



УНИВЕРЗИТЕТ У КРАГУЈЕВЦУ
ФАКУЛТЕТ МЕДИЦИНСКИХ НАУКА

Емина Д. Поповић

**КВАЛИТЕТ ЖИВОТА ДЕЦЕ СА ГОВОРНИМ
ПОРЕМЕЋАЈИМА И ЊИХОВИХ ПОРОДИЦА**

Докторска дисертација

Крагујевац, 2025.



UNIVERZITET U KRAGUJEVCU
FAKULTET MEDICINSKIH NAUKA

Emina D. Popović

**KVALITET ŽIVOTA DECE SA GOVORNIM
POREMEĆAJIMA I NJIHOVIH PORODICA**

Doktorska disertacija

Kragujevac, 2025.



UNIVERSITY OF KRAGUJEVAC
FACULTY OF MEDICAL SCIENCES

Emina D. Popović

**QUALITY OF LIFE OF CHILDREN WITH SPEECH
DISORDERS AND THEIR FAMILIES**

Doctoral Dissertation

Kragujevac, 2025.

Аутор
Име и презиме: Емина Поповић
Датум и место рођења: 10. јануар 1993. Пожаревац
Садашње запослење: мастер логопед
Докторска дисертација
Наслов: Квалитет живота деце са говорним поремећајима и њихових породица
Број страница: 87
Број слика: број табела: 23, број графикана: 2
Број библиографских података: 85
Установа и место где је рад израђен: Дом здравља Петровац на Млави
Научна област (УДК): медицинске науке
Ментор: проф. др Јасмина Стојановић, ванредни професор Факултета медицинских наука Универзитета у Крагујевцу
Број и датум одлуке Већа Универзитета о прихватању теме докторске дисертације: 01 303/12-8 од 04.02.2025.

Autor
Ime i prezime: Emina Popović
Datum i mesto rođenja: 10. januar 1993. Požarevac
Sadašnje zaposlenje: master logoped
Doktorska disertacija
Naslov: Kvalitet života dece sa govornim poremećajima i njihovih porodica
Broj stranica: 87
Broj slika: broj tabela: 23, broj grafikona: 2
Broj bibliografskih jedinica: 85
Ustanova i mesto gde je rad izrađen: Dom zdravlja Petrovac na Mlavi
Naučna oblast (UDK): medicinske nauke
Mentor: prof. dr Jasmina Stojanović, vanredni profesor Fakulteta medicinskih nauka Univerziteta u Kragujevcu
Broj i datum odluke Veća Univerziteta o prihvatanju teme doktorske disertacije: 01 303/12-8 od 04.02.2025.

Author
Name and surname: Emina Popović
Date and place of birth: 10th January 1993 Požarevac
Current employment: Master of Speech and language pathologist
Doctoral Dissertation
Title: Quality of Life of Children with Speech Disorders and their Families
No. of pages: 87
No. of images: number of tables: 23, number of charts: 2
No. of bibliographic data: 85
Institution and place of work: Health Center "Petrovac na Mlavi"
Scientific area (UDK): medical sciences
Mentor: prof. dr Jasmina Stojanović, associate professor of Faculty of Medical Sciences
Decision number and date of acceptance of the doctoral dissertation topic: 01 303/12-8 од 04.02.2025.

Сажетак

Под утицајем бројних животних фактора, говор стално трпи промене, што за последицу може имати нарушавање говора деце, при чему родитељи релативно касно препознају или уопште не уоче говорно-језичка одступања, што утиче на правовремено започињање третмана, а самим тиме и на његов исход. Наша студија се бави испитивањем различитих домена квалитета живота деце са говорним поремећајима и без говорних поремећаја, као и њихових родитеља, односно старатеља. Истраживање је спроведено у виду проспективне студије пресека, на узорку од 206 деце предшколског узраста 5 до 7 година и њихових родитеља/старатеља. Као инструмент истраживања, поред Општег упитника о социодемографским карактеристикама испитаника коришћени су и упитници за процену квалитета живота деце и родитеља/старатеља: Упитник Kiddy-KINDL – верзија за децу, Упитник Kiddy-KINDL – верзија за родитеље и Скала квалитета живота породице (Family Quality of Life Survey (FQOL)). Поремећај артикулације откривен је код 78,2% деце. Од пет домена квалитета живота породице, значај је утврђен у домену породичне интеракције у погледу подршке, подршке у вези са инвалидитетом и безбедности породице. Што се тиче домена физичког/материјалног благостања, утврђен је значај за домене стоматолошке неге и родитељства. Нису нађене разлике у домену емоционалног благостања. Резултати истраживања ће послужити за креирање едукативних програма којима ће се подстицати позитивни ставови родитеља и деце о логопедским интервенцијама, што представља значајан предуслов за успешно санирање говорних поремећаја и побољшање породичног квалитета живота.

Кључне речи: говорни поремећаји, деца, родитељи/старатељи, квалитет живота

Abstract

Under the influence of numerous life factors, speech constantly undergoes changes, which can result in impaired children's speech, which is why parents recognize speech-language deviations relatively late or do not cause them at all. its outcome. Our study examines different domains of the quality of life of children with speech disorders and without speech disorders, as well as their parents or guardians. The research was conducted in the form of a prospective cross-sectional study, on a sample of 206 children of preschool age 5 years old 7 years and their parents/guardians. As a research instrument, in addition to the General Questionnaire on the sociodemographic characteristics of the respondents, questionnaires were also used to assess the quality of life of children and parents/guardians: the Kiddy-KINDL Questionnaire - version for children, the Kiddy-KINDL Questionnaire - version for parents and the Family Quality of Life Survey (FQOL). Articulation disorder was detected in 78.2% of children. From the five domains of family quality of life, significance was found in the domain of family interaction regarding the support, support related to disability, and family safety. Regarding the physical/material well-being domain, the significance was found for dental care and parenting domains. No differences were found in the domain of emotional well-being. The results of the research will be used to create educational programs that will encourage positive attitudes of parents and children about speech therapy interventions, which is a significant prerequisite for successfully remediating speech disorders and improving family quality of life.

Key words: speech disorders, children, parents/guardians, quality of life

САДРЖАЈ

I. ТЕОРИЈСКЕ ОСНОВЕ ИСТРАЖИВАЊА	1
1. 1. УВОД	1
1. 2. О ГОВОРУ	1
1. 2. 1. Развој дечјег говора	2
1. 2. 2. Уредан развој говора	2
1. 2. 3. Прозодија	2
1. 3. О артикулацији	3
1. 4. Артикулациони поремећаји	3
1. 4. 1. Развојни поремећај артикулације (Dyslalia)	4
1. 5. Узроци артикулационих поремећаја	4
1. 5. 1. Узроци средине	4
1. 5. 2. Органски узроци	4
1. 5. 3. Неуролошки узроци	4
1. 5. 4. Психолошки узроци	4
1. 5. 5. Наследни узроци	5
1. 5. 6. Остали могући узроци	5
1. 6. Класификација артикулационих поремећаја	7
1. 6. 1. Функционалне дислалије	7
1. 6. 2. Органске дислалије	7
1. 7. Типови дислалија	8
1. 8. Дијагностика поремећаја артикулације	8
1. 9. Узраст	9
1. 10. Ментални узраст	10
1. 11. Последице	10
1. 12. Превенција	10
1. 13. Преваљенца говорних поремећаја	11
1. 14. Квалитет живота	12
1. 14. 1. Дефинисање појма квалитета живота	12
1. 14. 2. Квалитет живота деце са развојним језичким поремећајима	13
1. 15. Инструменти за процену квалитета живота	14
1. 16. Разлози неподударања одговора родитеља и деце на тестовима	15
1. 17. Интервенције	16
1. 18. Шта је најтеже деци и родитељима деце са развојним језичким поремећајима	16
1. 19. Квалитет живота родитеља деце са говорно-језичким поремећајима	17

1. 20. Тешкоће са којима се сучавају деца са ГЈП и њихови родитељи	18
1. 21. Закључак о квалитету живота	19
1. 22. Значајност откривања и лечења артикулационих поремећаја	19
1. 23. Закључак дисертације	20
II. ЦИЉЕВИ И ХИПОТЕЗЕ ИСТРАЖИВАЊА	21
2. 1. Главни циљеви	21
2. 2. Споредни циљеви	21
2. 3. Хипотезе	21
III. МЕТОДОЛОГИЈА ИСТРАЖИВАЊА	22
3. 1. Врста студије и популација која се истражује	22
3. 1. 1. Укључујући и искључујући критеријуми за студију	22
3. 1. 2. Контролна и испитивачка група	22
3. 2. Узорковање	22
3. 2. 1. Варијабле које се мере у студији	23
3. 3. Инструменти истраживања	23
3. 3. 1. Тријажни артикулациони тест и Глобални артикулациони тест	23
3. 3. 2. Упитник KINDL	24
3. 3. 3. Упитник Kiddy-KINDL – верзија за децу	24
3. 3. 4. Упитник Kiddy-KINDL – верзија за родитеље	25
3. 3. 5. Скала квалитета живота породице Family Quality of Life Scale (FQOL)	26
3. 4. Снага студије и величина узорка	26
3. 5. Статистичка обрада података	26
IV. РЕЗУЛТАТИ ИСТРАЖИВАЊА	27
4. 1. Социо-демографски упитник за родитеље – целокупна студијска популација	27
4. 2. Социо-демографски упитник за родитеље – поређење две групе испитаника према присуству/одсуству артикулационих поремећаја	30
4. 3. Упитник Kiddy-KINDL – верзија за родитеље – тестирање разлика између две групе родитеља	32
4. 4. Kiddy-KINDL – верзија за децу – тестирање разлика између две групе	41
4. 5. Квалитет живота породице	44
4. 6. Регресиона анализа утицаја социо-демографских карактеристика родитеља на квалитет живота деце са артикулационим поремећајима	49
V. ДИСКУСИЈА	56
VI. ЗАКЉУЧЦИ	72
VII. ЛИТЕРАТУРА	75

I. ТЕОРИЈСКЕ ОСНОВЕ ИСТРАЖИВАЊА

1. 1. УВОД

Значај говора за човеков лични развој и друштвени живот је неспоран. Говор је карактеристика која човека разликује од осталих живих бића и представља најважније средство социјализације детета које подстиче његов развој у целини. Да бисмо одредили одступања у говору и језику, мора се, најпре, знати типичан ток развоја дечјег говора и језика (1).

Језик и говор се не могу поистовећивати, замењивати и искључивати јер су дијалектички међуусловљени делови једне јединице. Разликовање језика и говора први је увео Фердинанд Де Сосир. Он је унутар језичке делатности (language) извршио поделу на језик (langue) и говор (parole) и данас се савремена лингвистика заснива на овој подели. Под *језиком* сматра се апстрактни систем знакова који се употребљава за интерперсоналну комуникацију, док је *говор* конкретна реализација тог система тј. комуникација (2). Усвајање језика код деце укључује две различите способности: способност *разумевања* говора других људи и способност *продукције* говора. Разумевање би требало да претходи говорној продукцији али не нужно јер су оба процеса блиско повезана и одвијају се паралелно (2).

Некада је породица имала доминантну улогу у формирању навика детета и утицаја на његов целокупан развој, а данас предшколска установа, као први степен социјализације детета на челу са васпитачем, преузима низ улога. Врло је важно да се правилним обрасцима и темељима отпочиње период детињства јер је снага речи дететовог модела велика. Зато сви ми имамо моралну и професионалну обавезу да говоримо правилно (3).

1. 2. О ГОВОРУ

Говор нису само речи. Говор је све оно што омогућава детету да комуницира са својом околином: покрети, гестови, мимика, промене боје и јачине гласа и тако даље (4). Говорење, односно говорна продукција, веома је сложена функција и не укључује само лингвистичке, већ и когнитивне процесе, почевши од мисли и намера до формирања секвенци звукова. Такође, у продукцији усменог говора учествују и човекове намере, његова пажња, емоције, мишљење, егзекутивне функције, али и слух, акустичка перцепција и разумевање говора. Осим што је психомоторна, говор је и имитативна функција, која се постепено развија слушањем језика из дететове говорне средине и на тај начин омогућава успостављање контакта са својом околином. С друге стране, мења се однос детета према социјалној средини, убрзава се његов когнитивни развој и регулише дететово понашање (5). Данас постоји пуно дефиниција говора, и једна од најуниверзалнијих је да говор представља основно средство људске комуникације, која се обавља уз помоћ симбола. Ти симболи могу бити вокални, графички, гестикулациони или неке друге природе (4, 6).

Од концепта до артикулације постоји више нивоа. Сматра се да мозак има унутрашњу репрезентацију вокализације и акустичких исхода артикулације, односно свега што је неопходно да би се неки глас произвео. Фонологију представљају шеме звукова на можданом плану, док се фонетика односи на продукцију говорних звукова (4).

Да би се усмени говор правилно одвијао, неоподни су, осим неуронске пластичности, и механизми повратне спреге који врше детекцију грешака и њихово исправљање у складу са реалном ситуацијом. Такође, ови механизми су важни и за учење говора, али и приликом његове рехабилитације (4). Поред гласница, у стварању говора учествују и говорни органи или артикулатори који модулирају ваздушну струју и на тај начин стварају гласове приликом говорења. Говор се остварује координираним радом: респираторног, фонаторног, резонаторног и артикулаторног механизма. Они чине тзв. ефекторни комуникативни систем (7). Под утицајем бројних животних фактора говор стално трпи промене, што за последицу може имати нарушавање говора деце, при чему родитељи релативно касно препознају или уопште не уоче говорно-језичка одступања, што утиче на правовремено отпочињање логопедског третмана, а самим тиме и на његов исход (4).

1. 2. 1. Развој децјег говора

За говорни развој потребан је низ органских, психичких и социјалних чинилаца. Када је дете рођено у здравим околностима, оно има урођене предиспозиције за правилан развој говора и језика, али то не значи нужно да ће се говор спонтано и развити. Да би се говор јавио, неопходна је блиска и емотивно здрава социјална средина. Период раног детињства (постнатални развој) је јако важан јер дете тада стиче важне навике и вештине, а емоционалне сметње које се у том периоду не примете, могу негативно утицати на развој говора (1). Утицај мајке на говор детета један је од основних фактора, а мајчин глас представља *капију ка друштвеном животу*.

Истраживања ране комуникације између мајке и детета показују да је дете биолошки предодређено ка стварању емоционалне интеракције са другим људима. Рана интеракција између мајке и детета веома је значајна за развој говора и спречавање говорно-језичких поремећаја (1).

1. 2. 2. Уредан развој говора

Изговарање гласова почиње у раном развојном периоду. Прва вокализација новорођенчета је крик, из кога се развија плач. Први гласови које дете производи настају без икаквог претходног учења. У првим недељама живота беба може да произведе већи број гласова него што постоји у њеном матерњем језику (око 120 гласова на узрасту од два до три месеца). Вокализација код одојчади далеко је од правилног изговора, али временом се добија сличност са гласовима матерњег језика. Количина и квалитет вокализације детета директно утичу на његов каснији развој артикулације и говора уопште. Развојне карактеристике гласова су у директној вези са фином логомоториком; фини покрети орофацијалне регије прате изговор одређеног гласа и током развоја се усавршавају како би се и најтежи моторни обрасци научили (2).

1. 2. 3. Прозодија

Најјаснији допринос десне хемисфере језику је прозодија – мелодијска интонација говора, која преноси како значење, тако и емоције. Прозодија представља паралингвистички аспект говора, веома важан у комуникацији. Њу чине: висина говора (интонација), мелодија, каденца, гласност, боја тона, темпо, нагласци и паузе (4).

1. 3. О артикулацији

Када говоримо о говору, осим о његовим супрасегментним структурама, обично мислимо на изговор гласова матерњег језика – *артикулацију*. Сматра се да је артикулација огледало говорно-језичког развоја сваког детета и представља правилан изговор гласова језика. У артикулацији учествују структуре усне дупље (усне, образи, зуби, језик, алвеоле, непце), гласнице, плућа, мишићи, нерви и мозак. Да би дете успешно изговорило неки глас, све структуре говорног тракта морају бити синхронизоване и под вољном контролом детета. Развој гласова сваког језика одвија се према тачно одређеном развојном току и на одређеном узрасту детета (4).

Деца узраста од 4 године често имају грешке у изговору гласова премда их лако могу разумети људи из окружења. Пратећи фонолошки развој, до 5. године живота дете треба правилно да изговара свих 30 гласова српског језика. Иако нормативи за развој артикулације толеришу одступања у изговору појединих гласова и до 5 и по година, свакако до 6. тј. до 7. године живота, односно, до поласка у школу деца углавном савладају изговор свих гласова матерњег језика иако могу остати тешкоће код одређених комбинација гласова, а да то не ствара проблеме у њиховој комуникацији. *Абнормалан развој* постоји када изговарање гласова код детета касни и/или је измењено што доводи до проблема у комуникацији са другим људима да разумеју такав говор детета. Разлога за ову тврдњу је неколико, али најважнији, пре свега, јесте пластичност децејег мозга која подразумева лакше учење и аутоматизацију новог, исправног начина изговора (4, 7).

Истраживањем развоја фонолошке структуре српског језика показано је да артикулација представља континуиран процес, а редослед јављања група гласова код деце од три до седам година је следећи: вокали, плосиви, назали, фрикативи, африкати, латерали. Познавање релативних фреквенција гласова у језику помаже у одређивању степена оштећености говора (2).

1. 4. Артикулациони поремећаји

Артикулациони поремећај представља неправилно изговарање гласова језика. Дакле, патолошка артикулација је одступање у изградњи гласова, како на визуелном, тако и на акустичком и кинестетском нивоу. Поремећаји артикулације могу бити различитог типа и степена оштећења. У неким случајевима ове промене су једва приметне и као такве могу да егзистирају током целог живота и да не представљају проблем ни детету, односно касније одраслој особи, ни његовој социјалној средини. Према неким подацима, око 4–5% деце је погођено оваквим поремећајима. Са друге стране, артикулациони поремећаји могу да буду и до те мере упадљиви, да је вербална комуникација потпуно неразумљива за ширу социјалну средину (4). Уколико се са корекцијом гласова не отпочне на време, код деце се најпре може јавити фрустрација због неразумевања од стране околине, а са поласком у школу, и поремећаји школских вештина у читању и писању. Такође, ова деца су под утицајем високог стреса јер су врло често изложена исмевању од стране вршњака. Даље, испади на плану говорно-језичког развоја онемогућавају детету да развије многе психичке процесе који утичу на постизање одређеног академског успеха и на његов квалитет живота.

1. 4. 1. Развојни поремећај артикулације (Dyslalia)

Dyslalia (развојни поремећај артикулације гласова; функционални поремећај артикулације; развојни фонолошки поремећај; лалација) представља поремећај изговора гласова детета које има: уредан физиолошки слух, добру инервацију говорних органа, очуване интелектуалне способности и правилну развијеност језичких способности (7).

Дакле, дететова употреба говорних гласова је испод очекиваног нивоа за његов умни и хронолошки узраст, а притом се искључују: афазije (F 47.0), апраксије (R 48.2), развојни поремећај експресивног и рецептивног говора (F 80.1, F 80.2), губитак слуха (H 90-H 91), расцепи непца и структурне аномалије уста (Q 35-Q 38) и менталне ретардације (F 70-F 79) (7).

1. 5. Узроци артикулационих поремећаја

Одређени говорни поремећаји могу имати генетску предиспозицију, међутим, чешћи су они који су узроковани физичком или психо-социјалном етиологијом (5).

1. 5. 1. Узроци средине

Дете, осим што прихвата језички модел понашања породице и средине у којој одраста, усваја и њен начин изговора. Ако неко у породици врска, замењује гласове, говори носним призвуком, и дете ће имитирајући такав модел научити тако и да говори (7).

1. 5. 2. Органски узроци

Ови узроци могу бити: анатомски и неуролошки. *Анатомско-структурални* подразумевају анатомске неправилности периферних говорних органа (неправилан однос вилице и зуба), као и урођени деформитети као што су: расцепи усана, горње вилице, тврдог непца, срастао/кратак подјезични френулум, високо тврдо непце, дубок фарингс. Наведене промене мењају смер ваздушне струје потребне при изговору, онемогућавају стварање одговарајућег резонантног простора, као и адекватне покрете језика и осталих говорних органа (7).

1. 5. 3. Неуролошки узроци

Настају услед оштећења кортикалних или субкортикалних регија значајних за перцепцију и продукцију говора, као и инервационих путева под чијим се непосредним дејством одвија функција говора (7).

1. 5. 4. Психолошки узроци

Неретко се дешава да не постоји ниједан од претходно наведених узрочника, а да дете од 7 или 8 година има *инфантилан говор*. Сматра се да таква деца одбијају да одрасту, а узроци томе могу бити различити; већина њих потиче од емоционалних сукоба. Најчешће је то због рођења млађег детета, које захтева више пажње и посвећености, што може бити разлог занемаривања старијег детета или дељења до тада

неподељене пажње. Узрок инфантилног говора могу бити и конфликти у породици, развод родитеља или смрт неког из породице (7).

1. 5. 5. Наследни узроци

Уколико дете има сличну конституцију говорних органа као и његови родитељи, утицај погрешног говора на дечји говор може бити нарочито јак. На ово се може надовезати и психолошки фактор идентификације с вољеном особом. Тада се преплићу: наслеђе, утицај средине и психолошки фактори (7).

1. 5. 6. Остали могући узроци

Један од битних предуслова за развој говора јесте слух, те ће било која оштећења слуха негативно утицати на развој говора. Поремећаји говора (поремећаји артикулације, односно, отогене дислалије) и гласа (отогене дисфоније) узроковани оштећењем слуха називају се *Dyseneia*. Иако она није прецизна дијагноза, користи се како би се грубо означио узрок поремећаја говора, док се не утврди диференцијална дијагноза (7).

Неспретност артикулатора може бити узрок поремећаја артикулације. Изговор гласова захтева фину координацију и спретне покрете читаве мускулатуре језика (7).

Лош фонемски слух такође може бити узрок поремећаја артикулације. Међутим, поставља се питање да ли је он узрок или последица поремећаја изговора (7).

Лош говорни модел/узор/пример. Дете развија говор, па и изговор, слушајући говор околине у којој одраста. Ако неко у породици или чак ближеј околини детета, ко је детету узор, има поремећај изговора, дете га може прихватити и стећи исти поремећај. У лош говорни модел спада и предуго *мажење/тепање* у говору, када је родитељско обраћање на нивоу дететовог или чак испод њега, а кога родитељи често нису ни свесни да употребљавају приликом комуникације са својим дететом (7).

Запуштеност. Да би дете развило говор, оно мора интуитивно схватити корисност говора и добијати потврду да га околина слуша и разуме. Ако се родитељи недовољно баве дететом и недовољно га вербално стимулишу, оно неће само проговорити. Деца која су вербално запуштена не морају бити и материјално запуштена, напротив. У данашње време, то су најчешће деца из богатих породица, чиста и уредна, нахрањена, која имају много играчака, али којој се не придаје довољно родитељске пажње (7).

Родитељски перфекционизам. Превелики захтеви родитеља неретко могу узроковати тешка артикулациона одступања. Постоје родитељи који од своје деце захтевају више него што она могу, па и добар изговор гласова (чисту артикулацију гласова) када она још нису довољно зрела за њих. Дете својим скромним могућностима настоји да удовољи захтевима родитеља, па произведе нешто што најсличније личи на оно што се од њега захтева, а што одступа од правилног изговора, који се може врло лако задржати и касније кориговати (7).

Билингвизам. Деца која паралелно уче два језика често изговор једног језика преносе у други, па тако мењају изговор гласова (7).

Заостајање у интелектуалном развоју. Иако дислалија искључује интелектуалну ометеност, чињеница је да на развој говора и језика утиче интелигенција. Поремећај изговора гласова могу имати и деца граничне, и деца натпросечне интелигенције, јер на развој артикулације, осим интелигенције, утичу и многи други фактори (7).

Ранији узроци. Ови узроци могу бити неки агенси који су деловали у доба развоја изговора гласова, а којих касније, у тренутку тражења логопедске помоћи, више нема.

Најчешће то буде *прерани губитак секутића* у доба када се гласови интензивно формирају и чисте. Ако је дете било без зуба дужи временски период, врло лако се могу формирати неправилни артикулациони обрасци. Касније, нови зуби израсту, али изговорне навике које су се усталиле остају (7).

Такође, *привремена наглувост* је врло чест узрок. Ако довољно дуго траје, оштећена слушна информација према којој дете адаптира свој изговор оставља траг на изговору и када оштећење слуха нестане (7).

Лоше навике: прерана и дуга изложеност екранима и страном језику, дуготрајна употреба цуцле, касно увођења чврсте хране и дуго давање кашасте/пасиране хране детету, навике попут сисања палца, дугог коришћења цуцле, флашице и слично (5).

Обрасци храњења одојчади такође умногоме утичу на моторичке вештине и на развој говора и језика. Дојење је примарни начин исхране и препоруке су макар до 6 месеци живота због своје дугорочне користи за укупан развој детета, укључујући развој говора и језика. С друге стране, уколико из неког разлога мајка не доји, као алтернативан начин је храњење на флашицу адаптираним млеком. Оно захтева употребу вештачке брадавице или цуцле на флашици (8).

Током дојења покрети усана одојчади захтевају довољно широк отвор уста како би ухватила мајчину брадавицу, док код храњења на флашицу, бебе не морају широм да их отварају не би ли се закачила за цуцлу. У току дојења, бебине горње и доње усне су истурене напоље, опуштеније и ближе једна другој, а покрети вилица ближи према унутрашњости уста. Активност периоралних мишића је већа него током храњења на флашицу. Све ово постепено доводи до поремећене динамике равнотеже мишића на језику, уснама и образима. Цуцле су направљене од дебљег материјала и имају другачији облик од ткива дојке и самим тим доводе до нефизиолошког притиска у усној дупљи и ограничавају правилан раст и развој непца и појаву малоклузије (8). Због смањене мишићне активности, храњење на флашицу може изазвати потешкоће повезане са развојем зубног загриза, што доводи до промене дентиције, као и повећан ризик од развоја говорно-језичких поремећаја, пре свега артикулационих (8).

Поред артикулационих, студије показују и да деца производе своје прве речи касније од дојене деце, што узрокује одложен или успорен развој говора и језика. Зато је неопходна додатна и благовремена едукативна подршка родитељима, посебно мајкама, како би се подигла свест о негативним ефектима храњења на флашицу. Дојење смањује ризик од поремећаја говора за 50 – 60% у односу на децу која се хране преко флашице (8).

Иако из анамнестичких података можемо посумњати на неке узроке, ипак се код већине деце са поремећајем изговора гласова прави узроци не могу наћи. Неретко се дијагноза може допунити тек у току хабилитационог третмана. Али оно што је најважније, у већини случајева ће дете успешно савладати изговор гласова а да се можда никад не сазна који је разлог одступања у току развоја артикулације (7).

1. 6. Класификација артикулационих поремећаја

Гласови имају нека своја обележја на основу којих се међусобно разликују или су слични. Основне дистинктивне карактеристике су: *место артикулације, начин артикулације и звучност* (7). У односу на *тип артикулационог поремећаја*, поремећаји артикулације могу се поделити на:

1. Функционалне поремећаје (функционалне дислалије)
2. Органске поремећаје (органске дислалије) (4)

1. 6. 1. Функционалне дислалије

Функционална дислалија је поремећај у артикулацији који настаје као последица измењене функције артикулатора, што за последицу има неправилан проток ваздушне струје при артикулацији одређеног гласа (4).

Функционалне дислалије се деле у три групе:

- Моторичке/фонетске дислалије
- Сензоричке/фонематске дислалије
- Сензо-моторичке дислалије

Моторичка (фонетска) дислалија у чијој основи се налази недовољна покретљивост и спретност говорних органа, док је фонемски слух нормално развијен. Јавља се често код слабашне и болешљиве деце и деце која често болују од стоматитиса.

Сензоричка (фонематска) дислалија примарно је условљена поремећајем рада слушно-говорног анализатора и док је физиолошки слух добро развијен, фонематски слух је поремећен. Таква деца имају слабо развијену аудитивну меморију, брзо се исцрпљују и аудитивна пажња им је дистрактибилна.

Сензо-моторичка дислалија је условљена неадекватним радом анализатора одговорних за перцепцију и експресију говора, који су иначе међусобно повезани. Тако, на пример, код недовољно развијеног фонематског слуха, осим аудитивне перцепције, отежано је и формирање чврстих и јасних кинестезија, које су нужне за правилан изговор (Токарева, 1969). Код поремећаја говорне моторике, осим што се у детета неправилно формира изговор, нејасни и неправилни кинестетички импулси говорних органа шаљу погрешну информацију у слушно-говорни анализатор, што негативно утиче на формирање фонематског слуха (7).

1. 6. 2. Органске дислалије

Органске дислалије деле се на:

- 1) *Централне* – оне које су настале као последица повреде или болести ЦНС или кранијалних нерава који учествују у процесу артикулације.
- 2) *Периферне* – оне које су настале као последица патолошких стања/аномалија вилица и зуба (протрузија, отворени и укрштени загриз, дијастема) или аномалија усана и непца (расцепи, готско непце). Оне се називају *ортодонске дислалије (Dysgnatia)*, а говорни поремећаји проузроковани дисгнатијама називају се *Dyslalia palatinalis* (4, 7).

Етиологија ортодонских аномалија је разноврсна и мултифакторијална и од посебног је значаја не само због правовременог постављања дијагнозе, већ и за спровођење даљег терапијско-рехабилитационог поступка (3).

У односу на број поремећених гласова у говору детета, дислалије се деле на *полиморфне* и *мономорфне*.

Полиморфне дислалије обухватају поремећаје изговора гласова из различитих артикулационих група (нпр. *р, л љ, ш, ч, ћ*), док је код *мономорфних дислалија* поремећен изговор једног или неколико гласова исте артикулационе групе (*к, г, х*) (7).

1. 7. Типови дислалија

- 1) *Омисија* представља недостатак гласа у речи. У раном развојном добу омисија може бити пролазна фаза оних гласова који имају тешке обрасце логоторике. Али ако је глас лакшег логоторног обрасца, онда је у питању патолошко стање и неопходно је одмах отпочети са логопедским третманом (4).
- 2) *Супституција* значи замена одређеног гласа неким другим. А гласови се најчешће замењују по звучности или по месту и начину стварања. Она се може, до извесне хронолошке доби детета и зрелости логоторике, сматрати као физиолошко стање. Међутим, на старијем узрасту супституција је патолошко стање које захтева логопедски третман (4).
- 3) *Дисторзија* је најчешћи артикулациони поремећај и значи неправилно изговарање одређеног гласа. Она се мање толерише зато што може бити врло алармантна јер се погрешно научени модели логоторике много теже коригују него непостојећи модел (4).

Адиција – додавање гласова у постојећу реч, додавање слогова, као и њихова инверзија (метатеза) не спадају у дислалије. Дислалије се односе искључиво на фонетски аспект оштећења, оне не нарушавају структуру речи. Поремећаји који мењају структуру речи, као што су адиције и инверзије спадају у језичке поремећаје (7).

Најучесталији артикулациони поремећаји су: сигматизам, ротацизам, капацизам, ламбдацизам, гамацизам, делтацизам и етатизам.

1. 8. Дијагностика поремећаја артикулације

Грешке у говору, развојне (тренутне) природе, обично трају одређен период и лако се уочавају. Њих је потребно пратити, а ако се не изгубе, већ перзистирају након периода када више нису нормалне развојне природе, знак су да је у питању говорни поремећај. Велику улогу у откривању говорних поремећаја прво имају родитељи, али и васпитачи у вртићима. Ако приметите, требало би да посаветујете родитеље да одмах потраже професионалну помоћ одређених стручних лица јер уколико се говорни поремећаји не уоче на време и не предузму неопходне мере, могу да пређу у поремећај који се касније тешко може исправити. Родитељи углавном нерадо прихватају постојећи проблем, али са процесом њиховог откривања се мора започети што раније. Прве три године живота су најважније за рану интервенцију (1). Процена од стране логопеда је неопходна када се утврђује врста поремећаја говора. Добра дијагностика је први и најважнији корак ка успешној говорној рехабилитацији. Стање гласова се процењује тестом артикулације. Свака земља има свој тест артикулације који је прилагођен изговору гласова тог говорног подручја.

На нашем говорном подручју најчешће је у примени: Тријажни артикулациони тест (С. Владисављевић), Глобални артикулациони тест (Ђ. Костић, С. Владисављевић), Тест за испитивање артикулације (С. Васић) и Семантички тест (С. Владисављевић) (4, 9).

Приликом испитивања (из)говора детета логопед треба да утврди:

- које гласове дете неправилно изговара;
- облик поремећаја изговора према звучности (омисија, супституција, дисторзија);
- могући узрок поремећаја и према томе врсту дислалије;
- диференцирати дислалију од других поремећаја изговора (дизартрије);

Логопед ће то утврдити на основу:

- узимање анамнестичких података;
- спонтаног разговора са дететом у сврху одређивања општег стања говора (експресије и разумевања);
- прегледа анатомске структуре и покретљивости артикулатора;
- испитивање квалитета изговора;
- испитивање фонемског слуха и фонемске перцепције;
- испитивање говорног дасања и гласа;
- испитивање развијености граматике и речника;
- испитивање фине моторике;
- постављање диференцијалне дијагнозе.

Након прегледа анамнестичких података о детету и породици и пошто проучи налазе и мишљења стручњака који су учествовали у дијагностичком поступку, разговора са родитељима и дететом и прегледа дететових артикулаторних органа, логопед добија општу слику о дететовом говору, о његовим артикулаторним органима и његовом понашању. Уочава евентуалне поремећаје говора, који су тежи од артикулационих и усмерава испитивање у складу са тим запажањима (7). Пре него што се донесе одлука о томе ко треба да преузме на себе обавезу лечења, треба да се утврди постојање говорног поремећаја, његова врста и узроци настанка (1). Оштећење изговора треба упоредити с нормама изговора за поједине старосне групе да би се утврдило да ли се ради о *поремећају изговора* или о *одступању од стандардног изговора* које је нормално за неку развојну фазу. Норме су постављене за децу између три и седам година с размацима од по шест месеци (7).

1. 9. Узраст

Деца између три и три и по године морају правилно изговарати следеће гласове: *а, е, и, о, у* (вокале); *б, п, д, т, з, к* (плозиве); *м, н, њ* (назале); *ј, в, ф, х* (фрикативе) и латерал *л*, а сви остали гласови српског језика: *с, з, ц, ћ, ђ, ш, ж, ч, њ, р* и *љ* могу бити дисторзовани. У старијем добу они се постепено *чисте* тако што дентални фрикативи *с, з, ц* морају бити правилни већ код деце од четири и по године, а палатални фрикативи и африкати: *ш, ж, ћ, ђ, ч, њ* морају се правилно изговарати након пет и по година. Погрешан изговор палаталног сонанта *љ* и алвеоларног *р* толерише се до краја четврте године. Дете старије од пет и по година морало би правилно да изговара све гласове свог језика. Када се каже толерише се, мисли се на погрешан изговор само у облику *супституција* и *дисторзија* гласова. Након треће године више ниједан глас не сме бити изостављен (*омитован*), бар у склопу поремећаја изговора (7).

1. 10. Ментални узраст

И ментални узраст је један од чинилаца које треба узети у обзир при процени поремећаја изговора. Податке о менталном добу даје психолог. Ти подаци не замењују податке о старосном добу јер заостајање у менталном развоју није увек пропорционално степену заостајања у развоју говора (7).

1. 11. Последице

Уколико родитељи не придају потребан значај проблему који дете има у језичкој комуникацији, не могу реално сагледати потенцијалне последице које из тога могу произаћи; не само за језичке, већ и за целокупан психофизички развој детета. Понекад родитељи из превелике љубави према детету или емотивне неспремности да прихвате чињеницу да њихово дете има проблем, не предузимају никакве кораке у решавању проблема. Такво понашање и неблаговремене реакције могу имати велике последице јер се губи драгоцено време. Правовременим реаговањем и тимским радом стручњака (родитеља, васпитача, логопеда) обезбеђује се ефикасна подршка детету, јер уколико проблем и постоји, ако је уочен на време, прогнозе су веће. Најранији узраст представља најповољнији период за рану говорну стимулацију због флексибилности и пластичности дечјег нервног система да се мења и прилагођава (1).

Логопедски третман је вишеструко користан. Поред рада на корекцији изговора, подстичу се и остале когнитивне функције детета. У логопедски третман логопед мора активно укључити родитеља детета у терапијску процедуру и едуковати га да би се и у кућној средини наставило са радом. Терапијски програм врло често може бити дуготрајан, зато је важно да родитељи буду едуковани како да благовремено уоче било какво одступање у говору свог детета и да касније, у циљу његовог отклањања, сарађују са логопедима. Родитељи представљају котерапеуте у процесу пружања ране интервенције и лечења говорних поремећаја. У сарадњи са логопедом вежбање се спроводи и код куће као континуирани наставак вежбања започетог од стране стручњака (4, 1).

1. 12. Превенција

Први корак ка превенцији говорних поремећаја је тимски рад који се спроводи у оквиру примарне здравствене заштите. Обухват деце предшколским васпитањем и образовањем је недовољан, али ипак значајан број деце је уписан у предшколску установу тако да је спровођење систематског праћења развоја говора и спровођење превентивних активности за подстицање говорно-језичког развоја примарни корак за постизање важног циља – смањење броја деце са говорно-језичким одступањима. Такође велики значај за подстицање развоја говора има и саветодавни рад са родитељима (2).

Превенција ортодонтских поремећаја условљена је развојним фазама детета и у свакој од њих се идентификују фактори који нарушавају природан ток развоја говорних органа. Зато је важно да се превентивне мере спровode како у пренаталном, тако и у постнаталном периоду, а сви нивои превенције (примарна, секундарна и терцијарна) су примењиви на развој говора и језика (1, 3).

Пренатална превенција је део општих медицинских мера и поступака са циљем да се обезбеде услови за правилан интраутерини раст и развој фетуса.

Постнатална превенција подразумева спровођење мера и поступака кроз све периоде одрастања и развоја, од периода одојчета, малог детета, предшколског детета до школског периода.

У периоду *одојчета* и *малог детета* акценат превентивних мера усмерен је на правилан положај одојчета при дојењу, спавању, на увођењу немлечне исхране, праћењу ницања млечних зуба, спречавању формирања лоших навика, превенцији зубног каријеса и стицању навика у одржавању доброг оралног здравља.

Период *предшколског детета* је посебно важан јер тада деца лако усвајају неправилне навике, које могу да доведу до значајнијих морфолошких промена орофацијалне регије, а самим тим и да утичу на неправилно стицање артикулационих навика. Осим превентивних мера, у овом периоду неопходно је и спровођење раних ортодонтских терапијских поступака. Сматра се да је период предшколског узраста посебно важан јер деца тада могу да стекну неправилне навике, које могу да доведу до значајних морфолошких промена делова лица.

Период *школског детета* захтева стратешке превентивне мере које су усмерене на контролу ницања сталних зуба, на спречавање појаве оралних болести, дијагностику и терапију обољења зуба и уста, као и неправилности зуба и вилице (2, 21).

1. 13. Преваленца говорних поремећаја

Подаци из научних истраживања, али и из праксе, показују да је говорна патологија међу децом свих узраста у све већем порасту. Озбиљност преваленце сагледава се у чињеници да се поремећаји продужавају из године у годину и да их је све теже отклонити (24, 28).

Наши аутори наводе да се учесталост артикулационих поремећаја креће око 66,66%, од чега је 30% деце предшколског узраста, а 38% су деца раног школског узраста (4). Овај податак забрињава, нарочито ако се узме у обзир чињеница да говорни поремећаји утичу на адаптацију деце у социјалну средину, али и на губљење интересовања за школу. Сазнање да су артикулациони поремећаји најучесталији говорни поремећаји, како код нас, тако и у свету, намеће потребу за системским праћењем развоја артикулације (11, 4).

Ако се развију артикулационо-фонолошки поремећаји, они даље могу да ометају функционисање детета у његовом друштвеном окружењу, а како дете расте, тако се усложњава и његов социо-емоционални развој. Уколико се не говори како треба, велика је вероватноћа да ће дете бити субјекат задиркивања, подсмевања, па чак и насиља. Све то има директне последице на његово самопоуздање и слику о себи. Из овога, дакле, можемо претпоставити да деца са говорним поремећајима неретко могу имати проблеме са квалитетом живота, који су повезани са њиховим комуникацијским оштећењима. Такође је запажено и да родитељи деце са говорним поремећајима имају лошији квалитет живота од родитеља деце без говорних поремећаја истог узраста. Чињеница да су артикулациони поремећаји најучесталији говорни поремећаји намеће потребу за систематским праћењем развоја артикулације још од најранијег узраста (10, 12, 13).

Када је у питању пол, истраживања показују да је 31,7% дечака и 22,2% девојчица са артикулационим одступањима. Мада, у неким истраживањима нема значајних разлика између дечака и девојчица. На основу неких истраживања у популацији дечака предшколског узраста регистровано је 53% говорних поремећаја. Доминирају поремећаји изговора групе гласова: *л, ч, ш, ж, с* и *з*, са присутном дисторзијом у више од једне трећине дечака. У популацији девојчица предшколског узраста говорни поремећаји су заступљени 46%. Доминирају гласовни поремећаји

фрикатива и африката. Издваја се поремећај изговора гласова: *ч, ш, с, з, џ* и *л*, такође са преминацијом дисторзије (10).

Према најновијим истраживањима код нас и у свету број говорних оштећења у популацији предшколске и школске деце креће се између 3,5 до 5%, па и до 10%. Поремећаји артикулације и изговора обухватају 90% поремећаја, језички поремећаји око 10% оштећења, 4-5% обухватају муцања и поремећаје читања и писања, 2-4% обухватају говорни поремећаји узроковани оштећењем слуха и 1% поремећаји гласа (1).

1. 14. Квалитет живота

Када говоримо о квалитету живота, прво на шта помислимо је одсуство било какве болести. Квалитет живота дефинише се као стање потпуног физичког, менталног и социјалног благостања и представља мултидимензионални концепт који обухвата како физичке, тако и психосоцијалне аспекте. Идентификовање и освешћивање сопствених тешкоћа је основни предуслов и први корак за креирање стратегија, прављење акционих планова и спровођење најадекватнијих мера активности којима се може побољшати квалитета живота (14). Зато је веома важно анализирати потребе детета са говорним поремећајима и његове породице ради детектовања промена у појединим доменима свакодневног живота, планирања даљих терапијских услуга, а процена квалитета живота доприноси сагледавању проблема и потешкоћа са којима се дете и његова породица сусрећу у свакодневном животу (15, 16).

1. 14. 1. Дефинисање појма квалитета живота

Родитељи би требало да познају осећања и мисли своје деце, те да су у стању да их представљају кроз питања у вези са здрављем. Међутим, све више се уочава да се ставови деце и њихових родитеља ипак разликују (17).

Квалитет живота је концепт који обухвата различите димензије квалитета живота у вези са менталним, физичким и социо-емоционалним здрављем (18). Он описује субјективно мишљење појединца у вези са сопственим поремећајем и зато је важно питати и децу за мишљење о себи, а не узимати у обзир само мишљења њихових родитеља. Истина, деци са поремећајима у комуникацији може бити тешко да одреде сопствени квалитет живота, мада постоје студије које сугеришу да су деца од пет година па чак и млађа у стању да изразе свој поглед на квалитет живота. Такође, родитељи исто тако могу пружити корисне информације о неким аспектима живота своје деце, али то може бити мање валидно када се процењују апстрактна питања као што су, на пример, емоционални аспекти. Деца и родитељи углавном процењују квалитет живота на основу различитих фактора; на пример, родитељи могу да брину о будућем функционисању детета са језичким поремећајем у школи, а да дете нема тих брига. Зато комбинација података о квалитету живота коју дају деца и коју дају родитељи може обезбедити потпунију слику о квалитету живота детета (17).

Квалитет живота у вези са здрављем (HRQOL) сматра се поддоменом квалитета живота и представља вишедимензионални концепт који укључује физичко, ментално и социјално функционисање особе и који се може користити као индикатор укупног здравља. Представља субјективно здравље и фокусира се на утицај који нечији здравствени статус има на квалитет живота. То је прихваћен параметар у међународним системима класификације као што је Класификација функционисања СЗО, где су сви аспекти живота особе (укључујући целокупан развој и учешће у окружењу) укључени, уместо да се фокусирају само на дијагнозу јер дијагноза открива мало о функционалним

способностима индивидуе. Из ове перспективе, оваква дефиниција покрива основне материјалне потребе: храну, становање, рад, образовање, здравље и слободно време, као и нематеријалне потребе важне сваком појединцу, попут среће, слободе, лично и професионално задовољство, образовање и социјално уметање. Када се узме у обзир овакво дефинисање квалитета живота, могуће га је директно повезати са здрављем (19). Идентификовање ограничења у функционисању нуди драгоцене информације које се могу користити за планирање и спровођење интервенција (17, 20).

Данас је квалитет живота везан за здравље важан параметар исхода у медицини. Пошто је добробит мајке важна за развој њеног детета, претпоставља се да њен HRQoL утиче на дете. Код деце са сметњама у развоју, мајке могу имати лош квалитет живота (23).

1. 14. 2. Квалитет живота деце са развојним језичким поремећајима

За језичке поремећаје користе се различити термини (специфично оштећење језика, кашњење у развоју језика, поремећај језика, развојна дисфазија, развојни језички поремећај). Развојни језички поремећај (РЈП) је поремећај у развоју говора и језика, који се често дијагностикује код деце предшколског узраста и описује недовољно развијене језичке способности код детета, а у одсуству биомедицинских стања која би могла узроковати поремећај (17).

Говорно-језичко кашњење је често међу малом децом, а према литератури, 6–8% деце предшколског узраста има РЈП. Поремећај у развоју језика може утицати на једну или више области језичких способности, како експресивних (фонологија, речник и граматика) тако и рецептивних (разумевање језика), а што ће касније утицати на дететов школски успех (сметње у читању, писању, решавању математичких задатака). У децјим здравственим центрима је на скринингу у доби од 2,5 године око 60% деце имало оштећено когнитивно, сензомоторно, бихејвиорално функционисање или аутизам. Преосталих 40% имало је ГЈП без других неуроразвојних проблема (17, 22). Такође, РЈП утиче на дететово психо-социјално функционисање. Код тежих поремећаја говора и језика, HRQoL је посебно био погођен за физичко и социјално функционисање, и према ставовима деце (5–16 година) и према ставовима родитеља. Штавише, родитељи деце са РЈП узраста 8–18 година имали су значајно ниже резултате у свим димензијама у поређењу са родитељима деце доброг говорно-језичког развоја (17).

Колико нам је познато, литература у вези са квалитетом живота деце предшколског узраста са говорном патологијом је оскудна, и из перспективе деце, и из перспективе родитеља. Стога је важно да се фокусирамо на предшколски узраст процењујући обе перспективе (23).

Истраживања показују да деца са говорно-језичким поремећајима и њихове породице имају неке заједничке исходе у вези са квалитетом живота, који могу дугорочно утицати на психосоцијалне исходе као што су: друштвено функционисање, самопоуздање, академска постигнућа, запошљавање и ментално здравље (17, 18).

Како деца са говорно-језичким поремећајима расту, имају повећан ризик од психосоцијалних/психијатријских проблема, тешкоћа у учењу, негативних ефеката на школско постигнуће и избор каријере (22). Осим изазова у друштву, и родитељи имају проблема у комуникацији са својом децом, посебно ако постоје и додатни емоционални проблеми или проблеми у понашању, што није ретко код деце са поремећајем говора. Ови проблеми се понекад развијају као последица фрустрације која произилази из неразумевања детета и неспособности да оно јасно комуницира са својом околином (20).

Говорно-језички поремећаји се сматрају поремећајима са скривеним последицама и могу имати тренутне и дугорочне утицаје на животе деце, а велики део њихових утицаја превазилази језичке тешкоће. Због њихове високе преваленције и могућих доживотних последица, важно је да сви здравствени радници разумеју широк утицај ГПП-а и примењују мере за процену квалитета живота особа са овим стањем (23).

Деца са РПП се суочавају са потешкоћама у социјалним односима, емоцијама, постигнућима, независношћу и подршком, док се негативне реакције посебно испољавају код адолесцената са РПП, што може довести до друштвене изолације и жеље да дуже остају код куће, те имају већу вероватноћу да развију анксиозност и депресију. Такође, одрасли са историјом РПП имају двоструко веће шансе да остану без посла у односу на здраве одрасле особе (23, 19). Студије о квалитету живота, осим што имају намеру да помогну у холистичком пружању интервенција, имају за циљ да помогну и у идентификацији дејчјих потреба, у саветовању родитеља деце са говорном патологијом и да усмере интервенције на аспекте квалитета живота (17).

Коваријате које су позитивно повезане са свим доменима HRQoL су: опште здравље детета, ментално здравље мајке, топлина од стране родитеља и ангажовање родитеља да доприносе породици и друштву. Поседовање уредних говорних/језичких вештина је заштитни фактор који је позитивно повезан са квалитетом живота деце, док су ГПП повезани са смањеним HRQoL (24).

Недавни систематски преглед је открио да су све области функционисања (физичко здравље, психолошко здравље, однос са родитељима, школско окружење, аутономија, позитивна расположења) погођене, при чему је социјално функционисање подручје које је највише нарушено. Деца предшколског узраста са ГПП могу сматрати да је свакодневна социјална комуникација тешка и код куће и у школи на основу гледишта њихових родитеља и наставника. Поред тога, деца са тежим облицима (експресивно-рецептивним) суочавају се са знатно више ограничења у комуникацији. Ово наглашава важност разматрања утицаја ГПП-а на свакодневни живот детета мерењем њиховог HRQoL-a (23).

Осим утицаја на HRQoL, познато је да су ГПП повезани и са повећаном стопом проблематичног понашања, било интернализујућим или екстернализујућим, као што су симптоми дефицита пажње и хиперактивности. Једна студија је показала да половина деце са језичким оштећењем има проблеме у понашању без обзира на године у поређењу са њиховим вршњацима без ГПП (23).

1. 15. Инструменти за процену квалитета живота

У научним испитивањима још увек се води расправа о најприкладнијем упитнику за процену квалитета живота деце. Функционисање у свакодневном окружењу може се проценити мерењем квалитета живота (19). Уложени су значајни напори у конструисање практичних алата за субјективно мерење здравља који су прикладни за широку употребу у различитим популацијама. Као резултат тога, креирано је неколико међународно признатих упитника, укључујући и *SF-36 Health Survey*. Истраживање здравља СФ-36-ом потврдили су истраживачи из целог света, који су били окупљени у оквиру Међународног пројекта процене квалитета живота ((IQOLA)). Овај пројекат је успоставио норме и документовао преводе који су потребни за међународну употребу (20).

Што се тиче мерења квалитета живота, претпоставља се да је *Тест HUI3* најперспективнија генеричка мера за процену квалитета живота. Међутим, као општа мера, HUI3 није адекватно прилагођен питањима везаним за говорно-језичке поремећаје да би се ухватиле мале, али важне промене код ове групе деце. Заправо, HUI3 је развијен

за одрасле са комуникацијским оштећењима, тако да је његова примењивост на деčју популацију веома неизвесна. Упркос наведеном, чини се да је HUI3 тренутно најбољи начин за процену квалитета живота деце са говорно-језичким поремећајима и да је тест осетљив на различите дијагнозе говорно-језичких поремећаја и поуздан да покаже недостатке у вези са комуникацијским оштећењима деце и адолесцената (18).

Још један инструмент који мери квалитет живота је *Педијатријски инвентар квалитета живота (PedsQL)* који је представљен и као само-извештај и као извештај родитеља. PedsQL је доступан на више од 75 различитих језика. Студије деце са ГПП су показале да PedsQL може бити погодна мерило за ову групуацију. Одговори из PedsQL извештаја родитеља показали су да њихов квалитет живота није нарушен, док су нека деца оценила сопствени квалитет живота као нарушен на скалама школског и друштвеног функционисања. Корелације између извештаја о себи и родитељима су ниже за децу предшколског узраста, са повећањем корелација за школску децу, за коју су доказане добре валидности и поузданости (22).

Један од инструмената које је створила Светска организација здравља (СЗО) са циљем евалуације квалитета живота, састоји се од *WHOQOL*. Прво је направљена проширена верзија *WHOQOL-100* са сто питања, на основу показаних потреба, касније и сажетији инструмент, скраћена верзија, *WHOQOL-*, преведена и прилагођена на бразилски и португалски језик. Скраћени упитник *WHOQOL-* је један од инструмената који се користи за процену квалитета живота неговатеља особа са најразличитијим болестима, али се још увек мало користи у говорној патологији (19).

Научне студије обично испитују особе које су збринуте на клиници, али не и њихове неговатеље. Литература је обично фокусирана неговатеље деце и адолесцената са Дауновим синдромом, аутизмом, афазијом и церебралном парализом. Једна од њих је упоредила квалитет живота родитеља деце из спектра аутизма са децом уредног психомоторног развоја и показало се да је квалитет живота особа које брину о деци из спектра аутизма био више погођен у физичким доменима и друштвеним односима и да је овим људима потребна нега специјалиста и већа брига (19).

1. 16. Разлози неподударања одговора родитеља и деце на тестовима

Налази студија показују да постоји лоша сагласност између деце и њихових мајки у проценама квалитета живота. У просеку, мајке су пријавиле бољи квалитет живота него деца. Родитељи често имају тенденцију да перципирају своју децу да имају више потешкоћа него што сама деца доживљавају да имају, како у погледу физичких, тако и психо-социјалних здравствених проблема. Верује се и да су родитељи потценили утицај РПП на животе своје деце, јер се говорно-језички поремећаји често не сматрају поремећајима и да њихов утицај није тако изражен као неки други развојни поремећаји као што су аутизам, епилепсија или друга медицинска стања (17).

Поставља се питање зашто постоји несклад између извештаја мајки и самоизвештаја деце и зашто мајке потцењују квалитат живота своје деце. Један од могућих разлога, посебно у апстрактним доменима као што је емоционално функционисање, може бити тај што деца малог узраста не могу да пренесу родитељима своја осећања о утицају језичких потешкоћа на њихове животе, или да због језичких тешкоћа дете не може прецизно да изрази своја осећања. Стога мајке нису ни свесне неуочљивих искустава и неизражених осећања своје деце. Ово се такође може применити и на друштвено функционисање јер мајке можда неће моћи да процене ниво фрустрације коју дете са РПП може доживети када комуницира са својим вршњацима. Још један од разлога може бити и то што некој деци са РПП није лако да пријаве својим мајкама свакодневне потешкоће у физичком здрављу са којим се сусрећу (17). Не можемо

искључити да је немогућност детета са говорно-језичким поремећајем да разуме ставке у упитнику можда угрожена присуством самог поремећаја иако је упитник попуњаван у сарадњи са логопедом, који је био на располагању за сва појашњења (17).

Пошто је квалитет живота мера субјективног искуства, родитељи често не пријављују своја запажања медицинском особљу. Уопштено говорећи, објашњење зашто споразум може бити лош може лежати у лошим језичким вештинама деце са РЈП. Познато је да деца са говорно-језичким поремећајима имају мањи вокабулар, а ниске језичке способности онемогућавају изражавање емоционалних искустава. Из свих наведених разлога могуће је да деца не описују тачно своје мисли и осећања својим родитељима (17).

1. 17. Интервенције

С обзиром на широку лепезу говорно-језичких поремећаја, дефиниција *успешне интервенције* се разликује не само на основу тренутних исхода, већ и на основу промена након интервенција.

Мерење исхода је компликовано због различитих циљева интервенција које су детету неопходне (18). Приликом пружања интервенција и подршке деци са говорно-језичким поремећајима, недовољно је организовано систематско мерење исхода како би се обухватили сви изазови са којим се деца сусрећу, с обзиром на то да су они сложени јер захтевају укљученост различитих друштвених система: породице, школе, мултидисциплинарних здравствених тимова. Обухватају вишеструке интервенције: логопедске третмане, звучну терапију, стратегије за успешно учешће у комуникацији, обуку за породице итд. Постоји хетерогеност очекиваних исхода као што су боља продукција, побољшано разумевање језика, олакшан приступ образовању (18). Упркос свим недостацима мерења, успостављање одговарајућих мера интервенције је приоритет код говорно-језичких поремећаја. Многе интервенције пружа систем здравствене заштите, где постоји одавно препознат утицај говорно-језичких поремећаја на здравље, али и на квалитет живота деце и њихове породице (18).

1. 18. Шта је најтеже деци и родитељима деце са развојним језичким поремећајима

Родитељи су навели да је комуникација са странцима оно што им је најтеже, као и утицај психичког стања свог детета на целокупно функционисање. Неразумљивост детета у изражавању и нераздевање других људи родитељи су навели као основне потешкоће са којима се они и дете суочавају. Наставници су комуникативне способности деце у школском контексту оценили као неадекватне, али су њихови резултати у вези са социјалном компетенцијом и квалитетом односа наставник–дете били у границама нормале (27). Недовољно развијен говор у детета, осим што је повезан са смањеним квалитетом живота, такође повлачи за собом и веће коришћење других услуга, а самим тим и веће *трошкове* породице. Такође, говорни поремећаји намећу и велике трошкове здравственом систему, али расту и трошкови нездравствене заштите (26).

Налази о физичком функционисању били су прилично неочекивани јер је главни изазов ове деце била комуникација. Међутим, ово се може објаснити коморбидитетом моторичких потешкоћа са говорно-језичким тешкоћама које деца са говорно-језичким поремећајима углавном имају. Литература сугерише да се неке моторичке потешкоће јављају код чак 90% деце са говорно-језичким потешкоћама, док се развојни поремећај координације може наћи код 32,3% деце са специфичним језичким поремећајима (23). Што се тиче налаза да су деца са ГЈП пријавила знатно лошије *социјално функционисање* у поређењу са њиховим вршњацима без ГЈП, можда је

последица директног утицаја њихових језичких вештина јер је деци са језичким проблемима тешко да започну интеракцију са вршњацима, да успешно учествују у текућим интеракцијама и да се слажу са осталом децом. Деца са ГЈП су постигла и ниже резултате у решавању сукоба и сценаријима преговарања, што је захтевало одговарајућу употребу језика у сложеним контекстуалним околностима (23).

1. 19. Квалитет живота родитеља деце са говорно-језичким поремећајима

Квалитет живота неговатеља деце и адолесцената са говорно-језичким поремећајима може имати директан утицај на укљученост у терапеутски рад. Члан породице коме је потребна посебна нега због сопственог поремећаја може директно утицати на емоционално, еколошко и физичко здравље људи око себе, првенствено на ону особу која је одговорна за то дете (19). У попису из 2010. године видимо да долази до повећања животног века и смањење смртности новорођенчади. Инвестиције у научна истраживања као и у болничку опрему и државно гарантовање здравља свима, неки су од фактора који су утицали на смањење морталитета и опстанак деце којој је потребна стална нега и помоћ и специјализоване рехабилитационе услуге. Са повећањем животног века, број одговорних неговатеља деце је такође растао, што је захтевало циљане акције, не само према популацији са поремећајима, већ и према онима који су за њих одговорни (19).

Неговатељ је особа најближа особи са тешкоћама, која највише времена проводи са њом и која игра активну улогу у логопедској рехабилитацији. У многим ситуацијама, и то је особа којој је потребна подршка. У оквиру логопедије постоји неколико студија ове тематике, али још увек је мали број истраживања усмерених на неговатеље особа са говорно-језичким сметњама (19).

У обуци здравствених радника у Бразилу постоји обука за нови здравствени модел као што је бразилски здравствени програм *Породица* (ПСФ), који се фокусира не само на болест појединца, него и на читав контекст који га окружује, укључујући и његову породицу. У том смислу, постоји тенденција да се вреднује породица и сви људи који су укључени у процес здравља/болести особе. На овај начин није у фокусу само особа која је болесна. Тако је здравље благостање свих оних који су укључени у процес рехабилитације. Политике националних и међународних здравствених установа, као што је СЗО, заступају и истичу важност свеобухватне неге свих субјеката, што укључује породицу и старатеље (19).

У резултатима скраћеног WHOQOL- нађене су значајне разлике у квалитету живота између група у доменима физичко г здравља, психичког здравља и домена друштвених односа. Највише погођени аспекти били су *сан* и *енергија*. У анализи квалитета живота резултати су указивали на то да су *животи неговатељица (жена)* више погођени него животи мушкараца, посебно у доменима друштвених односа и психолошких аспеката. Неговатељи деце/адолесцената без језичких поремећаја свој квалитет живота сматрају добрим или одличним у већини случајева (19).

Финансијско стање показало се да је један од фактора који ограничава слободно време породице и разлог зашто су неговатељи, упркос томе што су задовољни својим квалитетом живота, пријавили да ипак може и боље (19).

Родитељи деце са поремећајима у говору одговорили су да, ако би издвојили *време* за себе, како би се бринули о себи, морали би узети од времена које је намењено бризи детета. На овај начин видимо да тешкоће деце и адолесцената ипак утичу квалитет живота њихових неговатеља. Такође су изјавили да *рутине* њихове деце директно утичу на њихове сопствене рутине јер, поред дејих обавеза у школи, имају и обавезе специјализованих услуга код других професионалаца: логопеда, физиотерапеута, радног

терапевта, психолога, неуролога итд. Показало се је да је *обавеза да се одведе и преузме дете* које похађа ове услуге главни фактор недостатка времена да би се бринули о себи и својим личним потребама. Дакле, жалили су се да су фактори који се одражавају на њихов квалитет живота: умор, преоптерећеност, недостатак времена да се посвете индивидуалним потребама и немање слободних активности (19).

Неговатељи су пријавили преоптерећење у активностима у свакодневном животу и недостатак времена да се посвете себи. Осим тога, постоји много ситуација када ће родитељи своје друштвене обавезе оставити по страни како би били са својом децом, а на тај начин ће читава динамика утицати на квалитет живота родитеља. Аспекти као што су: самопоштовање, слика о сопственом телу и изгледу, негативна осећања, памћење и концентрација били су део психолошких аспеката који су највише погођени, а финансијска брига би им евентуално стварала осећање несигурности и анксиозности (19).

Финансијске немогућности родитеља да обезбеде свом детету неопходне специјализоване услуге различитих стручњака су ограничавајући фактор за бржи напредак њиховог детета, који такође утиче на породично задовољство (19).

Важност подршке коју пружа брачни партнер је такође фактор који утиче на квалитет живота. У случајевима када да су родитељи разведени или немају подршку свог партнера, постоји стална притужба да „носе” прекомеран терет бриге, посебно ако су деца малолетна (19).

1. 20. Тешкоће са којима се сучавају деца са ГЈП и њихови родитељи

Што се тиче тешкоћа у комуникацији, деца и неговатељи деце са сметњама у говору и језику пријавили су да посебно имају тешкоће у комуникацији са оним људима са којима немају стални контакт. Што се тиче реакција људи који не знају дете или адолесцента који има говорно-језички пормећај, старатељи су пријавили да постоје разлике у реакцијама људи које познају и оних који не познају дете. Чини се да чланови породице и познаници боље разумеју ситуацију и покушавају да разумеју дететове изјаве и/или гестове. Међутим, они људи који их не познају и не разумеју говор детета, родитељима и детету представљају већи проблем јер траже да им се понови или траже помоћ од својих сапутника. Ова ситуација изазива осећање туге код детета/адолесцената. Зато што не познају дете/адолесцента и не разумеју шта говори, странци имају тешкоћа да протумаче о чему дете/адолесцент жели да разговара. Због поремећаја у говору и језику, постоји тешкоћа у одржавању дијалога, када једна страна не разуме другу. Зато њихов разговор често нема континуитет (19).

Осим са странцима, проблем се може јавити и унутар породице, кад родитељ не може да разуме оно што дете говори, иако се таква слика ређе јавља. Ово може утицати на дневну динамику унутар породице, али и на квалитет живота чланова породице, који могу осетити немоћ пред таквом ситуацијом. Међутим, уз дужи заједнички живот, развијају се стратегије за побољшање комуникације између родитеља и детета и дете/адолесцент почиње да уочава не само своје тешкоће, него и своје могућности (19).

Показало се и да је *пол детета* фактор који утиче на квалитет живота њихових родитеља. Животи родитеља женске деце били су више погођени и то углавном у психолошким доменима и социјалним односима. Једна од хипотеза која би могла оправдати ове резултате лежи у чињеници да деца са озбиљнијим, посебно неуролошким поремећајима, која прате физичка и психичка ограничења, чешће припадају женском полу и роду (19).

Чини се да здравствено стање детета утиче на и *професију* којом се баве његови родитељи. Родитељи деце са уредним говорно-језичким развојем имају запослења ван

куће, за разлику од родитеља деце са говорно-језичким поремећајима, који су углавном усмерени на кућу, односно имају занимање домаћица. Дакле, из овога се може видети утицај здравственог стања детета на избор професионалне делатности родитеља (19).

1. 21. Закључак о квалитету живота

Родитељи деце са ГЈП и сама деца са ГЈП препознали су своје изазове у друштвеним, школским и физичким аспектима квалитета живота у поређењу са родитељима и децом контролне групе. Здравствени радници који раде са децом са ГЈП треба да процене не само језичке вештине, већ и различите домене функционисања како би холистички предложили интервенције. Давање могућности процене квалитета живота ће олакшати бригу о говорно-језичким поремећајима из биопсихосоцијалне перспективе. Штавише, деци са говорно-језичким поремећајима треба помоћи да се више ангажују у друштвеним и физичким активностима, а њихови родитељи и наставници би требало да пажљивије прате њихово академско функционисање (23).

Социјалне потешкоће у школи могу послужити као упозорење за упућивање и рану дијагнозу, док код деце са дијагнозом ГЈП наставници треба да промовишу даље друштвене интеракције. Пошто је социјално и школско функционисање погођено овим стањем, потребан је интегративни приступ који укључује: образовање, здравствене услуге и заједницу како би се одговорило на потребе деце са ГЈП. Клиничари који процењују децу са говорном патологијом такође треба да процене и симптоме хиперактивности и непажње. Коначно, деци са ГЈП треба дати прилику да изразе сопствену перспективу заједно са оном коју су изразили њихови родитељи (23).

Утврђено је да су учињени велики напори да би се проценио квалитет живота деце са говорно-језичким поремећајима, уз мали, али све већи корпус литературе. Постоје докази о коришћењу различитих инструмента за процену квалитета живота, истина, оних које преферирају креатори политике и који пружају једноставан начин за испитивање квалитета живота. Иако је валидност, односно, поузданост већина ових скала процењена, тим генеричким инструментима недостају неке важне димензије психосоцијалног функционисања и благостања, која су специфична за децу са говорно-језичким поремећајима, а које они не обухватају. Сходно томе, схватање квалитета живота деце са говорно-језичким поремећајима остаје и даље неизвесно (26).

1. 22. Значајност откривања и лечења артикулационих поремећаја

Са јавноздравственог аспекта, поремећаји артикулације код деце предшколског узраста су значајни због потенцијалних проблема у социјалној интеграцији и психосоцијалном развоју деце (2). Неретко се као последица јављају: бојажљивост, несигурности детета, неадекватна социјална адаптација и сл. Зато не треба чекати да дете крене у школу да би се исправила артикулација. Треба имати на уму да оштећена артикулација захтева интензивни и дуготрајни логопедски третман, што подразумева процес, који се не одвија брзо и лако, већ изискује посвећеност и рад и од стране логопеда, и детета, али и родитеља. Појава артикулационих поремећаја у раном дечјем добу, уколико се занемари, може узроковати фиксираност и устаљење проблема, које може бити рефрактерно на закаснили логопедски третман (2). Систематско праћење развоја артикулације треба започети стручним надзором од стране логопеда од јасленог узраста и превентивним радом развојних саветовалишта. Такође, предшколска установа која укључује свакодневни контакт васпитача, деце и родитеља представља јединствену прилику за указивање на значај правилног развоја артикулације. При томе, омогућава и информисаност родитеља за рано уочавање сваког одступања и кашњења у говору. Треба искористити критични развојни период јер се на раном узрасту за краће време постижу

бољи резултати, а правилно усвојена артикулација је основа за даљи сазнајни развој и генерално школски период. Треба промовисати значај раног подстицања и препознавања одступања, јер су на тај начин све акције усмерене ка деци, родитељима, васпитачима и социјалној средини успешније. Тако би потенцијални проблеми у социјалној интеграцији и психосоцијалном развоју ове деце могли бити превазиђени (2). На поремећаје у говору често се надовезују и поремећаји у читању, писању и решавању математичких задатака, што додатно отежава и успорава реализацију васпитно-образовних циљева. Деца често постижу лошије академске резултате који нису у складу са њиховим реалним сазнајним могућностима. Зато, благовремено откривање, правовремена дијагноза, спречавање и уклањање свих фактора који доводе до одступања у правилном развоју говора и језика, и сарадња са логопедским службама још у предшколском периоду представља најквалитетнији вид превенције настајања поремећаја, јер од квалитета вербалног изражавања зависи и развој језичко-мисаоне основе, што утиче на успех у школи али и на развој личности у целини (3).

Недостатак свести међу свим здравственим радницима и учесталост говорно-језичких поремећаја код деце доводе до смањења успеха у школовању, а као последица тога, и до дефицита висококвалификованог кадра на тржишту рада. Проблем говорно-језичких поремећаја је сложен и интердисциплинаран и захтева блиску сарадњу логопеда са осталим здравственим радницима, родитељима, васпитачима, учитељима, односно сарадњу домова здравља са вртићима и школама (27). Улагање у говорно-језичке превентивне активности је исплативија мера него касније третирање насталих последица (9).

1. 23. Закључак дисертације

Све у свему, постоји недостатак истраживања ове области у нашој средини, као и недостатак препорука о томе како побољшати мере интервенције и унапредити квалитет живота у овој осетљивој групацији. Наша студија треба да расветли које су димензије квалитета живота деце са говорним поремећајима и њихових родитеља највише погођене и какав је квалитет живота ових породица. Добијени налази би били од директне користи клиничарима, истраживачима и креаторима политике јер проширују разумевање говорних потешкоћа код деце и њихов утицај на квалитет живота. Такође, резултати би требало да омогуће креирање стратегија пружања интервенције за рано препознавање говорних поремећаја и њихов адекватан третман.

II. ЦИЉЕВИ И ХИПОТЕЗЕ ИСТРАЖИВАЊА

Наша студија се бави испитивањем различитих домена квалитета живота деце са говорним поремећајима, њихових родитеља/старатеља и разлика у односу на квалитет живота деце уредног говорног статуса и њихових родитеља/старатеља.

2. 1. Главни циљеви

1. Испитати утицај/повезаност говорних поремећаја на физичко здравље
2. Испитати утицај/повезаност говорних поремећаја на ментално здравље

2. 2. Споредни циљеви

1. Утврдити учесталост поремећаја артикулације међу децом узраста од 5. до 7. године живота.
2. Утврђивање квалитета породичног живота деце са говорним поремећајем и квалитета породичног живота деце уредног говорног статуса кроз свих пет домена: породична интеракција, родитељство, емоционално благостање, физичко/материјално благостање и подршка у вези са инвалидитетом/развојним поремећајем.
3. Утврђивање разлика у квалитету живота родитеља/старатеља деце са говорним поремећајима и родитеља/старатеља деце уредног говорног статуса.
4. Утврђивање разлика у квалитету живота деце са артикулационим поремећајем и деце уредног говорног статуса.
5. Утврдити да ли социодемографске карактеристике родитеља (пол, брачно стање, ниво образовања, запосленост, материјални статус) утичу на квалитет њиховог живота.

2. 3. Хипотезе

1. Деца са говорним поремећајима имају значајно нижи квалитет живота у односу на децу уредног говорног статуса.
2. Постоје разлике у различитим димензијама квалитета живота код деце са говорним поремећајима у односу на степен оштећења.
3. Квалитет живота родитеља/старатеља деце са говорним поремећајима је нижи од квалитета живота родитеља/старатеља деце уредног говорног статуса.
4. Квалитет породичног живота је значајно нижи у породицама деце са говорним поремећајима од квалитета живота породице деце уредног говорног статуса.
5. Постоји повезаност између социоекономских карактеристика са учесталошћу артикулационих поремећаја

III. МЕТОДОЛОГИЈА ИСТРАЖИВАЊА

3. 1. Врста студије и популација која се истражује

Истраживање је спроведено у виду проспективне студије пресека. Популацију на којој се вршило истраживање чине деца узраста од 5. до 7. године живота која задовољавају укључујуће критеријуме и немају искључујуће критеријуме, као и њихови родитељи/старатељи. Истраживање је спроведено у служби за здравствену заштиту деце Дома здравља у Петровцу на Млави након што су се добиле сагласности директора и Етичког одбора Дома здравља.

3. 1. 1. Укључујући и искључујући критеријуми за студију

Критеријуми испитаника који одређују њихово укључивање у научну студију су: очуван слух, уредна интелигенција, уредна артикулација, функционални поремећај артикулације (функционалне дислалије), ортодонске дислалије и коморбидитет поремећаја артикулације са још неким говорним поремећајем.

Критеријуми на основу којих дете није укључено у истраживања су: постојање наглувости или глувоће у детета, биолошки (неуроразвојни) поремећаји: интелектуална ометеност, аутизам, ADHD, развојна дисфазија, церебрална парализа, различити синдроми, органске дислалије настале као последица повреде или болести ЦНС или кранијалних нерава који учествују у процесу артикулације и језички поремећаји.

3. 1. 2. Контролна и испитивачка група

Истраживање обухвата две групе деце и њихове родитеље. Деца су узраста од 5. до 7. године живота. Прву, испитивачку групу чине деца код које је од стране логопеда, Тријажним артикулационом тестом, дијагностикован говорни поремећај, поремећај артикулације, и њихови родитељи. Другу, контролну групу обухватају она деца код које је логопедском проценом, такође уз помоћ Тријажног артикулационог теста, утврђено да имају уредан изговор свих гласова матерњег језика и њихови родитељи.

3. 2. Узорковање

Пре него што се отпочело са истраживањем, затражили смо дозволу директора и Етичког комитета одабране здравствене установе да се у њиховим просторијама спроведе анкетање циљаних популација. Када су добијене сагласности, чекало се да у служби за здравствену заштиту деце отпочну редовни систематски прегледи деце за упис у први разред основне школе, који почињу да се обављају почетком марта. Иначе, ова врста превентивних прегледа деце од стране логопеда обавезна је према Плану и програму превентивних прегледа пред упис у школу. Најпре је логопед, у склопу редовног логопедског тестирања, проценио изговор гласова сваког детета понаосб. Непосредно након спроведеног ТАТ добија се увид у то да ли дете има или нема поремећај артикулације. Пошто је одрађена процена говора, фонемског слуха и оралне праксије, логопед је позивао родитеља/старатеља детета на разговор, и том приликом је дао савете да ли је детету неопходан логопедски третман и због чега пре него што крене у школу.

Исто тако, у циљу здравствено-васпитног рада, родитељу је објашњен и затражен пристанак да попуни упитнике за намену студије. Родитељи су попуњавали и верзију упитника за себе, и верзију упитника за своје дете. Испитаници су били укључени у студију након што су потписали формулар Информисаног пристанка уз пуну обавештеност. Истраживач, односно, логопед био је у обавези да родитељима који учествују у истраживању да штампани документ који их информисе о следећим ставкама: сврси и циљевима истраживања, о правима испитаника, као и о томе где и како могу да доставе жалбе, односно, примедбе ако процене да су им права на било који начин угрожена.

Етички стандарди истраживања усаглашени су са међународном (Хелсиншком декларацијом) и специфичном легислативом наше земље. Након вишенедељног испитивања, резултати истраживања су међусобно компарирани између група испитаника: деце са поремећајем артикулације и деце без артикулационог поремећаја, као и између њихових породица (родитеља/старатеља). С обзиром на то да се код сваког детета, осим поремећаја артикулације, може очекивати и постојање неког другог говорног поремећаја, сваки је евидентиран, међутим водило се рачуна о инклузионим и ексклузионим критеријумима који су унапред формиран у сврху истраживања.

3. 2. 1. Варијабле које се мере у студији

Зависне варијабле

1. Физичка димензија квалитета живота;
2. Емоционална димензија квалитета живота;
3. Породична димензија квалитета живота;
4. Социјална димензија квалитета живота;

Независне варијабле

1. Демографске карактеристике: пол, структура породице, број чланова домаћинства, тип насеља;
2. Социоекономске карактеристике попут образовања родитеља, материјални статус, запосленост родитеља;

3. 3. Инструменти истраживања

За испитивање гласова језика, свака земља има свој тест артикулације који је прилагођен изговору гласова тог говорног подручја. На нашем говорном подручју најчешће су у примени Тријажни артикулациони тест и Глобални артикулациони тест.

3. 3. 1. Тријажни артикулациони тест и Глобални артикулациони тест

Тријажни артикулациони тест (ТАТ) (Ђ. Костић, С. Владисављевић) је један од тестова који се свакодневно користи у логопедској пракси за процену стања гласова српског језика. Њиме се добија детаљна анализа гласова, како патолошких тако и оних који задовољавају критеријуме коректног изговора. Тест је конципиран тако што се састоји од 30 речи, у којима је посматрани глас означен одговарајућим словом испред речи (вокали у првом слогу, а консонанти на почетку речи). Уколико се у речи налазе два иста гласа, процењује се само изговор првог. ТАТ даје информације о броју и врсти

оштећених гласова. Спроводи се тако што логопед чита редом речи из теста полако и јасно, дете понавља речи за логопедом на начин како их оно чује и изговара, а логопед бележи да ли је глас у речи уредан или оштећен. Реч се може поновити 2 до 3 пута, а бележи се најадекватнији одговор. На крају теста, сабира се збир добрих, граничних и оштећених или недостајућих гласова. Овај тест је лако примењив, практичан и њиме се за кратко време добија увид у стање гласова. На индивидуалном нивоу ТАТ нам говори који гласови одступају од пожељног изговора, а на нивоу групе колико деце има проблем са артикулацијом гласова. Недостатак овог теста је у томе што не даје детаљну анализу гласа као Глобални артикулациони тест јер се од њега разликује само у начину оцењивања. Међутим, Глобалним артикулационим тестом ток испитивања траје знатно дуже па се рад обавља у етапама, односно траје неколико дана. Овакав начин испитивања је прилично компликован, како за децу раног узраста, тако и за децу предшколског узраста.

Као инструменти истраживања, поред општег упитника о демографским и социоекономским карактеристикама испитаника деце и родитеља, односно, старатеља (пол, брачна структура, место становања, број чланова домаћинства, образовање, материјални статус, запослење) који је креиран за ову намену, користиле су се и три врсте анкетних упитника за процену квалитета живота деце и родитеља/старатеља: Упитник *Kiddy-KINDL-верзија за децу*, Упитник *Kiddy-KINDL-верзија за родитеље* и Скала квалитета живота породице (*Family Quality of Life Scale (FQOL)*).

3. 3. 2. Упитник KINDL

Упитник KINDL је генерички упитник за процену квалитета живота у вези са здрављем, који постоји у верзији за родитеље и за децу. Даје податак о томе како се дете осећало недељу дана уназад. Доступан је тренутно на 23 језика, потребно је од 5 до 15 минута да се попуни. Генерички упитник KINDL је доступан на српском језику, једноставан за коришћење, прегледан, прикладан је за процену квалитета живота од 4. године живота, уз доступност мерног инструмента у верзији и за децу и за родитеље. Обухвата процену више домена: физичко благостање, емоционално благостање, задовољство собом, породица, релације са пријатељима и вршњацима и свакодневно функционисање у школи. Такође, обухвата и сет питања везана за хроничну болест (Модул – болест), а верзија за родитеље садржи једну додатну скалу – Неколико битних питања (15).

3. 3. 3. Упитник Kiddy-KINDL – верзија за децу

Овај упитник има 19 ставки распоређених у 7 домена, а односи се на период како се дете осећало последњих недељу дана. На свако понуђено питање дете је могло да одабере један од понуђених одговора: никад, ретко, понекад, често и стално. Одговори се бодују оценом од 1 до 5, вредности се сабирају, а достигнућа бележе на скали од 0 до 100. Веће достигнуће показује бољи квалитет живота. Упитник је доступан на више језика у електронском облику (99). Испитује неколико домена: *Домен Физичко здравље* се састоји од два питања: 1) осећао/ла сам се лоше и 2) болела ме је глава или стомачић. *Домен Емоционално здравље* се састоји од два питања: 1) доста сам се забављао/ла и смејао/ла и 2) било ми је досадно. *Домен Самопоштовање (самопоуздање)* се састоји од два питања: 1) био/ла сам поносан/а на себе и 2) био/ла сам задовољан/а собом.

Домен Породица се састоји од два питања: 1) имао/ла сам добре односе са родитељима и 2) осећао/ла сам се добро код куће. *Домен Пријатељи* се састоји од два питања: 1) играо/ла сам се са друговима и 2) добро сам се слагао/ла са својим друговима.

Домен Свакодневно функционисање (вртић или школица) се састоји од два питања: 1) добро сам могао/ла да урадим све задатке у вртићу/школици и 2) било ми је лепо у вртићу/школици. Постоји и *филтер питање*: „Да ли имаш неку болест која дуго траје?” Филтер питање има следеће могуће одговоре: 1) плашио/ла сам се да моја болест може да се погорша, 2) био/ла сам тужан/на због своје болести, 3) успевао/ла сам да се носим са својом болешћу, 4) родитељи су ме третирали као бебу због моје болести, 5) избегавао/ла сам друге да не би приметили моју болест и 6) пропуштао/ла сам поједине активности у вртићу због своје болести (15).

3. 3. 4. Упитник Kiddy-KINDL – верзија за родитеље

Kiddy-KINDL – верзија упитника за родитеље чија су деца узраста од 4. до 6. година, укупно садржи 53 ставке распоређене у 8 домена. Односи се на питања како одрасле особе мисле да се њихово дете осећало последњих недељу дана. Родитељи одговарају на понуђене тврдње једним од следећих понуђених одговора: никад, ретко, понекад, често и стално. Домени које овај упитник испитује су следећи: *домен Физичко здравље* се састоји од четири питања 1) моје дете се осећало лоше, 2) моје дете је болела глава или стомак, 3) моје дете је било уморно и исцрпљено и 4) моје дете се осећало снажно и са пуно енергије. *Домен Емоционално здравље* се састоји од четири питања: 1) моје дете се доста забављало и смејало, 2) моје дете није имало воље низашта, 3) моје дете се осећало усамљено и 4) моје дете је било уплашено или несигурно. *Домен Самопоштовање* се састојао од четири питања: 1) моје дете је било поносно на себе, 2) моје дете се осећало сјајно, 3) моје дете је било задовољно собом и 4) моје дете је имало пуно добрих идеја. *Домен Породица* се састоји од четири питања: 1) моје дете је имало добре односе са нама, 2) моје дете се добро осећало код куће, 3) свађали смо се код куће и 4) моје дете се осећало као да ми управљамо њиме. *Домен Социјални живот* се састоји од четири питања: 1) моје дете се играло са друговима и другарицама, 2) моје дете је било омиљено међу децом, 3) моје дете се добро слагало са друговима и другарицама и 4) моје дете се осећало као да је другачије од друге деце. *Домен Школа* се састоји од четири питања: 1) моје дете је могло добро да уради све задатке у вртићу/школици, 2) мом детету је било лепо у вртићу/школици, 3) моје дете се радовало одласку у вртић/школицу и 4) моје дете је правило доста грешака током обављања мањих послова или израде домаћег задатка. *Модул Болест*: „Да ли Ваше дете има неку болест која дуже траје, неку хроничну болест” састоји се од 6 питања: 1) моје дете се плашило да његова болест може да се погорша, 2) моје дете је било тужно због своје болести, 3) моје дете је успевало да се носи са својом болешћу, 4) опходили смо се према нашем детету као према беби због болести, 5) моје дете је избегавало друге да не би приметили његову болест и 6) моје дете је пропуштало поједине активности у вртићу због своје болести. И *домен Неколико битних питања* се састојао од 22 питања: 1) моје дете је било често нерасположено и плачљиво, 2) моје дете је имало добар апетит, 3) успевао/ла сам да покажем стрпљење и разумевање за своје дете, 4) моје дете се осећало као да је под притиском, 5) моје дете је добро спавало, 6) моје дете је било врло активно и несташно, 7) моје дете би лако бризнуло у плач, 8) моје дете је било раздрагано и добро расположено, 9) моје дете је имало добру пажњу и добро се концентрисало, 10) мом детету пажња је лако попуштала и било је одсутно, 11) моје дете је уживало да буде са другом децом, 12) морао/ла сам да опомињем своје дете, 13) хвалио/ла сам своје дете, 14) моје дете је имало проблема са наставницима, васпитачима или пазитељима, 15) моје дете је било нервозно и узврпољено, 16) моје дете је било живахно и енергично, 17) моје дете се жалило да га нешто боли, 18) моје дете је било дружељубиво и отворено, 19) моје дете је успело да

уради све што би отпочело, 20) моје дете би се брзо разочарало, 21) моје дете је горко плакало и 22) моје дете је лако губило стрпљење (15).

3. 3. 5. Скала квалитета живота породице Family Quality of Life Scale (FQOL))

Мерење породичног квалитета живота ће се вршити уз помоћ *Скале квалитета живота породице (Family Quality of Life Scale (FQOL))* са 25 ставки на скали Ликертовог типа од 5 тачака. Његова сврха је да измери неколико аспеката перципираног задовољства породице у смислу квалитета породичног живота.

Породични квалитет живота се мери у пет домена: породична интеракција, родитељство, емоционално благостање, физичко, односно, материјално благостање и подршка у вези са инвалидитетом/развојним поремећајем. Састоји се од три дела. У првом делу су општи подаци који се односе на чланове породице. Други део обухвата 9 области породичног живота: здравље, финансијско стање, породични односи, подршка других, подршка стручних служби, утицај вредности, каријера, слободно време и рекреација и интеракција са заједницом. Унутар сваког од ових домена мери се 6 димензија уз помоћ Ликертове скале: Значај, Могућности, Иницијатива, Стабилност, Достигнућа (Постигнућа) и Задовољство. Остваривање и задовољавање се сматрају мерама исхода, док се значај, могућност, иницијатива и стабилност сматрају мерама објашњења. У трећем делу, који представља коначни кратки пресек, прикупљају се општи утисци о породичном квалитету живота (15).

3. 4. Снага студије и величина узорка

Снага студије израчуната је применом G*Power статистичког програма, уз прихваћене вредности вероватноће грешке првог типа $\alpha = 0,05$ и снагу студије од 0,95 за χ^2 тест. Снага је прерачуната на основу података студије сличног дизајна (10), поређењем процента тоталног скорa PedsQL (Pediatric Quality of Life) упитника за процену квалитета живота код деце са развојним поремећајем у говору и деце без развојног поремећаја у говору (26,5% vs. 36,4%), на основу самопроцене (self report варијанта). Сходно овоме укупна величина узорка процењена је на 600 испитаника, односно 300 породица.

3. 5. Статистичка обрада података

Сви подаци од интереса добијени горе описаним методама су анализирани применом одговарајућих статистичких алата. За приказивање података користе се методе дескриптивне статистике: табелирање и графичко приказивање. Хи-квадрат (χ^2) тест је коришћен за упоређивање разлика у учесталости категоријских варијабли. Односи између зависне променљиве и скупа независних променљивих испитиване су у униваријантном и мултиваријантном логистичком регресијом. Ризик се оцењује помоћу величине OR (odds ratio), са 95% интервалом поверења. Статистички значајним сматрају се сви резултати где је вероватноћа мања од 5% ($p < 0.05$). Сви статистички прорачуни су урађени помоћу комерцијалног, стандардног програмског пакета SPSS, верзија 20.0. (The Statistical Package for Social Sciences software (SPSS Inc, version 20.0, Chicago, IL)).

IV. РЕЗУЛТАТИ ИСТРАЖИВАЊА

4. 1. Социо-демографски упитник за родитеље – целокупна студијска популација

Сprovedено истраживање обухватило је 206 родитеља. Посматрано у односу на пол родитеља/старатеља, било је 166 (80,6%) особа женског пола и 40 (19,4%) особа мушког пола. Односно, било је 166 (80,6%) мајки, 37 (17,9%) очева и 3 старатеља (1,5%). Просечна старост родитеља била је $35,90 \pm 7,82$ године, при чему није утврђена статистички значајна разлика у просечној старости особа женског и мушког пола ($35,87 \pm 7,35$ vs. $36,00 \pm 9,62$ год, *Independent samples T test*, $p = 0,926$). У односу на насеље, тј. место становања, показано је да су 120 (58,3%) испитаника са села и 86 (41,7%) из града. Укупно 114 (55,3%) родитеља је дало податак да је запослено, док је преосталих 92 (44,7%) било незапослено. Сходно школској спреми, установљено је да 55 (26,7%) родитеља има завршену основну школу, 93 (45,1%) средњу школу, 40 (19,4%) факултет, 16 (7,8%) специјалистичке односно мастер студије и 2 (1%) докторске студије. У односу на брачни статус, показано је да 61 (29,6%) испитаник живи у ванбрачној заједници, 126 (61,2%) у браку, док је њих 19 (9,2%) разведено.

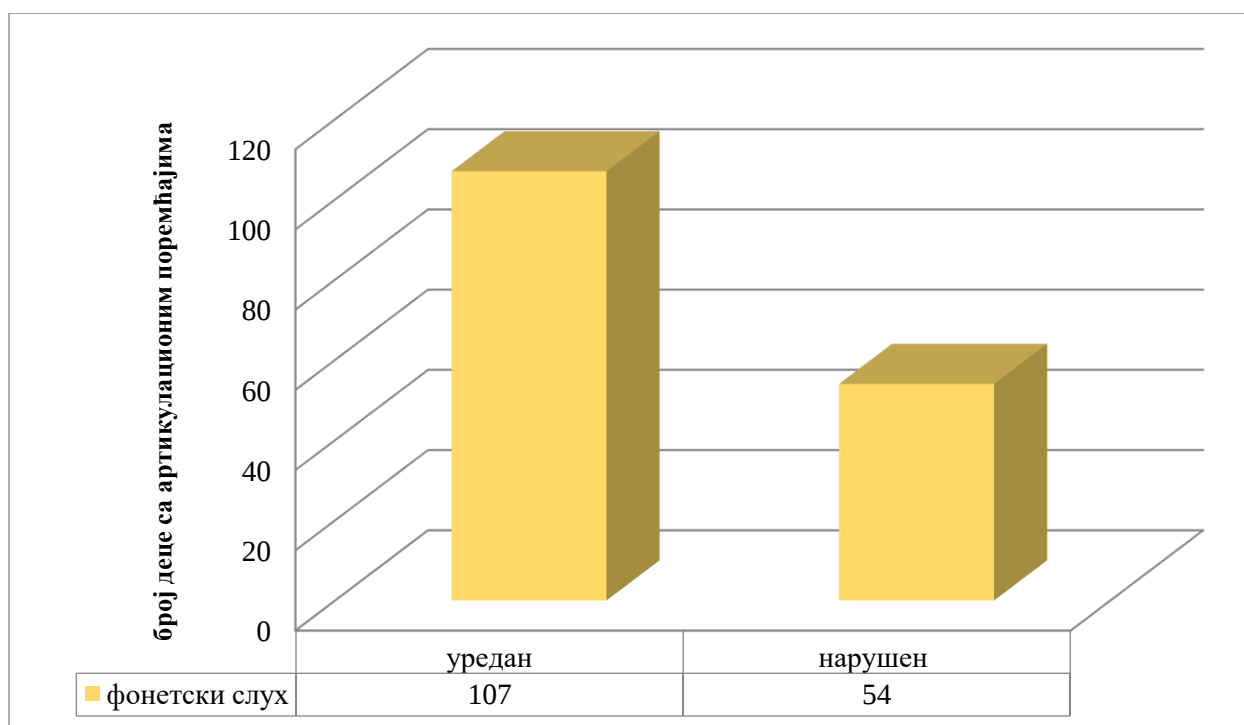
Према подацима прикупљеним применом социо-демографског упитника, највећи проценат деце био је узраста 6 година (60,2%). Било је 178 (86,4%) породица са оба родитеља и 28 (13,6%) породица са једним родитељем. Материјални статус породица окарактерисан је као сиромашан (јако лоши економски услови) код 2 (0,9%) родитеља, лош код 10 (4,8%), добар код 89 (43,2%) испитаника, врло добар код 85 (41,3%) и одличан (богатство) код 20 (9,7%) испитаника. Утврђено је да 39 (18,9%) породица има по једно дете, 116 (56,3%) породица по два детета и 51 (24,8%) по три и више детета. Када је у питању изложеност екрану 95 (46,1%) родитеља је дало позитиван одговор у вези изложености њихове деце екрану, док је преосталих 111 (53,9%) дало негативан одговор. 52 (25,2%) детета су према тврдњама родитеља била изложена екрану пре прве године живота, 104 (50,5%) између прве и друге године и 50 (24,3%) након треће године живота. Деца су излагана екрану приликом храњења у 57 (27,7%) случаја, приликом пресвлачења у 10 (4,8%) случајева, када је родитељ требало да обави неки задатак у 97 (47,1%) случајева и у другим ситуацијама у 42 (20,4%) случаја. У вези са врстом екрана којем су деца била излагана, 87 (42,2%) је било изложено екрану телефона, 113 (54,85%) ТВ екрану, 4 (1,95%) компјутеру/лаптопу и 2 (1,0%) другим врстама екрана. Временска изложеност екрану према тврдњама родитеља износила је од 15 до 30 минута код 49 (23,8%) детета, од 30 до 60 минута код 105 (50,9%) детета, више од сат времена код 51 (24,8%) детета, док 1 (0,5%) дете не проводи нимало времена пред екраном. 43 (20,9%) испитаника тврде да излагање екрану има предност у смислу едукације, 68 (33%) испитаника указује на последице коришћења екрана у смислу раздражљивости, неприхватања сарадње и одбијања детета да престане да користи екран, док 95 (46,1%) родитеља сматра да излагање деце екрану није имало утицаја. Родитељи су углавном свесни да излагање детета екрану има утицаја на дететово здравље (став 184 (89,3%) родитеља), за разлику од 22 (10,7%) родитеља који нису знали да би излагање деце екрану могло утицати на њихово здравље.

Табела бр. 1: Обједињени приказ дистрибуција испитаника (родитеља) према социо-демографском упитнику

		n (%)	χ^2
Пол	Женски	166 (80,6%)	$\chi^2= 77,068$ p <0,001
	Мушки	40 (19,4%)	
Статус	Мајка	166 (80,6%)	$\chi^2= 215,369$ p <0,001
	Отац	37 (17,9%)	
	Старатељ	3 (1,5%)	
Старост (године живота) X $\pm$ SD		35,90 $\pm$ 7,82	/
Место становања	Село	120 (58,3%)	$\chi^2= 5,612$ p =0,018
	Град	86 (41,7%)	
Радни статус	Запослен	114 (55,3%)	$\chi^2= 2,350$ p =0,125
	Незапослен	92 (44,7%)	
Школска спрема	Основна школа	55 (26,7%)	$\chi^2= 122,495$ p <0,001
	Средња школа	93 (45,1%)	
	Факултет	40 (19,4%)	
	Мастер/специјалистичке	16 (7,8%)	
	Докторске студије	2 (1%)	
Брачни Статус	Ванбрачна заједница	61 (29,6%)	$\chi^2= 84,650$ p <0,001
	Брак	126 (61,2%)	
	Разведен	19 (9,2%)	
Старост деце	4	27 (13,1%)	$\chi^2= 151,333$ p <0,001
	5	9 (4,4%)	
	6	124 (60,2%)	
	7	44 (22,3%)	
Породица	Са оба родитеља	178 (86,4%)	$\chi^2= 109,223$ p <0,001
	са једним родитељем	28 (13,6%)	
Материјални статус	Сиромаштво	2 (0,9%)	$\chi^2= 173,854$ p <0,001
	Лош	10 (4,8%)	
	Добар	89 (43,2%)	
	Врло добар	85 (41,3%)	
	Одличан/богатство	20 (9,7%)	
Број деце	Једно дете	39 (18,9%)	$\chi^2= 49,990$ p <0,001
	Два детета	116 (56,3%)	
	Три и више детета	51 (24,8%)	
Изложеност екрану	Да	95 (46,1%)	$\chi^2= 1,243$ p =0,265
	Не	111 (53,9%)	
Старост детета у време излагања	Пре прве године	52 (25,2%)	$\chi^2= 27,301$ p <0,001
	Између прве и друге године	104 (50,5%)	
	Након треће године	50 (24,3%)	
Излагање-ситуације	Храњење	57 (27,7%)	$\chi^2= 75,981$ p <0,001
	Пресвлачење	10 (4,8%)	
	Током обављања задатка од стране родитеља	97 (47,1%)	
	Друго	42 (20,4%)	

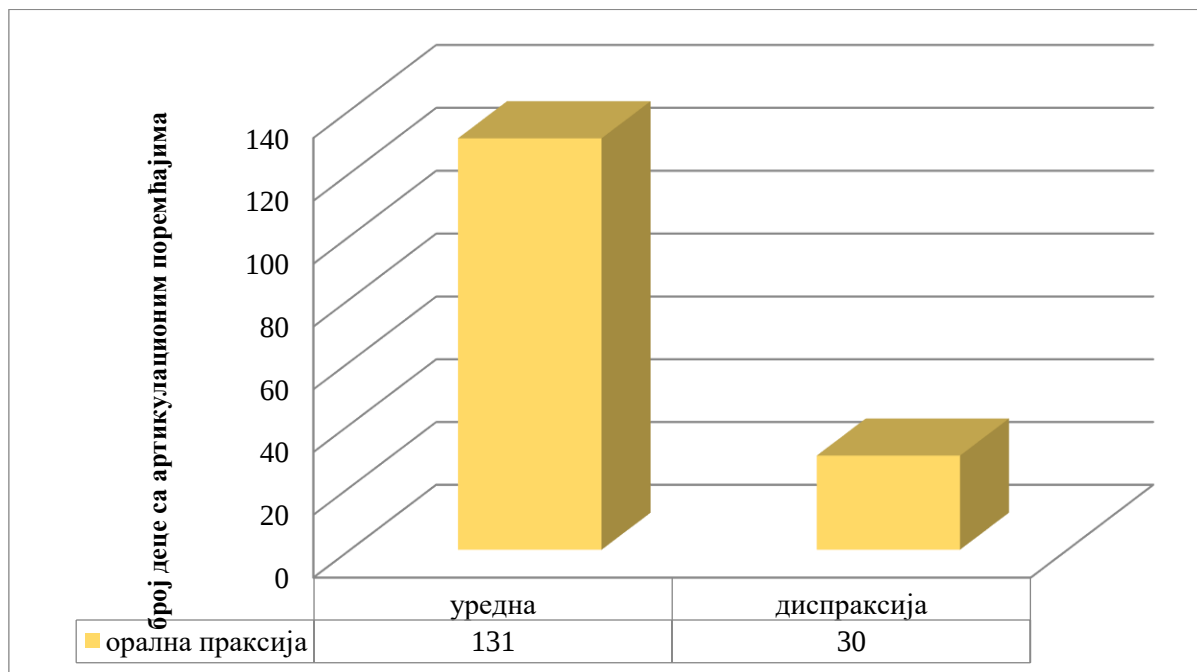
Врста екрана	Телефон	87 (42,2%)	$\chi^2= 189,301$ $p < 0,001$
	ТВ	113 (54,85%)	
	Рачунар/лаптоп	4 (1,95%)	
	Друго	2 (1,0%)	
Време изложености	15-30 мин	49 (23,8%)	$\chi^2= 105,223$ $p < 0,001$
	30-60 мин	105 (50,9%)	
	Више од сат времена	51 (24,8%)	
	Нимало	1 (0,5%)	
Предност/недостаци излагања екрану	Едукација	43 (20,9%)	$\chi^2= 19,699$ $p < 0,001$
	Раздражљивост/несарадљивост	68 (33%)	
	Без утицаја	95 (46,1%)	
Свесност родитеља о штетности излагања	Да	184 (89,3%)	$\chi^2= 127,398$ $p < 0,001$
	Не	22 (10,7%)	

Када је у питању узорак деце, истраживањем је обухваћено 206 детета, од тога 91 (44,2%) девојчица и 115 (55,8%) дечака. Артикулациони поремећај детектован је код 161 (78,2%) детета, док је преосталих 45 (21,8%) имало уредан налаз. У односу на пол, било је 61 (37,9%) девојчица и 100 (62,1%) дечака код којих је постављена F80.0 дијагноза, тако да је даља статистичка обрада података усмерена ка тестирању разлика између две групе испитаника: 1) деце са артикулационим поремећајем и њихових родитеља ($n=161$) и 2) деце без артикулационих поремећаја и њихових родитеља ($n=45$). Дистрибуција деце са артикулационим поремећајима у односу на фонетски слух и оралну праксију приказани су графички на Фигури 1 и 2.



Фигура 1: Дистрибуција испитаника у односу на фонетски слух

За разлику од деце без артикулационих поремећаја код којих је налаз фонетског слуха био уредан, нарушен фонетски слух код деце са артикулационим поремећајима детектован је код 54 (33,5%) детета. Преосталих 107 (66,5%) имало је уредан фонетски слух.



Фигура 2: Дистрибуција испитаника у односу на оралну праксију

Док је код здраве деце налаз оралне праксије био уредан, са изузетком једног детета које је имало диспраксију, код деце са артикулационим поремећајима утврђено је присуство уредног налаза код 131 (81,4%) детета, док је осталих 30 (18,6%) имало диспраксију.

4. 2. Социо-демографски упитник за родитеље – поређење две групе испитаника према присуству/одсуству артикулационих поремећаја

Разлике у социо-демографским карактеристикама две групе родитеља приказане су у Табели 2.

Табела бр. 2: Разлике у социо-демографским карактеристикама две групе родитеља

		Родитељи деце са артикулационим поремећајима N=161	Родитељи деце без поремећаја N=45	χ^2
		n (%)	n (%)	
Пол	Женски	130 (80,7%)	35 (77,8%)	$\chi^2 = 0,270$ $p = 0,604$
	Мушки	31 (19,3%)	10 (22,2%)	
Статус	Мајка	132 (81,9%)	34 (75,6%)	

	Отац	27 (16,8%)	10 (22,2%)	$\chi^2 = 1,833$ $p = 0,400$
	Старатељ	2 (1,3%)	1 (2,2%)	
Старост (године живота) X $\pm$ SD		35,75 $\pm$ 8,57	36,40 $\pm$ 4,32	$p = 0,624^*$
Место становања	Село	104 (64,6%)	15 (33,3%)	$\chi^2 = 16,831$ $p < 0,001$
	Град	57 (35,4%)	29 (66,7%)	
Радни статус	Запослен	81 (50,3%)	33 (73,3%)	$\chi^2 = 7,730$ $p = 0,005$
	Незапослен	80 (49,7%)	12 (26,7%)	
Школска спрема	Основна школа	49 (30,4%)	6 (13,3%)	$\chi^2 = 20,263$ $p < 0,001$
	Средња школа	76 (47,2%)	17 (37,8%)	
	Факултет	21 (13%)	19 (42,2%)	
	Мастер/ специјалистичке	13 (8,1%)	3 (6,7%)	
	Докторске студије	2 (1,3%)	/	
Брачни Статус	Ванбрачна заједница	52 (32,3%)	9 (20%)	$\chi^2 = 3,723$ $p = 0,293$
	Брак	97 (60,2%)	29 (64,4%)	
	Разведен	12 (7,5%)	7 (15,6%)	
Старост деце	4	26 (16,1%)	3 (6,7%)	$\chi^2 = 15,923$ $p = 0,003$
	5	9 (5,6%)	/	
	6	91 (56,5%)	31 (68,9%)	
	7	40 (21,8%)	11 (24,4%)	
Породица	Са оба родитеља	142 (88,2%)	36 (80%)	$\chi^2 = 1,971$ $p = 0,578$
	са једним родитељем	19 (11,8%)	9 (20%)	
Материјални статус	Сиромаштво	2 (1,3%)	/	$\chi^2 = 3,026$ $p = 0,553$
	Лош	9 (5,6%)	1 (2,2%)	
	Добар	68 (42,2%)	21 (46,7%)	
	Врло добар	66 (40,9%)	19 (42,2%)	
	Одличан/богатство	16 (10%)	4 (8,9%)	
Број деце	Једно дете	31 (19,2%)	8 (17,8%)	$\chi^2 = 0,848$ $p = 0,655$
	Два детета	88 (54,6%)	28 (62,2%)	
	Три и више детета	42 (26,2%)	9 (20%)	
Изложеност екрану	Да	82 (50,9%)	13 (28,9%)	$\chi^2 = 6,866$ $p = 0,009$
	Не	79 (49,1%)	32 (71,1%)	
Старост детета у време излагања	Пре прве године	41 (25,4%)	11 (24,4%)	$\chi^2 = 0,014$ $p = 0,993$
	Између прве и друге године	81 (50,3%)	23 (51,2%)	
	Након треће године	39 (24,3%)	11 (24,4%)	
Излагање-ситуације	Храњење	36 (22,3%)	21 (46,7%)	$\chi^2 = 10,031$ $p = 0,018$
	Пресвлачење	10 (6,2%)	/	
	Током обављања задатка од стране родитеља	81 (50,3%)	16 (35,6%)	
	Друго	34 (21,2%)	8 (17,7%)	
Врста екрана	Телефон	70 (43,5%)	17 (37,8%)	$\chi^2 = 4,070$ $p = 0,254$
	ТВ	87 (53,9%)	26 (57,8%)	
	Рачунар/лаптоп	2 (1,3%)	2 (4,4%)	

	Друго	2 (1,3%)	/	
Време изложености	15-30 мин	32 (19,8%)	13 (28,9%)	$\chi^2 = 2,299$ $p = 0,513$
	30-60 мин	87 (54%)	19 (42,2%)	
	Више од сат времена	41 (25,5%)	13 (28,9%)	
	Нимало	1 (0,6%)	/	
Предност/ недостаци излагања екрану	Едукација	36 (22,4%)	7 (15,6%)	$\chi^2 = 2,403$ $p = 0,301$
	Раздражљивост/ несарадљивост	49 (30,4%)	19 (42,2%)	
	Без утицаја	76 (47,2%)	19 (42,2%)	
Свесност родитеља о штетности излагања	Да	21 (13%)	1 (2,2%)	$\chi^2 = 3,542$ $p = 0,060$
	Не	140 (87%)	44 (97,8%)	

*Mann Whitney test

Као што се може видети, статистички значајна разлика између две групе родитеља утврђена је за: место становања ($\chi^2 = 16,831$, $p < 0,001$), радни статус ($\chi^2 = 7,730$, $p = 0,005$), школску спрему ($\chi^2 = 20,263$, $p < 0,001$), старосну дистрибуцију деце ($\chi^2 = 15,923$, $p = 0,003$), изложеност екрану ($\chi^2 = 6,866$, $p = 0,009$) и ситуације у којима су деца била изложена екрану ($\chi^2 = 10,031$, $p = 0,018$).

Статистички значајно већи проценат родитеља чија деца имају артикулациони поремећај било је: са села (64,6%), незапослено (49,7%) и средњошколске спреме (47,2%) за разлику од родитеља здраве деце који су били у већем проценту из града (66,7%), запослени (73,3%) и са завршеним факултетом (42,2%). За разлику од уједначене (не)изложености деце са артикулационим поремећајима екрану (50,9% vs. 40,1%), здрава деца, по тврдњама родитеља, у највећем проценту нису била изложена екрану (71,1%). У том смислу, најчешћи разлог излагања деце са артикулационим поремећајима екрану биле су родитељске обавезе (обављање неких других задатака) (50,3%).

4. 3. Упитник Kiddy-KINDL – верзија за родитеље – тестирање разлика између две групе родитеља

Дистрибуција одговора у вези аспекта физичког здравља деце, емоционалног стања, самопоштовања, породице, социјалног живота, школе, уз неколико битних питања, укључујући и хроничне болести приказана је у табелама испод.

Табела бр. 3: Разлике у физичком здрављу деце према схватањима две групе родитеља

		Родитељи деце са артикулационим поремећајима N=161	Родитељи деце без поремећаја N=45	χ^2
		n (%)	n (%)	
Моје дете се током прошле недеље осећало лоше	Никада	68 (42,2%)	25 (55,6%)	$\chi^2 = 7,658$ $p = 0,105$
	Ретко	41 (25,5%)	15 (33,3%)	
	Понекад	38 (23,6%)	5 (11,1%)	
	Често	12 (7,4%)	/	
	Стално	2 (1,3%)	/	
	Никада	64 (39,8%)	27 (60%)	$\chi^2 = 9,812$
	Ретко	36 (22,3%)	11 (24,4%)	

Моје дете је током прошле недеље болела глава или стомак	Понекад	47 (29,2%)	7 (15,6%)	p =0,044
	Често	12 (7,4%)	/	
	Стално	2 (1,3%)	/	
Моје дете је прошле недеље било уморно или исцрпљено	Никада	54 (33,5%)	14 (31,1%)	$\chi^2= 2,606$ p =0,626
	Ретко	40 (24,8%)	13 (28,9%)	
	Понекад	50 (31,1%)	16 (35,6%)	
	Често	11 (6,9%)	2 (4,4%)	
	Стално	6 (3,7%)	/	
Моје дете се прошле недеље осећало снажно и пуно енергије	Никада	7 (4,3%)	1 (2,2%)	$\chi^2= 2,648$ p =0,618
	Ретко	8 (4,9%)	/	
	Понекад	9 (5,6%)	2 (4,4%)	
	Често	73 (45,4%)	24 (53,3%)	
	Стално	64 (39,8%)	14 (40,1%)	

Разлике у сегменту физичко здравље утврђене су за варијаблу *моје дете је прошле недеље болела глава или стомак* ($\chi^2= 9,812$, p =0,044), тако да је проценат одговора *никада* био значајно већи у групи родитеља чија су деца здрава (60%). Супротно, било је значајно више родитеља чија деца имају артикулациони поремећај који тврде да су њихова деца *понекад* имала главобољу или бол у стомаку у току претходне недеље (29,2% vs. 15,6%).

Табела бр. 4: Разлике у емоционалном стању деце према схватањима две групе родитеља

		Родитељи деце са артикулационим поремећајима N=161 n (%)	Родитељи деце без поремећаја N=45 n (%)	χ^2
Моје дете се током прошле недеље доста забављало и смејало	Никада	1 (0,6%)	/	$\chi^2= 5,494$ p =0,240
	Ретко	1 (0,6%)	/	
	Понекад	8 (4,9%)	1 (2,2%)	
	Често	73 (45,3%)	29 (64,4%)	
	Стално	78 (48,6%)	15 (33,4%)	
Моје дете током прошле недеље није имало воље низашта	Никада	87 (54%)	25 (55,6%)	$\chi^2= 6,548$ p =0,162
	Ретко	46 (28,6%)	18 (40%)	
	Понекад	19 (11,8%)	2 (4,4%)	
	Често	8 (4,9%)	/	
	Стално	1 (0,6%)	/	
Моје дете се током прошле недеље осећало усамљено	Никада	99 (61,5%)	25 (55,6%)	$\chi^2= 4,401$ p =0,354
	Ретко	31 (19,2%)	14 (31,2%)	
	Понекад	22 (13,7%)	3 (6,6%)	
	Често	7 (4,3%)	3 (6,6%)	
	Стално	2 (1,2%)	/	
Моје дете је током прошле недеље било уплашено и несигурно	Никада	71 (44,1%)	21 (46,7%)	$\chi^2= 0,633$ p =0,959
	Ретко	52 (32,3%)	14 (31,1%)	
	Понекад	28 (17,4%)	8 (17,8%)	
	Често	8 (4,9%)	1 (2,2%)	
	Стално	2 (1,2%)	1 (2,2%)	

Иако за емотивни сегмент деце није показана статистички значајна разлика између две групе родитеља, може се приметити да је међу децом са артикулационим поремећајима било и оних који се нису *никада* или су се *ретко* смејали у протеклој недељи што није био случај са здравом децом. Највећи проценат деце обе групе није имао или је ретко имао проблем са вољом. Међутим, примећено је да ипак 11,8% деце са артикулационим поремећајима *понекад* нема воље ни за шта, односно, да 4,9% њих *често* нема воље ни за шта, док ове две категорије нису дететктоване у групи здраве деце према тврдњама родитеља.

Слично, *стални* осећај усамљености није забележен међу здравом децом (по тврдњама родитеља), док је 1,2% деце са артикулационим поремећајима имало овај осећај у претходној недељи.

Чести осећај усамљености био је присутан код 4,3% деце са артикулационим поремећајем, док ова категорија није забележена у групи здравих у којој деца углавном *никада* нису имала осећај усамљености (55,6%). Дистрибуција одговара у вези несигурности била је слична у две групе родитеља.

Табела бр. 5: Разлике у самопоштовању деце према схватањима две групе родитеља

		Родитељи деце са артикулационим поремећајима N=161 n (%)	Родитељи деце без поремећаја N=45 n (%)	χ^2
Моје дете је током прошле недеље било поносно на себе	Никада	2 (1,3%)	/	$\chi^2 = 1,399$ $p = 0,844$
	Ретко	9 (5,6%)	2 (4,4%)	
	Понекад	36 (22,4%)	11 (24,5%)	
	Често	78 (48,3%)	24 (53,3%)	
	Стално	36 (22,4%)	8 (17,8%)	
Моје дете се током прошле недеље осећало сјајно	Никада	/	/	$\chi^2 = 3,191$ $p = 0,363$
	Ретко	5 (3,1%)	/	
	Понекад	17 (10,6%)	7 (15,6%)	
	Често	78 (48,3%)	26 (57,8%)	
	Стално	61 (38%)	12 (26,7%)	
Моје дете је током прошле недеље било задовољно собом	Никада	/	1 (2,2%)	$\chi^2 = 9,103$ $p = 0,041$
	Ретко	7 (4,3%)	/	
	Понекад	17 (10,6%)	8 (17,8%)	
	Често	74 (45,9%)	25 (55,6%)	
	Стално	63 (39,2%)	11 (24,4%)	
Моје дете је током прошле недеље имало пуно добрих идеја	Никада	3 (1,9%)	1 (2,2%)	$\chi^2 = 6,656$ $p = 0,155$
	Ретко	10 (6,2%)	/	
	Понекад	19 (11,8%)	10 (22,2%)	
	Често	68 (42,2%)	21 (46,7%)	
	Стално	61 (37,9%)	13 (28,9%)	

У погледу самопоштовања деца утврђена је статистички значајна разлика између две групе родитеља за варијаблу која се односи на осећај задовољства собом ($\chi^2 = 9,103$, $p = 0,041$). За разлику од здраве деце, међу децом са артикулационим поремећајима било је и оних који су *ретко* (4,3%) били задовољни собом у претходној недељи. Такође, проценат деце која *стално* нису била задовољна собом био је већи у групи деце са

артикулационим поремећајима (39,2% vs. 24,4%). Када су у питању остале детерминанте самопоштовања, једино су у групи деце са артикулационим поремећајима забележени случајеви деце која *никада* (1,3%) нису била задовољна собом у претходној недељи и која су се *ретко* (3,1%) осећала сјајно претходне недеље.

Табела бр. 6: Разлике у сегменту *породица* према схватањима две групе родитеља

		Родитељи деце са артикулационим поремећајима N=161	Родитељи деце без поремећаја N=45	χ^2
		n (%)	n (%)	
Моје дете је током прошле недеље имало добре односе са нама	Никада	4 (2,5%)	1 (2,2%)	$\chi^2 = 5,128$ p = 0,157
	Ретко	4 (2,5%)	1 (2,2%)	
	Понекад	/	/	
	Често	37 (84,4%)	18 (11,2%)	
	Стално	17 (10,6%)	25 (84,4%)	
Моје дете се током прошле недеље добро осећало код куће	Никада	2 (1,3%)	/	$\chi^2 = 0,354$ p = 0,986
	Ретко	5 (3,1%)	2 (4,4%)	
	Понекад	5 (3,1%)	2 (4,4%)	
	Често	29 (18%)	8 (17,8%)	
	Стално	120 (74,5%)	33 (73,4%)	
Током прошле недеље свађали смо се код куће	Никада	57 (35,4%)	12 (26,7%)	$\chi^2 = 5,222$ p = 0,265
	Ретко	62 (38,5%)	23 (51,1%)	
	Понекад	30 (18,6%)	10 (22,2%)	
	Често	3 (1,8%)	/	
	Стално	9 (5,6%)	/	
Моје дете се током прошле недеље осећало као да ми управљамо њиме	Никада	87 (54%)	18 (40%)	$\chi^2 = 7,389$ p = 0,117
	Ретко	46 (28,6%)	17 (37,8%)	
	Понекад	14 (8,7%)	6 (13,3%)	
	Често	6 (3,7%)	4 (8,9%)	
	Стално	8 (5%)	/	

Нису утврђене статистички значајне разлике у сегменту *породица* између деце две групе родитеља. Док су родитељи деце са артикулационим поремећајима навели да су њихова деца *често* (84,4%) имала добар однос са породицом у претходној недељи, најчешћи одговор родитеља здраве деце био је *стално* (84,4%). Два родитеља деце са артикулационим поремећајима је изјавило да се њихова деца *никада* нису осећала добро код куће током прошле недеље (1,3%).

За разлику од здраве деце, родитељи деце са артикулационим поремећајима такође наводе да су се у 1,8% случајева *често*, односно, у 5,6% случајева *стално* свађали код куће током прошле недеље. 5% деце са артикулационим поремећајима имало је утисак да родитељи управљају њима, док у популацији здравих овај одговор није забележен.

Табела бр. 7: Разлике у социјалном животу деце према схватањима две групе родитеља

		Родитељи деце са артикулационим поремећајима N=161 n (%)	Родитељи деце без поремећаја N=45 n (%)	χ^2
Моје дете је током прошле недеље играло са друговима и другарицама	Никада	2 (1,3%)	/	$\chi^2 = 7,169$ $p = 0,078$
	Ретко	5 (3,1%)	/	
	Понекад	4 (2,4%)	1 (2,2%)	
	Често	66 (41%)	28 (62,2%)	
	Стално	84 (52,2%)	16 (35,6%)	
Моје дете је током прошле недеље било омиљено међу децом	Никада	8 (5%)	/	$\chi^2 = 5,369$ $p = 0,251$
	Ретко	14 (8,7%)	2 (4,4%)	
	Понекад	54 (33,5%)	14 (31,1%)	
	Често	62 (38,5%)	23 (51,1%)	
	Стално	23 (14,3%)	6 (13,3%)	
Током прошле недеље моје дете се добро слагало са друговима и другарицама	Никада	4 (2,4%)	1 (2,2%)	$\chi^2 = 9,146$ $p = 0,038$
	Ретко	5 (3,1%)	/	
	Понекад	10 (6,2%)	4 (8,8%)	
	Често	58 (36%)	26 (57,8%)	
	Стално	84 (52,3%)	14 (31,1%)	
Моје дете се током прошле недеље осећало као да је другачије од друге деце	Никада	98 (60,9%)	29 (64,4%)	$\chi^2 = 5,052$ $p = 0,282$
	Ретко	28 (17,4%)	9 (20%)	
	Понекад	15 (9,3%)	4 (8,8%)	
	Често	5 (3,1%)	3 (6,8%)	
	Стално	15 (9,3%)	/	

Статистичком обрадом прикупљених података показана је значајна разлика у ставу родитеља две групе који се односи на слагање њихове деце са друговима и другарима ($\chi^2 = 9,146$, $p = 0,038$). Наиме, 3,1% испитаника је изјавио да су се деца са артикулационим поремећајима *ретко* добро слагала са другарима и другарицама, ова ставка није детектована у здравој популацији. Такође, одговарајући проценат родитеља деце са артикулационим поремећајима навео је да се њихово дете *никада* (1,3%) или *ретко* (3,1%) играло са својим другарима прошле недеље као и да *никада* није било омиљено међу децом (5%), што није био случај са здравима.

Табела бр. 8: Разлике у школском животу деце према схватањима две групе родитеља

		Родитељи деце са артикулационим поремећајима N=161 n (%)	Родитељи деце без поремећаја N=45 n (%)	χ^2
Моје дете је током прошле недеље могло добро да одради све задатке у школи/вртићу	Никада	15 (9,3%)	/	$\chi^2 = 13,610$ $p = 0,009$
	Ретко	9 (5,6%)	2 (4,4%)	
	Понекад	18 (11,2%)	/	
	Често	64 (39,7%)	18 (40%)	

	Стално	55 (34,2%)	25 (55,6%)	
Током прошле недеље мом детету је било лепо у школи/вртићу	Никада	5 (3,1%)	/	$\chi^2 = 8,871$ $p = 0,085$
	Ретко	3 (1,8%)	/	
	Понекад	10 (6,2%)	2 (4,4%)	
	Често	37 (22,9%)	20 (44,4%)	
	Стално	105 (65,2%)	23 (51,2%)	
Током прошле недеље моје дете се радовало одласку у вртић	Никада	9 (5,6%)	2 (4,4%)	$\chi^2 = 6,072$ $p = 0,194$
	Ретко	5 (3,1%)	/	
	Понекад	16 (9,9%)	8 (17,8%)	
	Често	34 (21,1%)	12 (26,7%)	
	Стално	97 (60,2%)	23 (51,1%)	
Моје дете је током прошле недеље правило доста грешака током обављања мањих послова или израде домаћег задатка	Никада	33 (20,5%)	14 (31,1%)	$\chi^2 = 11,054$ $p = 0,026$
	Ретко	44 (27,3%)	19 (20,1%)	
	Понекад	46 (28,6%)	11 (24,4%)	
	Често	18 (11,2%)	/	
	Стално	20 (12,4%)	1 (24,4%)	

Статистички значајна разлика у одговорима две групе родитеља утврђена је за реализацију задатака у школи/вртићу ($\chi^2 = 13,610$, $p = 0,009$) и прављење грешака током обављања мањих обавеза или домаћих задатака ($\chi^2 = 11,054$, $p = 0,026$). За разлику од родитеља здраве деце, родитељи деце са артикулационим поремећајима су изјавили да у извесном проценту деца нису *никада* (9,3%) или *понекад* (11,2%) могла да добро одраде све задатке у школи/вртићу. Преко половине родитеља здраве деце (55,6%) је изјавило да су њихова деца *стално* могла да обаве своје школске задатке. Родитељи деце са поремећајима су такође става да су њихова деца *често* (11,2%) правила доста грешака током обављања мањих послова у претходних недељу дана. Очигледна је разлика у ставовима родитеља по овом питању у смислу да је најучесталије мишљење међу родитељима здраве деце било да њихова деца *никада* (31,1%) нису правила грешке током обављања мањих послова или школских задатака, које је забележено код 20,5% родитеља деце са поремећајима. Родитељи деце са поремећајима су у одређеном проценту навели и то да је њиховој деци *ретко* (1,8%) било лепо у школи/вртићу, као и да су се *ретко* (3,1%) радовали одласку у вртић, што није био случај са здравом децом.

Табела бр. 9: Разлике у одговорима на неколико битних питања у две групе родитеља

		Родитељи деце са артикулационим поремећајима N=161 n (%)	Родитељи деце без поремећаја N=45 n (%)	χ^2
Моје дете је током прошле недеље често било нерасположено/плачљиво	Никада	56 (34,8%)	7 (15,6%)	$\chi^2 = 19,049$ $p = 0,001$
	Ретко	56 (34,8%)	31 (68,8%)	
	Понекад	36 (22,4%)	7 (15,6%)	
	Често	9 (5,6%)	/	
	Стално	4 (2,4%)	/	
Током прошле недеље моје дете је имало добар апетит	Никада	2 (1,3%)	/	$\chi^2 = 2,546$ $p = 0,636$
	Ретко	13 (8,1%)	1 (2,2%)	
	Понекад	22 (13,7%)	7 (15,6%)	

	Често	69 (42,8%)	22 (48,9%)	
	Стално	55 (34,2%)	15 (33,3%)	
Током прошле недеље успела сам да покажем стрпљење/разумевање за своје дете	Никада	7 (4,3%)	/	$\chi^2= 16,063$ $p = 0,003$
	Ретко	5 (3,1%)	/	
	Понекад	8 (4,9%)	5 (11,1%)	
	Често	59 (36,6%)	29 (64,4%)	
	Стално	82 (50,9%)	11 (24,5%)	
Моје дете се током прошле недеље осећало као да је под притиском	Никада	92 (57,1%)	23 (51,1%)	$\chi^2= 4,858$ $p = 0,302$
	Ретко	42 (26,1%)	12 (26,7%)	
	Понекад	13 (8,1%)	8 (17,8%)	
	Често	8 (4,9%)	1 (2,2%)	
	Стално	6 (3,7%)	1 (2,2%)	
Током прошле недеље моје дете је добро спавало	Никада	2 (1,3%)	/	$\chi^2= 5,762$ $p = 0,218$
	Ретко	3 (1,8%)	/	
	Понекад	3 (1,8%)	/	
	Често	47 (29,2%)	7 (15,6%)	
	Стално	106 (65,9%)	38 (84,4%)	
Током прошле недеље моје дете је врло активно и несташно	Никада	4 (2,5%)	1 (2,2%)	$\chi^2= 6,556$ $p = 0,161$
	Ретко	10 (6,2%)	1 (2,2%)	
	Понекад	22 (13,7%)	9 (20%)	
	Често	62 (38,5%)	24 (53,3%)	
	Стално	63 (39,1%)	10 (22,2%)	
Током прошле недеље моје дете би лако брзнуло у плач	Никада	43 (26,7%)	9 (20%)	$\chi^2= 6,075$ $p = 0,194$
	Ретко	45 (27,9%)	20 (44,4%)	
	Понекад	47 (29,2%)	13 (28,9%)	
	Често	18 (11,2%)	3 (6,7%)	
	Стално	8 (5%)	/	
Током прошле недеље моје дете је било раздрагано и добро расположено	Никада	3 (1,9%)	/	$\chi^2= 3,435$ $p = 0,488$
	Ретко	9 (5,6%)	/	
	Понекад	74 (45,9%)	24 (53,3%)	
	Често	73 (45,3%)	21 (46,7%)	
	Стално	2 (1,3%)	/	
Током прошле недеље моје дете је имало добру пажњу	Никада	7 (4,3%)	1 (2,2%)	$\chi^2= 2,145$ $p = 0,709$
	Ретко	10 (6,2%)	1 (2,2%)	
	Понекад	25 (15,5%)	5 (11,1%)	
	Често	74 (45,9%)	25 (55,6%)	
	Стално	45 (28,1%)	13 (28,9%)	
Током прошле недеље мом детету је пажња лако попуштала и било је одсутно	Никада	32 (19,8%)	17 (37,8%)	$\chi^2= 10,176$ $p = 0,038$
	Ретко	53 (32,9%)	14 (31,1%)	
	Понекад	42 (26,1%)	11 (24,4%)	
	Често	18 (11,2%)	2 (4,4%)	
	Стално	16 (9,9%)	1 (2,2%)	
Током прошле недеље моје дете је уживало да буде са другом децом	Никада	2 (1,3%)	/	$\chi^2= 2,649$ $p = 0,449$
	Ретко	/	/	
	Понекад	3 (1,9%)	2 (4,4%)	
	Често	39 (24,2%)	13 (28,9%)	
	Стално	117 (72,6%)	30 (23,3%)	
	Никада	12 (7,4%)	/	$\chi^2= 14,603$
	Ретко	39 (24,2%)	13 (28,9%)	

Током прошле недеље морала сам да опомињем своје дете	Понекад	59 (36,6%)	27 (60%)	p =0,006
	Често	29 (18%)	5 (11,1%)	
	Стално	22 (13,8%)	/	
Током прошле недеље хвалила сам своје дете	Никада	7 (4,4%)	/	$\chi^2= 5,913$ p =0,206
	Ретко	14 (8,7%)	1 (2,2%)	
	Понекад	30 (18,6%)	10 (22,2%)	
	Често	75 (46,6%)	27 (60%)	
	Стално	35 (21,7%)	7 (15,6%)	
Током прошле недеље моје дете је имало проблема са наставницима/васпитачима	Никада	111 (68,9%)	34 (75,6%)	$\chi^2= 3,684$ p =0,450
	Ретко	25 (15,5%)	9 (20%)	
	Понекад	12 (7,4%)	1 (2,2%)	
	Често	5 (3,1%)	/	
	Стално	8 (4,9%)	1 (2,2%)	
Током прошле недеље моје дете је било нервозно	Никада	65 (40,4%)	17 (37,8%)	$\chi^2= 6,617$ p =0,158
	Ретко	50 (31,1%)	20 (44,4%)	
	Понекад	28 (17,3%)	8 (17,8%)	
	Често	9 (5,6%)	/	
	Стално	9 (5,6%)	/	
Током прошле недеље моје дете је било живахно и енергично	Никада	2 (1,3%)	1 (2,2%)	$\chi^2= 3,754$ p =0,440
	Ретко	4 (2,4%)	/	
	Понекад	14 (8,7%)	3 (6,7%)	
	Често	52 (32,3%)	20 (44,4%)	
	Стално	89 (55,3%)	21 (46,7%)	
Током прошле недеље моје дете се жалило да га нешто боли	Никада	38 (23,6%)	15 (33,3%)	$\chi^2= 9,889$ p =0,042
	Ретко	57 (35,4%)	23 (51,1%)	
	Понекад	49 (30,4%)	6 (13,3%)	
	Често	12 (7,4%)	1 (2,2%)	
	Стално	5 (3,2%)	/	
Током прошле недеље моје дете је било дружељубиво и отворено	Никада	3 (1,8%)	/	$\chi^2= 2,074$ p =0,722
	Ретко	5 (3,1%)	/	
	Понекад	11 (6,8%)	3 (6,7%)	
	Често	59 (36,6%)	15 (33,3%)	
	Стално	83 (51,7%)	27 (60%)	
Током прошле недеље моје дете би успело да обави све што је отпочело	Никада	11 (6,8%)	1 (2,2%)	$\chi^2= 5,656$ p =0,226
	Ретко	19 (11,8%)	1 (2,2%)	
	Понекад	31 (19,2%)	7 (15,6%)	
	Често	69 (42,8%)	24 (53,3%)	
	Стално	31 (19,2%)	12 (26,7%)	
Током прошле недеље моје дете би се брзо разочарало	Никада	30 (18,6%)	3 (6,7%)	$\chi^2= 17,357$ p =0,002
	Ретко	51 (31,7%)	29 (64,4%)	
	Понекад	61 (37,9%)	9 (20%)	
	Често	11 (6,8%)	4 (8,9%)	
	Стално	8 (5%)	/	
Током прошле недеље моје дете је горко плакало	Никада	87 (54%)	29 (64,4%)	$\chi^2= 4,558$ p =0,336
	Ретко	28 (17,4%)	10 (22,2%)	
	Понекад	32 (19,8%)	6 (13,4%)	
	Често	11 (6,8%)	/	

	Стално	3 (1,8%)	/	
Током прошле недеље моје дете је лако губило контролу	Никада	86 (53,4%)	25 (55,6%)	$\chi^2 = 6,501$ $p = 0,165$
	Ретко	37 (22,9%)	16 (35,6%)	
	Понекад	24 (14,9%)	4 (8,8%)	
	Често	8 (4,9%)	/	
	Стално	6 (3,7%)	/	

Статистички значајне разлике у одговорима на неколико битних питања у две групе родитеља утврђене су за: учесталост нерасположења детета у претходној недељи ($\chi^2 = 19,049$, $p = 0,001$), стрпљење родитеља за дете ($\chi^2 = 16,063$, $p = 0,003$), попуштање и одсуство пажње ($\chi^2 = 10,176$, $p = 0,038$), опомињање детета ($\chi^2 = 14,603$, $p = 0,006$), жаљење на бол ($\chi^2 = 9,899$, $p = 0,042$) и разочарење детета ($\chi^2 = 17,357$, $p = 0,002$).

За разлику од родитеља здраве деце код којих то није био случај, родитељи деце са артикулационим поремећајима су у једном проценту одговорили да су њихова деца током претходне недеље *често* (5,6%) односно *стално* (2,4%) била нерасположена. Такође, део родитеља деце са поремећајима истичу да су *никада* (4,3%) заправо *ретко* (3,1%) показали стрпљење за своје дете током претходне недеље, док су родитељи здраве деце у највећем проценту казали да су *често* (64,4%) имали стрпљења за своју децу.

Када је у питању попуштање пажње, 9,9% родитеља деце са поремећајима је истакло да су њихова деца *стално* имала проблем са пажњом и концентрисањем у претходној недељи, док је овај проценат био значајно мањи у здравој популацији (2,2%). 13,8% родитеља деце са артикулационим поремећајима изјавило је да су *стално* морали да опомињу дете током претходне недеље што није био случај са здравом децом, која су углавном *понекад* (60%) опомињана. Преко половине родитеља здраве деце су изјавили да су се њихова деца *ретко* (51,1%) жалила на бол, док је учесталост *сталног* жаљења на бол у протеклој недељи међу децом са поремећајима била чак 3,2%. 5% родитеља деце са артикулационим поремећајима је навело да су њихова деца *стално* била разочарана у претходних недељу дана. Ова категорија није детектована међу здравом популацијом, у којој је ова појава углавном била *ретка* (64,4%).

На питање о присуству хроничне болести, позитиван одговор дало је 11 (6,8%) родитеља деце са артикулационим поремећајима и један (2,2%) родитељ здравог детета. Другим речима, у највећем проценту хроничне болести биле су одсутне како код деце са артикулационим поремећајима тако и код здраве деце према тврдњама родитеља. Ставови родитеља чија деца имају хроничне болести приказани су у Табели 10.

Табела бр. 10: Ставови родитеља чија деца имају хроничне болести

		Родитељи деце са артикулационим поремећајима N=11 n (%)	Родитељи деце без поремећаја N=1 n (%)
Моје дете се током прошле недеље плашило да се његова болест не погорша	Никада	6 (54,5%)	1 (100%)
	Ретко	1 (9,1%)	/
	Понекад	2 (18,2%)	/
	Често	1 (9,1%)	/
	Стално	1 (9,1%)	/
Моје дете је током прошле недеље било тужно због своје болести	Никада	4 (36,4%)	1 (100%)
	Ретко	1 (9,1%)	/
	Понекад	2 (18,2%)	/

	Често	3 (27,3%)	/
	Стално	1 (9,1%)	
Током прошле недеље моје дете је успевало да се носи са својом болешћу	Никада	4 (36,4%)	1 (100%)
	Ретко	/	/
	Понекад	1 (9,1%)	/
	Често	3 (27,3%)	/
	Стално	3 (27,3%)	/
Током прошле недеље опходили смо се према нашем детету као према беби због болести	Никада	3 (27,3%)	1 (100%)
	Ретко	/	/
	Понекад	4 (36,4%)	/
	Често	/	/
	Стално	4 (36,4%)	/
Током прошле недеље моје дете је избегавало друге због болести	Никада	4 (36,4%)	1 (100%)
	Ретко	3 (27,3%)	/
	Понекад	1 (9,1%)	/
	Често	1 (9,1%)	/
	Стално	1 (9,1%)	/
Током прошле недеље моје дете је пропуштало одређене активности у вртићу због болести	Никада	2 (18,2%)	1 (100%)
	Ретко	2 (18,2%)	/
	Понекад	1 (9,1%)	/
	Често	/	/
	Стално	6 (54,5%)	/

4. 4. Kiddy-KINDL – верзија за децу – тестирање разлика између две групе

Разлике у квалитету живота између две групе малишана у односу на присуство, тј. одсуство артикулационих поремећаја приказане су у Табели 11.

Табела бр. 11: Разлике у квалитету живота деце са и без артикулационих поремећаја

			Деца са артикулационим поремећајима N=161 n (%)	Деца без поремећаја N=45 n (%)	χ^2
Физичко Здравље	Током прошле недеље осећао сам се лоше	Никада	95 (59%)	32 (71,1%)	$\chi^2= 2,983$ p =0,225
		Понекад	57 (35,4%)	10 (22,2%)	
		Стално	9 (5,6%)	3 (6,7%)	
	Током прошле недеље ме болела глава/стомачић	Никада	68 (42,2%)	26 (57,8%)	$\chi^2= 4,280$ p =0,118
		Понекад	79 (49,1%)	17 (37,8%)	
		Стално	14 (8,7%)	2 (4,4%)	
Емоције	Током прошле недеље доста сам се забављао	Никада	3 (1,9%)	/	$\chi^2= 2,141$ p =0,343
		Понекад	21 (13%)	3 (6,7%)	
		Стално	137 (85,1%)	42 (93,3%)	

	Током прошле недеље било ми је досадно	Никада	45 (27,9%)	13 (28,9%)	$\chi^2 = 0,519$ $p = 0,771$
		Понекад	100 (62,1%)	29 (64,4%)	
		Стално	16 (10%)	3 (6,7%)	
Само-поштовање	Током прошле недеље био сам поносан на себе	Никада	11 (6,8%)	3 (6,7%)	$\chi^2 = 0,331$ $p = 0,848$
		Понекад	61 (37,9%)	19 (42,2%)	
		Стално	89 (55,3%)	23 (51,1%)	
	Током прошле недеље био сам задовољан собом	Никада	8 (5%)	/	$\chi^2 = 1,565$ $p = 0,457$
		Понекад	39 (24,2%)	11 (24,4%)	
		Стално	114 (70,8%)	34 (75,6%)	
Породица	Током прошле недеље имао сам добре односе са родитељима	Никада	7 (4,3%)	/	$\chi^2 = 1,464$ $p = 0,481$
		Понекад	13 (8,1%)	5 (11,1%)	
		Стално	141 (87,6%)	40 (88,9%)	
	Током прошле недеље осећао сам се добро код куће	Никада	6 (3,7%)	/	$\chi^2 = 4,278$ $p = 0,118$
		Понекад	11 (6,8%)	7 (15,6%)	
		Стално	144 (89,5%)	38 (84,4%)	
Социјални живот	Током прошле недеље играо сам се са друговима	Никада	8 (5%)	/	$\chi^2 = 2,296$ $p = 0,317$
		Понекад	24 (14,9%)	10 (22,2%)	
		Стално	129 (80,1%)	35 (77,8%)	
	Током прошле недеље добро сам се слагао са својим друговима	Никада	8 (5%)	/	$\chi^2 = 2,447$ $p = 0,294$
		Понекад	28 (17,4%)	5 (11,1%)	
		Стално	127 (77,6%)	40 (88,9%)	
Школски живот	Током прошле недеље добро сам могао да урадим све задатке у школи	Никада	20 (12,4%)	/	$\chi^2 = 12,448$ $p = 0,002$
		Понекад	46 (28,6%)	6 (13,3%)	
		Стално	95 (59%)	39 (86,7%)	
	Током прошле недеље било ми је лепо у школи/вртићу	Никада	13 (8,1%)	/	$\chi^2 = 2,447$ $p = 0,294$
		Понекад	14 (8,7%)	6 (13,3%)	
		Стално	134 (83,2%)	39 (86,7%)	

Анализа различитих аспеката квалитета живота код деце показала је статистички значајну разлику у домену школског живота, у оквиру кога је утврђено да 12,4% деце са артикулационим поремећајима *никада* није било у могућности да добро обави своје задатке у школи, док су деца без поремећаја у преко 80% случајева истакла да су *стално* била у могућности да добро реализују своје обавезе у претходној недељи ($\chi^2 = 12,448$, $p = 0,002$). Дистрибуција испитаника у другим сегментима квалитета живота није се битније разликовала између две групе малишана.

Као што је раније наглашено, присуство хроничних болести пријављено је код једанаесторо деце са артикулационим поремећајима и једног детета контролне групе.

Расподела подгрупе испитаника са артикулационим поремећајима, који су се изјаснили да болују од хроничне болести, а на основу додатних питања у Kiddy-KINDL упитнику приказана је у Табели 12.

Табела бр. 12: Ставови деце са артикулационим поремећајима која имају хроничне болести

		Деца са хроничним болестима N=11 n (%)
Током прошле недеље плашио сам се да моја болест не погорша	Никада	6 (54,5%)
	Понекад	4 (36,4%)
	Стално	1 (9,1%)
Током прошле недеље био сам тужан због своје болести	Никада	8 (72,7%)
	Понекад	2 (18,2%)
	Стално	1 (9,1%)
Током прошле недеље успевао сам да се носим са својом болешћу	Никада	6 (54,5%)
	Понекад	3 (27,3%)
	Стално	2 (18,2%)
Током прошле недеље моји родитељи су ме третирали као бебу због моје болести	Никада	5 (45,4%)
	Понекад	3 (27,3%)
	Стално	3 (27,3%)
Током прошле недеље избегавао сам друге да не би приметили моју болест	Никада	6 (54,5%)
	Понекад	2 (18,2%)
	Стално	3 (27,3%)
Током прошле недеље пропуштао сам одређене активности у вртићу због болести	Никада	6 (54,5%)
	Понекад	1 (9,1%)
	Стално	4 (36,4%)

На сва додатна питања преко половина испитиване популације дала је одговор да *никада* у току претходне недеље није имала проблема због своје хроничне болести.

4. 5. Квалитет живота породице

За мерење квалитета породичног живота коришћена је Скала квалитета живота породице (*The Family Quality of Life Scale (FQOL)*) са анализом пет домена: 1) породична интеракција, 2) родитељство, 3) емоционално благостање, 4) физичко тј. материјално благостање и 5) подршка у вези са инвалидитетом тј. развојним поремећајем. Резултати добијени анализом породичног живота дати су у Табелама 13–17.

Табела бр. 13: Разлике у домену породична интеракција између две групе испитаника

		Присуство артикулационих поремећаја N=161 n (%)	Одсуство артикулационих поремећаја N=45 n (%)	χ^2
Моја породица ужива у времену које проводимо заједно	Врло незадовољан	5 (3,1%)	/	$\chi^2= 1,320$ $p =0,724$
	Незадовољан	6 (3,7%)	/	
	Ни једно ни друго	4 (2,5%)	3 (6,7%)	
	Задовољан	98 (60,8%)	29 (64,4%)	
	Врло задовољан	48 (29,9%)	13 (28,9%)	
Чланови моје породице помажу деци да буду независна	Врло незадовољан	5 (3,1%)	/	$\chi^2= 3,492$ $p =0,479$
	Незадовољан	7 (4,3%)	/	
	Ни једно ни друго	3 (1,9%)	2 (4,4%)	
	Задовољан	67 (41,6%)	18 (40%)	
	Врло задовољан	79 (49,1%)	25 (55,6%)	
Моја породица има подршку која јој је потребна да би се ослободила од стреса	Врло незадовољан	5 (3,1%)	/	$\chi^2= 5,277$ $p =0,260$
	Незадовољан	9 (5,6%)	/	
	Ни једно ни друго	6 (3,7%)	5 (11,1%)	
	Задовољан	86 (53,4%)	22 (48,9%)	
	Врло задовољан	55 (34,2%)	18 (40%)	
Чланови моје породице имају друге особе које им пружају подршку	Врло незадовољан	9 (5,6%)	/	$\chi^2= 11,554$ $p =0,021$
	Незадовољан	18 (11,2%)	3 (6,7%)	
	Ни једно ни друго	36 (22,3%)	2 (4,4%)	
	Задовољан	35 (21,7%)	29 (64,4%)	
	Врло задовољан	63 (39,1%)	11 (24,5%)	
Чланови моје породице помажу децу са домаћим задацима и другим активностима	Врло незадовољан	/	/	$\chi^2= 1,315$ $p =0,725$
	Незадовољан	15 (9,3%)	3 (6,7%)	
	Ни једно ни друго	18 (11,2%)	3 (6,7%)	
	Задовољан	80 (49,6%)	26 (57,7%)	
	Врло задовољан	48 (29,9%)	13 (28,9%)	

Анализа домена породичне интеракције упутила је на постојање статистички значајне разлике између две групе испитаника у погледу аспекта који се односи на то да породица има друге особе/пријатеље који им пружају подршку ($\chi^2= 11,554$, $p =0,021$). Проценат задовољних испитаника био је значајно већи међу породицама деце без поремећаја у односу на породице са децом која имају артикулационе поремећаје (64,4%

vs. 21,7%), који су такође у 5,6% случајева исказали незадовољство по питању подршке од стране других особа, што није био случај у контролној групи.

Табела бр. 14: Разлике у домену родитељство између две групе испитаника

		Присуство артикулационих поремећаја N=161 n (%)	Одсуство артикулационих поремећаја N=45 n (%)	χ^2
Чланови моје породице имају обезбеђен превоз до места где треба да иду	Врло незадовољан	7 (4,3%)	/	$\chi^2= 7,666$ $p =0,105$
	Незадовољан	9 (5,6%)	/	
	Ни једно ни друго	8 (4,9%)	7 (15,5%)	
	Задовољан	72 (44,7%)	17 (37,8%)	
	Врло задовољан	65 (40,5%)	21 (46,7%)	
Чланови моје породице отворено причају једни са другима	Врло незадовољан	8 (4,9%)	/	$\chi^2= 10,914$ $p =0,028$
	Незадовољан	10 (6,2%)	/	
	Ни једно ни друго	14 (8,8%)	/	
	Задовољан	58 (36%)	16 (35,6%)	
	Врло задовољан	71 (44,1%)	29 (64,4%)	
Чланови моје породице уче децу да се слажу са другима	Врло незадовољан	7 (4,3%)	/	$\chi^2= 2,401$ $p =0,662$
	Незадовољан	4 (2,5%)	/	
	Ни једно ни друго	7 (4,3%)	2 (4,4%)	
	Задовољан	57 (35,4%)	18 (40%)	
	Врло задовољан	86 (53,5%)	25 (55,6%)	
Чланови моје породице имају времена да прате наша интересовања	Врло незадовољан	/	/	$\chi^2= 1,333$ $p =0,721$
	Незадовољан	3 (1,9%)	/	
	Ни једно ни друго	3 (1,9%)	/	
	Задовољан	47 (29,2%)	13 (28,9%)	
	Врло задовољан	108 (67%)	32 (71,1%)	
Наша породица решава проблеме заједно	Врло незадовољан	5 (3,1%)	/	$\chi^2= 8,873$ $p =0,064$
	Незадовољан	18 (11,2%)	2 (4,4%)	
	Ни једно ни друго	18 (11,2%)	2 (4,4%)	
	Задовољан	76 (47,2%)	22 (48,9%)	
	Врло задовољан	46 (27,3%)	19 (42,3%)	

Анализа домена родитељство упутила је на постојање статистички значајне разлике између две групе испитаника у погледу аспекта који се односи на отворену причу чланова породице међусобно ($\chi^2= 10,914$, $p =0,028$).

За разлику од породица деце без поремећаја који су били *задовољни* (35,6%) или *врло задовољни* (64,4%) по питању наведене ставке, породице деце са артикулационим поремећајима су исказали одређени степен незадовољства, и то: 4,9% *врло незадовољан* и 6,2% *незадовољан*.

Табела бр. 15: Разлике у домену емоционално благостање између две групе испитаника

		Присуство артикулационих поремећаја N=161 n (%)	Одсуство артикулационих поремећаја N=45 n (%)	χ^2
Чланови моје породице подржавају једни друге у остварењу циљева	Врло незадовољан	8 (4,9%)	/	$\chi^2 = 2,604$ $p = 0,626$
	Незадовољан	4 (2,5%)	/	
	Ни једно ни друго	8 (4,9%)	3 (6,7%)	
	Задовољан	55 (34,2%)	15 (33,3%)	
	Врло задовољан	86 (53,5%)	27 (60%)	
Чланови моје породице показују да воле и брину једни о другима	Врло незадовољан	4 (2,5%)	/	$\chi^2 = 3,232$ $p = 0,520$
	Незадовољан	6 (3,7%)	/	
	Ни једно ни друго	5 (3,1%)	/	
	Задовољан	58 (36%)	16 (35,6%)	
	Врло задовољан	88 (54,7%)	29 (64,4%)	
Моја породица има помоћ са стране која брине о потребама свих наших чланова	Врло незадовољан	8 (4,9%)	/	$\chi^2 = 2,792$ $p = 0,425$
	Незадовољан	/	/	
	Ни једно ни друго	5 (3,1%)	/	
	Задовољан	44 (27,3%)	13 (28,9%)	
	Врло задовољан	104 (64,7%)	32 (71,1%)	
Одрасли у нашој породици уче децу да доносе добре одлуке	Врло незадовољан	26 (16,1%)	3 (6,7%)	$\chi^2 = 7,750$ $p = 0,101$
	Незадовољан	21 (13%)	2 (4,4%)	
	Ни једно ни друго	34 (21,1%)	10 (22,2%)	
	Задовољан	44 (27,3%)	20 (44,4%)	
	Врло задовољан	36 (22,4%)	10 (22,2%)	
Моја породица има здравствену негу када јој је потребна	Врло незадовољан	4 (2,5%)	1 (2,2%)	$\chi^2 = 1,191$ $p = 0,879$
	Незадовољан	4 (2,5%)	/	
	Ни једно ни друго	6 (3,7%)	2 (4,4%)	
	Задовољан	60 (37,3%)	17 (37,8%)	
	Врло задовољан	87 (54%)	26 (57,8%)	

Нису утврђене разлике у домену емоционално благостање између две групе испитаника.

Табела бр. 16: Разлике у домену физичко/материјално благостање између две групе испитаника

		Присуство артикулационих поремећаја N=161 n (%)	Одсуство артикулационих поремећаја N=45 n (%)	χ^2
Моја породица има начин да покрива своје трошкове	Врло незадовољан	8 (4,9%)	/	$\chi^2= 6,769$ $p =0,149$
	Незадовољан	9 (5,6%)	1 (2,2%)	
	Ни једно ни друго	15 (9,4%)	2 (4,4%)	
	Задовољан	70 (43,5%)	18 (40%)	
	Врло задовољан	59 (36,6%)	24 (53,4%)	
Одрасли у нашој породици познају друге људе који су у животима наше деце (пријатеље, учитеље итд.)	Врло незадовољан	7 (4,3%)	/	$\chi^2= 6,712$ $p =0,152$
	Незадовољан	9 (5,6%)	/	
	Ни једно ни друго	15 (9,4%)	2 (4,4%)	
	Задовољан	82 (50,9%)	30 (66,7%)	
	Врло задовољан	48 (29,8%)	13 (28,9%)	
Моја породица је способна да се носи са животним успонима и падовима.	Врло незадовољан	2 (1,3%)	/	$\chi^2= 2,152$ $p =0,708$
	Незадовољан	7 (4,3%)	/	
	Ни једно ни друго	14 (8,7%)	3 (6,6%)	
	Задовољан	81 (50,3%)	24 (53,4%)	
	Врло задовољан	57 (35,4%)	18 (40%)	
Одрасли у нашој породици имају времена да се брину о индивидуалним потребама сваког детета	Врло незадовољан	3 (1,9%)	/	$\chi^2= 2,367$ $p =0,669$
	Незадовољан	6 (3,7%)	/	
	Ни једно ни друго	13 (8,1%)	3 (6,6%)	
	Задовољан	84 (52,2%)	24 (63,4%)	
	Врло задовољан	55 (34,1%)	18 (40%)	
Моја породица има стоматолошку негу када јој је потребна	Врло незадовољан	9 (5,6%)	/	$\chi^2= 13,358$ $p =0,010$
	Незадовољан	21 (13%)	/	
	Ни једно ни друго	13 (8,1%)	/	
	Задовољан	63 (39,1%)	23 (51,1%)	
	Врло задовољан	55 (34,2%)	22 (48,9%)	

У погледу домена физичко/материјално благостање утврђена је статистички значајна разлика за стоматолошку негу ($\chi^2= 13,358$, $p =0,010$). 5,6% породица са децом која имају артикулационе поремећаје је изјавило да су *врло незадовољни*, односно 13% њих да су *незадовољни* пруженом стоматолошком негом када јој је потребна, док су у групи породица са здравом децом ставови били уједначени, *задовољни* (51,1%) и *врло задовољни* (48,9%).

Табела бр. 17: Разлике у домену подршке у вези са инвалидитетом између две групе испитаника

		Присуство артикулационих поремећаја N=161 n (%)	Одсуство артикулационих поремећаја N=45 n (%)	χ^2
Моја породица се осећа сигурно: код куће, на послу, у школи, у комшилуку	Врло незадовољан	3 (1,9%)	/	$\chi^2= 7,524$ $p =0,022$
	Незадовољан	8 (4,9%)	/	
	Ни једно ни друго	15 (9,4%)	/	
	Задовољан	81 (50,3%)	23 (51,1%)	
	Врло задовољан	54 (33,5%)	22 (48,9%)	
Члан моје породице са инвалидитетом има подршку да оствари своје циљеве у школи или на послу	Врло незадовољан	4 (2,5%)	/	$\chi^2= 2,913$ $p =0,573$
	Незадовољан	4 (2,5%)	/	
	Ни једно ни друго	6 (3,7%)	/	
	Задовољан	55 (34,2%)	18 (40%)	
	Врло задовољан	92 (57,1%)	27 (60%)	
Члан моје породице са инвалидитетом у кући има подршку да оствари своје циљеве	Врло незадовољан	17 (10,6%)	5 (11,1%)	$\chi^2= 3,451$ $p =0,485$
	Незадовољан	12 (7,4%)	/	
	Ни једно ни друго	23 (14,3%)	7 (15,6%)	
	Задовољан	58 (36%)	15 (33,3%)	
	Врло задовољан	51 (31,7%)	18 (40%)	
Члан моје породице са инвалидитетом има подршку да склапа пријатељства	Врло незадовољан	12 (7,4%)	2 (4,4%)	$\chi^2= 3,621$ $p =0,460$
	Незадовољан	10 (6,2%)	/	
	Ни једно ни друго	55 (34,2%)	8 (17,7%)	
	Задовољан	50 (31,1%)	20 (44,4%)	
	Врло задовољан	34 (21,1%)	15 (33,4%)	
Моја породица има добре односе са пружаоцима услуга које пружају услуге и подршку члану наше породице са инвалидитетом	Врло незадовољан	15 (9,4%)	3 (6,6%)	$\chi^2= 5,838$ $p =0,212$
	Незадовољан	20 (12,4%)	3 (6,6%)	
	Ни једно ни друго	45 (27,9%)	13 (28,9%)	
	Задовољан	40 (24,8%)	11 (24,6%)	
	Врло задовољан	41 (25,5%)	15 (33,3%)	

У домену подршке у вези са инвалидитетом утврђена је статистички значајна разлика између две групе испитаника за осећај сигурности породице на послу, у школи и у комшилуку ($\chi^2= 7,524$, $p =0,022$). Код контролне групе испитаника, која се изјаснила као *задовољна* (51,1%) и *врло задовољна* (48,9%), није забележено незадовољство по питању осећаја сигурности. Породице деце са артикулационим поремећајима су изразиле незадовољство по питању ове ставке и то: 1,9% *врло незадовољан* и 4,9% *незадовољан*.

4. 6. Регресиона анализа утицаја социо-демографских карактеристика родитеља на квалитет живота деце са артикулационим поремећајима

Резултати добијени логистичком регресионом анализом приказани су у Табелама 18–23.

Табела бр. 18: Регресиона анализа утицаја социодемографских карактеристика родитеља деце са артикулационим поремећајима на физичко здравље

		Физичко здравље			
		Током прошле недеље осећао сам се лоше		Током прошле недеље ме болела глава/стомачић	
		OR (95%CI)	p	OR (95%CI)	P
Пол	Женски	1,27 (1,06-1,48)	< 0,001	0,87 (0,17-2,53)	0,870
	Мушки	1		1	
Статус	Мајка	0,96 (0,58-1,69)	0,339	0,86 (0,37-1,59)	0,551
	Отац	1,09 (0,52-1,80)	0,276	0,95 (0,63-1,54)	0,645
	Старатељ	1		1	
Место становања	Село	1,41 (0,76-2,20)	0,683	0,74 (0,20-1,91)	0,639
	Град	1		1	
Радни статус	Запослен	1,49 (0,30-1,62)	0,209	1,73 (0,80-2,45)	0,084
	Незапослен	1		1	
Школска спрема	Основна	1,01 (0,20-1,67)	0,316	0,99 (0,61-1,42)	0,729
	Средња	0,86 (0,48-1,59)	0,386	0,61 (0,34-1,05)	0,570
	Факултет	0,92 (0,57-1,32)	0,726	0,73 (0,50-0,98)	0,422
	Мастер	1,06 (0,43-2,09)	0,894	1,10 (0,55-1,93)	0,273
	Докторске	1		1	
Брачни статус	Ванбрачна заједница	0,75 (0,39-1,53)	0,501	0,67 (0,43-1,90)	0,284
	Брак	0,63 (0,18-1,06)	0,289	0,56 (0,16-0,92)	0,327
	Разведен	1		1	
Старост деце	4	1,77 (0,62-2,54)	< 0,001	1,41 (0,28-2,03)	< 0,001
	5	1,35 (0,47-2,36)	< 0,001	1,20 (0,23-1,82)	< 0,001
	6	1,06 (0,79-1,89)	< 0,001	0,88 (0,22-1,66)	< 0,001
	7	1		1	
Породица	Са оба родитеља	1,67 (0,43-2,90)	0,627	1,34 (0,31-2,03)	0,700
	Са једним родитељем	1		1	
Материјални статус	Сиромаштво	0,83 (0,28-1,94)	0,185	0,60 (0,34-1,57)	0,069
	Лош	0,61 (0,40-0,92)	0,043	0,81 (0,23-1,30)	0,024
	Добар	1,86 (0,54-2,96)	0,624	0,70 (0,27-1,16)	0,593
	Врло добар	1,61 (0,61-2,25)	< 0,001	1,62 (1,33-1,92)	0,612
	Одличан	1		1	
Број деце	1	1,54 (0,76-2,27)	< 0,001	0,62 (0,20-0,84)	0,539
	2	1,68 (0,63-2,70)	< 0,001	0,56 (0,14-0,99)	0,894
	3 и више	1		1	

OR-odds ratio, CI-confidence interval

Референтна категорија: *никада*

Табела бр. 19: Регресиона анализа утицаја социодемографских карактеристика родитеља деце са артикулационим поремећајима на емоционално благостање

		Емоционално благостање			
		Током прошле недеље доста сам се забављао		Током прошле недеље било ми је досадно	
		OR (95%CI)	p	OR (95%CI)	P
Пол	Женски	1,82 (0,69-2,96)	0,477	1,26 (0,65-1,99)	0,839
	Мушки	1		1	
Статус	Мајка	0,58 (0,13-0,85)	0,711	0,89 (0,23-1,35)	0,687
	Отац	0,60 (0,21-0,92)	0,744	1,10 (0,57-2,44)	0,945
	Старатељ	1		1	
Место становања	Село	1,91 (0,89-2,99)	0,176	0,89 (0,24-2,34)	0,416
	Град	1		1	
Радни статус	Запослен	1,87 (0,58-2,95)	0,953	0,83 (0,22-3,03)	0,775
	Незапослен	1		1	
Школска спрема	Основна	0,47 (0,22-0,93)	0,521	0,75 (0,38-1,88)	0,192
	Средња	0,62 (0,24-0,83)	0,815	0,87 (0,25-1,99)	0,127
	Факултет	0,56 (0,15-1,02)	0,679	0,80 (0,34-1,76)	0,170
	Мастер	0,85 (0,36-1,46)	0,723	0,69 (0,21-1,17)	0,240
	Докторске	1		1	
Брачни статус	Ванбрачна заједница	0,83 (0,26-1,58)	0,715	0,91 (0,24-1,38)	0,681
	Брак	0,96 (0,33-1,85)	0,806	1,03 (0,60-2,13)	0,762
	Разведен	1		1	
Старост деце	4	0,69 (0,45-1,21)	0,236	0,65 (0,19-1,44)	0,085
	5	0,29 (0,08-0,66)	0,566	1,14 (0,73-2,76)	<0,001
	6	0,79 (0,21-1,19)	0,330	0,87 (0,38-1,93)	0,200
	7	1		1	
Породица	Са оба родитеља	0,67 (0,13-1,46)	0,896	0,90 (0,47-2,09)	0,674
	Са једним родитељем	1		1	
Материјални статус	Сиромаштво	0,69 (0,25-1,16)	0,486	1,06 (0,35-1,94)	0,069
	Лош	0,48 (0,19-0,87)	0,181	0,35 (0,08-0,97)	0,020
	Добар	1,31 (0,47-2,02)	0,193	0,53 (0,20-1,33)	0,605
	Врло добар	1,91 (0,88-2,75)	0,057	1,21 (0,49-2,56)	0,882
	Одличан	1		1	
Број деце	1	0,86 (0,27-1,52)	0,235	0,51 (0,13-1,38)	0,105
	2	0,67 (0,11-1,19)	0,722	1,23 (0,24-2,38)	0,803
	3 и више	1		1	

OR-odds ratio, CI-confidence interval

Референтна категорија: *никада*

Регресионом анализом је показано да статистички значајан утицај на домен физичког здравља деце са артикулационим поремећајима имају: пол родитеља (OR=1,27, 95%CI= 1,06-1,48), старост деце, материјални статус (OR=0,61, 95%CI= 0,40-0,92 за лош материјални статус и OR=1,61, 95%CI= 0,61-2,25 за врло добар) и број деце (OR=1,54, 95%CI= 0,76-2,27 за једно дете и OR=1,68, 95%CI= 0,63-2,70 за два детета). Већа вероватноћа да се деца *никада* не осећају лоше је у случају да је родитељ женског пола, да су деца млађа од седам година, врло доброг материјалног статуса, као и породице са мање од три детета. Лош материјални статус за 39% повећава ризик од појаве лошег стања код деце са артикулационим поремећајима. Појава главобоље и бола у стомаку

ређа је код деце млађе од седам година. Лош материјални статус повећава ризик од главобоље или бола у стомаку за 19%.

Када је у питању домен емоционалног благостања, регресионом анализом показано је да се деца старости пет година најређе досађују (за 1,14 пута већа вероватноћа да им *никада* није досадно у односу на децу старости 7 година). Такође, лош материјални статус повећава ризик од осећаја досаде за 65% у односу на децу која живе у породицама са одличним материјалним статусом.

Табела бр. 20: Регресиона анализа утицаја социодемографских карактеристика родитеља деце са артикулационим поремећајима на самопоштовање

		Самопоштовање			
		Током прошле недеље био сам поносан на себе		Током прошле недеље био сам задовољан собом	
		OR (95%CI)	p	OR (95%CI)	p
Пол	Женски	0,62 (0,11-3,45)	0,582	0,24 (0,05-0,68)	0,853
	Мушки	1		1	
Статус	Мајка	0,71 (0,45-1,62)	0,445	0,77 (0,28-1,33)	0,596
	Отац	1,02 (0,58-2,84)	0,318	0,66 (0,13-1,05)	0,460
	Старатељ	1		1	
Место становања	Село	0,53 (0,09-2,88)	0,462	1,21 (0,32-2,51)	0,454
	Град	1		1	
Радни статус	Запослен	0,62 (0,13-2,95)	0,550	0,64 (0,10-1,99)	0,636
	Незапослен	1		1	
Школска спрема	Основна	0,97 (0,59-1,74)	0,333	0,80 (0,27-1,94)	0,622
	Средња	0,82 (0,48-1,65)	0,412	0,75 (0,31-1,40)	0,571
	Факултет	0,66 (0,10-1,58)	0,506	0,64 (0,19-1,33)	0,524
	Мастер	0,38 (0,03-0,97)	0,705	0,55 (0,11-0,94)	0,489
	Докторске	1		1	
Брачни статус	Ванбрачна заједница	0,78 (0,12-1,64)	0,426	0,69 (0,36-1,42)	0,498
	Брак	0,63 (0,17-1,03)	0,302	0,73 (0,29-1,95)	0,513
	Разведен	1		1	
Старост деце	4	1,76 (0,14-2,47)	0,656	0,44 (0,17-0,71)	0,002
	5	1,87 (0,80-3,41)	0,671	0,85 (0,53-1,93)	0,136
	6	0,73 (0,32-1,68)	0,457	0,68 (0,14-1,60)	0,059
	7	1		1	
Породица	Са оба родитеља	0,65 (0,28-1,43)	0,307	0,73 (0,35-1,43)	0,520
	Са једним родитељем	1		1	
Материјалн и статус	Сиромаштво	1,75 (0,66-2,84)	0,002	1,11 (0,70-2,79)	0,001
	Лош	1,12 (0,67-1,58)	<0,001	0,62 (0,23-0,91)	0,366
	Добар	0,47 (0,18-1,19)	0,235	0,53 (0,14-0,83)	0,284
	Врло добар	0,49 (0,11-1,30)	0,197	0,36 (0,07-0,92)	0,591
	Одличан	1		1	
Број деце	1	1,01 (0,44-2,75)	0,275	0,77 (0,15-1,86)	0,439
	2	1,47 (0,29-2,66)	0,239	0,84 (0,32-2,03)	0,835
	3 и више	1		1	

OR-odds ratio, CI-confidence interval

Референтна категорија: *никада*

Табела бр. 21: Регресиона анализа утицаја социодемографских карактеристика родитеља деце са артикулационим поремећајима

		Породица			
		Током прошле недеље имао сам добре односе са родитељима		Током прошле недеље осећао сам се добро код куће	
		OR (95%CI)	p	OR (95%CI)	p
Пол	Женски	0,23 (0,03-1,71)	0,151	0,11 (0,10-1,25)	0,076
	Мушки	1		1	
Статус	Мајка	0,68 (0,10-1,89)	0,797	0,63 (0,07-1,07)	0,837
	Отац	0,60 (0,20-1,78)	0,623	0,51 (0,20-1,27)	0,581
	Старатељ	1		1	
Место становања	Село	1,06 (0,45-3,73)	0,954	0,72 (0,04-1,86)	0,898
	Град	1		1	
Радни статус	Запослен	0,28 (0,07-0,63)	0,430	0,58 (0,16-1,39)	0,336
	незапослен	1		1	
Школска спрема	Основна	0,55 (0,23-1,21)	0,566	0,87 (0,35-1,92)	0,624
	Средња	0,39 (0,14-0,84)	0,888	0,72 (0,24-1,82)	0,935
	Факултет	0,64 (0,37-1,09)	0,709	0,51 (0,12-1,08)	0,578
	Мастер	0,76 (0,28-1,65)	0,907	0,71 (0,05-1,49)	0,942
	Докторске	1		1	
Брачни статус	Ванбрачна заједница	0,74 (0,22-2,20)	0,788	0,61 (0,10-1,33)	0,780
	Брак	0,64 (0,18-1,01)	0,666	0,68 (0,27-1,58)	0,809
	Разведен	1		1	
Старост деце	4	0,30 (0,11-0,90)	0,370	0,21 (0,05-0,96)	0,737
	5	0,39 (0,09-1,07)	0,523	0,29 (0,13-0,84)	0,814
	6	0,43 (0,20-1,28)	0,816	0,40 (0,24-1,19)	0,084
	7	1		1	
Породица	Са оба родитеља	0,66 (0,21-1,54)	0,138	0,84 (0,36-2,29)	0,749
	Са једним родитељем	1		1	
Материјални статус	Сиромаштво	0,75 (0,06-1,48)	0,696	0,68 (0,05-0,86)	0,842
	Лош	0,98 (0,33-2,72)	<0,001	1,31 (0,29-2,73)	0,001
	Добар	0,28 (0,11-0,87)	0,209	0,54 (0,18-0,91)	0,585
	Врло добар	0,52 (0,12-1,76)	0,600	0,47 (0,09-1,22)	0,832
	Одличан	1		1	
Број деце	1	0,78 (0,16-1,90)	0,843	0,83 (0,39-1,78)	0,992
	2	0,26 (0,02-0,99)	0,282	0,57 (0,17-96)	0,830
	3 и више	1		1	

OR-odds ratio, CI-confidence interval

Референтна категорија: *никада*

Регресионом анализом је показано да статистички значајан утицај на домен самопоштовања и породице деце са артикулационим поремећајима имају старост деце и материјални статус породице. Деца старости 4 године имају већу вероватноћу да буду задовољна собом у односи на децу старости 7 година (OR=0,44, 95%CI= 0,17-0,71). Другим речима, осећај незадовољства вероватнији је код деце старости 7 година у односу на децу са артикулационим поремећајима која имају 4 године. Такође, сиромаштво (OR=1,75, 95%CI= 0,66-2,84) и лош материјални статус (OR=1,12, 95%CI= 0,67-1,58) су чешће повезани са одсуством осећаја поноса код деце са артикулационим поремећајима у односу на децу која живе у врло добрим материјалним условима.

Лош материјални статус подједнако утиче и на осећај пријатности код куће (већа вероватноћа да се деца никада не нису осећала добро код куће током претходне недеље) (OR=1,31, 95%CI= 0,29-2,73).

Табела бр. 22: Регресиона анализа утицаја социодемографских карактеристика родитеља деце са артикулационим поремећајима на социјални живот

		Социјални живот			
		Током прошле недеље играо сам се са друговима		Током прошле недеље добро сам се слагао са својим друговима	
		OR (95%CI)	p	OR (95%CI)	p
Пол	Женски	0,74 (0,19-1,23)	0,865	0,54 (0,25-1,72)	0,588
	Мушки	1		1	
Статус	Мајка	0,73 (0,22-2,04)	0,639	0,47 (0,16-1,06)	0,643
	Отац	0,85 (0,12-1,98)	0,808	0,79 (0,22-2,15)	0,740
	Старатељ	1		1	
Место становања	Село	0,58 (0,09-0,94)	0,456	0,94 (0,31-2,87)	0,560
	Град	1		1	
Радни статус	Запослен	0,87 (0,20-2,66)	0,550	0,77 (0,15-2,36)	0,595
	незапослен	1		1	
Школска спрема	Основна	0,67 (0,29-1,25)	0,549	0,58 (0,14-1,19)	0,454
	Средња	0,80 (0,30-2,05)	0,752	0,83 (0,24-2,31)	0,853
	Факултет	0,61 (0,15-1,11)	0,533	0,56 (0,11-1,54)	0,595
	Мастер	0,90 (0,43-2,36)	0,878	0,75 (0,25-1,99)	0,519
	Докторске	1		1	
Брачни статус	Ванбрачна заједница	0,77 (0,23-2,27)	0,718	0,48 (0,08-1,24)	0,638
	Брак	0,72 (0,17-1,84)	0,586	0,59 (0,02-0,97)	0,579
	Разведен	1		1	
Старост деце	4	0,28 (0,03-0,85)	0,835	0,29 (0,06-0,84)	0,359
	5	0,24 (0,05-0,94)	0,529	0,32 (0,17-1,02)	0,871
	6	0,47 (0,13-1,08)	0,743	0,21 (0,03-0,91)	0,800
	7	1		1	
Породица	Са оба родитеља	0,42 (0,22-1,76)	0,231	0,65 (0,29-1,11)	0,218
	Са једним родитељем	1		1	
Материјални статус	Сиромаштво	1,81 (0,87-2,75)	<0,001	1,53 (0,98-2,63)	<0,001
	Лош	0,52 (0,14-0,96)	0,451	0,69 (0,10-1,08)	0,226
	Добар	0,47 (0,18-0,89)	0,888	0,41 (0,27-1,39)	0,783
	Врло добар	0,23 (0,04-0,76)	0,884	0,31 (0,05-0,82)	0,577
	Одличан	1		1	
Број деце	1	0,52 (0,29-0,91)	<0,001	0,88 (0,21-1,91)	0,002
	2	0,49 (0,12-0,86)	0,885	0,73 (0,15-2,01)	0,806
	3 и више	1		1	

OR-odds ratio, CI-confidence interval

Референтна категорија: *никада*

Табела бр. 23: Регресиона анализа утицаја социодемографских карактеристика родитеља деце са артикулационим поремећајима на школски живот

		Школски живот			
		Током прошле недеље добро сам могао да урадим све задатке у школи		Током прошле недеље било ми је лепо у школи/вртићу	
		OR (95%CI)	p	OR (95%CI)	p
Пол	Женски	0,51 (0,16-1,57)	0,117	0,86 (0,17-2,31)	0,854
	Мушки	1		1	
Статус	Мајка	0,84 (0,52-1,90)	0,449	0,89 (0,20-1,29)	0,716
	Отац	0,99 (0,40-2,37)	0,572	0,86 (0,24-1,35)	0,670
	Старатељ	1		1	
Место становања	Село	0,79 (0,27-2,28)	0,673	0,44 (0,11-1,78)	0,442
	Град	1		1	
Радни статус	Запослен	0,28 (0,08-0,93)	0,038	0,43 (0,10-1,63)	0,202
	Незапослен	1		1	
Школска спрема	Основна	0,70 (0,36-1,65)	0,307	0,56 (0,30-1,93)	0,578
	Средња	0,87 (0,47-1,82)	0,490	0,97 (0,28-2,11)	0,858
	Факултет	0,92 (0,45-2,06)	0,518	0,69 (0,40-1,49)	0,471
	Мастер	1,31 (0,71-2,95)	0,906	0,94 (0,47-3,06)	0,767
	Докторске	1		1	
Брачни статус	Ванбрачна заједница	0,93 (0,67-2,10)	0,532	0,82 (0,18-1,38)	0,739
	Брак	0,87 (0,54-1,96)	0,450	1,04 (0,75-2,66)	0,863
	Разведен	1		1	
Старост деце	4	0,92 (0,36-2,50)	0,351	0,42 (0,18-1,25)	0,343
	5	1,79 (0,78-3,39)	0,085	0,63 (0,13-1,78)	0,276
	6	1,66 (0,33-2,38)	0,535	0,76 (0,21-1,97)	0,969
	7	1		1	
Породица	Са оба родитеља	0,78 (0,22-2,88)	0,092	0,99 (0,56-3,01)	0,292
	Са једним родитељем	1		1	
Материјални статус	Сиромаштво	1,68 (0,35-3,02)	0,013	1,87 (0,83-3,12)	<0,001
	Лош	1,02 (0,48-1,59)	<0,001	1,29 (0,31-2,88)	<0,001
	Добар	0,72 (0,23-1,65)	0,472	0,83 (0,55-2,19)	0,808
	Врло добар	0,51 (0,16-1,39)	0,372	0,45 (0,18-0,95)	0,898
	Одличан	1		1	
Број деце	1	1,38 (0,75-3,98)	0,067	1,33 (0,64-2,26)	0,144
	2	1,50 (0,36-2,98)	0,576	0,98 (0,17-2,64)	0,747
	3 и више	1		1	

OR-odds ratio, CI-confidence interval

Референтна категорија: *никада*

У домену социјалног живота утврђена је статистички значајна предиктивна вредност материјалног статуса (OR=1,81, 95%CI= 0,87-2,75) и броја деце (OR=0,52, 95%CI= 0,29-0,91) на квалитет живота испитаника. Деца пореклом из сиромашних породица у већем проценту имају проблема са дружењем у односу на децу из поородица врло доброг материјалног статуса. Вероватноћа да се деца никада нису слагала/играла са својим другарима претходне недеље је за 48% редукована у случају да породице имају по једно дете у односу на многодетне породице. Сиромаштво (OR=1,53, 95%CI= 0,98-2,63) значајно утиче на социјални живот деце у смислу веће могућности за неслагање са другарима.

Када је у питању школски живот, обрадом прикупљених података показано је да статистички значајан утицај на квалитет живота деце са артикулационим поремећајима имају радни статус родитеља и материјални статуса породице. Већа вероватноћа да деца никада не буду у могућности да одраде добро своје задатке у школи/вртићу је у случају да су пореклом из сиромашних породица ($OR=1,68$, $95\%CI= 0,35-3,02$), односно, из породица са лошим материјалним статусом ($OR=1,02$, $95\%CI= 0,48-1,59$). Исте независне варијабле редукују значајно осећај задовољства детета током боравка у школи/вртићу (за 1,87 пута већа вероватноћа у случају сиромаштва, односно за 1,29 пута у случају лошег материјалног статуса у односу на породице са врло добрим материјалним статусом).

V. ДИСКУСИЈА

Мало је информација о квалитету живота родитеља деце са говорно-језичким поремећајима у вези са здрављем. У нашем научном истраживању, најпре смо за прикупљање података о родитељима, породичној атмосфери и начину живота породица применили *Социо-демографски упитник*, који су попуњавали родитељи, креиран за нашу истраживачку студију.

Наше истраживање обухватило је 206 родитеља, односно породица. У односу на *пол* родитеља/старатеља, било је 80,6% особа женског пола и 19,4% особа мушког пола. Односно, било је 166 мајки, 37 очева и 3 старатеља (мушког/женског пола). Просечна *старост* родитеља била је $35,90 \pm 7,82$ године, при чему није утврђена статистички значајна разлика у просечној старости особа женског и мушког пола. У односу на *насеље*, тј. *место становања*, установили смо да је 120 испитаника било са села, а 86 из градске средине. *Запослених* родитеља било је 114, док је преосталих 92 било незапослено. Сходно *школској спреми*, установљено је да 93 родитеља има завршену средњу школу, 55 родитеља има завршену основну школу, 40 је са завршеним факултетом, 16 специјалистичке/мастер студије и 2 родитеља имају докторске студије. Што се тиче *брачног статуса*, показано је да је 126 испитаника у браку, 61 испитаник живи у ванбрачној заједници, док је њих 19 разведено.

Према подацима прикупљеним применом социо-демографског упитника највећи проценат деце био је узраста 6 година. Било је 178 породица које живе са оба родитеља и 28 породица са једним родитељем. *Материјални статус* породица окарактерисан је као добар код 89 испитаника, врло добар код 85, одличан код 20 испитаника, лош код 10 испитаника и сиромашан (јако лоши економски услови) код 2 родитеља. Утврдили смо да је 116 породица са по два детета, 51 породица има по три и више детета, а најмање, 39 породица, је са једним дететом. Када је у питању *изложеност екрану*, 95 родитеља је дало позитиван одговор у вези изложености њихове деце екрану, док је преосталих 111 родитеља дало негативан одговор. Према тврдњама родитеља, 52 детета је било изложено екрану пре прве године живота, 104 детета је излагано екранима између прве и друге године, а педесеторо детета је видело екран након треће године живота. Деца су излагана екрану приликом храњења у 57 случајева, приликом пресвлачења у 10 случајева, у 97 случајева када је родитељ требало да обави неки задатак и у неким другим ситуацијама је било 42 случаја. У вези са *врстом екрана* којем су деца била излагана, 87 деце је било изложено телефонима, 113 детета ТВ екрану, 4 детета компјутеру/лаптопу и 2 детета неким другим видовима екрана.

Временска изложеност екрану према тврдњама родитеља износила је од 15 до 30 минута код 49 детета, од 30 до 60 минута код 105 детета, више од сат времена код 51 детета, док само једно дете није проводило нимало времена пред екраном. Утврдили смо да 43 испитаника мисли да излагање екрану има предност у смислу едукације, да 68 испитаника указује на последице коришћења екрана у смислу раздражљивости, неприхватања сарадње и одбијања детета да престане да користи екран, док 95 родитеља сматра да излагање деце екрану није имало утицаја. Родитељи су углавном свесни да излагање детета екрану има утицаја на дететово здравље (став 184 (89,3%) родитеља), за разлику од 22 (10,7%) родитеља који нису знали да би излагање деце екрану могло утицати на њихово здравље.

Када је у питању узорак деце, нашим истраживањем је обухваћено 206 детета, од тога 91 девојчица и 115 дечака. Артикулациони поремећај детектован је код 161 (78,2%) детета, док је преосталих 45 (21,8%) имало уредан говорни статус. У односу на пол, било је 61 (37,9%) девојчица и 100 (62,1%) дечака са артикулационим поремећајем.

За разлику од деце без артикулационих поремећаја, код којих је налаз фонетског слуха био уредан, нарушен фонетски слух код деце са артикулационим поремећајима детектован је код 54 (33,5%) детета. Преосталих 107 (66,5%) имало је уредан фонетски слух. Док је код здраве деце *орална праксија* била уредна, са изузетком једног детета које је имало диспраксију, код деце са артикулационим поремећајем утврђено је 30 детета (18,6%) која су имала оралну диспраксију; уредну оралну праксију имало је 131 дете (81,4%) упркос постојању артикулационог поремећаја.

Нашом студијом показало се да је статистички значајно већи проценат родитеља чија деца имају артикулациони поремећај био: са села (64,6%), незапослено (49,7%) и средњошколске спреме (47,2%), за разлику од родитеља деце без поремећаја у говору, који су у већем проценту били: из града (66,7%), запослени (73,3%) и са завршеним факултетом (42,2%). За разлику од уједначене (не)изложености деце са артикулационим поремећајима екрану (50,9% vs. 40,1%), деца без артикулационог поремећаја у највећем проценту нису била изложена екрану (71,1%). У том смислу, најчешћи разлог излагања деце са артикулационим поремећајем екрану биле су родитељске обавезе и то обављање неких родитељских обавеза (50,3%).

Како бисмо проценили квалитете живота деце и родитеља, користили смо три врсте упитника за процену квалитета живота. Сва три је попуњавао родитељ.

Упитник Kiddy-KINDL – верзија за родитеље показао је дистрибуцију одговора у вези са аспектима: физичког здравља деце, емоционалног стања, самопоштовања, породице, социјалног живота, школе као и неколико битних питања, укључујући и хроничне болести.

Разлике у сегменту *физичко здравље* утврђене су за варијаблу *моје дете је прошле недеље болела глава или стомак*, тако да је проценат одговора *никада* био значајно већи у групи родитеља чија деца немају поремећај говора (60%). Супротно, било је значајно више родитеља чија деца имају артикулациони поремећај а који тврде да су њихова деца *понекад* имала главобољу или бол у стомаку у току претходне недеље (29,2% vs. 15,6%).

Иако за *емотивни сегмент* деце није показана статистички значајна разлика између две групе родитеља, може се приметити да је међу децом са артикулационим поремећајима било оних који се нису *никада* или су се *ретко* смејали у протеклој недељи, што није био случај са децом уредног говорног статуса. Највећи проценат деце обе групе није имао или је ретко имао проблем са вољом. Међутим, примећено је да ипак 11,8% деце са артикулационим поремећајима *понекад* нема воље ни за шта, односно да 4,9% њих *често* нема воље ни за шта, док ове две категорије нису детектоване у групи деце без поремећаја говора, према тврдњама родитеља. Стални осећај усамљености није забележен међу децом без поремећаја (по тврдњама родитеља), док је 1,2% деце са артикулационим поремећајима имало овај осећај у претходној недељи. *Чести* осећај усамљености био је присутан код 4,3% деце са артикулационим поремећајем, док ова категорија није забележена у групи без поремећаја, у којој деца углавном *никада* нису имала осећај усамљености (55,6%). Дистрибуција одговара у вези несигурности била је слична у две групе родитеља.

У погледу *самопоштовања* утврђена је статистички значајна разлика између две групе родитеља за варијаблу која се односи на осећај задовољства собом. За разлику од деце без поремећаја, међу децом са артикулационим поремећајем било је и оних који су *ретко* (4,3%) били задовољни собом у претходној недељи. Такође, проценат деце која *стално* нису била задовољна собом био је већи у групи деце са артикулационим поремећајима (39,2% vs. 24,4%). Када су у питању остале детерминанте самопоштовања, једино су у групи деце са артикулационим поремећајима забележени случајеви деце која

никада (1,3%) нису била задовољна собом и која су се *ретко* (3,1%) осећала сјајно претходне недеље.

Нису утврђене статистички значајне разлике у сегменту *породица* између деце две групе родитеља. Док су родитељи деце са артикулационим поремећајима навели да су њихова деца *често* (84,4%) имала добар однос са породицом у претходној недељи, најчешћи одговор родитеља деце без поремећаја говора био је *стално* (84,4%). Два родитеља деце са артикулационим поремећајима је изјавило да се њихова деца *никада* нису осећала добро код куће током прошле недеље (1,3%). За разлику од деце без артикулационих поремећаја, родитељи деце са артикулационим поремећајима такође наводе да су се у 1,8% случајева *често*, односно, у 5,6% случајева *стално* свађали код куће. 5 % деце са артикулационим поремећајима имало је утисак да њихови родитељи управљају њима, док у популацији деце са уредним говором овај одговор није забележен.

Статистичком обрадом прикупљених података, у нашој студији показана је значајна разлика у ставу родитеља две групе који се односи на *слагање њихове деце са другарима*. Наиме, 3,1% испитаника је изјавило да су се деца са артикулационим поремећајима *ретко* добро слагала са другарима и другарицама, док ова ставка није детектована у популацији деце без поремећаја. Такође, одговарајући проценат родитеља деце са артикулационим поремећајима навео је да се њихово дете *никада* (1,3%) или *ретко* (3,1%) играло са својим другарима прошле недеље као и да *никада* (5%) није било омиљено међу децом, што није био случај са децом која немају говорни поремећај.

Статистички значајна разлика у одговорима две групе родитеља утврђени су за *реализацију задатака у школи/вртићу и прављење грешака приликом обављања мањих обавеза или домаћих задатака*. За разлику од родитеља деце без артикулационих поремећаја, родитељи деце са артикулационим поремећајима су изјавили да у извесном проценту њихова деца нису *никада* (9,3%) или су *понекад* (11,2%) могла добро да одраде све задатке у школи/вртићу. Преко половине родитеља деце са уредним говором (55,6%) је изјавило да су њихова деца *стално* могла да одраде своје школске задатке. Родитељи деце са артикулационим поремећајима такође сматрају да су њихова деца *често* (11,2%) правила доста грешака током обављања мањих послова у претходних недељу дана. Очигледна је разлика и у ставовима родитеља по овом питању у смислу да је најучесталије мишљење међу родитељима деце без артикулационих поремећаја било да њихова деца *никада* (31,1%) нису правила грешке током обављања мањих послова или школских задатака, које је забележено код 20,5% родитеља деце са артикулационим поремећајима. Родитељи деце са поремећајима су у одређеном проценту навели и то да је њиховој деци *ретко* (1,8%) било лепо у школи/вртићу, као и да су се *ретко* (3,1%) радовала одласку у вртић, што није био случај код контролне групе деце.

Статистички значајне разлике у одговорима на *Неколико битних питања* у две групе родитеља утврђене су за: *учесталост нерасположења детета у претходној недељи, стрпљење родитеља за дете, попуштање и одсуство пажње, опомињање детета, жаљење на бол и разочарење детета*. За разлику од родитеља деце уредног говора код којих то није био случај, родитељи деце са артикулационим поремећајем су у једном проценту одговорили да су њихова деца током претходне недеље *често* (5,6%), односно, *стално* (2,4%) била нерасположена. Такође, део родитеља деце са поремећајима истакли су да *никада* (4,3%), односно, *ретко* (3,1%) показивали стрпљење за своје дете током претходне недеље, док су родитељи контролне групе деце у највећем проценту казали да су *често* (64,4%) имали стрпљења за своју децу.

Када је у питању попуштање пажње, 9,9% родитеља деце са артикулационим поремећајима је истакло да су њихова деца *стално* имала проблем са пажњом и концентрисањем, док је овај проценат био значајно мањи у контролној популацији (2,2%). 13,8% родитеља деце са артикулационим поремећајима су изјавили да су *стално*

морали да опомињу дете, што није био случај са децом контролне групе, која су углавном *понекад* (60%) била опомињана.

Преко половине родитеља деце без поремећаја артикулације је изјавило да су се њихова деца *ретко* (51,1%) жалила на *бол*, док је учесталост *сталног* жаљења на бол међу децом са поремећајима била чак 3,2%. 5% родитеља деце са артикулационим поремећајима је навело да су њихова деца *стално* била разочарана у претходних недељу дана. Ова категорија није детектована међу контролном популацијом, где је ова појава углавном била *ретка* (64,4%).

На питање о *присуству неке хроничне болести*, позитиван одговор је дало свега 11 родитеља деце са артикулационим поремећајима и 1 (2,2%) родитељ здравог детета. Другим речима, у највећем проценту хроничне болести биле су одсутне како код деце са артикулационим поремећајима, тако и код деце без артикулационог поремећаја.

Разлике у квалитету живота између две групе малишана у односу на присуство/одсуство артикулационих поремећаја мерене су *Упитником Kiddy-KINDL – верзија за децу*. Анализа различитих аспеката квалитета живота код деце показала је статистички значајну разлику у домену *школског живота*, у оквиру кога је утврђено да 12,4% деце са артикулационим поремећајима *никада* није било у могућности да добро обави своје задатке у школи, док су деца без поремећаја у преко 80% случајева истакла да су *стално* била у могућности да добро реализују своје обавезе. Дистрибуција испитаника у другим сегментима квалитета живота није се битније разликовала између две групе малишана.

Трећи упитник за процену квалитета живота родитеља који смо користили у нашем истраживању је *Упитник квалитета живота породице*. За мерење квалитета породичног живота коришћена је Скала квалитета живота породице (*The Family Quality of Life Scale (FQOL)*) са анализом пет домена: 1) породична интеракција, 2) родитељство, 3) емоционално благостање, 4) физичко/материјално благостање и 5) подршка у вези са инвалидитетом, односно, развојним поремећајем.

Анализа домена *породичне интеракције* упутила је на постојање статистички значајне разлике између две групе испитаника у погледу аспекта који се односи на то да породица има друге особе/пријатеље који им пружају подршку. Проценат задовољних испитаника био је значајно већи међу породицама деце без артикулационих поремећаја у односу на породице са децом која имају артикулационе поремећаје, који су у 5,6% случајева исказали незадовољство по питању подршке од стране других особа, што није био случај у контролној групи.

Анализа домена *родитељства* упутила је на постојање статистички значајне разлике између две групе испитаника у погледу аспекта који се односи на отворену причу чланова породице међусобно. За разлику од породица деце без поремећаја, који су били *задовољни* (35,6%) или *врло задовољни* (64,4%) по питању наведене ставке, породице деце са артикулационим поремећајима су исказале одређени степен незадовољства, и то: 4,9% *врло незадовољан* и 6,2% *незадовољан*.

У домену *емоционално благостање* нису утврђене разлике између две групе испитаника.

У погледу домена *физичко тј. материјално благостање* утврђена је статистички значајна разлика за стоматолошку негу. Породице са децом која имају артикулационе поремећаје истичу да су *врло незадовољне* (5,6%), односно, 13% њих да су *незадовољне* пруженом стоматолошком негом када им је била потребна, док су у контролној групи ставови породица били уједначени, *задовољни* (51,1%) и *врло задовољни* (48,9%).

У домену *подршке у вези са инвалидитетом* утврђена је статистички значајна разлика између две групе испитаника за *осећај сигурности* породице на послу, у школи

и у комшилуку. Код контролне групе испитаника, која се изјаснила као *задовољна* (51,1%) и *врло задовољна* (48,9%), није забележено незадовољство по питању осећаја сигурности. Породице деце са артикулационим поремећајима су изразиле незадовољство по питању ове ставке и то: 1,9% *врло незадовољан* и 4,9% *незадовољан*.

Регресионом анализом у нашој студији је показано да статистички значајан утицај на домен *физичког здравља* деце са артикулационим поремећајима имају: *пол родитеља, старост деце, материјални статус родитеља и број деце у породици*. Већа вероватноћа да се деца *никада* не осећају лоше је у случају да је родитељ женског пола, да су деца млађа од седам година, врло доброг материјалног статуса, као и породице са мање од три детета. Лош материјални статус у породицама са децом са артикулационим поремећајима за 39% повећава ризик од појаве лошег стања. Појава главобоље и бола у стомаку ређа је код деце млађе од седам година. Лош материјални статус повећава ризик од главобоље или бола у стомаку за 19%.

Када је у питању домен *емоционалног благостања*, регресионом анализом показано је да се деца старости 5 година најређе досађују (за 1,14 пута већа вероватноћа да им *никада* није досадно у односу на децу старости 7 година). Такође, лош материјални статус повећава ризик од осећаја досаде за 65% у односу на децу која живе у породицама са одличним материјалним статусом.

Регресиона анализа је показала да статистички значајан утицај на домен *самопоштовања* породица деце са артикулационим поремећајима имају *старост деце и материјални статус породице*.

Деца старости 4 године имају већу вероватноћу да буду задовољна собом у односу на децу старости 7 година. Другим речима, осећај незадовољства вероватнији је код старије деце у односу на млађу децу са артикулационим поремећајима. Такође, сиромаштво и лош материјални статус су чешће повезани са одсуством осећаја поноса код деце са артикулационим поремећајима у односу на децу која живе у врло dobrим материјалним условима. Лош материјални статус подједнако утиче и на осећај пријатности код куће (већа вероватноћа да се деца *никада* не нису осећала добро код куће током претходне недеље).

У домену *социјалног живота* утврђена је статистички значајна предиктивна вредност материјалног статуса и броја деце на квалитет живота испитаника. Деца пореклом из сиромашних породица у већем проценту имају проблеме са дружењем у односу на децу из породица врло доброг материјалног статуса. Вероватноћа да се деца *никада* нису слагала/играла са својим другарима током претходне недеље је за 48% редукована у случају да породице имају по једно дете у односу на породице са више деце. Сиромаштво значајно утиче на социјални живот деце у смислу веће могућности неслагања са другарима.

Када је у питању *школски живот*, обрадом прикупљених података показано је да статистички значајан утицај на квалитет живота деце са артикулационим поремећајима имају радни статус родитеља и материјални статуса породице. Већа вероватноћа да деца *никада* не буду у могућности да одраде добро своје задатке у школи/вртићу је у случају да су пореклом из сиромашних породица, односно, породица са лошим материјалним статусом. Исте независне варијабле редукују значајно осећај задовољства детета током боравка у школи/вртићу (за 1,87 пута већа вероватноћа у случају сиромаштва, односно, за 1,29 пута у случају лошег материјалног статуса у односу на породице са врло добрим материјалним статусом).

У сличној студији (23) 230 родитеља деце предшколског узраста са ГЈП и 146 родитеља деце без језичких тешкоћа попунило је *Педијатријски инвентар квалитета живота (PedsQLTM)* и *Упитник о предностима и потешкоћама (SDQ)*. Родитељи деце из вртића (5–6 година) са ГЈП су изјавили да њихова деца доживљавају лошије социјално и школско функционисање и да имају веће проблеме са хиперактивношћу/непажњом у поређењу са контролном групом. Поред тога, деца са ГЈП су сама пријавила ниже физичко и социјално функционисање и лошији квалитет живота у односу на своје вршњаке. Заправо, деца са ГЈП имају већу хиперактивност и симптоме непажње. Зато је предлог да здравствени радници који раде са децом која имају говорну патологију узму у обзир, не само језичке потешкоће, већ и остале симптоме који су присутни код детета које има говорно-језички поремећај.

Студија (21) фокусира се на HRQOL код мајки деце са ГЈП. Код 91 мајке, упитник *СФ-36* открио је ниже резултате на свим субскалама, осим за *телесни бол* и *ментално здравље*. Иако подаци не дозвољавају да се закључи да ли је оштећење говора разлог нижег квалитета живота, они свакако указују на неопходност узимања у обзир добробит мајки када су у питању деца са говорним поремећајима. У последње две деценије, стрес код родитеља деце предшколског узраста је прилично проучаван, али су резултати истраживања недоследни. Већина студија које су истраживале стрес родитеља деце са ГЈП су показале да је њихов субјективни осећај узнемирености већи у поређењу са родитељима здраве деце.

Студија немачких аутора (20), у којој је коришћена *SF-36 Health Survey*, показала је да су мајке деце са оштећеним говором имале ниже резултате од мајки здраве деце за већину субскала, што указује на њихово лошије здравствено стање. У другој студији, исти аутори су открили да су мајке имале већу преваленцију депресије у поређењу са контролном групом. Неколико других студија које су тестирале мајчински стрес пријавиле су већу преваленцију стреса и веће резултате стреса због децјег говорног поремећаја. Интересантно је да се ниједна од ових студија није фокусира на очеве. Једна студија (20) која је истраживала психичке симптоме користећи валидиране упитнике показала је да постоји потреба за психосоцијалном подршком код 18% родитеља, али је још већи проценат родитеља (42%) био високо мотивисан за психосоцијалне интервенције. Постоје бројна објашњења за ове разлике, укључујући величину узорка, старост при постављању дијагнозе, количину подршке која се пружа родитељима и мере стреса које су коришћене. Мере стреса показале су већу осетљивост, и значајна повећања у родитељском стресу у односу на популацију без говорног оштећења, за разлику од општих мера стреса.

У лонгитудиналној студији (20) која је упоређивала мајке двомесечне деце са проблемима слуха, пријављен је висок ниво стреса, али разлике у односу на нормативни узорак нису нађене у доби од 3 и 4 године. Ниво стреса код родитеља сматран је највишим непосредно након постављања дијагнозе, када родитељи доживљавају највећи губитак квалитета живота, али је њихово психичко стање имало тенденцију да се стабилизује временом и лечењем.

С обзиром на различиту природу јаслица и вртића, резултати студије (23) су различити за старосне групе. Што се тиче вртића, нису откривене статистичке разлике ни у једном аспекту функционисања. То се може објаснити чињеницом да у вртићу друштвене активности углавном воде васпитачи с обзиром на веома мали узраст деце. Такође, у вртићу нема домаћих или школских задатака. Међутим, социјално функционисање родитељи деце са ГЈП школског узраста сматрају лошијим у односу на резултате које су пријавили родитељи контролне групе. У овој студији (23), чак и у том младом добу, родитељи су имали тенденцију да перципирају да су социјалне вештине њихове деце лошије у поређењу са вештинама њихових вршњака. Поред тога, родитељи

деце из вртића са ГЈП у (23) студији су пријавили да деца имају ниже функционисање у школи, што је и очекивано јер је познато да су деци неопходне адекватне језичке вештине како би се укључила у школски систем. Ова студија сматра се првом студијом која укључује децу ове старосне групе. Самоопажени квалитет живота деце са ГЈП у овој студији био је значајно нижи у физичкој и социјалној димензији, а потом и у психосоцијалном сумарном скору и укупном скору у поређењу са контролном групом. Деца могу бити свесна својих изазовних друштвених интеракција у школи и другим окружењима, а родитељи могу приметити њихове изазове у ваншколским друштвеним активностима у којима прате своју децу јер су мала. С друге стране, и родитељи деце са ГЈП су пријавили лошије функционисање у школи од родитеља контролне групе. Ово се може објаснити младим узрастом деце. Предшколцима би могло бити тешко да уоче да ли се суочавају са школским тешкоћама у учењу, пошто је основни циљ вртића у Грчкој социјални и емоционални развој (23). Такође, родитељи деце са ГЈП нису приметили дефиците у *физичком функционисању*, док деца признају неке физичке изазове у поређењу са својим вршњацима из контролне групе. Верује се да је то тако јер родитељи можда не могу да тачно идентификују физичке изазове, посебно ако њихова деца нису физички активна (нпр. не похађају неке спортске активности), или можда нису у потпуности свесни прекретница у моторичком развоју на том узрасту детета. С друге стране, добро је познато да деца могу лакше да одговоре на питања која се тичу физичког здравља и видљивих домена (у поређењу са менталним здрављем и апстрактним доменима) (23).

Секундарни циљ студије (23) био је да се истражи да ли су родитељи деце са ГЈП пријавили разлике у екстернализујућим и интернализујућим симптомима у поређењу са родитељима контролне групе. Резултати су показали да су родитељи деце са ГЈП пријавили значајно већи ниво хиперактивности/непажње од родитеља деце без ГЈП. Ово јесте у складу са литературом, јер 20–30% деце са језичким поремећајима има АДХД и показују већу стопу проблематичног понашања у поређењу са њиховим вршњацима без ГЈП. С друге стране, чак 50% деце са АДХД има језичке тешкоће, а преклапање симптоматологије отежава разликовање ова два стања, посебно у предшколском узрасту (23).

У шведској студији у којој је уз помоћ *5-15P упитника* установљена код скоро 90% деце од 6 година дијагноза ГЈП, родитељи нису пријавили оштећење квалитета живота у животима своје деце. Насупрот томе, нека деца су пријавила нарушен квалитет свог живота. Иако студије потврђују да је млађој деци лакше одговорити на питања која се тичу физичког здравља, у поређењу са питањима која се тичу менталног здравља, изгледа да деца признају неке проблеме, али њихови родитељи не. Ово треба истражити у будућности, можда кроз квалитативне интервјуе са децом и њиховим родитељима, а не ослањати се само на упитнике. Такође, информације о благостању детета не треба прикупљати само од деце и родитеља, већ и од других важних особа у дететовом животу, као што су васпитачи или учитељи (22).

Ова студија показује да је важно пратити децу током читавог предшколског периода, нарочито ону децу која су још на систематским прегледима у доби од 2,5 године била позитивна на ГЈП, а не само током школског периода. Ова студија је, према сазнањима аутора, прва шведска студија о деци са ГЈП која се бави неуроразвојним областима и квалитетом живота праћене лонгитудинално од 2,5. до 6. године. Важно је узети у обзир да културолошке разлике могу утицати на квалитет живота, а тиме и на резултате студије (22).

Лонгитудинална студија у Аустралији је открила да су деца са ГЈП од 9 година имала нижи квалитет живота у поређењу са њиховим вршњацима без ГЈП. Забележен је и пад квалитета живота који су пријавили родитељи код деце са ГЈП између 4 и 9 година,

у поређењу са њиховим вршњацима. За сву децу у овој студији, њихове језичке вештине са 7 година предвиђале су њихов квалитет живота у 9. години живота. Лонгитудинална анализа је показала да су говорно-језичке тешкоће повезане са смањеним HRQOL-ом, док уредне језичке вештине представљају заштитни фактор, позитивно повезан са квалитетом живота (23).

Малезијске истраживачке студије (28) такође су се бавиле истраживањима говорних способности и квалитета живота деце са расцепом усне и непца (CLP). Мањкавост ових истраживања представља чињеница да су добијени резултати у мањој мери прихваћени с обзиром на то да је Малезија земља са ниским примањима, за разлику од земаља са високим степеном дохотка чији се резултати о квалитету живота деце углавном узимају као релевантнији. Међутим, упркос ограничењима, закључци ове студије показују да је говорни статус деце у Малезији често лош.

У малој малезијској студији (28) утврђено је да иако су многа деца са расцепом усне и непца на школском узрасту имала тешкоће у говору и осећала незадовољство својим изгледом лица, самосвест ове деце о говорним тешкоћама с којима се суочавају није негативно утицала на њихове аспекте квалитета живота. Такође је утврђено да деца која имају умерено оштећену разумљивост говора имају лошије резултате по питању квалитета живота у вези са здрављем у доменима беса, вршњачких односа и депресије, као и лошије друштвене односе са породицом и пријатељима. Родитељи деце са расцепом перципирају квалитет живота своје деце као последицу њихових говорних способности. Дакле, чини се да говорни поремећаји узроковани расцепом могу имати дугорочан утицај на социјално, функционално, емоционално и психолошко благостање појединаца.

У другој малезијској студији (29) проучаван је однос квалитета живота и сметњи у учењу које деца имају након можданог удара. Иако је већина малезијске деце која су претрпела мождани удар имала добре неуролошке и функционалне исходе, ипак су показала нижи квалитет живота у поређењу са здравом малезијском децом. Наведени резултати показују да постоји потреба за радом на сметњама у учењу након можданог удара како би се смањио њихов утицај на квалитет живота деце.

У студији (30) утврђено је да је квалитет живота деце која имају проблеме са језиком, говором и слухом повезан са њиховим социодемографским аспектима.

Велики број студија (31) бави се истраживањем квалитета живота родитеља деце из спектра аутизма како би боље разумели изазове са којима се свакодневно суочавају и како би идентификовали начине подршке породицама. Већина оваквих студија користила је генеричке мере са обимним нормативним подацима, који нису довољно осетљиви на специфичне изазове са којима се суочавају родитељи деце из спектра какви су, на пример, социјални и емоционални аспекти. Како би се превазишли ови недостаци, Еапен и сарадници су развили Упитник квалитета живота код аутизма, који специфично процењује квалитет живота родитеља деце и адолесцената из спектра. Упитник је показао да родитељи деце из спектра аутизма имају нижи квалитет живота од родитеља деце типичног развоја у доменима физичког и менталног здравља, као и у домену социјалног функционисања. Такође је утврђено да неколико фактора утиче на квалитет живота родитеља као што су тешкоће у понашању детета (функционисање детета), карактеристике родитеља и контекстуални фактори (учешће родитеља у интервенцијама). Резултати сугеришу да су учешће родитеља у терапијама (третман усмерен на породицу, програм менторства родитеља или третмани у кућним условима уз учешће родитеља), као и рано отпочињање лечења повезани са бољим квалитетом

живота родитеља. Истраживања такође указују да уколико је интервенција усмерена само на дете са аутизмом, неће аутоматски бити позитиван квалитет живота родитеља. Ако су третмани фокусирани само на тешкоће детета из спектра аутизма без укључивања родитеља у терапију, квалитет живота родитеља може бити смањен (31).

Деца школског узраста која имају језичке поремећаје често се суочавају са притисцима од стране својих вршњака и врло брзо бивају одбачена. Њихови родитељи и учитељи могу имати погрешно уверење да дете не учи довољно. Такође, оваква деца су лако дискриминисана и изолована од других појединаца. Ове ситуације би требало да привуку пажњу целог друштва. Треба пружити одговарајућу помоћ деци са говорним поремећајима, заштитити их од дискриминације и обезбедити им правовремени и адекватан третман (32).

Поремећаји говора доводе до тога да деца губе своју примарну комуникацијску функцију што озбиљно утиче на њихово учење и будући живот. Деци са говорним поремећајима је тешко да изразе своје идеје и потребе, а њихове емоционалне потребе се често занемарују. Сходно томе, емоционална интервенција може побољшати симптоме поремећаја говора код деце, а заузврат може повећати и мотивисаност деце за лечењем говора (32).

Студија спроведена у педијатријском ОПД центру за терцијарну негу, у Јодхпуру, Рајастхан (33), утврдила је да постоји повезаност између постављања ране дијагнозе и побољшаног функционалног капацитета, бољег квалитета живота и одсуства коморбидитета. Уколико постоје одређени ризико фактори у развоју детета, ране маркере треба проучавати већ од шестог месеца живота. Ова студија показује значајан утицај социо-демографских фактора на квалитет живота детета од 4. до 12. године (33) као што су телесна тежина на рођењу, године старости мајке и место становања (рурално или урбано).

Студија спроведена у Шпанији међу децом са дискинетичким обликом ЦП показала је да месечни приходи, фино моторно функционисање и способност комуникације предвиђају резултате домена друштвеног благостања. Ови налази су били слични студији која сугерише да се социјално благостање и прихватање повећавају када је инвалидитет особе мањи. Неговател детета треба да подиже емоционално благостање и самопоштовање детета са инвалидитетом код куће, у здравственој установи и у заједници. Такође је утврђено да је женски род имао бољи квалитет живота, а учесници који живе у руралним и сиротињским подручјима изјаснили су се да имају лош квалитет живота (33).

Налази показују да је сензорна интелигенција, која је задужена за пажљиво издвајање апстрактних слушних правила у говору, недовољно развијена код деце са кохлеарним имплантом, што вероватно доприноси њиховој немогућности да перципирају говор у сложенем слушном окружењу. Ова чулна интелигенција служи као основа за разумевање говора на високом нивоу, обликована је језичким искуством и постепено се развија током детињства и адолесценције. Недостатак сензорне интелигенције код детета може довести до лоших говорних способности (34).

По рођењу деца показују изузетно повећану осетљивост на матерњи говор. Уколико дете има проблем са слухом, оптимално време када би требало отпочети слушну хабилитацију је од друге године живота. У овој студији, већина деце са кохлеарним имплантом (75%) добила је први КИ након друге године живота. Стога, недостатак раних слушних инпута ове деце може изазвати абнормалну реорганизацију кортекса, што доводи до дисфункције сензорне интелигенције (34).

Нова истраживања доказују да оштећени говор може бити повезан са смањеном радном меморијом. Ова студија (35) имала је за циљ да утврди утицај артикулације, краткорочне меморије, радне меморије и рецептивног речника пакистанске деце на поремећај говора и упореди их са децом уредног развоја узраста од седам до тринаест година. Корелационе анализе указују на статистички значајну повезаност правилно изговорених сугласника са краткорочном меморијом, радном меморијом и рецептивним речником. Регресионе анализе сугеришу да и радна и краткорочна меморија доприносе бољој разумљивости говора код деце са говорно-језичким поремећајем. Налази деце која говоре урду језиком подржавају резултате деце која говоре енглески језик, што сугерише да су артикулација говора, рецептивни речник, краткорочна и радна меморија мање развијени код деце са говорно-језичким поремећајем него код чујуће деце (35).

Од октобра 2022. до маја 2023. спроведена је студија пресека у Хамадану, граду у западном Ирану, у којој је учествовало 100 мајки деце са аутизмом (36). Осим утицаја на стрес, социјална подршка може утицати и на друге психијатријске симптоме, као што су анксиозност и депресија. На пример, овом студијом је утврђено да социјална подршка може утицати на квалитет сна родитеља чија деца имају психијатријске и неуролошке поремећаје или поремећај кретања. Мајке деце са аутизмом у Ирану имају приступ различитим врстама подршке које им помажу током спровођења терапија. Ове подршке укључују: образовне програме који пружају информације и смернице о аутизму, терапијске услуге као што је логопедски третман, групе за подршку у којима се мајке могу повезати са другима који се суочавају са сличним изазовима, саветовање и психолошку подршку за решавање емоционалних тешкоћа, као и правну подршку за заштиту права свог детета. Стога посебну пажњу треба посветити главним изворима стреса код родитеља као што су тешки аутистични симптоми, дететово понашање и емоционални поремећаји (36).

Узимајући у обзир налазе студије (37), примећено је да третман у клиници заснован на моторичком учењу који се пружа лицем у лице и учењу путем телерехабилитације посебно утиче на параметре квалитета живота попут свакодневних животних активности, игре, кретања и равнотеже и активности храњења. Са позитивним развојем квалитета живота, повећава се вероватноћа да ће се рехабилитацијом добити успешни резултати.

Иако постоје ограничени подаци о квалитету живота измерени путем стандардизованих мера код родитеља деце са Драветовим синдромом (ДС), ово је једна од студија (38) која је пружила податке о квалитету живота у вези са здрављем (HRKoL), депресијом, анксиозношћу и сном код мајки и очева деце са ДС. Старатељи деце са ДС су пријавили значајно нижи квалитет живота у већини домена у поређењу са вредностима норме. Мајке су пријавиле веома висок ниво анксиозности, очеви повишене нивое анксиозности, док су и мајке и очеви пријавили значајне симптоме депресије. У вези са спавањем, и мајке и очеви су пријавили висок ниво проблема са спавањем. Проблеми са спавањем код деце такође су били повезани са потешкоћама у спавању код мајке (38).

Прави утицај говорно-језичких поремећаја на животе деце и ефикасност логопедских интервенција још увек је недовољно познат. У другим областима педијатријске здравствене заштите, клиничари и креатори политике све више наглашавају корисност студија и мерења квалитета живота у вези са здрављем (HRKoL) (39). Међутим, све је више резултата који указују на то да деца са говорно-језичким поремећајима имају проблеме у квалитету живота, који су у вези са њиховим комуникацијским оштећењима. Истраживања истичу да логопеди и терапеути који раде

са децом која имају говорно-језичке поремећаје, у својим проценама и интервенцијама узму у обзир не само говорно-језичке баријере детета, него и остале факторе који утичу на целокупан живот детета (39).

Студија (40) се надовезује на прелиминарне налазе Маркхама и Деана, који су описали неке од перцепција родитеља и старатеља деце са говорним и језичким поремећајима и њихове потребе у комуникацији, а који су у вези са дејим искуством о квалитету живота. Ова студија има за циљ развој квантитативних мера квалитета живота деце са комуникацијским потребама. Међутим, мањкавост ове студије је та што није посматрала и процењивала перцепцију саме деце, те је последично оставила виталну празнину у доказима.

Ова студија (40) осветљава квалитет животних искустава деце са говорним и комуникацијским потребама. Налази су од директне користи клиничарима, истраживачима и креаторима политике јер проширују разумевање говорних и језичких потешкоћа деце. Упркос пристрасности својственој квалитативном истраживању са децом, налази пружају подршку за развој скале квалитета живота за децу са говорним језиком и комуникацијским потребама. Таква мера исхода би омогућила клиничарима и истраживачима да квантификују квалитет живота деце, чиме би се проширио спектар доступних клиничких исхода (40).

Сврха овог истраживања (41) била је да се испита квалитет живота и његов однос са језичким вештинама код деце са развојним језичким поремећајем. Ово је испитано поређењем квалитета живота са контролном групом деце са типичним развојем, као и са децом која имају уграђен кохлеарни имплант, која се такође боре са језиком али из другог разлога у односу на децу са развојним језичким поремећајима. Родитељи су пријавили да деца са развојним језичким поремећајем имају статистички значајно лошије резултате квалитета живота од вршњака типичног развоја или деце са кохлеарним имплантатима. Резултати истраживања показују да није било статистички значајних разлика у оценама квалитета живота међу овим групама (41).

Истраживање студије пресека спроведене од јануара 2019. до децембра 2020. године у којој је испитано 31 дете имало је за циљ да утврди предности кохлеарне имплантације код деце са оштећењем слуха и вишеструким сметњама у виду слушних исхода, говорних перформанси и квалитета њиховог живота (42). Резултати показују да је 20 од 31 детета постигло вербалну комуникацију након имплантације. Такође, већина родитеља (96%-100%) сматра да је кохлеарни имплант користан за њихово дете у смислу слушног одговора, свести, интеракције, комуникације и развоја говора. Закључци ове студије истичу да је кохлеарна имплантација показала корисност код деце са вишеструким сметњама у развоју. Мере исхода не би требало да се фокусирају само на слушне и говорне перформансе, већ и на побољшање квалитета живота ове деце (42).

Иако су постојале разлике између деце са слушним апаратима и деце са уграђеним кохлеарним имплантом у свим областима квалитета живота, у физичкој области ове разлике су биле веће од оних у психолошком и социјалном домену. Квалитет живота био је у позитивној корелацији са слушним перформансама, разумљивошћу говора, а у негативној корелацији са узрастом имплантације (43).

Закључци ове студије били би да кохлеарни имплант побољшава слушне перформансе и продукцију говора много више него слушни апарати. Самим тим кохлеарни имплант има велики утицај на квалитет живота деце са оштећеним слухом. Познато је такође да деца имплантирана у млађем узрасту боље напредују од старије, али

треба имати у виду да и старија деца могу постићи добре резултате ако су укључена у адекватан третман (43).

Деца са кохлеарним имплантом у просеку су оценила свој квалитет живота ниже од вршњака са уредним слухом о функционисању школе, друштвеном функционисању и укупном квалитету живота. Разлике између група биле су мале, а мање деце од родитеља пријавило је релативно низак квалитет живота. Добро развијен језик и говор, као и старији узраст у време тестирања били су повезани са бољим квалитетом живота (44). Међутим, деца са КИ су изнела забринутост у вези са својим друштвеним и школским функционисањем, указујући на то да им је у овим областима потребно више подршке како би имала добар квалитет живота. Побољшање говорних вештина код деце са КИ може допринети побољшању квалитету живота (44).

Упркос томе што је све више доказа да упала средњег уха (otitis media) може значајно да угрози квалитет живота и развој деце као и квалитет живота неговатеља, студије на ову тему су релативно ретке и значајно варирају у зависности од методолошког квалитета и инструмената за мерење исхода (ОМИ) који се користе. У овој студији (45) је употребљено 10 различитих ОМИ који су обухватили широк спектар симптома ОМ, као и генеричке и специфичне исходе квалитета живота. Закључци ове студије су да је упала средњег уха била повезана са негативним ефектима на слушну обраду, развој језика и говора, спремност за школу, социјалну компетенцију, психосоцијално благостање и сан. Ово подупиरे хитну потребу за висококвалитетним студијама у овој области користећи валидиране и униформне ОМИ (45).

Циљ истраживања ове студије био је да се утврди перцепција породице у погледу њихових потреба за подршком, квалитет њиховог партнерства са професионалцима и квалитет живота породице (Family Quality of Life (FQOL)), а затим да се идентификује у којој мери подршка центара за рану интервенцију у детињству има позитиван утицај на квалитет живота породице, док се истражује да ли је породично-професионално партнерство постало основни интервенирајући фактор квалитета живота породице (46).

Резултати показују да породице имају језичку и говорну подршку за своју децу и потребе за информацијама за себе и да су углавном задовољне својим партнерством са стручњацима као и својим FQOL. Такође је утврђено да је њихов степен задовољства подршком био добар предиктор квалитета породичног живота и да је њихов рејтинг квалитета партнерства био кључни фактор који је посредовао за овај ефекат (46).

Ова студија (47) је истраживала однос код нечујуће деце у доби од 9 година. Добијени су извештаји родитеља о квалитету живота, понашању и емоцијама, прагматичним језичким вештинама и слушним функционалним перформансама деце у стварном животу. Говорно-језичке способности деце и разумљивост говора процењивали су логопеди.

Анализе су откриле да су бољи слух и прагматске језичке вештине повезани са бољим психосоцијалним способностима и квалитетом живота. Зато је важно усмерити интервенције ка побољшању функционалних вештина слуха и способности социјалне комуникације код деце са оштећењем слуха и омогућити мултидисциплинарни рад међу медицинским, аудиолошким, сродним здравственим и образовним стручњацима како би се на време идентификовала деца која су у ризику и како би се правовремено упућивање на интервенције могле применити зарад побољшања психосоцијалног здравља деце са оштећењем слуха (47).

Брига о деци са поремећајем из аутистичног спектра негативно утиче на квалитет живота. Студија пресека (48) имала је за циљ да утврди који су то фактори који утичу на перципирани квалитет живота и које су потешкоће главних неговатеља деце са аутизмом, а која похађају специјализоване предшколске програме у Националном друштву за аутизам Малезије и IDEAS аутистичном центру, који се налази у Селангору и Куала Лумпуру. Главна перцепција неговатеља о тешкоћама њиховог детета била је значајно повезана са одсуством додатне помоћи за бригу о детету. Из тог разлога ови фактори се могу узети у обзир да обавештавају пружаоце здравствених услуга о начинима за побољшање квалитета живота главних неговатеља деце са аутизмом (48).

Утицај развојног језичког поремећаја (РЈП) на образовни напредак и на социо-емоционални развој је добро документован, али се мало зна о томе како млади људи са говорно-језичким поремећајем доживљавају и описују свој језик и комуникацију. Истакнута је потреба да се експерименталне и квантитативне студије допуне квалитативним перспективама проживљеног искуства појединаца са РЈП и логопедском праксом. Потребно је разумети искуства младих са говорно-језичким поремећајима фокусирајући се на њихов језик и комуникацију у школском контексту и на тај начин допринети побољшању комуникативних ситуација у школи (49).

Резултати студије сведоче о тешким и изазовним ситуацијама ученика са говорно-језичким поремећајима које су у вези са њиховим језиком и комуникацијом у школи, укључујући образовну, социјалну и емоционалну димензију. Важан резултат ове студије је како млади људи са дијагнозом РЈП описују свој језик и комуникацијско функционисање у зависности од индивидуалних карактеристика и способности али и од ситуационих, контекстуалних и друштвених фактора (49).

Добијени резултати ове студије такође показују да млади са РЈП могу имати трајне проблеме који су у вези са језиком и комуникацијом у школи, укључујући образовне, социјалне и емоционалне димензије. Учесници свој говорно-језички проблем описују као сталну борбу да одрже корак са вршњацима и као ситуацију која их доводи у опасност да их наставници погрешно процене. Стога, логопедске услуге могу бити неопходне и током школског периода како би ученици са РЈП добијали адекватну подршку. Поред тога, треба размотрити и подршку која превазилази језичке способности и која је усмерена на социјалне, контекстуалне и емоционалне аспекте (49).

Сарадничка пракса између терапеута и родитеља је кључни елемент бриге о породици и од суштинског је значаја ако желимо да се позабавимо породичним приоритетима и потребама. Међутим, сарадничка пракса је изазовна како за логопедс, тако и за родитеље. Како би се омогућила заједничка сарадња, треба је имплементирати у логопедску терапију са малом децом са развојним језичким поремећајима (РЈП) и њихове породице. Стварна промена и примена заједничке сарадње биће успешна само онда када буде одговарала потребама пацијената, односно родитељима деце са РЈП (50).

Када деца крену на говорно-језичку терапију, родитељи се често упуштају у непознати процес. Потребна им је подршка логопеда како би постали сарадници у третману. Родитељима су потребни логопеди који ће уложити време у дељење знања, вештина и ускладити терапију са потребама, преференцијама, приоритетима и очекивањима родитеља и детета (50). Потребни су им логопеди у пружању знања о дијагнози, који ће их оснажити да постану коотерапеути у раду како би омогућили родитељима да подрже своје дете у свакодневном животу и ван третмана. Такође, потребна им је и емоционална подршка да би се осећали довољно сигурним да подрже своје дете, да постављају питања терапеутима и да изнесу своја размишљања и мишљења

о терапији. Потребе родитеља су у складу са сарадничким радом како је описано у литератури, што наглашава важност њене имплементације у говорно-језичкој терапији (50).

Општепознато је да деца са развојним језичким поремећајем (РЈП) имају већу вероватноћу да доживе анксиозност, као и друге социо-емоционалне и бихејвиоралне (СЕБ) тешкоће. Упркос томе, мало је информација како се ове потешкоће манифестују (51).

У односу на контролну групу, деца са говорно-језичким поремећајима доживљавала су већи ниво анксиозности, имала су већу потребу за рутином и истоветношћу и већу емоционалну дисрегулацију иако се њихови родитељи добро носе

са сложеним СЕБ потребама своје деце. Утврђено је да нетолеранција на неизвесност и инсистирање на истоветности у потпуности посредују у односу између дијагнозе РЈП и симптома анксиозности. Интервенција која се фокусира на нетолеранцију неизвесности може помоћи у регулацији анксиозности, док понашање као што је инсистирање на истоветности треба детаљније истражити, као потенцијалне факторе који изазивају анксиозност код деце са РЈП (51).

Деца са развојним језичким поремећајем (РЈП) често доживљавају психосоцијалне тешкоће, чије развојне путање још увек нису у потпуности схваћене. Ова студија (52) је настојала да истражи испољавање таквих потешкоћа током детињства кроз приче са особама са РЈП и њиховим блиским неговатељима. Такође, све мајке ове деце искусиле су висок ниво изолације и стреса. Налази сугеришу да су родитељима у Уједињеном Краљевству и Ирској потребна већа подршка и упутства у тренутку постављања дијагнозе него што је иначе имају (52).

Развојни језички поремећаји (РЈП) представљају поремећај у развоју говора и језика који могу утицати и на експресивни и на рецептивни језик. Када су тешког степена, често су повезани са психијатријским симптомима и лошим друштвеним исходом (53).

Истраживања показују да свака пета мајка има симптоме депресије, а да њихова деца имају лошије језичке вештине него деца мајки које немају депресију. Налази откривају да повећање симптома депресије код мајке може утицати на смањену комуникацију са својим дететом, али не нужно и на мању сложеност говора. Симптоми депресије код мајки могу утицати на когнитивну спремност детета за школу и бити снажан фактор ризика за лоше когнитивне исходе код деце (54, 55).

Учење о емоцијама је важан део друштвеног и комуникативног развоја деце. Показано је да деца развијају говор како би најпре изразила све шири опсег емоција и осећања током прве две године живота. Испитивање врста речи које дете има, показало је да су речи којима дете изражава емоције у вези са његовом полном припадношћу (56).

Истраживања показују да индивидуалне разлике у језичким вештинама деце делимично настају као резултат квантитета и квалитета говора њихових родитеља. Међутим, већина истраживања била је усмерена на улогу мајке док се мање зна о утицају говора оца на говорно-језички развој детета. У овој студији (57) увиђа се да се говор којим се успоставља комуникација, као што су питања и захтеви за појашњење, у просеку јавља чешће код очева него код мајки. Говор којим се успоставља комуникација између родитеља и детета представља изазов за двогодишњу децу и показало се да као такав утиче на развој вербалног речника код детета (57).

У овој студији (58) истраживала се повезаност између разиграности мајки и очева са малом децом, утицај игре на регулацију емоција и развој језика деце у предшколском узрасту. Најпре је утврђено да је разиграност очева у детињству повезана са дејим речником у предшколском узрасту, док је разиграност мајки била у вези са регулацијом дејих емоција. Веза која се успоставља између мајчине игровости, дејег речника и регулације емоција била је јача онда када су очеви више учествовали у игри и када су деца била под утицајем позитивних емоција током игре. Ова студија (58) показује да разиграност оба родитеља има важан утицај на речник детета и дететову регулацију емоција и наглашава важност позитивних емоција деце током игре. С друге стране, резултати студије (59) су показали да се мајке и очеви не разликују у игровости и да су мајке и очеви, који су били више разиграни, имали децу са нижим нивоом негативности.

Квалитет живота породице која има дете са аутизмом је под утицајем језичких проблема које дете има. Постоји значајна веза између рецептивних језичких вештина детета из спектра аутизма и перцепције квалитета живота у њиховим породицама (60).

Када родитељи добију дете са поремећајем у развоју, њихов начин досадашњег живота умногоме се мења јер долазак детета са инвалидитетом доноси многе физичке и емоционалне изазове, жртвовање родитељских потреба зарад потреба детета и живот пун несигурности и неизвесне будућности (61, 62).

Када одгајају дете са неуроразвојним поремећајем, као што су поремећај аутистичног спектра (АСД), поремећај пажње/хиперактивности (АДХД) или развојни језички поремећај (ДЛД), које се суочава са тешкоћама у социјалној комуникацији и тешкоћама у понашању, родитељи доживљавају сложене свакодневне ситуације које понекад доводе до депресивних симптома (63, 64, 65). Имајући у виду ову чињеницу, веома је важно да родитељи развију вештине отпорности. Резилијентност се односи на адаптивни одговор који се активира онда када је особа суочена са тешком ситуацијом (66), као што је добијање детета са сметњама у развоју, када се суочи са ситуацијом на позитиван начин и када из ње изађе ојачана (67). Испољавање ових вештина не значи да се тешке ситуације не доживљавају као озбиљне, већ да родитељи знају како да се носе са њима, да успевају на дуже стазе да се носе са њима и како их боље превазићи (68). На тај начин, резилијентност може значајно смањити стрес (69, 70) и побољшати ментално здравље родитеља (71), укључујући смањење депресије (72), перцепцију већег психичког благостања (73) и већег задовољства животом (74). Конкретно, уочено је да су емоционални, комуникацијски и проблеми у понашању деце повећали проблеме менталног здравља њихових мајки (75).

Заштитни фактори отпорности родитеља који имају дете из спектра су старост детета (76), социјална подршка породице (77, 78) и аспекти као што су верска уверења и духовност (79). То значи да су понашања детета која нису у складу са узрастом повезана са стресом родитеља (80) и са родитељским оптерећењем (81). Показало се да уколико породица има социјалну подршку, утицај тежине симптома неуроразвојних поремећаја код детета на ментално здравље родитеља биће мањи, односно, побољшаће њихово благостање и смањити симптоме анксиозности и депресије (82, 83).

Постоје различите врсте социјалне подршке породицама (84). Похађање психоедукативних радионица или одлазак на радне терапије које пружају професионалци представља вид формалне подршке родитељима и обезбеђује ресурсе за целу породицу (74). Такође, неформална подршка која обухвата присуствовање породичним удружењима или активностима са другим породицама (као што су удружења родитеља деце са одређеним поремећајима, школе за родитељство или

клубови који организују активности за родитеље), пружа емоционалну подршку и простор за опуштање (85). Ови центри су простор за комуникацију за размену искустава, простор за слободно време у коме се могу одвијати породичне активности у игри, као и простор у коме се могу организовати програми обуке и интервенције од стране професионалаца за породице који се односе на образовање детета и одакле се може развити отпорност чланова породице, укључујући и дете са неуроразвојним поремећајем. Ова врста подршке намењена је побољшању менталног здравља породица, а самим тим и побољшању квалитета њиховог живота (61).

VI. ЗАКЉУЧЦИ

У свакодневном животу сусрећемо се са децом код које одрасли и као лаици уочавају да дете лоше говори за свој узраст или, с друге стране, познајемо породицу чије дете иде код логопеда. И заиста, у данашњем времену чини се да је све више деце којој је потребна подршка и помоћ стручњака у говорно-језичком развоју. Одлазак логопеду више није непозната, неубичајена околност, већ нужда и вид здравственог лечења. Осим чињенице да говорно-језичка патологија код деце расте, очигледно је да се у Србији у свим градовима све више отварају логопедски кабинети који су пуни и упркос томе, велике су листе чекања за укључење у логопедски третман. Даље, када се и отпочне са логопедским третманом, уочава се да резултати не долазе брзо и лако, већ да је говорно-језичка проблематика таква, да изискује тимски рад стручњака. То значи да говорно-језички поремећај није само на нивоу говора и језика, већ су дубљи и неопходна је помоћ и других професионалаца како би се заиста помогло детету у развоју.

Зна се да је говорно-језичка патологија мултидимензионални концепт, као и то да она са собом *повлачи* и проблеме друге природе. Тако, истраживања показују да деца која имају говорно-језичке поремећаје, имају и лош квалитет свог живота, али оно што је још забрињавајуће јесте чињеница да и родитељи те деце такође имају лошији квалитет својих живота у односу на децу која имају уредан говорно-језички развој и њихове родитеље.

Наведени разлози нагнали су нас да нашом студијом истражимо колика је заступљеност артикулационих поремећаја међу децом у општини Петровац на Млави у Браничевском округу, какав је квалитет живота ове деце и какав квалитет живота имају њихови родитељи. На основу података који су јавни и онога што ми можемо да претпоставимо, поставили смо хипотезе које смо желели да научно потврдимо или оповргнемо.

Најпре, претпоставили смо да деца са говорним поремећајима имају значајно нижи квалитет живота у односу на децу уредног говорног статуса. Нашим истраживањем доказали смо да је ова претпоставка заиста тачна. Наиме, анализом различитих аспеката квалитета живота код деце утврдило се да се деца са артикулационим поремећајима статистички значајно разликују у скоро свим доменама квалитета живота од својих вршњака који имају уредан говор.

У домену *физичког здравља*, деца са артикулационим поремећајима често имају бол у стомаку и главобољу.

У *емотивном сегменту*, деца са артикулационим поремећајима често немају вољу ни за шта, често се осећају усамљено и ретко се смеју.

У погледу *самопоштовања*, деца са артикулационим поремећајима су ретко задовољна или су стално незадовољна собом и ретко се осећају сјајно.

У домену *породице* не постоје значајне разлике, али ипак деца са артикулационим поремећајима немају стално добар однос са својим родитељима, њихови родитељи се често свађају, а нека деца се чак никада не осећају добро у својим кућама и имају утисак да родитељи управљају њима.

Што се тиче *социјалног живота*, деца са артикулационим поремећајима се ретко кад добро слажу са друговима и другарицама, ретко се или пак никада ни не играју са другарима. Такође, ова деца никада нису омиљена међу децом.

У домену *школског живота*, деца са артикулационим поремећајима никада нису или су само понекад у могућности да добро обаве своје задатке у школи. Често праве пуно грешака током обављања мањих послова, ретко им је лепо у вртићу и ретко када се радују одласку у вртић.

У домену *Неколико битних питања*, деца са артикулационим поремећајима су често нерасположена, њихови родитељи ретко могу или никада не могу да покажу

стрпљење за њих те их стално опомињу. Ова деца често имају проблем са пажњом и концентрацијом, учестало се жале на бол и стално бивају разочарана.

Наша друга претпоставка, коју смо такође потврдили, јесте да постоје разлике у различитим димензијама квалитета живота код деце са говорним поремећајима у односу на *степен оштећења*.

Када је у питању узорак деце, нашим истраживањем је обухваћено 206 детета: 91 девојчица и 115 дечака. Уредан говорни статус имало је 45 детета, док су артикулациони поремећаји детектовани је код 161 детета. У односу на пол, било је 61 девојчица и 100 дечака са поремећајем артикулације.

Када је у питању (не)изложеност деце екрану, по тврдњама родитеља, деца која немају артикулационе поремећаје у највећем проценту нису била изложена екрану (71,1%). А најчешћи разлог излагања деце са артикулационим поремећајима екранима биле су родитељске обавезе (обављање неких других задатака).

Даље, претпоставка да је квалитет живота родитеља/старатеља деце са говорним поремећајима нижи од квалитета живота родитеља/старатеља деце уредног говорног статуса такође је потврђена. Као што се може видети, статистички значајна разлика између две групе родитеља утврђена је за: место становања, радни статус, школску спрему, старосну дистрибуцију деце, изложеност екрану и ситуације у којима су деца била изложена екрану. Статистика показује да су родитељи деце са артикулационим поремећајима углавном са села, незапослени и са средњошколским степеном образовања, за разлику од родитеља деце уредног говорног статуса који су у већем проценту из града, запослени и са завршеним факултетом.

Претпоставка да је квалитет породичног живота значајно нижи у породицама деце са говорним поремећајима од квалитета живота породице деце уредног говорног статуса исто је доказана.

Анализа домена *породична интеракција* упутила је на постојање статистички значајне разлике између родитеља чија деца имају артикулациони поремећај и родитеља чија деца немају поремећај артикулације у погледу аспекта који се односи на то да ли породица има друге особе/пријатеље који им пружају подршку. Проценат задовољних испитаника био је значајно већи међу породицама деце без говорног поремећаја у односу на породице у којима дете која има артикулациони поремећај, који су исказали незадовољство по питању подршке од стране других људи.

Анализа домена *родитељство* упутила је на постојање статистички значајне разлике између две групе родитеља у погледу аспекта који се односи на отворену причу између чланова породице. За разлику од породица у којима дете има правилан говор, које су врло задовољне по питању наведене ставке, породице деце са артикулационим поремећајима су исказале одређени степен незадовољства, и то: 4,9% *врло незадовољан* и 6,2% *незадовољан*.

У погледу домена *физичко/материјално благостање* утврђена је статистички значајна разлика и за стоматолошку негу. Породице са децом која имају артикулационе поремећаје су изјавиле да су *врло незадовољне* пруженом стоматолошком негом када јој је потребна, док су у групи породица са децом уредног говорног статуса ставови били уједначени, *задовољни* и *врло задовољни*.

У домену *подршке у вези са инвалидитетом* утврђена је статистички значајна разлика између две групе родитеља за осећај сигурности породице на послу, у школи и у комшилуку. Код контролне групе испитаника није забележено незадовољство по питању осећаја сигурности. Међутим, породице деце са артикулационим поремећајима су изразиле незадовољство по питању ове ставке.

И последњу нашу претпоставку, да постоји повезаност између социоекономских карактеристика са *учесталошћу* артикулационих поремећаја, потврдили смо на следећи начин.

На основу наше друге табеле јасно долазимо до закључка да постоји повезаност између социодемографских карактеристика и учесталости артикулационих поремећаја.

Постоји статистички значајна повезаност између места становања, радног статуса родитеља, школске спреме родитеља, старости деце, изложености деце екрану као и степену изложености ситуацијама са присуством артикулационих поремећаја. Сеоска средина, незапосленост, основно образовање родитеља, узраст деце 4-5 година, изложеност екрану и изложеност свим ситуацијама попут храњења, пресвлачења и обављања задатака од стране родитеља позитивно корелирају са артикулационим поремећајима, јер је за ове варијабле приликом компарације две групе родитеља применом Хи квадрат теста утврђена статистички значајна разлика.

Из свега горенаведеног, заиста можемо увидети да ако дете има говорни поремећај, да он није једина брига са којом се дете и његови родитељи *боре*. Поред тог поремећаја постоји широка лепеза проблема која се на исти надовезују и који једнако снажно утичу како на дете, тако и на родитеље детета, односно читаву породицу. С тим проблемом мењају се бројне животне околности целе породице. Такође, и на сам поремећај говора утичу различити фактори, и све то постаје једно клупко брига, промена, прилагођавања, тешкоћа, страхова, на које се не може касније деловати брзо и лако.

Овим резултатима желимо да освестимо људе, првенствено родитеље да уколико примете да њихово дете има било какво говорно одступање, да одмах потраже савет стручњака јер је то једини начин превенције многих проблема који касније могу постати тешко решиви.

VII. ЛИТЕРАТУРА

1. Стакић М, Чутовић М. Родитељи као партнери у благовременом препознавању говорних поремећаја код деце предшколског узраста. Годишњак Педагошког факултета у Врању. 2017;8(1):167-75. doi: [10.5937/гуфв1701167С](https://doi.org/10.5937/гуфв1701167С)
2. Тасић Р, Кекуш Д, Станисављевић С, Антић Г. Јавноздравствени значај поремећаја изговора гласова код деце предшколског узраста. Сестринска реч. 2019;22(78):19-23.
3. Стакић М, Чутовић М. Родитељи као партнери у благовременом препознавању говорних поремећаја код деце предшколског узраста. Годишњак Педагошког факултета у Врању. 2017;8(1):167-75. doi: 10.5937/гуфв1701167С
4. Доброта Н. Артикулационо-фонолошки поремећаји. Београд: Завод за психофизичке поремећаје и говорну патологију „Цветко Брајовић“: 2010.
5. Нешић БВ, Минић ЈЛ, Јакшић АС. Распрострањеност говорно-језичких поремећаја код деце на северу Косова и Метохије. Зборник радова Филозофског факултета у Приштини. 2011;(41):587-601.
6. Ђукић В, Павловић Д, Вукашиновић М. Глас и говор. Београд: ННК Београд: 2015.
7. Голубовић С. Фонолошки поремећаји. Београд: Друштво дефектолога Србије. 2012.
8. Миланков В, Огњеновић Н, Веселиновић М, Величковић В. Повезаност образаца храњења дојенчади и деце узраста од три до шест година и поремећаја говора и језика. Медицински преглед. 2021;74(1-2):25-31. doi: 10.2298/МПНЦ2102025М
9. Grigorova E, Ristovska G, Jordanova NP. Prevalence of Phonological Articulation Disorders in Preschool Children in the City of Skopje. Pril (Makedon Akad Nauk Umet Odd Med Nauki). 2020; 41(3):31-37. doi: 10.2478/prilozi-2020-0043. PMID: 33500374.
10. Mihajlović B, Cvjetićanin B, Veselinović M, Škrbić R, Mitrović SM. Artikulacija glasova srpskog jezika dece uzrasta šest do osam godina. Medicinski pregleđ. 2015;68(7-8):240-4.
11. Eadie P, Conway L, Hallenstein B, Mensah F, McKean C, Reilly S. Quality of life in children with developmental language disorder. Int J Lang Commun Disord. 2018;53(4):799-810.
12. Schachinger-Lorentzon U, Kadesjö B, Gillberg C, Miniscalco C. Children screening positive for language delay at 2.5 years: language disorder and developmental profiles. Neuropsychiatr Dis Treat. 2018;14:3267-3277.
13. Adriaansen A, Van Oudenhove B, Van Lierde K, D'haeseleer E, Meerschman I. Knowledge of the Voice in the Teachers' Population and their Ability to Refer Children with Voice Disorders to a Speech-Language Pathologist. J Voice. 2022:S0892-1997(22)00197-7.
14. Главинић СР, Ристић ИД. Квалитет живота ученика са сметњама у развоју у инклузивном образовању. Баштина. 2023;(59):395-407. doi: 10.5937/баштина-43993.
15. Salvago P, Gorgone E, Giaimo S, Battaglia E, Dispenza F, Ferrara S, Martines F. Is there an association between age at first words and speech sound disorders among 4- to 5-year-old children? An epidemiological cross-sectional study based on parental reports. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2019;126:109602.
16. Le HND, Petersen S, Mensah F, Gold L, Wake M, Reilly S. Health-Related Quality of Life in Children With Low Language or Congenital Hearing Loss, as Measured by the PedsQL and Health Utility Index Mark 3. Value Health. 2020;23(2):164-170.
17. Boukouvala M, Hyphantis T, Koullourou I, Tzotzi A, Mitropoulou A, Mantas C, Petrikis P, Serdari A, Siafaka V, Kotsis K. Helth-Related Quality of Life in Kindergarten Children with Developmental Language Disorder: Child-Mother Agreement. Behav Sci (Basel). 2023;13(12):1017. doi: 10.3390/bs13121017.
18. Gomersall T, Spencer S, Basarir H, Tsuchiya A, Clegg J, Sutton A, Dickinson K. Measuring quality of life in children with speech and language difficulties: a systematic review of

- existing approaches. *Int J Lang Commun Disord.* 2015;50(4):416-35. doi: 10.1111/1460-6984.12147.
19. Zerbeto AB, Chun RY. Quality of life of caregivers of children and adolescents with speech and language disorders. *Codas.* 2013;25(2):128-34. English, Portuguese. doi: 10.1590/s2317-17822013000200007.
 20. Aras I, Stevanović R, Vlahović S, Stevanović S, Kolarić B, Kondić L. Health related quality of life in parents of children with speech and hearing impairment. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2014;78(2):323-9. doi: 10.1016/j.ijporl.2013.12.001.
 21. Rudolph M, Kummer P, Eysholdt U, Rosanowski F. Quality of life in mothers of speech impaired children. *Logoped Phoniatr Vocol.* 2005;30(1):3-8. doi: 10.1080/14015430410022292.
 22. Ottosson S, Schachinger Lorentzon U, Kadesjö B, Gillberg C, Miniscalco C. Neurodevelopmental problems and quality of life in 6-year-olds with a history of developmental language disorder. *Acta Paediatr.* 2022;111(1):115-122. doi: 10.1111/apa.16104.
 23. Kotsis K, Boukouvala M, Tzotzi A, Koullourou I, Mitropoulou A, Serdari A, Siafaka V, Hyphantis T. Health-Related Quality of Life and Behavioral Difficulties in Greek Preschool Children with Developmental Language Disorder. *Healthcare (Basel).* 2024;12(4):470. doi: 10.3390/healthcare12040470.
 24. Feeney R, Desha L, Khan A, Ziviani J. Contribution of speech and language difficulties to health-related quality-of-life in Australian children: A longitudinal analysis. *Int J Speech Lang Pathol.* 2017;19(2):139-152. doi: 10.3109/17549507.2016.1151935.
 25. Bruinsma GI, Wijnen F, Gerrits E. Communication in Daily Life of Children With Developmental Language Disorder: Parents' and Teachers' Perspectives. *Lang Speech Hear Serv Sch.* 2024;55(1):105-129. doi: 10.1044/2023_LSHSS-23-00051.
 26. Le HND, Le LKD, Nguyen PK, Mudiyansele SB, Eadie P, Mensah F, Sciberras E, Gold L. Health-related quality of life, service utilization and costs of low language: A systematic review. *Int J Lang Commun Disord.* 2020;55(1):3-25. doi: 10.1111/1460-6984.12503.
 27. Zykov VP, Komarova IB. Narusheniya razvitiya rechi u detei [Development of speech disorders in children]. *Zh Nevrol Psikhiatr Im S S Korsakova.* 2021;121(11):106-110. Russian. doi: 10.17116/jnevro2021121111106.
 28. Lim HH, Bressmann T, Pang AJ, Hamid BA, Ibrahim HM. The speech abilities and quality of life of Malaysian school-aged children with cleft lip and palate. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2025;191:112282. doi: 10.1016/j.ijporl.2025.112282.
 29. Fong CY, Kangatharan PASS, Lim WK, Ong LC, Li L, Azanan MS, Teh CM. Neurological outcome and health-related quality of life among Malaysian children with stroke. *Brain Dev.* 2025;47(2):104339. doi: 10.1016/j.braindev.2025.104339.
 30. Vieira de Resende Teixeira I, Garcia de Souza Borges M, Mesquita de Medeiros A, Maris Aguiar Lemos S. Quality of life, activity limitations, and participation restrictions in children 8–12 years old with speech-language-hearing complaints. *Revista de Logopedia, Foniatria y Audiología.* 2023; 100287, <https://doi.org/10.1016/j.rlfa.2022.03.002>.
 31. Fante C, Zagaria A, Dioni B, Raffin C, Capelli F, Manari T, et al. Self-efficacy as a mediator between involvement in intervention and quality of life in parents of children and adolescents with autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders.* 2024; 113, 102351, <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2024.102351>.
 32. Qiang Y. An Intervention Study of Language Cognition and Emotional Speech Community Method for Children's Speech Disorders. *International Journal of Mental Health Promotion* 2023; 25(5), 627-637, <https://doi.org/10.32604/ijmhp.2023.025746>.
 33. Badgujar S, Dixit J, Kuril BM, Deshmukh LS, Khaire P, Vaidya V, Shelke M. Epidemiological predictors of quality of life and the role of early markers in children with

- cerebral palsy: A multi-centric cross-sectional study. *Pediatr Neonatol.* 2025;66(1):18-24. doi: 10.1016/j.pedneo.2024.04.003.
34. He LT, Xu XR, Guan RR, Zhao W, Sun JQ, Sun JW, Guo XT. Sensory intelligence for extraction of abstract auditory rules from a speech sound stream in children with cochlear implants. *Clin Neurophysiol.* 2024;166:1-10. doi: 10.1016/j.clinph.2024.07.005.
 35. Yasmin T, Hafeez H, Sadia A, Lubna M, Tarar SA, Raza MH, Basra MAR. Working memory span and receptive vocabulary assessment in Urdu speaking children with speech sound disorder. *Acta Psychol (Amst).* 2022;231:103777. doi: 10.1016/j.actpsy.2022.103777.
 36. Jenabi E, Maleki A, Ayubi E, Bashirian S, Seyedi M, Abdoli S. The predictors of sleep quality in mothers of children with autism spectrum disorders in the west of Iran: A path analysis. *Heliyon.* 2024;11(1):e41136. doi: 10.1016/j.heliyon.2024.e41136.
 37. Celikel R, Ramazanoglu E, Talu B. The effect of motor learning-based telerehabilitation on quality of life of children with cerebral palsy during the COVID-19 pandemic. *Arch Pediatr.* 2023;30(6):383-388. doi: 10.1016/j.arcped.2023.04.004.
 38. Reilly C, Bjurulf B, Hallböök T. Health-related quality of life, depression, anxiety, and sleep in mothers and fathers of children with dravet syndrome in Sweden. *Epilepsy Behav.* 2024;161:110102. doi: 10.1016/j.yebeh.2024.110102.
 39. Markham C, Dean T. Parents' and professionals' perceptions of Quality of Life in children with speech and language difficulty. *Int J Lang Commun Disord.* 2006;41(2):189-212. doi: 10.1080/13682820500221485.
 40. Markham C, van Laar D, Gibbard D, Dean T. Children with speech, language and communication needs: their perceptions of their quality of life. *Int J Lang Commun Disord.* 2009;44(5):748-68. doi: 10.1080/13682820802359892.
 41. Haukedal CL, Wie OB, Schaubert SK, von Koss Torkildsen J. Children With Developmental Language Disorder Have Lower Quality of Life Than Children With Typical Development and Children With Cochlear Implants. *J Speech Lang Hear Res.* 2023;66(10):3988-4008. doi: 10.1044/2023_JSLHR-22-00742.
 42. Bee-See G, Zulkefli NAM, Abdullah A, Umat C, Nor NK, Ismail J, O'Leary SJ. Cochlear implantation outcomes in children with multiple disabilities: a topic that's worth revisiting. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2024;90(4):101423. doi: 10.1016/j.bjorl.2024.101423.
 43. Necula V, Cosgarea M, Necula SE. Health-related quality of life in cochlear implanted patients in Romania. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2013;77(2):216-22. doi: 10.1016/j.ijporl.2012.10.026.
 44. Haukedal CL, Lyxell B, Wie OB. Health-Related Quality of Life With Cochlear Implants: The Children's Perspective. *Ear Hear.* 2020;41(2):330-343. doi: 10.1097/AUD.0000000000000761.
 45. Homøe P, Heidemann CH, Damoiseaux RA, Lailach S, Lieu JEC, Phillips JS, Venekamp RP. Panel 5: Impact of otitis media on quality of life and development. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2020;130 Suppl 1(Suppl 1):109837. doi: 10.1016/j.ijporl.2019.109837.
 46. Balcells-Balcells A, Giné C, Guàrdia-Olmos J, Summers JA, Mas JM. Impact of supports and partnership on family quality of life. *Res Dev Disabil.* 2019;85:50-60. doi: 10.1016/j.ridd.2018.10.006.
 47. Ching TYC, Cupples L, Leigh G, Hou S, Wong A. Predicting Quality of Life and Behavior and Emotion from Functional Auditory and Pragmatic Language Abilities in 9-Year-Old Deaf and Hard-of-Hearing Children. *J Clin Med.* 2021;10(22):5357. doi: 10.3390/jcm10225357.
 48. Asahar SF, Malek KA, Isa MR. Quality of Life and Child's Autism-Specific Difficulties among Malaysian Main Caregivers: A Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(18):9861. doi: 10.3390/ijerph18189861.
 49. Ekström A, Sandgren O, Sahlén B, Samuelsson C. 'It depends on who I'm with': How young people with developmental language disorder describe their experiences of language and communication in school. *Int J Lang Commun Disord.* 2023;58(4):1168-1181. doi: 10.1111/1460-6984.12850.

50. Klatte IS, Bloemen M, de Groot A, Mantel TC, Ketelaar M, Gerrits E. Collaborative working in speech and language therapy for children with DLD-What are parents' needs? *Int J Lang Commun Disord.* 2024;59(1):340-353. doi: 10.1111/1460-6984.12951.
51. Burnley A, St Clair M, Bedford R, Wren Y, Dack C. Understanding the prevalence and manifestation of anxiety and other socio-emotional and behavioural difficulties in children with Developmental Language Disorder. *J Neurodev Disord.* 2023;15(1):17. doi: 10.1186/s11689-023-09486-w.
52. Burnley A, St Clair M, Dack C, Thompson H, Wren Y. Exploring the Psychosocial Experiences of Individuals with Developmental Language Disorder During Childhood: A Qualitative Investigation. *J Autism Dev Disord.* 2024;54(8):3008-3027. doi: 10.1007/s10803-023-05946-3.
53. Assous A, Borghini A, Levi-Rueff M, Rittori G, Rousselot-Pailley B, Gosme C, Zigante F, Golse B, Falissard B, Robel L. Children with mixed developmental language disorder have more insecure patterns of attachment. *BMC Psychol.* 2018;6(1):54. doi: 10.1186/s40359-018-0268-6.
54. Scheiber FA, Ryckman KK, Demir-Lira ÖE. Maternal depressive symptoms and maternal child-directed speech: A systematic review. *J Affect Disord.* 2022;297:194-207. doi: 10.1016/j.jad.2021.10.015.
55. Ahun MN, Brendgen M, Côté SM, Girard A, Vitaro F, Tremblay RE, Boivin M, Dionne G. Maternal depressive symptoms and children's cognitive school readiness: the role of gene-environment interplay. *Arch Womens Ment Health.* 2022;25(3):595-602. doi: 10.1007/s00737-022-01207-x.
56. Nencheva ML, Tamir DI, Lew-Williams C. Caregiver speech predicts the emergence of children's emotion vocabulary. *Child Dev.* 2023;94(3):585-602. doi: 10.1111/cdev.13897
57. Leech KA, Salo VC, Rowe ML, Cabrera NJ. Father input and child vocabulary development: the importance of Wh questions and clarification requests. *Semin Speech Lang.* 2013;34(4):249-59. doi: 10.1055/s-0033-1353445.
58. Cabrera NJ, Karberg E, Malin JL, Aldoney D. The magic of play: low-income mothers' and fathers' playfulness and children's emotion regulation and vocabulary skills. *Infant Ment Health J.* 2017;38(6):757-771. doi: 10.1002/imhj.21682.
59. Menashe-Grinberg A, Atzaba-Poria N. Mother-child and father-child play interaction: the importance of parental playfulness as a moderator of the links between parental behavior and child negativity. *Infant Ment Health J.* 2017;38(6):772-784. doi: 10.1002/imhj.21678.
60. Garrido D, Carballo G, Franco V, García-Retamero R. Dificultades de comprensión del lenguaje en niños no verbales con trastornos del espectro autista y sus implicaciones en la calidad de vida familiar [Language comprehension disorders in non-verbal children with autism spectrum disorders and their implications in the family quality of life]. *Rev Neurol.* 2015;60(5):207-14. Spanish.
61. Flores-Buils R, Andrés-Roqueta C. Factors influencing resilience of parents with children with neurodevelopmental disorders: The role of structural language, social cognition, and social support. *Front Psychiatry.* 2022;13:886590. doi: 10.3389/fpsy.2022.886590.
62. Walker R, Belperio I, Gordon S, Hutchinson C, Rillotta F. Caring for a family member with intellectual disability into old age: applying the sociocultural stress and coping model to Italian and Greek migrants in Australia. *J Appl Res Intellect Disabil.* 2020;33:887-97. doi: 10.1111/jar.12710.
63. Baker-Ericzén, Mary J, Brookman-Frazee L, Stahmer A. Stress levels and adaptability in parents of toddlers with and without autism spectrum disorders. *Res Pract Persons Severe Disabl.* 2005;30:194-204. doi: 10.2511/rpsd.30.4.194.
64. Bailey D, Golden R, Roberts J, Ford A. Maternal depression and developmental disability: research critique. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev.* 2007;13:321-9. doi: 10.1002/mrdd.20172.
65. Mugno D, Ruta L, D'Arrigo VG, Mazzone L. Impairment of quality of life in parents of children and adolescents with pervasive developmental disorder. *Health Qual Life Outcomes.* 2007;5:22. doi: 10.1186/1477-7525-5-22.
66. Piña JA. Un análisis crítico del concepto de resiliencia en psicología. *Anales de Psicología.* 2015;31:751-8. doi: 10.6018/analesps.31.3.185631.

67. Rajan AM, Romate J. Resilience and impact of children's intellectual disability on Indian parents. *J Intellect Disabil.* 2017;21:315–24. doi: 10.1177/1744629516654588.
68. Bekhet AK, Johnson N, Zauszniewski J. Effects on resilience of caregivers of persons with autism spectrum disorder: the role of positive cognitions. *J Am Psychiatr Nurses Assoc.* 2012;18:337–44. doi: 10.1177/1078390312467056.
69. Suzuki K, Hiratani M, Mizukoshi N, Hayashi T, Inagaki M. Family resilience elements alleviate the relationship between maternal psychological distress and the severity of children's developmental disorders. *Res Dev Disabil.* 2018;83:91–8. doi: 10.1016/j.ridd.2018.08.006.
70. Gardiner E, Mâsse LC, Iarocci G. A psychometric study of the family resilience assessment scale among families of children with autism spectrum disorder. *Health Qual Life Outcomes.* 2019;17:45. doi: 10.1186/s12955-019-1117-x.
71. Van-Breda AD. Resilience Theory: A Literature Review. South African Military Psychological Institute 2001. Available online at: http://vanbreda.org/adrian/resilience/resilience_theory_review.pdf (accessed January 27, 2025).
72. Kaniel S, Siman-Tov A. Comparison between mothers and fathers in coping with autistic children: a multivariate model. *Eur J Spec Needs Educ.* 2011;26:479–93. doi: 10.1080/08856257.2011.597186.
73. Kuhn JC, Carter AS. Maternal self-efficacy and associated parenting cognitions among mothers of children with autism. *Am J Orthopsychiatry.* 2006;76:564–75. doi: 10.1037/0002-9432.76.4.564.
74. Oñate L, Calvete E. A qualitative approach to the resilience factors in families of people with intellectual disabilities in Spain. *Psychol Intervent.* 2017;26:93–101. doi: 10.1016/j.psi.2016.11.002.
75. Laister D, Vivanti G, Marschik PB, Feller J, Holzinger D. Enhancement of social communication behaviours in young children with autism affects maternal stress. *Front Psychiatry.* 2021;12:797148. doi: 10.3389/fpsy.2021.797148.
76. Ekas NV, Whitman TL. Autism symptom topography and maternal socioemotional functioning. *Am J Intellect Dev Disabil.* 2010;115:234–49. doi: 10.1352/1944-7558-115.3.234.
77. Ekas NV, Lickenbrock DM, Whitman TL. Optimism, social support, and well-being in mothers of children with autism spectrum disorder. *J Autism Dev Disord.* 2010;40:1274–84. doi: 10.1007/s10803-010-0986-y.
78. Hall HR, Graff JC. The relationships among adaptive behaviours of children with autism, family support, parenting stress, and coping. *Issues Compr Pediatr Nurs.* 2011;34:4–25. doi: 10.3109/01460862.2011.555270.
79. Ekas NV, Whitman TL, Shivers C. Religiosity, spirituality, and socioemotional functioning in mothers of children with autism spectrum disorder. *J Autism Dev Disord.* 2009;39:706–19. doi: 10.1007/s10803-008-0673-4.
80. Andrés-Roqueta C, Katsos N. The contribution of grammar, vocabulary and theory of mind in pragmatic language competence in children with autistic spectrum disorders. *Front. Psychol.* 2017;8:996. doi: 10.3389/fpsyg.2017.00996.
81. Hartley SL, Barker ET, Seltzer MM, Greenberg JS, Floyd FJ. Marital satisfaction and parenting experiences of mothers and fathers of adolescents and adults with autism. *AAIDD.* 2011;116:81–95. doi: 10.1352/1944-7558-116.1.81.
82. Lovell B, Moss M, Wetherell M. The psychosocial, endocrine and immune consequences of caring for a child with autism or ADHD. *Psychoneuroendocrinology.* 2012;37:534–42. doi: 10.1016/j.psyneuen.2011.08.003.
83. Suzuki K, Kobayashi T, Moriyama K, Kaga M, Hiratani M, Watanabe K, et al. Development and evaluation of a parenting resilience elements questionnaire (PREQ) measuring resiliency in rearing children with developmental disorders. *PLoS ONE.* 2015;10:e0143946. doi: 10.1371/journal.pone.0143946.
84. Greeff AP, Nolting C. Resilience in families of children with developmental disabilities. *Fam Syst Health.* 2013;31:396–405. doi: 10.1037/a0035059.

85. Cattik M. The relationship between social support and self-efficacy levels of parents of children with developmental disabilities and life satisfaction levels. M.Sc. Turkey: Institute of Educational Sciences, Special Education, 2015.

Биографија

Емина Поповић рођена је 10. јануара 1993. године у Пожаревцу. Одраста и основну школу завршава у Петровцу на Млави, након чега одлази у Пожаревац где уписује Пожаревачку гимназију друштвено-језички смер. Године 2012. уписује Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију у Београду одредивши се за смер Логопедија.

Основне академске студије завршила је 2016. године са просеком 9,60, након чега наставља са Мастер академским студијама на матичном факултету. Упоредо са студијама, завршава неформално образовање у Институту за ментално здравље у Београду и добија звање Реедукатора психомоторике, као и обуку за Неуропсихолошког дијагностичара. Такође, у исто време, ради као логопед приправник у Специјалној болници за церебралну парализу и развојну неурологију на Дедињу у Београду. Након студија, враћа се и запошљава у родном месту у Дому здравља Петровац на Млави као дефектолог – логопед у склопу дечјег диспанзера, у коме ради непуних 6 година.

Докторске академске студије уписује 2019. године на Факултету медицинских наука у Крагујевцу на смеру Превентивна медицина. Наставља даље да се образује и професионално усавршава на обукама за Марте Мео практичара, затим стручно усавршавање за Терапијско храњење, једење, пијење и гутање, Реаговање родитеља на дијагнозу и друге.

Списак објављених радова

1. **Popovic E**, Stojanovic J, Radovanovic S, Krsmanovic S, Veselinovic M, Zivkovic Marinkov E, Stepovic M, Radovanovic M, Radovanovic J. Quality of Life of Families of Children with Speech Disorders. Iran J Public Health. 2025;54(1):144-154. doi.org/10.18502/ijph.v54i1.17584
2. Vujčić I, Safiye T, Milikić B, **Popović E**, Dubljanin D, Dubljanin E, Dubljanin J, Čabarkapa M. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Epidemic and Mental Health Status in the General Adult Population of Serbia: A Cross-Sectional Study. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(4):1957. doi: 10.3390/ijerph18041957.
3. **Popović ED**, Pavlović DM, Milikić BB, Popović JD, Stojanović JD. Klinički oblici apraksije kod osoba sa Alchajmerovom bolešću. Specijalna edukacija i rehabilitacija. 2023;22(3):261-75. doi: 10.5937/specedreh22-40535

ИЗЈАВА АУТОРА О ОРИГИНАЛНОСТИ ДОКТОРСKE ДИСЕРТАЦИЈЕ

Изјављујем да докторска дисертација под насловом:

Квалитет живота деце са твoрним поремећајима
и психових поремећаја

представља оригинално ауторско дело настало као резултат сопственог истраживачког рада.

Овом Изјавом такође потврђујем:

- да сам једини аутор наведене докторске дисертације,
- да у наведеној докторској дисертацији нисам извршио/ла повреду ауторског нити другог права интелектуалне својине других лица,

у Крагујевцу, 2025. године,

Елена Роговић

потпис аутора

**ИЗЈАВА АУТОРА О ИСТОВЕТНОСТИ ШТАМПАНЕ И ЕЛЕКТРОНСКЕ ВЕРЗИЈЕ
ДОКТОРСКЕ ДИСЕРТАЦИЈЕ**

Изјављујем да су штампана и електронска верзија докторске дисертације под насловом:

Квалитет живота деце са њиховим поремећајима
и њихових породица

истоветне.

у Крајевцу, 2025. године,

Емилија Роговић

потпис аутора

ИЗЈАВА АУТОРА О ИСКОРИШЋАВАЊУ ДОКТОРСКЕ ДИСЕРТАЦИЈЕ

Ја, Елиша Поповић,

☒ дозвољавам

☐ не дозвољавам

Универзитетској библиотеци у Крагујевцу да начини два трајна умножена примерка у електронској форми докторске дисертације под насловом:

Квалитет живота деце са говорним поремећајима
и тихових поремећаја

и то у целини, као и да по један примерак тако умножене докторске дисертације учини трајно доступним јавности путем дигиталног репозиторијума Универзитета у Крагујевцу и централног репозиторијума надлежног министарства, тако да припадници јавности могу начинити трајне умножене примерке у електронској форми наведене докторске дисертације путем преузимања.

Овом Изјавом такође

☒ дозвољавам

☐ не дозвољавам¹

припадницима јавности да тако доступну докторску дисертацију користе под условима утврђеним једном од следећих *Creative Commons* лиценци:

- 1) Ауторство
- 2) Ауторство - делити под истим условима
- 3) Ауторство - без прерада
- 4) Ауторство - некомерцијално

¹ Уколико аутор изабере да не дозволи припадницима јавности да тако доступну докторску дисертацију користе под условима утврђеним једном од *Creative Commons* лиценци, то не искључује право припадника јавности да наведену докторску дисертацију користе у складу са одредбама Закона о ауторском и сродним правима.

- 5) Ауторство - некомерцијално - делити под истим условима
6) Ауторство - некомерцијално - без прерада²

у Крагујевцу, 2025. године,

Емилија Роровић
потпис аутора

² Молимо ауторе који су изабрали да дозволе припадницима јавности да тако доступну докторску дисертацију користе под условима утврђеним једном од *Creative Commons* лиценци да заокруже једну од попуњених лиценци. Детаљан садржај наведених лиценци доступан је на: <http://creativecommons.org.rs/>