
SELF-CARE IN CHILDREN WITH MILD COGNITIVE IMPAIRMENTS

Aleksandra Đurić-Zdravković

University of Belgrade – Faculty of Special Education and Rehabilitation, Belgrade, Republic of Serbia, aleksandra.djuric.aa@gmail.com

Mirjana Japundža-Milisavljević,

University of Belgrade – Faculty of Special Education and Rehabilitation, Belgrade, Republic of Serbia, mjkikilj@gmail.com

Biljana Milanović-Dobrota

University of Belgrade – Faculty of Special Education and Rehabilitation, Belgrade, Republic of Serbia, biljanamilanovicdobrota@gmail.com

Abstract: Self-care is an area that aims to develop habits, knowledge and attitudes in helping one self. Children of the typical population adopt these skills by observing the activities of their parents or caregivers. In children with a mild cognitive impairment, the situation is different. Within this population, there are several developmental obstacles that cause delays in the adoption of self-care activities. The delayed development of imitation skills, low quality of ability for receptive speech, and frequent fluctuations in attention make it difficult to perform tasks in this field. However, research shows that, with adequate support, children with a mild cognitive impairment mainly develop self-care skills at the operational level.

This paper describes the developmental specifics of children with a mild cognitive impairment in self-care, as well as adequate techniques for supporting these skills.

Relying on Dorothea Orem's Self-Care Theory (Orem, 1991), a system of educational support for self-care skills is proposed. This system is used when a child has abilities to master these skills but requires minimal support. The methodological approach in Orem's Self-Care Theory has three main components: assessment of self-care skills, process schemes as a learning plan for the skills of self-care and implementation of the implemented. Adequate techniques used in learning self-care activities in children with a mild cognitive impairment are described in the paper by definition, with the given operationalization. These are: Task analysis, Creating a visual guide, Verbal and gesture stimulation, "Links in the chain", Social stories, Video modeling and self-modeling and using mobile applications.

Keywords: self-care, child, mild cognitive impairment, development, support techniques

SAMOPOMOĆ KOD DECE S BLAŽIM KOGNITIVNIM DEFICITOM

Aleksandra Đurić-Zdravković

Univerzitet u Beogradu – Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju, Beograd, Republika Srbija, aleksandra.djuric.aa@gmail.com

Mirjana Japundža-Milisavljević

Univerzitet u Beogradu – Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju, Beograd, Republika Srbija, mjkikilj@gmail.com

Biljana Milanović-Dobrota

Univerzitet u Beogradu – Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju, Beograd, Republika Srbija, biljanamilanovicdobrota@gmail.com

Rezime: Samopomoć je područje koje ima za cilj razvijanje navika, znanja i stavova vezanih za brigu o sebi. Deca tipične populacije usvajaju ove veštine posmatrajući aktivnosti svojih roditelja ili staratelja i vaspitača. Kod dece s blažim kognitivnim deficitom situacija je drugačija. U ovoj populaciji postoji nekoliko razvojnih prepreka koje uzrokuju kašnjenje pri usvajanju aktivnosti samopomoći. Zakasneli razvoj veština imitacije, nizak kvalitet sposobnosti receptivnog govora, kao i česte fluktuacije pažnje otežavaju izvršenje zadatka u ovoj oblasti. Ipak, istraživanja pokazuju da, uz adekvatnu podršku, deca s blažim kognitivnim deficitom uglavnom razvijaju veštine samopomoći na operativnom nivou.

Ovaj rad opisuje razvojne specifičnosti dece s blažim kognitivnim deficitom u okviru samopomoći, kao i adekvatne tehnike podrške ovim veštinama.

Oslanjajući se na Teoriju samopomoći Dorotee Orem (Orem, 1991) u radu se predlaže sistem edukativne podrške veštinama samopomoći. Ovaj sistem se koristi kada dete ima sposobnosti da savlada ove veštine, ali mu je za to potrebna minimalna podrška. Metodski pristup u Oremovoj Teoriji samopomoći ima tri glavna dela:

procenu veština samopomoći, procesne šeme kao plan učenja veština samopomoći i implementaciju sprovedenog.

Adekvatne tehnike koje se koriste pri učenju aktivnosti samopomoći kod dece s blažim kognitivnim deficitom su u radu opisane definicijski, uz datu operacionalizaciju. To su: Analiza zadataka, Kreiranje vizuelnog vodiča, Verbalni i gestikulacioni podsticaj, "Veze u lancu", Socijalne priče, Video modelovanje i samodelovanje i korišćenje mobilnih aplikacija.

Ključne reči: samopomoć, dete, blaži kognitivni deficit, razvoj, tehnike podrške

Članak predstavlja rezultat rada na projektima: "Kreiranje Protokola za procenu edukativnih potencijala dece sa smetnjama u razvoju kao kriterijuma za izradu individualnih obrazovnih programa" (br. 179025) i "Socijalna participacija osoba sa intelektualnom ometenošću" (br. 179017), čiju realizaciju finansira Ministarstvo prosvete, nauke i tehnološkog razvoja Republike Srbije.

1. UVOD

Veoma je značajno na najranijem uzrastu deteta otkriti teškoće u mentalnom razvoju. Procenu treba sprovesti adekvatnim tehnikama procene, koje će ukazati na razvojna odstupanja. U skladu sa evidentiranim odstupanjima i razvojnim specifičnostima deteta predškolskog uzrasta s teškoćama u mentalnom razvoju, treba napraviti plan podrške koji će da vodi ka adekvatnom aktiviranju obrazovno-razvojnog procesa. Većina osoba s intelektualnom ometenošću (oko 85%) ima sposobnosti koje se klasifikuju u kategoriju blažeg kognitivnog deficita (BKD). Ovo stanje karakteriše blaže odstupanje u svim oblastima razvoja (IQ između 50 i 69, a MD 9-12 g).

Intencija savremenog društva, kada su u pitanju deca s BKD, odnosi se na omogućavanje njihovog aktivnog učešća u životu i radu vrtičke zajednice. Istraživanja pokazuju da se takva participacija ostvaruje s mnogo većim kvalitetom ako dete s BKD u velikoj meri poseduje formirane veštine samopomoći. Zato je važno razviti odgovarajuće strategije kojima bi bio cilj usavršavanje aktivnosti samopomoći dece s BKD (Kottorp et al., 2003a). Time bi i kvalitet života ove dece bio znatno bolji.

Program rane intervencije kojim se podstiče učenje aktivnosti samopomoći može se pružati u različitim okruženjima, ali se naglasak stavlja na prirodno okruženje deteta. Pokazalo se da je program rane intervencije najefikasniji ako se s njim počne odmah po utvrđivanju odstupanja ili otkrivanju teškoće u razvoju (Landy & Menna, 2006). U literaturi se navodi da s tretmanom treba započeti dovoljno rano, odnosno pre stvaranja patoloških obrazaca pokreta i ponašanja (Christensen et al., 2016). Iako se sve više ističe važnost prve tri godine života, Dason naglašava da ne treba zanemariti ni razdoblje posle prve tri godine, jer neurorazvojna plastičnost ima uticaj na kvalitet razvoja i posle treće godine (Dawson, et al., 2010).

2. RAZVOJNE SPECIFIČNOSTI DECE S BKD U OKVIRU SAMOPOMOĆI

Samopomoć je područje koje ima za cilj razvijanje navika, znanja i stavova vezanih za brigu o sebi kako bi se deca sa BKD mogla osamostaliti u skladu sa svojim razvojnim mogućnostima (Snyder, McLaughlin, & Denney, 2011). Aktivnosti samopomoći kod male dece uglavnom obavljaju njihovi roditelji i staratelji. U ovim aktivnostima deca postižu postepenu nezavisnost, zasnovanu na različitim unutrašnjim i spoljašnjim faktorima, uključujući kognitivni i finomotorički razvoj. Pri razvoju veština samopomoći kod dece s BKD moguće je uočiti nekoliko prepreka: njihov razvoj veština imitacije često kasni u odnosu na tipičan razvoj, sposobnost receptivnog govora je često u kašnjenju, što rezultuje pogrešnim razumevanjem izrečene instrukcije i njeno tačno izvršavanje, a česte fluktuacije pažnje otežavaju usredsređivanje na izvršenje zadatka u dužem trajanju (Kim, Kang, & Jang, 2017). Deca sa BKD uzrasta od pete do šeste godine se obično nalaze na prvom nivou složenosti ovih veština koji podrazumeva razvijanje elementarnih higijenskih navika (pravilno odevanje i obuvanje, sticanje navika održavanja lične higijene, navike adekvatnog uzimanja obroka i ponašanja za stolom). Drugi nivo složenosti podrazumeva učvršćivanje stečenih navika i razvijanje složenijih u oblasti odevanja, obedovanja i održavanja lične higijene (zakopčavanje, otkopčavanje, vezivanje pertli, upotreba viljuške i noža), kao i održavanje prostorija u kojima se boravi (nameštanje kreveta). Na ovom nivou se obično nalaze deca između sedme i osme godine (Kottorp et al., 2003a; Kottorp et al., 2003b). Veštine samopomoći kod osoba s BKD su uglavnom dobro razvijene, uz minimalni nivo podrške.

3. PODRŠKA VEŠTINAMA SAMOPOMOĆI

Imajući u vidu nivo očuvanih sposobnosti kod dece s BKD, Dorotea Orem (Orem, 1991) predlaže sistem edukativne podrške veštinama samopomoći koji se koristi kada dete ima sposobnosti da savlada ove veštine, ali mu je za to potrebna minimalna podrška. Metodski pristup u Oremovoj Teoriji samopomoći ima tri glavna dela: procenu veština samopomoći, procesne šeme kao plan učenja veština samopomoći i implementaciju sprovedenog.

Kako bi se sprovedla adekvatna intervencija unapređivanja veština samopomoći, neophodno je prethodno napraviti procenu istih. Kod mlađe dece s BKD najjednostavnije je primeniti Ganzberg skalu samopomoći koja obuhvata četiri oblasti procene (uzimanje hrane, motorička pokretljivost, toalet i pranje, oblačenje), a kod starije dece i adolescenata AAMD skalu adaptivnog funkcionisanja (*AAMR Adaptive Behaviour Scale-School Second Edition, Lambert et al., 1993*). Često korišćen je i *Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI)* (*Haley et al., 1992*) koji procenjuje funkcionalne veštine za samopomoć, mobilnost i socijalizaciju, tj. ispituje koje veštine mogu da obavljaju deca u svakodnevnom životu. Procenom je moguće dobiti uvid u konkretne informacije o individualnim mogućnostima i ograničenjima u okviru veština samopomoći. Uzimajući u obzir da su za kvalitetno obavljanje veština samopomoći potrebne motoričke i procesne veštine (Kottorp et al., 2003a), moguće je uključiti i primenu instrumenta kojim ćemo dobiti informacije u ovom segmentu (npr. *Assessment of Motor and Process Skills, Fisher, 2001*).

Procesne šeme kao plan učenja u oblasti samopomoći kod dece s BKD smatraju se vrlo efikasnim strategijama. One podrazumevaju razradenu vizuelnu, demonstrativnu, verbalnu, tekstualnu, ili neku drugu šematsku podršku kreiranu u svrhu kompenzacije nedostataka i uvežbavanja veština samopomoći (Horan et al., 2004a; Horan et al., 2004b; Orem, 1991). Prema Oremovoj, glavni cilj primene ove strategije je smanjenje zavisnosti od podrške drugih osoba (uključujući i zavisnost od verbalnih uputstava). Vrsta i stupanj kompleksnosti procesne šeme se prilagođava uzrastu deteta s BKD i prethodno procenjenim veštinama samopomoći (Orem, 1991). Pri kreaciji procesne šeme mogu da se upotrebljavaju reči, tekst, fotografije, slike i crteži, predmeti, kao i kombinacija navedenog. Dete s BKD može da uvežbava i implementira sprovedeni postupak obuhvaćen procesnom šemom na sebi, na drugome, na lutki, i slično. Npr. za aktivnost *Nanošenje kreme za lice*, kod mlađe dece s BKD moguće je sprovести vizuelno-demonstrativnu podršku pri kojoj bi fotografijama i neposrednim prikazom aktivnosti (demonstracijom) mogli da naučimo dete da pravilno nanese kremu za lice. Kod starije dece i adolescenata s BKD kod kojih je možda prisutna nepravilna aktivnost pri ovoj radnji moguće je primeniti demonstrativno-verbalnu podršku koja bi sadržala taksativno navedena uputstva (1. uzimam kutijicu s kremom, 2. otvaram kremu, 3. vrhom kažiprsta uzimam kremu, 4. stavljam kremu na lice, 5. razmazujem kremu po celom licu, 6. vraćam poklopac na kremu).

4. TEHNIKE U UČENJU AKTIVNOSTI SAMOPOMOĆI

Postoje brojne efikasne tehnike koje se koriste pri učenju aktivnosti samopomoći, a na ovom mestu će biti izdvojene samo neke od njih (Whitaker, 2002; Landy & Menna, 2006; Duvall et al., 2007; Snyder, McLaughlin, & Denney, 2011):

1. Analiza zadataka – proces pri kom se svaki zadatak u okviru radnje samopomoći "rastavlja" na korake, tj. na njegove sastavne delove. Npr. pranje zuba uključuje pronalaženje četkice i paste za zube i eventualno čaše, stavljanje paste za zube na četkicu, četkanje donjih zuba, ispiranje, četkanje gornjih zuba, ponovno ispiranje, čišćenje četkice i pravilno odlaganje navedenog pribora.
2. Kreiranje vizuelnog vodiča – mnogi terapeuti kreiraju vizuelne vodiče, kako bi pomogli usvajanje, prisećanje i ovladavanje koracima uključenim u zadatak u okviru samopomoći. Vizuelni vodič može da uključi fotografije ili klipart za svaki korak u procesu.
3. Verbalni i gestikulacioni podsticaj – u početku ovladavanja procesom detetu s BKD potrebna je pomoć pri upamćivanju i pravilnom završavanju svakog zadatka u okviru samopomoći. Podsticanje može da uključuje verbalnu, ili gestikulacionu pomoć. Postepeno, kako dete usvaja korake nekog procesa, podsticaji se smanjuju, najpre pokazni, a potom i verbalni. Kada detetu više nije potreban podsticaj, smatra se da je ono naučilo određenu radnju.
4. "Veze u lancu" – svaki zadatak u okviru samopomoći uključuje niz koraka koji funkcionišu tako što uslovljavaju jedan drugog. Npr. ne možemo da operemo zube, ako prethodno ne stavimo pastu za zube na četkicu. Ponekad je potrebno upućivati dete s BKD na svaki korak u lancu, a zatim lagano uklanjati veze. Dete tada može da završi zadatak s jednostavnim podsetnikom.
5. Socijalne priče – za razliku od vizuelnog vodiča koji je opisan u gornjim navodima, pri korišćenju socijalnih priča favorizuju se slike i reči za opisivanje očekivanog ponašanja. Većina socijalnih priča je prilagođena individualnim sposobnostima. Socijalna priča može da se ponavlja dok dete s BKD ne izvrši sve korake bez podsticaja.
6. Video modelovanje – Mnoga deca s BKD preferiraju vizuelno učenje. Video modeli se mogu preuzeti s interneta, kreirati posebno za svako dete, ili napraviti na drugi način. Uz video modele moguće je predstaviti celokupan proces neke aktivnosti. Takođe, korisno je primeniti samomodelovanje, pri čemu će dete s BKD gledati snimak izvršenja svog procesa neke aktivnosti i tako korigovati eventualne greške.
7. Aplikacije – Deca s BKD mogu da nauče da koriste mobilne aplikacije dizajnirane u svrhu vođenja kroz neku aktivnost, ili iskustvo, u okviru samopomoći.

Navedenim tehnikama u učenju aktivnosti u okviru samopomoći, postepenom internalizacijom, tj. prenošenjem izvesnih spoljašnjih normi, akcija i standarda na unutrašnji mentalni plan, dete s BKD počinje da ih doživljava kao vlastite i primenjuje ih kao svoju strategiju (Snyder, McLaughlin, & Denney, 2011).

Dok se usvaja veština, jednostavne motorne komponente se povezuju u veće celine, sve veći hijerarhijski motorni odgovor i potiskuju se do nesvesne automatizovane motorne ili proprioceptivne kontrole, a pažnja se usmerava na predviđanje sledećeg postupka. Predviđanje omogućava da se manje vodi računa o motornoj aktivnosti. Kada se jednom dostigne visok nivo usvojenosti veštine, motorna memorija i propriocepcija proizvode motorno-mišićne obrasce koji su u datom trenutku prilagođeni zahtevima trenutne situacije. To znači da je usvojen odgovarajući redosled aktivnosti, kao i nesmetani prelazak između jednostavnih pokreta ili međuveština (Nišević, 2016).

5. UMESTO ZAKLJUČKA

Srbija ulaže napore da dete s BKD bude uključeno u razvojne programe koje pohađaju deca tipičnog razvoja. U vezi s tim, potrebno je obezbediti izvodljivost sprovođenja programa samopomoći u okviru rane intervencije u takvom inkluzivnom vrtićkom okruženju. Pažnju treba posvetiti tome da redovni programi zadrže integritet bez obzira na to što je dete s BKD uključeno u njih, ali da s druge strane budu tako organizovani da zadovoljavaju potrebe ovog deteta. Sve to treba izvoditi tako da se minimalizuje stigmatizovanje deteta u vrtiću, koje se nehotice može javiti pri izvođenju programa. Pored toga, problem može predstavljati ograničena socijalna kompetencija koju ispoljava veliki broj dece sa BKD, često udružena sa bihevioralnim problemima.

LITERATURA

- [1] Christensen, D. L., Bilder, D. A., Zahorodny, W., Pettygrove, S., Durkin, M. S., Fitzgerald, R. T.,... & Yeargin-Allsopp, M. (2016). Prevalence and characteristics of autism spectrum disorder among 4-year-old children in the autism and developmental disabilities monitoring network. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 37(1), 1-8.
- [2] Dawson, G., Rogers, S., Munson, J., Smith, M., Winter, J., Greenon, J.,... & Varley, J. (2010). Randomized, controlled trial of an intervention for toddlers with autism: the Early Start Denver Model. *Pediatrics*, 125(1), e17-e23.
- [3] Duvall, J. A., Lu, A., Cantor, R. M., Todd, R. D., Constantino, J. N., & Geschwind, D. H. (2007). A quantitative trait locus analysis of social responsiveness in multiplex autism families. *American Journal of Psychiatry*, 164(4), 656-662.
- [4] Fisher, A. G. (2001). *Assessment of Motor and Process Skills: Development, standardization, and administration manual*, (4th ed., Vol. 1). Fort Collins, CO: Three Star Press.
- [5] Haley, S. M., Andrellos, P. J., Coster, W., Haltiwagner, J. T., & Ludlow, L. H. (1992). *Pediatric evaluation of disability inventory*. New England Medical Center Hospitals.
- [6] Horan, P., Doran, A., & Timmins, F. (2004b). Exploring Orem's self-care model in learning disability nursing: Practical application paper: part 2. *Learning disability practice*, 7(4), 33-37.
- [7] Horan, P., Doran, A., & Timmins, F. (2004a). Exploring Orem's self-care deficit nursing theory in learning disability nursing: Philosophical parity paper: part 1. *Learning disability practice*, 7(4), 28-33.
- [8] Kim, K., Kang, J. Y., & Jang, D. H. (2017). Relationship Between Mobility and Self-Care Activity in Children With Cerebral Palsy. *Annals of rehabilitation medicine*, 41(2), 266-272.
- [9] Kottorp, A., Bernspång, B., & Fisher, A. G. (2003a). Activities of daily living in persons with intellectual disability: Strengths and limitations in specific motor and process skills. *Australian Occupational Therapy Journal*, 50(4), 195-204.
- [10] Kottorp, A., Bernspång, B., & Fisher, A. G. (2003b). Validity of a performance assessment of activities of daily living for people with developmental disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47(8), 597-605.
- [11] Lambert N., Nihira K. & Leland H. (1993). *Adaptive Behavior Scale-School: Examiner's Manual*. 2nd edn. Austin, TX: Pro-ed.
- [12] Landy, S., & Menna, R. (2006). *Early intervention with multi-risk families: An integrative approach*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- [13] Nišević, S. D. (2016). *Bazične akademske veštine dece sa razvojnim poremećajem koordinacije*. Doktorska disertacija. Beograd: Univerzitet u Beogradu - Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju.
- [14] Orem, D.E. (1991). *Nursing: Concepts of practice* (4th ed.). St. Louis, MO: Mosby Year Book Inc.

- [15] Snyder, P.A., McLaughlin, T., & Denney, M. K. (2011). Frameworks for Guiding Program Focus in Early Intervention. In J. M. Kauffman and D.P. Hallahan (Series Eds.), and M. Conroy (Section Ed.), *Handbook of Special Education: Section XII. Early Identification and Intervention in Exceptionality* (pp. 716-730). New York: Routledge.
- [16] Whitaker, P. (2002). Supporting families of preschool children with autism: What parents want and what helps. *Autism, 6*(4), 411-426.