

Procjena funkcioniranja djece s teškoćama u razvoju ovisno o sudjelovanju u sportskim aktivnostima

Bubaš, Mateja

Master's thesis / Diplomski rad

2017

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Rijeka, Faculty of Humanities and Social Sciences / Sveučilište u Rijeci, Filozofski fakultet u Rijeci**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:186:302459>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-10-20**



Repository / Repozitorij:

[Repository of the University of Rijeka, Faculty of Humanities and Social Sciences - FHSSRI Repository](#)



Sveučilište u Rijeci
Filozofski fakultet u Rijeci
Diplomski studij psihologije

Mateja Bubaš

PROCJENA FUNKCIONIRANJA DJECE S
TEŠKOĆAMA U RAZVOJU OVISNO O
SUDJELOVANJU U SPORTSKIM AKTIVNOSTIMA

Diplomski rad

Rijeka, 2017.

Sveučilište u Rijeci
Filozofski fakultet u Rijeci
Diplomski studij psihologije

Mateja Bubaš

PROCJENA FUNKCIONIRANJA DJECE S
TEŠKOĆAMA U RAZVOJU OVISNO O
SUDJELOVANJU U SPORTSKIM AKTIVNOSTIMA

Diplomski rad

Mentor: dr. sc. Petra Anić

Rijeka, 2017.

IZJAVA

Izjavljujem pod punom moralnom odgovornošću da sam diplomski rad izradila samostalno, znanjem stečenim na Odsjeku za psihologiju Filozofskoga fakulteta Sveučilišta u Rijeci, služeći se navedenim izvorima podataka i uz stručno vodstvo mentorice dr. sc. Petre Anić.

Rijeka, veljača, 2017.

Zahvale

Na početku, zahvaljujem svojoj mentorici dr. sc. Petri Anić za svo uloženo vrijeme, pomoć, podršku, strpljenje i razumijevanje koje je imala tijekom pisanja ovog rada.

Takđer, zahvaljujem i dr .sc. Tamari Martinac-Dorčić na pomoći pri prikupljanju upitnika važnih za istraživanje.

Želim zahvaliti svim profesorima, asistentima i ostalom osoblju Odsjeka za psihologiju Filozofskog fakulteta u Rijeci na stručnosti, prenešenom znanju te naposljetku na spremnosti za pomoć i podršku kada mi je zaista trebala.

Zahvaljujem svim roditeljima koji su sudjelovali u istraživanju, Osnovnoj školi I. G. Kovačić, Udruzi za terapijsko penjanje Osmijeh, Udruzi za djecu s teškoćama u razvoju Zvončići, Down centru, Plivačkom klubu Forca i Dnevnom centru za rehabilitaciju Slava Raškaj.

Naposljetku posebno želim zahvaliti svom ocu, sestrama, užoj obitelji i prijateljima na ljubavi i podršci tijekom studiranja. Posebno i najveće hvala mojoj majci koja više nije s nama, a koja je zaslužna za sve što sam danas postala.

The assesment of functioning of childeren with developmental disabilities depending on their participation in sports activities

Abstract

The aim of this research was to test the influence of sport activities to social maturity, satisfaction of parents with family life, how symptoms affect child, emotional and behavioral difficulties at children with disabilities. Also, it was tested the connection of satisfaction with family life and child's social maturity and the influence of symptoms to child.

In research there have participated 58 parents, of that 49 mothers and 9 fathers. They have filled in the questionnaires which refere to their children with disabilities in age from 2 to 16, where in 36 children have been playing sport activities, and 22 children have not. The questionnaires were given to parents two times within three months. It were used The questionnaire of general information, Vineland scale of social maturity, The questionnaire of satisfaction with family life and The questionnaire of strenght and disabilities.

The results have showed the connection between child's social maturity and satisfaction with family life, as well as the influence of symptoms to the child. The difference of social maturity between the children who play sport and the children who do not hasn't been found. The influence of symptoms has showed higher at the children who don't play sport activities. The satisfaction of parents whose children play sport activities is higher than satisfaction of parents whose children don't play any sport.

Key words: *social maturity, satisfaction with family life, influence of symptoms, strenght and child's disabilities, sport activities, children with disabilities.*

SAŽETAK

Cilj ovog istraživanja bio je ispitati efekt sportskih aktivnosti na socijalnu zrelost, zadovoljstvo roditelja obiteljskim životom, utjecaj simptoma na dijete te na emocionalne i ponašajne poteškoće kod djece s teškoćama u razvoju. Također je ispitana povezanost zadovoljstva obiteljskim životom i socijalne zrelosti djeteta te utjecaja simptoma na dijete.

U istraživanju je sudjelovalo 58 roditelja, od čega je 49 majki i 9 očeva. Oni su ispunjavali upitnike koji se odnose na njihovu djecu s teškoćama u razvoju u dobi od 2 do 16 godina pri čemu se 36 djece bavilo sportskim aktivnostima, a 22 se nije bavilo sportom. Roditeljima su dati upitnici dva puta s razmakom od tri mjeseca. Korišteni su Upitnik općih podataka, Vineland ljestvica socijalne zrelosti, Upitnik zadovoljstva obiteljskim životom i Upitnik snaga i poteškoća.

Rezultati su pokazali kako postoji povezanost između socijalne zrelosti djeteta i zadovoljstva obiteljskim životom, kao i utjecaja simptoma na dijete. Nije pronađena razlika u socijalnoj zrelosti djece koja se bave sportskim aktivnostima i one koja se ne bave sportom. Utjecaj simptoma pokazao se većim kod djece koja se ne bave sportskim aktivnostima. Zadovoljstvo roditelja čija se djeca bave sportom veće je od zadovoljstva roditelja čija se djeca ne bave sportom.

Ključne riječi: *socijalna zrelost, zadovoljstvo obiteljskim životom, utjecaj simptoma, snage i poteškoće djeteta, sportske aktivnosti, djeca s teškoćama u razvoju*

SADRŽAJ

1. UVOD	9
1.1. Teškoće u razvoju	12
1.2. Teorijska objašnjenja odnosa vježbanja i boljeg mentalnog zdravlja.....	14
1.3. Odnos sportskih aktivnosti sa samopouzdanjem i anksioznošću	15
1.4. Dobrobiti pojedinih sportskih aktivnosti za psiho fizičko zdravlje	17
1.5. Suočavanje roditelja s djetetovim teškoćama.....	18
2. PROBLEMI RADA I HIPOTEZE	20
3. METODA.....	21
3.1. Ispitanici	21
3.2. Instrumentarij	23
3.2.1. Upitnik općih podataka	23
3.2.2. Vineland ljestvica za procjenu funkcioniranja djece	24
3.2.3. Skala zadovoljstva obiteljskim životom	24
3.2.4. Upitnik snaga i poteškoća (Strengths & Difficulties Questionnaires).....	25
3.3. Postupak istraživanja	27
4. REZULTATI	28
4.1. Povezanost procjene socijalne zrelosti, snaga i poteškoća djeteta, zadovoljstva obiteljskim životom te roditeljske procjene utjecaja simptoma.....	28
4.2. Razlike u mjerama snaga i poteškoća, socijalne zrelosti, roditeljskoj procjeni utjecaja simptoma i zadovoljstvu obiteljskim životom ovisno o uključenosti u sportske aktivnosti	30
4.3. Povezanost procjena roditelja o teškoćama djeteta u određenim područjima sa snagama i poteškoćama djeteta i zadovoljstvom obiteljskim životom.....	32
4.4. Procjena roditelja o efektima sportskih aktivnosti na funkcioniranje djeteta i roditelje	33
5. RASPRAVA.....	37

5.1. Povezanost socijalne zrelosti, emocionalnih i ponašajnih problema, zadovoljstva obiteljskim životom te roditeljske procjene utjecaja simptoma.....	38
5.2. Razlike u emocionalnim i ponašajnim problemima, socijalnoj zrelosti i roditeljskoj procjeni utjecaja simptoma ovisno o sudjelovanju u sportskim aktivnostima.....	39
5.3. Razlika u zadovoljstvu obiteljskim životom roditelja čija djeca pohađaju, odnosno ne pohađaju sportske aktivnosti.....	42
5.4. Ograničenja istraživanja i prijedlozi za buduća istraživanja.....	44
6. ZAKLJUČAK.....	46
LITERATURA	47

1. UVOD

Fizička aktivnost te bavljenje sportom trebali bi biti sastavni dio života svakoga od nas. Sport ima jedinstvenu i univerzalnu snagu da privuče, motivira i inspirira. To ga čini visoko efikasnim sredstvom za angažiranje i osnaživanje pojedinaca, zajednica pa čak i zemalja da sportom djeluju ka poboljšanju njihova zdravlja (Sport for Development and Peace International Working Group (SDP IWG), 2008). Ulaganje u promociju socijalne i emocionalne dobrobiti djece s teškoćama kroz sudjelovanje u rekreacijskom sportu i fizičkoj aktivnosti počelo je s prvim natjecateljskim sportskim događajem za osobe s teškoćama još 1948. godine u Engleskoj, nakon čega su slijedile prve paraolimpijske igre 1960. godine u Rimu (Wilson, 2002). U Republici Hrvatskoj velik naglasak stavlja se na inkluziju djece s teškoćama upravo kroz sport.

Iskustva i znanstveni dokazi pokazuju da redovito bavljenje sportskim aktivnostima pruža ljudima oba spola i svih dobnih skupina i stanja, uključujući osobe s teškoćama, brojne fizičke i društvene dobrobiti te pozitivno utječe na određene psihološke aspekte (WHO, 2003). Tako npr. redovito vježbanje pridonosi sniženju kolesterola, smanjuje postotak tjelesne masnoće, ublažava posljedice dijabetesa, smanjuje tjelesnu težinu i krvni tlak (Paffenbarger, 1994; prema Cox, 2005). Međutim, bavljenje tjelesnom aktivnošću također pozitivno utječe i na psihičko zdravlje osobe, odnosno doprinosi psihološkoj dobrobiti. Temeljem nekih istraživanja potvrđen je doprinos fizičke aktivnosti u liječenju stresa, depresije, anksioznosti i drugih manifestacija psihičkih poremećaja (Cox, 2005).

Nadalje, tjelesna aktivnost i sport pridonose smanjenju nasilja, poboljšavaju funkcionalne sposobnosti te promiču socijalnu interakciju i integraciju. Redovito bavljenje sportskim aktivnostima pomaže djeci i mladima pri izgradnji i održavanju zdravih kosti, mišića i zglobova, pomaže u kontroli tjelesne težine te reducira masnoće i djeluje na učinkovitu funkciju srca i pluća. Sve to olakšava razvoj sposobnosti kretanja i pomaže u sprječavanju i kontroli anksioznosti i depresije. Sudjelovanje u igri i sportu daje mladim ljudima priliku za samoizražavanje, samopouzdanje, olakšanje napetosti, postignuće, socijalne interakcije i integracije, kao i za učenje solidarnosti i pravednosti. Uključenost u ispravno vođene fizičke aktivnosti i sport može također biti poticaj za usvajanje drugih zdravih ponašanja kao što su nekonsumacija cigareta, alkohola i droga, nenasilno ponašanje te usvajanje zdrave prehrane, adekvatan odmor, kao i ostala sigurna ponašanja (WHO, 2003).

Sport može zblížiti ljude, proširiti i ojačati socijalne mreže te im pružiti osjećaj pripadnosti (SDP IWG, 2008). Ovi društveni odnosi su temeljne odrednice zdravlja, ali često nedostaju ljudima koji su marginalizirani zbog siromaštva, bolesti, diskriminacije ili sukoba (SDP IWG, 2008). Često su upravo odrasli i djeca s teškoćama u nepovoljnijem položaju što se tiče pristupa i bavljenja sportskim aktivnostima. S obzirom na brojne povezanosti bavljenja sportom i pozitivnih ishoda, važno je svima pružiti dovoljno mogućnosti i podrške kako bi se mogli baviti fizičkim aktivnostima, odnosno različite aktivnosti bi trebalo prilagoditi specifičnostima vezanim uz prisutne teškoće. Djeca s teškoćama u razvoju prilično su ograničena u smislu izbora aktivnosti, odnosno njihove ponude što se često razlikuje od osobnih preferenci (Kristen, Patriksson i Fridlund, 2015).

Cilj je da se pomogne osobama s teškoćama na način da se poboljša njihova mišićna snaga, psihološka dobrobit i kvaliteta života povećanjem sposobnosti za obavljanje svakodnevnih životnih aktivnosti (WHO, 2003). Upravo zbog toga važna je integracija djece s teškoćama u razvoju u društvo. Jedan od osnovnih ciljeva kod djece s teškoćama u razvoju trebao bi biti rad na njihovom samopoštovanju. Samopoštovanje je ima veliku važnost za zdravlje jer motivira osobu da se brine za sebe te pridonosi zdravom načinu života (SDP IWG, 2008). Stjecanje sportskih i životnih vještina, prihvaćanje i prijateljstvo drugih, pažnja i vodstvo trenera i pružanje primjera od strane njih te ostali pozitivni sportski modeli, potiču sportske sudionike da vjeruju u sebe, u druge te u svoju budućnost (SDP IWG, 2008). Za pojedince s teškoćama, razvoj samopoštovanja može biti duboka psihološka promjena koja omogućuje i potiče ih da usvoje zdravija ponašanja (SDP IWG, 2008).

Treba naglasiti kako sport nije dovoljan pri prevenciji ili liječenju nekih bolesti, poremećaja ili teškoća. On služi samo kao dodatno sredstvo pri savladavanju određenih prepreka te svojim pozitivnim efektima pridonosi poboljšanju funkcioniranja svake pojedine osobe. U mnogim zemljama prepoznata je važnost potpune uključenosti osoba s teškoćama u svakodnevni život (SDP IWG, 2008). Unatoč svemu, osobe s teškoćama još se uvijek suočavaju s društvenim barijerama, a teškoće i dalje izazivaju negativne stavove i diskriminaciju u mnogim društvima (SDP IWG, 2008). Osobe s teškoćama često su od rane dobi isključene iz klasičnog sustava obrazovanja, imaju slabije mogućnosti zapošljavanja te su im uskraćene mogućnosti za bavljenje slobodnim aktivnostima. Sve navedeno ih ograničava u razvijanju odnosa s drugima što je ključno za njihov društveni život kao i zdravlje i dobrobit (SDP IWG, 2008). Kad se djeca s teškoćama u razvoju uče i odgajaju

zajedno s djecom koja nemaju teškoća, što u praksi nazivamo inkluzija, ta djeca imaju jednake mogućnosti pri spoznavanju osnovnih vrednota te u razvoju svojih spoznajnih, tjelesnih, društvenih i emocionalnih sposobnosti (Daniels i Stafford, 2003). Upravo zbog toga bi djeci s teškoćama u razvoju trebalo omogućiti pohađanje aktivnosti koje mogu pohađati i djeca koja nemaju određenih teškoća. U inkluzivnim grupama djeca postaju svjesna svojih sposobnosti, što im pomaže u razvoju osjećaja i odnosa prema različitim iskuseima s kojima se susreću u životu (Daniels i Stafford, 2003).

Sport je jedan od najboljih načina kako ostvariti inkluziju osoba s teškoćama, osobito djece. Ovakav način inkluzije odavno se primjenjuje te je sve popularniji. Sport, osobito gimnastika, prvo je korišten u ove svrhe u kasnim 1800-ima kao terapija za osobe s teškoćama (Sherril, 2004). Dva su načina na koji sport potiče inkluziju i dobrobit osobe s teškoćama: kroz promjenu onoga što društvo misli i osjeća prema osobama s teškoćama i kroz promjenu onoga što osoba s teškoćama misli i osjeća prema sebi (SDP IWG, 2008). Za neke osobe s teškoćama sport označava njihovo prvo iskustvo samostalnog djelovanja, tj. omogućuje im da donose odluke i riskiraju, dok za druge označava postepeno stjecanje vještina i postignuća koje gradi samopouzdanje potrebno za neke druge životne izazove kao što su obrazovanje ili zaposlenje (SDP IWG, 2008). Sport također pruža mogućnosti da se razviju socijalne vještine, stvore nova prijateljstva izvan obitelji, razvije odgovornost i da se osobu postavi u ulogu voditelja (SDP IWG, 2008). Sa prikladnom komunikacijom, znanjem i vještinama, sport može biti moćno sredstvo za promjenu društvenih stavova i osnaživanje pojedinaca kroz stjecanje novih fizičkih i socijalnih vještina, samopouzdanja i pozitivnih veza (SDP IWG, 2008). Socijalno pogodna atmosfera sporta, gdje se uči timskom radu, komunikaciji, povjerenju, vodstvu, suradnji i poštovanju, nudi osobama s teškoćama mogućnost da razviju ove vitalne vještine koje su važne za doprinos društvu (Roy, 2006; prema Conroy, 2007). Kroz zbližavanje osoba sa sličnim teškoćama, sport omogućava pojedincu da podijeli svoja iskustva i stvara prijateljstva s osobama koje razumiju njihove izazove i kapacitete (Mastandrea, 2007; prema SDP IWG, 2008). Na taj način osoba se može poistovjetiti s nekim sebi sličnim te se ne osjećati usamljeno, izolirano i drugačije.

1.1. *Teškoće u razvoju*

Teškoće u razvoju podrazumijevaju bilo koje fizičko ili psihičko stanje koje ograničava osobu u njenom kretanju, percepciji i aktivnostima (SDP IWG, 2008). Teškoće se mogu javiti već pri rođenju, kasnije u životu ili mogu biti periodične.

Prema Državnom pedagoškom standardu predškolskog odgoja i naobrazbe djecom s teškoćama u razvoju smatraju se: djeca oštećenoga vida; oštećenoga sluha; s poremećajima govorno – glasovne komunikacije; s promjenama u ličnosti uvjetovanim organskim čimbenicima ili psihozom; s poremećajima u ponašanju; s motoričkim oštećenjima; sa smanjenim intelektualnim sposobnostima; s autizmom; s višestrukim teškoćama u razvoju; zdravstvene teškoće i neurološka oštećenja (dijabetes, astma, bolesti srca, alergije, epilepsija i slično) (Selimović i sur., 2015). Često je zbog tih teškoća djeteta veoma ovisno o roditeljima ili skrbnicima. Taj ciklus ovisnosti u kombinaciji s čestim nedostatkom pristupa terapiji ili rehabilitacijskim uslugama, potiče neaktivnost (SDP IWG, 2008). Neaktivnost često uzrokuje osjećaj nemoći zbog ograničene pokretljivosti koja je posljedica samog poremećaja (Parnes, 2007; prema SDP IWG, 2008). Mišićna atrofija otežava koordinaciju i kretanje pojedinca te rezultira smanjenjem neovisnosti jer osoba postepeno gubi mišiće koji su joj potrebni za hranjenje, kupanje ili oblačenje (SDP IWG, 2008).

Postojeće dijagnostičke kategorije uglavnom zbrajaju djetetove simptome, ali nam često ne govore dovoljno o procesima koji su u osnovi djetetovih teškoća – kako djeteta prima, obrađuje i odgovara na informaciju iz okoline. Djeca s istom dijagnozom mogu se više razlikovati nego li biti slična, a djeca s različitim dijagnozama mogu imati više sličnosti nego razlika u odnosu na njihove temeljne profile (Greenspan i Wieder, 2003). Svako djeteta treba promatrati zasebno jer dijagnoza daje preopćenitu sliku poteškoća koje djeteta ima što može negativno utjecati na tretman koji će djeteta dobiti. Kao što će potvrditi većina terapeuta i edukatora, važno je znati gdje se djeteta nalazi na razvojnoj ljestvici emocionalnih, socijalnih i funkcionalnih kognitivnih vještina, koje je miljkaze već svladalo, a koje tek treba svladati, da bi se uspješno radilo s djetetom na poticanju njegova razvoja (Greenspan i Wieder, 2003).

Nerijetko su poteškoće biološke prirode. Djeca koja su se rodila prijevremeno, s malom tjelesnom težinom, koja tijekom poroda nisu dobila dovoljno kisika, ili su imala oštećenja živčanog sustava, često imaju biološke teškoće koje mogu ugroziti razvoj. Često se teškoće u

takve djece opisuju nekim funkcionalnim kategorijama. Te funkcionalne kategorije uključuju tri široka područja funkcioniranja središnjeg živčanog sustava, koji određuje način na koji osjećamo, razumijemo i reagiramo na vanjski svijet (Greenspan i Wieder, 2003).

Te kategorije su:

1. Senzorička reaktivnost: način na koji primamo informaciju kroz osjetila.
2. Senzorička obrada: kako osmišljavamo zaprimljenu informaciju.
3. Tonus mišića, motoričko planiranje i održavanje redoslijeda: način na koji koristimo naše tijelo i, kasnije, naše misli u svrhu planiranja i izvršavanja odgovora na zaprimljenu informaciju.

Kada ne postoji problem s tim trima sustavima, osoba prima informacije i lako komunicira s okolinom. Različiti su uzroci disfunkcije tih sustava kao npr. genetske anomalije, kao što je sindrom lomljivog X kromosoma, lezije tijekom porođaja ili nespecifične konstitucionalne teškoće (Greenspan i Wieder, 2003).

Testovi inteligencije najčešće koriste kompilaciju kognitivnih, mnemoničkih, motoričkih, senzoričkih, jezičnih i prostornih zadataka (Greenspan i Wieder, 2003). Međutim, problem nastaje jer djeca s teškoćama u razvoju mogu imati različite teškoće koje ih sprječavaju u davanju svoga maksimalnog potencijala u njihovom rješavanju. Oni ne pružaju uvid u ono što je iza teškoća u auditivnoj obradi ili motoričkom planiranju, da bi uvidjeli latentne vještine zaključivanja i rasuđivanja (Greenspan i Wieder, 2003). Osim što test ne otkriva sam po sebi dovoljno o djetetovoj sposobnosti kreativnog razmišljanja ili rješavanja problema u stvarnim životnim situacijama, on također ne daje dovoljno informacija o vještinama koje su potrebne u odnosima, obiteljskom životu ili u poslu u kojem se traži suradnja s ljudima i osjećajima, ili za postizanje inovativnih rješenja (Greenspan i Wieder, 2003). Ukoliko definiramo inteligenciju kao sposobnost stvaranja ideja na temelju doživljenih emocionalnih iskustava i kao sposobnost reflektivnog razmišljanja i organiziranja tih ideja (Greenspan i Wieder, 2003), možemo uvidjeti važnost omogućavanja bavljenja različitim aktivnostima i izlaganja različitim podražajima. Sposobnost stvaranja ideja na temelju emocionalnog iskustva i apstrahiranja od doživljenog iskustva je velik dio toga što nas čini ljudskim bićima (Greenspan i Wieder, 2003). Izvedeći neku sportsku aktivnost kao što je npr. plivanje, dijete ima neki cilj te spoznaje svrhu same aktivnosti, spoznaje svoje sposobnosti i dobiva vrijedno

iskustvo. Za bavljenje sportom nisu nužne visoke kognitivne sposobnosti jer ne utječu direktno na uspjeh pojedinca. One su na dosta složen način povezane s emocionalnim i motivacijskim funkcijama i strukturom ličnosti u cjelini, pa tek sve navedene funkcije zajedno omogućuju prilagodbu pojedinca različitim uvjetima okoline (Horga, 2009).

1.2. *Teorijska objašnjenja odnosa vježbanja i boljeg mentalnog zdravlja*

Postoje različite hipoteze koje pokušavaju objasniti povezanost tjelesne aktivnosti i boljeg mentalnog zdravlja. Neke su psihološke, a neke fiziološke prirode.

Osnovna pretpostavka *kognitivno bihevioralne hipoteze* jest poticanje pozitivnog razmišljanja i osjećaja pomoću vježbe koje je suprotno stanjima negativnog raspoloženja kao što su depresija, anksioznost i konfuzija (North i sur., 1990; prema Cox, 2005). Nakon savladavanja percipirano teškog zadatka, pojedinac doživljava povišenu samoeфикаsnost (Bandura, 1977; prema Cox, 2005). Kada osoba počne vježbati nakon dugog vremena mirovanja, ima osjećaj postignuća i samoeфикаsnosti. Povećana samodjelotvornost sprječava negativan afekt povezan s depresijom, anksioznošću i drugim negativnim raspoloženjima (Cox, 2005).

Hipoteza socijalne interakcije stavlja naglasak na zajedničko vježbanje s prijateljima i kolegama koje pruža zadovoljstvo i poboljšava mentalno zdravlje (North i sur., 1990; prema Cox, 2005).

Osnovna premisa *hipoteze skretanja pažnje* jest mogućnost odvrćanja pažnje pojedinca od briga i frustracija (Cox, 2005). Neki istraživači uočili su i pozitivan učinak meditacije i odmora na ublažavanje anksioznosti. Meta – analiza Northa i sur. (1980; prema Cox, 2005) međutim, pokazuje da je redovito vježbanje snažniji i učinkovitiji način ublažavanja negativnog raspoloženja od drugih zabavnijih aktivnosti koje odvrćaju pažnju.

Hipoteza kardiovaskularne spremnosti govori o povezanosti stanja boljeg raspoloženja i kardiovaskularne spremnosti (Morgan, 1969; prema Cox, 2005). Ova hipoteza međutim nije potvrđena (Cox, 2005).

Povezanost povećanog izlučivanja kemijskih tvari koje služe kao neurotransmiteri i boljeg mentalnog zdravlja osnovna je premisa *hipoteze amina* (Cox, 2005). Neurotransmiteri prenose signale od jednog do drugog živca te od živca do mišića. Istraživanja pokazuju niže razine lučenja različitih amina, kao što su norepinefrin, serotonin i dopamin kod depresivnih jedinki (Fawcett, Mass i Dekirmenjian, 1972), a povećane razine norepinefrina kod štakora koji vježbaju (Brown i Van Huss, 1973; sve prema Cox, 2005). S obzirom na to, vježbanje bi trebalo poticati proizvodnju neurotransmitera koji će utjecati na poboljšanje raspoloženja.

Hipoteza endorfina upućuje na povezanost vježbanja i proizvodnje tvari u mozgu koje imaju morfinu slično djelovanje na osobu koja vježba (umanjena bol i opća euforija) (Cox, 2005). Opća euforija koju uzrokuju endorfini služi smanjenju razina depresije, anksioznosti, konfuzije i drugih negativnih raspoloženja (Cox, 2005). Međutim, malobrojni dokazi idu u prilog ovoj teoriji.

1.3. Odnos sportskih aktivnosti sa samopouzdanjem i anksioznošću

Tri su odvojene vrste uloga odgovorne za samopouzdanje i intrinzičnu motivaciju mladih sudionika u sportu. Te uloge podrazumijevaju same sudionike, učitelja, trenera ili sportskog voditelja i roditelje sudionika (Cox, 2005).

Sportaši biraju različite aktivnosti zbog zadovoljavanja svojih intrinzičnih potreba kao što su uživanje u sportu, želja za učenjem novih vještina te želja za druženjem s prijateljima. Treneri ili učitelji odgovorni su za organizaciju sportskih aktivnosti. Epstein (1989) te Treasure i Roberts (1995; sve prema Cox, 2005) predlažu okruženje orijentacije na zadatak – svladavanje koje mogu stvoriti trener ili učitelj, a koje je ključno u razvoju i podršci samopouzdanja i unutarnje motivacije mladih sportaša, u ovom slučaju djece s teškoćama u razvoju. Prema Epsteinovu prvobitnom akronimu, (eng. Tasks, Authority, Rewards, Grouping, Evaluation, Timing) TARGET, program predstavlja uvjete okoline koji dovode do ozračja svladavanja i usavršavanja i pogoduju razvoju unutarnje motivacije. Potrebno je zadovoljiti svaki uvjet pojedinačno, a uvjeti su sljedeći (Cox, 2005):

1. Zadaci – raznoliki zadaci omogućuju i podržavaju zanimanje za učenje i uključenje u zadatke.

2. Autoritet – djeci s teškoćama se moraju pružati prilike za aktivno sudjelovanje u učenju donošenjem odluka i provjeravanjem osobnog napredovanja.
3. Nagrade – nagrade za sudjelovanje moraju se odnositi na pojedinačne uspjehe i napredovanja, ne na socijalne usporedbe.
4. Formiranje grupa – djecu s teškoćama treba organizirati u grupe kako bi mogli usavršiti pojedinačne vještine u suradnji i učenju s drugima.
5. Procjena – uključuje niz postupaka samotestiranja koji su usmjereni prema naporu i osobnom uključenju.
6. Vremensko usklađivanje – kritično je u interakciji svih navedenih uvjeta.

Uloga roditelja također je važna za razvoj motivacije za postignuće. Iako je ponekad teško pustiti dijete da se samostalno nosi s problemima, potrebno ga je poticati na nezavisnost te podržati u stjecanju samostalnosti. Roditelji trebaju biti podržavajući te pružati podršku djeci, cijeniti svaki napredak te ohrabrivati dijete (Cox, 2005). Vrlo je važno da svi koji sudjeluju u sportskoj aktivnosti djeteta s teškoćama u razvoju osiguraju pozitivno iskustvo djeteta. Nije moguće jamčiti uspjeh, ali su mogući određeni koraci radi osiguranja da neuspjeh ne bude dominantan ishod (Cox, 2005).

Petruzzello, Landers, Hatfield, Kubitz i Salazar (1991; prema Cox, 2005) prikazuju rezultate meta – analize 104 istraživanja provedena od 1960. do 1989. godine, koja su proučavala utjecaj vježbanja na anksioznost:

1. Vrijeme vježbanja mora biti duže od 20 minuta kako bi učinkovito ublažilo anksioznost.
2. Progresivno je opuštanje jednako učinkovito u ublažavanju anksioznosti kao stanja kao i vježbanje.
3. Vježbanje je učinkovitije u ublažavanju anksioznosti kao osobine od progresivnog opuštanja.
4. Anaerobno vježbanje ne utječe na ublažavanje anksioznosti.
5. Redovito i akutno aerobno vježbanje učinkovito ublažava stanje anksioznosti.
6. Program vježbanja mora trajati duže od 10 tjedana prije učinkovitog ublažavanja obilježja anksioznosti.

1.4. Dobrobiti pojedinih sportskih aktivnosti za psihofizičko zdravlje

Različite su dobrobiti bavljenja sportom kod djece i odraslih koji imaju teškoće. Osobe koje se bave sportom, a imaju ozljedu leđne moždine u jednom su istraživanju navele tjelovježbu, zabavu, zdravlje, natjecanje, društvene prilike i rehabilitaciju kao razloge za sudjelovanje u sportu iako su u invalidskim kolicima (Wu i Williams, 2001; prema Tenenbaum i Eklund, 2007).

Izrazito je popularno jahanje, kao jedan oblik terapije, najčešće za djecu. Terapijsko jahanje je usmjereno ka poboljšanju sposobnosti jahača da primi i procesira tjelesne podražaje koji dolaze od glatkih, ritmičkih pokreta koje konj stvara (Spink, 1993; prema Sterba, Rogers, France i Vokes, 2002). Vjeruje se da toplina koju dijete prima kroz deku na kojoj sjedi skupa sa ritmičkim pokretima konja poboljšava cirkulaciju, smanjuje abnormalno visoki mišićni tonus te potiče opuštanje kod djece sa spastičnom cerebralnom paralizom (De Pauw 1986; prema Sterba i sur., 2002). Grupi mladih ljudi koji imaju Down sindrom, jahanje je značajno poboljšalo koordinaciju, držanje, mišićni tonus, ravnotežu prilikom sjedenja, snagu i ritmično kretanje gornjeg dijela tijela (DePouw, 1986; prema SDP IWG, 2008). Slično tome, djeca sa cerebralnom paralizom koja su sudjelovala u programu treniranja snage primjetila su značajno poboljšanje u snazi i mogućnosti da hodaju, trče, skaču ili se penju stepenicama (DePouw, 1986; prema SDP IWG, 2008). Iako su najčešće istraživane fiziološke prednosti bavljenja sportskim aktivnostima, postoje određena istraživanja koja upućuju i na psihološke prednosti. Psihološki učinci u terapijskom jahanju mogu se vidjeti u poboljšanju samopouzdanja, samopoštovanja, motivacije, rasponu pažnje, prostorne svijesti, koncentracije i raspona verbalnih sposobnosti (Zadnikar i Kastrin, 2011). Već spomenuto istraživanje s grupom mladih ljudi s Down sindromom koji su pohađali satove terapijskog jahanja, pokazalo je da se kod ispitanika vidi poboljšanje u emocionalnoj kontroli, socijalnoj svjesnosti, samopouzdanju, samopoštovanju, shvaćanju sebe te motivaciji i samostalnosti (DePouw, 1986; prema SDP IWG, 2008).

Još jedna vrsta terapije koja je odnedavno započela s primjenom i u Republici Hrvatskoj je terapijsko penjanje. Terapijsko penjanje je prilagodba kretnji koje se koriste u sportskom penjanju (Koch i sur., 2015). Kao rehabilitacija se počelo primjenjivati 1980-ih. Koristilo se za povećanje fleksibilnosti, stabilnosti i snage osoba sa multiplom sklerozom (Koch i sur.,

2015). Jedna od prednosti ovakve vrste terapije je to što je zanimljivija od nekih drugih terapijskih tehnika. Pozitivna iskustva s terapijskim penjanjem mogu povećati samopouzdanje i samoučinkovitost što pridonosi psihološkoj dobrobiti (Koch i sur., 2015). Rezultati jednog drugog istraživanja pokazali su kako se prostorno – vremenski parametri i ocjena kinematičkog hoda nisu značajno razlikovali nakon šest tjedana bavljenja terapijskim penjanjem kod djece i adolescenata oboljelih od cerebralne paralize (Bohm, Rammelmayer i Doderlein, 2015). Međutim, važno je napomenuti kako se ova studija odnosila samo na mjerenje fizioloških napredaka, a ne i psiholoških.

Sljedeća aktivnost, koja je dosta rasprostranjena u populaciji djece i odraslih s teškoćama je plivanje. Dokazano je da terapijsko bavljenje vodenim aktivnostima ili plivanjem kod djece s autizmom olakšava razvoj jezika i koncepta selfa te poboljšava adaptivno ponašanje i pruža odgovarajuće postavke za rane obrazovne intervencije (Best i Jones, 1972; prema Yilmaz i sur., 2004). Rezultati jednog istraživanja pokazali su da je bavljenje plivanjem i vježbanje u vodi imalo pozitivan utjecaj na razvoj fizičkog zdravlja i sposobnost orijentacije u vodi kod autistične djece (Yilmaz i sur., 2004).

Iako jedan dio istraživanja ne potvrđuje pozitivan efekt sporta na funkcioniranje djeteta, čini se kako ipak više rezultata ide u korist bavljenja sportom.

1.5. *Suočavanje roditelja s djetetovim teškoćama*

Proturječni osjećaji, ljutnja i otuđenje, poriv za okrivljavanje sebe i jedno drugoga uobičajeni su u obiteljima koje imaju dijete s teškoćama u razvoju (Greenspan i Wieder, 2003). Prva reakcija koja se javlja kod gotovo svih roditelja jest šok i odbijanje istine. Ono što najčešće rade jest traženje načina kako da dijete „ozdravi“, dijagnoze kako bi znali s čime se moraju nositi te razloga zbog kojeg je došlo do takve situacije. Istodobno često osjećaju veliku krivicu i ljutnju (Greenspan i Wieder, 2003). Spoznajom da ne mogu kriviti svoje dijete što ima poteškoća poriču ljutnju, pa ih umjesto toga preplavljuje krivnja: krivnja zato što osjećaju ljutnju, krivnja zato što su uzrokovali teškoću, krivnja zato što je ne mogu ukloniti (Greenspan i Wieder, 2003). Neki roditelji mogu preuzeti ulogu savršenih roditelja te čvrsto vjerovati da će se njihovo dijete potpuno oporaviti, dok se neki mogu prepustiti i

prihvatiti trenutno stanje kakvo je te ne pokušavati poboljšati ga. U većini brakova supružnici različito reagiraju na stres koji proizlazi iz podizanja djeteta s teškoćama u razvoju, a te razlike nerijetko ugrožavaju stabilnost braka, barem privremeno (Greenspan i Wieder, 2003). Često roditelji na različite načine reagiraju na konkretnu situaciju zbog čega mogu nastati napetosti i nemiri u odnosu. Novi emocionalni kontrast zahtijeva da se o njemu raspravi, ali roditelji često nisu svjesni svojih obrazaca ili su previše uhvaćeni u zamku uzajamnog okrivljavanja, pa ne rade na tome (Greenspan i Wieder, 2003). Ako roditelji nauče prihvaćati svoje proturječne osjećaje, moći će raditi zajedno kao tim (Greenspan i Wieder, 2003).

Sport doprinosi povezivanju obitelji djece s teškoćama u razvoju. Često se i roditelji djece s teškoćama u razvoju osjećaju izolirano (SDP IWG, 2008). Socijalna interakcija s drugima sličnih iskustava omogućuje obiteljima da pružaju potporu jedni drugima i ojačava ih da podržavaju pozitivne promjene koje će omogućiti bolju inkluziju i jednakost djece s teškoćama (Gustavsson, Sandvin, Nilsson, i Nilsson, 2007). Obitelji koje imaju dijete s teškoćama u razvoju često imaju manje prihode jer roditelji moraju odustati od bolje plaćenog posla, raditi manje sati ili odustati od napredovanja kako bi se brinuli o svom djetetu (Hearourvoices, 2006; prema SDP IWG, 2008). Također, današnji troškovi liječenja veoma su veliki kao i mnoge terapije koje, nažalost, nisu besplatne. Nedostatak ponude terapijskih aktivnosti koje dijete može pohađati, nedostatak financijskih sredstava, stanovanje u malim i udaljenim sredinama mogu između ostaloga biti uzrok nedostatka napretka djece s teškoćama. Upravo zbog toga bi trebalo omogućiti roditeljima da svome djetetu mogu priuštiti maksimalni napredak kroz različite aktivnosti, uključujući sportske. Upravo sportske aktivnosti kod mnoge djece bile su značajne, ako ne i ključne, za njihov fizički i psihološki napredak.

Cilj ovog istraživanja je ispitati efekt sportskih aktivnosti na socijalnu zrelost djeteta s teškoćama, zadovoljstvo roditelja obiteljskim životom, roditeljsku procjenu utjecaja simptoma na dijete te na emocionalne i ponašajne poteškoće kod djece s teškoćama u razvoju.

2. PROBLEMI RADA I HIPOTEZE

Problemi rada:

1. Ispitati jesu li djeca s teškoćama u razvoju koja se bave sportskim aktivnostima socijalno zrelija, imaju li manje emocionalnih i ponašajnih poteškoća te procjenjuju li njihovi roditelji manjim utjecaj simptoma na dijete u odnosu na djecu s teškoćama u razvoju koja se ne bave sportskim aktivnostima.
2. Ispitati postoji li povezanost zadovoljstva obiteljskim životom sa socijalnom zrelošću djeteta i roditeljskom procjenom utjecaja simptoma na dijete.
3. Ispitati je li zadovoljstvo obiteljskim životom veće kod roditelja čija se djeca bave sportskim aktivnostima u odnosu na roditelje čija se djeca ne bave sportskim aktivnostima.

Hipoteze rada:

1. Djeca s teškoćama u razvoju koja se bave sportskim aktivnostima imaju veću razinu socijalne zrelosti, imaju manje emocionalnih i ponašajnih poteškoća te roditelji procjenjuju manjim utjecaj simptoma u odnosu na djecu koja se ne bave sportskim aktivnostima.
2. Veće zadovoljstvo obiteljskim životom povezano je s većom socijalnom zrelošću djeteta te manjim utjecajem simptoma na njega prema procjeni roditelja.
3. Zadovoljstvo obiteljskim životom veće je kod roditelja čija se djeca bave sportskim aktivnostima u odnosu na zadovoljstvo roditelja čija se djeca ne bave sportskim aktivnostima.

3. METODA

3.1. *Ispitanici*

U istraživanju je sudjelovalo 58 roditelja djece s teškoćama u razvoju. Roditelji su ispunjavali upitnike koji se odnose na njihovu djecu s teškoćama u razvoju. Dob roditelja kretala se od 31 do 53 godine ($M=42.50$). Prosječan životni standard ima 86.2% obitelji, dok svega 6.9% ima iznadprosječan standard, a 5.2% ispodprosječan. Najviše majki, njih 28 ima završenu višu ili visoku stručnu spremu, 23 srednju stručnu spremu i 6 osnovnu školu, dok najviše očeva, njih 28 ima završenu srednju stručnu spremu, 24 višu ili visoku stručnu spremu, a 4 osnovnu školu. Na puno radno vrijeme zaposleno je 34 majke i 43 očeva. Na pola radnog vremena zaposleno je 8 majki i 3 oca. .Nezaposleno je 13 majki i 5 očeva, dok svega 2 majke i 1 otac imaju status njegovatelja djeteta. Umirovljena su 4 oca.

Zastupljeni su različiti poremećaji i teškoće. Dob djece bila je od 2 do 16 godina ($M=10.80$), pri čemu je bilo čak 46 dječaka i 12 djevojčica. Većina djece ima brata ili sestru. Uzorak je obuhvatio nešto više djece koja se bave nekim sportskim aktivnostima (36) u odnosu na djecu koja se ne bave sportskim aktivnostima (22). U kategoriju djece koja se ne bave sportskim aktivnostima uključena su djeca koja nemaju nikakve aktivnosti ili imaju aktivnosti, ali nisu sportske već se odnose na kreativne radionice ili određene vrste terapije. U Tablici 1. prikazani su zastupljeni poremećaji i teškoće.

Tablica 1. *Prikaz zastupljenosti dijagnoza djece s teškoćama u razvoju s ozbirom na određene kategorije*

Kategorije dijagnoza	Dijagnoza	Frekvencija (postotak)
poremećaji govora, sluha, grafomotorike ili koncentracije, poteškoće učenja	Teškoće u razvoju govora i jezika	
	Govorne smetnje	15
	Nespecificiran poremećaj govora	(25.9)
	Specificiran poremećaj razvoja govora i jezika	
	Teško oštećenje sluha	
	Naglušost	
	Poteškoće u grafomotorici	
	ADHD	
	Poteškoće učenja	
	Poremećaj senzorne integracije	
razvojni poremećaji	Autizam	22
	Poremećaj autističnog spektra	(37.9)
	Neurofibromatoza tip 1	
	Cerebralna paraliza	
	Fragilni X kromosom	
	Mješoviti razvojni poremećaj	
	Pervazivni razvojni poremećaj	
	Distoni poremećaj	
	Tetraparezaspastica	
	Meningomyelocela	
neurološki poremećaji	Epilepsija	8
	Aphalea	(13.8)
	PANDAS sindrom	
Kromosomski poremećaji	Blago neuromotorno odstupanje	
	Down sindrom	9
	Mozaicizam	(15.5)
	Kromosomopatija	
Bez dijagnoze		4
		(6.9)

Iz prethodne tablice može se vidjeti kako u ovom uzorku većina djece ima neki oblik razvojnih poremećaja, a zatim slijede poremećaji govora, sluha i grafomotorike te Down sindrom.

U Tablici 2 prikazana je zastupljenost određenih sportskih aktivnosti.

Tablica 2. *Prikaz zastupljenosti sportskih aktivnosti kod djece s teškoćama u razvoju*

Vrsta aktivnosti	Frekvencija	Postotak
fitnes	1	1.7
gimnastika	1	1.7
jahanje	5	8.6
judo	4	6.9
karate	1	1.7
košarka	5	8.6
nogomet	1	1.7
penjanje	3	5.2
plivanje	4	6.9
stolni tenis	2	3.4
taekwondo	1	1.7
tenis	1	1.7
terapijsko penjanje	7	12.1
UKUPNO	36	61.9
bez sportske aktivnosti	22	37.9

Iz Tablice 2 može se vidjeti da se najveći broj djece koja su sudjelovala u istraživanju bave terapijskim penjanjem, jahanjem i košarkom.

Najviše djece aktivnosti pohađa 4 puta mjesečno. Vremenski raspon pohađanja aktivnosti proteže se od 5 mjeseci do 10 godina.

3.2. *Instrumentarij*

3.2.1. *Upitnik općih podataka*

Upitnikom općih podataka ispitani su mjesto stanovanja, datum rođenja djeteta, postavljena dijagnoza, sastav kućanstva, životni standard, obrazovanje i zaposlenost majke i oca, dob roditelja koji je ispunjavao upitnike te sportska aktivnost kojom se dijete bavi.

3.2.2. Vineland ljestvica za procjenu funkcioniranja djece

Vineland ljestvica adaptivnog ponašanja revidirana je verzija Vineland ljestvice socijalne zrelosti (Doll, 1965; prema Matson, 2007). Zbog dostupnosti upitnika, korištena je starija verzija, odnosno Vineland ljestvica socijalne zrelosti. Doll je klasificirao osam kategorija: opća samostalnost, samostalnost u oblačenju, samostalnost u hranjenju, komunikacija, osobna samostalnost, socijaliziranost, kretanje i zaposlenost (Doll, 1935; prema Kreutzer, DeLuca i Caplan, 2011). Dostupna verzija upitnika sastojala se od 65 tvrdnji podijeljenih na dob 1-2, 2-3, 3-4, 4-5, 5-6, 6-7, 7-8, 8-9, 9-10, 10-11 godina. Osoba koja dobro poznaje dijete za svaku tvrdnju procjenjuje pokazuje li dijete to ponašanje. Tako se znakom „+“ označavalo da tvrdnja odgovara ponašanju djeteta, znakom „-“ da ponašanje ne odgovara djetetu, a znakom „-/“ označava da se procjenitelj ne može odlučiti. Pouzdanost ljestvice je visoka, Cronbach alfa iznosi 0.83 - 0.90. Metodološka utemeljenost ljestvice je dobra kao i metrijske karakteristike (Mamić i Fulgosi – Masnjak, 2014). Deskriptivni podaci za Vineland ljestvicu dobiveni u ovom istraživanju prikazani su u Tablici 3.

Tablica 3. Deskriptivni podaci za Vineland ljestvicu socijalne zrelosti

Ljestvica	M	SD	Raspon	Broj čestica	CronbachAlpha
VIN	39.81	25.32	3 - 103	65	.83

* Podaci su prikazani za dob do 11 godina

3.2.3. Skala zadovoljstva obiteljskim životom

Mnogi pristupi zadovoljstvu životom koriste Shinovu i Johnsonovu (1978; prema Zabriskie i Ward, 2013) definiciju koja zadovoljstvo opisuje kao procjenjivački proces u kojem osoba evaluiira kvalitetu svog života koja se temelji na njegovim osobnim kriterijima. Skala se sastoji od 5 čestica, a odgovori se daju na skali Likertovog tipa od sedam stupnjeva pri čemu 1 označava izrazito neslaganje, a 7 izrazito slaganje s tvrdnjom. Unutarnja valjanost

veoma je visoka: Cronbach alpha koeficijent kreće se od .91 do .94 (Zabriskie i Ward, 2013). Skala je veoma jednostavna i kratka što omogućuje laku i brzu primjenu. U Tablici 4 prikazani su deskriptivni podaci za Skalu zadovoljstva obiteljskim životom dobiveni u ovom istraživanju.

Tablica 4. *Deskriptivni podaci za Skalu zadovoljstva obiteljskim životom*

Ljestvica	M	SD	Raspon	Broj čestica	CronbachAlpha
Skala zadovoljstva obiteljskim životom	24.60	5.87	9-35	5	.87

3.2.4. *Upitnik snaga i poteškoća (Strengths & Difficulties Questionnaires)*

Autor originalne verzije Upitnika snaga i poteškoća djeteta je R. Goodman (1997). U ovom istraživanju koristio se prijevod Hamilton i Momčilović (Youth inmind, 2015). Upitnik snaga i poteškoća namijenjen je za pregled emocionalnih i ponašajnih problema djece i adolescenata te je usmjeren na procjenu snaga (Letić i Ivanković, 2014). SDQ je relativno kratak, jednostavan instrument procjene psihosocijalnih problema za djecu, a sročen je pozitivnije u odnosu na druge često korištene upitnike (Stone, Otten, Engels, Vermulst i Janssens, 2010). Sastoji se od 25 čestica koje su grupirane u pet skala: odnosi prema društvu, hiperaktivnost, emocionalni problemi, problemi u ponašanju i problemi s vršnjacima. Osim što pokriva učestala područja kao što su emocionalne i ponašajne teškoće, putem upitnika se pita osobu koja ga ispunjava smatra li da dijete ima problema u određenom području i ako ima, što misli o posljedicama koje mogu biti opasne te dolazi li do socijalnog pogoršanja (Goodman, Ford, Simmons, Gatward i Meltzer, 2000). Ta područja odnose se na osjećaje, koncentraciju, ponašanje i sposobnost slaganja s drugima. Nakon toga, osoba koja procjenjuje dijete odgovara koliko su dugo poteškoće prisutne, uznemiruju li one dijete te predstavljaju li te poteškoće teret za obitelj. Također, zadatak ovog upitnika jest ispitati i utjecaj simptoma, vezanih uz dijagnozu, na dijete. Ovaj dio procjenjuju roditelji na način da odgovore koliko poteškoće utječu na svakodnevni život djeteta u sljedećim područjima: život kod kuće, prijateljstva, školsko učenje i slobodne aktivnosti. Rezultati se zbrajaju po određenim kriterijima te se dobije roditeljska procjena utjecaja simptoma na dijete.

Postoji više verzija skala. Osim osnovnog upitnika, postoje verzije s „dodatkom o utjecaju simptoma“ i „follow – up“ verzija za praćenje promjena i ishoda tretmana (Letić i Ivanković, 2014). U ovom istraživanju dodan je dio koji je izmijenjen za potrebe samog istraživanja, a odnosi se na drugi dio ispitivanja. On se sastojao se od nekoliko pitanja koja su ispunjavali roditelji djece koja se bave sportskim aktivnostima. Roditelji su procjenjivali stanje njihovog djeteta od kada se bavi sportskom aktivnošću do danas te su odgovarali na različita pitanja vezana uz njih i njihovo dijete, a koja su se odnosila na bavljenje sportom.

Pouzdanost ovog upitnika veoma je dobra. Cronbach alpha iznosi oko .87 (Letić i Ivanković, 2014). U Tablici 5 prikazani su deskriptivni podaci za SDQ dobiveni u ovom istraživanju.

Tablica 5. Deskriptivni podaci za Upitnik snaga i poteškoća (SDQ)

Ljestica	M	SD	Raspon	Broj čestica	CronbachAlpha
Kategorija emocionalnih simptoma	0.36	0.39	0 – 1.80	5	.72
Kategorija hiperaktivnosti	1.14	0.57	0-2	5	.83
Kategorija problema u odnosima s vršnjacima	0.64	0.45	0-1.75	4	.63
Kategorija odnosa prema društvu	1.32	0.57	0-2	5	.84

Deskriptivni podaci prikazani su za četiri od pet kategorija *Upitnika snaga i poteškoća*. Iz obrade podataka izbačena je kategorija problema u ponašanju zbog niske pouzdanosti te sadržajne neprimjerenosti za uzorak ispitanika u ovom istraživanju. Kategorija problema u odnosima s vršnjacima zadržana je iako je pouzdanost niža od preporučene granice, no s obzirom da se radi o vrlo bitnom aspektu funkcioniranja djece, odlučeno je uključiti je u daljnje analize. Iz iste kategorije izbačena je čestica „*Druga djeca ga zadirkuju ili*

maltretiraju“ čime je povećana pouzdanost. Zbog toga, zbroj čestica unutar svake kategorije podijeljen je njihovim brojem kako bi se podaci mogli međusobno uspoređivati.

3.3. *Postupak istraživanja*

Istraživanje se provodilo na način da su kontaktirane neke osnovne škole, udruge, klubovi te poznanici. U istraživanju su sudjelovali OŠ Ivan Goran Kovačić iz Duga Rese, Udruga za terapijsko penjanje Osmijeh, Udruga za djecu s teškoćama u razvoju Zvončići, Down centar, Plivački klub Forca, Dnevni centar za rehabilitaciju Slava Raškaj te su poslani mail-ovi i osobno predani upitnici poznanicima. Upitnici i molba bili su upućeni i nekim drugim ustanovama koje su odbile sudjelovati ili nisu odgovorile na molbu.

Roditeljima koji su pristali sudjelovati u istraživanju predana je molba za sudjelovanje te upitnici iznad kojih je objašnjeno što se u pojedinom upitniku od njih traži. Roditeljima je bilo napomenuto kako se istraživanje sastoji od dva mjerenja u razmaku od 3 mjeseca. Nakon što su roditelji ispunili upitnike, predali su ih odgovornoj osobi kao npr. pedagogici, treneru ili voditelju udruge. Nakon što su svi upitnici prikupljeni, izmjeren je razmak od 3 mjeseca kako bi im bili podijeljeni upitnici za drugo mjerenje. Svaki je roditelj bio dužan ostaviti broj telefona kako bi kasnije bio kontaktiran za ponovno mjerenje. Drugo mjerenje kod nekih je roditelja zbog odsutnosti provedeno putem telefona ili e-maila, a nekima su bili osobno uručeni upitnici. Nakon što su roditelji ispunili upitnike, oni su predani ponovno odgovornoj osobi.

4. REZULTATI

Prikupljeni podaci obrađeni su u računalnom programu SPSS 17.0. Nakon deskriptivnog statističkog dijela, pomoću korelacija i t-testova, analizirani su dobiveni podaci.

4.1. *Povezanost procjene socijalne zrelosti, snaga i poteškoća djeteta, zadovoljstva obiteljskim životom te roditeljske procjene utjecaja simptoma*

U Tablici 6 su prikazane povezanosti između varijabli koje su bile uključene u analizu u prvom i drugom mjerenju.

Tablica 6. *Povezanost procjene socijalne zrelosti, snaga i poteškoća djeteta, zadovoljstva obiteljskim životom te roditeljskom procjenom utjecaja simptoma u prvom mjerenju*

	VIN	ZŽ	ES	H	OV	OD
US	-.52**	-.46**	.39*	.53**	.42**	-.66**
VIN		.48**	-.06	-.06	-.06	-.04
ZŽ			-.09	-.10	-.09	-.07

** $p < .01$, * $p < .05$, VIN – Vineland ljestvica socijalne zrelosti, ZŽ – Skala zadovoljstva obiteljskim životom, ES – kategorija emocionalnih simptoma, H – kategorija hiperaktivnosti, OV – kategorija problema u odnosima s vršnjacima, OD – kategorija odnosa prema društvu, US – procjena utjecaja simptoma

Iz prethodne tablice je vidljivo da postoji umjerena statistički značajna pozitivna povezanost između Vineland ljestvice i zadovoljstva obiteljskim životom: roditelji su zadovoljniji obiteljskim životom kada je dijete socijalno zrelije. Također postoji negativna povezanost roditeljske procjene utjecaja simptoma i Vineland ljestvice socijalne zrelosti, odnosno procjena utjecaja simptoma je niža što je dijete socijalno zrelije. Značajna negativna umjerena povezanost između zadovoljstva životom i procjene utjecaja simptoma govori kako su roditelji zadovoljniji obiteljskim životom ako procjenjuju da je utjecaj simptoma na njihovo dijete manji. Također je logično postojanje značajnih pozitivnih povezanosti emocionalnih simptoma, hiperaktivnosti i problema u odnosima s vršnjacima s roditeljskom

procjenom utjecaja simptoma. To znači da lošiji rezultat na ovim kategorijama označava i veći utjecaj simptoma na dijete procijenjeno od strane roditelja. Postoji negativna povezanost između odnosa prema društvu i roditeljske procjene utjecaja simptoma. Dakle, što je bolji odnos djeteta prema društvu, to je procijenjen manji utjecaj simptoma na dijete.

U Tablici 7. prikazane su povezanosti između pojedinih varijabli za drugo mjerenje.

Tablica 7. *Povezanost procjene socijalne zrelosti, snaga i poteškoća djeteta, zadovoljstva obiteljskim životom te roditeljskom procjenom utjecaja simptoma u drugom mjerenju*

	VIN	ZŽ	ES	H	OV	OD
US	-.37	.16	.09	-.13	.78**	-.37
VIN		.47	-.32	-.46	-.20	.47
ZŽ			-.33	-.18	-.44*	.25

** $p < .01$, * $p < .05$, VIN – Vineland ljestvica socijalne zrelosti, ZŽ – Skala zadovoljstva obiteljskim životom, ES – kategorija emocionalnih simptoma, H – kategorija hiperaktivnosti, OV – kategorija problema u odnosima s vršnjacima, OD – kategorija odnosa prema društvu, US – utjecaj simptoma

Kao što je vidljivo iz tablice, postoji značajna negativna povezanost između zadovoljstva obiteljskim životom i kategorijom problema u odnosima s vršnjacima što znači da su zadovoljniji roditelji djece koja imaju manje problema u odnosima s vršnjacima. Ova povezanost nije dobivena u prvom mjerenju. Kategorija problema u odnosima s vršnjacima značajno je povezana s roditeljskom procjenom utjecaja simptoma, odnosno, što je rezultat u ovoj kategoriji lošiji, to je veći utjecaj simptoma procijenjen od strane roditelja. Za razliku od prvog mjerenja procjena utjecaja simptoma značajno je povezana samo s ovom kategorijom. Također nije dobivena povezanost rezultata na Vineland ljestvici niti s jednom drugom varijablom.

4.2. *Razlike u mjerama snaga i poteškoća, socijalne zrelosti, roditeljskoj procjeni utjecaja simptoma i zadovoljstvu obiteljskim životom ovisno o uključenosti u sportske aktivnosti*

Proveden je t - test na nezavisnim uzorcima kako bi se ispitalo postoji li razlika između vrste aktivnosti i socijalne zrelosti djeteta, roditeljskoj procjeni utjecaja simptoma, zadovoljstva obiteljskim životom i mjera snaga i poteškoća posebno za prvo i drugo mjerenje.

Dobiveni rezultati prikazani su u Tablici 8.

Tablica 8. Razlike u socijalnoj zrelosti, procjeni utjecaja simptoma, zadovoljstvu obiteljskim životom te snagama i poteškoćama s obzirom na bavljenje sportskim aktivnostima

	1. mjerenje			2. mjerenje		
	Sportske aktivnosti	Nesportske aktivnosti	t	Sportske aktivnosti	Nesportske aktivnosti	t
	M (sd)	M (sd)		M (sd)	M (sd)	
Vineland	43.40	34.53	1.11	48.92	40.67	.74
ljestvica	(28.31)	(19.79)		(27.49)	(21.58)	
socijalne zrelosti						
Procjena	2.63	3.70	1.23*	6.45	5.00	.47
utjecaja	(2.06)	(3.02)		(2.95)	(.00)	
simptoma						
Zadovoljstvo	25.31	23.45	1.17	26.27	22.61	1.55**
obiteljskim	(5.14)	(6.88)		(3.37)	(7.91)	
životom						
Emocionalni	.41	.27	1.36	.48	.22	1.71
simptomi	(.36)	(.43)		(.45)	(.35)	
Hiperaktivnost	1.17	1.10	.45	1.04	1.09	.26
	(.63)	(.47)		(.61)	(.44)	
Problemi u	.56	.76	1.62	.57	.63	.40
SDQ odnosima s	(.43)	(.48)		(.41)	(.51)	
vršnjacima						
Odnosi prema	1.46	1.11	2.28	1.65	1.35	1.81
društvu	(.57)	(.50)		(.43)	(.44)	

**p<.01, * p<.05

T-test pokazao je kako ne postoji statistički značajna razlika na Vineland ljestvici socijalne zrelosti između djece koja se bave i djece koja se ne bave sportskim aktivnostima u oba mjerenja.

Nadalje, rezultati pokazuju kako u prvom mjerenju postoji značajna razlika u roditeljskoj procjeni utjecaja simptoma na djecu koja se bave u odnosu na onu koja se ne bave sportskim aktivnostima. Roditelji su procijenili kako je veći utjecaj simptoma na djecu koja se ne bave sportskim aktivnostima. U drugom mjerenju ova razlika nije značajna.

Test je pokazao kako u prvom mjerenju nije postojala značajna razlika između zadovoljstva obiteljskim životom i vrste aktivnosti. U drugom mjerenju dobivena je značajna razlika između vrste aktivnosti i zadovoljstva obiteljskim životom. Može se zaključiti kako roditelji čija djeca pohađaju neke sportske aktivnosti svoje zadovoljstvo obiteljskim životom procjenjuju značajnije većim od roditelja čija djeca ne pohađaju sportske aktivnosti.

Kod procjena snaga i poteškoća djeteta, koje uključuju emocionalne simptome, hiperaktivnost, probleme u odnosima prema vršnjacima i odnose prema društvu, nisu dobivene značajne razlike između djece koja se bave sportskim aktivnostima i one koja se ne bave.

4.3. *Povezanost procjena roditelja o teškoćama djeteta u određenim područjima sa snagama i poteškoćama djeteta i zadovoljstvom obiteljskim životom*

Roditelji su procjenjivali ima li njihovo dijete poteškoća u jednom ili više od ovih područja: osjećaji, koncentracija, ponašanje ili sposobnost slaganja s drugim ljudima. Mogući odgovori bili su: ne; da – manjih poteškoća; da – ima poteškoća; da – velikih poteškoća. Roditeljske procjene uspoređivane su sa snagama i poteškoćama djeteta (emocionalni simptomi, hiperaktivnost, problemi u odnosima s vršnjacima i odnos prema društvu) te sa zadovoljstvom obiteljskim životom.

Dobiveni rezultati prikazani su u Tablici 9.

Tablica 9. Povezanosti između procjena roditelja o teškoćama djeteta u određenim područjima i snaga i poteškoća te zadovoljstva obiteljskim životom

	Emocionalni Simptomi	Hiperaktivnost	Odnosi s Vršnjacima	Odnosi prema društvu	Procjena postojanja teškoća
Zadovoljstvo životom	-.31*	-.36**	-.31*	.31*	-.37**
Emocionalni simptomi		.29*	.19	-.17	.31*
Hiperaktivnost			.48**	-.50**	.63**
Odnosi s vršnjacima				-.57**	.50**
Odnosi prema društvu					-.57**

**p<.01, * p<.05, Procjena postojanja teškoća – „Ima li Vaše dijete poteškoća u jednom ili više od ovih područja: osjećaji, koncentracija, ponašanje ili sposobnost slaganja s drugim ljudima?“

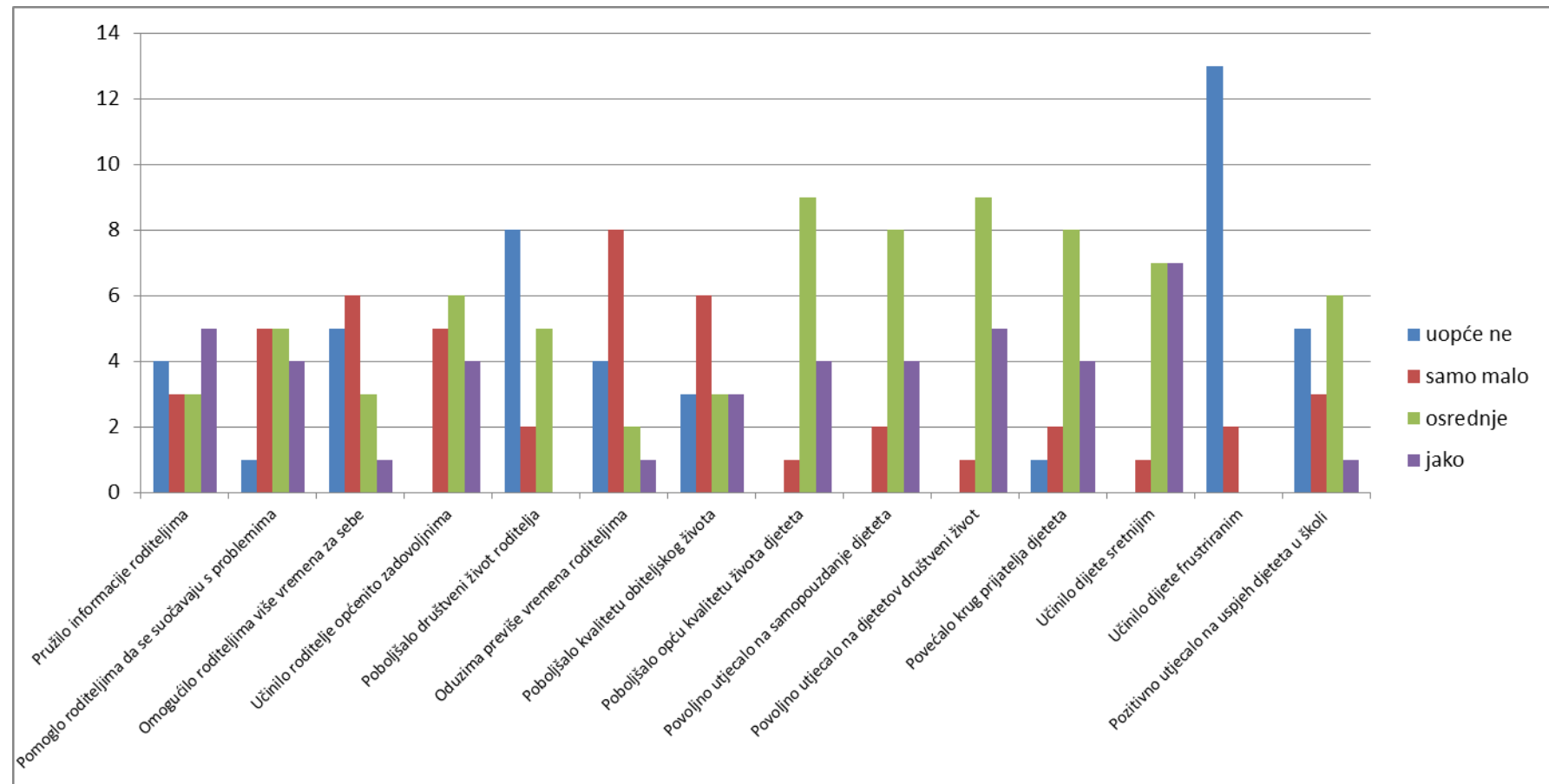
U Tablici 9 može se vidjeti kako postoji statistički značajna negativna povezanost između zadovoljstva obiteljskim životom i količine poteškoća, što ukazuje na to da su roditelji zadovoljniji obiteljskim životom što dijete ima manje poteškoća. Postoji pozitivna povezanost između emocionalnih simptoma, hiperaktivnosti, problema u odnosima s vršnjacima te odnosa prema društvu i količine poteškoća kod djeteta. Ovakvi rezultati ukazuju na to da dijete koje ima više poteškoća ima i više emocionalnih simptoma, hiperaktivnije je, ima lošije odnose s vršnjacima kao i lošije odnose prema društvu.

4.4. Procjena roditelja o efektima sportskih aktivnosti na funkcioniranje djeteta i roditelje

Svega 15 roditelja u drugom dijelu istraživanja odgovorilo je na pitanja vezana za djetetovo bavljenje sportskim aktivnostima. Od toga je 4 roditelja (6.9%) odgovorilo kako je stanje njihovog djeteta otprilike isto otkako njihovo dijete pohađa neku sportsku aktivnost. Devet roditelja (15.5%) odgovorilo je kako je stanje njihovog djeteta malo bolje, a svega 2

roditelja (3.4%) odgovorilo je kako je stanje njihovog djeteta puno bolje otkako se dijete bavi sportom.

Grafički prikaz 1. Distribucija odgovora roditelja na procjenu je li djetetovo pohađanje aktivnosti pridonijelo navedenim parametrima



Na Grafičkom prikazu 1 može se vidjeti kako je djetetovo bavljenje sportskom aktivnošću većini roditelja pružilo neke informacije, pomoglo da se suoče s problemima, učinilo roditelje općenito zadovoljnijima, utjecalo na kvalitetu obiteljskog života, poboljšalo opću kvalitetu života djeteta te pozitivno utjecalo na njegovo samopouzdanje kao i sliku koju dijete ima o sebi, pozitivno utjecalo na djetetov društveni život, povećalo djetetov krug prijatelja, učinilo dijete općenito sretnijim te pozitivno utjecalo na uspjeh djeteta u školi. Sportske aktivnosti u manjoj su mjeri omogućile roditeljima više vremena za sebe te nisu previše utjecale na njihov društveni život. Većini roditelja aktivnosti su oduzimale barem malo vremena što je očekivano. Sportske aktivnosti prema većem broju roditelja nisu izazvale frustraciju kod njihovog djeteta.

5. RASPRAVA

Dobrobiti fizičke aktivnosti univerzalne su za svu djecu, uključujući onu s teškoćama (Murphy i Carbon, 2016). Sudjelovanje u aktivnostima je kontekst u kojem ljudi stvaraju prijateljstva, razvijaju vještine i kompetencije, izražavaju kreativnost, postižu mentalno i fizičko zdravlje te određuje značenje i svrhu života (Law, King, King i sur., 2008; prema Murphy i Carbone, 2016). Psihičko ili fizičko stanje djeteta može biti prepreka u bavljenju određenim aktivnostima. Stručne osobe mogu pomoći djetetu s teškoćama da sudjeluje u obiteljskom životu i zajednici na način da promoviraju sudjelovanje u sportu, rekreaciji i fizičkim aktivnostima u najmanje ograničavajućoj okolini (Murphy i Carbone, 2016).

Razdoblje odrastanja može biti veoma stresno za svu djecu, osobito za djecu s teškoćama. Tako je jedno od brojnih istraživanja pokazalo kako adolescentice s cerebralnom paralizom imaju niže spomopojmanje od svojih vršnjakinja bez invaliditeta u domeni fizičkog izgleda, društvene prihvaćenosti, sportske sposobnosti i školskih kompetencija (Shields, Murdoch, Loy, Dodd i Taylor, 2006). Mnoge osobe s teškoćama još uvijek su u velikoj mjeri socijalno izolirane te su zasigurno iskusile negativne društvene stereotipe i niska očekivanja, što ih je ograničavalo u sudjelovanju u grupnim fizičkim aktivnostima (King i sur., 2003).

Izazovi kronično oboljele djece utječu i na ostale članove obitelji. Briga za oboljelo dijete često zahtijeva emocionalno, fizičko i financijsko ulaganje roditelja i ostalih članova obitelji (Jarman i Oberklaid, 1990). Epidemiološka istraživanja obitelji oboljele djece pokazala su kako je kod 28% roditelja postojao direktni, stresni utjecaj bolesti djeteta na obiteljski život u sferi posla, domaćinstva, prijateljstva, brige o djetetu i bračnog zadovoljstva. Primjećena je povezanost između zdravstvenog stanja oboljele djece i mentalnog zdravstvenog statusa njihovih majki (Jessop i sur., 1988; prema Jarman i Oberklaid, 1990).

Kako u Republici Hrvatskoj do sada ne postoji velik broj istraživanja utjecaja sporta na psihološke aspekte funkcioniranja djeteta, ovo istraživanje pokušalo je pružiti detaljniji uvid u neke aspekte funkcioniranja djece s teškoćama i njihovih obitelji, ovisno o tome bave li se djeca sportskim aktivnostima.

5.1. *Povezanost socijalne zrelosti, emocionalnih i ponašajnih problema, zadovoljstva obiteljskim životom te roditeljske procjene utjecaja simptoma*

Očekivano je kako zadovoljstvo roditelja obiteljskim životom ovisi o dobrobiti njihovog djeteta. Tako se pokazalo da je zadovoljstvo roditelja obiteljskim životom veće što je dijete socijalno zrelije. Socijalno zrelije dijete manje će osjetiti simptome dijagnoze koju ima u životu kod kuće, prijateljstvima, učenju i slobodnim aktivnostima. Sukladno tome, roditelj čije dijete ima manje teškoća, zadovoljniji je. Dakle, veća osobna samostalnost i društvena odgovornost, ukoliko se govori u kontekstu socijalne zrelosti, označava veće roditeljsko zadovoljstvo te procjenu manjeg utjecaja simptoma na dijete. Različiti simptomi koji su posljedica dijagnoze koju dijete ima, mogu bitno utjecati na djetetovo funkcioniranje. Djeca koja više osjećaju simptome svoje dijagnoze, nerijetko imaju i više negativnih emocionalnih simptoma, često su hiperaktivnija kao i lošija u odnosima s vršnjacima. Suprotno tome, dijete koje manje osjeća simptome dijagnoze, ima i bolje odnose prema društvu. Moguće je ovu povezanost pripisati manjoj distraktibilnosti te većoj spremnosti djeteta na socijalne odnose ukoliko ono može nesmetano funkcionirati. Ukoliko simptomi vezani za određenu dijagnozu imaju veći utjecaj na dijete, logično je da će dijete biti nemirnije, imati puno briga, biti usamljeno ili npr. ne imati obzira prema osjećajima drugih.

U drugom mjerenju provedenom nakon tri mjeseca, značajnim se pokazao znatno manji broj povezanosti. Procjene roditelja zadovoljstvom obiteljskim životom bile su znatno veće ukoliko je dijete imalo bolje odnose s vršnjacima. Bolji odnosi s vršnjacima označavali su i procjenu manjeg utjecaja simptoma na dijete. Povezanosti u oba mjerenja nisu iste, međutim valja uzeti u obzir metodološke nedostatke navedene niže.

Očekivano je kako će trajanje bavljenjem sportskim aktivnostima biti povezano s boljom socijalnom zrelošću, roditeljskom procjenom manjeg utjecajem simptoma, manjim brojem emocionalnih simptoma, manjom hiperaktivnošću, boljim odnosima s vršnjacima i prema društvu. Međutim, dužina bavljenja sportom nije bila povezana s navedenim varijablama. Mogući razlog tome jest različitost dijagnoza. Svako dijete treba promatrati individualno te mjeriti njegov napredak. Nekom djetetu možda je potreban kraći vremenski period za napredovanje, nekome duži. Neko dijete možda neće moći napredovati zbog ozbiljnosti dijagnoze.

U dosadašnjim istraživanjima se pokazalo kako je muški spol rizični faktor za mnoge teškoće. Kronične bolesti češće su kod muške nego kod ženske djece (Jarman i Oberklaid, 1990). Iz uzorka u ovom istraživanju vidljivo je kako ima znatno više muške djece (N=46), u odnosu na žensku djecu (N=12). Ovaj podatak ne mora nužno značiti kako je općenito više muške djece s teškoćama, međutim svakako ide u prilog prije navedenoj činjenici.

5.2. *Razlike u emocionalnim i ponašajnim problemima, socijalnoj zrelosti i roditeljskoj procjeni utjecaja simptoma ovisno o sudjelovanju u sportskim aktivnostima*

Sport i slobodno vrijeme mogu biti od velike važnosti za dobrobit i socijalnu podršku djece i adolescenata s intelektualnim i funkcionalnim teškoćama (Shule, 1996; prema Kristen, Patriksson i Fridlund, 2015).

Brown (1967) je nasumično izabrao 40 dvanaestogodišnjaka, prosječnog kvocijenta inteligencije 35, koji su bili uključeni u program izometričnog vježbanja ili stanja kontrole pažnje u trajanju od 6 tjedana. Program vježbanja sastojao se od 12 serija aktivnosti sličnih jogi koje su od djece zahtijevale zatezanje mišića u određenom statičnom položaju. Djeca koja su bila uključena u program vježbanja u usporedbi s onima koji nisu, poboljšala su se u Stanford-Binetovom testu inteligencije (eksperimentalna grupa ES (veličina efekta) = 0.54; kontrolna grupa ES = 0.13) kao i na Vineland ljestvici socijalne zrelosti (eksperimentalna grupa ES = 0.86; kontrolna grupa ES = 0.08). Brownova hipoteza bila je da zahtijevanje od djece da pohađaju aktivnost, koriste pamćenje, procese rezoniranja i kontrolu motoričkih pokreta vezano za vježbanje potiče napredak zbog mentalnih zahtjeva koje djeca ostvaruju (Tomprowski, Davis, Miller i Naglieri, 2007).

Ovo istraživanje pokušalo je, između ostalog, objasniti efekt bavljenja sportskim aktivnostima na socijalnu zrelost djece s teškoćama. Pretpostavka je bila kako će djeca koja se bave sportskim aktivnostima biti socijalno zrelija, odnosno imati veću osobnu samostalnost i društvenu odgovornost u odnosu na djecu koja se ne bave sportom. Djeca koja se bave sportskim aktivnostima nisu se znatno razlikovala u socijalnoj zrelosti od djece koja se bave nekim drugim aktivnostima ili nisu uključena u neke dodatne slobodne aktivnosti. Razlog

tome može biti već prije navedeno: različitost dijagnoza, trajanje bavljenja aktivnošću, neke druge aktivnosti koje nisu sportske i slično. Roditelji su procjenjivali utjecaj simptoma na dijete u četiri područja: život kod kuće, prijateljstvo, učenje i slobodne aktivnosti. Procjene su se odnosile na to koliko djetetove poteškoće utječu na njegov svakodnevni život. Nije bilo razlike u roditeljskim procjenama utjecaja simptoma na djecu ovisno o tome bave li se sportom. Ovakvi rezultati svakako nisu u skladu s očekivanjima. Naime, u prvom mjerenju, prema procjenama roditelja, manji utjecaj simptoma bio je na djecu koja se bave sportskim aktivnostima, dok je u drugom mjerenju taj rezultat bio veći u odnosu na djecu koja nemaju aktivnosti ili imaju neke koje nisu sportske. Valja napomenuti kako je u prvom mjerenju bilo znatno više ispitanika pa samim time ovom rezultatu treba dati i veću prednost. Za očekivati je kako će djeca manje osjećati simptome vezane za dijagnozu ako se bave sportom jer će unaprijediti svoje fizičke i psihičke sposobnosti. Kroz sport dijete može povećati pokretljivost kao i ojačati muskulaturu što bi moglo olakšati brigu o sebi u životu kod kuće. Uglavnom su sportske aktivnosti organizirane grupno što znači da bi dijete moglo stvoriti nova prijateljstva i upoznati djecu sa istim ili sličnim poteškoćama što ide u prilog hipotezi socijalne interakcije. Dijete koje postiže napredak kroz sport, potencijalno će biti motiviranije za školsko učenje. Sportom dijete može smanjiti anksioznost, razviti samopoštovanje, disciplinu i upornost što svakako doprinosi kvalitetnijem učenju o čemu govore hipoteza skretanja pažnje i hipoteza amina. Dijete može postati motivirano i za neke druge aktivnosti, osobito ako se s napretkom dobiju nove mogućnosti. Bavljenje sportom potiče i lučenje endorfina koji pozitivno djeluje na raspoloženje osobe.

U jednom istraživanju, sudjelovanje u sportskim aktivnostima pokazalo se pozitivnim kod razvoja djetetovih kognitivnih sposobnosti kroz poboljšanje školskih ocjena. Uz to, došlo je do smanjenja emocionalnih problema i problema u odnosima s vršnjacima. Također je dokazano kako su djeca koja se bave sportom boljeg zdravlja i opće dobrobiti (Felfe, Lechner i Steinmayr, 2011). Ne zna se mnogo o mehanizmima koji ukazuju na povezanost fizičke aktivnosti i mentalnog zdravlja, iako postojeći dokazi ukazuju na patofiziologiju depresije. To je u skladu s dosadašnjim saznanjima da je povezanost između fizičke aktivnosti i mentalnog zdravlja specifična za emocionalne simptome u odnosu na ostale probleme u ponašanju djece ili prosocijalno ponašanje (Wiels i sur., 2008).

Ovim je istraživanjem ispitano funkcioniranje u nekim socijalnim i emocionalnim kategorijama. Očekivani rezultati išli su u smjeru da djeca koja se bave sportskim aktivnostima imaju manje negativnih emocionalnih simptoma zbog toga što kroz sportski napredak i doživljaje pobjede, odnosno gubitka, dijete nauči kontrolirati svoje emocije. Dijete bi se naviklo i prilagodilo na odvojenost od roditelja čime bi se negativne emocije smanjile prilikom budućih odvajanja. Također, očekivalo bi se kako će dijete biti manje hiperaktivno jer će svu energiju moći preusmjeriti na neku sportsku aktivnost. Rezultati istraživanja Wilesea i sur. (2008) na zdravim adolescentima pokazali su kako su adelescenti koji su se bavili fizičkom aktivnosti jedan sat dnevno, imali manje emocionalnih problema godinu dana kasnije. Njihovi nalazi također pokazuju povećanje rezultata na kategoriji hiperaktivnosti godinu dana kasnije.

Problemi u odnosima s vršnjacima trebali bi biti manji kao što bi odnosi prema društvu trebali biti bolji. Sport je jedan od načina kako djeci s teškoćama omogućiti što bolje sudjelovanje u socijalnim odnosima. Osim toga, putem inkluzije, djeca s teškoćama u kontaktu su sa zdravom djecom što dovodi do međusobnog prihvaćanja i dijeljenje iskustava. Dakle, dijete koje nije izloženo druženju i timskom radu, potencijalno bi imalo više poteškoća pri ostvarenju socijalnih kontakata.

Odnosi prema društvu trebali bi biti bolji kod djece koja se bave sportom jer kroz sport uče surađivati i uočavaju važnost timskog rada. Sportom se djeca socijaliziraju te uče između ostalog i norme ponašanja.

Međutim, u ovom istraživanju nisu dobivene razlike u navedenim kategorijama kod djece koja se bave sportskim aktivnostima i one koja se možda bave nekim drugim aktivnostima ili se ne bave nikakvim aktivnostima. Mogući razlozi komentirani su kod ograničenja istraživanja.

Iako razlike velikim dijelom nisu značajne, važno je napomenuti kako je napredak svakog djeteta iznimno važan i vrijedno ga je istaknuti. Obzirom na relativno mali uzorak ispitanika, svaki pozitivan efekt valja naglasiti jer je možda upravo on bitan na razini pojedinca, odnosno bitan je za kvalitetu života pojedinog djeteta i njegove obitelji, dok statističke značajnosti na ovoj individualnoj i praktičnoj razini možemo barem djelomično zanemariti.

5.3. Razlika u zadovoljstvu obiteljskim životom roditelja čija djeca pohađaju, odnosno ne pohađaju sportske aktivnosti

Osim što djetetove teškoće imaju direktan negativni utjecaj na samo dijete, one mogu znatno utjecati i na zadovoljstvo obitelji kao cjeline. Provedeno je mnogo istraživanja (npr. Dyson, 1997; Sloper, Kneussen, Turner i Cunningham, 1991) koja se bave zadovoljstvom životom roditelja djeteta s teškoćama u razvoju. Brojni su problemi s kojima se ovi roditelji susreću. Oni mogu biti izraženi u smislu funkcioniranja roditelja, kao financijski problemi, društveni, poslovnji, itd.

Pokazalo se kako roditelji kronično oboljele djece i djece s teškoćama također imaju veći rizik od nastanka emocionalnih problema. Rezultati istraživanja idu u prilog zdravoj braći i sestrama koji su tolerantniji, brižniji, osjećajniji i empatičniji za razliku od ostalih koji nemaju iskustvo odrastanja uz bolesnog brata ili sestru (Jarman i Oberklaid, 1990).

Ovo istraživanje pokazalo je značajne razlike u zadovoljstvu obiteljskim životom roditelja djece s teškoćama koji se bave sportskim aktivnostima i onih koji se ne bave sportskim aktivnostima, ali samo u drugom mjerenju. Roditelji čija se djeca bave sportom, zadovoljstvo obiteljskim životom procjenjuju većim od roditelja čija se djeca ne bave sportom. Ovime je potvrđena hipoteza, međutim odnosi se samo na drugo mjerenje. Upitno je bilo je li djetetovo bavljenje sportom uzrok većeg zadovoljstva roditelja. Zbog prekratkog perioda nije bilo moguće provesti detaljnije analize koje bi potvrdile ima li vrsta aktivnosti efekt na zadovoljstvo roditelja ili postoji neki drugi razlog.

Roditelji su odgovorili i na pitanja u kojima su procjenjivali kako djetetovo bavljenje sportom utječe na njih i na njihovo dijete. Tako je vidljivo kako je bavljenje sportskom aktivnošću roditeljima pružilo neke informacije te im pomoglo da se suoče s problemima. Moguće objašnjenje je da roditelji djece s teškoćama međusobno razmjenjuju iskustva prilikom dolaska po dijete na aktivnost. Istraživanje Kinga, Kinga, Rosenbauma i Goffina (1999) je pokazalo kako su roditelji koji su zadovoljniji socijalnom podrškom i čija je obitelj funkcionalna, manje depresivni i pod manjim utjecajem stresa. Roditelji su bili općenito zadovoljniji i kvalitetu obiteljskog života su procjenjivali većom iako je djetetovo bavljenje sportom roditeljima oduzimalo barem malo vremena bez povećanja svog slobodnog vremena.

Slobodno vrijeme roditelja veoma je važno. Ono mora biti predviđeno za karijeru i edukaciju što rezultira većim financijskim resursima i većim zadovoljstvom (Brown, MacAdam-Crisp, Wang i Iarocci, 2006). Najveći broj roditelja naveo je kako je sport poboljšao opću kvalitetu života djeteta te pozitivno utjecao na njegovo samopouzdanje kao i na sliku koju dijete ima o sebi. Djetetov društveni život bio je ispunjeniji. Kroz sportske aktivnosti djeca se međusobno češće druže, stvaraju nova prijateljstva. Uz sve navedene prednosti, roditelji su rekli kako su njihova djeca općenito sretnija, a osim toga uspjeh u školi se povećao. Većina roditelja nije primjetila frustracije na svojoj djeci, dok je manji broj roditelja procjenio kako su njihova djeca samo malo frustrirana.

Zanimljivo istraživanje Browna i sur. (2006) pokazalo je kako su postojali određeni zabrinjavajući problemi koji su utjecali na obitelji djece s teškoćama u razvoju. Jedan od problema bio je briga za održavanje ili poboljšanje obiteljskog zdravlja, ulaganje u obrazovanje i karijeru i stvaranje vremena za odmor i uživanje. Ovo ograničenje u vremenu izaziva zabrinutost u vezi održavanja zdravlja unutar obitelji. Zanimljivo je što je postojala razlika u obiteljima u kojima je dijete s Down sindromom ili autizmom. Veća je izolacija, a manje slobodnog vremena u obiteljima u kojima postoji dijete s autizmom. Slične je rezultate pokazalo i ovo istraživanje.

Naime, zadovoljniji roditelji bili su oni čija su djeca bolje funkcionirala, odnosno koja su bila socijalno zrelija i za koju su procijenili da je manji utjecaj simptoma. Veća briga djeteta za samoga sebe omogućuje roditeljima više vremena što bi moglo biti uzrok i većeg zadovoljstva. Stabilne i funkcionalne obitelji vjerojatnije će imati veći stupanj zadovoljstva obiteljskim životom. Problemi u ponašanju djeteta najvažniji su prediktor roditeljske dobrobiti, što znači da je ponašanje djeteta povezano s količinom stresa i depresije koju roditelji osjećaju (King i sur., 1999). Može se primjetiti kako je za zadovoljstvo obiteljskim životom ključno zadovoljiti osobne potrebe i potrebe djeteta, pri čemu ih roditelji većinom stavljaju na primarno mjesto.

5.4. Ograničenja istraživanja i prijedlozi za buduća istraživanja

Ovo istraživanje podleglo je brojnim metodološkim nedostacima koji su rezultat razlike u samoj ideji i provedbi istraživanja u praksi. Naime, početna ideja bila je formirati tri grupe ispitanika u kojoj bi se jedna skupina djece s teškoćama u razvoju bavila sportskim aktivnostima, druga nekim kreativnim aktivnostima i treća skupina djece ne bi pohađala nikakve aktivnosti. Zbog teškoća pri nalaženju ispitanika nije bilo moguće formirati tri grupe jer bi broj djece u grupama bio premali. Tako je odlučeno uspoređivati samo djecu koja se bave sportskim aktivnostima s djecom koja nemaju slobodnih aktivnosti ili se bave nekim drugim slobodnim aktivnostima, npr. pohađaju kreativne radionice, ili pak aktivnosti kojima se bave mogu biti svrstane u neku od terapija koje djetetova dijagnoza iziskuje. Još jedan problem nastao je pri izjednačavanju dužine vremenskog perioda u kojem se djeca bave sportskim aktivnostima. Naime, u samom uzorku nalaze se djeca koja se sportskim aktivnostima bave 10 godina, do onih koji se bave svega 5 mjeseci. Problem je bio doći do određenog broja djece s teškoćama koja tek počinju s nekom sportskom aktivnošću. Na ovaj problem nadovezuje se i pitanje točnosti procjena roditelja te njihove objektivnosti. Pretpostavlja se da će roditelj čije dijete pohađa neku sportsku aktivnost kraće, moći bolje procijeniti funkcioniranje svog djeteta prije bavljenja aktivnosti i sada jer će se bolje sjećati određenih djetetovih karakteristika za razliku od roditelja čije je dijete na aktivnost krenulo prije nekoliko godina. U određenom vremenskom periodu dijete je već moglo dosegnuti svoj maksimum što se tiče napretka u socijalnom funkcioniranju i pojačavanju svojih snaga u odnosu na poteškoće. Iako su provedena dva mjerenja, nije bilo moguće provesti neke detaljnije analize jer je period od 3 mjeseca prekratak da bi se ispitao efekt bavljenja sportskom aktivnosti. Također, broj treninga mjesečno je različit kod pojedinog djeteta. U ovom istraživanju on se kreće od 3 do 16 puta mjesečno što je značajna razlika koja je potencijalno mogla biti zaslužna za napredak samo neke djece.

Pri samom ispunjavanju upitnika bilo je mnogo upita roditelja na što se pojedina čestica odnosi, osobito kod Vineland ljestvice socijalne prilagodbe. Važno je napomenuti kako su neke čestice zastarjele i neprikladne kako u Vineland ljestvici, tako i u Upitniku snaga i poteškoća. Kako je bila dostupna Vineland ljestvica samo za djecu do 11 godine, za manji dio djece nije bilo moguće izračunati rezultat. Postavlja se pitanje kako zaista izmjeriti

napredak djeteta u određenim aspektima funkcioniranja i koliko su roditelji dobri procjenjivači. Korisno bi bilo dobiti odgovore djece, međutim u ovom istraživanju to nije bilo moguće zbog velikog raspona dobi, intelektualnih teškoća, različitih dijagnoza, fizičke udaljenosti od djeteta i slično. Velik problem nastao je pri drugom mjerenju u kojem je sudjelovalo samo 28 od 58 roditelja. Razlog tome bio je što su neki roditelji odbili ponovno sudjelovati u istraživanju, neki su bili nedostupni, a manji broj nije ostavio kontakt kako bi bili informirani o ponovnom mjerenju. Mali broj ispitanika u drugom mjerenju zasigurno je utjecao na rezultate kao i na nemogućnost provedbe detaljnijih analiza.

U budućim istraživanjima bilo bi zanimljivo ispitati efekt sportskih aktivnosti na emocionalno i socijalno funkcioniranje djeteta od samog početka bavljenja aktivnosti, odnosno postepeno pratiti napredak djeteta s teškoćama kroz duži vremenski period. Također bi bilo korisno ispitati prednosti sportskih, odnosno kreativnih aktivnosti, kao što su npr. likovne radionice. U ovom istraživanju ispitali smo samo roditeljske procjene zadovoljstva obiteljskim životom, a nisu ispitane procjene braće i sestara djeteta s teškoćama. Valjalo bi provesti kvalitativno istraživanje u kojem bi se ispitalo koje su pozitivne i negativne strane života s djetetom s teškoćama i što je to što roditeljima pomaže u suočavanju s izazovima odgoja, obrazovanja i suživota s djetetom s teškoćama, kao i metodama koje su potencijalno odgovorne za napredak koji su primjetili na svome djetetu.

6. ZAKLJUČAK

Istraživanje je pokazalo kako ne postoji razlika između djece koja se bave sportskim aktivnostima i djece koja se ne bave sportom u socijalnoj zrelosti. Roditeljske procjene upućuju na manji utjecaj simptoma na djecu koja se bave sportskim aktivnostima, ali samo u prvom mjerenju.

Roditelji čija se djeca bave sportskim aktivnostima zadovoljniji su svojim obiteljskim životom u odnosu na roditelje čija djeca nemaju aktivnosti ili njihove aktivnosti nisu sportske.

Postoji značajna povezanost između socijalne zrelosti djece s teškoćama u razvoju i zadovoljstva obiteljskim životom njihovih roditelja: roditelji socijalno zrelije djece zadovoljniji su obiteljskim životom. Također postoji povezanost socijalne zrelosti djeteta sa roditeljskom procjenom utjecaja simptoma na dijete: djeca za koju je procijenjen manji utjecaj simptoma također su procijenjena kao socijalno zrelija.

LITERATURA

1. Bohm, H., Rammelmayr, M. K. i Doderlein, L. (2015). Effects of climbing therapy on gait function in children and adolescents with cerebral palsy—A randomized, controlled crossover trial. *European Journal of Physiotherapy*, 17, 1 – 8.
2. Brown, R. I., MacAdam-Crisp, J., Wang, M. i Iarocci, G. (2006). Family quality of life when there is a child with a developmental disability. *Journal of policy and practice in intellectual disabilities*, 3, 238 – 245.
3. Cohen , J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Lawrence Erlbaumassociates, publishers: New York.
4. Conroy, E. C. (2007). Aiming for inclusive sport: the legal and practical implications of the United Nation's disability convention for sport, recreation and leisure for people with disabilities. *The Entertainment and Sports Law Journal*, 5(1), 4.
5. Cox, H. R. (2005). *Psihologija sporta*. Naklada Slap: Jastrebarsko.
6. Daniels, E. R. i Stafford K. (2003). *Kurikulum za inkluziju*. Udruga roditelja „Korak po korak“: Zagreb.
7. Dyson, L. L. (1997). Fathers and mothers of school-age children with developmental disabilities: parental stress, family functioning, and social support. *American journal of mental retardation*, 102, 267 – 279.
8. Felfe, C., Lechner, M. i Steinmayr, A. (2011). Sports and child development. *Cesifo working paper*, 3629, 1 – 50.

9. Goodman, R., Ford, T., Simmons, H., Gatward, R. i Meltzer, H. (2000). Using the Strengths and difficulties questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. *British journal of psychiatry*, 177, 534 – 539.

10. Greenspan, S. I. i Wieder, S. (2003). *Dijete s posebnim potrebama*. Ostvarenje d. o. o.: Lekenik.

11. Gustavsson, A., Sandvin, J., Nilsson, A. i Nilsson, L. (2007). *Successful projects – What makes them work? A cross – national analysis*. London: Inclusion International.

12. Horga, S. (2009). *Psihologija sporta*. Zagreb: Kineziološki fakultet Sveučilišta u Zagrebu.

13. Jarman, F. i Oberklaid, F. (1990). Children with cronic illness: factors affecting psychosocial adjustment. *Current opinion in pediatrics*, 2, 868 – 872.

14. King, G., King, S., Rosenbaum, P. i Goffin, R. (1999). Family – centered caregiving and well-being of parents of children with disabilities: linking process with outcome. *Journal of pediatric psychology*, 24, 41 – 53.

15. King, G., Law, M., King, S., Rosenbaum, P., Kertoy, M. K. i Young, N. L. (2003). A conceptual model of the factors affecting their creation and leisure participation of children with disabilities. *Physical and occupational therapy in pediatrics*, 23, 63 – 90.

16. Koch, H. G. B., Peixoto, G. O., Labronici, R. H. D. D., Silva, N. C. O. V., Alfieri, F. M. i Portes, L. A. (2015). Therapeutic climbing: a possibility of intervention for children with cerebral palsy. *Acta Fisiatrica*, 22, 30 – 33.

17. Kreutzer, J. S., DeLuca, J. i Caplan, B. (2011). *Encyclopedia of clinical neuropsychology*. New York: Springer.
18. Kristen, L., Patriksson, G. i Fridlund, B. (2015). Conceptions of children and adolescents with physical disabilities about their participation in a sports programme. *European physical education review*, 8, 139 – 156.
19. Letić, N. i Ivanović, B. (2004). *Izveštaj o istraživanju: Snage i poteškoće djece u centrima „Gnijezdo“ u BiH*. Banja Luka: In Fondacija.
20. Mamić, D. i Fulgosi – Masnjak R. (2014). Psihički poremećaji i socijalna zrelost djece i mladih s poremećajima iz autističnog spektra i djece i mladih s većim intelektualnim teškoćama. *Socijalna psihijatrija*, 42, 21 – 32.
21. Matson, J. L. (2007). *Handbook of assessment in persons with intellectual disability*. Baton Rouge: Elsevier.
22. Murphy, N. A. i Carbone, P. S. (2016). Promoting the participation of children with disabilities in sports, recreation and physical activities. *American academy of pediatrics*, 121, 1057 – 1063.
23. Selimović, S., Blatnik, S., Mujezinović, A., Lulić Drenjak J., Vlahović, H., Dobrović, L., Catela, O. i Perković, M. (2015). *Inkluzija kroz sport: Priručnik za odgojno – obrazovno osoblje u dječjim vrtićima*. Rijeka: Zajednica sportskih udruga grada Rijeke „Riječki sportski savez“.
24. Sherrill, C. (2004). *Young people with disability in physical education/ Physical activity/ Sport in and out of schools: Technical report for the World Health Organization: World Health Organization*.

25. Shilds, N., Mudoch A., Loy, Y., Dodd, K., Taylor, N. (2006). A systematic review of the self – concept of children with cerebral palsy compared with children without disability. *Developmental medicine & child neurology*, 48, 151 – 157.

26. Sloper, P., Kneussen, C., Turner, S., Cunningham, C. (1991). Factors related to stress and satisfaction with life in families of children with Down's syndrome. *Journal of child psychology and psychiatry*, 32, 655 – 676.

27. Sterba, J. A., Rogers, B. T., France, A. P. i Vokes, D. A. (2002). Horseback riding in children with cerebral palsy: effect on gross motor function. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 44, 301 – 308.

28. Stone, L. L., Otten, R., Engels, R. C. M. E., Vermmulst, A., Janssens, J. M. A. M. (2010). Psychometric properties of the parent and teacher versions of the Strengths and difficulties questionnaire for 4 – to 12 – years – olds: A review. *Clinical child and family psychology review*, 13, 254 – 274.

29. Tenenbaum, G. i Eklund, R. C. (2007). *Handbook of Sport Psychology*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.

30. Tomporowski, P. D., Davis, C. L., Milleer, P. H. i Naglieri, J. A. (2007). Exercise and children's intelligence, cognition, and academic achievement. *Educational psychology review*, 20, 111 – 131.

31. Zabriskie, R. B. i Ward, P. J. (2013). Satisfaction with family life scale. *Marriage and Family Review*, 49, 446 – 46.

32. Zadnikar, M. i Kastrin, A. (2011). Effects of hippotherapy and therapeutic horseback riding on postural control balance in children with cerebral palsy: a meta – analysis. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 53, 684 – 691.

33. Wiels, N. J., Jones, G. T., Haase, A. M., Lawlor, D. A., Macfarlane, G. J. i Lewis, G. (2008). Physical activity and emotional problems amongst adolescents. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 43, 765 – 772.

34. Wilson, P. E. (2002). Exercise and sport for children who have disabilities. *Physical medicine and rehabilitation clinics of North America*, 19, 907 – 923.

35. World Health Organization (2003). Health and development through psysical activity and sport. Geneva: WHO Document Production Services.

36. Yilmaz, I., Yanardag, M., Birkan, B. i Bumin, G. (2004). Effects of swimming training on physical fitness and water orientation in autism. *Pediatrics International*, 46, 624 – 626.

37. Youth inmind (2015) <<http://www.sdqinfo.org/py/sdqinfo/b3.py?language=Croatian>>. Pristupljeno 6. prosinca 2016.

