

# Utjecaj tjelesnog vježbanja na socioemocionalni razvoj djece s teškoćama u razvoju

---

Križan, Lucija

Undergraduate thesis / Završni rad

2018

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

*Permanent link / Trajna poveznica:* <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:147:021254>

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

*Download date / Datum preuzimanja:* **2024-07-26**

*Repository / Repozitorij:*

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



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

**LUCIJA KRIŽAN  
ZAVRŠNI RAD**

**UTJECAJ TJELESNOG VJEŽBANJA NA  
SOCIOEMOCIONALNI RAZVOJ DJECE  
S TEŠKOĆAMA U RAZVOJU**

**Zagreb, srpanj 2018.**

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

**ZAVRŠNI RAD**

**Ime i prezime pristupnika: Lucija Križan**

**TEMA ZAVRŠNOG RADA: Utjecaj tjelesnog vježbanja na  
socioemocionalni razvoj djece s teškoćama u razvoju**

**MENTOR: Dr.sc. Marijana Hraski**

**Zagreb, srpanj 2018.**

## SADRŽAJ

SAŽETAK .....	3
SUMMARY .....	4
1. UVOD .....	5
2. TJELESNO VJEŽBANJE ZA DJECU S TEŠKOĆAMA U RAZVOJU .....	6
2.1. UKLJUČENOST U TJELESNO VJEŽBANJE.....	8
3. SOCIJALNI I EMOCIONALNI RAZVOJ .....	9
3.1. SOCIJALNI I EMOCIONALNI RAZVOJ DJECE S TEŠKOĆAMA U RAZVOJU .....	11
4. POREMEĆAJI AUTISTIČNOG SPEKTRA .....	12
4.1. SOCIJALNO I EMOCIONALNO PONAŠANJE .....	13
4.2. PSIHOMOTORIKA I POREMEĆAJI PERCEPCIJE .....	13
5. DOWN SINDROM.....	14
5.1. SOCIOEMOCIONALNO PONAŠANJE .....	14
5.2. OSJETILNE TEŠKOĆE .....	15
6. ADHD .....	15
6.1. NEPAŽNJA.....	16
6.2. IMPULZIVNOST .....	16
6.3. HIPERAKTIVNOST .....	16
6.4. SOCIOEMOCIONALNO PONAŠANJE .....	16
7. CEREBRALNA PARALIZA .....	16
8. KINEZIOLOŠKE AKTIVNOSTI PRILAGOĐENE DJECI S TEŠKOĆAMA .....	17
8.1. DOWN SINDROM .....	17
8.2. ADHD .....	18
8.3. CEREBRALNA PARALIZA .....	19

8.4. POREMEĆAJI AUTISTIČNOG SPEKTRA.....	20
9. VODITELJ KINEZIOLOŠKIH AKTIVNOSTI NAMIJENJENIH DJECI S TEŠKOĆAMA U RAZVOJU .....	21
10. PROJEKT "MOJE PRAVO NA IGRU I SPORT" .....	22
11. ISTRAŽIVANJE.....	23
11.1. CILJ I PROBLEM RADA: .....	23
11.2. METODA ISTRAŽIVANJA .....	23
11.2.1 Ispitanici .....	23
11.2.2. Mjerni instrument i način provođenja istraživanja .....	23
11.2.3. Rezultati istraživanja .....	24
11.3. REZULTATI.....	33
12. ZAKLJUČAK.....	34
13. LITERATURA .....	35
Kratka biografska bilješka .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Izjava o samostalnoj izradi rada (potpisana).....	37

## SAŽETAK

U ovom završnom radu bit će riječi o važnosti tjelesnog vježbanja i njegova utjecaja na socioemocionalni razvoj i ponašanje djece s teškoćama u razvoju. Cilj rada je pobliže upoznati važnost tjelesnog vježbanja i mnogostruke prednosti koje ono donosi djeci s teškoćama u razvoju. Neke od njih su: doprinos višoj razini zdravlja, razvoj fizičkih, emocionalnih, socijalnih i kognitivnih obilježja, razvoj samopouzdanja, socijalizacije, sklapanje prijateljstava, usvajanje pravila i slijedenje uputa. Objasnit će pojedinosti vezane uz socijalni i emocionalni razvoj djece s teškoćama u razvoju koji se razlikuje od razvoja tipičnih vršnjaka budući da je povezan sa stupnjem općeg mentalnog razvoja što dovodi do poteškoća u socijalnim interakcijama. Poblje će opisati određene teškoće poput poremećaja autističnog spektra, Down sindroma, ADHD-a i cerebralne paralize. Budući da su te teškoće prisutne kod djece koja sudjeluju u projektu "Moje pravo na igru i sport", u sklopu Centra za edukaciju i savjetovanje "Sunce", opisati će i način prilagođavanja kinezioloških aktivnosti djeci s navedenim teškoćama. Također, opisana je uloga i cilj voditelja kinezioloških aktivnosti namijenjenih djeci s teškoćama u razvoju. Na kraju ovog završnog rada nalazi se istraživanje provedeno u sklopu projekta "Moje pravo na igru i sport", u kojem su roditelji ispunili anketni upitnik, a on se odnosio na njihova zapažanja i procjene djetetova ponašanja i emocija tijekom provedenih kinezioloških aktivnosti. Anketni upitnik je sadržavao 13 tvrdnji na koje su roditelji mogli odgovoriti na skali mogućnosti - potpuno se ne slažem, djelomično se ne slažem, niti se slažem niti se ne slažem, djelomično se slažem i u potpunosti se slažem. Rezultati su pokazali kako postoji povezanost tjelesnog vježbanja s razvojem dječjeg samopouzdanja i socijalizacije s vršnjacima kao i većeg zadovoljstva nakon vježbanja, a time možemo potkrijepiti mnoge tvrdnje i prijašnja istraživanja.

Ključne riječi: *tjelesno vježbanje, socijalni i emocionalni razvoj, poremećaj autističnog spektra, Down sindrom, ADHD, cerebralna paraliza*

## **SUMMARY**

This Bachelor paper will cover the importance of physical exercise, its impact on social and economic development, and behaviour of children with developmental difficulties. The aim of this paper is acquainting with the importance of physical exercise and the benefits it offers to children with developmental difficulties. The benefits are numerous, with some of them being: greater general health, development of physical, emotional, social, and cognitive traits, improvement of self-esteem, socialization and friend-making, rule-learning, and following instructions. Social and emotional development, which differs from that of unaffected children, will be clarified as it is associated with the level of overall mental development, and may lead to difficulty in social interaction. Specific conditions, such as autistic spectrum disorder, Down syndrome, ADHD, and cerebral palsy will be analysed. Seeing as these difficulties are present in children involved in the „My right to play and sport“ project within the Center for education and counselling „Sunce“, the approach of adapting kinesiological activities will be discussed. Furthermore, the position and aim of the kinesiology instructor of the aforementioned project is illustrated. Lastly, this paper contains a research conducted within the „My right to play and sport“ project. In it, parents completed a questionnaire about their personal observation and assessment of their child's behaviour and emotions during implementation of said kinesiological activities. The questionnaire contained 13 statements to which parents could answer on a fixed scale ranging from „agreeing completely“ to „disagreeing completely“. The results indicated that there is correlation between physical exercise and positive development of children's self-esteem and social interactions with their peers, as well as a feeling of general satisfaction. It stands as testament to many such claims and research conducted on this subject.

### **Keywords:**

physical exercise, social and emotional development, autistic spectrum disorder, Down syndrome, ADHD, cerebral palsy

## 1. UVOD

Zbog današnjeg sjedilačkog načina života, sve manje ljudi bavi se tjelesnim vježbanjem, uključujući i djecu. Nedovoljno kretanje nosi sa sobom i mnoge posljedice, većina njih je negativna i loše utječe na cjelokupni razvoj djeteta. Prema Ciliga i Trošt Bobić (2014), osim na fizički razvoj, utječe loše i na zdravlje, kognitivni, emocionalni i socijalni razvoj. Kada je riječ o djeci i mladima s teškoćama u razvoju te osobama s invaliditetom, bavljenje kineziološkim aktivnostima u odnosu na ostalu populaciju još je rjeđe što doprinosi nižoj razini zdravlja, tvrde Ciliga i Trošt Bobić (2014). Da bi se to promijenilo, važno je da im se pruži podrška i mogućnosti za bavljenje tjelesnim vježbanjem.

Socijalni i emocionalni razvoj djece s teškoćama u razvoju ponešto se razlikuje od onog njihovih vršnjaka. Naime, on je povezan s općim mentalnim stanjem. Stoga, mnoga takva djeca imaju nižu razinu samopoštovanja, smanjenu socijalnu prihvaćenost, imaju poteškoća s emocijama i veću ovisnost o drugima u svakodnevnom životu.

Mnoga istraživanja pokazala su da tjelesno vježbanje i uključivanje djece s teškoćama u razvoju u sportske programe ima pozitivan učinak na njihovo emotivno i socijalno stanje, navode Ciliga i Trošt Bobić (2014). Kineziološke aktivnosti moraju biti primjerene cjelokupnom zdravstvenom stanju vježbača te njegovim individualnim sposobnostima i interesima. Voditelj kinezioloških aktivnosti za djecu s teškoćama u razvoju mora znati izabrati aktivnosti primjerene djetetu i teškoći koju ono ima, ali mora znati i kako motivirati dijete i kako ga poticati na vježbanje. Iako u Hrvatskoj nema mnogo mogućnosti za uključivanje djece i mladih s teškoćama u razvoju u kineziološke aktivnosti, ipak postoji projekt u Zagrebu pod nazivom "Moje pravo na igru i sport" namijenjen toj djeci. U sklopu projekta djeca mogu sudjelovati na treninzima, bilo u dvorani ili na otvorenom te imati treninge na bazenu.



## 2. TJELESNO VJEŽBANJE ZA DJECU S TEŠKOĆAMA U RAZVOJU

Čovjek ima urođenu potrebu za kretanjem, a nedostatak aktivnosti uvjetuje pad sposobnosti organa u tijelu. Redovito tjelesno vježbanje osigurava osnovu za pravilan rast i razvoj svakog djeteta, ali i doprinosi višoj razini zdravlja. Ciliga i Trošt Bobić (2014) navode da pokret pomaže djeci razviti ne samo tijelo, već i njihov mozak, sposobnost učenja i društvene vještine. Iz navedenog je vidljivo kako poticanje djece na vježbanje ima višestruki pozitivan utjecaj – razvija njegova fizička, motorička, emocionalna i kognitivna obilježja te je od iznimne važnosti da sva djeca budu tjelesno aktivna. Isto tako, pravilno tjelesno vježbanje utječe na pravilno držanje tijela, a njime se zadovoljava djetetova potreba za igrom i kretanjem te ih se uči upornosti i sportskom ponašanju. Vježbanjem dijete stječe samopouzdanje, poboljšava svoje sposobnosti te uči procjenjivati svoje mogućnosti i svoj napredak, napominju Ciliga i Trošt Bobić (2014).

Danas sve više djece ima prekomjernu tjelesnu težinu dok je bavljenje tjelesnim aktivnostima u stalnom opadanju. Prema Ciliga i Trošt Bobić (2014), statistička slika se drastično pogoršava kada je riječ o djeci, učenicima i mladima s teškoćama u razvoju i ponašanju te o osobama s invaliditetom. Njihova razina tjelesne aktivnosti, kao i vrijeme provedeno u tjelesnoj aktivnosti, je puno manje u odnosu na ostalu djecu iste dobi pa su ona često i sklonija prekomjernoj masi i pretilosti. Zbog tog razloga djeca s teškoćama u razvoju nerijetko pripadaju rizičnoj skupini za razvoj pretilosti i s njom povezane kronične bolesti. Ta djeca se rjeđe odlučuju za bavljenje kineziološkim aktivnostima što još više doprinosi njihovoj nižoj razini zdravlja te povećava njihov rizik za pretilost. Prema Murphy i Carbone (2008; prema Ciliga i Trošt Bobić, 2014), djeca i mladi s teškoćama u razvoju, u odnosu na djecu normalnog razvoja, imaju veća ograničenja za bavljenje kineziološkim aktivnostima, imaju nižu razinu zdravlja (teškoće koje nisu direktno vezane za njihov invaliditet) te su u većoj mjeri pretili od njihovih vršnjaka bez invaliditeta.

Mišigoj–Duraković i Duraković (2014) ukazuju da su mnoge preporuke donesene za provođenje tjelesne aktivnosti povezane s očuvanjem zdravlja i prevencijom kroničnih bolesti, a koje se odnose na minimalno trajanje aktivnosti, oblik i intenzitet. "Za djecu i mlade preporuča se svakodnevno najmanje 60 minuta umjerene do intenzivne aktivnosti u slobodnom vremenu uz smanjenje vremena provedenog sjedeći pred TV i računalom na manje od 2 sata dnevno. Posebne preporuke za djecu s posebnim potrebama ne postoje." (Mišigoj-Duraković i Duraković, 2014: 71). Unatoč preporukama, mnoga su istraživanja pokazala da se veliki dio djece i mladih istih ne

pridržiava, a to se posebno odnosi na djecu s teškoćama u razvoju i djecu s kroničnim bolestima. To je populacija djece koja imaju posebne zdravstvene i edukacijske potrebe s većom učestalošću odlazaka liječniku, boravka u bolnici i izostanaka iz škole.

Najčešće fizičke posljedice neaktivnosti za osobe s invaliditetom su smanjeni kardiovaskularni fitness, osteoporoza i narušena cirkulacija. No, osim fizičkih posljedica neaktivnosti postoje i one koje se odnose na psihosocijalni status osobe, a one uključuju nižu razinu samopouzdanja, smanjenu socijalnu prihvaćenost i veću ovisnost o drugima u svakodnevnom životu. Mnoga djeca s teškoćama u razvoju, kao i osobe s invaliditetom, nailaze na brojne prepreke. Osim onih koje se nalaze u općoj populaciji djece i mladih, postoje i prepreke povezane s individualnim poteškoćama i posebnoj skrbi. Mišigoj-Duraković i Duraković (2014) tu spominju nekoliko potreba, od potreba prijevoza, asistenta, dostupnosti dvorana i igrališta, posebne opremljenosti prostora, prilagođene opreme, pa sve do potpore roditelja ili skrbnika.

Svaka osoba, uključujući djecu s teškoćama u razvoju i osobe s invaliditetom, ima dobrobiti od kineziološke aktivnosti. Prema Murphy i Carbone (2008; prema Ciliga i Trošt Bobić, 2014) neke od dobrobiti sudjelovanja djece s teškoćama u razvoju u sportskim i rekreativnim aktivnostima su:

- potiče društvenu uključenosti
- smanjuje zdravstvene tegobe
- optimizira tjelesno funkcioniranje
- poboljšava cjelokupnu kvalitetu života

Dykens, Rosner, Buttarbaugh (1998; prema Ciliga i Trošt Bobić, 2014) tvrde da redovito bavljenje kineziološkom aktivnošću djece i mladih s teškoćama u razvoju poboljšava njihovo psihološko blagostanje kroz pružanje mogućnosti stvaranja novih prijateljstava, izražavanja kreativnosti, razvijanja vlastitog identiteta i kroz pronalaženja dodatnog smisla za život. Osim toga, sudjelovanje u kineziološkim aktivnostima može doprinijeti boljoj socijalnoj prilagodbi i većem zadovoljstvu životom, a može razviti samostalnost, konkurentnost i timski rad djece sa teškoćama u razvoju. No najvažnije od svega, ono može smanjiti ili usporiti nastanak novih zdravstvenim problemima.

## 2.1. UKLJUČENOST U TJELESNO VJEŽBANJE

“Uključenost djece, učenika i mladih s teškoćama u razvoju i ponašanju te osoba s invaliditetom u kineziološke aktivnosti promovira njihovo fizičko, emotivno i socijalno blagostanje” (Ciliga i Trošt Bobić, 2014). Mišigoj-Duraković i Duraković (2014) napominju da su djeca s tjelesnim teškoćama manje uključena u rekreativne aktivnosti od svojih vršnjaka, a njihove aktivnosti su pasivnije, manje raznovrsne te su često ograničene na aktivnosti unutar kuće. Uključivanje u rekreacijske aktivnosti pod utjecajem je različitih čimbenika uključujući spol, dob, motivaciju, teškoće, individualne i obiteljske preferencije, okolinske čimbenike te potporu i raspoloživo vrijeme roditelja ili skrbnika.

Izbor primjerene kineziološke aktivnosti i sadržaja za djecu s teškoćama u razvoju treba se temeljiti na cjelokupnom zdravstvenom stanju osobe koja vježba, njegovim individualnim interesima za pojedine aktivnosti, raspoloživim pomagalima i sredstvima te sigurnosnim mjerama. Ciliga i Trošt Bobić (2014) navode da postoje mnoga ograničenja za uključivanje te djece u kineziološke aktivnosti bilo da su ona socijalna, financijska, obiteljska ili osobna. Ona ograničenja koja su najčešće spominjana su realna preostala funkcionalna sposobnost pojedinca, visoke cijene i nedostatak bližih objekata kao i prilagođenih kinezioloških programa. Uključenost u kineziološke aktivnosti nadalje je pod direktnim utjecajem raspoloživog slobodnog vremena ukućana i same želje djeteta da se njome bavi te pod indirektnim utjecajem socijalne podrške od strane škole i cijele zajednice” (King i sur., 2003; prema Ciliga i Trošt Bobić, 2014). No, pokazalo se da obiteljski život puno više utječe na bavljenje kineziološkim aktivnostima od same razine invaliditeta djece s teškoćama. Roditelji i skrbnici ponekad premalo važnosti pridaju tjelesnoj aktivnosti i koristima koje ono donosi njihovoj djeci. Pokazalo se da roditelji koji se u slobodno vrijeme bave sportom, češće uključuju i svoju djecu s teškoćama u razvoju u prilagođene sportske programe, u odnosu na one roditelje koji se ne bave nikakvom rekreacijskom aktivnošću ističu Ciliga i Trošt Bobić (2014).

Ciliga i Trošt Bobić (2014) naglašavaju da kada se djeca i mladi s teškoćama u razvoju i ponašanju te osobe s invaliditetom jednom uključe u pojedinu kineziološku aktivnost, potrebno je povećati njihovu početnu motivaciju za bavljenjem tom aktivnošću te osigurati kontinuitet pohađanja iste. Ukoliko se to ne omogući izostat će bitni učinci na njihovo psihičko i fizičko zdravlje. Od velike je važnosti redovito vježbanje koje osigurava razvoj i održavanje motoričkih sposobnosti koje su

bitne za poboljšavanje zdravlja. Pravilno planiranje sadržaja koji moraju biti prilagođeni interesima i mogućnostima vježbača, postavljanje kratkoročnih ciljeva te redovito praćenje i procjenjivanje napretka može pomoći u održavanju redovitosti vježbanja.

Ljudi često pogrešno procjenjuju da se djeca s teškoćama u razvoju češće ozljeđuju u tjelesnom vježbanju od njihovih vršnjaka bez invaliditeta. Iz tog razloga i mnogi roditelji u vježbanju vide velike opasnosti po svoju djecu pa ih zato ni ne upisuju u njima namijenjene sportske programe. Prema Ciliga i Trošt Bobić (2014), ipak se pokazalo da sportaši s invaliditetom imaju sličnu učestalost ozljeda od sportaša bez invaliditeta. Slijedom toga, bilo kakva bojznost od ozljede ne bi trebala biti još jedna barijera za bavljenje kineziološkim aktivnostima.

### **3. SOCIJALNI I EMOCIONALNI RAZVOJ**

“Dječji socijalni razvoj obuhvaća ponašanja, stavove i afekte sjedinjene u dječjoj interakciji s odraslima i vršnjacima” (Brajša-Žganec, 2003: 23). On uključuje razvoj međuljudskih socijalnih vještina, sposobnost stjecanja prijateljstava i društveno prihvatljivog ponašanja koje je potrebno svakom djetetu za normalno funkcioniranje u svakodnevnom životu.

Poticanje socijalnog razvoja pojedinca primarno je vezano uz poticanje razvoja njegove kompetencije, a hoće li dijete biti socijalno kompetentno ili ne, ovisi o njegovoj sposobnosti regulacije emocija, socijalnim vještinama, poznavanju i razumijevanju okoline i sposobnosti da se ponaša u skladu s tim spoznajama, ističe Brajša-Žganec (2003). Socijalna kompetencija se može odrediti kao skup ponašanja i spoznaja koje se reflektiraju kroz uspješnu socijalnu interakciju s vršnjacima. Ona je važan aspekt adaptacijskog procesa u psihosocijalnoj, odgojno-obrazovnoj i profesionalnoj sferi te zahvaća razvoj i održavanje zadovoljavajućih interpersonalnih odnosa, rješavanje sukoba, izgrađivanje prijateljstva i tako dalje, napominje Brajša-Žganec (2003).

Prema Titlić (2016), kompetentna su ona djeca koja se nesmetano upuštaju u različite odnose i interakcije s vršnjacima, drugom djecom i odraslim osobama te putem tih odnosa razvijaju i usavršavaju vlastite socijalne sposobnosti i osobnu kompetenciju.

Emocije su jedan od najvažnijih činitelja koji utječu na cjelokupno funkcioniranje pojedinca i imaju glavnu ulogu u interpersonalnom životu. Prema Brajša-Žganec (2003), one se sastoje od

niza povezanih reakcija na određeni događaj ili situaciju, a uključuju odnos pojedinca s nekim objektom ili događajem, prepoznatljivo mentalno stanje i emocionalno izražavanje. Emocije su kratkotrajne, intenzivne i praćene različitim fiziološkim promjenama te dovode do prekida trenutnog ponašanja. Prema Brajša-Žganec (2003), kod djece su emocije, u odnosu na odrasle osobe, jednostavne i spontane, česte i kratkotrajne, snažne i nestabilne. Djeca svoje emocije izražavaju vrlo otvoreno i ne znaju se suzdržavati.

Od kad se dijete rodi, ono se postupno razvija, kako na području motorike i spoznajnih procesa, tako i na području emocionalnosti. Stoga možemo reći da emocionalni razvoj djeteta započinje njegovim rođenjem. Od rođenja, dijete usvaja ponašanja iz svoje okoline koje zatim reflektira na sebe i svoje ponašanje. Dijete iz svoje okoline sakuplja informacije o tome kako se odnositi prema sebi i prema drugima te na koji način iskazati emocije ističe Brajša-Žganec (2003).

Prema Starc (2004), emocionalni razvoj jedan je od najvažnijih procesa u razvoju ličnosti svakog pojedinca. On je ujedno rezultat međusobnih utjecaja nasljeđenih mehanizama reagiranja na emocionalne situacije i procese socijalizacije u obitelji i neposrednoj djetetovoj okolini. Berk (2008) navodi da dijete kroz emocionalni razvoj prolazi kroz stadije emocionalnog izražavanja, emocionalnog razumijevanja, razvoja empatije i emocija samosvijesti, razvoja privrženosti, socio-spoznajnog razvoja koji uključuje pojam o sebi, samoopis i samovrednovanje, svijest o drugima i samoregulaciju.

Glavno obilježje emocionalnog razvoja u dječjoj dobi je prepoznavanje emocija putem socijalnih kognicija. Denham i suradnici (1994; prema Brajša-Žganec, 2003) objašnjavaju da u predškolskoj dobi raste dječja prilagodba na identifikaciju emocionalnih izražaja i situacija iz okoline koje se mogu verbalizirati na temelju njihovih vlastitih emocija i emocija drugih. Iako djeca rano nauče identificirati emocije, potrebno im je određeno vrijeme da integriraju informacije koje dolaze iz različitih izvora te da nauče potiskivati nepoželjne emocionalne iskaze.

Neki od pokazatelja dobrog emocionalnog stanja djeteta su sposobnost kontroliranja širokog raspona emocionalnih doživljaja i prikladna reakcija u tim emocionalnim situacijama. Brajša-Žganec (2003) napominje da emocionalno kompetentnom djecom nazivamo onu djecu koja su ovladala svojim emocionalnim doživljajima.

### 3.1. SOCIJALNI I EMOCIONALNI RAZVOJ DJECE S TEŠKOĆAMA U RAZVOJU

Socijalni i emocionalni razvoj djece s teškoćama u razvoju povezan je sa stupnjem općeg mentalnog razvoja zbog čega djeca s teškoćama u razvoju učestalije nego njihovi tipični vršnjaci pokazuju poteškoće prilikom socijalnih interakcija s drugim osobama, bilo vršnjacima ili odraslima. "Obzirom da se u interakciji između osobe koja brine o djetetu i djeteta intenzivno definira socijalna i emocionalna kompetencija djeteta, dijete s posebnim potrebama je obično manje emocionalno i socijalno zrelo od svojih vršnjaka" (Daniels i Stafford, 2003: 111). Utjecaj obitelji ima veliku ulogu u socijalnom razvoju djece. Naime, roditelji, kao najvažniji izvori socijalizacije, na različite načine utječu na dječje reakcije u emocionalnim situacijama kao i na emocionalnu i socijalnu kompetenciju djece. Denham i suradnici (1994; prema Brajša-Žganec, 2003) tvrde da roditelji svojim ponašanjima i reakcijama uče djecu kako i kada izražavati emocije, kako tumačiti tuđe emocionalno ponašanje te kako upravljati svojim emocijama da bi se mogli primjereno ponašati. Vrlo je važno djeci dati dobar primjer u poticanju emocionalnog i socijalnog razvoja te modelirati očekivano ponašanje. Oblikovanje željenog ponašanja zahtijeva kontinuirani rad jer se socijalne i emocionalne vještine ne uče u samo određeno doba dana, već ih treba prenositi i potkrepljivati iz minute u minutu. Da bi se djetetu pružila adekvatna emocionalna podrška, potrebno je suosjećati s djetetom, prihvaćati ga, poštivati i pružiti mu toplinu.

Prema Daniels i Stafford (2003), da bi se potaknuo socijalni razvoj djece s teškoćom u razvoju, potrebno je poslužiti se jednom od sljedećih metoda:

- stvoriti ustaljene, predvidljive rutine – kod djece stvaraju osjećaj sigurnosti
- poticati djecu na sudjelovanje
- služiti se pozitivnim potkrepljenjem – osmijeh bez riječi ili dodir mogu biti djelotvorniji od glasne pohvale pred svima
- usmjeriti se na trud, a ne na ishod – djetetu s teškoćama u razvoju vrlo je važno priznati uloženi trud i motivaciju, a ne krajnji proizvod
- dati jasna uputstva – djeca moraju znati što se od njih očekuje, a pravila koja vrijede trebaju biti jasna te ih djeca trebaju znati i razumjeti

Za svu djecu koja pokazuju određene razvojne teškoće postojat će značajni problemi u ovim područjima koja čine vršnjačku socijalnu kompetenciju. U usporedbi s vršnjacima tipičnog razvoja djeca s teškoćama u razvoju, imat će:

- nižu razinu socijalne participacije s vršnjacima, a veću samostalne igre
- manje zadovoljstva vršnjačkom interakcijom i negativni stil interakcije u sukobu
- manje uspjeha u dobivanju pozitivnog odgovora na socijalne pokušaje
- manje iniciranja igre
- neobičan razvoj vršnjačke interakcije
- ograničen broj recipročnih prijateljstava
- manju prihvaćenost od strane vršnjaka sa i bez teškoća
- manju socijalnu mrežu u školi i zajednici

Za poticanje socijalnog razvoja djeteta s teškoćama zaduženi su roditelji, kada je u pitanju obiteljska zajednica, a kasnije kako dijete postepeno ulazi u sustav odgoja i obrazovanja, pojavljuju se i druge figure koje su zadužene za pružanje podrške djetetu u socijalnom razvoju, kao što su odgojitelji, učitelji. U tome mogu pripomoći i različiti stručnjaci, primjerice stručni suradnici u školama ili rehabilitatori u posebnim ustanovama za odgoj, obrazovanje i rehabilitaciju, ali i volonteri u različitim udrugama za djecu i mlade.

Uključivanje djece s teškoćama u razvoju u odgojno-obrazovni sustav, različite programe pomoći, slobodne aktivnosti, ali i općenito u društvenu zajednicu gdje ono može aktivno sudjelovati u društvenom životu, omogućuje djetetu ravnopravnost u odnosu na djecu bez razvojnih teškoća te mu se na taj način pružaju podjednake razvojne prilike, a osobite one za razvoj socijalnih vještina, ističe Žic-Ralić (2012).

#### **4. POREMEĆAJI AUTISTIČNOG SPEKTRA**

"Autistični poremećaj (infantilni autizam, autistični sindrom, autizam) pervazivni je razvojni poremećaj koji počinje u djetinjstvu, većinom u prve tri godine života, zahvaća gotovo sve psihičke funkcije i traje cijeli život." (Bujas Petković, Divčić, Frey Škrinjar, Hranilović & Stošić, 2010: 6). Simptomi koji upućuju na postojanje poremećaja iz autističnog spektra su slijedeći: nedostatak neverbalne i verbalne komunikacije, nedostatak socijalne interakcije, ograničene aktivnosti i interesi te stereotipije. Prvi simptomi se pretežno pojavljuju prije treće godine života. Mnogi autori naglašavaju nedostatak emocionalne povezanosti s roditeljima, a posebice nedostatak pogleda oči u oči kao jedan od važnijih simptoma u ranoj dobi. Na temelju

proučavanja ponašanja djece sa simptomima poremećaja iz spektra autizma, on se svrstavao u dječju shizofreniju budući da je prema simptomima vrlo nalikovalo shizofreniji kod odraslih. Autistični poremećaj zahvaća gotovo sve psihičke funkcije i traje cijeli život te za njega ne postoji jedinstveni lijek, a ni dan danas se sa sigurnošću ne mogu utvrditi točni uzroci nastanka autizma. Djeca s autizmom međusobno se jako razlikuju po sposobnostima, inteligenciji i ponašanju, tvrde Daniels i Stafford (2003). Upravo zbog tog razloga svakom djetetu treba pristupiti na drugačiji, individualizirani način, a najbolje im odgovara kada im se informacije daju vizualno i verbalno.

#### **4.1. SOCIJALNO I EMOIONALNO PONAŠANJE**

DSM-IV klasifikacija je simptome poremećenih socijalnih interakcija, koji se javljaju kod djece s autizmom, podijelila u četiri podskupine, a to su:

- 1. oštećenje neverbalnih načina ponašanja kao što su pogled oči u oči, izraz lica, držanje tijela, geste
- 2. ne razvijaju se odnosi s vršnjacima primjerene dobi
- 3. nedostatak interesa i suosjećanja s drugim osobama
- 4. nedostatak socijalne ili emocionalne uzajamnosti

Mnogi roditelji veoma rano uočavaju djetetovo neobično ponašanje prvenstveno zbog izbjegavanja tjelesnih kontakata, nedostatka kontakta oči u oči, ne uzvrćanja osmijeha, smanjenja sposobnosti imitacije (djeca s autizmom samo promatraju, ali ne oponašaju druge), nedostatka simboličke igre (u igri ne imitiraju stvarne životne situacije) te se jako vežu za dnevne rutine i vrlo teško prihvaćaju promjene, napominju Bujas Petković i suradnici (2010).

Postoje ljudi koji smatraju da dijete s autizmom ne reagira na emocije. No, dijete to ne radi svjesno i namjerno, već je problem u tome što ono ne može prepoznati tuđe emocije, pa na njih ne može ni reagirati ili uzvratiti drugome istom emocijom. Prema Bujas Petković i suradnici (2010), iako se ponekad čini da djecu s autizmom ne zanimaju vršnjaci, oni ponekad zaista žele ostvariti interakciju s drugom djecom, no to pokazuju na drugima neprihvatljiv način.

#### **4.2. PSIHOMOTORIKA I POREMEĆAJI PERCEPCIJE**

Autistična djeca opisuju se kao izuzetno spretna, naročito u gruboj motorici koja je spontana i prirodna – hodanje, trčanje, penjanje, skakanje. No, već od najranije dobi djeca s autizmom imaju blaže neurološke ispade uključujući smetnje u motorici, osobito u grafomotorici



i finoj motorici, zatim smetnje i tremor. Također, većina djece hoda na prstima te učestalo maše rukama bez nekog posebnog razloga. Zatim, vrlo su česte ponavljajuće radnje poput njihanja i vrtnje. Bujas Petković i suradnici (2010) tvrde da se kod djece s autizmom javlja poremećaj percepcije, osobito poremećaji centralne organizacije slušnih osjeta, osjeta dodira i vestibularnih osjeta. Kod neke autistične djece agresivnost može biti veoma izražena, a najčešće se javlja u obliku autoagresije – dijete se udara, grize i grebe.

## **5. DOWN SINDROM**

“Down sindrom (DS-Down Syndrome) je najčešći genetski poremećaj koji nastaje uslijed viška jednog kromosoma ili dijela kromosoma u jezgri svake stanice tijela. Jedno od 650 novorođene djece rađa se s Down sindromom.”(Vuković i suradnici, 2007: 11). Down sindrom pojavljuje se u svim kulturama i rasnim skupinama neovisno o ekonomskoj situaciji obitelji, načinu života ili zdravlju roditelja. Simptomi koju upućuju na Down sindrom vidljivi su odmah nakon poroda zbog specifičnog fizičkog izgleda djeteta. Prema Vuković i suradnicima (2007), neka od najčešćih obilježja izgleda djeteta s Down sindromom su:

- mišićna hipotonija (smanjenje napetosti tonusa mišića)
- široki vrat, kosi položaj očnih otvora
- okruglo lice izravnog profila
- abnormalni oblik uški
- kratke šake (na dlanu se može nalaziti specifična poprečna brazda)
- malena usta i nos s neproporcionalno velikim jezikom
- kratke i široke ruke i noge
- kraći prsni koš neobičnog oblika
- malena glava

### **5.1. SOCIOEMOCIONALNO PONAŠANJE**

Prema Žic-Ralić (2012), djeca s Down sindromom možda neće razumjeti svaku riječ zbog slabijeg kognitivnog razvoja i suženog vokabulara, no iz neverbalne komunikacije, tona i boje glasa izvući će vašu poruku i emocije. Upravo im sposobnost prepoznavanja emocija pomaže prilikom socijalne integracije s kojom sva djeca s teškoćama imaju poteškoća. Vrlo često se zna reći da su djeca s Down sindromom dobroćudna, vesela i topla bića te se lako zabave. Osjećaji te

djece su dosta kratkotrajni i površni, stoga rijetko stvaraju dužu, osjećajnu vezu prema nekome. Također često ne znaju kada se treba "zaustaviti" pa znaju imati teškoće u interakciji s vršnjacima. U svom završnom radu je Mirt V. (2016) navela da su djevojčice otvorenije za komunikaciju s drugima u odnosu na dječake, kojima je potrebno prisustvo bliske osobe i vremenski duži period za kontakt s drugom djecom.

## **5.2. OSJETILNE TEŠKOĆE**

Mnoga djeca s Down sindromom imaju teškoće senzorne integracije – sposobnost primanja i obrade osjetilnih informacija koje dobivamo iz naših osjetila. Naime, Vuković i suradnici (2007) u svom vodiču ističu da ta djeca zbog teškoća senzorne integracije mogu biti preosjetljiva na zvuk, dodir, pokret te stoga mogu pretjerano skakati, vrištati, povlačiti se ili pak dijete može biti neosjetljivo na stimulacije. Također, dijete može stalno biti u pokretu ili se može veoma sporo kretati, ali izgledati nespretno i stalno umorno. Neka djeca će možda u prilagođavanju na nove situacije biti impulzivna dok će druga biti nepažljiva.

## **6. ADHD**

Deficit pažnje/hiperaktivni poremećaj (ADHD) dijagnoza je Američke psihijatrijske udruge. Opisuje simptome nepažnje, impulzivnosti i hiperaktivnosti koji su prisutni u ponašanju u tolikoj mjeri da značajno narušavaju obiteljske odnose, odnose s vršnjacima, te funkcioniranje na odgojno-obrazovnom i/ili profesionalnom polju (Hughes, Cooper, 2009).

Kod djece su opažena 3 različita tipa ADHD-a, a to su:

1. hiperaktivni/impulzivni tip
2. nepažljivi tip
3. kombinirani hiperaktivno-impulzivni/nepažljivi tip

Anastopoulos (1999; prema Hughes, Cooper, 2009) tvrdi da tijekom razvoja ADHD-a pretežno započinje između treće i četvrte godine, iako se kod neke djece ovaj poremećaj pojavljuje već u ranom djetinjstvu dok kod druge djece tek u petoj ili šestoj godini.

## **6.1. NEPAŽNJA**

Prema Hughes, Cooper (2009), nepažnju karakteriziraju postupci kao što su gubitak usmjerenosti na zadatak, nedostatak ustrajnosti, teškoće u održavanju fokusa i dezorganizacija, a nije rezultat svjesnog otpora.

## **6.2. IMPULZIVNOST**

Impulzivno ponašanje djece s ADHD-om se često izražava u obliku različitih poteškoća poput čekanja na red, nestrpljenja, nepromišljenih postupaka koji se odvijaju u trenutku, a očituju se kao socijalna nametljivost, na primjer pretjerano prekidanje drugih (Hughes, Cooper, 2009).

## **6.3. HIPERAKTIVNOST**

Hiperaktivnost se može objasniti kao pretjerana motorička aktivnost kad to nije primjereno. Takvo ponašanje obuhvaća pretjerano pričanje, lupkanje rukama i nogama, tikove.

## **6.4. SOCIOEMOCIONALNO PONAŠANJE**

Djeca s ADHD-om ne pokazuju strah uslijed odvajanja i lako stječu poznanike, ali imaju probleme sa zadržavanjem društva jer se teško prilagođavaju grupi zbog potrebe za dominacijom. Neprimjerena i ometajuća socijalna ponašanja ponekad stvaraju probleme u odnosima s vršnjacima zbog nametljivosti, nasilnosti i nedostatnih socijalnih vještina (dijeljenje i suradnja) hiperaktivne djece. Ponekad imaju poteškoća u kontroliranju okolinske buke i vlastitih emocija što može dovesti do nesporazuma i frustracija u interakciji s vršnjacima.

Prema Mrđen i Puhovski (2006), hiperaktivno dijete često ima malo prijatelja te je svjesno svoje izoliranosti i odbačenosti pa im je zbog toga potrebna pomoć odraslih osoba kako bi usvojili društveno prihvatljiva ponašanja. Djeca s ADHD-om često ne uspijevaju uspostaviti i održati blisko prijateljstvo, a većina njih bude neprihvaćena među vršnjacima.

## **7. CEREBRALNA PARALIZA**

"Cerebralna paraliza je stanje uzrokovano ozljedom mozga, a obično se javlja prije, tijekom ili neposredno nakon rođenja. "Cerebralna" se odnosi na mozak, a "paraliza" na poremećaj kretanja ili položaja tijela" (Daniels i Stafford, 2003: 180). Ona nije bolest niti napreduje, a nije ni zarazna. Najčešći uzrok ovog stanja je nepoznat, no među uzrocima cerebralne paralize nalaze se nedostatak kisika, bolesti tijekom trudnoće, prijevremeni porođaj, nedovoljni dotok kisika ili slab dotok krvi do mozga fetusa ili novorođenčeta.

Daniels i Stafford (2003) pojašnjavaju da je za cerebralnu paralizu karakteristična nesposobnost potpunog kontroliranja motoričke funkcije, a ovisno o stupnju zahvaćenosti središnjeg živčanog sustava i dijelu mozga koji je oštećen, karakteristike koje se mogu javiti su:

- mišićni spazmi
- nevoljni pokreti mišića i zglobova
- poremećaji hoda i pokretnosti
- problemi s tonusom (suviše opušteni ili zgrčeni mišići kada se tijelo odmara)
- poremećaji vida, sluha i/ili govora
- napadi
- nenormalne reakcije i percepcije (nemogućnost opažanja boli ili preosjetljiv osjećaj dodira)
- mentalna retardacija

Postoje 3 osnovna tipa cerebralne paralize, a to su:

- spastična – kruti i teški pokreti mišića
- atetoidna – nevoljni i nekontrolirani pokreti mišića
- ataksična – poremećeni osjećaj ravnoteže i percepcije dubine

## **8. KINEZIOLOŠKE AKTIVNOSTI PRILAGOĐENE DJECI S TEŠKOĆAMA**

Velik je izbor kinezioloških aktivnosti koje su prilagođene djeci i mladima s teškoćama u razvoju, a dostupne su i smjernice za izbor primjerene aktivnosti, ako u obzir uzmemo mogućnosti i želje budućih vježbača. Mišigoj-Duraković i Duraković (2014) ukazuju da mogućnost uključivanja ponajprije ovisi o zdravstvenom i funkcijskom statusu djece, stoga je vrlo važna kontinuirana suradnja liječnika, kineziologa, roditelja/skrbnika i djeteta u savjetovanju oblika i vrste, trajanja, učestalosti i intenziteta kineziološke aktivnosti.

### **8.1. DOWN SINDROM**

Prema Tadić, Horvat i Hraski (2014), prosječno se jedno od 650 novorođene djece rađa s Down sindromom, a to ga čini najčešćim genetskim poremećajem u današnjem društvu. No, Down sindrom sa sobom nosi i ozbiljne probleme pa tako djeca oboljela od navedenog sindroma imaju

tjelesne i mentalne poremećaje. Intelektualno funkcioniranje je najčešće na razini umjerene mentalne retardacije dok je psihomotorni razvoj usporen zbog čega ta djeca kasnije prohodaju i progovore. Osobe s Down sindromom karakterizira hipotoničnost tijela, nizak mišićni tonus, hipermobilnost zglobova, nedostatak mišićne snage te reducirana snaga i izdržljivost, što otežava savladavanje fundamentalnih oblika kretanja, navode Jakić, Ž. Hraski i M. Hraski (2014). Također, djeca s Down sindromom imaju kraće udove (ruke i noge) u odnosu na njihovu dužinu trupa što otežava svladavanje bazičnih motoričkih znanja. Na primjer, teže prelaze iz ležećeg položaja u sjedeći, iz sjedećeg u stojeći i tako dalje. Nadalje, imaju poteškoća s uspinjanjem preko prepreka, probleme s ravnotežom te imaju veći postotak tjelesne masti. "Tako se rani motorički razvoj djeteta s Down sindromom ne bi trebao razlikovati od razvoja svakog drugog djeteta (kontrola glavice, rotacije, sjedenja, puzanja, hodanja), a kasnije i složenijih motoričkih znanja kao što su trčanje, hodanje uz i niz kosinu, hodanje uz i niz stepenice, skakanje, poskakivanje, obilaženje prepreka, zaustavljanje iz trka i tako dalje, kod djece s Downovim sindromom taj razvoj može biti usporen zbog niza popratnih stanja ili može ići drugačijim redoslijedom i kontinuitetom" (Majkić, 1997; prema Tadić, Horvat i Hraski, 2014: 452).

Prije planiranja, programiranja i provođenja sadržaja te izbora zadataka za pojedino dijete s Down sindromom, potrebno je odrediti trenutačne djetetove sposobnosti i mogućnosti. Rad s takvom djecom podrazumijeva rad bez prisile i inzistiranja na preciznosti izvođenja pokreta, kao i rad bez velikih opterećenja. Prema Tadić, Horvat i Hraski (2014), za vrijeme rada možemo koristiti ogledalo kao pomoć djetetu u ispravljanju izvedbi određenih pokreta kako bi moglo kontrolirati svoju aktivnost te naposljetku potičemo njegovu samostalnu izvedbu. Djeca s Down sindromom vrlo rado prihvaćaju kineziološke aktivnosti te jako dobro uče metodom imitacije, ali potrebno im je više vremena za uvježbavanje pojedinih zadataka (prema Tadić, Horvat i Hraski, 2014).

## **8.2. ADHD**

ADHD jedan je od najčešćih neurorazvojnih poremećaja dječje dobi čije su značajke hiperaktivnost, impulzivnost i nedostatak pozornosti, a teškoće ADHD-a pojavljuju se različitim intenzitetom u različitim situacijama. Uključivanje djece s ADHD-om u tjelesne aktivnosti ima mnoge prednosti. Na primjer, omogućit će učenje novih vještina, slušanje uputa, održavanje pažnje, jačanje koncentracije, prepoznavanje vlastitih potencijala, poboljšat će im samopouzdanje

i pomoći u stjecanju novih prijateljstava te će razviti motoričke sposobnosti (Kuzmanić, Pušić i Grčić, 2014).

Ratey (2008) navodi da postoje mnogi razlozi za vježbanje u djece s ADHD-om. Njihova osjetila su pojačana, njihova pažnja i raspoloženje će se popraviti, bit će manje nemirni i napeti, osjećat će se motiviraniji i ojačani" (Kuzmanić, Pušić i Grčić, 2014: 124). Velika je povezanost bavljenja tjelesnim vježbanjem i emocionalnim funkcioniranjem. Naime, pokazalo se da djeca s ADHD-om koja su sudjelovala u tri ili više sportova prikazuju znatno manje simptoma anksioznosti od onih koji su sudjelovali u manje od tri sporta, napominje Kiluk i suradnici (2009, prema Kuzmanić, Pušić i Grčić, 2014). Voditelj tjelesne aktivnosti treba s puno razumijevanja poticati dijete na dobro ponašanje, stvoriti ozračje prijateljstva, razviti njegove motoričke i koordinacijske sposobnosti, biti otvoren za povratne informacije te izabrati one tjelesne aktivnosti u kojima dijete može uživati jer će tako biti usredotočen na zadatke koji su pred njega postavljeni.

### **8.3. CEREBRALNA PARALIZA**

Postoji veliki varijabilitet poremećaja kod cerebralne paralize, navode Daniels i Stafford (2003). Neka će djeca imati minimalni mišićni poremećaj dok druga možda neće imati mišićnu kontrolu. "Djeca s cerebralnom paralizom imaju znatno nižu razinu snage od njihovih zdravih vršnjaka te je s njima nužno provođenje vježbi za razvoj mišićne jakosti i snage" (Rimmer, 2001; prema Ciliga i Trošt Bobić, 2014). Odgovarajuća razina mišićne jakosti, snage i izdržljivosti može se povezati s povećanjem koštane mase, boljom sposobnošću obavljanja svakodnevnih zadataka i smanjenjem ozljeda uslijed padova. "Moždana kljenut", kako mnogi nazivaju cerebralnu paralizu, može obuhvatiti jednu nogu ili ruku, obje noge skoro sasvim, obje ruke djelomično, ruku i nogu iste strane, tri uda i obje ruke i noge, navode Falen i Umanski (1985; prema Daniels i Stafford, 2003). Iako cerebralna paraliza nije progresivna, može narušiti tjelesni razvoj djeteta.

Primjerena kineziološka aktivnost može doprinijeti njihovom boljem raspoloženju i socijalnoj prihvaćenosti, ali i školskom uspjehu. Djeci s cerebralnom paralizom prilikom tjelesnog vježbanja je potreban asistent, odnosno osoba koja će djetetu pomoći oko izvođenja pojedinih aktivnosti i koja će ga dodatno motivirati. Također, za rad s takvom djecom potrebno je prilagoditi prostor i rekvizite te dati dovoljno vremena za izvođenje pojedinih aktivnosti.

#### 8.4. POREMEĆAJI AUTISTIČNOG SPEKTRA

Prije početka vježbanja s djetetom kojemu je dijagnosticiran poremećaj iz autističnog spektra, voditelj mora znati na koji način dijete komunicira kako bi mogao uspješno provoditi proces tjelesnog vježbanja. Prema Aničić (2016), pojedina se djeca s autizmom dobro služe gestama i znakovnim jezikom, dok se druga djeca više koriste vizualnom, odnosno slikovnom komunikacijom. Komunikacija s takvom djecom je ključna prilikom podučavanja te zahtijeva od voditelja programa da nauči i primjenjuje nove metode i strategije komunikacije. Prilikom izvođenja sportskih sadržaja korisno je koristiti PECS metodu komunikacije razmjenom slika.

Kod djece s autizmom ponekad dolazi do nepoželjnih oblika ponašanja koji se odnose na vikanje, grebanje, udaranje, stereotipne oblike ponašanja i zaokupljenosti specifičnim interesima, a razlog tome je prekomjerna osjetljivost takve djece na razne podražaje iz okoline kao što su intenzivna svjetlost ili glasan zvuk, navodi Aničić (2016). U takvim situacijama dijete se osjeća frustrirano, a tada je potrebno pronaći izvor djetetove prekomjerne stimuliranosti i ukloniti ga. Nije dobro naglo pokušati zaustaviti takvu vrstu ponašanja jer će to vrlo vjerojatno dovesti do kontra efekta i dovesti do još problematichnijeg ponašanja. Jedan način suočavanja s takvim ponašanjem odnosi se na promatranje djetetova ponašanja i kretanja te korištenje takvog kretanja u svrhu ostvarivanja željenih ciljeva, dok se drugi način odnosi na korištenje tjelesnih aktivnosti u kojima učenik ne može izvoditi neprikladne oblike ponašanja.

Djeca s autizmom vole vježbati u prostoru koji im je poznat i koji im omogućuje da se osjećaju sigurno i predvidljivo, no ako se mjesto vježbanja promjeni, dijete može postati uznemireno, ističe Aničić (2016). Upravo zbog tog razloga potrebno je odabrati mjesto gdje će se djeca osjećati ugodno i gdje će biti zadovoljena njihova potreba za strukturiranim prostorom i predvidljivošću. Što se tiče vremenske organizacije tjelesnog vježbanja, djeca s autizmom žele znati što će se u pojedinom dijelu sata provoditi kako bi se mogli pravovremeno pripremiti na zadatak. Voditelj vježbanja trebao bi osmisliti sat koji će uvijek isto započeti i završiti kako bi se djeca mogla pripremiti za nadolazeće aktivnosti.

Voditelj djetetu s autizmom treba individualno pristupiti, poštujući njegove sposobnosti i interese te organizirati sat tjelesnog vježbanja koji odgovara djetetovim potrebama. Prema Aničić (2016), tijekom provedbe kinezioloških aktivnosti, voditelj treba voditi evidenciju o načinu na koji se

dijete s autizmom ponaša, utjecaju okoline (mjesto izvođenja vježbanja i pomagala) na njegovo ponašanje i rezultatima testiranja njegovih motoričkih i funkcionalnih sposobnosti.

Prema Srinivasan, Pescatello i Bhat (2014), neke od preporuka za provođenje tjelesnog vježbanja s djecom s autizmom su:

- vježbanje se provodi na istom mjestu
- potrebno je koristiti vizualne upute za izvedbu zadatka
- koristiti prostoriju bez reflektirajućih predmeta i glasne glazbe
- potrebno je koristiti prilagođene sportske rekvizite i opremu s obzirom na djetetove individualne potrebe
- opterećenje je potrebno dozirati s obzirom na individualne potrebe
- ako se uoče neprilagođeni oblici ponašanja, potrebno je promijeniti ili prekinuti aktivnost i pomoći djetetu
- osmisliti velik broj različitih kinezioloških aktivnosti
- izbjegavati dugačke opise zadataka, treba biti kratak i precizan
- koristiti fizičku asistenciju prilikom izvedbe zadatka, ako je potrebno
- nakon uspješno izvedenog zadatka koristiti nagradu u obliku pohvale ili geste

## **9. VODITELJ KINEZIOLOŠKIH AKTIVNOSTI NAMIJENJENIH DJECI S TEŠKOĆAMA U RAZVOJU**

Rad s djecom s teškoćama pred voditelja postavlja slične, ali ponekad potpuno različite zahtjeve. Naime, prvenstveni cilj voditelja, navodi Iveković (2014), je rad na povećanju motoričkih kompetencija, smanjenju senzorne preosjetljivosti i poboljšanju senzorne integracije. Osobe koje planiraju, programiraju, provode i nadziru programe tjelesnog vježbanja trebaju biti upoznati sa zdravstvenim i funkcionalnim statusom djeteta, poteškoćama i posebnim potrebama, ograničenjima glede intenziteta aktivnosti, znakovima i simptomima koji mogu upućivati na pojedine komplikacije te trebaju osigurati sigurnost vježbanja, dati prednost interesima i željama djeteta koje vježba te izabrati program i opremu prilagođenu zdravstvenom i funkcionalnom statusu djeteta. Za osobe koje provode i nadziru programe vježbanja s djecom s teškoćama u



razvoju od iznimne je važnosti kontinuirana edukacija i stjecanje posebnih vještina, tvrdi Iveković (2014).

Voditelj, kao najvažniji situacijski faktor uz roditelje, može utjecati na oblikovanje motivacijske klime tijekom susreta, ali posredno i na kognitivne i afektivne aspekte djeteta koji utječu na postizanje nekog rezultata. Vrlo je bitno da voditelj zna aktivnost prilagoditi djetetu, a ne dijete aktivnostima. Dijete će tako imati puno više iskustva uspjeha i moći će zapažati svoj napredak, a to će ujedno povećati njegovu motivaciju za vježbanjem. Voditelj je osoba koja ima važnu ulogu u motiviranju djeteta za rad, koje će biti veće ako aktivnosti uspiju zadovoljiti djetetove potrebe za stimulacijom različitih receptorskih sustava, ističe Iveković (2014). Ukoliko odgojitelj ne zadovolji djetetove potrebe, kod djeteta će izazvati nezadovoljstvo što će se reflektirati na njegovo angažiranje tijekom rada, a time i na njegov napredak.

Voditelj bi trebao imati teorijska znanja iz područja kineziologije i edukacijske-rehabilitacije. Kineziološka znanja su potrebna kako bi se znao provesti proces vježbanja i kako bi se odabrali pravilni metodički postupci u učenju i izvedbi motoričkog zadatka, dok su znanja edukacijsko-rehabilitacijske djelatnosti potrebna za pravilan metodološki pristup u radu prema djetetu određene teškoće, navodi Iveković (2014).

## **10. PROJEKT "MOJE PRAVO NA IGRU I SPORT"**

Projekt "Moje pravo na igru i sport" je sportsko-rekreativni i razvojno kreativni program koji je osmislio i provodi Centar za edukaciju i savjetovanje "Sunce". Projekt je besplatan za korisnike programa - dostupan djeci i roditeljima svih socio-ekonomskih grupa. Prema Centru za edukaciju i savjetovanje "Sunce", sama svrha projekta je omogućiti djeci s teškoćama u razvoju jednaku priliku za razvoj vlastitih psiho-fizičkih i razvojno-kreativnih potencijala kao i ostaloj djeci, koja im je često uskraćena ili nedostupna. Također, ovim projektom im se želi dati prilika da rastu i razvijaju se kroz igru, sport i programe tjelesnog vježbanja koji će im omogućiti da se izraze kao cjelovite osobe te da uživaju bezbrižno djetinjstvo. Kineziološke aktivnosti provode se kontinuirano tokom cijele godine, a organiziraju se i natjecanja barem jednom godišnje na kojima se djeci daje prilika da pokažu što su naučili i svladali tokom godine. Treninzi u dvorani odvijaju se dva puta tjedno, a jednom tjedno odrađuje se trening u bazenu.

U projekt "Moje pravo na igru i sport" moguće je priključiti se kao volonter te tako steći mnogo kompetencija za rad s djecom s teškoćama. Prvenstveno, volonter asistira jednom djetetu prilikom izvođenja pojedinih tjelesnih aktivnosti te ga dodatno motivira za rad.

## **11. ISTRAŽIVANJE**

### **11.1. CILJ I PROBLEM RADA:**

Cilj rada je ispitati utjecaj tjelesnog vježbanja, u sklopu programa "Moje pravo na igru i sport", na socijalno i emocionalno ponašanje djece s teškoćama na temelju procjena njihovih roditelja.

### **11.2. METODA ISTRAŽIVANJA**

#### **11.2.1 Ispitanici**

U istraživanju je sudjelovalo dvadeset i četiri roditelja djece s teškoćama u razvoju, uključujući djecu s ADHD-om, autizmom, Down sindromom i lakšim oblicima cerebralne paralize (djeca koja nisu u invalidskim kolicima). Dob djece bila je od 6 do 15 godina te su sudjelovala djeca oba spola.

#### **11.2.2. Mjerni instrument i način provođenja istraživanja**

Za potrebe ovog istraživanja roditelji su ispunili anketni upitnik koji se odnosio na njihova zapažanja djeteta koje je pohađalo program "Moje pravo na igru i sport" 2017. godine. Upitnik se sastojao od 13 tvrdnji, a ispitanici su samostalno odgovarali i anonimno popunjavali upitnik. Procjene roditelja odnosile su se na stanje ili reakcije djeteta prije uključivanja u projekt pa sve do trenutka ispunjavanja upitnika. Kriteriji za bodovanje i procjenu odgovora ispitanika predstavljali su na Likertovoj skali mogućnosti od 1 do 5 koja predstavlja određenju tvrdnju.

Tablica 1. Kriteriji za bodovanje i procjenu

1- uopće se ne	2 – uglavnom se	3 – niti se slažem	4 – uglavnom se	5 – u potpunosti
----------------	-----------------	--------------------	-----------------	------------------

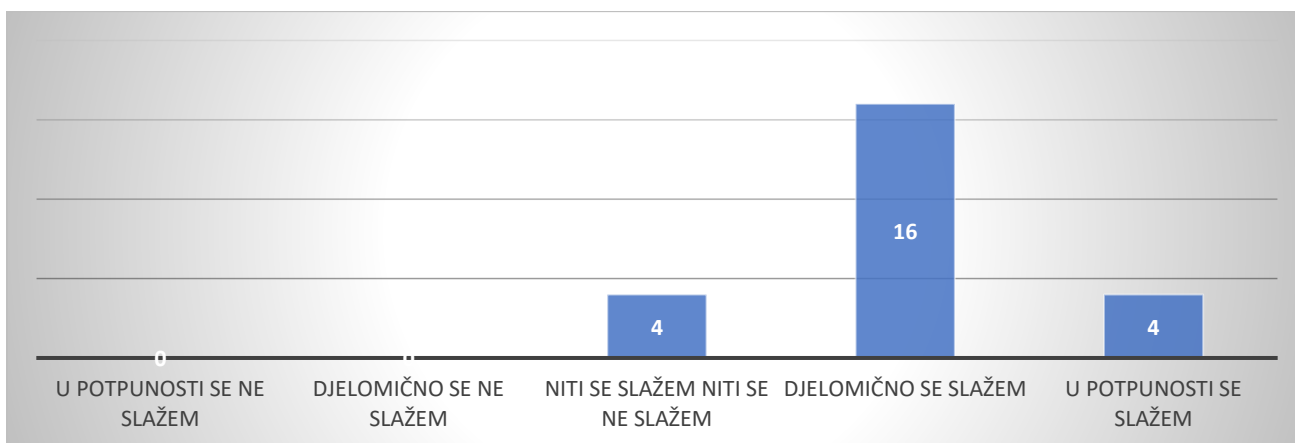
slažem	ne slažem	niti se ne slažem	slažem	se slažem
--------	-----------	-------------------	--------	-----------

### 11.3. Rezultati istraživanja

Rezultati su analizirani na osnovu frekvencija te su prikazani u postocima i grafički.

Tablica 2. Tvrdnja broj jedan – Dijete je samopouzdanije

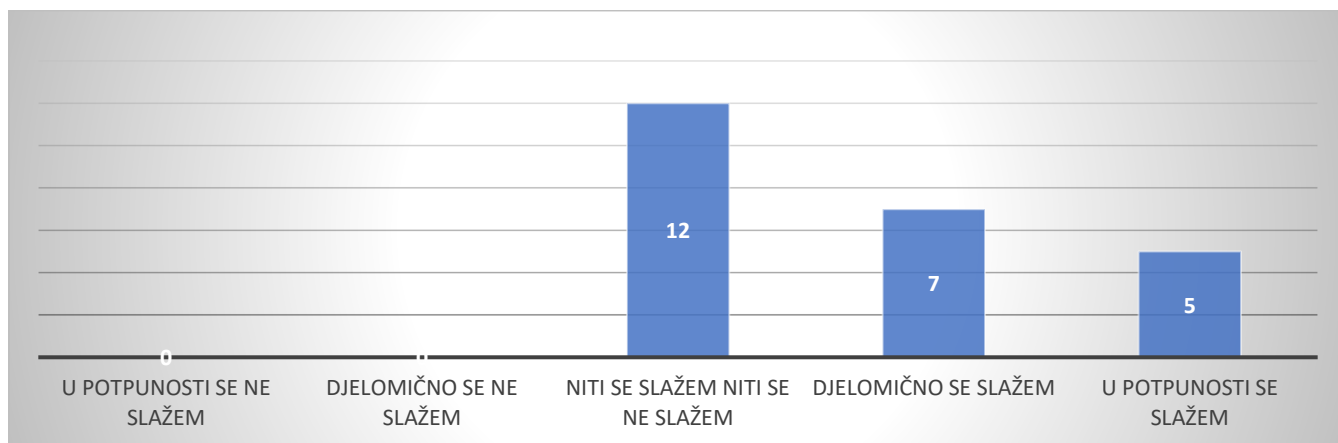
Dijete je samopouzdanije				
1 – 0%	2 – 0%	3 – 16,7%	4 – 66,7%	5 – 16,7%



Većina roditelja, njih 16 (66,7%) se djelomično slaže da je njihovo dijete samopouzdanije otkad se bavi tjelesnom aktivnošću u sklopu projekta, dok se četiri roditelja (16,7%) niti slaže, niti ne slaže s ovom tvrdnjom, a četiri roditelja (16,7%) se u potpunosti slaže.

Tablica 3. Tvrdnja broj 2 – Lakše ostvaruje kontakt s drugom djecom

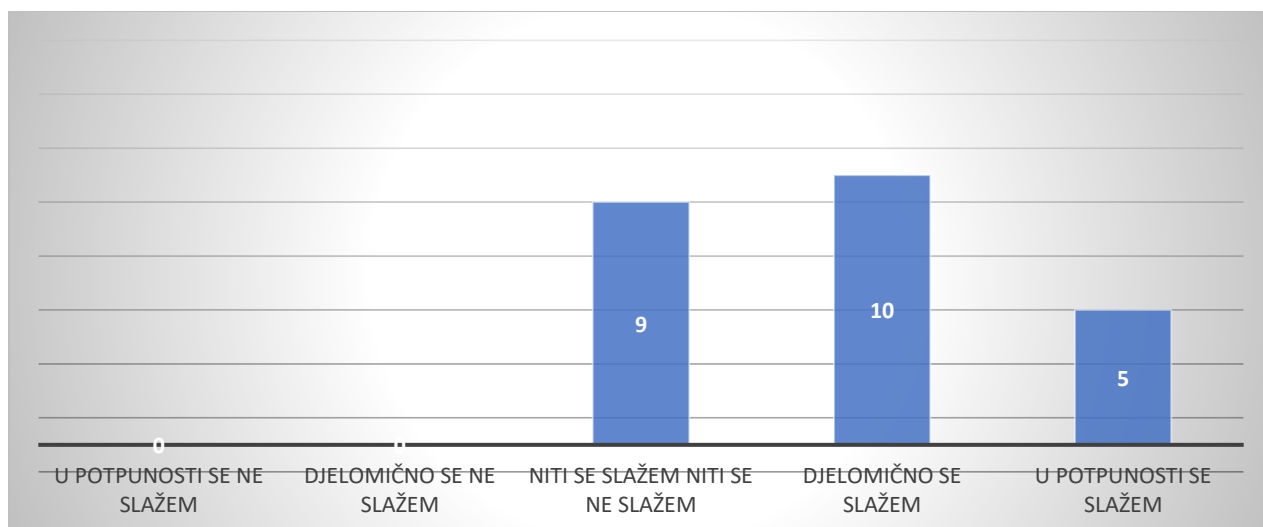
Lakše ostvaruje kontakt s drugom djecom				
1 – 0%	2 – 0%	3 – 50%	4 – 29,2%	5 – 20,8%



Polovica roditelja od njih dvadeset i četvero (50%) zaokružilo je da se niti slaže, niti ne slaže s tvrdnjom da njihovo dijete lakše ostvaruje kontakt s drugom djecom. Sedmero roditelja (29,2%) su zaokružila da se djelomično slažu, a petero njih (20,8%) je reklo da se potpuno slažu s navedenom tvrdnjom.

Tablica 4. Tvrdnja broj 3 – Ima razvijenije socijalne vještine i zna reagirati na primjereniji način

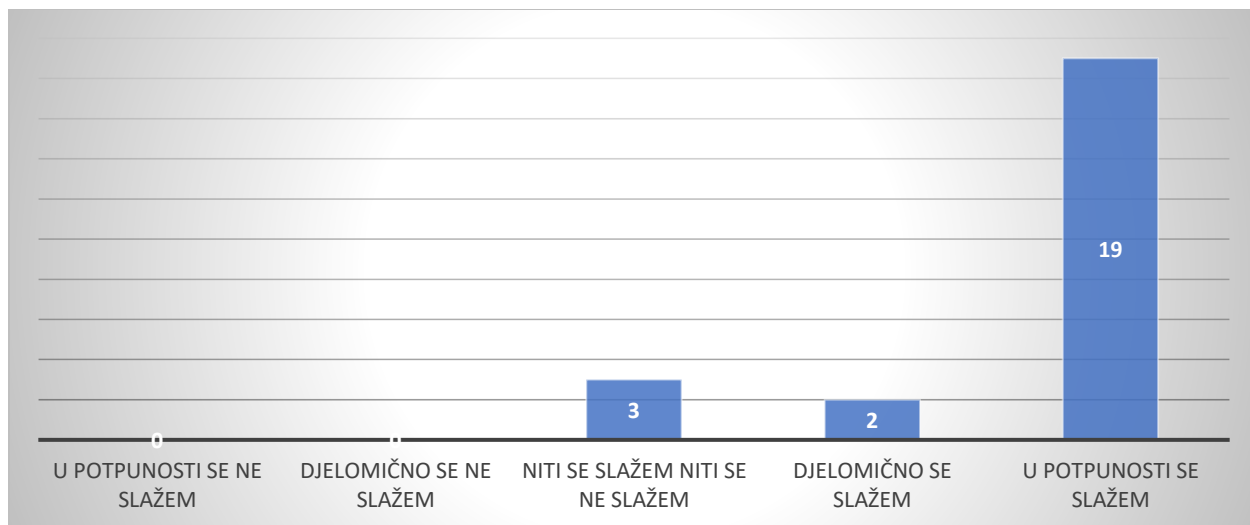
Ima razvijenije socijalne vještine i zna reagirati na primjereniji način				
1 – 0%	2 – 0%	3 – 37,5%	4 – 41,7%	5 – 20,8%



Devet roditelja od njih dvadeset i četvero (37,5%) zaokružilo je da se niti slaže, niti ne slaže s ovom tvrdnjom, a za jedan više, njih desetero (41,7%) je zaokružilo da se djelomično slažu, dok se pet roditelja (14,3%) u potpunosti slaže s tvrdnjom da njegovo dijete uz pomoć projekta "Moje pravo na igru i sport" ima razvijenije socijalne vještine i na njih zna reagirati na primjereniji način u odnosu na vrijeme prije nego što se uključilo u ovaj projekt.

Tablica 5. Tvrdnja broj 4 – S voljom dolazi na treninge

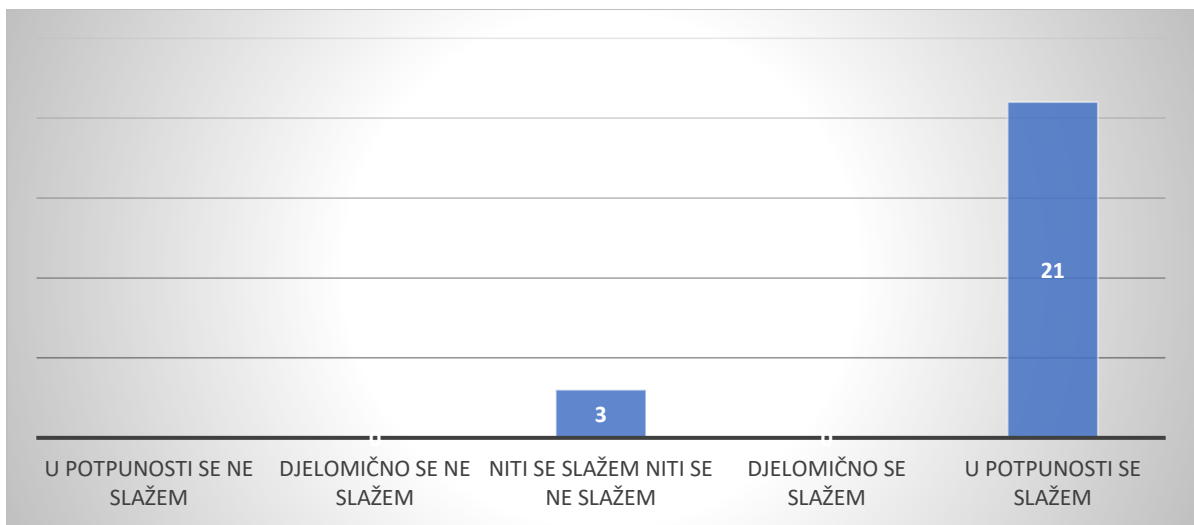
S voljom dolazi na treninge				
1 – 0%	2 – 0%	3 – 12,5%	4 – 8,3%	5 – 79,2%



Troje roditelja (12,5%) je zaokružilo da niti se slaže, niti ne slaže s gore navedenom tvrdnjom, dok je njih dvoje (8,3%) odabralo da se djelomično slažu s tvrdnjom da njihova djeca dolaze s voljom na trening što pokazuje veliku zainteresiranost kod djece. Ipak, najviše njih, čak devetnaestero (79,2%), u potpunosti se slaže s navedenom tvrdnjom.

Tablica 6. Tvrdnja broj 5 – Nakon treninga je zadovoljnije

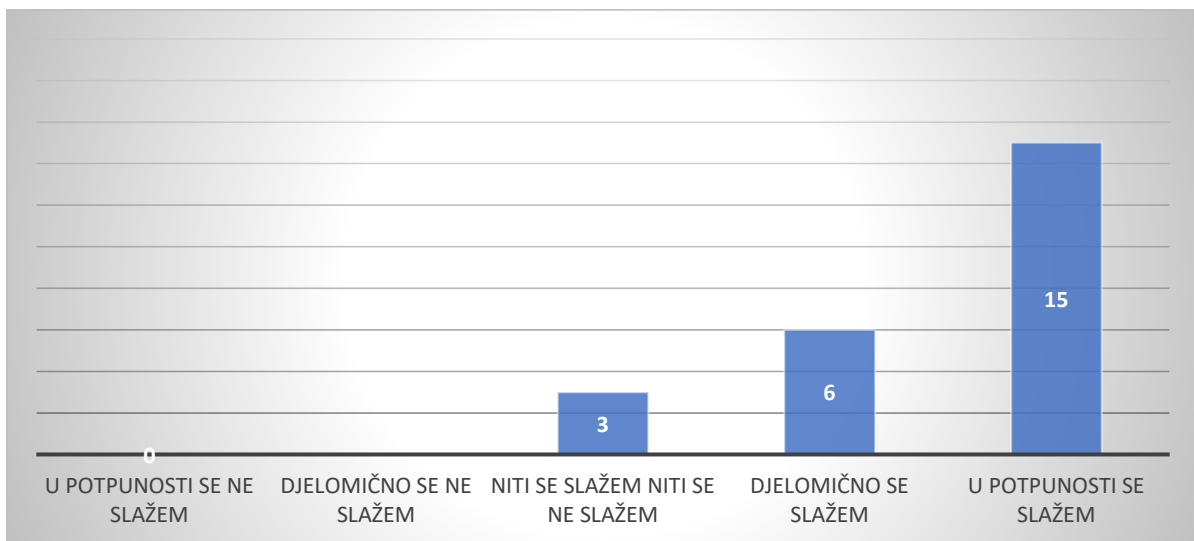
Nakon treninga je zadovoljnije				
1 – 0%	2 – 0%	3 – 12,5%	4 – 0%	5 – 87,5%



Troje roditelja (12,5%) zaokružilo je tvrdnju – niti se slažem, niti se ne slažem, dok su svi ostali, njih dvadeset i jedan (87,5%) zaokružili da se u potpunosti slažu s tvrdnjom da je njihovo dijete nakon treninga zadovoljnije.

Tablica 7. Tvrdnja broj 6 – Nakon treninga je mirnije

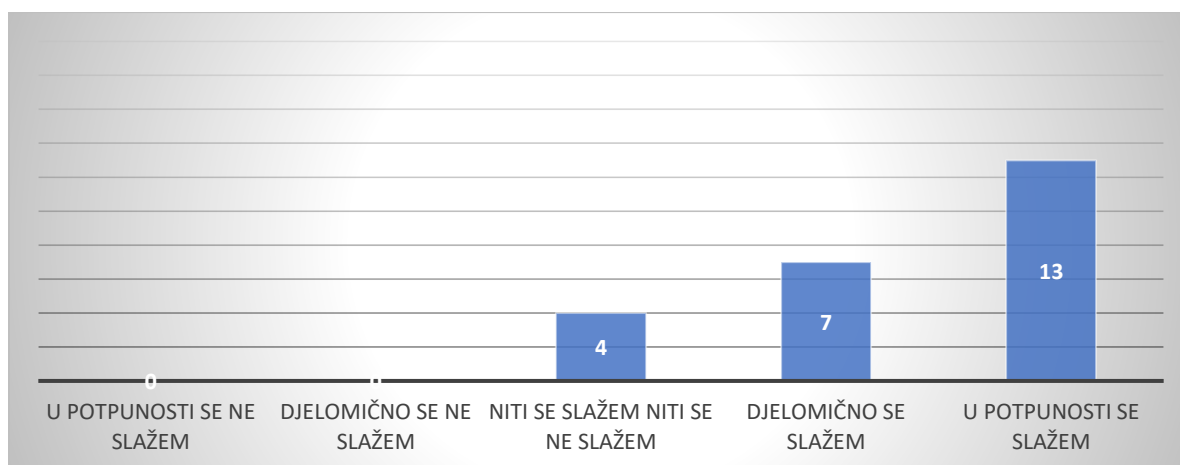
Nakon treninga je mirnije				
1 – 0%	2 – 0%	3 – 12,5%	4 – 25%	5 – 62,5%



Troje roditelja (12,5%) se niti slaže, niti ne slaže s tvrdnjom da je dijete nakon treninga mirnije. Šestero roditelja (25%) se djelomično slažu, a njih petnaestero (62,5%) se u potpunosti slaže s tom tvrdnjom.

Tablica 8. Tvrdnja broj 7 – Uspješno razvija povjerenje u druge ljude (vršnjake, volontere, odrasle osobe)

Uspješno razvija povjerenje u druge ljude (vršnjake, volontere, odrasle osobe)				
1 – 0%	2 – 0%	3 – 16,7%	4 – 29,2%	5 – 54,2%

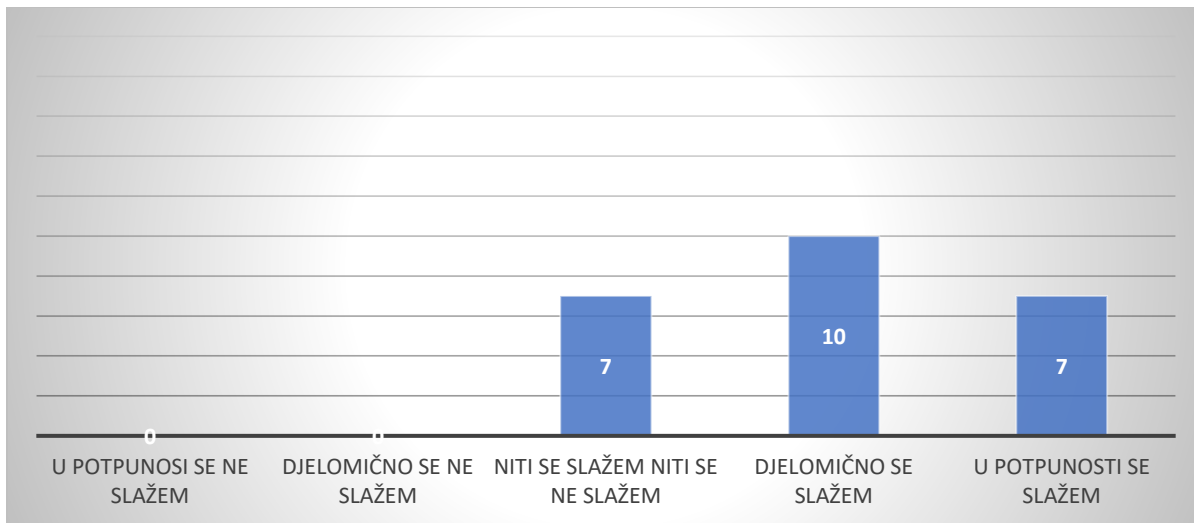


Četiri roditelja (16,7%) se s ovom tvrdnjom niti slaže, niti ne slaže, a sedmero (29,2%) se djelomično slažu, dok se najveći broj roditelja, njih trinaest (54,2%) u potpunosti slažu s tvrdnjom da njihovo dijete uspješno razvija povjerenje u druge uključivanjem u projekt "Moje pravo na igru i sport".

Tablica 9. Tvrdnja broj 8 – Djetetova komunikacija se poboljšala u odnosu na početak

Djetetova komunikacija se poboljšala u odnosu na početak				
1 – 0%	2 – 0%	3 – 29,2%	4 – 41,7%	5 – 29,2%

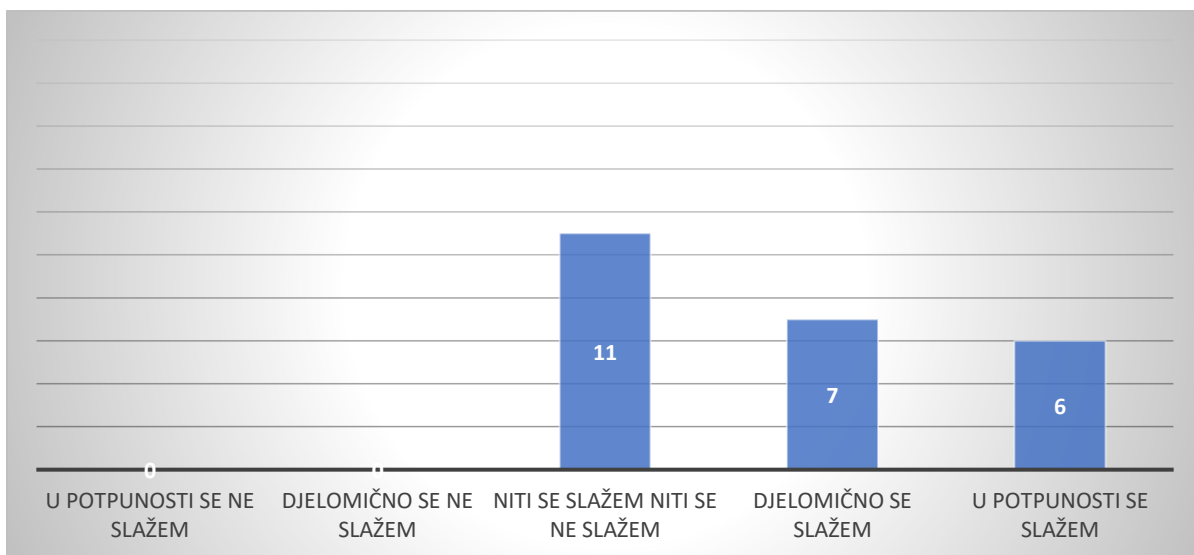




S tvrdnjom da se djetetova komunikacija poboljšala u odnosu na početak sedmero roditelja (29,2%) zaokružilo je da se niti slažu, niti ne slažu, deset roditelja (41,7%) se djelomično slaže i sedmero roditelja (29,2%) u potpunosti se slaže s ovom tvrdnjom.

Tablica 10. Tvrdnja broj 9 – Dijete se voli više igrati u grupi vršnjaka nego li je to bilo prije uključivanje u program

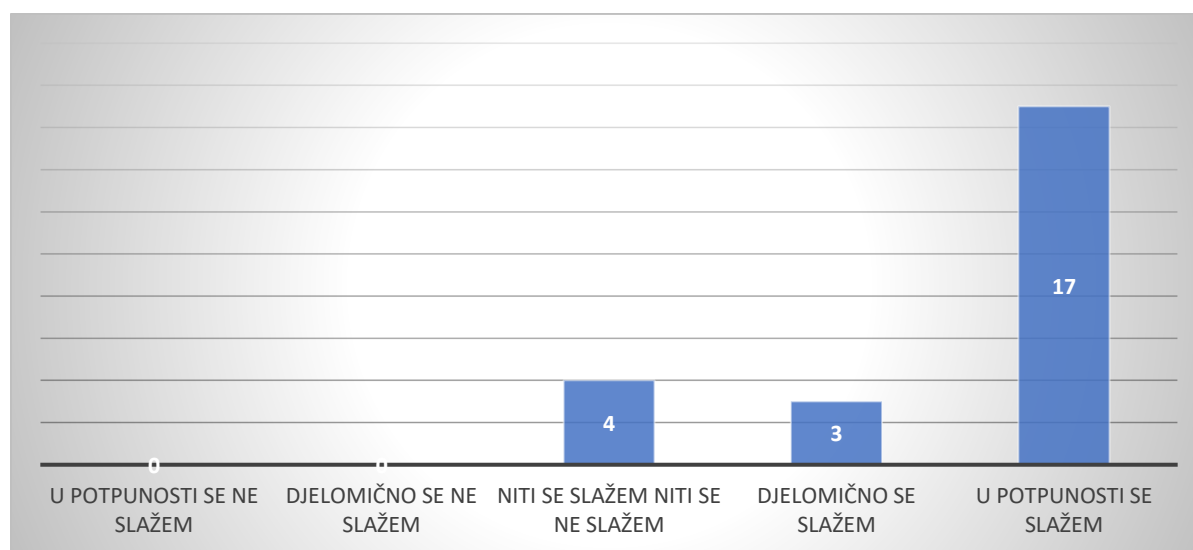
Dijete se voli više igrati u grupi vršnjaka nego li je to bilo prije uključivanja u program				
1 – 0%	2 – 0%	3 – 45,8%	4 – 29,2%	5 – 25%



Jedanaest roditelja (45,8%) se niti slaže, niti ne slaže s tvrdnjom da se njihovo dijete uključivanjem u program više voli igrati u grupi vršnjaka. Sedam roditelja (29,2%) se djelomično slažu, a njih šestero (25%) se u potpunosti slažu s tom tvrdnjom.

Tablica 11. Tvrdnja broj 10 – Suosjeća s prijateljima i drugim osobama

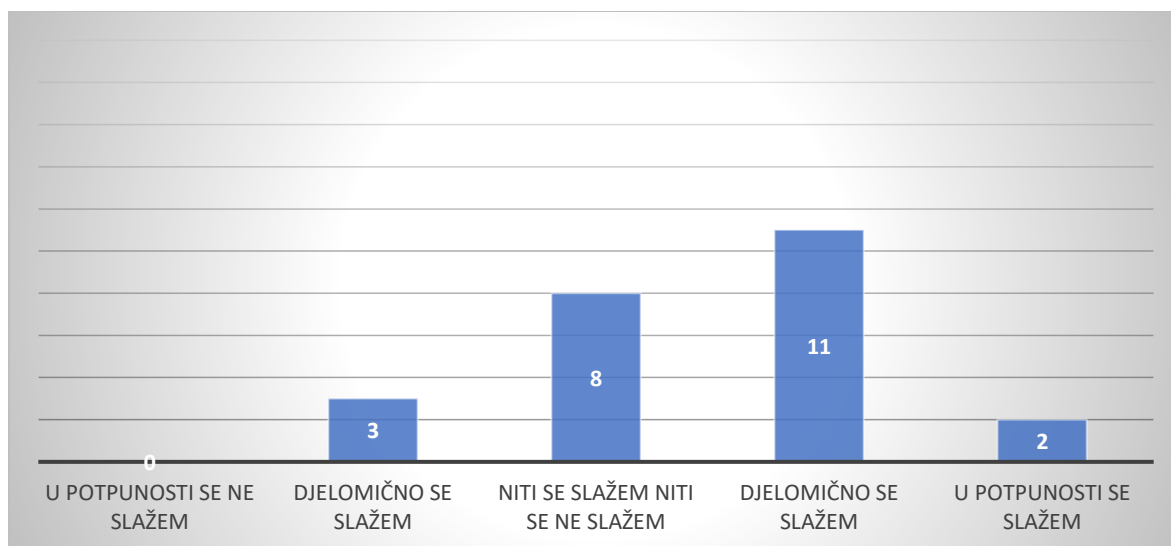
Suosjeća s prijateljima i drugim osobama				
1 – 0%	2 – 0%	3 – 16,7%	4 – 12,5%	5 – 70,8%



Četvero roditelja (16,7%) zaokružilo je da se niti slažu, niti ne slažu s navedenom tvrdnjom, troje roditelja (12,5%) se djelomično slaže, dok je više od pola roditelja, njih sedamnaest (70,8%) zaokružilo da se u potpunosti slažu s tvrdnjom da dijete suosjeća s prijateljima i drugim osobama.

Tablica 12. Tvrdnja broj 11 – Kontrolira svoju ljutnju lakše nego li prije uključivanja u program

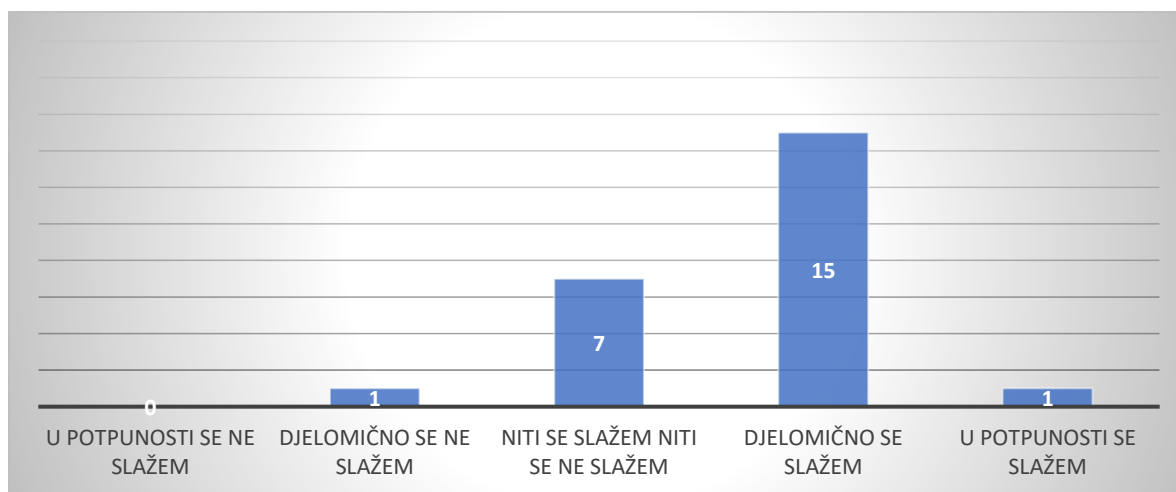
Kontrolira svoju ljutnju lakše nego li prije uključivanja u program				
1 – 0%	2 – 12,5%	3 – 33,3%	4 – 45,8%	5 – 8,3%



S tvrdnjom da dijete kontrolira svoju ljutnju lakše nego prije uključivanja u program, troje roditelja (12,5%) se djelomično slaže, osmero njih (33,3%) zaokružilo je da se niti slaže, niti ne slaže, jedanaest roditelja (45,8%) zaokružilo je da se djelomično slažu s ovom tvrdnjom, a dvoje roditelja (8,3%) se u potpunosti slaže.

Tablica 13. Tvrdnja broj 12 – Otvorenije komunicira s roditeljima ili izražava svoje potrebe

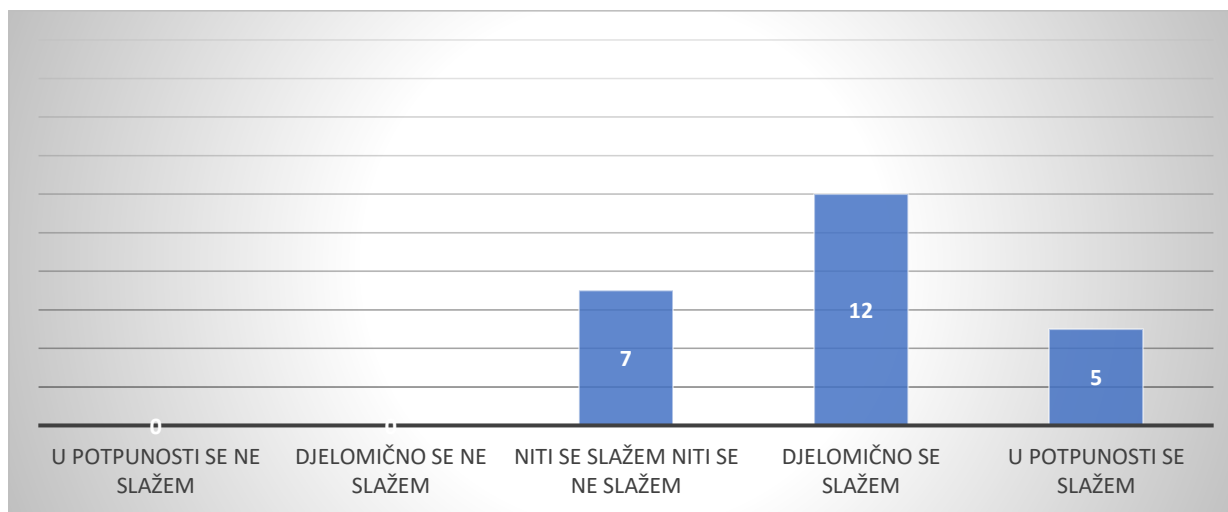
Otvorenije komunicira s roditeljima ili izražava svoje potrebe				
1 – 0%	2 – 4,2%	3 – 29,2%	4 – 62,5%	5 – 4,2%



Jedan roditelj (4,2%) se djelomično slaže s tvrdnjom da dijete otvorenije komunicira s njima ili izražava svoje potrebe, sedmero njih (29,2%) zaokružilo je da si niti slažu, niti ne slažu, dok je njih petnaestero (62,5%) zaokružilo da se djelomično slažu s tom tvrdnjom, a jedan roditelj (4,2%) se u potpunosti slaže.

Tablica 14. Tvrdnja broj 13 – Uspješnije se nosi s promjenama i novim situacijama

Uspješnije se nosi s promjenama i novima situacijama				
1 – 0%	2 – 0%	3 – 29,2%	4 – 50%	5 – 20,8%



Sedmero roditelja (29,2%) je zaokružilo da se niti slažu, niti ne slažu s navedenom tvrdnjom, polovica njih (50%) navelo je da se djelomično slažu, a petero roditelja (20,8%) u potpunosti se slaže s tvrdnjom da se njegovo dijete uspješnije nosi s promjenama i novim situacijama otkako se bavi tjelesnim aktivnostima.

#### 11.4. RASPRAVA

Na temelju procjena roditelja može se zaključiti da tjelesno vježbanje ima pozitivan učinak na socijalno i emocionalno ponašanje djece, kao i na njihov razvoj. Samo u dvije tvrdnje se može pronaći djelomično neslaganje roditelja s istim, a to su tvrdnje: kontrolira ljutnju lakše nego li prije uključivanja u program; otvorenije komunicira s roditeljima ili izražava svoje potrebe. Iako se s

određenim tvrdnjama roditelji niti slažu, niti ne slažu, kao primjerice tvrdnja da dijete lakše ostvaruje kontakt s drugom djecom nakon što se uključilo u program "Moje pravo na igru i sport" ili da se više voli igrati s grupom vršnjaka nego što je to bilo prije, ipak više je onih odgovora u kojima se roditelji djelomično ili pak u potpunosti slažu s određenim tvrdnjama. Neke od takvih tvrdnji su: s voljom dolazi na trening, nakon treninga je zadovoljnije, uspješno razvija povjerenje u druge ljude, nakon treninga je mirnije, suosjeća s prijateljima i drugim osobama, uspješnije se nosi s promjenama i novim situacijama. Utjecaj tjelesnog vježbanja na djecu s teškoćama u razvoju je višestruk. Osim fizičkog napretka, vidljiv je i napredak u socijalnom i emocionalnom razvoju te djece, posebice što se tiče socijalizacije s vršnjacima, sklapanja prijateljstva, većeg samopouzdanja, boljeg raspoloženja te stvaranja povjerenja u druge. Posljednjih godina, mnoga istraživanja nastoje objasniti odnos bavljenja sportom i samopoštovanja, kao i djelovanje vježbanja na raspoloženje. Vrijeme provedeno u sportskim aktivnostima i pravilno vođen proces sportskog treninga pruža priliku djeci izgraditi i poboljšati sportsku kompetentnost, a time i pozitivan pogled na svoje sposobnosti, čime mogu poboljšati vlastitu sliku o sebi i biti potkrijepljeni od drugih, vršnjaka, roditelja ili trenera i tako percipirati sebe kao prihvaćenim od strane drugih osoba, navode Slutzky & Simpkins (2008, prema Bungić i Barić, 2009). "Hein i Hagger u svom radu nalaze da motivacija učenika za sudjelovanje u tjelesnim i sportskim aktivnostima ima pozitivan izravan učinak na samopoštovanje" (Bungić i Barić, 2009: 71). Osobe koje tjelesna aktivnost veseli i koje su znatiželjne te motivirane duže ustraju u vršenju tih aktivnosti, ističe Horga S. (1999, prema Bungić i Barić, 2009).

## **12. ZAKLJUČAK**

Svako dijete svoje emocije nastoji pokazati na najbolji mogući način, onaj shvatljiv okolini, no neka djeca, uključujući onu s teškoćama u razvoju, ne znaju prikazati emocije na adekvatan način. To im uvelike otežava komunikaciju s drugima, a utječe i na razvoj samopoštovanja i na stvaranje negativne slike o sebi. Mnoga istraživanja pokazala su da tjelesno vježbanje ima pozitivan učinak na sveukupni razvoj djece s teškoćama. Dobrobiti bavljenja kineziološkim aktivnostima su mnogostruke, a posebice za djecu s teškoćama u razvoju –redovito bavljenje kineziološkim aktivnostima može smanjiti ili usporiti nastanak zdravstvenih komplikacija. Vrlo je bitno posvetiti se njihovim potrebama te osmisliti i provesti kineziološke aktivnosti koje će im

omogućiti što nesmetaniji razvoj i kvalitetniju svakodnevicu. Važno je povećati početnu motivaciju djece za bavljenje tjelesnom aktivnošću, ali i osigurati kontinuitet pohađanja iste jer samo redovito vježbanje osigurava razvoj i održavanje motoričkih sposobnosti bitnih za poboljšanje zdravlja. Ispunjavanjem anketnog upitnika, roditelji djece koja su se uključila u projekt "Moje pravo na igru i sport" namijenjen djeci s teškoćama u razvoju, iznijeli su svoja mišljenja u vezi učinka projekta na socijalne i emocionalne aspekte dječjeg razvoja. Rezultati su pokazali da se većina roditelja slaže kako tjelesno vježbanje pomaže djeci u razvoju samopouzdanja, socijalizaciji i komunikaciji s drugom djecom, razvojem povjerenja u druge, suosjećanjem s drugima te smatraju da su njihova djeca puno zadovoljnija nakon treninga.

### 13. LITERATURA

Berk, L. (2008). *Psihologija cjeloživotnog razvoja*. Jastrebarsko: Naklada slap.

Brajša-Žganec, A. (2003). *Dijete i obitelj: Emocionalni i socijalni razvoj*. Jastrebarsko: Naklada slap.

Bujas Petković, Z., Divčić, B., Frey Škrinjar, J., Hranilović, D., & Stošić, J. (2010). *Poremećaji autističnog spektra*. Zagreb: Školska knjiga.

Bunjić, M., & Barić, R. (2009). *Tjelesno vježbanje i neki aspekti psihološkog zdravlja*. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Kineziološki fakultet.

Ciliga, D., & Trošt Bobić, T. (2014). *Kineziološke aktivnosti i sadržaj za djecu, učenike i mladež s teškoćama u razvoju i ponašanju te za osobe s invaliditetom*. U Findak, V. (Ur.), Zbornik radova 23. ljetne škole kineziologa "Kineziološke aktivnosti i sadržaji za djecu, učenike i mladež s teškoćama u razvoju i ponašanju te za osobe s invaliditetom", Poreč 24.-28.6.2014. (str. 26-36). Zagreb: Hrvatski kineziološki savez.

Daniels, E. R., & Stafford, K. (2003). *Kurikulum za inkluziju*. Zagreb: Biblioteka "Korak po korak".

DSM-IV, *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje* (1996). Jastrebarsko: Naklada slap.

Hughes, L., & Cooper, P. (2009). *Razumijevanje djece s ADHD sindromom i pružanje potpore*. Jastrebarsko: Naklada slap.

Iveković, I. (2014). *Kineziolog kao voditelj sportsko-rekreativnih aktivnosti namijenjenih djeci s teškoćama u razvoju*. U Findak, V. (Ur.), Zbornik radova 23. ljetne škole kineziologa "Kineziološke aktivnosti i sadržaji za djecu, učenike i mladež s teškoćama u razvoju i ponašanju te za osobe s invaliditetom", Poreč 24.-28.6.2014. (str. 320-324). Zagreb: Hrvatski kineziološki savez.

Jakić, M., Hraski, Ž., & Hraski, M. (2014). *Potencijalne mogućnosti motoričkog razvoja djece s Downovim sindromom: Analiza jednog slučaja*. U Findak, V. (Ur.), Zbornik radova 23. ljetne škole kineziologa "Kineziološke aktivnosti i sadržaji za djecu, učenike i mladež s teškoćama u razvoju i ponašanju te za osobe s invaliditetom", Poreč 24.-28.6.2014. (str. 98-103). Zagreb: Hrvatski kineziološki savez.

Kuzmanić, B., Paušić, J., & Grčić, V. (2014). *Efekti tjelesne aktivnosti u djece s ADHD poremećajem*. U Findak, V. (Ur.), Zbornik radova 23. ljetne škole kineziologa "Kineziološke aktivnosti i sadržaji za djecu, učenike i mladež s teškoćama u razvoju i ponašanju te za osobe s invaliditetom", Poreč 24.-28.6.2014. (str. 122-127). Zagreb: Hrvatski kineziološki savez.

Mirt, V. (2016). *Problemi u ponašanju djece*. (Završni rad). Petrinja: Sveučilište u Zagrebu, Učiteljski fakultet.

Mišigoj-Duraković, M., & Duraković, Z. (2014). *Zdravstveni aspekti tjelesne aktivnosti za djecu, učenike i mladež s posebnim potrebama*. U Findak, V. (Ur.), Zbornik radova 23. ljetne škole kineziologa "Kineziološke aktivnosti i sadržaji za djecu, učenike i mladež s teškoćama u razvoju i ponašanju te za osobe s invaliditetom", Poreč 24.-28.6.2014. (str. 71-76). Zagreb: Hrvatski kineziološki savez.

Mrđen, J., & Puhovski, S. (2006). *Hiperaktivno dijete*. Zagreb: Poliklinika za zaštitu djece grada Zagreba.

Nemeš, M. (2016). *Problemi u ponašanju djece*. (Diplomski rad). Petrinja: Sveučilište u Zagrebu, Učiteljski fakultet.

Srinivasan, S. M., Pescatello, L. S., & Bhat, A. N. (2014). Current perspectives on physical activity and exercise recommendations for children and adolescents with autism spectrum disorders. *Journal of the American Physical Therapy Association*, 94(6)875-889. doi: 10.2522/ptj.20130157

Starc, B. (2004). *Osobine i psihološki uvjeti razvoja djeteta predškolske dobi*. Zagreb: Golden marketing – Tehnička knjiga.

Tadić, K., Horvat, V., & Hraski, M. (2014). *Značenje tjelesne aktivnosti za djecu predškolske dobi s Down sindromom*. U Findak, V. (Ur.), Zbornik radova 23. ljetne škole kineziologa "Kineziološke aktivnosti i sadržaji za djecu, učenike i mladež s teškoćama u razvoju i ponašanju te za osobe s invaliditetom", Poreč 24.-28.6.2014. (str. 452-457). Zagreb: Hrvatski kineziološki savez.

Vuković, D., Tomić Vrbić, I., Pucko, S., & Marciuš, A. (2007). *Down sindrom – vodič za roditelje i stručnjake*. Zagreb: Hrvatska zajednica za Down sindrom.

Žić-Ralić, A. (2012). *Odnos s vršnjacima*. (Interni materijal, skripta za studente). Zagreb: Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet Sveučilišta u Zagrebu.

### **Izjava o samostalnoj izradi rada (potpisana)**

Ja, Lucija Križan, ovime potvrđujem da sam samostalno izradila završni rad na temu "Utjecaj tjelesnog vježbanja na socioemocionalni razvoj djece s teškoćama u razvoju" te da su svi dijelovi rada, nalazi ili ideje koje su u radu citirane ili se temelje na drugim izvorima (udžbenici, knjige, znanstveni, stručni ili popularni članci) u radu jasno označeni kao takvi te adekvatno navedeni u popisu literature.

Ime i prezime: