УНИВЕРЗИТЕТ У БЕОГРАДУ
ФАКУЛТЕТ ЗА СПЕЦИЈАЛНУ ЕДУКАЦИЈУ И РЕХАБИЛИТАЦИЈУ

Пројекат за израду докторске дисертације

УТИЦАЈ ТИПА И ТЕЖИНЕ ЈЕЗИЧКОГ ПОРЕМЕЋАЈА НА КВАЛИТЕТ ЖИВОТА ОСОБА СА АФАЗИЈОМ

Кандидат: Жељана Сукур, логопед

УВОД У ПРОБЛЕМ ИСТРАЖИВАЊА

У стручној литератури, појам квалитета живота углавном се везује за појам здравља, при чему се сматра да ови концепти међусобно утичу један на други и да су веома блиско повезани (Jofre & Lopez-Gomez, 2001; Бугарски В; Биро М; Нововић З, 2008). Још давне 1948. године, Светска здравствена организација (WHO) је дефинисала здравље као стање потпуног физичког, социјалног и психичког благостања, а не само одсуство болести или неспособности. Сам појам ,,квалитет живота" у целини покрива разне концепте квалитета живота, укључујући оне у вези са здрављем (HRQoL-health related quality of life), али и субјективно благостање (SWB-subjective well-being). HRQoL, с једне стране, описује какве тешкоће су настале због лошег здравља у односу на психичко и физичко функционисање, учешће у животним областима, али и ,,здравствени статус". Такође, HRQoL је један од индикатора квалитета пружене неге болесницима. SWB, с друге стране, обухвата укупно задовољство животом, задовољство животним постигнућима, као и позитивним и негативним утицајима на квалитет живота. Емпиријски подаци показују (Cruice M,et al., 2003) да комуникација као фактор квалитета живота није била у потпуности испитана, нити је утицај последица поремећаја у комуникацији и афазије на квалитет живота особе био тема проучавања. Разлог томе је чињеница да многе опште скале за мерење квалитета живота нису биле прикладне за лица са афазијом (Hilari K, Byng S. 2001). Развој скале за мерење квалитета живота специфичног за афазију SAQoL-39 (Hilari et al., 2003) довео је до пробоја у истраживању самопроцене квалитета живота од стране лица са афазијом (Dahlberg C, 2006, Ross K, 2003, Hilari K, 2003, Engell B, 2003). Истраживања спроведена овом скалом (Manders E et al.2010) указују на знатно лошији квалитет живљења ових особа у односу на здраве испитанике, посебно у домену комуникације и психосоцијалног функционисања. Истраживања (Ross et al. 2003; Hilari et al. 2003; Engel et al. 2003) говоре о томе да би комуникација могла да предвиди њихово психолошко благостање и социјални аспект функционисања. Колико поремећај комуникације може имати утицаја на друштвени живот, образовне и стручне активности, као и на укупан квалитет живота, говоре нам истраживања спроведена скалом за мерење

квалитета комуникативног живота ASHA-QCL (Paul D et al., 2004), где се квалитет комуникативног живота дефинише ,,као мера, у којој комуникација једне особе, под утицајем личних и срединских фактора (филтрирана кроз виђење те особе), омогућава активно учешће у животним ситуацијама”. Даља истраживања (Cruice M. et al. 2003, Manders E. et al. 2010) показују да је функционална комуникација посебно повезана са квалитетом живота ових особа. Према (Вуковићу, 2008, 2010) побољшати функционалну комуникацију, тј. утицати на повећање могућности што успешније комуникације у друштвеним контекстима и свакодневним активностима је и крајњи циљ третмана особа са афазијом. Према (Вуковићу, 2008) неопходно је, такође, да клиничар дефинише функционалну комуникацију сваког пацијента понаособ и одреди циљеве третмана, где се мора узети у обзир тежина поремећаја комуникације, начин живота пацијента пре болести, као и околности у којима пацијент живи, јер афазија поред језика обухвата и поремећаје бројних паралингвистичких и нелингвистичких процеса, а који су од битног значаја за успешно остваривање комуникације. Бројна истраживања истичу и утицај варијабли, као што су: пол (King RB, 1996, Kwok T et al., 2006, Carod-Artal J et al., 2000), старосно доба (Hilari K et al., 2003, Astrom M et al., 1992,De Haan R et al., 1995), ниво образовања (King RB 1996, Neau JP et al., 1998), време трајања болести (Manders E et al., 2010, Hilari K et al., 2001, 2011, Worrall L et al., 2005), брачни статус (Manders et al., 2010), на перцепцију квалитета живота ових особа. Истраживања (EngelI et al., 2003) су доказала пораст квалитета живота докле год се спроводи терапијски процес. (Hilari et al., 2011) посебно говори о значају говорне терапије, јер говорни терапеути –логопеди олакшавају комуникацију особа са афазијом. (Вуковић, 2008) истиче и значај социјалног модела терапије афазија, који је настао из покрета за борбу против дискриминације особа са инвалидитетом, с циљем, да те особе буду активно укључене у живот друштвене заједнице. Он сматра да се треба, када терапије фокусиране на оштећење не доводе до опоравка језичких и комуникацијских способности, усмерити на облике терапије које ће им помоћи да науче да што квалитетније живе са афазијом, тј. потребно је отклонити препреке које воде до успешне комуникације и социјалног ангажовања особе.

Веома важан аспект, који утиче на квалитет живљења јесте и субјективна процена неке особе о томе у којој мери су испуњене њене најважније потребе, циљеви и жеље, што утиче на њено задовољство животом (SWB–subjective well-being), о чему говоре

истраживања (Young D et al., 2001) мерена скалом за процену задовољства животом QOLI (Frisc M. B, PhD, 1994). Теорија квалитета живота о животном задовољству, коју истиче QOLI има комбиновани когнитивни и афективни приступ, да би дефинисала субјективни осећај задовољства (Frisch et al, 1989, 1992). Општа синтеза субјективног осећаја задовољства и среће је углавном дефинисана терминима афект или сазнање, или комбинацијом ова два (Andrews et al, 1991). Афективне дефиниције посматрају субјективно благостање или само као позитиван афект или као надмоћ позитивног афекта, као што је радост, испуњеност или задовољство, над негативним афектом, попут туге, депресије, анксиозности или беса у доживљају индивидуе (Andrews et al, 1991). Претпоставља се да афективне корелације субјективног осећаја благостања углавном потичу од когнитивно заснованих закључака о задовољству животом (Lazarus, 1991). Стога, животно задовољство се дефинише као ,,когнитивни процес расуђивања зависан од поређења нечијих околности са оним што се сматра одговарајућим стандардом" (Diener et al, 1985). Према овом приступу, што је мање уочено неслагање између нечијих тежњи и достигнућа, виши је ниво задовољства.

Гледано из овог угла, може се закључити да клиничка употреба инструмената за процену квалитета живота код пацијената са можданим ударом и афазијом, попут SAQoL-39 (Hilari et al., 2003), ASHA-QCL (Paul et al., 2004), QOLI (Frisc M. B, PhD, 1994), доприноси бољој рехабилитацији која је усмерена више на пацијента, на превазилажење његовог оштећења и хендикепа. Прикупљање информација утиче и на боље разумевање проблема, бољу процену исхода здравствене неге, планирање лечења, дефинисање менталног здравља и позитивног прилагођавања, разумевање бројних психолошких поремећаја, укључујући и депресију (Frisch, 1989, 1992), као и на потребе што ефикаснијег и функционалнијег психосоцијалног приступа, који би отклонили комуникациону баријеру у заједници, а самим тим, допринели што квалитетнијем живљењу.

I ЦИЉ, ЗАДАЦИ И ХИПОТЕЗЕ ИСТРАЖИВАЊА

ЦИЉ ИСТРАЖИВАЊА

Основни циљ овог истраживања је да се утврди утицај типа и тежине поремећаја говора и језика на квалитет живота особа са афазијом.

ЗАДАЦИ ИСТРАЖИВАЊА

1. Проценити квалитет живота афазичних пацијената у односу на здраве испитанике.

2. Проценити квалитет комуникативног живота код пацијената са афазијом у односу на здраве испитанике.

3. Испитати субјективни осећај задовољства код пацијената са афазијом у односу на здраве испитанике.

4. Испитати утицај варијабли као што су: старост, пол, образовни ниво, брачни статус и време трајања афазичког поремећаја на квалитет живота.

5. Испитати однос тежине афазије и квалитета живота.

ХИПОТЕЗЕ ИСТРАЖИВАЊА

1. Очекује се да ће афазични пацијенти постићи значајно ниже резултате на скалама за мерење квалитета живота у односу на испитанике без неуролошког оштећења и говорно-језичких поремећаја.

2. Очекује се да квалитет комуникативног живота корелише са квалитетом живота уопште.

3. Субјективни осећај задовољства значајно доприноси квалитету живљења код пацијената са афазијом.

4. Очекују се разлике у квалитету живота између особа са тежим и блажим степеном афазије.

5. Варијабле као што су: пол, ниво образовања, брачни статус и време трајања афазичког поремећаја значајно утичу на перцепцију квалитета живота особа са афазијом.

II МЕТОДОЛОГИЈА ИСТРАЖИВАЊА

УЗОРАК

Узорак ће чинити 60 пацијената са афазијом,који ће бити подељени према типу и тежине афазије у подгрупе.

1. *Критеријуми за укључивање у узорак*

- Идентификовано оштећење мозга у левој хемисфери.
- Доминантна употреба десне руке.
- Нагли губитак говорних и језичких функција.
- Присуство неког од класичних облика афазичког синдрома.
- Одсуство неуролошког или психичког обољења, као и одсуство поремећаја говора пре настанка афазије.

2. *Критеријуми за укључивање у контролну групу*

- Контролну групу ће чинити 60 испитаника без неуролошког оштећења и говорно-језичких поремећаја.
- Групе ће бити уједначене према: полу, образовном нивоу и старости.

ПРОЦЕДУРА И ТЕХНИКЕ ИСПИТИВАЊА

Код пацијената са поремећајем говора и језика након можданог удара биће примењен Бостонски дијагностички тест за афазије са циљем да се утврди присуство афазије, одреди тип афазичког синдрома и тежина поремећаја комуникације. Након постављене дијагнозе, примениће се следећи инструменти за процену квалитета живота: скала за процену

здравствено-заснованог квалитета живота код људи са можданим ударом и афазијом SAQoL-39 (Hilari et al,2003),скала за процену комуникативног живота QCL (Paul et al,2004) и скала за процену задовољства животом QOLI (Frisc M. B, PhD,1994).

SAQOL-39 је скала за процену здравствено-заснованог квалитета живота (HRQL) код људи који су претрпели можданн удар и имају афазију. Здравствено-заснован квалитет живота (HRQL) одражава утицај здравственог стања на способност једне особе да води испуњен живот (Bullinger et al., 1993). Он укључује процену: физичког, менталног, емоционалног, породичног и друштвеног функционисања неке индивидуе (Berzon et al., 1993). Мере здравствено-заснованог квалитета живота (HRQL) су посебно релевантне код можданог удара где су кључни циљеви рехабилитације да се олакша адаптација на инвалидитет, да се промовише друштвена интеграција и да се увећа квалитет живота (RCP, 2000). SAQOL-39 (Hilari et al, 2003) је мера само-извештавања чију администрацију врши испитивач. Примењива је на особе које су претрпеле можданн удар, укључујучи и особе са афазијом. SAQOL-39 се састоји од 39 питања која покривају четири домена: физички (17ставки), психосоциолошки (11 ставки), комуникацију (7 ставки) и енергију (4 ставке). Временски оквир за сва питања је прошла недеља. Ставке у физичком домену покривају бригу о себи (SC - self-care), мобилност (M- mobility), посао (W - work), функцију горњих екстремитета (UE -upper extremities function) и утицај физичких услова на друштвени живот. Домен комуникација састоји се од ставки о језичкој функцији (L) и утицају језичких поремећаја на породични и друштвени живот. Психосоциолошка питања тичу се мишљења (T- thinking), личности (P- personality), и расположења (M - mood), а домен енергије састоји се од 3 ставке о енергији и умору (E) и једне ставке о потреби да се записују ствари како би се запамтиле. 21 ставка пита испитанике колико проблема имају са активностима (нпр. облачењем, говором). Формат одговора за ова питања је скала од 5 поена која иде од 1- ,,нисам то могао да урадим уопште” до 5- ,,немам никаквих проблема”.Остатак ставки (18) пита о осећањима (нпр. ,,да ли сте се осећали раздражљиво?”) и другим активностима (нпр. ,,да ли сте се виђали са пријатељима мање него што бисте желели?”). Њихов формат одговора варира од 1- ,,дефинитивно да” до 5.

QCL је скала квалитета комуникативног живота. Процењује квалитет комуникативног живота одраслих особа са поремећајима говора, језика и комуникације.

Применом ове скале добијају се информације о утицају комуникативних поремећаја на квалитет веза између одраслих особа и њихове комуникативне интеракције, учешће у различитим животним активностима и квалитет живота уопште. Користи се и као помоћ у планирању третмана, утврђивању примарних циљева, саветовања и праћењу исхода (Вуковић и сар. 2012). Пре попуњавања скале (QCL) сваки испитаник се изјаснио о томе ,,какав му је данас дан", при чему је могао да изабере један од три понуђена одговора: посебно добар, просечан и посебно лош. Скала квалитета комуникативног живота (QCL) састоји се од 18 тврдњи. Свакој тврдњи испитаник може да припише нумеричке вредности од 1 до 5. Ако се испитаник у потпуности слаже са тврдњом нумеричка вредност је 5, а ако се не слаже 1. Испитаник може изабрати и одговоре који се вреднују са 2, 3 или 4 у зависности од тога у којој мери се слаже или не слаже са одређеном тврдњом. Нумеричке вредности 17 тврдњи се сабирају чиме се добија укупан скор, а затим се израчунава просечан скор. Осамнаеста тврдња ,,у целини, мој квалитет живота је добар" се посматра изоловано, уз бележење нумеричке вредности коју је испитаник приписао датој тврдњи.

QOLI је скала за мерење задовољства животом (SWB–subjective well-being). Мери нечије задовољство на основу значаја које неко приписује некој сфери живота. Састоји се од 16 сфера (здравље, самопоштовање, циљеви, вредности, новац, посао, игра, учење, креативност, љубав, помагање, пријатељи, деца, рођаци, дом, комшилук, заједница. Сваку од ових сфера оцењују испитаници у погледу њихове битности за свеукупну срећу и у погледу задовољства том сфером. Упутства наводе да ,,битно'' значи колико овај аспект живота доприноси свеукупној срећи бирајући једну од три понуђене опције: ,,небитно"(0), ,,битно"(1) или ,,врло битно"(2), ,,задовољан''значи колико су задовољене потребе, циљеви и жеље у овој области живота бирајући једну од шест понуђених опција које иду од ,,веома незадовољан" (-3) до ,,веома задовољан" (+3). Такође, постоје посебне дефиниције које се користе за поменуте сфере живота и у складу са тим треба давати одговоре. Упитник се састоји од 32 ставке, оцењивање се углавном врши ручно, јер допушта испитаницима да даље објасне своје оцене задовољства наводећи специфичне проблеме који стоје на путу њиховом задовољству у свих 16 сфера (ова опција није доступна код компјутерске верзије теста.)

Истраживање ће бити обављено у Заводу за психофизиолошке поремећаје и говорну патологију „Проф. др Цветко Брајовић” у Београду и у Специјалној болници за неуролошка оболења и посттрауматска стања „Др Боривоје Гњатић” у Старом Сланкамену.

СТАТИСТИЧКА ОБРАДА ПОДАТАКА

После завршеног истраживања приступиће се анализи и обради података уз коришћење одговарајућих статистичких метода и поступака, у складу са постављеним циљевима истраживања.

III РЕЗУЛТАТИ ИСТРАЖИВАЊА

Добијени резултати биће приказани табеларно и графички. Резултати експерименталне групе ће се поредити са резултатима контролне групе на испитиваним варијаблама. Разлике између двеју група испитаника ће бити тестиране и интерпретиране.

IV ДИСКУСИЈА

У дискусији ће бити расправљано о резултатима истраживања у односу на досадашње емпиријске податке.

V ЗАКЉУЧЦИ

Након анализе и дискусије резултата истраживања биће изведени одређени закључци.

VI НАУЧНИ ДОПРИНОС

Научни допринос ове докторске дисертације огледа се у проучавању квалитета живота код особа са афазијом, имајући у виду тешкоће кроз које пролазе због природе и тежине говора и језика. Чињеница да проблем квалитета живота код афазичних пацијената код нас није истраживан, навела нас је да се одлучимо за истраживање. Ова докторска дисертација ће допринети бољем разумевању афазичког поремећаја, а самим тим, и квалитетнијем живљењу особа са афазијом.

VI ЛИТЕРАТУРА

1. Andrews, F. M., & Robinson, J. P. (1991). Measures of subjective well-being. In J. P. Robinson, P. R. Shaver, & L. S. Wrightsman (Eds.), Measures personality and social psychological attitudes (pp. 61-114). San Diego: Academic Press.

2. Astrom , M., Adolfsson, R., Asplund, K., & Astrom, T. (1992). Live before and after stroke. Living conditions and life satisfaction in relation to a general elderly population. Cerebrovasc . Dis. 2,28-34.

3. Bugarski, V., Biro, M., & Novović, Z. (2008). Povezanost kvaliteta života i depresivnih obeležja kod pacijenata na hemodijaliznom tretmanu. Primenjena psihologija, vol. 2 (1), 5-24.

4. Carod-Artal, J., Egido, J.,Gonzalez, J., & Valera de Seijas, E. (2003). Quality of life among stroke survivors evaluated 1 year after stroke: experience of a stroke unit. Stroke, 31, 2995-3000.

5. Cruice, M., Worrall, L.,Hickson, L., & Murison, R. (2003). Finding a focus for quality of life with aphasia: social and emotional health and psychological wel-being. Aphasiology, 17, 333 - 353.

6. Dahlberg, C., Hawley, L., Morey, C., Newman, J., Cusick, C., & Harrison-Felix ,C. (2006). Social communication skills in person with post-acute traumatic brain injury: three perspectives. Brain Inj ,20,425-435.

7. De Haan, R., Adolfsson, R., Asplund, K., & Astrom, N. (1995). Quality of life after stroke: impact of stroke type and lesion location. Stroke, 26, 402 - 408.

8. Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S (1985). The Satisfaction With Life Scale. Journal of Personality Assessment; 49: 71 -75.

9. Engell, B., Hutter, B., Willmes, K., & Huber, W. (2003). Quality of Life in aphasia: validation of a pictorial self - rating procedure. Aphasiology , 17, 383 - 396.

10. Frisch, M. B. (1989). Quality of life Therapy: An integrative model of etiology, assessment, and treatment of depression and related disordes. World Congres of Cognitive Therapy, Oxford, England.

11. Frisch, M. B. (1992a). Case formulation and treatment planning for cognitive therapy of depression using the Quality of Life Inventory. Association for Advancement of Behavior Therapy, Boston.

12. Frisch, M. B. (1992b). Use of the Quality of Life Inventory in problem assessment and treatment planning for cognitive therapy of depression. In A. Freeman & F. Dattilio (Eds.), Comprehensive casebook of cognitive therapy (pp. 27 - 52). New York: Plenum.

13. Hilari, K., Byng , S., Lamping ,D., & Smith, S. (2003). Stroke and aphasia quality of life scale-39. Evaluation of acceptability, reliability and validity. Stroke , 34, 1944 -1950.

14. Hilari, K.,Wiggins, R., Roy, P., Byng , & Smith, S. (2003). Predictors of health - related quality of life (HRQL) in people with chronic aphasia. Aphasiology, 17, 365 - 381.

15. Hilari, K., & Byng, S. (2001). Measuring quality of life in people with aphasia: the stroke specific quality of life scale. Int J Lang Commun Disord , 36 (Suppl), 86 - 91.

16. Hilari, K., & Byng, S. (2009). Health - related quality of life in people with severe aphasia. Int J Lang Commun. Disord., 44, 193 - 205.

17. Hilari, K., Lamping, DL., Smith , SC., Northcott , S., Lamb, A., & Marshall, J. (2009). Psychometric properties of the stroke and aphasia Quality of life scale (SAQOL-39) in a generic stroke population. Clin . Rehabil., 23, 544 - 557.

18. Hilari, K., Northcott, S., Roy, P., Marshall, J., Wiggins, RD., Chataway, J., & Ames, D. (2010). Psychological distress after stroke and aphasia: the first six months. Clin. Rehabil., 24, 181 - 190.

19. Hilari, K. (2011). The impact of stroke: are people with aphasia different to those without? Disability and Rehabilitation, 33 (3), 211 - 218.

20. Jofre, R., & Lopez-Gomez, JM. (2001). Quality of life in end-stage renal disease patients. Am J Kidney Dis. 38 (3), 43 - 64.

21. King, RB. (1996). Quality of life after stroke. Stroke, 27, 1467 - 1472.

22. Kwok, T., Lo, R., Wong, E., Wai - Kong , T., Mok, V., & Kai - Sing W. (2006). Quality of life of stroke survivors; a 1 - year folow - up study. Arch Phys Med Rehabil, 87, 1117 - 1182.

23. Lazarus, R. S. (1991). Emotion and adaptation. New York: Oxford University Press.

24. Li, L., Young, D., & Hu, Z. (2001). Longitudinal Study of Quality of Life Following Stroke. Hong Kong J Psyhiatry, 11 (4), 17 - 22.

25. Manders, E., Dammekens, E., Leemans, I., & Michiels, K. (2010) . Evaluation of quality of life in people with aphasia using a Dutch version of the SAQOL-39. Disability and Rehabilitation, 32 (3), 173 - 182.

26. Neay, JP., Ingrand, P., Mouille – Brachet, C., Rosier, MP., Couderq, C ., Alvarez, A., & Gil, R. (1998). Functional recovery and social outcome after cerebral infarction in young adults. Cerebrovasc. Dis., 8, 296 - 302.

27. Paul, D., Frattali, C.,Holland, A.,Thompson, C., Caperton, C., & Slater, S. (2004). Quality of Communication Life Scale. American Speech - Language Hearing Association. Rockville, MD.

28. Ross, K., & Wertz, R. (2003). Quality of life with and without aphasia. Aphasiology, 17, 365 - 364.

29. Worrall, L., Rose, T., Howe, T., Brennan, A., Egan, J., Oxenham, D., & McKenna, K. (2005). Access to written information for people with aphasia. Aphasiology, 19, 923 - 929.

30. Vuković, M. (2008). Tretman afazija. Beograd, Univerzitet u Beogradu, Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju - Izdavački centar (CIDD).

31. Vuković, M. (2010). Afaziologija (drugo dopunjeno izdanje). Beograd, Arhipelag.

32. Vuković, M., Jovanović, N., Terzić, I. (2012). Odnos razumljivosti govora i kvaliteta komunikativnog života kod osoba sa cerebralnom paralizom: preliminarno ispitivanje. Beograd, Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju, zbornik radova, 11 - 219.

33. WHO. (1946). Constitution of the World Health Organization Geneva: World Health Organization.

34. WHO. (2001). The international classification of functioning, disability and health. Geneva: World Health Organization.

БИОГРАФИЈА

Жељана Сукур је рођена 1972. године у Санском Мосту, Република БиХ. Основну и средњу школу завршила у Санском Мосту. Дипломирала на Дефектолошком факултету 1997. године, смер логопедија. Одбранила магистарску тезу 2012. Године на Факултету за специјалну едукацију и рехабилитацију, научно подручје - логопедија.

Ради у Заводу за психофизиолошке поремећаје и говорну патологију ,,Проф.др Цветко Брајовић" у Београду. Бави се говорно - језичком патологијом код деце и одраслих из области афазија.

БИБЛИОГРАФИЈА

СТРУЧНА УСАВРШАВАЊА

- Завршила семинар о Афазиолошкој дијагностици и рехабилитацији у организацији Завода за психофизиолошке поремећаје и говорну патологију,,Проф.др Цветко Брајовић" у Београду, 2003. године.
- Завршила едукацију из области породичне терапије у организацији Српског православног пастирског центра у Београду, 2003. године.
- Учествовала у организацији и раду Међународног научног скупа,,Дани Завода"у Београду, 2002. године.
- Учествовала на Међународној конференцији,,Мултидисциплинарни приступи у специјалној едукацији и рехабилитацији"поводом 35 година рада Завода за психофизиолошке поремећаје и говорну патологију,,Проф.др Цветко Брајовић" у Београду, 2006.
- Учествовала на научном скупу ,,Савремени третман деце са посебним потребама" у организацији Завода за психофизиолошке поремећаје и говорну патологију,,Проф.др

Цветко Брајовић” у Београду и Факултета за едукацију и рехабилитацију у Тузли, 2009. године.

ОБЈАВЉЕНИ РАДОВИ

1. Sukur, Z. Gutesa, M., Simic, G.(2008).Multidisciplinary approach in diagnostics and rehabilitation of an aphasic patient–the presentation of the case. 13 th International Aphasia Rehabilitation Conference-Ljubljana, 69.

УНИВЕРЗИТЕТ У БЕОГРАДУ
ФАКУЛТЕТ ЗА СПЕЦИЈАЛНУ
ЕДУКАЦИЈУ И РЕХАБИЛИТАЦИЈУ

ЛИЧНИ ПОДАЦИ КАНДИДАТА ЗА ИЗРАДУ ДОКТОРСКЕ ДИСЕРТАЦИЈЕ

ПРЕЗИМЕ, ИМЕ ЈЕДНОГ РОДИТЕЉА И ИМЕ	Сукур (Момчило) Жељана
ДАТУМ, МЕСТО, ОПШТИНА И РЕПУБЛИКА РОЂЕЊА	25.12.1972.Сански Мост,БиХ
НАРОДНОСТ	српкиња
МЕСТО СТАЛНОГ БОРАВКА, ОПШТИНА, РЕПУБЛИКА	Београд, Вождовац, Србија
МЕСТО, ГОДИНА И НАЗИВ ЗАВРШЕНОГ ФАКУЛТЕТА	Београд, 1997г. ,,Дефектолошки Факултет ”
ДАТУМ СТИЦАЊА ЗВАЊА МАГИСТРА НАУКА, НАУЧНА ОБЛАСТ	23.03.2012.г., логопедија
НАЗИВ ТЕЗЕ И МЕСТО ОДБРАНЕ	Специфичности поремећаја читања код афазичних пацијената ,,ФАСПЕР”
ЗАНИМАЊЕ	логопед
РАДНА ОРГАНИЗАЦИЈА У КОЈОЈ ЈЕ ЗАПОСЛЕН, МЕСТО И АДРЕСА	Завод за психофизиолошке поремећаје и говорну патологију ,,Проф. др Цветко Брајовићу”у Београду

ПОТПИС КАНДИДАТА: