

# Integracija djece s teškoćama u razvoju u predškolske ustanove

---

**Kovačić, Kristina**

**Master's thesis / Diplomski rad**

**2020**

*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:147:092629>

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

*Download date / Datum preuzimanja:* **2024-11-25**

*Repository / Repozitorij:*

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



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

**Kristina Kovačić**

**INTEGRACIJA DJECE S TEŠKOĆAMA U RAZVOJU**  
**U PREDŠKOLSKE USTANOVE**

**Diplomski rad**

**Zagreb, rujan 2020.**

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

**Kristina Kovačić**

**INTEGRACIJA DJECE S TEŠKOĆAMA U RAZVOJU**  
**U PREDŠKOLSKE USTANOVE**

**Diplomski rad**

**MENTOR RADA:**  
**izv. prof. dr.sc. Marina Đuranović**

**Zagreb, rujan 2020.**

## SADRŽAJ

SAŽETAK.....	3
SUMMARY.....	4
UVOD.....	5
1. TEŠKOĆE U RAZVOJU.....	6
1.1. Pravni aspekt djece s teškoćama u razvoju.....	6
1.2. Što su teškoće u razvoju?.....	7
1.3. Klasifikacija teškoća u razvoju.....	7
1.3.1. Šest miljkaza .....	11
2. DJECA S TEŠKOĆAMA U OBITELJI.....	14
2.1. Što roditelji mogu učiniti.....	14
2.2. Poteškoće u obitelji kroz nasljedstvo.....	16
2.3. Poteškoće u braku .....	16
3. INTEGRACIJA I INKLUZIJA.....	18
3.1. Od segregacije do inkluzije.....	18
3.2. Integracija.....	18
3.2.1. Integrirani pristup terapiji.....	19
3.2.2. Integrirano razvojna intervencija: piramida.....	19
3.3. Inkluzija.....	20
3.4. Razlika između integracije i inkluzije.....	21
4. DIJETE S TEŠKOĆAMA U VRTIĆU.....	22
4.1. Rad odgojitelja.....	22
4.2. Kako djetetu pomoći da se pridruži grupi?.....	23

4.3. Volontiranje.....	24
5. TERAPIJSKE METODE U RADU S DJECOM S TEŠKOĆAMA.....	26
5.1. Terapija jahanjem.....	26
5.2. Muzikoterapija.....	28
5.3. Art terapija.....	29
5.4. Floor-time pristup.....	29
5.5. Lijekovi.....	30
6. DRUŠTVENA ZAJEDNICA I POTPORA DRUŠTVA.....	32
7. PARTNERSTVO OBITELJI I PREDŠKOLSKIH USTANOVA.....	33
ZAKLJUČAK.....	35
LITERATURA .....	36
IZJAVA O SAMOSTALNOJ IZRADI RADA .....	41

## SAŽETAK

Prema zadnjem istraživanju, Savez gluhih i nagluhih objavio je 2009. godine da u Europskoj uniji, prema objedinjenim statističkim podacima, oko 65 milijuna ljudi ima nekakav tjelesni hendikep, a približno još 15 milijuna neke razvojne teškoće. Opći naziv za sve senzomotorne nedostatke objedinjuje termin invaliditet. Sve više struka (odgojitelji, učitelji, pedagozi, psiholozi, doktori, terapeuti i sl.) svoje obrazovanje usmjerava prema integraciji djece s teškoćama u razvoju u svakodnevni život, od predškolske dobi, preko školovanja do odraslih zaposlenih i samostalnih osoba. Prvu stepenicu u odrastanju sve djece čine roditelji. Oni djetetu pružaju prvi oblik ljubavi i zajedništva i zadovoljavaju sve njegove potrebe. U obiteljima djece s teškoćama u razvoju roditelji postaju i učenici koji, osim što poučavaju svoje dijete, usvajaju nova znanja kroz rad sa stručnim suradnicima. Nakon roditelja u djetetov odgoj i obrazovanje ulaze odgojitelji koji svojim stalnim stručnim usavršavanjem i cjeloživotnim učenjem razvijaju svoje kompetencije te ih prenose na dijete. Te kompetencije pridonose djetetovom društvenom, tjelesnom, spoznajnom i emocionalnom razvoju. Suradnjom roditelja i odgojitelja povezuju se dom i predškolska ustanova te ljudske i profesionalne kompetencije što rezultira sretnim djetetom.

Ključne riječi: djeca s teškoćama u razvoju, inkluzija, odgojitelji, predškolska ustanova, roditelji

## **SUMMARY**

According to the latest research, the Alliance of the Deaf and Hard of Hearing announced in 2009. that in the European Union, according to pooled statistics, about 65 million people have some kind of physical disability, and another 15 million have some kind of developmental disability. The general name for all sensorimotor defects unites the term disability. More and more professions (educators, teachers, pedagogues, psychologists, doctors, therapists etc.) are directing their education towards the integration of children with disabilities into everyday life, from preschool age, through schooling to adult employees and independent persons. The first step in growing up of all children are parents. They provide the child with the first form of love, togetherness and satisfy all his needs. In the families of children with disabilities, parents also become students who, in addition to teaching their child, acquire new knowledge through working with professional associates. After the parents, educators enter the child's upbringing and education who, through their continuous professional development and lifelong learning, develop their competencies and transfer them to the child. These competencies contribute to the child's social, physical, cognitive and emotional development. Through the cooperation of parents and educators, the home and the preschool institution are connected, as well as human and professional competencies, which results in a happy child.

Key words: children with disabilities, inclusion, educators, preschool, parents

## UVOD

Leutar i Oršulić (2014, str. 154) navode kako je osoba s invaliditetom „svaka osoba koja je zbog tjelesnog i/ili mentalnog oštećenja, privremenog ili trajnog, prošlog, sadašnjeg ili budućeg, urođenog ili stečenog pod utjecajem bilo kojeg uzroka, izgubila ili odstupa od očekivane tjelesne ili fiziološke strukture te je ograničenih ili nedostatnih sposobnosti za obavljanje određene aktivnosti na način i u opsegu koji se smatra uobičajenim za ljude u određenoj sredini.”

Taj naziv prihvaćen je u gotovo svim zakonima zemalja svijeta. Konvencija UN-a o pravima osoba s invaliditetom (2016) iznosi statistiku da osobe s invaliditetom čine 10% državljana u 28 zemalja Europske unije. Sindrome posebnih potreba često gledamo kroz njihov uzrok, no za većinu razvojnih poteškoća još nisu otkriveni uzroci, iako će se to vjerojatno otkrivati kroz budućnost. Funkcionalni profil je jako bitan i glavna vodilja u intervencijama i radu s djecom s teškoćama u razvoju jer naglašava koja područja treba poboljšati, a koje dobre strane naglasiti još više.

Cilj ovog rada je osvijestiti važnost integriranja djece i mladih s teškoćama u razvoju u društvenu zajednicu, a prvenstveno u odgojno-obrazovni sustav. Djeci s teškoćama u razvoju treba stalna podrška roditelja, odgojitelja te stručnjaka/terapeuta kako bi mogli razviti svoje potencijale i sposobnosti. Iz tog razloga odgojiteljima je potrebno cjeloživotno obrazovanje i učenje kako bi kroz godine stekli dovoljno kompetencija i iskustva za rad s djecom s teškoćama u razvoju.



## 1. TEŠKOĆE U RAZVOJU

### *1.1. Pravni aspekt djece s teškoćama u razvoju*

Svjetska zdravstvena organizacija definira invaliditet i daje poticaj inkluziji invalidnih osoba u deklaraciji donešenoj 2001. godine. Deklaracija o pravima osoba s invaliditetom (2005) naglašava važnost aktivnog društvenog djelovanja te integracije invalida u društvo.

“Invalidnost nije obilježje osobe nego niz činitelja koje stvaraju osobine osoba i društveno okruženje” (Zuckerman, 2016, str. 253).

U Republici Hrvatskoj nema jedne definicije ili naziva za osobu s teškoćama u razvoju. Svaki sustav ističe jedan pojam za imenovanje takve osobe: socijalna skrb koristi pojam tjelesno ili mentalno oštećena osoba, mirovinsko osiguranje i zapošljavanje pojam osoba s invaliditetom, a obrazovanje pojmove djeca i mladež s teškoćama u razvoju. Uz sve te pojmove, sve češće se koristi i pojam osoba s posebnim potrebama.

Zovko (1999) objavljuje kako prema svjetskoj dokumentaciji iz 1999.god., zastupljenost osoba s invaliditetom u općoj populaciji iznosi 8-10%, što bi značilo da sve skupa ima oko 580 milijuna invalida na svijetu. U Republici Hrvatskoj se 2001.godine prvi put uvela rubrika za upisivanje osoba s invaliditetom na popis stanovništva. Oko 9.6% od ukupnog broja stanovništva činile su osobe s invaliditetom. (Zuckerman, 2016)

Vajda (2013, str. 341) iznosi klasifikaciju oštećenja, hendikepa i invaliditeta prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji iz 1980-te godine :

- 1) oštećenje predstavlja bilo kakav gubitak ili odstupanje od normalne psihičke, fiziološke ili anatomske strukture ili funkcije,
- 2) invaliditet predstavlja bilo kakvo ograničenje ili nedostatak sposobnosti za obavljanje neke aktivnosti na način ili u opsegu koji se smatra normalnim za ljudsko biće,
- 3) hendikep predstavlja nedostatak, za određenog pojedinca, koji rezultira iz oštećenja ili invaliditeta, a ograničava ga ili mu onemogućuje ispunjenje njegove prirodne uloge u društvu, i to ovisno o dobi, spolu te društvenim i kulturalnim čimbenicima.

## *1.2. Što su teškoće u razvoju?*

Posebne potrebe te teškoće u razvoju su dva pojma koja se često miješaju u odgojno-obrazovnoj praksi. Posebne potrebe odnose se na prolazna ili trajna stanja djece koja im smetaju tijekom zadovoljavanja osnovnih potreba i uključivanja u društvenu zajednicu. Biondić (1993) navodi kako teškoće u razvoju uključuju urođena ili stečena stanja organizma kod kojih je potrebna stručna pomoć koja djetetu pomaže da razvije svoje sposobnosti i vještine.

## *1.3. Klasifikacija teškoća u razvoju*

Krampač-Grljušić i Marinić (2007) navode klasifikaciju teškoća u razvoju:

### 1) Oštećenja vida

„Oštećenja vida su skupni termin kojima se obilježava stupnjevitost oštećenja, od potpune sljepoće do visoke slabovidnosti u jednom slijedu do približno normalnog vida“ (Biondić, 1993, str. 32). Metode rada sa slabovidnom i slijepom djecom usmjerene su na slušnu percepciju jer je djeci to primarno osjetilo. Djeca s ovim oštećenjem mogu ravnopravno sudjelovati u redovitom odgojno-obrazovnom programu, samo su potrebne jasne upute (Zrilić i Košta, 2008).

### 2) Oštećenja sluha

Oštećenja sluha spadaju pod najčešća prirodna oštećenja. Iz tog razloga, Zrilić (2011) navodi da se od 2002. godine u Hrvatskoj svakom novorođenom djetetu prije odlaska iz rodilišta radi provjera sluha. Oštećenja sluha uključuju naglušost i gluhoću. Najčešći uzroci gubitka sluha su genetski, infektivne bolesti (meningitis, šarlah), virusne bolesti (ospice majke tijekom trudnoće) i razne vrste povreda. Pojam gluhonijemost označava gubitak sluha u tolikoj mjeri da se ne može razviti glasovni govor, a pojam naglušost označava gubitak sluha nakon razvijenog govora. Djeca oštećenog sluha često ostavljaju dojam nezainteresiranosti, neposlušnosti ili slabe intelektualne sposobnosti. Oblik komunikacije u obiteljima s djecom oštećenog sluha može biti govorni ili znakovni jezik.

### 3) Oštećenja govorno-glasovne komunikacije

Oštećenja govorno-glasovne komunikacije označavaju sva stanja u kojima je govorna komunikacija otežana ili ne postoji. Govorni poremećaji mogu se javljati u raznim oblicima, a najčešće se dijele na artikulacijske poremećaje i poremećaje fluentnosti. Artikulacijski poremećaji uključuju teškoće u izgovaranju i povezivanju glasova, a poremećaj fluentnosti obuhvaća mucanje i brzopletost. Glavni problem očituje se kroz odsutnost zvučnih govora, a dijeli se na dva uzroka. Prvi je organski uzrok kao posljedica anatomskih ili upalnih procesa organa za glasovnu komunikaciju, a drugi je funkcionalni uzrok što uključuje neispravnu ili pretjeranu upotrebu glasa (Zrilić, 2011).

### 4) Specifične teškoće u učenju

Definiraju se kao neurološki poremećaji koji utječu na psihološke procese vezane uz razumijevanje ili korištenje govornog i pisanog jezika. U ovu skupinu ubrajaju se poremećaji matematičkih sposobnosti (diskalkulija), poremećaji čitanja (disleksija), poremećaji pismenog izražavanja (disgrafija) te poremećaji učenja. Djeca s ovim teškoćama su ili iznadprosječne inteligencije ili prosječne inteligencije, ali ono što ih ometa u usvajanju i učenju je neprekidna borba između njihovih potencijala i postignuća. Krampač-Grljušić i Marinić (2007) ističu kako je u radu s djecom s poremećajima učenja važno usmjeriti se na ublažavanje glavnih simptoma kako bi dijete razvilo druge vještine za nošenje s tim izazovom.

### 5) Tjelesni invaliditet i kronične bolesti

Tjelesni invaliditeti uključuju ona stanja kod kojih dolazi do oštećenja lokomotornog aparata te centralnog ili perifernog nervnog sustava. Djeci s ovim oštećenjima potrebna je pomoć u samoj realizaciji aktivnosti a sudjelovanje u igri je potrebno prilagoditi njihovim mogućnostima. Kada se radi o kroničnim bolestima, potrebno je stalno izmijenjivati informacije o djetetovom zdravstvenom stanju kako bi odgojitelj znao reagirati u određenim situacijama i prilagodio tempo rada djetetu (Krampač-Grljušić i Marinić, 2007).

### 6) Djeca sa sniženim intelektualnim sposobnostima

Ovakvu poteškoću kod djece često nazivamo i mentalnom retardacijom. „Mentalna retardacija nije bolest, već naziv za skup genetskih, medicinskih i socijalnih stanja iz kojih proizlazi značajno

ispodprosječno intelektualno funkcioniranje osobe“ (Krampač-Grljušić i Marinić, 2007; str. 31). Ovaj poremećaj obuhvaća smanjenu intelektualnu sposobnost i adaptivno ponašanje. Mentalna zaostalost obuhvaća nekoliko kategorija: laka (IQ 55-77), umjerena (IQ 40-55), teža (IQ 20-40) i teška (IQ ispod 20). Djeca koja su svjesna svoje „različitosti“ često gube motivaciju za radom i napretkom. Programi odgoja i obrazovanja trebaju težiti boljem usavršavanju metoda učenja i razvoja vještina kod djece s mentalnim teškoćama.

#### 7) Poremećaji u ponašanju uvjetovani organskim faktorima ili progredirajućim psihopatskim stanjem

Takva vrsta poremećaja uključuje razne oblike neprimjerenog ili nedovoljno kontroliranog ponašanja. Ona se temelji na nepoštivanju društvenih normi i povredi temeljnih prava druge osobe. U postavljanju dijagnoze poremećaja treba se promotriti i koliko je čest određeni oblik ponašanja te koliko je intenzivan (Zrilić, 2011).

#### 8) Autizam

„Autistični poremećaj pervazivni je razvojni poremećaj koji počinje u djetinjstvu, većinom u prve tri godine djetetovog života, zahvaća sve psihičke funkcije i traje cijeli život“ (Bujas-Petković i Frey Škrinjar, 2010, str. 6).

Kod djece s autističnim poremećajem, uočljiva su tri simptoma (oblika ponašanja):

1. Ekstremno zatvaranje od vanjskog svijeta - djeca nemaju povezanosti s roditeljima, nema kontakta očima i osmijeha. No, za razliku od roditelja, djeca su povezana s nekim predmetom te teško stvaraju prijateljske veze s drugom djecom.
2. Strah od promjene (grčevita povezanost s poznatim) - kada se djeci promijeni nešto u njihovom okruženju reagiraju strahom i panikom.
3. Osebujan govorni jezik - djeca najčešće govore o sebi u trećem licu, jezik koriste na mehanički način, izmišljaju neologizme koji imaju značenje samo njima. Tijekom govora njihov glas je jednake glasnoće, nema melodičnosti, a često naglašavaju krive riječi.

## 9) ADHD

Definira se razvojnim poremećajem hiperaktivnosti ili nepažnje. Hiperaktivna djeca pokazuju slabiju koncentraciju, nagle reakcije, nespretni su i dezorganizirani. Kako bi djeca dobila ovu dijagnozu potrebno je pokazivati minimalno šest simptoma iz ovog područja. Ovisno o težini poremećaja, djeca imaju prilagođeni odgojno-obrazovni program. Tijekom poučavanja djece s ADHD-om, ključno je uspostaviti rutinu i pomoć u organizaciji vremena (Zrilić, 2011).

Uz sve nabrojane, rjeđe se spominju one biološke teškoće.

Najčešće biološke teškoće imaju djeca koja su se rodila prijevremeno, s malom tjelesnom težinom, koja su tijekom poroda ostala bez kisika ili su imala oštećenja živčanog sustava. Greenspan i Wieder (2003) navode tri široka područja funkcioniranja središnjeg živčanog sustava:

### 1. Senzorička reaktivnost – način na koji primamo informacije kroz osjetila.

Osnova za dobivanje vanjskih informacija o svijetu pet su osjetila: vid, sluh, opip, okus i miris. Uz ta osjetila, Greenspan i Wieder (2003) naglašavaju još dva tjelesna osjetila: vestibularni sustav (gravitacija i pokreti, utječe na tonus mišića, ravnotežu i držanje) i proprioceptivni sustav (svjesnost o pokretima i položaju tijela u prostoru, utječe na motoričku kontrolu tijela). Ti sustavi daju nam sposobnost da osjećamo gdje završava „ja“, a počinje okruženje, da dopustimo ljudima da nam se približe, da se branimo kad se osjećamo ugroženo i u kretanju osjetimo ravnotežu. Osobe mogu biti nedovoljno ili pretjerano reaktivne što ovisi o njihovom osjetnom pragu (točka u kojoj osjetilni unos aktivira središnji živčani sustav pa dolazi do odgovora). Veću problematiku čini to da svako to osjetilo ne dolazi samo, nego da idu u kombinaciji. Kako će dijete obraditi ta osjetila ovisi o kontekstu te takva djeca sa senzoričkim smetnjama propuštaju mnoge informacije iz vanjskog svijeta.

### 2. Senzorička obrada - kako osmišljavamo zaprimljenu informaciju.

Novorođenče primarno živi u senzoričkom svijetu, gdje je senzorička obrada prvi oblik obrade koji se događa u mozgu. Prvi i najveći zadatak je kako se snaći sa svim senzoričkim podacima koje primaju. Prije negoli je dijete sposobno razumijeti govor, ono povezuje ugodne osjete u shemu. Topli osmijesi i nježan glas povezuje se s maženjem i primanjem u naručje. Djeca tijekom odrastanja razvijaju i vještine kognitivne obrade. Svaka osoba ima jedno osjetilo dominantnije nad

drugim, ali bez obzira na to mi se oslanjamo na timski senzorički rad. Informacije koje primamo kroz jedno osjetilo prelaze u drugo i zajedno daju kompletnu sliku o predmetu. Djeca koja imaju teškoća u obradi senzornih informacija ne mogu uspostaviti timski rad osjetila, a on je potreban za spoznaju. Ona mogu pogrešno protumačiti neki izraz lica, dodir, ili teško kombiniraju signale u jednu cjelinu.

3. Tonus mišića, motoričko planiranje i održavanje redoslijeda - način na koji koristimo naše tijelo, naše misli u svrhu planiranja i izvršavanja odgovora na zaprimljenu informaciju.

Kao što je prije objašnjeno, senzorički sustav prima informacije iz vanjskog svijeta, a motorički sustav odgovara na te informacije. Kod djece koja zaostaju u razvoju često vidimo teškoće mišićnog tonusa. „Mišićni tonus je sposobnost mišića da bez napora drže tijelo“ (Greenspan, Wieder, 2003, str 35). Djeca s oslabljenim mišićnim tonusom trebaju uložiti jako puno truda da bi mogli držati uspravno glavu ili hodati. Osoba sama odluči koju radnju želi izvršiti i zatim krene u tom smjeru. Ako je odlučila hodati, stavlja jednu nogu ispred druge, rukama stvara ravnotežu te tijekom hodanja ravnotežu prebacuje s jedne noge na drugu. Ova radnja se naziva motoričko planiranje a ona označava mogućnost osobe da provede niz pokreta mišićima. Ako osoba ima loše motoričko planiranje, onda neće biti u mogućnosti izvesti opisane radnje. Kod beba je to vidljivo na najjednostavnijim pokretima, primjerice okretanje glave u krevetiću prema osobi koja mu priča.

Sva tri sustava zajedno stvaraju omču kojom primamo osjete, reagiramo na njih, pokušavamo ih obraditi i shvatiti te potom organizirati naše misli i ponašanje.

Kada jedna od tih sastavnica sustava ne funkcionira, sposobnost dobrog funkcioniranja se smanjuje. Do te neravnoteže može doći iz više razloga: genetskih anomalija, lezija tijekom porođaja ili nespecifičnih konstitucionalnih teškoća. Terapijom se aktivira ta omča, pronalaze se oštećeni dijelovi i radi se na njihovom poboljšanju.

### *1.3.1. Šest miljokaza*

Šest miljokaza predstavlja šest oblika emocionalnih interakcija koje sastavljaju šest ranih razvojnih faza.

Greenspan i Wieder (2003) navode kako emocionalna iskustva tijekom svake od tih faza pomaže u razvijanju kognitivnih, socijalnih, emocionalnih, jezičnih i motoričkih vještina, i uz to razvijaju osjećaj za sebe.

#### 1.MILJOKAZ: Samoregulacija i zanimanje za okolinu

Nakon što beba provede 9 mjeseci u majčinoj utrobi, u mraku, ona izlazi na svijet gdje ju čeka navala senzoričkih informacija (boje, svjetlo, zvukovi, buka, dodiri). Tada dijete prvi puta regulira svoju reakciju na podražaje i održava spokoj. Postupno beba pronalazi stvari koje ju umiruju - majčin glas, tatin dodir, mekana igračka ili dekica, duda. Ona uči kako održati ravnotežu između vanjskih osjeta i unutarnjeg mira. Dojenče obrađuje osjete i time pomalo gradi emocionalno, intelektualno i socijalno zdravlje.

#### 2.MILJOKAZ: Intimnost

Uz interes prema okolini dolaze i međuljudski odnosi, a za dojenče su to prvenstveno roditelji. Kada roditelj ulazi u djetetovo vidno polje, ono mu se smiješi, gleda ga i sjaji. Iz tog prvog odnosa dijete formira i buduće odnose s ostalima. Ovaj miljokaz učvršćuje razvoj kognitivnih, motoričkih i jezičnih vještina. Dijete uči prepoznati glasove, prati kretanje osoba oko sebe, zadržava pažnju na licima i do 30 sekundi.

#### 3.MILJOKAZ: Dvosmjerna komunikacija

Nakon što se dijete zaljubi u svoje roditelje, ono shvati da može na njih i utjecati. Kada dijete pruži ručice prema tati, on ih pruža natrag, kada se osmjehne mami ona mu uzvraća osmjehom. To je početak komunikacije i prvi oblik dijaloga. Cijela ta komunikacija može se objasniti kao jedan ciklus. Dijete otvara ciklus pružanjem ručica tati, on mu uzvratni pogled i osmjehne se - time nadograđuje radnju. Kada se dijete njemu natrag nasmije on zatvara taj ciklus. Ono polako uči da svojim djelovanjem na drugoga dovodi do reakcije te druge osobe (ako gurne dijete ono će početi plakati). Njome se razvijaju emocionalne, kognitivne i motoričke vještine.

#### 4.MILJOKAZ: Složena komunikacija

Nakon što dijete usvoji dvosmjernu komunikaciju, broj tih ciklusa sve više raste i postaju sve složeniji. Sada povezuje geste s odgovorima. Kada vidi majku može joj se nasmijati, povikati i potrčati prema njoj u zagrljaj. U komunikaciji počinje koristiti geste za izražavanje svojih želja,

primjerice kad je gladno neće plakati, nego će odvesti tatu do hladnjaka i pokazati mu što želi. U svojoj komunikacije oponaša roditelje, ali dodaje svoje „ukrase“ (izraze lica, pokrete tijela). Uz svoje obrasce ponašanja, počinje shvaćati da i svi oko njega imaju obrasce ponašanja i pomoću njih saznaje je li siguran, postoji li neka opasnost u njegovoj blizini, je li napravio nešto dobro ili loše. Tijekom ove faze počinje oponašati govor roditelja zvukovima i slovima.

#### 5.MILJOKAZ: Emocionalne ideje

Djetetova sposobnost formiranja ideja razvija se u igri. Pomoću igračaka ono priča priču i iskazuje svoje osjećaje. U početku dijete imenuje samo one najvažnije elemente u svojoj okolini: roditelje, jelo i igračke ili koristi riječ „To!“ uz pokazivanje. Kasnije kroz igru i uz pomoć roditelja imenuje i namjere, želje i osjećaje. Nakon nekog vremena usvaja i simbole - prazna kutija u kojoj kupa lutku simbolizira kupaonicu ili kupanje. „Svaki simbol je ideja, apstrakcija konkretnog predmeta, radnje ili emocije koja se tiče djeteta“ (Greenspan i Wieder, 2003, str. 74).

Dijete je sposobno manipulirati idejama i upotrebljavati ih kako bi zadovoljivo svoje potrebe. Sada ne mora plakati kada je žedno, a majka otkrivati što želi, nego vikne „Mama, voda!“ i ona mu donese.

#### 6.MILJOKAZ: Emocionalno razmišljanje

U svim prethodnim fazama djetetovo izražavanje su pojedinačne situacije, poput otočića koji nisu povezani. U ovoj fazi dijete gradi mostove između tih otočića, ideje povezuje u logični slijedi, igra i mašta se povezuju. Dijete kroz igru izražava svoje emocije i prepoznaje svoje „ja“. Počinje shvaćati i koncept prostora i vremena: ako ja danas udarim prijatelja, on mi može sutra vratiti. Dijete je sposobno odgovoriti na pitanja „gdje, što, zašto?“, voli raspravljati i iskazuje svoje stavove. Još uvijek tijekom izražavanja koristi geste, pogotovo tijekom osjećaja ljutnje, ali se sad puno bolje snalazi u području govora i razumije da se osjećaji mogu iskazati riječima.



## 2. DJECA S TEŠKOĆAMA U OBITELJI

„Obitelj je kolijevka i osnovna stanica društva te trajno mjesto odgoja i duhovnog rasta naroda“ (Milić Babić, 2012, str. 208).

Obiteljska kohezija česti je predmet istraživanja tijekom kojeg se analizira kako obitelj funkcionira i zadovoljstvo njenih članova obiteljskom klimom. Ona uključuje emocionalnu povezanost i osjećaj bliskosti među članovima, te je povezana sa zdravom i poticajnom obiteljskom klimom. Ključni čimbenici za održavanje dobre obiteljske kohezije su zajedništvo, podrška i emocionalna toplina (Milić Babić, 2012).

### 2.1. Što roditelji mogu učiniti?

Roditelji više nego itko pomažu pri tretiranju djeteta s teškoćama. Ayres (2002) kroz istraživanja navodi kako većina te djece vodi kvalitetan i zadovoljavajući život uz pomoć razumijevanja i podrške svojih roditelja.

Pet je osnovnih koraka koje roditelj može poduzeti (Ayres 2002.):

#### 1) Prepoznati problem kako bi znali što je potrebno djetetu

Najčešće se govori da majka prva spozna kada s djetetom nešto nije u redu, što je i istina. Ne zna pokazati što nije dobro i teško uvjerava doktore ako to ne vide odmah, ali ona to osjeća. Roditelji ponekad misle da će problem nestati s vremenom, da će ga „prerasti“, što nije uvijek točno. Ako je potrebna stručna pomoć ili terapija, s time treba početi odmah, a ne kada dijete odraste, jer će tada biti sve teže. Kada se poteškoća otkrije u ranoj fazi, ona se neće spriječiti, ali će se možda moći umanjiti efekte tog problema. Dijete ne treba gurati da radi nešto za što nije spremno. Treba mu se pružiti prilika i ohrabrivati ga da radi ono s čime se može nositi.

#### 2) Pomoći svojem djetetu da bude zadovoljno sobom

Dijete nije zadovoljno iz više razloga: osjeća frustraciju i nesposobnost, vidi negativne reakcije drugih prema onome što on učini. U tome roditelji mogu puno toga učiniti da umanje osjećaj nesposobnosti i nezadovoljstva sobom. Ne treba odobravati svako djetetovo ponašanje, ali ne smiju dopustiti da njihovo neodobravanje naruši djetetov pojam o sebi.

### 3) Upravlјati njegovim okruženjem

Terapija će imati najbolji utjecaj ako dijete oko sebe ima kontroliranu i dobro organiziranu okolinu.

### 4) Pomoći mu da se nauči igrati

Većina ljudi razmišlja o igri kao o zabavi i „besposličarenju“, a ne znaju da je igra temelj svega, jer dijete kroz igru istražuje samo sebe, svijet oko sebe te tako razvija mozak. U samoj igri nije bitan krajnji cilj (složena kula od kocaka), nego da je dijete slijedilo svoj unutarnji poriv. Dok se dijete igra, ono pokreće svoje tijelo na bezbroj različitih načina te proširuje svoje sposobnosti.

### 5) Potražiti stručnu pomoć

Ne treba oklijevati potražiti pomoć. Kada dijete prvi put shvati da nešto ne može, odmah će početi stvarati emocionalnu blokadu. Što je mozak mlađi, na njega se može lakše utjecati. Roditelji bi se trebali pobrinuti da sve osobe u djetetovom životu (roditelj, odgojitelj, terapeut, učitelj plesa i sl.) djeluju zajedno.

Djeca koja imaju istu dijagnozu mogu se više razlikovati nego biti slična. Glavna tri biološka aspekta koja ima svako dijete je da prima, obrađuje i odgovara na informaciju izvana (misli, osjeća i djeluje). Individualizirano-diferencijalni pristup ispitivanja i intervencije je najbolji. Njime se sagledava jedinstveni profil svakog djeteta: njegove biološke teškoće, obiteljski obrasci i njegov položaj na razvojnoj ljestvici. Nakon toga se te informacije koriste u stvaranju intervjenskog plana zajedničkog za roditelje, terapeute i učitelje/odgojitelje.

Većina djece s posebnim potrebama ima teškoće u više područja, a ne samo jednom.

U većini testiranja se koriste standardizirani testovi, a ne promatra se dijete u interakciji s drugima (roditeljima) gdje pokazuje svoje sposobnosti komuniciranja i razmišljanja. Djetetovo ponašanje kod kuće i tijekom testiranja se može jako razlikovati. Prvi korak je dugotrajno promatranje interakcije između djeteta i roditelja, zatim između djeteta i ispitivača zajedno s anamnezom.

## *2.2. Poteškoće u obitelji kroz nasljedstvo*

„Različite obitelji imaju različite potrebe, različite sustave vrijednosti, različite osobine, ekonomske i društvene resurse“ (Cvitković i sur., 2013, str. 12).

Iako većinu postupaka roditelji rade potaknuti svojim nekim unutarnjim potrebama, kod nekih se vidi i ponašanje kroz nasljedstvo. Kada ih upitaš zašto su to napravili, odgovore da su se tako i njihovi roditelji ponašali. Primjerice, kada majka ne dobiva odgovor ili reakciju od djeteta s posebnim potrebama počinje ga škakljati, gurkati i tresti. Kada je ona bila manja, ako njena mama ne bi obraćala pozornost na nju ili reagirala na njene postupke, ona bi ju gurkala i škakljala samo kako bi dobila neki odgovor. To su usvojena ponašanja koje ne moraju uvijek biti ispravna. Svoje postupke počinju osvještavati tek kada ih naprave i shvate da dijete ne odgovara na to ili mu nije ugodno. Djetinjstvo roditelja i postupci njihovih roditelja (baka i djedova) često će se reflektirati u svakodnevnim situacijama. U njihovim sjećanjima su urezani razni osjećaji koji izađu na van tek kada se nešto dogodi (Greenspan i Wieder, 2003).

## *2.3. Poteškoće u braku*

U obiteljima koje imaju dijete s teškoćama u razvoju, često se javljaju proturječni osjećaji: ljutnja, otuđenje ili poriv za okrivljivanjem sebe i jedno drugoga (partneri). Kada roditelji ili obitelj sazna vijest da dijete ili osoba ima poteškoću u razvoju, ponekad reagiraju šokom i odbijanjem, negiraju postojanje problema. Tada krenu čitati, istraživati i zovu bezbroj stručnjaka samo kako bi mogli dokazati da dijagnoza nije istinita i da će se sve vratiti u „normalu“. Uz to, osjećaju ljutnju i krivicu, krive sami sebe ili jedan drugoga kako to nisu prije primijetili, jesu li mogli to spriječiti i jesu li oni uzrok tog poremećaja. Ali ne mogu se ljutiti na dijete jer ono nije krivo ni u jednom slučaju, pa ih preplavi osjećaj krivnje. Jedan dio obitelji na van pokazuje savršenu sliku, da je sve u redu i da će pronaći rješenje, dok drugi postaju povučeni i depresivni. Kada se krene s prvim oblikom terapije, neki odmah očekuju da će to pomoći i riješiti sve poteškoće. Drugi roditelji razviju osjećaj tjeskobe i osjećaj da ni sva terapija na svijetu neće pomoći njihovom djetetu, da će zauvijek ostati ovakvo, a da su oni užasni roditelji jer su to dopustili (Greenspan i Wieder, 2003).

Također, dolazi i do razdora u odnosima između supružnika. Jedno se može u potpunosti posvetiti djetetu i njegovim terapijama, dijete postaje njegov centar. Drugi roditelj i dalje odrađuje svoju

svakodnevnu rutinu, odlazak na posao, u dućan, jer to je neka njegova „sigurna“ zona u kojoj nema teškoća i terapija. Među njima rastu tenzije te počinju međusobno predbacivati jedan drugome kako jednom više nije stalo do drugoga, kako jedan sve radi, dok drugi ne radi, a zapravo su oboje previše uzrujani i nisu u stanju međusobno podijeliti emocije i bol te ne mogu jedan drugome biti oslonac. Ako se majka u potpunosti usredotoči na dijete, tada se otac osjeća odbačeno i iznevjereno jer žena više ne dijeli s njime emocije i sluša njegove misli i osjećaje (Greenspan i Wieder, 2003).

Kada roditelji prihvate sve svoje osjećaje, tada će moći raditi zajedno kao ekipa. Ako je potrebno mogu i otići na bračno savjetovanje. Nakon što roditelji rade zajedno, iskazuju svoje osjećaje i pomažu djetetu, njihovi životi nisu lagani. Tijekom blagdana, rođendana i obiteljskih okupljanja različite emocije izlaze na površinu. Ako je dijagnoza postavljena djetetu tijekom prve godine života s kojom oni nauče živjeti, poteškoće se mogu pojaviti kasnije kada dijete kreće u predškolsku ustanovu jer tada kreću uspoređivanja s drugom djecom i pitanja od strane djeteta i okoline.

Greenspan i Wieder (2003) objašnjavaju kako potaknuti obiteljsku komunikaciju.

- Roditelji trebaju odvojiti vrijeme kako bi bili zajedno kao partneri, a ne roditelji. Jednom tjedno, roditelji bi trebali izaći sami van, razgovarati o osjećajima i događajima oko njih. Bitno je gledati jedan drugoga kao osobu i partnera, a ne kao neprijatelja.
- Roditelji trebaju pokušati biti iskreni u svojim osjećajima sa samim sobom i s partnerom. Teško je priznati osjećaje, ali kada se to jednom napravi i izreče na glas, sve postaje lakše. Svaki roditelj treba iskazati svoje misli bez uplitanja, upadanja u riječ i razuvjeravanja.
- Lakše je razgovarati s obiteljima koje imaju slična iskustva. Tako se roditelji neće osjećati usamljeno, a moći će podijeliti i svoje ideje i osjećaje.
- Ako je potrebno, roditelji mogu pronaći stručnu pomoć. Savjetovanje može ojačati brak i osnažiti roditelje.

### **3.INTEGRACIJA I INKLUZIJA**

#### *3.1. Od segregacije do inkluzije*

Pojam segregacija (razlučiti, rastaviti) veže se za Stari vijek. To se naziva razdobljem intolerancije prema hendikepiranoj djeci i trajalo je skoro trinaest stoljeća. Sam pojam segregacija označavao je izdvajanje, fizičko uklanjanje hendikepirane djece iz društva. Smatralo se kako bi trebalo otkloniti „neupotrebljivu“ djecu od onih zdravih te su svu svoju pažnju preusmjerili na razvoj zdrave djece. No kako se razvijala znanost, tako su se mijenjala i ova stajališta. Veliku ulogu imala je Crkva koja je prva zbrinjavala takvu djecu. Zuckerman (2016) objašnjava kako je tada dominiralo „animističko stajalište“ koje respektira „dušu“ u svakom živom biću. Nadalje, navodi kako se u 13. stoljeću smatralo se da hendikepirana djeca/osobe imaju demona kojeg je trebalo „istjerati“. Tek u 15. stoljeću počinje se zagovarati humaniji pristup prema hendikepiranim osobama. Sunko (2016) navodi kako je odgoj star koliko i čovjek, ali u najranijem periodu nije bilo potpuno osviješten u društvu.

Zuckerman (2016) definira integraciju kao prihvaćanje i uključivanje djece s posebnim potrebama u društvenu zajednicu. Prijelaz sa segregacijske na integracijsku praksu događa se sedamdesetih godina 20. stoljeća. Ovoj praksi najviše pridonose roditelji hendikepirane djece i same osobe s hendikepom. Roditelji traže jednaku priliku za odgoj i obrazovanje sve djece bez obzira na njihov hendikep. Kroz praksu se uvidjelo kako izdvajanje hendikepirane djece ne omogućuje njihovu uspješnu integraciju i socijalizaciju. Bitno je obrazovati i ostalu djecu kako bi lakše prihvatili različitosti. Zuckerman (2016) naglašava kako i roditelji djece bez teškoća pokazuju veliku ulogu u ovom procesu jer kod djece razvijaju tolerantno stajalište prema različitosti i suzbijaju negativne reakcije.

#### *3.2. Integracija*

Integracija je tijekom 60.-ih i 70.-ih godina prošlog stoljeća pokušavala uključiti dijete s poteškoćama u razvoj u sustav redovnog. Isticale su se tri zadaće:

- stalno isticati kako djeca s poteškoćama u razvoju imaju jednako pravo na obrazovanje,
- uključiti djecu s poteškoćama u razvoj s ostalom djecom u redovne škole,

- reorganizirati sustav specijalnih škola.

U Hrvatskom zakonu postoji potpuna i djelomična integracija. Karamatić Brčić (2011) objašnjava kako potpuna integracija uključuje dijete s teškoćama u razvoju u razred s ostalom djecom koja po redovitom ili prilagođenom programu usvajaju nastavu, a djelomična integracija uključuje dijete s teškoćama u redovitu školu, ali on dio nastave odrađuje s vršnjacima, a drugi dio u posebnom razredu uz edukacijskog rehabilitatora.

Često se kaže da obrazovna integracija prethodi obrazovnoj inkluziji. Kvalitetna primjena obrazovne inkluzije pokazuje spremnost obrazovnog sustava za efikasnu odgojno-obrazovnu praksu, a obrazovna integracija naglašava dijete koje se integrira u sustav redovnog odgoja i obrazovanja.

### *3.2.1. Integrirani pristup terapiji*

Ima mnogo pristupa edukaciji djece s posebnim potrebama, ali mnoge te strategije podbacuju jer pristupaju djeci kao skupini, a ne individualno. Većina stručnjaka usredotočuje se na uklanjanje vidljivih ponašanja ili simptoma umjesto da se usredotoče na mehanizme koji su uzrok tih simptoma. Njihove upute se temelje na izdvojenim područjima a ne služe se kompletnim pristupom svim područjima funkcioniranja. Tijekom procjene bi trebali biti uključeni i roditelji/skrbnici, a ne samo djeca (Greenspan i Wieder, 2003).

Neki smatraju kako će se utjecaj na jedan aspekt djetetovog ponašanja preliti u druga područja. Primjerice, terapeut može pretpostaviti kako će djetetu pomoći promjena okoline, a da će se onda s time smanjiti i problem u obitelji. No nažalost, to nije tako.

Kako bi program bio uspješan, mora se usmjeriti na mnoge aspekte, kako na dijete tako i na obitelj.

### *3.2.2. Integrirana razvojna intervencija: piramida*

Greenspan i Wieder (2003) opisuju model piramide koji je koristan u radu s bebama, djecom i obiteljima. Osnova piramide se sastoji od tjelesne zaštite i stvaranja trajnog osjećaja sigurnosti, te od stabilnih, hranjivih i razvojnih obrazaca koji su potrebni svakom djetetu. Neke obitelji dobro

funkcioniraju u tom području, dok ima i onih koje imaju financijskih poteškoća pa se tu uključuje osoblje uvježbano za procjenjivanje obiteljskih potreba, rješavanje problema i zaštitu.

Druga razina sadrži trajne i dosljedne odnose koji su potrebni djeci u razvoju za stvaranje emocionalnih i kognitivnih kompetencija. Djeca s posebnim potrebama često imaju poteškoća u komuniciranju pa tako i u održavanju bliskih odnosa. Uz njih, odnose teško održavaju i roditelji/skrbnici jer mogu krivo protumačiti djetetovo ponašanje i postupke.

Treća razina sastoji se od dosljednih odnosa prilagođenih individualnim razlikama svakog djeteta. Roditelji trebaju naučiti razne strategije kako bi stvorili poticaje za razvoj senzoričke i motoričke aktivnosti.

Na četvrtoj razini prilagođeni su odnosi. Ona se sastoji od raznih tehnika poticanja razvoja i interakcija koje su prilagođene djetetovoj razvojnoj razini, a uz to potiču i prijelaz na sljedeću razvojnu razinu.

Vrh piramide obuhvaća specifične terapijske ili edukativne tehnike. One potiču dječji razvoj u odnosu na određenu teškoću.

Integrativni piramidalni model naglašava temeljna iskustva koja su neophodna svakom djetetu. Prema njemu trebamo nadograđivati interakcije tijekom kojih nove vještine postaju dijelom djetetovog rastućeg osjećaja za sebe.

### *3.3. Inkluzija*

„Inkluzija podrazumijeva otvoreni obrazovni sustav, poštivanje osobnosti i različitosti drugoga, njegove etničke i kulturne pripadnosti, spremnost za suradnju, aktivno činjenje za dobrobit drugoga te donošenje prikladnih prosudbi i odluka. Kako bi se mogao ostvarivati navedeni pristup, odgojno-obrazovne ustanove trebaju stvarati organizacijske pretpostavke koje se temelje na shvaćanju djeteta kao socijalnog subjekta sa specifičnim potrebama, pravima i kulturom“ (Jurčević Lozančić i Kudek Mirošević, 2015, str. 541).

Inkluzija se lakše provodi u predškolskim ustanovama nego u školskim. Kada su djeca mlađa razlike među njima nisu toliko istaknute. Također, uvjeti rada su slični onima kod kuće što tvori

stalno okruženje. Daniels i Stafford (2003) objašnjavaju kako bi rana inkluzija trebala omogućiti da se svako dijete razvija u okruženju koje poštuje sve njegove potrebe.

### *3.4. Razlika između integracije i inkluzije*

Pojmovi integracija i inkluzija se često koriste kao sinonimi jer nije shvaćena razlika među njima. U praksi je sve do nedavno bitno značenje inkluzije bilo zamijenjeno bliskom riječju integracija koja je označavala prihvaćanje i uvažavanje. Ali to prihvaćanje nije uključivalo poštivanje ključnih promjene koje su nastajale tijekom maksimalnog razvoja potencijala invalidne osobe (Zuckerman, 2016).

Tu se vidi i razliku između ova dva pojma. Integracija se više temelji na statičnosti, inkluzija uključuje novu kvalitetu i dinamične promjene. Najveća razlika je vidljiva u praksi. Integracija u praktičnom djelovanju nije davala rezultate, a uz to je i rezultat socijalizacije bio poražavajući. Zbog toga je započet veliki pokret inkluzije devedesetih godina prošlog stoljeća. Iako su jako puno ulagale društvene zajednice u izgradnju institucija, zapravo je samo trećina osoba s teškoćama imala stručni tretman u istim institucijama. Većina je bila smještena u neadekvatnim ustanovama (socijalna skrb ili zdravstvena skrb) ili je živjela kod kuće bez stručne pomoći (Zuckerman, 2016).

Od najranije dobi, djeca s teškoćama se nalaze u skupinama s djecom bez teškoća što im omogućuje socijalnu integraciju za cijeli život te razvoj tolerancije od malih nogu. Rana inkluzija pomaže i roditeljima jer obitelji s djecom s teškoćama nisu više izolirane, razvijaju suradnju i pripadnost s drugim roditeljima. Također, u skupini profitiraju i „zdrava“ djeca jer razvijaju empatiju, postaju osjetljivi za druge i razumiju „različitosti“ (Zuckerman, 2016).



## **4. DIJETE S TEŠKOĆAMA U VRTIĆU**

### *4.1. Rad odgojitelja*

Inkluzivno okruženje često se kao fraza javlja u pedagoškoj literaturi s engleskog govornog područja, a odnosi se na institucije koje „u potpunosti priznaju prava djece s teškoćama u razvoju te im omogućuju sudjelovanje u svakodnevnim aktivnostima“ (UNESCO, 2009, str. 402).

Guralnick i suradnici (2006) tijekom praćenja pedagoške stvarnosti u svakodnevnom radu utvrdili su kako inkluzija u predškolskom odgoju nailazi na mnoge zapreke poput nepostojanja socijalnih i materijalnih resursa, stavova odgojitelja i očekivanja roditelja čime se otežava uključivanje djece s teškoćama u razvoju u predškolske ustanove. Odgovornost za pedagošku stvarnost prebačena je na odgojitelje koji zapravo nose najviše odgovornosti. Međutim, bez potpore ostalih oni ne mogu puno toga. Sam individualni pristup trebao bi značiti povećanje kvadrature prostora, povećanje broja zaposlenih i promjene organizacijskih uvjeta rada, što je onima koji to financiraju većinom neprihvatljivo.

Djeca koja su uključena u visokokvalitetne programe ranog odgoja su emocionalno stabilnija, pokazuju više samopouzdanja, uspješnija su u samoregulaciji i kognitivnom razvoju. Romstein (2015) s druge strane naglašava kako djeca koja su odrastala u institucijama slabije kvalitete imaju veći rizik od slabijeg školskog uspjeha ili su sklonija agresivnom ponašanju.

Često se nameće pitanje razumiju li odgojitelji svrhu uključivanja djece s teškoćama u razvoju u redovite odgojne skupine. Temelji li se njihov rad samo na fizičkom uključivanju djece s teškoćama u razvoju u skupini ili inkluzija podiže kvalitetu života djece s teškoćama u razvoju. Inkluzivno okruženje označava postojanje, provođenje i evaluaciju planiranih aktivnosti što djeci omogućuje kontinuiranu participaciju u odgojnoj skupini, dok odgojitelj lakše iznosi svoje profesionalne uloge i zadaće (Romstein, 2015).

Hrvatski predškolski i osnovnoškolski sustav inkluzivan je i većina djece s posebnim potrebama je uključena u redoviti program osnovne škole te se uz navedeno smatra da edukacijski sustav može zadovoljiti potrebe sve djece, što podrazumijeva i da su osobe koje rade s djecom (odgojitelji i učitelji) dovoljno kompetentne (Skočić Mihić i sur., 2014).

Skočić Mihić i suradnici (2014) pojašnjavaju kako su za kvalitetan odgoj i obrazovanje sve djece, bez obzira na njihove razvojne i zdravstvene specifičnosti, važni razumijevanje socijalnog i emocionalnog razvoja djeteta, razumijevanje individualnih razlika u procesu učenja svakog djeteta, poznavanje tehnika vođenja skupine, komunikacijske vještine (s djecom, s kolegama, s roditeljima) te poznavanje tehnika poučavanja.

Ustanove za obrazovanje učitelja i odgojitelja nisu dovoljno usmjerene prema razvoju kompetencija odgojitelja kako bi mogli provoditi inkluzivno-odgojnu praksu tijekom koje bi se različitosti učenika/djece koristile kao poticaj za učenje i kreiranje odgojno-obrazovnog procesa. Odgojitelji tijekom studija ne stječu dovoljno kompetencija za poučavanje učenika s teškoćama. Fakulteti odgojnih znanosti trebali bi uvesti više sati praktičnog rada, tj. povezati teoriju s praksom već od prve godine obrazovanja. Većina odgojitelja i učitelja ne osjeća se dovoljno kompetentno za rad u inkluzivnoj nastavi i to kao razlog najčešće navode nedovoljno obrazovanja (Skočić Mihić, 2011).

Bouillet (2011) iznosi kako tek polovica odgojitelja u svakodnevnom radu ne koristi suradnju s obiteljima i sustručnjacima, ne usklađuje kurikulum s individualnim potrebama djece, ne promiče inkluzivnu kulturu u vrtiću, dok čak 15% odgojitelja nije angažirano u inkluzivnim procesima.

Učenici s teškoćama u razvoju u hrvatskim školama ne postižu očekivanu razinu akademskog uspjeha i razinu socijalizacije, a uz to ni ne primaju dovoljno odgovarajuće stručne podrške, naglašavaju Bouillet, Domović i Ivančević (2017).

#### *4.2. Kako djetetu pomoći da se pridruži grupi?*

Tijekom predškolskih godina djeca vježbaju komunikacijske vještine potrebne za uključivanje u društvo. Dok razvijaju te vještine pridruživanja i razvijaju zanimanje za igranje s drugom djecom, posredovanje roditelja, ali i odgojitelja, može biti od velike važnosti.

Greenspan i Wieder (2003) navode nekoliko smjernica za posredovanje odgojitelja u radu s djecama s teškoćama u razvoju:

- Kako pomoći djetetu da se uključi - kada dijete pristupa grupi potaknite ga da pita može li se pridružiti i ako je potrebno da govori glasnije. Potrebno je pridružiti se igri s djecom kako bi im pomogli da vas zapaze.
- Potrebno je izgraditi interaktivne vještine - na početku igre je potrebno slijediti djetetovo vodstvo. Nakon nekog vremena poziva se drugo dijete/djecu da se uključi u igru. Kroz igru se pokušava navesti drugo dijete/djecu da zapazi/e vaše dijete i da ono zapazi njih.
- Preporuča se postati posrednikom u igri - spuštanje na pod k djetetu priziva drugu djecu na igru te ih potiče da se uključe u igru.
- Podržavanjem motoričkih aktivnosti pomaže djetetu vježbati izazovnije aktivnosti fine motorike tako da mu se pruži potpora ruku na ruku.
- Stvaranjem prilika koje motiviraju na zajednički rad, primjerice grupne igre u kojoj se djeca igraju zajedno kako bi došli do pobjede ili do određenog cilja.

#### *4.3. Volontiranje*

„Volontiranje ili dobrovoljni rad proizašao je iz potrebe ljudi da budu zajedno, da se druže ili si pomažu“ (Skočić Mihić, Lončarić i Rudelić, 2011, str. 580) .

Samo volontiranje pruža priliku pomagati drugima, potiče izgradnju solidarnosti, ali i ukazuje na probleme i potrebe oko nas. Haski-Leventhal i suradnici (2008) objašnjavaju kako volontiranje studenata nije samo u interesu društva i studenta. Ono je u interesu akademskih ustanova jer se tijekom voloterskih aktivnosti u društvenoj zajednici osnažuju socijalni i kulturni život kampusa, a time i fakulteti stječu ugled.

Uz društveni aspekt, volontiranje je pozitivno povezano s profesionalnim kompetencijama. Ono utječe na stjecanje određenih iskustva i vještina za radno mjesto. Skočić Mihić, Lončarić i Rudelić, (2011) navode nekoliko aspekta volontiranja. Ljudi volontiraju iz različitih motiva kao što su težnja za pohvalom, pripadanjem, mjerenje postignuća i moć/utjecaj. Sve to u osnovi pripada zadovoljavanju Maslowljeve hijerarhije potreba. Studentice češće volontiraju nego studenti i njih većina dolazi iz obitelji s dobrim obrazovanjem iz srednje i više klase. Tijekom volontiranja potrebno je dobiti volontersku knjižicu, iako je u Hrvatskoj ovaj aspekt jako slabo razvijen. Sama

knjižica služi kako bi volonteri dobili priznanje, potvrdu o volonterskom radu te kao identifikacijska dokumentacija u kojoj volonter upisuje sve svoje edukacije.

Skočić Mihić, Lončarić i Rudelić (2011) dodaju kako je volontiranje u radu s djecom i mladima s posebnim odgojno-obrazovnim potrebama pokazuje mnoge pozitivne reakcije u društvenoj zajednici. Studenti, budući odgojitelji, u ovome imaju priliku za razvoj osobnih i stručnih kompetencija te stječu iskustva koja su u kasnije životu i radu od neprocjenjive vrijednosti.

## 5. TERAPIJSKE METODE U RADU S DJECOM S TEŠKOĆAMA

### 5.1. Terapija jahanjem

Sama terapija jahanjem prvi put se pojavila na Olimpijskim igrama 1952. godine. Mlada jahačica koja je preboljela dječju paralizu, osvojila je srebrnu medalju za dresuru konja, iako je bila u konkurenciji s mlađim i zdravijim jahačima. Od tada ova terapija privlači pozornost stručnjaka (Zuckerman 2016).

Centri za terapiju jahanjem stalno se šire i otvaraju, a u Hrvatskoj imamo registrirana dva takva centra u Zagrebu i Osijeku.

Zuckerman (2016) nabroja tri područja koja pokazuju potrebu za primjenom konja u terapijske svrhe :

- Medicina: hipoterapija - terapija s ciljem razvoja motorike invalidne osobe.
- Pedagogija i defektologija: pedagoško jahanje i defektološko jahanje - terapija s ciljem razvoja osobnosti ponašanje djeteta.
- Sport: rekreacijsko jahanje - terapija s ciljem rekreacije, razvoja motivacije.

### Hipoterapija

Ovaj pojam podrazumijeva fizioterapijske postupke koji su unaprijed osmišljeni i planirani pri čemu je čovjek angažiran socijalno, tjelesno, duševno i emocionalno. Hipoterapijski tretman mora propisati liječnik jer ima neuro-fiziološku osnovu. Zuckerman (2016) objašnjava kako je razlog tome trodimenzionalno ljuljanje konjskih leđa kod pokreta konja. Sjedeći na leđima konja, jahač (invalid) mora stalno reagirati na pokrete koji mu daju osjećaj kretanja iako on to sam ne može. U jahanju su aktivirani i kukovi, zglobovi, noge i ruke, a posebnu pažnju usmjeravaju na položaj zdjelice koja tijekom kretanja pokrete usmjerava prema trupu i udovima. Ovakav oblik terapije nakon vremena stvara suradnju između čovjeka i konja. Hipoterapija također omogućuje pokrete koji aktiviraju bolesne mišiće.

Osobe koje se bave hipoterapijom moraju biti dodatno educirane jer neprofesionalni pristup može štetiti pacijentu.

### Zdravstveno- pedagoško jahanje

Sam pojam pedagoškog jahanja prikazuje prvenstveno odgojnu funkciju. Glavni cilj je odnos prema konju koji uključuje pedagoške, psihološke, fizioterapijske, rehabilitacijske i sociointegrativne čimbenike. Zuckerman (2016) pojašnjava kako je jahanje usmjereno na razvoj i poboljšanje emocionalnog, tjelesnog, duševnog i socijalnog stanja osobe. Sam tretman jahanja započinje stvaranjem emocionalnog kontakta s konjem. Nakon ostvarene veze počinju se planirati vježbe zdravstveno-pedagoške terapije gdje je konj partner u terapiji. Konj nema predrasuda, nikoga ne ocjenjuje nego ga prihvaća takvog kakav jest, reagira spontano na sve vrste ponašanja.

Tim stručnjaka koji provodi pedagoško jahanje sastoji se od pedagoga, defektologa i psihologa, s dodatnim obrazovanjem na području terapijskog jahanja.

### Sportsko jahanje

Jahanje je jedini sport u kojem se invalidi mogu mjeriti sa zdravom osobom, a sve to omogućuje konj. Invalidi si pripomažu raznim pomagalima kao što su specijalno napravljeno uzde, sedla i stremeni. Također često jašu i teži invalidi bez udova dok neka sekundarna oštećenja (npr. iskrivljena kralježnica) može biti ublažena jahanjem, navodi Zuckerman (2016).

Terapijsko jahanje može pomoći širokom krugu ljudi. Ono ne pomaže samo ljudima s fizičkim oštećenjima/invaliditetom, nego i onima psihološke naravi ili emocionalnim problemima. Zapravo, jahanje pomaže svim ljudima, bili oni invalidni ili zdravi.

Zuckerman (2016) uz samo jahanje naglašava i ulogu volontera koja je da vodi konja i pomaže jahaču tijekom jahanja. Uz to se brinu za samog konja: čišćenje, stavljanje opreme, podizanje kopita, vođenje konja i sl. Volonteri svojim prisutstvom ulijevaju osjećaj zajedništva i međusobnog povjerenja u program terapijskog jahanja.

Volontiranje je većinom neprofitno i neplaćeno, ali ga svejedno preuzimaju većinom mladi ljudi koji žele pomoći drugima te svojim doprinosom razviti neku aktivnost. U radu s konjima je većinom opuštena i pozitivna atmosfera te se zato ovakva aktivnost shvaća kao aktivni odmor.

## 5.2. Muzikoterapija

Do 1550. godine jedan od predmeta na studiju medicine bila je glazba. Kroz povijest je dokazano kako dur i disonance u glazbi povisuju krvni tlak, ubrzavaju disanje i puls, dok mol i konsonance snižavaju krvni tlak, usporavaju puls i disanje. Meixner (2018) navodi da su uz to otkrivene i reakcije poput znojenja i napajanja mišića.

Muzikoterapija je „korištenje glazbe i/ili njenih elemenata (zvuk, ritam, melodija, harmonija) koje provodi kvalificirani glazbeni terapeut na osobi ili grupi u procesu koji je osmišljen kako bi osigurao i unaprijedio komunikaciju, učenje, potaknuo izričaj, organizaciju i druge bitne terapeutske ciljeve u svrhu postizanja fizičkih, emocionalnih, mentalnih, društvenih i kognitivnih potreba“ (Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2011, str. 43). Termin muzikoterapija prvi put se spominje još 1918. godine. Terapija glazbom usmjerena je na ponovno vraćanje sposobnosti ili razvijanje potencijala pojedinca kako bi se mogla ostvariti osobna i socijalna interakcija te kvalitetniji život (Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2011).

Glazbenu terapiju možemo svrstati u tri skupine s obzirom na njezin cilj:

1. bihevioralna glazbena terapija - cilj je unaprijediti ponašanje i eliminirati neprikladno ponašanje;
2. psihoterapeutska glazbena terapija - cilj je pomoći bolesniku upoznati vlastiti svijet i svoje potrebe;
3. edukacijska glazbena terapija - održava se unutar obrazovne ustanove. Ciljevi terapije se povezuju sa samim procesom učenja, ostvarivanja i uspješnosti čime su ispunjene potrebe djece vezane uz obrazovni program (Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2011).

Glazbena terapija stalno postiže velike uspjehe kod djece i mladeži, u psihijatriji, onkologiji i internoj medicini, gerijatriji, palijativnoj medicini i hospiciji, kod invalida, kod neurološke rehabilitacije i u psihoterapiji (Meixner, 2018).

Termin Mozart efekt uveo se u funkciju kroz knjigu Done Campbell *Mozart efekt – primjena moći glazbe za iscjeljivanje tijela, jačanje uma i oslobađanje kreativnog duha* (2005). U njoj je objašnjen sam termin Mozart efekt, uz objašnjenje kako klasična glazba djeluje iscjeljujuće na čitav ljudski organizam ali i na razne poremećaje poput disleksije, epilepsije i sl. Campbell (2005)

tvrdi kako klasična glazba potiče mentalni razvoj djece tijekom razvijanja kreativnosti i mašte. Ona također može pomoći u liječenju poremećaja slušanja, poremećaja pažnje, pa čak i autizma.

Aktivno bavljenje glazbom poboljšava osobni rast i razvoj djece s teškoćama u razvoju. Rojko (2002) pojašnjava kako glazba neće moći izliječiti dijete od raznih stečenih ili urođenih poteškoća, ali će mu pomoći u emocionalnom prilagođavanju, djelovat će opuštajuće na djecu, a poticat će i na aktivnost te na društvenu komunikaciju. Djeca se susreću s glazbom na mnogo različitih načina, ali tijekom aktivnog pristupa glazbene improvizacije djeca i s vrlo izraženim poteškoćama u razvoju mogu ostvariti svoj potencijal. Metode zasnovane na improvizaciji nastoje djecu što više uključiti u interakciju i pružaju djeci glazbeno izražavanje i komuniciranje glazbom. Način rada i sredstva izražavanja nastoje se prilagoditi djetetovim potrebama. S obzirom da je djeca imaju puno mogućnosti baviti se glazbom u predškolskim ustanovama, važno je i da se odgojitelji obrazuju i steknu znanja o glazboterapiji, navodi Svalina (2008).

### *5.3. Art terapija*

Osobe s teškoćama u razvoju često razvijaju sekundarne poteškoće koje se odražavaju na njihovo mentalno zdravlje. Stoga je bitno pružiti im primjerenu podršku i adekvatne terapijske programe.

Parać i suradnici (2018) definiraju art-terapiju kao slobodno likovno izražavanje u kojem su vještina, originalnost i kvaliteta proizvoda manje bitna nego sam kreativni process stvaranja.

Ona se temelji na neverbalnoj i verbalnoj komunikaciji u izražavanju misli i osjećaja. Također se koristi za poticanje vlastitog rasta i razvoja, za povećanje samospoznaje i kao pomoć u emocionalnom oporavku djece, odraslih i obitelji. Djeca i mladi s teškoćama u razvoju uspješnije razvijaju svoje vještine ako su uključeni u zajedničke aktivnosti sa svojim vršnjacima.

### *5.4. Floor-time pristup*

Floor-time je sustavni način rada tijekom kojeg intenzivnim radom roditelja i terapeuta, dijete počinje svoje penjanje po razvojnim stubama stepenicu po stepenicu (Greenspan i Wieder, 2003). Ovaj način rada uvodi se svugdje: doma, u predškolskoj ustanovi ili kod terapeuta.



Greenspan i Wieder (2003) navode tri dijela razvojnog pristupa teoriji:

1. Roditelji rade floor time sa svojim djetetom - stvaraju iskustva koja potiču ovladavanje miljokazima.
2. Logopedi, fizikalni terapeuti, edukatori ili psihoterapeuti koji rade s djecom putem specijaliziranih metoda koriste floor time u radu s djetetovim teškoćama i u poticanju razvoja djeteta.
3. Roditelji rade na svojim vlastitim reakcijama kako bi povećali učestalost interakcija s djetetom i stvorili obiteljski obrazac.

Floor time period je od 20 do 30 minuta kada roditelj sjedi s djetetom na podu i druži se i igra. Roditelj potiče dijete na interakciju s njime i igra se ono što dijete želi, prati njegovo vodstvo. Primjerice, u igri s autićima, ako dijete vozi autić mora ga voziti i roditelj. Ali roditelj mu pritom nudi brži autić ili utrku autića s ciljem interakcije s djetetom. Neće dijete uvijek prihvaćati interakciju, ali treba ga još više poticati. Greenspan i Wieder (2003) objašnjavaju da je u početku to jako teško jer većina djece s posebnim potrebama želi da ih se ostavi na miru, ali s vremenom dijete će predosjećati inicijative i prihvaćati ih. Kada ono prvi put prihvati inicijativu, roditelj može proširiti interakcije i razigrano ga podbadati kako bi razvijao još više komunikacijskih ciklusa.

Za potpuni razvoj mozga potrebni su međuljudski odnosi jer su ljudi stvoreni da žive u zajednicama. Bez samopoštovanja, inicijative i kreativnosti, dijete neće rasti. Putem interakcija pobuđuju se djetetove emocije tako da služe njegovom učenju. Roditelji trebaju djetetu pružiti mogućnost da se nauči uključivati u dijalog, da dijete preuzme inicijativu i da rješava problematične situacije.

### *5.5. Lijekovi*

Od kada su se počeli koristiti lijekovi u medicinske svrhe, smatralo se da su jako važni u terapiji za djecu s posebnim potrebama. Greenspan i Wieder (2003) navode korake prije propisivanja samih lijekova - prvo je potrebno napraviti potpunu evaluaciju i ispitivanje. Zatim se sastavlja plan terapije rada kod kuće, rada s roditeljima i s terapeutima. Nakon šest do osam mjeseci promatra se razvoj djeteta, krivulja koja raste ili se ne mijenja. Kada se to ispita, ako je potrebno, propisuje se terapija lijekovima. Liječnik (dječji psihijatar, pedijatar, dječji neurolog) prvi je korak u

razmatranju uzimanja/propisivanja lijekova. Razni lijekovi utječu na više područja i mogu potaknuti ili ugroziti funkcioniranje organizma. Zbog toga je jako bitno da roditelji budu svjesni što riskiraju nuđenjem lijekova djeci. Zato je vrlo važno pomno ispitati djetetove simptome, pristupiti njegovoj okolini u kojoj odrasta i osobama koje ga okružuju, jer lijek može utjecati u različitim područjima funkcioniranja u različitim okolnostima.

Ponekad se čini da lijek pomaže, ali zapravo stvara uznemirenost ili pretjerano uzbuđenje. U nekim slučajevima, umjesto da se smanji doza lijeka ili da se promijeni vrsta lijeka, djetetu se daje drugi lijek za smirivanje ili smanjivanje tjeskobe. Ako to krene u smjeru depresije, onda se daje i treći lijek. Ponekad je postupnim micanjem lijekova iz upotrebe došlo do znatnog poboljšanja i boljeg funkcioniranja.

Mnoštvo lijekova može izazvati pomutnju i stvoriti razne nuspojave. Zato je važno pristupiti izboru lijeka oprezno i pokušati ne propisivati više od jednog lijeka. Ako je potrebno propisati više lijekova, treba ih uvoditi postepeno uz konstantno praćenje djeteta na svim razvojnim područjima (Greenspan i Wieder, 2003).

## 6. DRUŠTVENA ZAJEDNICA I POTPORA DRUŠTVA

Doživljaj invaliditeta je različit za svaku osobu. Netko će ga prihvatiti i naučiti živjeti s time, pokazivat će ga i rado objasniti ljudima ako budu imali kakva pitanja. Ali ima i onih koji će sakrivati svoj invaliditet, neće htjeti ići na druženja, bit će povučeni i neće htjeti razgovarati o svom invaliditetu. Subjektivni doživljaj (stres) izaziva znatno više problema negoli objektivno stanje (stres) (Lazarus, 2000).

Stupanj kontrole samog sebe ovisi o utjecaju okoline. Aronson, Wilson i Akert (2005) povezuju pozitivni odnos prema vlastitom hendikepu i potporu okoline. Društvena potpora, osjećaj da ljudi žele pomoći, da ih prihvaćaju i reagiraju na njihove potrebe znatno pomažu u rješavanju problema i u suočavanju sa stresom.

Od velike važnosti je osoba na koju se mogu osloniti. Što je društvena potpora veća, to su veći i osjećaj sigurnosti i motivacija za rješavanje problema. Kada se razgovara o problemu, strahovima i osjećajima, to pomaže osobi da svoju teškoću shvati kao manji problem i da ju lakše prebrodi. Aronson, Wilson i Akert (2005) iznose da je dokazano kako optimistični ljudi bolje reagiraju na stres i uspješnije rješavaju probleme. Kod djece i mladih je izrazito važno izgraditi zdravu ravnotežu optimizma i percepcije stvarnosti. Ako uspiju pozitivno gledati na različite aspekte života imat će povećano samopouzdanje i lakše se suočavati s teškoćama. Inkluzija osoba s psihofizičkim teškoćama povezana je s društvenom potporom i poimanjem samog sebe. Kada osoba osjeti da je drugima stalo do nje, da se zajednica brine i pomaže, da se može nekome povjeriti i razgovarati, tada se to pozitivno odražava na njegovu razinu samopoštovanja, ponašanja i postavljanja ciljeva u životu. Odraslim osobama je to lakše spoznati, dok zdravu djecu treba stalno podučavati. Jedna od najvažnijih poruka inkluzivne pedagogije je biti prihvaćen u društvu.

## 7. PARTNERSTVO OBITELJI I PREDŠKOLSKIH USTANOVA

Partnerstvo u procesu razvijanja partnerskog odnosa obitelji i predškolske ustanove definira se kao „proces zajedničkog rada obitelji i učitelja/odgojitelja, kako bi se poboljšao dječji socijalni emocionalni i kognitivni razvoj putem doma, škole i zajednice, a koji se temelji na interakciji i sudjelovanju“ (Ljubetić, 2014, str. 4).

Često u literaturama nalazimo na termin suradnja te ga većina ljudi koristi kao sinonim za izraz partnerstvo, što nije u potpunosti točno. „Suradnja razvija i njeguje uglavnom površne i formalne odnose koji ma koliko da su učestali ne mogu donijeti kvalitativne promjene“ (Ljubetić, 2014, str. 5).

Zrilić (2012) ističe kako se učinkovito i uspješno vođenje odgojno-obrazovnog procesa zasniva upravo na suradničkom ponašanju, kompetencijama odgojitelja te trajnom propitivanju odgojne temeljne funkcije u djetetovu razvoju. Često se naglašava važnost što ranijeg i angažiranog odnosa između obitelji, škole i zajednice kao preduvjet budućeg uspjeha djece.

Partnerstvo roditelja i odgojitelja/učitelja se smatra jednim od najvažnijih čimbenika u odgoju djeteta, ali se to, nažalost, ne provodi u potpunosti kroz praksu. Roditeljima ponekad ne odgovara na koji način ustanova (predškolska ili školska) traži da se uključe u njen rad, a ponekad su učitelji u otporu prema komunikaciji s roditeljima. Većina partnerskih odnosa temelji se na „hijerarhijskom poretku“ gdje su stručnjaci/profesionaci dominantniji nad roditeljima te smatraju da stručnjaci trebaju roditeljima ponuditi rješenja i preporuke, „naučiti ih“ kako bi unaprijedili njihove živote (Ljubetić, 2014).

Utjecaj i anagažiranost obitelji u životu djeteta pozitivno se odražava na povećanje djetetovog samopoštovanja, formiranje pozitivnih stavova prema odgojnim i obrazovnim ustanovama, poboljšava ponašanje djetetu kod kuće i van nje te jača intrepersonalne vještine i vještine donošenja odluka.

Ljubetić (2014) nabraja najvažnije elemente partnerstva:

- poštenje
- poštovanje
- vjerovanje

- otvorena komunikacija
- fleksibilnost
- aktivno slušanje
- djeljenje informacija
- neosuđivanje.

Partnerski odnos između roditelja i predškolske ustanove ima dvije strane: interesi i zahtjevi predškolske ustanove te očekivanja roditelja. One obitelji koje ne pokazuju interes za suradnjom etiketira se kao one kojima „nije stalo“ te ustanova ne ulaže napor u to da pronađe neki drugi način suradnje. U partnerskom odnosu i obitelj i ustanova stavljaju dijete i njegovu dobrobit na prvo mjesto, u centar pozornosti obiju strana (Ljubetić, 2014).

Suvremeni vrtić mjesto je gdje se izgrađuje kvalitetan odnos između odgojitelja i roditelja koji se temelji na povjerenju, a zatim prerasta u partnerski odnos od čega imaju korist sve tri strane: roditelj, dijete i odgojitelj. Važnu ulogu ima način komunikacije koji se odvija na relaciji dijete - roditelj, roditelj - odgojitelj. Ovaj odnos utječe na stvaranje atmosfere koja je bitna za zdrav i cjelovit razvoj djeteta.

Krajem prošlog desetljeća u Hrvatskoj istražen je utjecaj pravovremene prevencije nepoželjnih oblika ponašanja u kasnijoj dobi. Bašić, Perić i Kranželić (2001) iznose rezultate: svim ili većini obitelji/roditelja je potrebno osigurati osnovna znanja i vještine kako bi bili kvalitetni i odgovorni roditelji, a time poticali i kvalitetan razvoj djeteta. Nažalost, postoje i oni negativni aspekti u radu s djecom u predškolskoj ustanovi: nesrazmjer između upisa broja djece s posebnim potrebama u predškolske ustanove i onog broja djeca bez poteškoća koji su uključeni u bilo koji program predškolske ustanove. Drugi negativni aspekt je različitost kurikulumata predškolskih ustanova i njegova usmjerenost k ideji o kreiranju vrtića kao organizacije koja uči. Treće je premala uključenost roditelja na suradničkoj razini u svakodnevni rad i programe predškolske ustanove.

## ZAKLJUČAK

Nije dovoljno samo obrazovanje ljudi kako bi se promijenile neke stvari i društvo. Šušnjara (2008) navodi kako se osobi koja ima poteškoća i zahtjeva posebnu skrb može pomoći samo različitim pristupima u učenju i življenju. Potrebno je kontinuirano stručno usavršavanje, cjeloživotno obrazovanje u stjecanju stručnog znanja odgojitelja o teškoćama i individualnim odgojno-obrazovnim potrebama djece i sustavima podrške te stalno upoznavanje s novim odgojnim, obrazovnim i društvenim temama povezani s djecom s teškoćama, objašnjavaju Kudek Mirošević i Jurčević Lozančić (2014).

Svakom djetetu treba pomoći razvijanjem i poticanjem njegovih talenata, otkrivanjem njegovih želja i mogućnosti. Potrebno je raditi kroz individualni pristup, zamišljenim nastavnim programom, poštujući posebnosti i razlike svakog pojedinca. Ne uključivanje djece s posebnim potrebama nema samo negativan utjecaj na njih, nego i na djecu bez teškoća. Vlah i Tatalović Vorkapić (2011) iznose da djeca koja su odrastala uz djecu s određenim razvojnim teškoćama pokazivala su porast pozitivnih emocija, kao što su empatija i brižnost te razne oblike prosocijalnih ponašanja.

Ljudi trebaju vidjeti jedni druge kao ravnopravne sugovornike i članove zajednice. Inkluzije neće biti u predškolskim ustanovama i školama ako ona ne postoji u društvu i svijesti pojedinca.

## LITERATURA

1. Aronson, E., Wilson, T. D. i Akert, R. M. (2005). *Socijalna psihologija*. Zagreb: Mate.
2. Ayres, A. J. (2002). *Dijete i senzorna integracija*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
3. Bašić, J., Ferić, M. i Kranželić, V. (2001). *Od primarne prevencije do ranih intervencija*. Zagreb: Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet Sveučilišta u Zagrebu.
4. Biondić, I. (1993). *Integrativna pedagogija. Odgoj djece s posebnim potrebama*. Zagreb: Školske novine.
5. Bojas-Petković, Z., Frey Škrinjar, J. i suradnici (2010). *Poremećaji autističnog spektra*. Zagreb: Školska knjiga.
6. Bouillet, D., Domović, V. i Ivančević, S. (2017). Uvjerjenja studenata učiteljskog studija i zaposlenih učitelja o inkluzivnoj praksi. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 53(2), 32-46. Preuzeto 27. kolovoza 2020. iz Hrčak. Portal hrvatskih znanstvenih i stručnih časopisa: <https://hrcak.srce.hr/file/282794>
7. Breitenfeld, D. i Majsec Vrbanić, V. (2011). *Muzikoterapija: pomozimo si glazbom*. Zagreb: Music play.
8. Bouillet, D. (2011). Kompetencije odgojitelja djece rane i predškolske dobi za inkluzivnu praksu. *Pedagogijska istraživanja*, 8(2), 323-338. Preuzeto 27. kolovoza 2020. iz Hrčak. Portal hrvatskih znanstvenih i stručnih časopisa: <https://hrcak.srce.hr/116665>
9. Campbell, D. (2005). *Mozart efekt. Primjena moći glazbe za iscjeljivanje tijela, jačanje uma i oslobađanje kreativnog duha*. Čakovec: Dvostruka duga.
10. Cvitković, D., Žic Ralić, A. i Wagner Jakab, A. (2013). Vrijednosti, interakcija sa zajednicom i kvaliteta života obitelji djece s teškoćama u razvoju. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 49 (Supplement), 10-22. Preuzeto 27. kolovoza 2020. iz Hrčak. Portal hrvatskih znanstvenih i stručnih časopisa: <https://hrcak.srce.hr/109412>
11. Daniels, E. R. i Stafford, K. (2003). *Kurikulum za inkluziju: razvojno-primjereni program za rad s djecom s posebnim potrebama*. Zagreb: Udruga roditelja Korak po korak za promicanje kvalitete življenja djece i obitelji.
12. *Deklaracija o pravima osoba s invaliditetom* (NN, 47/2005)
13. Greenspan, S. I. i Wieder, S. (2003). *Dijete s posebnim potrebama. Poticanje intelektualnog i emocionalnog razvoja*. Lekenik: Ostvarenje.

14. Guralnick, M. J., Hammond, M. A., Connor, R. T. i Neville, B. (2006). Stability, change, and correlates of the peer relationships of young children with mild developmental delays, *Child development*, 77(2), 312-324.
15. Haski-Leventhal, D., Cnaan, R. A., Handy, F., Brudney, J. L., Holmes, K., Hustinx, L., Kang, C., Kassam, M., Meijs, L. C. P. M., Rande, B., Yamauchi, N., Yeung, A. B. i Zrinščak, S. (2008). Students' vocational choices and voluntary action: A 12-national study. *Voluntas*, 19(1), 1-21. Preuzeto 27. Kolovoza 2020. iz ResearchGate: [https://www.researchgate.net/profile/Sinisa\\_Zrinscak2/publication/225688216\\_Students'\\_Vocational\\_Choices\\_and\\_Voluntary\\_Action\\_A\\_12-Nation\\_Study/links/550ad1170cf2855640957f58/Students-Vocational-Choices-and-Voluntary-Action-A-12-Nation-Study.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Sinisa_Zrinscak2/publication/225688216_Students'_Vocational_Choices_and_Voluntary_Action_A_12-Nation_Study/links/550ad1170cf2855640957f58/Students-Vocational-Choices-and-Voluntary-Action-A-12-Nation-Study.pdf)
16. Jurčević Lozančić, A. i Kudek Mirošević, J. (2015). Konstruktivizam u suvremenom inkluzivnom odgoju i obrazovanju. *Školski vjesnik*, 64(4), 541-560. Preuzeto 27. kolovoza 2020. iz Hrčak. Portal hrvatskih znanstvenih i stručnih časopisa: <https://hrcak.srce.hr/152911>
17. Karamatić Brčić, M. (2011). Svrha i cilj inkluzivnog obrazovanja. *Acta Iadertina*, 8(1), 39-47. Preuzeto 27. kolovoza 2020. iz Hrčak. Portal hrvatskih znanstvenih i stručnih časopisa: <https://hrcak.srce.hr/190090>
18. Krampač-Grljušić, A. i Marinić, I. (2007). *Posebno dijete. Priručnik za učitelje u radu s djecom s posebnim obrazovnim potrebama*. Osijek: Grafika.
19. Kudek Mirošević, J. i Jurčević Lozančić, A. (2014). Stavovi odgojitelja i učitelja o provedbi inkluzije u redovitim predškolskim ustanovama i osnovnim školama. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 50(2), 17-29. Preuzeto 27. kolovoza 2020. iz Hrčak. Portal hrvatskih znanstvenih i stručnih časopisa: <https://hrcak.srce.hr/130957>
20. Lazarus, R. S. (2000). Toward better research on stress and coping. *The American psychologist* 55(6), 665-673.
21. Leutar, Z. i Oršulić, V. (2014). Povezanost socijalne podrške i nekih aspekata roditeljstva u obiteljima s djecom s teškoćama u razvoju. *Revija za socijalnu politiku*, 22(2), 153-176. Preuzeto 27. kolovoza 2020. iz Hrčak. Portal hrvatskih znanstvenih i stručnih časopisa: <https://hrcak.srce.hr/file/211742>



22. Ljubetić, M.(2014). *Od suradnje do partnerstva obitelji, odgojno-obrazovne ustanove i zajednice*. Zagreb: Element d.o.o.
23. Meixner, J. J. (2018). *Glazba kao lijek: samoterapija zvucima koji liječe*. Sisak – Zagreb: Intergrafika-TTŽ .
24. Milić Babić, M. (2012). Obiteljska kohezivnost u obiteljima djece s teškoćama u razvoju. *Nova prisutnost*, 10(2), 207-223. Preuzeto 27. kolovoza 2020. iz Hrčak. Portal hrvatskih znanstvenih i stručnih časopisa: <https://hrcak.srce.hr/85042>
25. Parać, Z., Ursić, J., Pivac, D., Pavlović, Ž., Ključević, Ž. i Grbić, M. (2018). “Poveži se bojom, približi se slikom” – art-terapija u funkciji zaštite i unapređenja mentalnog zdravlja djece i mladih s teškoćama u razvoju. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 54(1), 152-161. Preuzeto 27. kolovoza 2020. iz Hrčak. Portal hrvatskih znanstvenih i stručnih časopisa: <https://hrcak.srce.hr/file/300096>
26. Rojko, P. (2002). Glazbenoteorijska i psihološka uporišta glazboterapije. *Tonovi*. 40(2), 17-27.
27. Romstein, K. (2015). Procjenjivanje kvalitete inkluzivnog okruženja u institucijama predškolskog odgoja. *Napredak*, 156(4), 401-421. Preuzeto 27. kolovoza 2020. iz Hrčak. Portal hrvatskih znanstvenih i stručnih časopisa: <https://hrcak.srce.hr/166209>
28. Skočić Mihić, S. (2011). *Spremnost odgajatelja i faktori podrške za uspješno uključivanje djece s teškoćama u rani predškolski odgoj i obrazovanje. Doktorska disertacija*. Zagreb: Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet Sveučilišta u Zagrebu.
29. Skočić Mihić, S., Lončarić, D. i Rudelić, A. (2011). Volontiranje studenata s djecom i mladima s posebnim odgojno-obrazovnim potrebama. *Ljetopis socijalnog rada*, 18(3), 579-600. Preuzeto 27. kolovoza 2020. iz Hrčak. Portal hrvatskih znanstvenih i stručnih časopisa: <https://hrcak.srce.hr/75437>
30. Skočić Mihić, S., Lončarić, D., Kolombo, M., Perger, S., Nastić, M. i Trgovčić, E. (2014). Samoprocijenjene kompetencije studenata učiteljskog studija za rad s djecom s posebnim odgojno-obrazovnim potrebama. *Napredak*, 154(3), 303-322. Preuzeto 27. kolovoza 2020. iz Hrčak. Portal hrvatskih znanstvenih i stručnih časopisa: <https://hrcak.srce.hr/138849>
31. Sunko, E. (2016). Društveno povijesni kontekst odgoja i obrazovanja djece s teškoćama u razvoju. *Školski vjesnik*, 65(4), 601-620. Preuzeto 27. kolovoza 2020. iz Hrčak. Portal hrvatskih znanstvenih i stručnih časopisa: <https://hrcak.srce.hr/178259>

32. Svalina, V. (2008). Glazboterapija i djeca s posebnim potrebama. U J. Martinčić, i D. Hackenberger (Ur.), *Međunarodna kolonija mladih Ernestinovo: 2003.-2008.* (str. 153-163). Zagreb – Osijek: Hrvatska akademija znanosti i umjetnosti – Zavod za znanstveni i umjetnički rad u Osijeku. Preuzeto 27. Kolovoza 2020. iz CROSBİ. Hrvatska znanstvena bibliografija: [https://bib.irb.hr/datoteka/445166.Svalina\\_Vesna -  
\\_GLAZBOTERAPIJA I DJECA S POSEBNIM POTREBAMA.pdf](https://bib.irb.hr/datoteka/445166.Svalina_Vesna_-_GLAZBOTERAPIJA_I_DJECA_S_POSEBNIM_POTREBAMA.pdf)
33. Šušnjara, S. (2008). Odnos prema djeci s posebnim potrebama. *Školski vjesnik*, 57(3. - 4.), 321-337. Preuzeto 27. kolovoza 2020. iz Hrčak. Portal hrvatskih znanstvenih i stručnih časopisa: <https://hrcak.srce.hr/82636>
34. Ured UNICEF-a (2019). Doprinos UNICEF-a ostvarivanju prava djece u Hrvatskoj, Tiskano u Hrvatskoj, Zagreb, Preuzeto 01. rujna 2020. iz UNICEF-a: <https://www.unicef.org/croatia/media/2401/file>
35. Vajda, A. (2013). Modaliteti zaštite osoba s invaliditetom u Republici Hrvatskoj. *Sigurnost*, 55(4), 341-350. Preuzeto 27. kolovoza 2020. iz Hrčak. Portal hrvatskih znanstvenih i stručnih časopisa: <https://hrcak.srce.hr/112840>
36. Vlah, N. i Tatalović Vorkapić, S. (2011). Suradnja s roditeljima u predškolskoj ustanovi: analiza pojedinih aspekata. *Napredak*, 152 (1), 61-73. Preuzeto 27. kolovoza 2020. iz Hrčak. Portal hrvatskih znanstvenih i stručnih časopisa: <https://hrcak.srce.hr/82752>
37. Zovko, G. (1999). Invalidi i društvo. *Revija za socijalnu politiku* 6(2), 105-117. Preuzeto 27. Kolovoza 2020. iz Hrčak. Portal hrvatskih znanstvenih i stručnih časopisa: <https://hrcak.srce.hr/file/47251>
38. Zrilić, S. i Košta, T. (2008). Specifičnost rada sa slijepim djetetom u vrtiću i školi s posebnim naglaskom na slušnu percepciju. *Magistra Iadertina*, 3(1), 171-186. Preuzeto 27. kolovoza 2020. iz Hrčak. Portal hrvatskih znanstvenih i stručnih časopisa: <https://hrcak.srce.hr/35626>
39. Zrilić, S. (2011). Djeca s posebnim potrebama u vrtiću i nižim razredima osnovne škole. Priručnik za roditelje, odgojitelje i učitelje. Zadar: Sveučilište u Zadru.
40. Zrilić, S. (2012). Uloga pedagoga u integriranom odgoju i obrazovanju. *Magistra Iadertina*, 7(1), 89-100. Preuzeto 27. kolovoza 2020. iz Hrčak. Portal hrvatskih znanstvenih i stručnih časopisa: <https://hrcak.srce.hr/35626>

41. Zuckerman, Z. (2016). *Summa pedagogica: Inkluzino obrazovanje učenika s razvojnim teškoćama*, Velika Gorica: Naklada Benedikta.
42. Žic Ralić, A. i Cvitković, D. (2013). Povezanost varijabli obiteljske klime i prilagođenog ponašanja u procjenama djece s teškoćama i tipičnog razvoja. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 49(1), 151-163. Preuzeto 27. kolovoza 2020. iz Hrčak. Portal hrvatskih znanstvenih i stručnih časopisa: <https://hrcak.srce.hr/104217>

## **IZJAVA O SAMOSTALNOJ IZRADI RADA**

Ovime potvrđujem da sam osobno napisala rad:

Integracija djece s teškoćama u razvoju u predškolske ustanove

i da sam njegova autorica.

Svi dijelovi rada, nalazi ili ideje koje su u radu citirane ili se temelje na drugim izvorima ( mrežni izvori, udžbenici, knjige, znanstveni, stručni ili popularni članci) u radu su jasno označeni kao takvi te adekvatno navedeni u popisu literature.

Ime i prezime: Kristina Kovačić

Datum: 18.09.2020.