

Razvoj adaptivnih vještina djece sa sindromom Down

Matijević, Tea

Undergraduate thesis / Završni rad

2018

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, Faculty of Teacher Education / Sveučilište u Zagrebu, Učiteljski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:147:508283>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-11-03**

Repository / Repozitorij:

[University of Zagreb Faculty of Teacher Education - Digital repository](#)



**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
UČITELJSKI FAKULTET
ODSJEK ZA ODGOJITELJSKI STUDIJ**

**TEA MATIJEVIĆ
ZAVRŠNI RAD**

**RAZVOJ ADAPTIVNIH VJEŠTINA
DJECE SA SINDROMOM DOWN**

Čakovec, rujan 2018

**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
UČITELJSKI FAKULTET
ODSJEK ZA ODGOJITELJSKI STUDIJ
(Čakovec)**

ZAVRŠNI RAD

Ime i prezime pristupnika: Tea Matijević

TEMA ZAVRŠNOG RADA: Razvoj adaptivnih vještina djece sa
sindromom Down

MENTOR: prof.dr.sc. Dejana Bouillet

Sumentor: dr.sc. Zlatko Bukvić

Čakovec, rujan 2018.

Sadržaj

1. UVOD	1
1.1. Osnovna obilježja sindroma Down	2
1.2. Najčešći zdravstveni problemi i teškoće vezane uz sindrom Down	4
1.3. Obilježja socijalnog, emotivnog i kognitivnog razvoja djece sa sindromom Down	7
2. ADAPTIVNE I SOCIJALNE VJEŠTINE DJECE SA SINDROMOM DOWN	10
2.1. Govorno-glasovni i jezični razvoj i komunikacijske vještine djece sa sindromom Down	12
2.2. Ponašanje i socijalne vještine djece sa sindromom Down	13
2.3. Zdravlje i sigurnost djece sa sindromom Down	15
2.4. Funkcionalna i akademska znanja djece sa sindromom Down	16
3. SUVREMENI PROGRAMI I PRISTUPI U ODNOSU PREMA DJECI SA SINDROMOM DOWN	17
4. ZAKLJUČAK	22
LITERATURA:	
5. PRILOZI	

Sažetak:

Tema ovog rada je Razvoj adaptivnih vještina djece sa sindromom Down. Sindrom Downov smatra se jednim od najčešćih genetskih poremećaja koji nastaje zbog viška jednog kromosoma ili dijela kromosoma u jezgri svake stanice tijela. Umjesto 2 kromosoma na 21. paru, osobe s ovim sindromom imaju 3 kromosoma 21, odnosno trisomiju. Cilj rada je analizirati postojeće spoznaje o ovom genetskom poremećaju te suodnos pridruženih teškoća koje se javljaju kod djece i osoba sa sindromom Down. U radu se raspravlja i o razvojnim obilježjima s posebnim osvrtom na njihov tjelesni, mentalni, socio-emotivni i spoznajni razvoj. Djeca sa sindromom Down imaju često pridružene zdravstvene teškoće koje je potrebno pravovremenim intervencijama u najvećoj mogućoj mjeri svesti na minimalnu razinu. Adaptivno ponašanje definira se kao skup pojmovnih, socijalnih i praktičnih vještina koje je osoba naučila u svrhu funkcioniranja u svakodnevnom životu te ih je stoga potrebno poticati i razvijati od najranije dobi. Djeca sa sindromom Down temeljem međunarodnih i nacionalnih zakonskih propisa imaju pravo na primjerene oblike odgoja i obrazovanja te kontinuiranu i kvalitetnu zdravstvenu skrb. U ovom se radu analiziraju i argumentiraju razvojne osobitosti djece sa sindromom Down te njihova uspješnost u usvajanju adaptivnih vještina uz individualiziranu podršku obitelji, vršnjaka i profesionalnih službi.

Ključne riječi: adaptivne vještine, inkluzija, sindrom Down

Summary:

Subject of this paperwork is Development of the adaptive skills among the children with the Down-syndrome. Down syndrome is considered to be one of the most common genetic disorders. It is just a cromosomal disorder which appears because of the presence of all or part of a third copy of chromosome 21. Instead of having 2, people with this disorder have 3 chromosome 21, known as trisomy 21. The main goal of this paperwork is to analyse existing knoweledge on this genetic disorder and correlation between its following issues that people with the Down-syndrome have. Also, it will be disscused about developmental features with specific reference on their physical, mental, socio-emotional and cognitive development. Children with the Down-syndrome often have many health issues following and those issues need to be brought down to their minimum as much as possible by intervening on time. Adaptive behaviour is defined as conceptual, social and practical skills combined altogether that a person has learned with purpose to function in everyday life and that is why they need to start develop at a very young age. Children with the Down-syndrome based on international and national law regulations have every right on appropriate forms of education and continuous health care. In this paperwork developmental features among children with the Down-syndrome are analysed and argumented as long as their efficiency in gaining adaptive skills with the individualized support from their families, peers and proffesional services.

Key words: adaptive skills, inclusion, Down-syndrome

1. UVOD

„Biti roditelj je prekrasan izazov, biti roditelj djeteta s Down sindromom je zaista poseban izazov.“ (Vuković, Vrbić, Pucko, Marciuš, 2014, str. 5)

Kada govorimo o adaptivnim vještinama, to su vještine koje su potrebne pojedincu kako bi se mogao prilagoditi zahtjevima svakodnevnog života. Adaptivne vještine obuhvaćaju širok raspon vještina od onih osnovnih kao što su npr. samostalno oblačenje, prehrana, komunikacija, sve do sposobnosti samostalnog života u zajednici i mogućnosti zapošljavanja. Adaptivne vještine, dakle, omogućavaju osobi da u skladu sa svojim uzrastom samostalno, sigurno i adekvatno funkcionira u svakodnevnom životu (Anđelković, 2014).

Djeca s teškoćama u razvoju iskazuju mnoge teškoće u adaptivnom ponašanju i funkcioniranju, te su poznata odstupanja na području spoznaje, govora, motorike i ponašanja, odnosno u obrazovnim dostignućima i socijalizaciji. Sukladno tome, što su teškoće djeteta izraženije, problemi u socijalizaciji i adaptivnom ponašanju su znatno češći (Zuliani i Juričić, 2012).

Kvalitetniji život djece s teškoćama u razvoju moguće je ostvariti njihovim uključivanjem u redovite uvjete odgoja i obrazovanja prema načelima inkluzije (Dragojević, Šenjug-Užarević i Wagner-Jakab, 2017). Odgojno-obrazovna inkluzija podrazumijeva uvažavanje djece s teškoćama i predstavlja preduvjet za uključivanje djece s teškoćama i osoba s invaliditetom u društvo osiguravajući im prilike za razvoj socijalnih i komunikacijskih vještina (Dragojević i sur., 2017).

Navedeno je ranije da djeca rođena sa sindromom Down imaju u svim svojim stanicama jedan kromosom (broj 21) više, a razlog nastajanja ovakve pogrešne podjele stanica još uvijek je nepoznat (Vuković i sur., 2014), ali je prihvaćeno da genetskim poremećajima doprinose nepovoljni faktori iz okruženja. Opisana genetska mutacija rezultira specifičnim fizičkim izgledom osoba sa sindromom Down koje se univerzalno manifestira među svim rasama. Djeca i osobe sa sindromom Down nikad ne mogu dostići stupanj mentalnog razvoja njihovih vršnjaka, a postoji i široka varijabilnost u prognozi trajanja njihovog životnog vijeka. Što je bolja upućenost populacije odgajatelja, učitelja i svih stručnjaka koji se bave

pružanjem podrške djeci i osobama sa sindromom Down o njihovim karakteristikama i obilježjima funkcioniranja, to je lakše stvoriti prilike osobama sa sindromom Down i njihovim obiteljima za potpuniji i aktivniji život (Mardešić i sur., 2003; Vuković i sur., 2014).

1.1. Osnovna obilježja sindroma Down

Što se tiče povijesti sindroma Down, *"vjerojatno je da oduvijek ima osoba sa sindromom Down."* (Vuković i sur., 2014, str. 14)

Sindrom Down postojao je i puno prije nego što je medicinski istražen što dokazuje arheološki nalaz lubanje djeteta u starom saksonskom grobu koja je imala sve anatomske osobine sindroma Down. Prvi pisani opis dao je Esquirol 1838. godine, a iscrpnu kliničku sliku psiholog Seguin 1846. u djelima „Pedagogija za slaboumne“ i „Idiotija i njeno liječenje fiziološkim metodama“ (prema Čulić i Čulić, 2008).

John Langdon Down bio je engleski liječnik koji je u svom privatnom sanatoriju za mentalno zaostalu djecu susreo bar 10% djece koja su nalikovala jedan drugome kao braća (Čulić i Čulić, 2008). On je zamijetio da je ova njihova posebnost neobičan biološki fenomen, jer se ne uklapa u ostalu sliku djece s teškoćama u razvoju. Tu posebnost tada je nazvao izrazom „mongoloizam“. Dalje se navodi da je utemeljio bolnicu u Normansfieldu u Engleskoj, svojevrstu obiteljsku kuću i mjesto za osobe s poteškoćama u razvoju u kojoj su se isti educirali i živjeli, te da se štićenike doma poticalo se na raznovrsne aktivnosti kao što su pjevanje, plesanje, sviranje, te rad na farmi. (Čulić i Čulić, 2008)

Neugodan i pogrešan naziv „mongoloizam" postupno je napušten, a prihvaćen je naziv „Down's Syndrome" prema Johnu Langdonu Downu koji je prvi opisao ovaj sindrom (prema Vuković i sur., 2014).

Ovisno o uzroku autori opisuju tri tipa sindroma Down. Klasični tip nastaje zbog nerazdvajanja kromosoma i događa se u približno 95% slučajeva. Osim klasične trisomije 21 postoje i osobe sa sindromom Down koje imaju dvije različite vrste stanica, jednu s normalnim brojem kromosoma, a drugu s 47 kromosoma. Taj

tip nazivamo mozaički tip, a događa se u približno 1-2% slučajeva. Treći, translokacijski tip javlja se kada se dio 21. kromosoma odvoji tijekom podjele stanica i „zakvači“ za drugi kromosom pa ne dolazi do promjene ukupnog broja kromosoma. To se naziva translokacija ili premještaj, stoga je ovaj tip po tome i dobio ime. Translokacijski tip javlja se u približno 3-4% slučajeva (Vuković i sur.,2014).

Povećani rizik za razvoj trisomije predstavlja starija dob majke pa se svim trudnicama starijim od 35 godina preporuča prenatalna dijagnostika. Ukoliko bračni par dobije prvo dijete sa sindromom Down, vjerojatnost da će i drugo dijete imati sindrom Down procijenjena je na 2,5% (prema Čulić i Čulić, 2008).

Vuković i sur. (2014) navode da postoji preko 50 karakterističnih obilježja sindroma Down, a njihov broj i intenzitet razlikuje se od djeteta do djeteta. Mnoge karakteristike sindroma Down mogu se pronaći i kod djece tipičnog razvoja. Zbog toga se ukoliko postoji sumnja na ovaj sindrom može raditi pretraga iz krvnih stanica i izrada kariotipa koji prikazuje broj, veličinu i izgled kromosoma izoliranih iz jedne stanice (Vuković i sur., 2014).

Daniels i Stafford (2003) ističu neke značajke sindroma Down:

- slab mišićni tonus ili slaba snaga mišića
- kose oči s naborima kože u unutrašnjim uglovima
- hiperfleksibilnost ili prekomjerna sposobnost istezanja zglobova
- kratke, široke šake sa samo po jednom linijom na jednom ili oba dlana
- široka stopala kratkih prstiju
- ravan most nosa
- kratke, nisko postavljene uši
- kratak vrat i mala glava
- mala usna šupljina
- kratkotrajan plač visoke frekvencije (kod beba)

Kod djece sa sindromom Down poznata obilježja se javljaju više ili manje upadljivija od drugih. Iako djecu sa sindromom Down karakteriziraju slična tjelesna obilježja ona ipak ne izgledaju sva jednako jer se s vremenom neka obilježja i mijenjaju (Ivanković, 2003). Većina tjelesnih obilježja ne šteti fizičkom razvoju ni zdravlju djeteta. Naprimjer, mali prst svinut prema unutra ne smanjuje funkciju šake,

a kosi očni kapci ne smanjuju vidnu sposobnost djeteta. Djecu sa sindromom Down važno je doživljavati i gledati na način kao i svu ostalu djecu tipičnog razvoja, pa se ne bi trebala davati velika važnost tjelesnim osobinama djeteta (Ivanković, 2003).



Slika 1. Karakterističan izgled osobe sa sindromom Down¹

1.2. Najčešći zdravstveni problemi i teškoće vezane uz sindrom Down

Djeca rođena sa sindromom Down imat će još niz zdravstvenih teškoća (prema Vuković i sur., 2014) od kojih će neke biti zastupljene u većoj, a neke u manjoj mjeri. Svako je dijete individua i nijedno dijete sa ili bez sindroma Down nije isto, stoga će određene zdravstvene teškoće različito utjecati na funkcioniranje svakog pojedinog djeteta.

Kod djece sa sindromom Down česti su kardiovaskularni poremećaji i komplikacije tako da srčanu grešku ima otprilike 40% djece sa sindromom Down. Često je pogođen prednji predjel srca, pa se mogu javiti rupe na stijenkama srčanih klijetki ili nedovoljno razvijeni srčani zalisci (Ivanković, 2003). Srčane greške i zdravstveni problemi vezani s kardiovaskularnim bolestima mogu ugroziti život djeteta, kao i njegov daljnji tijek razvoja. Autorica predlaže preventivno provođenje pretraga kojima bi se uklonile sumnje ili utvrdilo postojanje zdravstvenih problema

¹ Dostupno na www.google.hr/search?q=sindrom+down&rlz=1C1PRFE_enHR690HR690&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwix85PV_4_dAhWNGewKHQxqD28Q_AUICigB&biw=1366&bih=662#img=c=MTa-cS-P3wZ-zM

koje je potrebno tretirati radi očuvanja i poboljšavanja kvalitete djetetova života (Ivanković, 2003).

Veliko područje na kojem se mogu pojaviti zdravstvene teškoće je gastrointestinalni sustav. Među najčešćima spominju se anatomske anomalije (npr. duodenalna stenoza), funkcionalni poremećaji (GERB, Hirschprung, opstipacija) i nutritivni poremećaji (npr. celijakija) (Vuković i sur., 2014). Neka od tih stanja uočljiva su odmah po rođenju, npr. duodenalna atrezija ili inperforirani anus koje je nužno riješiti kirurškim putem. Kod većine osoba sa sindromom Down problem opstipacije može se umanjiti adekvatnom prehranom, fizičkom aktivnošću i adekvatnim unosom tekućine (Vuković i sur, 2014).

Najčešći poremećaji i bolesti na području endokrinološkog sustava koje mogu imati osobe sa sindromom Down su poteškoće u funkcioniranju štitne žlijezde. U većini slučajeva radi se o hipotireozu, tj. o usporenom radu štitnjače (Vuković i sur., 2014). Oni navode da su posljedice usporenog rada štitnjače smanjeni rast, umor, poremećaj sna i promjena apetita, a budući da su ovo neka od obilježja samog sindroma Down, za procjenu funkcioniranja štitne žlijezde potrebno je napraviti analizu hormona štitnjače u krvi (Vuković i sur, 2014).

Raznoliki problemi vezani su za uho, grlo i nos, što ukazuje na učestalost zdravstvenih teškoća na otorinolaringološkom području. Autori Vuković i sur. (2014) navode da je kod djece sa sindromom Down u odnosu na ostalu populaciju naglušnost češća. Zbog čestih infekcija dišnih putova slina se slijeva u slušni kanal, što uzrokuje mijenjanje slušne percepcije u najosjetljivijem razdoblju razvoja. Bitno je što ranije otkriti poteškoću sluha u djece jer roditelji tu poteškoću često objašnjavaju sa samim sindromom, mentalnim i kognitivnim kašnjenjem (Vuković i sur., 2014). Navedene teškoće i bolesti mogu svojim djelovanjem ometati dijete u svakodnevnom funkcioniranju i ostvarivanju primjerenih interakcija s njegovim vršnjacima i odraslim osobama.

Sindrom Down utječe i na živčani sustav na više načina. Rezultat su poteškoće u području kognitivnog funkcioniranja, govora ili učenja. Mišićna kontrola i mišićni tonus također su promijenjeni. Vuković i sur. (2014) navode važnu ulogu neuropedijatra kao jednog od najčešćih i najranije konzultiranih medicinskih

stručnjaka u skrbi djece sa sindromom Down. On je sastavni dio tima koji prati razvoj djeteta. Djeca i odrasli sa sindromom Down mogu imati smetnje ponašanja, a često i psihičke probleme. Najčešće nalazimo simptome koji su inače specifični za poremećaj hiperaktivnosti, javljaju se teškoće ponašanja, poremećaji raspoloženja i obilježja ponašanja koja su opisivana unutar poremećaja iz spektra autizma (Vuković i sur., 2014).

Imunološko-hematološki poremećaji 20 puta su češći kod djece sa sindromom Down u odnosu na ostalu populaciju (Čulić i Čulić, 2008). Javljaju se imunodeficijencija, prerano starenje, neurodegenerativna oboljenja i povećan rizik od leukemije. Autorice (Čulić i Čulić, 2008) navode da poremećaj imunološkog sustava povećava rizik za nastanak infekcija. Hematološki poremećaji se mogu javiti u bilo kojoj životnoj dobi, a oko 30% novorođene djece sa sindromom Down u naredne tri godine oboli od leukemije (Čulić i Čulić, 2008).

Različite anomalije i oštećenja lokomotornog sustava prisutna su kod djece sa sindromom Down. Najčešće su anomalije stopala, fuzije kičmenih pršljenova, dok je hipotonija mišića te hiperelastičnost i nestabilnost zglobova u novorođenačkom uzrastu prisutna u 80-100% slučajeva. Mlilitavost mišića, pojačana elastičnost i nestabilnost zglobova, nedovoljna razvijenost glave i vrata bedrene kosti, ravna stopala doprinose nestabilnosti i pogoršavanju anomalija skeleta (sve prema Čulić i Čulić, 2008).

Djeca sa sindromom Down imaju i poteškoće na stomatološkom području. Poteškoće se očituju u zakašnjelom nicanju zubi i u mliječnoj i u trajnoj denticiji. Za sindrom Down karakteristične su anomalije broja i oblika zubi kao i problemi sa zagrizom (prema Meštrović, Mikšić, Štefanac-Papić i Stipetić, 2002). Skloni su periodentalnim bolestima i gingivitisu kao posljedicu smanjenog celularnog imuniteta. Adekvatna higijena usne šupljine osoba sa sindromom Down neophodna je za održavanje zdravlja zubi i usne šupljine. Roditelji i odgajatelji trebali bi poticati i motivirati djecu na održavanje zubne higijene (Vuković i sur., 2014).

Problemi vida kod djece sa sindromom Down također su česti. Autori Vuković i sur. (2014) te Čulić i Čulić (2008) navode da su strabizam, kratkovidnost i dalekovidnost vrlo česti, ali ih je moguće lako ispraviti i korigirati pomagalima.

Potrebno je vježbati vizualnu pažnju, kontakt očima i vizualno praćenje predmeta pokretima očiju u najranijoj dobi. Djeca sa sindromom Down puno su bolja u vizualnoj percepciji nego u auditivnoj, pa to treba iskoristiti. Utvrđeno je da djeca sa sindromom Down imaju teškoće u fokusiranju bližih predmeta, da vide manje detalja, manje kontrasta, kao i da mutnije vide boje. (Vuković i sur., 2014; Čulić i Čulić, 2008).

Djeca sa sindromom Down često imaju konduktivno oštećenje sluha koje nastaje zbog infekcija uha i nakupljanja tekućine u uhu, što sprječava da se zvuk uspješno i dosljedno prevodi (prema Vuković i sur, 2014). Djeca često ne čuju neke specifične frekvencije i glasnoće zvuka, a stalni gubitak sluha može biti posljedica unutrašnjeg uha ili slušnog živca. Kako bi djeca sa sindromom Down što kvalitetnije mogla funkcionirati u svakodnevnom životu autori preporučuju što raniju dijagnostiku problema te kontinuirano praćenje.

Kod djece sa sindromom Down vidljiva su odstupanja i na motoričkom planu. Za sve pokrete potrebna je kontrola glave i trupa, a zbog hipotonije trupa i hiperfleksibilnosti zglobova djeca sa sindromom Down imaju poteškoća s kakovima se ne susreću djeca tipičnog razvoja (Škrbina, 2010). Autorica Škrbina (2010) nadalje navodi da se hipotonija izrazito očituje na zglobovima nogu, što rezultira smanjenom funkcijom donjih ekstremiteta i smetnjama u hodu. Autorice Čulić i Čulić (2008) savjetuju primjenu specifičnih fizikalnih vježbi koje može provoditi terapeut ili obučeni roditelj jer takva vrsta razvojnog liječenja ima veliku važnost u potpunijem i adekvatnijem razvoju senzomotornih sposobnosti ove djece.

1.3. Obilježja socijalnog, emotivnog i kognitivnog razvoja djece sa sindromom Down

Dijete koje se odgaja u emocionalno sigurnoj okolini ima uvjete za kvalitetan razvoj, odnosno ima uvjete za kompetentno djelovanje sukladno svojim sposobnostima (prema Škrbina, 2010). Adekvatna socio-emocionalna podrška baza je za uspješno uvježbavanje različitih vještina.

Autorica Miljević-Ridički (2015) opisuje teoriju posredovanog iskustva učenja Reuvena Feuersteina koja je dio šireg teorijskog okvira koji se odnosi na strukturalnu kognitivnu promjenjivost. Temeljna pretpostavka teorije je da svaki pojedinac ima sposobnost i mogućnost za promjenu, bez obzira na dob ili stanje u kojem se nalazi. Jedinstvena karakteristika ljudskog organizma jest da je sposoban za promjenu niza motivacijskih i kognitivnih funkcija, te da se na taj način prilagođava zahtjevima koje nameću različite životne situacije (Miljević-Ridički, 2015).

Autorica Miljević-Ridički (2015) nadalje navodi da Feuerstein naglašava važnost povezanosti ljudskog razvoja i sociokulturalne okoline. Odnos djeteta i njegove okoline značajan je čimbenik u kognitivnom razvoju djeteta. Dijete je s okolinom povezano preko posrednika, u ranom djetinjstvu to je najčešće majka i uža obitelj. Kognitivno funkcioniranje ovisi o podražajima koji dolaze iz okoline. Feuersteinova teorija ističe važnost kvalitete interakcije pojedinca i okoline. Učenje posredovanjem iskustva povećava mogućnost za promjenu i primjereni kognitivni razvoj djeteta, a u slučajevima kad se javlja nedostatak učenja posredovanjem iskustva, posljedica je smanjena mogućnost za promjenu, odnosno neprimjereni kognitivni razvoj (Miljević-Ridički, 2015).

Prema Piagetovoj kognitivno razvojnoj teoriji djeca aktivno grade svoje znanje istražujući svijet koji ih okružuje (prema Berk 2008) i manipulirajući njime. Središnje mjesto u Piagetovoj teoriji zauzima pojam adaptacije. Jednako kao što su tjelesne strukture prilagođene svojoj okolini, tako se i strukture uma razvijaju na način da postaju bolje prilagođene vanjskom svijetu ili da ga bolje reprezentiraju (Berk, 2008).

Piagetova teorija govori da se s razvojem djetetova mozga i povećanjem njegova iskustva dijete kreće kroz četiri velika razvojna stadija, pri čemu svaki od njih obilježavaju kvalitativno različiti načini mišljenja (Berk, 2008).

Senzomotoričkom fazom počinje kognitivni razvoj koju karakterizira djetetova upotreba osjetila i pokreta u svrhu istraživanja svijeta. Ti obrasci djelovanja u predoperacijskom stadiju prerastaju u simboličko mišljenje predškolskog djeteta koje je prepuno nelogičnosti. Nakon toga, u stadiju konkretnih operacija spoznaja se preobražava u organiziranije rasuđivanje školskog djeteta. Naposljetku, u stadiju

formalnih operacija mišljenje postaje kompleksan, apstraktan sustav rezoniranja adolescenata i odrasle dobi (prema Berk, 2008).

Kada govorimo o mentalnom razvoju djece sa sindromom Down, njihov mentalni razvoj razlikuje se od ostale populacije. Autorice Čulić i Čulić (2008) navode da djeca sa sindromom Down imaju usporen psihomotorni razvoj, različite oblike i stupnjeve neurorazvojnih odstupanja uzrokovane poremećajima razvoja mozga i smanjenog broja neurona. Ova djeca uglavnom imaju ispodprosječno intelektualno funkcioniranje, a kvocijent inteligencije progresivno pada nakon prve godine života, te se stabilizira oko sedme godine, što rezultira umjerenom do teškom intelektualnom teškoćom. Mentalni razvoj djece sa sindromom Down je izrazito spor, a u usporedbi sa tipičnom djecom razlike postaju izraženije s povećanjem kronološke dobi. Tako na primjer ona sa sindromom Down u dobi od jedne godine postižu umni razvoj djece urednog razvoja od 6-8 mjeseci, u dobi od šest godina kognitivni je razvoj na razini tipičnih trogodišnjaka a oko desete godine postignu razinu zdravog četverogodišnjaka (Čulić i Čulić, 2008).

Planiranje rane razvojne intervencije u području spoznajnog razvoja podrazumijeva korištenje pasivnog modeliranja. Djetetu treba demonstrirati model aktivnosti obvezatno jednim osjetilnim modalitetom, s naglaskom na vizualni. Kad se zapaze teškoće u učenju specifičnih aktivnosti, treba ponuditi učenje istog na drugačiji način ili započeti učenje nove aktivnosti. Model aktivnosti treba prikazivati u kratkim odsječcima, usporeno i više puta (Čulić i Čulić, 2008).

Što se tiče socijalno-emotivnog razvoja djece sa sindromom Down, ona izražavaju osnovne 4 emocije kao i njihovi vršnjaci tipičnog razvoja, ali duže nego djeca tipičnog razvoja zadržavaju način izražavanja emocija karakterističan za ranu dob (Čulić i Čulić, 2008). U izražavanju emocija izrazito su spontana i teško odlažu emotivnu reakciju što je obilježje i djece usporenog kognitivnog razvoja. Socijalno otvoreno ponašanje bez inhibicija smatra se izrazitom odlikom razvoja ove djece. Djeca sa sindromom Down sklona su inatu što je djelomično određeno naučenim obrascima ponašanja, a djelomično je obilježje povezano sa sindromom. S ciljem usmjeravanja cjelokupnog razvoja potrebno je djetetu postavljati jasne zadatke, pravila i ograničenja, kao i izbjegavati popustljivost i nedosljednost. Treba ga

poticati na samostalno biranje ili započinjanje aktivnosti, a svaki vid samostalnosti trebalo bi nagraditi (Čulić i Čulić, 2008).

2. ADAPTIVNE I SOCIJALNE VJEŠTINE DJECE SA SINDROMOM DOWN

Adaptivno ponašanje definira se kao skup pojmovnih, socijalnih i praktičnih vještina koje je osoba naučila u svrhu funkcioniranja u svakodnevnom životu (Sekušak-Galešev, 2010). Adaptivno ponašanje podrazumijeva ovladanost područjima brige za sebe i vlastitu sigurnost, komuniciranjem, usvajanjem i održavanjem kulturno-higijenskih navika, socijalnim funkcioniranjem i slično. Važnost adaptivnih vještina naglašava njihova uključenost u dijagnostičke kriterije za utvrđivanje intelektualnih teškoća (prema Zuckerman, 2016).

Zuckerman (2016) navodi da je problem kriterija više vezan za okolinu nego za samu osobu te vještine naučene u jednom okruženju mogu biti potpuno neupotrebljive u nekom drugom. Za usvojenost adaptivnih vještina važni su i kognitivni potencijali za sposobnost učenja i usvajanja znanja.

Djeca s teškoćama u razvoju znatno se rjeđe druže i ostvaruju kontakte s drugom djecom, zbog toga teže stječu i ostvaruju prijateljstva te sporije razvijaju socijalne vještine (Zuckerman, 2016).

Djeca tipičnog razvoja relativno brzo postaju samostalna u aktivnostima samozbrinjavanja kao što su primjerice jedenje, oblačenje, održavanje higijene i korištenje kućanskih aparata, dok je djeci usporenog kognitivnog razvoja potrebno osigurati podršku kroz dulje vremensko razdoblje. Obzirom na razine potrebne podrške, djeci s teškoćama najčešće je potrebna kontinuirana podrška u većini svakodnevnih aktivnosti.

Prikladan socijalni razvoj zahtjeva poznavanje i razumijevanje normi, pravila i vrijednosti zajednice u kojoj pojedinac živi, kao i ovladavanje umijećima nužnim za djelotvornu interakciju unutar te zajednice. Dijete koje je to uspjelo, razvilo je vještine socijalne kompetencije (prema Brajša-Žganec, 2003). Dakle, kada se govori o adaptivnom ponašanju tada ja pažnja usmjerena na učinkovitost osoba u

ispunjavanju zahtjeva svakodnevnog života i ponašanja koja su u skladu sa usvojenim standardima za dob, s očekivanjima obzirom na sociokulturalno porijeklo i uvjetima života u zajednici (Žic-Ralić i Cvitković, 2011). Često se niža razina adaptivnog ponašanja djece manifestira kroz socijalnu nekompetentnost i nepoželjne oblike ponašanja. Brajša-Žganec (2003) navodi da će djetetova socijalna kompetencija ovisiti o njegovoj sposobnosti regulacije emocija, poznavanju i razumijevanju okoline, socijalnim vještinama, te njegovoj sposobnosti da se ponaša u skladu s tim spoznajama. Adaptivno ponašanje se stoga smatra važnim za prihvaćenost od strane vršnjaka, učitelja i ostalih djetetu važnih osoba (Žic-Ralić i Cvitković, 2011).

Autori Špoljar i Kralj (2014) opisuju socijalne vještine kao ponašanja koja pomažu djetetu u stvaranju socijalnih interakcija i kvalitetnih odnosa. Ta ponašanja pridonose integraciji u vršnjačku skupinu i uspješnijem nošenju sa zahtjevima i izazovima koje pred njega postavlja okolina. Socijalne vještine odnose se na vještine komuniciranja, rješavanja problema, komuniciranja, odlučivanja, kreativnog i kritičkog mišljenja i upravljanja sobom, svojim emocijama i ponašanjem. Povezane su s prihvaćanjem od strane vršnjaka što doprinosi socijalnom i kognitivnom razvoju (Špoljar i Kralj, 2014).

Budući da socijalne interakcije uključuju niz socijalnih vještina, socijalno kompetentna djeca usklađuju svoje ponašanje s tuđim tako što nalaze zajednički jezik, razmjenjuju informacije i ispituju sličnosti i razlike u skladu s naučenim prosocijalnim vještinama.

Prosocijalne vještine sastoje se od osnovnih socijalnih vještina, vještina povezanih s funkcioniranjem u grupi, postupanja s osjećajima i stresom te alternativa za agresiju (Brajša-Žganec, 2003). Ovladavanje prosocijalnim vještinama od velike je važnosti da bi se dijete dobro osjećalo i adekvatno socijalno razvijalo. Dijete može usvojiti prosocijalne vještine poput kooperativnosti, odgovornosti, empatije, velikodušnosti, ljubaznosti, radoznalosti, ali i vještine poput svadljivosti, škrtosti, sukobljavanja i egoističnosti (Brajša-Žganec, 2003). Djeca koja su ovladala prosocijalnim vještinama, te koja razumiju tuđa emocionalna stanja imaju manje eksternaliziranih i internaliziranih problema u ponašanju, fizički su zdravija, imaju jače samopoštovanje i povjerenje u okolinu (Brajša-Žganec, 2003).

2.1. Govorno-glasovni i jezični razvoj i komunikacijske vještine djece sa sindromom Down

Razvoj komunikacije ima utjecaj na sva područja razvoja, uključujući socijalni i emocionalni razvoj, te kognitivne sposobnosti. Komunikacija nam omogućava kontrolu našeg svijeta i dijeljenja naših nada, snova i briga.

U populaciji djece tipičnog razvoja, uobičajen je spontani razvoj sposobnosti govora i komunikacije kad u okruženju postoje dobri govorno-jezični i komunikacijski modeli. U razvoju sposobnosti i vještine govora moguća su fiziološka odstupanja jer je poznato da djeca općenito razvijaju govorne i jezične vještine prema jednakim razvojnim obrascima ali one ne moraju biti u potpuno istim vremenskim okvirima (prema Vuković i sur., 2014). Vještine komuniciranja djece sa sindromom Down se općenito razvijaju sporije pa čak i uz osiguranu primjerenu podršku i rehabilitaciju.

Buckley i Bird (2010) navode da se govor većine djece sa sindromom Down teško razumljiv dok ih se bolje ne upozna i to uglavnom zbog odstupanja u izgovoru pojedinih glasova kao i zbog teškoća sa stvaranjem složenih rečenica. Unatoč tim teškoćama djeca sa sindromom Down žele komunicirati.

Buckley i Bird (2010) djecu sa sindromom Down opisuju kao vrlo druželjubivu djecu koja kontakt s drugima pokušavaju ostvariti ili riječima ili znakovima i govorom tijela. Ipak, zbog vlastite nesigurnosti i u skladu s mentalnom dobi rijetko će inicirati razgovor no rado će sudjelovati kada im se netko obrati. U pravilu govore manje od većine svojih vršnjaka, što znači da imaju manje prilika za govorno-jezičnu praksu. Vježba i prilike su pretpostavke uspješne komunikacije u socijalnim situacijama (Buckley i Bird, 2010).

Djeca s lakšim teškoćama govora, jezika i komuniciranja mogu relativno brzo uz primjenu odgovarajućih oblika rehabilitacije i govornih vježbi prevladati razvojna govorno-jezična odstupanja, dok je kod djece s izraženijim teškoćama u razvoju govora i komunikacije potrebno više vremena da nauče kako izraziti i zadovoljiti osnovne potrebe (Zuckerman, 2016).

Za uspješan razvoj govora neophodno je i u najranijoj dobi prepoznati specifične potrebe djeteta (prema Kiš-Glavaš i Fulgosi-Masnjak, 2002), te ne podcjenjivati djetetovu sposobnost razumijevanja koja je puno veća od sposobnosti izražavanja. Prilikom provođenja aktivnosti za unapređivanje komunikacijskih vještina treba krenuti od bližega ka daljemu, što znači da krećemo od interaktivne komunikacije, gesti i znakova koje su djetetu već poznate i nisu prevelikog opterećenja, pa težimo ka težemu i djetetu apstraktnome. Uspješnost izgovaranja određenog glasa, riječi ili rečenice motivira djecu na daljnji rad (Kiš-Glavaš i Fulgosi-Masnjak, 2002).

Osobama koje su u svakodnevnom doticaju s djetetom potrebno je istaknuti važnost strpljenja i poticanja vokalizacije jer se često događa da su odrasli nestrpljivi i nemaju vremena saslušati dijete pa često nude moguće odgovore umjesto djeteta, a time dodatno otežavaju njegov govorno-jezični razvoj (Čulić i Čulić, 2008).

Autori Vuković i sur. (2014) su suglasni da interakciju s djetetom bez obzira na teškoće treba početi od rođenja, a bitno je djetetu omogućiti i raznolikost osjetilnih iskustava i poticajnu sredinu. Svakodnevne aktivnosti mogu poboljšati djetetov komunikacijski razvoj i biti prilika za učenje. Komunikacija je dio svakodnevnog života pa je posve prirodno razgovarati o određenim aktivnostima za vrijeme obavljanja svakodnevnih poslova (Vuković i sur., 2014).

2.2. Ponašanje i socijalne vještine djece sa sindromom Down

Socijalne vještine se uče od samog rođenja. Roditeljska odgovornost i skrb, odnos roditelj-dijete u ranom djetinjstvu, te interakcija među članovima obitelji od iznimne su važnosti za razvoj socijalnih vještina djeteta. Odgovorno i brižno roditeljstvo pomaže djetetu uvidjeti svijet u pozitivnom svijetlu i očekivati vrijedne odnose s drugima.

Najveću ulogu u socijalizaciji djeteta imaju roditelji, jer djeca koja imaju dobar odnos s roditeljima pokazuju visok stupanj socijalne kompetencije. Taj odnos između roditelja i djeteta je topao, pun ljubavi, pozitivne energije i poučne interakcije. Isto tako, djeca s bogatijim, potpunijim i emocionalno sigurnijim

odnosom u obitelji imaju više uspjeha u odnosima s drugom djecom (Jurčević-Lozančić, 2011).

Dijete usvojenih socijalnih vještina odrasta uz roditelje s kojima ga veže interakcija ispunjena međusobnim prihvaćanjem, te autoritativnim odgojnim stilom što podrazumijeva pružanje topline i nadzora kroz jasno postavljanje granica, te pozitivno usmjeravanje bez prisilnog oblika discipliniranja i tjelesnog kažnjavanja (Špoljar i Kralj, 2014). Navedeni elementi roditeljskog odgoja temelj su socijalnog razvoja djeteta jer takvo poticajno roditeljstvo utječe na stvaranje slike djeteta o njemu samom i okolini koja ga okružuje (Špoljar i Kralj, 2014). Dijete će imati više samopouzdanja i poštovanja prema sebi i drugima, biti sretno i ispunjeno te manje sklono neke svakodnevne događaje doživljavati stresnima, rjeđe se osjećati povrijeđeno u socijalnim kontaktima, a probleme u odnosima češće doživljavati kao privremene i rješive (Špoljar i Kralj, 2014).

Socijalni razvoj uključuje razvoj međuljudskih socijalnih vještina, sposobnost stjecanja prijateljstava, igranja i društveno prihvatljivog ponašanja koje je potrebno svakom djetetu u svakodnevnom životu (prema Žic-Ralić i Cvitković, 2011). Sposobnost uvažavanja drugih, razumijevanje ponašanja i emocija drugih ljudi vrlo je važno za socijalizaciju djeteta. Djeca sa sindromom Down možda neće razumjeti svaku riječ zbog slabijeg kognitivnog razvoja i siromašnijeg vokabulara, ali iz neverbalne komunikacije, tona i boje glasa će izvući poruku i trenutno stanje emocija drugih ljudi (Žic-Ralić i Cvitković 2011).

Također, za očekivati je da će mala djeca razviti socijalne vještine kroz interakciju s vršnjacima u periodu predškolskih programa. U odgojno-obrazovnoj ustanovi koja promovira inkluziju, omjeri da dijete s teškoćama u razvoju poboljša svoje socijalne vještine se povećavaju, jer imaju veću mogućnost interakcije s vršnjacima (Dragojević, Šenjug-Užarević i Jakab, 2017). Međutim, djeca s teškoćama u razvoju su nerijetko na nižem stupnju emocionalne i socijalne zrelosti zbog čega imaju poteškoće ostvarivanja socijalnih interakcija pa su razvoj vršnjačkog odnosa te poticanje izgradnje emocionalne i socijalne zrelosti važni u procesu stjecanja socijalne afirmacije i stjecanja socijalne kompetencije djece s teškoćama u razvoju (Dragojević, Šenjug-Užarević i Jakab, 2017).

Falamić (2008) smatra da odgojitelji također imaju važnu ulogu u promicanju djetetovog socijalnog razvoja jer svojim profesionalnim sudjelovanjem inicira interakcije i regulira djetetov odgojni proces. Odgojitelji trebaju osmisliti načine pomoći djeci s ciljem njihovog prihvaćanja i stvaranja okruženja potrebnog za kvalitetan razvoj. Uloga odgojitelja je promicanje odgovornosti djece, poticanje empatije i osjetljivosti za potrebe drugih, prihvaćanje različitosti, usmjeravati djecu usvajanju potrebnih socijalnih vještina i primjerenih oblika ponašanja (Falamić, 2008).

Pokazatelj razvijenosti socijalnih vještina su sposobnosti iniciranja i održavanja odnosa s vršnjacima, kompetentno sudjelovanje u grupama, zajednicama i širem društvu (Katz i McClellan, 2005).

2.3. Zdravlje i sigurnost djece sa sindromom Down

Već je spomenuto kako je djecu s teškoćama u razvoju potrebno ohrabrivati na samostalnost kako bi se sama mogla nositi sa osnovnim životnim izazovima. Biti samostalan znači činiti nešto bez pomoći drugih, u konkretnom slučaju bez pomoći odraslih. Proces osamostaljivanja djeteta počinje od njegovog rođenja, a nastavlja se rastom i razvojem kroz sve aktivnosti brige o sebi i unošenjem promjena u vlastitu okolinu (Veselinović, 2008).

Djeca s teškoćama mogu imati problema u regulaciji fizioloških potreba hranjenja, eliminacije i spavanja koji su izraženiji nego u djece tipičnog razvoja zbog motoričkih problema i smanjenog mišićnog tonusa (Greenspan i sur., 2003; Greenspan i Wieder, 2003), ali se primjerenom podrškom i treningom ti izazovi mogu prevladati. Postepeno usvajanje novih znanja i vještina važno je za djecu s teškoćama u razvoju (Greenspan i Wieder, 2003).

Problemi u koordinaciji i odstupanja u motoričkom funkcioniranju mogu uzrokovati teškoće izvođenja svakodnevnih aktivnosti kao što je sjedenje na wc školjki i kontrola sfinktera, a odstupanja neurološkog funkcioniranja mogu uzrokovati smanjenju osjetljivost na podražaje tijela i okoline.

Nedostatak sigurnosti djetete će često iskazivati pokazivanjem straha, a roditelji i druge odrasle osobe npr. odgajatelji odgovorni su za stvaranje sigurnog okruženja, ali i za poučavanje djeteta kako bi se samo moglo pobrinuti za vlastitu sigurnost (Veselinović, 2008).

2.4. Funkcionalna i akademska znanja djece sa sindromom Down

Navedeno je da se kognitivni razvoj djece odvija sporije u odnosu na njihovu kronološku dob te je njihova sposobnost učenja i usvajanja vještina uvjetovana sniženim intelektualnim sposobnostima i odstupanjima kognitivnog funkcioniranja kao što su pažnja i pamćenje. Zbog tih osobitosti djeci sa sindromom Down potrebno je dulje vremensko razdoblje za usvajanje i onih vještina za koje smatramo da su jednostavne (Vuković i sur, 2014).

Kada govorimo o intelektualnim teškoćama, one se određuju kao značajno ograničenje u ukupnom životu pojedinca, karakterizirano bitnim ispodprosječnim intelektualnim funkcioniranjem koje je istodobno popraćeno odstupanjima u dvije ili više adaptivnih vještina (Bobuš, Mirić, Džanić i Brkljača, 2015).

Bobuš i sur. (2015) nadalje opisuju klasifikaciju intelektualnih teškoća:

Lakše intelektualne teškoće: približni kvocijent inteligencije proteže se između 50 i 69, što odgovara mentalnoj dobi djeteta od 9-12 godina. Mnogi odrasli s ovim stupnjem intelektualnih teškoća sposobni su za rad i ostvarivanje socijalnih kontakata.

Umjerene intelektualne teškoće: približni kvocijent inteligencije proteže se između 35 i 49, što odgovara mentalnoj dobi djeteta od 6-9 godina. Moguć je određen stupanj nezavisnosti, uključujući komuniciranje, učenje i brigu o sebi. Potrebni su razni oblici potpore za život i rad.

Teške intelektualne teškoće: približni kvocijent inteligencije proteže se između 20 i 34, što odgovara mentalnoj dobi djeteta od 3-6 godina. Potrebna je kontinuirana pomoć okoline.

Duboke (teške) intelektualne teškoće: približni kvocijent inteligencije je ispod 20 što odgovara mentalnoj dobi ispod tri godine. Potrebna je stalna pomoć i njega.

Većina djece i osoba sa sindromom Down ima kvocijent inteligencije na razini lakše ili umjerene intelektualne teškoće. Oni normalno žive sa svojim obiteljima, sudjeluju u aktivnostima zajednice, stvaraju prijateljstva, sudjeluju u sportskim aktivnostima, te u odrasloj dobi imaju mogućnost zapošljavanja (prema Vuković i sur., 2014).

Prilikom učenja i usvajanja novih znanja djeci sa sindromom Down bit će potrebno puno više vremena nego djeci tipičnog razvoja. Roditelji i odgajatelji u tom procesu učenja i poučavanja trebaju djeci pružati podršku. Rana intervencija je pažljivo planirano i individualno usmjereno učenje u vrlo ranom razdoblju djetetova života, odmah nakon što su utvrđene određene teškoće (prema Vuković i sur., 2014). Cilj je omogućiti djetetu stvaranje iskustava te da što bolje i uspješnije razvije svoje sposobnosti na način da djetetova okolina potiče cjelokupan djetetov razvoj, budi njegovo zanimanje i pažnju, te ga potiče da što aktivnije sudjeluje u interakciji s okolinom (Vuković i sur, 2014). Poticajno okruženje treba biti dinamično, te treba polaziti od djeteta i njegovih interesa i sposobnosti, a potencijale djeteta treba neprestano stimulirati omogućavajući mu interakciju s materijalima, vršnjacima i odraslima (Škrbina, 2010).

3. SUVREMENI PROGRAMI I PRISTUPI U ODNOSU PREMA DJECI SA SINDROMOM DOWN

Odnos društva prema osobama s invaliditetom mijenjao se tijekom povijesti, a ni danas u pojedinim segmentima nema napretka. Osobe s invaliditetom bile su predstavljane na mnoge načine, uglavnom s malo poštovanja i naglašavanjem njihove teškoće kao jedinog obilježja identiteta. Orijentirani na svrhu i cilj, modeli su se razvijali sukladno promjena u društvu te su najčešće spominjani model milosrđa, medicinski model i model deficita. Ti modeli bili su usmjereni teškoćama i nedostacima, u središtu pažnje bilo je oštećenje, a osobe s invaliditetom doživljavane su nemoćnima i žrtvama kojima je potrebna pomoć i zaštita (Mihanović, 2011).

Suvremeni odnos društva prema osobama s invaliditetom očituje se kroz socijalni model koji promiče jednakost i ravnopravnost osoba s teškoćama u razvoju. U ovom modelu pojedinac je stavljen u centar odlučivanja kada se radi o odlukama koje se odnose na njega, a problem se smješta izvan osobe, u društvo. Ovaj model polazi od teze da invaliditet nije individualni problem, već da nastaje u interakciji s preprekama u okolini (Mihanović, 2011).

U politički demokratskom društvu svaki pojedini građanin određen je svojim jedinstvenim značenjima, a isto tako svaki pojedinac ima pravo sudjelovanja u svim područjima društvenog života (prema Daniels i Stafford, 2003). Inkluzijom nazivamo sudjelovanje djece s posebnim potrebama u aktivnostima zajedno s djecom bez posebnih potreba uz uvažavanje njihovih interesa, potreba i sposobnosti koje pružaju osjećaj pripadnosti (Daniels i Stafford, 2003).

Odgojno-obrazovna inkluzija djece s teškoćama u razvoju

Provedba inkluzivnog odgoja i obrazovanja u okviru odgojno-obrazovnih ustanova podrazumijeva niz aktivnosti u cjelokupnoj odgojno-obrazovnoj praksi i svih njenih sudionika. Uključivanje djece s posebnim potrebama u redovne predškolske i školske grupe zahtjeva primjenu novih metoda i oblika rada primjerenih mogućnostima svakoga djeteta, a uvažavanje i prihvaćanje različitosti među djecom treba postati poticaj u procesu učenja i poučavanja (Bouillet, 2010).

Indeks inkluzivnosti pokazuje nam koliko je određena odgojno-obrazovna ustanova inkluzivna. To je sveobuhvatni dokument koji predstavlja način promicanja odgojno obrazovnih ustanova sukladno inkluzivnim vrijednostima. Cilj indeksa je pomoći odgojno-obrazovnim ustanovama da umanje prepreke u učenju, te da se razvijaju na način da se prema djeci postupa u skladu s njihovim potrebama (Booth i Ainscow, 2002).

Booth i Ainscow (2002) navode 3 dimenzije Indeksa neophodne za promicanje inkluzije u odgojno-obrazovnim ustanovama:

Dimenzija A odnosi se na stvaranje inkluzivne kulture koja vodi stvaranju sigurne, uvažavajuće i poticajne okoline u kojoj se zajedničke inkluzivne vrijednosti prenose na sve djelatnike odgojno-obrazovne ustanove.

Dimenzija B odnosi se na kreiranje inkluzivne politike koja je usmjerena na uključivanje sve djece iz lokalne zajednice i pružanje onih oblika podrške koji su sukladni različitostima djece.

Dimenzija C se odnosi na razvoj inkluzivne prakse koja odražava inkluzivnu kulturu i politiku odgojno-obrazovne ustanove koja se ogleda u razlikovnom provođenju programa, identificiranju materijalnih i stručnih resursa ustanove i lokalne zajednice u cilju njihova korištenja za podršku u učenju i sudjelovanju.

Buckley i Bird (2010) navode važnost adekvatno opremljenih i pripremljenih odgojno-obrazovnih ustanova za prihvata djece s različitim potrebama i teškoćama. Ovo podrazumijeva dovoljan broj stručnog osoblja te prostornu i didaktičku opremljenost koja će moći odgovoriti zahtjevima koje postavljaju specifičnosti određenih teškoća i potreba djeteta (Buckley i Bird, 2010). Većina djece s teškoćama trebat će pomoć prijatelja, obitelji ili stručnjaka, ali obrazovanje ima važnu ulogu u postizanju stupnja neovisnosti (Buckley i Bird, 2010).

Djeca sa sindromom Down uključena u redoviti odgojno-obrazovni sustav postižu bolje obrazovne rezultate jer ih sredina potiče i omogućava uvid u njihove mogućnosti. Oni postaju članovi društvene zajednice, ostvaruju bolju svakodnevicu i pripremaju se za samostalni oblik življenja (Zrilić, 2011).

Izazovi i mogućnosti inkluzivnog odgoja i obrazovanja

Inkluzivni predškolski programi omogućuju djeci s posebnim potrebama da svoju svakodnevicu provode s djecom koja nemaju takvih potreba. To djeci s teškoćama u razvoju omogućava razvijanje odnosa onako kako ih razvijaju i djeca tipičnog razvoja. Prednosti inkluzije su brojne, a Daniels i Stafford (2003) navode koristi za djecu, koristi za obitelji, koristi za odgajatelje i koristi za zajednicu.

Za djecu s posebnim potrebama biti član grupe vršnjaka znači nešto vrlo važno jer vršnjaci predstavljaju model za komuniciranje i razvojno-primjereni ponašanje. Djeca stvaraju prijateljske odnose i pozitivne društvene vještine. Uspješna inkluzija i pokušaji u prvim godinama života djece s posebnim potrebama predstavljaju osnovu za daljnju integraciju kroz cijeli život. Što se tiče vršnjaka koji nemaju posebnih potreba, oni razvijaju razumijevanje teškoća koje imaju djeca s

posebnim potrebama. Postaju osjetljiviji na potrebe drugih i bolje razumiju različitost (Daniels i Stafford, 2003).

Dobro je da djeca s posebnim potrebama pohađaju lokalne vrtiće i škole jer tako mnogo ljudi u lokalnoj zajednici počinje razumijevati njihov problem i potrebe. Odgoj i obrazovanje djece s posebnim potrebama i druge djece u inkluzivnim školama i vrtićima obično je jeftiniji nego uspostavljanje i oblikovanje specijalnih ustanova što u financijskom smislu dugoročno može pomoći lokalnoj zajednici (Daniels i Stafford, 2003). Društvo ponekad gubi dio populacije koja ne može sudjelovati u društvenom životu. Djeca koja uče i žive u zajednici koja podržava inkluziju postaju kompetentni i neovisni odrasli ljudi sposobni za rad. Na taj način profitira i zajednica jer ljudi s posebnim potrebama na mnoge načine doprinose poboljšanju uvjeta života u lokalnoj zajednici (Daniels i Stafford, 2003).

Didaktičko-metodički pristup poučavanja djece sa sindromom Down

Kako bi dijete s obzirom na svoje razvojne teškoće moglo ostvariti uspjeh u svladavanju određenog zadatka, potrebno mu je osigurati individualni pristup u radu, što podrazumijeva primjerene didaktičko-metodičke postupke koji obuhvaćaju odabir primjerenih strategija i postupaka prilagođavanja u poučavanju sukladno sposobnostima svakog djeteta (prema Kani, Matejčić i Vinski, 2017).

Pri odabiru primjerenih didaktičko-metodičkih pristupa u radu s djecom s teškoćama u razvoju, potrebno je procijeniti njihove sposobnosti, znanja, interese i posebne potrebe (prema Bouillet, 2010). Osobito je važno procijeniti slušanje i usmeno izražavanje djeteta, prostorno i vremensko snalaženje, rukovanje sredstvima za rad i stjecanje radnih navika.

Prema Bouillet (2010) didaktičko-metodički pristup djetetu moguće je prilagoditi na razini percepcije, spoznaje, govora i zahtjeva, a nakon identifikacije posebnih odgojno-obrazovnih potreba djeteta može započeti kreiranje odgovarajućeg individualiziranog plana odgoja i obrazovanja.

Kod djece sa sindromom Down česti su problemi sa sluhom, a didaktičko-metodički postupci koji bi se mogli primijeniti su upotreba jasnih, razgovijetnih i kraćih rečenica s poznatim riječima, ponavljanje izrečenog i provjera razumijevanja

(Bouillet, 2010). Ukoliko dijete sa sindrom Down ima i problema s vidom, didaktičko-metodički postupci koji se mogu primijeniti su jednostavna i pregledna nastavna sredstva bez suvišnih detalja, usmjerena na zadatak. Tisak bi se trebao prilagoditi povećanim razmacima između riječi, uvećavanjem fonta, te sažimanjem teksta. Što se tiče otežanog zapamćivanja i pamćenja, od velike pomoći mogu biti didaktičko-metodički postupci kao što su dugotrajnije vježbanje i ponavljanje bitnih dijelova sadržaja kao i jasno davanje uputa i doziranje informacija (prema Bouillet, 2010).

4. ZAKLJUČAK

Sindrom Down najčešći je genetski poremećaj uzrokovan zbog viška jednog ili dijela jednog kromosoma u jezgri stanice zbog čega se djeca sa sindromom fizički, ali i mentalno razlikuju od ostale djece.

Djeca rođena sa sindromom Down, osim sindroma Down imaju mnogobrojne ostale zdravstvene teškoće i zato im je potrebno pružiti puno pažnje, pomoći i podrške. Od iznimne je važnosti pravovremena intervencija koja će pridružene zdravstvene teškoće kod djeteta svesti na minimum.

S obzirom na to da su adaptivne vještine sposobnosti koje se koriste u svakodnevnim aktivnostima, možemo ih nazvati i životnim vještinama jer one omogućavaju funkcioniranje u svakodnevnom životu. Kod djece s teškoćama u razvoju važno je poticanje i razvoj adaptivnih vještina već od najranije dobi. Na taj će način djeca s teškoćama u razvoju naučiti biti što neovisnija i samostalnije će moći funkcionirati u svakodnevnom životu.

Inkluzija djece s teškoćama u razvoju je prijeko potrebna jer donosi veliki dobitak kako za djecu, tako i za roditelje, odgajatelje i zajednicu, no samo ako je ta inkluzija kvalitetna, a kvalitetna inkluzija kvalitetna je samo ako je kontekst u kojem se provodi proces inkluzije kvalitetan. Odgajatelji bi trebali biti spremni prihvatiti dijete s teškoćom u razvoju u svoju grupu, te bi od djeteta trebali izvući ono najbolje.

LITERATURA:

1. Anđelković, M. (2014). Adaptivno ponašanje osoba s oštećenjem vida. *Beograd: Specijalna edukacija i rehabilitacija*. 13(4), 397-413.
2. Berk, L. E. (2008). *Psihologija cjeloživotnog razvoja*. Jastrebarsko: Naklada Slap
3. Bobuš, Z., Mirić, M., Džanić, R., i Brkljača, K. (2015). *Jednaki u različitosti*. Zajednica Saveza osoba s invaliditetom Hrvatske-SOIH. Zagreb
4. Booth, T. i Ainscow, M. (2002). *Indeks inkluzivnosti. Promicanje učenja i sudjelovanja u školama*. Pedagoški Zavod Zenica
5. Bouillet, D. (2010). *Izazovi integriranog odgoja i obrazovanja*. Zagreb: Školska knjiga
6. Brajša-Žganec, A. (2003). *Dijete i obitelj*. Jastrebarsko: Naklada Slap
7. Buckley, S. i Bird, G. (2010). *Razvoj govora i jezika kod djece s sindromom Down (5-11 godina)*. Zagreb: Hrvatska zajednica za Down sindrom
8. Čulić, V. i Čulić, S. (2008). *Sindrom Down*. Split: Naklada Bošković: Udruga za sindrom Down
9. Daniels, E. R. i Stafford, K. (2003). *Kurikulum za inkluziju*. Zagreb: Udruga roditelja Korak po Korak za promicanje kvalitete življenja djece i obitelji
10. Dragojević, D., Šenjug-Užarević, D., Eagner-Jakab, A. (2017). Učenici s teškoćama u školi. *Hrvatski časopis za javno zdravstvo*. 13(50), 54-65.
11. Falamić, M. (2008). Dijete, vrtić, obitelj: *Časopis za odgoj i naobrazbu predškolske djece namijenjen stručnjacima i roditeljima*. Vrtić kao poligon za učenje socijalnih vještina. 14(54), 12-16.
12. Greenspan, I. S., Wieder, S., Simons, R. (2003). *Dijete s posebnim potrebama*. Lekenik: Ostvarenje
13. Ivanković, K. (2003). *Downov sindrom u obitelji: priručnik za roditelje i stručnjake: metodičke upute za rad s djecom s Downovim sindromom u prvim godinama života*. Zagreb: Foto Marketing FoMa
14. Jurčević-Lozančić, A. (2011). *Socijalne kompetencije i rani odgoj*. Zagreb: Filozofski fakultet Sveučilišta u Zagrebu

15. Kani, V., Matejčić, K. i Vinski, L. (2017). Didaktičko-metodičke prilagodbe u radu s učenicima s teškoćama u nastavi matematike. *Poučak: časopis za metodiku i nastavu matematike*. 18(69), 54-64.
16. Katz, L. i McClellan, D. (2005). *Poticanje razvoja dječje socijalne kompetencije*. Zagreb: Educa
17. Kiš-Glavaš, L., Fulgosi-Masnjak, R. (2002). *Do prihvaćanja zajedno: integracija djece s posebnim potrebama: priručnik za učitelje*. Zagreb: Hrvatska udruga za stručnu pomoć djeci s posebnim potrebama
18. Mardešić, D. i suradnici (2003). *Pedijatrija*. Zagreb: Školska knjiga
19. Meštrović, S., Mikšić, M., Štefanac-Papić, J. i Stipetić, J. (2002). Zastupljenost ortodontskih anomalija u ispitanika s Downovim sindromom. *Acta Stomatologica Croatia* 36(2), 235-238.
20. Mihanović, V. (2011). Invaliditet u kontekstu socijalnog modela. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*. 41(1), 72-86
21. Miljević-Ričički, R. (2015). *Životna prilagođenost majki i kognitivna uspješnost njihove djece*. Jastrebarsko: Naklada Slap
22. Sekušak-Galašev, S. (2010). Psihološki pregled osoba s intelektualnim teškoćama. Zagreb: *Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet Sveučilišta u Zagrebu*
23. Škrbina, D. (2010). Podrška udomiteljima koji udomljavaju djecu s Down sindromom. *Život i škola: časopis za teoriju i praksu odgoja i obrazovanja*. 23(56), 9-34.
24. Špoljar, R. i Kralj, D. (2014). *Socijalne vještine djeteta*. Grad Zagreb: Poliklinika za zaštitu djece grada Zagreba
25. Veselinović, Z. (2008). Percepcija opasnosti i strategije samopomoći kod djece predškolske dobi. *Metodički obzori: časopis za odgojno-obrazovnu teoriju i praksu*. 3(5), 7-30.
26. Vuković, D. i sur. (2014). *Down sindrom: vodič za roditelje i stručnjake*. Zagreb: Hrvatska zajednica za Down sindrom
27. Zrilić, S. (2010). *Djeca s posebnim potrebama u vrtiću i nižim razredima osnovne škole*. Zadar: UNIZD
28. Zuckerman, Z. (2016). *Summa pedagogica. Inkluzivno obrazovanje učenika s teškoćama*. Velika Gorica: Naklada Benedikta

29. Zuliani, Đ. i Juričić, I. (2012). Socijalizacija djeteta s mentalnom retardacijom u predškolskoj ustanovi. *Metodički obzori: časopis za odgojno-obrazovnu teoriju i praksu*. 7(14), 17-30.
30. Žic-Ralić, A. i Cvitković, D. (2011). Razlike u procjenama adaptivnoga ponašanja djece s teškoćama u školskom okruženju. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 47(1), 109-127

5. PRILOZI

ŽIVOTOPIS

Moje ime je Tea Matijević. Rođena sam 21.02.1996. godine u Zagrebu, u Republici Hrvatskoj. Završila sam Opću gimnaziju Ivan Švear u Ivanić Gradu. Trenutno sam studentica 3. godine Sveučilišta u Zagrebu, Učiteljski fakultet- Odsjek za odgojiteljski studij u Čakovcu. Za upisivanje ovog studija odlučila sam se zbog ljubavi prema djeci. U ove tri godine stekla sam širok spektar teorijskog znanja, a tijekom odrađivanja stručno-pedagoške prakse imala sam uvid u praktične aspekte rada. Komunikativna sam i fleksibilna osoba, spremna na timski rad, suradnju s kolegama i dodatno educiranje.