

**ВИСОКА ШКОЛА СТРУКОВНИХ СТУДИЈА ЗА ВАСПИТАЧЕ И ПОСЛОВНЕ
ИНФОРМАТИЧАРЕ - СИРМИЈУМ**

**ИЗВЕШТАЈ О ОЦЕНИ ЗАВРШНОГ МАСТЕР
РАДА**

I ПОДАЦИ О КОМИСИЈИ:

1. Датум и орган који је именовао комисију:

15.12.2022. Наставно стручно веће ВШССВПИ Сирмијум, Сремска Митровица

2. Састав комисије са назнаком имена и презимена сваког члана, звања, назива уже научне области за коју је изабран у звање, и назив високе школе струковних студија и установе у којој је члан комисије запослен:

- Др Дејан Савичевић, професор струковних студија, уже научна област: физичко и здравствено васпитање, ВШССВПИ Сирмијум, Сремска Митровица
- Др Тања Панић, професор струковних студија, уже научна област: психолошка група предмета, ВШССВПИ Сирмијум, Сремска Митровица
- Марија Новаковић, мастер васпитач, ПУ „Полетарац“, Стара Пазова

II ПОДАЦИ О КАНДИДАТУ:

1. Име, име једног родитеља, презиме:

Марија, Ђорђе, Бурсаћ

2. Датум рођења, општина, Република:
18.05.1990. Савски Венац, Република Србија

3. Година уписа на мастер струковне студије, студијски програм:
2021. година

III НАСЛОВ ЗАВРШНОГ РАДА:

**МОНИТОРИНГ И РАНА СТИМУЛАЦИЈА КОД ДЕЦЕ СА ЦЕРЕБРАЛНОМ
ПАРАЛИЗОМ**

IV ПРЕГЛЕД ЗАВРШНОГ РАДА:

Навести структуру и кратак садржај завршног рада, начин приказивања резултата , прилоге (ако их рад садржи), укупан број страница и сл.

(до 250 речи)

Завршни рада кандидата Марије Бурсаћ је написан на 64 стране А4 формата, пет поглавља, табела и слика. Након јасно дефинисаног увода, у оквиру теоријског приступа истраживању и прегледа релевантне литературе, описане су карактеристике церебралне парализе, њена дефиниција и основни појмови. Истакнут је значај породице у раној стимулацији . Сагледана је улога породице у раној стимулацији церебралне парализе и са којим проблемима се суочавају породице чијем је детету она потребна. Анализиран је пројектни приступ у учењу деце у дефинисању проблему проучавања.

Истражено је који су све то стручни тимови за пружање ране стимулације као и који су то основни принципи. На шта утиче рана стимулација као и која је улога васпитача и стручног тима у вртићу.

Истражено је који су то природни материјали подстицајни за развој моторног система код деце оболеле од церебралне парализе.

Треће поглавље је посвећена методологији истраживања и анализи резултати истраживања.

Полазећи од предмета истраживања и имајући у виду циљ и задатке, као и постављене хипотезе, истраживање је изведено дескриптивном методом и методом теоријске анализе.

Предмет истраживања је утицај моторичких вежби на усавршавање способности седења деце са церебралном парализом-значај простора за позитиван исход. У складу са тиме креирана је специјализована просторна целина која садржи средства која омогућавају олакшано седење и положаје којима се ојачавају одређене мишићне групе - струњаче, јастуци, пилатес лопте, мале лопте, подни степери, простирке, подне греде, еластичне траке и

Дат је предлог вежби у просторној целини и анализе добијених резултата. Циљ вежби које смо примењивали је да кроз понављање којим се уче нормални обрасци положаја седења и покрета, развијање баланса и равнотеже да се циљано ојачавају мишићи тупа и кичменог стуба како би деца овладали способношћу самосталног положаја седења у што дужем временском интервалу.

Тиме је утврђено да је временски оквир способности седења код деце са церебралном парализом знатно дужи него пре почетка истраживања. Добијени резултати су представљени путем табеле, а интерпретација резултата је урађена дескриптивном статистичком методом на основу којих је конципиран закључак завршног рада.

V ВРЕДНОВАЊЕ ЗАВРШНОГ РАДА:

Навести да ли је завршни рад урађен у складу са образложењем наведеним у пријави теме, да ли садржи све битне елементе, посебно истаћи у чему је стручни допринос завршног рада, издвојити недостатке (ако их рад има)

(до 500 речи)

Кандидат Марија Бурсаћ је завршни мастер рад урадила у складу са образложењем датим у пријави теме за завршног мастер рада и стандардима за израду завршног рада. У завршном раду обухватила је и применила знања која се односе на стратегије планирање васпитача у раној стимулацији деце са церебралном парализом, оптимизацији моторичког статуса деце са церебралном парализом и студијом случаја представила значај формирања срединских, социјалних услова и моторичких образаца који су важни за децу са церебралном парализом, као и значај партнерства породице и предшколске установе.

Циљ ране стимулације приказане у овом завршном раду која је примарни задатак актуелног практичара - васпитача, осим подршке детету кроз развијање јаке емоционалне везе са њим, јесте и креирање амбијента, снажних сарадничких односа међу децом и система моторичких вежби и активности којима ће помоћи развој психомоторног и когнитивног домена, уз константно праћење и вођење документације о оствареним резултатима. Квалитетна сарадњом са стручним тимом, омогућава васпитачима лакшу инклузију и интеграцију ове деце у вршњачке групе, утиче на ниво њихове мотивисаности да истрају у извођењу задатака и стекну и развију одређене животно практичне способности. Истраживачки рад је указао на значај холистичког приступа у раној стимулацији и укључивање девојчице Б. И. и М.Л. у вршњачку групу и социјалну припадност вршњачкој групи. Комплексом превентивних и терапеутских моторичких вежби постигнути су бољи резултати у снази и снажној издржљивости мускулатуре абдомена и кичменог стуба, што ће, даљим понављањем истих и сличних вежби допринети продужавању временског интервала седења код обе девојчице, у циљу припреме за полазак у школу. Дизајнирани моторички програм у трајању од 90 дана усмерен на кинезитерапијске вежбе за јачање и флексибилност постуралног статуса деце предшколског узраста допринео је креативнијем васпитно - образовном приступу у раду са децом са церебралном парализом и бржем и ефикаснијем укључивању деце у вршњачку групу као равноправног члана заједнице која учи.

Комисија оцењује да је завршни рад кандидата Марије Бурсаћ самостално дело, позитивно оцењује структуру и садржај рада, начин приказа и интерпретације резултата и решења практичног проблема у пракси вртића, чиме је кандидат одговорио на све захтеве завршног мастер рада.

VI КОНАЧНА ОЦЕНА ЗАВРШНОГ РАДА И ПРЕДЛОГ:

На основу укупне оцене рада, комисија предлаже:

- да се завршни рад прихвати а кандидату одобри одбрана
- да се завршни рад враћа кандидату на дораду (да се допуни односно измени) или
- да се завршни рад одбија

ПОТПИСИ ЧЛАНОВА КОМИСИЈЕ

др Дејан Савичевић, проф.

Ментор

др Тања Пашић

Председник Комисије

Марија Новаковић
мастер струковни васпитач

Члан Комисије

Марија Новаковић

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

Мастер рад

**Мониторинг и рана стимулација код деце са церебралном
парализом**

Ментор:

др Дејан Савичевић, проф.

Студент:

Марија Бурсаћ

Број индекса: 13/2020--М

Сремска Митровица, 2025.

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

Мастер рад

**Мониторинг и рана стимулација код деце са церебралном
парализом**

Ментор:

др Дејан Савичевић, проф.

Студент:

Марија Бурсаћ

Број индекса: 13/2020--М

Сремска Митровица, 2025.

Апстракт

Церебрална парализа је хронични, непрогресивни поремећај који настаје као последица централних траума у пренаталном, перинаталном или раном постнаталном периоду. Као родитељ који се суочава у својој породици са дететом које болује од церебралне парализе, и као васпитач који у својој групи ради са децом којој је потребна додатна и посебна подршка јер имају церебралну парализу, одлучила сам да овој теми посветим посебну пажњу како бих и свом детету помогла да спремно крене у школу, а један од услова је да дете развије способност седења у потребном временском трајању. Управо из тог разлога, осећам потребу и као родитељ и као васпитач да омогућим деци да у што је могуће већој мери креирам окружење у ком ће овакво дете боравити на такав начин да простор делује развојно подстицајно на његове потребе, како би се циљано деловало на оне сегменте развоја који су у датом моменту најзначајнији за даљи дететов напредак.

За потребе овог рада, биће приказан теоретски приступ церебралној парализи на предшколском узрасту, раној стимулацији и ефектима који се њом добијају, као и приказ вежби за оспособљавање деце са церебралном парализом за седење у циљу припреме за полазак у школу и лакшег боравка у овој инсититуцији и наредном степену образовања.

Кључне речи: церебрална парализа, моторички развој, припрема за школу.

Садржај:

Апстракт	3
Садржај:	4
1. Увод	5
2. Теоријски део.....	7
2.1. Церебрална парализа-дефиниција и основни појмови	7
2.2. Преглед ранијих истраживања	12
2.3. Како се подстиче развој предшколског детета	14
2.4. Рана стимулација на предшколском узрасту	17
2.4.1. Улога породице у раној стимулацији	18
2.4.2 Стручни тимови за пружање ране стимулације.....	22
2.4.3. Основни принципи раних стимулативних програма.....	23
2.4.4. Са каквим проблемима се суочавају породице чијем је детету потребна рана стимулација	24
2.4.5. На шта утиче рана стимулација.....	25
2.4.6. Природни материјали као подстицај развоја моторног система код деце оболеле од церебралне парализе	29
2.4.7. Улога васпитача у раној стимулацији деце са церебралном парализом..	31
3. Методолошки део	36
3.1. Предмет истраживања	38
3.2. Проблем истраживања.....	38
3.3. Циљ истраживања.....	38
3.4. Задаци истраживања	38
3.5. Хипотезе истраживања	39
3.6. Подаци о учесницима истраживања и временски оквир.....	40
3.7. Методе истраживања	40
3.8. Ток истраживања	40
3.8.1. Креирање специјализоване просторне целине.....	41
3.8.2. Предлог вежби у просторној целини и анализа добијених резултата.....	49
3.9. Дискусија	55
4. Закључак	57
Коришћена литература.....	59

1. Увод

Према савременим програмима предшколског образовања и васпитања, деца са церебралном парализом похађају редовне предшколске установе према посебним програмима, које реализују васпитачи у сарадњи са стручним лицима. Социјална и друштвена интеграција ове деце у редовне групе је велики корак ка њиховом бољем емоционалном, социјалном, когнитивном и моторичком развоју. Дете не треба да се осећа другачије од остале деце, чак и онда када то заиста јесте. Потребно је да му пружимо подршку и помоћ да буде део вршњачке групе, део игре и део света ком припада, а то је свет детињства. Свако дете, имало оно сметње у развоју, или не, има право на квалитетно образовање. Сва деца имају право да стичу основно знање и вештине у најближем вртићу или школи, у друштву својих вршњака. Део предшколског васпитања и образовања јесте и физичко васпитање у које се укључују и деца са сметњама у развоју, које прате предмети и циљеви као и сву другу децу, док се задаци прилагођавају њиховим способностима и потребама.

Образовање деце са проблемима у развоју не сме да зависи од добре воље појединаца, а са друге стране, мора да се нагласи да су многи током претходних година показали задивљујући ентузијазам, посвећеност и упорност, реализујући инклузивне програме у вртићима и трудећи да се кроз игру и игралике активности, деци са посебним потребама омогуће да буду део групе уживајући у раду са њима.

Партиципација деце путем игре доприноси њиховом личном развоју, подизању њиховог самопоуздања, сазнајних способности, друштвених вештина, а тиме се стиче и поштовање вршњака. Због моторичких проблема, деца са церебралном парализом имају ограничено искуство учешћа у интеракцијама са другом децом, а уједно, и ограничене физичке активности. Квалитет живота и учешће у друштву, посебно у мери у којој деца са церебралном парализом имају могућност да буду укључени и да уживају у слободним активностима код куће и у заједници, представљају проблем ком је потребно посветити далеко више пажње. Иако се игра основна активност деце, па и оне са церебралном парализом, програми рехабилитације се базирају на терапијске интервенције искључујући игру као мотив који би поспешео можда очекивани успех.

Децу са церебралном парализом треба у оној мери у којој је то могуће припремити за наредни степен образовања, па је у том смислу важно поради на њиховим моторичким способностима, а једна од њих је и могућност седења у одређеном временском интервалу. Циљ овог рада је да се истраже могућности вежби и активности којима се може обезбедити да деца са овим поремећајем стекну способност седења у оној мери у којој је то потребно за школски систем образовања. Закон каже да дете са церебралном парализом има право на образовање и васпитање које уважава његове образовне и васпитне потребе у редовном систему образовања и васпитања, у редовном систему уз појединачну, односно групну додатну подршку или у посебној предшколској групи или школи (Закон о основама система образовања и васпитања, „Службени гласник РС“ 72/09 од 3.септембра 2009).

2. Теоријски део

2.1. Церебрална парализа-дефиниција и основни појмови

Први клинички опис церебралне парализе дао је 1861. године, енглески лекар, хирург Вилијам Ослер, спомињући је у наслову своје монографије, 1889. Године термином „Cerebral Palsy“, који се и званично почетком шездесетих година XX века прихвата као најадекватнији термин за ово стање. Постоји велики број дефиниција којима се покушава објаснити суштина овог стања, а данас је најприхваћенија она која каже да је ово непрогресивно оштећење мозга и упорно, али не и непроменљиво стање које настаје услед веома раног оштећења оних делова мозга који контролишу покрете и став. Према савременијим дефиницијама Mutch-a и Hagberg-a (1992) које наводи Андрејић (2015), критеријум укључивања моторичких поремећаја у дефинисању церебралне парализе поставља пет услова:

1. церебрална парализа је заједнички назив за скуп моторичких поремећаја, покрета и/или положаја, те моторичких функција;
2. она је резултат је поремећаја функције мозга (моторичког кортекса, кортикоспиналних путева, базалних ганглија, церебелума и екстрапирамидалних путева);
3. то је поремећај који се клинички очитује у раном детињству, трајан је али променљив;
4. оштећење функције мозга последица је непрогресивних патолошких процеса, најчешће: васкуларних поремећаја, хипоксије, инфекција, те развојних поремећаја мозга, укључујући и хидроцефалус;
5. и наведена оштећења догађају се у незрелом мозгу и / или мозгу у развоју.

Међу погођенима церебралном парализом има деце која су способна и да пишу или цртају, али и оних који не могу разговетно да изговоре, или и не разумеју ниједну реч; неки су потпуно непокретни, неки пате од вишка покретљивости и тешкоће да своје покрете усмере и њима владају, док је код неких сметња покретљивости само једне руке или ноге скоро невидљива голим оком. Дешава се и да деца са церебралном парализом заврше високе школе, и могу самостално да воде

рачуна о себи, док је другима потребна константа нега и помоћ. Варијетет је огroman и у погледу основних моторних сметњи и у погледу других придружених здравствених, менталних, говорних и чулних проблема па и социјалних могућности.

Церебрална парализа са учесталашћу у распону од 2 до 7 промила је релативно распрострањено обољење. Међутим, не постоји тачна евиденција о броју погођених лица. За нашу земљу такође не постоје потпуни и поуздани подаци. На подручју уже Србије, у популацији узраста од 3 до 18 година, на хиљаду деце двоје има церебралну парализу. Процењује се да је захваћеност овим стањем у Србији преко 10.000, а да у Београду има око 2.000 лица са церебралном парализом. Према подацима Америчке академије за неурологију, преваленција ЦП у свету је 2-2,5/1000 живорођених (Ashwal, Russman, Blasco, Miller, Sandler, 2004 према: Андрејић, 2015).

Узрок церебралне парализе је оштећење мозга у перинаталном периоду или раној дојеначкој доби. Међу најважније чиниоце ризика за настанак ЦП убрајају се ниска порођајна тежина и/или недоношеност (Исто).

Према типу неуромоторног испада, церебрална парализа се класификује у једну од следећих седам форми:

1. спастицитет, који карактеришу отежани покрети услед згрчености мишића;
2. атетоза, коју карактеришу невољни, бесциљни покрети;
3. ригидитет, са карактеристичном повишеном напеташћу мишића и отежаним или онемогућеним покретом;
4. атаксија, коју карактерише поремећај равнотеже и несигуран тетурав ход;
5. тремор, који карактеришу невољни и неконтролисани покрети регуларног ритма;
6. атонија, коју карактерише млилавост мишића;
7. мешани облик, у коме се налази више од једног типа наведених карактеристика.

Према распореду неуромоторног испада, церебрална парализа се јавља као *параплегија*, претежна захваћеност горње или доње половине тела; некада се означава као диплегија, када су у питању већа оштећења горњих екстремитета; *хемиплегија*- претежна захваћеност леве или десне половине тела; *триплегија*, претежна захваћеност три екстремитета; *квадриплегија*, захваћеност сва четири екстремитета; и *моноплегија*. захваћеност само једног екстремитета. Такође, прихваћена и подела на спастички облици (тетрапареза, диплегија, хемиплегија), атаксија, дистонија, атетоза и мешани облици (Вах, Goldstein, Rosenbaum, Leviton, Panteh, 2005). Јединствена Европска класификација церебралне парализе је донета са циљем да се поставе јасни критеријуми укључивања и искључивања. Церебрална парализа је класификована у три главне групе према јасним неуролошким знацима као индикаторима патологије церебралног моторичког система (спастична, атаксична, дискинетичка). Заједно са топографском дистрибуцијом, сачињена је једноставна класификација од четири подтипа: унилатерална спастична, билатерална спастична, дискинетичка и атаксична (SCPE, 2000).

У клиничкој слици церебралне парализе основном неуромоторном поремећају могу се придружити и друге различите сметње као што су: ментална ретардација, интелектуалне дисфункције, поремећаји понашања, сметње појединих психичких функција, тешкоће у учењу, сензорно-перцептивни поремећаји, говорне сметње, епилептични напади, деформације коштаног-зглобног система, педијатријски и стоматолошки проблеми.

Независно од проблема дефинисања и класификовања, у клиничкој слици церебралне парализе, срећу се вишеструке и комбиновање сметње, које су карактеристичне за преко три четвртине деце.

Сензорно перцептивни поремећаји - као пратећи, веома су учестали посебно у области чула вида и чула слуха, тако да једна четвртина до једне половине деце има неки поремећај вида, а свако четврто дете има оштећени слух. Поред сензорних, чести су и перцептивни поремећаји.

Визуелни и визуо-моторни поремећаји - постоје код једне половине деце оболеле од церебралне парализе. Код више од 40% деце оболеле од спастичне церебралне парализе и код 25% хемиплегичних болесника постоји поремећај

функције очних мишића, страбизам, док се нистагмус, невољно кретање очне јабучице среће код 16% деце са церебралном парализом. Слабовидост је присутна код једне трећине деце. Оштећење слуха - и други аудитивни поремећаји испољени су 10% до 15%, односно до 25% деце. Поремећај перцепције високих тонова је значајан због тешкоће разумевања говора.

Говорне сметње - су честе и различите. То су скоро редовно, развојне сметње вокализације и закаснили говор, а у дефинитивној слици церебралне парализе срећу се различити типови оштећења говора, који се везују за неуромускуларне неспособности, сензорна оштећења, менталну ретардацију, перцептивне дисфункције, психофизичке проблеме или оскудно искуство и ограничену говорну и општу стимулацију. Моторне сметње које захватају и говорну мускулатуру, језик, усне, образе и непце, одговорне су за неке поремећаја говора, а истовремено узрокују и отежано жвакање, гутање и код неке деце појачано лучење пљувачке. У једном нашем истраживању (Андрејић, 2005) утврђено је да су најчесталије сметње у популацији ученика са церебралном парализом биле поремећај артикулације и ритам говора.

Ментална ретардација - у клиничкој слици церебралне парализе подразумева различите врсте интелектуалних дефицита, укључивши и општу менталну ретардацију, почевши од категорије тешке менталне ретардације до категорије лако ометених. У различитим истраживањима, налази се да је једна половина церебрално парализованих хендикепираних особа ментално ретардирана, једна четвртина се налази у оквиру граничних способности и једна четвртина постиже просечне резултате. Ментална ретардација није подједнако присутна у свим облицима церебралне парализе. Тако, наводи се (Марјановић, Симоновић, 1996) да је у највећем проценту ретардација изражена код деце оболеле од мешовитог и спастичног облика и да се тежак интелектуални дефицит често налази у случају спастичне квадриплегије. Међутим, утврђено је да се сви степени менталне ретардације налазе у свим клиничким сликама церебралне парализе.

Интелектуалне дисфункције - углавном парцијалне, су карактеристичне за церебралну парализу, и прате како просечну, тако и снижену интелигенцију.

Наиме, и код деце која су нормалне, просечне или надпросечне интелигенције, срећу се парцијалне интелектуалне дисфункције, најчешће у домену математичког закључивања и посебно, аритметичког резоновања, као и у домену уочавања просторних односа и невербалног аналитичко-синтетичког мишљења (Радивојевић, 1996). Такође, и када се не ради о менталној ретардацији, способност схватања и просуђивања о социјалним ситуацијама и закључивање о социјалним релацијама може бити испод општег интелектуалног нивоа, повезано са оскудношћу искуства и раним и продуженим презаштићивањем детета са церебралном парализом.

Психичке функције - код церебрално парализоване деце се на првом месту испољавају у домену поремећаја, перцепције и пажње. Поремећаји пажње се испољавају као скраћена пажња или тешко покретљива пажња. Један део ових проблема постоји као примарни поремећај, а један део је пратећи и представља последицу ометајућег дејства типа неуромоторног испада. Сметње визуелне перцепције постоје као посебна интелектуална дисфункција или у склопу менталне ретардације. Посебан проблем су тешкоће у опажању простора, као и у процени просторних односа у односу на сопствено тело.

Поремећај понашања - се најчешће манифестује у виду хиперактивности, лабилне пажње, опште емоционалне лабилности, импулсивности, повишене раздражљивости и ниског фрустрационог прага. Више од једне четвртине деце са церебралном парализом има ове сметње, али код једне четвртине деце је поремећај понашања удружен са епилепсијама (Радивојевић, 1996). Хиперкинетички синдром се среће код ментално ретардиране деце, као и код деце нормалне интелигенције. Емоционална лабилност такође представља једну од карактеристика понашања деце са ЦП, нарочито код деце са екстрапирамидалном церебралном парализом.

Циљ третмана церебралне парализе код деце је сузбијање свих претходно наведених неправилних патолошких образаца психомоторног понашања и сузбијање неправилног тока развоја појединих функција, успостављање психомоторних, моторних и психичких функција у развојном редоследу, брже успостављање тих функција и на правилнији, нормалном обрасцу ближи начин. Могућности раног третмана церебралне парализе почивају на феномену пластицитета мозга, наиме, на

могућности да док још није довршена диференцијација и функционална организација можданих структура, неоштећени делови мозга могу да се прилагођавају и преузму компензаторну улогу. Уколико третман почне касније, развијени, погрешно интегрисани обрасци покрета и положаја су фиксирани, и не могу се, или се могу само делимично исправити.

У третману церебралне парализе се користе: кинезитерапија и друге физикалне методе, фармакотерапија, ортопедска хирургија, стоматолошка превенција и летење, логопедски, психолошки третман и др. Лечење захтева дуготрајан и упоран рад.

2.2. Преглед ранијих истраживања

Једно од истраживања које се бавило церебралном парализом довело је до закључка да постоји прилична уједначеност процентуалне заступљености подтипова церебралне парализе (Cans, Dela Cruz, Mermet, 2008 12 према: Милићевић, 2016). Заступљеност билатералне спастичне церебралне парализе се креће од 44% до 56% од свих регистрованих случајева, укључујући постнеонаталне, док се унилатерална спастична церебрална парализа среће код 23% до 39% случајева. Дискинетичка церебрална парализа је нађена код 1% до 8%, атаксична код 3% до 8%, а мешовита код 1% до 9% случајева. Исти аутори су уочили да се процентуална заступљеност деце са моторичким оштећењима тежег степена креће од 25% до 35% од свих забележених случајева према резултатима из Аустралије, Норвешке, Шведске и Француске.

Тежина степена оштећења грубих моторичких способности је одређена према Gross Motor Function Classification System (Систем класификације грубих моторичких функција), а способности горњих екстремитета према класификацији Bimanual, Fine Motor Function (Бимауелне fine моторичке функције).

Анализирањем података из 12 регионалних центара у Европи за период 1980. до 1990. године уочено је да су процентуално најзаступљеније спастична билатерална (54,9%) и унилатерална форма (29,2%), док су знатно ниже стопе дискинетичке (6,5%) и атаксичне форме (4,3%). Спастични облик је доминантан и

према извештајима бројних других студија (Демеши-Дрљан, 2012; Милићевић, 2016; Пакула, 2009).

Испитујући клиничку слику 1129 пацијената с церебралном парализом предшколског и школског узраста која су тимски прегледана у Заводу за церебралну парализу и развојну неурологију у Београду, Савић, Радивојевић, Цар-Ковачевић и Игњатовић (1997) су добили следеће податке: највећи број разврстаних је у нивоу категорије лаке интелектуалне ометености (27,1%), затим у нивоу просечних (18,7%), граничних (11,4%) и нормалних исподпросечних интелектуалних способности (9,7%). Интелектуална ометеност различитог степена је, збирно, потврђена код 50,9% узорка (умерена код 9,2%, тежа код 5,0% и тешка код 9,6% пацијената).

Уредан ментални статус је утврђен код 44 (32,4%) од укупно 136 испитаника у недавно објављеној студији о факторима ризика и карактеристикама децје церебралне парализе на територији АП Војводине (Демеши-Дрљан, 2012). На узорку од 35 испитаника с церебралном парализом узраста од четири до шест година од којих је 31 испитаник имао спастични облик, нађено је да више од 50% има снижен ниво интелектуалног функционисања (Радуловић, и др, 2015).

На узорку од 350 особа с церебралном парализом, визуелне сметње се срећу код 42% случајева. Тешко оштећење вида има 4,4% деце с церебралном парализом, а 17,0% има благо до умерено (Демеши-Дрљан, 2012). У 46% случајева пренатално и перинатално узроковане церебралне парализе детектован неки од визуелних оштећења: 4,9% је слепо, 27,8% има мања оштећења вида, док 14% има манифестни страбизам. Манифестни страбизам је процентуално заступљенији код код тежих степена моторичких поремећаја. Други аутори кажу да 19% деце с церебралном парализом старости од четири до осам година имају оштећење вида тежег степена, односно 20% на узрасту од пет до осам година, или код 33,6% на узрасту од седам до 18 година (Милићевић, 2016). Видне потешкоће су присутне код 48,7% деце са спастичном формом церебралне парализе. Оштрина вида мања од 0,3 на бољем оку након корекције је присутна код 11,1% деце с церебралном парализом, односно стопа износи 0,23 на 1.000 живорођених (SCPE, 2002).

Заступљеност проблема са слухом се креће од 3,4% до 7% случајева (Демеш-Дрљан, 2012).

На основу резултата епидемиолошких студија може се закључити да се процентуална заступљеност епилепсије креће од 20% до 46%. Код 73,3% деце с квадриплегијом се бележе два или више придружених обољења, код 70,6% деце с дискинетичким типом церебралне парализе, као и код 53,1% деце с диплегијом и 40% деце с атаксичним типом (Милићевић, 2016).

2.3. Како се подстиче развој предшколског детета

Прва озбиљна истраживања подстицања децјег развоја извршио је Лав Виготски, који се сматра родоначелником основних начела ове врсте подстицаја. Према његовом схватању децјег развоја, учење је покретна сила психичког развоја, с тиме да учење и развој нису једно те исто. Учење ствара зону наредног развоја, односно у детету покреће унутрашње развојне процесе. Према Виготском, зона наредног развоја је размак између нивоа тренутног стварног развоја детета и нивоа могућег развоја, односно између онога чиме дете већ влада и онога чиме може овладати у најближој будућности уз неопходно адекватно подстицање. Зона наредног развоја одређује психичке функције које још нису сазреле, него се тренутно налазе у процесу сазревања. Дакле, подстицање је примерено и исправно тек када иде испред развоја, када је усмерено не на оно чиме дете већ влада, већ на оно што очекујемо да би оно могло постићи.

Средински услови су један од првих и готово најважнијих фактора подстицања децјег развоја. Још од рођења деци треба обезбедити подстицајно окружење како би мозак правилно расао а њега се развијале богате неуронске везе.

Поред бројних стимуланса у виду боја, слика, разних ликова, музичке позадине, играчака, дете мора од најранијег узраста да има довољно простора за кретање. Моторички развој је најуже повезан са свим другом сегментима развоја па дете мора што више да се креће како би учило природне покрете и облике кретања. Дете се креће и у креветићу, у марами док је на мајчином телу, у оградици за играње, касније пузи по просторији, па онда учи да хода, трчи, пење се, скаче, поскакује итд. На овај начин дете упознаје и истражује свет који га окружује, а

кретање и вежбе заравнотеже подстичу развој мозга. Такође, моторика је уско повезана с развојем говора. Деца која заостају у развоју опште и fine моторике, најчешће имају и говорних тешкоћа.

Дечје интересовање за учењем изазива се кроз подстицаје који га окружују. Оно са задовољством ради све што му је занимљиво. Када желимо да дете обавља одређену активност, не смемо га присиљавати, него морамо ту активност учинити пре свега занимљивом, односно пробудити дечје интересовање. Уједно, морамо га и одржавати. Провокација занимања за учење, односно овладавање новим вештинама и знањима, једно је од темељних начела психологије учења. Када добро познајемо дечју нарав није тешко пробудити и одржати интересовање. Када знамо да дете воли да открива и истражује, да је радознало, на нама је да му ненаметљиво покушамо понуди ствари које ће га усмерити на пожељну активност. Основ правичног подстицања лежи у креативности одрасле особе да позив на учење понуди кроз игру, јер је игра за предшколско дете најприроднији начин спознаје света. Чим се појави зрнце интересовања и дечији истраживачки дух, задатак васпитача је да одржи. Такође, треба водити рачуна и о томе да деца неке ствари уче кроз понављање (пример читања исте приче много пута заредом). На овај начин деца уче остварујући успостављање нових веза међу станицама мозга. Ово је типично на узрасту од 4-5 година. После пете године, јавља се супротна појаву када дете тражи разноврсност у оквирима исте игре која га јако занима. Оно на овом узрасту покушава обогатити стару игру новим детаљима уз висок степен занимања за нове, још непознате активности. Елемент изненађења и новине побуђује искру живог и новог снажног подстицаја кроз интересовање.

Када је реч о говору, он се може развијати само уз непрестану стимулацију говорних центара у мозгу. Дете почиње да учи говор слушањем и опонашањем па се зато од самог рођења мора што више разговарати са бебом. Није редак случај да родитељи врло мало разговарају с новорођенчетом јер мисле да беба ионако ништа не разуме. Мањак говорне стимулације током првих месеци живота може узроковати озбиљно заостајање у говорном развоју. Говор није изолована функција, него је део целине. Важно је имати на уму да се подстицање појединачне функције као што је говор мора обављати заједно са подстицањем осталих

психичких функција. Тако је говор уско повезан са интелигенцијом, памћењем, пажњом и перцепцијом и важно је подстицати деју психу у целини.

Говор је најмлађа од свих људских функција. Чим је функција млађа њом управљају најмлађе мождане структуре које се развијају касније од осталих, тим је осетљивија, како на спољашње утицаје, тако и на одступања у раду других старијих психичких функција. Развој говорне функције мора се остваривати упоредо са упознавањем околине. Адекватна перцепција предмета и људи, скупљање знања о њима одвија се у блиској повезаности говорног и сензорног развоја. Да би се стигло до првих речи, дете мора да пређе дуг, али занимљив пут развоја комуникацијских способности.

Дете напредује огромном брзином, и физички и ментално. Никад није рано јавити се стручном лицу за помоћ. Родитељи треба да буду упорни и да верују свом инстинкту, јер јако је важно да се исправно и на време крене са озбиљним подстицањем дејег развоја у сваком периоду и подручју. Како би се то постигло, важно је врло пажљиво пратити дететове потребе и интересе. Чак и онда када ми проблем у развоју не примећујемо, или се понашамо као да не постоји јер нам је тако лакше, треба послушати савете околине која можда објективније сагледава неке појаве од нас, родитеља, и проверити са стручњаком да ли је све у реду са дејим развојем, јер, ако се пропусте одређени моменти за започињање раних третмана, могу да се пропусти најдрагоценији тренуци када интервенција може да да резултате. На овај начин наноси се трајна штета детету, па је од кључног значаја сагледати ствари онакве какве јесу, послушати свој унутрашњи осећај и проверити да ли је детету потребна додатна подршка у развоју. Стручно лице, компетентно за пружање овакве врсте помоћи, најбоље ће проценити развојни статус детета и посаветовати родитеља какав став да заузме. Некада, и поред чињенице да су одређена сазнања веома болна, морају бити усвојена како би се благовремено пружила помоћ детету.

2.4. Рана стимулација на предшколском узрасту

Рана стимулација или интервенција је термин који се у стручној литератури почео интензивно користити почетком седамдесетих година прошлог века. Термин је уведен са жељом да се нагласи важност што ранијег стручног деловања на подизање психомоторних способности деце са посебним потребама.

Рана стимулација представља систематски приступ раном и континуираном третману који спроводи тим стручњака, а који је усмерен на потребе одређеног детета и његове породице. Она је заснована на уверењу да са подршком треба почети што раније и да ће дететов развој бити унапређен кроз индивидуализован и специјализован третман. Чињеница је да свако дете које има посебне потребе, захтева и посебан програм којим ће се стимулисати његов развој.

Појмом ране интервенције означава се процес информисања, саветовања, едукације и подршке деци у раном узрасту (и њиховим родитељима) код којих је утврђено стање могућег одступања у развоју, с високим ризиком за даљи развој. Овај процес обухвата и децу код које постоји фактор ризика за развојно одступање које би касније могло утицати на њихов даљи развој и будуће школовање. С тим у вези, може се закључити да рана интервенција не укључује само дете већ и његове родитеље, породицу и ширу друштвену заједницу (Љубешић, 2009). Оно што чини суштину ране интервенције јесте што раније укључивање детета у сам процес рехабилитације, независно од тога да ли је оштећење настало пренатално, перинатално или постнатално, те рад с родитељима и пружање подршке. Ово је процес који подразумева оспособљавање детета с тешкоћама до пуне физичке, емоционалне, друштвене, радне и економске самосталности како би оно развило своје потенцијале на емоционалном, социјалном и когнитивном подручју (Саболич, 2006).

Висококвалитетни програми ране стимулације имају следеће карактеристике: овим програмима се успешно детектују специфичне потешкоће које се могу ублажити или отклонити, раном интервенцијом се може променити понашање детета у различитим областима, квалитетним програмом успешно се превенирају секундарне последице хендикеп, реализацијом ових програма

смањују се трошкови третмана на старијим узрастима, а сваки добар програм предвиђа сарадњу са породицом и пружање подршке члановима породице.

Bronfenbrenner (1974) предлаже дугорочни програм ране интервенције, који укључује неколико непрекидних фаза:

1. припрема за родитељство – брига о деци, исхрана и здравствена обука, адекватан смештај (стамбени), економска сигурност;

2. прве три године живота – успостављање односа родитељ–дете, реципрочних интеракција усмерених на активности које изазивају дете да прихвати родитеља као примарног вршиоца интервенције;

3. узраст 4-6 година – излагање когнитивно орјентисаним предшколским програмима упоредо са настављањем родитељске интервенције;

4. узраст 6-12 година – родитељска подршка образовним активностима детета код куће и у школи, родитељ остаје примарна фигура одговорна за развој детета као личности (Bronfenbrenner, 1974, према: Николић, Илић Стошовић и Илић, 2010).

Основни циљ програма ране стимулације је да се подстакне сензомоторни, емоционални, социјални и интелектуални развој детета и тако му обезбеди активно и што успешније и самосталније учешће у друштвеном животу.

2.4.1. Улога породице у раној стимулацији

Прва карика у идентификацији проблема са развојем јесу родитељи. Ако они примете да се дете не развија као друга деца, треба одмах да се обрате педијатру, који ће их упутити у развојно саветовалиште, где тим стручњака процењује целокупни развој детета. И поред тога што постоји склоност родитеља да гурају проблем под тепих и уверавају себе да је све у реду, сугестије околине и њихов унутрашњи осећај треба да буду мотив да се провери уочено стање, како би се, уколико је потребно, што раније почело са третманима ране стимулације.

Родитељи се обучавају за примену развојних техника да би олакшали и унапредили развој свог детета, али и специфичним вештинама које су неходне за негу детета. Основни принципи рада с дететом и родитељима увек су: оснажити,

информисати и едуковати родитеље како би били сигурнији, успешнији и задовољнији у својој родитељској улози, те способни оптимално подстицати развојне потенцијале властитог детета (Поповић, 2009: 27).

Програм ране интервенције и подршке породици је базиран на следећем:

1. Рана интервенција за децу са развојним сметњама треба да омогући развој основних вештина које се нормално развијају код деце без ометености и у породицама које деци дају подршку. Када је овај процес измењен присуством развојне сметње, рана интервенција има за циљ прилагођавање које одговара врсти сметње и развојном нивоу детета;
2. Уз интервенцију тима стручњака за стимулацију и корекцију моторичког, когнитивног, говорнојезичког и социо-емоционалног развоја, као и педијатра и психолога, тим би морао да функционише у тесној вези са технолозима хране, отолозима, офтамолозима и другим педијатријским подспрецијалистима. Овај тим има помоћ и подршку од медицинских стручњака на пољима као што су: нерологија, кардиологија и ортопедија;
3. Клиничка процена се састоји из исцрпног педијатријског прегледа и комплетирања развојне оцене, али и посматрања дела слободне игре и међјусобног контакта родитељ-дете. Породични дом се сматра оптималном средином за овакву врсту процене, јер даје могућност: посматрања понашања детета у његовом природном окружењу; процене адекватности окружења и интеракције родитељ-дете; објективне процене развоја, извршеној у средини која је најбоља за максималне резултате детета;
4. Након исцрпне процене, комплетира се индивидуални програм за дете. Програм се фокусира, пре свега, на основу постојећих способности и потенцијала на изградњу дететове снаге, исто као и на интервенисању у области највећих потешкоћа;
5. Неопходно је оспособити и родитеље за правилно поступање. На тај начин подржавамо и мотивишемо родитеље и олакшавамо њихово

разумевање и прихватање хендикепа њихове деце (Николић, Илић Стошовић и Илић, 2010).

Родитељи су примарни пружаоци услуга које стручњаци морају обучити и образовати у областима које су неопходне да се оствари терапеутска околина у контексту свакодневне бриге о њиховим детету са развојним сметњама. Задатак родитеља је да обезбеде одговарајући степен неге новорођенчета, док истовремено уживају у задовољству што имају бебу. Неки родитељи су инстинктивно способни за подизање свог детета обезбеђујући му одговарајућу интеракцију. Други су мање сигурни у своје способности и траже савет. Циљ је да се родитељи осећају успешним као родитељи, да развију одговарајућа развојна очекивања код детета и да се осећају поносним при успеху детета у развоју.

Свака породица чији се мали члан укључује у програм ране интервенције је другачија. Другачије се носи са овим проблемом, као што ј и свако дете са посебним потребама различито и захтева диференцирани програм рехабилитације. Управо зато, израда индивидуалног породичног плана у оквиру ране интервенције схвата се као концепт који своје поступке имплементира унутар породичних дневних активности. Родитељи и остали чланови уже и шире породице су такође корисници услуге ране интервенције, а захваљујући подршци од стране стручњака и укључивању у тимски рад на саветодавним састанцима представљају неизоставну карику процеса (Лулић, 2012).

Поред позитивних исхода целокупног процеса који свакако доприноси прихватању детета, интеракцији и стварању уравнотеженог односа јер постепено долази до елеминисања или значајног смањења тешкоћа са којима се родитељи суочавају, треба напоменути да у процесу ране интервенције неке информације родитељима нису транспарентне, а тичу се њиховог детета. Подршка родитељима треба да буде саставни део процеса пружања помоћи детету које има тешкоће у развоју (Лозановић, Рудић и Радивојевић, 2013). Имајући у виду карактеристике развоја, искрени, топли, отворени и редовни сусрети родитеља и стручњака треба да представљају шансу за унапређење утицаја на развој детета, што је од изузетног значаја за дете које има проблеме у развоју. Родитељство детета са сметњама у развоју је веома захтевно. Родитељи се суочавају са бројним обавезама које таква

ситуација са собом носи, бирократијом, бројним посетама здравственим стручњацима, прегледима и терапијама, не би ли се стање поправило или ублажило. Уједно, економски статус у многостручности може да помогне, односно, одмогне, јер, има породица које могу да приуште додатне, приватне третмане, док има и оних којима је ово неоствариво па се суочавају са додатним проблемима бриге савести, осећаја немоћи и слично. Такође, непријатности које доживљавају попут дуге листе чекања на пријем, удаљеност установа или путовање у иностранство, не остављају време за суочавање са ситуацијом па неретко родитељи дуги низ година уопште нису свесни ситуације у којој се њихово дете налази, преуморни су и емоционално исцрпљени, а некада и сам нуклеус породице наилази на процес распадања, долази до развода јер један родитељ посвећује пуну пажњу детету искључујући брачног партнера као и своје обавезе према њему.

Код неких родитеља, због нагомаиланих обавеза или немоћи чак долази до соматских обољења. Управо зато је родитељима потребан терапијски приступ и помоћ у оквиру саветовалишта, путем едукативних радионица, групне подршке родитељима деце са сметњама у развоју и кроз рад на превазилажењу психичких проблема. Такође, друштвена подршка овим породицама много значи јер им враћа равнотежу и баланс у живот у кризним ситуацијама отварајући им увид у могућности избора адекватне подршке свом детету преко јаслица, вртића, разних удружења и организација и сл. Када, и ако им се пружи овакав вид подршке и помоћи, родитељи могу да буду друштвено корисни, да раде, друже се, породице ће се у мањем проценту распадати, имаће довољно времена за осталу децу и слично. Поред подршке пријатеља и родбине, мора постојати и мрежа која им пружа додатну подршку која је горе објашњена. Ово се посебно односи на породице нижег економског статуса, иако је подршка потребна свима који се суочавају са овим проблемом.

Будући да је породица изузетно важан фактор ране стимулације, и први из стручног тима, неопходно је сачувати њен интегритет у циљу добробити детета коме је рана интервенција потребна.

2.4.2 Стручни тимови за пружање ране стимулације

Стручни тимови за рану интервенцију имају разноврсне задатке усмерене пре свега на пружање подршке детету а затим и његовој породици. Рад са породицом основни је елемент који покрива аспекте као што су информисаност, оријентација и усмеравање, подршка и обука. Рад са дететом врло је комплексан, не само садржајно већ и због начина на који се спроводи. Подразумева пружање помоћи у општем развоју детета, превентивне и образовне мере које омогућавају прелазак у образовни систем. Бирају се разне мере помоћи којима се детету обезбеђује потпуна нега. Родитељи се сматрају васпитачима у најширем смислу те речи. Може им се помоћи да прошире своја знања.

Развој детета боље ће се одвијати ако су родитељи сигурни у сврсисходност процеса рехабилитације и ако према њему имају позитиван однос. Обука је доступна у бројним земљама, али је организована на различите начине и не сматра се увек приоритетом. Приватне организације, родитељи и друга удружења често преузимају овај део одговорности.

Процес пружања услуга ране интервенције почиње одмах након рођења детета и одвија се континуирано са свим члановима породице кроз информисање, рехабилитацију и световање (Кошичек и др, 2009).

Процес реализације ране интервенције подразумева формирање сталног тима стручњака, а у зависности од потреба детета он може да се проширује. Тим остварује сарадњу, уз стални контакт са родитељима и дететом. Идеја овакве координације и заједничкох деловања између стручњака различитог профила заснива се на претпоставци да на тај начин могу да постигну бољи исход ране интервенције. Ову претпоставку потврђују бројна истраживања која доказују да сарадња међу стручњацима различитих профила пружа квалитетније и доступније услуге, ефективнији проток неопходних информација ка родитељима, изузетно добро пружену услугу, чвршћу везу између родитеља и стручњака, а да све то утиче на коначан квалитет живота породице детета са посебним потребама.

Стручни тим укључен у процес ране интервенције према моделу који износе Кошичек и сарадници (2009: 3) чине:

1. едукацијско-рехабилитациони стручњак који врши рану процену дететовог развоја, формира и спроводи развојне програме у кооперацији са медицинским особљем које је укључено у негу детета
2. лекар, који би поставио дијагнозу, затим упутио дете на посебне здравствене установе и који је у вези са здравственом службом
3. психолог, који процењује развој детета и даје упуство коме би требало да се обрати за психолошку, педагошку и социјалну подршку. Уско је повезан са ресурсним службама подршке и центром за социјални рад.
4. социјални радник, који има улогу пружања социјалне подршке, информисања, повезивања са осталим актерима социјалне заштите и у пружању помоћи око решавања социјално ризичних ситуација.
5. медицинска сестра, члан који пружа информације о здравственим питањима и здравственој заштити.

Овакав распоред не мора да буде обавезан или увек исти, јер се тимови могу формирати према индивидуалним потребама детета. Чланови тима на периодичним састанцима међусобно сарађују и размењују информације и договарају општи план ране стимулације и третмана који ће се користити. Самим тим, осим подршке детету важно је укључити и крајње кориснике те услуге, родитеље и друга одрасла лица која су уско повезани са дететом јер са њим проводе највише времена.

2.4.3. Основни принципи раних стимулативних програма

При спровођењу стимулативних програма потребно је придржавати се следећих општих принципа:

1. стимулације се спроводе само када је дете будно и расположено, у оптималним срединским условима,
2. при спровођењу стимулација водити рачуна да се не ремете биолошки ритмови детета,
3. услов за ефикасни стимулативни третман је постојање адекватне емоционалне везе између мајке и других особа из околине детета,
4. стимулације квантитативно и квалитативно морају одговарати развојном нивоу и индивидуалним развојним карактеристикама свакога детета,

5. при примени стимулативних модела водити рачуна да у њиховој основи лежи она врста учења за коју је дете способно.

Програм рада усмерен је на развој: крупне и fine моторике, равнотеже, координације, пажње, перцепције, ритма, говора и мишљења. Одступања од наведених принципа могу да угрозе напредак детета оболелог од церебралне с обзиром да је реч о озбиљном поремећају па је од изузетног значаја да се поред стручности тима који ради са дететом, сви поступци спроводе према принципима који ће дати најбоље резултате.

2.4.4. Са каквим проблемима се суочавају породице чијем је детету потребна рана стимулација

Значај ране стимулације данас је опште признат и прихваћен у целом свету, али се у пракси одигравају одређени проблеми, а један од кључних, који утиче и на дете и на квалитет живота породице са дететом коме је потребна подршка, јесте локација центара за ову врсту третмана. Као пример, може да се наведе увиђање Европске агенције за развој образовања за посебне потребе која је препознала важност децентрализације како би се избегла непотребна путовања корисника интервенција, а реализација убрзала (Матијаш и др., 2014). Пример добре праксе дају Велика Британија и Кипар који су увели координатора који има задатак да посредује између осталих чланова тима и родитеља током пружања услуга ране интервенције. Такође, постоји и шведски модел за подршку породицама са дететом које има сметње у развоју где практично та породица добија „додатну породицу“, а то значи да са том породицом дете проводи један или два викенда што зависи од њиховог интерног договора. На тај начин родитељи детета добијају време за себе и своје потребе (Ајдуковић и Радочај, 2008). Јако се често догађа да породице траже помоћ од локалне заједнице, која не пружа одговарајућу подршку, разних организација, и на крају интернета који је извор бројних додатних информација. Све то доводи породицу у стање збуњености приликом одабира могућности подршке која је најбоља за њихово дете (јер немају од кога довољно стручног или посвећеног да добију правилне, тачне и исправне информације, које су за њих непроцењиве.

Развијајући близак однос са дететом коме је потребна рана стимулација, родитељи сазнају све више о његовим индивидуалним потребама подижући своје родитељске компетенције на виши ниво, и све више разумеју своје дете. У ситуацији када се код детета открије неки застој у развоју, и дете је немоћно, али и родитељ, који не зна на који начин да му пружи адекватну помоћ. Управо тада је улога стручњака од непроцењивог значаја, да би се новонастало стање што безболније превазишло. Саветодавни рад са родитељима је прва карика која је касније и једна од најзначајнијих после рада стручног тима, у подршци детету. Међутим, дешава се да је детету потребно много више од подршке родитеља и третмана стручњака. Некада је потребан персонални асистент за боравак у васпитно-образовним институцијама, некада је потребно направити адекватан прилаз згради, некада је потребно омогућити родитељу да ради мање јер је потребно да проводи више времена, некада је потребно да се помогне породицама на ове, и друге начине, али подршка изостаје и родитељи постају немоћни.

Оно што је Савет за права детета Владе Србије приликом израде Националног плана акције урадио јесте фокусирање на питање остваривости планова предлажући одређене мере. Структура националног плана акције у Републици Србији дефинисан је у међународним документима и на основу процена које је извршио савет за права детета на основу извора информација о положају деце у нашој земљи, а њихови приоритети су смањење сиромаштва, квалитетно образовање за сву децу, боље здравље за сву децу, унапређење положаја и права деце ометене у развоју, заштита права деце без родитељског старања, заштита деце од занемаривања, злостављања, искоришћавања и насиља, и јачање капацитета земље за решавање проблема деце. Заправо, фокус је основним принципима декларације *Свет по мери деце*, који су формулисани на основу неколико највећих проблема са којима се деца сусрећу у Србији.

2.4.5. На шта утиче рана стимулација

Рана стимулација код деце са церебралном парализом је важан део њиховог развоја и најчешће је везана за сензомоторну стимулацију. Данас се користи велики

број система стимулативних вежби, а неке од њих креирала је чак Марија Монтесори. Приликом спровођења ране стимулације увек се бавимо одређеним обавезним пољима, и то моторни развој, сензорни развој, говорни развој, социјални развој, стимулација гностичких функција, релаксација и мотивација.

Стимулација моторног развоја. Стимулација моторног развоја је једно од најважнијих подручја ране клиничке стимулације. Низ истраживања широм света је показало ефикасност овог приступа на разне сегменте психомоторног функционисања детета не само са церебралном парализом већ човека уопште. Гисел (1996) је доказао да „сензомоторна стимулација оралне мускулатуре ЦП деце позитивно утиче на могућност њихове исхране чиме се побољшава раст и развој ове деце“ (Gisel, 1996 према: Адамовић и Стошљевић, 2010: 200). Прецизност покрета се такође усавршава, а кинестетичка меморија побољшава након спроведене моторне стимулације. Вредност моторне стимулације огледа се у томе што је успешност деце у задацима типа крени/стани након спроведене стимулације моторног развоја већа.

Стимулација сензорног развоја. Стимулација сензорног развоја подразумева подстицање чулних путева на процес перцепције, а тиме и на развој. Под перцепцијом подразумевамо психички процес примања информација које осликавају реалне временско-просторне односе око нас. Сам процес сазнавања базира се и условљен је чулним искуством. Гомилање тог искуства заједно са већ доживљеним перцепцијама битно поткрепљују процес опажања (Исто).

На опажање са друге стране такође утичу и мотиви, потребе, и интересовања а да би се овај процес коректно одвијао, неопходни су следећи услови:

1. постојање информација;
2. анатомско-физиолошка исправност чулних органа;
3. постојање претходног искуства;
4. нормално функционисање психочулног центра и
5. одсуство неког менталног обољења. Уколико нису испуњени сви наведени услови долази до појаве оштећења перцепције (Весел, 1990).

Стимулацију сензорног развоја спроводи се у оквиру стимулације појединих процеса перцепције, и то кроз: стимулације визуелне перцепције, стимулације

аудитивне перцепције, стимулације тактичне перцепције, стимулације ольфакторне перцепције, стимулације густативне перцепције и стимулације кинестетичке перцепције.

Вербална стимулација. Вербална стимулација је један од најважнијих аспеката поред моторне стимулације. Принцип соматопедског вежбања да реч прати покрет оно је, што овакву врсту вежбања, разликује од осталих, сличних, система вежби. Стимулација гласовима и речима је у својој неурофизиолошкој основи оријентисана ка комплексном функционисању аудио-вербалне спреге (Стошљевић и сар., 1997). Кроз систем повратне комуникативне спреге дете са ЦП покрет доживљава интегрално, а не само као изоловану моторну радњу. Сама структура повратне комуникативне спреге подразумева:

1. аудитивни комуникативни фидбек,
2. визуелни комуникативни фидбек и
3. тактилно-кинестетски комуникативни фидбек (Адамовић и Стошљевић, 2010).

Стимулације гностичких функција. Стимулација гностичких функција подразумева подстицање сазнајних функција у које убрајамо памћење, опажање, мишљење и интелигенцију (Десимировић, 1997). Когнитивни развој се посматра кроз три нивоа: акциони, иконички и симболички. Први се односи на то да се до сазнања долази кроз непосредну акцију при извршавању свакодневних активности, иконички се базира на менталним сликама и није непосредно везан за објекте или особе, већ је дете у стању да их замишља и на крају, симболичко мишљење омогућава да се стварност предочи кроз језик.

Стимулација ових функција је неопходна због њихове повезаности са моторним делом људског функционисања. Као што подстицање когнитивних функција утиче на квалитет моторике, тако и моторно вежбање мање или више утиче на когницију. На пример, једно истраживање показало је да напорно вежбање смањује когнитивне способности непосредно после завршетка вежбања, али да на дуже стазе значајно побољшава тестиране когнитивне способности. На ову тему постоје бројна истраживања, а нека од њих су споменута у претходним поглављима.

Стимулација социјалног развоја. Успешан социјални развој који је завршен исто тако успешном социјалном интеграцијом детета са ЦП, крајњи је циљ и науке и ране интервенције и третмана уопште. Стимулација социјалног развоја врши се путем подстицања два главна начина социјалне интеграције, а то су: учење самозбрињавању и подстицање развоја интерперсоналних односа. Учење интерперсоналних односа гради се од најранијег детињства па је задатак и улога васпитача, као и родитеља, да ово буде поред стимулације претходно наведених области развоја, једнако важан фактор ране стимулације.

Учење самозбрињавању подразумева овладавање у вештинама храђења, облачења, тоалете итд. Степен самосталности у животу зависи од преосталих способности, али и од врсте и начина учења које примењујемо у раду са овом децом. На овај начин, на пример, псотижемо да дете у току свог развоја мора до прве године струже кашикицом по тањиру и лиже је да би већ у другој години користило виљушку и пило без туђе помоћи што је све исход третмана и учења. У трећој години дете пита да иде у тоалет, у четвртој пере руке сапуном, у петој се облачи самостално, у шестој чешља косу, у седмој везује пертле итд.

Стимулација интерперсоналних односа подразумева овладавање свакодневном комуникацијом на релацији дете-родитељ, дете-дете, дете-васпитач итд. Деца која имају подршку у социјалном развоју, имају далеко боље интерперсоналне односе, него деца код које се социјабилност није стимулисала.

Релаксација. Релаксацијом се врши организација и реорганизација свих понуђених подстицаја у оквиру терапеутског деловања на претходно наведеним пољима стимулације (Адамовић и Стошљевић, 2010). Под релаксацијом се сматра онај метод лечења и рехабилитације који се састоји у вољном опуштању делова тела, као и тела у целини, а у сврху повољног деловања на психичке и физичке структуре и функције личности (Иланковић и Иланковић, 1995). Позитивни ефекти релаксације су доказани у низу истраживања. Релаксација се посматра са најмање три аспеката, а то су: неуро-физиолошки аспект, психолошки аспект и дефектолошки аспект.

Мотивација. Мотивација је почетни и последњи део третмана, што значи да се она пре извођења, за време извођења и после извођења клиничких третмана.

Процес мотивације се заснива на познавању мотива, врсте мотива, хијерархијском устројству мотива, психодинамици мотивације итд. Мотив је потреба или жеља удружена са намером да се постигне одговарајући циљ и код деце са ЦП је изузетно важна. Мотив се може једноставно дефинисати и као одређени циљ, плус план да би се тај циљ остварио.

Мотивација је релативно добро проучена у стручној литератури тако да данас постоји много тестова уз помоћ којих се може прецизно утврдити степен мотивације детета.

Оно што је важно нагласити јесте да се рана интервенција одликује, пре свега, принципом индивидуализације јер је немогуће успешно применити једне те исте начине третмана на сву децу, нити се могу поставити нека чврста правила за оптималне резултате, па се зато мора водити рачуна о индивидуалним разликама, иако је клинички психомоторно оштећење исто (Стошљевић и сар., 1996).

Такође, потребно је и добро би било када би се рана интервенција интегрисала у целокупни систем интегралне рехабилитације тако да дете, када изађе из процеса ране интервенције, има сигуран наставак у другим рехабилитативно-едукативним процесима који се обавезно морају спровести до крајњег циља свих ових поступака, а то је потпуна социјална интеграција деце са посебним потребама (Адамовић и Стошљевић, 2010).

2.4.6. Природни материјали као подстицај развоја моторног система код деце оболеле од церебралне парализе

Сензорни систем почиње да се формира пре рођења и наставља се убрзано током раног детињства. У раном дечјем развоју и даље током живота тело је изложено различитим тактилним, визуелним, аудитивним и другим сензорним стимулусима из околине. Утисци о спољном свету прикупљају се чулима: додиром, видом, слухом, мирисом, укусом, па су за оптималан развој потребни подстицаји из окружења у којем дете борави. Деца са церебралном парализом често имају успорен развој сензорног система и потребна им је додатна подршка у циљу његовог поспешивања. Уколико им не обезбедимо адекватне подстицаје из

спољашњег окружења, може доћи до трајних последица неискоришћености дететових капацитета у области перцепције, говора, учења и понашања. Применом ране стимулације у природном окружењу и са природним материјалима од великог је значаја за континуиран утицај на ток развоја деце са церебралном парализом. Овакво окружење деци треба да обезбеди топлину и подстицајно окружење, па све мора бити конципирано тако да се подстиче учење кроз игру. Активности које треба спроводити везане су за подстицање развоја тактилног, визуелног, аудитивног, олфактивног, густативног и вестибуларног система кроз различите игре, али, користећи природне материјале. На овај начин ћемо детету да обезбедимо услове за слободно и неометано истраживање околине, подржаваћемо његове потребе и могућности, и утицаћемо на његове способности.

Употребом природних материјала се подстиче развој чула. Децу привлаче материјали који производе јак звук, поседују широк спектар боја, материјали који имају велике разлике у текстури, величини и тежини, необични мириси и пријатни укуси. Треба им омогућити да самостално манипулишу природним материјалима, откривају, истражују и уче из сопственог искуства, док је задатак васпитача да их подстиче, нуди им разнолике материјале, и усмерава њихова интересовања. Деца обожавају боравак у природи, врло су заинтересована за манипулисање природним материјалима, па било да је реч о вртићу или о кућним условима, треба им што чешће нудити додир са оваквим материјалима, и креирати активности и игре у којима ће моћи њима да манипулишу и мењају их.

Када је реч о физичком развоју, природни материјали представљају здрав избор за подстицање здравља деце која су данас све више изложена техничким средствима и играчкама од пластике и слично.

Фина моторика је јако важан сегмент развоја деце, а природним материјалима га је најлакше подстакнути. Примери једноставних игара: скупљање материјала, убацивање у флаше или корпе, транспорт кестења превозним средствима, прављење измаштаних грађевина, низање пробушеног кестена на канапе, и слично.

Уједно, природним материјалима се утиче и на развој симболичке игре, која је од изузетног значаја за интелектуални развој мале деце. Овом врстом игара деца

развијају логичко мишљење или сама смишљају игру, која им је додељена управо карактеристикама природних материјала. Подстицање маште и креативности кроз ову врсту игара са природним материјалима је одличан подстицај за развој когниције. Дете може прстима да користи темшере како би мењало изглед лишћа, камена, грађа и направило животињу, шарало нешто, променило му изглед или направило нешто сасвим оригинално. Важно је саслушати дечје предлоге и уважити њихову индивидуалну креативност и машту.

Природа и природни материјали су добар подстицај и за развој говора, јер посматрање, имитација појава и онога што видимо у природи, разговор о тим појавама и слично могу да се употребе увек и у свакој прилици. Осим развоја говора природне материјале можемо да користимо и за откривање њихових особина, манипулисање њима, откривање узрочно последичних веза, усвајање појма броја, дужине, висине, тежине, појмове горе, доле, лево десно, изнад, испод, материјала од којих је нешто састављено, и слично. Важно је да дете прво уочи неке појаве, посматра их, мисли о њима, а потом може да решава одређене задатке.

Игре природним материјалима најчешће деца дуже памте од комерцијалних играчака. Она у њима уживају, уче, истражују свет који их окружује, откривају, и као такве, код деце изазивају посебну врсту емоција, што је додатна предност активности ове врсте.

2.4.7. Улога васпитача у раној стимулацији деце са церебралном парализом

Данас васпитач има централну улогу у предшколском програму, па је самим тим он иницијатор идеје да се креира вртић по мери детета. Како данас деца са посебним потребама, па тако и деца са церебралном парализом, похађају редовне групе у вртићима према ИОП програму, тако и васпитачи добијају још нових улога, задатака и захтева, што значи да им је потребна подршка и додатна обука, семинари, сарадња и размена искустава са другим васпитачима и слично. Током формалног образовања потребно је посветити више пажње њиховим компетенцијама када је реч о корективном педагошком раду како би лакше, а са

више самопоуздања и мотивације приступали раду са децом којој је потребна посебна подршка у одрастању. Током иницијалног образовања углавном се стичу знања и вештине неопходне за подстицање развоја деце типичног развоја, а за процену и рад са децом са посебним потребама ипак су им потребна посебна специфична знања.

Када се сусретне са дететом са церебралном парализом у групи, васпитач да би могао да спроводи посебан програм са индивидуализованим задацима, најпре мора да разуме потребе оваквог детета. Већина предшколских установа нема комплетне стручне тимове и нема довољно дидактичког материјала за овакву врсту рада и приступа, а опет, са друге стране, пружајући овом детету прилику да борави у редовним групама омогућавамо му да буде прихваћено на основу својих квалитета. Дете које болује од церебралне парализе, без обзира на то колике су његове когнитивне, физичке, социјалне или емоционалне могућности, добија прилику да живи квалитетнијим животом у друштву својих вршњака, а остала деца у групи стичу прилику да у најранијем периоду свог живота прихвате различитост и уче се емпатији и алтруизму. На овај начин, васпитачи такође дају свој пример деци јер покушавају да задовоље индивидуалне потребе сваког детета, а својим поступцима показују вредност међуљудских односа и како проблеми могу да се решавају када људи подржавају једни друге, што је изузетан пример за децу која имају у групи дете са церебралном парализом. Код деце која у групи имају детет са церебралном парализом, развија се осећање правих људских вредности, па ће она, касније, на сасвим природан начин прихватити неку особу са посебним потребама, без страха, без сажаљења које никоме не користи, а уједно, знаће и да јој помогну да се укључи у друштво што је јако важно за друштвени развој овакве деце.

Наравно, поред васпитача у планирању рада са дететом са церебралном парализом учествују цели тимови, јер васпитач нема довољно компетенција за рану интервенцију у области медицине, и рехабилитације. Васпитачи поступају по налогу стручњака у области рехабилитације органских функција; моторичког, менталног, когнитивног и интелектуалног развоја, као и социјалног.

Улога васпитача је велика када је реч о додатној помоћи деци са ЦП, али је исто тако и врло компликована јер васпитач треба да спроводи инклузивне

активности, препоруке стручњака и стручног тима, и да прати ток и промене у развоју овог детета иако није довољно професионално припремљен за ову улогу. Па ипак, васпитачи морају да нађу начин да дођу до потрених знања, а уједно, карактерне црте васпитача морају да буду емотивно уравнотежене како би били у стању да успешно успоставе емоционални контакт са децом.

Бојанин (2002) сматра да је сусрет детета са својим васпитачем користан само онда ако је аутентичан, јер се између васпитача и детета ствара чврста веза која подразумева разумевање, узајамно поверење и поштовање. Квалитет тог односа суштина је подучавања. Свака активност ће деци са церебралном парализом бити занимљива и подстицајна ако васпитач створи такав однос где она осећају да васпитач поштује њихове потребе, а и онда са друге стране поштују његове. Добар васпитач својим поступцима буди и подстиче снагу детета да истраје у реализовању задатака који за њега често нису нимало лаки, бодри их и мотивише кад апокажу незадовољство или доживе неуспех, а посебно је важно да васпитач уме да схвати разлоге дететовог незадовољства или неког негативног понашања, како би умео да му помогне, прихвати начине дететовог реаговања и поучи га како да преброди кризу коју доживљава.

Када креира срединске услове у којима планира да ради са дететом које болује од церебралне парализе, васпитач треба, према Мешалић, Шакотић и Николић (2007) да се придржава следећих принципа:

1. креирање топле емоционалне атмосфере,
2. индивидуализација која је могућа само након дуже опсервације и идентификације способности детета,
3. употреба конкретног, очигледног материјала при усвајању појмова уз поштовање принципа од познатог ка непознатом,
4. осигурање напредовања детета у раду ситним и прецизно програмски дефинисаним корацима,
5. помагање детету које има смањене сазнајне способности да стечена знања користи у новим ситуацијама и да их повезује са животом,
6. служити се, у раду са децом, честим понављањем свих чињеница које се већ налазе у искуству детета,

7. препоручљиво је у учењу користити сва дететова сензорна подручја (вид, слух, кинестетику) и примењивати програм базичне перцептивно-моторичке стимулације,
8. дидактичке материјале, текстове, слике, апликације и све остало потребно је адаптирати у складу са индивидуалним способностима деце,
9. доследно структурирање образовних ситуација како би стимулисали социјализацију деце,
10. структурирање ситуација у раду с децом на такав начин да се омогући да једно дете учи од другог, јер деца то воле,
11. потребно је у раду са децом програмирати значајан део садржаја активности,
12. подстицати рад у групи и пару, рад у радионицама комбиновати са веома мало фронталног рада.

Да би се избегло код деце осећање издвојености, све што ради, васпитач треба да ради дискретно и ненаметљиво.

Један од важних задатака васпитача који ради са децом са церебралном парализом јесте и правилно вођење документације о њему. Васпитач треба да има знања и да буде стручан у праћењу детета и и евидентирању свих снимљених појава, јер систематично праћење и бележење понашања детета може послужити као веома добра основа за његово разумевање. Посматрањем треба забележити које ситуације дете нерадо или неуспешно обавља и кад год је могуће наћи за њих замену. Деца са ЦП имају снажну потребу за похвалом од стране васпитача, али ово треба примењивати дозирано, јер уколико се похвала пречесто користи, може изгубити подстицајну васпитну вредност. Васпитач треба јасно и редовно да показује детету да цени његов труд и да се отворено радује сваком, па и најмањем напретку који уочи. Не сме ни случајно да криви дете ако је неуспешно у остваривању неких задатака већ треба да тражи нове стратегије и приступе којима ће остварити биље ефекте. Када добро разуме потребе детета са ЦП, васпитач ће наћи у себи и мотивацију и време да прилагоди задатке и садржаје потребама овог детета што је и суштина приступа у раду са овом децом. Да би индивидуализација

дала жељене резултате, васпитач треба да сарађује са групом стручног тима као и са породицом, а и са локалном заједницом.

За успех инклузивног образовања значајан је и тимски рад као и сарадња са родитељима, другим стручњацима и локалном заједницом па васпитач треба да има и развијене сарадничке и комуникативне компетенције. Личне црте васпитача морају да буду такве да он врши саморефлексију свог рада, да је самокритичан, да верује у себе, да буде истрајан и да има свест да он утиче на васпитање и образовање, па тиме и на бољитак детета са којим ради.

Најважнија васпитачева улога је да створи пријатно и топло окружење за дете које борави у редовној групи а има посебне потребе, јер је топло окружење један од јако важних услова лакшег прилагођавања овог детета на групу вршњака, а и њиховог прилагођавања на малишана који се према својим потребама разликује од њих. Он мора да негује сарадничке и емпатичне односе међу децом учећи их личним примером да од малена прихватају различитости. Рана позитивна искуства детета са ЦП са осталом децом су од изузетног значаја за њихов каснији емоционални и социјални развој, јер је важно помоћи оваквом детету да се касније у животу прилагоди друштвеним токовима и темпу који намеће живот.

Године узлета доносе васпитачима бројне нове улоге и захтеве, па је самим тим и рад са децом којој је потребна додатна подршка област која захтева додатну едукацију, рад на себи и својим знањима, усавршавање, мењање своје праксе итд. Дете са ЦП треба да се осећа у вртићу прихваћено, способно, вољено и као део групе, што ће изазвати исту реакцију и код остале деце чиме је постигнут први и врло важан корак у програму подршке деци са ЦП.

Сам рад на оваквом програму од васпитача захтева јако много труда и залагања да прилагоди свој рад и задатке потребама и способностима детета коме је потребна додатна подршка, на начин да оно не осети да се разликује, већ да има једнака права као и сва друга деца.

3. Методолошки део

Церебрална парализа је хронични, непрогресивни поремећај који настаје као последица централних траума у пренаталном, перинаталном или раном постнаталном периоду. Ово је вишеструки поремећај, често праћен сензорним поремећајима, најчешће у области вида и слуха, менталном ретардацијом различитог степена, поремећајима понашања, хиперкинетским синдромом, слабијом пажњом и концентрацијом итд. Секундарне последице оштећења зависе у великој мери од непосредног окружења, од породичне атмосфере, од подстицаја који се пружају детету током развоја и од ставова социјалне средине, што је заправо и један од разлога одабира ове теме за мастер рад. Управо је на нама, васпитачима и родитељима који се суочавамо са дететом коме је потребна посебна врста помоћи, да у што је могуће већој мери прилагодимо просторно окружење у ком дете борави на такав начин да оно буде развојно подстицајно, како би се циљано деловало на оне сегменте развоја који су у датом моменту најзначајнији за даљи дететов напредак.

У циљу наведеног, добро је споменути да је као резултат сарадње националних центара и регистара осам Европских земаља, постигнут је концензус и Радна група за праћење церебралне парализе у Европи (Surveillance of Cerebral Palsy in Europe – SCPE) која је донела дефиницију церебралне парализе која се ослања на феноменологију као критеријум, односно на клиничку слику и анамнестичке податке а затим, 2004. године у Сједињеним Америчким Државама, одржана и међународна радионица на тему дефинисања и класификације церебралне парализе. Тада је договорено да се церебрална парализа односи на групу трајних поремећаја развоја покрета и постуре који изазивају ограничење активности, а који се могу приписати непрогресивним поремећајима који су се догодили у развоју мозга на феталном или дојеначком узрасту.

За сам истраживачки део рада важно је споменути да моторичке поремећаје код церебралне парализе често прате сензорне сметње, сметње перцепције, когниције и комуникације, бихејвиоралне сметње, затим епилепсија и секундарни мишићно-скелетни проблеми. Управо зато је идеја овим истраживањем указати на

могућности подстицања одређених моторичких способности код ове деце кроз креирање просторне целине која је у потпуности прилагођења њиховим потребама и развојним способностима. Овакав простор ће омогућавати деци слободно и безбедно кретање, као и подстицаје за покушаје уз подршку за одређене моторичке активности.

Кроз систем вежби припремљених у сарадњи са стручним лицем, мериће се интересовање, мотивисаност и побољшање моторичких способности (способности седења) као резултат утицаја система вежби које се са децом реализују.

Простор ће се мењати у складу са интересовањима, потребама и развојним исходима које васпитач уочава, како би се добили максимални позитивни резултати.

На основу снимљених резултата, креираће се дескриптивни приказ добијених резултата, на основу чега ће се дати даље препоруке за промене у пракси.

Учесници истраживања биће моја ћерка (6) и девојчица са којом радим у вртићу (6.5). Оба детета су оболела од церебралне парализе и због сличних узрасних и развојних особина, одлучила сам да оне буду мој узорак.

Очекујем позитиван исход, односно, повећање временског интервала у оквиру ког оба детета могу да седе, што подстицајима из физичке средине, што подстицајима из области посебно креираних моторних вежби за развијање способности седења код ове деце.

Постоји потреба да се васпитачима прикажу креативнији приступи употребом адекватно креираног физичког окружења и система моторних вежби које ће помоћи деци са церебралном парализом да остваре бољи резултат у временском трајању способности седења, јер је циљ да се и њима омогући да онолико колико то могу, буду равноправна са другом децом при поласку у школу. Основни фактор по ком се разликује вртић од школе је развијена способност седења на школско часовном систему.

Уколико истраживање покаже позитиван резултат, систем вежби и просторног окружења може да буде од користи другим васпитачима који се у својој групи сусретну са овим проблемом.

3.1. Предмет истраживања

Предмет истраживања је утицај моторичких вежби на усавршавање способности седења код деце са церебралном парализом – значај простора за позитивна исход.

3.2. Проблем истраживања

Проблем истраживања је утврдити у којој мери просторна уређеност и усклађеност са потребама деце са церебралном парализом омогућава васпитачу да креира корективне моторичке вежбе којима ће постићи позитиван исход у способности седења, као припреме за каснији школски систем, код деце са церебралном парализом.

3.3. Циљ истраживања

Циљ истраживања истражити колико прилагођавање просторне целине за рехабилитацију деце са церебралном парализом, удружено са корективним моторичких вежбама може да потпомогне побољшању статуса седења (временски интервал) код предшколске деце са овим поремећајем.

3.4. Задаци истраживања

Задаци истраживања произилазе из постављеног циља истраживања. Они су следећи:

- 1. Утврдити колики је временски интервал којим деца/испитаници са церебралном парализом, пре почетка истраживања располажу, када је реч о способности седења.*

2. *Истражити могућности прилагођавања физичке средине потребама истраживања – креирати подстицајне физичке ресурсе којима ће се испитаници мотивисати-подстицати моторичким вежбама да побољшају временски оквир способности седења.*
3. *Испитати у којој мери комбиновање моторичких вежби са просторним подстицајима утичу на повећање временског интервала способности седења код испитаника.*
4. *Утврдити које моторичке вежбе дају најбољи исход када је реч о повећању временског интервала способности седења код деце предшколског узраста са церебралном парализом.*
5. *Утврдити временски оквир понављања система моторних вежби за постизање позитивног исхода.*

3.5. Хипотезе истраживања

Хипотезе истраживања произилазе из циља и задатака:

Општа хипотеза: Општа хипотеза истраживања односи се на очекивани позитиван исход након примене система моторних вежби у посебно креираној просторној целини која има за циљ да поспеши временски интервал седења код деце која представљају узорак.

X1: Очекује се да је временски интервал пре третмана знатно краћи од оног који чекујемо да постигнемо (неколико минута).

X2: Очекује се да специјализована просторна средина делује подстицајно на временски интервал седења деце са ЦБ.

X3: Очекује се да систем моторних вежби утиче на повећање временског интервала седења код деце са ЦБ.

X4: Очекује се постоје вежбе моторног карактера које ће давати боље резултате.

X5: Очејује се да ће бити потребно минимум два месеца понављања система вежби како би деца са ЦБ показала позитиван напредак у временском интервалу седења.

3.6. Подаци о учесницима истраживања и временски оквир

Узорак истраживања чини двоје деце која похађају Пу Полетарац у Старој Пазови-девојчице узраста 6 и 6.5 година.

М.Л. (6 година). Из Старе Пазове, болује од Cystis arachnoidales reg.ventriculi terti, Hydrocephalus opstructivus, Hypopituitarismus, Morbus toni musculorum neonati.

Б.И (6.5 година). Из Старе Пазове, болује од типа Paralysis cerebialis spastica diaplegica.

Временски оквир истраживања: Истраживање је реализовано у временском периоду два до три месеца, због специфичности развојних потреба деце која представљају узорак.

3.7. Методе истраживања

Истраживање је реализовано кроз употребу дескриптивне методе и методе теоријске анализе. Техника које су коришћене у оквиру ових метода су посматрање и анализа садржаја. Резултати ће бити приказани дескриптивно.

3.8. Ток истраживања

На основу припреме, планирања и прилагођавања простора моторним способностима деце са церебралном парализом васпитач у сарадњи са стручним сарадником креира мотивационо подстицајне и развојне сегменте простора којима

ће покушати да, уз креирање системе моторних вежби, утиче на повећање интервала седења код испитаника, у циљу припреме за школски систем праћења наставе.

Васпитач у сарадњи са стручним лицем снима, прати и анализира реакције деце на моторне вежбе у новом просторном окружењу и бележи резултате. На основу уоченог, мења приступ и креира вежбе које ће давати бољи исход. У складу са постављеним задацима, очекује се да ће адекватно просторно окружење у комбинацији са индивидуализованим приступом и прилагођеним моторним задацима повећати интервал способности седења код предшколске деце са церебралном парализом.

3.8.1. Креирање специјализоване просторне целине

Увидом у медицинску и психолошку документацију оба детета из узорка, редовним праћењем, посматрањем и евидентирањем стања, промена, напредака и застоја у одређеним сегментима развоја, дошли смо на идеју, у договору са стручним лицима, да креирамо специјализовану просторну целину којом ћемо подстицати способност седења код деце из узорка, са циљем да их припремимо (због узраста) за школски систем поувавања током ког ће морати да седе дуже него што су навикла, или су способна. Обе девојчице су ведрог духа, упорне, проналазе једна у другој модел мотивације за одређене активности и сараднички су оријентисане. Ово наравно не значи да се у раду са њима не наилази на потешкоће и препреке, али суштински, реч је о деци која има жељу да сарађују што у неку руку плакшава овај трновит пут и задатак.

Васпитач је на основу прикупљених података о деци припремио добијене податке о моторичком статусу оба испитаника, податке о дијагнози, односно форми церебралне парализе/обољења, и интелектуалној способности деце. На основу припремљених материјала, креирана је специјализована просторна целина у оквиру које ће се током временског оквира који је предвиђен, подстицати способност дужег седења код оба испитаника циљаним вежбама и играликим активностима.

Простор смо опремили средствима која омогућавају на првом месту безбедност деце, потом и активно учешће све деце из групе у активностима будући да испитаници не воле да буду изолована група и радо ступају у интеракцију са осталим члановима групе, па самим тим на њих подстицајно делује када и друга деца узимају учешће у извођењу вежби (деци без посебних потреба креирамо углавном вежбе адекватне њиховим развојним потребама, док испитаници добијају посебне задатке, са циљем да кроз заједничку игру сви остваре позитивне резултате). Поред безбедности, водили смо рачуна о средствима која омогућавају олакшано седење и положаје којима се ојачавају одређене мишићне групе које држе кичмени стуб стабилним и потпомажу способност седења (струњаче, јастуци, пилатес лопте, мале лопте, подни степери, простирке, теписи, траком обележени показивачи покрета на поду, подне греде за вежбање ходања по узаној површини, држачи, и слично). На сликама које следе може се видети просторна целина предвиђена за остваривање вежби које су тема овог рада.



Слике бр. 1-2: лево: греда за развијање баланса, десно: степер за потребе развијања тонуса ножних мишића



Слике бр. 3-4: лево: подна обележја за стимулацију усвајања покрета ходања по суженој површини. Десно: велика лопта за стимулацију ојачавања тонуса мишића абдомена и кичменог стуба, и струњача за вежбе.



Слике 5-6: лево: девојчица М.Л.-вежбе на степеру. Десно: струњача и подне подлоге за вежбе у лежећем ставу.



Слике 7-10: вежбе за ојачавање мускулатуре абдомена и мишића подупирача кичменог ступа на великој лопти и вежбе истезања мишића ногу по завшетку активности.



Слике бр. 11-14: неговање сарадничких односа деце са ЦП и остале деце у групи: заједничке активности баланса и ојачавања мускулатуре ногу



Слике бр. 15-18: ход по различитим дебелинама подлоге и подстицање развоја покрета пењања уз одржавање равнотеже.



Слике бр. 19-20: девојчица Б.И-активност јачања трбушне мускулатуре помоћу велике лопте.



Слика бр. 21: девојчица Б.И. – развијање баланса и равнотеже у вежбама одизања ногу од подлоге и руку од подлоге док је труп на великој лопти.

3.8.2. Предлог вежби у просторној целини и анализа добијених резултата

Посматрањем и праћењем током летњег периода утврђено је да је временски оквир способности седења код оба детета знатно краћи од очекиваног за њихов узраст, али у складу са моторичким способностима којима располажу због основне болести. Оба детета могу да издрже (уз активно подстицање пажње интересантним активностима и забавним садржајима) да седе у релативно правилном положају краћи временски период (просек око 10 минута).

Седење	Број	%
немогућност	0	0
Делимично	2	100.0
успешно	0	0
Укупно	2	100.0

Табела бр.1. Приказ способности седења испитаника

Из табеле 1. можемо видети да оба детета (100%) могу делимично да седе правилно и без ослонаца, уз одржавање равнотеже. Нема испитаника који не могу да седе већ заузимају полулежећи или лежећи положај. Могућност седења се код деце развија у периоду од шестог до деветог месеца, а с обзиром да код церебрално парализованог детета моторни развој у целости касни, то кашњење се најчешће манифестује и у способности седења. Иако у групи немамо оваквих испитаника, деца са церебралном парализом често могу да седе само уз ослонац, или седе отежано, седе уз ослонац и помагала или немају уопште могућност седења.

Циљ вежби које смо примењивали са испитаницима је да кроз активно понављање којим се уче нормални обрасци положаја седења и покрета, развија бачанс и равнотежа и циљано ојачавају мишићи тупа и кичменог стуба, временом доведемо до развоја способности самосталног извођења положаја седења у што дужем временском интервалу. Основно начело којим смо се руководили јесте инхибиција постуралне активности и фацилитација нормалног постуралног положаја и покрета који ће обезбедити и дужи самосталан и правилан положај седења без подршке и са равнотежом.

Вежба бр. 1: игра ојачавања стомачних мишића употребом пилатес лопте. Сва деца у групи имају задатак да одрже што дуже баланс на пилатес лопти у

положају стомаком преко лопте. Деца треба да покушају прво да одвоје једну руку од пода, потом и другу, а деца која нису испитаници имају за циљ да одвоје и руке и ноге од пода у једном тренутку и издрже у том положају бар неколико секунди балансирајући.

Резултат: испитаници у почетку (првих 7-10 дана) не успевају да одвоје ниједан експремитет од пода. Након око 10 дана полако почињу да одвајају једну руку од тла али само на секунд до два, без одржавања баланса. У наредном периоду увежбавано је (свакодневно) одвајање једне руке од тла и након око 25 дана оба испитаника су стекла способност да одвајају руку од тла и задрже се у том положају неколико секунди. У наредном периоду наставили смо да понављамо свакодневно одвајање и друге руке од тла са циљем истезања мишића тупа ради опуштања спазма, и задржавање у овом положају неколико секунди. М.Л. је успешнија у обављању задатка, док је Б.И. спорија у развијању ове способности али је упорна и нешто након М.Л. и она остварује резултат. Током периода од 2.5 месеца свакодневне забаве са овом вежбом, оба детета су развила способност да одвоје шаке од пода и задрже их тако пар секунди, док истовремено одвајање ногу и руку није било постигнуто.

Вежба број 2:седење на пилатес лопти са покретом завијања тупа. Деца која нису испитаници имају задатак да седе на лопти, одржавају баланс раширених руку, завијају труп са раширеним рукама у једном, па у другом правцу, а потом одижу једну ногу од пода, па потом другу, наизменично, потпуно је исправљајући. Деца испитаници имају задатак да седе на лопти раширених руку у нивоу рамена, правих леђа и врше покрет завијања тупа са раширеним рукама у једном, па у другом правцу. Овом вежбом циљано стабилизујемо мишиће абдомена и кичменог стуба код испитаника. Уколико желе, испитаници могу да покушају да одижу ноге од тла као и остала деца. Понављања вршити минимум 10 пута у оба правца.

Резултат: оба детета показују мотивацију да ову вежбу изведу правилно, али на почетку је баланс проблем. Седење на великој лопти код оба испитаника изазива неравнотежу, па је у почетку због висине лопте, понављано само седење на њој уз покушај да тело буде у правилном положају. Деци је забавно губљење равнотеже па ова вежба представља игру али и изазов. Након дужег времена

понављања, некада и више пута на дан, оба детета су развила способност да седе на лопти краћи период (до 30 секунди) одржавајући баланс и без падања, али уз надзор и подршку ради безбедности. Тек после око месец дана деца су почела изводе и покрет завијања тела на лево и десно не одвајајући доњи део тела од лопте и са минималним његовим покретима.

Вежба број 3: седеће додавање лоптом. Испитаници седе на својим великим пилатес лоптама. Не одвајајући стопала од тла савијају благо труп унапред и додају једна другој малу лопту. Идеја је да после одређеног времена деца покушају да из овог положаја започну добацивање мањом лоптом. Остала деца играју исту игру, али је њихов задатак да из наведеног положаја играју одбојку мањим лоптама (седећа одбојка).

Резултат: оба детета првих неколико недеља немају способност одржавања баланса при седењу на великој лопти. У том периоду смо увежбавали само седење са правилним положајем тела, па смо касније увели држање лопте у рукама испруженим испред тела. После скоро два месеца деца су почела полако да додају лопту једна другој али су губила баланс приликом нагињања, што је за њих деловало забавно. Социо-емиционални елемент игара односно расположење под којим деца доживљавају овакве вежбе је јако важан, па је њихово забављање доста помагало да не губе мотивацију, и да покушавају поново да изведу задатак. Ова вежба је допринела ојачавању трбушних мишића и мишића кичменог ступа и њиховом функционалнијем одржавању правилног положаја тела приликом седења. Покушаји да се лопта ухвати код бацања нису били успешни. Оба детета су успешно бацала лопту, али нису била успешна у хватању из овог положаја. За хватање је потребно дуже вежбање.

Вежба број 4: деца седе на струњачи наслоњена леђа о леђа (води се рачуна да се поставе у правилан седећи положај). У рукама исправљеним испред себе држе лопту коју завијањем тела у једну страну додају другом детету које се завија у истом правцу испружених руку како би узело лопту. Затим ово дете завија горњи део тела у супротном правцу и додаје назад лопту првом детету. Вежба се понавља више пута, док је деци забавна.

Резултат: првих око 15 дана деца успевају у описаном положају да седе неколико минута, додајући се лоптом, али се брзо умарају јер седе на поду (струњачи) што захтева јаче ангажовање мишића трупa да се одрже у правилном положају. Након две недеље време седења се постепено повећава, за пола минута, минут и тд, што указује на утицај вежбе на кондицију ове деце, и бољи статус мишића. Ова вежба није била превише захтевна јер не захтева баланс као претходне, али је допринела продужавању времена седења у правилном положају.

Вежба број 5: вежба баланса ходања на греди (мале висине). Оба детета имају задатак да уз придржавање за васпитача споро ходају по греди стопало испред стопала. Циљ ове вежбе је усавршавање баланса којим се јачају све мишићне групе.

Остала деца у групи имају задатак да пређу греду без подрпке васпитача и уз преношење одређених предмета у рукама. Игра има такмичарски карактер, деца учествују сва, са индивидуализованим задацима.

Резултат: овом вежбом смо постигли редовним понављањем да се ојача тонус мишића целог тела код испитаника и да се стекне равнотежа која је важна за касније стабилно седење. Првих недеља су оба детета имала проблем са ходом по греди, будући да он захтева и концентрацију, и снагу, и баланс, али се после неколико недеља почео уочавати напредак. Подршка васпитача (држање за руку) је неопходно али су оба детета временом мање губила равнотежу и ређе „клизила“ са греде. Ово је вежба која је у периоду од три месеца допринела чвршћој стабилности ногу код оба испитаника, и понављаћемо је свакодневно до поласка у школу, као и све остале.

Вежба број 6: степери у акцији. Деца у групи имају задатак да седећи на степерима који су поређани у круг, одигну ноге од пода а да држе право леђа, и у том положају додају детету до себе балон. Испитаници су укључени у ову игру тако што седе на степеру, одижу само једну ногу од пода док је друга испружена испред њих, и покушају да узму и додају следећем детету балон.

Резултат: Ова вежба је за испитанике била захтевна јер захтева активирање свих мишићних група а посебно мишића трупa приликом одизања ноге од пода и окретања у страну да се узме и дода следећем балон. Али, заједничка игра са

осталим члановима групе делује јако подстицајно на истрајност испитаника, па су они, после дужег времена, почели са успехом да обављају део задатка, односно, оба детета су успешно вршила покрет у трупа у страну са одигнутом ногом од пода, али им је обема проблем представљало координисано одизање ноге, окретање у страну и хватање, односно додавање, те је овај задњи део задатак делимично усвојен, не у потпуности. Некада су успеваале да ухвате и додају балон са одигнутом ногом, некада не.

Вежба број 7: балансирај на ваљку. За ову вежну користили смо ваљке направљене од чврстог сунђера. Задатак деце из групе је да одрже баланс стајањем са обе ноге на ваљку што дуже. Задатак за испитанике је да покушају уз подршку васпитача попну и сиђу са ваљка, за почетак без одржавања баланса, дакле, ово средство користимо као степеник, или степер на који се пењемо и силазимо.

Резултат: осталој деци у групи је ова врста балансирања јако забавна, активност изазива смех. Самим тим испитаници су мотивисани да се „играју“, а вежба доприноси јачању мишића кичменог стба и постуре, развоју равнотеже и подстицању развоја снаге током бачансирања. Испитаницима је овај задатак тежак, и успевају да га изведу искључиво уз снажну подршку васпитача (чврсто држање васпитача за руке). Па ипак, сам процес пењања и силажења (које се изводи спорим кретним радњама) утиче позитивно на ојачавање мишића јер је и свега 2-3 секунде довољно да се мишићи контрахују.

Вежба број 8: истезање на великој лопти са ојачавањем мишића трбушног зида. Испитаници седну на лопту, затим се уз подршку васпитача спусте у лежећи положај на њој, руке испруже иза главе, истегну се максимално, и уз помоћ васпитача се подижу у седећи положај.

Резултат: до краја периода реализивања ових вежби испитници су иводили ову вежбу неколико пута на дан. Оба испитаника нису успела да се самостално подигну на лопти из лежећег у седећи положај. Свакако, добробит од вежбе се огледа у ојачавању мишића трбушног зида који држе мишиће кичменог стуба, па је била корисна.

Вежба број 9: игра балонима у паровима. Остали чланови групе имају разне задатке: преношење балоне леђа о леђа, чело о чело, у пару, држање балона у 4 руке иза леђа (један се креће у нормалном а други члан хода уназад) итд.

Испитаници имају задатак да учествују у игри, али су задаци прилагођени њиховим способностима. Забаве ради, деца их преносе прво чело о чело (поента је креирању опуштене атмосфере, а не у остварицању циља јер је обе девојчице ово тежак задатак). Задатак који треба да изведу јесте ходање са балоном између колена, по исцртаном полигону на паркету (лепљењи путокази од шарених трака) са идејом да им до циља не испадне балон. Вежба је за њих захтевна али покушавају, забављају се, играју са осталим члановима групе па је и емотивно социјална добробит остварена.

Резултат: задатак је испунио један од циљева, а то је социјала интеракција и интеграција испитаника у групу вршњака. Заједничка игра је важан фактор развоја деце. До краја периода девојчице нису успеле да изведу задатак до краја јер је захтевао снагу у мишићима ногу којом оне не располажу у довољној мери, али су побољшале дужину ношења балона између колена у односу на прве недеље вежбања.

Вежба број 10: групна игра малим лоптама. Сва деца леже на струњачама у формацији круга, на стомаку, руке су испружене у правцу центра круга. У центру је неколико лопти. Васпитач додаје лопте сваком другом детету у руке. Задатак је одићи грудни део и главу од тла са рукама пруженим напред у којој се држи лопта и пружити је, држањем у обе руке, детету до себе, које треба да заузме исти положај да би је узело, и из тог положаја предало следећем детету. Испитаници изводе овај задатак у почетку без одизања предњег дела тела од тла, са циљем да у року од три месеца покушају бар делимично да га одвоје од подлоге док изводе задатак.

Резултат: групна игра одлично подстиче децу на учешће, а испитанике чини равноправним члановима групе. Игром смо ојачавали мишиће руку, раменог појаса, трбуха и кичменог ступа, јачали смо тимски дух и сарадничке односе међу децом. Креирали смо позитивну атмосферу и кроз игру интегрисано утицали на све сегменте развоја. Васпитач је подстицао децу да бодре једни друге да им лопта не

испадне из руку. Испитаници су до краја периода делимично изводили овај задатак-на кратко су успевали уз благу помоћ васпитача да се одигну од тла, али је успех изостао када је реч о томе да се задрже у том положају док не преузму и не додају следећем играчу лопту. Свакако, вежба је дала позитиван исход.

3.9. Дискусија

Деца са посебним потребама, у овом случају деца која имају церебралну парализу, су у својој основи, само деца, жељна игре, дружења, вршњака, забаве, смеха и доброг расположења. Она не желе да се осећају другачијом, желе да буду део групе, део игре, део детињства које је исто за сву децу, забавно. Када смо покренули креирање ове просторне целине, идеја, она основна, нам је била да оспособимо простор за вежбе које ће бити функционалне када је реч о моторичком развоју наведених девојчица. У неким задацима смо брзо видели позитивне резултате, код неких је резултат изостао, или је био делимичан. Оно што није изостало је то да су се ове две девојчице осетила као равноправни чланови своје групе, добро су се забављале, биле су мотивисане и пуне жеље за играма јер су у њима учествовали сви, свако са својим задацима.

Социјално-емоционални аспект је важан фактор моторичког развоја деце. Деца која су у групи вршњака, кроз интеракцију и позитивне емоције, показују знатно већи степен ангажовања за рад, а самим тим добијамо и боље ефекте кретних образаца и моторичких радњи. Циљ нам је био да ојачавамо одређене мишићне групе и саму постуру тела због припреме за седење у школи, и понављањем оваквих игара до краја године ћемо сигурно имати још боље резултате, али смо понављањем ових вежби у трајању од око три месеца видели да деца са церебралном парализом могу много уколико смо креативни да их забавимо, и довољно упорни да не одустајемо од циља иако су резултати у почетку невидљиви. Упорним понављањем долази до стимулације одређених центара и нерава који почињу да подстичу мишиће на одређене реакције, и временом је могуће остварити напредак када је реч о неким способностима ове деце. Оваквим приступом који је приказан у истраживању, показали смо да је све могуће уколико је васпитач довољно посвећен својој професији, па је топла препорука свим

колегама да не губе вољу и стрпљење када изводе неке активности са децом којој је потребна подршка, већ да верују у њих, а резултати ће временом доћи.

4. Закључак

Индивидуализовани план рада са децом којој је потребна додатна подршка у развоју је захтеван и озбиљан задатак који од васпитача тражи посвећеност, љубав, стрпљење, мотивисаност и висок ниво стручности. У сарадњи са стручним лицима која прате рад васпитача у оваквим случајевима, могуће је креирати просторне целине које ће давати позитивне исходе када је реч о корективном раду. Када су деца са церебралном парализом у питању, најважније је показати довољан ниво упорности и стрпљења, јер код њих очекивани резултати не долазе брзо, некада и скроз изостану, али то не значи да од њих треба одсутајати, већ напротив, треба бити још упорнији и још посвећенији.

Циљ ране стимулације која је у великој мери задатак васпитача, осим подршке детету кроз развијање јаке емоционалне везе са њим, јесте и креирање топле атмосфере, снажних сарадничких односа међу децом и система вежби и активности којима ће помоћи развој одређених области, уз констатно праћење и вођење документације о оствареним резултатима. Редовном и темељном сарадњом са стручним тимом, васпитачи могу у многоне да помогну лакшу интеграцију ове деце у вршњачке групе, подигну ниво њихове мотивисаности да истрају у извођењу задатака и стекну и развију одређене способности. Истраживањем које је представљено у овом раду смо указали на значај свих горе наведених елемената, јер смо, уз бескрајно много стрпљења и воље, остварили да се девојчице Б. И. и М.Л. осете као равноправни чланови своје групе, док је код остале деце активно грађено осећање радости и задовољства због успеха наведених девојчица, а, са друге стране, упорним и строљивим понављањем вежби које су креиране у сарадњи са стручним лице, постигли смо одређене напретке када је реч о ојачавању мускулатуре абдомена и кичменог стуба, што ће, даљим понављањем истих и сличних вежби допринети продужавању временског интервала седења код обе девојчице, у циљу припреме за полазак у школу.

С обзиром да Године узлета наводе да је дете целовито биће, у складу са овим наводом, треба водити рачуна о свим аспектима развоја једнако, што смо истраживањем и доказали, а групне игре, јер заједничко учешће у активностима и

интеракције са вршњацима буде у деци којој је потребна додатна подршка додатну вољу да буду успешна, што се увек позитивно одражава на њихов целокупан развој.

Коришћена литература

- Адамовић, М. Стошљевић, М. (2010). Значај ране интервенције у условима транзиције. У: Тематски зборник радова: *Специјална едукација и рехабилитација-наука и/или пракса*. Београд: Универзите у Београду. Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију.
- Андрејић, З. (2005). *Могућност реализације и усвајања програма српског језика за ученике са церебралном парализом*. Београд: Универзитет у Београду. Дефектолошки факултет.
- Андрејић, З. (2015). *Испитавање ефикасности демонстративне наставне методе у описмењавању ученика са церебралном парализом*. Београд: Универзитет у Београду. Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију.
- Бојанин, С. (2002). *Тајна школе*. Нови Сад: ШОСО "Милан Петровић".
- Весел Ј. (1990). *Медицинска психологија са психопатологијом*. Београд: ВМШ.
- Демеша Дрљан Ч. (2012). *Фактори ризика и карактеристике деце церебралне парализе*. Нови Сад: Медицински факултет. Универзитет у Новом Саду.
- Десимировић В. (1997). *Медицинска психологија са основама психопатологије*. Београд: Наука.
- Закон о основама система образовања и васпитања, „Службени гласник РС“ 72/09 од 3.септембра 2009.
- Иланковић В. и Иланковић Н. (1995). *Схизофренија-болест душе или тела (Моторни дефицит, дијагностика и третман)*. Београд: Медицински факултет.
- Ковач-Церовић, Т. и сар. (2004). *Квалитетно образовање за све-изазови реформе образовања у Србији*. Београд: Министарство просвете и спорта Републике Србије.
- Košiček, T., Kobetić, D., Stančić, Z. i Joković Oreb, I. (2009). *Istraživanje nekih aspekata rane intervencije u djetinjstvu*. Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja, 45(1).

- Лозановић, Д., Рудић, Н. и Радивојевић, Д. (2013). *Подришка развоју деце у раном детињству. Приручник за примарну здравствену заштиту*. Београд: Удружење педијатара Србије.
- Lulić, S. (2012). *Stvaranje baze podataka o servisima rane intervencije u dječjim vrtićima u Republici Hrvatskoj*. Specijalistički rad. Zagreb: Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet.
- Ljubešić, M., (2009). *Rana intervencija u detinjstvu: gdje smo i kamo idemo, Rana intervencija u djetinjstvu. Opatija: Hrvatska danas. Zbornik*.
- Марков, З. и Адамов, Н. (2008). *Улога васпитача у инклузивном процесу*. Висока школа за образовање васпитача. Кикинда: Дом омладине.
- Matijaš, T. i dr. (2014). *Sustav zdravlja u području rane intervencije u djetinjstvu*. Paediatrica Croatica, 58(4).
- Марјановић, Б., и Симоновић, В. (1996). Церебрална парализа – Клиничка слика, дијагноза и диференцијална дијагноза, *Проблеми у педијатрији* 5. Београд: Завод за уџбенике и наставна средства.
- Мешалић, Ш., Шакотић, Н., и Николић, М. (2007). *Приступ инклузивној пракси у васпитању и образовању*. Подгорица: Завод за уџбенике и наставна средства.
- Милићевић, М. (2016). *Карактеристике партиципације деце с церебралном парализом*. Београд: Универзитет у Београду. Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију.
- Николић, С. Илић Стошовић, Д. и Илић, С. (2010). Рана интервенција у специјалној едукацији. У: Тематски зборник радова: *Специјална едукација и рехабилитација-наука и/или пракса*. Београд: Универзите у Београду. Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију.
- Rakula, A. T., Braun, K. V. N., Yeargin-Allsopp, M. (2009). Cerebral palsy: classification and epidemiology. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*, 20(3), 425–452. doi: 10.1016/j.pmr.2009.06.001
- Радуловић, Д., Башчаревић, Д., Бошковић, М., и Остојић, С. (2015). *Функционалне и когнитивне способности код деце са церебралном*

парализом узраста 4–6 године У: Зборник радова 15. конгреса физијатара Србије са међународним учешћем „Рехабилитација према потребама пацијента”. Врњачка Бања.

Савић, А. и сар. (1997). *Клиничка слика деце са церебралном парализом*. У А. Савић, Детињство, хабилитација, интеграција. Београд: Завод за церебралну парализу и развојну неурологију.

Стошљевић Л. и сар. (1997). Соматопедија. Београд: Научна књига.

Поповић, А. (2009). *Prikaz modela rane intervencije u udruzi „Ribice“ u Rijeci, Rana intervencija u djetinjstvu*. Опатја: Hrvatska danas. Zbornik sažetaka.

Радивојевић, Д. (1996). Церебрална парализа – Психолошки проблеми, *Проблеми у педијатрији* 95. Београд: Завод за уџбенике и наставна средства.

Рапаић, Д. (1996). *Церебрална парализа, праксичке и когнитивне функције*. Београд: Дефектолошки факултет.

Sabolič, E. (2006). *Rana intervencija rizične djece ili djece koja su se rodila kao rizična. Međunarodni znanstveni i stručni skup Rehabilitacija-stanje i perspektive djece s teškoćama u razvoju i osobama s invaliditetom*. Rijeka. Centar za rehabilitaciju Rijeka, 12(13), 82-84.

Савичевић, Д. (2010). *Моторичка ефикасност и интелектуални статус деце у специјалним и редовним школама*. У: Зборник радова научне конференције са међународним учешћем: Васпитање и образовање деце са сметњама у развоју у предшколској установи и школи. Сремска Митровица.