

**ВИСОКА ШКОЛА СТРУКОВНИХ СТУДИЈА ЗА ВАСПИТАЧЕ И
ПОСЛОВНЕ ИНФОРМАТИЧАРЕ – СИРМИЈУМ, СРЕМСКА
МИТРОВИЦА**

Александра Андреата 19/2018-м

**СТРАТЕГИЈСКО ПЛАНИРАЊЕ ВАСПИТАЧА У
ОПТИМИЗАЦИЈИ МОТОРИЧКОГ СТАТУСА ДЕЦЕ СА
РАЗВОЈНИМ СМЕТЊАМА**

МАСТЕР РАД

Сремска Митровица, 2024.

ВИСОКА ШКОЛА СТРУКОВНИХ СТУДИЈА ЗА ВАСПИТАЧЕ И
ПОСЛОВНЕ ИНФОРМАТИЧАРЕ – СИРМИЈУМ,
СРЕМСКА МИТРОВИЦА

Кандидат: **Александра Андреата 19/2018-м**

**СТРАТЕГИЈСКО ПЛАНИРАЊЕ ВАСПИТАЧА У
ОПТИМИЗАЦИЈИ МОТОРИЧКОГ СТАТУСА ДЕЦЕ СА
РАЗВОЈНИМ СМЕТЊАМА**

Мастер рад

Ментор: др Дејан Савичевић, проф.

Стручни сарадник: Бранка Мандић – дипл васпитач, библиотекар

Сремска Митровица, 2024.

ТЕМА МАСТЕР РАДА:

Стратегијско планирање васпитача у оптимизацији моторичког статуса деце са развојним сметњама

ПОДАЦИ О СТУДЕНТУ:

Презиме, име једног од родитеља, име: **Андреата, Срниша, Александра**

Адреса: **Горчилова 11, Инђија**

Број телефона: **064/127-54-04**

e-mail: **simeunovicsandra38@gmail.com**

Број индекса: **19/2018-м**

Студијски програм: **Струковни мастер васпитач**

ПОДАЦИ О МЕНТОРУ:

Др Дејан Савичевић, професор струковних студија у Високој школи струковних студија за васпитаче и пословне информатичаре – Сирмијум, у Сремској Митровици. Докторирао је 2013. године, на Факултету спорта и физичког васпитања, из области Методика физичког васпитања и спорта са основама хумане локомоције.

ПОДАЦИ О САРАДНИКУ ПРАКТИЧАРУ:

Бранка Мадих, дипл васпитач, библиотекар у предшколској установи „Бошко Буха“ у Инђији

УСТАНОВА У КОЈОЈ ЈЕ ОБАВЉЕНО ИСТРАЖИВАЊЕ

Истраживање је обављено у предшколској установи "Бошко Буха" у Инђији.

Апстракт

У раду се разматрају развојни и средински аспекти деце са посебним потребама и перспективе за њихов раст и моторички развој. Циљ овог рада је да истакне да је инклузивно образовање могуће решење проблема са којима се суочавају деца са посебним потребама и начин да се њихов развој стимулише и унапређује. Истраживања услова у којима живе деца са посебним потребама сведоче о мери у којој средина обезбеђује могућности за развојном менталних, социјалних и моторичких капацитета.. Бројне су препреке јер услови нису подстицајни, често су ометајући због предрасуда и стереотипа и на њима заснованих негативних ставова. Резултати овог истраживања, показују да организоване активности у процесу инклузивног образовања значајно доприносе мењању ставова и односа према деци са посебним потребама, чиме се стварају услови за њихово квалитетно образовање и холистички развој. Мењање представе о деци са посебним потребама и стварање услова да се, у интеракцији са вршњацима, открију њихови очувани потенцијали представља основу за даљи развој ове деце и, у границама њихових могућности, оспособљавање за самосталан живот.

Кључне речи: инклузивно образовање, деца са посебним потребама, стратегија, физичка средина, социјална средина

Садржај

1 УВОД	2
2 ТЕОРИЈСКИ ПРИСТУП ПРОБЛЕМУ ИСТРАЖИВАЊА	3
2.1. Педагошки профил детета	6
2.2. Индивидуални образовни план (ИОП).....	8
3 ПОЈМОВНА ТЕРМИНОЛОШКА ОДРЕЂЕЊА ЕТИОЛОГИЈЕ РАЗВОЈНИХ СМЕТЊИ	13
4 МЕТОДОЛОГИЈА ИСТРАЖИВАЊА	26
4.1. ПРЕДМЕТ ИСТРАЖИВАЊА	26
4.2. ЦИЉ ИСТРАЖИВАЊА.....	26
4.3. КОНТЕКСТ ИСТРАЖИВАЊА.....	27
4.4. МЕТОДЕ И РЕЗУЛТАТИ ИСТРАЖИВАЊА	27
5 ЗАКЉУЧАК	40
ЛИТЕРАТУРА	44

1 УВОД

Бројни теоријски и истраживачки подаци показују да средина у којој дете живи и услови које она обезбеђује имају значајну улогу у развоју сваког детета. Теорија развоја Виготског (1996), на пример, наглашава одлучујући утицај социјалних чинилаца на развој детета јер су, по њему, све више менталне функције социјалног порекла: мишљење, писани и усмени говор, говорно мишљење, емоције и вољна пажња. Тако је и положај и развој деце са посебним потребама условљен друштвеним факторима. Разматрање друштвених услова у којима деца са посебним потребама живе и специфичности њихових односа са средином, неопходни су за разумевање њихових развојних потреба.

Постављају се питања:

(а) какав је став друштва према овој деци, (б) колико је друштвоспремно да изађе у сусрет њиховим правима и потребама.

На основу одговора на ова питања може се добити увид колико је социјална средина подстицајна, да ли обезбеђује адекватне услове за развој деце са посебним потребама и како се евентуалне тешкоће могу превазићи. Понашање друштва према деци зависи од начина на који друштво схвата дете, његов развој и учење. Представа о детету која постоји у једном друштву и начини васпитавања и социјализације деце зависе од тога како друштво схвата човека уопште, његову природу, могућности и улоге које треба да оствари у заједници. Према Кону (1988), имплицитна теорија личности или нормативни канон одраслог човека одређује и схватање о детету и, у складу с тим, утиче на облике социјалног понашања и васпитање. Разлике у схватањима о детету, његовом развоју и учењу условљене су културом, традицијом, потребама друштва и изграђеним системом вредности. Према Требјешанину (1991), »у сваком народу, у свакој култури постоји једна, истина неисказана, имплицитна, али кохерентна и стабилна психолошка теорија детета, његове природе и развоја«. Према мишљењу Аријеса (1989),

поимање детета и детињства и однос према детету не разликује се само у различитим друштвима и културама, већ и у различитим епохама истог друштва.

2 ТЕОРИЈСКИ ПРИСТУП ПРОБЛЕМУ ИСТРАЖИВАЊА

Шта је то инклузија?

Инклузија у предшколским установама представља идеју, програм и реализацију укључивања у рад и деце са тешкоћама или сметњама у развоју. Често је и у употреби деца са посебним потребама, који се односи на многе групе, а не само на ову, уз објашњење да су у питању посебне васпитно- образовне потребе. Ако верујете Плауту који каже: „Nomen est omen“, (име је предзнак, судбина), ево мудрих речи професора Хрњице: „Нема деце са посебним потребама, јер сва деца имају исте потребе за љубављу, нежношћу, сигурношћу, прихватањем, развојем..“. Само начини задовољавања истих потреба могу се разликовати.

Шта све подразумева инклузија?

- Повећање учешћа деце и младих људи у култури, активностима и заједницама локалних предшколских установа и смањење њиховог искључивања из истих
- Промена културе, политике и праксе у предшколским установама како би могле да одговоре на разликама код ученика у локалној заједници.
- Активна примена инклузивних вредности
- Једнако уважавање све деце, младих људи, родитеља/старатеља и предшколског особља.
- Гледање на разлике међу ученицима као на ресурсе за подршку у игри и учењу, а не као на проблеме који морају да се решавају
- Признавање права деце на квалитетно образовање и бригу о детету у локалној заједници побољшања, како за предшколско особље тако и за децу
- Смањивање препрека за игру, учење и учешће за сву децу, не само за оне ометене у развоју или оне категоризоване као „деца са посебним образовним потребама“

- Учење да се превазиђу препреке за децу чија је игра, учење и/или учешће предмет бриге, како би се направиле промене за добробит деце на једном ширем плану
- Наглашавање развоја заједнице и вредности као и постигнућа
- Неговање односа узајамне подршке између предшколских установа и свих заједница
- Прихватање да је инклузија у предшколским установама један вид укључивања у друштво.

Циљ инклузије

Циљ инклузије је да промени образовни систем, а не карактеристике деце. Инклузивно образовање подразумева да предшколске установе морају бити спремне да одговоре на потребе потпуно различите деце. Свој деци треба да буду омогућени одговарајући образовни програми адаптирани индивидуалним капацитетима и потребама деце. Деца с посебним потребама треба да буду интегрални део групе, поштована и прихваћена. Њима треба обезбедити подршку и помоћ у погледу успостављања социјалних интеракција с вршњацима и другим људима. Један од циљева инклузије јесте да гаји социјални развој на дуге стазе, усмерен ка учешћу и вредновању социјалних улога деце с различитим специфичним потребама. Дакле, филозофија инклузије не бави се само образовањем, већ разматра успешно укључивање у друштво у целини..

Такође треба да се има у виду да рад на препознавању и смањивању тешкоћа за једно дете, може бити користан другој деци чија игра, учење или учешће у почетку није посебно забрињавало. То је један начин на који разлике међу децом, у интересовањима, знању, вештинама, пореклу, матерњем језику, постигнућима и ометености може бити ресурс подршке за учење и игру.

Слово закона и инклузија

Закон предвиђа да сва деца са блажим сензорним сметњама слуха и вида, лакшим облицима тешкоћа у интелектуалном развоју, свим облицима логопатија, затим деца са било

којим обликом инвалидитета и са емоционалним тешкоћама треба да се укључе у редовне облике васпитања И образовања. Инклузија се не односи само на децу са тешкоћама и сметњама у развоју, већ на прихватање различитости деце уопште и њихово укључивање у процес васпитања И образовања. Овде мислимо и на васпитно запуштену, децу са емоционалним или поремећајима понашања, злостављану, избеглу, расељену али и даровиту децу ... Лаж је да смо сви рођени једнаки, разликујемо се од почека по свом изгледу, способностима, материјалној ситуацији, језику, начину живота... Али је истина да смо сви рођени равноправни и зато сва деца имају једнако право на дружење са вршњацима, учење и максимални развој својих способности.

Зашто инклузија у предшколским установама?

Средина у којој дете живи и услови које она пружа имају значајну улогу у развоју сваког детета. Важно је да дете са проблемима тешкоћама у развоју буде прво прихваћено у својој примарној породици, од стране родитеља, браће и сестара, да се не стиде и не крију га у кући. Потом, важно је да буде прихваћено и од стране друштва, да родитељи имају где да га поведу, да могу да га упишу у предшколску установу по избору и да дете ту има шта и са ким да ради, а најважнији дечји рад је игра. Кроз игру, деца у инклузивној групи развијају емпатију, стрпљење, упорност и толеранцију на различитости, по угледу на васпитача, који се стално стручно усавршава. Ако су прихваћена, у подстицајном окружењу, деца са проблемима и тешкоћама, максимално развијају своје очуване могућности, што позитивно утиче на њихово самопоуздање, самопоштовање и спремност за заједнички живот са другим људима.

Улога и одговорност васпитача у инклузивном васпитно-образовном раду

За успешно спровођење инклузије, поред квалитетних програма и услова рада, неопходан чинилац је и квалитетан васпитач. У одређењу појма квалитетног васпитача јавља се већи број параметара. Пре свега, квалитетног васпитача одликује висок ниво образовања и обучености за рад са децом са сметњама у развоју. Квалитетни васпитачи развијају позитиван однос са децом, остварују добру сарадњу са родитељима, показују особине као што су: ентузијазам, упорност, доследност, флексибилност и способност подстицања интеракције између вршњака (Аллен & Цовдеру, 2009). Ове особине су веома важне у раду са децом јер

доприносе мотивацији, како васпитача, тако и деце. На тај начин се спонтано креира квалитетан радни амбијент, у коме се дете осећа сигурно и задовољно боравком у групи. Инклузивна пракса васпитача представља његово стручно ангажовање и пружање подршке у раду са децом са сметњама у развоју и децом без развојних тешкоћа у оквиру предшколске установе у истој групи, тј. у разреду, односно, месту одвијања редовног и специјалног васпитно-образовног процеса. Импликације новог психолошког концепта и компетенција у васпитно-образовном раду васпитача су допринеле и промени његове улоге и одговорности. Традиционална одговорност васпитача се често сводила на познавање основних развојних карактеристике деце предшколског узраста, као и његово ангажовање у праћењу и напредовању развоја, примени курикулума и социјализацији деце. Међутим, са појавом инклузивне праксе, улоге и одговорности васпитача добијају нове димензије.

Васпитач је, применом инклузивне парадигме добио већу одговорност, а његова улога је постала још значајнија и комплекснија. У складу са новим тенденцијама, од васпитача се очекује виши ниво знања и познавања нових информација које му омогућавају да се адекватно припреми и снађе у сложеним ситуацијама, изазваним заједничким боравком деце, са и без сметњи у развоју. Од васпитача се, такође очекује да поседује знање и методе које помажу развоју и имплементацији програма инклузивне наставе, затим знање и вештине ефикасног вођења васпитно-образовног процеса који олакшава напредовање у учењу, развоју и социјализацији деце различитих способности.

Тим за пружање додатне подршке детету:

- Васпитач,
- педагог,
- психолог,
- дефектолог
- Педагошки асистент или лични пратилац детета.

2.1. Педагошки профил детета

Како би били у стању да адекватно одговоримо на различите образовне потребе наших ученика потребно је да унемо да израдимо садржајан и јасан образовни профил ученика. Полазна основа

за израду образовног или педагошког профила јесте Закон о основама образовања и васпитања (члан 5 Општи исходи и стандарди образовања и васпитања). Овим и сличним члановима Закона дефинисана су постигнућа ученика која се могу разврстати у четири категорије:

Вештине учења како се учи; Социјалне вештине; Комуникацијске вештине; Самосталност и брига о себи. Током процеса израде педагошког профила неопходно је имати на уму следеће:

- Сврха овог упутства, и понуђеног радног оквира, је да помогне стручним тимовима за инклузивно образовање да израде садржајан и јасан образовни профил ученика који ће обезбедити да се идентификују и процене како јаке стране ученика тако и његове потребе за подршком у образовању. Педагошки профил је концизан и прецизан опис ученика и као такав мора дати добру основу за даље планирање образовања.
- Понуђена листа категорија и потребних података није једина могућа и коначна. Свака процена се ради од случаја до случаја и заснована је на индивидуалној основи.
- Свака од понуђених категорија мора бити процењивана у односу на узраст ученика. Тако, исти критеријум не може бити коришћен када се процењују ученици млађег и старијег основношколског узраста или средњошколског узраста.
- Идентификовање јаких и слабих страна ученика у областима које посматрамо помажу тиму да планира ученикове потребе за подршком у образовању, као и врсте интервенција и ресурсе који ће омогућити напредак у образовању ученика.
- Сви подаци који се уносе у профил морају да буду прикупљени из вишеструких извора и да директно подржавају планирање инструкција и интервенција за конкретног ученика. Важно је користити различите изворе података као што су интервјуи, посматрање, тестови, прегледи прикупљених материјала (пр. докумената о ученику, његових образовних продуката и сл.).
- Подаци који се односе на резултате текуће процене морају бити исказани јасним, концизним и разумљивим језиком објективних чињеница. (Треба избегавати претпоставке, интерпретације, стручне термине и сл.)
- Улога стручног тима за инклузивно образовање је да дискутује добијене податке/налазе, донесе укупне закључке и предложи стратегије подршке, који су засновани на свеобухватној анализи.

- Приликом сваке процене неопходно је модификовати постојеће процедуре тако да буду културално и језички недискриминаторне, или их прилагодити у случају постојања чулних или физичких сметњи.

2.2. Индивидуални образовни план (ИОП)

Право на ИОП има дете, ученик и одрасли коме је потребна додатна подршка због тешкоћа у приступању, укључивању и учествовању у образовању и васпитању, ако те тешкоће утичу на негову добробит, односно остваривање исхода образовања и васпитања или представљају ризик од раног напуштања школовања, и односе се на дете, ученика или одраслог који:

- 1) има тешкоће у учењу (због специфичних сметњи у учењу или проблема у понашању и емоционалном развоју);
- 2) има сметње у развоју или инвалидитет (телесне, моторичке, чулне, интелектуалне или сметње из спектра аутизма);
- 3) потиче, односно живи у социјално нестимулативној средини (социјално, економски, културно, језички сиромашној средини или дуготрајно борави у здравственој, односно социјалној установи);
- 4) из других разлога остварује право на подршку у образовању.

Право на прилагођен начин образовања по ИОП-у у смислу проширивања и продубљивања садржаја учења има и ученик са изузетним способностима који стиче основно и средње образовање и васпитање.

Прикупљање података и формирање документације

Васпитач, наставник, односно стручни сарадник прати развој и процес учења детета, ученика, односно одраслог кроз области: вештине за учење, социјалне и комуникацијске

вештине, самосталност и брига о себи. Ако у поступку праћења васпитач, наставник или стручни сарадник, утврди да постоје физичке, комуникацијске или социјалне препреке које неповољно утичу на добробит и развој детета, ученика, односно одраслог и на очекиване исходе образовања и васпитања, приступа се прикупљању података ради формирања документације у сврху пружања одговарајуће подршке у образовању и васпитању. Васпитач, наставник, односно стручни сарадник, поред ових података, прикупља податке из различитих извора: од родитеља, односно другог законског заступника (у даљем тексту: родитељ), стручњака ван образовне установе који добро познаје дете, ученика, односно одраслог, од вршњака и самог детета, ученика, односно одраслог, при чему се користе различити инструменти и технике (систематско посматрање активности детета, ученика, односно одраслог у различитим ситуацијама, разговор, тестирање, интервју и упитник за ученика и друге који познају дете, односно ученика. Медицински налази су, по потреби, саставни део документације. На основу прикупљених података и документације, стручни сарадник координира израду и у сарадњи са васпитачем, односно наставником и родитељем израђује педагошки профил детета, ученика, односно одраслог. Педагошки профил садржи опис образовне ситуације детета, ученика, односно одраслог и основ је за планирање стратегија васпитача за подршку добробити детету, односно индивидуализованог начина рада са учеником, односно одраслим.

Предлог за утврђивање права на ИОП

Предлог за утврђивање права на ИОП директору установе подноси тим за инклузивно образовање, на основу процене коју даје васпитач, наставник, стручни сарадник или родитељ, након што су претходно примењиване, евидентирани и вредноване мере индивидуализације. Предлог садржи наводе и образложене разлоге за подношење предлога за утврђивање права на ИОП, као и доказе о претходно примењеним мерама индивидуализације. Установа писменим путем обавештава родитеља да је поднет предлог за утврђивање права на ИОП, а родитељ својим потписом потврђује да је упознат са поднетим предлогом за утврђивање права на ИОП, разлoзима за његово подношење и да је сагласан да се приступи изради ИОП-а. Сагласност родитеља даје се на Обрасцу 6.

Врсте ИОП-а

ИОП се израђује према образовним потребама детета, ученика, односно одраслог и може да буде:

- 1) ИОП1 – прилагођени програм наставе и учења у коме се планира циљ пружања подршке, прилагођавање и обогаћивање простора и услова у којима се учи, прилагођавање метода рада, уџбеника и наставних средстава током образовно-васпитног процеса, односно активности у васпитној групи, њихов распоред као и лица која пружају подршку;
- 2) ИОП2 – измењени програм наставе и учења у којем се, осим наведених садржаја, планира прилагођавање исхода образовања и васпитања и прилагођавање садржаја за један, више или за све предмете;
- 3) ИОП3 – проширен и продубљен програм наставе и учења који се примењује за ученике са изузетним способностима.

Предшколска установа доноси ИОП1, а основна и средња школа ИОП1, ИОП2 и ИОП3.

Садржај ИОП-а

ИОП је посебан акт установе којим се планира додатна подршка у образовању и васпитању детета, ученика, односно одраслог ако мере индивидуализације нису довеле до остваривања добробити детета, односно остваривања исхода образовања и васпитања или до задовољавања образовних потреба ученика са изузетним способностима. ИОП садржи:

- 1) податке о детету, ученику односно одраслом и податке о тиму за додатну подршку (Образац 1);
- 2) педагошки профил детета, ученика, односно одраслог (Образац 2);
- 3) план мера индивидуализације (Образац 3);

4) персонализовани програм наставе и учења (Образац 4);

5) податке о праћењу и вредновању ИОП-а (Образац 5);

6) сагласност родитеља (Образац 6),

А може да садржи и:

1) план транзиције – план подршке детету и ученику при укључивању у образовање, при преласку на други ниво образовања или при преласку у другу образовну установу; (Образац 7);

2) план превенције раног напуштања образовања за децу и ученике у ризику од раног напуштања школе (Образац 8).

Израда и доношење ИОП-а

Тим за инклузивно образовање, после донете одлуке о прихватању предлога за утврђивање права на ИОП, директору установе предлаже чланове тима за пружање додатне подршке детету, ученику, односно одраслом (у даљем тексту: Тим). Директор установе, после добијене писмене сагласности родитеља, односно одраслог, именује Тим.

Тим у предшколској установи чине: васпитач, стручни сарадник, сарадник у предшколској установи, родитељ, а у складу са потребама детета и педагошки асистент и лични пратилац детета. На предлог родитеља, члан Тима може бити и стручњак ван установе који добро познаје дете. Тим у школи чине: наставник разредне наставе, односно одељенски старешина, предметни наставник, стручни сарадник, родитељ, а у складу са потребама детета и педагошки асистент, односно лични пратилац детета. На предлог родитеља, односно одраслог, члан Тима може бити и стручњак ван установе који добро познаје ученика, односно одраслог. ИОП израђује Тим на који сагласност даје родитељ, односно други законски заступник. Доношењу ИОП2 претходи

доношење, примена и вредновање ИОП1, сагласност родитеља за прелазак на ИОП2 уз обавезно прибављање мишљења интерресорне комисије за процену потреба за додатном образовном, здравственом и социјалном подршком. Уколико родитељ неоправдано одбије учешће у изради или давању сагласности на ИОП, установа је дужна да о томе обавести надлежну установу социјалне заштите у циљу заштите најбољег интереса детета, односно ученика. ИОП доноси педагошки колегијум на предлог тима за инклузивно образовање.

Примена ИОП-а

ИОП се остварује у оквиру заједничких активности у групи предшколске установе, односно у одељењу школе. Васпитач, односно наставник при планирању свог рада у групи, односно одељењу, укључује мере и активности предвиђене ИОП-ом. У остваривању ИОП-а у установи активно учествују сви чланови Тима и сви други који непосредно раде са дететом, учеником, односно одраслим. Ако примена ИОП-а захтева финансијска средства, установа упућује писмени захтев интерресорној комисији за процену потреба за додатном образовном, здравственом и социјалном подршком детету или ученику.

3. ПОЈМОВНА ТЕРМИНОЛОШКА ОДРЕЂЕЊА ЕТИОЛОГИЈЕ РАЗВОЈНИХ СМЕТЊИ

Поремећаји у развоју чине групу психијатријских стања која потичу из детињства и која укључују озбиљна оштећења у различитим областима. Постоји неколико начина употребе овог израза. Најужи концепт користи се у категорији "Специфични поремећаји психолошког развоја" у ИЦД-10. Ови поремећаји укључују поремећај језичног развоја, поремећај учења, моторни поремећаји и спектар аутизма. У шире дефиниције укључен је АДХД, а термин који се користи је неуроразвојни поремећаји. Ипак, други укључују асоцијално понашање и шизофренију, који започиње у детињству и наставља се кроз цео живот. Међутим, ова два последња стања нису толико стабилна као други развојни поремећаји и не постоје исти докази о заједничкој генетичкој одговорности. Поремећаји у развоју присутни су од ране животне доби. Већина се побољшава с одрастањем детета, али нека укључују и оштећења која се настављају до краја живота.

Класификација развојних поремећаја деце:

- Оштећење сензорних функција (оштећења вида, слуха, поремећаји тактилне осетљивости, бола, додира, кретања и равнотеже)
- Поремећаји конгнитивних функција (интелигенције, пажње, перцептивних функција)
- Поремећаји локомоторних функција – сви поремећаји који онемогућавају кретање и комуникацију детета

3.1 ЦЕРЕБРАЛНА ПАРАЛИЗА

Церебрална парализа (Паралисис церебралис) је јединствени поремећај мозга који се разликује код сваке погођене особе. Тако, иако је медицинска дефиниција, наравно, прецизна, код угрожених ЦП увек постоје сумње да ли се одрежени симптоми упклапају у овакву дијагнозу. Поред тога, деца са ЦП имају шансе да своје стање (симптоме) значајно поправе или тачније промене у раним фазама живота. Зато је потребно подробније објашњење да би се разумело шта све јесте а шта није церебрална парализа. Церебрална парализа се као термин односи на групу неуролошких поремећаја који се јављају у току трудноће или у раном детињству и трајно утичу на кретање тела и координацију мишића, држање и равнотежу. Термин церебрал се односи на мозак; парализа се односи на губитак или оштећење моторичке функције. Церебрална парализа

утиче на моторну зону спољашњег слоја мозга (тзв. Церебрални кортекс), део мозга који усмерава кретање мишића.

Моторни проблеми код церебралне парализе

У неким случајевима, церебрални моторни кортекс се није нормално развио током феталног раста. У другима, штета је резултат повреде мозга пре, за време или после рођења. У сваком случају, штета није поправљива и инвалидитет који се деси као резултат је трајан. Деца са ЦП показују широк спектар симптома, укључујући:

- недостатак координације мишића при извођењу добровољних покрета (атаксија);
- уочени или затегнути мишићи и/или претерани рефлекси (спастичност);
- слабост у удовима - једној или обе руке и/или једној или обе ноге;
- ходање на ножним прстима, згрчени ход, или "скраћени" ход;
- варијације у тону мишића, или сувише круте или превише опуштене;
- претерано балављење или потешкоће при гутању или говору;
- трешење (тремор) или случајни невољни покрети;
- кашњења у достизању моторичких вештина; и
- потешкоће са прецизним покретима као што је писање или закопчавање мајице.

Грубе моторне способности

Симптоми ЦП разликују се по типу и тежини од једне особе до друге, а могу се чак и променити код појединца током времена. Симптоми могу значајно варирати међу појединцима, у зависности од тога који су делови мозга повређени. Сви људи са церебралном парализом имају проблема са кретањем и држањем, а неки имају и одређени ниво интелектуалног инвалидитета, епи нападе и абнормалне физичке сензације или перцепције, као и друге медицинске поремећаје. Особе са ЦП такође могу имати поремећај вида или слуха, као и

проблеме са језиком и говором. ЦП је водећи узрок инвалидности у детињству, али то не доводи увек до тешког инвалидитета. Док једно дете са тешким обликом ЦП може бити неспособно да хода и треба му опсежна, доживотна нега, друго дете са благом ЦП може бити тек мало неспретно и не треба му посебна помоћ. Поремећај није прогресиван, што значи да се с временом не погоршава. Међутим, како дете стари, одређени симптоми могу постати више или мање очигледни. Студија Центара за контролу и превенцију болести у УСА показује да је просечна учесталост церебралне парализе 3,3 деце на 1.000 живорођених. Не постоји лек за церебралну парализу, али подржавајући третмани, лекови и операције могу помоћи многим појединцима да побољшају своје моторичке способности и способност да комуницирају са светом.

Који су рани знаци церебралне парализе?

Знакови церебралне парализе обично се појављују у првим месецима живота, иако специфична дијагноза може бити одложена до узраста од две године или касније. Бебе са ЦП често имају кашњење у развоју, при чему споро постижу развојне прекретнице као што су учење превртања, седење, пузање или ходање. Неке бебе са ЦП имају проблем са тонусом мишића. Смањени тонус мишића (хипотонија) мишиће чини опуштеним, чак и млитавим. Повећани тонус мишића (хипертонија) мишиће чини затегнутим или крутим. У неким случајевима, рани период хипотоније ће напредовати до хипертоније након првих 2 до 3 месеца живота. Деца са ЦП такође могу имати неуобичајен положај или фаворизовати једну страну тела када бауљају, пузе или се ходају. Важно је напоменути да нека деца без ЦП такође могу имати неке од ових симптома.

Неки знакови раног упозорења:

ЦП код беба млађих од 6 месеци старости:

- Држање главе касни када бебу подигнете док лежи на леђима
- Осећа се да је беба укочена
- Осећа се да је беба млитава

- Када подигнете бебу, ноге јој се укоче и прекрсте
- ЦП код беба старијих од 6 месеци
- Беба се не окреће ни у једну страну
- Не може да скупип руке
- Има потешкоћа да доведе руке до уста
- Дохвата ствари само једном руком, а другу шаку стиска ка песници

ЦП код бебе старије од 10 месеци

- Пузи наизменично, гурајући се једном руком и ногом док вуче супротну руку и ногу
- Не може да одржи стојећи положај

Шта узрокује церебралну парализу?

Церебрална парализа је узрокована неправилним развојем дела мозга или оштећењем делова мозга који контролишу кретање. Ова штета може настати пре, за време или непосредно након рођења. Већина деце има конгениталну церебралну парализу (тј. рођена су са њом), мада се она често не може открити до неколико месеци или година касније. Мали број деце има стечену церебралну парализу, што значи да поремећај почиње након рођења. Неки узроци стечене церебралне парализе укључују оштећење мозга у првих неколико месеци или година живота, мождане инфекције као што су бактеријски менингитис или вирусни енцефалитис, проблеми са протоком крви у мозгу или повреда главе услед незгоде моторног возила, пада или злостављање деце. У многим случајевима, узрок церебралне парализе је непознат. Могући узроци укључују генетске абнормалности, конгениталне деформације мозга, инфекције мајке или грозницу, или повреде фетуса, на пример.

Следећи типови оштећења мозга могу изазвати карактеристичне симптоме ЦП: Оштећење беле материје мозга (перивентрикуларна леукомалација или ПВЛ). Бела материја мозга одговорна је за пренос сигнала унутар мозга и остатка тела. Штета од ПВЛ-а изгледа као

ситне рупе у белој материји мозга новорођенчета. Ове празнине у можданом ткиву ометају нормалан пренос сигнала. Истраживачи су идентификовали период селективне рањивости у развоју феталног мозга, временски период између 26. и 34. недеље трудноће, у којем је перивентрикуларна бела материја посебно осетљива на сметње и повреде.

Абнормални развој мозга (церебрална дисгенеза). Свако прекидање нормалног процеса раста мозга током феталног развоја може изазвати деформације мозга које ометају пренос сигнала мозга. Мутације у генима које контролишу развој мозга током овог раног периода могу спречити нормалан развој мозга. Инфекције, грознице, трауме или друга стања која узрокују нездраве услове у материци такође доводе у опасност нервни систем нерођене бебе.

Крварење у мозгу (интракранијално крварење). Крварење унутар мозга од блокираних или сломљених крвних судова обично је узроковано можданом ударом фетуса. Неке бебе пате од можданог удара док су још у материци због крвних угрушака у плаценти који блокирају проток крви у мозгу. Друге врсте можданог удара су узроковане малформираним или slabим крвним судовима у мозгу или абнормалностима згрушавања крви. Висок крвни притисак мајке (хипертензија) је уобичајени медицински поремећај током трудноће и чешћи је код беба са можданом ударом фетуса. Показало се да инфекција мајке, посебно запаљенска болест карлице, повећава ризик од можданог удара фетуса.

Јаки недостатак кисеоника у мозгу. Асфиксија, недостатак кисеоника у мозгу узрокован прекидом дисања или лошим снабдевањем кисеоником, уобичајено је за кратко време код беба због стреса и порођаја. Ако се снабдевање кисеоником прекине или смањи на дуже периоде, дете може развити врсту оштећења мозга који се назива хипоксично-исхемијска енцефалопатија, која уништава ткиво у церебралном моторном кортексу и другим подручјима мозга. Ова врста оштећења може бити узрокована и мајчиним ниским крвним притиском, руптуром материце, одвајањем постељице, проблемима везаним за пупчану врпцу или тешком траумом главе током порођаја и након порођаја.

Који су фактори ризика?

Постоје нека медицинска стања или догађаји који се могу догодити током трудноће и порођаја који могу повећати ризик од рођења детета с церебралном парализом.

Ови ризици укључују: Ниска телесна маса и прерано рођење.

Недоношчад (рођена мање од 37 недеља у трудноћи) и бебе тежине мање од 2½ килограма при рођењу имају много већи ризик од развоја церебралне парализе него дојенчади са већом тежином. Посебно су у опасности мале бебе рођене у веома раној гестацијној фази. Близаначке трудноће близанци, тројке и други вишеструки породи - чак и они рођени у термину - повезани су са повећаним ризиком од церебралне парализе. Смрт близанца у трудноћи додатно повећава ризик.

Инфекције током трудноће. Инфекције као што су токсоплазмоза, рубеола, цитомегаловирус и херпес могу да заразе материцу и постељицу. Упала која је изазвана инфекцијом онда може да настави да оштети развој нервног система код нерођене бебе. Мајчина грозница током трудноће или порођаја такође може изазвати ову врсту инфламаторног одговора.

Некомпатибилност крвне групе између мајке и детета. Рх инкомпатибилност је стање које се развија када је мајчина Рх крвна група (позитивна или негативна) различита од крвне групе њене бебе. Систем мајке не толерише различиту крвну групу бебе и њено тело ће почети да производи антитела која ће напасти и убити крвне ћелије њене бебе, што може изазвати оштећење мозга. Излагање токсичним супстанцама. Мајке које су биле изложене токсичним супстанцама током трудноће, као што је метил жива, имају повећан ризик да добију бебу са церебралном парализом.

Мајке са абнормалностима штитне жлезде, интелектуалним инвалидитетом, вишком протеина у урину или нападима. Мајке са било којим од ових стања имају мало више шансе да имају дете са ЦП. Постоје и медицинска стања током порођаја, и одмах након порођаја који служе као знакови упозорења за повећани ризик од ЦП.

Међутим, већина ове деце неће развити ЦП. Знаци упозорења укључују:

- Карлични порођај. Бебе са церебралном парализом имају већу вероватноћу да буду окренуте наопако (прво ноге) уместо да глава прва излази током порођаја. Бебе које су необично мршаве као фетуси имају већу вероватноћу да се рађају у оваквом положају. Компликације на порођају. Беба која има васкуларне или респираторне проблеме током

порођаја можда је већ претрпела оштећење мозга или деформације. Ситна за гестацијску старост. Бебе рођене мање од нормалне тежине за своју гестацијску старост имају ризик од церебралне парализе због фактора који их спречавају да природно расту у материци.

- Ниска АПГАР оцена. АПГАР-ова оцена је нумерисана оцена која одражава физичко здравље новорођенчета. Лекари периодично забележе бебину срчану фреквенцију, дисање, мишићни тонус, рефлексе и боју коже током првих минута након рођења. Низак резултат на 10-20 минута након порођаја често се сматра важним знаком потенцијалних проблема као што је ЦП. Жутица. Више од 50% новорођенчади развија жутицу (жуту кожу или беоњаче) након рођења када се билирубин, супстанца која се нормално налази у жучи, гради брже него што их јетра може апсорбовати и прочистити из тела. Тешка, не лечена жутица може да убије ћелије мозга и може изазвати глувоћу и ЦП. Напади.
- Новорођенче које има конвулзије суочава се с већим ризиком да му се ЦП дијагностикује касније у детињству.

Може ли се спречити церебрална парализа?

Церебрална парализа која се односи на генетске деформације не може се спречити, али се неки од фактора ризика за конгениталну церебралну парализу могу контролисати или избећи. На пример, рубеола, се може спречити ако су жене вакцинисане против болести пре него што постану трудне. Рх инкомпатибилности се такође могу контролисати рано у трудноћи. Стечена церебрална парализа, често због повреде главе, често се може спречити коришћењем уобичајених безбедносних мера, као што је коришћење седишта за децу и слично.

Који све облици ЦП постоје?

Специфични облици церебралне парализе су одређени степеном, типом и локацијом абнормалности код детета. Лекари класификују ЦП према врсти поремећаја кретања:

- спастична (укочени мишићи), атеозни (невољни неконтролисани покрети), или атаксични (лош баланс и координација) - плус додатни симптоми као што су слабост (пареза) или парализа (плегија) . На пример, хемипареза (хеми = пола) указује да је ослабљена само једна страна тела. Квадриплегија (четвороструко = четири) значи да су сва четири екстрема захваћена.

Делови тела које може захватити церебрална парализа

Спастична церебрална парализа је најчешћи тип поремећаја. Људи имају укочене мишиће и неспретне покрете. Облици спастичне церебралне парализе укључују:

Спастична хемиплегија / хемипареза типично погађа руку и руку на једној страни тела, али може укључити и ногу. Деца са спастичном хемиплегијом углавном ходају касније на врху прстију због чврстих тетива пете. Рука и нога захваћене стране су често краћи и тањи. Нека деца ће развити абнормалну закривљеност кичме (сколиоза). Дете са спастичном хемиплегијом може такође имати нападе. Говор ће бити одложен и, у најбољем случају, може бити компетентан, док ће интелигенција обично бити нормална.

Спастична диплегија / дипареза укључује укоченост мишића која је претежно у ногама, а мање озбиљно утиче на руке и лице, иако руке могу бити неспретне. Рефлекси тетива у ногама су хиперактивни. Прсти указују на то када се стопала стимулишу. Затезање у одређеним мишићима ногу чини да се ноге укрштају у маказе. Деци могу требати ходалице или специјална помагала за ноге. Интелигенција и знање језика су обично нормални.

Спастична квадриплегија / квадрипарезис је најтежи облик церебралне парализе и често се повезује са умереним до тешким интелектуалним инвалидитетом. Узрок су широко распрострањена оштећења мозга или значајне деформације мозга. Деца ће често имати тешку укоченост у својим удовима, али и флексибилан врат. Они ретко могу ходати. Говор и разумевање су тешки. Напади могу бити чести и тешки за контролу.

Дискинетичку церебралну парализу (која укључује и атеотозне, кореоатеотозне и дистоничне церебралне парализе) карактерише споро и неконтролисано грчење или трзање руку, стопала, руку или ногу. Хиперактивност у мишићима лица и језика ствара деци гримасе или неконтролисано балаве/слинаве. Тешко им је да седе право или да ходају. Нека деца имају проблема са слухом, контролисањем дисања и/или координацијом покрета мишића потребних за говор. Интелигенција је ретко погођена овим облицима церебралне парализе.

Атаксична церебрална парализа утиче на баланс и перцепцију дубине. Деца са атаксичним ЦП ће често имати слабу координацију али ће ходати несметано уз придржавање. Они имају потешкоћа са брзим или прецизним покретима, као што су писање или закопчавање кошуље,

или тешко контролисање добровољног кретања, као што је посезање за књигом. Мешовити типови церебралне парализе се односе на симптоме који не одговарају ниједном типу ЦП, али су мешавина типова. На пример, дете са мешовитом ЦП може имати неке мишиће који су сувише збијени и други који су превише опуштени, стварајући мешавину крутости и дисконтинуираности.

Који су други проблеми повезани са церебралном парализом?

Интелектуални инвалидитет. Око 30 до 50 посто особа са ЦП ће бити интелектуално оштећено. Ментално оштећење је чешће код оних са спастичном квадриплегијом него код оних са другим типовима церебралне парализе. Епи напади. Чак половина деце са ЦП има један или више напада. Деца са церебралном парализом и епилепсијом имају већу вероватноћу да имају интелектуални инвалидитет.

Одложени раст и развој. Деца са умереном до тешком ЦП, посебно они са спастичном квадрипаресом, често заостају у расту и развоју. Код беба овај заостатак обично има облик премале тежине. Код мале деце може се појавити као спори развој, а код тинејџера може се појавити као комбинација спорог развоја и недостатка сексуалног развоја. Мишићи и удови погођени ЦП-ом имају тенденцију да буду мањи од нормалног, посебно код деце са спастичном хемиплегијом, чији удови на захваћеној страни тела не могу расти тако брзо или тако дуго као они на нормалној страни.

Деформитети кичме и остеоартритис. Деформитети кичме - закривљеност (сколиоза), грбави (кифоза) и седло (лордоза) - повезани су са ЦП. Деформитети кичме могу отежати седење, стајање и ходање и изазвати хронични бол у леђима. Притисак и неусклађеност зглобова може резултирати остеопорозом (слом хрскавице у зглобовима и проширење кости).

Оштећење вида. Многа деца са ЦП имају страбизам, који се обично назива "зрикавсот", а који се не лечи, може довести до лошег вида на једном оку и може ометати способност да се процени удаљеност. Нека деца са ЦП имају потешкоћа да разумеју и организују визуелне информације.

Друга деца могу имати дефектан вид или слепило које замагљује нормално видно поље у једном или оба ока.

Губитак слуха. Ослабљен слух је чешћи код особа са ЦП него у општој популацији. Нека деца имају делимичан или потпуни губитак слуха, нарочито као последица жутице или недостатка кисеоника у мозгу у развоју.

Поремећаји говора и језика. Говорни и језички поремећаји, као што су тешкоће у формирању речи и јасног говора, присутни су у више од трећине особа са ЦП. Лоши говор отежава комуникацију и често се тумачи као знак когнитивног оштећења, што може бити врло фрустрирајуће за децу са ЦП, посебно за већину која има просечну интелигенцију или интелигенцију изнад просека

Балављење. Неке особе са ЦП-ом имају проблем са балављењем, јер имају слабу контролу мишића грла, уста и језика. Инконтиненција (неконтролисано мокрење). Могућа компликација ЦП је инконтиненција, узрокована лошом контролом мишића који држе бешику затвореном. Абнормалне сензације и перцепције. Неке особе са ЦП осећају бол или имају потешкоћа да осећају једноставне сензације, као што је додир.

Тешкоће у учењу. Деца са ЦП могу имати потешкоћа у обради одређених врста просторних и слушних информација. Оштећење мозга може утицати на развој језика и интелектуалног функционисања.

Инфекције и дуготрајне болести. Многи одрасли са ЦП имају већи ризик од болести срца и плућа, и упале плућа (често од удисања хране у плућа), од оних без поремећаја. Контрактуре. Мишићи могу постати болно фиксирани у абнормалне положаје, назване контрактуре, што може повећати спастичност мишића и деформације зглобова код особа са ЦП.

Малнутриција. Гутање, сисање или потешкоће с храњењем могу отежати многим особама са ЦП, нарочито бебама, да добију правилну исхрану и да добију или одрже тежину. Стоматолошки проблеми. Многа деца са ЦП су изложена ризику од развоја болести десни и каријеса због лоше хигијене зуба. Одређени лекови, као што су лекови за епилепсију, могу погоршати ове проблеме.

Неактивност. Неактивност у детињству повећава код деце са ЦП због оштећења моторних центара мозга који производе и контролишу добровољне покрете. Док деца са ЦП могу имати повећану потрошњу енергије током активности свакодневног живота, оштећења покрета им отежавају да учествују у спорту и другим активностима на довољно интензивном нивоу да развију и одрже снагу и фитнес. Неактивне одрасле особе са инвалидитетом показују повећану озбиљност болести и смањено укупно здравље и благостање.

Како се дијагностикује церебрална парализа?

Већина деце са церебралном парализом дијагностикује се током прве 2 године живота. Али ако су симптоми детета благи, лекару може бити тешко да постави поуздану дијагнозу пре 4. или 5. године живота. Лекари ће тражити низ тестова за процену моторичких способности детета. Током редовних посета, лекар ће пратити развој детета, раст, мишићни тонус, моторну контролу која одговара старости, слух и вид, држање и координацију, како би се искључили други поремећаји који би могли изазвати сличне симптоме. Иако се симптоми могу мењати током времена, ЦП није прогресиван. Ако дете стално губи моторичке способности, проблем је вероватно нешто друго шта није ЦП - као што су генетска или мишићна болест, поремећај метаболизма или тумори у нервном систему. Лабораторијски тестови могу да идентификују друга стања која могу изазвати симптоме сличне онима који су повезани са ЦП. Неуроимагинг технике које омогућавају лекарима да гледају у мозак (као што је МР скенирање) могу да открију деформације које указују на потенцијално лечење поремећаја кретања.

Неуроимагинг методе укључују: Ултразвук кранијума (лобање) користи звучне таласе високе фреквенције како би произвео слике мозга младих беба. Користи се за прерано рођене бебе високог ризика, јер је најмање интрузиван у техникама снимања, иако није тако успешан као компјутеризована томографија (ЦТ) или магнетна резонанца (МР) при снимању суптилних промена у белој материји - типу можданог ткива које је оштећено у ЦП.

- Компјутеризована томографија (ЦТ) користи к-зраке за стварање слика које показују структуру мозга и подручја оштећења.

- Магнетна резонанца (МР) користи компјутер, магнетно поље и радио таласе да би се створила анатомска слика ткива и структура мозга. МР може приказати локацију и врсту оштећења и нуди финије нивое детаља него ЦТ.
- Други тест, електроенцефалограм (ЕЕГ), користи серију електрода које су или залепљене или привремено залепљене на скалп (кожу главе) да би се открила електрична активност у мозгу. Промене у нормалном електричном обрасцу могу помоћи да се идентификује епилепсија.

Да ли се одрасли са церебралном парализом суочавају са посебним здравственим изазовима?

Прерано старење. Већина појединаца са ЦП ће искусити неки облик прераног старења до тренутка када достигну 40 година због додатног стреса и напора који болест оставља на њихова тела. Развојна кашњења која често прате ЦП одржавају неке органске системе до њиховог пуног капацитета и нивоа перформанси. Као последица тога, органски системи као што су кардиоваскуларни систем (срце, вене и артерије) и плућни систем (плућа) морају радити више и прерано старе.

Функционална питања о послу. Свакодневни изазови на радном месту ће вероватно порасти кад запослена особа са ЦП достигне средње године. Неки појединци ће моћи да наставе да раде уз адаптације, као што су прилагођен распоред рада, помоћна опрема или чести периоди одмора.

Депресија. Питања менталног здравља такође могу бити забрињавајућа јер се код особа са церебралном парализом повећају. Стопа депресије је три до четири пута већа код особа са инвалидитетом као што је церебрална парализа. Изгледа да је то повезано не толико са тежином инвалидитета, већ са како се они носе са њиме. Количина емоционалне подршке коју неко има, колико су успешни у суочавању са разочарењем и стресом, и да ли имају или не оптимистичан поглед на будућност имају значајан утицај на ментално здравље.

Пост трауматски синдром. Овај синдром обележава комбинација бола, умора и слабости услед абнормалности мишића, деформитета костију, синдрома прекомерне употребе (понекад се називају и повреде које се понављају) и артритиса. Умор је често изазов, јер појединци са ЦП

морају користити до три до пет пута већу количину енергије коју користе радно способни људи када ходају и крећу се.

Остеоартритис и дегенеративни артритис. Мишићно-скелетне абнормалности које не могу изазвати нелагодност у детињству могу узроковати бол у одраслом добу. На пример, абнормалне везе између зглобних површина и прекомерне компресије зглобова могу довести до раног развоја болног остеоартритиса и дегенеративног артритиса. Појединци са ЦП такође могу имати ограничену снагу и ограничене обрасце кретања, што их доводи у опасност од синдрома претеране употребе и захвата нерва.

Бол. Појединци са ЦП могу имати бол који може бити акутан (обично долази брзо и кратко траје) или хроничан, а најчешће га доживљавају у куковима, кољенима, глежњевима и горњим и доњим леђима. Појединци са спастичним ЦП могу имати повећан број болних места и лошију бол од оних са другим типовима церебралне парализе. Превентивни третман у циљу корекције скелетних и мишићних абнормалности рано у животу може помоћи да се избегне прогресивно накопљање стреса и напрезања које узрокује бол. Дислоцирани бокови, који могу изазвати бол, могу се оперативно поправити.

Остала медицинска стања. Одрасли имају већу стопу од других медицинских стања која су другачија од њихове церебралне парализе, као што су хипертензија, инконтиненција, дисфункција мокраћне бешике и потешкоће са гутањем. Сколиоза ће вероватно напредовати након пубертета, када кости сазре у свој коначни облик и величину. Особе са ЦП такође имају већу учесталост прелома костију, које се најчешће јављају током физикалних терапија.

4 МЕТОДОЛОГИЈА ИСТРАЖИВАЊА

4.1. ПРЕДМЕТ ИСТРАЖИВАЊА

Мере подршке и превенције са децом која имају церебралну парализу

4.2. ЦИЉ ИСТРАЖИВАЊА

Циљ истраживања: Усмерен на дизајн структуре и реализацију моделног моторичког ИОП-а за дете са церебралном парализом у предшколском.

Задаци:

- Идентификација персоналног профила деце са церебралном парализом
- Идентификација структуре и културе вртића

- Алгоритма моторичких вежби и активности деце са церебралном парализом
- Израда, доношење и примена ИОП-а

4.3. КОНТЕКСТ ИСТРАЖИВАЊА

Истраживање је вршено у предшколској установи "Бошко Буха" у Инђији, током марта и априла 2022. године.

4.4. МЕТОДЕ ИСТРАЖИВАЊА

У истраживању је коришћена метода посматрања.

СТРАТЕГИЈЕ ВАСПИТАЧА КОД ИОП-А ЦЕРЕБРАЛНЕ ПАРАЛИЗЕ

ПУ“Бошко Буха“ Инђија

Име и презиме детета: Марија Винчић

Датум рођења: 01.09.2016.

ППП при ОШ“ Душан Јерковић“

Васпитач Данијела Ђурић, Кристина Ангелов стручни сарадник Снежана Прелић

Образац 3 - ПЛАН МЕРА ИНДИВИДУАЛИЗАЦИЈЕ

Процена потреба за подршком				
Мере/врста подршке	За које активности, односно предмете/области	Кратак опис мере/врсте подршке	Циљ пружања подршке	Реализује прати (ко

<p>Прилагођавање метода, материјала и учила</p> <p>(мере индивидуализације)</p>	<p>Учење и како учи</p> <p>Комуникацијске вештине</p>	<p>Задаци треба да буду једноставни а налози кратки, подстицати</p> <p>издвајање појединачних предмета из групе којој припадају, или обрнуто обједињавање неколико предмета у једну групу</p> <p>-упоређивање две слике проналажењем сличности и разлика између њих, тражење одређеног предмета у мноштву других предмета</p> <p>-да на основу сенке или ситнијих детаља препозна предмет и да одреди величину и облик итд....</p> <p>Богађење речника применом различитог дидактичког материјала ,сликовница, слагалица,пазли ,илустрација, покретне игре ,приче по сликама</p> <p>-подстицати дете да изговара фразе и кратке реченице,</p> <p>-учити је да правилно употребљава предлоге ,на,у,испред,иза,поред</p> <p>Да препознаје именице и одреди им род</p> <p>Да саставља просте и сложене</p>	<p>Развој мишљења, пажње ,памћења</p> <p>Богађење речника</p> <p>Формирање граматичких конструкција у говору</p>	<p>Васпитање свакодневно кроз васпитање образовних</p> <p>Родитељски</p> <p>Лични пројекат</p> <p>Васпитање свакодневно</p> <p>Родитељски</p> <p>Лични пројекат</p>
---	--	---	---	--

		<p>реченице</p> <p>Да описује неке догађаје, бајке</p> <p>Укључивање у комуникацију са другом децом поготово ван боравка</p> <p>.да повлачи разне линије праве, испрекидане криве, да боји цртеже, да шрафира цртеже,....</p>	Припрема руке за писање	
<p>Прилагођавање простора/услова у којима се активности односно учење одвија</p> <p>(нпр. отклањање физичких баријера, специфична организација и распоред активности и сл.)</p>				
<p>Прилагођавање начина праћења развоја детета, односно провере постигнућа и оцењивања ученика</p>				
<p>Остале мере подршке</p> <p>(уколико их има, навести)</p>		<p>Третман дефектолога, приватно 3 пута недељно, и једном недељно долази дефектолог у школу на пола сата.</p>		

ДИНАМИКА ИСТРАЖИВАЊА

Идентификација персоналног профила детета са церебралном парализом

У предшколској установи у групи налази се једна девојчица која има церебралну парализу. Овој девојчици је неопходна помоћ у групи да се креће, да са осталом децом се игра за столом и ван њега, поред васпитача, већ 3 године има подршку личног пратиоца. Девојчица отежано хода, и ослабљена јој је моторика шаке. Податке о детету које сам унела у педагошки профил прикупила сам свакодневним праћењем детета у групи кад смо заједно са децом, кад смо у дворишту вртића, док смо у кухињи и једемо, кад одлази са мном из школе кући и долази. За ову девојчицу заједно са тимом за инклузију сам направила ИОП који ће њој помоћи да заједно са осталом децом може неометано да обавља активности.

Образац 2 - Педагошки профил

ПЕДАГОШКИ ПРОФИЛ _____ Марија Винчић _____ ВАСПИТАЧИ: _____ Кристина Ангелов, Данијела Жугић Ђурић _____ СТРУЧНИ САРАДНИК: Маја Гак	
Потребе за подршком	
Б.1 Учење и како учи (издвојити важне чињенице о начинима делања у ситуацијама учења и развоју диспозиција ¹ односно о досадашњим образовним постигнућима, стиловима учења, ставовима према школи, мотивацији за учење, интересовањима, областима и специфичним и како се ови аспекти понашања испољавају у различитим ситуацијама) ²	
Март 2022. При доласку у школу, Марија је видно расположена, увек се поздравља, и у групи борави четири сата. Свакодневно после ужине пита када ће ићи кући. Пажња јој је краткотрајна, има потребу да мења активности. Уз помоћ одрасле особе успе да се задржи мало дуже на одређеној активности. Марија правилно држи оловку, али нема адекватан притисак како би направила облик или линију, не воли да боји дрвеним бојицама, већ воденим бојама. Није примећено да зна да спаја тачке. Слагалица је привлачи, али не успева да савлада. Зна боје, да набраја воће и поврће, и уме да класификује. Уме до десет да броји. Воли покретне и динамичне игре. Нема развијену моторику шаке, нити лако манипулише предметима. Лоша оријентација, често пита где се одређен предмет налази. Воли музику, и са лакоћом понавља речи у песми. Реагује на похвалу.	Потребно усмеравање и подстицај одрасле особе за укључивање у активности, и за обављање задатака.

¹Односи се на дете у предшколском васпитању и образовању

²Односи се на ученика у основном и средњем образовању и васпитању и полазника у ФООО

Б.2 Социјалне вештине (издвојити важне чињенице о односима са другима, одраслима и вршњацима, поштовању правила и и реаговању у различитим социјалним ситуацијама)

Марија од треће године похађа вртић.

Марија има личног пратиоца, и све време у групи остаје са њом. Реагује на налоге, али не преферира увек да их извршава. Кратко се заинтересује за активности деце, приђе сама деци.

Кад бораве напољу, држи се старије особе, тада изостаје игра и интеракција са другом децом.

Кад је фрустрирана, реагује љутњом, вриском, и плакањем.

Увек се поздравља кад долази у школи и кад одлази, често тражи и физички контакт са васпитачицама и одазива се на прозивци.

Од стране деце је прихваћена, деца јој радо помажу кад затреба.

Учествује у групним рутинама, одлазак на доручак, одлазак у тоалет, увек у пратњи пратиоца.

Потребна подршка да се чешће укључује у интеракцију са вршњацима, посебно ван боравка.

Б.3 Комуникацијске вештине (издвојити важне чињенице о начинима размене информација са другима, укључујући и степен познавања језика на коме се одвија образовно васпитни процес, као и могућност коришћења вербалних, визуелних и симболичких средстава комуникације)

Марија уме да препознаје и именује делове тела, зна да каже кад нешто жели, говор јој је разумљив, али не зна да каже слово Л. Разуме налоге, али их не извршава увек радо.
Реагује на дозивање, краткотрајно одржава контакт погледом. Зна да се поздрави, зна имена познатих особа.

Потребна подршка у разумевању задатих налога и успостављање контакта очима, користити што више сликовни и тродимензионални материјал.

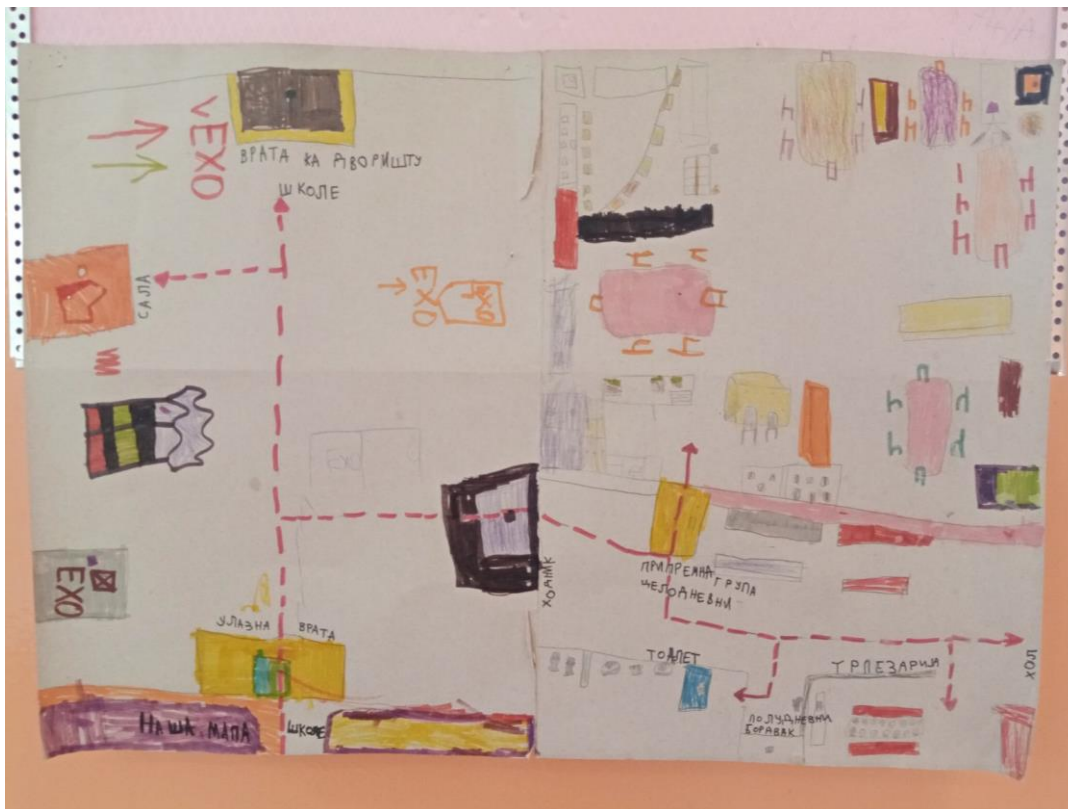
Б.4 Самосталност и брига о себи (издвојити важне чињенице о способности старања о себи и обављању свакодневних активности код куће и у вртићу/школи)

Потребна помоћ одрасле особе током одласка у тоалет, уме да се скине и обуче део одеће, али чешће то ради одрасла особа. Уме да опере руке и да се обрише.
Зна да обави тоалет и да тражи кад жели да иде.
Потребна јој је помоћ приликом облачења и обувања, уме да сама једе прстима ситне залогаје и кашиком, не уме да користи виљушку. Најчешће је мајка храни или лични пратиоц.
Препознаје своје личне ствари.

Потребна подршка у обављању хигијенских навика и да се осамостали приликом свакодневних рутина исхране и хигијене.

Б.5 Утицај спољашњег окружења на учешће, развој и учење (издвојити важне чињенице о породичним и другим условима који могу да утичу на добробит, укључивање, учење и напредовање)	
Укључена је у третман дефектолога, приватно 3 пута недељно, и једном недељно долази дефектолог у школу на пола сата. Марија је друго дете, млађе дете у породици, има старијег брата. Укупно четири члана.	
Идентификоване приоритетне области и потребе за подршком у образовању и васпитању:	Додатна подршка за коју је потребно одобрење интерресорне комисије:
Учење и мотивација Самосталност и брига о себи	

Идентификација структуре и културе вртића



Мапа вртића

Након што смо нацртали мапу, обишли смо омиљена места у школи.



Слика 1

Девојчица осмишљава кореографију са другарима у просторној целини за звук и покрет. Девојчица се најдуже задржава у овој просторној целини. Воли да игра уз музику, да учи нове песме и покрете.



Слика 2

У соби су изложени дечији радови као и производи деце из разних пројеката. Уз помоћ васпитача и личног пратиоца девојчица се укључује у разне активности.



Слика 3

Девојчица уз подршку васпитача осликава паукову мрежу у склопу пројекта. Највише воли да користи водене боје и темпере, као и да црта на поду или штафелају.



Слика 4

Двориште школе. Слободно кретање кроз двориште школе, подстицање самосталности.



Слика 5

Ходник који води до учионице и кухиње. Идеално место за извођење моторичких активности. Као свакодневни ритуал, деца су сама увела да различитим облицима кретања ходање, трчање, пењање и силажење са клупе, ходање по исцртаним ходнику, на путу до трпезарије, сале и назад. Девојчица са васпитачем и личним пратиоцем свакодневно вежба у ходнику.



5. ЗАКЉУЧАК

Питање квалитетног образовања деце са тешкоћама у развоју последњих година и код нас покреће бројне теоријске расправе, истраживања, промене закона и реформу образовног система у целини. Анализа постојећег стања указује на то да је део нашег образовног система који је намењен деци са тешкоћама у развоју нефункционалан и неефикасан у многим битним елементима. Кључни проблем је како изградити образовни систем који ће уважавати индивидуалне разлике деце са тешкоћама у развоју и омогућити њихово укључивање у редовне предшколске установе и школе у складу са нашим условима и могућностима.

Моделни моторички ИОП је у складу са новим основама програма ВОР-а реализован је у потпуности и резултати истог су били очекивани. На нивоу установе формиран је тим за инклузију где смо на састанцима једном недељно разговарали о постављеним задацима и постигнутим циљевима.

Коначни резултат нашег рада је био у потпуности задовољавајући по дете што је испунило очекивани циљ. На основу постигнутих резултата израдили смо предлог ИОП-а који ћемо у наредном периоду реализовати.

Разматрање проблема који се односе на децу са тешкоћама у развоју је последњих деценија изузетно актуелно у свим друштвима која улазе, или су већ ушла у процес реформе. Јављају се бројни реформски покрети који настоје да реше проблеме деце са тешкоћама у развоју, при чему је посебна пажња посвећена проблемима образовања ове деце и стварању адекватних услова за њихов развој и учење. Сагледавање недостатака постојећег образовања деце са тешкоћама у развоју довело је до идеје о инклузивном образовању које подразумева укључивање ове деце у редовне предшколске и школске установе, у циљу стварања услова за њихово квалитетно

образовање и укључивање у друштво. Инклузивно образовање, као пракса, постоји већ годинама у многим развијеним земљама дајући мање или више позитивне резултате. Без обзира на бројне предности које инклузија пружа свим учесницима, многи фактори отежавају њену успешну реализацију па се процес увођења инклузивног образовања у многим земљама одвија тешко и споро.

Постојеће препреке се углавном односе на неприлагођене образовне системе, неприпремљеност предшколских и школских установа, недостатак финансијских средстава и постојање предрасуда и на њима заснованих негативних ставова и њихових родитеља према деци са тешкоћама у развоју.

Процес укључивања деце са тешкоћама у развоју у редовне установе је изузетно сложен и условљен је бројним факторима који се тичу не само услова у установама већ и ширег друштвеног контекста, а који се у различитој мери могу позитивно или негативно одразити на квалитет овог процеса.

Свако од нас има право на лично мишљење о самој идеји инклузије и о оствареним досадашњим резултатима инклузивног процеса у пракси. Неке идеје и ставови се дијаметрално разликују, а неке се делимично подударају. Инклузија почиње од прихватања различитости међу децом. Стварање инклузивног окружења стимулише на поштовање и уважавање различитости. Највећи број деце се први пут у животу укључује у васпитно-образовни процес у предшколској установи. Негативна искуства из овог периода се лоше рефлектују на развој детета.

Васпитач често активно проводи највише времена са дететом у току дана. Због тога је његов утицај на развој детета веома значајан. Улога васпитача у процесу инклузије је значајна и односи се: на укључивање детета са посебним потребама у васпитно-образовни процес, сарадњу са родитељима и стручним тимовима. Квалитетна сарадња треба да допринесе развијању психосоматских потенцијала детета са тешкоћама у развоју.

Анализом података добијених овим истраживањем могу се извести следећи закључци:

У детекцији и дефинисању сензорних и моторичких развојних поремећаја важни су сви стручни сарадници и васпитачи, који кроз заједничко деловање пружају подршку детету. Пажљивим и

систематским планирањем поступака и мера могуће је ублажити и делимично отклонити сензорне и моторичке развојне поремећаје код детета предшколског узраста. У рехабилитацији деце са развојним поремећајима у вртићу велику улогу има најпре васпитач, а са њим и сви остали актери у васпитно-образовном процесу.

С обзиром на то да се већ на веома раном узрасту могу уочити поремећаји у сензорном и моторичком развоју деце, њихово благовремено препознавање омогућује примену раног третмана и води бољим резултатима, у односу на касније укључивање у интервентне програме. То је нарочито значајно у контексту утврђене предиктивне улоге моторичких способности за развој говорно-језичких способности, тежину симптома аутистичког поремећаја и обрасце адаптивног понашања.

Литература

1. Ајрес, А. Ј. (2002). Дијете и сензорна интеграција, Наклада Слуп: Јастребарско.
2. Бала, Г., Стојановић, М. (2007). Мерење и дефинисање моторичких способности деце. Нови Сад: Факултет спорта и физичког васпитања.
3. Бојанин, С. (1985). Неуропсихологија развојног доба и општи реедукативни метод. Београд: ЗУНС.
4. Брковић, А. Д. (2011). Развојна психологија. Чачак: Светлост. ИСБН: 978-86-911757-4-0.

5. Ђордић, А., Бојанин, С. (1997). Општа дефектолошка дијагностика. Београд: ЗУНС. ИСБН: 86-17- 05978-8.
6. Georgievna Prihodko, O. (2013). Интердисциплинарна процена и третман сметњи у развоју код деце у првим годинама живота. Специјална едукација и рехабилитација данас. *Зборник радова*. Београд: Универзитет у Београду – Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију.
7. Косинац, З. (2009). Игра у функцији потицаја усправног става и равнотеже у дјече развојне доби. Живот и школа. Сплит: Свеучилиште у Сплиту. Бр. 22, стр. 11-22.
8. Костић, Ђ., Владисављевић, С. (1995). Говор и језик детета у развоју. Београд: Завод за уџбенике и наставна средств.,.
9. Марковић, О., Арсић, Ј. (2011). Рана интервенција и третман деце са сметњама у развоју. *Понс. Мед. Ч.* 8(4):138-145.
10. Милановић, И., Радисављевић Јањић, С., Чапрић, Г., Мирков, Д. (2016). Приручник за праћење физичког развоја и развоја моторичких способности ученика у настави физичког васпитања. Београд: Завод за вредновање квалитета образовања и васпитања. Тираж 1500. ISBN-978-86-86715-61-6.
11. Нишевић, С. (2016). Базичне академске вештине деце са развојним поремећајем координације. *Докторска дисертација*. Београд: Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију.
12. Обрадовић, М. (2002). Општа кинезитерапија са основама кинезиологије. Подгорица: Универзитет Црне Горе. 49-50; 369-376.
13. Рајовић, Р. (2010). НТЦ систем учења: методички приручник за васпитаче. Корелација налаза вестибуларних и кохлеарних одговора испитаних код деце у прелингвалном периоду и на узрасту од 3 до 5 година.
14. Сретенов, Д. (2008). Креирање инклузивног вртића. Београд: Друштво психолога Србије.
15. Хрњица, С. и сар. (1991). Ометено дете. Београд: Завод за уџбенике и наставна средства.
16. Шакић, Н. (2018). Симптоми сензорног поремећаја код деце различитих узраста. Зелена учионица.

ЛИТЕРАТУРА

1. Братковић, Д.(2007). *Инклузивно образовање – перспективе у Србији и искуства из окружења*. Појам и значај инклузије 22-23, Београд: удружење студената са хендикепом
2. Б.(2007). *Сарадња са породицом детета са посебним потребама Зборник радова ВШССОВ 2007. Кикинда* : Висока школа струковних студија за образовање васпитача.
3. Митић. М.(2011) *Дете са сметњама у развоју – потребе и подршка*. Београд: Републички завод за социјалну заштиту.
4. Савић, А., Радивојевић, Д. (1999). *Церебрална парализа: приручник за родитеље деце оболеле од парализе церебралне*. Београд: Специјална болница за церебралну парализу и развојну

неурологију. Савић, А. Радивојевић, Д. Цар- Ковачевић, Н., Игњатовић, П.(1997). Клиничка слика деце са церебралном парализом. У А.Савић. Детињство, хабилитација, интеграција Београд: Завод за церебралну парализу и развојну неурологију.

5. Радуловић, Д. , Башчаревић, Д. , Бошковић, М., & Остојић, С. (2015). *Функционалне и когнитивне способности код деце са церебралном парализом узраста 4- 6 година.*

6. Златаревић, В. Михајловић, М.ЦИП – центар за интерактивну педагогију Београд (2013) . *Механизми подршке детету са тешкоћама при преласку на следећи ниво обавезног образовања у „редовном васпитном систему“ .*

