Uključivanje djece s cerebralnom paralizom u predškolsku ustanovu

Mesec, Kristina

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://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:147:576819

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-03-28**

Repository / Repozitorij:

University of Zagreb Faculty of Teacher Education - Digital repository







SVEUČILIŠTE U ZAGREBU

UČITELJSKI FAKULTET

ODSJEK ZA ODGOJITELJSKI STUDIJ

KRISTINA MESEC

ZAVRŠNI RAD

UKLJUČIVANJE DJECE S CEREBRALNOM PARALIZOM U PREDŠKOLSKU USTANOVU

Čakovec, rujan 2018.

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU

UČITELJSKI FAKULTET

ODSJEK ZA ODGOJITELJSKI STUDIJ

Čakovec

ZAVRŠNI RAD

Ime i prezime pristupnika: **Kristina Mesec**

TEMA ZAVRŠNOG RADA: **Uključivanje djece s cerebralnom paralizom u predškolsku ustanovu**

MENTOR: **prim. mr. sc. dr. Marija Hegeduš - Jungvirth**

Čakovec, rujan 2018.

SADRŽAJ

SAŽETAK ... **3**
SUMMARY ... **4**
UVOD ... **5**
1. CEREBRALNA PARALIZA ... **6**
2. RANO OTKRIVANJE CEREBRALNE PARALIZE ... **7**
3. KLINIČKI OBLICI CEREBRALNE PARALIZE ... **8**
3.1. Spastični oblik cerebralne paralize ... 8
3.1.1. Spastična diplegija ... 8
3.1.2. Spastična kvadriplegija ... 9
3.1.3. Spastična hemiplegija ... 10
3.2. Ekstrapiramidalni oblici cerebralne paralize ... 11
3.3. Miješani oblici cerebralne paralize ... 11
4. HRANJENJE DJECE S CEREBRALNOM PARALIZOM ... **12**
4.1. Izazovi prilikom hranjenja djeteta s cerebralnom paralizom ... 12
4.2. Kako započeti hranjenje djeteta s cerebralnom paralizom? ... 13
4.3. Handling tehnike ... 14
4.4. Gdje i kada provesti aktivnost hranjenja djeteta s cerebralnom paralizom? ... 15
4.5. Pomagala kod aktivnosti hranjenja djece s cerebralnom paralizom ... 15
5. LIJEČENJE DJECE S CEREBRALNOM PARALIZOM ... **17**
6. VAŽNOST BORAVKA DJETETA S CEREBRALNOM PARALIZOM U PREDŠKOLSKOJ USTANOVI ... **17**
7. SOCIJALIZACIJA DJECE S TEŠKOĆAMA U RAZVOJU U USTANOVAMA PREDŠKOLSKOG ODGOJA ... **18**
7.1. Djeca s teškoćama u razvoju u ustanovama predškolskog odgoja ... 18
7.2. Segregacija djece s teškoćama u razvoju ... 19
7.3. Postupak integracije djece s teškoćama u razvoju ... 19
7.4. Inkluzija djece s teškoćama u razvoju ... 20
7.5. Poticanje socijalnog razvoja djece s teškoćama u razvoju u kontekstu dječjeg vrtića 21
7.6. Uloga odgajatelja u poticanju emocionalnog i socijalnog razvoja ... 21
8. SURADNJA S RODITELJIMA I STRUČNIM SURADNICIMA ... **23**
8.1. Suradnja s roditeljima ... 23

8.2. Suradnja sa stručnim suradnicima 23
9. PRIPREMA VRŠNJAKA NA DOLAZAK DJETETA S POTEŠKOĆAMA U RAZVOJU 24
10. UPIS DJETETA S POTEŠKOĆAMA U PREDŠKOLSKU USTANOVU 25
10.1. Prihvaćanje zahtjeva za upis djeteta s teškoćama u ustanovu 25
10.2. Odbijanje zahtjeva za upis djeteta s teškoćama u ustanovu 26
ZAKLJUČAK 27
LITERATURA 28
PRILOZI 30

SAŽETAK

U ovome radu je ukratko opisana dječja cerebralna paraliza, njezine vrste i mogućnosti njezina liječenja, kao i inkluzija djece s cerebralnom paralizom u predškolsku ustanovu te izazovi sa kojima se susreću roditelji i djeca. Cerebralna paraliza predstavlja veliko opterećenje, ali i veliku odgovornost za oboljelo dijete, za njegove roditelje, zdravstvene i obrazovne ustanove i kao društvo u cjelini. Prednosti integracije za djecu s cerebralnom paralizom u odgojno-obrazovni proces su psihološke, socijalne te tjelesne. Cilj rada je prikazati na koji način se uključuju djeca s cerebralnom paralizom u predškolsku ustanovu te sa kojim izazovima se susreću odgajatelji, roditelji te ostali suradnici.

Rad je koncipiran uz pomoć pripadajuće literature i teorijskih znanja u nekoliko cjelina. Na početku rada je opisana dječja cerebralna paraliza, kada se može otkriti i koji simptomi upućuju na istu, te vrste cerebralne paralize kod djece i njezino liječenje. U nastavku su opisane metode hranjenja djece i izazovi sa kojima se susreću roditelji i odgajatelji. Nadalje, opisana je važnost boravka djeteta u predškolskoj ustanovi, socijalizacija s ostalom djecom i prepreke sa kojima se suočavaju roditelji prilikom upisa djece s cerebralnom paralizom u predškolsku ustanovu.

KLJUČNE RIJEČI: cerebralna paraliza, inkluzija, socijalizacija

SUMMARY

The paper briefly describes children's cerebral palsy, its types and possibilities of treatment, as well as the inclusion of children with cerebral palsy in a preschool institution and the challenges encountered by parents and children. Cerebral palsy represents a big obstacle but also a great responsibility for the child, his parents, health and education institutions and a society. The benefits of integration for children with cerebral palsy in the educational process are psychological, social and physical. The main goal of the paper is to show how the children with cerebral palsy are involved in the preschool institution and what challenges are educators, parents and other associates being faced with.

The paper is written with the help of relevant literature and terminology divided into several sections. Children's cerebral palsy is described at the beginning of the paper, when it is possible to detect it and what symptoms point to the type of cerebral palsy in children and its treatment. Below are the methods of feeding children and the challenges that parents and educators encounter with. Furthermore, is described the importance of children's staying in a preschool institution, socialization with other children and the obstacles faced by parents when enrolling children with cerebral palsy in a preschool institution.

KEY WORDS: cerebral palsy, inclusion, socialization

UVOD

Cerebralna paraliza nije bolest, već je teškoća u razvoju koja predstavlja kompleksni medicinski, psihološki i socijalni problem. Čitav niz neuroloških i psiholoških problema, problema učenja, školovanja i zapošljavanja traži interdisciplinarni pristup. Ni jedan profesionalac, član obitelji ili stručna osoba ne mogu vidjeti sva moguća oštećenja,funkcionalna ograničenja ili nesposobnosti prisutne kod djece sa cerebralnom paralizom. Dijete s cerebralnom paralizom u odgojno-obrazovnoj ustanovi može sudjelovati u aktivnostima kojima se bave i druga djeca, a ponekad će ono izvoditi individualne vježbe i aktivnosti koje je odgajatelj ili stručna osoba posebno prilagodila za njega i kojima se potiče djetetova pokretljivost i napredak (Pospiš, 2005).

Tipovi cerebralne paralize:

1. *Spastični oblik cerebralne paralize* - najčešći oblik cerebralne paralize, uzrokuje krutost ili potpunu mlohavost parnih mišića
   a) Spastična diplegija - oblik cerebralne paralize s jače izraženim spasticitetom na donjim udovima tijela, dok spasticitet na gornjim udovima tijela čovjeka može biti diskretan.
   b) Spastična kvadriplegija - oblik cerebralne paralize kod koje su zahvaćena sva četiri ekstremiteta, pri čemu su donji ekstremiteti manje zahvaćeni od gornjih.
   c) Spastična hemiplegija - najčešći oblik cerebralne paralize. Prisutna je jednostrana spastična oduzetost kod osoba. Zahvaćena je samo jedna strana tijela.

2. *Ekstrapiramidalni oblik cerebralne paralize* - karakteriziran je pojavom različitih nevoljnih kretnji, a posljedica je oštećenja motoričkog sustava

3. *Miješani oblici cerebralne paralize* - kombinacija spasticiteta i ekspiramidalne fenomenologije

1. CEREBRALNA PARALIZA

Cerebralna paraliza je stalan, ali ne i nepromjenjiv poremećaj položaja i pokreta, koji je uzrokovan oštećenjem mozga tijekom trudnoće, za vrijeme poroda ili neposredno nakon poroda ili u prvim dojenačkim mjesecima života djeteta. Jedan je od najčešćih kongenitalnih poremećaja jer je na svakih 2000 živorođene novorođenčadi, njih čak 5 rođeno s cerebralnom paralizom. Cerebralna paraliza nije niti bolest niti napreduje,već je teškoća u razvoju. Dijelovi mozga koji kontroliraju pokrete mišića kod nezrele (prijevremeno rođene) novorođenčadi i novorođenčadi rođene na vrijeme su osobito skloni oštećenju. (Pospiš, 2005).

Nastala oštećenja dijele se u tri skupine s obzirom na period u kojem nastaju:

- Prenatalna oštećenja moždanog tkiva - dovode se u vezu s infekcijama nastalim tijekom trudnoće, osobito rubeole, tuberkuloze i drugih bolesti metabolizma i žlijezdama s unutrašnjim izlučivanjem tijekom trudnoće, pojava cerebralne paralize u obitelji, kromosomske abnormalnosti, konzumacija alkohola, pušenje, lijekovi.

- Porođajna oštećenja moždanog tkiva - nastaju pri produženom i otežanom porođaju, nedostatak kisika tijekom poroda, teški oblik perinatalne žutice, konvulzije, meningitis, produljen porod, porod na zadak, mekonij (prva stolica novorođenčeta) u plodnoj vodi, oštećenje pupkovine. Također, porođaj može uzrokovati pojavu cerebralne oduzetosti djeteta zbog nerazvijenosti mozga i motornih putova, te uslijed nerazvijenosti centra za disanje.

- Oštećenje uzrokovano nakon prvog tjedna od poroda, a prije pete godine života djeteta - nedostatak kisika, oštećenje glave, infekcije, tumori, jaka dehidracija, loš nalaz Apgar testa. O tome uvelike ovise klinički simptomi te pridruženi poremećaji kao što su vid, sluh, ponašanje, mentalni i govorni razvoj (Zdenko Kosinac, 2006).

2. RANO OTKRIVANJE CEREBRALNE PARALIZE

Rano otkrivanje cerebralne paralize je ključno za uspješno provođenje tretmana sa zadovoljavajućim rezultatima istog. Najčešći problem u prepoznavanju uzrokuju velike razlike svakog djeteta pa tako i njihovog razvitka kao individue. Stoga je poznavanje razvojne neurologije neophodno i od velike važnosti za prepoznavanje simptoma i postavljanje dijagnoze.

Čest indikator cerebralne paralize ili nekog drugog moždanog oštećenja je izostanak gutanja, refleksa sisanja ili usporeno i tromo sisanje te gutanje kao i često povraćanje. Ukoliko je Moroov refleks prisutan i nakon navršenog šestog tjedna života, može se posumnjati na cerebralnu paralizu. (Marija Majkić, 1997)

Na cerebralnu paralizu se može posumnjati i kad se refleks hvatanja uočava nakon četvrtog mjeseca života. Na taj sindrom ukazuje i tonički refleks vrata poslije četvrtog mjeseca života djeteta. Na cerebralnu paralizu treba sumnjati i kad se dojenče drži asimetrično u petom i šestom mjesecu ili ako mu glava pada unatrag kad se ono uspravi.

U tijeku petog i šestog mjeseca života djeteta, palac prestaje biti u adukciji[1] i postupno prelazi u abdukciju[2], tako da u sedmom i osmom mjesecu života ne smeta razvitku radiopalmarnog hvatanja. Kod djeteta s cerebralnom paralizom palac ostaje u adukciji i u petom i šestom mjesecu života, u osmom mjesecu nema radiopalmarnog hvatanja[3], ono ne sjedi i ne puže. Također, na cerebralnu paralizu treba sumnjati ako dijete u devetom i desetom mjesecu ne ustaje. (Marija Majkić, 1997)

[1] Primicanje ekstremiteta od središnje ravnine tijela
[2] Odmicanje ekstremiteta od središnje ravnine tijela
[3] Hvat savinutim prstima i dlanom

3. KLINIČKI OBLICI CEREBRALNE PARALIZE

3.1. Spastični oblik cerebralne paralize

Najčešći je oblik cerebralne paralize te uzrokuje krutost ili potpunu mlohavost parnih mišića koja se događa u isto vrijeme, umjesto naizmjence kao što je slučaj kod zdravih ljudi te to onemogućava kretanje osobe. Mišići kod zdravih osoba rade u parovima te kada se jedna skupina mišića kontrahira, druga skupina mišića se relaksira kako bi se mogao izvršiti željeni pokret. Kod spastičnih mišića, oni su aktivni zajedno i blokiraju normalan željeni pokret. (Marija Majkić, 1997)

Kod spastičnih oblika cerebralne paralize razlikujemo slijedeće oblike:

3.1.1. Spastična diplegija

- je oblik cerebralne paralize s jače izraženim spasticitetom na donjim udovima tijela, dok spasticitet na gornjim udovima tijela čovjeka može biti diskretan. Mentalni deficit i konvulzije su manje česti nego u slučajevima kod spastične kvadriplegije, ali nisu ni rijetki. (Pospiš, 2005)



Slika 1. Dijete sa spastičnom diplegijom (https://www.physiopedia.com/Classification_of_Gait_Patterns_in_Cerebral_Palsy)

3.1.2. Spastična kvadriplegija

- je oblik cerebralne paralize kod koje su zahvaćena sva četiri ekstremiteta, pri čemu su donji ekstremiteti manje zahvaćeni od gornjih. Obično je prati mikrocefalija[4], mentalna retardacija i epilepsija, te je izražen jaki spasticitet. Na gornjim udovima imamo fleksorno[5]-aduktorno[6]-pronacijski[7] tip spasticiteta, a na donjim udovima prevladava unutarnja rotacija s povišenim ekstenzornim i aduktornim tonusom. (Pospiš, 2005)



Slika 2. Dijete sa spacističnom kvadriplegijom

(https://theratogs.com/quadriplegic-cp/)

[4] manji opseg glave kod beba ili "mala glava"
[5] Fleksija – pokret u zglobu
[6] Adukcija - primicanje ekstremiteta
[7] pojam koji koristimo prilikom opisa položaja i pokreta najčešće podlaktice, no koristi se i kod pokreta i položaja u skočnom zglobu

3.1.3. Spastična hemiplegija

- Spastična je hemiplegija najčešći oblik cerebralne paralize. Prisutna je jednostrana spastična oduzetost kod osoba. Zahvaćena je samo jedna strana tijela, a obično polovica djece ima epileptičke krize kod ove vrste cerebralne paralize.
- Kod poroda se rijetko može dijagnosticirati, iako može biti demonstrirana pažljivom opservacijom, a to uključuje istraživanje poput Morovog refleksa, refleksa automatskog hodanja i pozicioniranja. Ravnoteža pri sjedenju kasni u razvoju pri čemu dijete pada na pogođenu stranu, zbog nedostatka reakcija obrane i ravnoteže. Kasnije, dijete razvija padanje na nezahvaćenu stranu kako bi mogao zaštititi lice i glavu. (Kammasandra Nanjunda, 2014)



Slika 3. Dijete sa spastičnom hemiplegijom

(https://clinicalgate.com/cerebral-palsy-4/)

Iako znatno rjeđe, mogu se još pojaviti i ovi spastični oblici:

a) Spastična paraplegija - pojavljuje se kada su zahvaćeni samo donji udovi.
b) Spastična monoplegija - pojavljuje se kada je zahvaćen samo jedan ud
c) Spastična triplegija - pojavljuje se kada su zahvaćena tri uda

3.2. Ekstrapiramidalni oblici cerebralne paralize

Ovaj oblik cerebralne paralize karakteriziran je pojavom različitih nevoljnih kretnji, što je posljedica oštećenja ekstrapiramidnog motoričkog sustava (bazalni ganglij, mali mozak).

Ekstrapiramidna cerebralna paraliza je posljedica oštećenja motoričkog sustava te se ista može prepoznati po nekontroliranim kretnjama. Još neki od simptoma su:

- poremećaj ravnoteže
- neuobičajen tonus mišića (obično su mišići vrlo napeti, dok se kod vrlo malene djece pojavljuje pretjerana mlohavost mišića)
- prirođena cerebralna ataksija [8](degenerativne promjene malog mozga i produljene moždine)
- poremećaj ravnoteže uz nekontrolirane kretnje (Pospiš, 2005)

3.3. Miješani oblici cerebralne paralize

Ovaj oblik cerebralne paralize ima kombinaciju spasticiteta i ekspiramidalne fenomenologije. (Pospiš, 2005)

[8] gubitak koordinacije mišićnih pokreta

4. HRANJENJE DJECE S CEREBRALNOM PARALIZOM

4.1. Izazovi prilikom hranjenja djeteta s cerebralnom paralizom

Prije nego što se definiraju mogući izazovi, moramo biti svjesni da je svako dijete jedinstveno po samom sebi te da ne postoji univerzalni recept kako bi se riješio problem kojeg dijete može imati tokom hranjenja. Da bi e potencijalni problemi mogli riješiti, potrebno ih je precizno identificirati i definirati. Osobito, mora se obratiti pozornost i na probleme okoline u kojoj se nalazi obitelj i dijete s cerebralnom paralizom.

Dijete pri usvajanju aktivnosti i svakodnevnih pokreta, mogu ometati problemi iz njegove neposredne okoline. Tu se ubrajaju stvari poput arhitektonskih barijera, neprilagođenog namještaja, skliskog poda, neadekvatnog pribora za hranjenje i slično. Pritom, ne smije se zanemariti socijalna okolina djeteta jer su za usvajanje aktivnosti djetetu vrlo važne osobe koje mu daju svojevrsnu podršku u izvođenju istih, a to je: podrška obitelji, prijatelja, odgajatelja u vrtiću i ostalih. Također, dijete mogu ometati i socijalne norme, predrasude, stavovi, socijalna neprihvaćenost, običaji, tradicija i slično. Isto tako, ometaju ih i problemi motoričkih i neuromišićnih sposobnosti kod aktivnosti hranjenja kao što su koordinacija pokreta, oralno-motorička kontrola, spretnost, opseg pokreta, posturalna kontrola i prilagodba i mišićni tonus.

Dijete pri hranjenju može imati teškoće u senzoričkim sposobnostima, poput nemogućnosti da taktilno odredi temperaturu hrane, probleme s vizualnom percepcijom da ne prepoznaje konzistenciju i oblik hrane, dok gustatorno ne razlikuje okuse.

Ako su kod djeteta s cerebralnom paralizom prisutni problemi sa kognitivno-perceptivnim sposobnostima, to može izazvati nedostatak osjećaja za vlastito tijelo, nemogućnost određivanja odnosa u prostoru (npr. položaj stola i stolca u blagovaonici). Javljaju se i problemi u kognitivnom području kao što su orijentacija, pažnja, započinjanje i završetak aktivnosti hranjenja također otežavaju samu aktivnost hranjenja.

Kod djece s cerebralnom paralizom, ovisno o položaju i ozbiljnosti oštećenja mozga, javlja se niz mogućih problema koji ometaju dijete u izvođenju aktivnosti

hranjenja. Precizno određivanje utjecaja cerebralne paralize na svakodnevni život osobe uvelike ovisi o nizu čimbenika. Većina njih se mogu kontrolirati, kao što su na primjer djetetov stav prema vlastitim poteškoćama, podrška koju dijete dobiva od svoje obitelji i bližnjih te učenje i svladavanje aktivnosti iz svakodnevnog života djeteta, gdje posebno mjesto zauzima hranjenje kao neophodna životna radnja. Iako se mogućnosti svakog djeteta ne mogu u predvidjeti sa stopostotnom sigurnošću, mora se težiti tome da ono ostvari sve svoje potencijale i da postigne najveću moguću kvalitetu vlastitog života. Hranjenje općenito zahtjeva komplicirane oralne pokrete i koncentraciju djeteta, ali i veliko strpljenje, upornost, znanje i snalažljivost odrasle osobe koja sudjeluje i pomaže djetetu u toj aktivnosti . (Šantek, 2008)

4.2. Kako započeti hranjenje djeteta s cerebralnom paralizom?

Pravilno pozicioniranje djeteta je temelj i početak same aktivnosti hranjenja. Dobrim i pravilnim pozicioniranjem, svi dijelovi tijela dolaze u pravilan odnos, položaj i postaju stabilni, a to sve dovodi do poboljšanja oralne motorike toničnog zagriza, isplaženog jezika te stiskanja usana.

Pravilno pozicioniranje djetetova tijela prilikom hranjenja podrazumijeva da su mu glava i trup u srednjem položaju, tako da je težina tijela jednakomjerno raspoređena na oba djetetova kuka. Kako bi djetetu bilo omogućeno pravilno sjedenje, stolac mora biti tvrd, stabilan i čvrst, a naslon stolca pod pravim kutom u odnosu na sjedalicu ispod. Također je potrebno uskladiti i visinu stola ili neke druge radne plohe za kojom dijete sjedi i jede. Taj položaj mora biti prikladan te ugodan za dijete i mora facilitirati[9] odgovarajuću kontrolu trupa, glave, te obrazaca gutanja i žvakanja djeteta.

Dijete se, također, može pozicionirati u posebno adaptiranoj stolici s bočnim stranicama, invalidskim kolicima ili u krilu roditelja ili skrbnika. Prilikom pozicioniranja potrebno je omogućiti optimalan tonus muskulature u svim segmentima tijela jer normalizacija tonusa dovodi do boljih pokreta ruke koja je potrebna za izvođenje aktivnosti hranjenja djeteta, prinošenja hrane ustima i slično tome.

[9] olakšavanje pokreta, mogućnost započinjanja i vođenja pokreta; facilitirati znači potaknuti osobu da izvodi uobičajen pokret.

Glavu treba pozicionirati u ravnoj liniji s trupom, dok ramena i bedra trebaju biti u paralelnoj liniji, a stopala na podlozi. Pravilno pozicioniranje zdjeličnog trupa utječe na raspodjelu tonusa u donjim ekstremitetima. Tim pozicioniranjem osiguravamo dovoljnu fleksiju u kukovima i koljenima te sprječavamo eventualno ekstenzorno odguravanje. Glavu djeteta treba stabilizirati pridržavanjem ili fiksacijom za naslon stolca ili sjedala na kojem se nalazi, a obavezno za vrijeme gutanja zalogaja. Ako postoji mogućnost da se dijete laktovima osloni na podlogu stola, time se poboljšava stabilnost glave djeteta i omogućava se eventualno prinošenje šake ustima, što djetetu pruža osjećaj sigurnosti i kontrole nad hranjenjem i uzimanjem hrane. (Šantek, 2008)

4.3. Handling tehnike

Nakon pozicioniranja djeteta za stol, može se primijeniti i handling[10] tehnika koja uključuje stimulaciju dodirom u području usana te u ustima. Handling dovodi do desenzibilizacije[11] oralnog područja. Lupkanje i brzo rastezanje obraza i usana može dovesti do povećanja mišićnog tonusa oko usana, a vibracija je jača stimulacija koja može normalizirati stanje tonusa i pripremiti mišiće za aktivnost pokreta. Kod djece sa sniženim tonusom u oralnom području, jezik se povlači prema unutra ili je isplažen prema van.

Ovakvi problemi rješavaju se pozicioniranjem i primjenom nekih tehnika facilitiranja kao što su stavljanje žlice u usta djetetu, te se pritisne na sredinu jezika prema dolje. Kod djece koja otvaraju i zatvaraju usta tijekom hranjenja, pomoći može ukoliko se djetetu stavit ruka ispod brade kao oslonac. Lupkanjem ispod brade i duž vrata, izaziva se gutanje, dok se svojim drugim prstom pritišću usne djeteta kako bi bile zatvorene. Žvakanje se može stimulirati masažom ili manipulacijom obraza djeteta nakon što ono uzme nešto hrane. Djetetu treba omogućiti da samostalno uzima hranu koja mu se stavi ispred usta. (Šantek, 2008)

[10] Djetetov fizioterapeut trebao bi roditeljima pokazati kako kretanje u svakodnevnim aktivnostima poput presvlačenja, nošenja, igranja, hranjenja, sjedenja u krilu, prilagoditi potrebama i teškoćama djeteta - handling

[11] Smanjivanje, postupno uklanjanje osjetljivosti na nešto

4.4. Gdje i kada provesti aktivnost hranjenja djeteta s cerebralnom paralizom?

Vrijeme hranjenja djeteta bi trebalo uskladiti s uobičajenim, stalnim ritmom obitelji. Česti su slučajevi gdje se dijete s teškoćama hrani prije ili poslije zajedničkog ručka, da se pritom ne ometaju ostali članovi obitelji. Takav odnos umanjuje djetetovu socijalnu ulogu i ono se na taj način osjeća izolirano te drukčije od ostalih. Hranjenje treba biti provedeno bez žurbe. Djetetu treba omogućiti dovoljno vremena da bi ono u hranjenju aktivno sudjelovalo i da bi uživalo u okusima hrane. Osigurati djetetu zaštitnu odjeću kako bi se smanjile posljedice slinjenja, otežanog gutanja i ispadanja hrane iz usta te će se tako osloboditi dijete straha od samostalnog blagovanja. Brzina i ritam kojim se dijete hrani moraju biti što sličniji brzini djetetovih pokušaja samostalnog hranjenja i uzimanja hrane. Hranjenje se treba provoditi u opuštenoj atmosferi i ugodnom ambijentu za dijete, bez pretjerane nervoze i žurbe, uz razgovor i čavrljanje za vrijeme obroka. Ručak s obitelji i drugom djecom u vrtiću može motivirati dijete za njegovo samostalno hranjenje, te ono pokušava oponašati drugu djecu i ostale ukućane. Važno je da se osigura provođenje aktivnosti hranjenja u prostoru u kojem se aktivnost uobičajeno provodi, kao što su blagovaonica, kuhinja, dnevni boravak i slično. Od osobite je važnosti da površine stola, tanjura i poda nisu skliske jer se time postiže stabilnost pribora za hranjenje, zdjelice, posude ili tanjura. (Šantek, 2008)

4.5. Pomagala kod aktivnosti hranjenja djece s cerebralnom paralizom

Hranjenje djeteta uvelike se može olakšati ukoliko se koriste različita dostupna pomagala. Neka od pomagala koja olakšavaju koordinaciju pokreta i koja onemogućuju djetetu prosipanje hrane su lagana i zadebljala ručka na priboru za jelo, manžeta oko metakarpalnih [12]kostiju šake na koju je pričvršćen pribor za jelo, zakrivljena žlica pričvršćena na manžetu i slično. Pribor sa zakrivljenom ručkom uvelike pomaže djetetu jer je potrebna manja snaga za rezanje hrane. Ukoliko je smanjena sposobnost jedne ruke, koriste se fiksatori koji pridržavaju tanjur.

[12] Kosti zapešća

Tanjuri sa širokim rubom sprječavaju da dijete prosipa hranu. Zdjelice koje se mogu zalijepiti za podlogu, smanjuju klizanje po površini stola. Čaša ili šalica s poklopcem i kljunom omogućuju djetetu da pije bez prolijevanja kod poremećaja koordinacije. (Šantek, 2008)

Osposobljavanje djece za hranjenje zahtijeva strpljenje, upornost, vrijeme, energiju, znanje i odlučnost druge osobe, ali je uvelike korisno i dragocjeno za dijete s cerebralnom paralizom jer mu se na taj način pruža prilika da ono u okviru svojih mogućnosti postane uvelike samostalno i neovisno. Djeci s cerebralnom paralizom potreban je kontinuitet u radu i smislena provedba aktivnosti hranjenja, s obzirom na djetetovu dob, poteškoće, mogućnost i individualne potrebe. Ovakav rad nije nimalo jednostavan te postavlja velike zahtjeve za roditelje, skrbnike, odgajatelje, a osobito dijete, no isto tako pruža veliku mogućnost napredovanja djeteta koje u konačnici rezultira sa njegovim povećanim vlastitim samopouzdanjem i osobnim zadovoljstvom.

Dijete s cerebralnom paralizom je ravnopravna osoba, no ono je prije svega dijete kao i svako drugo. Treba ga doživljavati kao potpunu osobu i ne ga sagledavati kroz njegova oštećenja i nedostatke. Osobu sa cerebralnom paralizom treba prihvatiti sa svim njezinim potencijalima te joj omogućiti i pomoći da te potencijale što lakše ostvari. (Šantek, 2008)

5. LIJEČENJE DJECE S CEREBRALNOM PARALIZOM

Cerebralna paraliza sama po sebi nije bolest i ne može se izliječiti, stoga nakon njene dijagnoze slijedi terapija. Tretman je timski jer ni jedan član obitelji ili profesionalac ne može vidjeti sva moguća oštećenja, funkcionalna ograničenja ili nesposobnosti koje su prisutne kod djece s cerebralnom paralizom. Rehabilitacijski postupci kod djece sa cerebralnom paralizom provode se primjenom radne, govorne, fizikalne te slušne terapije, potom hidroterapije, medikamentne terapije, medicinske gimnastike i defektološko-pedagoškog rada. (Pospiš,2005)

Cjelokupni rehabilitacijski tretman provodi se u timu u kojem se nalaze ljekari različitih specijalnosti, fizioterapeuti, specijalni pedagozi, logopedi, pedagozi, psiholozi, socijalni radnici, muzikoterapeuti, medicinske sestre i sve druge osobe koje dolaze u kontakt sa djetetom. Rehabilitacijski tim vodi liječnik, specijalista fizikalne medicine i rehabilitacije. Roditelji su osobito važni članovi rehabilitacijskog tima, koje treba posebno educirati tako da i oni provode dio tog terapijskog tretmana kod kuće. Potrebno je postaviti realne ciljeve u tretmanu sa djetetom te s time upoznati roditelje, pružajući im višestruku, kontinuiranu i ravnomjernu pomoć. Terapeut u tretman djece sa cerebralnom paralizom unosi svoje stručno znanje, koristi svoje vještine rada i radni entuzijazam, dok s druge strane roditelji unose svoju ljubav, brigu, toplinu i nadu u uspjeh liječenja svog djeteta. Upravo ta dva faktora zajedno čine idealnu terapijsku cjelinu. (Stojičević Polovina M, 1998).

6. VAŽNOST BORAVKA DJETETA S CEREBRALNOM PARALIZOM U PREDŠKOLSKOJ USTANOVI

Često se život djece s cerebralnom paralizom u predškolskoj dobi odvija izvan obitelji na terapijama, rehabilitacijama i liječenju, a druženja te djece uglavnom su s djecom sličnih posebnosti. Zbog same specifičnosti i posebnosti na razvojnom putu djeteta, mogućnosti djece s cerebralnom paralizom su poprilično ograničene, dok je zdrav razvoj samosvijesti otežan, a kvaliteta života narušena.

Uključenost djeteta s teškoćama, u dječjem vrtiću može nadopunjavati obiteljski odgoj kod kuće, a samom djetetu pružiti sadržaje socijalizacije, potaknuti dijete na ulaženje u interakcije s odraslima i svojim vršnjacima kod kuće, ali i u vrtiću koje će za njega biti poticajne i predstavljati povoljno razvojno iskustvo. Dijete tijekom provedenog vremena u vrtiću može upoznati različite aktivnosti, igre, strategije i razviti produktivne kontakte. (Pravobraniteljica za djecu, 2011.).

7. SOCIJALIZACIJA DJECE S TEŠKOĆAMA U RAZVOJU U USTANOVAMA PREDŠKOLSKOG ODGOJA

7.1. Djeca s teškoćama u razvoju u ustanovama predškolskog odgoja

Djeca s teškoćama u razvoju imaju izraženije razvojne teškoće u odnosu na svoje vršnjake i zbog toga trebaju poseban oblik pedagoške pomoći. Pojam teškoće u razvoju označava razne vrste stečenih i prirođenih oštećenja kao što su oštećenja sluha, vida, govorne komunikacije, invaliditet, mentalnu retardaciju, različita oštećenja mozga koja se manifestiraju u otežavanju pojedinih sposobnosti kretanja, oštećenju mišića i živaca (cerebralna paraliza) ili u komunikaciji i nesposobnosti svladavanja društvenih vještina. Djeca s teškoćama u razvoju ulaze u skupinu djece s posebnim potrebama i ona zahtijevaju specifičan tretman te potpuni angažman odgojitelja što se odnosi na zadovoljavanje osnovnih životnih potreba djeteta, te na odgoj, obrazovanje, zdravstvenu skrb, te uključivanje osobe u širu društvenu zajednicu. (Mikas, Roudi, 2012).

Mogućnosti uključivanja djece s teškoćama u razvoju u ustanovama predškolskog odgoja

1. segregacija,
2. integracija
3. inkluzija

7.2. Segregacija djece s teškoćama u razvoju

Odnosi se na odvajanje djece s teškoćama iz društvene sredine i smještanje u posebne odgojne skupine ili ustanove koje su sukladne njihovim primarnim oštećenjima. Izdvajanjem ovakve djece u posebne odgojno-obrazovne skupine ima određenih prednosti jer su pedagoške, zdravstvene i ostale aktivnosti organizirane s djecom koja imaju istu ili veoma sličnu razvojnu teškoću pa je program edukacije njima u potpunost prilagođen. Isto tako, postoje i značajni nedostaci segregacijskog sustava, a to su manjak društvenih kontakata sa zdravom djecom i nedovoljno sudjelovanje u zajedničkim aktivnostima.

Izdvajanje djeteta s teškoćama u razvoju i njegovo smještanje u posebnu odgojno-obrazovnu skupinu može dugoročno izazvati sužavanje i osiromašenje njegove socijalne sposobnosti. Sustav segregacije naglašava prvenstveno određenu poteškoću poput poremećaja ili disfunkcionalnosti te zatim traži vanjsku pomoć u rješavanju tog problema stavljajući pritom naglasak na krug stručnog osoblja koji trebaju djetetu pružiti potrebnu specijalističku pomoć. U takvim se uvjetima dijete s teškoćama u razvoju nedovoljno aktivira te se isključivo oslanja na pomoć i podršku koja dolazi od vanjskih institucija. Djetetov trud, angažman, te socijalna motivacija se uvelike smanjuju, što dijete dovodi do pasivnosti. Iz tog se razloga ovaj pedagoški pristup gleda kao posljednja mogućnost u primjeni. (Mikas, Roudi, 2012).

7.3. Postupak integracije djece s teškoćama u razvoju

Integracija ili integrirano obrazovanje je pedagoški model koji se javlja kao suprotnost postupku izdvajanja djece s teškoćama u razvoju. Model se odnosi na smještaj djeteta s teškoćama u razvoju u predškolsku instituciju zajedno s djecom koja nemaju takvih ili sličnih poteškoća. Proces uključivanja u redovitu odgojno-obrazovnu skupinu djece zahtijeva od djeteta s teškoćama u razvoju svojevrsnu prilagodbu "prosječnom“ djetetu. No međutim, važno je istaknuti kako koncept integracije djeteta s teškoćama u razvoju u redoviti obrazovni sustav nije na dovoljno jasan i prepoznatljiv način predvidio neophodnu preobrazbu sustava u prilagođavanju

potrebama svakog djeteta. Integracija djeteta s posebnim potrebama u odgojno-obrazovni sustav može biti i djelomična, a to se odnosi na to da dio predviđenog vremena dijete provodi u igri i ostalim zajedničkim aktivnostima s redovitom vrtićkom populacijom, a drugi dio vremena pohađa specijalistički rehabilitacijski program namijenjen njegovim individualnim potrebama. (Mikas, Roudi, 2012).

7.4. Inkluzija djece s teškoćama u razvoju

Inkluzija ili inkluzivno obrazovanje je najviši stupanj pedagoškog povezivanja djece s teškoćama u razvoju s djecom koja nemaju razvojnih teškoća. Inkluzivno se obrazovanje veže uz uključivanje sve djece u odgojno-obrazovne skupine sa ciljem zadovoljavanja njihovih osnovnih potreba bez obzira na njihove razvojne teškoće, njihove talente, socioekonomsko porijeklo i slično. Inkluziju karakterizira osjećaj pripadnosti i zajedništva prema određenoj skupini, dok se integracija bazira na fizičkoj bliskosti. Takav postupak zahtijeva višu razinu uvažavanja djece s teškoćama u razvoju kao potpuno ravnopravne sudionike u odgojno-obrazovnom procesu u kojem je osigurana individualna pomoć. Pod pojmom uspješna inkluzija se podrazumijeva činjenica da su sva djeca aktivno uključena u odgojno-obrazovne aktivnosti te da imaju slobodan pristup različitim mjestima za igru i za rad. Djeca s teškoćama u razvoju sudjeluju u igri i ostalim zajedničkim aktivnostima sa djecom bez razvojnih teškoća te se na taj način stvara odnos među njima koji se temelji na poštovanju, uvažavanju različitosti potreba i mogućnosti djece. Inkluzivni pristup traži angažman svih sudionika kao grupe kako bi se u isto vrijeme izišlo u susret individualnim potrebama svakog pojedinog djeteta i zahtjevima odgojno-obrazovnog sustava. Svakom se djetetu omogućava napredak u razvoju u skladu sa njegovim mogućnostima, te aktivno sudjelovanje u društvenom životu. (Mikas, Roudi, 2012).

7.5. Poticanje socijalnog razvoja djece s teškoćama u razvoju u kontekstu dječjeg vrtića

Socijalna kompetencija se može odrediti kao skup ponašanja i spoznaja koje se reflektiraju kroz uspješnu socijalnu interakciju s ostalim vršnjacima. Iznimno je važan aspekt kratkoročnog i dugoročnog adaptacijskog procesa u psihosocijalnoj te odgojno-obrazovnoj sferi. (Mikas, Roudi, 2012).

7.6. Uloga odgajatelja u poticanju emocionalnog i socijalnog razvoja

Izrazito važna uloga odgojitelja u poticanju emocionalnog i socijalnog razvoja je modeliranje očekivanog ponašanja. Očekivana dječja ponašanja odgojitelj treba permanentno prakticirati i pokazivati vlastitim primjerom. On mora biti svjestan činjenice kako je kao osoba ponuđen djetetu kao identifikacijska figura. Konstruktivna i zrela odgojiteljeva osobnost (emocionalno stabilna, pouzdana i moralna) koja je ispunjena samopoštovanjem, djeluje podržavajuće na dijete i otklanja njegovu tjeskobu. Djeca će slijediti njegov primjer i reagirati oponašanjem na klimu i ton koje uspostavi odgojitelj. Adekvatna reakcija djece uvelike će ovisiti o reakcijama odgojitelja - njegovom načinu ophođenja i komuniciranja s drugim osobama, pristupanju problemima i snalaženju u pojedinim situacijama. Poštivanje drugih (odraslih i djece), suradnja, konstruktivno rješavanje problema, izražavanje i regulacija emocija, samo su neki od oblika ponašanja koje odgojitelj treba učestalo koristiti (modelirati) kako bi potaknuo razvoj socijalnih vještina kod djece. Istovremeno, odgojitelj treba uložiti značajne napore u izgradnji i uspostavi osjećaja zajedništva unutar odgojne skupine. (Mikas, Roudi, 2012).

Socijalizacija djeteta s teškoćama u razvoju unutar vrtićkog konteksta složen je razvojni zadataka za odgojitelje i ostale stručne djelatnike ustanove. U skladu s time, razvoj odnosa među vršnjacima, kao jednog od najvažnijih indikatora djetetove emocionalne zrelosti i socijalizacije, treba imati bazičnu poziciju u strukturi kurikuluma dječjih vrtića. Posebnu razvojnu važnost imaju intervencijski programi kojima je cilj poticanje razvoja socijalne kompetencije te im pripada središnje mjesto

među planiranim aktivnostima. S obzirom da su djeca s posebnim potrebama rjeđe u interakciji s ostalom djecom te manje prihvaćena od strane grupe, nameće se potreba uvođenja dodatnih pedagoških aktivnosti sa jasnim ciljem njihove grupne afirmacije. (Mikas, Roudi, 2012).

Stvaranje zajednice unutar odgojne skupine osnovni je pedagoški cilj kojemu treba težiti u razvoju socijalne kompetencije djeteta. Pod pojmom zajednica razumijevamo skupinu pojedinaca koji rade na boljitku svakog svog člana i koji nastoje putem svoje skupine ostvariti sve ono što ne mogu sami. Odgojna zajednica je temelj socijalnog razvoja i kroz nju djeca ostvaruju većinu socijalnog učenja i društvenog napretka. Inkluzivni pristup stavlja poseban naglasak na razvijanje osjećaja pripadnosti vršnjačkim skupinama i razvijanju zajednice kao ključnog socijalizacijskog faktora. (Mikas, Roudi, 2011)

Kako bi odgojitelj potaknuo socijalni razvoj djeteta s posebnim potrebama, može koristiti različite pedagoške metode (Daniels i Stafford, 2003):

- Osigurati djetetu s teškoćama sigurno mjesto s kojeg će moći promatrati aktivnosti ostale djece u skupini - dijete može biti angažirano u značajnoj mjeri i mnogo naučiti od ostale djece i samim promatranjem

- Stvoriti ustaljene, predvidive rutine - dijete će se osjećati mnogo sigurnije u ustaljenoj strukturi okoline i predvidivom tijeku aktivnosti

- Poticati djecu na sudjelovanje - odgojitelj može potaknuti dijete na sudjelovanje i zajednički angažman tako da primakne bliže određenu igračku, pozove ga da odradi nešto u paru, dati mu da se brine o nekoj kućnoj životinji i slično

- Služiti se pozitivnim potkrepljenjem - dodir ruke ili osmjeh mogu biti izrazito učinkoviti u motiviranju djeteta s teškoćama u razvoju

- Usmjeriti se na trud i tijek, a ne na ishod i rezultat – od velike je važnosti primijetiti djetetov angažman, priznati mu uloženi trud i motivaciju za uključivanje u pojedine aktivnosti.

Nastojanje odgojitelja da promjeni kut gledanja i stavove kod zdrave djece često izazove povećanu suosjećajnost i brigu dijete s poteškoćama. Što je duži vremenski period od dolaska djeteta s razvojnim teškoćama u odgojnu skupinu,

ostala djeca lakše prepoznaju i predviđaju njegovo ponašanje, znaju što mogu očekivati od njega i s vremenom nauče kako funkcionirati u tim uvjetima. Tokom tog perioda dolazi do napretka u razvoju socijalne kompetencije djece, osjećaja empatije i osjećaja vlastite vrijednosti.

8. SURADNJA S RODITELJIMA I STRUČNIM SURADNICIMA

8.1. Suradnja s roditeljima

Kod uključivanja djece s teškoćama u predškolsku ustanovu ključna je suradnja roditelja i odgajatelja. Veoma je važna uloga odgajatelja u poticanju i omogućavanju tog partnerstva. Prilikom upisa djeteta u predškolsku ustanovu, odgajatelj mora s roditeljima otvoreno razgovarati o samoj bolesti, načinu liječenja, mogućim poteškoćama te ograničenjima u svakodnevnom funkcioniranju, što doprinosi razvoju sigurnosti kod djeteta tijekom boravka u toj skupini. Za dobru suradnju odgajatelja, roditelja i vrtića vrlo je važno razumijevanje, međusobno poštovanje i ne osuđujuće ponašanje. Također je važno da odgajatelj kontinuirano vodi zapažanja o svakom djetetu kako bi mogao svoja zapažanja razmijeniti s roditeljima. (Daniels i Stafford, 2003).

8.2. Suradnja sa stručnim suradnicima

Stručnjaci svojim savjetima i dodatnim informacijama pomažu odgajateljima u organizaciji rada s djecom s teškoćama. Pomoć medicinskog osoblja je osobito potrebna u početku dok odgajatelji ne steknu iskustvo rada s djecom s teškoćama. U ostatak tima stručnih suradnika se ubraja i psiholog koji pomaže djetetu kada osjeća psihičku nesigurnost, te mu pomaže u podizanju vlastitog samopouzdanja. (Daniels i Stafford, 2003)

Promatranje je osnovni način kojim odgajatelj prikuplja informacije o pojedinom djetetu kako bi mogao oblikovati potreban odgojno-obrazovni rad. Ono započinje već pri samom prvom susretu te predstavlja prvi korak u uspostavljanju povoljnih odnosa s djetetom i njegovom obitelji. Odgajatelj promatranjem otkriva uzroke ponašanja te područja učenja koja su djetetu zanimljiva, ali i prati razvoj

određenih sposobnosti te njegov razvoj i napredak u cjelini. (Daniels i Stafford, 2003)

Od iznimne je važnosti da odgajatelj stalno vrši promatranje jer djeca s vremenom trebaju određene promjene u radu što čini odgovornu zadaću svakog odgajatelja. Informacije koje su dobivene promatranjem iznose djetetove mogućnosti i sposobnosti na pojedinom području razvoja, te služe za definiranje individualne razine djetetova funkcioniranja. Nakon završene procjene, odgajatelj, roditelji i stručni suradnici analiziraju dobivene rezultate te dogovaraju individualizirani program[13] ukoliko je to potrebno. (Daniels i Stafford, 2003)

9. PRIPREMA VRŠNJAKA NA DOLAZAK DJETETA S POTEŠKOĆAMA U RAZVOJU

Dolaskom djeteta s poteškoćama u predškolsku ustanovu, potrebno je pripremiti ostalu djecu u skupini. Potrebno je na primjeren način približiti im bolest, upoznati ih s mogućim popratnim teškoćama i savjetovati ih kako postupati u određenim situacijama, te kako pomoći djeci s poteškoćama. Upravo ta priprema vršnjaka i pozitivni stavovi odgajatelja te sam odnos i ponašanje, uvelike mogu pomoći djetetu kod njegove prilagodbe. Odgajatelj ima ključnu ulogu u poticanju socijalnih interakcija između djece s poteškoćama i njihovih vršnjaka. U inkluzivnim skupinama, djeci s teškoćama u razvoju, njihovi vršnjaci predstavljaju modele razvojno-primjerenog ponašanja te im je od velike važnosti biti dio te grupe i zajednice. Također, inkluzija doprinosi vršnjacima tako da postaju osjetljiviji prema potrebama drugih te bolje razumiju različitosti, također spoznaju da pojedinac može prevladati svoje teškoće i tako postići vlastiti uspjeh (Daniels i Stafford, 2003).

Za unapređenje inkluzivne prakse također je potrebno:

- u programima sveučilišnog studija Rani i predškolski odgoj i obrazovanje oblikovati kolegije o radu s djecom s teškoćama u inkluzivnim skupinama

[13] Pisani dokument u kojem su zabilježeni svi podaci i pojedinosti odgojno-obrazovnog rada s djetetom te stručna pomoć koju će pojedino dijete trebati

- provoditi kvalitetno stručno usavršavanje za rad u inkluzivnim skupinama
- pružiti priliku odgajateljima za promatranje iskusnijih odgajatelja u radu s djecom s teškoćama osigurati više podrške odgajateljima u radu u inkluzivnim skupinama kao što su manji broj djece i prilagodba prostora
- osigurati stručnu pomoć odgajateljima i dodatno osoblje u inkluzivnim skupinama (Đunđenac, Zajčić i Solarić, 2005).

10. UPIS DJETETA S POTEŠKOĆAMA U PREDŠKOLSKU USTANOVU

Upisom djeteta s teškoćama u razvoju u predškolsku ustanovu, zdravstveni voditelj provodi individualni razgovor s djetetovim roditeljima ili skrbnicima koji dostavljaju ustanovi svu potrebnu dokumentaciju. Nakon toga, zdravstveni voditelj upoznaje odgajatelje te ostale članove stručnog tima sa zdravstvenim stanjem djeteta, te prema potrebi organizira edukaciju i nabavu potrebne stručne literature. Komisija za upis djece, na temelju priložene dokumentacije i procjene stručnog tima, odlučuje o upisu djeteta u predškolsku ustanovu. (Biondić, 1993)

10.1. Prihvaćanje zahtjeva za upis djeteta s teškoćama u ustanovu

Ukoliko je zahtjev za upis prihvaćen od strane predškolske ustanove, tada se dijete s teškoćama u razvoju, uz adekvatnu potporu, uključuje u predškolsku ustanovu. Uključivanje djece s poteškoćama u predškolske ustanove zahtijeva više senzibilnosti, fleksibilnosti i pripremanja kao i veći psihički napor, kako za odgajatelja, tako i za ostale suradnike. U cilju zadovoljavanja posebnih odgojno-obrazovnih potreba, u provođenju posebnog programa za upisano dijete s teškoćama sudjeluju odgajatelj, psiholog, defektolog, logoped, fizioterapeut, liječnik specijalist fizikalne medicine i rehabilitacije, te medicinska sestra. Kako bi se uspješno realizirali zadatci, potrebno je da odgajatelji stalno rade na sebi što uključuje da prate stručnu literaturu, da budu prisutni na seminarima, da surađuju sa stručnom službom

predškolske ustanove, te da svoja znanja, vještine i kreativnost usmjeravaju na rad sa djecom u svojoj skupini. (Đunđenac, Zajčić i Solarić, 2005)

10.2. Odbijanje zahtjeva za upis djeteta s teškoćama u ustanovu

Kako zahtjev za upis može biti prihvaćen, isto tako u pojedinim slučajevima zahtjev za upis može biti i odbijen te se tada dijete ne upisuje u predškolsku ustanovu. Neki od navedenih razloga mogu biti nedovoljno kvalificirano osoblje i nedostatak dodatnog osoblja u skupini, nedostatak edukacije i iskustva u radu s djecom s teškoćama, velik broj „zahtjevne" djece, problem prihvaćanja djece s teškoćama od strane druge djece, nedostatak uvjeta te potreba da se prilagodi prostor i oprema. (Đunđenac, Zajčić i Solarić, 2005).

ZAKLJUČAK

S protekom vremena i promjenom pristupa, nažalost, i u današnje vrijeme postoje slučajevi u kojima se iz poznatih ili nepoznatih razloga ne uključuju djeca s teškoćama u odgojno-obrazovnu ustanovu. Primjenom inkluzivnog pristupa, sve se više djece uključuje u društvo i redovne odgojno-obrazovne ustanove. Naravno da s time dolazi i velika odgovornost, kontinuiran rad, potrebno znanje i suradnja svih djelatnika ustanove, roditelja djeteta te samog djeteta. Socijalna integracija djece s teškoćama i njihovih vršnjaka koji nemaju teškoće pruža mogućnost svoj djeci da uče, igraju se i žive zajedno, te da se razviju u osobe koje razumiju i poštuju jedni druge. Djeca s teškoćama imaju jednake mogućnosti u razvoju svojih tjelesnih, emocionalnih, društvenih i drugih sposobnosti. Jedino u takvom okruženju dijete ima priliku upustiti se u složenije društvene odnose i različite aktivnosti koje su sukladne djetetovim razvojnim mogućnostima i interesima te mu pružaju idealan prostor za učvršćivanje samopouzdanja i razvoj pozitivne slike o samome sebi. Od osobite je važnosti odgajateljima u predškolskim ustanovama pružiti stručnu pomoć i podršku u njihovom svakodnevnom radu. Odgajatelj mora biti maksimalno educiran o teškoćama kako bi mogao pružiti neophodnu pomoć djetetu kada mu je ona potrebna, prilagoditi mu prostor, aktivnosti i materijale te pripremiti vršnjake. U ovome radu dolazi se do spoznaje da nema razlike u odnošenju prema i između djece sa teškoćama i djece bez teškoća. Edukacija i pristup odgajatelja, kao i ostalih stručnih suradnika, te inkluzija u predškolskoj ustanovi je od neprocjenjive vrijednosti za djecu s teškoćama. Svako dijete je vrijedno i posebno na svoj način, te se ono tako i mora osjećati bez obzira na sve teškoće i prepreke sa kojima se suočava u životu.

LITERATURA

1. Biondić, I. (1993). *Integrativna pedagogija: odgoj djece s posebnim potrebama*. Bjelovar: Prosvjeta
2. Daniels, Ellen R., Stafford, K. (2003). Kurikulum za inkluziju: razvojno-primjereni program za rad s djecom s posebnim potrebama. Zagreb: Udruga roditelja Korak po korak za promicanje kvalitete življenja djece i obitelji
3. Đunđenac, R., Zajčić, M i Solarić, T. (2005). *O integraciji djece s poteškoćama u razvoju*, Dijete,vrtić, obitelj, 41
4. Kamasandra Nanjunda, V. (2014): *Cerebral palsy and early stimulation*. U: Kalra, V. (ur.): Classification of cerebral palsy, Indija: Jaypee Brothers Medical Publishers Ltd.
5. Kosinac Z. (2006), *Kineziterapija: tretmani poremećaja i bolesti organa i organskih sustava*, Split, Majmuni d.o.o
6. Majkić, M. (1997). *Klinička kineziterapija*, Zagreb, Inmedia d.o.o.
7. Mikas, D., Roudi, B. (2012). *Socijalizacija djece s teškoćama u razvoju u ustanovama predškolskog odgoja,* Paediatr Croat.; 56 (Supl 1): 207-214
8. Pospiš M. (2005). *Cerebralna paraliza i teškoće u učenju*, Zagreb: HSUCDP
9. Stojičević Polovina M. (1998). *Mogućnosti sprečavanja razvoja cerebralne paralize u djece sa oštećenjem centralnog nervnog sistema*, Hrvatski savez udruga cerebralne i dječje paralize, 30 godina. Zagreb
10. Šantek, V. (2008). *Hranjenje djeteta s cerebralnom paralizom*, Dijete, vrtić, obitelj, 51

Mrežne stranice:

1. www.dijete.hr Pristupljeno 20. svibnja 2018.

Uključivanje djece s teškoćama u razvoju, čiji roditelji koriste pravo na dopust za njegu djeteta u redoviti desetosatni program redovnog vrtića. Službene internetske stranice Pravobranitelja za djecu, 2011.

Rad u elektroničkom časopisu:

1. Portal znanstvenih časopisa Republike Hrvatske Hrčak na adresi http://hrcak.srce.hr/ Pristupljeno 12. svibnja 2018.

2. Časopis paediatria croatica, Hrvatski pedijatrijski časopis www.paedcro.com/ Pristupljeno 14. Svibnja 2018.

PRILOZI

Slike:

Slika 1. Dijete sa spastičnom diplegijom

Slika 2. Dijete sa spacističnom kvadriplegijom

Slika 3. Dijete sa spastičnom hemiplegijom