaju o djeci s ASD, a ona isto tako ovisi o tome jesu li se susreli s djetetom s ASD. Pozitivno je što većini studenata rad s djecom s ASD predstavlja izazov, na taj će način razmišljati kako da pomognu tom djetetu, saznaju nešto više o njemu kako ne bi otežali njegov razvoj, a time neće samo povećati svoju kompetentnost, nego i istraživati vlastite mogućnosti i granice. Kiš-Glavaš navodi kako sam smjer stava studenata prema djeci s ASD utječe na kvalitetu rada s njima [49].

Pretežni broj anketiranih se ne smatra dovoljno educiranim za rad s djecom s ASD (57,7%) i nije sigurno njih 34,1% da će po završetku studija biti dovoljno kompetentno za rad s takvom

djecom. Posljednje pitanje o kompetentnosti za rad s djecom s ASD podijelilo je anketirane studente u tri skoro jednako velike podskupine onih koji misle da će biti dovoljno kompetentni, onih koji misle da to neće biti i onih koji u to nisu sigurni ( $32,7\% \approx 33,2\% \approx 34,1\%$ ). Proporcija kompetentnih studenata za rad s djecom s ASD manja je kod studenata studija sestrinstva u odnosu na studente učiteljskog studija ( $15\% < 54\%$ ). Od ukupnog broja anketiranih studenata na studiju sestrinstva njih 15% se procijenilo kao kompetentnim, a 43% kao nekompetentni. Na studiju ranog i predškolskog se 43% studenata smatra kompetentnim, a 21% kao nekompetentni. Dobiveni rezultati potvrđuju hipotezu (H3) da studenti sestrinstva više sumnjaju u svoju kompetentnost rada s djecom s poremećajima autističnog spektra u odnosu na studente ranog i predškolskog odgoja, a pretpostavka tome je da nesigurnost proizlazi iz nedostatka iskustva, odnosno premalo iskustva stečenog tijekom obavljanja prakse. Iz navedenog se može pretpostaviti da kada bi svi studenti imali mogućnost susresti se i vidjeti kako funkcionira dijete s ASD, lakše bi stvorili predodžbu o tom djetetu, a samim time i sigurnije pristupili radu s djetetom s ASD.

Mnogi autori ističu kako je važno omogućiti budućim odgojiteljima stjecanje specifičnih znanja i kompetencija za rad s djecom s ASD tijekom preddiplomskog školovanja [50, 51].

Proporcija kompetentnih studenata opada s godinama studija ( $40,3\% > 31,9\% > 26,6\%$ ), što je iznenađujući rezultat s obzirom da su studenti treće godine odslušali sve kolegije i obavili praksu. Dobiveni rezultati odbacuju hipotezu (H4) koja govori da se studenti treće godine studija smatraju najviše kompetentnima za rad s djecom s poremećajima autističnog spektra. Za pretpostaviti je da se ovdje nesumnjivo radi o olakim samoprocjenama studenata nižih godina studija.

Rezultati ovog istraživanja ne koreliraju u potpunosti s prethodno provedenim istraživanjima te odbacuju hipotezu (H1) koja govori da u populaciji ispitanika studija sestrinstva i ranog i predškolskog odgoja postoji velik deficit znanja ili diskrepancija u razumijevanju različitih aspekata ASD koji čine kliničku i sociološku cjelinu što onemogućuje individualizaciju pristupa i otežava kolaboraciju s drugim stručnjacima zdravstvenog i nezdravstvenog profila [13,52,53,54].

Numerički raspon odgovora indicira kako su studenti upoznati s konceptom pojmova kliničke manifestacije spektra i komunikacije s djetetom, međutim, u specifičnim područjima (inkluzija djeteta u školsku okolinu, suzbijanje nepoželjnih oblika ponašanja) primjećuje se nešto niža razina informiranosti, što slijedi rezultate istraživanja Julie E. Strunk provedenog 2009. godine koje je ispitivalo studente sestrinstva o njihovom razumijevanju različitih aspekata ASD koji čine kliničku i sociološku cjelinu [52].

Rezultati ankete kongruentni su s istraživanjem Matenge B. provedenog u populaciji medicinskih sestara iz 2014. godine koje je pokazalo kako su medicinske sestre svjesne poteškoća u socijalnim interakcijama i razvoju komunikacije, no rezultati ankete ne koreliraju u potpunosti sa objavljenim rezultatima istraživanja iz 2013. godine koji potvrđuju nesigurnost medicinskih sestara u komunikaciji s djecom s ASD, koja svoje izvore ima u nedostatku edukacije [53,54]. Samopercepcija kompetencija u zbrinjavanju ASD u primarnoj zdravstvenoj zaštiti ispitivana 2013. godine pokazala je deficite u pružanju skrbi, s naglaskom na područja koja uključuju obitelj djeteta sa spektrom autizma [55].

Studenti ranog i predškolskog odgoja statistički značajno su bolje upoznati s tretmanom poremećaja ASD u odnosu na studente studija sestrinstva što potvrđuje hipotezu (H2) koja je glasila da postoje razlike u razini upoznatosti među ispitanicima sa tretmanom ASD u odnosu na studij, u korist ispitanika ranog i predškolskog odgoja. Dobiveni rezultat može se pripisati većem broju kolegija s zastupljenom tematikom djece s teškoćama u razvoju u odnosu na studij sestrinstva. Na studiju sestrinstva, najveća zastupljenost sadržaja koji obuhvaćaju skrb za djecu s teškoćama u razvoju u sklopu je kolegija Zdravstvena njega osoba s invaliditetom na trećoj godini studija. Značajno manja zastupljenost navedenog sadržaja obuhvaćena je u sklopu kolegija Pedijatrija na drugoj godini studija [56].

Studenti ranog i predškolskog odgoja imaju brojne kolegije na tu tematiku; Inkluzivna pedagogija, Pedagogija ranog odgoja, Razvojna psihologija, Primijenjena razvojna psihologija i Zaštita i njega predškolskog djeteta [57].

Sama važnost suradnje različitih medicinskih i nemedicinskih profesija naglašena je 2011. u istraživanju koje afirmira deficite upoznatosti te poziva na sustavnu edukaciju i povećanje kontakata studenata s pojedincima s ASD [58].

Iako su područja (poteškoće u socijalizaciji i komunikaciji) pokazala razinu informiranosti koja se može nazvati upoznatošću, rezultati jasno sugeriraju neke deficite po svim ispitivanim točkama i pozivaju na sustavnu i kontinuiranu edukaciju kako studenata sestrinstva, tako i studenata ranog i predškolskog odgoja.



## 6. Zaključak

Budući da u današnje vrijeme broj djece s ASD raste, važno je upravo toj populaciji omogućiti uvjete za dostojan i kvalitetan život. Budućnost djece s autizmom ovisi o ranom otkrivanju i pravovremenom uključivanju u odgovarajući tretman usluga u zajednici. Važno je što ranije prepoznavanje i otkrivanje znakova autizma da bi se pravodobno moglo početi s raznim terapijskim i edukacijskim postupcima koje provodi tim stručnjaka i u kojem jednako važnu ulogu imaju roditelji kao ravnopravni članovi.

U svakom pogledu, nužna je suradnja stručnjaka i što bolja i brža dijagnostika. Djeci s ASD također je bitno osigurati djetinjstvo bez osuđivanja i zadirkivanja jer upravo to znatno utječe na resocijalizaciju.

U radu su prikazani rezultati istraživanja kojem je svrha bila ispitati temeljnu informiranost studenata sestinstva i studenata ranog i predškolskog odgoja o kliničkom fenotipu autističnog spektra, kao i utvrditi mišljenje studenata o njihovoj spremnosti za rad s djecom s poremećajima autističnog spektra, odnosno kompetencija koje stječu tijekom trogodišnjeg studija. Iako rezultati istraživanja pokazuju da studenti ranog i predškolskog odgoja imaju veću razinu upoznatosti sa tretmanom ASD u odnosu na studente sestinstva, te da se smatraju više kompetentnima za rad s djecom s ASD, rezultati jasno sugeriraju neke deficite po svim ispitivanim točkama i pozivaju na potrebu za sustavnom i kontinuiranom edukacijom kako studenata sestinstva, tako i studenata ranog i predškolskog odgoja.

Unatoč sve većem broju istraživanja kroz posljednje desetljeće o poremećajima autističnog spektra, samo se mali broj istraživanja usmjerio na ulogu medicinske sestre i samih odgojitelja u identifikaciji i intervencijskoj obradi istih. Rezultati raznih istraživanja ukazuju na nedostatno znanje medicinskih sestara i odgojitelja o danoj temi.

Unapređenje znanja o poremećajima autističnog spektra, omogućuje medicinskoj sestri, a ujedno i odgojiteljima da pruže kvalitetnu skrb djeci s ASD i da se suoče sa brojnim izazovima koje im rad s njima može pružiti. Znanstvena edukacija i same kompetencije ključni su za pružanje odgovarajuće skrbi. Dakle, potrebno je staviti naglasak na bolje poučavanje o autizmu, a posebnu pažnju trebalo bi posvetiti autizmu kroz srednjoškolsko i studijsko obrazovanje upravo iz razloga što smo kroz ovaj rad i istraživanje naučili da je od velike važnosti prepoznati znakove autizma i krenuti što ranije s terapijskim i edukacijskim tretmanima, te što boljom inkluzijom djece s ASD u zajednice.

Vrlo često se za osobe s autizmom kaže da žive u svom svijetu, no oni ga samo doživljavaju na drugačiji način. Ukoliko ih društvo ne prihvaća, nije čudno što su izolirani. Dijete s ASD zaslužuje pravo na jednake uvjete života kao i svako drugo dijete.

Može se reći kako bi se skrb za kvalitetu života djece s ASD i sprečavanje diskriminacije od strane društva i zajednice trebala nalaziti u središtu napora usmjerenih ka njihovoj pomoći i zaštiti.

## 7. Literatura

- [1] I. Begovac, G. Majić, V. Vidović, N. Barišić: Autizam ranog djetinjstva. Pedijatrijska neurologija. Medicinska naklada, 2009.
- [2] P. Howlin: Practitioner Review: Psychological and Educational Treatments for Autism. J. Child Psychol. Psychiat. 1998 Vol. 39, No. 3, pp. 307–322.
- [3] Z. Bujas Petković, J. Frey Škrinjar: Pervazivni razvoji poremećaji – poremećaji iz autističnog spektra, Paediatr Croat 2010;54:151-158.
- [4] M. D. Inglese, J H.Elder: Caring for children with autism spectrum disorder. Part I: prevalence, etiology, and core features. J Pediatr Nurs. 2009 Feb;24(1):41-8.
- [5] H. Remschmidt: Autizam - Pojavni oblici, uzroci, pomoć. Naklada Slap, 2009.
- [6] Z. Bujas Petković, S. Taradi:Pervazivni razvojni poremećaji. Dječja i adolescentna psihijatrija: Školska knjiga, 2004.
- [7] I. Begovac i sur. Dječji autizam. Psihijatrija. Medicinska naklada, 2015.
- [8] M. Šakić, M. Kotrla Topić, M. Ljubešić: Pristup procjeni uma u dojenačkoj i predškolskoj dobi. Psihologijske teme 21 (2012), 2, 359-381.
- [9] R. Saxe, S. Carey, N.Kanwisher: Understanding other minds: linking developmental psychology and functional neuroimaging. Annu Rev Psychol. 2004;55:87-124.
- [10] Early Intervention (Part C of IDEA). 2008. Dostupno na:<http://www.wrightslaw.com/info/ei.index.htm>, Pristupljeno: 22.05.2018.
- [11] M. Ljubešić: Biti roditelj. Državni zavod za zaštitu obitelji, materinstva i mladeži republike Hrvatske, 2003.
- [12] L. Herlihy, K. Knoch, B. Vibert, D. Fein: Parents' first concerns about toddlers with autism spectrum disorder: effect of sibling status. Autism. 19 (1), Jan. 2015 Jan; str. 20-28. doi: 10.1177/1362361313509731.
- [13] M N. Igwe, M O. Bakare, AO. Agomoh, GM. Onyeama, KO. Okonkwo: Factors influencing knowledge about childhood autism among final year undergraduate Medical, Nursing and Psychology students of University of Nigeria, Enugu State, Nigeria. Ital J Pediatr. 2010 Jun 13;36:44.
- [14] J. Aylott: Understanding children with autism: exploding the myths. Br J Nurs. 2000 Jun 22-Jul 12;9(12):779-84.
- [15] F. Happe, A. Ronald, R. Plomin: Time to give up on a single explanation for autism. Nature Neuroscience 9, 1218 – 1220
- [16] N G. Haglund, K B. Källén: Risk factors for autism and Asperger syndrome. Perinatal factors and migration. Autism. 2011 Mar;15(2):163-83.

- [17] A. Reichenberg, R. Gross, M. Weiser, M. Bresnahan, J. Silverman, S. Harlap, J. Rabinowitz, C. Shulman, D. Malaspina, G. Lubin, H.Y. Knobler, M. Davidson, E. Susser: Advancing paternal age and autism. *Arch Gen Psychiatry*. 2006 Sep;63(9):1026-32
- [18] F. Rybakowski, I. Chojnicka, P. Dziechciarz, A. Horvath, M. Janas-Kozik, A. Jeziorek, E. Pisula, A. Piwowarczyk, A. Słopeń, J. Sykut-Cegielska, H. Szajewska, K. Szczałuba, K. Szymańska, A. Waligórska, A. Wojciechowska, M. Wroniszewski, A. Dunajska: The role of genetic factors and pre- and perinatal influences in the etiology of autism spectrum disorders - indications for genetic referral. *Psychiatr Pol*. 2016; 50 (3) :543-54.
- [19] S. Ehlers, C. Gillberg: The epidemiology of Asperger syndrome. A total population study. *J Child Psychol Psychiatry*. 34 (8), Nov. 1993, 1327-1350.
- [20] B. Kadesjö, C. Gillberg, B. Hagberg: Brief report: autism and Asperger syndrome in seven-year-old children: a total population study. *J Autism Dev Disord*. 29 (4), Aug. 1999, 327-331.
- [21] P. A. Filipek, P. J. Accardo, G. T. Baranek, E. H. Jr. Cook, G. Dawson, B. Gordon, J. S. Gravel, C. P. Johnson, R. J. Kallen, S. E. Levy, N. J. Minshew, S. Ozonoff, B. M. Prizant, I. Rapin, S. J. Rogers, W. L. Stone, S. Teplin, R. F. Tuchman, F. R. Volkmar: The screening and diagnosis of autistic spectrum disorders. *J Autism Dev Disord*. 1999 Dec; 29(6) :439-84.
- [22] Centers for Disease Control and Prevention: Prevalence of autism spectrum disorders. Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network Surveillance Year 2000. *MMWR Surveillance Summaries*. 56 (1), 2007, 1-11.
- [23] Popis stanovništva 2001. i 2011. Dostupno na: <https://www.dzs.hr/https://www.dzs.hr/>, Pristupljeno: 25.05.2018.
- [24] Izvješće o osobama s invaliditetom u Hrvatskoj, Dostupno na: <https://www.hzjz.hr/periodicne-publikacije/izvjescje-o-osobama-s-invaliditetom-u-hrvatskoj-2015/>, Pristupljeno: 25.05.2018.
- [25] W. Z. Zhou, A. Y. Ye, Z. K. Sun, H. H. Tian, T. Z. Pu, Y. Y. Wu, D. D. Wang, M. Z. Zhao, S. J. Lu, C. H. Yang, L. Wei: Statistical analysis of twenty years (1993 to 2012) of data from mainland China's first intervention center for children with autism spectrum disorder. *Mol Autism*. 2014. 12;5:52, doi: 10.1186/2040-2392-5-52.
- [26] A. Kolevzon, G. Cai, L. Soorya, N. Takahashi, D. Grodberg, Y. Kajiwara, J. P. Willner, A. Tryfon, J. D. Buxbaum: Analysis of a purported SHANK3 mutation in a boy with autism: clinical impact of rare variant research in neurodevelopmental disabilities. *Brain Res*. 2011 Mar 22;1380:98-105.

- [27] R. Singhanian: Autistic Spectrum Disorders. *The Indian Journal of Pediatrics*. April 2005, Volume 72, Issue 4, pp 343–351.
- [28] G B. Mesibov, L W. Adams, L G. Klinger (1998) *Autism: Understanding the disorder*. New York: Plenum.
- [29] G. Dawson, E J. Jones, K. Merkle, K. Venema, R. Lowy, S. Faja, D. Kamara, M. Murias, J. Greenson, J. Winter, M. Smith, S J. Rogers, S J. Webb: Early behavioral intervention is associated with normalized brain activity in young children with autism. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 51 (11), Nov. 2012, 1150-1159.
- [30] B. Spjut Jansson, C. Miniscalco, J. Westerlund, A K. Kantzer, E. Fernell, C. Gillberg: Children who screen positive for autism at 2.5 years and receive early intervention: a prospective naturalistic 2-year outcome study. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 12, Sep. 2016, 2255-2263.
- [31] M. Chahrour, H Y. Zoghbi: The Story of Rett Syndrome: From Clinic to Neurobiology *Neuron*, Volume 56, Issue 3, 8 November 2007, Pages 422-437.
- [32] A. Klin, F R Volkmar, S S. Sparrow, D V. Cicchetti, B P. Rourke: Validity and neuropsychological characterization of Asperger syndrome: convergence with nonverbal learning disabilities syndrome. *J Child Psychol Psychiatry*. 1995 Oct;36(7):1127-40.
- [33] J. Aylott: Understanding children with autism: exploding the myths. *Br J Nurs*. 2000 Jun 22-Jul 12;9(12):779-84.
- [34] J H. Elder, T. D'Alessandro: Supporting families of children with autism spectrum disorders: questions parents ask and what nurses need to know. *Pediatr Nurs*. 2009 JulAug;35(4):240-5, 253.
- [35] L. Frye: Fathers' Experience With Autism Spectrum Disorder: Nursing Implications. *J Pediatr Health Care*. 2016 Sep-Oct;30(5):453-63.
- [36] S M. Myers, C P. Johnson: Management of children with autism spectrum disorders. *Oct 29, Pediatrics* 2007;120;1162-1182.
- [37] A B. Brown, J H. Elder: Communication in autism spectrum disorder: a guide for pediatric nurses. *Pediatr Nurs*. 2014 Sep-Oct;40(5):219-25.
- [38] I. Miloš, V. Vrbić: Stavovi odgojitelja prema inkluziji. *Dijete, vrtić, obitelj*; 2015, 63:77-78.
- [39] D. Mikas i sur. Socijalizacija djece s teškoćama u razvoju u ustanovama predškolskog odgoja. *Peadiatr Croat*, 2012. 56(1) 207-214.
- [40] S I. Greenspan i S. Wieder: *Dijete s posebnim potrebama, Ostvarenje*, Velika Gorica. 2004.

- [41] L. Zwaigenbaum, M.L. Bauman, R. Choueiri, C. Kasari, A. Carter, D. Granpeesheh, Z. Mailloux, S. Smith Roley, S. Wagner, D. Fein, K. Pierce, T. Buie, P.A. Davis, C. Newschaffer, D. Robins, A. Wetherby, W.L. Stone, N. Yirmiya, A. Estes, R.L. Hansen, J.C. McPartland, M.R. Natowicz: Early Intervention for Children With Autism Spectrum Disorder Under 3 Years of Age: Recommendations for Practice and Research. *Pediatrics*. 136 Suppl 1, Oct. 2015, 60-81.
- [42] A. Estes, L. Vismara, C. Mercado, A. Fitzpatrick, L. Elder, J. Greenson, C. Lord, J. Munson, J. Winter, G. Young, G. Dawson, S. Rogers: The impact of parent-delivered intervention on parents of very young children with autism. *J Autism Dev Disord*. 44 (2), Feb.2014, 353–365.
- [43] T. Benjak, G. Vuletić Mavrinac, I. Pavić Šimetin: Comparative Study on Self-perceived Health of Parents of Children with Autism Spectrum Disorders and Parents of Non-disabled Children in Croatia. *Croat Med J*. 50 (4), Aug. 2009, 403–409.
- [44] M. Milić Babić, I. Franc, Z. Leutar: Iskustva s ranom intervencijom roditelja djece s teškoćama u razvoju, Studijski centar socijalnog rada, prosinac 2013.
- [45] T. Košiček, D. Kobetić, Z. Stančić, I. Joković Oreb: Istraživanje nekih aspekata Rane intervencije u djetinjstvu. 45 (1), 2009, 1-14.
- [46] Savez udruga za autizam Hrvatske, Dostupno na:<http://www.autizam-suzah.hr/index.php/autizam>, Pristupljeno: 06.06.2018.
- [47] B. Petz: Osnovne statističke analize za nematematičare, Naklada Slap, Jastrebarsko, 2007.
- [48] G. Conderman, S. Johnstone-Rodriquez: Beginning Teachers Views of Their Collaborative Roles. *Preventing School Failure*, 53(4), 2009, 235-244.
- [49] L. Kiš-Glavaš; Inkluzija učenika s posebnim potrebama i stavovi sudionika u procesu. *Glasilo Hrvatskog saveza udruga za osobe s mentalnom retardacijom*, 28(1/2), 2001, 40-44.
- [50] M.W. Harvey, N. Yssel, D.A. Bauserman, J.B. Marbler; Preservice Teacher preparation for Inclusion; An Exploration of Higher Education Teacher-Training Institutions. *Remedial and Special Education*, 31 (1), 2010, 24-33.
- [51] S. Sekušek-Galešev; Samopoimanje djece s posebnim potrebama u uvjetima edukacijske integracije. Doktorska disertacija. Zagreb: Edukacijsko rehabilitacijski fakultet Sveučilišta u Zagrebu.
- [52] J A. Strunk; School nurses' knowledge of autism spectrum disorders. *J Sch Nurs*. 2009 Dec;25(6):445-52.

- [53] B. Matenge: An exploration of nursing professionals' understanding of Autism Spectrum Disorder. Department of Psychology, Faculty of the Humanities, University of Cape Town. 2014. Dostupno na: <https://open.uct.ac.za/handle/11427/12880>, Pristupljeno: 16.06.2018.
- [54] B. Singer: Perceptions of school nurses in the care of students with disabilities. J Sch Nurs. 2013. Oct;29(5):329-36.
- [55] D. Will, J. Barnfather, M. Lesley: Self-Perceived Autism Competency of Primary Care Nurse Practitioners. The Journal for Nurse Practitioners. Volume 9, Issue 6, June 2013, Pages 350-355.
- [56] Popis kolegija studija sestriinstva. Dostupno na: <https://www.unin.hr/sestrinstvo/kolegiji/>, Pristupljeno: 16.06.2018.
- [57] Popis kolegija studija ranog i predškolskog odgoja. Dostupno na: <https://2co2.ufzg.hr/>, Pristupljeno: 16.06.2018.
- [58] S. Werner; Assessing female students' attitudes in various health and social professions toward working with people with autism: a preliminary study. J Interprof Care. 2011 Mar;25(2):131-7.

# Prilozi

Prilog 1. Anketni upitnik „Studentska samoprocjena za rad s djecom s poremećajima autističnog spektra“

## Studentska samoprocjena za rad s djecom s poremećajima autističnog spektra

Poštovani,

ovaj upitnik izrađen je za potrebe istraživanja u sklopu završnog rada. Upitnik je u potpunosti anonim, rezultati neće biti prikazani pojedinačno, a koristiti će se isključivo za izradu završnog rada.

Unaprijed zahvaljujem na vremenu i strpljenju kod rješavanja upitnika.

Ines Kosir

\*ASD (autizam spectrum disorders)

\*Obavezno

### 1. Dob \*

Označite samo jedan oval.

- 18 - 23 godine  
 24 - 30 godina  
 više od 30 godina

### 2. Spol \*

Označite samo jedan oval.

- Žensko  
 Muško

### 3. Studij \*

Označite samo jedan oval.

- Studij Sestrinstvo  
 Učiteljski studij - Rani i predškolski odgoj i obrazovanje

### 4. Godina studija \*

Označite samo jedan oval.

1. godina  
 2. godina  
 3. godina

### 5. Navedite Vaše srednjoškolsko obrazovanje \*

---



**6. Radni status: \***

*Označite samo jedan oval.*

- zaposlen u struci  
 zaposlen, ali ne u struci  
 nezaposlen

**7. Jeste li se ikada susreli s poremećajima autističnog spektra? \***

*Označite samo jedan oval.*

- Da  
 Ne  
 Nisam siguran/na

**8. Bojite li se rada s djecom s poremećajima iz autističnog spektra? \***

*Označite samo jedan oval.*

- Da  
 Ne  
 Nisam siguran/na

**9. Predstavlja li dijete s poremećajima autističnog spektra za Vas izazov? \***

*Označite samo jedan oval.*

- Da  
 Ne  
 Nisam siguran/na

**10. Smatrate li da je teže raditi s djecom s poremećajima autističnog spektra nego s djecom koja imaju neki drugi poremećaj? (npr. Down sindrom) \***

*Označite samo jedan oval.*

- Da  
 Ne  
 Nisam siguran/na

**11. Smatrate li se "pravom" osobom za rad s djecom s poremećajima autističnog spektra? \***

*Označite samo jedan oval.*

- Da  
 Ne  
 Nisam siguran/na

12. Smatrate li se dovoljno educiranim za rad s djecom s poremećajima autističnog spektra? \*

Označite samo jedan oval.

- Da  
 Ne  
 Nisam siguran/na

13. Smatrate li da ćete po završetku studija biti dovoljno kompetentni za rad s djecom s poremećajima autističnog spektra? \*

Označite samo jedan oval.

- Da  
 Ne  
 Nisam siguran/na

14. Sljedećih nekoliko pitanja govori o kliničkoj slici i tretmanu poremećaja autističnog spektra. Molim navedite u kojoj se mjeri tvrdnja odnosi na Vas: \*

Označite samo jedan oval po retku.

	Potpuno nepoznato	Minimalno poznato	Djelomično poznato	Vrlo poznato
Socijalna interakcija djece s ASD	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ponašanja i interesi djece s ASD	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Načini i modeli komunikacije s djetetom s ASD	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Suzbijanje nepoželjnih oblika ponašanja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inkluzija djeteta u školsku okolinu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



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.

SAMOPROJEKCIJA  
POREMEĆAJIMA  
IZ SPEKTRA  
AUTIZMA

Ja, INES KOSIR (ime i prezime) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom STUDENATA ZA RAD S DJECOM S (upisati naslov) te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:  
(upisati ime i prezime)

Ines Kosir

(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, INES KOSIR (ime i prezime) neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom SAMOPROJEKCIJA STUDENATA ZA RAD S (upisati naslov) čiji sam autor/ica. DJECOM S POREMEĆAJIMA IZ SPEKTRA AUTIZMA

Student/ica:  
(upisati ime i prezime)

Ines Kosir

(vlastoručni potpis)