

Tjelesna i zdravstvena kultura, djeca s teškoćama u razvoju

Krišto, Mihaela

Master's thesis / Diplomski rad

2024

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:147:322070>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-01-18**

Repository / Repozitorij:

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



SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
UČITELJSKI FAKULTET
ODSJEK ZA UČITELJSKE STUDIJE

Mihaela Krišto

TJELESNA I ZDRAVSTVENA KULTURA, DJECA S TEŠKOĆAMA U RAZVOJU

Diplomski rad

Petrinja, srpanj 2024.

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
UČITELJSKI FAKULTET
ODSJEK ZA UČITELJSKE STUDIJE

Mihaela Krišto

TJELESNA I ZDRAVSTVENA KULTURA, DJECA S TEŠKOĆAMA U RAZVOJU

Diplomski rad

Mentor rada:

prof.dr.sc. Ivan Prskalo

Petrinja, srpanj 2024.

Izjava o izvornosti diplomskog rada

Izjavljujem da je moj diplomski rad izvorni rezultat mojeg rada te da se u izradi istoga nisam koristila drugim izvorima osim onih koji su u njemu navedeni.

(vlastoručni potpis studenta)

SAŽETAK

Tema ovoga rada je Tjelesna i zdravstvena kultura djece s teškoćama u razvoju. Ovaj rad u uvodu pruža sveobuhvatan presjek različitih vrsta teškoća u razvoju s kojima se djeca mogu suočavati, kao i utjecaj tih teškoća na njihov svakodnevni život i mogućnosti na satu Tjelesne i zdravstvene kulture.

U glavnom dijelu rada naglašava se ključna važnost tjelesnog vježbanja za djecu s teškoćama u razvoju, ističući kako tjelesna aktivnost može doprinijeti njihovom fizičkom, mentalnom i socijalnom razvoju. Posebno je u fokus individualizacija i prilagodba nastave tjelesne i zdravstvene kulture. U tom kontekstu, rad pruža uvide u prilagodbu nastave iz kineziološkog i inkluzivnog aspekta, uključujući upotrebu igre kao neizostavni dio tjelesnog kretanja djece. Primjeri prilagođenih vježbi i aktivnosti ilustriraju kako se tjelesna kultura može uspješno implementirati za djecu s različitim vrstama teškoća. U radu se također naglašavaju ključna polazišta koja su temelj za organizaciju Tjelesne i zdravstvene kulture za djecu s teškoćama. Navode se primjeri i prijedlozi kako organizirati tjelesnu i zdravstvenu kulturu na način koji osigurava inkluzivno i podržavajuće okruženje za svu djecu.

Sva nastojanja za inkluzijom djece s teškoćama u razvoju u odgojno-obrazovni sustav, pa tako i nastavu tjelesne i zdravstvene kulture, moraju se suočiti s nizom izazova i prepreka. Ovaj rad analizira te izazove, poput nedostatka odgovarajuće infrastrukture, nedovoljno educiranih nastavnika te potrebu za dodatnim resursima i podrškom.

Za potrebe rada provedeno je i kratko anketno istraživanje na uzorku od 40 učitelja razredne nastave. Cilj istraživanja bio je dobiti uvid u vrste teškoća s kojima se učitelji susreću među svojim učenicima te u kojoj mjeri i na koji način djeca s teškoćama sudjeluju u satu tjelesne i zdravstvene kulture. Rezultati ankete pružaju vrijedne informacije o stvarnoj situaciji u školama i nude smjernice za daljnja poboljšanja u nastavi tjelesne i zdravstvene kulture za djecu s teškoćama u razvoju.

ključne riječi: *teškoće u razvoju, Tjelesna i zdravstvena kultura, prilagodba, individualizacija*

SUMMARY

Main subject of this paper is Physical Education of children with disabilities. In introduction, the paper provides a comprehensive overview of the different types of disabilities that children may face, as well as the impact of these disabilities on their daily lives and opportunities in the Physical Education class.

The main part of the paper emphasizes the critical importance of physical exercise for children with disabilities, emphasizing how physical activity can contribute to their physical, mental and social development. Special emphasis is placed on the individualization and adaptation of Physical Education. In this context, the work provides insight into program adaptation from a kinesiology and inclusive aspect, including the use of play as an indispensable part of children's physical movement. Examples of adapted exercises and activities illustrate how physical education can be successfully implemented for children with different types of disabilities. The paper also emphasizes the key starting points that are the basis for the organization Physical Education of children with disabilities. Examples and suggestions are presented on how to organize Physical Education in a way that ensures an inclusive and supportive environment for all children.

All efforts to include children with developmental disabilities in the educational system, including physical education and health education, must face a series of challenges and obstacles. This paper analyzes these challenges, such as the lack of adequate infrastructure, insufficiently educated teachers and the need for additional resources and support.

For the purposes of the work, a short survey was conducted on a sample of 40 lower school teachers. The goal of the research was to gain insight into the types of difficulties that teachers encounter among their students, and to what extent and in what way children with disabilities participate in physical and health education classes. The results of the survey provide valuable information about the actual situation in schools and offer guidelines for further improvements in the teaching of physical and health education for children with developmental disabilities.

keywords: *developmental disabilities, physical and health culture, adaptation, individualization*

SADRŽAJ

1. UVOD	1
2. TJELESNA I ZDRAVSTVENA KULTURA	2
3. DJECA S TEŠKOĆAMA U RAZVOJU	3
3.1. <i>Djeca sa sniženim intelektualnim sposobnostima</i>	3
3.2. <i>Autistična djeca</i>	4
3.3. <i>Slijepa i slabovidna djeca.....</i>	5
3.4. <i>Gluha i nagluha djeca</i>	6
3.5. <i>Djeca s motoričkim poremećajima i kroničnim bolestima</i>	7
3.6. <i>Djeca sa smetnjama u ponašanju</i>	8
3.7. <i>Djeca s poremećajima pažnje</i>	8
3.8. <i>Djeca sa specifičnim teškoćama u učenju</i>	8
4. VAŽNOST TJELESNE I ZDRAVSTVENE KULTURE ZA DJECU S TEŠKOĆAMA U RAZVOJU	10
5. POSEBNOSTI U NASTAVI TJELESNE I ZDRAVSTVENE KULTURE DJECE S TEŠKOĆAMA U RAZVOJU	11
5.1. <i>Adaptirane metode i tehnike u nastavi.....</i>	11
5.2. <i>Primjeri prilagođenih programa i aktivnosti na satu Tjelesne i zdravstvene kulture</i>	12
5.2.1. <i>Prilagodba aktivnosti za djecu s intelektualnim oštećenjima</i>	13
5.2.2. <i>Prilagodba aktivnosti za autističnu djecu.....</i>	13
5.2.3. <i>Prilagodba aktivnosti za gluha i nagluha djecu</i>	14
5.2.4. <i>Prilagodba aktivnosti za slijepu i slabovidnu djecu</i>	14
5.2.5. <i>Prilagodba aktivnosti za djecu s motoričkim oštećenjima i kroničnim bolestima</i>	15
5.2.6. <i>Prilagodba aktivnosti za djecu sa smetnjama u ponašanju i poremećajem pažnje</i>	15
5.2.7. <i>Prilagodba aktivnosti za djecu sa specifičnim teškoćama u učenju</i>	16
6. IZAZOVI I PREPREKE U PROVEDBI NASTAVE TJELESNE I ZDRAVSTVENE KULTURE ZA DJECU S TEŠKOĆAMA U RAZVOJU	17
6.1. <i>Izazovi u nastavi Tjelesne i zdravstvene kulture za djecu s teškoćama u razvoju</i>	17
7. ORGANIZACIJA SATA TJELESNE I ZDRAVSTVENE KULTURE ZA DJECU S TEŠKOĆAMA U RAZVOJU	20
8. ISTRAŽIVANJE	22
8.1. <i>Ciljevi i hipoteze istraživanja</i>	22
8.2. <i>Metoda prikupljanja podataka, uzorak i instrument istraživanja</i>	22

8.3.	<i>Rezultati istraživanja</i>	23
8.3.1.	<i>Razred koji učitelj uči</i>	23
8.3.2.	<i>Prisutnost djece s teškoćama u razvoju u razredu</i>	24
8.3.3.	<i>Učestalost djece s teškoćama u razvoju u razredu</i>	24
8.3.4.	<i>Vrste teškoća u razvoju u razredu</i>	25
8.3.5.	<i>Učestalost sudjelovanja djece s teškoćama u razvoju na satu Tjelesne i zdravstvene kulture 26</i>	
8.3.6.	<i>Vrste aktivnosti koje djeca s teškoćama u razvoju preferiraju na satu Tjelesne i zdravstvene kulture 27</i>	
8.3.7.	<i>Utjecaj sudjelovanja djece s teškoćama u razvoju na satu Tjelesne i zdravstvene kulture ...</i>	29
8.4.	<i>Rezultati istraživanja</i>	30
9.	ZAKLJUČAK.....	32
	PRILOZI	33
	LITERATURA.....	35

1. UVOD

Tjelesna i zdravstvena kultura te tjelesno vježbanje općenito imaju značajnu ulogu u cjelokupnom razvoju djece na način da im pruža priliku za tjelesni, mentalni i socio-emocionalni napredak. Govoreći o djeci s teškoćama u razvoju, njihova uloga još je snažnija jer je tjelesna aktivnost jedan od ključnih alata za integraciju, rehabilitaciju te poboljšanje kvalitete života. Upravo bi zbog toga tjelesna aktivnost morala biti uključena u dječju svakodnevicu od najranije dobi, a k tome još i pridonosi razvoju motoričkih vještina bitnih za njihovo opće blagostanje.

Djeca s teškoćama u razvoju susreću se s raznim izazovima koji mogu uvelike utjecati na njihov svakodnevni život te formalno obrazovanje. Ovaj rad pruža sveobuhvatan pregled raznih vrsta teškoća u razvoju, s naglaskom na njihove karakteristike i specifične potrebe. U radu se analiziraju utjecaji teškoća na tjelesne aktivnosti djece te njihovu sposobnost sudjelovanja u redovnom programu Tjelesne i zdravstvene kulture, uz prilagodbu aktivnosti u svrhu dobrobiti djeteta, imajući na umu njegove jake strane i ostvarivanje njegovog potencijala kao jedne od glavnih ciljeva.

2. TJELESNA I ZDRAVSTVENA KULTURA

Tjelesna i zdravstvena kultura sastavni je dio tjelesnog i zdravstvenog odgojno-obrazovnog područja. Tjelesno i zdravstveno područje educira o zdravom načinu života te potiče razvoj pozitivnog stava prema tjelesnoj aktivnosti u svrhu potpomaganja razvoja tjelesnih i mentalnih sposobnosti učenika. (Ministarstvo znanosti, obrazovanja i sporta, 2017). Tjelesna i zdravstvena kultura ima važnu ulogu u školskom sustavu, posebno u osnovnoškolskom obrazovanju tijekom kojeg se postavljaju temelji za buduće tjelesne navike i zdravstvene obrasce djece, kao i za njihov pravilan razvoj te usvajanje motoričkih vještina. Tjelesna i zdravstvena kultura obuhvaća različite aspekte povezane s očuvanjem zdravlja i poticanjem tjelesne aktivnosti, uključujući vježbanje, prehranu, higijenu, prevenciju bolesti i promicanje općeg blagostanja. Ovo područje može obuhvatiti širok spektar aktivnosti, od sportskih aktivnosti i tjelesnog vježbanja do edukacije o pravilnoj prehrani i važnosti održavanja zdravog načina života. (MZOS, 2019) Obuhvaćajući obrazovne, antropološke i odgojne komponente tjelesne i zdravstvene kulture, u razrednoj nastavi fokus je na modificiranim biotičkim i osnovnim kineziološkim motoričkim znanjima zbog važnosti razvoja i usavršavanja teorijskih i motoričkih znanja, dok se u višim razredima ona nadograđuju. Tako su odgojno-obrazovni ciljevi tjelesne i zdravstvene kulture, odnosno njenog učenja i poučavanja višestruki, poput: usvajanja kinezioloških teorijskih i motoričkih znanja u svrhu njihovog samostalnog primjenjivanja u svakodnevnom vježbanju, unaprjeđenja tjelesne spremnosti, osposobljavanja za samostalno provođenje programa radi poboljšanja motoričkih sposobnosti, razvoja pozitivnog stava i navike redovnog vježbanja u svrhu bolje kvalitete življenja te usvajanja odgojnih vrijednosti prilikom tjelesnog vježbanja. (MZOS, 2019) S obzirom da kvaliteta rada u kineziološkoj edukaciji ima značajniji učinak na cjelokupnu populaciju u odnosu na ostala područja primijenjene kineziologije, a ponajviše zato što prati čovjeka od predškolske pa sve do visokoškolske dobi (Prskalo i Babin, 2006), vrlo je važno u nju uključiti svu djecu pa tako i djecu s teškoćama u razvoju jer bilo kakav oblik kretanja pozitivno utječe na njih, ne samo zdravstveno, već pridonosi i njihovoj inkluziji u školsku te općenito društvenu zajednicu. Bavljenje sportom i općenito tjelesnom aktivnošću, posebice u skupini, odnosno razredu, osim što razvija motoriku, razvija i socijalne vještine te pridonosi osjećaju pripadnosti. Kako bi sva djeca mogla sudjelovati u satu tjelesne i zdravstvene kulture, tjelesne vježbe i aktivnosti potrebno je prilagoditi svima, uzeti i u obzir psihofizičke mogućnosti pojedinca

3. DJECA S TEŠKOĆAMA U RAZVOJU

U suvremenom obrazovnom okruženju, potrebno je osvijestiti raznolikost učenika koji sudjeluju u procesu obrazovanja. U kontekstu raznolikosti, posebnu pozornost zahtijeva skupina djece koja se suočava s preprekama, teškoćama i izazovima u razvoju. Djeca s teškoćama u razvoju čine vrlo raznoliku skupinu s velikim razlikama u vrsti i stupnju teškoća te razlikama u utjecaju tih teškoća i socijalnog okruženja na različite aspekte socijalnih interakcija. Djeca koja se susreću s istima obuhvaćaju različite skupine uključujući one s tjelesnim, emocionalnim, socijalnim i kognitivnim izazovima. Kako bi se istražili pristupi i načini uspješne integracije, a sve u cilju dječjeg razvoja i napretka, potrebno je najprije definirati koje su vrste teškoća u razvoju. Prema Zrilić (2013), u djecu s teškoćama ubrajaju se djeca sa sniženim intelektualnim sposobnostima, autistična, slijepa i slabovidna djeca, gluha i nagluha djeca, djeca s motoričkim poremećajima i kroničnim bolestima, djeca sa smetnjama u ponašanju, djeca s poremećajima pažnje i djeca sa specifičnim teškoćama u učenju. Sekulić-Majurec (1988) navodi da se djecom s teškoćama u razvoju uglavnom smatraju ona koja imaju određena somatopsihička oštećenja organa ili njihovih funkcija, što otežava njihov razvoj. Somatopsihička oštećenja definiraju se kao objektivna oštećenja struktura ili funkcije nekog organa promatrana s medicinskog stajališta, odnosno dijagnosticirana medicinskim metodama. Tako Sekulić-Majurec kategorizira djecu s teškoćama u razvoju na djecu s mentalnom retardacijom, tjelesnim teškoćama, problemima u ponašanju, poteškoćama u učenju i djecu s višestrukim teškoćama i oštećenjima.

3.1. Djeca sa sniženim intelektualnim sposobnostima

Zrilić (2013) djecu sa sniženim intelektualnim sposobnostima definira kao djecu koja imaju značajno niže intelektualne sposobnosti u odnosu na vršnjake, a što se odražava na njihovu sposobnost učenja, socijalne interakcije i svakodnevnog funkcioniranja. Prema Zrilić, ove teškoće najčešće se identificiraju kroz standardizirane testove inteligencije kojima se mentalna zaostalost može kategorizirati prema težini teškoća, kako slijede:

- **blaga mentalna zaostalost (IQ 50-70)** s kojom djeca mogu razviti socijalne i komunikacijske vještine, sposobnost osnovnog učenja, ali i praktičnih vještina za svakodnevni život, no uz podršku prilikom svakodnevnih aktivnosti, kao i u školi,
- **umjerena mentalna zaostalost (IQ 35-49)** s kojom djeca mogu naučiti osnovne komunikacijske vještine, kao i izvoditi jednostavne zadatke i rutinske aktivnosti, uz značajniju podršku i prilagodbu nastavnog programa te stalnu pomoć u odrasloj dobi,
- **teška mentalna zaostalost (IQ 20-34)** s kojom djeca imaju ozbiljna ograničenja u komunikaciji i učenju, uz naučene samo osnovne životne vještine i jednostavne zadatke uz konstantni nadzor i podršku i to u svim aspektima života, uključujući i osnovne životne funkcije,
- **vrlo teška mentalna zaostalost (IQ ispod 20)** s kojom imaju značajna ograničenja u svim područjima razvoja, što zahtijeva konstantnu njegu i nadzor zbog poteškoća u osnovnim funkcijama i svakodnevnim aktivnostima.

Ovakva kategorizacija omogućuje razumijevanje potreba djece s intelektualnim teškoćama, odnosno mentalnom zaostalošću, pomaže u razumijevanju različitih potreba djece, prilagodbi programa obrazovanja, njegovom pristupanju i podršci prilikom istog, a sve u svrhu optimalnog razvoja djece te u konačnici i njihove inkluzije.

3.2. Autistična djeca

Autizam je biološki pervazivni poremećaj mozga, odnosno oštećenje više njegovih razvojnih područja kao što su socijalna interakcija i komunikacija te pojavljivanje stereotipnih obrazaca ponašanja, interesa ili aktivnosti. (Ljubičić, Šare i Markulin, 2015) Unatoč tome što porijeklo i točan uzrok autističnog poremećaja još nije znanstveno utemeljen, poznato je da su čimbenici za povećanje vjerojatnosti autizma višestruki. Prema Remschmidt (2009), danas se smatra da su za razvoj autističnog poremećaja odgovorni nasljedni faktori, moždana oštećenja i poremećaji funkcije mozga, poremećaji kognitivnih procesa i govorno-jezičnog razvoja, poremećaji emocionalnog razvoja te međusobne interakcije ovih čimbenika. Bujas-Petković, Frey-Škrinjar, Hranilović, Divčić i Stošić (2010) navode da se prema DSM IV. klasifikaciji pervazivni razvojni poremećaji kategoriziraju kako slijedi:

1. Autistični poremećaj F84.0
2. Rettov poremećaj F84.2
3. Dezintegracijski poremećaj u djetinjstvu F84.3
4. Aspergerov poremećaj F84.5
5. Pervazivni razvojni poremećaj neodređen F84.9,

dok ih deseto izdanje MKB-a svrstava u osam kategorija:

1. Autizam u djetinjstvu F84.0
2. Atipični autizam F84.1
3. Rettov poremećaj F84.2
4. Drugi dezintegracijski poremećaji u djetinjstvu F84.3
5. Poremećaj hiperaktivnosti povezan s intelektualnim teškoćama (duševnom zaostalošću) i stereotipnim kretnjama F84.4
6. Aspergerov poremećaj F84.5
7. Ostali poremećaji razvoja u djetinjstvu F84.8
8. Pervazivni poremećaji u razvoju, nespecificirani F84.9.

Za poremećaje iz autističnog spektra nema lijeka te se ne može smatrati izlječivim ili neizlječivim. Prema modernom pristupu, potrebno je odstupiti od kliničkog pogleda i sagledati autizam kao normalnu varijaciju unutar ljudske raznolikosti, koju treba prihvatiti i cijeniti. (Kapp, Gillespie-Lynch, Sherman i Hutman, 2013)

3.3. Slijepa i slabovidna djeca

S oftalmološkog gledišta, slijepa je osoba ona koja na blizinu ne može čitati crni tisak Jaeger 8, odnosno Times New Roman, veličine 22, a radi koje je neophodna edukacija na Brailleovom pismu (Fajdetić i Nenadić, 2012). Slabovidna je osoba ona kojoj je preostali vid manji od 40%, pri čemu se koristi standardnim ili augmentiranim tiskom. Prema Zakonu o hrvatskom registru osoba s invaliditetom (2001), sljepoća se kategorizira prema stupnju oštećenja kako slijedi:

- potpuni gubitak osjeta svjetla (amauroza) ili na osjet svjetla bez ili s projekcijom svjetla,
- ostatak vida na boljem oku uz najbolju moguću korekciju od 0,02 do 0,05,
- ostatak centralnog vida na boljem oku uz najbolju moguću korekciju do 0,25 uz suženje vidnog polja na 20 stupnjeva ili ispod,
- koncentrično suženje vidnog polja oba oka s vidnim poljem širine 5 stupnjeva do 10 stupnjeva oko centralne fiksacijske točke,

dok se slabovidnost dijeli na:

- oštrinu vida na boljem oku uz najbolju moguću korekciju od 0,1 do 0,3 i manje,
- oštrinu vida na boljem oku uz najbolju moguću korekciju od 0,3 do 0,4,
- neodređeno ili nespecificirano.

S pedagoškog gledišta, osobe s oštećenjem vida kategoriziramo na temelju korištenog pisma pa se tako slijepe osobe koriste Brailleovim pismo, dok slabovidne osobe upotrebljavaju uvećani ili obični crni tisak.

3.4. Gluha i nagluha djeca

Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije (WHO), oštećenje sluha jedno je od najčešćih prirođenih oštećenja, s učestalošću od 1 do 3 na tisuću novorođenčadi. Definira se kao nemogućnost ili smanjena sposobnost primanja, provođenja i registriranja slušnih podražaja uzrokovanih uređenim ili stečenim oštećenjima, nedovoljnom razvijenošću ili funkcionalnošću slušnog organa, slušnog živca ili centara u mozgu (Dulčić i Kondić, 2002). U slučaju gluhoće, gubitak sluha iznosi 90 decibela i više, dok gubitak sluha prilikom naglušosti iznosi od 20 do 90 decibela. Također, naglušost se može kategorizirati kao blaga (od 20 do 40 decibela), umjerena (od 41 do 60 decibela) te teška (od 61 do 90 decibela). (Zrilić 2013) Osobe s oštećenjem sluha koriste se manualnom komunikacijom u obliku ručnih abeceda, znakovnog jezika te oralno-znakovne komunikacije.

3.5. Djeca s motoričkim poremećajima i kroničnim bolestima

Motorički poremećaji obuhvaćaju skupinu poteškoća u finim i grubim motoričkim vještinama i/ili tjelesnom balansu, što rezultira problemima u svakodnevnom motoričkom funkcioniranju. (Horvatić, Joković Oreb i Pinjatela, 2009) Motorički poremećaji uključuju različita stanja koja karakterizira prisutnost nedostatka, oštećenja ili deformacije lokomotornog aparata te centralnog ili perifernog živčanog sustava (Zrilić, 2013)

Oštećenja lokomotornog aparata uključuju oštećenja ekstremiteta, mišića, zglobova i kostiju te se očituju u otežanom kretanju i upotrebi ekstremiteta, padanju i nemogućnosti stajanja. Lokomotorna oštećenja mogu biti kongenitalna, tj. urođena, koja se javljaju zbog patoloških stanja u trudnoći, zatim mogu biti posljedica trauma, kao što su primjerice frakture, ili opći poremećaji skeleta koji zahvaćaju cijeli lokomotorni sustav (Horvatić, n.d.)

Govoreći o oštećenju centralnog živčanog sustava, najpoznatiji primjer je cerebralna paraliza, koja predstavlja skupinu trajnih poremećaja u razvoju pokreta i držanja, što uzrokuju ograničena aktivnosti. Ovi poremećaji posljedica su neprogresivnog oštećenja nastalog tijekom razvoja fetalnog mozga ili mozga malog djeteta u razvoju. Motorički poremećaji koji najčešće prate cerebralnu paralizu su poremećaji osjeta, percepcije, kognicije, komunikacije i ponašanja, epilepsija i mišićno-koštani problemi. (Bax, Goldstein, Rosenbaum, Leviton, Paneth, 2005)

Nadalje, oštećenja perifernog živčanog sustava podrazumijevaju oštećenja na moždanim i spinalnim živcima, odnosno na dijelovima živčanog sustava izvan mozga i leđne moždine, što uzrokuje paralizu ili mišićnu slabost, ako su pogođeni motorni neuroni, ili izgubljenim osjetom, ako su pogođeni osjetni neuroni. (Rubin, n.d.)

Posljednje, razlikujemo i oštećenja koja su uzrokovana disfunkcijama ili kroničnim bolestima drugih somatskih sustava. (Horvatić, Joković Oreb i Pinjatela, 2009). Neka od njih su dijabetes, urođene srčane mane, disfunkcija rada bubrega ili pluća te hormonalni poremećaji.

3.6. Djeca sa smetnjama u ponašanju

Poremećaji u ponašanju obuhvaćaju sva ponašanja koja su potencijalno štetna ili opasna za dijete i njegovu okolinu te odstupaju od uobičajenih normi za određenu dob, spol, situaciju i okruženje. Mogu se manifestirati na osobnoj razini i u društvenom okruženju te zahtijevaju stručnu pomoć. (Zrilić, 2013) Ono što je zajedničko ovim poremećajima u ponašanju je nepoštivanje društvenih normi, nauštrb drugih osoba, kršeći njihova osnovna prava. Neki od primjera takvog ponašanja su agresivno ponašanje, vandalizam, laganje, krađa te općenito zlostavljanje drugih.

3.7. Djeca s poremećajima pažnje

ADHD (eng. *Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder*; poremećaj pozornosti s hiperaktivnošću) razvojni je poremećaj povezan s trajnim obrascem nepažnje, hiperaktivnosti i/ili impulzivnosti, a čiji simptomi mogu ometati svakodnevne aktivnosti i međuljudske odnose pogođenog pojedinca. (National Institute of Mental Health, 2021) Započinje u djetinjstvu te se u najvećem broju slučajeva dijagnosticira u školskoj dobi, s obzirom na nemogućnost udovoljavanja školskim zahtjevima, kao što su aktivno praćenje nastave, rješavanje domaće zadaće. Ono što svakako karakterizira ovaj hiperaktivni poremećaj je ponajviše motorička hiperaktivnost, odnosno nemir, no karakteristični su i nepažnja i impulzivnost. Hiperaktivnost nepovoljno utječe na učenike s obzirom da posljedično nisu u stanju mirno sjediti te se vrpolje. Impulzivnost se očituje u nepromišljenim, impulzivnim odlukama o čijim posljedicama učenici ne razmišljaju, dok zbog nepažnje nisu u mogućnosti sustavno pratiti nastavu, niti vizualno, niti auditivno.

3.8. Djeca sa specifičnim teškoćama u učenju

Zrilić (2013) ističe kako se u današnje vrijeme djeca sa specifičnim teškoćama u učenju još uvijek smatraju nezainteresiranima, nemarnima i lijenima, unatoč općoj informiranosti. Iz tog razloga posao učitelja izuzetno je izazovan i težak jer mora pronaći, uključiti i prilagoditi razne

nastavne metode kako bi djeca mogla ostvariti nekakav uspjeh. Teškoće u učenju dijele se na disleksiju, disgrafiju i diskalkuliju, odnosno teškoće u čitanju, pisanju i računanju. Ovi poremećaji učenicima stvaraju frustraciju jer im je teško postići školski uspjeh, ali i zbog poteškoća ili nemogućnosti u ostvarivanju vlastitog punog potencijala. Također, često se javljaju i u kombinaciji s poremećajima pažnje. Kako opisuju Kavale i Forness (1995), postoje podudaranja karakteristika kada je riječ o specifičnim teškoćama u učenju, a one su sljedeće:

- poteškoće se pojavljuju u živčanom sustavu unutar psiholoških procesa koji su uključeni u primanje, razumijevanje i upotrebu verbalnih ili neverbalnih koncepata,
- oštećenja se očituju u jednom ili više područja, koja su pažnja, pamćenje, komunikacija, čitanje, pisanje i dr.,
- prethodna oštećenja vida, sluha, motorike te intelektualna oštećenja isključena kao uzročnik teškoća u učenju.

Djeca sa specifičnim teškoćama učenja najčešće su prosječne ili iznadprosječne inteligencije, no prisutan je disbalans između njihovih postignuća i potencijala, što nerijetko rezultira niskim samopouzdanjem i stvaranjem loše slike o sebi.

4. VAŽNOST TJELESNE I ZDRAVSTVENE KULTURE ZA DJECU S TEŠKOĆAMA U RAZVOJU

Tjelesna aktivnost prirodna je potreba te je sastavni dio života pojedinca. Neophodna je za održavanje zdravlja, doprinosi psihofizičkom rastu i razvoju te je značajni čimbenik poboljšanja kvalitete življenja. Glavni ciljevi povećanja učestalosti i intenziteta tjelesne aktivnosti i mladih s teškoćama u razvoju i ponašanju uključuju smanjenje pada aerobnih aktivnosti, a koje nastaje zbog njihove nepokretljivosti, optimizaciju njihovih fizičkih mogućnosti te poboljšanje ukupnog blagostanja. (Ciliga i Trošt Bobić, 2014) S obzirom da djeci s teškoćama u razvoju, ovisno o vrsti stupnju oštećenja, tjelesne aktivnosti predstavljaju izazov, postoji velika mogućnost da one budu u deficitu, odnosno da se iz tog razloga one počnu izbjegavati. Djeca i mladi s teškoćama u razvoju i ponašanju te osobe s invaliditetom suočavaju se s većim ograničenjima u bavljenju kineziološkim aktivnostima, imaju nižu razinu zdravlja, ne nužno zbog povezanosti s invaliditetom, te su češće pretili u usporedbi sa svojim vršnjacima bez invaliditeta. (Murphy i Carbone, 2008) Zato je vrlo je važno voditi računa da dijete svakodnevno zadovolji svoju potrebu kretanja te da mu se ono prilagodi kako bi se dijete, između ostaloga, moglo adekvatno razvijati. Također, treba uzeti i društveni aspekt tjelesne aktivnosti te Tjelesne i zdravstvene kulture kao školskog predmeta za djecu s teškoćama u razvoju. Razvoj osjećaja pripadnosti grupi, jačanje samopouzdanja i pozitivne slike o sebi, rehabilitacijski učinci te korištenje i razvijanje sačuvanih psihofizičkih sposobnosti jedni su od mnogih benefita uključivanja djece s oštećenjima zdravlja u nastavu Tjelesne i zdravstvene kulture. (Papeš-Ibrišević i sur., 2010). Uključivanje u sportske aktivnosti pomaže socijalizaciji djece s invaliditetom, smanjuje stres, ublažava simptome anksioznosti i depresije, poboljšava pamćenje i učenje te povećava raspoloženje i samopoštovanje, što u konačnici značajno doprinosi njihovom mentalnom zdravlju. (Marojević, 2021) Tjelesna aktivnost može i značajno utjecati na emocionalnu dobrobit djece koja zbog svojih teškoća nerijetko prolaze kroz emocionalne i psihološke izazove, pri čemu će im doprinijeti i u regulaciji vlastitih emocija i povećanju općeg osjećaja zadovoljstva.

5. POSEBNOSTI U NASTAVI TJELESNE I ZDRAVSTVENE KULTURE DJECE S TEŠKOĆAMA U RAZVOJU

Uspjeh u svim područjima ljudske djelatnosti, posebice u onima kojima je temelj rad s ljudima, prvenstveno ovisi koliko su, i jesu li uopće, zadovoljene stvarne potrebe sudionika tih djelatnosti. U području sporta i kineziologije, individualizacija je potrebna u usporedbi s drugim područjima ljudskog djelovanja. (Findak i Neljak, 2010). Kako bi se program, odnosno aktivnosti mogle individualizirati, najprije je potrebno odrediti aktualno stanje subjekta, zatim uopće definirati cilj tjelesne aktivnosti te utvrditi koji su faktori ograničenja (Findak, 2003). Dakle najprije je potrebno biti upoznat s teškoćama svakog učenika te na temelju toga prilagoditi intenzitet i trajanje vježbe te u rad eventualno uključiti pomagala za lakše provođenje aktivnosti, odnosno olakšavanje sudjelovanja učenika na satu Tjelesne i zdravstvene kulture.

Nadalje, temelj koji bi trebao biti nit vodilja kad su u pitanju (tjelesne) aktivnosti za djecu s teškoćama u razvoju u odgojno-obrazovnom sustavu jest inkluzija. Djecu s teškoćama potrebno je aktivno uključivati u sve segmente tjelesne i zdravstvene kulture, u njihovim mogućnostima.

5.1. *Adaptirane metode i tehnike u nastavi*

Findak (2003) navodi kako uz standardni program za djecu bez teškoća u razvoju u kontekstu Tjelesne i zdravstvene kulture u primarnom obrazovanju postoji i onaj za učenike s određenim zdravstvenim problemima. Taj prilagođeni program podrazumijeva definirane skupine oboljenja i odgovarajuće kineziološke vježbe i aktivnosti koje su preporučene za svaku vrstu oboljenja. Adaptirane metode i tehnike u nastavi koriste se kako bi se osiguralo ravnopravno sudjelovanje svih učenika, pa i onih sa specifičnim potrebama i teškoćama. Ono što je ključno u prilagodbi jest individualizirati nastavni plan, odnosno maksimalno približiti program vježbama individualnim obilježjima učenika prema unaprijed definiranim ciljevima. (Findak i Neljak, 2010)

Nadalje, neophodno je voditi računa i o prostorno-materijalnoj prilagodbi. Treba uložiti napore i nastojati da se dijete osjeća prihvaćeno, a ne izdvojeno, a jedni od uvjeta i načina koji pridonose

tome jest da u sklopu škole postoji dvorana s pristupom za djecu s invaliditetom, osigurati dovoljno rekvizita i poticati da ih sva djeca koriste kako bi mogla pokazati vlastite sposobnosti.

Nastavnik bi trebao stremiti ka tome da djeca (s teškoćama) ostvaruju svoj potencijal te im aktivnostima zadavati izazove u njihovim mogućnostima. Svakako treba računati da su zadani ciljevi realni i dostižni, kako ne bi stvarali dodatnu frustraciju. U fokusu bi uvijek trebali biti napredak i postignuća učenika, neovisno o njihovim inicijalnim sposobnostima.

Naposljetku, inkluzija se per se podrazumijeva kao temelj prilagodbe za djecu s teškoćama u razvoju. Međutim, prema Cerić (2004) (navedeno u Karagiannis, Stainback & Stainback, 2000), inkluzivno se podrazumijeva uključivanje svih učenika, neovisno o njihovim poteškoćama, talentima, socio-ekonomskoj pozadini ili porijeklu, i to u redovne škole koje odgovaraju na sve njihove individualne potrebe. Na taj način inkluzija pridonosi dobrobiti svih učenika, ne samo onih s poteškoćama, uz bavljenje isključene djece u školi. Upravo zbog toga potrebno je poticati inkluzivno okruženje među učenicima, a to se između ostalog ostvaruje i edukacijom učenika o važnosti prihvaćanja, kao i pružanjem podrške i pomoći svojim vršnjacima, pa tako i na satu Tjelesne i zdravstvene kulture.

5.2. Primjeri prilagođenih programa i aktivnosti na satu Tjelesne i zdravstvene kulture

Kao što je već navedeno, djecu s teškoćama u razvoju, baš kao i svu ostalu djecu, potrebno je uključiti ih u svakodnevne aktivnosti. U odgojno-obrazovnom kontekstu, na nastavniku je da im omogući i prilagodi uvjete u kojima bi se te aktivnosti mogle odvijati, Tjelesne bi aktivnosti također trebale biti dio njihove svakodnevice, unatoč svim potencijalnim izazovima na putu. Bitno je program individualizirati u što većoj mjeri, sve u svrhu djetetovog razvoja te ostvarivanja njegovog potencijala, a posljedično i razvoja socijalnih vještina i ostvarivanja odnosa s vršnjacima u zajednici.

5.2.1. Prilagodba aktivnosti za djecu s intelektualnim oštećenjima

Djeca s intelektualnim teškoćama prate iste razvojne zakonitosti kao i ostala djeca, no njihov će razvoj napredovati sporijim tempom, ovisno o stupnju intelektualne teškoće. (Kiš-Glavaš, 2016) Teškoće iz ove kategorije manifestiraju se otežanom koordinacijom pokreta i slabom motoričkom razvijenošću, stoga Kosinac (2011) preporuča vježbe koje uspostavljaju i poboljšavaju narušenu ili usporenu motoriku, primjerice vježbe hodanja, dodirivanje dijelova tijela ili predmeta različitih veličina oblika te izvođenja kružnih pokreta u obliku opisivanja kružnice ili osmice. Prilagodba aktivnosti na satu Tjelesne i zdravstvene kulture također je potrebna u obliku usporavanja tempa rada te povećanju broja ponavljanja. Treba imati na umu i da kod djece s intelektualnim teškoćama mentalna dob ne odgovara kronološkoj pa će utoliko biti potrebno pojednostaviti vježbe i aktivnosti te pravila igre, igrati u manjim skupinama i sl. Naposljetku, potrebno je biti izuzetno strpljiv zbog djetetove nemogućnosti da zadrži koncentraciju, stoga je potrebno raditi i na tome.

5.2.2. Prilagodba aktivnosti za autističnu djecu

Govoreći o učenicima s poremećajima iz autističnog spektra, treba polaziti s mišlju da isti vole rutinu i poznato te ne podnose dobro promjene. Iz tog razloga vrlo je važno voditi računa da okolina, odnosno dvorana u kojoj se provodi tjelesno vježbanje bude konstantna, bez mnogo promjena te postepeno uspostaviti rutinu boravka u dvorani i vježbanja općenito. Iz aspekta prilagodbe kinezioloških aktivnosti, a vodeći se činjenicom da autistična djeca imaju poremećaj senzorne obrade (Clark Brack, 2009), značajno je provoditi proprioceptivne vježbe kako bi dijete dobilo svijest o okolini. Zato je poželjno koristiti i pomagala i rekvizite kao što su primjerice senzorne vrećice koje na dijete djeluje terapijski.

5.2.3. Prilagodba aktivnosti za gluhu i nagluhu djecu

Samo je po sebi razumljivo da se učenicima oštećena sluha općenito mora obraćati jasno, glasno i razgovjetno, međutim na satu Tjelesne i zdravstvene kulture to je izuzetno važno, posebice jer se ona provodi u dvorani, u većem i akustičnom i sadržajno dinamičnom prostoru. U kontekstu jasne i precizne komunikacije, Krampač-Grljušić i Marinić (2007) ističu kako je potrebno demonstrirati vježbe i aktivnosti uz korištenje jednostavnih rečenica skupa s gestama, fotografijama ili slikovnim karticama, posebice jer se gluhe i nagluhe osobe oslanjaju na vizualne podražaje. Upute moraju biti jasne te je uvijek potrebno provjeriti je li dijete doista shvatilo prethodno dobivene upute. Također, savjetuje se učenika s oštećenjem sluha upariti s čujućim, što posljedično može utjecati i na razvoj odnosa i suradnje s vršnjacima. Ukoliko je moguće, poželjno je i upotrebljavati znakovni jezik na najmanje osnovnoj razini.

5.2.4. Prilagodba aktivnosti za slijepu i slabovidnu djecu

Nasuprot djeci s oštećenjem sluha, slijepa i slabovidna djeca moraju se osloniti na auditivne i taktilne podražaje kojima istražuju okolinu. U velikom broju slučajeva slijepim će učenicima biti potrebna asistencija u obliku osobe koja će im biti od pomoći i podrške prilikom izvođenja aktivnosti, ali i kao oslonac od povjerenja i sigurnosti. Imajući na umu da su kod djece oštećena vida prisutni nedostatak imitacije pokreta, vizualno-motoričke koordinacije i slike tijela, strah od kretanja, neravnoteža i loše držanje tijela, kao i teškoće u prostornoj orijentaciji (Kiš-Glavaš, 2016), vrlo je važno obratiti pažnju na prostornu prilagodbu. Kako bi se toj djeci omogućio razvoj motorike s kojom posljedično imaju poteškoća, bitno je ne razmještati prostor za odvijanje tjelesnih aktivnosti kako bi on djetetu bio poznat i siguran za kretanje. Nastavno na to, ukoliko postoje prepreke kao što su švedska klupa, ljestve, mreža i sl., djecu treba jasno upozoriti na to. Preporuča se prilikom izvođenja aktivnosti s rekvizitima poput obruča, loptica, udaraljki i sl. pričvrstiti zvonce ili kako bi se pažnja usmjerila na auditivni podražaj radi lakšeg i sigurnijeg kretanja djeteta. (Kiš-Glavaš, 2016).

5.2.5. Prilagodba aktivnosti za djecu s motoričkim oštećenjima i kroničnim bolestima

Kiš-Glavaš (2016) ističe kako je prilagodba prostora neophodna, uključujući i sredstva rada i opremu za izvođenje tjelesne aktivnosti. Najprije je potrebno da ulaz u prostor pristupačan, posebice ako postoje učenici koji se koriste invalidskim kolicima i ostalim pomagalicama za kretanje. Nastavno na to, treba voditi računa i o težini sportskih rekvizita jer djeca s ovom vrstom oštećenja često ne mogu rukovati predmetima ili im to predstavlja teški izazov. Zato nastavnik treba biti na dispoziciji za potencijalnu asistenciju prilikom izvođenja određenih kinezioloških aktivnosti te po potrebi prilagoditi i pojednostaviti aktivnosti. U vidu djece s kroničnim bolestima, Kosinac (1999) upozorava na djecu s epilepsijom i odgovarajuće kineziološke vježbe koje ne bi smjele dodatno stvarati napetost i posljedično stres. Isto bi se trebalo primjenjivati i u slučaju drugih kroničnih bolesti, kao primjerice bolesti srca.

5.2.6. Prilagodba aktivnosti za djecu sa smetnjama u ponašanju i poremećajem pažnje

Kako je djeci s poremećajima pažnje pokret prijeko potreban s obzirom na vrstu teškoće, sat Tjelesne i zdravstvene kulture utječe itekako pozitivno na njih jer ih opušta i smanjuje stres te posljedično poboljšava raspoloženje. Tjelesnom aktivnošću taj višak energije troše konstruktivno, što smanjuje impulzivnost te rezultira napretkom u samodisciplini. Svejedno je tijekom aktivnosti potrebno obratiti strogu pažnju na hiperaktivnu djecu kako ne bi došlo do povreda sebe i vršnjaka u blizini. S obzirom da ova djeca imaju vrlo slabu koncentraciju i pažnju u deficitu, vježbe koje se izvode moraju biti atraktivne, jednostavne i kratke kako ne bi došlo do zasićenja, impulzivnih i burnih reakcija koje će dovesti do lošeg osjećaja i posljedično narušavanja djetetovog samopoštovanja. Dobar primjer takvih vježbi su vježbe agilnosti gdje je potrebno brzo mijenjanje smjera ili primjerice trčanje na kratke staze, te kratke igre s jasnom strukturom i pravilima.

5.2.7. Prilagodba aktivnosti za djecu sa specifičnim teškoćama u učenju

Iako je općeprihvaćeno mišljenje da se specifične teškoće u učenju – disleksija, disgrafija i diskalkulija, očituju samo u područjima gdje se od njih zahtijeva čitanje, pisanje i računanje, teškoće s kojima se pogođena djeca susreću manifestiraju se na mnogo načina i u raznim područjima, pa tako i u području motorike i prostorne orijentacije, što se u konačnici odražava i na tjelesno vježbanje. Osim fine motorike, kao prilikom pisanja, potrebno je i raditi s vježbama grube motorike putem loptanja u paru, penjanjem, sunožnim skokovima, penjanjem po ljestvama, trčanjem sa zadacima i sl. (Kiš-Glavaš, 2016). Uz verbalne upute uvijek je poželjno koristiti jasne i uočljive vizualne poticaje, kao i konciznu demonstraciju aktivnosti.

6. IZAZOVI I PREPREKE U PROVEDBI NASTAVE TJELESNE I ZDRAVSTVENE KULTURE ZA DJECU S TEŠKOĆAMA U RAZVOJU

Princip najmanje restriktivne okoline (eng. LRE, *least restrictive environment*) sugerira da svi učenici s teškoćama u razvoju pohađaju obrazovni program zajedno s učenicima bez teškoća i to u što većem obujmu, u svojim mogućnostima. (Legal Aid Society, 2019) To uključuje i da djeca s teškoćama pohađaju nastavu Tjelesne i zdravstvene kulture s određenim pomagalima, ukoliko je to potrebno, te neizostavnom podrškom koja je neophodna za postizanje određenog uspjeha. Nažalost, učenici s težim oštećenjima često u praksi nemaju priliku sudjelovati u satu Tjelesne i zdravstvene kulture. (Block, Klavina i Flint, 2007) Govoreći o inkluziji osnovnoškolske djece s teškoćama u razvoju u redovni obrazovni sustav, pojavljuju se izazovi, kao i prepreke pri provođenju predmeta Tjelesne i zdravstvene kulture jer ona ne mogu biti tretirana kao ostala djeca, i to iz više razloga. Kineziološki kadar često nije adekvatno educiran za rad s osobama s teškoćama u razvoju, ali i pojavljuje se difuzija odgovornosti zbog rizika koji rad s istima podrazumijeva, posebice na određene stupnjeve pojedinih oštećenja. Nadalje, Tjelesnu i zdravstvenu kulturu kao predmet teško je, a ponekad i nemoguće organizirati zbog nezahvalnog nastavnog prostora i pomagala te je iz navedenih razloga vrlo izazovno adekvatno posvetiti se, u najboljem slučaju, jednom djetetu s oštećenjima. (Kovačić, 2014) U idućim potpoglavljima slijede najveći izazovi s kojima se susreću učitelji i kineziolozi u provedbi sata Tjelesne i zdravstvene kulture za djecu s teškoćama u razvoju te najčešće prepreke za implementaciju prilagođenih programa.

6.1. *Izazovi u nastavi Tjelesne i zdravstvene kulture za djecu s teškoćama u razvoju*

Unatoč tome što inkluzija djece s teškoćama u razvoju ima brojne prednosti i mogućnosti za djecu te pridonosi njihovom razvoju i ostvarivanju njihovog potencijala, nastava Tjelesne i zdravstvene kulture u ovom slučaju suočava se i s nekolicinom izazova. Međutim, kako bi se mogli postići ciljevi inkluzivnog obrazovanja, kao i najmanje restriktivno i češće sudjelovanje svih učenika, najprije je važno adresirati izazove s kojima se susreće svi dionici sustava koji su u taj proces uključeni.

Svako dijete je drugačije pa tako i u kontekstu djece s teškoćama u razvoju postoji niz različitosti i potreba koje svako dijete treba zadovoljiti, što je jedan od velikih izazova te zahtijeva individualizirani pristup. To ujedno podrazumijeva da je u radu s učenicima s teškoćama neophodno primijeniti individualizirane rehabilitacijske postupke, eventualno i u sklopu posebnih odgojno-obrazovnih skupina i razrednih odjeljenja, ukoliko je to potrebno. Pri odabiru oblika školovanja, presudne su intelektualne sposobnosti i mogućnosti učenika. Temeljni pristup u radu zahtijeva poznavanje i razumijevanje sljedećih aspekata:

- vrste teškoća i njihove karakteristike
- uzroke teškoća,
- vrijeme nastanka teškoća,
- sposobnosti i mogućnosti nakon medicinske obrade, uzimajući u obzir i pedagoške zahtjeve,
- kompenzacijske mogućnosti i potencijalna sredstva i pomagala za rad, zaštitu ili nadomjestak oštećenih ili izgubljenih funkcija. (Biasiol-Babić, 2008)

Kad se definiraju prethodno navedene stavke, nastavnici na satu Tjelesne i zdravstvene kulture imat će jasniju sliku o tome te mogućnost bolje pripreme za rad s djecom različitih vrsta oštećenja, kao i prilagodbu programa i provedbu sata.

Nadalje, organizacijski izazovi također su jedan od važnih čimbenika kad je u pitanju planiranje sata Tjelesne i zdravstvene kulture jer je organizacija nastave uz inkluziju ove djece kompleksna iz više razloga. Najprije je potrebno osigurati materijalne uvjete, odnosno prostorno adekvatno mjesto za provođenje tjelesnih aktivnosti. Prostor mora biti siguran, prohodan i pristupačan, što se podrazumijeva i uklanjanje arhitektonskih barijera za djecu s poteškoćama u razvoju, ili osiguravanje potrebnih potpora kao što su primjerice rampa, dizalo, prilagođen sanitarni čvor, uklanjanje prepreka. (MZOS, 2021). Nadalje, potrebno je prilagoditi raspored i vrijeme za provođenje istih jer je djeci s određenim oštećenjima potrebno više vremena za provođenje nekih vježbi te su im potrebni češći ili duži odmori.

Iduće, često je veliki izazov nastojati integrirati dijete koje je drugačije u skupinu koja se možda ranije nikada nije susrela s takvim tipom problema tijekom svog odrastanja. Djeca s teškoćama svakodnevno vode bitku s predrasudama, ali i neprihvatanjem. Istraživanja pokazuju da su djeca

s teškoćama u razvoju češće isključena i neprihvaćena među svojim vršnjacima u usporedbi s djecom bez teškoća u razvoju. (Overton i Rausch, 2002)

Posljednje, no vrlo važno – nastavnici Tjelesne i zdravstvene kulture u velikom broju slučajeva nemaju adekvatnu stručnu podršku kako bi stručno mogli pristupiti djetetu s teškoćama, odnosno nedostatak stručnog kadra za rad s djecom s teškoćama u razvoju, posebice s obzirom na njihovu učestalost. Potrebna im je podrška fizioterapeuta, logopeda i psihologa kako bi što kvalitetnije mogli organizirati nastavu za djecu. Ovi kadrovi nažalost nisu uvijek dostupni, stoga su nastavnici nerijetko preopterećeni te nisu u mogućnosti jednako posvetiti pažnju svim učenicima, što je i nit vodilja inkluzije.

7. ORGANIZACIJA SATA TJELESNE I ZDRAVSTVENE KULTURE ZA DJECU S TEŠKOĆAMA U RAZVOJU

Sat Tjelesne i zdravstvene kulture sastavni je organizacijski oblik rada u tjelesnom i zdravstvenom odgojno-obrazovnom području. (Findak, 1995) Organiziran je na sljedeći način:

1. Uvodni dio sata
2. Pripremni dio sata
3. Glavni dio sata koji se sastoji od „A“ i „B“ dijela
4. Završni dio sata

U uvodnom dijelu sata nastavnik djecu mora pripremiti emotivno, fiziološki i organizacijski za daljnje provođenje aktivnosti (Findak, 1995), a što najčešće uključuje momčadske ili elementarne igre, odnosno aktivnost koja uključuje trčanje. U pripremnom dijelu sata organizam se odgovarajućim vježbama priprema na nadolazeće napore. U glavnom je dijelu sata prema Findaku (1995) naglasak na stimulaciji rasta i razvoja te usavršavanju raznih motoričkih znanja te se on odvija u dva dijela: „A“, gdje su aktivnosti temeljene na oblicima kretanja kao što su: hodanje, bacanje, hvatanje i gađanje, puzanje, provlačenje i penjanje, i „B“ gdje se najčešće provode elementarne, momčadske ili štafetne igre. U završnom dijelu sata se nastoji tjelesne funkcije vratiti u prvobitno stanje, onakvo kao što je bilo prije početka vježbanja te zadržati raspoloženje.

Na satu Tjelesne i zdravstvene kulture, djeca s teškoćama u razvoju trebala bi biti uključena u redovitu nastavu i u sklopu svog razreda sudjelovati u prilagođenom tjelesnom programu, koju će voditi učitelj razredne nastave ili kineziolog, istovremeno s ostalom djecom. U glavnom „A“ dijelu sata trebao bi se provoditi taj prilagođeni program, dok u aktivnostima s ostalom djecom (npr. igrama) treba poticati dijete da sudjeluje individualizirano. (Trajkovski Višić, Podnar i Mraković, 2014)

Govoreći o sudjelovanju kineziologa u planiranju i provedbi sata za djecu s teškoćama, Prskalo, Babin i Bilić-Prečić (2014) ističu dva ključna aspekta koje svaki kineziolog treba imati na umu, a to su:

1. Stvaranje svijesti o sudjelovanju, što se odnosi na organizaciju kinezioloških aktivnosti uzimajući u obzir svu djecu, što ovisi prvenstveno organizaciji aktivnosti i njenom okruženju.
2. Stvaranje svijesti o različitosti pojedinca u skupini, i to po mnogočemu, primjerice fizičkom izgledu (građa, visina, kosa i sl.), ali i interesima (glazbeni ukusi, omiljene aktivnosti itd.).

U aspektu kinezioloških aktivnosti, djeci s oštećenjima u razvoju u velikom broju slučajeva, a ovisno o vrsti oštećenja, otežano je kretanje, korištenje rekvizita te je učenje usporeno. Unatoč tome što prethodno navedene stavke opravdano stvaraju zabrinutost, mnogi učenici s oštećenjima mogu sigurno, uspješno i značajno sudjelovati u satu, svih dobrih razina, uz pažljivo planiranje i odgovarajuću podršku (Block, Zeman i Henning, 1997; Obrusnikova, Block i Valkova, 2003; Vogler, Koranda i Romance, 2000).

8. ISTRAŽIVANJE

8.1. *Ciljevi i hipoteze istraživanja*

Glavni cilj postavljen tijekom ovog istraživanja bio je dobiti uvid u frekventnost uključivanja djece s teškoćama u razvoju u sat Tjelesne i zdravstvene kulture, odnosno dobiti informaciju o tome sudjeluju li uopće. Idući cilj bio je dobiti uvid u prisutnost djece s teškoćama u razredu te u vrstu teškoća u razvoju kojima su djeca pogođena. Posljednji cilj je bio dobiti povratnu informaciju o tome prevladavaju li učenici s teškoćama u razvoju svoje teškoće te na koji na koji način. U kontekstu ovih ciljeva formulirane su sljedeće hipoteze:

1. Očekuje se da veliki broj učitelja u razredu ima učenike s teškoćama u razvoju.
2. Očekuje se da djeca s teškoćama u razvoju sudjeluju u satu Tjelesne i zdravstvene kulture.
3. Očekuje se da učitelji smatraju da djeci s teškoćama sudjelovanje u satu Tjelesne i zdravstvene kulture pomaže prevladavanju njihovih teškoća.
4. Očekuje se da se u višim razredima broj teškoća povećava.

8.2. *Metoda prikupljanja podataka, uzorak i instrument istraživanja*

Pri ovom istraživanju korišten je kvantitativni pristup prikupljanja podataka. Kako bi se ustanovilo kolika je učestalost vježbanja djece s teškoćama na satu Tjelesne i zdravstvene kulture te ostvarili ostali ciljevi istraživanja, kao i potvrdile ili opovrgnule prethodno postavljene hipoteze, za potrebe ovoga rada napravljeno je anketno istraživanje, odnosno korišten je anketni upitnik među učiteljima razredne nastave. U upitniku je sudjelovalo 40 učitelja i učiteljica iz osnovnih škola u Zagrebu i okolici. Upitnik je bio u potpunosti anonimn te pri ispunjavanju istog ispitanici nisu navodili svoje demografske podatke, poput spola i dobi, kao niti točnu lokaciju i naziv škole u kojoj rade.

Anketni upitnik sastavljen je od sljedećih pitanja:

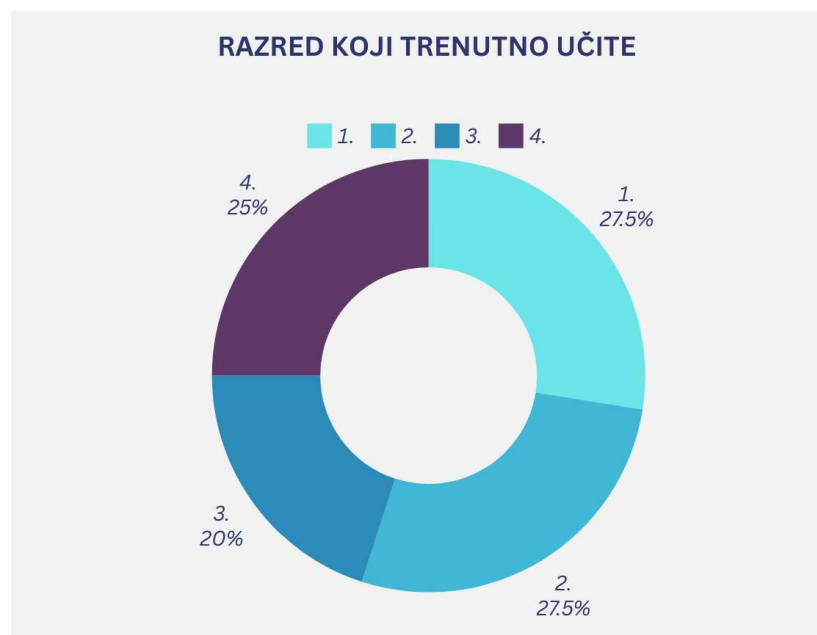
1. Razred koji trenutno učite
2. Koliki je broj učenika u razredu?

3. Ima li u razredu djece s teškoćama?
4. Koliko djece s teškoćama je u Vašem razredu?
5. Ukoliko ima, o kojim teškoćama se radi?
6. Sudjeluju li djeca s teškoćama na satu Tjelesne i zdravstvene kulture?
7. Kojim vježbama na satu Tjelesne i zdravstvene kulture djeca s teškoćama u razvoju pokazuju najveći interes?
8. Mislite li da djeci s teškoćama sat Tjelesne i zdravstvene kulture pomaže u prevladavanju njihovih teškoća?

8.3. Rezultati istraživanja

8.3.1. Razred koji učitelj uči

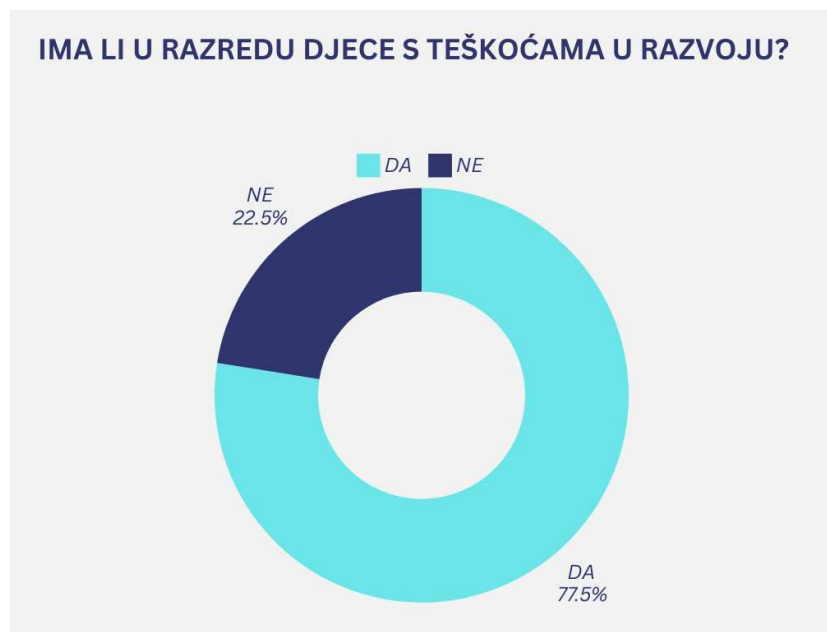
Radi šire slike, učitelji su upitani koji razred trenutno uče. Od 40 ispitanika, podjednako ih podučava 1. i 2. razred, odnosno njih po 27,5%, 20% ih podučava 3. razred te njih 25% 4. razred. (Slika 1: Razred koji trenutno učite)



Slika 1: Razred koji trenutno učite

8.3.2. Prisutnost djece s teškoćama u razvoju u razredu

Jedan od ciljeva ovog istraživanja bio je utvrditi prisutnost djece s teškoćama u razvoju u razredu. Na pitanje „Ima li u razredu djece s teškoćama?“, njih 31 od 40 (77,5%) odgovara kako u njihovom razredu postoji jedno ili više djece s raznim teškoćama u razvoju. (Slika 2: Ima li u razredu djece s teškoćama u razvoju?) To je veliki postotak, što nedvojbeno potvrđuje hipotezu br.1, a to je očekivanje da veliki broj učitelja u razredu ima učenike s teškoćama u razvoju



Slika 2: Ima li u razredu djece s teškoćama u razvoju?

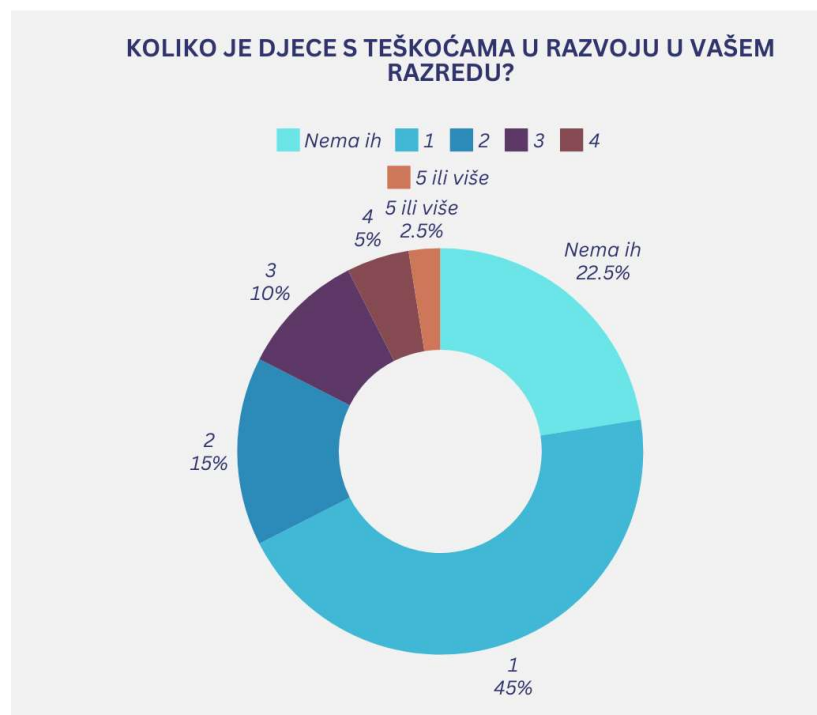
8.3.3. Učestalost djece s teškoćama u razvoju u razredu

Kako bi se utvrdio udio djece s teškoćama u razvoju u razredu u odnosu na zdravu djecu, učiteljima je postavljeno pitanje „Koliko je djece s teškoćama u razvoju u Vašem razredu?“. Na to su im ponuđeni odgovori:

- a. Nema ih
- b. 1

- c. 2
- d. 3
- e. 4
- f. 5 i više

Najveći je postotak učitelja, odnosno razreda, s jednim djetetom s teškoćama u razvoju (45%), zatim 15% s dvoje, 10% s troje, 5% s četvero te 2,5% s njih 5 ili više. (Slika 3: Koliko je djece s teškoćama u razvoju u Vašem razredu?)



Slika 3: Koliko je djece s teškoćama u razvoju u Vašem razredu?

8.3.4. Vrste teškoća u razvoju u razredu

Učitelji su potom naveli vrste teškoća s kojima se susreću u svom razredu. Na pitanje „Ukoliko ih ima, o kojim teškoćama se radi?“, učitelji navode sljedeće: najviše je djece iz spektra autizma i sa specifičnim teškoćama u učenju s podjednakim postotkom od 23,8%, zatim djeca s poremećajima pažnje i u ponašanju s 19% udjela, potom podjednaki postotak oštećenja govora i

intelektualnih teškoća od 9,5%, nakon čega slijede motorička oštećenja i oštećenja vida s jednakim postotkom od 4,8%. (Slika 4: Ukoliko ih ima, o kojim se teškoćama radi?)

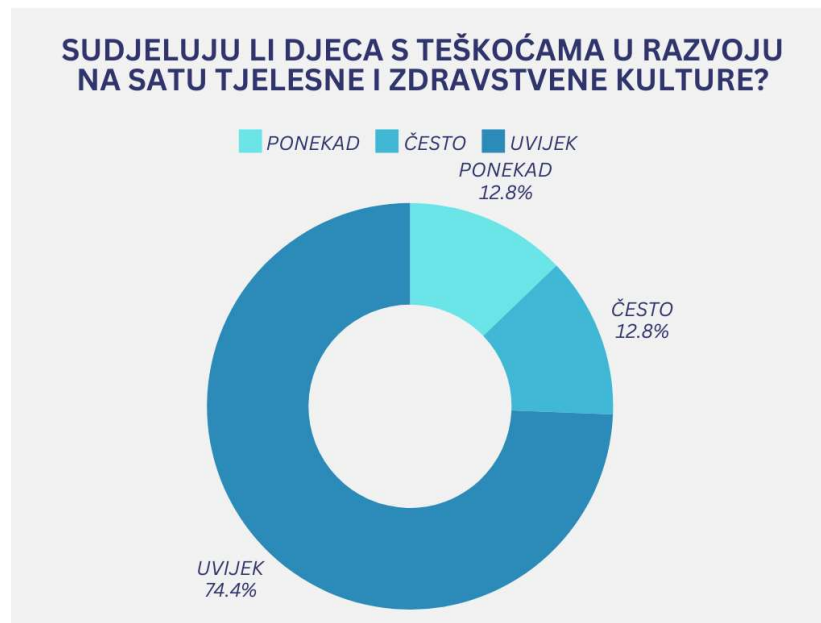


Slika 4: Ukoliko ih ima, o kojim se teškoćama radi?

8.3.5. Učestalost sudjelovanja djece s teškoćama u razvoju na satu Tjelesne i zdravstvene kulture

Glavni cilj ovog istraživanja bio je utvrditi frekventnost sudjelovanja djece s teškoćama u razvoju na satu Tjelesne i zdravstvene kulture. Na pitanje „Sudjeluju li djeca s teškoćama na satu Tjelesne i zdravstvene kulture“, rezultati su potvrdni, iako je među ponuđenim odgovorima postojala i opcija „Nikad“, koja nije bila odabir niti jednog učitelja. Odgovori su kako slijede (Slika 5: Sudjeluju li djeca s teškoćama na satu Tjelesne i zdravstvene kulture?):

- a) Ponekad: 5 odgovora (12,8%)
- b) Često: 5 odgovora (12,8%)
- c) Uvijek: 29 odgovora (74,4%).



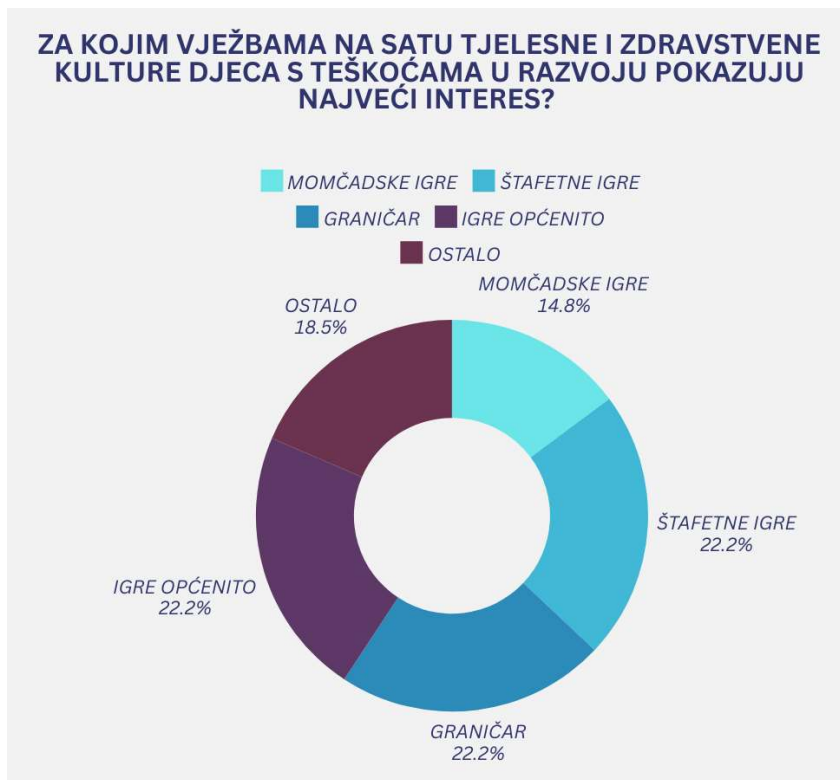
Slika 5: Sudjeluju li djeca s teškoćama u razvoju na satu Tjelesne i zdravstvene kulture?

Ovi rezultati stoga potvrđuju hipotezu br. 2, odnosno očekivanje da djeca s teškoćama u razvoju sudjeluju na satu Tjelesne i zdravstvene kulture.

8.3.6. Vrste aktivnosti koje djeca s teškoćama u razvoju preferiraju na satu Tjelesne i zdravstvene kulture

Posljednji cilj istraživanja bio je utvrditi vrste aktivnosti u kojima djeca s teškoćama u razvoju sudjeluju te samim tim i preferiraju. Na pitanje „Za kojim aktivnostima djeca s teškoćama u razvoju na satu Tjelesne i zdravstvene kulture pokazuju najveći interes“, rezultati su pokazali da 81,5% učitelja koji u razredu imaju jedno ili više djece s teškoćama u razvoju, navodi neki oblik igre (Slika 7: Za kojim vježbama na satu Tjelesne i zdravstvene kulture djeca s teškoćama u razvoju

pokazuju najveći interes?) Igre koje najčešće ističu su: graničar, štafetne i momčadske igre. Pod ostalo učiteljji navode poligone, vježbe s loptom, opće pripremne vježbe, trčanje i sl.



Slika 6: Za kojim vježbama na satu Tjelesne i zdravstvene kulture djeca s teškoćama u razvoju pokazuju najveći interes?

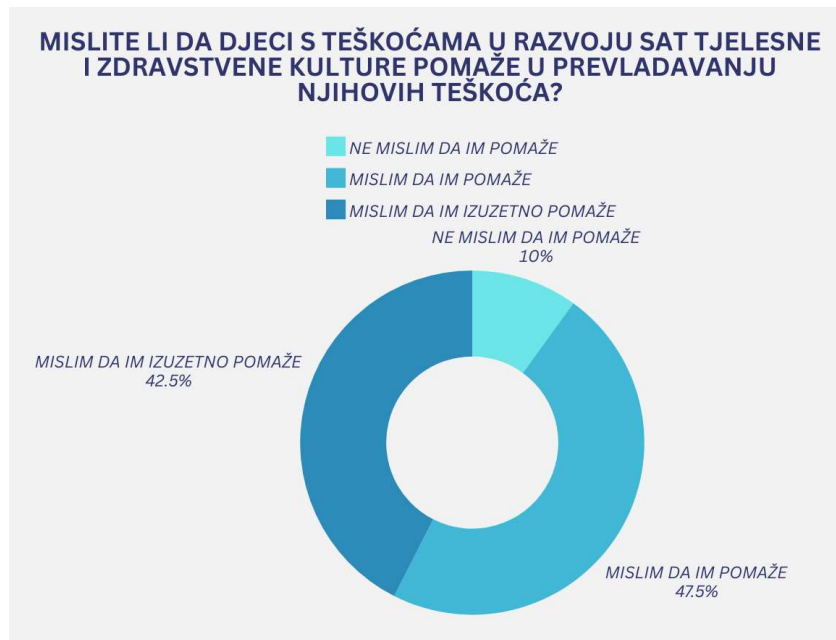
Ono što je zajedničko ovim igrama jest da su to igre gdje su djeca tjelesno vrlo aktivna i u brzom pokretu, što znači da ovaj uzorak preferira dinamične aktivnosti naspram mirnih, sjedilačkih, bez obzira na njihovo tjelesno ili intelektualno oštećenje. To ujedno i rezultira razvojem motoričkih i funkcionalnih sposobnosti te pozitivno utječe na aktivaciju kardiovaskularnog sustava, posebice jer uključuje razne oblike kretanja, poput hodanja i trčanja, skakanja i preskakivanja, bacanja, hvatanja i gađanja. Iz obrazovnog aspekta djeca uče pravila igre, tehnike i strategije, ali i razvijaju samodisciplinu i strpljenje. Nadalje, još jedna stavka koja je zajednička navedenim igrama jest da su to timske igre, odnosno igre gdje je ključna suradnja svih sudionika te u kojima je prioritet iskustvo zajedništva naspram samog rezultata, odnosno pobjede, što je posebice važno u kontekstu inkluzije djece s teškoćama u razvoju.

8.3.7. Utjecaj sudjelovanja djece s teškoćama u razvoju na satu Tjelesne i zdravstvene kulture

Postavljeno je i pitanje o tome misle li učitelji da djeci s teškoćama sat Tjelesne i zdravstvene kulture pomaže u prevladavanju njihovih teškoća, što je rezultiralo sljedećim odgovorima (Slika 6: Mislite li da djeci s teškoćama u razvoju sat Tjelesne i zdravstvene kulture pomaže u prevladavanju njihovih poteškoća?):

- a) Ne mislim da im pomaže: 4 odgovora (10%)
- b) Mislim da im pomaže: 19 odgovora (47,5%)
- c) Mislim da im izuzetno pomaže: 17 odgovora (42,5%).

Iz prikazanih rezultata može se zaključiti da inkluzija djece s teškoćama u razvoju u sat Tjelesne i zdravstvene kulture, prema mišljenju ispitanika, pozitivno utječe na njihov razvoj i prevladavanju njihovih teškoća. Samim time potvrđena je i hipoteza br. 3, tj. očekivanje da sudjelovanje i vježbanje na satu Tjelesne i zdravstvene kulture pomaže u prevladavanju teškoća djece s teškoćama u razvoju.



Slika 7: Mislite li da djeci s teškoćama u razvoju sat Tjelesne i zdravstvene kulture pomaže u prevladavanju njihovih poteškoća?

8.4. Rezultati istraživanja

Razred (Tablica 1: Razred) je nezavisna varijabla jer djeluje na učestalost pojavljivanja teškoća (Tablica 2: Broj teškoća), što je zavisna varijabla. U nezavisnoj varijabli postoji više od tri uzorka, dok je zavisna varijabla ordinalna, stoga će se za potrebe ovog istraživanja koristiti Kruskal-Wallis test. Deskriptivnom analizom vidljivom u Tablici 3, aritmetička sredina za razrede iznosi 2,45, a broj teškoća je 1,38. Standardna devijacija za razrede iznosi 1,154, a za teškoće ona iznosi 1,234. Dominantna vrijednost za razrede iznosi 1, jednako kao i za teškoće. Medijan za razrede iznosi 2,00, a za teškoće 1,00. Za učestalost pojavljivanja teškoća obzirom na razred, značajnost dokazana Kruskal-Wallisovim testom u Tablici 4 iznosi 0,432 što je više od 0,05, čime se implicira da ne postoji statistički značajna razlika u učestalosti pojavljivanja teškoća ovisno o razredu. Iako je dokazano da ne postoji statistički značajna razlika, vrijedno je spomenuti kako učitelji četvrtih razreda imaju najviše učenika s teškoćama. Uvidom u rezultate, primjećuje se blaga gradacija teškoća, dakle, što je viši razred, ujedno je i više teškoća, čime je zaključno potvrđena i hipoteza br. 4. Tome doprinosi i činjenica da postoji mogućnost nedijagnosticiranja teškoća učenicima u prvom razredu jer njihove teškoće još nisu prepoznate. Razlozi tome su mnogobrojni, primjerice dugotrajnost određenih postupaka dijagnosticiranja ili pak roditeljevo teško mirenje s činjenicom o potencijalnoj postojanosti djetetove teškoće.

Tablica 1

Razred

		Učestalost	Postotak	Valjanost postotka	Kumulativni postotak
Valjanost	1	11	27,5	27,5	27,5
	2	10	25,0	25,0	52,5
	3	9	22,5	22,5	75,0
	4	10	25,0	25,0	100,0
	Ukupno	40	100,0	100,0	

Tablica 2

Broj teškoća

	Učestalost	Postotak	Valjanost postotka	Kumulativni postotak
Valjanost 0	9	22,5	22,5	22,5
1	10	45,0	45,0	67,5
2	6	15,0	15,0	82,5
3	4	10,0	10,0	92,5
4	2	5,0	5,0	97,5
5	1	2,5	2,5	100,0
Ukupno	40	100,0	100,0	

Tablica 3

Statistika

	Razred	Broj teškoća
N	Valjanost	40
	Nedostatak	0
Aritmetička sredina		2,45
Medijan		2,00
Dominantna vrijednost		1
Standardna devijacija		1,154

Tablica 4

Kruskal-Wallis test; sažetak testa hipoteze

	Nulta hipoteza	Test	Značajnost	Rezultat
1	Distribucija broja teškoća je jednaka u svim kategorijama razreda.	Nezavisni uzorci Kruskal-Wallis testa	0,432	Zadržava nultu hipotezu.

Prikazane su asimptotske značajnosti. Razina značajnosti je 0,05.

9. ZAKLJUČAK

Djeci s teškoćama u razvoju, bez obzira na vrstu i stupanj teškoće, potrebno je tjelesno vježbanje, odnosno bilo kakva vrsta kretanja, kako bi unaprijedila svoje motoričke sposobnosti. Tjelesna aktivnost ima ključnu ulogu u djetetovom razvoju, utječući i na njegov socio-emocionalni razvoj. Prije same provedbe kinezioloških aktivnosti na satu Tjelesne i zdravstvene kulture, nastavnik mora, radi dobrobiti djeteta i organizacije vlastitog rada, znati vrstu i stupanj teškoća, razumjeti i poštivati potrebe djeteta te na temelju toga izraditi individualizirani i prilagođeni plan tjelesnog vježbanja. Imajući uvid u djetetove potrebe, moći će mu se kvalitetnije posvetiti. Nadalje, potrebno je osigurati prostorno-materijalne i sadržajne uvjete za postizanje djetetovog optimalnog razvoja. Prostorni uvjeti moraju biti prilagođeni, sigurni, poticajni kako bi sva djeca neometano mogla sudjelovati u aktivnostima. Naposljetku, najbitnije je uvijek polaziti iz aspekta inkluzije, kako bi sva djeca bila jednako uvažavana i uključena u društvenu zajednicu sa svojim vršnjacima. Na taj način moći će razvijati svoje socio-emocionalne vještine, stvoriti pozitivnu sliku o sebi i graditi samopouzdanje, a sve pod nazivnikom uvažavanja, tolerancije i poštivanja različitosti.

PRILOZI

Prilog 1: Anketno istraživanje na temu „Tjelesna i zdravstvena kultura, djeca s teškoćama u razvoju“

Poštovane učiteljice i učitelji!

Pozivam Vas na sudjelovanje u anketnom istraživanju koje se provodi u svrhu prikupljanja podataka u sklopu diplomskog rada pod naslovom "Tjelesna i zdravstvena kultura, djeca s teškoćama u razvoju". Vaše sudjelovanje je od iznimne važnosti za uspješnost istraživanja.

Važno je napomenuti da je Vaše sudjelovanje u ovoj anketi u potpunosti anonimno te u bilo kojem trenutku možete odustati od ispunjavanja. Nema točnih ili netočnih odgovora, nema točnih ili netočnih razmišljanja i stavova. Samim ispunjavanjem ove ankete dajete informirani pristanak kojim potvrđujete korištenje dobivenih podataka isključivo u svrhe istraživanja.

Mihaela

1. Razred koji trenutno učite
 - a. 1.
 - b. 2.
 - c. 3.
 - d. 4.

2. Koliki je broj učenika u razredu?

3. Ima li u razredu djece s teškoćama?
 - a. Da
 - b. Ne

4. Koliko je djece s teškoćama u razvoju u Vašem razredu
 - a. Nema ih
 - b. 1
 - c. 2
 - d. 3
 - e. 4
 - f. 5 i više

5. Ukoliko ima, o kojim teškoćama se radi?

6. Sudjeluju li djeca s teškoćama na satu Tjelesne i zdravstvene kulture?
 - a. Nikad
 - b. Ponekad
 - c. Često
 - d. Uvijek

7. Kojim vježbama na satu Tjelesne i zdravstvene kulture djeca s teškoćama u razvoju pokazuju najveći interes?

8. Mislite li da djeci s teškoćama sat Tjelesne i zdravstvene kulture pomaže u prevladavanju njihovih teškoća?
 - a. Ne mislim da im pomaže
 - b. Mislim da im pomaže
 - c. Mislim da im izuzetno pomaže

LITERATURA

- Bax, M., Goldstein, M., Rosenbaum, P., Leviton, A., Paneth (2005). Proposed definition and classification of cerebral palsy, *Developmental medicine and child neurology*, 47 (8), 571-576. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1469-8749.2005.tb01195.x>
- Biasiol-Babić, R. (2009). Vrednovanje i ocjenjivanje s posebnim osvrtom na učenike s teškoćama u razvoju integrirane u redovni sustav odgoja i obrazovanja. *Metodički obzori*, 4(2009)1-2 (7-8), 207-219. Preuzeto 28.5.2024. s <https://hrcak.srce.hr/file/70790>
- Block, M. E., Klavina, A., & Flint, W. (2007). Including Students with Severe, Multiple Disabilities in General Physical Education. *Journal of Physical Education, Recreation & Dance*, 78(3), 29–32. <https://doi.org/10.1080/07303084.2007.10597986>
- Obrusnikova, I., Block, M. E., & Valkova, H. (2003). Effects of inclusion in general physical education on children without disabilities. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 20, 230-245. Preuzeto 2.6.2024. s <https://doi.org/10.1123/apaq.20.3.230>
- Vogler, E. W., Koranda, P., & Romance, T. (2000). Including a child with severe cerebral palsy in physical education: A case study. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 9, 316-329.
- Block, M. E., Zeman, R., & Henning, G. (1997). Pass the ball to Jimmy: A success story in integrated physical education. *Palaestra*, 13(3), 37-42.
- Bujas-Petković, Z., Frey-Škrinjar, J., Hranilović, D., Divčić, B., Stošić, J. (2010). *Poremećaji autističnog spektra*. Zagreb: Školska knjiga
- Cerić, H. (2004). Definiranje inkluzivnog obrazovanja. *Naša škola*, 50(29), 87-95. <https://dejanakovacevic.wordpress.com/wp-content/uploads/2013/04/def-io-nskola.pdf>
- Clark Brack, J. (2009). *Učenjem do pokreta, kretanjem do spoznaje. Program senzomotoričkih aktivnosti za djecu predškolske dobi*. Buševac: Otvorenje

- Dulčić, A., Kondić, Lj. (2002). *Djeca oštećena sluha*. Zagreb: Alinea
- Fajdetić, A., Nenadić, K. (2012) *Prilagodba nastavnih sredstava slijepim i slabovidnim učenicima: smjernice i upute za izradu prilagođenih taktilnih prikaza*. Zagreb: Hrvatski savez slijepih
- Findak, V., Neljak, B. (2010). Individualizacija rada u područjima edukacije, sporta, sportske rekreacije i kineziterapije. U V. Findak (ur.) *19. ljetna škola kineziologa Republike Hrvatske* (str. 14-20). Poreč: Hrvatski kineziološki savez
- Findak, V. (2003). *Metodika tjelesne i zdravstvene kulture: Priručnik za nastavnike tjelesne i zdravstvene kulture*. Zagreb: Školska knjiga
- Horvatić, J., Joković Oreb, I. i Pinjatela, R. (2009). Oštećenja središnjeg živčanog sustava. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 45 (1), 99-110. Preuzeto 17.5.2024. s <https://hrcak.srce.hr/45636>
- Kapp, S. K., Gillespie-Lynch, K., Sherman, L. E., & Hutman, T. (2013). Deficit, Difference, or Both? Autism and Neurodiversity. *Developmental Psychology*, 49(1), 59-71. Preuzeto 21.5.2024. s <https://doi.org/10.1037/a0028353>
- Kavale, K., A., Forness, S.A. (1995). *The nature of learning disabilities. Critical Elements of Diagnosis and Classification*. New Jersey: LEA Publ.
- Kiš-Glavaš, L. (2016). *Rehabilitacija putem pokreta*. Zagreb: Edukacijsko – rehabilitacijski fakultet
- Kosinac, Z. (2011). *Morfološko-motorički i funkcionalni razvoj djece uzrasne dobi od 5. do 11.godine*. Split: Savez školskih športskih društava grada Splita
- Kosinac, Z. (1999). *Morfološko-motorički i funkcionalni razvoj djece predškolske dobi*. Split: Udruga za šport i rekreaciju djece i mladeži grada Splita
- Krampač-Grljušić, A., Marinić, I. (2007). Posebno dijete: *Priručnik za učitelje u radu s djecom s posebnim obrazovnim potrebama*. Osijek: Grafika

- Ljubičić, M., Šare, S. i Markulin, M. (2014). Temeljne informacije o zdravstvenoj njezi osoba s autizmom. Basic information about the nursing care for people with autism. *Sestrinski glasnik*, 19(3), 231-122. <https://doi.org/10.11608/sgnj.2014.19.048>
- Marojević, M. (2021). *Utjecaj tjelesnih aktivnosti na djecu s teškoćama u razvoju u predškolskoj dobi*. (Diplomski rad, Učiteljski fakultet). Repozitorij Učiteljskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu. Preuzeto 2.6.2024. s <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:147:315415>
- Papeš-Ibrišević, Z., Tičinović-Ivančić, A, Puškarić-Saič, B., Jureša, V., Mandac, V., Lančić, F. (2010). Tjelovježba u školi i športske aktivnosti adolescenata. *Paediatrica Croatica* 2010, 54 (Supl 1), 79-86.
- Prskalo, I., Babin, J., Bilić-Prečić, A. (2014). Kineziološke aktivnosti i sadržaji za djecu, učenike i mladež s teškoćama u razvoju i ponašanju. U V. Findak (ur.) *23. ljetna škola kineziologa Republike Hrvatske* (str. 38-46). Poreč: Hrvatski kineziološki savez
- Prskalo I., Babin J. (2010). Kvaliteta rada u području edukacije. U V. Findak (ur.) *15. ljetna škola kineziologa Republike Hrvatske* (str. 26-34). Poreč: Hrvatski kineziološki savez (HKS), 2010
- Remshmidt, H. (2009). *Autizam - pojavni oblici, uzroci, pomoć*. Jastrebarsko: Naklada Slap
- Ministarstvo znanosti i obrazovanja [MZO] (2021). *Smjernice za rad s učenicima s teškoćama (radna inačica)*. Preuzeto 2.5.2024. s <https://mzom.gov.hr/UserDocsImages/dokumenti/Obrazovanje/NacionalniKurikulum/NacionalniKurikulumi/Nacionalni%20kurikulum%20za%20osnovnoškolski%20odgoj%20i%20obrazovanje.pdf>
- Ministarstvo znanosti, obrazovanja i sporta [MZOS] (2019). *Kurikulum nastavnog predmeta TZK za osnovne škole i gimnazije*. Preuzeto 2.5.2024 s <https://mzom.gov.hr/UserDocsImages/dokumenti/Publikacije/Predmetni/Kurikulum%20nastavnoga%20predmeta%20Tjelesna%20i%20zdravstvena%20kultura%20za%20osnovne%20skole%20i%20gimnazije.pdf>

Pribanić, Lj. (2015). Kako komunicirati s djetetom oštećena sluha - utjecaj stavova obitelji i profesionalaca na odabir oblika komunikacije. *Medicinski vjesnik*, 47 ((1-2)), 41-48. Preuzeto 4.5.2024. s <https://hrcak.srce.hr/193296>

Zakon o Hrvatskom registru o osobama s invaliditetom NN 64/2001, 2001. Preuzeto 5.6.2024. s https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2001_07_64_1049.html

Zrilić, S. (2013). *Djeca s posebnim potrebama u vrtiću i nižim razredima osnovne škole*. Zadar: Sveučilište u Zadru

Žic Ralić, A. i Ljubas, M. (2013). Prihvaćenost i prijateljstvo djece i mladih s teškoćama u razvoju. *Društvena istraživanja*, 22 (3), 435-453. <https://doi.org/10.5559/di.22.3.03>

INTERNETSKI IZVORI (MREŽNE STRANICE)

Horvatić, J. (n.d.) Oštećenja lokomotornog sustava. Preuzeto 28.5.2024. s <https://www.savjetihorvatic.com/439115870#:~:text=Oštećenja%20lokomotornog%20sustava%20nastaju%20zbog,uništenja%20zglobova%2C%20kostiju%20ili%20mišića.>

National Institute of Mental Health (2021). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Preuzeto 4.6.2024. s <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/attention-deficit-hyperactivity-disorder-adhd>

Rubin, M. (n.d.) *Pregled poremećaja perifernog živčanog sustava*. Preuzeto 3.6.2024 s <https://www.hemed.hr/Default.aspx?sid=13756>

The Legal Aid Society of Cleveland (2019). *Posebno obrazovanje: najmanje restriktivno okruženje* (LRE). Preuzeto 1.6.2024. s <https://lasclev.org/hr/12192019/>

POPIS SLIKA

Slika 1: Razred koji trenutno učite

Slika 2: Ima li u razredu djece s teškoćama u razvoju?

Slika 3: Koliko je djece s teškoćama u razvoju u Vašem razredu?

Slika 4: Ukoliko ih ima, o kojim se teškoćama radi?

Slika 5: Sudjeluju li djeca s teškoćama u razvoju na satu Tjelesne i zdravstvene kulture?

Slika 6: Za kojim vježbama na satu Tjelesne i zdravstvene kulture djeca s teškoćama u razvoju pokazuju najveći interes?

Slika 7: Mislite li da djeci s teškoćama u razvoju sat Tjelesne i zdravstvene kulture pomaže u prevladavanju njihovih poteškoća?

POPIS TABLICA

Tablica 1: Razred

Tablica 2: Broj teškoća

Tablica 3: Statistika

Tablica 4: Kruskal-Wallis test; sažetak testa hipoteze