



Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

Including all persons for a Greener Future “Green-IN”

Training/Education Programme

Familiarizing young persons with the needs of Persons with
Disabilities

Ines van Hoek
dipl. defektolog

2023.

Disclaimer: Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union. Neither the European Union nor the granting authority can be held responsible for them.



Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

Foreword

This document has been prepared in the framework of the ERASMUS KA210 YOU (In the field of Youth) project “GREEN IN: Including all persons for a Greener Future.” The project has the aim of overall aim to enhance the inclusion of persons with disabilities in the community by including youth in the actions of non-profits. The specific aim is to enhance the capacity of young persons as active citizens to support persons with disabilities in their efforts to be socially included in the wider community.

2

Within the project it is foreseen that at least 10 young volunteers (5 from Croatia and 5 from Italy) will take part in training geared towards their needs and the needs of persons with disabilities. This document serves as a basis for the training in the project as it covers all major disabilities, outlines activities that can be used to create empathy towards the needs of persons with disabilities, and provides a comprehensive description of specific disabilities and how they affect individuals.

By having the trainers in Italy and Croatia take these activities and concepts and adapt them to their local settings, they will be able to transfer knowledge to young volunteers. This will allow young volunteers to gain capacities that will enable them to provide support and assistance to persons with disabilities. Thus, they will contribute to enhancing social inclusion in the community. Concerning the sense of well-being of the young volunteers/participants, by having them learn these concepts, exercises and facts about different disabilities, they will be empowered to support persons with disabilities. That in turn will give them a sense of ownership in community development and ensure their active participation in civil society. By having this document prepared in Croatian and English and made accessible, Association ŽIR “Life and Joy” (the applicant) and Comune di Cavriago (the partner) hope that other organizations aiming to improve their approach towards persons with disabilities are able to improve their approach and current actions.

The English version is found below. The original Croatian version is found on Page 78.



Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

1. Background

It is a well-known fact that one child with developmental disabilities is born around the world every 30 seconds. A child with developmental difficulties, later a person with a disability, is a whole being with all its specificities, needs and talents. It primarily requires human attention, care and help. These are people who are classified according to perceived "visible disabilities": people with intellectual disabilities, visual impairment, hearing impairment, people with physical disabilities, people with autism, etc. These groups are rejected and put on the margins of society, despised by the eyes of other people who fear not to become "like that". People with disabilities and children with developmental disabilities should be approached first of all with love and understanding, which will help us to see their needs, but also many times they have hidden talents. The ways of overcoming our fears extend from talking, listening, touching, engaging in the activities of everyday life, to strictly structured plans and programs, depending on the population of persons with disabilities, their impairment and abilities. When we get to know the biopsychosocial structure of a person, when we overcome fears by breaking down different barriers that divide us like a wall, we will be able to live in a healthy community that accepts and respects diversity.

2. The position of persons with disabilities throughout history

In order to understand the position of people with disabilities in society, it is necessary to know what the position of people with disabilities was in society throughout history. The attitude towards disability is different depending on the culture and society in which a person lives; i.e., their perception, attitudes and prejudices towards disabled people. The attitude of society towards people with disabilities shows how civilized a society is.

Throughout all periods of human history, there have been people with disabilities who were stigmatized, rejected, discriminated against and placed on the margins of society. Society's attitude towards persons with disabilities ranged from isolation and segregation to respect for their needs, human rights, social integration and participation in the community. Many times, their dignity was taken away from them, although the dignity of a person cannot be taken away regardless of the conditions in which that person lived, calling them derogatory names and comparing them to animals. Society's attitude towards people with disabilities can be divided and viewed through the phase of intolerance, tolerance, asylum, education and the rehabilitation phase (Nikolić and Vanitć-Tanjić, 2016).

The phase of intolerance is characteristic of primitive communities and during the times of the slave society. In the original communities, the attitude towards disabled people was quite negative because the individual was valued according to the contribution he brought to his community (e.g. bringing food, participating in hunting, etc.). People with disabilities, especially people with intellectual disabilities, people with visual impairments and physical disability were considered not useful, and they were rejected and put aside, especially in crisis situations. On the other hand, on the basis of archaeological finds, it was shown that in some communities had a positive attitude and that members took care of a person with a disability.

In Mesopotamia, the prevailing view was that disability was the will of the gods and differed according to a person's gender. A positive attitude prevailed towards women who were hearing and motor impaired, and a negative attitude prevailed towards blind people and people with severe motor disabilities. They were often called not by name but by type of disability. In Egypt, people with disabilities were under the protection of the gods, they were not discriminated against because it was believed that after death they would be cleansed of their disability. In ancient Rome and ancient Greece, as well as among the ancient Germans, an



Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

extremely negative attitude towards people with disabilities prevailed to the extent that it was decided whether that person would live or not.

The phase of tolerance occurs in feudal society in which a tolerant attitude towards people with intellectual disabilities prevails, but without providing assistance. Care for them was left to the family that was there isolated from society. Almshouses (places of care) are opened for the old and sick, but not for people with physical or mental disabilities.

The asylum phase is related to the Middle Ages, in which apartments were opened for the reception and care of people with disabilities. Asylums and hospices open all over Europe and Asia. In the beginning, an intolerant attitude towards people with disabilities prevailed, which later changed to a tolerant attitude thanks to the ideology of Christianity that advocated compassion for the weak and powerless.

The phase of education appears in the Renaissance, the Age of Enlightenment and the Age of Progress. At that time, prominent individuals began to show interest in people with disabilities. Sheerenberger (1983) points out that the Renaissance represents a bridge between the Middle Ages and the Enlightenment period. During this period, the awareness of people with intellectual disabilities as a separate entity continued to grow. The French Revolution, with its very idea of equal rights for everyone to education, encouraged individuals in Western European countries to open institutions for children and adults with disabilities.

The age of progress continued on the path toward a positive attitude towards the recognition of the rights of people with intellectual disabilities by introducing methods of special education for people who were previously considered impossible to educate.

The rehabilitation phase is characteristic of the 20th century, when tests for measuring intelligence were created. Based on these tests, the American Association in 1920 proposed the classification of persons with intellectual disabilities in three categories: idiots, imbeciles and morons. During that time of rehabilitation, the eugenics movement appeared, the segregation of people with intellectual disabilities, and the ban on marriage and the birth of children (with disabilities). In order for a person with a disability to fit into the community where they could live as equal members, a lot of time had to pass and several models had to be changed.

The first medical model was focused on the shortcomings of people with disabilities and did not see a whole person but a problem. The goal of the medical model is to change the person so that he can fit into the community. If a person cannot be changed, he is then excluded from the community, which leads to institutionalization, segregation, depersonalization, stigmatization, the appearance of various forms of undesirable behavior, stereotypy, aggression, self-aggression as a consequence of non-family environment (Škrinjar, 1989).

As a transition period from the medical to the social model, the deficit model appears, which emphasizes identifying and meeting the special needs of people with intellectual disabilities. Diagnosing is aimed at determining what a person cannot do. The deficit model, like the medical model, starts from the fact that everything is not right with the individual. When an individual is rehabilitated through various special institutions, he is returned to the community. What remained was that people without disabilities learn in the local community, while people with disabilities learn in an artificially created environment that is far from their home.

During the 1970s and 1980s, the idea of deinstitutionalization emerged and a new integration movement emerged as a model with the goal of having people with disabilities using a common space and spending time together, where young people move from large institutions to residential communities (Teodorovi,

Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

1995). In the 1990s, the philosophy of inclusion appeared, which demanded the complete equalization of the rights of persons with developmental disabilities with the rights of the "average population", demanding their comprehensive inclusion in society. Inclusion means "belonging." It is a philosophy that claims: "communities are not complete until everyone is welcome." We should accept each other as we are (Nikolić, 2016).

Some believe that there is a so-called the human rights model that represents an upgrade to the social model. This model emerged at the beginning of the 21st century and emerged from the Convention on the Rights of Persons with Disabilities. He preserves the dignity of a person with a disability, regardless of the type and severity of the disability, but emphasizes that a person with a disability has his own obligations. The human rights model provides the individual with a place within society, emphasizing the diversity of impairments and social justice (according to Leutar, Buljevac, 2010).

3. Terminology – Persons with disabilities

Terms for appropriately addressing people with disabilities are changing. After the discussion on the terminology of persons with disabilities, the conclusion was reached that the terminology from Sheraton is still supported in the declaration adopted in 2003, which is the result of a discussion that was conducted in the Republic of Croatia. The broader social community was involved in that discussion (e.g. Associations of Persons with Disabilities, members of the Croatian Academy of Sciences and Arts, government representatives, etc).

The conclusion of the discussion was the acceptance of the term "disabled person" when referring to an adult and the term "child with developmental disabilities" when referring to a child. There is no single definition of disability because different terms and definitions are used in different professional literature and scientific sources. According to the authors Anić and Goldstein, the very word disabled gives the wrong impression about people with disabilities, since it describes the limitations that a person has.

Different forms of support use different definitions and terms (education system, social welfare system, etc.) Thanks to the Convention on the Rights of Persons with Disabilities, disability is the result of the interaction between persons with disabilities and obstacles arising from the environment that prevent their full and effective participation in society. A person with a disability is a person who has long-term physical, mental, intellectual or sensory impairments that, in interaction with various obstacles, can prevent them from fully and effectively participation in society on an equal basis with others. Another definition says that a person with a disability is a person who has a physical, sensory, intellectual or mental impairment or disorders from the autistic spectrum that limit that person in one or more life activities or in participation in society.

The World Health Organization (2017) states that disability is an "umbrella concept" that covers impairments (problems in the functioning of the body), activity limitations (difficulty in performing tasks) and of participation (environmental problem). It is a permanent or temporary inability to perform normal activities as a result of a physical or mental deficiency. In some literature, as well as in the speech of individuals, we can find terms such as handicap, persons with special needs or sick persons, which have a negative connotation and insult the dignity of a person.

Before the adoption of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities, the common term for persons with intellectual disabilities was a person with mental retardation, which is still used today in scientific and professional literature. Since the word "retarded" has an extremely pejorative and derogatory meaning in everyday conversational language, there is increasing demand to replace this term with a term that the persons themselves have accepted as non-stigmatizing. For example, in October 2010, the US Senate



Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

passed a law ordering that in all federal laws the term mental retardation and its derivatives be replaced by the term intellectual disabilities/impairments.

4. Laws and documents regarding persons with disabilities

People with disabilities have fought for their equality in society, to be equal with other members, contributing according to their abilities and possibilities to the community in which they live. What do the rights of people with disabilities and children with developmental disabilities depend on, and are they ensured for everyone? All persons, including persons with disabilities, are born free with all the rights that belong to them. A large number of documents, conventions and declarations were adopted at the international level with the aim of including them regardless of their differences in all aspects of society.

The Republic of Croatia is a signatory to the Convention on the Rights of the Child and the Convention on the Rights of Persons with Disabilities, which have as their primary goal the development of inclusive upbringing and education within the framework of school practice (setting new educational goals and new tasks, methods and forms of work), and was adopted by the Republic of Croatia in 2009.

The Convention stands for the equal rights of all people:

Art. 6.- everyone has the right to be recognized everywhere before the law as a person.

Art. 7- everyone is equal before the law and everyone has the right to equal legal protection, without any discrimination.

Art. 18- everyone has the right to freedom of thought, conscience and religion

Art. 23- everyone has the right to work, free choice of employment

Art. 23.- free primary education for all children The Convention on the Rights of the Child is an international document,

*Paraphrased according to the Croatian original version.

These articles were adopted at the General Assembly of the United Nations on November 20, 1989, and contains universal standards. those that are party to the Convention, i.e. that signed and ratified it, must guarantee these rights to every to a child.

The Convention advocates for the education of children regardless of diversity, for a complete and dignified life of children with disabilities in the social community (Article 23. a child with developmental disabilities has the right to a fulfilling and decent life, in conditions that ensure dignity, self-confidence and inclusion in community and to ensure effective education (oriented according to the child's physical and mental abilities, to the child's personality and talent), training, social and health care, Article 2 and 28 - to enable education without discrimination).

The Republic of Croatia signed the Convention in 1992. The latest document dealing with the protection of persons with disabilities is the Convention on the Rights of Persons with Disabilities on disabilities, adopted by the United Nations General Assembly on December 13, 2006, and represents the latest expansion of the core of international instruments on human rights. It is of significance for all persons with disabilities, especially for persons with intellectual disabilities who are still disenfranchised, passive and unable to express their needs and interests. The convention should ensure that people with disabilities enjoy the same human rights as everyone else, so that they have the opportunity to live as full-fledged citizens who can make a valuable contribution to society. It requires that people with disabilities be guaranteed autonomy and an independent life, that is, life in the community.



Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

4.1 Croatian laws

As a member of the UN, EU and EC, the Republic of Croatia has undertaken to protect and promote the human rights of persons with disabilities so that they are equal to other citizens. The Constitution of the Republic of Croatia lists items that guarantee the rights of every person:

- "Everyone in the Republic of Croatia has rights and freedoms, regardless of their race, skin color, gender, language, religion, political or other belief, national or social origin, property, birth, education, social position or other characteristics." (Art. 14.)
- "The state devotes special care to the protection of persons with disabilities and their inclusion in social life." (Art. 58.)
- "A physically and mentally damaged and socially neglected child has the right to special care, education and care." (Art. 64.)
- Right to protection (Art. 65)
- Right to care, care, education (Art. 68)

According to the Constitution of the Republic of Croatia and the Act on education in primary and secondary schools, all children/students are provided with a free and appropriate education according to their abilities and possibilities, including children/students with disabilities. The law requires that students who need support in learning should be educated with their peers to the greatest extent and in the least restrictive environment.

The laws dealing with the protection of persons with disabilities in the Republic of Croatia are:

- LAW ON THE LEGAL DEFENDER FOR CHILDREN (Official Gazette, 96/03)
- LAW ON THE LEGAL DEFENDER FOR PERSONS WITH DISABILITIES (OG 107/07)
- ANTI-DISCRIMINATION LAW (OG 85/08)
- LAW ON EDUCATION AND EDUCATION IN PRIMARY AND SECONDARY SCHOOLS
- THE LAW ON THE REGISTER OF PERSONS WITH DISABILITIES

According to the Act on the Register of Persons with Disabilities 14, which has been in force in the Republic of Croatia since 2022, based on the International Classification of Diseases, it provides several types of disability:

1. visual impairment
2. hearing impairment
3. deaf-blindness
4. damage to speech-voice communication
5. damage to the locomotor system
6. damage to the central nervous system
7. damage to the peripheral nervous system
8. damage to other organs and organ systems, chromosomal diseases, congenital anomalies and rare diseases
9. intellectual impairments
10. autism spectrum disorders
11. mental impairments
12. multiple types of damage



Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

In a special part of the Register, which is based on the Rulebook on Elementary and Secondary Education and Education of Students with Developmental Disabilities, the types of difficulties of children with disabilities are prescribed in development according to the Orientation list of types of difficulties resulting from intellectual, physical and sensory impairment:

1. visual impairment
2. hearing impairment
3. language-speech-voice communication impairments and specific learning difficulties
4. damage to organs and organ systems
5. intellectual difficulties
6. behavioral disorders and mental health impairments
7. the existence of several types of difficulties in psychophysical development

5. Visually impaired persons

A person receives 85% of the information from the environment through the sense of sight, and it represents the basis of human development on a cognitive, motor, social and emotional level. Damage to vision creates an imbalance in the development and functioning of a person.

By observing visually impaired people through their biopsychosocial, we can see all the characteristics of the experience and behavior of people without visual impairment. The only distinguishing characteristic between people with and without visual impairment is that people with visual impairment receive information from the outside world through the sensory perceptive area, i.e. through heightened senses such as hearing, smell and touch.

Visual impairment is divided into blindness and low vision. According to the Act on the Croatian Register of Persons with Disabilities, there are several definitions of blindness:

- complete loss of light sensation (amaurosis) or light sensation without or with light projection
- the rest of the vision in the better eye with the best possible correction up to 0.02 (counting fingers at a distance of 1 meter) or less
- residual visual acuity in the better eye with the best possible correction of 0.02 to 0.05
- the rest of the central vision in the better eye with the best possible correction up to 0.25 with a narrowing of the field of vision to 20 degrees or below 20 degrees
- concentric narrowing of the field of vision of both eyes with a field of vision 5 degrees to 10 degrees wide around the central fixation point
- indefinite or unspecified

Blindness in terms of the need for Braille education is considered to be the inability to read Jaeger 8 size letters or characters at close range.

Low vision is divided according to the degree of visual impairment into:

- visual acuity in the better eye with the best possible correction of 0.1 to 0.3 and less
- visual acuity in the better eye with the best possible correction of 0.3 to 0.4
- indefinite or unspecified

According to the pedagogical definition, blind people cannot use black print, that is, they cannot read print size Jaeger 8 and smaller (font Times New Roman, 22) and they are educated in Braille. Blind people cannot distinguish between light and darkness.

Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

Visually impaired people are people who use Jaeger 5-8 black enlarged print. In which category visually impaired people will be classified, whether in the category of blind or visually impaired depends on the remaining visual acuity and the remaining field of vision.

To test the sharpness of the visual field, Snell's tables are used, which consist of the numbers of the rows of letters, where the number next to each row indicates the distance in meters at which a person with normal vision should read a single letter from that row (according to Leutar, Buljevac, 2020). According to Leutar and Buljevac, visual impairment is divided into mild visual impairment, moderate visual impairment, high visual impairment and practical blindness.

Pinoza (1984) describes three categories of visually impaired children and their biopsychosocial functioning:

1. Visually impaired children with mild developmental difficulties are visually impaired children who, with correction, have 10 to 40 percent of normal visual acuity in the better eye, then children with residual vision greater than 40 percent, but with a prognosis of vision deterioration, and children which in the better eye, with correction, they have a residual vision of 5 to 10 percent, but they use it successfully. This group also includes practically blind children with residual vision of 5 percent or a narrowed field of vision of up to 20 degrees, with visual acuity of up to 25 percent, and completely blind children if they do not have any other impairment in addition to visual impairment.
2. Visually impaired children with more pronounced difficulties in development are blind and partially sighted children who also have motor disorders, posture difficulties, slow intellectual development, mild hearing loss, etc.
3. Visually impaired children with significant difficulties in development are those children who, in addition to visual impairment within the limits of legal definitions, have social and emotional disabilities, with moderate or severe intellectual functioning, with symptoms of autism, with a severe degree of cerebral palsy and/or with moderate or more severe hearing loss, epilepsy, etc.

Each impairment is specific and causes a different way of functioning for the person affected by that impairment. We can classify the causes of visual impairment into endogenous and exogenous. Endogenous causes include hereditary impairments (manifested more clearly in life), severe visual impairments that occur after birth or as a progressive deterioration of vision caused by pathological degenerative processes in the eye. Exogenous causes include all vision impairments caused by the action of harmful substances during the mother's pregnancy. Some causes may arise due to acquired diseases, tumors, injuries or errors of refraction of light in the eye (refractive errors) such as amblyopia, farsightedness, myopia, astigmatism, strabismus, nystagmus, cataracts, glaucoma, color blindness, etc.

Visual impairment has an impact on the development of the individual in the motor, cognitive and sensory areas, but also on the behavior of the person himself. Visually impaired people have a different development of motor skills in contrast to blind children who have difficulty learning actions such as dressing, feeding, buttoning due to the inability to practice and visually imitate the movements and actions of people from the environment.

Restructuring takes place in the sensory area where some senses such as smell, hearing and touch play an important role. There are also large individual differences in the cognitive area, where difficulties occur in abstract thinking, while concepts are built on the basis of other sensory areas (they lag behind children without vision difficulties). Unlike cognitive development, blind children are not behind in speech, because they depend on the verbal way of speaking to describe things and the world around them. The impossibility of visual contact with the environment in some people with impaired vision can lead to undesirable behaviors such as timidity, agitation, reduced initiative and communication, aggressiveness, low tolerance threshold, withdrawal, depression and anxiety, etc.

Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

Stereotypes can manifest as shaking of the head, body, spinning around its axis, hand printing eyeballs. An adult can conclude that a child has vision problems if the child often rubs his eyes with his hands, blinks when reading, works with hand movements as if he wants to "remove" something from the eye, is irritable and cries when using near vision, muscles are tense and head pushes forward. In order to make it easier for a visually impaired person to function in the environment, support is needed in the educational process, orientation and movement, rehabilitation and training for everyday life.

10

A great achievement in the upbringing and education of the visually impaired was achieved by the Frenchman Louis Braille, who invented a relief letter that bears the name "Braille". Braille consists of a series of letters and symbols that are read by passing the cheekbones of the fingers over a series of raised dots. A letter of 6 points organized in two columns of three points. Each letter of the alphabet corresponds to a certain combination of these relief dots (63 characters plus one space character).

In the educational process for a child with visual impairment:

- special means and aids are needed in order to get the most out of the lesson (visual, auditory and audiovisual teaching aids, textbooks written in braille for blind students and textbooks printed on enlarged print for visually impaired students, illustrations, drawings and representations should be adequately described in braille or shown in relief, for drawing, a blind student uses positive foil and a rubber base on which he draws the desired shape with an awl, visually impaired students use notebooks with thicker printed lines and wider spacing, and for writing softer pencils or high-quality felt-tip pen, computer with Braille accessory for the blind, speech unit or enlargement of letters on the screen, Dictaphone, magnifying glass)
- it is necessary to adjust the content perceptually (highlight the essentials on pictures, maps, drawings, enlarge the letters, increase the space between words, highlight words in the text by underlining, marking, framing, embossed and tactile images)
- adaptation in the cognitive area (gradual introduction to the task solving procedure, summarizing the text, gradual introduction to an abstract way of thinking, forms of adaptation of the education content)
- adjustment in the speaking area (adjusting the color, pitch and volume of the voice, adjusting clarity and intelligibility - short sentences, explaining new words, repeating what has been said). In the orientation and movement of blind people, it is important to use the senses of hearing, touch and smell in order to create a specific mental spatial map and to gather as much information as possible about the environment for the purpose of movement and orientation.

Visually impaired people move with the help of a guide, a white stick, a guide dog, electrical aids and various techniques. Behavior towards visually impaired persons must always be treated with dignity and without pity. If we want to help a visually impaired person, we have to ask him if he wants our support or not.

5.1. How to communicate and how to behave towards visually impaired persons

- Communication is started by addressing the blind person or by lightly touching the person's hand
- It is always necessary to introduce yourself to a blind person
- Never talk behind your back or from the side
- Never shake the hand of a visually impaired person to say hello without asking
- Never ask a visually impaired person to guess your name
- It is always necessary to address the blind person and not the guide. Let's not shout - a person with vision problems usually hears well
- It is necessary to look the visually impaired person in the eyes during the conversation
- The guide dog is not touched or distracted while helping the blind person move
- In a group discussion, it is necessary to emphasize who the person speaking is addressing

Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

- Nodding of the head should be avoided
- In conversation, it is necessary to describe emotions if something is shown non-verbally
- Notify the person when leaving the room
- Always ask if the person needs support when, for example, entering public transport
- In the conversation it is preferable to use the words discount "see you"
- It is not advisable to change the arrangement of household items and objects in the home or workplace if the space is shared with a visually impaired person
- When moving, it is important to follow the rules, approach a blind person and ask if they need help. There is no need to be offended if the offered help is politely or rudely refused
- Forget about the words "there is", "go there", "the chair is here". Every word that talks about the position of things must be accompanied by a touch of the blind person's hand (speak with words and movements). When clarifying and giving information that helps orientation (talk about the direction of movement), use the words: in front, behind, left, right....
- When we name things, be specific, e.g. the vase is on the shelf to your left
- Do not show things by looking in the direction of a certain object or by gesturing with your hands. Always accompany such non-verbal demonstration with words that describe what you have shown
- When you want a blind person to look at something, put that object in his hand; let him look at it tactilely, if possible, smell it...
- If it is impossible to touch a certain item because it is packed and it is not possible to open it, then describe it with as much concrete information as possible, for example, here we have a face cream for dry skin, expiration date until September 30, 2016, composition is next...
- Offer to read written information, instructions, etc.
- If the object you are pointing to has tactile markings, draw the blind person's attention to it (e.g. on telephones the number 5 key is marked with a dot, some remote controls have dots on certain keys...)
- If you have products marked with braille for the blind, focus on the writing

11

5.2. How to behave towards persons who are visually impaired in daily situations

Rules of behavior in a restaurant or cafe

- When we are with a blind person in a restaurant, cafe or pastry shop, we do not order food or drinks for the blind person, but the blind person will do it himself. you can help her by reading her name names
- Don't take her plate, don't cut meat, don't pour her drink, a blind person will do all this on his own, and he will ask for your help only when he judges that it is necessary
- If a blind person participates in paying the bill, let him do it independently: he will call the waiter, ask for the bill and settle the bill himself
- When serving food on a plate, the way in which the food is served can be explained according to the clockwise principle, for example, at 3 is meat, and at 9 is rice
- Rules of conduct in the use of public spaces
- When using public spaces/toilets, it is important to provide feedback on the cleanliness of the spaces where personal hygiene is performed or defecation is performed
- Do not leave the door half-open in the area where a blind person moves, because a half-open door is the most dangerous, since it is difficult to detect even with a stick that can pass by the door, so the blind person then hits the half-open door
- Be sure to warn the blind person about any change in the organization of the space, about the arrangement of objects and furniture

Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

5.3. Tools and Technics available to Persons with visual impairments

A **long white cane** is an aid to every blind and highly visually impaired person who moves independently. It can be used actively (implies movement using the long stick method in a closed or open space) or passively.

The white cane serves as protection for the lower part of the body, and by touching the cane to surfaces in the immediate environment, information is collected about the texture of the surface and auditory features of the environment. It can be folded, telescopic or made in one part. Stick handles can be straight or curved, wrapped in leather or colored rubber. The tops of the rods can be intended for touch or sliding technique, so the attachments can rotate or are stationary, and their shapes also differ, so they can be cylindrical or spherical. A long white stick is held folded or unfolded in the hand in order to draw the attention of road users to the movement of a visually impaired person. A long white stick that is visible contributes to the safety of movement, therefore it is recommended to use a long cane passively during the active use of the sighted guide or guide dog method.



Watches and alarms



Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

Speakers and recorders

Technologically more advanced, reproducers and recorders enable access to information using another perceptual channel - hearing. These aids allow visually impaired people to record important information audibly at work or at home.

Writing aids for the blind are a table and an awl, a braille machine and a computer for the blind.

Markers and printers make daily functioning easier. They enable a blind person to read the label and thereby locate the required item or key more quickly.

Electronic aids include: screen readers, speech units, electronic notebooks, braille lines, software for mobile phones, electronic magnifiers, various software for the visually impaired, etc.

Household aids: talking kitchen scales (in Croatian), measuring bowls and teaspoons, Braille and speaking timer, speaking meter, etc.

Some household tools are found below:



Health-related aids: Speaking scales, thermometers, blood pressure meters, etc.



Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

Tools for sports and recreation



Tools for visually impaired persons so that they can read and enhance the size of letters



5.4. Exercises

1. Explain to the participants that the activity takes place in pairs. One participant is person A, and the other participant is person B.

Participants A leave the room and wait to be called. A task is described to participants B in which, after returning, participants A have to wipe their face and outstretched hands at the signal of the workshop leader, creating noise by singing a song they like or playing relaxing music.



Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

When performing this activity, participants A stand with their eyes closed and their arms outstretched. Couples stand in their seats facing each other. The goal of this exercise is for the participants to feel how visually impaired people feel when they are not prepared for a sudden situation, how important it is to verbalize what is being done and what is happening in the environment because they receive information through auditory, tactile and olfactory perception. This exercise can be repeated with the opposite participant who stayed in the room in the first exercise and received instructions on how to wipe his partner's face. In this exercise, instead of tissues, the face and hands are smeared with cream.

2. Among the participants, ask for one volunteer who, together with the leader, will demonstrate the proper grip of guiding a blind person around the space. When demonstrating, explain to the other participants why this grip is important in receiving information from the environment. After the demonstration, divide the participants into pairs. Participant B is a visually impaired person (blind person). Participant A is a person without visual impairment. Based on the previous demonstration, Participant A guides Participant B around the room. Participant B must have his eyes closed and trust Person A.

3. Show how to move properly through space independently using a cane, and using a cane and a guide. Divide the participants into pairs. One participant is a blind person while the other is a guide who is led from the room to the corridor.

4. Moving up the stairs independently and with the help of a cane and a guide.

5. Moving around the corridor and bypassing obstacles blindfolded independently using a cane.

6. Recognizing, describing and naming objects - the participant playing the role of a visually impaired person (blind person) sits on a chair blindfolded and a "magic bag" containing various objects from everyday life is placed in his hands. The task of the participants is to draw objects individually from the bag, recognize, describe and name the object they have drawn by touch.

7. Different geometric figures are placed in front of the participants. The participant's task is to blindfold group geometric figures by size and shape (e.g. circles with circles).

8. By hitting various objects in the room, the workshop leader produces sounds and asks the participant to recognize them and say the name of the object that produces them. Participants are blindfolded or blindfolded.

9. Different sounds of means of transport are played to the participants. Blindfolded or blindfolded participants must recognize and name the type of vehicle.

10. To the participant who is blindfolded and has closed eyelids, we attach a sketch of a two-dimensional sketch of a human figure made of geometric figures cut out of cardboard. Geometric figures are placed in front of the participants, which they must identify and name and arrange according to verbal instructions.

11. The blindfolded participant must match the tiles on which different materials are glued.

12. The participant alone or with the help of another participant takes off the clothes from the blindfolded doll. After taking off the clothes, the task is to put the doll back on. The doll's clothes may or may not be turned inside out. Then the participant must first turn to the right side. When he does that, he dresses the doll again.

Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

13. The blindfolded participant must name the scents that are in the bottles.

14. Familiarizing the participants with braille.

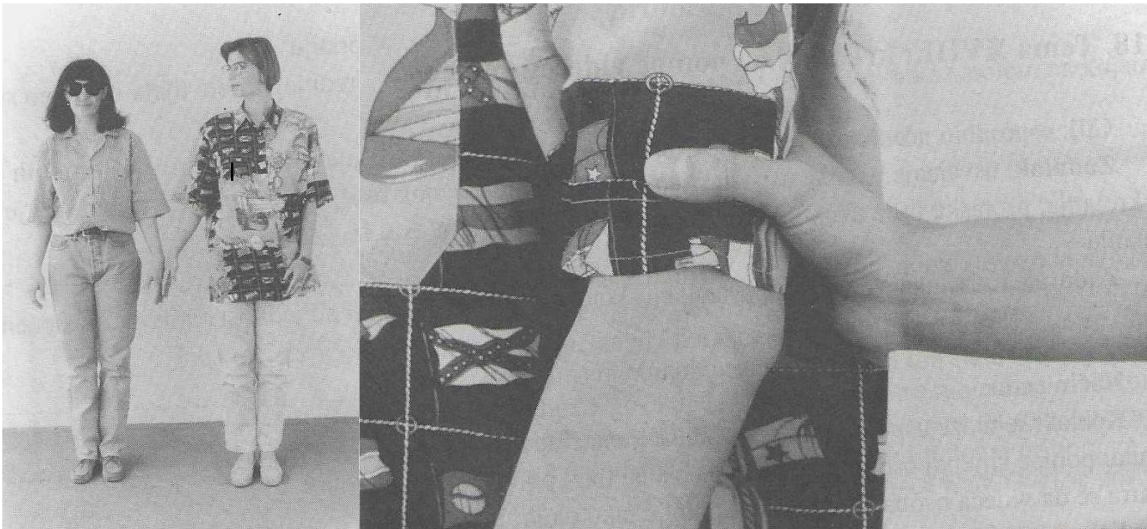
15. The participants are divided into pairs. The task is for each participant to write a word or a sentence in the blank templates. The written templates are replaced, the participant must figure out what his partner wrote.

16

16. The participant is in the middle of the room. Behind the participant comes 3 to 4 people who place their right palm on his right shoulder saying their name. The procedure is repeated but this time, the participant does not say the name but just puts his hand on the shoulder. The participant who is in the middle of the room must recognize by touch who the person is and say their name.

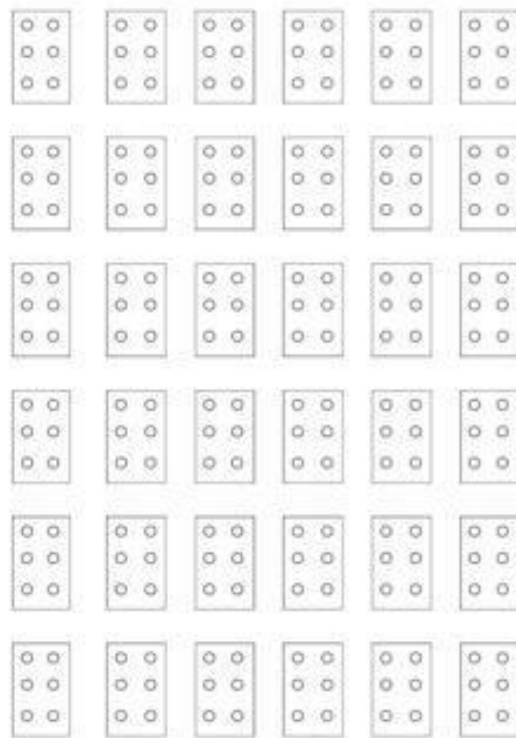
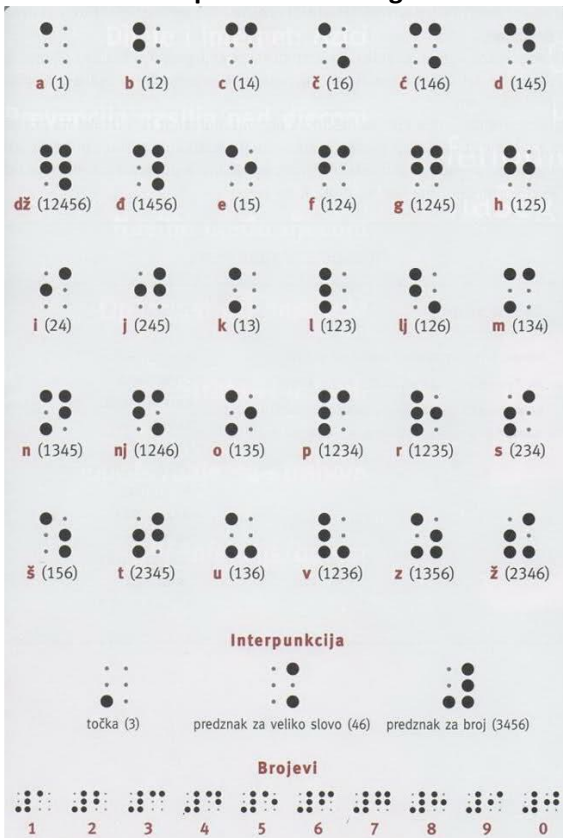
BASIC GRIP

The guide stands next to the free hand of the visually impaired person (blind person). Touch the upper arm with the back of your hand. In this way, the visually impaired person will know where the guide is standing in relation to her, and will follow the guide's hand with her fist and grab it above the elbow. You can bend your guiding hand or keep it relaxed next to your body. The blind person will position himself so that, holding the guide above the elbow with the opposite hand, he will be half a step behind him. Such a position allows the blind person enough time to interpret and react to the information about the environment that the guide tells him.



Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

Braille and Templates for writing



6. Persons with hearing impairment

Along with the eye, hearing is the most important telereceptor. Through hearing, a person receives information, acquires the ability to communicate verbally and develops abstract thinking. Hearing impaired people can do everything, live, develop talents, dance, study.... but they can't hear.

Deaf people are aware that they are complete people, capable of everything, and to be happy and satisfied with their lives (and more than many people have healthy hearing, because their community gives them the additional joy of companionship and solidarity). They do not want to put up with the efforts of "normal" people and be considered disabled. Deafness is usually spoken of as a great misfortune or severe disability, because it is considered a tragedy to be deaf, since it means being cut off from the environment, lonely, unable to communicate.

Deafness is not a misfortune, but the joy of belonging to a community that has its own culture, language and grammar. In some countries, deaf people are proud of being deaf, so they write the noun "Deaf" with a capital letter. Unfortunately, the term "deaf" is used in society, which has a negative connotation because it means that a Deaf person cannot speak, and it needs to be replaced by the positive term "Deaf person".

When we talk about deafness, then it should be said that deafness is not a disability but a difference. If we would like to define deafness, then in the UN documents we can find a definition that describes deafness as the loss or limitation of the opportunity to participate in the life of the community on an equal basis with other citizens, due to deficiencies in the environment and in many organized activities of society, for example in information, communication and education.



Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

Adults with hearing loss during preschool and elementary school age, and later, are involved in hearing and speech (re)habilitation - programs that encourage listening and language-speech development, as well as education at different levels, from elementary to university level. The vast majority of Deaf people are not mute - they communicate in spoken language with hearing people. Sometimes it is the spoken language of people with hearing impairment that is distorted, sometimes ungrammatical, so it is difficult for us to understand some people with hearing impairment, but they still express themselves linguistically, through speech. This is why some people with hearing loss, if they want clear, unambiguous and understandable information, prefer to communicate in writing with other people.

18

Hearing loss is one of the most common birth defects, whose frequency according to the World Health Organization (WHO) is 1-3 per 1000 newborns. In 70 to 80% of children with hearing impairment, impairment of various degrees and types is already present upon discharge from the hospital, and between 20 and 30% occurs only later as a result of various diseases or traumatic head injuries. In order for the child to be included in various programs from the very beginning, in many maternity hospitals around the world, as well as in our country, the Newborn Screening method is used to check hearing.

Hearing impairment is divided into three groups:

1. Deafness - deaf people are those who have such hearing impairment that they cannot hear sound or speech even with the help of a hearing aid or other electroacoustic aids.
2. Hard of hearing - hard of hearing people can use residual hearing with or without the use of a hearing aid
3. Deaf-blindness - a deafblind person is a person whose vision and hearing are simultaneously damaged to such an extent that it causes significant difficulties in their daily life. It is not always complete deaf and blindness. The vast majority of them either have poor hearing or vision.

Deaf people are sensitive to vibrations, and through vibrations they can often get some information about sound stimuli from the environment, such as the passing of a truck in front of the house, a door slamming, the perception of music/speech through the radio speaker if a hand is placed on the device, and the like. The hearing aid helps them to orientate in space, determine the source of sound and perceive sounds such as a drill, the noise of a car, engine, truck, the loud ringing of a telephone, the sound of a vacuum cleaner and similar. Precisely because of orientation in space, detection of sound stimulus sources, hard of hearing and deaf people often use hearing aids on both ears.

However, they do not help them in the auditory perception of the spoken language and its understanding. An important factor in the development of speech in people with hearing loss is the time at which the loss occurred. If it occurred in the prelingual period, then the damage will seriously affect the overall development and maturation of the child. 60% of all hearing damage occurs during this period. If it occurred in the perilingual period after the second year of life, then the child has auditory and first speech experiences, they become the basis for further development of vocal speech, and if the damage occurred in the post lingual period, i.e. later, when the child has mastered the skills of voice-speech communication, then hearing-speech rehabilitation is important, that is, voice-speech communication should be developed and supported.

In the etiology of hearing impairment, the most common are perinatal causes, which include various infections of the mother, poor nutrition of the mother during pregnancy, use of various intoxicants, endocrine diseases of the mother, etc. Perinatal causes include birth injuries, Rh factor mismatch between father and mother, premature birth, while postnatal causes most often include viral and bacteriological infections of the child (e.g. meningitis, encephalitis, mumps, traumatic or traffic injuries, war trauma).

Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

Workers who work in noise, young people who are exposed to noise in disco clubs, people who wear a Walkman and listen to loud music and consume large amounts of alcohol and drugs are the most exposed to hearing damage. With prevention, medication and surgical procedures, some hearing impairments can be alleviated, and sometimes completely removed, but in some cases irreversible hearing impairment remains. If it is suspected that a person has hearing impairment, he must undergo an examination that is carried out for each ear separately, because the degree of hearing impairment in both ears is not the same.

19

The degree of hearing impairment is expressed in decibels. The hearing test is performed using an electronic device - an audiometer - which determines the volume (intensity) of the emitted tone and its pitch (frequency). Volume is measured in decibels (dB) from 0 to 110 dB, and pitch in hertz (Hz) from 125 to 8000 Hz. The result of such a measurement is shown by an audiogram. In Croatia, according to the Act on the Croatian Register of Persons with Disabilities (2001), hearing loss in speech frequencies (500 to 4000Hz) greater than 81 dB is considered deafness. In the mentioned and according to the law, a person who is hearing impaired is 25 to 80 dB and may have: mild hearing impairment (25-35 dB) on the ear with better residual hearing in speech frequencies (500 to 4000Hz), moderate hearing impairment (36-60 dB) on the ear with better residual hearing in speech frequencies, and more severe hearing impairment (61-80 dB) on the ear with better residual hearing in speech frequencies. Research has shown that the vocabulary of Deaf and hard-of-hearing people is significantly poorer than that of hearing people, and their language is generally very ungrammatical. This is the main reason why very few Deaf and hard of hearing people are in higher education, not only in the Republic of Croatia but also in the rest of the world (Pribanić, 2007; 2013).

6.1. Communication with hearing impaired persons

Hearing-impaired people communicate using the one-handed and two-handed alphabet, speaking from the interlocutor's lips, writing on the palm of the hand, and using sign language. Like "hearing" people, Deaf people also need the help of doctors, psychologists and psychiatrists, they go to shops, theaters, engage in art and education, go to schools, colleges, etc. Today in the world there are doctors who use sign language and thus can help Deaf people to avoid wrong diagnoses, wrong medicines, etc.

Sign language

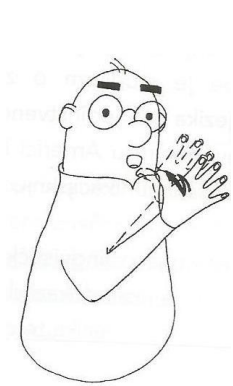
Sign language is a communication system for exchanging information between two or more people.

Sign language is not the language of Deaf people as it was once thought, but it is the language of the community of Deaf and deaf-blind people who have their own culture and linguistic identity. It is one of the natural languages of the world that enables communication, the expression of thoughts, emotions as well as the organization of facts of objective reality within the deaf community.

Sign language can be an alternative for those who hear but do not speak or the primary language of the Deaf. Sign language is not a universal language, for example we have: French Sign Language - LSF, American Sign Language - ASL, Australian Sign Language - AUSLAN, Italian Sign Language - LIS, Croatian Sign Language - HZJ

Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

For example, the word "Mom" in different sign languages



Amer. Sign language



Croatian sign language



French sign language

20



The one sign that is universal in all countries is the sign for "I Love you!"

A deaf child with a hearing parent who does not know sign language cannot communicate normally with his parents, and this has a negative effect on the child's intellectual, emotional and social development. It has also been shown that deaf parents accept their deaf children better than hearing parents (it takes them a long time to recover from the shock and they try to make their deaf child a copy of the hearing child, but they fail. Deaf children of deaf parents also have better results on tests of non-verbal intelligence, which is attributed to the positive effects of sign language on brain development (non-verbal intelligence, visual perception and discrimination, visuo-spatial memory, reading and writing skills). Deaf children have a rich inner life and if they don't "get out" what is boiling inside them, there will be difficulties that the environment will not understand. Deaf students, if treated as worthy of respect, will reciprocate manifold.

One-handed alphabet

The one-hand alphabet (Appendix 5) is a version of the American international alphabet with the expansion of letters that are used only in our language. It imitates small print letters. The one-handed alphabet is used by Deaf children in schools because it is easier to convey words and information. There is a tactile one-handed alphabet that is used by deaf-blind people who trace the alphabet by touch by placing their hands on the hands of the interlocutor who is showing the one-handed alphabet and thus "reading" the letters.

Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

Two-handed alphabet

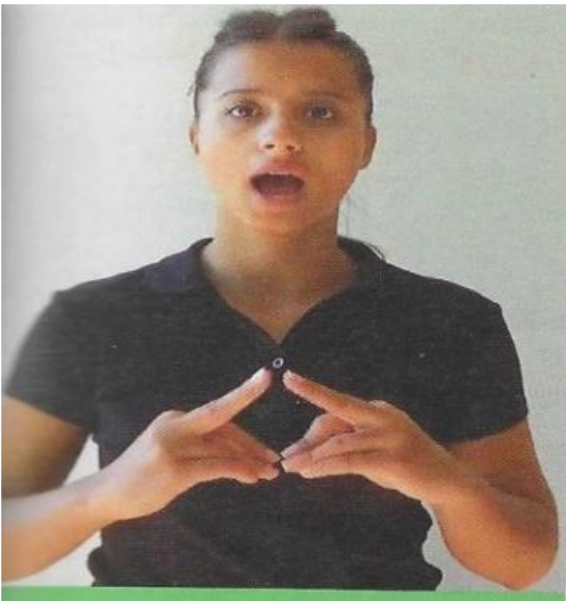
The two-handed alphabet (Appendix 6) is most often used in Croatia because it has a long tradition in the Deaf community. Large hand movements are used in the two-handed alphabet, so it can also be used by deaf-blind people with significant residual vision.



21

The two-handed alphabet imitates capital letters with a certain position of the fingers of both hands (the sign of the dominant hand is always built on the non-dominant hand). The letters are larger and are suitable from a greater distance. When using the two-handed alphabet, you should pay attention to:

1. Place of pronouncing the ALPHABET - in front of the upper half of the torso, a little below the neck



The letter A

2. The way of pronouncing the ALPHABET - is pronounced letter by letter always with the same hand. Only the shape of the hand changes.

3. the speed of pronouncing the ALPHABET - the speed is moderate, but it should be adapted to the person with whom you are talking. We make a short pause before moving on to another word. It is important to look at the face, hand movements and lips of the person we are communicating with. We must always look the Deaf person in the eye when communicating with them because eye contact is expected in Deaf culture. When pronouncing abbreviations using the two-handed alphabet, one should simultaneously shape the lips for those same letters/voices, as they are pronounced, and not for syllables (e.g. Deaf people will not say ve-te-ve for VTV, but v-t-v)



Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

What is HZJ? Croatian Sign Language?

HZJ consists of hand and body movements, facial expressions, manual alphabet and signs, i.e. words that are created by the simultaneous transmission of linguistic information, i.e. by the action of the hands, arms, trunk, head and face.

They are adapted to the visual-spatial model of communication. HZJ is a communication system that is equal to all languages of hearing people. It is a complete language that can convey meaning, humor, emotion, etc. Sign language is used by Deaf people for communication and teaching, and the language of the hearing environment is adopted by the principle of another, or foreign language. Deaf children acquire two languages and learn about two cultures.

22

6.2. How to communicate with persons with hearing impairment?

1. a statement from the lips when hearing the interlocutor for a hearing-impaired person is guessing. It is important to know the linguistic competence of a hearing-impaired person. It is necessary that the face be illuminated, the pronunciation slower, gesticulation slower and clearer.
2. Do not put objects in the mouth when communicating with a Deaf person.
3. Spoken sentences must be simpler with special emphasis on certain words that are similar in pronunciation (e.g. settlement - violence)
4. It is important to know with which vocabulary the hearing-impaired person pronounces.
5. It is important to ask the hearing-impaired person to choose the way of conversation.
6. If the interlocutor with hearing impairment is not understood, he should be asked to repeat or write.
7. Check if the interlocutor understood what was said.
8. For hard-of-hearing people, it is suggested that the communication space be at a maximum distance of 1.5 meters.
9. A person with hearing impairment must see the face of the interlocutor at all times.
10. Communication begins with a wave of the hand or a pat on the shoulder of the interlocutor.
11. It is necessary to eliminate audio and visual obstacles before starting communication.
12. It is necessary to maintain eye contact throughout the conversation.
13. It is necessary to avoid speaking loudly and conduct the conversation in a relaxed manner.
14. Switch to written communication if people do not understand each other.
15. Sometimes gestures and facial expressions can be used to damage a person's hearing explained described.

The hearing-impaired themselves suggest some rules to make it easier to communicate with the hearing interlocutor:

- don't shout, because I can't hear you
- come and touch me on the shoulder - that's how I'll know you're there
- don't approach me from behind or from the side because I can't see you that way
- approach me from the front - that way I can spot you more easily
- don't just suddenly disappear, because I will be lost
- let me know when you're leaving - that way I'll know you're gone
- don't just stand there and be silent when we are together
- be my "ear" by passing on the information you hear - that way I will know what is happening
- how will you find out which method of communication suits me? I'll show you what I like the most corresponds. Don't try to impose on me a communication I don't know
- if I'm hard of hearing, maybe I can read your lips
- look at me when you speak to me - do not bend your head and cover your mouth

Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

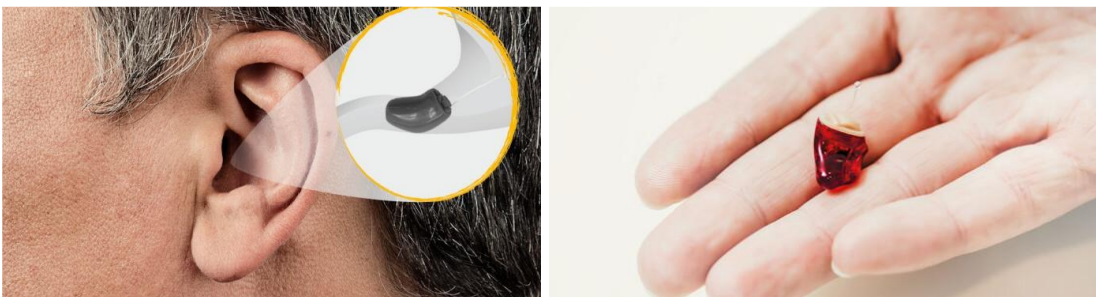
- if I am hard of hearing, I can still understand loud speech in quiet and quiet rooms
- speak to me in the ear where I can hear better - speak slowly, clearly and articulately
- if I can't hear anything, maybe I know sign language
- if you also know sign language, talk to me - if you don't, learn it

6.2. tools and technics for aiding persons with hearing impairment

23

Deaf people are sensitive to vibrations. Through vibrations, they can often get some information about sound stimuli from the environment (for example, the passing of a truck in front of a house, a door slamming, the perception of music through a radio speaker if a hand is placed on the device).

A hearing aid helps hearing-impaired people to orientate in space, determine the source of sound and perceive sounds such as drills, car noise, loud telephone ringing, the sound of a vacuum cleaner for dust, etc. and they use hearing aids in both ears, although the hearing aid does not help them in the auditory perception of spoken language and its understanding. The hearing aid consists of a miniature microphone, amplifier and speaker. The basic types of hearing aids are ear canal-based and behind the ear.



Ear-canal hearing aids



Hearing aids for behind the ear

The advantage is their accessibility during adjustment and their resistance to earwax and secretions from the ear. The advantage of canal aids is their placement in the ear canal, which contributes to minimal visibility. The types of hearing aids with regard to the electronic mechanism are analog and digital, which determines the quality of sound reproduction.

Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830



Analog hearing aid



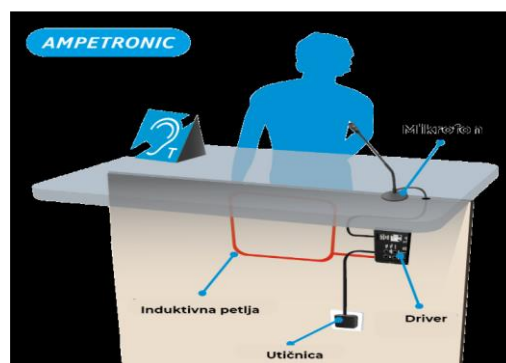
Digital hearing aids



The most modern hearing aids are programmable digital electronic devices, actually miniature computers completely located in the ear canal. They can be automatically adjusted according to current changes in environmental sounds and enable better listening and understanding of speech. Each hearing aid is intended for an individual hearing-impaired person and the person receives it after a diagnostic procedure.

There is a type of hearing aid hidden in glasses that has an additional microphone in the direction of vision and can specifically amplify the speech of the person being spoken to. Listening through a hearing aid must be learned through rehabilitation procedures that will train the person to listen through the aid.

A hearing-impaired student in class can receive auditory information via the FM (Frequency Modulation) system. Such a system consists of a microphone into which the teacher speaks, and holds it in his hand or around his neck. It transmits the teacher's speech directly to the hearing aid (hearing aid or cochlear implant) of students with impaired hearing. There is a receiver on the aid - built-in or subsequently installed. The inductive loop is called a transmission loop. The inductive loop is installed in public offices, banks, post offices, clinics, hospitals, spas, rehabilitation facilities, homes for the elderly, museums, theaters and concert halls, universities/faculties, passenger buildings at bus and railway stations, airports, ship docks, commercial, catering and/or tourist facilities, churches, etc.



The purpose of such communication aids is to enable people with hearing loss to receive a sound signal wirelessly directly into a hearing aid, whether it is a classic hearing aid device or cochlear implant.

Disadvantages of the inductive loop:

- Strong sources of electromagnetic radiation (e.g. strong transformers, electric motors or larger electrical devices) can cause interference in the sound signal
- Installation of the inductive loop requires certain operations in the space
- The presence of metal parts of the building requires additional calculations and signal amplification of the inductive loop (e.g. reinforced concrete walls and predominantly metal structures)

Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

Advantages of the inductive loop:

- most hearing aids and cochlear implants have a microswitch on them that can be set into position
- they have a built-in special coil - a coil (symbol T from Eng. telecoil) that can receive sound that is emitted into a certain space using an inductive loop
- applicable to all public spaces used by a large number of hard of hearing people
- the sound is of good quality, provided that the inductive loop system is correctly installed, dimensioned according to the conditions of the space in question and calibrated). It is an aid that increases the amount of nerve responses and not just the sound.

25

Early installation of an artificial cochlea (up to the second year of life) and early rehabilitation support result in the acquisition of speech and language, which enables a deaf person to have a high level of language competence and a foundation for integration into the hearing world.

Advantages of a cochlear implant:

- listening to everyday sounds
- listening and understanding language and speech
- enables easier learning of the spoken language
- phone use
- improvement of hearing compared to a hearing aid
- communicating without using sign language and without reading lips

Disadvantages of the cochlear implant

- undesired participation in rough and contact sports and underwater sports
- short battery life
- the remnants of hearing in the ear in which the artificial cochlea is implanted are destroyed
- risks of surgery

Deaf-blind people use a white-red striped cane in their movement.

Other aids: Alarm clocks - vibrating and light-up Bell for the hearing impaired

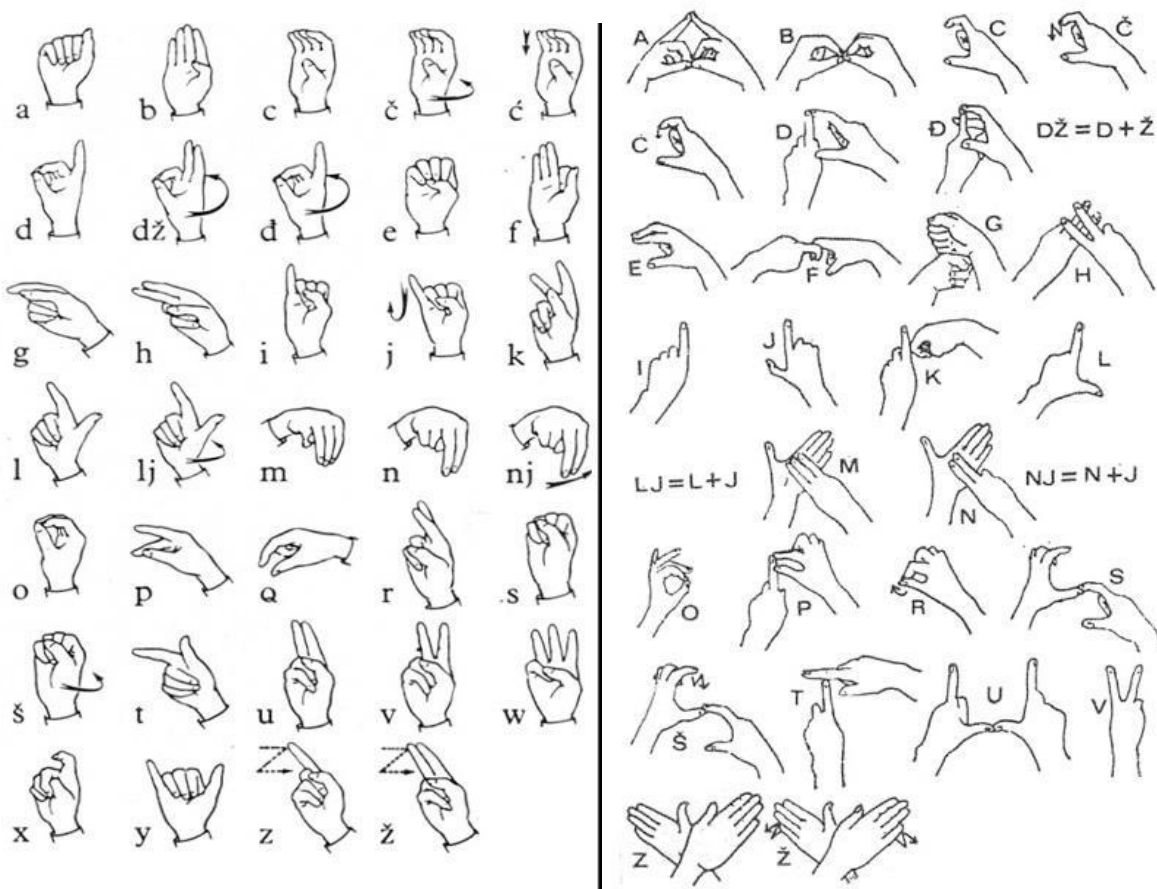


6.4. Exercises

1. One-handed and two-handed alphabets are distributed to the participants. Participants sign their first and last name by looking at the one-handed and two-handed alphabet after the workshop leader's alphabet demonstration.

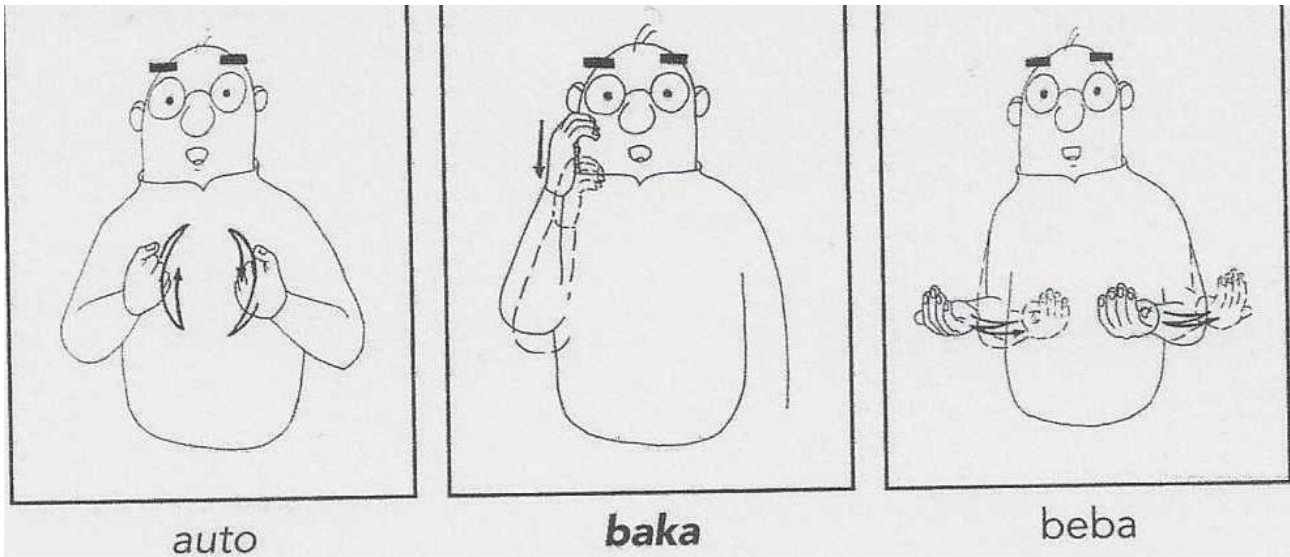
Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

2. After the workshop leader's demonstration, the participants mark the words on the HZJ (Appendix 7)
3. The participants are divided into pairs (participant A, participant B). Each participant is given cards with written words and sentences just for him. The task of the participants is that in the noise that is produced by means of bottles filled with beans and pebbles, they read from their lips a pair of words and sentences written on the card. The participant who pronounces the written words and sentences must not drop the tone of his voice.
4. Paper envelopes and a slip with the intruder are distributed to the participants. The task of each participant is to rub their closed eyes, open them, put the seal on the dominant eye while the non-dominant eye is closed. He turns the slip and with the help of a mallet he has to find the intruder in the picture.



Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

Words in Croatian sign language (HZJ)



auto

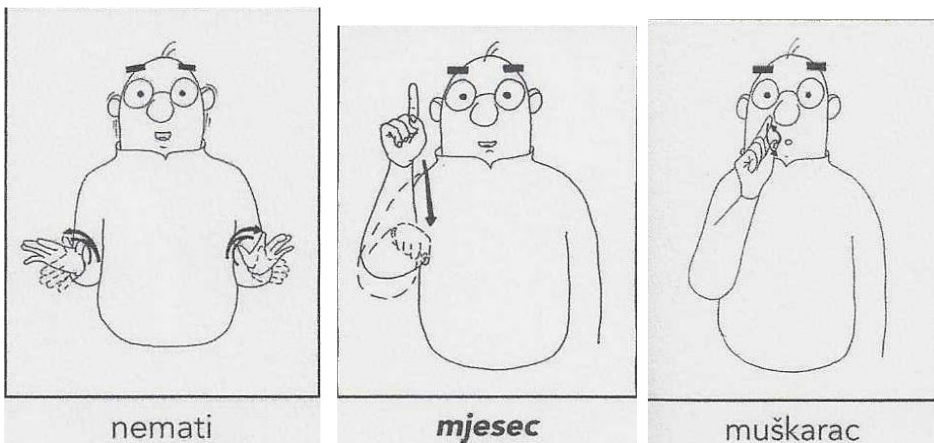
baka

beba

Car

Grandma

Baby



nemati

mjesec

muškarac

Don't have

Month

man

Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830



the cook

to cook

Mom

- lip reading of spoken words and sentences (words per participant)

PARTICIPANT A

SWAMP CAT LARVA GLASSES JUKE BOX

THE SOCK IS RED. SUNFLOWER LOVES CHOCOLATE. UNCLE IS READING THE NEWSPAPER. LILY OF LILY LOVES PURPLE LILY.

PARTICIPANT B

ROOM MAT QUARTER

A SINGER SINGS A MAGICAL SONG. A BROWN CAT MEOWS. ON THURSDAY WE ARE GOING TO BRAČ. ON THE BADGE IS A LION WITH HUGE CLAWS.

7. Persons with intellectual disabilities

Throughout all periods of human history, people with intellectual disabilities have been stigmatized and marginalized by society. Society's attitude towards people with intellectual disabilities varied from isolation and segregation, all the way to respect for their needs and participation in the community. Throughout history, different terminologies of intellectual difficulties have been spread, which depended on the spirit of the time.

Thus, we come across different terminology from mental retardation, feeble-mindedness, oligophrenia, debility, mild imbecility, mental retardation, mental retardation, etc. In recent times, the term intellectual disabilities 34 has been used, replacing the term mental retardation. Intellectual disability is not a mental illness, but represents a lifelong condition of an individual which occurs around birth and is recognized by school age and can be treated with educational techniques and therapy, but not cured. Intellectual disability is a term that comes from the English language environment ("intellectual disability") and is defined as a

Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

reduced ability characterized by significant limitations in intellectual functioning and adaptive behavior, and occurs before the age of 18 (Lavor and Radišić, 2011).

The term intellectual disability is used by all organizations dealing with the population of people with intellectual disabilities. Intellectual difficulties arose as a result of the action of various factors (Nikolić, 2015). The causes of intellectual disabilities can be biological, psychosocial or combined (heredity, early damage to embryonic development, various problems during pregnancy, health status and external factors). According to the time of onset, the causes of intellectual disabilities are divided into prenatal (chromosomal disorders, disorders of metabolism and brain development, unfavorable environmental influences), natal (various disorders of intrauterine and neonatal development) and postnatal (head injuries, infections, toxic-metabolic disorders, malnutrition, etc.). Searching for causes and possible methods of treatment often prevents parents from devoting more time to working with the child in the family (Teodorović, 1991).

29

According to data from DSM-IV, in 30-40% of people with intellectual disabilities, a clear etiology cannot be determined. Every person with intellectual disabilities is a different and unique individual and it is necessary to observe it as such. The degree of intelligence is determined based on the application of one or more individual intelligence tests that must be adapted to the cultural environment of the examinee, written in a language the examinee understands (Wechsler Intelligence Scale for Children-Revised, Stanford-Binet test, Kaufman batteries for intelligence assessment, etc.). According to the International Classification of Diseases and Related Health Problems, intellectual disability is divided into: mild, moderate, severe and profound. All types of intellectual difficulties are accompanied by basic characteristics of the person's functioning (Grbavac, 2018).

Igrić (1999) cites a division that negates the aforementioned categories, and determines the level of support for a person, i.e. the support he/she needs. The type of support is not only determined by the level of intelligence and is not reserved only for people with intellectual disabilities. In the modern definition of intellectual disabilities, emphasis is placed on the individual's strengths, personal preferences, interests and needs that interact with environmental factors.

Deviations in intellectual functioning are most often recognized as difficulties in performing various thought operations (reasoning, thinking, inference, planning, problem solving, abstract thinking, understanding complex ideas, fast learning and learning through experience) which significantly complicates the acquisition of abstract learning content.

Very often there are also difficulties in the area of:

- perceptions (difficulties in visual perception - impaired color discrimination, difficulty in distinguishing a figure from the background; difficulties in auditory perception - reduction in concentrated listening, distinguishing and remembering voices, words and speech units; difficulties in visual integration and visual motor coordination)
- attention (they do not correctly select what needs to be remembered, they cannot separate important from irrelevant characteristics of stimuli, they need to be directed and encouraged)
- speech (significant lag, specific deficit in language learning, expressive speech lags behind speech comprehension, vocabulary quantitatively and qualitatively more modest, words they do not know or do not use enough)



Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

- memory (reduced capacity of short-term and working memory, reduced number of information that can be stored in long-term memory, significantly less ability to analyze and synthesize information, do not spontaneously use memorization strategies)
- motivation
- personality development
- emotional, moral, social development and behavior

A person with intellectual disabilities can be very successful in sports activities, gifted in artistic expression, have excellent hearing and a beautiful voice, be very skilled in practical skills. In everyday life, if he completes secondary education according to his interests and abilities and trains for a certain occupation, which implies the application of adapted and individualized procedures, he can be successful and be part of the social community.

7.1. How to communicate with pupils with intellectual disabilities

- never infantilize a person
- if a person is older than 18 years, they need to contact with formality
- avoid complex and strict forms of questions
- use familiar expressions in society during conversation
- avoid open questions
- use language structures as clearly as possible
- explain concepts and terminology that are more complex at the beginning of the conversation
- use understandable words during the conversation
- avoid questions involving a time dimension
- use direct questions
- talk casually
- if it is necessary to obtain information from a family member or guardian, it is always necessary for the person with intellectual disabilities to remain in the focus of the interlocutor through eye contact and body language

7.2. Tools and technics for assisting persons with intellectual disabilities

People with intellectual disabilities use the so-called assistive technology (AT) that helps people with disabilities to overcome infrastructural obstacles and easier execution of other activities. Assistive technology can benefit people with intellectual disabilities in many ways:

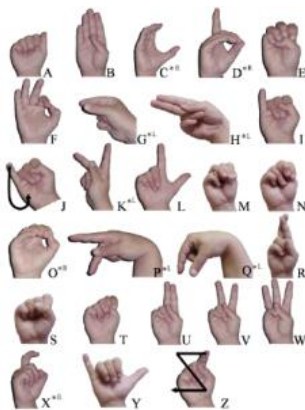
- enable an individual to perform functions that cannot be achieved in any other way
- enables an individual to approach normal fluency, speed or standards
- provides access to participation in programs or activities that would otherwise be closed to the individual

Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

- increases endurance or the ability to persevere and complete tasks that are otherwise too arduous
- allows the individual to focus on learning or employment tasks rather than mechanical tasks
- enables greater access to information
- supports normal social interactions with peers and adults
- supports participation in the least restrictive educational environment (according to Baša, 2020).

People with intellectual disabilities have the right to access information and communication technologies (ICT) together with the Internet, which aims to include people with disabilities in all aspects of society and enable education, creativity, learning, communication and civic engagement. Among the most well-known ICTs that have been developed over the past few years, people with intellectual disabilities use tablets, smartphones, portable digital devices or other similar devices, desktop and laptop computers, etc.

For people with intellectual disabilities, mobile technology is mostly used to help with communication or assisted communication (AC) using different aids: hand signs, gestures, picture cards, specialized devices and switches, communication books. Which type of AC we will use depends on the child's intellectual abilities and needs in the educational process. AC is divided into one without aids and one with aids. Assistance for communication without aids is that which does not require the use of other devices or objects, but only the use of one's own body (e.g. hand signs, facial expressions, gestures), while assistance in communication with aids is divided into high-tech (switches, various types of specialized communicators, portable computers and smartphones) and low-tech (real objects, photos, pictures, communication books or boards, boards with letters, words or phrases).



AC without tools



Low-level tech



High-level tech

7.3. Exercises

1. The story "Panto Pletikosa": The aim is to read to the participants at an accelerated pace and, if possible, without a break.

After the accelerated reading of the text, the participants should tell the content of the story, name the people who appear in the story, and describe the obstacles they encountered when listening and remembering the story. The goal of this exercise is to raise awareness of the way in which we verbally convey

Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

information to people with intellectual disabilities. In communication with people with intellectual disabilities, the emphasis is on simple vocabulary and content, short and simple sentences, appropriate tone, tempo and volume of spoken words.

2. Participants take a paper and pencil. The participants are invited to listen carefully to the spoken sounds, which they have to write down as letters but in the opposite order than the sounds were spoken. The task of writing the spoken sounds is given after the last spoken sound.

The goal of this exercise is to raise awareness of the difficulties that people with intellectual disabilities have in the area of attention and memory (reduced capacity of short-term and working memory, reduced amount of information stored in long-term memory and difficulties in remembering).

3. Participants take a paper and pencil. Participants are asked to listen carefully to the spoken numbers, which they must write down after the last number spoken. Participants write the numbers they have memorized. The goal of this exercise is the same as in the previous activity.

4. Long sentences (definitions) are dictated to the participants in the wrong word order. The task of the participants is to put correctly spoken words into a sentence in a short time of 1 min. The goal of this exercise is for the participants to feel how people with intellectual disabilities feel when they do not have enough time to complete abstract tasks. People with intellectual disabilities have problems in the area of abstract thinking, synthesis, analysis, summarization and generalization.

Addressing opinions toward people with intellectual disabilities is at the level of the activity

- participants put together the fragmented words into a meaningful sentence (definition), see below:

Who is ae person,

Like and according to

Does not define

How he wants to live,

How he should be treated

Intellectual disability

Related to the same

with the same feelings, rights and aspirations

as everyone else

Solution:

INTELLECTUAL DISABILITY DOES NOT DEFINE WHO A PERSON IS, HOW HE SHOULD BE TREATED OR HOW HE WANTS TO LIVE, BUT HE SHOULD BE TREATED WITH THE SAME FEELINGS, RIGHTS AND Aspirations AS EVERYONE ELSE.

8. Persons with physical disabilities

Physical disabilities are considered damages, deformations, functional or motor impairments, which require protection and training for living and working under appropriate conditions. To persons with persons with physical disabilities are considered:

1. damage to the locomotive apparatus
2. damage to the central nervous system

Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

3. damage to the peripheral and muscular nervous system

4. damage caused as a result of chronic diseases of other systems According to the Disability World organization, physical disability includes disability of the upper extremities, disability of the lower extremities, mobility and disability in comorbidity with other organ systems, and that difficulties can arise due to different causes.

People with physical disabilities may have difficulties in performing certain activities, such as difficulties in feeding, dressing, preparing meals, performing hygiene, difficulties in independent movement inside or outside one's own home. Here are some core elements relating to physical disabilities:

1. Damage to the locomotor system (bones and muscles) is the lack, reduction or loss of motor and functional abilities in the performance of certain activities that occurred at birth or during life. There is destruction of individual parts, limitation or complete destruction of joints, cartilage or muscles, deformation of the spine, progressive muscular dystrophy, congenital malformation, etc.

2. Damage to the central nervous system is a consequence of illness, trauma, which leads to a reduction or loss of functional abilities in performing certain activities or results in a change in consciousness. Damages can occur in all periods of a person's human life. People can show many types of sensory and motor disorders, concentration, fatigue, anxiety, loss of motivation, emotional and vision problems, etc. The most famous example of damage to the central nervous system is cerebral palsy.

3. Damage to the peripheral nervous and muscular system is the result of a disease or injury that occurred before birth or during life, which causes a reduction or loss of muscle function in performing a certain activity. Neuromuscular diseases are divided into diseases of nerve and muscle cells or myopathy.

4. Damages caused as a result of chronic diseases of other systems as a result of diseases or injuries to organs or organ systems, which can result in a reduction or loss of the ability/possibility to perform certain activities (diabetes, malignant diseases, rare diseases, etc.).

8.1. Cerebral Palsy

Cerebral palsy (CP) is a non-progressive disorder that has become the subject of many research papers that have tried to approach this disorder through different interpretations and definitions, but also the concern of many parents who have a child or someone close to them with this disorder.

For the first time, CP was mentioned in the works of Delpeche in the 19th century, who describes spastic paresis, while Freud discusses the meaning of brain damage in the book "Die infantile Cerebrallähmung" (according to Matasović and Strinković, 1986).

CP terminology was dealt with by Little, who in the magazine "Lancet" in 1841 described the state of motor stiffness in newborns, calling it "spastic stiffness" and a few years later described the persistence of the connection between brain damage and neurological disorders (according to Sabol, 1971).

The term CP in the medical literature was introduced for the first time by W. Phelps, who in 1947 founds the Academy for Cerebral Palsy. The Academy proposes a definition of cerebral palsy as impairment of movement and motor function caused by a defect, disease or injury of the nervous tissue of the head (according to Matasović and Strinković, 1986).



Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

The National Information Center for Children and Youth with Disabilities in Washington, D.C., in 1991 describes cerebral palsy as "a condition caused by brain damage, usually occurring before, during or shortly after birth. "Cerebral" refers to the brain while paralysis refers to disorders of movement and posture. It is not progressive or portable. It is also not "curable," although education, therapy, and applicable technology can help a person with cerebral palsy lead a productive life. It is not a disease and can never be labeled as such. It can be mild to severe (according to Pospíš, 1996).

The most up-to-date definition was given by Mutch in 1992, according to which CP is "an umbrella term that covers a group of non-progressive but often variable motor impairment syndromes caused by lesions or anomalies of the brain in the early stages of its development" (according to Pospíš, 1996).

In 1993, Schleichkorn proposed a new term for CP that would be better understood as "CENTRAL MOTOR DEFICIT".

The ethnology of cerebral palsy is very intricate and complex. According to Kragelouh (1995), the reason for such ethnology lies in the artificial concept of CP, which combines various neurological syndromes of a heterogeneous background, and fetal brain structures that are selectively and temporally vulnerable in different ways, which leads to the fact that children born as pre-mature and those born on time represent different species and groups.

There are different classifications of the etiology of the onset of CP given by different authors. So Pospíš (1996) lists two groups of etiology. The first group includes developmental malformations, which include disorders of cell reproduction and neuronal migration, as well as impaired communication between cells (multiple pregnancies, twin pregnancies, premature birth), while the second includes neurological brain damage caused by brain injury before, during and after birth (difficult birth, neonatal complications, brain trauma, etc.).

The simplest classification of the causes of CP is:

- prenatal causes that damage the brain during the organogenesis of the fetus in the first trimester of pregnancy: hypoxia of the embryonic nervous system due to maternal blood circulation disorders or mechanical changes in the umbilical cord, maternal infectious diseases, alcoholism, cerebral fetal bleeding, fetal erythroblastosis in Rh incompatibility, metabolic and endocrine disorders of the mother, UV radiation, etc.

Freud (1897) warns that prematurity, breech birth, intrauterine asphyxia in newborns, low Apgar after 5, 10 or 20 minutes, spasms and respiratory distress syndrome are consequences of prenatal damage. The research results show that the cause of CP in children who were born on time lies in the migration disorder.

It is considered that 30% of cases of CP arise due to prenatal causes (according to Sabol, 1971, Pospíš, 1997).

- perinatal causes damage the brain during or immediately after birth: children born prematurely, difficult birth, poorly constructed pelvis of the mother, hypoxia, various disorders of venous circulation, thrombosis of small arteries, aspiration of amniotic fluid, trauma due to bleeding. About 60% of CP cases are caused by these causes (according to Sabol, 1971, Poeck, 1994).

- postnatal causes are the result of various infections (encephalitis, meningitis), acute enterotoxic disease due to blood circulation disorders (typhoid, dysentery) and congenital malformation of blood vessels due to hypoxia. About 10% of CP cases are caused by these causes.

Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

In addition to all these causes that lead to cerebral palsy, there are also factors such as the age of the mother, convulsive diseases of the mother, hypothyroidism or treatment with thyroid hormone and estrogen, the use of chemotherapeutics, radioactive radiation, eclampsia, infections of the respiratory and urinary tracts, etc.

There are different forms of CP, which leads to difficulties in classifications.

The simplest division of cerebral palsy was given by Phelps, who classified CP into three categories: By shape and form:

1. Spastic form - occurs as a result of damage to the pyramidal tract. Spasticity is a consequence of pathological changes in the motor cells of the cerebral cortex. There is a general paresis with increased muscle tone, which is more pronounced than muscle weakness and insufficient locking. Voluntary movements are slowed down or cannot be evoked. Pathological reflexes are present. The spastic form is divided into:

* Spastic quadriplegia - spasticity is more pronounced in the arms than in the legs

* Spastic diplegia or Little's disease - the legs are more affected with less or no amputation of the arm

* Spastic hemiplegia - spastic cleft affects the arm more than the leg. It is caused by birth defects, which leads to 40-50% of epileptic seizures. About 50-60% of people with CP have this form.

2. Athetoid form - athetosis comes from the Greek word athetos, which means "without a firm position", and arises as a result of damage to the extrapyramidal tract. Movements are involuntary, slow and sluggish ("wormlike"). Coordination and muscle tone are impaired.

3. Ataxic form - ataxia comes from the Greek the words a- taxis, which means disorder. It is the result of damage in the cerebellum, which results in loss of coordination, control and balance. There is no muscle weakness, deep reflexes are disturbed. Disturbances are expressed in gait ("drunk man's gait")

4. Rigid form - characterized by agonist and antagonist muscle resistance. Resistance occurs during passive movement. It occurs as a result of damage to the basal ganglia.

5. Mixed form - a combination of spasticity and extrapyramidal phenomenology. According to the affected body regions:

1. Hemiplegia - the extremities of one side of the body are affected. The form is spastic.

2. Paraplegia - two bilateral limbs are affected. Legs are often affected, rather than hands.

3. Quadriplegia - all four limbs are affected.

4. Triplegia - three limbs, two legs and one arm are affected. Division according to the severity of damage: 1. Milder degree - the person can normally take care of himself, communicate and move.

2. Moderate degree - the person needs help with movement, other possibilities are limited. 3. Severe stage - speech, self-care and mobility are difficult or impossible. A person requests the help of another.

CHARACTERISTICS OF PERSONS WITH CEREBRAL PALSY

In addition to the primary impairment of motor functions (fine and gross motor skills), i.e. the position and movement of the body, caused by brain damage, whether prenatal, natal or postnatal; people with CP are

Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

accompanied by additional secondary impairments that make growth and development difficult in the preschool and school period.

Secondary damage occurs in the sensory area. Speech is most often affected. Speech may be impaired in intensity and articulation. Agrammatism appears, which is most common in slow speech. Children and people use a small number of words, stuttering and dyslexia occur. Children have difficulties with sight and hearing, as well as with the sensation of pain. Visual impairment affects about $\frac{1}{4}$ to $\frac{1}{2}$ of children with CP.

Douglas found strabismus in half of the children with CP, which impairs the sense of three-dimensionality. In addition to strabismus, blindness, amblyopia, nearsightedness, farsightedness, and astigmatism occur. One of the side effects of people with CP is intellectual impairment, epileptic seizures, joint contractures, scoliosis, kyphosis. Behavioral disorders are also present.

They manifest as impulsive reactions and hypersensitivity. A child with CP cannot concentrate on one content for long. Other disturbances are possible:

- distraction- the lack of distinguishing the important from the unimportant. The child is not able to perceive as a whole, his attention wanders from one object to another and is distracted.
- disinhibition - inability to brake motor reactions. The child reacts stereotypically. The intensity of the reaction is very strong, the child looks tired.
- perseveration - the child has difficulties in memorizing movements and positions when transitioning to a new one and after a long repetition stays on the old one that he learned earlier.
- hyperactivity - represents the presence of a large number of motor reactions. The child cannot concentrate for a long time because he is distracted by the need for unnecessary movements.
- instability of temperament
- learning disorders - dyslexia, dysgraphia, dyscalculia All the mentioned disorders lead to difficulties in learning, relating to writing and reading.

Difficulties in learning occur due to difficulties in visual-motor coordination, where it is more difficult to coordinate gaze with movement, eye-eye coordination disorders, orientation disorders. A child with CP does not group and connect stimuli in the same way as a child without disabilities and therefore has difficulty in creating "part-whole" relationships, distinguishing figure from background. Difficulty recognizing parts within one whole and cannot connect them logically. Grapho-motoric and fine motor skills are impaired. The child is not able to cross out or draw the desired shape and line. Children become depressed, lose self-confidence and other emotional disturbances appear. They lag behind their peers.

SOME MAIN RULES ON HOW TO SUPPORT PERSONS WITH CEREBRAL PALSY

When the child needs to raise his head, hold him by the shoulders or upper body:

- it is not allowed to pull the neck or the head, but the support should be lower for the stability of the movement
- when you speak to the child, address him directly to his face (even though he has preserved hearing) because this lets the child know that it is important to us and that we are addressing him (understanding)

Rules of conduct when undressing and dressing



Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

- explain to the child what we are doing so that he does not become passive and indifferent
- dress the child in a sitting position, if he has trunk control (the child is leaning forward for balance. We lightly support the child in the shoulder area and more easily control the position of the head or on the side (if he is lying down) to help within his capabilities.)
- by turning the child from one side to the other, we will avoid staying in one position for too long and the child will not remain rigid. In this position, the child can more easily control his head, so he can see what is happening and cooperate.
- we must not try to push our arm through the sleeve if we feel resistance in extending the elbow
- we must not pull a spastic child by the tips of the fingers, because this causes the elbows and knees to bend
- when putting on shoes, the leg should always be bent at the knee, because this results in a more relaxed ankle, so the foot adapts better to the shoes
- if we have to change the child's diaper, it is good to put a pillow under the child's head and hips, as this will make it easier to turn the hips and knees
- name individual parts of the body and activities and use the situation to acquire concepts of spatial relationships (up, down, left and right), colors, clothing Rules of behavior when feeding
- if the child is sitting on a chair, it is necessary to prevent the body from sliding. Hips and knees should be placed at right angles, and legs should be slightly apart.
- the food must be in front of the child, the head in a middle position, and the person feeding the child must be facing the child, at the same height or slightly below the child's head
- if the child can only bring food to the mouth with the healthy hand, it is preferable to chop the food and let the child bring the food with a fork or spoon and closely monitor whether the child needs help
- throwing the head back when feeding should be avoided because throwing the head back increases the risk of suffocation

8.2. RULES OF BEHAVIOR TOWARDS PERSONS IN WHEELCHAIRS

- focus on the person, not on their disability
- to politely shake hands with a disabled person, even when he has limited possibilities of moving his hand or uses a prosthesis
- before offering help, always ask the person in the wheelchair if they want help or not
- it must not be hung or leaned on the stroller because it is part of someone's personal space
- when the person using the wheelchair "transfers" from it to the car or to a chair, bench, toilet, bed... do not move the wheelchair out of their reach. If they do have to be removed for some reason, ask the person using the wheelchair for their opinion.
- speak directly to the person in the wheelchair, not to someone nearby, as if the wheelchair user does not exist

Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

- if the conversation will last more than a few minutes, sit down, so that you are at eye level with the person sitting in a wheelchair
- do not humiliate or be protective of the person in the wheelchair by patting them on the head
- when explaining a route to someone, think about things like distance, where sidewalks are recessed or ramps are in place, weather conditions, and physical obstacles that may impede movement
- it is okay to use expressions like: "walk by" or "let's go for a walk" when talking to a person in a wheelchair. She understands it as expressing the idea of moving in the same direction
- don't think of people in wheelchairs as "sick"
- watch out for prejudices! Don't think that using a stroller is a tragedy. When a wheelchair is well equipped and selected, it can actually mean freedom that gives the user the possibility of free movement and full involvement in life.
- don't pet guide dogs or other assistance animals... They work.
- do not discourage children from asking the person in the wheelchair about their wheelchair. Open communication helps to overcome prejudices driven by fears or misconceptions.

38

8.3. Successful Communication with Persons with Physical Disabilities

1. Do not avoid shaking hands with a person with upper limb amputation.
2. If you are with a person who uses a wheelchair for more than a few minutes, you need to think to sit or crouch to make eye contact at the same level.
3. Do not warn children if they stare at a person in a wheelchair, but talk to them about disability or encourage them to approach people with disabilities and ask them about their condition and their aids and so many minutes on foot", even though the person uses a wheelchair.
4. Take care of rest breaks when someone is in a wheelchair at a meeting.
5. Do not touch the wheelchair because it is a person's personal space.
6. Address the person directly, not the escort.
7. If you think that the person is okay, use terms like "we need so much to get there".

8.4. EQUIPMENT FOR ASSISTANCE AND TECHNICS FOR PERSONS WITH PHYSICAL DISABILITIES

Movement: Mobility is important for carrying out everyday activities in life. People with physical disabilities can be more or less mobile. Walking sticks, crutches, and walkers are used when walking is difficult. These aids also provide psychological support, ensuring stability and reducing the risk of falls and injuries.

Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830



Wheelchairs are used by people who are unable to move, or whose movement is difficult, and there are different types of wheelchairs: wheelchairs that can be started using hoops on wheels, powered by an electric motor, special wheelchairs for doing sports...



The wheelchair needs to be adapted to the body of the person who will use it; place the armrests and footrests at the appropriate height, adjust the back of the chair to the sitting mode, pad with soft material the place of the presumed greatest pressure of the body on the surface in order to eliminate the feeling of pain or discomfort and enable a good distribution of body weight.

Getting dressed:

When dressing, aids are used for easier dressing, fastening buttons/zippers, tying shoelaces, jewelry, etc. Depending on the degree of restriction of movement of the upper extremities, most clothing subject can create difficulties. Recommended aids include a dressing handle, a shoe spoon with an extended handle, a sock dressing aid, a buttoning handle, and clothes that are easier to put on.



Activities that require hand mobility

Weak functionality of the hand and the entire upper limb can cause a number of problems when writing, lifting small objects, handling switches, opening doors (with a longitudinal or circular handle), unlocking doors, handling switches on the stove, sockets, etc. In case of writing problems, thickened writing aids are recommended, and a person with significantly limited mobility of the shoulder joint can use the previously mentioned dress handle, as an aid for handling light switches. For other difficulties, thickening of the key can be used for easier handling, adapted sockets...

Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830



40

Feeding

Difficulties can be with: procurement of food, use of household appliances (stove, oven, microwave, toaster, juicer, mixer, scale, etc.), preparation of food (cutting, cleaning, greasing, pouring), thermal processing of food (defrosting, cooking simple meals and drinks, preparing more complex dishes, etc.) and eating (using a spoon, fork, knife, etc.). To facilitate feeding activities, a specially designed opener for cans and jars is used, which is attached to the base and enables them to be opened more easily opening, specially designed knives with a base or two-handled choppers, faucets with a lifting handle that can be opened more easily with the palm of the hand, a cleaning sponge on long handle to avoid excessive bending, etc.

Personal care and hygiene

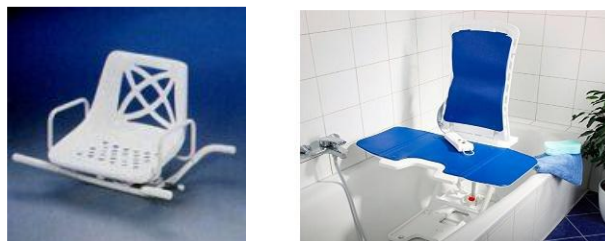
Personal care and hygiene include bathing, using the toilet, hair care, brushing teeth, nail care, skin care/application of cosmetics, make-up, etc. The aids used are: handle with with a sponge at the end, a toothpaste squeezer, a comb or a brush with an extended handle.

Toilet bowl

For people with limited mobility, it is very important that they keep theirs for as long as possible independence in order to have their own privacy and privacy when visiting the toilet. To make it possible to use the toilet without someone else's help, there are a large number of aids: adjustable toilet bowl, foldable handrails, toilet paper holders, etc.

Bath aids

In order to be able to use the bathtub without someone else's help, there are a large number of aids that are used in the bathtub: handrails and holders, bathtub lift, inserted seats and chairs, backrests for sitting, head and back, entrance aids, handrails and bathtub doors, etc.



Sink

The sink should be such that it can be used while sitting, and it should be accessible for people in wheelchairs. The height of the sink depends on the height of the person sitting in front of it. The mirror above the sink

Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

should meet the requirements of the person sitting. Special mirrors are offered that can be pulled forward, which can be used by both seated and standing persons.

8.5. EXERCISES

1. The participants are asked to take a paper and a pencil, which they will place in the non-dominant hand while the dominant hand will be bent behind their back. The task of the participants is to write a sentence with the non-dominant hand that the workshop leader will dictate.
2. Participants are asked to bring the fingers of their dominant hand together and wrap an elastic band around them. The task of the participants is to draw a plant and an animal. When the participants are drawing, the leader comes to them and tries to add some detail to the drawing. The goal of these activities is for the participants to feel what it means to be a person with impaired motor skills and what all the obstacles a person can encounter if their motor functioning is impaired, and how they feel when we take away their freedom in performing activities in which they can be successful.
3. Participants put both hands behind their backs. The task is to write their first and last name with their mouths or feet.
4. Participants bring together the fingers of their non-dominant hand, which are secured with an elastic band. A teaching sheet is placed in front of the participants. The subject's task is to complete a spiral line in the form of the letter I in both rows, paying attention to the direction of drawing the line
5. One of the participants is a person with CP (hands behind the back or tied with a scarf). The second participant has the task of feeding the first participant with chocolate or pudding.
6. Place a doll in front of the participant. The participant's task is to bend the non-dominant hand behind his back, undress and dress the doll in front of him.
7. Participants move around the space in wheelchairs independently and with the help of an escort.
8. The participants are divided into groups of two to three members. She gave them white paper and pencils. The task of the participant is to draw an office and a kitchen intended for a person in a wheelchair (it can also be a classroom where a student with disabilities in a wheelchair will stay). When each group is finished, they explain why they drew the layout of the space for a person with a physical disability

9. PERSONS WITH AUTISTIC SPECTRUM DISORDERS

People are afraid of unknown things, topics about which they are not sufficiently informed. One such topic is autism.

According to the Act in the Croatian Register on Persons with Disabilities, autism is defined as a condition in which there is a disturbance of emotional stability, intelligence, psychomotor abilities, verbal and social communication. The basic characteristic of autism is withdrawal, disorders of voice communication and purposeless activity and perseveration.

The term autism was introduced by the Swiss psychiatrist Eugen Bleuler, denoting one of the basic symptoms of schizophrenia: isolation, withdrawal and non-communicativeness, which is characteristic of a child with PAS.

In 1801, Jean G. Itard describes, after observing the wild boy Viktor, a picture that is similar to that of ASD.



Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

In 1943, the American child psychiatrist Leo Kanner described 11 children who looked physically healthy, but showed difficulties in communication and speech. He called these disorders an autistic disorder of affective bonds caused by the coldness of mothers who did not care for their children. Many years later his theory was rejected.

In 1944, the Viennese psychiatrist Hans Asperger described four boys, calling them "childhood autistic psychopaths", which he characterized by a lack of empathy, the inability to establish friendships, limited interests and motor clumsiness and mostly good cognitive functioning.

Autistic spectrum disorder is a developmental disorder that appears in the first years of life (up to the age of 3), affects all psychological functions and lasts a lifetime.

One of the first definitions of autism that is present today is the definition given by Laureta Bender in 1953 (according to Škrinjar, 2010), which states that autism is characteristically altered behavior in all areas of the central nervous system: motor, perceptual, intellectual, emotional and social.

The term autism is replaced by the term autistic spectrum, which was introduced in 1988 by Lorna Wing, explaining that no two people with autism are the same, i.e. that there are great individual differences, a continuum where on one side there are people with barely pronounced difficulties in social adaptation, while on the other side there are people with pronounced communication and intellectual difficulties, underdeveloped speech and epilepsy, which, as a disease, further complicates the condition.

To be diagnosed with ASD, a child must have difficulties in:

1. SOCIAL INTERACTIONS (2 SYMPTOMS) - impairment of non-verbal forms of behavior, facial expressions, body posture, gestures, underdeveloped relationship with peers, no spontaneous sharing of interests, enjoyment or achievements, no social or emotional reciprocity;
2. COMMUNICATION (1 SYMPTOM) - speech is delayed or not developed at all, there is no compensation with alternative communication (gestures, facial expressions), there is no initiation and maintenance, dialogue when there is speech, stereotypical and repetitive use of language, various spontaneous forms of games are absent;
3. BEHAVIOR (1 SYMPTOM) - preoccupation with one or more stereotyped models of interest, inflexible adherence to rituals or dysfunctional routines, stereotyped and repetitive motor mannerisms, permanent preoccupation with parts of the subject, which represents an important role in organizing their own behavior or calming down, and it is wrong to completely prevent them. Sticking to routines and rules gives people with ASD security, so changes in routine, such as changes in the schedule or a new teacher, can cause increased stress and anxiety.

In order to diagnose autism, at least 2 symptoms from social interaction and one from the other criteria are required. ASD can be recognized already in infancy. Some of the symptoms are: the absence of the first smile in the third month of life, not showing emotions (not responding to the mother's emotions), prolonged crying or fear (of other people), sleep or eating disorders (restless insomnia - sometimes open eyes), refusal to feed, absence of smiling, absence of facial expression, non-reaction to names, absence of looking into the eyes of other persons, weakened tone, hypersensitivity to sounds. People with ASD also have difficulties in the area of:

- sensory where hypersensitivity or insufficient sensitivity to sensory stimuli and sensory overload can make it difficult to participate in social interactions, participate in classes and learn material

Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

- in the area of thinking, memory and attention. The opinion of persons from PAS can be inflexible with the present problems in applying and generalizing what has been learned to other contexts. They also have problems understanding abstract ideas and concepts, think concretely and take it literally. It is difficult for them to take the perspective of others, which is related to a weaker social understanding.

- motor planning (which can lead to difficulties in performing movement sequences), problem-solving skills and metacognitive skills (thinking about what they have learned and what they can do) The cause of autism is unknown but S. Baron-Cohen, P. Bolton (1993) provide a model of ultimate joint effect.

According to this model, the appearance of autism is influenced by genetic factors, viral infections, complications in pregnancy and childbirth, and other causes that affect brain damage, which results in autism spectrum disorders and intellectual disabilities.

There is no cure for autism, but as H. Asperger says, "the cure for most aspects of autism can be found in... understanding teachers, adaptable employees, stimulating communities and parents who have faith in their children's potential."

Autism is a growing worldwide problem and requires special care and vigilance, as shown by statistical data on the frequency of autism occurrence. So, for example, in Europe, 1:150 births have disorders from the autistic spectrum. The Center for Disease Control and Prevention monitors the frequency of autism in the US and at the end of March 2014, it published new data showing the prevalence of autism in 1:68 children (1:42 in boys, 1:189 in girls). According to some authors, it occurs 4 times more often in boys than in girls.

9.1. CHARACTERISTICS OF CHILDREN AND PERSONS WITH ASD

- reduced ability to express pleasure due to the joy of others (lack of empathy)
- their appearance does not differ from other children
- lack of interest in other children and in what children do
- unsuccessful relationship with peers
- absence or reduced possibility of imitation
- reduced ability to express pleasure
- damage to the non-verbal form of communication (eye to eye contact, facial expression, body posture)
- absence of the first smile
- speech development is delayed
- preoccupation with one or more interests
- adherence to routines
- strong resistance to change
- self-reclusion
- sleeping and eating disorder
- obsessive-compulsive behavior (putting things together)
- self-aggression and aggression
- they do not have a finger-pointing gesture, but satisfy their needs by guiding an adult by the hand

Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

9.2. ASPERGER'S SYNDROME

In 1944, Hans Asperger described children who have normal intelligence, but lack non-verbal communication skills, are physically clumsy and do not show empathy. Children and adults with Asperger's disorder have an exceptional memory for details and facts. Some call their memory photographic. They can remember well the places where they moved, so we say that they have excellent spatial and topographical memory. We can use a good memory to boost self-confidence and experience success.

Thinking in pictures (visual thinkers), Temple Grandin 53, describes autistic people as visual thinkers, as people who turn the words they hear into pictures. The opinion of people with disorders from the autistic spectrum is different from the usual one. Also, these people are more inclined to concrete thinking and have difficulties in abstract thinking. That is why it is important to give predominantly pictorial instructions and give priority to graphic expression.

People with this ASD have the ability to create "special rules" and their own logic of observation and memory/recall. From a young age, they prefer the company of adults because they feel comfortable, often more comfortable than with their peers. They literally interpret certain phrases, idioms or metaphors such as: Did the kitty eat your tongue? /Delirious. /Looks can kill./ Keep your eyes on the ball./ Darkness fell on my eyes. They use prosody - there are no variations in the melodiousness of speech (tone, clarity, pitch, rhythm... - monotonous and flat speech). They think out loud - they say their thoughts out loud, as smaller children with normal development sometimes do, thus they can disturb other children in the class.

They are prone to motor clumsiness because motor development when they are children can be slowed down. Some children with Asperger's disorder learn to walk a few months later than expected. They have impaired motor coordination, which can be noticed in some activities, for example catching and throwing a ball, they may be weaker than their peers, tying shoelaces, etc. Also, some students have a problem with neat writing, which can be reached in the age of modern technology.

They show unusual reactions to sensory stimuli where dysfunctions are possible in seven sensory areas (tactile, visual, auditory, vestibular, proprioceptive, olfactory and oral). Some children are oversensitive to environmental stimuli, some are insufficiently sensitive. They may be very sensitive to certain sounds and touch and less sensitive to low levels of pain. One or more sensory systems are affected. A common stimulus can be experienced as unbearably strong.

9.3. WHAT DOES THE PERSON WITH ASD WANT YOU TO KNOW ABOUT THEM?

- I am a person with autism. I am not "autistic". My autism does not define me as a person.
- My perception is different. This means that ordinary sights, sounds, smells and tastes can be a very painful experience for me.
- Please remember to distinguish between won't (I don't want to) and can't (I'm not able to do it). It's not that I don't listen to the instructions - I just don't understand them. Address me directly in simple words.
- I think very concretely and interpret language literally. I don't understand word games and sarcasm and please don't use them in conversation.
- Please be patient with my limited vocabulary. It's hard for me to say what I want when I can't put into words what I feel.
- Because I don't do very well with expression and language, I do better with visual learning. You'd rather show me how something should be done than try to explain it to me in words.
- Focus and direct energy on what I can and can do, rather than on what I can't or don't know how to do.

Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

- Help me with social interaction. It may look like I don't want to play with the other kids in the park, but most of the time I just don't know how to start a conversation or socialize
- Try to determine what are the triggers of my emotional outbursts, that is, what preceded them and caused them. They occur when one of the stimuli is overloaded. If you find a trigger - they can be prevented.
- Please LOVE ME UNCONDITIONALLY. You didn't always live up to your parents' expectations either, and you certainly don't want to be constantly reminded of that. With your support and guidance, the possibilities are wider than you might think. Believe me - I'm worth it

45

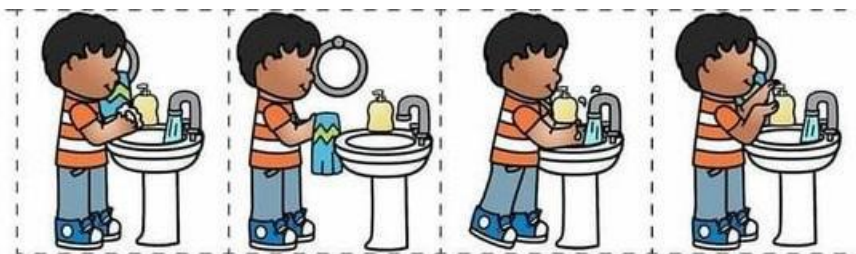
9.4. HOW TO COMMUNICATE WITH A PERSON WITH DISORDER OF THE AUTISTIC SPECTRUM

- always call a person by name before addressing them
- speak less information and more slowly
 - use breaks so that the person can process information.
- do not use many questions
- anxiety- less own non-verbal communication
- short and closed questions
- more time for communication
- if the person is non-verbal in communication, use vassal cards

9.5. EQUIPMENT AND TECHNICS TO HELP PERSONS WITH ASD

People with ASD use in communication depending on which form of communication is dominant, verbal or non-verbal, in order to Communicate with the environment, they use augmentative and alternative communication (AAC). For people with autism, visual layout and visual aids are very important in their daily functioning in the form of written instructions and pictographs.

At first, real objects or situations are used, then recordings, photographs and color pictures, black and white pictures, line drawing, and finally graphic symbols and written speech. People with ASD can use visual aids until they process the information.



Visual support enables the organization of activities, showing rules or instructions, for understanding the organization of space, encouraging desirable behavior, showing a certain social situation with social instructions and expected student reactions, and for teaching self-control.

Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

AAC communication methods:

picture exchange communication system or PECS developed by Lori Frost and Andy Bondy. ASD does not slow down or reduce verbal communication because it is used in conjunction with verbal instructions. The use of this type of communication can start at any time, is quickly adopted and is independent of age.



46

Interactive communication boards - can be of different sizes, portable or static. The organization of the symbols used must be motivating and chosen so that they encourage communication in the child. Interactive communication boards have the function of Interaction - writing on the board is controlled by the appropriate application, data storage, e-mail, print, use of various applications, creativity and simplicity.



Communication cards are used with children who have developed verbal communication. They serve to remind the child what to say and to offer alternative words or meanings.



Communication books can be pictorial or they can contain written summaries on different topics. It is used to increase speaking abilities. They are organized like a small book (pocket) that helps to keep the focus in the conversation.



Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

software communication aids: iPad devices are important for people from PAS because they follow them wherever they go and have a touch screen, so people don't need to type. The iPad and tablet are great for improving an individual's physical, cognitive and communication skills.

9.6. EXERCISES

1. The workshop leader reads a short story. He suddenly asks one of the participants to leave the room without telling him why. The workshop leader then continues reading the story and at one point asks another participant to continue the story without reading. The goal of this exercise is for the participants to feel how people from ASD feel when they are not prepared for a new situation.
2. Divided into pairs - the participant has the task of reading some abstract text that is not completed to their pair without the participants knowing, with the Task that they will answer the questions later. The task will change suddenly from the workshop leader: instead of answering prepared questions, they must complete the text in their own words.
3. One participant reads the text aloud, while the other participants touch him, pinch him, say something loudly in his ear, at the same time shine a small flashlight into his eyes, distract him.
4. Two participants sit opposite each other. They look into each other's eyes. The duration of looking (how long they can maintain eye contact) is measured.
5. Two participants are talking. One asks questions very quietly. The other must answer the questions asked by the interlocutor. Other workshop participants interfere with communication by making noise (e.g. clapping, stamping their feet).
6. One participant sits in the middle of the room with his eyes closed. Several participants distract him by simultaneously putting hairpins on his hair, smearing him with cream, wiping his face with a tissue, yelling in his ear, kicking his leg, pinching his face, rubbing his palm with a rough surface, etc.
7. The participant is blindfolded. At the same time, put several bottles of different scents under the participant's nose (essential oils). The task is to recognize and name smells.
8. All bottles are brought to the participant at the same time. The participant's task is to recognize and name the smells.
9. The participant is asked to put baking gloves on their hands. A closed candy is given to the participant. The participant's task is to open the candy.

10. ADHD

Childhood is a joyful period in which the exploratory spirit of the child prevails, followed by inattention, laughter, injuries. Many times, they are bored if the content is not interesting to them. Many children become restless when they start school, they cannot sit still in the school desk and parents ask questions such as: Why does my child not concentrate on the content at school? Why is he fidgeting in his chair all the time and not listening to the teacher at school? Why don't his peers want to play with him? Where does the problem lie?

It is attention deficit disorder with hyperactivity and impulsivity, or ADHD for short. ADHD (attention deficit hyperactivity disorder) is one of the most common neurodevelopmental disorders of childhood and adolescence. It is a cognitive and behavioral disorder characterized by



Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

hyperactivity, impulsivity and lack of attention. The disorder is present in children, adolescents and adults.

ADHD is not a disease but a developmental disorder of lack of behavioral inhibition. Developmental disorder means that ADHD occurs by the age of 7. It manifests itself as a developmentally inappropriate degree of inattention, excessive activity and impulsivity, and it makes it difficult to self-regulate and organize behavior in relation to the future (Sekušak-Galešev, 2008).

People diagnosed with ADHD describe their condition as follows:

"Having ADHD is like driving in the rain with bad wipers. Your windows are dirty and muddy, and you're still driving and it really annoys you that you can't see well.

"Or like when you listen to the radio, a station with interference, and you have to strain to hear what they are saying."

"Otherwise, you feel like you're fully charged all the time. You have one idea in mind and you start to execute it, but suddenly, without even knowing it, you have another idea in mind, and yet

you're always not done with the first one, of course you're concentrating on that second idea, but before you finish it, a third idea appears, and you focus all your attention on the third idea, and in principle you only have to decide on one."

ADHD does not belong to the modern age. Hippocrates himself already described a condition similar to today's term ADHD. Scientific descriptions of hyperactive behavior appeared only in 1902 in the works of the Englishman Still, who described 43 impulsive children with significant behavioral problems.

caused by genetic dysfunction, not bad upbringing (today these children would be diagnosed as children with hyperactivity disorder). Many authors in their literary works describe characters with descriptions of ADHD. Thus, for example, H. Hoffman in his book (Struwwelpeter) Janko Raščupanko describes Restless Filip and the Boy with his head in the clouds.

In the fifties of the last century, the concept of MCD, or minimal cerebral dysfunction, was born, which precedes today's concept of ADHD. In the eighties of the 20th century, ADD (attention deficit disorder) was mentioned for the first time in DSM III. classification. By improving the diagnostic criteria in 1994 as part of DSM IV. criteria were defined according to which we diagnose ADHD today. Since then, thousands of scientific papers have been published dealing with it, the nature of the disorder, etiology, treatment (according to Sekušak-Galešev, 2008).

The etiology of ADHD lies in the biological difference in the functioning of the central nervous system, which results from heredity or is a consequence of unfavorable factors that may act during pregnancy, childbirth or after the birth of a child (neurotoxic heavy metals, especially lead, premature birth and low birth weight, eclampsia and toxemia during pregnancy, especially smoking during pregnancy, consumption of cocaine and alcohol). Some studies describe six risk factors in the family environment: large and discordant family, low social standard, criminality of the father and mental illness of the mother, and giving the child up for adoption. Other research points to the pathogenesis of ADHD as a possible cause citing differences in the structure of the brain, its electrical activity and brain "connection" between the two hemispheres, and especially the lack of neurotransmitters.

Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

Advances in genetics and research studying families, twins and adopted children have confirmed that certain genes for certain neurotransmitters - dopamine, serotonin and noradrenaline - play a role in the development of ADHD.

Children with ADHD are not bad children; their behavior is not the result of excessive TV watching, taking sweets, Coca-Cola, etc. Their behavior is the result of a difference in the structure of the brain that differs from the population without ADHD, the difference is in the neurological function, the transfer of information from the left hemisphere to the right hemisphere of the brain, i.e. neurotransmitters that are important for the transfer of information that quickly wear out.

49

10.1. CHARACTERISTICS OF PERSONS WITH ADHD

ADHD symptoms are primarily divided into: 1. Hyperactivity; 2. Impulsiveness; 3. Carelessness.

They can differ in intensity, so a person can be dominantly hyperactive and impulsive or dominantly inattentive, but also have a combined type with both symptoms that are equally appear. Gilliam (2006) outlines the DSM-IV criteria for a diagnostic model. For hyperactivity and impulsivity, it is necessary to read six or more symptoms that appear in a period of at least six months.

The results are processed by a team (physician, psychologist, psychiatrist, neurologist, etc.) to establish a diagnosis.

A hyperactive child will shake and fidget in the seat and get up when expected to sit, often runs excessively or climbs in inappropriate situations, has difficulty being still, is often on the move, and often talks excessively.

An impulsive child often "runs out" with answers before the question is asked, has difficulty waiting for his turn and interrupts and disturbs others during conversation or play.

An inattentive child will make mistakes due to carelessness and does not pay attention to details, has difficulty maintaining focus during play or doing homework, acts as if he is not listening to the interlocutor, does not follow

instructions and does not complete tasks, has difficulties with organization, avoids and dislikes anything that requires more sustained mental effort, often loses things, is distracted by external stimuli and often forgets daily activities.

In recent decades, the intensity of ADHD disorders across life stages has been discussed. Although the frequency has not yet been fully defined, today it can be safely said that this is not a difficulty exclusively in the school period.

When we have a student in the class with ADHD, we must remember that he has problems in the areas of motor skills (restlessness, clumsiness, need for activity), emotional and social relationships (low tolerance threshold, anger, destruction, non-acceptance by peers, aggression), cognitive functions (poor abstract thinking, disorganized thinking, difficulties in creating concepts, memory difficulties, reading, writing, calculation disorders) and attention that is indiscriminate and short-lived. A student with ADHD will have difficulties such as:

- poor school performance
- conflicts with authority at school



Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

- inability to commit to tasks that require greater mental effort
- low self-esteem
- anxiety and depression occur
- nocturnal urination
- allergies, sleep disorders, nightmares
- poor relationship between child and parents

All these difficulties lead to behavioral disorders:

- impatience
- psychomotor restlessness, is constantly on the move, fidgets, turns, touches everything and cannot sit in one place for a long time
- organizational difficulties (forgetting or losing things)
- works quickly and makes mistakes
- attention span is short, oscillates, indiscriminate - cannot focus on details, wanders with thoughts, daydreams, is distracted
- refuses tasks that require a lot of mental effort
- answers questions quickly and without thinking
- fails to remember instructions
- written works are "messed up"
- changes the activity, does not complete the started activity
- asks a lot of questions without waiting for an answer to the previous question
- fails to think in a logical and comprehensible way
- starts working before he has been instructed, works too fast
- often says "I can't do it"
- misinterprets simple statements, does not understand many words and sentences, is talkative
- has a compliant behavior
- he doesn't pay attention to the clock, he's always looking somewhere
- speaks, sings, whispers
- cannot express his thoughts in a logical and comprehensible way
- easily falls and stumbles, throws objects or they fall out of his hand
- sleep disorders (he sleeps little, his sleep is restless and interrupted, he wakes up early)

Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

- does not tolerate restrictions or prohibitions, discipline, does not learn from its own mistakes, but repeats them
- undesirable forms of behavior - anger, crying, intolerance, bad relationships with peers resulting in isolation and withdrawal

It is essential that every inappropriate behavior is followed by immediate feedback to the child with ADHD. It must be clear to the child whether he has done something that is wrong, why it is so, and accordingly the child receives a reward or punishment. It is very difficult for children with attention deficits to later associate a reward or punishment with an event that has already passed (happened a few hours or days ago).

51

10.2. ADHD IN ADULTS

Today, it is considered that 50-80% of ADHD continues into adulthood, disrupting a person in a different way than in childhood. Hyperactivity in adulthood still exists, but in a much milder intensity than in childhood (e.g. chewing gum, chewing on a pencil eraser, tapping your foot on the floor, snapping your fingers, pulling back strands of hair, swaying slightly while standing, etc.). Research has shown that adult males with ADHD are more prone to traffic accidents, were more often punished by pedagogic measures at school age, abuse opiates and alcohol, are more prone to anger and abuse, have problems at work, do not arrive on time to fulfill their duties and tasks, easy to plan on colleagues, etc. Women with ADHD are prone to eating disorders, obesity, low self-confidence, depression and anxiety and have problems at home in the family due to difficulties in organizing work and obligations. In women, ADHD is more difficult to diagnose in childhood because they are not as hyperactive as boys and sometimes at that age, they appear uninterested, unmotivated, as if they are daydreaming.

10.3. EXERCISES

1. The participants are shown the lazy figure eight exercise.

First, it is drawn with the left hand to activate the right hemisphere, moving in a counter-clockwise direction. The exercise is performed by muttering or describing a story. The aim of the exercise is to improve concentration, balance and coordination, the vision leads to relaxation, and it affects the reading mechanism, reading comprehension and symbol recognition.

2. The participants are shown the thinking eight exercise

The head is upright, the chin is level. The tip of the ear is taken with the thumb and forefinger and gently massaged downwards, ending at the lower lobe. The goal of the exercise is to focus attention on listening, relaxes tension, activates the brain for short-term working memory, affects inner speech and thinking skills, vision, hearing, listening to one's own voice.

3. The participants are shown the cross-motion exercise

One hand and the opposite leg move alternately and vice versa. The goal of this exercise is to activate both brain hemispheres, it affects writing, listening, reading with understanding, improves breathing and endurance.

4. The participants are shown the Owl exercise

We squeeze one shoulder to relax the muscles that are tense due to listening, speaking, thinking, turn our head slightly over the center line and make a whooping sound. The goal of the exercise is to activate the



Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

brain for memory, thinking, speech, relaxation, improves concentration and blood flow in the brain, the ability to express ideas.

11. PERSONS WITH BEHAVIORAL DISORDER

Behavioral disorder is a collective name for various forms of inadequate, socially unacceptable, harmful and incriminated behavior of children and youth. These are behaviors that result in certain difficulties, harm either to themselves, or to another person, group or community. Such negative behavior has negative consequences on the child's educational and work achievement, as well as his social, as well as overall behavior and functioning.

There are various terms that describe undesirable behaviors: behavioral deviations, aberrant, risky, deviant, dissociative, disturbed, unacceptable, asocial, antisocial, criminal behavior, insufficient social integration, oppositional behaviors, emotional and behavioral disorders, etc.

Behavioral disorders can also be monitored in relation to the environments in which children and young people exhibit such behaviors. It first manifests itself in the home, then it "spreads" through the kindergarten and school, to the neighborhood, the society of peers, the local community and the wider social context. Certain behavior can be a consequence in one case and a cause in another. The situation is the same in relation to phenomena that can be the trigger of behavior disorders and in which the child is the victim of numerous difficult life circumstances (abuse and neglect in the family).

There are different classifications of Personal behavior disorder:

1. The DSM-IV classification of the American Psychiatric Association states that it can be diagnosed in infancy, childhood or adolescence. Patterns of antisocial behavior such as aggression towards people or animals, destruction of property, cheating or theft, and serious rule breaking violate the fundamental social rights of others.

There are categories of Personal behavior disorder:

- behavioral disorders that include: aggression towards people and animals, damage or loss of property; fraud or theft; a serious violation of the rules
- oppositional behavior (establishment and defiant disorders)
- disorders with violent behavior
- adjustment disorders with mixed emotional and behavioral disorders
- adjustment disorders with behavioral disorders (conduct disorders)

2. The classification in the education system is used in the field of upbringing and education, there are disorders of emotions and behavior itself (inability to learn that cannot be explained by intellectual, sensory or other health factors, inability to build satisfactory interpersonal relationships with peers and teachers, inappropriate type of behavior and feelings under normal circumstances, mood of unhappiness or depression, development tendency of physical symptoms or fear related to personal or school problems). It is important to provide help to all children in school conditions, including socially maladjusted behavior.

3. Classification according to behavioral dimensions that includes the disorder of two large groups of behaviors: internalized behavior that is too controlled or directed toward the self, e.g., depression, anxiety,



Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

withdrawal, which is present in girls, and externalized behavior that is insufficiently controlled or directed toward others, e.g. aggressiveness, hyperactivity, delinquency that is present in boys.

There are active behavior disorders that describe children as impossible, naughty and out of control, and passive behavior disorders such as seclusion, isolation and non-acceptance from peers.

11.1. HOW TO RECOGNIZE THE BEHAVIORS THAT MAKE CHILDREN CALL FOR HELP?

- absenteeism from school, indiscipline at school
- disobedience, defiance, outbursts of anger
- withdrawal, seclusion
- loitering during the day
- lying, cheating, cheating
- threats, smoking, drug and alcohol consumption
- staying outside despite the parents' prohibition, breaking the rules
- lack of empathy, excessive fear, psychosomatic changes
- age-inappropriate interests
- violation of public order and peace...

These behaviors must occur MULTIPLE times and LAST for some time in order to speak of a behavioral disorder.

11.2. HOW TO HELP CHILDREN WITH PERSONAL BEHAVIOUR DISORDER

- recognize the child's call for help
- together with the child, agree on clear RULES of behaviour
- agree in advance the consequences in case of non-compliance with the rules of conduct
- explain to the child why breaking the agreed rules entails consequences
- adapt the rules and consequences to the child's needs, age and abilities (e.g. it is unrealistic to ban a hyperactive child from going out for a month), but also to their own capabilities so that they can be PERSISTENT (let the consequence last as long as you can endure)
- consequences MUST NOT include physical punishment, humiliation, psychological abuse, denial of basic life needs (food, water, clothes, ..., threats)
- talk to the child

11.3. EXERCISES

1. The participants are given a written story in which undesirable behaviour of children occurs. The task of the participants is to complete the story:

Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

STORY 1.

Luka and Roko go to the 6th grade together. One day they agreed that they could play PlayStation together at Roko's. Luka took with him his older friend Matej from the street, who is in the 8th grade and who was delighted with the idea of joining them. After they took turns playing the PlayStation game for a while, because they only have two joysticks, Matej took the Roku from one hand and pushed it away.

There was a fight and an argument about who will play next...

STORY 2.

Lorena and Ines often spend time together after school inventing and doing all sorts of fun things: cycling, rollerblading, playing with the dog, etc. Although they had agreed two days before to hang out after school, that day Lorena just said: "I'm going home!", at which Ines got angry and said: "Okay, when you're like that, don't even call me again." Lorena was hungry and tired and wanted to come home as soon as possible for her mother's lunch. She didn't understand why Ines was angry, but she didn't want to talk to her anymore....

2. Divide the participants into pairs. They carefully listen to the workshop manager's instructions:

One participant in the pair should keep his fist firmly clenched; the task of the other person in the pair is to persuade their partner to open their fist. The second participant decides whether he wants to open his fist or not, that is, whether the "Persuader" is convincing enough to persuade him to open his fist. The goal is for the "Persuader" to find the best way that will allow the other participant in the pair to open a fist. You have two minutes, and after that you can switch roles. After the game, the leader and the participants sit together in a circle again and a discussion opens (. Did you manage to open the fist? How did you do it, which method worked? What is it like to be in the role "Persuader?" What is it like to be in the role of the one who keeps the fist clenched?)

The goal of this exercise is to practice how to say NO, that is, it deals with communication skills and is aimed at developing assertive communication and a critical attitude towards means of addiction.

12. PERSONS WITH MULTIPLE DISABILITIES

People with multiple disabilities are people who have several types of disabilities, such as people with intellectual disabilities who, in addition to their primary disability, also have sensory and motor disabilities (e.g., prematurely born children will have multiple disabilities later in life).

People with multiple disabilities need support in all domains of life, i.e. they need to be provided with individualized support through the system of social welfare, healthcare, education, housing, etc.

13. FAMILY OF PERSONS WITH DISABILITIES / CHILDREN WITH DIFFICULTIES

The family is one of the most important factors in the life of every child. The family is the main topic of many research works, but also of individuals. The family is the first community in which a child achieves his first communication, acquires new experiences, knowledge, formulates his views, gets a foundation for later improving his psychological and spiritual structure, adopting values, learning how to love and be loved, receiving attention and understanding.

There are different definitions of family depending on the area of interest. So, for example, the sociological definition says that the family is the basic unit of society, the psychological one says that it is an important factor in the primary socialization and psychological development of the child in general (Petz, 1992), the

Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

anthropological one says that the family is the basic human community, and the legal one says that the family is a group of persons connected by marriage (or extramarital union) or kinship, between which there are legally established rights and duties (Alinčić, 1989).

The family is the primary social and biological group for every human being, which is determined not only by social but also by biological laws, so its members are determined by the same complex bio-psycho-social set of factors (Golubović, 1981). The family is a paradoxical and inscrutable phenomenon. It is the same everywhere, and yet it is not the same anywhere (Ekerman, 1987).

The term family comes from the Old Slavic "obitel" which means monastery, apartment (Gluhak, 1993) and is derived from the verb to inhabit, inhabit, inhabit. The Proto-Slavic term "family" (phonetic: family) = family, family, coenobium, monastery (Skok, 1973) means living together, being under the same roof. Both terms are used in spoken language.

The first knowledge about the family is linked to the philosophers of ancient Greece who advocate a traditionalist view of marriage and family, their structure, relationships and hierarchy. They are characterized by the father's ownership of family assets, patriarchal relations, and a firm system of subordination (Aristotle).

13.1. FAMILY FUNCTIONS

The functions of the family in today's society are conditioned by internal and external social factors. The most important are:

- The emotional function of the family - it is crucial for the creation of today's family, its survival and perspective on an individual and general level. In the patriarchal family, this function is secondary, and it is even forbidden to show emotions to all members of the cooperative family, except for the relationship between mother and child. Its importance is emphasized in modern society.
- In the period of the cooperative family, the biological - sexual function of the family was equated with the reproductive one, so that these two functions, one crucial for human reproduction, and the other for satisfying one of the important human needs, would be separated by entering the family into the sphere of ever-increasing structural reduction and ever-increasing egalitarianism .
- The reproductive function of the family is particularly important for society as a whole, and it is expected that it strongly advocates for the maintenance of favourable rates of population growth by helping the family in this invaluable work.
- Socialization function

13.2. STAGES OF MOURNING

Preparing for parenthood and joyfully expecting a child represents, on the one hand, a great pleasure and a challenge in the lives of two people, the Parents, but on the other hand, great apprehension and fear of whether everything will be alright well with their child who will study in their lives. Many parents wish for a perfect child, a "shop doll", but sometimes they experience a shock that forces them to accept or not accept a child with difficulties who enters their already structured and arranged lives with clear rules of behavior outside and inside the community. The arrival of a member with difficulties in the family is a challenge and a rush of different emotions, mourning, anger, alienation, blaming oneself and the other partner (according to Greenspan, 2004).



Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

Many authors who are engaged in research and study of families of children with disabilities list several stages of mourning for parents of children with disabilities:

1st stage of denial

2nd stage of anger

3rd stage of negotiation

4th stage of resignation

5th stage of acceptance

In the first stage of denial, parents welcome the news that they have a child with difficulties with feelings of regression, confusion, avoidance and fear. At the same time, they welcome the news with disbelief and rejection, denying the truth, looking for an affirmative answer from their environment, looking for an expert who will tell them what they want to hear, that their life will be the same again as they had before the adoption of a child with difficulties (e.g. "This seems to me it's not happening!" "I'm going to get a second opinion!" "That's not true!"). Just denying the truth about the present difficulties can have a dual effect for parents. On the one hand, it can be positive because it gives parents time to adapt to a stressful situation, but on the other hand, if this phase lasts too long, it prevents parents from taking the necessary actions for the child, themselves and their spouse.

So that the spouses do not stay in the denial phase for too long and get lulled into it, it is necessary that the spouses:

- reconsider their fears that are present in the form of the child's future (e.g. independence, finances, functioning in various prepared and unprepared life situations)
- thinking about the negative consequences if a child with a disability is not accepted as he is (e.g. the courage to ask for adequate support)
- freely express the emotion of fear
- keep a diary in which they will write down their fears, situations in which fears arise. Keeping a diary allows parents to get a clearer picture of the situation and relieve themselves.
- surround themselves with friends who understand them and with whom they can talk about their emotions. It is enough for someone to listen to them.
- get involved in different forms of support groups where they will get the feeling that they are not alone.

In the second phase of anger, frustration, anxiety, irritability and stress appear. Many parents, when they reach this stage, feel anger towards themselves and their partner (e.g. "If I hadn't smoked or drunk alcoholic beverages, this wouldn't have happened!" Or "your grandmother had depression in your family! It's your fault!"). Sometimes anger can arise towards a child with difficulties because it destroyed their lives as they had before birth, their stability, or anger arises at the anger they feel towards the child. Anxiety occurs when the child starts therapy because the parents believe that the therapy will help to change everything. When they see that their wishes are not fulfilled, they feel like "not perfect" parents because they are perfect and cannot help their child. If the parents of a child with difficulties stay in that phase for too long, a destructive intensity of anger and bitterness develops into destructiveness. What parents can do is:



Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

- to write down in a notebook the feelings of anger and the situations in which it occurs, which represents the exhaust "valve" of the parents
- to get involved in different sports activities through which anger will be released and feelings of happiness will appear
- redirect your anger to some other activities that will improve life together in the family verbalize your anger. Surround yourself with friends who understand them.

The third phase is the phase of negotiation in which the parents seek meaning and a solution to the newly created situation and share their life story with their environment. The negotiation phase helps provide more control over identifying what could or should be done to resolve the situation. It helps the individual to accept the truth on an emotional and psychological level. In this phase, there is also a feeling of guilt ("What would have happened if I had acted differently?") What a parent can do in this phase is:

- become aware of the sources of guilt and find out what its purpose is
- make a list of what you can control versus what you cannot
- focus on the positive aspects of the situation
- start with spiritual activities (e.g. going to church and praying, meditating or enjoying nature)

The penultimate stage is the stage of resignation, in which helplessness, lack of energy, withdrawal and overflow of emotions appear. Those feelings that arise are an indication that the parents have begun to accept the child's difficulty. It is a step for constructive action using one's own strengths and the strengths of the family. At that stage, parents must:

- be aware that they are not alone, that they must love themselves
- set small and realistic goals
- reward themselves for every success they have done
- create a routine that will enable a sense of control over one's own life
- do what they enjoy
- visualize relaxing situations

The last stage is the stage of acceptance where a positive attitude towards the child prevails, respecting the strength of the child's needs and accepting support. Some authors state the following reactions of parents upon learning that they have a child with disabilities:

- shock (if communicated in an inappropriate way, which can lead to various mental health problems. In this situation, the mother is the most vulnerable because she wants to protect other family members from stress)
- feelings of guilt (e.g. feelings of guilt and self-blame that are associated with depression with feelings of helplessness, hopelessness and low self-esteem. These feelings disrupt relationships between family members and partners, suppression (the problem is approached as

that the child has no difficulties. It depends on the degree of difficulties the child has.)

Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

- projection of guilt (shifting the blame onto certain people or the environment, happens in order to be able to reject one's own responsibility on the doctor, partner)
- intellectualization (all circumstances are explained scientifically, it is present in people with completed university)
- sublimation (manifested in the involvement of parents in associations of persons with disabilities)

58

13. STRESS

Parents of children with developmental disabilities are in a stressful situation all the time than parents of typical children. The reasons for this high level of stress are the challenges brought by a child with a disability and a person with a disability, difficulties in finances and marriage, lack of free time. Families of children with developmental disabilities will cope with stress more successfully if members have a positive self-image, built self-esteem, a constructive approach to solving problems, emotional regulation, if

togetherness, affection among members, empathy, joint activities and mutual support are nurtured within the family community. According to Greenspan (2004), spouses cope with stress in different ways, for example, one parent may cope by aggressively targeting the child. In this situation, a child with a difficulty becomes the centre of his parent's world (for example, the parent takes him to therapy, talks to the doctor). On the other hand, the partner of that parent stays on the sidelines, fleeing to his safe "harbour", a job where he will be far from his child with difficulties and his spouse. If there is no understanding and support, it occurs reciprocally blaming and the marriage is in crisis. By accepting their feelings and the resulting situation, parents will be able to work as a team by studying their own way of reacting. Otherwise, divorce occurs due to the alienation of one partner from the other. In order for the marriage to succeed, the partners must encourage family communication. This is achieved by:

- spouses take free time for themselves, to be together as spouses and not as parents. It is necessary for them to set aside time every evening in which they will talk about their feelings and the situation that happened during the day, seeing each other as people and not enemies. Free time (hanging out with friends, walking, meditating, watching movies/series, reading books, playing board games, sports activities, going shopping, etc.) will serve parents to step away from everyday activities and recharge the batteries they expect. Leisure activities should be those that can be carried out at a certain stage of life, should be planned and may include another person, but at the same time it is good for the parent to be himself and find support in looking after a child with a disability
- be honest about their feelings, so that they are not ashamed to show their partner what they feel at any given moment. It is necessary to talk about emotions without interrupting and explaining. Such communication will bring partners closer.
- communicate with other families who have children with disabilities or people with disabilities
- seek help or support in the form of counselling, because counselling can strengthen and save the spouse's marriage

Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

13.4. BROTHERS AND SISTERS IN FAMILIES OF CHILDREN WITH DEVELOPMENTAL DIFFICULTIES AND PERSONS WITH DISABILITIES

The arrival of a new family member with developmental disabilities affects not only spouses, partners, but also siblings. The atmosphere and life of a child with disabilities and persons with disabilities, as well as all family members, will depend on the relationships within the family. Many studies have dealt with the relationship between siblings and a family member with a difficulty or disability, and have come to the conclusion that there are significant differences between such relationships and the relationships of siblings with typical development. Sibling relationship to a member with a disability will depend on their abilities and their own perception, the relationship between parents, and their attitudes. Thus, for example, brothers and sisters who have a brother or sister with ASD, with intellectual disabilities, showed a lower level of hostile behaviour and shame, and showed a higher level of acceptance and support, value individual achievements more, have deep and tender feelings of loyalty, have more understanding and sensibility towards people with disabilities and choose a professional helper, and later fight for the rights of people with disabilities. According to Florjanić (2019), there are five stages of the relationship between siblings of a member with a disability:

1. The birth of a sister or brother has a big impact on the routine because there are changes in the interaction of the parents. Studies have shown that parents generally spend less time with their older children.
2. Growing up together during early, middle and late childhood - this is the period where the older child focuses more on the brother or sister with difficulties compared to the parent. This is the period in which conflicts and rivalries arise and a deep sisterly/brotherly relationship is created.
3. Growing up together during adolescence - the number of conflicts between sisters and brothers increases, the influence and relationship with peers strengthens, while the relationship with a sister or brother remains in the background.
4. Leaving the parental home, marriage, birth of children, death of parents - this is the longest phase in the sister/brother relationship. In this period, they strengthen their relationship again.
5. Older age - the sisterly/brotherly relationship takes on a new, deeper meaning. Siblings generally spend more time together and provide each other with emotional, physical and social support. On the other hand, growing up with a member with difficulties or a person with a disability, in the case of brothers and sisters, requires rapid maturation and growing up, assuming the role of mother or father in performing various household chores.

They are exposed to too many tasks and expectations, often relying on their own strengths and achievements, expecting them to be more independent because they are "stronger".

In siblings with typical development, there may be feelings of guilt ("Why did this have to happen to my brother or sister? Why can't he participate in activities like me?", etc.), anger due to excessive expectations and obligations within the family, and shame that occurs in different situations that require interaction with the environment. Because of these negative feelings, siblings can develop isolation, neglect, loneliness and exposure to stress and anxiety about the future (e.g. starting a family, leaving home, what will happen to a brother or sister when their parents are no longer alive, etc.). The relationship between siblings and family members is important because of the very growth and development of the member with a disability

Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

(according to Wagner Jakoab et al, 2007). What parents can do for their typically developing children in relation to a sibling with a disability is:

- to be honest in giving information about the difficulty that the brother or sister has
- to allow them space and time to ask questions and give as many answers as possible
- explain how they differ and how they are similar
- explain that their brother or sister can do the same things as them but they may need more time or some kind of help
- show understanding for their emotions
- show your feelings because it shows a good example of accepting the difficulty (e.g. "I get annoyed when people ask me a lot of questions about your sister, but I'm also glad that they're interested. Sometimes I tell them I don't want to talk about it").
- find common time to carry out activities. A typically developing child will appreciate the time a parent devotes only to them.
- joint problem solving
- expand the circle of friends of a child with typical development because he has the right to be only with his peers
- talk with the child about his life
- show that they are JUST AS IMPORTANT TO THEM AS A CHILD WITH DEVELOPMENTAL DIFFICULTIES
- include a family member in a support group

In order to support brothers and sisters in the families of children with disabilities, various workshops and meetings are held in the form of workshops for young people and adults.

The aim of the workshops is to provide in a relaxed and fun atmosphere support and education as part of activities and information and discussion in games. Groups are not therapeutic, but many times they have such an effect.

The aim of the workshops for young people and adults is to inform, provide peer support and advocate skills. At such meetings, there is a lot of discussion, problems are solved, decisions are made, experiences and information are exchanged about the life of brothers and sisters with developmental disabilities and persons with

with disabilities. Brothers and sisters are the most important link in the life of people with disabilities because of planning their future.

Early intervention plays a big role in the family of a child with difficulties. Early intervention appeared for the first time in the USA at the end of the 80s of the last century with the aim of reducing costs in the field of social and health care.

Many authors define early intervention as a term that includes a wide range of services and activities intended to support a child in his early development (according to Milić Babić, Franc, Leutar, 2013).

Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

Ljubešić (2012) points out that early intervention is a flexible, strategic and interdisciplinary area that deals with a group of children at risk for developmental deviation or already established difficulties in development, as well as their families.

Moore (2010) expands the definition of early intervention and says that it is a model that enables the child to learn from experience in order to develop all his potential and meaningfully perform the activities of daily life at home and in the community. He emphasizes the importance of involving the family in providing daily support to the child and getting to know the work of experts in order to encourage the child's development in a natural environment.

According to the Social Welfare Act, early intervention is provided to a child from birth to the third year of age, and the longest until the seventh year of age. Appropriate programs at the earliest age enable better performance in all areas of child growth and development. The shorter the period

stimulus deprivation, the plasticity of the brain is greater and the level of possible difficulties is lower. In addition to innate traits and the development of the central nervous system, the environment has a great influence on the development of a child and his skills (Matijaš, Bulić, Kralj, 2019).

Rutland (2012) outlines the basic principles of family-centred early intervention:

- parents know their child best
- the family is the ultimate decision maker for the child and the whole family
- the family is a constant in the child's life, and specialists are temporary service providers
- respect for family priorities and values in setting outcomes and goals in the child's program
- respect for the cultural and religious differences of the family
- cooperative, confidential and open relationship with experts (educational-rehabilitation profile)

13.5. COMMUNICATION WITH PARENTS OF PERSONS WITH DISABILITIES

Communication can be considered the basis of our relationship with the environment, everything we do and speak. The word communication comes from the Latin word *communicare*, which means "to make known" or "to share with others, what I know others will know".

Some authors such as Kadushi, (1997) say that communication is the sharing of thoughts, feelings, attitudes and ideas through the exchange of verbal and non-verbal symbols. This definition is very simple, although it is known that even when we speak the same language, we can run into problems of misunderstanding and wrong messages. Communication can be:

- verbal communication - we exchange messages with words, and it includes speaking and listening. For good communication, it is necessary to find a balance between speaking and listening, because in this way we will ensure a quality conversation.
- paraverbal communication tells how something was said to the interlocutor, which depends on the colour of the voice, the pitch of the voice, the speed of the voice, volume, emphasis on words, articulation and pauses in speech



Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

- non-verbal communication - includes gestures, facial expressions and body posture (from expressing emotions, showing attitudes, reflecting personality traits, encouraging or changing verbal communication) that we did not say verbally. Non-verbal communication is communication without words, and it can be conscious or unconscious. In this way, we change verbal communication. Given that we send most messages in this way, we can say that it is extremely important in building our relationships. 70% of communication belongs to non-verbal communication.

People communicate in several ways (communication styles):

- aggressive - the person demands and orders (no please and thank you), accuses and blames others, does not admit his mistake, focuses on the person and not on the person's behaviour, does not listen and interrupts, speaks loudly, aggressive gestures, stares at the interlocutor
- passive - avoids discussion, is mostly silent or talks a lot - says nothing, does not express his opinion but someone else's, quickly admits his mistake and often apologizes, speaks quietly, does not raise his voice, most of the time does not look in the eyes, smiles and constantly nods his head
- aggressive-passive- avoids discussion or is mostly silent or talks a lot, does not express his opinion but someone else's, quickly admits his mistake and often apologizes, speaks quietly, does not raise his voice, most of the time does not look in the eyes, smiles and constantly nods his head
- assertive - knows how to actively listen, respects others and seeks it for himself, speaks clearly, concretely and directly - not to the environment, expresses his expectations and feelings, expresses objections (criticism) positively, knows how to praise others, takes responsibility for his words and actions, is ready to apologize when he makes a mistake, he knows how to control himself (his negative feelings), looks into the eyes and shows his feelings, voice adapted to the situation.

In assertive communication, all the rights of the participants in the communication are respected and there are no conflicts, unlike other styles of communication where conflicts occur and the rights of the interlocutors are not respected.

Assertive behaviour can be learned and requires respect for other people with whom we communicate and for ourselves. Assertive communication exercises that are important when communicating with parents of children with disabilities are as follows:

- Me-messages
- Disagree without attacking
- How to say NO
- Express objection (criticism) without insulting
- Give praise
- The "broken gramophone record" technique

With assertive communication, we increase the probability that people really hear our proposal and views. And that opens the door to conversation and agreement (according to Treščec, 2023).



Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

13.6. EXERCISES

1. A paper is distributed to the participants. Participants read the sentences. The task of the participants is to connect the YOU-messages with the I-message

“YOU” Messages	I/Me Messages
Stop bothering me, there's no going out!	When you are late it makes me very angry because I waste precious time waiting. I want you to honor our agreement next time.
You are always yelling at me and always embarrassing me!	When you ask to stay out late, I'm very worried because by law, minors can't stay out longer than 11 p.m. I would like you to help me respect the law and go to the city a little earlier, and come back by 11 pm.
You're always late! You think that you are some kind of wise guy and that I have to wait for you all the time.	When you want it to be exclusively according to your proposal, I feel belittled and hurt because it seems that you don't care about my opinion. I would like you to ask my opinion so that we can decide together what to do.
You never listen to what I say and just stare at the TV!	It really ticks me off when, despite our agreement to go to the store, you're still watching TV. So immediately turn off the TV and go to the store.
It must always be your way!	When you speak in a raised tone in front of my friends, I feel very hurt because my friends can get the impression that you don't appreciate me and deliberately belittle me. I would like you to let me know in a calm tone that you do not agree with me or keep quiet and we will discuss it in private.

3. The task of the participants is to rewrite the play using the assertive communication style of mother and son (they can also act out the play):

The mother starts vacuuming the apartment at 9 o'clock in the morning, and she knows that her son goes to bed much later than she does and usually wakes up around 10 or 11 o'clock. The son leaves the room.

Son: Why are you doing this to me? You care about me sleeping. When you go to sleep at night, I have to be quiet, and you like this. You are so reckless!

Mother: Am I reckless?! If I'm reckless, then you're lazy! You never do anything; it wouldn't kill you to move your finger a little. The easiest thing is to just sleep until three in the afternoon!

Son: Come on, please, when was the last time I slept until three in the afternoon? And it's not true that I don't do anything around the house either! I washed the dishes yesterday. You have no idea what you're talking about! Why do you just leave me alone...

14. SUPPORT FOR CHILDREN WITH DIFFICULTIES AND PERSONS WITH DISABILITIES

Disruption of the family's everyday life, regardless of the cause, carries with it a weight and struggle for family members and the person with a disability if the result is disability. How the family will adapt to the new

Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

situation depends on various factors and characteristics of the family members and the person with a disability, because people with disabilities differ from each other regardless of the category of impairment they belong to.

Parents of persons with disabilities are worried about their child's future and should adapt to the new situation by accepting the diagnosis, learning about the development of a child with disabilities, encouraging self-help, trusting experts, etc. (according to Kiš-Glavaš, 2002). A protective factor in the adaptation of the family of a disabled person is the support and understanding provided by the environment, professional care and the use of fear coping strategies. Supporting the families of people with disabilities makes everyday life easier because family members are often named a family with a disability that feels isolated and alone, and many times it is forgotten that the disability of a family member affects the psychophysical condition of each member of that family.

In social interaction, family members feel that they too have an invisible disability (e.g. because of providing support and care for a family member, the parents and brothers of that member feel sorry for themselves and feel stigmatized) and because of the environment they feel overwhelmed and tired, pessimistic, lose motivation, occurs are afraid of the future, etc.).

Many authors have researched the importance of support provided to families of people with disabilities, which led them to the conclusion that people with disabilities and their families, from the very beginning of the birth of a child with disabilities, through growing up and education, employment, etc., need to provide informal and formal forms of social support that includes perceived care, respect or help that a person receives from other people or groups.

Social institutions that take care of people with disabilities have the task of protecting the family of people with disabilities, which is prescribed by a large number of rights and services.

According to Volker, the attitude of educators is important as support because the acceptance of peers with disabilities depends on their attitude, as well as the attitude of health professionals. Furthermore, support to a person with a disability should be provided by social workers who must teach, advise and inform a person with a disability about their rights.

According to many authors, religiosity and spirituality play a big role in parents' coping with fear.

Studies have shown that mothers who are religious can more easily face the difficulties of their child immediately after birth.

14.1. TYPES OF SUPPORT

All the mentioned forms of support can be classified into four categories (Garcia et al. (2008)

1. formal support
2. informal support
3. transition from informal to formal form of support
4. lack of support

Formal sources of support include various forms of assistance in money or in kind from the state and other institutions (legal and natural persons, associations that work for the benefit of persons with disabilities), i.e.

Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

providing information, ensuring rights and services, participation in various programs intended for persons with disabilities with disabilities and their family members. Formal forms of support occur when the informal form of support does not meet the needs of a person with disabilities because they are too demanding and the person needs the help of a specialist.

The World Health Organization emphasizes that the absence of formal support can lead to:

- to the state of a person with a disability in which the person with a disability will become too dependent on the members of their parents, which will result in the person with a disability becoming economically inactive and socially excluded
- services in which the individual is the focus are preferred (individuals are involved in providing services)
- ensures full inclusion in the community of persons with disabilities and participation in social and economic life

The indicator of satisfaction with formal support for families of people with disabilities showed that parents are not satisfied with the social care system because they cannot access information due to the lack of communication with experts and the provision of incorrect information, as stated by the authors Leutar and Buljevac. Furthermore, the authors emphasize that the family of people with disabilities experiences judgment from experts, there is a lack of support from the environment and the provision of help, and there is a feeling of exclusion.

Providers of formal support often have a narrowly defined goal, are not flexible and do not see them as a whole person, but only as a problem (Lipman and Longino, 1982).

Informal support is described according to Perry (2004) as emotional support and/or tangible help provided by the aforementioned providers. The person who is at the centre of providing support is emotionally supported through expressions of affection, showing concern and developing cohesion in providing support (Lipman and Longino, 1982). Informal sources of support are manifested in help that can be financial, material, practical or emotional from family members, friends, relatives, neighbours. The form of informal support is motivated by a personal attitude. Leutar and Buljevac (2020) state that informal support is also provided by members of various associations in which families and members of religious communities are involved. Parents of families of persons with disabilities receive the greatest informal support from relatives, friends, health workers, the Church, local and regional authorities.

There is also a transition from a formal to an informal form of support, which is visible through self-help and self-advocacy, where disabled people themselves become representatives of the rights of disabled people. Support for people with disabilities and their families is important because it ensures:

- employment of persons with disabilities in the open labour market instead of under protected conditions
- living in one's own home and not in organized housing or an institution
- participation in community activities with people without disabilities

The formal and informal form of support manifests itself as the involvement of people in the community and enables independence of life (e.g. with household maintenance, leisure activities, accommodation in organized housing, employment).



Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

In addition to the described forms of support, the most common support in the family is one spouse to the other, children without disabilities support their parents, while people with disabilities are supported by their parents.

It is necessary to create conditions in society that will contribute to a better harmonization of the needs of people with disabilities and their families, to ensure the material conditions of life, the variety and availability of services, and public and greater information about their rights.

66

14. PERSONAL ASSISTANTS

Personal assistance is important in all aspects of independent living for people with disabilities and should be tailored for each individual. A personal assistant enables a person with a disability to live a dignified life and make independent decisions, as well as the possibility for a person with a disability to take his place in the family and society with all rights and obligations.

Personal assistance implies the possibility of persons with disabilities to compensate for their disability by delegating tasks to other persons and provides all the conditions for a dignified life for persons with disabilities.

Personal assistance is physical assistance to a disabled person with all tasks and activities, which the person cannot perform alone due to the disability, and which are necessary for the disabled person to lead independent life. The tasks of a personal assistant are related to:

- personal toilet hygiene activities
- activities - help with getting up, dressing and undressing
- feeding activities
- activities related to drinks
- meal preparation activities
- activities related to the administration of medicines
- activities related to performing minor household chores
- escort activities

A person with a disability who needs personal assistance is a person who has one or more difficulties and cannot perform physiological and daily needs independently (e.g. a deaf-blind person). Person with disability:

- independently selects a personal assistant
- determines the job description
- determines the place and time of service provision
- educates the assistant about her own needs and how services are provided to her
- directs and controls the work of assistants and the quality of service



Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

A person with a disability chooses a personal assistant through a manager who manages the work to a trainer who trains him. The assistant is selected from the circle of previous helpers, through various Associations to which the person is a member, through advertisements or with the help of the Croatian Employment Service. It is desirable that the personal assistant has responsibility, accuracy, diligence, reliability and correctness. A personal assistant must not feel sorry for a person with a disability, treat him with a protective attitude or treat him as a patient.

67

14.3. PROVIDING SUPPORT TO CHILDREN WITH DEVELOPMENTAL DIFFICULTIES

Early intervention

Early intervention is professional stimulating help and support for the child and professional advisory help to parents and other family members or the foster parent, when a developmental deviation, developmental risk or developmental difficulties have been identified in the child at an early age. An early support system protects society and the family from numerous undesirable events such as: family breakup, psychosomatic and neurotic disorders in parents, reduction of their working capacity, institutionalization of the child, etc. (Ljubešić, 2009). The process of providing early intervention services begins with the birth of a child and lasts until school starts, and includes providing support not only to children, but also to their parents, other family members, and information, rehabilitation and counselling (Košček et al., 2009). It is important to start the process of early intervention immediately after the risk of developing a difficulty exists or after learning about the existence of a difficulty (Ljubešić, 2012), because the first three years of life are the most important (Spiker, Hebbeler and Mallik, 2005).

The legislative framework in Croatia provides the possibility of supporting the child and the family through early intervention until the child's 7th year of life, i.e. until the child starts school. Early intervention is carried out through the interdisciplinary cooperation of various specialists, from educational and rehabilitation specialists (does an early assessment of the child's development, implements development programs and monitors their course), doctors (sets diagnosis of the child, refers to special health institutions, monitors the child), a psychologist (provides an assessment of the child's development, pedagogical guidelines, psychological and social support) and a social worker (provides social support, information, referral to other relevant actors, connection with other professions and help in solving socially risky situations).

Kindergartens

The Act on Preschool Education 78 states that regular programs of care, upbringing, education, health care and improvement of children's health and social care for children of early and preschool age that are adapted to the developmental needs of children and their possibilities and abilities, and programs for children of early and preschool age with developmental disabilities.

In order to enrol in kindergarten, the child must first undergo an expert examination, which determines the type and degree of difficulty and the need for professional support. The expert examination procedure is initiated by the Centre for Social Welfare. It is known that for many years Croatia has been struggling with a demand much higher than the number of available places in kindergartens. Therefore, kindergartens are mostly overcapacity, and so are the groups where there are children with developmental disabilities. In addition, a large number of kindergartens do not have rehabilitators, speech therapists, psychologists, assistants who should participate in the education of children with developmental disabilities, and because of this, the child's recovery in the kindergarten is shortened. Kindergartens have a long way to go to provide each child with the support that will enable them to participate equally with their peers without developmental disabilities.

Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

Primary and secondary education

After completing preschool education, children are enrolled in compulsory primary school education, which lasts eight years in the Republic of Croatia. Throughout history, children with developmental disabilities have most often not had the possibility of regular education, their education was carried out through separate "special" schools (Karin, 2016).

In 1980, the Republic of Croatia passed the Law on the Education of Children with Developmental Disabilities. Then they are gradually given the opportunity to access equal education, which enables them the development of their potential and their education in "special" institutions is replaced by inclusion in the regular school system, and finally inclusion begins to happen.

The same Law enacts a Rulebook that states that students with developmental disabilities are students whose abilities in interacting with factors from the environment limit their full, effective and equal participation in the educational process with other students, resulting from: physical, mental, intellectual, sensory impairments and dysfunctions and combinations of several types of previously mentioned conditions. The Act on Education in Primary and Secondary Schools (Official Gazette 152/14) in Art. 65 details the categorization of students with disabilities:

- students with developmental disabilities
- students with learning disabilities
- students with behavioural and emotional problems
- students with difficulties caused by educational, social, economic, cultural and linguistic factors

Within the Rulebook, there is an Orientation list of types of difficulties that shows the types and degree of difficulty for the purpose of definition. Inclusive education is based on the right to quality education of all students equally, which means that it enables children/students with disabilities to, according to their abilities and possibilities and interests, participate and cooperate with other children/students.

A team of experts from parents to teachers, school associates, principals, school doctors and external associates and teaching assistants play a major role as support, and communication support for deaf, hard of hearing and deafblind students is provided by professional communication mediators.

Before entering the class, in order for the support to be valid, the teacher of that child should be familiar with the particular difficulty that the student in their class has and adjust their teaching program accordingly. Bouillet's research conducted in 2013 showed that in many schools, teachers do not have access to adequate help from professional associates, that they feel lonely in this job and that they need stronger support in teaching children with developmental disabilities (Bouillet, 2013).

Teaching assistant and communication mediator

Support that would significantly help teachers who have children with disabilities in their classes is certainly teaching assistants. A teaching assistant is a form of support for students with special educational needs. According to the Rulebook on Teaching Assistants and Professional Communication Intermediaries adopted in 2018, a teaching assistant is a person who provides direct support to a student during the educational process in tasks that require communication, sensory and motor activity of the student, in movement, when taking food and drinks, in performing hygiene needs, in daily teaching, extracurricular and extracurricular activities, and all according to the created work program according to the established functional abilities and needs of each individual student and instructions teachers, professional associates of the school, that is, the professional team. A teaching assistant can provide support to one or two students in the same class section or different class sections, or as a teaching assistant to a group of students in the same class section (educational group), taking into account the individual needs of each student.

Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

There can only be one teaching assistant in one class department/educational group. Thus, teaching assistants carry out individual work with students with developmental disabilities in such a way as to help the student to adopt educational content, also enabling his interaction with other students in the class and school in general (Greenspan and Wieder, 2003). Teaching assistants are role models for other children in the class. The Rulebook on Teaching Assistants and Professional Communication Intermediaries details the duties of teaching assistants:

- support in communication and social inclusion (encourage the student to cooperate with other students, encourage and direct the student to acceptable forms of behavior and warn the student about the harmfulness and consequences of unacceptable forms of behavior with prior consultation with the teacher and/or professional associate, provide support to the student in the implementation rules of work and play, support in socialization with interaction with other students)
- support in movement (guide a student who needs support in movement (support, direct, warn of obstacles, provide support to a student moving in a wheelchair when overcoming obstacles, drive a student in a wheelchair if the student cannot drive independently and manage aids for climbing and descending in order to overcome spatial obstacles, provide support to the student in changing body position)
- support when taking food and drinks (additionally prepare food for the student: cutting, chopping, feeding depending on the student's needs, providing support for the student when drinking)
- support in performing hygiene needs (only in the absence of adequate medical/nursing assistance to perform these needs: provide support in maintaining hygiene, provide support to the student when going to the toilet, provide support to the student when using the toilet)
- support for the student when changing clothes (taking off and putting on clothes and shoes) during the stay at school and extracurricular activities, depending on the student's needs and situation
- support in the performance of school activities and tasks (provide support to the student in the use of pedagogical and didactic aids, write according to the student's dictation in tasks that require writing by hand and/or on the computer, taking care not to interfere with the teaching process, provide technical support to the student in reading, writing, calculating and performing graphic works, adding school supplies to the student, holding the textbook, fixing worksheets and notebooks for the work surface, etc.)
- support as cooperation with school workers and students' peers in the class, which implies the exchange of information necessary for monitoring and improving work with the student.

The communication broker provides:

- communication support in the communication system that the student prefers
- prepares for classes and direct work with students for the purpose of explaining certain topics concepts to the student according to the teacher's instructions,
- provides support to the student when using work materials and textbooks
- additionally explains concepts to the student
- encourages the student to write and express himself in the communication system that the student prefers, in accordance with the student's capabilities and preferences
- encourages the student to cooperate with other students
- provide movement support for deaf-blind students and ensure the transmission of visual/auditory information (describing the environment in teaching, extracurricular and extracurricular activities)
- prints the text of the lecturer's presentation on the computer during class
- cooperates with teachers and professional associates

Persons with disabilities in the higher education system

High school students with disabilities decide to discontinue their education to a lesser extent due to architectural barriers, their own attitudes and the attitudes of the environment about the skills and abilities of people with disabilities, but also the often-inadequate support system in the context of higher education

Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

(Korkut and Martinac Dorčić, 2014). According to Slonjšak (2014), the support of students with disabilities refers to the provision of digitized teaching literature, the possibility of adapting the teaching process and the possibility of adapting the way of examination, the help of teaching assistants, peer support, provision of support technology, etc.

14.5. WORK AND PEOPLE WITH DISABILITIES

People with disabilities find it difficult to find employment 88 and, according to Taylor (1998), have a higher unemployment rate, lower average incomes, lower involvement in activities outside the home, lower ability to use means of transportation and achieve a lower quality of life. The reasons for such a picture are (Paun Jarallah, 2008):

- titles that are less in demand on the labor market)
- lower formal level of education compared to the rest of the population
- lack of work experience
- long-term unemployment

Unemployment causes social isolation, lack of self-confidence and self-esteem of unemployed persons with disabilities. The Act on Professional Rehabilitation and Employment of Persons with Disabilities provides great support in the employment of persons with disabilities and includes the following measures and activities:

- participation in the determination of remaining work and general abilities
- professional information, counseling and evaluation of professional opportunities
- analysis of the labour market, employment opportunities and involvement in work
- assessment of the possibility of carrying out, developing and perfecting the professional training program
- job training, additional training, retraining and programs for maintaining and improving work and work-social skills and abilities in the period leading up to employment
- information and advice on assistive technology in learning and work
- individual and group programs to improve labour and social inclusion in the community
- advisory proposals on the application of various technologies and techniques in learning and work with an assessment of the possibility of application
- pre-professional learning, planning and application of the chosen technology
- development of motivation and training of persons with disabilities in the use of the selected technology
- technical assistance, support, monitoring and evaluation of results
- information and support in funding sources

In the open labour market, according to the Act on Professional Rehabilitation and Employment of Persons with Disabilities (Official Gazette 157/2013), a person with a disability may be employed:

- without the use of financial support or professional support because she is fully qualified to work in a specific workplace in relation to her disability and determined remaining work capacity (employment without support or support)
- with the use of certain financial support, in order to overcome the difficulties related to her disability, which was established by the findings and opinion of the centre for professional rehabilitation (employment with support)
- with the use of certain professional support, in order to overcome the difficulties related to her disability, which was determined by the findings and opinion of the centre for professional rehabilitation (employment with support)

Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

- with the use of certain financial support and professional support, in order to overcome the difficulties related to her disability, which was determined by the findings and opinion of the centre for professional rehabilitation

15. ATTITUDES, PREJUDICES, STEREOTYPES, STIGMA AND DISCRIMINATION

71

15.1. WHAT IS ATTITUDE?

People are observers of the world around them. People evaluate what they see and react to it with positive or negative reactions, that is, they value what they see. Attitudes consist of three components:

- emotional component - these are emotional reactions towards the object of attitude
- cognitive component consisting of thoughts and beliefs about the object of the attitude
- a behavioural component consisting of actions or visible behaviour towards the object of the attitude

So, for example, the attitude towards a car: the emotional component is the emotions that this car model arouses in us (positive or negative depending on our finances), the cognitive component that includes knowledge about that car (fuel consumption, speed, comfort, etc.) and the behavioural component which describes our behaviour towards that car (willingness to buy it or not and going to the dealer to try the first drive and decide on the final purchase of the car).

And some people will have positive or negative attitudes towards people with disabilities. Some will believe that children with developmental disabilities must be included in regular educational institutions, while others will believe that children with disabilities must go to special educational institutions.

A lot of research has been done studying attitudes, so there are many scientists who claim that attitudes are linked to our genes, which has been confirmed by research on identical twins. If we advocate such an approach, we must be careful because it has not been proven that there is a specific gene for the attitude.

Tesser (1993) says that attitudes are related to temperament and personality dispositions that are linked to our genes. Social psychologists are of the opinion that attitudes are formed through a cognitive, emotional and behavioural component. Attitudes can change, which is a reaction to social influence. Attitudes are influenced by what other people do and speak.

15.2. WHAT ARE STEREOTYPES AND PREJUDICE?

According to the authors Barada and Jelavić (2004), we call prejudice superficial and unfounded attitudes towards some people or groups. Prejudice can also have a positive meaning, although it always has a negative connotation.

Prejudices are a reflection of an individual's stereotypical opinion towards someone and represent distorted knowledge, views or beliefs about oneself and others (Vrkaš, 2001), but can sometimes have a positive connotation (eg based on the physical appearance of members of one nation: blond Swedes). Prejudice can lead to aggression if there is tension between groups. Prejudices can be open, which show a clear attitude towards other groups, and covert, which are not expressed but influence the behaviour of those who are prejudiced against members of other groups.

Prejudices can be:

Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

- of a social character - individuals are separated by belonging to different social groups, which increases the differences between groups and reduces the differences within members of the same group
- stereotypes are distorted and generalized mental images and attitudes about one's own or another social group that are most often resistant to change because they are not based on experience or they are characteristics that are considered to apply to all members of a certain social group, and as attitudes they can be negative and positive (Leutar, 2020). Stereotyped images include physical and psychological characteristics that are considered to define and describe a group and arise due to the need to classify people according to some real or imagined characteristics, which are observed on individuals and are copied to the entire group.
- social norms - when some social community has inactive attitudes towards individuals or groups (e.g. that sexist jokes can be told about women without disturbing them, that one should not hang out with homosexuals, that Roma should be segregated in schools, etc.)

72

Humour is based on stereotypes. Whether humour will have a negative or inviting tone depends on the context in which it appears, who uses it, or who says it. Stereotypes influence female and male behaviour (e.g., men are considered to be more aggressive and independent, as opposed to women who are more passive and gentler).

Prejudices can be dangerous because they lead to discrimination, which is the source of labelling and stigmatization of many groups of people because the culture we belong to teaches us to attribute negative characteristics and traits to people who are different from us.

The problem with prejudices and stereotypes becomes when they move from the field of entertainment to the fields of work relations, business communications, program creation, etc. Prejudices can be reduced by working with children and adults. With adults as with children, it is necessary to provide accurate information about groups of people who are victims of prejudice and to put them in situations where they can experience mutual dependence (when two or more groups need to rely on each other in order to achieve a goal that is important to both groups). With children, the "class-puzzle" method is useful. Children are divided into small mixed groups, where the learning success of each individual child depends on other children, and they are taught to cooperate and help each other.

15.3. WHAT IS DISCRIMINATION?

Discrimination implies attitudes, behaviors or actions in favor of one's own and to the detriment of another social group based on unequal criteria, which may be the result of prejudice or a deliberate challenge to the rights of another group. People are treated based on their belonging to a group and to emphasize the less valuable position in society of that group. Discrimination is the public action of an individual's attitude. Discrimination occurs when the attitudes of members of other cultures differ significantly from each other. Discrimination, according to the authors Baradi and Jelavić (2001), represents deviations from the principles of formal equality, equality. Individuals in developed countries are protected by law.

Discrimination can be:

- secondary (laws and measures seem neutral or have a harmful effect on one gender, usually women)
- immediate or direct (unfavorable treatment of an individual, e.g. towards women because they are women)
- systemic (gender-biased norms and values that are part of culture and society)

Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

15.4. WHAT IS STIGMA?

Stigma is a combination of stereotypes, prejudices, discrimination and is unfavorable for a person. The first to define stigma was Goffman in 1963, who says that stigma is an attribute that is extremely shameful because it stigmatizes the person who possesses it and confirms the commonness of the one who does not possess it, and represents an unwanted difference from everything that is accepted in society and is negatively valued by others. Stigma is the basis of inequality (according to Leutaro, 2020). For example, a person due to a different intellectual functioning does not show the expected ability to solve problems or problem situations. This leads to the person being considered insufficient capable in other areas of life, so he is classified in the group of those who are incapable. It is concluded that all such persons are the same. People are labeled which leads to rejection, exclusion and discrimination.

73

15.5. ATTITUDES, PREJUDICES, STEREOTYPES, STIGMA AND DISCRIMINATION TOWARDS PEOPLE WITH DISABILITIES

According to the Convention, disability is not only an impairment that a person has, but is the result of the interaction between the impairment of the person and the environment. Society creates disability, but it can also be removed through various technical adaptations of space, provision of aids and other forms of support. The world is full of prejudices about things that are known or less known to a person. Children create an image of themselves and the world that surrounds them based on observation or on the model of their parents' behaviour and attitudes. Children are not bothered by other children with disabilities, but if there is a possibility that they will find themselves interacting with such a child, this is where difficulties arise. The cause of this could be fear of the unknown, thinking that the child will have to help another child, and will not know how to help him, so this causes discomfort and insecurity and leads to children not perceiving them as other children.

When talking about changing attitudes, social integration is important (according to Cesarić, 2019). Attitudes towards people with disabilities have changed throughout history. Today there is a so-called an attitude of integration and inclusion, which would imply the inclusion of people with disabilities in the community and the achievement of equality between people with disabilities and others. Everyone should be given an equal chance, but often when it comes to people with disabilities, it turns out that we don't live in a society of equal opportunities.

ATTITUDES TOWARDS PERSONS WITH DISABILITIES (according to Leutar, Buljevac, 2020):

- authors Aiden and McCarthy (2014) state that a third of the surveyed citizens believe that people with disabilities are not as productive as employees without disabilities, that they must be taken care of and that they are dependent members of society, and that negative attitudes are more pronounced towards people with social disabilities and people with intellectual disabilities
- many parents are of the opinion that their children with disabilities do not need to get married and that they have no sexual needs (75% of parents are against the marriage of their children with intellectual disabilities because their children are not capable of it; parents of hearing-impaired children are of the opinion that their children will be used while parents of hearing-impaired children protect their children.

STEREOTYPES TOWARD PEOPLE WITH DISABILITIES

- people with disabilities as employees are less productive than those without disabilities
- students with developmental disabilities are manipulated at school in order to make them work less hard at school
- that all visually impaired people are musically gifted



Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

- women with intellectual disabilities are not capable of being mothers
- people with disabilities are dependent, sad and isolated
- people with disabilities are inferior, vulnerable, not competent, empathic and less capable
- people with physical disabilities are less aggressive, capable but braver than people without disabilities
- people with intellectual disabilities are less capable
- disabled people are dangerous and weak
- people with disabilities who have to overcome challenges are heroes, worthy of pity (Harnett, 2000)

74

PREJUDICES AGAINST PEOPLE WITH DISABILITIES:

- people with intellectual disabilities cannot attend the regular system of upbringing and education, they are less creative, impulsive, have lower self-confidence
- disabled people are mean, demanding and dependent on the care of non-disabled people
- the sexuality of people with disabilities is not their private matter, they cannot achieve stable intimacy and cannot be parents
- persons with disabilities who are employed should be supervised at all times in order to complete the work
- caring for people with disabilities is demanding and a burden
- people with disabilities are inferior and cannot "make it in the world"

DISCRIMINATION OF PERSONS WITH DISABILITIES

According to the Australian Human Rights Commission in 2012, people with disabilities experience discrimination in different systems: employment, education, housing, access to services and public places. The International Labor Organization (2007) reports that:

- 60% of people with disabilities in working age experience are in unemployment compared to people without disabilities
- 52% of people with severe disabilities are not perceived in any way on the labour market,

Barber (2015) states that discrimination of people with disabilities manifests itself in health care through discriminatory language and way of communicating with people with disabilities, unequal medical treatment of the people themselves or their members families.

STIGMA TOWARD PERSONS WITH DISABILITIES:

- people with disabilities are considered sufferers, needy, weak members of the community
- people with mental disorders and intellectual disabilities are considered dangerous, shameful and a tragedy for the environment, asexual or hypersexualized, they must be controlled and their dignity should not be respected.

There are stigmas towards the families of children with disabilities, in which pity is felt not only for the disabled member but also for his brothers and sisters. Stigma is manifested through feelings of shame and fear that a disabled family member will be rejected or excluded from society. Stereotypes, prejudices, discrimination and stigmatization can be effectively acted upon through education, protests, advocacy and contacts, because they are most often based on ignorance and lack of contact with people with disabilities.

15.7. EXERCISES

1. Participants stand on one side of the room. Participants are given instructions. If the answer is positive to what the leader reads, the participants should stand on the opposite side of the hall or take one step forward and look the other participants in the eyes.

The aim of the exercise is for the participants to see that we have different attitudes and to feel how they feel when they are different.



Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

2. Two participants are required. One participant defends the position that it is normal for schools to employ people with disabilities, and another that it is not good and that it has a negative effect on children.

3. Two participants are required. One participant defends the position that it is normal that children with disabilities should go to a regular school, while others that they should not.

4. We are looking for three participants, volunteers to sit on a chair. One participant is a parent, another participant is a psychiatrist/psychologist and the third participant is a general practitioner. The topic of the discussion is medication therapy (this activity can be repeated, only one more participant is introduced, that is a child with difficulties who listens to the discussion about his therapy).

5. Participants are divided into pairs. One participant is person A, and the other participant is person B. Person A is tasked to talk about something he thinks is important and interesting, and person B is to listen. In another situation, person A is talking and person B is not listening.

OUR VIEWS:

PEOPLE WITH DISABILITIES ARE:

- EQUALLY PRODUCTIVE
- THEY SHOULD NOT START A FAMILY
- THEY MANIPULATE TO MAKE LESS EFFORT
- BLIND PEOPLE ARE MUSICALLY GIFTED
- FAIR AND DEAR
- BRAVE
- PEOPLE WITH INTELLECTUAL DISABILITIES ARE LESS ABLE
- THEY NEED OUR HELP IN MOST SITUATIONS
- SEXUALITY IS NOT THEIR PRIVATE MATTER
- THEY SHOULD HAVE AN ADVANTAGE WHEN BEING RECRUITED
- THEY NEED HUMANITARIAN AID
- THEY SHOULD PARTICIPATE IN EVERYTHING
- HAVING FRIENDS WITH DISABILITIES IS COMPLICATED

Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

16. BIBLIOGRAPHY (Croatian sources)

- Alimović, S. Suradnja između stručnjaka i roditelj. Zagreb: ERF, Sveučilišta u Zagrebu.
- Aronson, E., Wilson, T. D., Akert, R. M. (2005). Socijalna psihologija. Zagreb: MATE d.o.o.
- Barada, V., Jelavić, Ž. (2004). Uostalom, diskriminaciju treba ukinuti! Priručnik za analizu rodnih stereotipa. Zagreb: Centar za ženske studije.
- Baša, F. (2020). Mogućnosti i izazovi korištenja pametnih mobilnih uređaja za osobe s intelektualnim teškoćama. Diplomski rad. Rijeka: Sveučilište za informatiku.
- Begić, D. (2016). Psihopatologija. Zagreb: Medicinska naklada.
- Begović, M. (2019). Poučavanje učenika s poremećajem sa spektra autizma. Diplomski rad. Osijek: Filozofski fakultet.
- Božić, S., (2022). Formalna podrška kod osoba s invaliditetom. Diplomski rad. Zagreb: Pravni fakultet.
- Bujas Petković, Z., Frey Škrinjar, J. (2010) Poremećaj autističnog spektra. Značajke i edukacijsko-rehabilitacijska podrška. Zagreb: Školska knjiga.
- Cesarić, V., (2019). Diplomski rad: Stavovi društva prema djeci i odraslim osobama s invaliditetom. Varaždin: Sveučilište Sjever, Odjel za sestrinstvo.
- Fajdić, A., Priručnik za videće asistente osobama s oštećenjima vida .Zagreb: Hrvatski savez slijepih.
- Greenspan, S. i sur. (2004). Dijete s posebnim potrebama. Poticanje intelektualnog i emocionalnog razvoja. Donji Vukojevac: Ostvarenje.
- Hercigonja N., V, Kocijan H., D (2022). ADHD. Od predrasuda do činjenica. Zagreb: Grafički zavod Hrvatske.
- Jakoab, W., A. i sur (2007). Neke značajke odnosa sestara/braće i osoba: s posebnim potrebama. Zagreb: Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja , Vol. 42 No. 1 ,
- Kiseljak, A., M., (2022). Važnost podrške za osobe s intelektualnim teškoćama. Diplomski rad. Zagreb: Pravni fakultet, Studijski centar socijalnog rad
- Zakon o potvrđivanju Konvencije o pravima osoba s invaliditetom i Fakultativnog protokola uz Konvenciju o pravima osoba s invaliditetom. NN 6/2007 , Hrvatski sabor.
- Leutar, Z., Štambuk, A. (2007). Invaliditet i izvor podrške. Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja. Vol 43., br. 1. str. 47-61.
- Leutar, Z., Buljevac, M. (2020). Osobe s invaliditetom u društvu. Zagreb: Pravni fakultet.
- Majkić, M (1988). Kineziterapija. Zagreb: Medicinski fakultet
- Not, T. (2008). Mentalna retardacija: definicija, klasifikacija i suvremena podrška osobama s intelektualnim teškoćama. Nova prisutnost : časopis za intelektualna i duhovna pitanja ,6 (3), str.339-351.
- Svetomir, B., Kolar, D., Kolar, M. (2002) Mentalna retardacija i psihotični poremećaji. Psihijatrija danas, 34 (3-4), 327-343.
- Sunko, S. (2016). Društveno povijesni kontekst odgoja i obrazovanja djece s teškoćama u razvoju. Split: Filozofski fakultet u Splitu.
- Leutar, Z., Buljevac, M. (2020) Osobe s invaliditetom u društvu. Zagreb: Biblioteka socijalnog rada.
- Pospiš, M. (1997). Neurološki pristup školskom neuspjehu. Varaždinske toplice: Tihomir.
- Pospiš, M. (1996). Definicija cerebralne paralizu. Zagreb: Savez za cerebralnu i dječju paralizu Hrvatske.
- Pravilnik o osnovnoškolskom i srednjoškolskom odgoju i obrazovanju učenika s teškoćama u razvoju, NN, 24/2015. Ministarstvo znanosti, obrazovanja i sporta.
- Pravilnik o pomoćnicima u nastavi i stručnim komunikacijskim posrednicima, NN 102/2018. Ministarstvo znanosti i obrazovanja.
- Pribanić, LJ, I sur. (2014). Priručnik za rad s osobama s komunikacijskim teškoćama u redovnom odgojno-obrazovnom sustavu u sklopu cjeloživotnog slušanja. Zagreb: Centar za odgoj i obrazovanje „Slava Raškaj“.
- Sabol, R. (1971). Cerebralna paraliza. Pregled.
- Stančić, V. (1991). Oštećenje vida- biopsihosocijalno aspekt. Zagreb: Školska knjiga.
- Sadržaj o obitelji djece s teškoćama u razvoju kojeg su pripremili studenti i mentori ERF-a u



Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

Zagrebu, 2020.

Šoltić, S. (2018). Diplomski rad: Usporedba stavova opće populacije i stavova osobnih asistenata prema osobama s invaliditetom. Varaždin: Sveučilište Sjever, Odjel za sestrinstvo

Treščec, A. (2023). Komunikacijske vještine. Asertivna komunikacija. PPT

Zergollern, Lj. I sur (1986). Medicinska genetika. Zagreb: Školska knjiga.

Zovko, G. (1994). Peripatologija 1. Zagreb: Školska knjiga.

Zovko, G. (1998). Peripatologija 2. Zagreb: Školska knjiga.



Original Version in Croatian/ Izvorna verzija na hrvatskom jeziku



1. UVOD

I u današnjem svijetu demokracije i znanosti žive ljudi koji strahuju od nečeg novog, nepoznatog. Civilizacija sa svim svojim dobrima i tehnološkim savršenstvom ne može se osloboditi tog straha. Poznata je činjenica da se diljem svijeta svakih 30 sekundi rađa jedno dijete s teškoćama u razvoju. Dijete s teškoćama u razvoju, kasnije osoba s invaliditetom je cjelovito biće sa svim svojim specifičnostima, potrebama ali i talentima. Ono prvenstveno zahtjeva ljudsku pažnju, brigu i podršku. To su osobe s „vidljivim teškoćama“: osobe s intelektualnim teškoćama, oštećenjem vida, oštećenjem sluha, osobe s tjelesnim invaliditetom, osobe s autizmom, itd. Osobama s invaliditetom i djecom s teškoćama u razvoju, treba pristupiti prije svega s ljubavlju i razumijevanjem koje će nam pomoći da uvidimo njihove potrebe ali i puno puta skrivene talente. Putevi savladavanja naših strahova protežu se od razgovora, slušanja, dodira, uključivanja u aktivnosti svakodnevnog života, pa do strogo strukturiranih planova i programa, ovisno o populaciji osoba s invaliditetom, njihovom oštećenju i sposobnostima. Kada upoznamo osobe, kada prebrodimo strahove rušeći različite barijere koje nas dijele kao zid, moći ćemo živjeti u zdravoj zajednici koja prihvaća i uvažava različitost.

2. POLOŽAJ OSOBA S INVALIDITETOM KROZ POVIJEST

Kako bi razumjeli položaj osoba s invaliditetom u društvu, potrebno je upoznati kakav je bio položaj osoba s invaliditetom u društvu kroz povijest. Odnos prema invaliditetu je različit ovisno o kulturi i društvu u kojoj osoba živi, njihovoj percepciji, stavovima i predrasudama prema osobama s invaliditetom. Kakav je odnos društva prema osobama s invaliditetom pokazuje koliko je jedno društvo civilizirano.

Kroz sva razdoblja povijesti čovječanstva živjele su osobe s invaliditetom koje su bile stigmatizirane, odbačene, diskriminirane i stavljene na marginu društva. Odnos društva prema osobama s invaliditetom kretao se od izolacije i segregacije, pa do uvažavanja njihovih potreba, ljudskih prava, socijalne integracije i participacije u zajednici. Puno puta im se oduzimalo njihovo dostojanstvo, nazivajući ih pogrdnim imenima i uspoređujući ih sa životinjama. Odnos društva prema osobama s invaliditetom možemo podijeliti i sagledati kroz fazu intolerancije, tolerancije, aziliranja, edukacije i fazu rehabilitacije (Nikolić i Vanitć-Tanjić, 2016).

Faza intolerancije karakteristična je za prvobitne zajednice i vrijeme robovlasničkog društva. U prvobitnim zajednicama odnos prema osobama s invaliditetom bio je dosta negativan jer se pojedinac cijenio prema doprinosu koje je donosio svojoj zajednici (npr. donošenje hrane, sudjelovanje u lovu). Osobe s invaliditetom, posebno osobe s intelektualnim teškoćama, osobe s oštećenjem vida i tjelesnom invalidnošću smatralo se ne korisnima, te ih se odbacivalo i stavljalo sa strane pogotovo u kriznim situacijama. S druge strane na temelju arheoloških nalaza pokazalo se da je ipak u nekim zajednicama prevladavao pozitivan stav te da su se članovi brinuli o osobi s invaliditetom.

U Mezopotamiji prevladavao je stav da je invaliditet volja bogova i razlikovao se prema spolu osobe. Prema ženama koje su bile oštećena sluha i motorike prevladavao je pozitivan stav, a prema slijepim osobama i osobama s težim motoričkim teškoćama prevladavao je negativan stav. Često ih se zvalo ne imenom nego po vrsti invaliditeta. U Egiptu osobe s invaliditetom bile se pod zaštitom bogova, nisu bile diskriminirane jer se vjerovalo da će



Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

nakon smrti biti očišćene od svog invaliditeta. U antičkom Rimu i u antičkoj Grčkoj, kao i kod starih Germana prevladavao je izrazito negativan stav prema osobama s invaliditetom do te mjere da se odlučivalo da li će ta osoba živjeti ili ne.

Faza tolerancije javlja se u feudalnom društvu u kojem prevladava tolerantan stav prema osobama s intelektualnim teškoćama ali bez pružanja pomoći. Briga za njih prepuštena je obitelji koja je bila izolirana od društva. Otvaraju se ubožnice za stare i bolesne, ali ne za osobe s tjelesnim i mentalnim oštećenjima.

Faza aziliranja vezana je za Srednji vijek u kojem se otvaraju stanovi za prihvat i brigu o osobama s invaliditetom. Otvaraju se azili i hospiciji širom Europe i Azije. U početku prevladavao je netolerantan stav prema osobama s invaliditetom koji je prešao u tolerantan stav zahvaljujući ideologiji kršćanstva koja je zagovarala samilost prema slabima i nemoćnim osobama.

Faza edukacije pojavljuje se u doba renesanse, doba prosvjetiteljstva i doba progresa. U tom vremenu počinje se pokazivati interes prema osobama s invaliditetom od strane istaknutih pojedinaca. Tijekom ovog perioda i dalje je jačala svijest o osobama s intelektualnim teškoćama kao zasebnom entitetu. Francuska revolucija samom idejom o jednakim pravima svih na obrazovanje, potiče pojedince u zapadno – europskim zemljama na otvaranje institucija za djecu i odrasle s onesposobljenjem.

Doba progresa nastavlja put pozitivnog odnosa društva na prepoznavanje prava osoba s intelektualnim teškoćama uvodeći metode specijalne edukacije za osobe za koje se ranije smatralo da se ne mogu obrazovati.

Faza rehabilitacije karakteristična je za 20. stoljeće u kojem dolazi do stvaranja testova za mjerenje inteligencije. Na temelju tih testova Američka asocijacija 1920. predlaže klasifikaciju osoba s intelektualnim teškoćama u tri kategorije: idioti, imbecili i moroni.

U tom vremenu rehabilitacije javlja se eugenički pokret, segregacija osoba s intelektualnim teškoćama, te zabrana sklapanja braka kao i rađanja potomaka.

Kako bi se osoba s invaliditetom uklopila u zajednicu u kojoj žive kao ravnopravni članovi trebalo je proći dosta vremena i promijeniti nekoliko modela.

Prvi **medicinski model** bio je okrenut prema nedostacima osoba s invaliditetom i nije vidio cjelovitu osobu već problem. Cilj medicinskog modela je da se osoba promijeni kako bi se mogla uklopiti u zajednicu. Ako se osobu ne može promijeniti tada se isključuje iz zajednice što dovodi do institucionalizacije, segregacije, depersonalizacije, stigmatizacije, pojave različitih oblika nepoželjnih ponašanja, stereotipije, agresije, autoagresije kao posljedica neobiteljskog okruženja (Škrinjar, 1989).

Kao prijelazno razdoblje medicinskog prema socijalnom modelu javlja se **model deficita** koji naglašava utvrđivanje i zadovoljavanje posebnih potreba osoba s intelektualnim teškoćama. Dijagnosticiranje je usmjereno utvrđivanju onoga što osoba ne može.

Model deficita kao i medicinski model polazi od onoga da s pojedincom nije sve u redu. Kada se pojedinca rehabilitira putem različitih specijalnih ustanova vraća ga se u zajednicu. Ono što ostala osobe bez invaliditeta uče u lokalnoj zajednici, osobe s invaliditetom uče u umjetno stvorenoj sredini koja je udaljena od njihovog doma.

Tijekom sedamdesetih i osamdesetih godina javlja se ideja o **deinstitucionalizaciji** i dolazi do novog pokreta **integracije** kao modela sa ciljem da osobe s invaliditetom koriste zajednički prostor i provode zajedno vrijeme gdje se mlade osobe sele iz velikih ustanova u stambene zajednice (Teodorović, 1995).

U devedesetim se godinama javlja filozofija **inkluzije** koja zahtijeva potpuno izjednačavanje prava osoba s teškoćama u razvoju s pravima „prosječne populacije“, zahtijevajući i njihovo



Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

sveobuhvatno uključivanje u društvo. Inkluzija podrazumijeva uključivanje ili pripadnost. To je filozofija koja tvrdi: „zajednice nisu potpuni tako dugo dok u njima nisu svi dobrodošli.“ Trebamo prihvatiti jedni druge onakve kakvi jesmo (Nikolić, 2016.).

Neki smatraju da postoji tzv. **model ljudskih prava** koji predstavlja nadogradnju socijalnom modelu. Taj model javlja se početkom 21. stoljeća i proizašao je iz Konvencije o pravima osoba s invaliditetom. On čuva dostojanstvo osobe s invaliditetom bez obzira na vrstu i teškoću invalidnosti ali naglašava da osoba s invaliditetom ima svoje obaveze. Model ljudskih prava pruža pojedincu mjesto unutar društva, naglašavajući raznolikost oštećenja i socijalnu pravdu (prema Leutar, Buljevac, 2010.).

81

3. TERMINOLOGIJA OSOBA S INVALIDITETOM

Termini za prikladno oslovljavanje osoba s invaliditetom se mijenjaju. Nakon rasprave o terminologiji osoba s invaliditetom donesen je zaključak da se i dalje podržava terminologija iz Sheratonske deklaracije donesena 2003. godine, koja je rezultat rasprave koja je vođena u Republici Hrvatskoj. U toj raspravi bila su uključena šira društvena zajednica (npr. Zajednica saveza osoba s invaliditetom, Savezi osoba s invaliditetom, članovi Hrvatske akademije znanosti i umjetnosti, predstavnici vlasti). Zaključak rasprave je bio prihvaćanje termina „osoba s invaliditetom“ kada se govori o odrasloj osobi i termin „dijete s teškoćama u razvoju“ kada se govori o djetetu.

Ne postoji jedna i jedinstvena definicija invaliditeta zato što se u različitim stručnim literaturama i znanstvenim izvorima koriste različiti termini i definicije.

Sama riječ invalid¹ prema autorima Anić i Goldstein daje krivi dojam o osobama s invaliditetom, budući da opisuje ograničenja koje osoba ima. Različiti oblici podrške koriste različite definicije i termine (sustav odgoja i obrazovanja, sustav socijalne skrbi, itd.)

Zahvaljujući konvenciji o pravima osoba s invaliditetom, invaliditet predstavlja rezultat međudjelovanja osoba s oštećenjem i prepreka koje proizlaze iz okoline koje onemogućava njihovo potpuno i djelotvorno sudjelovanje u društvu .

Osoba s invaliditetom je ona osoba koja ima dugotrajna tjelesna, mentalna, intelektualna ili osjetilna oštećenja koja u međudjelovanju s različitim preprekama mogu sprječavati njihovo puno i učinkovito sudjelovanje u društvu na ravnopravnoj osnovi s drugima ili druga definicija koja kaže da je osoba s invaliditetom ona osoba koja ima tjelesno, osjetilno, intelektualno ili mentalno oštećenje ili pak poremećaje iz autističnog spektra koje tu osobu ograničava u jednoj ili više životnih aktivnosti ili sudjelovanja u društvu.

Svjetska zdravstvena organizacija (2017.) navodi da je invaliditet „kišobran koncept“ koji pokriva oštećenja (problem u funkcioniranju tijela), ograničenja aktivnosti (teškoća u izvršavanju zadataka) i sudjelovanja (problem okoline). To je trajna ili trenutna nesposobnost za izvršavanje normalnih aktivnosti kao posljedica fizičkog ili duševnog nedostatka.

U nekoj literaturi možemo naći kao i u govoru pojedinaca kao termine kao što su hendikepiranost, osobe s posebnim potrebama ili bolesne osobe što ima negativnu konotaciju i vrijeđa dostojanstvo osobe².

¹ Riječ invalid dolazi od lat. riječi invalidus što znači ne vrijedan, slab, nejak

² Riječ **hendikep dolazi od** engl. riječi *handicap*, od *hand in cap*: ruka u kapi i bila je namijenjena osobama s invaliditetom jer su prosile na ulicama.

Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

Prije donošenja Konvencije o pravima osoba s invaliditetom za osobe s intelektualnim teškoćama uobičajen je bio termin osobe s mentalnom retardacijom koji se i danas koristi u znanstvenoj i stručnoj literaturi. Budući da u svakodnevnom razgovornom jeziku riječ „retardiran“ ima izrazito pejorativno, pogrdno značenje, sve se više traži da se taj termin zamijeni terminom koji su same osobe prihvatile kao nestigmatizirajući. Tako je primjerice Američki Senat u listopadu 2010. godine donio zakon kojim se nalaže da se u svim federalnim zakonima termin mentalna retardacija i njegove izvedenice zamijeni terminom intelektualnih teškoća/oštećenja.

82

4. ZAKONI I DOKUMENTI O OSOBAMA S INVALIDITETOM

Osobe s invaliditetom uhvatile su se u borbu za svoju jednakost u društvu, kako bi bili ravnopravni s ostalim članovima, doprinoseći prema svojim sposobnosti i mogućnostima zajednici u kojoj žive.

O čemu ovise prava osoba s invaliditetom i djece s teškoćama u razvoju i jesu li svima osigurana? Sve osobe pa tako i osobe s invaliditetom rađaju se slobodne sa svim pravima koje im pripadaju.

Veliki broj dokumenata, konvencija i deklaracija donesen je na međunarodnoj razini sa ciljem uključivanja bez obzira na njihove različitosti u sve aspekte društva.

Republika Hrvatska potpisnica je Konvencije o pravima djeteta i Konvencije o pravima osoba s invaliditetom koje za primarni cilj imaju razvoj inkluzivnog odgoja i obrazovanja u okviru školske prakse (postavljanje novih obrazovnih ciljeva te novih zadataka, metoda i oblika rada)

Deklaracija o ljudskim pravima koja je donesena 1948. a usvojila ju je RH 2009. zalaže se za jednaka prava svih ljudi:

Čl. 6.- svatko ima pravo da ga se svugdje pred zakonom priznaje kao osobu.

Čl. 7- svi su pred zakonom jednaki i svi imaju pravo na jednaku pravnu zaštitu, bez ikakve diskriminacije.

Čl. 18- svatko ima pravo na slobodu mišljenja, savjesti i vjeroispovijedi

Čl. 23- svatko ima pravo na rad, slobodan izbor zaposlenja

Čl. 23.- besplatno osnovno obrazovanje za svu djecu

Konvencija o pravima djeteta je međunarodni dokument, usvojen na Glavnoj skupštini Ujedinjenih naroda 20. studenoga 1989. godine, a sadrži univerzalne standarde koje država stranka Konvencije tj. koja ju je potpisala i ratificirala, mora jamčiti svakom djetetu.

Konvencija se zalaže za obrazovanje djece bez obzira na različitost, za potpun i dostojanstven život djece s teškoćama u društvenoj zajednici (čl 23. dijete s teškoćama u razvoju ima pravo na ispunjen i pristojan život, u uvjetima koji mu osiguravaju dostojanstvo, samopouzdanje i uključivanje u zajednicu te osigurati djelotvorno obrazovanje (usmjereno prema djetetovim fizičkim i mentalnim sposobnostima, na djetetovu osobnost i talent), izobrazba, socijalna i zdravstvena zaštita, čl 2. i 28- omogućiti obrazovanje bez diskriminacije). Republika Hrvatska potpisala je Konvenciju 1992.

Najnoviji dokument koji se bavi zaštitom osoba s invaliditetom je Konvencija o pravima osoba s invaliditetom, usvojena od Opće skupštine Ujedinjenih naroda 13. prosinca 2006. godine, a predstavlja najnovije proširenje jezgre međunarodnih instrumenata o ljudskim pravima.

Od značenja je za sve osobe s invaliditetom, posebice za osobe s intelektualnim teškoćama koje su još uvijek obespravljenе, pasivne i onemogućene izraziti svoje potrebe i interese.

Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

Konvencija bi trebala osigurati da osobe s invaliditetom uživaju ista ljudska prava kao i svi drugi, kako bi imale mogućnosti živjeti kao punopravni građani koji mogu dati vrijedan doprinos društvu. Ona zahtijeva da se osobama s invaliditetom osigura autonomija i neovisan život, odnosno život u zajednici

4.1. HRVATSKO ZAKONODAVSTVO

Republika Hrvatska obvezala se kao članica UN, EU i VE da će zaštititi i promicati ljudska prava osoba s invaliditetom kako bi bile ravnopravne ostalim građanima.

U Ustavu RH navedene su stavke koje jamče prava svakoj osobi:

“Svatko u Republici Hrvatskoj ima prava i slobode, neovisno o njegovoj rasi, boji kože, spolu, jeziku, vjeri, političkom ili drugom uvjerenju, nacionalnom ili socijalnom podrijetlu, imovini, rođenju, naobrazbi, društvenom položaju ili drugim osobinama.” (čl.14.)

“Posebnu skrb država posvećuje zaštiti osoba s invaliditetom i njihovu uključivanju u društveni život.” (čl.58.)

“Tjelesno i duševno oštećeno i socijalno zapušteno dijete ima pravo na osobitu njegu, obrazovanje i skrb.” (čl.64.)

Pravo na zaštitu (čl. 65.)

pravo na skrb, brigu, obrazovanje (čl. 68.)

Prema Ustavu Republike Hrvatske i Zakonu o odgoju i obrazovanju u osnovnoj i srednjoj školi svoj djeci/svim učenicima osigurava se slobodno i odgovarajuće obrazovanje sukladno njihovim sposobnostima i mogućnostima pa tako i djeci/učenicima s teškoćama. Zakon zahtijeva da učenici koji imaju potrebu za podrškom u učenju trebaju biti obrazovani sa svojim vršnjacima u najvećoj mogućoj mjeri i u najmanje restriktivnoj okolini

Zakoni koji se bave zaštitom osoba s invaliditetom u RH su:

- ZAKON O PRAVOBRANITELJU ZA DJECU (NN,96/03)
- ZAKON O PRAVOBRANITELJU ZA OSOBE S INVALIDITETOM (NN 107/07)
- ZAKON O SUZBIJANJU DISKRIMINACIJE (NN 85/08)
- ZAKON O ODGOJU I OBRAZOVANJU U OSNOVNIM I SREDNjim ŠKOLAMA
- ZAKONU O REGISTRU OSOBA S INVALIDITETOM

Prema Zakonu o Registru osoba s invaliditetom³ koji je na snazi u Republici Hrvatskoj od 2022. godine na temelju Međunarodne klasifikacije bolesti donosi nekoliko vrsta invalidnosti:

1. oštećenja vida
2. oštećenja sluha
3. gluhosljepoća
4. oštećenja govorno-glasovne komunikacije
5. oštećenja lokomotornog sustava
6. oštećenja središnjeg živčanog sustava
7. oštećenja perifernog živčanog sustava
8. oštećenja drugih organa i organskih sustava, kromosopatije, prirođene anomalije i rijetke bolesti
9. intelektualna oštećenja
10. poremećaji iz spektra autizma

³ Zakon o Registru osoba s invaliditetom, NN 63/22, 2022. (čl. 5)

Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

11. mentalna oštećenja

12. više vrsta oštećenja

U posebnom dijelu Registra koji se naslanja na Pravilnik o osnovnoškolskom i srednjoškolskom odgoju i obrazovanju učenika s teškoćama u razvoj⁴, propisane su vrste teškoća djece s teškoćama u razvoju prema Orijentacijskoj listi vrste teškoća koje proizlaze iz intelektualnog, tjelesnog i senzornog oštećenja:

1. oštećenje vida

2. oštećenje sluha

3. oštećenja jezično-govorno-glasovne komunikacije i specifične teškoće u učenju

4. oštećenja organa i organskih sustava

5. intelektualne teškoće

6. poremećaji u ponašanju i oštećenja mentalnog zdravlja

7. postojanje više vrsta teškoća u psihofizičkom razvoju

84

5. OSOBE S OŠTEĆENJEM VIDA

Čovjek putem osjetila vida prima 85% informacija iz svoje okoline te predstavlja temelj razvoja čovjek na kognitivnom, motoričkom, socijalnom i emocionalnom planu. Oštećenjem vida nastaje neravnoteža u razvoju i funkcioniranju čovjeka.

Promatrajući osobe oštećena vida kroz njihovu biopsihosocijalnu možemo vidjeti sve karakteristike doživljavanja i ponašanja ljudi bez oštećenja vida. Jedina karakteristika razlikovanja ljudi bez i s oštećenjem vida je ta da osobe s oštećenjem vida primaju informacije iz vanjskog svijeta putem senzoričko perceptivnog područja, odnosno izoštranih osjetila kao što su sluh, njuh i opip⁵.

Oštećenje vida dijeli se na sljepoću i na slabovidnost.

Prema Zakonu o Hrvatskom registru o osobama s invaliditetom postoje nekoliko definicija sljepoće:

- potpuni gubitak osjeta svjetla (amauroza) ili na osjet svjetla bez ili s projekcijom svjetla
- ostatak vida na boljem oku uz najbolju moguću korekciju do 0,02 (brojenje prstiju na udaljenosti od 1 metra) ili manje
- ostatak oštine vida na boljem oku uz najbolju moguću korekciju od 0,02 do 0,05
- ostatak centralnog vida na boljem oku uz najbolju moguću korekciju do 0,25 uz suženje vidnog polja na 20 stupnjeva ili ispod 20 stupnjeva
- koncentrično suženje vidnog polja oba oka s vidnim poljem širine 5 stupnjeva do 10 stupnjeva oko centralne fiksacijske točke
- neodređeno ili nespecificirano

Sljepoćom u smislu potrebe edukacije na Brailleovom pismu smatra se nesposobnost čitanja slova ili znakova veličine Jaeger 8 na blizinu.

Slabovidnost se prema stupnju oštećenja vida dijeli na:

- oštrinu vida na boljem oku uz najbolju moguću korekciju od 0,1 do 0,3 i manje

⁴ Pravilnik o osnovnoškolskom i srednjoškolskom odgoju i obrazovanju učenika s teškoćama u razvoju, NN 24/2015.

⁵ Pomoću osjeta sluha osoba oštećena vida dobiva predodžbu o onome što je okružuje, npr. pomoću raznih zvukova prepoznaje i razlikuje emocije drugih ljudi ili mogu saznati što se u njihovoj okolini dešava, npr. iz kojeg smjera dolazi vozilo ili kolika je prostorija u kojoj se nalaze. Osjeti njuha otkriva osobi oštećena vida kakva je okolina dok mu osjet dodira pomaže u upoznavanju predmeta, ljudi, itd. Ponekad osobe oštećena vida kažu da osjet opipa, odnosno prst predstavlja njihov vid.

Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

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

Prema pedagoškoj definiciji, slijepe osobe ne mogu koristiti crni tisak, odnosno ne mogu čitati tisak veličine Jaeger 8 i manji (font Times New Roman, 22) i oni se obrazuju na Brailleovom pismu (brajici). Slijepe osobe ne razlikuju svjetlo od tame.

Slabovidne osobe su osobe koje koriste crni uvećani tisak veličine Jaeger 5-8.

U koju kategoriju će se svrstati osobe oštećena vida, da li u kategoriju slijepih ili slabovidnih osoba ovisi o ostacima oštine vida i ostatkom vidnoga polja. Za ispitivanje oštine vidnog polja koriste se Snellove tablice koje se sastoje od brojeva redaka slova, gdje broj uz pojedini redak označava udaljenost u metrima na kojoj osoba uobičajenog vida treba pročitati pojedino slovo iz toga retka (prema Leutar, Buljevac, 2020).

Prema Leuteru i Buljevcu oštećenje vida dijeli se na blago oštećenje vida, umjerenu slabovidnost, visoku slabovidnost i praktičnu sljepoću.

Pinoza (1984.) opisuje tri kategorije djece oštećena vida i njihovo biopsihosocijalno funkcioniranje:

1. Djeca oštećenoga vida s blaže izraženim teškoćama u razvoju jesu slabovidna djeca koja na boljem oku, uz korekciju, imaju od 10 do 40 posto normalne oštine vida, zatim djeca s ostatkom vida većim od 40 posto, ali s prognozom pogoršanja vida, te djeca koja na boljem oku, uz korekciju, imaju ostatak vida od 5 do 10 posto, ali se njime uspješno služe. U tu skupinu ubrajaju se i praktično slijepa djeca s ostatkom vida od 5 posto ili suženim vidnim poljem do 20 stupnjeva, uz oštrinu vida do 25 posto, te potpuno slijepa djeca ako uz oštećenje vida nemaju nikakvo drugo oštećenje.

2. Djeca oštećenog vida s jače izraženim teškoćama u razvoju jesu slijepa i slabovidna djeca koja imaju i smetnje u motorici, teškoće držanja tijela, usporen intelektualni razvoj, lakši gubitak sluha itd.

3. Djeca oštećenog vida s izrazitim teškoćama u razvoju jesu ona djeca koja uz oštećenje vida u granicama zakonskih definicija imaju smetnje na socijalnom i emocionalnom području, s umjerenim ili težim intelektualnim funkcioniranjem, sa simptomima autizma, s težim stupnjem cerebralne paralize i/ili s umjerenim ili težim gubitkom sluha, epilepsijom i si.

Svako oštećenje je specifično i uzrokuje drugačiji način funkcioniranja osobe koja je tim oštećenjem pogođena.

Uzroke oštećenja vida možemo svrstati u endogene i egzogene. U endogene uzroke ubrajaju se nasljedna oštećenja (manifestiraju se jasnije u životu), teža oštećenja vida koja se javljaju nakon rođenja ili kao progresivno propadanje vida uzrokovano patološkim degenerativnim procesima u oku. U egzogene uzroke ubrajaju se sva oštećenja vida koja su nastala djelovanjem štetnih tvari za vrijeme trudnoće majke. Neki uzroci mogu nastati zbog stečenih oboljenja, tumora, ozljeda ili pogrešaka loma svijetlosti u oku (refrakcijske pogreške) kao što su ambliopija, dalekovidnost, kratkovidnost, astigmatizam, strabizam, nistagmus, katarakta, glaukom, daltonizam, itd.

Oštećenje vida ima utjecaj na razvoj pojedinca na motoričkom, kognitivnom i senzoričkom području ali i na ponašanje same osobe. Slabovidne osobe imaju drugačiji razvoj motorike za razliku od slijepa djece koja imaju otežano učenje radnji kao što su oblačenje, hranjenje, zakopčavanje zbog nemogućnosti vježbanja i vizualne imitacije pokreta i radnji osoba iz okoline.

Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

Na senzoričkom području dolazi do prestrukturiranja gdje neka osjetila kao što su miris, sluh i opip imaju važnu ulogu. Također velike individualne razlike postoje na kognitivnom području gdje se poteškoće javljaju u apstraktnom mišljenju, dok se pojmovi grade na temelju drugih osjetilnih područja. Slijepa djeca ne zaostaju u govoru, zato što ovise o verbalnom načinu govora zbog opisivanja stvari i svijeta koji ih okružuje. Nemogućnost vizualnog kontakta s okolinom kod nekih osoba oštećena vida može dovesti do nepoželjnih ponašanja kao što su plašljivost, uznemirenost, smanjena inicijativnost i komunikacija, agresivnost, niski prag tolerancije, povučenost, depresivnost i anksioznost, itd. Stereotipije se mogu manifestirati kao ljuljanje glave, tijela, vrtnja oko svoje osi, tiskanje rukom očnih jabučica.

Odrasla osoba može zaključiti da dijete ima problema s vidom ako dijete često trlja rukama oči, kod čitanja trepće, radi s pokrete rukama kao da želi nešto „odstraniti“ iz oka, razdražljivo je i plače pri upotrebi vida na blizinu, mišići su napeta te glavu gura prema naprijed.

Kako bi se osobi oštećena vida olakšalo funkcioniranje u okolini potrebna je podrška u odgojno obrazovnom procesu, orijentaciji i kretanju, rehabilitaciji te osposobljavanje za svakodnevni život.

Veliko postignuće u odgoju i obrazovanju kod osoba oštećena vida imao je Francuz Louis Braille⁶ koji je izumio reljefno pismo koje nosi po njemu naziv Brailleovo pismo.

Brailleovo pismo sastoji se od niza slova i simbola koji se čitaju prelasku jagodica prstiju preko niza uzdignutih točaka. Pismo se od 6 točaka organiziranog u dva stupca po tri točke. Svakom slovu abecede odgovara određena kombinacija tih reljefnih točaka (63 znak plus jedan znak za razmak).

U odgojno obrazovnom procesu djetetu s oštećenjem vida

- potrebna su posebna sredstva i pomagala kako bi se izvukao maksimum iz nastave (vizualna, auditivna i audiovizualna nastavna pomagala, udžbenici pisani na brajici za slijepu učenike te udžbenici tiskani na uvećanom tisku za slabovidne učenike, ilustracije, crteži i prikazi trebaju biti adekvatno opisani na brajici ili reljefno prikazani, za crtanje, slijepi učenik koristi pozitivnu foliju i gumenu podlogu na kojoj šilom iscrtava željeni oblik, slabovidni učenici koriste bilježnice s deblje otisnutim linijama i širim proredom, a za pisanje se koriste mekše olovke ili kvalitetni flomaster, računalo s brailleovim dodatkom za slijepu, govornom jedinicom ili uvećanjem slova na ekranu, diktafon, povećalo)

⁶ Louise Braille je rođen 4. siječnja 1809. g. u Coupvray, u Francuskoj, kao drugi sin seoskog sedlara. Louis se odmalena divio ocu dok je rezao kožu izrađujući nova sedla. Jednog dana, kad je imao 3 godine, pokušao je učiniti sam svoje sedlo od komada kože. Kako je trebao nešto za probušiti kožu, uzeo je šilo koje mu je bilo zabranjeno dirati. Pokušavajući probiti komad kože, šilo mu je skliznulo, ubovši ga u lijevo oko. Ozljeda je uzrokovala infekciju tog oka, pa zatim i drugog, što je rezultiralo potpunom sljepoćom. Louis se prilagodio slijepom životu u selu, ali je bio društveno marginaliziran, sve do pojave novog seoskog svećenika, Abbaea Palluya, koji je dječaku dao preporuku za odlazak u Institut za slijepu osobu u Parizu, gdje su djeca učila raditi sami svoju odjeću, svirati instrumente i čitati na pismu od izbočenih velikih slova. Knjige su bile ogromne i ne prilagodljive dječjim prstima. 1821. Louis počinje istraživati nove metode i 1824. g., nakon mukotrpnog rada stvara nešto novo, brajicu.

Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

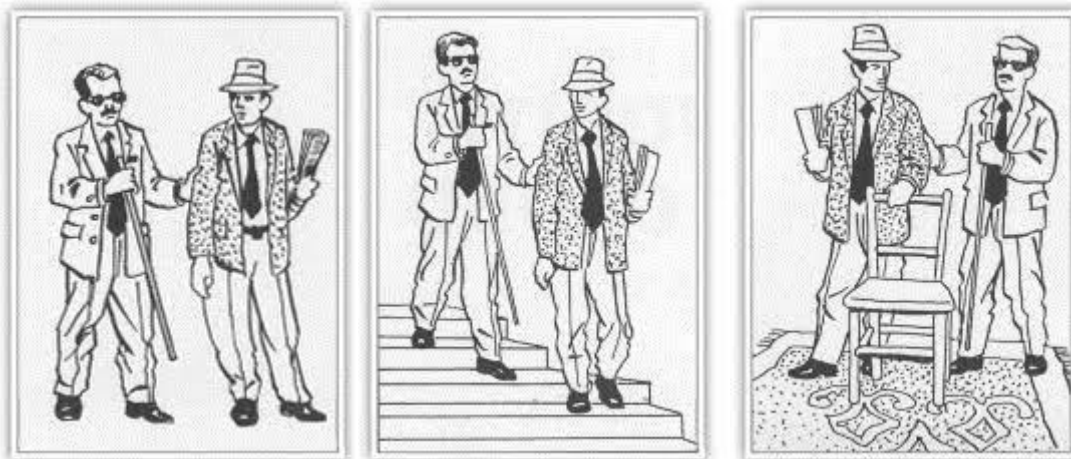
- potrebno je prilagoditi sadržaje perceptivno (izdvojiti bitno na slikama, kartama, crtežima, uvećanje slova, veći razmak između riječi, isticanje riječi u tekstu podcrtavanjem, markiranjem, okvirom, reljefne i taktilne slike)
- prilagodba u spoznajnom području (stupnjevito uvođenje u postupak rješavanja zadatka, sažimanje teksta, postupno uvođenje u apstraktan način mišljenja, oblici prilagođavanja sadržaja edukacije)
- prilagodba u govornom području (prilagođavanje boje, visine i jačine glasa, prilagođavanje razgovjetnosti i razumljivosti – kratke rečenice, objašnjavanje novih riječi, ponavljanje izrečenog)

87

Kod orijentacije i kretanja slijepih osoba važno je iskoristiti osjetila sluha, opipa i njuha kako bi se stvorila određena mentalna prostorna mapa i kako bi se što više prikupilo informacija o okolini u svrhu kretanja i orijentacije. Osobe oštećena vida kreću se pomoću videćeg vodiča, bijelog štapa, psa vodiča, električnih pomagala i pomoću različitih tehnika. Ponašanje prema osobama oštećena vida uvijek mora dostojanstveno i bez sažaljenja. Ako želimo pomoći osobi oštećena vida moramo je upitati da li želi našu podršku ili ne.

Kretanje s vodičem (videćim pratiteljem)

Vodič stane pored slobodne ruke osobe oštećena vida (slijepa osoba). Svojom nadlanicom dotaknite njezinu nadlakticu. Tako će osoba oštećena vida znati gdje stoji vodič u odnosu na nju, te će svojom šakom pratiti ruku vodiča i uhvatiti je iznad lakta. Svoju ruku vodič možete savinuti ili držati opušteno uz tijelo. Slijepa osoba će se postaviti tako da će, držeći vodiča iznad lakta suprotnom rukom, biti pola koraka iza njega. Takav položaj omogućava slijepoj osobi dovoljno vremena za tumačenje i reagiranje na informacije o okolini koje joj govori vodič.



5.1. KAKO KOMUNICIRATI I KAKO SE PONAŠATI PREMA OSOBAMA OŠTEĆENA VIDA

- komunikacija se započinje obraćanjem slijepoj osobi ili laganim dodiranjem ruke osobe
- uvijek se potrebno predstaviti slijepoj osobi
- nikada ne govoriti iza leđa ili sa strane
- nikada ne uzimati ruku osobi oštećena vida za pozdrav bez pitanja

Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

- nikada ne tražiti da osoba oštećena vida pogodi vaše ime
- uvijek se potrebno obraćati slijepoj osobi a ne vodiču. Nemojmo vikati - osoba koja ima poteškoća s vidom najčešće dobro čuje
- osobu oštećena vida potrebno je gledati u oči tijekom razgovora
- psa vodiča se ne dira i ne ometa mu se pažnja dok pomaže u kretanju slijepo osobe
- kod grupne diskusije potrebno je naglasiti kome se obraća osoba koja govori
- potrebno je izbjegavati klimanje glave
- u razgovoru je potrebno opisati emocije ukoliko se nešto pokazuje neverbalno
- obavijestiti osobu kada se napušta prostorija
- uvijek pitati da li osobi treba podrška kod npr. ulaska u javno prijevozno sredstvo
- u razgovoru je poželjno koristiti riječi poput „vidimo se“
- nije poželjno mijenjati raspored kućanstva i predmeta u domu ili na radnome mjestu ako se prostor dijeli s osobom oštećena vida
- kod kretanja važno je slijediti pravila pristupite slijepoj osobi i pitajte je li joj potrebna pomoć. Nije potrebno vrijeđati se ukoliko se ponuđena pomoć pristojno ili nepristojno odbije
- zaboravite na riječi „tu je“, „idi tamo“, „stolica je ovdje“. Svaku riječ koja govori o položaju stvari obvezno popratiti i dodirrom ruke slijepo osobe (govorite riječima i pokretima). Kada pojašnjavate i dajete informacije koje pomažu orijentaciji (govorite o smjeru kretanja), koristite riječi: ispred, iza, lijevo, desno,....
- kada imenujemo stvari, budimo određeni, npr. vaza se nalazi na polici s vaše lijeve strane
- nemojte pokazivati stvari pogledom u smjeru određenog predmeta ili gestikulacijom rukama. Takvo neverbalno pokazivanje uvijek popratite i riječima koje opisuju to što ste pokazali
- kada želite da slijepa osoba nešto pogleda, dajte joj taj predmet u ruku; neka ga taktilno pogleda, ako je moguće pomiriše...
- ako je nemoguće da se određeni predmet taktilno pogleda jer je zapakiran i nije ga moguće otvoriti, tada ga opišite sa što više konkretnih podataka npr. ovdje imamo kremicu za lice za suhu kožu, rok trajanja do 30. 9. 2016. godine, sastav je sljedeći...
- ponudite se da pročitate napisane informacije, upute i sl.
- ako predmet koji pokazujete ima taktilne oznake, skrenite pozornost slijepo osobe na to (npr. na telefonima je tipka broj 5 označena točkom, neki daljinski upravljači imaju točkice na određenim tipkama...)
- ako imate proizvode označene brailleovim pismom za slijepo, usmjerite pažnju na napisano

5.2. KAKO SE PONAŠATI PREMA OSI OŠTEĆENA VIDA U SVAKODNEVNIM SITUACIJAMA:

Pravila ponašanja u restoranu ili kafiću

- kada smo sa slijepom osobom u restoranu, kafiću ili slastičarnici ne naručujemo jelo ili piće za slijepu osobu već će to slijepa osoba sama učiniti. možete joj pomoći čitajući joj nazive imena
- ne uzimajte joj tanjur, ne režite meso, ne točite piće, slijepa osoba sve će to samostalno učiniti, a zatražit će vašu pomoć samo kada procijeni da je ona potrebna

Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

- ako slijepa osoba sudjeluje u plaćanju računa, dopustite joj da to samostalno učini: sama će pozvati konobara, zatražiti račun i sama će podmiriti račun
- kod posluživanja jela na tanjuru način na koji se hrana servira može se pojasniti po principu kazaljke na satu npr. na 3 je meso, a na 9 riža

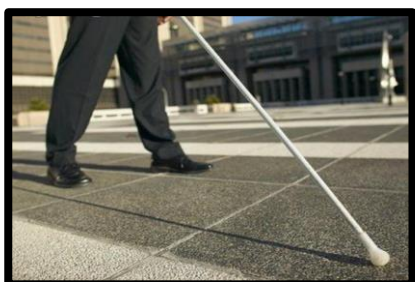
Pravila ponašanja u korištenju javnih prostora

- kada se koristi javni prostori/toaleti, važno je dati povratnu informaciju o čistoći prostora u kojima se obavlja osobna higijena ili vrši nužda
- ne ostavljati vrata poluotvorena u prostoru kojim se kreće slijepa osoba jer su poluotvorena vrata najopasnija, budući da se teško detektiraju i štapom koji može proći kraj vrata, pa slijepa osoba onda udari u poluotvorena vrata
- svakoj promjeni u organizaciji prostora, o razmještanju predmeta i namještaja, obavezno upozorite slijepu osobu

89

5.3. POMAGALA I TEHNIKE KOD OSOBA OŠTEĆENA VIDA⁷

Dugi bijeli štap je pomagalo svake slijepice i visoko slabovidne osobe koja se samostalno kreće. Dugi bijeli štap može se koristiti aktivno (podrazumijeva kretanje metodom dugog štapa u zatvorenom ili otvorenom prostoru) ili pasivno. Bijeli štap služi kao zaštita donjeg dijela tijela te dodiranjem štapa o površine u neposrednoj okolini prikupljaju se informacije o teksturi površine i auditivnim značajkama okoline. Dugi štap može biti sklopiv, teleskopski ili napravljen u jednom dijelu. Ručke štapova mogu biti ravne ili zavinute, omotane kožom ili gumom u boji. Vrhovi dugih štapova mogu biti namijenjeni za dodirnu ili klizeću tehniku, pa se nastavci mogu rotirati ili su nepomični, a i njihovi oblici se razlikuju, pa mogu biti valjkasti ili obliku kugle. Dugi bijeli štap drži se sklopljen ili rasklopljen u ruci kako bi se sudionicima u prometu skrenula pozornost na kretanje osobe oštećena vida. Dugi bijeli štap koji je vidljiv doprinosi sigurnosti kretanja, stoga se preporučuje pasivno korištenje dugog štapa tijekom aktivnog korištenja metode videćeg vodiča ili psa vodiča.



Satovi i budilice



⁷ Priručnik za videće asistente osobama s oštećenjima vida (mr. sc. Andrea Fajdetić)

Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

Reproduktori i snimači

Tehnološki napredniji, reproduktori i snimači omogućuju pristupačnost informacijama koristeći drugi perceptivni kanal – sluh. Ova pomagala omogućuju osobama s oštećenjima vida zvučno zapisivanje važnih informacija na poslu ili kod kuće.

Pomagala za pisanje slijepih osoba jesu tablica i šilo, brajev stroj i računalo za slijepe.

Obilježivači i pisači olakšavaju svakodnevno funkcioniranje. Oni omogućuju da slijepa osoba pročitava oznaku i time brže locira traženi predmet ili tipkalo.

U **elektronička pomagala** ubrajaju se: čitači ekrana, govorne jedinice, elektroničke bilježnice, brajevi retci, softveri za mobilne telefone, elektronička povećala, različiti softveri za slabovidne i sl.

Pomagala za kućanstvo: govorna kuhinjska vaga (na hrvatskom jeziku), zdjelice i žličice za mjerenje, brajev i govorni tajmer, govorni metar i dr.



Zdravstvena pomagala- govorna vaga, toplomjer i tlakomjer, itd.



Rekviziti za sport i zabavu

Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

Slabovidne osobe u čitanju koriste povećalo i posebno osvjetljenje.



91

5.4. VJEŽBE

1. Sudionicima objasniti da se aktivnost odvija u paru. Jedan sudionik je osoba A, a drugi sudionik je osoba B. Sudionici A izlaze iz prostorije i čekaju da ih se pozove. Sudionicima B opisuje se zadatak u kojem nakon što se vrate sudionici A moraju na znak voditelja radionice obrisati obraz i ispružene ruke stvarajući buku pjevanjem neke njima drage pjesme ili puštanja opuštajuće muzike. Prilikom izvođenja ove aktivnosti sudionici A stoje zatvorenih očiju i ispruženih ruku. Parovi stoje na svojim mjestima okrenuti licem jedni prema drugima. Cilj ove vježbe je da sudionici osjete kako se osobe s oštećenjem vida osjećaju kada nisu pripremljene za iznenadnu situaciju, koliko je važno verbalizirati što se radi i što se događa u okolini jer primaju informacije putem auditivne, taktilne i olfaktorne percepcije. Ta vježba se može ponoviti sa suprotnim sudionikom koji je u prvoj vježbi ostao u prostoriji i dobio upute kako da obriše lice svom paru. U ovoj vježbi umjesto maramica lice i ruke se mažu kremom.
2. Među sudionicima zamoliti za jednog dobrovoljca koji će zajedno s voditeljem demonstrirati pravilan hvat vođenja slijepa osobe po prostoru. Prilikom demonstriranja, objasniti ostalim sudionicima zašto je taj hvat važan u primanju informacija iz okoline. Nakon demonstriranja podijeliti sudionike u parove. Sudionik B je osoba oštećena vida (slijepa osoba). Sudionik A je osoba bez oštećenja vida. Na temelju prijašnje demonstracije sudionik A vodi sudionika B po prostoriji. Sudionik B mora imati zatvorene oči i imati povjerenja u osobu A.
3. Pokazati kako se pravilno kreće kroz prostor samostalno pomoću štapa, te pomoću štapa i vodećeg vodiča. Sudionike podijeliti u parove. Jedan sudionik je slijepa osoba dok je druga vodič koji se vodi iz prostorije na hodnik.
4. Kretanje po stepenicama samostalno i pomoću štapa i vodiča.
5. Kretanje po hodniku i zaobilaženje prepreka zavezanih očiju samostalno pomoću štapa.
6. Prepoznavanje, opisivanje i imenovanje predmeta- sudionik koji glumi osobu oštećena vida (slijepa osoba) sjedi na stolici zavezanih očiju te mu se u ruke stavi „čarobna vrećica“ u kojoj se nalaze različiti predmeti iz svakodnevnog života. Zadatak je sudionika da izvuče pojedinačno predmete iz vrećice, opipom prepoznaju, opišu i imenuju predmet koji su izvukli.
7. Ispred sudionika se stave različiti geometrijski likovi. Zadatak je sudionika da zavezanih očiju grupira geometrijske likove po veličini i obliku (npr. krugove s krugovima).
8. Udaranjem u različite predmete u prostoriji, voditelj radionica proizvodi zvukove te traži od sudionika da ih prepozna i kaže ime predmeta koji ga proizvodi. Sudionici imaju zavezane oči ili zatvorene kapke.

Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

9. Sudionicima se puštaju različiti zvukovi prijevoznih sredstava. Sudionici zavezanih očiju ili zatvorenih kapaka moraju prepoznati i imenovati vrstu prometnog sredstva.

10. Sudioniku koji ima zavezane oči i sklopljene kapke priložimo skicu dvodimenzionalnu skicu figure čovjeka od geometrijskih likova izrezanih od kartona. Ispred sudionika stavi se geometrijski likovi koje mora identificirati i imenovati te slagati prema verbalnim uputama.

11. Sudionik zavezanih očiju mora upariti pločice na kojima se nalaze zalijepljeni različiti materijali.

12. Sudionik sam ili uz pomoć drugog sudionika svlaci odjeću s lutke zavezanih očiju. Nakon što je skinuo odjeću, zadatak je da ponovo obuče lutku. Odjeća lutke se može ili ne mora preokrenutu na krivu stranu. Tada sudionik mora prvo okrenuti na pravu stranu. Kada to učini ponovo odijeva lutku.

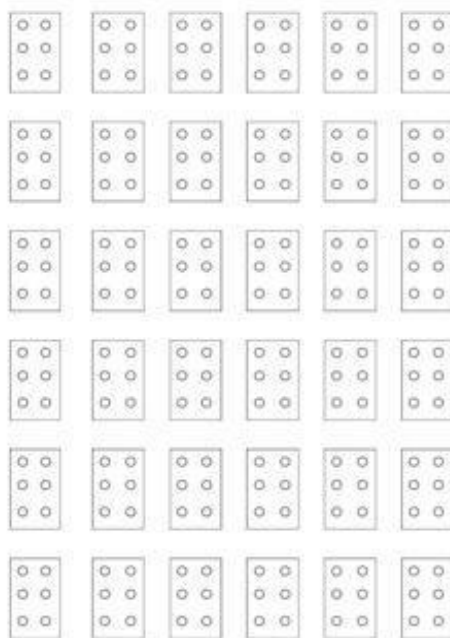
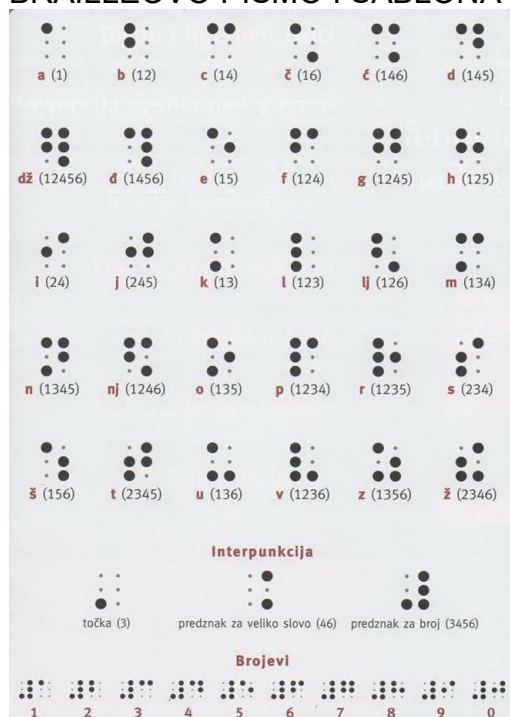
13. Sudionik zavezanih očiju mora imenovati mirise koji se nalaze u bočicama.

14. Upoznavanje sudionika s brailleovim pismom.

16. Sudionici su podijeljeni u parove. Zadatak je da svaki sudionik u prazne šablone napiše riječ ili rečenicu. Napisane šablone se zamjene sudionik mora odgonetnuti što je njegov partner napisao.

13. Sudionik se nalazi na sredini prostorije. Iza leđa sudionika dolaze 3 do 4 osobe koje stavljaju svoj desni dlan na njegovo desno rame izgovarajući svoje ime. Postupak se ponavlja ali ovoga puta, sudionik ne izgovara ime već samo stavlja svoju ruku na rame. Sudionik koji se nalazi na sredini prostorije mora prepoznati po dodiru tko je osoba i izgovoriti njezino ime.

BRILLEOVO PISMO I ŠABLONA ZA PISANJE



6. OSOBE OŠTEĆENA SLUHA

Sluh je uz oko najvažniji telereceptor. Preko sluha osoba dobiva informacije, stječe sposobnost govornog komuniciranja i razvije apstraktno mišljenje. Osobe oštećena sluha mogu sve raditi, živjeti, razvijati svoje talente, plesati, studirati ali ne mogu čuti. Nažalost u društvu je zastupljen termin “gluhonijem”⁸ što ima negativnu konotaciju jer označuje da Gluha osoba ne može govoriti i potrebno ga je zamijeniti pozitivnim terminom Gluhe osobe.

93

Ako bi željeli definirati gluhoću, tada u dokumentima UN možemo naći definiciju koja opisuje gluhoću kao gubitak ili ograničenje mogućnosti sudjelovanja u životu zajednice ravnopravno s ostalim građanima, uslijed manjkavosti u okolini i u mnogim organiziranim aktivnostima društva, npr. u informiranju, komunikaciji i obrazovanju.

Odrasle osoba s oštećenjem sluha tijekom predškolske i osnovnoškolske dobi, a i kasnije, uključene su u (re)habilitaciju slušanja i govora – programe koji potiču razvoj slušanja i jezično-govorni razvoj, kao i obrazovanje na različitim razinama, od osnovne do sveučilišne razine. Velika većina gluhih osoba nije nijema – oni se sporazumijevaju govornim jezikom s ljudima koji čuju. Ponekad je govorni jezik osoba s oštećenjem sluha distorziran, ponekad i agramatičan, pa neke osobe s oštećenjem sluha teže razumijemo, ali se one ipak izražavaju jezično, govorom.

Zbog toga neke osobe s oštećenjem sluha, ako žele jasnu, nedvosmislenu i razumljivu informaciju, najradije komuniciraju pismenim putem s ljudima koji čuju.

Oštećenje sluha ubraja se u jedno od najčešćih prirodnih oštećenja, čija je učestalost prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije (WHO-a) 1-3 na 1000 novorođenčadi. Kod 70 do 80% djece s oštećenjem sluha oštećenje različitih stupnjeva i vrsta prisutno je već kod otpusta iz rodilišta, a između 20 i 30% nastaje tek kasnije kao posljedica različitih bolesti ili traumatskih ozljeda glave. Kako bi dijete već od samog početka bilo uključeno u različite programe, u mnogim rodilištima diljem svijeta ali i kod nas koristi se metoda Probir novorođenčadi kojom se provjerava sluh.

Oštećenje sluha dijeli se u tri skupine:

1. Gluhoća- gluhe su osobe koje imaju takvo oštećenje sluha da niti uz pomoć slušnog aparata ni drugih elektroakustičkih pomagala ne mogu čuti zvuk ni govor.
2. Naglušost- nagluhe osobe mogu koristiti slušne ostatke sa ili bez upotrebe slušnog aparata
3. Gluhoslijepoća – gluhoslijepa osoba je ona osoba kojoj su istovremeno oštećeni i vid i sluh u tolikoj mjeri da im to pričinjava znatne poteškoće u svakodnevnom životu. Nije to uvijek potpuno gluha i slijepa osoba. Velika većina ih ili slabo čuje ili vidi, a može i slabo čuti i slabo vidjeti.

Gluhe osobe osjetljive su na vibracije te preko vibracija često mogu dobiti neke informacije o zvučnim podražajima iz okoline kao što je prolazak kamiona ispred kuće, lupanje vrata, percepcija glazbe/govora preko zvučnika radioaparata ako se na aparat prsloni ruka i slično.

⁸ Gluhonijem je onaj čovjek koji zbog stupnja oštećenja sluha, zbog fizičkih i psihičkih osobina, zbog načina obrazovanja ili nekih drugih razloga nije svladao vještinu glasovno- govornog komuniciranja.



Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

Slušni aparat pomaže im u orijentaciji u prostoru, određivanju izvora zvuka i percepciji zvukova kao što su bušilica, buka automobila, motora, kamiona, glasno zvono telefona, zvuk usisavača za prašinu i slično. Upravo zbog orijentacije u prostoru, detekcije izvora zvučnog podražaja nagluhe i gluhe osobe često koriste slušne aparate na oba uha. Međutim, oni im ne pomažu u auditivnoj percepciji govornoga jezika i njegovom razumijevanju.

Važan čimbenik u razvoju govora kod osoba oštećenjem sluha je vrijeme u kojem je nastalo oštećenje. Ako je nastalo u prelingvalnom razdoblju tada će oštećenje ozbiljno utjecati na cjelokupni razvitak i sazrijevanje djeteta. 60% svih oštećenja sluha nastaje u tom razdoblju. Ako je nastalo perilingvalnom razdoblju nakon druge godine života, tada dijete ima slušna i prva govorna iskustva, postaju temelj daljnjeg razvitka glasovnog govora a ako je nastalo oštećenje u postlingvalnom razdoblju odnosno kasnije kada dijete ima usvojene vještine glasovno- govornog komuniciranja tada je važna slušno- govorna rehabilitacija, odnosno glasovnu- govornu komunikaciju treba razvijati i podržavati.

Kod etiologije oštećenja sluha najčešće su perinatalni uzroci u koje se ubrajaju različite infekcije majke, loša ishrana majke u trudnoći, korištenje različitih opojnih sredstava, endokrine bolesti majke, itd. U perinatalne uzroke ubrajaju se porođajne ozljede, neslaganje Rh faktora oca i majke, prijevremeni porod, dok u postnatalne uzroke najčešće ubrajamo virusna i bakteriološka infekcija djeteta (npr. meningitis, encefalitis, zaušnjaci, traumatske ili prometne povrede, ratne traume).

Najviše oštećenju sluha izloženi su radnici koji rade u buci, mladi koji su izloženi buci u disco klubovima, osobe koje nose walkoman i slušaju glasnu glazbu te konzumiraju velike količine alkohola i droge.

Prevencijom, medikamentima i operativnim postupcima neka se oštećenja sluha mogu ublažiti, a ponekad posve ukloniti, ali u nekim slučajevima ostaje nepovratno oštećenje sluha.

Ako se sumnja da osoba ima oštećen sluh, mora proći ispitivanje koje se provodi za svako uho posebno jer oštećenje sluha na oba uha nije istog stupnja. Stupanj oštećenje sluha izražava se u decibelima. Ispitivanje sluha obavlja se putem elektroničkog aparat-audiometra- koji određuje jačinu (intenzitet) emitiranog tona i njegovu visinu (frekvenciju). Jačina se mjeri u decibelima (dB) od 0 do 110 dB, a visina u hercima (Hz) od 125 do 8000 Hz. Rezultat takvog mjerenja pokazuju se audiogramom..

U Hrvatskoj, prema Zakonu o Hrvatskom registru o osobama s invaliditetom (2001.), gluhoćom se smatra gubitak sluha u govornim frekvencijama (500 do 4000Hz) većim od 81 dB. U spomenutom Zakonu nagluha je ona osoba čije je oštećenje sluha od 25 do 80 dB, a može imati:

lakše oštećenje sluha (25-35 dB) na uhu s boljim ostacima sluha u govornim frekvencijama (500 do 4000Hz), umjereno oštećenje sluha (36-60 dB) na uhu s boljim ostacima sluha u govornim frekvencijama te teže oštećenje sluha (61-80 dB) na uhu s boljim ostacima sluha u govornim frekvencijama.

Istraživanja su pokazala da vokabular Gluhih i teško nagluhих osoba značajno je siromašniji nego u čujućim osobama, a jezik im je općenito vrlo disgramatičan. To je osnovni razlog zašto se vrlo malo Gluhih i nagluhих osoba nalazi u višem i visokoškolskom obrazovanju, ne samo u Republici Hrvatskoj nego i u svijetu (Pribanić, 2007; 2013).

Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

6.1. KOMUNIKACIJA OSOBA OŠTEĆENA SLUHA

Osobe oštećena sluha komuniciraju putem jednoručne i dvoručne abecede, očitovanjem s usana sugovornika, pisanjem po dlanu i na znakovnom jeziku.

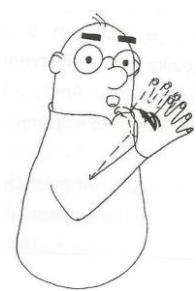
Kao i osobe koje čuju, gluhi isto tako trebaju pomoć liječnika, psihologa i psihijatra, idu u trgovine, kazališta, bave se umjetnošću i obrazuju se, idu u škole, na fakultete, itd. Danas u svijetu postoje liječnici koji znaku znakovni jezik i na taj način mogu pomoći Gluhim osobama da se ne dobiju krive dijagnoze, krivi lijekovi, itd.

95

ZNAKOVNI JEZIK

Znakovni jezik je komunikacijski sustav za razmjenu informacija između dvije ili više osoba. To je jedan od prirodnih jezika svijeta koji omogućava komunikaciju, izražavanje misli, emocija kao i organizaciju činjenica objektivne stvarnosti unutar zajednice gluhih. Znakovni jezik može biti i alternativa onima koji čuju, a ne govore ili primarni jezik gluhih. Znakovni jezik nije univerzalan jezik, npr. imamo: Francuski znakovni jezik- LSF, Američki znakovni jezik- ASL, Australijski znakovni jezik- AUSLAN, Talijanski znakovni jezik- LIS, Hrvatski znakovni jezik- HZJ

Npr riječ „MAMA“ na različitim znakovnim jezicima:



Američki znakovni jezik



Hrv. znakovni jezik



Francuski znakovni jezik



Jedini znak koji je jednak u svim državama je znak za riječ VOLIM TE .

Gluho dijete čujući roditelja koje ne poznaje znakovni jezik ne može normalno komunicirati sa svojim roditeljima i to negativno utječe na intelektualni, emocionalni i socijalni razvoj djeteta. Također se je pokazalo da gluhi roditelji bolje prihvaćaju svoju gluhu djecu od čujućih roditelja (treba im dugo da se oporave od šoka i nastoje od svoga gluhog djeteta napraviti kopiju čujućeg djeteta a to im ne uspijeva).

Također su bolji rezultati gluhe djece gluhih roditelja na testovima neverbalne inteligencije što se prepisuje pozitivnim efektima znakovnog jezika na razvoj mozga (neverbalna inteligencija, vizualna percepcija i diskriminacija, vazalno-spacijalno pamćenje, vještinama čitanja i pisanja).

Gluha djeca imaju bogati unutarnji život i ako ne „izbace“ ono što u njima vrije doći će do teškoća koje okolina neće razumjeti. Gluhi učenici ako im se pristupi kao vrijednim poštovanja, višestruko će uzvratiti.

JEDNORUČNA ABECEDA

Jednoručna abeceda je verzija američke međunarodne abecede uz proširenje slova koja se koriste samo u našem jeziku. Ona oponaša mala tiskana slova.

Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

Jednoručnu abecedu koriste Gluha djeca u školama zbog lakšeg prenašanja riječi i informacija.

Postoji taktilna jednoručna abeceda koju koriste gluhoslijepe osobe koje dodirrom prate abecedu tako da svoje ruke polože na ruke sugovornika koji pokazuje jednoručnu abecedu i na taj način „čita“ slova.



DVORUČNA ABECEDA

Dvoručna abeceda se najčešće koristi u Hrvatskoj jer ima dugu tradiciju u zajednici gluhih. U dvoručnoj abecedi koriste se veliki pokreti ruku, pa se njome mogu koristiti i gluhoslijepe osobe sa znatnim ostacima vida.

Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

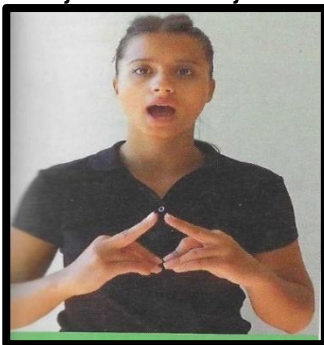


Dvoručna abeceda određenim položajem prstiju obje ruke oponaša velika tiskana slova (na nedominantnu ruku uvijek se gradi znak dominantne ruke).

Slova su veća i prikladana su s veće udaljenost.

Pri korištenju dvoručne abeceda treba obratiti pozornost na:

1. mjesto izricanja ABCEDE- ispred gornje polovice trupa, malo ispod vrata



slovo/glas A



2. način izricanja ABCEDE- izriče se slovo po slovo uvijek istom rukom. Mijenja se samo oblik šake.

3. brzinu izricanja ABCEDE- brzina je umjerena ali je treba prilagoditi osobi s kojom se razgovara. Činimo kratku stanku prije prelaska na drugu riječ.

Važno je da pogledom obuhvatimo lice, pokrete ruku i usana osobe s kojom komuniciramo. Uvijek moramo gledati gluhu osobu u oči kada s njom komuniciramo jer u kulturi gluhih očekuje se kontakt očima.

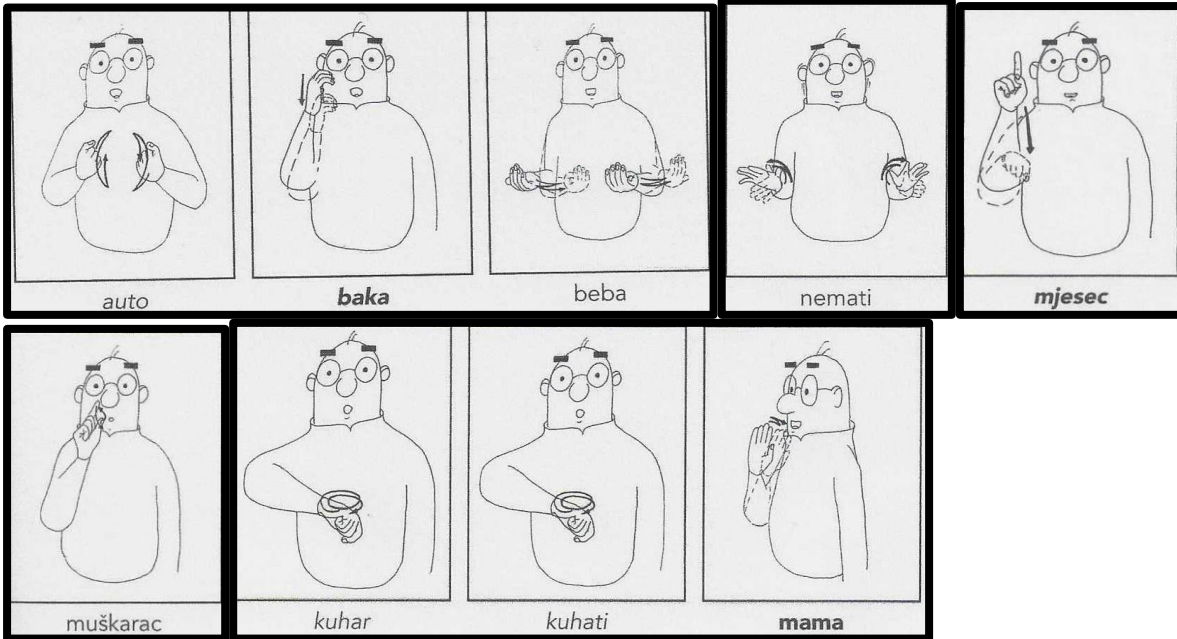
Pri izricanju kratica dvoručnom abecedom, treba istovremeno oblikovati usne za ta ista slova/ glasove, onako kako se oni izgovaraju, a ne za slogove (npr. gluhe osobe za VTV neće reći ve-te-ve, već v-t-v)

Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

ŠTO JE HZJ?⁹

HZJ sastoji se od pokreta ruku i tijela, izraza lica, ručne abecede i znakova odnosno riječi koji nastaju istodobnim emitiranjem lingvističkih informacija, odnosno djelovanjem šaka, ruku, trupa, glave i lica. Oni su prilagođeni vizualno- spacijalnom modelitetu komunikacije. HZJ je komunikacijski sustav koji je jednak svim jezicima ljudi koji čuju. On je kompletan jezik koji može prenijeti smisao, humor, emociju, itd. Znakovnim se jezikom gluhe osobe služe za komunikaciju i poučavanje, a jezik okoline koja čuje usvaja po načelu drugoga, odnosno stranog jezika. Gluha djeca usvajaju dva jezika te uče o dvijema kulturama.

98



Kako se usvaja znakovni jezik?

Gluha mala djeca prolaze iste faze usvajanja znakovnog jezika kao i čujuća djeca. I mala gluha djeca brbljaju na svojem znakovnom jeziku, koristeći se ograničenim brojem oblika šaka koje poslije postaju sastavnice prvih riječi na znakovnom jeziku (između 9 i 10 mj.).

Gluha djeca kojima se omogućava usvajanje znakovnog jezika kao prvoga jezika, razvijaju komunikacijske vještine primjerene svojoj mentalnoj i kronološkoj dobi, po fazama i postignućima vrlo sličnima čujućoj djeci.

Za razliku od njih, gluhoj djeci kojima je govorni jezik prvi jezik, zaostaju u svim fazama govorno- jezičnog razvoja.

Svako dijete bilo čujuće ili gluho ima kapacitet usvajati svoj prirodni jezik i to mu treba omogućiti.

⁹ 10. srpnja 2015. prihvaćen je Zakon o hrvatskom znakovnom jeziku i ostalim sustavima komunikacije gluhih i gluhoslijepih osoba u RH. Tim zakonom gluhe i gluhoslijepi osobe kao i osobe s komunikacijskim teškoćama imaju pravo na informiranje i obrazovanje na HZJ.

Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

6.2. KAKO KOMUNICIRATI S OSOBAMA OŠTEĆENA SLUHA?

1. Očitovanje sa usana čujućeg sugovornika za osobu oštećena sluha je pogađanje. Važno je poznavati jezične kompetencije osobe oštećena sluha. Potrebno je da lice bude osvjetljeno, izgovor usporeniji, gestikulacija usporenija i jasnija.
2. Ne stavljati u usta predmete kada se komunicira s gluhom osobom.
3. Izgovorene rečenice moraju biti jednostavnije s posebnim naglaskom na određene riječi koje su slične u izgovoru (npr. naselje- nasilje)
4. Važno je znati s kojim rječnikom osoba oštećena sluha izgovara.
5. Važno je pitati osobu oštećena sluha da sama odabere način konverzacije.
6. Ukoliko se ne razumije sugovornika s oštećenjem sluha potrebno ga je zamoliti da ponovi ili napiše.
7. Provjeriti je li sugovornik razumio rečeno.
8. Kod naglušnih osoba sugerira se da prostor komunikacije bude na najvećoj udaljenosti od 1,5 metra.
9. Osoba s oštećenjem sluha mora cijelo vrijeme vidjeti lice sugovornika.
10. Komunikacija započinje mahanjem ruke ili tapšanjem po ramenu sugovornika.
11. Potrebno je eliminirati audio i vizualne prepreke prije započinjanja komunikacije.
12. Potrebno je održavati kontakt očima tijekom cijele konverzacije.
13. Potrebno je izbjegavati glasno govorenje i razgovor voditi opušteno.
14. Prijeći na pismenu komunikaciju ukoliko se osobe ne razumiju.
15. Ponekad se može gestikulirati i koristiti facijalna ekspresija kako bi se osobi oštećena sluha objasnilo opisano.

Same osobe oštećena sluha predlažu neka pravila kako bi se lakše komuniciralo s čujućim sugovornikom:

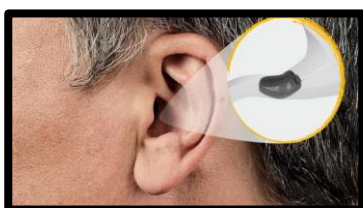
- nemoj vikati, jer te ne mogu čuti
- priđi i dodirni me po ramenu-tako ću znati da si tu
- nemoj mi prilaziti s leđa ili sa strane jer te tako ne mogu vidjeti
- priđi mi sprijeda-tako te mogu lakše uočiti
- nemoj samo odjednom nestati, jer ću biti izgubljen
- obavijesti me kada odlaziš- tako ću znati da više nisi tu
- nemoj samo stajati i šutjeti kada smo zajedno
- budi moje „uho“ prenoseći mi informacije koje čuješ - tako ću znati što se događa
- kako ćeš saznati koji mi način komunikacije odgovara? Ja ću ti pokazati što mi najviše odgovara. Nemoj se truditi nametnuti mi komunikaciju koju ne poznajem
- ako slabije čujem možda mogu i očitavati s tvojih usana
- gledaj u mene dok mi govoriš - pritom nemoj saginjati glavu i pokrivati usta
- ako slabije čujem, još mogu razumjeti glasan govor u tihim i mirnim prostorijama
- govori mi na uho na koje bolje čujem- govori polako, jasno i razgovijetno
- ako ništa ne čujem možda znam znakovni jezik
- ako i ti znaš znakovni jezik razgovaraj sa mnom - ako ne znaš nauči ga

6.3. POMAGALA I TEHNIKE KOD OSOBA OŠTEĆENA SLUHA¹⁰

Gluhe osobe osjetljive su na vibracije. Putem vibracija često mogu dobiti neke informacije o zvučnim podražajima iz okoline (npr. prolazak kamiona ispred kuće, lupanje vrata, percepcija glazbe preko zvučnika radioaparata ako se na aparat prisloni ruka).

Slušni aparat pomaže osobama oštećena sluha u orijentaciji u prostoru, određivanju izvora zvuka i percepciji zvukova kao što su bušilice, buka automobila, glasno zvono telefona, zvuk usisavača za prašinu, itd. te koriste slušne aparate na oba uha mada im slušni aparat ne pomaže u auditivnoj percepciji govornoga jezika i njegovom razumijevanju.

Slušni aparat sastoji se od minijaturnog mikrofona, pojačala i zvučnika. Osnovne vrste slušnih aparata su **kanalni** i **zaušni**.



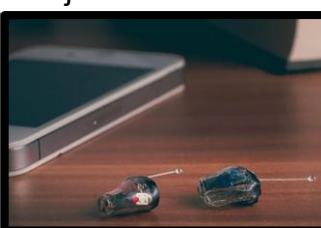
Kanalni slušni aparat



Zaušni slušni aparat

Prednost zaušnih aparata je dostupnost pri podešavanju i otpornost na ušnu smolu i sekreciju iz uha. Prednost kanalnih pomagala njihov je smještaj u zvukovodu što doprinosi minimalnoj vidljivosti.

Tipovi slušnih aparata s obzirom na elektonički mehanizam su analogni i digitalni što određuje kvalitetu u reprodukciji zvuka.



Analogni slušni aparat

Digitalni slušni aparat

Najsuvremeniji slušni aparati su programabilni digitalni elektonički uređaji, zapravo minijaturna računala potpuno smještena u zvukovodu. Oni se mogu automatski podešavati prema trenutnim promjenama okolinskih zvukova te omogućuju bolje slušanje i razumijevanje govora.

¹⁰ Prema Priručniku za rad s osobama s komunikacijskim teškoćama u redovnom odgojno-obrazovnom sustavu u sklopu cjeloživotnog slušanja, autora Ljubice Pribanić, Ane Wagner Jakab, Blaženke Brozović i Silvije Philipps Reichherze, Zagreb, 2014.

Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

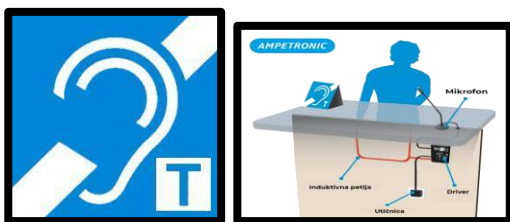
Svaki slušni aparat namijenjen je individualnoj osobi oštećena sluha te ga osoba dobiva nakon dijagnostičkog postupka.

Postoji tip **slušnih aparata skrivenih u naočalama** koji imaju dodatni mikrofon u smjeru gledanja i može posebno pojačavati govor osobe s kojom se razgovara.

Slušanje preko slušnog aparata mora se učiti putem rehabilitacijskih postupka koji će osobu osposobiti za slušanje preko aparata.

Učeniku oštećena sluha u razredu može primati auditivne informacija **putem FM (Frequency Modulation) sustav**. Takav se sustav sastoji od mikrofona u koji govori učitelj, a drži ga u ruci ili oko vrata. On prenosi učiteljev govor direktno u slušno pomagalo (slušni aparat ili kohlearni implantat) učenika oštećena sluha. Na pomagalu se nalazi prijemnik – ugrađen ili naknadno postavljen.

Induktivna petlja¹¹ naziva se transmisijski obruč. Induktivna petlja ugrađuje se u poslovnice FINA-e, banke, pošte, ambulante, bolnice, lječilišta, ustanove za rehabilitaciju, domove za starije osobe, muzeje, kazališne i koncertne dvorane, sveučilišta/ fakultete, putničke zgrade na autobusnim, željezničkim postajama, zračnim lukama, brodskim pristaništima, trgovačkim, ugostiteljskim i/ili turističkim objektima, crkvama i sl.



Svrha ovakvih komunikacijskih pomagala da se osobama s oštećenjem sluha omogući primanje zvučnog signala bežičnim putem direktno u slušno pomagalo, bilo da se radi o klasičnom slušnom aparatu ili kohlearnom implantatu.

Nedostaci induktivne petlje:

- Jaki izvori elektromagnetskog zračenja (npr. jaki transformatori, elektromotori ili veći električni uređaji) mogu stvarati smetnje u zvučnom signalu
- Postavljanje induktivne petlje zahtijeva određene zahvate u prostoru
- Prisutnost metalnih dijelova građevine zahtijeva dodatne proračune i pojačanja signala induktivne petlje (npr. armiranobetonski zidovi i dominantno metalne konstrukcije)

Prednosti induktivne petlje :

- većina slušnih aparata i umjetnih pužnica ima na sebi mikrosklopku koja se može postaviti u T položaj
- imaju ugrađenu posebnu zavojnicu – svitak (oznaka T od eng. telecoil) koja može primati zvuk koji se u određeni prostor emitira s pomoću induktivne petlje
- primjenjiva za sve javne prostore koje koristi veći broj nagluhih osoba

¹¹ Većina slušnih aparata i umjetnih pužnica (različitih proizvođača) ima na sebi mikrosklopku koja se može postaviti u T položaj. Tada se na slušnom aparatu isključuje mikrofon, a uključuje signal sa svitka. Spomenuti aparati imaju ugrađenu posebnu zavojnicu – svitak (oznaka T od eng. telecoil) koja može primati zvuk koji se u određeni prostor emitira s pomoću induktivne petlje.

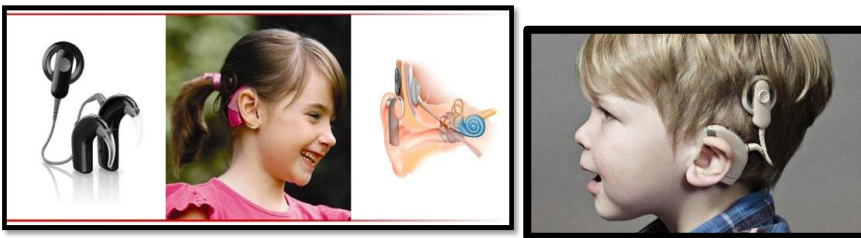
Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

- zvuk je dobre kvalitete, pod uvjetom da je sustav induktivne petlje ispravno postavljen dimenzioniran prema uvjetima dotičnog prostora i kalibriran

Kohlearni implantat ili **umjetna pužnica** elektroničko je slušno pomagalo koje se ugrađuje pacijentu ispod kože iza uha, a omogućava bolje slušanje („proteza unutrašnjeg uha“) To je pomagala koja povećava količinu živčanih odgovora a ne samo zvuk.

Rana ugradnja umjetne pužnice (do druge godine života) i rana rehabilitacijska podrška, rezultiraju usvajanjem govora i jezika što omogućava gluhoj osobi visoku razinu jezične kompetencije i temelj za integraciju u svijet čujućih osoba.

102



Prednosti kohlearnog implantata:

- slušanje svakodnevnih zvukova
- slušanje i razumijevanje jezika i govora
- omogućuje lakše učenje govornoga jezika
- uporaba telefona
- poboljšanje slušanja u odnosu na slušni aparat
- komuniciranje bez korištenja znakovnog jezika i bez čitanja s usana

Nedostaci kohlearnog implantata

- nepoželjno bavljenje grubim i kontaktnim sportovima te podvodnim sportovima
- kratak vijek trajanja baterija
- uništavaju se ostaci sluha u onom uhu u koje se ugrađuje umjetna pužnica
- rizici operacije

Gluhoslijepe osobe u svojem kretanju koriste **štap prugasto bijelo- crveni štap**.

Ostala pomagala:

Budilice- vibrirajuće i svjetleće



Zvono za osobe oštećena sluha



6.4. VJEŽBE:

1. Sudionicima se podijeli jednoručna i dvoručna abeceda. Sudionici znakuju svoje ime i prezime gledajući u jednoručnu i dvoručnu abecedu nakon demonstracije abecede voditelja radionice.
2. Sudionici nakon demonstracije voditelja radionice znakuju riječi na HZJ-u.
3. Sudionike se podijeli u parove (sudionik A, sudionik B). Svakom sudioniku se podjele kartice na kojima se nalaze ispisane riječi i rečenice samo za njega. Zadatak sudionika je da u buci koja se proizvede putem ispunjenih boca grahom i kamenčićima, pročitaju s usana



Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

svog para riječi i rečenice koje su napisane na kartici. Sudionik koji izgovara napisane riječi i rečenice ne smije ispuštati ton glasa.

4. očitavanje s usana izgovorene riječi i rečenice

SUDIONIK A

LIČINKA MAČKA MOČVARA NAOČALE DŽUBOKS DŽUMBUS
ČARAPA JE CRVENA. SUNČICA VOLI ČOKOLADU. ČIČA ČITA NOVINE.
ĐURĐICA VOLI LJUBIČASTE ĐURĐICE.

SUDIONIK B

OBRUČ OTIRAČ ČETVRTINA DŽEZVA DŽINOVSKI
PJEVAČ PJEVA ČAROBNU PJESMU. SMEĐA MAČKA MIJAUČE. U ČETVRTAK IDEMO
NA BRAČ. NA BEDŽU JE LAV S OGROMNIM KANDŽAMA.

7. OSOBE S INTELKTUALNIM TEŠKOĆAMA

Kroz sva razdoblja povijesti čovječanstva osobe s intelektualnim teškoćama bile su stigmatizirane i stavljene na marginu društva. Odnos društva prema osobama s intelektualnim teškoćama kretao se od izolacije i segregacije, pa sve do uvažavanja njihovih potreba i participacije u zajednici.

Kroz povijest protezale su se različite terminologije intelektualnih teškoća koje su ovisile o duhu tadašnjeg vremena. Tako nailazimo na različitu terminologiju od duševne zaostalosti, slaboumnosti, oligofrenija, debilnost, lakše imbecilnosti, mentalne zaostalosti, mentalne retardacije, itd.

U novije vrijeme koristi se termin intelektualne teškoće koje su zamijenile termin mentalna retardacija. Intelektualna teškoća nije psihička bolest već predstavljaju cjeloživotno stanje pojedinca koje se javlja oko rođenja i prepoznaje se do školske dobi te može biti tretirana edukacijskim tehnikama i terapijom, ali ne izliječena.

Intelektualna teškoća je termin koje dolaze iz engleskog jezičnog podneblja (eng. „intellectual disability“) a definira se kao snižena sposobnost kojoj su svojstvena značajna ograničenja u intelektualnom funkcioniranju i u adaptivnom ponašanju¹², a nastaje prije 18 godine života (Lavor i Radišić, 2011.)

Termin intelektualne teškoće koriste sve organizacije koje se bave populacijom osoba s intelektualnim teškoćama. Intelektualne teškoće nastale su kao posljedica djelovanja različitih faktora (Nikolić, 2015).

Uzročnici intelektualnih teškoća mogu biti biološki, psihosocijalni ili kombinirani (nasljednost, rana oštećenja embrionalnog razvoja, različiti problemi u trudnoći, zdravstveno stanje i vanjski faktori). Prema vremenu nastanka uzročnici intelektualnim teškoćama dijele se na prenatalne (kromosomski poremećaji, poremećaji metabolizma i razvoja mozga, nepovoljni utjecaji okoline), natalne (različiti poremećaji intrauterinog i neonatalnog razvoja) i postnatalne (ozljede glave, infekcije, toksično-metabolički poremećaji, neishranjenost, itd.). Traženje uzroka i mogućih metoda liječenja često sprečava roditelje da više vremena posvete radu s djetetom u obitelji (Teodorović, 1991).

Prema podacima iz DSM-IV kod 30-40% osoba s intelektualnim teškoćama ne može se utvrditi jasna etiologija nastanka. Svaka osoba s intelektualni teškoćama je različita i neponovljiva individua i kao takvu ju je potrebno promatrati.

Stupanj inteligencije utvrđuje se na temelju primjene jednog ili više individualnih testova inteligencije koji moraju biti prilagođeni kulturnoj sredini ispitanika, pisani na jeziku kojeg ispitanik razumije (Wechlerove ljestvice inteligencije za djecu (Wechsler Intelligence Scale for Children-Revised), Stanford-Binetova testa, Kaufmanove baterije za procjenu inteligencije i dr.).

Prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti i srodnih zdravstvenih problema, intelektualna teškoća se dijeli na: laku, umjerenu, tešku i duboku. Svaku vrstu intelektualnih teškoća prate osnovna obilježja funkcioniranje osobe¹³ (Grbavac, 2018).

¹² Adaptivno ponašanje predstavlja skup pojmovnih, socijalnih i praktičnih vještina koje je osoba naučila u svrhu funkcioniranja u svakidašnjem životu. Područja u adaptivnom ponašanju su komunikacija, briga o sebi, stanovanje, snalaženje u okolini, samousmjerenje, zdravlje, slobodno vrijeme, rad, funkcionalna akademska znanja.

¹³ Laka intelektualna teškoća je okarakterizirana kvocijentom inteligencije između 50 i 70 što prema mentalnoj dobi odgovara godinama od 9 do 12 godina. Umjerena intelektualna teškoća je okarakterizirana kvocijentom inteligencije između 35 i 50 što prema mentalnoj dobi odgovara godinama od 6 do 9 godina. Teška intelektualna teškoća okarakterizirana je kvocijentom inteligencije između 20 i 35 što prema mentalnoj dobi odgovara godinama od 3 do 6

Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

Igrić (1999.) navodi podjelu koja negira navedene kategorije, te za neku osobu utvrđuje razinu potpore¹⁴ odnosno podrška koja joj je potrebna. Vrsta podrške nije određena samo stupnjem inteligencije i nije rezervirana samo za osobe s intelektualnim teškoćama .

U suvremenom definiranju intelektualnih teškoća, naglasak se stavlja na jake strane pojedinca, osobnih sklonosti, interesa i potreba koji su u interakciji s okolinskim čimbenicima. Odstupanja u intelektualnom funkcioniranju najčešće se prepoznaju kao teškoće u izvođenju različitih misaonih operacija (rasuđivanje, mišljenje, zaključivanje, planiranje, rješavanje problema, apstraktno mišljenje, razumijevanje kompleksnih ideja, brzo učenje i učenje kroz iskustvo) što znatno otežava usvajanje apstraktnih sadržaja učenja.

105

Vrlo često su prisutne i teškoće na području

- percepcije (teškoće vidne percepcije-oslabljeno razlikovanje boja, poteškoće u razlikovanju figure od pozadine; teškoće slušne percepcije-smanjenje koncentriranog slušanja, razlikovanja i pamćenja glasova, riječi i govornih cjelina; teškoće vidne integracije i vidno motorne koordinacije)
- pažnje (ne odabiru valjano ono što treba upamtiti, ne mogu odijeliti bitne od nebitnih karakteristika podražaja, treba ih usmjeravati i poticati)
- govora (značajan zaostatak, specifični deficit u učenju jezika, ekspresivni govor zaostaje za razumijevanjem govora, rječnik kvantitativno i kvalitativno skromniji, riječi koje ne znaju ne koriste dovoljno)
- pamćenja (smanjen kapacitet kratkoročnog i radnog pamćenja, smanjen broj informacija koje se mogu pohraniti u dugoročnom pamćenju, znatno manja mogućnost analize i sinteze informacija, ne koriste spontano strategije upamćivanja)
- motivacije
- razvoju ličnosti
- emocionalnom, moralnom, socijalnom razvoju i ponašanju

Osoba s intelektualnim teškoćama može biti vrlo uspješan u sportskim aktivnostima, nadarena u likovnom izražavanju, imati izvrstan sluh i krasan glas, biti vrlo vješta u praktičnim vještinama.

U svakodnevnom životu, ako završi srednje obrazovanje prema svojim interesima i sposobnostima i osposobi se za određeno zanimanje, a to podrazumijeva primjenu prilagođenih i individualiziranih postupaka, može biti uspješan i biti dio društvene zajednice.

godina. Duboka intelektualna teškoća je okarakterizirana kvocijentom inteligencije ispod 20 što prema mentalnoj dobi odgovara ispod 3 godine.

¹⁴ Potpora u prijelaznim razdobljima, ograničena potpora, sistematska potpora i stalna briga.

Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

7.1. KAKO KOMUNICIRATI S UČENIKOM S INTELEKTUALNIM TEŠKOĆAMA:

- nikada ne infantilizirati osobu
- ukoliko je osoba starija od 18.god potrebno joj se obraćati sa VI
- izbjegavati kompleksne i stroge forme pitanja
- koristiti poznate izraze u društvu tijekom razgovora
- izbjegavati otvorena pitanja
- koristiti što jasnije jezične strukture
- objasniti na početku razgovora koncepte i terminologiju koji su složeniji
- koristiti tijekom razgovora razumljive riječi
- izbjegavati pitanja koja uključuju vremensku dimenziju
- koristiti direktna pitanja
- opušteno razgovarati
- ukoliko je potrebno dobiti informaciju od člana obitelji ili skrbnika, uvijek je potrebno da osoba s intelektualnim teškoćama ostane u fokusu sugovornika kroz kontakt očima i govor tijela

106

7.2. POMAGALA I TEHNIKE KOD OSOBA S INTELEKTUALNIM TEŠKOĆAMA

Osobe s intelektualnim teškoćama u svojim svakodnevnim aktivnostima koriste tzv. **asistivnu tehnologiju (AT)**¹⁵ koja pomaže osobama s teškoćama u savladavanju infrastrukturnih prepreka i lakše izvršavanje ostalih aktivnosti.

Asistivna tehnologija može na mnogo načina koristiti osobama s intelektualnim teškoćama:

- omogućuju pojedincu obavljanje funkcija koje se ne mogu postići ni na koji drugi način
- omogućuje pojedincu da približi normalnu tečnost, brzinu ili standarde
- omogućuje pristup sudjelovanju u programima ili aktivnostima koji bi inače bili zatvoreni za pojedinca
- povećava izdržljivost ili sposobnost ustrajnosti i izvršavanja zadataka koji su inače previše mukotrpnji
- omogućuje pojedincu da se usredotoči na zadatke učenja ili zapošljavanja, a ne mehaničke zadatke
- omogućuje veći pristup informacijama
- podržava normalne socijalne interakcije s vršnjacima i odraslima
- podržava sudjelovanje u najmanje restriktivnom obrazovnom okruženju (prema Baša, 2020.).

Osobe s intelektualnim teškoćama imaju pravo na pristup informacijskim i komunikacijskim tehnologijama (IKT) zajedno s internetom što ima za cilj uključivanje osobe s invaliditetom u sve aspekte društva te omogućavaju obrazovanje, kreativnost, učenje, komunikaciju i građanski angažman. Od najpoznatijih IKT koje se usavršavaju unazad nekoliko godina osobe s inte. teškoćama koriste tablete, pametne telefone, prijenosne digitalne uređaj ili druge slične uređaje, stolna i prijenosna računala, itd.

¹⁵ Američko zakonodavstvo definira asistivne tehnologije kao bilo koji predmet, opremu ili sustav proizvoda, bilo da je nabavljen komercijalno, modificirano ili prilagođeno, koji doprinosi poticanju, održavanju ili poboljšanju funkcionalnih vještina osoba s teškoćama

Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

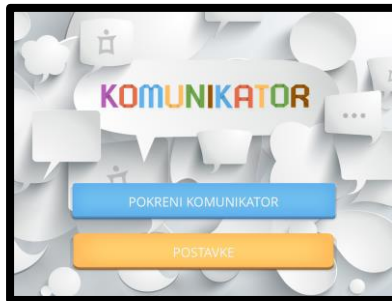
Kod osoba s intelektualnim teškoćama mobilna tehnologija se najviše koristi za pomoć kod komunikacije ili **potpomognute komunikacije (PK)**¹⁶ koristeći različita pomagala: znakovi rukama, geste, kartice sa slikama, specijalizirani uređaji i sklopke, komunikacijske knjige. Koju ćemo vrstu PK koristiti ovisi o intelektualnim sposobnostima djeteta i potrebama u odgojno obrazovnom procesu.

PK dijelimo na onu bez pomagala i onu s pomagalima. Pomoć za komunikaciju bez pomagala je ona koja ne zahtijeva upotrebu drugih uređaja ili objekata, već samo korištenje vlastitog tijela (npr. znakovi rukama, izraz lica, geste) dok pomoć u komunikaciji s pomagalima dijelimo na visokotehnološka (sklopke, različite vrste specijaliziranih komunikatora, prijenosna računala i pametni telefoni) i niskotehnološka (stvarni objekti, fotografije, slike, komunikacijske knjige ili ploče, ploče sa slovima, riječima ili frazama)

107



Niskotehnološka PK



Visokotehnološka PK

7.3. VJEŽBE:

1. Sudionicima se ubrzanim tempom i po mogućnosti bez pauze pročita priča „Panto Pletikosa“. Nakon ubrzanog čitanja teksta, sudionici trebaju ispričati sadržaj priče, imenovati osobe koje se pojavljuju u priči te opisati na koje su prepreke naišli prilikom slušanja i zapamćivanja priče. Cilj ove vježbe je da se osvijesti način na koji prenosimo verbalnim putem informacije osobama s intelektualnim teškoćama. U komunikaciji s osobama s intelektualnim teškoćama naglasak je na jednostavnom rječniku i sadržaju, kratkim i jednostavnim rečenicama, primjerenom tonu, tempu i glasnoći izgovorene riječi.

2. Sudionici uzimaju papir i olovku. Sudionike se poziva da pažljivo slušaju izgovorene glasove koje moraju zapisati kao slova ali suprotnim redoslijedom nego što su glasovi izgovoreni. Zadatak pisanja izgovorenih glasova zadaje se nakon izgovorenog zadnjeg glasa .

Cilj ove vježbe je osvijestiti na teškoće koje osobe s intelektualnim teškoćama imaju na području pažnje i pamćenja (smanjen kapacitet kratkoročnog i radnog pamćenja, smanjen broj informacija koje se pohranjuju u dugoročnim pamćenju te teškoće u zapamćivanju).

3. Sudionici uzimaju papir i olovku. Sudionike se poziva da pažljivo slušaju izgovorene brojeve koje moraju zapisati nakon izgovorenog zadnjeg broja. Sudionici pišu brojeve koje su upamtili.

Cilj ove vježbe je isti kao u prethodnoj aktivnosti.

¹⁶ Potpomognuta komunikacija podrazumijeva pojačavanje postojećih sredstava komunikacije ili uvođenje drugih oblika komunikacije te je namijenjena djeci i odraslim osobama koje iz različitih razloga ne mogu komunicirati na uobičajeni način (govorom) ili nedovoljno razumiju jezik.

Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

4. Sudionicima se diktiraju krivim redosljedom riječi duge rečenice (definicije). Zadatak sudionika je da u kratkom vremenu od 1 min slože pravilno izgovorene riječi u rečenicu. Cilj ove vježbe je da sudionici osjete kako se osobe s intelektualnim teškoćama osjećaju kada nemaju dovoljno vremena za izvršavanje apstraktnih zadataka. Osobe s intelektualnim teškoćama imaju problem na području apstraktnog mišljenja, sintezi, analizi, sumiranju i generaliziranju. Mišljenje osoba s intelektualnim teškoćama je na razini konkretnog.

108

8. OSOBE S TJELESNOM INVALIDNOŠĆU

Tjelesnim invaliditetom smatraju se oštećenja, deformacije, funkcionalne ili motoričke smetnje¹⁷, zbog kojih je potrebna zaštita i osposobljavanje za život i rad pod primjerenim uvjetima. Osobama s tjelesnim invaliditetom smatraju se osobe s

1. oštećenje lokomotornog aparata
2. oštećenje središnjeg živčanog sustava
3. oštećenje perifernog i mišićnog živčanog sustava
4. oštećenja nastala kao posljedica kroničnih bolesti drugih sustava

Tjelesni invaliditet prema organizaciji Disability World uključuje invaliditet gornjih ekstremiteta, invaliditet donjih ekstremiteta, motoriku te invaliditet u komorbiditetu s drugim organskim sustavima te da teškoće mogu nastati zbog različitih uzroka.

Kod osoba s tjelesnim invaliditetom može biti prisutna teškoća u izvođenju određenih aktivnosti kao npr. teškoće kod hranjenja, oblačenja, pripremanje obroka, obavljanje higijene, poteškoće kod samostalnog kretanja unutar ili van vlastitog doma.

1. Oštećenje lokomotornog sustava (kosti i mišići) je nedostatak, smanjenje ili gubitak motoričkih i funkcionalnih sposobnosti u izvođenju pojedinih aktivnosti koje je nastalo pri rođenju ili tijekom života. Dolazi do razaranja pojedinih dijelova, ograničenja ili potpunog uništenja zglobova, hrskavice ili mišića, deformacije kralježnice, progresivne mišićne distrofije, urođene malformacije, itd.

2. Oštećenje središnjeg živčanog sustava posljedica je bolesti, traumi što dovodi do smanjenja ili gubitak funkcionalnih sposobnosti u izvršavanju pojedinih aktivnosti ili rezultira promjenom svijesti. Oštećenja mogu nastati u svim razdobljima ljudskog života osobe. Osobe mogu pokazivati više vrsta senzornih i motoričkih poremećaja, koncentracije, umor, zabrinutost, gubitak motivacije, emocionalne probleme i probleme vida, itd. Najpoznatiji primjer oštećenja središnjeg živčanog sustava je cerebralna paraliza.

3. Oštećenje perifernog živčanog i mišićnog sustava posljedica je bolesti ili povreda nastale prije rođenja ili tijekom života što uzrokuje smanjenje ili gubitak mišićne funkcije u izvršavanju određene aktivnosti. Neuromišićne bolesti dijele se na bolesti živčanih i mišićnih stanica ili mipopatije¹⁸.

4. Oštećenja nastala kao posljedica kroničnih bolesti drugih sustava kao posljedica bolesti ili povreda organa ili organskih sustava što može rezultirati smanjenjem ili gubitkom sposobnosti/mogućnosti izvršavanja pojedinih aktivnosti (dijabetes, maligne bolesti, rijetke bolesti, itd.).

¹⁷ Motorički poremećaji odnose se na poremećaj fine (motorika lica ruku i prstiju) i grube motorike (motorika trupa i ekstremiteta), balans tijela. Uz tjelesni invaliditet vezana su dva pojma: pareza- slabost ekstremiteta, djelomična oduzetost te plegija- teški motorički poremećaj funkcije, oduzetost

¹⁸ Mišićna distrofija

8.1. CEREBRALNA PARALIZA

Cerebralna paraliza¹⁹ (CP) je neprogresivan poremećaj koji je postao temom mnogih istraživačkih radova koji su nastojala kroz različita tumačenja i definiranja približiti taj poremećaj ali i brigom mnogih roditelja koji imaju dijete ili nekog bližnjeg s tim poremećajem.

Prvi puta CP se spominje u radovima Delphechea u 19. stoljeću koji opisuje spastičnu parezu dok Freud raspravlja o značenju oštećenja mozga u knjizi „Die infantile Cerebrallähmung“ (prema Matasović i Strinković, 1986).

Terminologijom CP bavio se Little koji je u časopisu „Lancet“ 1841. opisao stanje motoričke ukočenosti kod novorođenčadi, nazivajući je „stanje spastične ukočenosti“ te nekoliko godina kasnije opisuje postojanost veze između oštećenja mozga i neuroloških poremećaja (prema Sabol, 1971).

Pojam CP u medicinskoj literaturi prvi puta uvodi W. Phelps koji 1947 god. osniva Akademiju za cerebralnu paralizu. Akademija predlaže definiciju cerebralne paralize kao oštećenje pokreta i motorne funkcije prouzrokovano defektom, bolesti ili povredom živčanog tkiva glave (prema Matasović i Strinković, 1986).

Nacionalni informacijski centra za djecu i mladež s hendikepom u Washingtonu, 1991. opisuje cerebralnu paralizu kao „stanje uzrokovano oštećenjem mozga, obično se pojavljuje prije, za vrijeme ili kratko nakon poroda. „Cerebralno“ odnosi se na mozak dok se paraliza odnosi na poremećaje pokreta i položaja. Nije progresivna niti prenosiva. Također nije „izlječiva“ premda edukacija, terapija i primjenjiva tehnologija mogu pomoći osobi s cerebralnom paralizom da vodi produktivan život. To nije bolest i nikada se ne može označiti kao takva. Može biti blaga do teška (prema Pospiš, 1996).

Najsuvremeniju definiciju dao je Mutch 1992. prema kojoj je CP „kišobran termina koji pokriva grupu neprogresivnih, ali često promjenjivih sindroma motornog oštećenja uzrokovanih lezijama ili anomalijama mozga u ranim stadijima njegovog razvoja“ (prema Pospiš, 1996).

Schleichkorn predlaže 1993. novi termin za CP koji bi bio bolje razumljiv „CENTRALNI MOTORIČKI DEFECIT“.

Etnologija cerebralne paralize vrlo je zamršena i kompleksna. Razlog takvoj etnologiji prema Kragelouhu (1995.) leži u umjetnom konceptu CP koji u sebi sjedinjuje različite neurološke sindrome heterogene pozadine, te moždane strukture fetusa koje su različito selektivno i vremenski vulnerabilne što dovodi da djeca koja rođena kao prematurus i ona rođena na vrijeme predstavljaju različite vrste i skupine.

Postoje različite klasifikacije etiologije nastanka CP koju navode različiti autori. Tako Pospiš (1996.) navodi dvije skupine etiologije. U prvu skupinu pripadaju razvojne malformacije u koje spadaju poremećaji razmnožavanja stanica i migracije neurona te narušena komunikacija između stanicama (višestruke trudnoće, blizanačka trudnoća, prijevremeni porod) dok u drugu pripadaju neurološka oštećenja mozga uzrokovana povredom mozga prije, za i poslije poroda (teški porod, neonatalne komplikacije, traume mozga, itd).

¹⁹ Cerebralna- mozak, paraliza- poremećaj pokreta i položaja

Kod CP oštećen je jedan dio mozga koji kontrolira pokrete. Oštećen dio mozga šalje pogrešne upute mišićima tijela što dovodi do mlitavosti i ukočenosti.

Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

Najjednostavnija klasifikacija uzroka CP je:

- prenatalni uzroci koji oštećuju mozak u vrijeme organogeneze ploda u prvom tromjesečju trudnoće: hipoksije embrijalnog živčanog sustava zbog poremećaja majčinog optoka krvi ili zbog mehaničke promjene u pupčanoj vrpici, zarazne bolesti majke, alkoholizam, cerebralna krvarenja ploda, fetalna eritroblastoza u Rh inkompatibilnosti, metabolički i endokrini poremećaji majke, UV-zračenja, itd.

Freud (1897.) upozorava da prematurus, porođaj zatkom, unutamaterične asfikcije u novorođenčadi, niski Apgar nakon 5,10 ili 20 min, grčevi i sindrom respiratornog distresa posljedice prenatalnog oštećenja. Rezultati istraživanja pokazuju da uzrok CP djece koja su rođena na vrijeme, leži u poremećaju migracije.

Smatra se da 30% slučajeva CP nastalo uslijed prenatalnih uzrok (prema Sabol, 1971, Pospiš, 1997).

- perinatalni uzroci oštećuju mozak za vrijeme ili neposredno nakon poroda: prerano rođena djeca, teški porod, loše građene zdjelice majke, hipoksija, različiti poremećaji venske cirkulacije, tromboze malih arterija, aspiracija amnijske tekućine, traume uslijed krvarenja.

Oko 60% slučajeva CP uzrokovano je ovim uzrocima (prema Sabol, 1971, Poeck, 1994).

- postnatalni uzroci posljedica su različitih infekcije (encefalitis, meningitis), akutne enterotoksične bolesti zbog poremećaja krvnog optoka (trbušni tifus, dizenterija) i urođene malformacije krvnih žila zbog hipoksije.

Oko 10% slučajeva CP uzrokovano je ovim uzrocima.

Osim svih ovih navedenih uzroka koji dovode do cerebralne paralize, postoje i faktori kao što su dob majke, konvulzivne bolesti majke, hipotireoidizam ili liječenje tireoidnim hormonom i estrogenom, upotreba kemoterapeutika, radioaktivno zračenje, eklapsija, infekcije dišnih i mokraćnih putova, itd.

Postoje različiti oblici CP što dovodi do teškoća u klasifikacijama. Najjednostavnija podjela cerebralne paralize dao je Phelps, koji svrstava CP u tri kategorije²⁰:

Prema obliku i formi:

1. *Spastični oblik*- nastaje kao posljedica oštećenja piramidnog trakta. Spasticitet je posljedica patoloških promjena motornih stanica moždane kore. Prisutna je opća pareza uz pojačan tonus mišića, koji je jače izražen nego mišićna slabost i nedovoljne zakočenost. Voljni pokreti su usporeni ili se ne mogu izazvati. Prisutni su patološki refleksi. Spastični oblik dijeli se na:

* spastičnu kvadriplegiju- spasticitet je jače izražen na rukama, nego na nogama

* spastična diplegija ili Littleova bolest- jače su zahvaćene noge s manjim ili nikakvom oduzetošću ruke

* spastična hemiplegija- spastična kljenut jače zahvaća ruku, nego nogu. Nastaje zbog porođajnih oštećenja što dovodi do 40-50% epileptičkih napadaja. Oko 50-60% osoba s CP ima ovaj oblik.

2. *Atetoidni oblik* – atetoz dolazi od grč riječi athetos što znači “bez čvrstog položaja“, a nastaje kao posljedica oštećenja ekstrapiramidnog trakta. Pokreti su nevoljni, polagani i tromi („crvoliki“). Oštećena je koordinacija i mišićni tonus.

3. *Ataksični oblik*- ataksija dolazi od grč. riječi a- taxis, što znači nered. Posljedica je oštećenja u malom mozgu, što rezultira gubitkom koordinacije, kontrole i ravnoteže. Nema

²⁰ Prema obliku ili formi, zahvaćenosti regiji tijela, prema težini oštećenja

Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

mišićne slabosti, poremećeni su dubinski refleksi. Poremećaji se izražavaju u hodu („hod pijanog čovjeka“)

4. *Rigidni oblik*- karakterizira otpor mišića agonista i antagonista. Otpor se javlja pri pasivnom kretanju. Nastaje kao posljedica oštećenja bazalnih ganglija.

5. *Miješani oblik*- kombinacija spasticiteta i ekstrapiramidalne fenomenologije.

111

Prema zahvaćenosti regija tijela:

1. *Hemiplegija*- zahvaćeni su ekstremiteti jedne strane tijela. Oblik je spastičan.

2. *Paraplegija*- zahvaćena su dva bilaternalna ekstremiteta. Često su zahvaćene noge, nego ruke.

3. *Kvadriplegija*- zahvaćena su sva četiri ekstremiteta.

4. *Triplegija*- zahvaćena su tri ekstremiteta, dvije noge i jedna ruka.

Podijela prema težini oštećenja

1. *Blaži stupanj*- osoba se može normalno brinuti za sebe, sporazumijevati se i kretati.

2. *Umjereni stupanj*- osobi je potrebna pomoć kod kretanja, ostale su mogućnosti ograničene.

3. *Teški stupanj*- govor, briga o sebi i pokretljivost je otežano ili je nemoguće. Osoba zahtjeva pomoć drugoga.

KARAKTERISTIKE OSOBA S CEREBRALNOM PARALIZOM

Uz primarno oštećenje motoričkih funkcija (fine i grube motorike), odnosno položaja i pokreta tijela, uzrokovano oštećenjem mozga, bilo prenatalno, natalno ili postnatalno, osobe s CP prate i dodatna sekundarna oštećenja koja otežavaju u predškolskom i školskom periodu, rast i razvoj.

Sekundarna oštećenja javljaju se na senzoričkom području.

Najčešće je zahvaćen govor. Govor može biti narušen u intezitetu i artikulaciji. Javlja se agramatizam, koji je najčešće kod sporog govora. Djeca i osobe koriste mali broj riječi, javlja se mucanje, dislalija. Djeca imaju poteškoća s vidom i sluhom, te osjetom boli. Poremećajem vida pogođeno je oko ¼ do ½ djece s CP. Dauglas je u polovici djece s CP pronašao strabizam koji narušava osjećaj trodimenzionalnosti. Osim strabizma javlja se sljepoća, ambliopija, kratkovidnost, dalekovidnost, astigmatizam.

Jedna od popratnih pojava osoba s CP je intelektualno oštećenje²¹, epileptički napadaji, kontraktura zglobova, skolioza, kifoza.

Prisutni su i poremećaji u ponašanju. Manifestiraju se kao impulzivne reakcije i preosjetljivost. Dijete s CP ne može se dugo koncentrirati na jedan sadržaj. Moguće su druge smetnje:

- *distrakcija*- nedostatak razlikovanja bitnog od nebitnog. Dijete nije u stanju da percipira u cjelini, pažnja mu luta od jednog do drugog predmeta te je rastreseno.
- *disinhibicija*- nemogućnost kočenja motoričkih reakcija. Dijete reagira stereotipno. Intenzitet reakcije je veoma jak, dijete izgleda umorno.
- *perserveracija*- dijete ima poteškoća u memoriranju pokreta i položaja pri prijelazu na novo i nakon duljeg ponavljanja ostaje na starom što je ranije naučio.

²¹Phelps je tu tvrdnju opovrgnuo kazavši da 70% djece s CP ima normalnu inteligenciju. Današnja istraživanja pokazuju da 25% djece s CP ima prosječnu i iznadprosječnu inteligenciju.

Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

- hiperaktivnost -predstavlja prisutnost velikog broja motoričkih reakcija. Dijete se ne može dugo koncentrirati jer ga ometa potreba za suvišnim pokretima.
- nestabilnost temperamenta
- poremećaji u učenju- disleksija, disgrafija, diskakulija

Svi navedeni poremećaji dovode do teškoća u učenju, odnosu u pisanju i čitanju. Teškoće u učenju javljaju se zbog teškoća u vizualno- motornoj koordinaciji, gdje teže dolazi do usklađivanja pogleda s pokretom, smetnje koordinacija oko-ška, smetnje orijentacija. Dijete s CP ne grupira i ne povezuje podražaje na isti način kao dijete bez teškoća i zbog toga ima poteškoća u stvaranju odnosa „dio-cjelina“, razlikovanje figure od pozadine. Teško prepoznaje dijelove unutar jedne cjeline i ne može ih logično povezivati. Grafomotorika i fina motorika je narušena. Dijete nije u stanju precrtati ili nacrtati željeni oblik i liniju. Djeca postaju potišteni, gube samopouzdanje i javljaju se druge emocionalne smetnje. Zaostaju za svojim vršnjacima.

112

NEKA PRAVILA PODRŠKE KOD OSOBA S CEREBRALNOM PARALIZOM

- kada dijete treba podići glavu, pridržavajte ga za ramena ili gornji dio trupa
- nije dopušteno povlačenje vrata ili glave, već uporište treba biti niže radi stabilnosti pokreta
- kada govorite djetetu, obraćajte mu se izravno u lice (iako ima očuvani sluh) jer se time djetetu daje do znanja da nam je bitno i da se obraćamo upravo njemu (razumijevanje)

Pravila ponašanja kod svlačenja i oblačenja

- objašnjavati djetetu što radimo kako ne bi postalo pasivno i ravnodušno
- odijevati dijete u sjedećem položaju, ako ima kontrolu trupa (dijete je nagnuto prema naprijed zbog ravnoteže. Dijete lagano podupiremo u području ramena te lakše kontroliramo položaj glave ili na boku (ako leži) kako bi pomoglo u okviru svojih mogućnosti.)
- okrećući dijete s jednog boka na drugi, izbjeci ćemo predugo zadržavanje u jednom položaju te dijete neće ostati kruto. U ovom položaju dijete lakše kontrolira glavu pa može vidjeti što se zbiva i surađivati.
- ne smijemo pokušavati progurati ruku kroz rukav ako osjetimo otpor u pružanju lakta
- spastično dijete ne smijemo povlačiti za vrhove prstiju jer ono izaziva savijanje lakta i koljena
- pri obuvanju cipela nogu uvijek treba savinuti u koljenu jer time dobivamo opušteniji gležanj pa se stopalo bolje prilagođava cipele
- ako djetetu moramo promijeniti pelenu, ispod djetetove glave i kukova dobro je staviti jastuk jer ćemo time olakšati okretanje kukova i koljena
- imenovati pojedine dijelove tijela i aktivnosti te rabiti situaciju za usvajanje pojmova prostornih odnosa (gore, dolje, lijevo desno), boja, odjevnih predmeta

Pravila ponašanja kod hranjenja

- ako dijete sjedi na stolici, potrebno je spriječiti klizanje tijela. Kukovi i koljena morali bi biti postavljeni pod pravim kutom, a noge lagano razdvojene.
- hrana mora biti ispred djeteta, glava u srednjem položaju, a osoba koja hrani dijete mora biti licem okrenuta prema djetetu, u istoj visini ili nešto ispod glave djeteta

Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

- ako dijete može zdravom rukom samo prinositi hranu ustima, poželjno je hranu usitniti i pustiti dijete da samo prinosi hranu vilicom ili žlicom te pomno pratiti treba li djetetu pomoć
- zabacivanje glave pri hranjenju treba izbjegavati jer se zabacivanjem glave unazad povećava opasnost od gušenja

113

8.2. PRAVILA PONAŠANJA PREMA OSOBAMA U INVALIDSKIM KOLICIMA

- usredotočiti se na osobu, a ne na njen invaliditet
- pristojno se rukovati s osobom s invaliditetom, pa čak i kad ima ograničene mogućnosti micanja ruke ili koristi protezu
- prije pružanja pomoći, uvijek treba pitati osobu u kolicima želi li ona pomoć ili ne
- ne smije se viješati ili naslanjati na kolica jer su dijelom nečijeg osobnog prostora
- kad se osoba koja koristi kolica „prebaci” iz njih u automobil ili na stolac, klupu, zahod, krevet... nemojte maknuti kolica izvan njenog dohvata. Ako se ipak moraju maknuti iz nekog razloga, pitajte za mišljenje osobu koja koristi kolica.
- govoriti izravno osobi u kolicima, ne nekome pokraj, kao da korisnik kolica ne postoji
- ako će razgovor trajati više od nekoliko minuta, sjednite, kako bi došli u istu visinu očiju s osobom koja sjedi u invalidskim kolicima
- nemojte ponižavati ili ponašati se zaštitnički prema osobi u kolicima time što je tapšate po glavi
- kada nekome objašnjavate put, mislite na stvari kao što su udaljenost, gdje su udubljeni nogostupi ili postavljene rampe, vremenski uvjeti i fizičke prepreke koje mogu ometati kretanje
- u redu je koristiti izraze poput: „hodati pokraj” ili „idemo se prošetati” kad se razgovara s osobom u kolicima. Ona to shvaća kao izražavanje zamisli o kretanju u istom smjeru
- nemojte misliti o ljudima u kolicima kao o „bolesnima”
- paziti na predrasude! Nemojte misliti kako je uporaba kolica tragedija. Kad su invalidska kolica dobro opremljena i odabrana, ona zapravo mogu značiti slobodu koja pruža korisniku mogućnost slobodnog kretanja i punog angažmana u životu.
- nemojte maziti pse vodiče ili druge životinje koje pomažu... One rade.
- nemojte obeshrabrivati djecu u postavljanju pitanja osobi u kolicima o njezinim kolicima. Otvorena komunikacija pomaže u premoštavanju predrasuda koje vode strahovi ili zablude.

8.3. USPJEŠNA KOMUNIKACIJA S OSOBAMA S TJELESNIM INVALIDITETOM²²

1. Ne izbjegavajte rukovanje s osobom s amputacijom gornjih ekstremiteta.
2. Ukoliko se s osobom koja koristi invalidska kolica više od nekoliko minuta, potrebno je razmisliti da se sjedne ili čučne kako bi se ostvario kontakt s očima u istoj razini.
3. Ne upozoravati djecu ako zure u osobu u kolicima već porazgovarati s njima o invaliditetu ili ohrabriti ih da pristupe osobe s invaliditetom i sami ih upitaju o njenom stanju i njezinom pomaganju i toliko minuta pješice“ , iako osoba koristi invalidska kolica.
4. Voditi računa o pauzama za odmor kada je netko na sastanku osoba u invalidskim kolicima.

²² Kettle (2015.), National Disability Authority (2016)

Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

5. Ne dodirivati invalidska kolica jer su ona osobni prostor osobe.
6. Izravno se obraćati osobi, a ne pratnji.

8.4. POMAGALA I TEHNIKE KOD OSOBA S TJELESNIM INVALIDITETOM²³

114

Kretanje:

Za izvođenje svakodnevnih aktivnosti u životu važna je pokretljivost. Osobe s tjelesnim invaliditetom mogu biti lakše do teže pokretne. Kod otežanog hoda koriste se **štapovi, štake i hodalice**. Ova pomagala pružaju i psihološku podršku osiguravajući joj stabilnost i smanjujući rizik od padova i ozljeda.



Osobe koje s ene mogu kretati, odnosno otežano im je kretanje koriste invalidska kolica te postoje različite vrste kolica: kolica na pokretanje pomoću obruča na kotačima, na elektromotorni pogon, specijalna kolica za bavljenje sportom...



Invalidska kolica potrebno je prilagoditi tijelu osobe koja će ih koristiti; postaviti oslonce za ruke i noge na odgovarajuću visinu, podesiti naslon stolice načinu sjedenja, podstaviti mekim materijalom mjesta pretpostavljenog najvećeg pritiska tijela o podlogu da bi se na taj način eliminirao osjećaj bola ili neugode i omogućila dobra distribucija tjelesne težine.

Odijevanje:

Kod odijevanja pomagala se koriste za lakše oblačenje, zakopčavanje gumbiju/patentnih zatvarača, vezanje vezica, nakit i dr. Ovisno o stupnju ograničenja pokreta gornjih ekstremiteta, većina odjevnih predmeta može stvarati poteškoće. Pomagala koja se preporučuju drška za odijevanje, žlica za oblačenje cipela sa produženom drškom,

²³ <https://fizioterra.com/2013/12/30/koristenje-pomagala-u-aktivnostim-svakodnevnog-zivota/>

Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

pomagalo za oblačenje čarapa, drška za zakopčavanje gumba i odjeća koja je lakša za odijevanje.



115

Aktivnosti u kojima je potrebna pokretljivost šake

Slaba funkcionalnost šake i čitavog gornjeg ekstremiteta može uzrokovati niz problema i kod pisanja, podizanja malih predmeta, baratanja sa prekidačima, otvaranja vrata (s uzdužnom ili kružnom kvakom), otključavanja vrata, baratanja sa prekidačima na štednjaku, utičnicama, itd. Kod problema pisanja, preporučuju se zadebljana pomagala za pisanje a osoba koje imaju znatno ograničenu pokretljivost ramenog zgloba može koristiti prethodno spomenutu dršku za odijevanje, kao pomagalo za baratanje sa prekidačima za svijetlo. Kod ostalih poteškoća može se koristiti zadebljanja ključa za lakše baratanje sa istim, prilagođene utičnice ...



Hranjenje

Poteškoće mogu biti kod: nabave namirnica, upotrebe kućanskih aparata (štednjaka, pećnice, mikrovalne, toster, sokovnika, miksera, vage i dr.), pripreme namirnica (rezanja, čišćenja, mazanja, točenja), termičke obrade namirnica (odmrzavanja, kuhanja jednostavnih jela i napitaka, pripremanja složenijih jela i dr.) i jedenja (upotreba žlice, vilice, noža, dr.). Da bi se olakšale aktivnosti u hranjenju koriste se posebno dizajnirani otvarač za konzerve i staklenke koji se pričvrsti za podlogu i omogućava njihovo lakše otvaranje, namjenski oblikovani noževi s podlogom ili sjeckalice sa dvije ručke, slavine sa ručkom na podizanje koje se mogu lakše otvoriti dlanom, spužva za čišćenje na dugoj drški da se izbjegne pretjerano sagibanje, itd.

Osobna njega i higijena

Osobna njega i higijena obuhvaća kupanje, korištenje wc-a, brigu o kosi, pranje zubi, njega

Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

noktiju, njegu kože/primjena kozmetičkih sredstava, šminiranje i dr. Pomagala koja se koriste su: drška sa spužvom na kraju, pomagalo za istiskanje paste za zube, češalj ili četkica sa produljenom drškom.

WC školjka

Za osobe s ograničenim mogućnostima kretanja jako je bitno da što duže vrijeme zadrže svoju samostalnost kako bi prilikom posjeta WC-u imali svoju intimu i privatnost. Kako bi se omogućilo korištenje zahoda bez tuđe pomoći, postoji veliki broj pomagala: podesiva WC školjka, preklopni rukohvati, držači za WC papir, itd.

Pomagala za kadu

Kako bi se kada mogla koristiti bez tuđe pomoći postoji veliki broj pomagala, koji se koriste u kadi: rukohvati i držači, dizalo za kadu, umetnuta sjedala i stolice, naslonjači za sjedenje, glavu i leđa, pomagala za ulaz, rukohvatima i vratima na kadi, itd.



Umivaonik

Umivaonik treba biti takav da se može koristiti sjedeći, da je pristupačan za osobe u invalidskim kolicima. Visina umivaonika ovisi o visini osobe, koje sjedi ispred. Ogledalo iznad umivaonika treba zadovoljiti zahtjevima osobe koja sjedi. Nude se posebna ogledala koja se mogu povući prema naprijed, koje može koristiti kako osoba koja sjedi tako i osoba koja stoji.

8.5. VJEŽBE:

1. Sudionike se zamoli da uzmu papir i olovku koju će staviti u nedominantnu ruku dok će dominantna ruka biti savinuta na leđima. Zadatak sudionika je da s nedominantnom rukom napišu rečenicu koju će voditelj radionice diktirati.
2. Sudionike se zamoli da skupe prste svoje dominantne ruke te da oko njih omotaju elastičnu gumicu. Zadatak je sudionika da nacrtaju neku biljku i životinju. Kada sudionici crtaju, voditelj dolazi do njih i pokušava dodati neki detalj na crtež. Cilj ovih aktivnosti je da sudionici osjete što znači biti osoba oštećene motorike i na koje sve prepreke osoba može naići ako se naruši motoričko funkcioniranje te kako se osjećaju kada im oduzimamo slobodu u izvršavanju aktivnosti u kojima oni mogu biti uspješni.
3. Sudionici stave obje ruke iza leđa. Zadatak je da ustima ili nogama napišu svoje ime i prezime.
4. Sudionici skupe prste svoje nedominantne ruke koje se učvrste s elastičnom gumicom. Ispred sudionika stavi se nastavni listić. Zadatak je ispitanika da dovrši u oba reda spiralnu liniju u obliku pisanog slova I pazeći na smjer crtanja linije
5. Jedan od sudionika je osoba s CP (ruke su iza leđa ili su zavezane s maramom). Drugi sudionik ima zadatak nahraniti prvoga sudionika sa čokoladom ili pudingom.
6. Ispred sudionika stavi se lutka. Zadatak je sudionika da savine iza leđa nedominantnu ruku, svuče i obuče lutku koja se nalazi ispred njega.



Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

7. Sudionici se kreću prostorom u invalidskim kolicima samostalno i uz pomoć pratnje.

8. Sudionike se podijeli u grupe po dva do tri člana. Podijeli im je bijeli papir i olovke. Zadatak je sudionika da nacrtaju ured i kuhanju koja je namijenjena osobi u invalidskim kolicima (može i učionicu u kojoj će boraviti učenik s teškoćama u invalidskim kolicima). Svaka grupa kada je gotova objašnjava zašto je baš tako nacrtala izgled prostora za osobu s tjelesnom invalidnošću.

Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

9. OSOBE S POREMEĆAJIMA IZ AUTISTIČNOG SPEKTRA

Ljudi se boje nepoznatih stvari, tema o kojima nisu dovoljno informirani. Jedna od takvih tema je autizam²⁴.

Prema Zakonu u Hrvatskom registru o osobama s invaliditetom²⁵ autizam se definira kao stanje u kojem je došlo do poremećaja emocionalne stabilnosti, inteligencije, psihomotornih sposobnosti, verbalne i socijalne komunikacije. Osnovna znakovitost autizma je povlačenje u sebe, poremećaji glasogovorne komunikacije i nesvrhovita aktivnost i perseveracija.

Termin autizam uvodi švicarski psihijatar Eugen Bleuler označujući njime jedan od osnovnih simptoma shizofrenije: osamljivanje, povlačenje u sebe i nekomunikativnost što je karakteristika djece s PAS-a.²⁶

1801. Jean G. Itard opisuje nakon promatranja divljeg dječaka Viktora sliku koja je slična slični PAS-a.

Američki dječji psihijatar Leo Kanner, 1943. opisuje 11- ero djece koja su izgledala tjelesno zdrava ali su pokazivala teškoće u komunikaciji i govoru²⁷. Te poremećaje je nazvao autističan poremećaj afektivnih veza uzrokovanih hladnoćom majke koje nisu marile za svoju djecu. Mnogo godina kasnije njegova teorija je odbačena.

1944. g. bečki psihijatar Hans Asperger opisao četvero dječaka nazivajući ih "autistični psihopati dječje dobi" što je okarakterizirao nedostatkom empatije, nesposobnost uspostavljanja prijateljstva, ograničeni interesi i motorička nespretnost te uglavnom dobro kognitivno funkcioniranje

Poremećaj iz autističnog spektra je razvojni poremećaj koji se pojavljuje u prvim godinama života (do 3. god), zahvaća sve psihičke funkcije i traje cijeli život.

Jedna od prvih definicija autizma koja je danas prisutna jest definicija koju je dala Laureta Bender 1953. (prema Škrinjar, 2010.) koja kaže da je autizam karakteristično promijenjeno ponašanje u svim područjima središnjeg živčanog sustava: motoričkom, perceptivnom, intelektualnom, emotivnom i socijalnom.

Termin autizam zamjenjuje se s terminom autistični spektar kojeg uvodi 1988. Lorna Wing objašnjavajući da ne postoje dvije iste osobe s autizmom, odnosno da postoje velike individualne razlike, kontinuumu gdje su na jednoj strani osobe s jedva izraženim teškoćama u socijalnoj prilagodbi dok su na drugoj strani osobe s izraženim komunikacijskim i intelektualnim teškoćama, nerazvijenim govorom i epilepsijom koja, kao bolest, dodatno otežava stanje.

Da bi se PAS-a dijagnosticirao dijete mora imati poteškoća u :

1. SOCIJALNIM INTERAKCIJAMA (2 SIMPTOMA) -oštećenje neverbalnih oblika ponašanja, izraza lica, držanje tijela, geste, ne razvijen odnos s vršnjacima, nema spontane podjele interesa, uživanja ili dostignuća, nema socijalnog ili emocionalnog reciprociteta

²⁴ riječ AUTIZAM dolazi od riječi autos (αὐτός) što znači ja ili sam

²⁵ Zakonu u Hrvatskom registru o osobama s invaliditetom, NN, 64/2001.

²⁶ do početka 20 st. osobe s PAS-a bile su smiješene u ustanove u kojima su boravile osobe s intelektualnim oštećenjima jer su klinička slika brkala s intelektualnim teškoćama i različitim psihozama.

²⁷ "... djeca sama sebi dovoljna, žive kao u nekoj školjci, najsretnija kad ih se ostavi na miru, ponašaju se kao da su hipnotizirana, pružaju dojam tihe mudrosti,..".

Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

2. KOMUNIKACIJI (1 SIMTOM)- govor kasni ili uopće nije razvijen, nema kompenzacije alternativnom komunikacijom (geste, mimika), nema iniciranja i održavanja, dijaloga kad postoji govor, stereotipna i repetitivna upotreba jezika, izostaju različiti spontani oblici igara

3. PONAŠANJU (1 SIMPTOM)- zaokupljenost jednim ili više stereotipnih modela interesa, nefleksibilno priklanjanje ritualima ili nefunkcionalnim rutinama, stereotipni i repetitivni motorički manirizmi, trajna zaokupljenost dijelovima predmeta što predstavlja važnu ulogu u organizaciji vlastitog ponašanja ili smirivanju te ih je pogrešno u potpunosti sprečavati. Priklanjanje rutinama i pravilima daje sigurnost osobama s PSA stoga promjene u rutini, kao npr. promjene u rasporedu ili nova učiteljica mogu izazvati povećanje stresa i tjeskobu. Da bi se dijagnosticirao autizam potrebno je najmanje 2 simptoma iz socijalne interakcije i po jedan iz ostalih kriterija.

PAS-a može se prepoznati već u dojenačkoj dobi. Neki od simptoma su: izostanak prvog smiješka u trećem mjesecu života, nepokazivanje emocija (neodgovaranje na majčine emocije), dugotrajan plač ili strah (druge osobe), poremećaj sna ili ishrane (nemirne nesanice- ponekad otvorene oči), odbijanje hranjenja, izostanak smiješka, izostanak facijalne ekspresije, nereagiranje na imena, izostanak gledanje u oči drugih osoba, oslabljen tonus, preosjetljivost na zvukove.

Osobe iz PAS-a imaju poteškoća i na području:

- senzoričke gdje preosjetljivost ili premala osjetljivost na senzorne podražaje te senzorna preplavljenost mogu otežati sudjelovanje u socijalnim interakcijama, sudjelovanje na nastavi i usvajanje gradiva
- području mišljenja, pamćenja i pažnje. Mišljenje osoba iz PAS-a s može biti nefleksibilno s prisutnim problemima u primjeni i generalizaciji naučenog na druge kontekste. Također imaju problema s razumijevanjem apstraktnih ideja i koncepata, konkretno razmišljaju i doslovno shvaćaju. Teško im je zauzeti perspektivu drugih što je povezano sa slabijim socijalnim razumijevanjem.
- motoričkog planiranja (što može dovesti do teškoća u izvođenju sekvenci pokreta), vještinama rješavanja problema i metakognitivnim vještinama (razmišljanje o onom što su naučili i o tome što mogu napraviti)

Uzrok autizmu se ne zna ali S. Baron-Cohen, P. Bolton (1993.) donose model krajnjeg zajedničkog učinka. Po tom modelu na pojavu autizma utječu genski čimbenici, virusne infekcije, komplikacije u trudnoći i porođaju te ostali uzroci koji djeluju na moždano oštećenje što rezultira poremećajem iz autističnog spektra i intelektualnim teškoćama.

Lijek za autizam ne postoji ali kako kaže H. Asperger „liječ za većinu aspekata autizma može pronaći u... *učiteljima punim razumijevanja, prilagodljivim zaposlenicima, podražavajućim zajednicama i roditeljima koji imaju vjeru u potencijale svoje djece*".

Autizam je rastući svjetski problem i zahtjeva posebno brigu i pozornost što govore statistički podaci o učestalosti pojave autizma. Tako npr. u Europi 1 : 150 rođenih za poremećaje iz autističnog spektra. Centar za kontrolu i prevenciju bolesti prati učestalost autizma u SAD-u i krajem ožujka 2014. objavio je nove podatke koji govore o pojavnosti autizma 1 : 68 djece (kod dječaka 1 : 42, kod djevojčica 1 : 189). Prema nekim autorima 4 puta više se javlja kod dječaka nego kod djevojčica.

9.1. KARAKTERISTIKE DJECE I OSOBA S PAS-A:

- smanjena sposobnost izražavanje ugone zbog radosti drugih (pomanjkanje empatije)
- izgledom se ne razlikuju od ostale djece

Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

- nedostatak zanimanja za drugu djecu i za ono što djeca rade
- neuspješan odnos s vršnjacima
- izostanak ili smanjena mogućnost imitacije
- smanjena sposobnost izražavanja ugone
- oštećenje neverbalnog oblika komunikacije (pogled oči u oči, izraz lica, držanje tijela)
- izostanak prvog smiješka
- razvoj govora kasni
- zaokupljenost jednim ili više interesa
- priklanjanje rutinama
- jak otpor prema promjenama
- povučenost u sebe
- poremećaj spavanja i hranjenja
- opsesivno-kompulzivno ponašanje (slaganje stvari)
- autoagresija i agresija
- nemaju gestu pokazivanja prstom, nego svoje potrebe zadovoljavaju vođenjem odrasle osobe za ruku

120

9.2. ASPERGEROV SINDROM

Hans Aspergeru je 1944. opisao djecu koja imaju normalnu inteligenciju, ali im nedostaje vještina neverbalne komunikacije, fizički su nespretna i ne pokazuju empatiju. Djeca i odrasle osobe) s Aspergerovim poremećajem imaju iznimno pamćenje detalja i činjenica. Neki njihovo pamćenje nazivaju fotografskim. Dobro mogu pamtit i mjesta kojima su se kretali, stoga kažemo da imaju odlično spacijalno i topografsko pamćenje. Dobro pamćenje možemo iskoristiti za poticanje samopouzdanja i doživljaj uspjeha.

Mišljenje u slikama (visual thinkers), Temple Grandin²⁸, opisuje autiste kao vizualne mislioe, kao osobe koje riječi koje čuju pretvaraju u slike. Mišljenje osoba s poremećajima iz autističnog spektra drukčije je od uobičajenog. Također, ove osobe skloniji su konkretnom mišljenju i imaju teškoće u apstraktnom mišljenju. Zato je važno davati pretežno slikovne instrukcije i dati prednost grafičkom izražavanju.

Osobe s ovim PAS-a imaju sposobnost stvaranju "posebnih pravila" i vlastite logike zapažanja i pamćenja/prisjećanja. Od malena preferiraju društva odraslih jer se osjećaju ugodno, češće ugodnije nego s vršnjacima. Doslovno tumače određene fraze, idiome ili metafora poput: Je li ti maca pojela jezik? /Lud od sreće. /Pogled može ubiti./ Drži oči na lopti./ Pao mi je mrak na oči. Koriste prozodiju – nema varijacija u melodičnosti govora (ton, jasnoća, visina, ritam...- monoton i ravan govor). Misle naglas – izgovaraju svoje misli glasno kao što ponekad čine manja djeca urednog razvoja, time mogu ometati drugu djecu u razredu.

Skloni su motoričkoj nespretnost jer motorički razvoj kada su u dječjoj dobi može biti usporen, Neka djeca s Aspergerovim poremećajem nauče hodati nekoliko mjeseci kasnije od očekivanoga. Imaju narušenu motoričku koordinaciju što s može primijetiti kod nekih aktivnosti npr. hvatanja i bacanja lopte mogu biti slabije nego kod vršnjaka, vezivanju vezica

²⁸ **Temple Grandin** (rođ. u Bostonu, 1947.) je američka doktorica znanosti koja se bavila proučavanjem stočarstva. Kao osoba s visokofunkcionalnim autizmom Grandin je također zapažena kao aktivistica za autizam i kao izumiteljica tzv. stroja za grljenje (*hug machine* ili *squeeze machine*), dizajniranom da smiruje hipersenzibilne osobe. zapažena .

Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

na cipelama, itd. Također, nekim učenicima je uredno pisanje problem čemu se može doskočiti u vrijeme moderne tehnologije.

Pokazuju neobične reakcije na senzorne podražaje gdje su disfunkcije moguće na sedam osjetnih područja (taktilno, vizualno, auditivno, vestibularno, propioceptivno, olfaktorno i oralno). Neka su djeca preosjetljiva na podražaje iz okoline, neka su nedovoljno osjetljiva. Mogu biti vrlo osjetljiva na određene zvukove i načine dodirivanja i smanjeno osjetljiva na niske razine boli. Pogođen je jedan ili više osjetilnih sustava. Uobičajeni podražaj može biti doživljen kao nepodnošljivo jak.

121

9.3. ŠTO ŽELI OSOBA S PAS-a DA ZNATE O NJOJ?

- Ja sam osoba s autizmom. Ja nisam "autističan". Moj autizam me ne definira kao osobu.
- Moja percepcija je drugačija. To znači da uobičajeni prizori, zvukovi, mirisi i okusi mogu biti vrlo bolno iskustvo za mene.
- Molim vas upamtite razlikovati između neću (ne želim) i ne mogu (nisam u mogućnosti to napraviti). Nije da ja ne slušam upute - ja ih jednostavno ne razumijem. obraćajte mi se direktno jednostavnim riječima.
- Ja razmišljam vrlo konkretno i doslovce interpretiram jezik. Ne razumijem igre riječima i sarkazam i molim vas nemojte ih upotrebljavati u razgovoru.
- Budite strpljivi sa mojim ograničenim rječnikom. Teško mi je izreći što želim kada ne znam izraziti riječima ono što osjećam.
- Zato što mi izražavanje i jezik ne ide baš sjajno, bolje mi ide vizualno učenje. Radije mi pokažite kako treba nešto učiniti nego mi pokušate isto objasniti riječima.
- Fokusirajte se i usmjerite energiju na ono što mogu i znam učiniti, radije nego na ono što ne mogu ili ne znam učiniti.
- Pomozite mi u socijalnoj interakciji. Možda izgleda kao da se ne želim igrati sa ostalom djecom u parku, no najčešće samo ne znam kako započeti razgovor ili druženje
- Pokušajte utvrditi koji su okidači mojih emocionalnih ispada, odnosno što im je prethodilo i uzrokovalo ih. Događaju se kada je jedan od podražaja preopterećen. Ako nađete okidač – mogu se spriječiti.

9.4. KAKO KOMUNICIRATI S OSOBOM S POREMEĆAJEM IZ AUTISTIČNOG SPEKTRA:

- uvijek se osobu zavez imenom prije nego li joj se počne obraćati
- govoriti manje informacije i sporije
- koristiti pauze kako bi osoba mogla procesuirati informacije
- ne koristiti mnogo pitanja
- anksioznost- manja vlastita neverbalna komunikacija
- pitanja kratka i zatvorenog tipa
- više vremena za komunikaciju
- ako je osoba neverbalna u komunikaciji koristiti vizualne kartice

Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

9.5. POMAGALA I TEHNIKE KOD OSOBA IZ PAS-A

Osobe iz PAS-a koriste u komunikaciji ovisno o tome koji oblik komunikacije je dominantan, verbalan ili neverbalan kako bi komunicirali s okolinom koriste augmentativnu i alternativnu komunikaciju (AAC)²⁹.

Osobama iz poremećaja autizma vizualni raspored i vizualna pomagala su vrlo važni u svakodnevnom funkcioniranju u obliku pisanih uputa i piktograma.

U početku se koriste stvarni predmeti ili situacije, potom snimke, fotografije i slike u boji, crne i bijele slike, crtanje linije te konačno grafički simboli i pisan govor.

Osobe iz PAS-a mogu se služiti vizualnim pomagalima tako dugo dok ne procesuiraju informaciju.

122



Vizualna podrška omogućava organizaciju aktivnosti, prikazivanje pravila ili uputa, za shvaćanje organizacije prostora, poticanje poželjnog ponašanja, prikazivanje određene socijalne situacije sa socijalnim uputama i očekivanim učenikovim reakcijama te za podučavanje samokontroli.

Metode AAK komunikacije:

· sistem komuniciranja zamjenom slika ili **PECS**³⁰ razvili Lori Frost i Andy Bondy. PACS ne usporava i ne smanjuje verbalnu komunikaciju jer se koristi u kombinaciji s verbalnim uputama. Korištenje ovog tipa komunikacije može započeti bilo kada, brzo se usvaja i neovisno je o dobi.



Interaktivne komunikacijske ploče -mogu biti različitih veličina, prijenosne ili statične. Organizacija simbola koji se koriste mora biti motivirajuća i izabrana tako da potiču

²⁹ augmentativna i alternativna komunikacija (AAC) obuhvaća sve oblike komunikacije (osim oralnog govora) koji se koriste da izraze misli, potrebe, želje i ideje

³⁰ the picture exchange communication system

Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

komunikaciju kod djeteta. Interaktivne komunikacijske ploče imaju funkciju Interakcije-pisanjem po ploči se upravlja odgovarajućom aplikacijom, pohranu podataka, e-mail, print, uporaba raznovrsnih aplikacija, kreativnost i jednostavnost.



· **komunikacijske kartice** koriste s djecom koja imaju razvijenu verbalnu komunikaciju. Služe kako bi podsjetile dijete što treba reći i kako bi im ponudilo alternativne riječi ili značenja.



· **komunikacijske knjige** mogu biti slikovne ili mogu sadržavati pismeni sažetak o različitim temama. Koristi se za povećanje govornih sposobnosti. Organizirane su kao mala knjiga (džepna) koja pomaže zadržati fokus u razgovoru.



· softverska komunikacijska pomagala
iPad uređaji važan je kod osoba iz PAS-a jer ga prati kamo kod krene te posjeduje ekran na dodir te osobe ne trebaju tipkati. iPad i tablet izvrsni su za poboljšanje fizičke, kognitivne i komunikacijske vještine pojedinca³¹.

³¹ Autism Speaks preporučuje aplikacije sa puno slika koje mogu da govore kada dodiruju.



9.6. VJEŽBE

1. Voditelj radionice čita neku kratku priču. Iznenada zamoli jednog od sudionika da izađe iz prostorije ne rekavši mu zašto. Voditelj radionice dalje nastavlja čitati priču i u jednom trenutku zamoli drugog sudionika da nastavi priču bez čitanja. Cilj ove vježbe je da sudionici osjete kako se osjećaju osobe iz PAS-a kada nisu pripremljene za novu situaciju.
2. Podijeljeni u paru - sudionik ima zadatak da čita svom paru neki apstraktni tekst koji nije dovršen a da to sudionici ne znaju sa zadatkom da će kasnije odgovoriti na pitanja. Zadatak će se promijeniti iznenada od voditelja radionice: umjesto da odgovaraju na pripremljena pitanja moraju dovršiti svojim riječima tekst.
3. Jedan sudionik čita tekst na glas, a drugi sudionici ga dodiruju, štipaju, nešto mu glasno govore na uho, istovremeno svijetle malom svjetiljkom u oči, ometaju ga.
4. Dva sudionika sjede nasuprot jedan drugome. Gledaju se u oči. Mjeri se vrijeme trajanja gledanja (koliko dugo mogu zadržati kontakt očima).
5. Dvoje sudionika razgovaraju. Jedan postavlja pitanja jako tiho. Drugi mora odgovoriti na pitanja koja mu postavlja sugovornik. Drugi sudionici radionice ometaju komunikaciji tako da čine buku (npr. plješću, lupaju nogama).
6. Jedan sudionik sjedi na sredini prostorije zatvorenik očiju. Nekoliko sudionika ga ometa stavljajući istovremeno kvačice za kosu, mažu ga kremom, brišu maramicom po licu, viču mu na uho, udaraju ga po nozi, štipaju po licu, trljaju dlan hrapavom podlogom, itd.
7. Sudionik ima zatvorene ili povezane oči. Istovremeno staviti nekoliko bočica različitog mirisa ispod nosa sudioniku (eterična ulja). Zadatak je prepoznati i imenovati mirise.
8. Sudioniku se približe sve bočice istovremeno. Zadatak je sudionika da prepozna i imenuje mirise.

10. ADHD

Djetinjstvo je radosno razdoblje u kojem prevladavaju istraživački duh djeteta praćeno ne pažnjom, smijehom, ozljedama. Puno puta im je dosadno ako im sadržaj nije zanimljiv. Mnoga djeca kada krenu u školu postaju nemirna, ne mogu sjediti mirno u školskoj klupi i roditelji postavljaju pitanja kao što su: Zašto se moje dijete ne koncentrira na sadržaj u školi? Zašto se cijelo vrijeme vrpolti na stolcu i ne sluša učiteljicu u školi? Zašto se vršnjaci ne žele s njime igrati? Gdje leži problem?

Radi se o poremećaju pažnje s hiperaktivnošću i impulzivnosti ili skraćeno ADHD-u.

ADHD³² (eng. *Attention Deficit Hyperactivity Disorder*) jedan je od najčešćih neurorazvojnih poremećaja dječje i adolescentne dobi. To je kognitivni i bihevioralni poremećaj koji karakteriziraju hiperaktivnost, impulzivnost i nedostatak pozornosti. Poremećaj je prisutan kod djece, adolescenata i odraslih osoba.

ADHD nije bolest nego razvojni poremećaj nedostatka inhibicije ponašanja. Razvojni poremećaj označava da se ADHD javlja do 7. godine života. Očituje se kao razvojno neodgovarajući stupanj nepažnje, pretjerane aktivnosti i impulzivnosti, a otežava samoregulaciju i organizaciju ponašanja u odnosu na budućnost (Sekušak-Galešev, 2008.). Osobe kojima je dijagnosticiran ADHD opisuju svoje stanje na sljedeći način:

„Imati ADHD je kao voziti po kiši sa lošim brisačima. Stakla su ti zaprljana i blatnjava, a ti i dalje voziš i stvarno te nervira što ne možeš vidjeti dobro. „

„Ili kao kad slušaš radio, stanicu sa smetnjama, te se moraš napinjati kako bi čuo što govore.“

„U drugom slučaju osjećaš se kao da si do kraja napunjen cijelo vrijeme. Imaš jednu ideju na pameti i kreneš prema njenom izvršenju, ali odjednom, da niti ne znaš imaš na pameti drugu ideju, a da još uvijek nisi gotov sa prvom, naravno koncentriran si na tu drugu ideju, ali prije nego što je dovršiš javlja se treća ideja, te ti svu svoju pažnju usmjeravaš na treću ideju, a ti se u principu moraš odlučiti samo na jednu.“

ADHD ne pripada suvremenom dobu. Već je sam Hipokrat opisao stanje nalik današnjem pojmu ADHD-a. Znanstveni opisi hiperaktivnog ponašanja pojavili su se tek 1902. godine u radovima Engleza Stilla³³ koji je opisao 43-je impulzivne djece sa značajnim problemima u ponašanju uzrokovanim genetičkom disfunkcijom, a ne lošim odgojem (danas bi se ta djeca dijagnosticirala kao djeca s hiperaktivnim poremećajem). Mnogi autori u svojim književnim djelima opisuju likove sa opisima ADHD-a. Tako npr. H.Hoffman u svojoj knjizi (Struwelpeter) Janko Raščupanko opisuje Nemirnog Filipa i Dječaka s glavom u oblacima. U pedesetim godinama prošlog stoljeća rađa se pojam MCD-a, odnosno minimalne cerebralne disfunkcije koji prethodi današnjem konceptu ADHD-a. Osamdesetih godina 20. stoljeća prvi se put spominje ADD (engl. *Attention Deficit Disorder*) u DSM III. klasifikaciji. Poboljšanjem dijagnostičkih kriterija 1994. godine u sklopu DSM IV. definirani su kriteriji prema kojima danas postavljamo dijagnozu ADHD-a. Otad je publicirano više tisuća znanstvenih radova koji su se bavili prirodom poremećaja, etiologijom, liječenje (prema Sskušak- Galešev, 2008.).

³² ADHD je kratica eng. porijekla što znači A- ATTENTION (PAŽNJA, POZORNOST), D- DEFICIT (NEDOSTATAK), H-HIPERACTIVITY (HIPERAKTIVNOST), D- DISORDER (POREMEĆAJ) ili na hrvatskom jeziku poremećaj pažnje s hiperaktivnošću i impulzivnosti.

³³ Sir George Frederic Still (1868. 1941.) bio je engleski pedijatar kojeg se naziva "ocem britanske pedijatrije".

Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

Etiologija nastanka ADHD-a leži u biološkoj različitosti funkcioniranja središnjeg živčanog sustava, koja proizlazi iz naslijeđa ili je posljedica nepovoljnih čimbenika što mogu djelovati tijekom trudnoće, porođaja ili nakon djetetova rođenja (neurotoksični teški metali, osobito olovo, preuranjeni porođaj i mala porođajna težina, eklampsija i toksemija u trudnoći, osobito pušenje u trudnoći, konzumiranje kokaina i alkohola). Neka istraživanja opisuju šest čimbenika rizika u obiteljskom okruženju: velika i neskladna obitelj, niski socijalni standard, kriminalitet oca i mentalna bolest majke te davanje djeteta na usvajanje. Druga istraživanja dovode patogenezu nastanka ADHD-a kao mogući uzrok navodeći razlike u strukturi mozga, njegovoj električnoj aktivnosti i moždanoj „povezanosti“ između dviju hemisfera te osobito nedostatak neuroprijenosnika.

Napredak u genetici i istraživanja koja su proučavala obitelj, blizance i posvojenu djecu potvrdila su da određeni geni određenih neurotransmitera - dopamina, serotonina i noraderanalina - imaju ulogu u razvoju ADHD-a.

Djeca s ADHD-om nisu zločesta djeca, njihovo ponašanje nije rezultat pretjeranog gledanja TV, uzimanje slatkiša, coca-cola, itd. Njihovo ponašanje rezultat je u razlikovanju u strukturi mozga koji se razlikuje od populacije bez ADHD-a, razlika je u neurološkoj funkciji, prijenosu informacije iz lijeve polutke u desnu polutku mozga, odnosno neurotransmiteri koji su važni za prijenos informacija koji brzo troše.

126

10.1. OSOBITOSTI OSOBA S ADHD-om

Simptomi ADHD-a se primarno dijele na³⁴

1. hiperaktivnost
2. impulzivnost
3. nepažnju

Oni se mogu razlikovati po intenzitetu, tako da osoba može biti dominantno hiperaktivna i impulzivna ili dominantno nepažljiva, ali također imati i kombinirani tip s oba simptoma koja se podjednako pojavljuju.

Gilliam (2006) ističe DSM-IV kriterije za model dijagnosticiranja. Za hiperaktivnost i impulzivnost potrebno je očitati šest ili više simptoma koji se pojavljuju u razdoblju od najmanje šest mjeseci. Rezultati se obrađuju timski (liječnik, psiholog, psihijatar, neurolog, itd.) kako bi se uspostavila dijagnoza.

Hiperaktivno dijete će se tresti i vrpolti na sjedalu i ustaje kada se očekuje da sjedi, često pretjerano trči ili se penje u neprikladnim situacijama, ima teškoće kada treba biti miran, često je u pokretu i često pretjerano priča.

Impulzivno dijete često "istrčava" s odgovorima prije nego što je pitanje postavljeno, teško mu je čekati red i prekida i ometa druge za vrijeme razgovora ili igre.

Nepažljivo dijete će raditi pogreške zbog nemara i ne obraća pozornost na detalje, ima teškoće u održavanju fokusa za vrijeme igre ili obavljanja zadaće, djeluje kao da ne sluša sugovornika, ne prati upute i ne dovršava obaveze, ima poteškoće s organiziranjem,

³⁴ **Nepažnja** se pojavljuje kad je dijete uključeno u zadatke koji zahtijevaju budnost, brzo vrijeme reakcije, vidnu i perceptivnu potragu te sustavno i dulje slušanje. **Impulzivnost** se odnosi na nepromišljene akcije koje potencijalno imaju negativan ishod. **Hiperaktivnost** uključuje prekomjernu motoričku aktivnost. Djeca mogu imati problema sjediti mirno kada se to očekuje (primjerice, u školi ili crkvi). Odrasle osobe se vrpolti, biti nemirni, ili brbljavi-ponekad do te mjere da se drugi osjećaju iscrpljeno promatrajući ih.



Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

izbjegava i ne voli sve što zahtijeva trajniji mentalni napor, često gubi stvari, ometaju ga vanjski podražaji i nerijetko zaboravlja svakodnevne aktivnosti.

Posljednjih desetljeća raspravlja se o intenzitetu ADHD poremećaja kroz životne faze. Iako učestalost još nije u potpunosti definirana, danas se sa sigurnošću može reći da ovo nije poteškoća u isključivo školskom razdoblju.

127

Kada imamo učenika u razredu s ADHD-om moramo imati na umu da on ima problema u područjima motorike (nemir, nespretnost, potreba za aktivnošću), emocionalnim i socijalnim odnosima (nizak prag na toleranciju, bijes, destrukcija, neprihvatanje od strane vršnjaka, agresija), kognitivnim funkcijama (loše apstraktno mišljenje, dezorganiziranost u mišljenju, teškoće u stvaranju koncepata, teškoće pamćenja, poremećaj čitanja, pisanja, računanja) i pažnji koja je neselektivna i kratkotrajna. Učenik s ADHD-om ima teškoće kao što su

- slabi školski uspjeh
- konflikti s autoritetom u školi
- nemogućnost posvećenosti zadacima koji zahtijevaju veći mentalni napor
- nisko samopoštovanje
- javlja se anksioznost i depresija
- noćno mokrenje
- alergije, poremećaji spavanja, noćne more
- loš odnos između djeteta i roditelja

Sve te teškoće dovode do poremećaja u ponašanju:

- nestrpljivost
- psihomotorni nemir, stalno je u pokretu, vrpolti se, okreće se, sve dodiruje i ne može sjediti dugo na jednom mjestu
- poteškoće u organiziranosti (zaboravlja ili gubi stvari)
- radi brzo i čini pogreške
- pažnja kratka, oscilira, neselektivna- ne može se usmjeriti na detalje, odluta mislima, sanjari, rastresen je
- odbija zadatke koji zahtijevaju veliki mentalni napor
- na postavljena pitanja odgovara brzo i bez razmišljanja
- ne uspijeva pamtititi upute
- pismeni radovi su „zbrkani“
- mijenja aktivnost, ne dovršava započetu aktivnost
- puno pita ne čekajući odgovor na prethodno pitanje
- ne uspijeva misliti na logičan i razumljiv način
- počinje raditi prije nego što je dobio upute, radi prebrzo
- često kaže „ne mogu to učiniti“
- krivo tumači jednostavne izjave, ne razumije mnogo riječi i rečenice, pričljiv je
- povodljivog je ponašanja
- ne pazi na satu, uvijek gleda nekamo
- govori, pjeva, šapće
- ne može izraziti svoje misli na logičan i razumljiv način
- lako padne i posrne, baca predmete ili mu oni padaju iz ruke
- poremećaji spavanja (malo spava, san mu je nemiran i isprekidan, rano se budi)
- ne podnosi ograničenja niti zabrane, disciplinu, ne uči na vlastitim pogreškama, već ih ponavlja

Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

- nepoželjni oblici ponašanja- bijes, plač, netolerancija, loši odnosi s vršnjacima koje rezultira osama i povlačenje u sebe

Bitno je da nakon svakog neprimjerenog ponašanja slijedi neposredna povratna informacija djetetu s ADHD-om. Djetetu mora biti jasno je li napravio nešto što nije u redu, zašto je tomu tako i u skladu s tim dijete dobiva nagradu ili kaznu. Djeci s deficitom pažnje vrlo je teško naknadno povezati nagradu ili kaznu s događajem koji je već prošao (dogodio se prije nekoliko sati ili dana).

128

10.2. ADHD U ODRASLOJ DOBI

Danas se smatra da ADHD u 50-80% nastavlja u odrasloj dobi ometajući osobu na drugačiji način nego u djetinjstvu. Hiperaktivnost kod odrasle dobi i dalje postoji ali u puno blažem intenzitetu nego u djetinjstvu (npr. žvakanje žvakaće, žvakanje gumice na olovci, lupkanje noge o pod, pucketanje prstima, vraćanje pramenova kose, blago ljuljanje u stajaćem položaju, itd).

Istraživanja su pokazala da odrasle muške osobe s ADHD-om skloniji su prometnim nesrećama, češće su bile u školskom uzrastu kažnjene pedagoškim mjerama, zloupotrebljavaju opijate i alkohol, sklonije su ljutnji i zlostavljanju, imaju problema na poslu, ne stižu na vrijeme ispuniti svoje dužnosti i zadatke, lako planu na kolege, itd. Žene s ADHD-om sklone su poremećaju u prehrani, pretilosti, niskom samopouzdanju, depresiji i tjeskobi te imaju probleme kod kuće u obitelji zbog teškoća u organizaciji poslova i obavezama.

Kod žena se ADHD u djetinjstvu teže dijagnosticira jer nisu toliko hiperaktivne kao dječaci a ponekad u toj dobi izgledaju nezainteresirano, nemotivirano, kao da sanjare.

10.3. VJEŽBE³⁵:

1. Sudionicima se pokaže vježba lijene osmice.

Prvo se crta lijevom rukom da bi se aktivirala desna hemisfera, kreće se suprotno u smjeru kazaljke na satu. Vježba se izvodi uz mrmljanje ili neku priču opisivanjem.

Cilj vježbe je poboljšavanje koncentracije, ravnoteže i koordinacije, vid dovodi do opuštanja, te djeluje na mehanizam čitanja, razumijevanje pročitano i prepoznavanju simbola

2. Sudionicima se pokaže vježba misleće osmice

Glava je uspravna, brada je u ravnini. Palcem i kažiprstom primi se vrh uha i nježno se masira prema dolje, te završava na donjoj resici.

Cilj vježbe je usmjeravanje pažnje na slušanje, opušta napetost, aktivira mozak za kratkoročno radno pamćenje, djeluje na unutarnji govor i vještine mišljenja, vid, sluh, slušanje vlastitog glasa³.

3. Sudionicima se pokaže vježba križno gibanje

Naizmjenično se miče jedna ruka, te njoj suprotna noga i obrnuto. Cilj ove vježbe je aktiviranje obje moždane hemisfere, djeluje na pisanje, slušanje, čitanje s razumijevanjem, poboljšava disanje i izdržljivost

4. Sudionicima se pokaže vježba Sova

³⁵ Neki oblik vježbi za ADHD (Selective Attention Test) :

<https://www.youtube.com/watch?v=vJG698U2Mvo>

https://www.youtube.com/watch?v=IGQmdoK_ZfY

<https://www.youtube.com/watch?v=bnnmWYI0lM>



Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

Stiskamo jedno rame da bismo opustili mišiće koji su napeti zbog slušanja, govorenja, razmišljanja, glavu lagano okrećemo preko središnje linije i glasamo huuu
Cilj vježbe je aktivira mozak za pamćenje, mišljenje, govor, opuštanje, poboljšava koncentraciju i krvotok u mozgu sposobnost izražavanja ideja

11. OSOBE S POREMEĆAJEM U PONAŠANJU

Poremećaj u ponašanju predstavlja skupni naziv za različite forme neadekvatnog, društveno neprihvatljivog, štetnog i inkriminiranog ponašanja djece i mladeži. To su ponašanja koja rezultiraju određene teškoće, štete bilo samima sebi, bilo drugoj osobi, skupini ili zajednici. Takvo negativno ponašanje ima negativne posljedice na obrazovno i radno postignuće djeteta, te njegovo socijalno, kao i ukupno ponašanje i funkcioniranje.

Postoje različiti termini koji opisuju nepoželjna ponašanja: odstupanja u ponašanju, aberantno, rizično, devijantno, disocijativno, poremećeno, neprihvatljivo, asocijalno, antisocijalno, kriminalno ponašanje, nedovoljna socijalna integracija, opozicijska ponašanja, poremećaji emocija i ponašanja itd.

Poremećaja u ponašanju moguće je pratiti i u odnosu na okruženja tj. sredine u kojima djeca i mladi ispoljavaju takva ponašanja. Prvo se manifestira u domu, kući pa se "širi" preko vrtića i škole, na susjedstvo, društvo vršnjaka, lokalnu zajednicu i širi društveni kontekst. Određeno ponašanje, u jednom slučaju može biti posljedica a u drugom uzrok. Ista je situacija i u odnosu na pojave koje mogu biti pokretač poremećaja u ponašanju a u kojim je dijete žrtva brojnih težih životnih okolnosti (zlostavljanje i zanemarivanje u obitelji)

Postoje različite klasifikacije PUP:

1. Klasifikacija DSM-IV Američke psihijatrijske udruge kaže da se PUP može dijagnosticirati u dojenačkoj dobi, djetinjstvu ili adolescenciji. Obrasci antisocijalnog ponašanja kao što su agresija prema ljudima ili životinjama, destrukcija imovine, varanje ili krađu i ozbiljno kršenje pravila, narušavaju fundamentalna socijalna prava drugih osoba.

Postoje kategorija PUP-u:

- poremećaji ponašanja koji uključuju: agresiju prema ljudima i životinjama, oštećenje ili gubitak imovine; prijevaru ili krađu; ozbiljno kršenje pravila
- opozicijsko ponašanje (poremećaje s uspostavljanjem i prkošenjem)
- poremećaje s nasilničkim ponašanjem
- poremećaje prilagodbe s miješanim smetnjama emocija i ponašanja
- poremećaje prilagodbe sa smetnjama ponašanja (smetnjama ophođenja)

2. Klasifikacija u sustavu edukacije koristi se na području odgoja i obrazovanja, javljaju se poremećaji emocija i samog ponašanja (nesposobnost za učenje koje se ne može objasniti intelektualnim, senzornim ili drugim zdravstvenim čimbenicima, nesposobnost za izgradnju zadovoljavajućih interpersonalnih odnosa s vršnjacima i učiteljima, neprimjeren tip ponašanja i osjećaja pod normalnim okolnostima, raspoloženje nesretnosti ili depresije, tendencija razvoja fizičkih simptoma ili straha u svezi osobnim ili s problemima u školi). Važno je pružanje pomoći svoj djeci u školskim uvjetima, pa tako i socijalno neusklađenim ponašanjem.

3. Klasifikacija prema dimenzijama ponašanja koja uključuje poremećaj dvije velike skupine ponašanja: internalizirano ponašanje koje je previše kontrolirano ili usmjereno prema sebi, npr. depresija, anksioznost, povlačenje koje je prisutna kod djevojčica i eksternalizirano ponašanje koje je nedovoljno kontrolirano ili usmjereno prema drugima, primjerice agresivnost, hiperaktivnost, delikvencija koje je prisutno kod dječaka.

Postoje aktivni poremećaji u ponašanju koji opisuju djecu kao nemoguću, zločestu i van kontrole te pasivni poremećaji u ponašanju kao što su povučenost, izoliranost i neprihvaćenost od vršnjaka.

Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

11.1. KAKO PREPOZNATI PONAŠANJA KOJIMA DJECA ŠALJU POZIVE U POMOĆ?

- izostajanje iz škole, nedisciplina u školi
- neposlušnost, prkos, ispade bijesa
- povlačenje, osamljivanje
- skitnju tijekom dana
- laganje, varanje, žicanje
- prijetnje, pušenje, konzumiranje droga i alkohola
- ostajanje vani unatoč zabrani roditelja, kršenje pravila
- nedostatak empatije, pretjerani strah, psihosomatske promjene
- interese neprimjerene dobi
- kršenje javnog reda i mira

Ovakva ponašanja moraju se javiti VIŠE puta i TRAJATI neko vrijeme kako bi se govorilo o poremećaju u ponašanju.

131

11.2. KAKO POMOĆI DJETETU S PUP

- prepoznajte djetetom poziv u pomoć
- zajedno s djetetom dogovorite jasna PRAVILA ponašanja
- dogovorite unaprijed posljedice u slučaju nepoštivanja pravila ponašanja
- objasnite djetetu zašto kršenje dogovorenih pravila za sobom povlači posljedice
- pravila i posljedice prilagodite djetetovim potrebama, dobi i sposobnostima (npr. nerealno je hiperaktivnom djetetu zabraniti izlaske mjesec dana), ali i vlastitim mogućnostima kako bi mogli biti USTRAJNI (neka posljedica traje onoliko koliko možete izdržati)
- posljedice NE SMIJU uključivati fizičko kažnjavanje, ponižavanje, psihičko maltretiranje, uskraćivanje zadovoljavanja osnovnih životnih potreba (hrana, voda, odjeća, ..., prijetnje
- razgovarati s djetetom

Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

11.3. VJEŽBE:

1. Sudionicima se podijeli napisana priča u kojoj se javlja nepoželjno ponašanje djece. Zadatak je sudionika da dovrše priču:

PRIČA 1.

Luka i Roko idu zajedno u 6. razred. Jedan dan dogovorili su se da bi mogli zajedno igrati Playstation kod Roka. Luka je sa sobom poveo svog starijeg prijatelja Mateja iz ulice koji ide u 8. razred i koji je bio oduševljen idejom da im se pridruži. Nakon što su se neko vrijeme izmjenjivali u igri na Playstationu, jer imaju samo dva joysticka, Matej je uzeo Roku iz ruke jedan i odgurnuo ga. Tu je nastala borba i svađa tko će igrati slijedeći....

PRIČA 2.

Lorena i Ines često zajedno provode vrijeme poslije škole smišljajući i radeći svakakve zabavne stvari: vožnja biciklom, rolama, igranje sa psom i sl. Iako su se dva dana prije dogovorile za druženje poslije škole, taj dan Lorena je samo rekla: „Ja idem kući!“, na što se Ines naljutila i rekla: „Ok, kad si takva nemoj me više ni zvati.“ Lorena je bila gladna i umorna te je željela što prije doći kući na mamin ručak. Nije joj bilo jasno zašto se Ines ljuti, ali nije više htjela s njom razgovarati....

2. Sudionike se podijeli u parove. Pažljivo slušaju upute voditeljice radionice:

Jedan sudionik u paru neka drži šaku jako stisnutu; zadatak je druge osobe u paru nagovoriti svog partnera da otvori šaku. Drugi sudionik odlučuje hoće li otvoriti šaku ili ne, odnosno je li „Nagovarač“ dovoljno uvjerljiv da ga nagovori otvoriti šaku. Cilj je da „Nagovarač“ nađe najbolji način koji će omogućiti da drugi sudionik u paru otvori šaku. Imate dvije minute, a nakon toga možete zamijeniti uloge. Nakon igre voditelj/ica i sudionici ponovno sjedaju zajedno u krug te se otvara rasprava (. Jeste li uspjeli otvoriti šaku? Kako ste to uspjeli, koja metoda je djelovala? Kako je biti u ulozi „Nagovarača?“ Kako je biti u ulozi onoga tko drži šaku stisnutu?)

Cilj ove vježbe je vježbanje kako reći NE, odnosno bavi se komunikacijskim vještinama te je usmjerena na razvoj asertivne komunikacije i kritičkog stava prema sredstvima ovisnosti.

12. OSOBE S VIŠESTRUKIM OŠTEĆENJIMA

Osobe s višestrukim oštećenjima su osobe koje imaju više vrsta oštećenja kao što su npr. osobe s intelektualnim oštećenjima koje imaju uz primarno oštećenje i senzorna i motorička oštećenja (npr. prijevremeno rođena djeca imat će kasnije u životu višestruke teškoće).

Osobe s višestrukim teškoćama trebaju podršku u svim domenama života, odnosno potrebno im je pružiti individualiziranu podršku kroz sustav socijalne skrbi, zdravstva, odgoja obrazovanja, stanovanja i sl.

13. OBITELJ OSOBA S INVALIDITETOM / DJECE S TEŠKOĆAMA

Obitelj je jedna od najvažnijih faktora u životu svakog djeteta. Obitelj je glavna tema mnogih istraživačkih radova ali i pojedinaca³⁶. Obitelj je prva zajednica u kojoj dijete ostvaruje prvu komunikaciju, stječe nova iskustva, spoznaje, formulira svoje stavove, dobiva temelj za kasnije dograđivanje svoje psihološke i duhovne strukture, usvaja vrednote, uči kako voljeti i biti voljeno, prima pažnju i razumijevanje.

Postoje različite definicije obitelji ovisno o području interesa. Tako npr. sociološka definicija kaže da je obitelj osnovna jedinica društva, psihološka da je bitan faktor primarne socijalizacije i uopće psihičkog razvoja djeteta (Petz, 1992), antropološka kaže da je obitelj osnovna ljudska zajednica te pravna da je obitelj skup osoba povezanih brakom (ili izvanbračnom zajednicom) ili srodstvom, između kojih postoje zakonom utvrđena prava i dužnosti (Alinčić, 1989).

Obitelj je svakom čovjeku primarna društvena, ali i biološka skupina koja je određena ne samo društvenim nego i biološkim zakonitostima pa su njeni članovi određeni istim tim kompleksnim bio-psiho-socijalnim setom činitelja (Golubović, 1981).

Obitelj je paradoksalna i nedokučiva pojava. Svugdje je ista, a opet nigdje nije ista (Ekerman, 1987).

Pojam obitelj dolazi od staroslavenskog "obitel" što znači samostan, stan (Gluhak, 1993) i izvedena je od glagola obitavati, obitati, stanovati. Praslavenski pojam "obitela" (fonetski: obitelja) = familija, porodica, coenobium, samostan (Skok, 1973) je zajedničko obitavanje, bivanje pod istim krovom. Oba se pojma koriste u govornom jeziku.

Prve spoznaje o obitelji vežu se uz filozofe stare Grčke koji zastupaju tradicionalističko promatranje braka i obitelji, njihove strukture, odnosa i hijerarhije. Karakteriziraju ih vlasništvo oca nad obiteljskim dobrima, patrijarhalni odnosi, čvrst sustav subordinacije (Aristotel).

13.1. FUNKCIJE OBITELJI

Funkcije obitelji današnjeg društva, uvjetovane su unutarnjim i vanjskim društvenim činiteljima. Najvažnije su:

- Emocionalna funkcija obitelji - presudna je za nastanak današnje obitelji, njezin opstanak i perspektivu na pojedinačnoj i općoj razini. U patrijarhalnoj porodici ova je funkcija sporedna pa se čak i zabranjuje pokazivanje emocija svim članovima zadružne porodice osim na relaciji majke i djeteta. U suvremenom društvu naglašena je njezina važnost.
- Biološko - seksualna funkcija obitelji je u razdoblju zadružne porodice izjednačena s reproduktivnom da bi se ove dvije funkcije, jedna presudna za humanu reprodukciju, a druga za zadovoljavanje jedne od važnih ljudskih potreba, razdvojile ulaženjem obitelji u sferu sve veće strukturne redukcije i sve snažnije egalitarnosti³⁷.

³⁶ Konfucije je rekao: „Da bi doveli svijet u red, prvo moramo staviti svoj narod u red; a da bi doveli narod u red, prvo moramo dovesti obitelj u red; a da bi doveli obitelj u red, prvo moramo dovesti naš osobni život u red; prvo moramo naše srce postaviti pravilno.“

³⁷ Egalitarizam je sistem koji promovira jednakost među ljudima. Egalitarizam (franc. égalité iz lat.: aequalitas *jednakost*) opisuje etno, političku, ekonomsku ili sociopolitičku poziciju koja, uspostavljanjem jednakosti, pokušava razuvjeriti društvene nesporazume ili konflikte.

Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

- Reproductivna funkcija obitelji za društvo u cjelini je osobito važna i očekivano je da se ono snažno zalaže za održavanje povoljnih stopa prirasta stanovništva pomažući obitelji u tom neprocjenjivo važnom poslu.
- Socijalizacijska funkcija

134

13.2. FAZE ŽALOVANJA

Pripremanje za roditeljstvo i veselo iščekivanje djeteta predstavlja s jedne strane veliko zadovoljstvo i izazov u življenju dviju osoba, roditelja, ali s druge strane veliku strepnju i strah da li će biti sve dobro s njihovim djetetom koje će učiti u njihove živote. Mnogi roditelji priželjkuju savršeno dijete, „lutku iz trgovine“, ali ponekad dožive šok koji ih prisiljava na prihvatanje ili neprihvatanje djeteta s teškoćama koje ulazi u njihove već strukturirane i posložene živote s jasnim pravilima ponašanja van i unutar zajednice.

Dolazak člana s teškoćama u obitelj izazov je i nalet različitih emocija, žalovanja³⁸, ljutnje, otuđenosti, okrivljavanja sebe i drugog partnera (prema Greenspan, 2004.)

Mnogi autori koji se bave istraživanjem i proučavanjem obitelji djeteta s teškoćama navode nekoliko faza žalovanja kod roditelja djece s teškoćama³⁹:

1. faza poricanja
2. faza ljutnje
3. faza pregovaranja
4. faza rezignacije
5. faza prihvatanja

U prvoj fazi **poricanja**, roditelji vijest da imaju dijete s teškoćama dočekuju osjećajem regresije, zbunjenosti, izbjegavanjem i straha. Ujedno tu vijest dočekuju s nevjericom i odbijanjem, negirajući istinu tražeći potvrđan odgovor iz svoje okoline, tragajući za stručnjakom koji će reći ono što žele čuti da će njih život biti opet onakav kakav su imali prije rođenja djeteta s teškoćama (npr. „Ovo se meni ne događa!“ „Idem po drugo mišljenje!“ „To nije istina!“). Samo poricanje istine o prisutnoj teškoći može imati dvojak učinak za roditelje. S jedne strane može biti pozitivan jer roditeljima daje vrijeme da se prilagode situaciji koja je stresna ali s druge strane ako ta faza predugo traje sprječava roditelje u poduzimanju potrebnih akcija za dijete, sebe i svog supružnika. Kako supružnici ne bi predugo ostali u fazi poricanja i uljuljali se u njoj potrebno je da supružnici

- preispituju svoje strahove koji su prisutni u vidu djetetove budućnosti (npr. samostalnosti, financija, funkcioniranju u različitim pripremljenim i nepripremljenim životnim situacijama)
- razmišljanje o negativnim posljedicama ako se dijete s teškoćom ne prihvati takvo kakvo je (npr. hrabrost da se zatraži adekvatna podrška)
- slobodno izražavaju emociju straha
- vode dnevnik u koji će zapisivati svoje strahove, situacije u kojim se strahovi javljaju. Vođenje dnevnika omogućava roditeljima dobivanje jasnije slike situacija i rasterećenje njih samih.

³⁸ Žalovanje prirodni proces koji se javlja kod roditelja djece s teškoćama u razvoju zbog gubitka ideje o djetetu i roditeljstvu kakvom su se nadali

³⁹ Prema sadržaju kojeg su pripremili studenti i mentori ERF-a u Zagrebu, 2020.

Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

- se okruže prijateljima koji ih razumiju i s kojima mogu razgovarati o svojim emocijama. Dovoljno je da ih neko samo sasluša.
- se uključe u različite oblike grupa podrške gdje će dobiti osjećaj da nisu sami

U drugoj fazi **ljutnje** javlja se frustracija, anksioznost, iritabilnost i stres. Mnogi roditelji kada dođu u tu fazu osjećaju ljutnju prema sebi svom partneru (npr. Da nisam pušila ili pila alkoholna pića to se ne bi dogodilo!“ Ili „u tvojoj obitelji baka je imala depresiju! Ti si kriva!“). Ponekada se ljutnja može javiti prema djetetu s teškoćama zato što je razorilo njihove živote kakve su imali prije rođenja, njihovu stabilnost ili se javlja ljutnja na ljutnju koju osjećaju prema djetetu. Anksioznost se javlja kada dijete počinje s terapijom jer roditelji vjeruju da će terapija pomoći da se sve promjeni. Kada vide da se njihove želje ne ostvaruju osjećaju se kao „ne savršeni“ roditelji jer oni jesu savršeni i ne mogu pomoći svom djetetu. Ako roditelji djeteta s teškoćama ostanu predugo u toj fazi javlja se razorna jačina bijesa i gorčine koje preraste u destruktivnost. Ono što roditelji mogu učiniti je

- da zapisuju u bilježnicu osjećaje ljutnje i situacije u kojima se ona javlja što predstavlja ispušni „ventil“ roditelja
- da se uključe u različite sportske aktivnosti putem koji će doći do opuštanja ljutnje i javljanja osjećaja sreće
- preusmjeriti svoju ljutnju na neke druge aktivnosti koje će poboljšati zajednički život u obitelji verbalizirati svoju ljutnju. Okružiti se s prijateljima koji ih razumiju.

Treća faza je faza **pregovaranja** u kojoj roditelji traži smisao i rješenje novonastaloj situaciji te dijele svoju životnu priču sa svojom okolinom. Faza pregovaranja pomaže u pružanju veće kontrole nad identificiranjem onog što bi se moglo ili trebalo učiniti da bi se situacija riješila. Pomaže pojedincu da prihvati istinu na emocionalnoj i psihološkoj razini. U toj fazi javlja se također i osjećaj krivnje („Što bi se dogodilo da sam drugačije postupila/o?“) Ono što roditelj u toj fazi može učiniti je:

- osvijestite izvore krivnje i otkriti koja je njezina svrha
- napraviti popis onoga što možete kontrolirati u odnosu na ono što se ne možete
- usmjerite se na pozitivne aspekte situacije
- započnite s duhovnim aktivnostima (npr. odlazak u crkvu i molitvu, meditaciju ili uživanje u prirodi)

Pretposljednja faza je faza **rezignacije** u kojoj se javlja bespomoćnost, manjak energije, povlačenost i preplavljenost emocija. Ti osjećaji koje se javljaju su pokazatelj da su roditelji počeli prihvaćati teškoću djeteta. To je korak za konstruktivno djelovanje pomoću vlastitih snaga i snaga obitelji. Roditelji u toj fazi moraju

- biti svjesni da nisu sami, da se moraju zavoljeti sebe
- postaviti male i realne ciljeve
- nagraditi sebe za svaki uspjeh kojeg su učinili
- kreirati rutinu koja će omogućiti osjećaj kontrole nad vlastitim životom
- radite ono u čemu uživaju
- vizualizirati opuštajuće situacije

Zadnja faza je faza **prihvatanja** gdje prevladava pozitivan stav prema djetetu, poštivanje snage potrebe djeteta i prihvaćanje podrške.

Neki autori navode slijedeće reakcije roditelja na spoznaju da imaju dijete s teškoćama:

Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

- šok (ako se priopći na neodgovarajući način, koji može dovesti do različitih psihičkih zdravstvenih problema. U toj situaciji majka je najranjivija jer želi od stresa zaštititi ostale članove obitelji)
- osjećaj krivnje (npr. osjećaj krivnje i samooptuživanja koji su povezani s depresijom osjećajem bespomoćnosti, beznadnosti i niskim pragom samopoštovanja. Ti osjećaji narušavaju odnose između članova obitelji i partnera, potiskivanje (problem se pristupa kao da dijete nema nikakvih teškoća. Ovisi o stupnju teškoća koje dijete ima.)
- projekcija krivnje (prebacivanje krivnje na određene osobe ili okoline, događa se kako bi se mogla odbaciti vlastita odgovornost na dr., partnera)
- intelektualizacija (sve okolnosti se znanstveno objašnjavaju prisutno je kod osoba sa završenom SSS-om)
- sublimiranje (očituje se u angažmanu roditelja u udrugama osoba s invaliditetom)

136

13.3. STRES

Roditelji⁴⁰ djece s teškoćama u razvoju nalaze se cijelo vrijeme u stresnoj situaciji nego roditelji tipične djece. Razlozi toj visokoj razini stresa su izazovi koje donosi dijete s teškoćom i osoba s invaliditetom, poteškoća u financijama i braku, manjak slobodnog vremena. Obitelji djece s teškoćama u razvoju uspješnije će se nositi sa stresom ako članovi imaju pozitivnu sliku o sebi, izgrađeno samopoštovanje, konstruktivan pristup rješavanju problema, emocionalnu regulaciju, ako se unutar obiteljske zajednice njeguje zajedništvo, privrženost među članovima, empatija, zajedničke aktivnosti te uzajamna podrška⁴¹.

Prema Greenspan (2004.) supružnici se bore na različite načine sa stresom, npr. jedan roditelj se može boriti agresivno usmjeravajući se na dijete. Dijete s teškoćom u toj situacije postaje centar svijeta svoga roditelja (npr. roditelj ga vodi na terapije, razgovara s liječnikom). S druge strane partner tog roditelja ostaje po strane bježeći u svoju sigurnu „luku“, posao gdje će biti daleko od svog djeteta s teškoćom i supružnika. Ako nema razumijevanja i podrške javlja se uzajamno okrivljavanje te brak dolazi u krizu. Prihvatajući svoje osjećaje i nastalu situaciju, roditelji će moći raditi kao ekipa proučavajući vlastiti način reagiranja. U suprotnome dolazi do razvoda zbog udaljavanja jednog partnera od drugog. Kako bi brak uspio partneri moraju poticati obiteljsku komunikaciju. To se ostvaruje tako da

- supružnici odvoje slobodno vrijeme za sebe, da budu zajedno kao supružnici a ne roditelji. Potrebno je da svake večeri odvoje vrijeme u kojem će razgovarati o svojim osjećajima i situaciji koje su se događale tok dana, gledajući se kao osobe a ne neprijatelji. Slobodno vrijeme (duženje s prijateljima, šetnja, meditacija, gledanje filmova/serija, čitanje knjiga, igranje društvenih igara, sportske aktivnosti, odlazak u kupovinu, itd.) služit će roditeljima da se odmaknu od svakodnevnih aktivnosti i napunite baterije za koji ih očekuju. Aktivnosti slobodnog vremena neka budu one

⁴⁰ Veliku ulogu ima uloga majke i oca. Dijete s teškoćama u razvoju u obitelji povećava fizičko, psihičko i vremensko opterećenje majke. To uzrokuje nervozu, smetnje spavanja, depresiju. Rođenje takvog djeteta predstavlja za majku traumatski događaj koji na nju ostavlja trag posebno u domeni ličnosti i interakcije s okolinom. Kada se radi o ulozi oca javlja se razočaranje s obzirom na tradicionalnu ulogu oca, držanje oca na distanci, osjećaj ljubomore zbog angažmana žene/majke, povećane angažiranosti oca na profesionalnoj razini, teško prihvaćaju dijete s teškoćom jer na taj problem očevi gledaju više racionalno, pa im samokontrola otežava emocionalno nadvladane problema

⁴¹ Oblici pomoći kod smanjenja stresa mogu biti u vidu razgovora, traženju i prihvaćanju podrške, prihvaćanju sebe, izgradnja samopoštovanja, pronalasku slobodnog vremena, zdravoj prehrani, kvalitetnom snu, uključivanje u različite aktivnosti unutar i van obiteljske zajednice

Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

koje mogu ostvariti u određenoj fazi života, neka budu planirane i mogu uključivati još neku osobu ali je ujedno dobro da roditelj bude i sam te pronaći podršku u čuvanju djeteta s teškoćom

- budu iskreni prema svojim osjećajima, da se ne srame pokazati svome partneru što osjećaju u danim trenucima. Potrebno je razgovarati o emocijama bez prekidanja i objašnjavanja. Takva komunikacija će približiti partnere.
- komuniciraju s drugim obiteljima koje imaju djecu s teškoćama ili osobama s invaliditetom
- potraže pomoć ili podršku u vidu savjetovanja jer savjetovanje može ojačati i spasiti brak supružnika

137

13.4. BRAĆA I SESTRE U OBITELJI DJETETA S TEŠKOĆAMA U RAZVOJU I OSOBA S INVALIDITETOM

Dolazak novog člana obitelji s teškoćama u razvoju ne utječe samo na supružnike, partnere nego i na braću i sestre. Kakvi su odnosi unutar obitelji ovisit će atmosfera i život djeteta s teškoćama i osoba s invaliditetom te svih članova obitelji. Mnoga istraživanja bavila su se odnosima među braćom i sestrama i članom obitelji s teškoćom ili invaliditetom, te su došla do zaključka da postoje bitne razlike između takvih odnosa i odnosa braće i sestara tipičnog razvoja. Odnos braće i sestara prema članu s teškoćom ovisi će i njihovim sposobnostima i vlastitom percepcijom, odnosima između roditelja, njihovim stavovima. Tako npr. braća i sestre koje imaju brata ili sestru s PAS-a, intelektualnim teškoćama pokazala su nižu razinu neprijateljskog ponašanja i stida te su pokazali višu razinu prihvatanja i podrške, cijene više individualna postignuća, gaje duboke i nježne osjećaje lojalnosti, imaju više razumijevanje i senzibiliteta prema osobama s invaliditetom te biraju pomagača zanimanja, te se kasnije bore za prava osoba s invaliditetom.

Prema Florjanić (2019) postoje pet faza odnosa među braćom i sestrama člana s teškoćom:

1. Rođenje sestre ili brata ima veliki utjecaj na rutinu jer dolazi do promjena u interakciji roditelja. Istraživanja su pokazala da roditelji uglavnom provode manje vremena sa starijim djetetom.
2. Zajedničko odrastanje tijekom ranog, srednjeg i kasnog djetinjstva- to je razdoblje gdje starije dijete ima usmjeren više svoj fokus na brata ili sestru s teškoćom u odnosu na roditelja. Ovo je razdoblje u kojem se javljaju konflikti i rivalstvo te se stvaraju duboki sestrinsko/bratski odnos.
3. Zajedničko odrastanje tijekom adolescencije – povećava se broj konflikata između sestara i braće, jača utjecaj i odnos s vršnjacima, dok odnos sa sestrom ili bratom ostaje u pozadini.
4. Napuštanje roditeljskog doma, sklapanja braka, rođenja djece, smrti roditelja –to je najdulja faza u sestrinsko/bratskom odnosu. U ovom razdoblju ponovno jača njihov odnos.
5. Starija dob - sestrinsko/bratski odnos poprima novi, dublji značaj. Sestre i braća uglavnom provode više vremena zajedno i pružaju si emocionalnu, fizičku i socijalnu podršku. S druge strane odrastanje s članom s teškoćama ili osobom s invaliditetom, kod braće i sestara iziskuje brzo sazrijevanje i odrastanje, preuzimanje ulogu majke ili oca u obavljanju različitih kućanskih poslova. Izloženi su prevelikim zadaćama i očekivanjima, oslanjajući s puno puta na vlastite snage i postignuća, očekujući jer su „jača“ da budu samostalnija.

Kod braće i sestara tipičnog razvoja mogu se javiti osjećaji krivnje („Zašto se to moralo dogoditi mojem bratu ili sestri? Zašto on ne može sudjelovati u aktivnostima kao i ja?“, itd.) ljutnje zbog prevelikih očekivanja i obaveza unutar obitelji i stida koji se javlja u različitim

Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

situacijama u koje zahtijevaju interakciju s okolinom. Zbog tih negativnih osjećaja braća i sestre mogu razviti izoliranost, zanemarenost, osamljenost i izloženost stresu te zabrinutost prema budućnosti (npr. osnivanjem vlastite obitelji, odlaskom od kuće, što će se dogoditi s bratom ili sestrom kada neće biti živi roditelji, itd.). Odnos među braćom i sestrama i članom obitelji je važan zbog samog rasta i razvoja člana s teškoćom (prema Wagner Jakoab i sur, 2007.).

Što roditelji mogu učiniti za svoju djecu tipičnog razvoja u odnosu na brata ili sestru s teškoćom je:

- da budu iskreni u davanju informacija o teškoći koju brat ili sestra imaju
- da im omoguće prostora i vremena u postavljanju pitanja i dati što više odgovora
- objasniti po čemu se oni razlikuju a po čemu su slični
- objasnite da njihov brat ili sestra raditi iste stvari kao i oni ali im možda treba duže vremena ili neka vrsta pomoć
- pokazati razumijevanje za njihove emocije
- pokazati svoje osjećaje jer tako pokazuju dobar primjer prihvaćanja teškoće (npr. „Iznerviram se kad me ljudi pitaju puno pitanja o tvojoj sestri, ali također mi je drago što su zainteresirani. Ponekad im kažem da ne želim pričati o tome“.)
- pronaći zajedničko vrijeme u provođenju aktivnosti. Dijete tipičnog razvoja cijenit će vrijeme koje roditelj posveti samo njima.
- zajedničko rješavanje problema
- proširiti krug prijatelja djeteta tipičnog razvoja jer ono ima pravo biti samo sa svojim vršnjacima
- razgovarati s djetetom o njegovom životu
- pokazati da su im **JEDNAKO VAŽNI KAO I DIJETE S TEŠKOĆAMA U RAZVOJU**
- uključiti člana obitelji u grupu podrške

Kao podrška braći i sestrama u obitelji djece s teškoćama provode se različite radionice i sastanci u vidu radionica za mlade i odrasle.

Cilj radionica je pružanje u opuštenoj i zabavnoj atmosferi podršku i edukaciju u sklopu aktivnosti i informiranja i diskusije u igrama. Grupe nisu terapijski ali puno puta imaju takav učinak.

Cilj radionica za mlade i odrasle imaju svrhu informiranja, pružanje podrške vršnjaka i vještine zastupanja. Na takvim sastancima puno se razgovara, rješavaju se problemi, donose odluke, izmjenjuju se iskustva i informacije o životu braće i sestara s teškoćama u razvoju i osoba s invaliditetom. Braća i sestre su najvažnija karika u životu osoba s invaliditetom zbog planiranja njihove budućnosti.

Veliku ulogu u obitelji djeteta s teškoćama ima **rana intervencija**. Rana intervencija prvi puta javlja se u SAD-a krajem 80-tih godina prošlog stoljeća sa ciljem smanjenja troškova u području socijalne i zdravstvene skrbi.

Mnogi autori definiraju ranu intervenciju kao pojam koji sadrži širok spektar usluga i aktivnosti koje su namijenjene podršci djetetu u njegovom ranom razvoju (prema Milić Babić, Franc, Leutar, 2013). Ljubešić (2012) ističe kako je rana intervencija fleksibilno, strategijsko i interdisciplinarno područje koje se bavi skupinom djece u riziku za razvojno odstupanje ili već utvrđenim teškoćama u razvoju, kao i njihovim obiteljima.

Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

Moore (2010) proširuje definiciju rane intervencije i govori da je to model koju omogućava djetetu učenje iz iskustva kako bi razvilo sve svoje potencijale i smisleno obavljalo aktivnosti svakodnevnog života u kući i zajednici. Ističe važnost uključivanja obitelji u svakodnevno pružanje podrške djetetu i upoznavanju s radom stručnjaka kako bi se poticao razvoj djeteta u prirodnom okruženju.

Prema Zakonu o socijalnoj skrbi rana intervencija se pruža djetetu od rođenja do navršene treće godine života, a najdulje do navršene sedme godine⁴². Odgovarajući programi u najranijoj dobi omogućavaju bolju uspješnost u svim područjima rasta i razvoja djeteta. Što je kraći period podražajne deprivacije, to je plasticitet mozga veći i razina mogućih teškoća manja. Osim urođenih osobina i razvoja središnjeg živčanog sustava, okolina ima velik utjecaj na razvoj djeteta i njegovih vještina (Matijaš, Bulić, Kralj, 2019).

Rutland (2012) ističe osnovna načela rane intervencije usmjerene na obitelj:

- roditelji najbolje poznaju svoje dijete
- obitelj je krajnji donositelj odluka za dijete i cijelu obitelj
- obitelj je konstanta u djetetovom životu, a stručnjaci su privremeni pružatelji usluga
- poštovanje prioriteta i vrijednosti obitelji u postavljanju ishoda i ciljeva u programu djeteta
- poštivanje kulturalnih i vjerskih razlika obitelji
- suradljiv, povjerljiv i otvoren odnos sa stručnjacima (edukacijsko-rehabilitacijskog profila⁴³)

13.5. KOMUNIKACIJA S RODITELJIMA OSOBA S INVALIDITETOM

Komunikaciju možemo smatrati osnovom našeg odnosa s okolinom, sve što radimo i govorimo. Riječ komunikacija dolazi od lat. riječi *communicare* što znači „učiniti poznatim“ odnosno „podijeliti s drugim, ono što ja znam saznat će drugi“.

Neki autori kao npr. Kadushi, (1997.) kažu da je komunikacija dijeljenje misli, osjećaja, stavova i ideja kroz razmjenu verbalnih i neverbalnih simbola. Ova definicija je vrlo jednostavna mada je poznati da i kada govorimo jednakim jezikom da možemo upasti u probleme ne razumijevanja i krivih poruka.

Komunikacija može biti

- verbalna komunikacija- poruke razmjenjujemo riječima, a uključuje govor i slušanje. Za dobru komunikaciju potrebno je naći ravnotežu između govorenja i slušanja jer ćemo tako osigurati kvalitetan razgovor.
- paraverbalna komunikacija govori kako je nešto sugovorniku rečeno što ovisi o boja glasa, visini glasa, brzini glasa, glasnoći, naglašavanju riječi, artikulacija i pauzi u govoru

⁴² Zakon o socijalnoj skrbi, NN, 157/13, 152/14, 99/15, 52/16, 16/17, 130/17, Čl. 84. St. 1

⁴³ Edukacijski rehabilitatori (defektolozi) su stručnjaci koji su završili Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet (Fakultetu za defektologiju). Edukacijsko-rehabilitacijska djelatnost obuhvaća: rano otkrivanje i intervenciju, timsku dijagnostiku, procjenu potreba za podrškom, izradu individualiziranih programa poticanja, osobno usmjerenih i obiteljski usmjerenih planova podrške, procjenu profesionalnih interesa i sposobnosti, promicanje prava djece s teškoćama u razvoju i njihovih roditelja, kao i osoba s invaliditetom u zajednici, edukacijsko-rehabilitacijske individualne i/ili grupne postupke i programe, odgojno-obrazovni rad s djecom s teškoćama u razvoju, koordinaciju podrške u različitim sustavima u svrhu zastupanja, upućivanje i praćenje korisnika, edukacijsko-rehabilitacijsku superviziju, savjetovanje, suradnju, timski rad (prema RIOS – Udruga za ranu intervenciju u djetinjstvu Osječko-baranjske županije)

Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

- neverbalna komunikacija- podrazumijeva geste, mimiku i držanje tijela (izražavanje emocija, pokazivanje stavova, odražavanje osobina ličnosti, poticanje ili mijenjanje verbalne komunikacije) koje nismo rekli verbalno. Neverbalna komunikacija je komunikacija bez riječi, a može biti svjesna ili nesvjesna. Na taj način mijenjamo verbalnu komunikaciju. S obzirom da većinu poruka šaljemo upravo na taj način, možemo reći da je ona izuzetno važna u izgradnji naših odnosa. 70% komunikacije pripada na neverbalnu komunikaciju.

Ljudi komuniciraju na nekoliko načina (stilovi komunikacije):

- agresivno- osoba zahtjeva i naređuje (nema molim i hvala), optužuje i krivi druge, ne priznaje svoje pogrešku, usmjerena na osobu a ne na ponašanje osobe, ne sluša i prekida, glasno govori, agresivna gestikulacija, zuri u sugovornika
- pasivno- izbjegava raspravu, većinom šuti ili puno priča – ništa ne kaže, ne izražava svoje mišljenje već tuđe, brzo priznaje svoju pogrešku i često se ispričava, govori tiho, ne podiže glas, većinu vremena ne gleda u oči, smiješi se i stalno kima glavom
- agresivno-pasivno- izbjegava raspravu ili većinom šuti ili puno priča, ne izražava svoje mišljenje već tuđe, brzo priznaje svoju pogrešku i često se ispričava, govori tiho, ne podiže glas, većinu vremena ne gleda u oči, smiješi se i stalno kima glavom
- asertivno- zna aktivno slušati, poštuje druge i to traži za sebe, jasno, konkretno i direktno govori – ne okoliša, iskazuje svoja očekivanja i osjećaje, pozitivno izriče prigovore (kritiku) ,zna pohvaliti druge, preuzima odgovornost za svoje riječi i djela, spreman/na je ispričati se kad pogriješi, zna se kontrolirati (svoje negativne osjećaje), gleda u oči i pokazuje osjećaje, glas prilagođen situaciji.

U asertivnoj komunikaciji poštuju se sva prava sudionika u komunikaciji i nema sukoba za razliku od ostalih stilova komunikacije gdje dolazi do sukoba i ne poštuju se prava sugovornika. Asertivno ponašanje može se naučiti i zahtjeva poštovanje prema drugim ljudima s kojima komuniciramo i prema sebi samom.

Vježbe asertivnog komuniciranja koje su važne kada komuniciramo s roditeljima djece s teškoćama su sljedeće:

- Ja-poruke
- Neslaganje bez napadanja
- Kako reći NE
- Izreći prigovor (kritiku) bez vrijeđanja
- Izreći pohvalu
- Tehnika “pokvarene gramofonske ploče”

Asertivnom komunikacijom povećavamo vjerojatnost da ljudi stvarno čuju naše prijedlog i stavove. A to otvara vrata razgovoru i dogovoru (prema Treščec,2023).

13.6. VJEŽBE:

1. Sudionicima se podijeli listić. Sudionici pročitaju rečenice. Zadatak je sudionika da povežu ti-poruke s ja- porukom

TI PORUKE	JA PORUKE
Prestani me gnjaviti, nema izlazaka!	Kada kasniš jako me ljuti jer gubim dragocjeno vrijeme čekajući. Želim da idući put poštuješ naš dogovor.
Stalno se dereš na mene i uvijek me sramotiš!	Kada tražiš da do kasno ostaneš vani jako sam zabrinut jer po zakonu maloljetne osobe ne smiju biti duže od 23 sata. Želio bih da mi pomogneš poštivati zakon i u grad odeš malo ranije, a vratiš se do 23 sata.“
Uvijek kasniš! Misliš da si neka faca i da te ja moram stalno čekati.	Kada želiš da bude isključivo po tvom prijedlogu osjećam se omalovaženo i povrijeđeno jer djeluje da ti nije stalo do moga mišljenja. Želio bih da me pitaš za mišljenje pa da zajednički odlučimo što ćemo raditi.
Nikad ne slušaš što ti pričam i samo buljiš u TV!	Baš me naljuti kada, usprkos našem dogovoru da odeš u trgovinu, ti još gledaš TV. Zato odmah ugasi TV i idi u trgovinu.
Uvijek mora biti po tvom!	Kada povišenim tonom govoriš pred mojim prijateljima osjećam se jako povrijeđeno jer prijatelji mogu steći dojam da me ne cijeniš i namjerno omalovažavaš. Želio bih da mi drugi puta mirnim tonom daš do znanja da se sa mnom ne slažeš ili prešuti pa ćemo to raspraviti nasamo.

3. Zadatak sudionika je da prepisu igrokaz koristeći asertivni stil komunikacije majke i sina (mogu i odglumiti igrokaz):

Majka počinje usisavati stan u 9 sati ujutro, a zna da sin liježe puno kasnije od nje i obično se budi oko 10 ili 11 sati. Sin izlazi iz sobe.

Sin: *Zašto mi ovo radiš? Tebe boli briga za to što ja spavam. Kada ti legneš spavati navečer, ja moram biti tiho, a ti meni ovako. Baš si bezobzirna!*

Majka: *Ja sam bezobzirna?! Ako sam ja bezobzirna, ti si onda lijen! Nikada ništa ne radiš, ne bi te ubilo da malo mrdneš prstom. Najlakše je samo spavati do tri popodne!*

Sin: *Ajde molim te, kad sam ja zadnji puta spavao do tri popodne? A nije istina ni da ništa ne radim po kući! Jučer sam oprao suđe. Ti nemaš pojma o čemu pričaš! Zašto me jednostavno puštaš na miru...*

Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

14. PODRŠKA DJECI S TEŠKOĆAMA I OSOBAMA S INVALIDITETOM

Poremećaj obiteljske svakodnevnice bez obzira koji joj bio uzrok sa sobom nosi jednu težinu i borbu članova obitelji i same osobe s invaliditetom ako je posljedica invaliditet. Na koji način će se obitelj prilagoditi na novonastalu situaciju ovisi o različitim čimbenicima i karakteristikama članova obitelji i same osobe s invaliditetom jer se osobe s invaliditetom međusobno razlikuju bez obzira kojoj kategoriji oštećenja pripadaju.

Roditelji osobe s invaliditetom zabrinuti su za budućnost svog djeteta i trebaju se prilagoditi novonastaloj situaciji od prihvaćanja dijagnoze, upoznavanje s razvojem djeteta s teškoćama, poticanje samopomoći, vjerovanje stručnjacima, itd. (prema Kiš- Glavaš, 2002.).

Zaštitni faktor u prilagodbi obitelji osobe s invaliditetom je podrška i razumijevanje koju pruža okolina, profesionalna briga i korištenje strategija suočavanja sa strahom.

Podrška obitelji osoba s invaliditetom olakšava svakodnevicu jer članovi obitelji najčešće se nazivaju obitelj s invaliditetom koja osjeća izolaciju i samoću a puno puta se zaboravlja kako sam invaliditet člana obitelji utječe na psihofizičko stanje svakog člana te obitelji.

U socijalnoj interakciji članovi obitelji osjećaju da i oni imaju nevidljiv invaliditet (npr. zbog pružanja podrške i brige za člana obitelji, roditelji i braća tog člana se sažalijevaju i osjećaju stigmatizirani) te se zbog okoline osjećaju preopterećeni i umorni, pesimistični, gube motivaciju, javlja se strah od budućnosti, itd)⁴⁴.

Mnogi autori bavili su se istraživanjem važnosti podrške koja se pruža obiteljima osoba s invaliditetom što ih je dovelo do zaključka da osobi s invaliditetom i njihovim obiteljima, od samog početka rođenja djeteta s teškoćama, kroz put odrastanja i školovanja, zaposlenja, itd. potrebno osigurati neformalne i formalne oblike socijalne podrške⁴⁵ u koju pripada percipirana briga, poštovanje ili pomoć koju osoba dobiva od drugih ljudi ili grupa.

Socijalne institucije koje se brinu o osobama s invaliditetom imaju zadaću da zaštite obitelj osobe s invaliditetom što je propisano velikim brojem prava i usluga.

Prema Volkeru stav prosvjetnih djelatnika je važan kao podrška zato što o njihovom stavu ovisi prihvaćanje vršnjak s teškoćama kao i stav zdravstvenih djelatnika. Nadalje podršku osobi s invaliditetom trebaju pružati i socijalni radnici koji moraju podučavati, savjetovati i informirati osobu s invaliditetom o njihovim pravima.

Religioznost i duhovnost prema mnogim autorima igra veliku ulogu u suočavanju roditelja sa strahom. Istraživanja su pokazala da majke koje su religiozne lakše se suočavaju s teškoćom svog djeteta neposredno nakon rođenja.

⁴⁴ potrebna podrška u svim područjima života, u financijskom smislu, emocionalna podrška i profesionalna pomoć za psihološke probleme, podrška u nošenju sa stresom te različiti oblici socijalne podrške.

⁴⁵ Prema Leutaru (2020). socijalna podrška definira se kao primljena podrška u stresnim i zahtjevnim situacijama. Socijalna podrška je vrlo široko definirana te se odnosi na bilo koji proces putem kojeg socijalni odnosi mogu djelovati na psihičko i/ili tjelesno zdravlje (Cohen i sur., 2000.; Hudlek i sur., 2005., prema Leutar i Oršulić, 2015.). Cohen i Wills (1985.) definiraju socijalnu podršku kao sredstvo koje se može osigurati kroz interakciju s drugima te da na taj način amortiziramo stres (Karačić, 2012.).

Mirfin – Veitch i suradnici (1997.) kazuju kako je socijalna podrška zaštitni činitelj u skrbi za roditeljsku dobrobit te može obuhvaćati podršku bračnog partnera, grupe za potporu, prijatelja, susjeda, profesionalaca te baka i djedova..

Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

14.1. VRSTE PODRŠKE

Sve navedene oblike podrške možemo svrstati u četiri kategorije (Garcia i suradnici (2008.)

1. formalna podrška
2. neformalna podrška
3. prijelaz iz neformalne u formalan oblik podrške
4. izostanak podrške

143

Formalni izvori podrške uključuju različite oblike pomoći u novcu ili u naravi od države i drugih institucija (pravne i fizičke osobe, udruge koje rade u korist osoba s invaliditetom), odnosno pružanje informacija, osiguravanje prava i usluga, sudjelovanje u različitim programima koji su namijenjeni osobama s invaliditetom i članovima njihovih obitelji. Formalni oblici podrške javljaju se kada neformalni oblik podrške ne zadovoljava potrebe osobe s invaliditetom jer su prezahtjevne te je osobi potrebna pomoć stručnjaka⁴⁶.

Svjetska zdravstvena organizacija naglašava da izostanak formalne podrške može dovesti

- do stanja osobe s invaliditetom u kojem će osoba s invaliditetom postati previše ovisna o članovima svojih roditelja, što će rezultirati da osobe s invaliditetom postanu ekonomski ne aktivne i socijalno neuključene
- preferiraju se usluge u kojima je pojedinac u fokusu (pojedinci su uključeni u donošenju usluga)
- osigurava punopravnu uključenost u zajednicu osoba s invaliditetom te sudjelovanje u društvenom i ekonomskom životu

Pokazatelj zadovoljstva formalne podrške obitelji osoba s invaliditetom pokazala su da roditelji nisu zadovoljni sa sustavom socijalne skrbi jer ne mogu ostvariti pristup informacijama zbog nepostojanja komunikacije sa stručnjacima ali i pružanja netočnih informacija kako navode autori Leutar i Buljevac. Nadalje autori naglašavaju da obitelj osoba s invaliditetom doživljava osuđivanje od strane stručnjaka, izostaje podržavanje okoline i pružanja pomoći te se javlja osjećaj isključenosti. Pružatelji formalne podrške često imaju usko definirani cilj, nisu fleksibilni i ne sagledavaju kao cjelovitu osobu, već samo kao problem (Lipman i Longino, 1982.).

Neformalni oblik podrške opisuje se prema Perry (2004.) kao emocionalnu podršku i/ili opipljivu pomoć koju pružaju već navedeni pružatelji. Osobu koja je u središtu pružanja podrške emocionalno se podržava kroz izražavanje naklonosti, pokazivanje brige i razvitak kohezije u pružanju podrške (Lipman i Longino, 1982.). Neformalni izvori podrške manifestiraju se u pomoći koja može biti financijska, materijalna, praktična ili emocionalna od članova obitelji, prijatelja, rodbine, susjeda. Oblik neformalne podrške motivirana je osobnim stavom. Leutar i Buljevac (2020.) navode kako neformalnu podršku pružaju i članovi različitih udruga u koju su uključene obitelji te članovi vjerskih zajednica Najveću neformalnu podršku roditelji obitelji osoba s invaliditetom dobivaju od strane rodbine, prijatelja, zdravstvenih djelatnika, Crkve, lokalnih i područnih te regionalnih vlasti⁴⁷.

⁴⁶ Financijska sredstava mogu se ostvariti, priznavanjem prava u sustavu formalne podrške

⁴⁷ Leutar, Ogresta, Babić (2008.) u svojim istraživanjima navode da je crkva ocjenjena najpozitivnije dok centri za socijalnu skrb ocjenjeni su najnegativnije

Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

Također postoji **prijelaz iz formalne u neformalni oblik podrške** koji je vidljiv kroz samopomoć i samozastupanja gdje same osobe s invaliditetom postaju zastupnici prava osoba s invaliditetom⁴⁸.

Podrška osoba s invaliditetom i njihovih obitelji je važna jer osigurava:

- zaposlenje osoba s invaliditetom na otvorenom tržištu rada umjesto u zaštićenim uvjetima
- stanovanje u vlastitom domu a ne u organiziranom stanovanju ili ustanovi
- sudjelovanje u aktivnostima zajednice s osobama bez invaliditeta

144

Formalni i neformalni oblik podrške manifestira se kao uključenost osoba u zajednicu i omogućava neovisnost života (npr. kod održavanje kućanstva, aktivnostima slobodnog vremena, smještaja u organizirano stanovanje, zapošljavanja⁴⁹).

Osim opisanih oblika podrške najčešće su podrška u obitelji jedan bračni partneri drugome, djeca bez teškoća su podrška svojim roditeljima dok su osobama s invaliditetom podrška njihovi roditelji.

Potrebno je stvarati uvijete u društvu koje će doprinijeti boljem usklađivanju potreba osoba s invaliditetom i njihovih obitelji, osigurati materijalne uvijete života, raznovrsnost i dostupnost servisa te javnu i veći informiranost o njihovim pravima.

14.2. OSOBNİ ASISTENT

Osobna pomoć je važna u svim aspektima neovisnog življenja osoba s invaliditetom i trebala bi biti prilagođena za svakog pojedinca. Osobni asistent omogućava dostojanstven život i samostalno odlučivanje osobe s invaliditetom kao i mogućnost da osoba s invaliditetom zauzme svoje mjesto unutar obitelji i društva sa svim pravima i obavezama.

Osobna asistencija podrazumijeva mogućnost osoba s invaliditetom da kompenziraju svoj invaliditet kroz delegiranje zadataka drugim osobama te omogućava sve uvjete za dostojan život osoba s invaliditetom.

Osobna pomoć je fizička pomoć osobi s invaliditetom sa u svim zadaćama i aktivnostima, koje osoba ne može sama izvršiti zbog invaliditeta, a potrebni su kako bi osoba s invaliditetom vodila samostalan život.

Zadaće osobnog asistenta su vezane uz:

- aktivnosti osobne toaletne higijene
- aktivnosti -pomoći pri ustajanju, odijevanju i razodijevanju
- aktivnosti oko hranjenja
- aktivnosti vezane oko pića
- aktivnosti kod pripremanja obroka
- aktivnosti oko davanja lijekova
- aktivnosti oko obavljanja sitnih kućanskih poslova
- aktivnosti pratnje

⁴⁸ Samopomoć – osobe s invaliditetom su tvoreci promjena i rješavatelji problema, te se zalažu za potpunu uključenost u zajednicu, te da svojim znanjima rješavaju probleme s kojima se osobe s invaliditet susreću. Kod samozastupanja osobe s invaliditetom (osobe s int. teškoćama) govore u svoje ime, sudjeluju u stvarima kojih se tiču, zalažu se za sebe, traže podršku kada im je ona potrebna.

⁴⁹ Radni asistenti, asistenti u nastavi, osobni asistent, prevoditelji u komunikaciji- komunikacijski posrednici

Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

Osoba s invaliditetom koja treba osobnu asistenciju je osoba koja ima jedno ili više teškoća te ne može samostalno obavljati fiziološke i dnevne potrebe (npr. gluhoslijepa osoba). Osoba s invaliditetom:

- samostalno odabire osobnog asistenta
- određuje opis posla
- određuje mjesto i vrijeme pružanja usluge
- educira asistenta o vlastitim potrebama i načinu kako se njoj pružaju usluge
- usmjerava i kontrolira rad asistenta te kvalitetu usluge

Osoba s invaliditetom odabire osobnog asistenta preko managera koji upravlja radom do trenera koji ga obučava. Asistenta se odabire iz kruga ranijih pomagača, preko različitih Udruga u koju je osoba učlanjena, putem oglasa ili uz pomoć Hrvatskog zavoda za zapošljavanje. Poželjno je da osobni asistent posjeduje odgovornost, točnost, marljivost, pouzdanost i ispravnost. Osobni asistent ne smije sažalijevati osobu s invaliditetom, odnositi se prema njoj sa zaštitnički niti je tretirati kao pacijenta.

145

14.3. PRUŽANJE PODRŠKE DJECE S TEŠKOĆAMA U RAZVOJU

Rana intervencija⁵⁰

Rana intervencija je stručna poticajna pomoć i podrška djetetu i stručna savjetodavna pomoć roditeljima i drugim članovima obitelji ili udomitelju, kad je kod djeteta u ranoj dobi utvrđeno odstupanje u razvoju, razvojni rizik ili razvojne teškoće.⁵¹

Rani sustav podrške čuva društvo i obitelj od brojnih nepoželjnih događaja kao što su: raspad obitelji, psihosomatski i neurotski poremećaji kod roditelja, smanjivanje njihove radne sposobnosti, institucionalizacija djeteta i sl. (Ljubešić, 2009.). Proces pružanja usluga rane intervencije započinje samim rođenjem djeteta i traje sve do polaska u školu te uključuje pružanje podrške ne samo djeci, nego i njihovim roditeljima, drugim članovima obitelji te informiranje, rehabilitaciju i savjetovanje (Košiček i sur., 2009).

Bitno je da se s procesom rane intervencije započne odmah po postojanju rizika od nastanka teškoće ili po saznanju o postojanju teškoće (Ljubešić, 2012.) jer su prve tri godine života najvažnije (Spiker, Hebbeler i Mallik, 2005.).

Zakonodavni okvir u Hrvatskoj daje mogućnost podrške djetetu i obitelji putem rane intervencije do 7. godine djetetova života, dakle do polaska djeteta u školu. Rana intervencija provodi se interdisciplinarnom suradnjom raznih stručnjaka od edukacijsko-rehabilitacijski stručnjaka (radi ranu procjenu djetetovog razvoja, provodi razvojne programe i prati njihov tijek), liječnika (postavlja dijagnozu djeteta, upućuje na specijalne zdravstvene ustanove, prati dijete), psihologa (daje procjenu djetetovog razvoja, pedagoške smjernice, psihološku i socijalnu podršku) i socijalnog radnik (pruža socijalnu podršku, informiranje, upućivanje na ostale relevantne aktere, povezivanje s ostalim strukama i pomoć u rješavanju socijalno rizičnih situacija)⁵².

Vrtići

⁵⁰ Rana intervencija u zakonski sustav Republike Hrvatske prvi put je uvrštena 2011. godine Zakonom o socijalnoj skrbi, te je do 2022. godine promijenila naziv u rana razvojna podrška.

⁵¹ Zakon o socijalnoj skrbi, čl. 97., st. 1). Prema istom Zakonu odstupanje u razvoju, razvojni rizik ili razvojne teškoće Zavod utvrđuje na temelju mišljenja liječnika specijaliste neonatologa ili pedijatra, a iznimno liječnika druge odgovarajuće specijalizacije ili stručne procjene.

⁵² Tim stručnjaka je fleksibilan te se ne treba sastojati od svih stručnjaka

Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

Zakon o predškolskom odgoju i obrazovanju⁵³ kaže da se u dječjem vrtiću ostvaruju redoviti programi njege, odgoja, obrazovanja, zdravstvene zaštite i unaprjeđenja zdravlja djece i socijalne skrbi djece rane i predškolske dobi koji su prilagođeni razvojnim potrebama djece te njihovim mogućnostima i sposobnostima te programi za djecu rane i predškolske dobi s teškoćama u razvoju. Za upis u vrtić dijete prvo treba proći postupak vještačenja kojim se utvrđuje vrsta i stupanj teškoće te potreba za stručnom podrškom. Postupak vještačenja pokreće Centar za socijalnu skrb.

Poznato je da se Hrvatska već dugi niz godina bori s potražnjom puno većom od broja dostupnih mjesta u vrtićima. Stoga su vrtići uglavnom prekapacitirani, pa tako i skupine u kojima su djeca s teškoćama u razvoju. Osim toga veliki broj vrtića nema rehabilitatora, logopeda, psihologa, asistente koji bi trebali sudjelovati u odgoju djece s teškoćama u razvoju te je zbog toga oporavak u vrtiću djetetu skraćeno. Vrtići moraju proći dug put da svakom djetetu osiguraju podršku koja će mu omogućiti da sudjeluje jednako kao njegovi vršnjaci bez poteškoća u razvoju.

146

Osnovnoškolsko i srednjoškolsko obrazovanje

Po završetku predškolskog odgoja djeca se upisuju u obavezno osnovnoškolsko obrazovanje koje u Republici Hrvatskoj traje osam godina. Kroz povijest djeca s teškoćama u razvoju⁵⁴ najčešće nisu imala mogućnost redovnog obrazovanja, njihovo obrazovanje provodilo se kroz zasebne „specijalne“ škole (Karin, 2016.).

U Republici Hrvatskoj se 1980. godine donosi Zakon o odgoju i obrazovanju djece s teškoćama u razvoju. Tada im se postupno pruža mogućnost pristupa jednakom obrazovanju što im omogućuje razvijanje njihovih potencijala te se njihovo obrazovanje u „posebnim“ ustanovama zamjenjuje uključivanjem u redovni školski sustav te se konačno počinje događati inkluzija⁵⁵.

Taj isti Zakon donosi Pravilnik⁵⁶ koji kaže da su učenici s teškoćama u razvoju učenici⁵⁷ čije sposobnosti u međudjelovanju s čimbenicima iz okoline ograničavaju puno, učinkovito i ravnopravno sudjelovanje u odgojno-obrazovnom procesu s ostalim učenicima, a proizlaze iz: tjelesnih, mentalnih, intelektualnih, osjetilnih oštećenja i poremećaja funkcija te kombinacije više vrsta prethodno navedenih stanja.

Zakon o odgoju i obrazovanju u osnovnoj i srednjoj školi (NN 152/14) u čl. 65 detaljnije navodi kategorizaciju učenika s teškoćama:

- učenici s teškoćama u razvoju
- učenici s teškoćama u učenju
- učenici s problemima u ponašanju i emocionalnim problemima
- učenici s teškoćama uvjetovanim odgojnim, socijalnim, ekonomskim, kulturnim i jezičnim čimbenicima

⁵³ Zakon o predškolskom odgoju i obrazovanju (NN 57/22, čl. 15.a, st. 1.)

⁵⁴ TUR-krtica za termin djeca s teškoćama u razvoju

⁵⁵ Inkluzija zahtijeva prilagođavanje nastavnih metoda i tehnika, individualizirane programe, prilagođene sadržaje i tehnike komunikacije.

⁵⁶ Pravilniku o osnovnoškolskom i srednjoškolskom odgoju i obrazovanju učenika s teškoćama u razvoju (NN, 24/15, čl. 2., st. 2.)

⁵⁷ To su učenici s oštećenjima i/ili poremećajima organskog podrijetla (npr. neurološka, senzorna ili motorička oštećenja ili poremećaji u ponašanju), a čije odgojno obrazovne potrebe ponajprije proizlaze iz problema povezanih s oštećenjima ili poremećajima

Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

Unutar Pravilnika postoji Orijentacijska lista vrsta teškoća koja prikazuje vrste i stupanj teškoće u svrhu definiranja.

Inkluzivno obrazovanje temelji se na pravu kvalitetnoga obrazovanja svih učenika podjednako što znači da omogućuje djeci/učenicima s teškoćama da, prema svojim sposobnostima i mogućnostima te interesima, sudjeluju i surađuju s drugom djecom/učenicima.

Veliku ulogu kao podrška ima tim stručnjaka od roditelja pa do učitelja, stručnih suradnika škole, ravnatelja, školskih liječnika i vanjskih suradnika te pomoćnici u nastavi, a komunikacijsku potporu gluhim, nagluhim i gluhoslijepim učenicima pružaju stručni komunikacijski posrednici⁵⁸.

Prije ulaska u razred kako bi podrška bila valjana, učitelj tog djeteta trebao bi biti upoznat s pojedinom teškoćom koju učenik u njihovom razredu ima te u skladu s tim prilagoditi i svoj nastavni program⁵⁹.

Istraživanje Bouillet provedeno 2013. pokazalo je da u brojnim školama učiteljima nije dostupna odgovarajuća pomoć stručnih suradnika, da se u tom poslu osjećaju usamljeno te da trebaju snažniju podršku u poučavanju djece s teškoćama u razvoju (Bouillet, 2013.).

Pomoćnik u nastavi i komunikacijski posrednik

Podrška koja bi učiteljima i nastavnicima koji u svojim razredima imaju djecu s TUR značajno pomogla zasigurno su pomoćnici u nastavi.

Pomoćnik u nastavi oblik je podrške učenicima s posebnim obrazovnim potrebama. Prema Pravilniku o pomoćnicima u nastavi i stručnim komunikacijskim posrednicima koji je donesen 2018. pomoćnik u nastavi je osoba koja pruža neposrednu potporu učeniku tijekom odgojno-obrazovnoga procesa u zadacima koji zahtijevaju komunikacijsku, senzornu i motoričku aktivnost učenika, u kretanju, pri uzimanju hrane i pića, u obavljanju higijenskih potreba, u svakodnevnim nastavnim, izvannastavnim i izvanučioničkim aktivnostima, a sve prema izrađenome programu rada prema utvrđenim funkcionalnim sposobnostima i potrebama svakoga pojedinog učenika te uputama učitelja/nastavnika, stručnih suradnika škole, odnosno stručnoga tima. Pomoćnik u nastavi može pružati potporu jednom ili dvoje učenika u istome razrednom odjelu ili različitim razrednim odjelima ili kao pomoćnik u nastavi skupini učenika istoga razrednog odjela (odgojno-obrazovne skupine) uzimajući u obzir individualne potrebe svakog učenika. U jednom razrednom odjelu/odgojnoobrazovnoj skupini može biti samo jedan pomoćnik u nastavi. Dakle pomoćnici u nastavi provode individualan rad s učenicima s teškoćama u razvoju i to na način da pomažu učeniku da usvoji odgojno-obrazovni sadržaj, također omogućujući njegovu interakciju s drugim učenicima u razredu i školi općenito (Greenspan i Wieder, 2003.).

Pomoćnici u nastavi predstavljaju uzor ili model ostaloj djeci u razredu.

Pravilnika o pomoćnicima u nastavi i stručnim komunikacijskim posrednicima, detaljno navodi koji su poslovi pomoćnika u nastavi:

- podrška u komunikaciji i socijalnoj uključenosti (poticati učenika na suradnju s ostalim učenicima, poticati i usmjeravati učenika na prihvatljive oblike ponašanja te upozoravati učenika na štetnost i posljedice neprihvatljivih oblika ponašanja uz

⁵⁸ Smjernice za rad s učenicima s teškoćama, 2021.

⁵⁹ npr. dijete s oštećenjem sluha bi trebalo sjediti u prvoj klupi, a nastavnik bi trebao nastojati uvijek biti okrenut licem prema djetetu kako bi dijete dodatno moglo pratiti kretanje njegovih usta ili dijete u invalidskim kolicima ne može pristupiti nastavi ako škola na ulazu ima stepenice, a nema prilaz za kolica ili rampu, ili ako mu je učionica na drugom, trećem katu zgrade bez lifta.

Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

prethodno savjetovanje s učiteljem/nastavnikom i/ili stručnim suradnikom, pružiti potporu učeniku u provedbi pravila rada i igre, davati potporu u socijalizaciji uz interakciju s drugim učenicima)

- podrška u kretanju (voditi učenika kojemu je potrebna potpora u kretanju (pridržavati, usmjeravati, upozoravati na prepreke, pružiti potporu učeniku koji se kreće u kolicima pri savladavanju prepreka, voziti učenika u kolicima ako se učenik ne može samostalno voziti te upravljati pomagalicama za penjanje i spuštanje u svrhu svladavanja prostornih prepreka, pružiti potporu učeniku u promjeni položaja tijela)
- podrška pri uzimanju hrane i pića (dodatno pripremiti hranu učeniku: rezanje, usitnjavanje, hranjenje ovisno o potrebi učenika, pružiti potporu učeniku pri pijenju)
- podrška u obavljanju higijenskih potreba (samo u slučaju nepostojanja adekvatne medicinske/njegovateljske pomoći za obavljanje tih potreba: pružiti potporu pri održavanju higijene, pružiti potporu učeniku pri odlasku u toalet, pružiti potporu učeniku pri korištenju toaleta)
- podrška učeniku pri presvlačenju (skidanje i odijevanje odjeće i obuće) tijekom boravka u školi i izvanučioničkim aktivnostima ovisno o potrebi učenika i situaciji
- podrška u obavljanju školskih aktivnosti i zadataka (pružiti potporu učeniku u korištenju pedagoško-didaktičkih pomagala, pisati prema diktatu učenika u zadacima koji zahtijevaju pisanje rukom i/ili na računalu vodeći računa da se ne ometa nastavni proces, pružiti tehničku potporu učeniku u čitanju, pisanju, računanju i izvođenju grafičkih radova, dodavati učeniku školski pribor, pridržavati udžbenik, fiksirati radne listiće i bilježnice za radnu podlogu, itd.)
- podrška kao suradnja s radnicima škole te vršnjacima učenika u razredu, što podrazumijeva razmjenu informacija potrebnu za praćenje i unapređivanje rada s učenikom.⁶⁰

148

Komunikacijski posrednik pruža:

- komunikacijsku potporu u onom sustavu komunikacije koji učenik preferira
- priprema se za nastavu i neposredni rad s učenikom u svrhu objašnjavanja određenih pojmova učeniku prema uputama učitelja/nastavnika,
- pruža potporu učeniku pri uporabi radnih materijala i korištenju udžbenika
- dodatno objašnjava pojmove učeniku
- potiče učenika na pisanje i izražavanje u onom sustavu komunikacije koji učenik preferira, a u skladu s učenikovim mogućnostima i sklonostima
- potiče učenika na suradnju s ostalim učenicima
- pružati potporu u kretanju za gluhoslijepe učenike i osigurati prenošenje vizualnih/auditivnih informacija (opisivanje okoline u nastavnim, izvannastavnim i izvanučioničkim aktivnostima)
- ispisuje na računalu tekst izlaganja predavača tijekom nastave
- surađuje s učiteljima/nastavnicima i stručnim suradnicima

Osobe s invaliditetom u sustavu visokog obrazovanja

⁶⁰ Učenik može dobiti pomoćnika u nastavi na način da stručno povjerenstvo osnovne škole ili nastavničkog vijeća srednje škole koju učenik pohađa podnosi Uredu zahtjev za osiguravanjem potpore pomoćnika u nastavi učeniku.

Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

Srednjoškolci s invaliditetom u manjoj se mjeri odlučuju za nastavak školovanja zbog arhitektonskih barijera, vlastitih stavova i stavova okoline o vještinama i sposobnostima osoba s invaliditetom, ali i često neodgovarajućeg sustava podrške u kontekstu visokog obrazovanja (Korkut i Martinac Dorčić, 2014.)⁶¹.

Prema Slonjšak (2014.) podrška studenta s invaliditetom odnosi se na osiguravanje digitalizirane nastavne literature, mogućnost prilagodbe nastavnog procesa⁶² i mogućnosti prilagodbe načina ispitivanja, pomoći asistenta u nastavi, vršnjačke podrške, osiguravanje potporne tehnologije i sl.

149

14.5. RAD I OSOBE S INVALIDITETOM

Osobe s invaliditetom se teško zapošljavaju⁶³ te prema Taylor (1998.) imaju veću stopu nezaposlenosti, niža prosječna primanja, slabiju uključenost u aktivnosti izvan kuće, slabiju mogućnost korištenja prijevoznih sredstava i ostvaruju nižu kvalitetu života.

Uzroci takvoj slici su (Paun Jarallah, 2008.):

- zvanja koja se slabije traže na tržištu rada)
- niža formalna razina obrazovanja u odnosu na ostatak populacije
- nedostatak radnog iskustva
- dugotrajna nezaposlenost

Nezaposlenost uzrokuje socijalnu izolaciju, nedostatak samopouzdanja i samopoštovanja nezaposlenih osoba s invaliditetom.

Veliku podršku u zapošljavanju osoba s invaliditetom ima donesen Zakon o profesionalnoj rehabilitaciji i zapošljavanju osoba s invaliditetom obuhvaća sljedeće mjere i aktivnosti

- sudjelovanje u utvrđivanju preostalih radnih i općih sposobnosti
- profesionalno informiranje, savjetovanje i procjenu profesionalnih mogućnosti
- analizu tržišta rada, mogućnosti zapošljavanja i uključivanja u rad
- procjenu mogućnosti izvođenja, razvoja i usavršavanja programa profesionalnog osposobljavanja
- radno osposobljavanje, dokvalifikaciju, prekvalifikaciju i programe za održavanje i usavršavanje radnih i radno-socijalnih vještina i sposobnosti u razdoblju do zapošljavanja
- informiranje i savjetovanje o pomoćnoj tehnologiji u učenju i radu
- pojedinačne i skupne programe za unapređenje radno-socijalne uključenosti u zajednicu
- savjetodavne prijedloge o primjeni različitih tehnologija i tehnika u učenju i radu uz procjenu mogućnosti primjene
- predprofesionalno učenje, planiranje i primjenu odabrane tehnologije
- razvoj motivacije i osposobljavanje osobe s invaliditetom u korištenju odabrane tehnologije

⁶¹ Pravobraniteljica za osobe s invaliditetom izvještava da su otvoreni uredi za studente s invaliditetom na šest sveučilišta u Hrvatskoj. Ured pravobraniteljice za osobe s invaliditetom je nezavisno tijelo koje štiti, prati i promiče prava osoba s invaliditetom u RH, sukladno UN-ovoj Konvenciji o pravima osoba s invaliditetom (Slonjšak, 2014.)

⁶² audiosnimanje predavanja, osiguravanje proširenog i prilagođenog tiskanog nastavnog materijala, pristupačnosti e-sadržaja koji se koriste u nastavi

⁶³ Suprotno onome što Konvencija o pravima osoba s invaliditetom naglašava (osobe s invaliditetom imaju pravo na rad na jednakoj osnovi s drugima što uključuje pravo na mogućnost zarađivanja za život od rada slobodno odabranog ili prihvaćenog na tržištu rada, u radnom okruženju koje je inkluzivno i otvoreno osobama s invaliditetom)

Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

- tehničku pomoć, podršku, praćenje i procjenu rezultata
- informiranje i podršku u izvorima financiranja

Na otvorenom tržištu rada, prema Zakonu o profesionalnoj rehabilitaciji i zapošljavanju osoba s invaliditetom (NN 157/2013) osoba s invaliditetom može se zaposliti:

- bez korištenja financijske potpore ili stručne podrške jer je u cijelosti osposobljena za rad na određenom radnom mjestu u odnosu na njezin invaliditet i utvrđenu preostalu radnu sposobnost (zapošljavanje bez potpore ili podrške)
- uz korištenje određene financijske potpore, radi prevladavanja teškoća vezanih uz njezin invaliditet, što je utvrđeno nalazom i mišljenjem centra za profesionalnu rehabilitaciju (zapošljavanje uz potporu)
- uz korištenje određene stručne podrške, radi prevladavanja teškoća vezanih uz njezin invaliditet, što je utvrđeno nalazom i mišljenjem centra za profesionalnu rehabilitaciju (zapošljavanje uz podršku)
- uz korištenje određene financijske potpore i stručne podrške, radi prevladavanja teškoća vezanih uz njezin invaliditet, što je utvrđeno nalazom i mišljenjem centra za profesionalnu rehabilitaciju

150

15. STAVOVI, PREDRASUDE, STEREOTIPI, STIGMA I DISKRIMINACIJA

15.1. ŠTO JE STAV⁶⁴?

Ljudi su promatrači svijeta oko sebe. Ljudi procjenjuju ono što vide te reagiraju na to pozitivnim ili negativnim reakcijama, odnosno vrednuju ono što vide.

Stavovi se sastoje od tri komponente:

- **emocionalna komponenta**- to su emocionalne reakcije prema objektu stava
- **spoznajna komponenta** koju čine misli i vjerovanja o objektu stava
- **ponašajna komponenta** koju čine postupci ili vidljivo ponašanje prema objektu stava

Tako npr. stav prema automobilu: **emocionalna komponenta** su emocije koje taj model auta pobuđuje u nama (pozitivne ili negativne što ovisi o našim financijama), **spoznajna komponenta** koja uključuje znanje o tom automobilu (potrošnja goriva, brzina, udobnost, itd) i **ponašajna komponenta** koja opisuje naše ponašanje prema tom automobilu (spremnost da li ćemo ga kupiti ili ne te odlazak zastupniku kako bi iskušali prvu vožnju i odlučili se za konačnu kupnju automobila).

Ili neke osobe imat će pozitivne ili negativne stavove prema osobama s invaliditetom. Neki će smatrati da djeca s teškoćama u razvoju moraju biti uključena u redovite ustanove odgoja i obrazovanja a drugi će smatrati da djeca s teškoćama moraju ići u posebne ustanove odgoja i obrazovanja.

Mnoga istraživanja bavila su se proučavanjem stavova, tako da postoje mnogi znanstvenici koji tvrde da su stavovi vezani za naše gene što su potvrdila istraživanja na jednojajčanim blizancima⁶⁵. Ako se zalažemo za takav pristup moramo biti oprezani jer nije dokazano da postoji specifičan gen“ za stav.

⁶⁴ trajno vrednovanje ljudi, objekata ili ideja

⁶⁵ Istraživanja su pokazala da jednojajčani blizanci i kada ne žive zajedno imaju slične stavove nego dvojajčani blizanci.

Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

Tesser (1993) govori da su stavovi povezani s dispozicijama temperamenta i ličnosti koji su povezani s našim genima. Socijalni psiholozi mišljenja su da se stavovi formiraju kroz spoznajnu, emocionalnu i ponašajnu komponentu.

Stavovi se mogu mijenjati što predstavlja reakciju na socijalni utjecaj. Stavovi su pod utjecajem onoga što drugi ljudi čine i govore.

151

15.2. ŠTO SU STEREOTIPI A ŠTO PREDRASUDE?

Prema autorima Barada i Jelavić (2004.) predrasudama nazivamo površna i neutemeljena stajališta prema nekim osobama ili skupinama. Predrasuda može imati i pozitivno značenje mada uvijek ima negativnu konotaciju⁶⁶.

Predrasude su odraz stereotipnog mišljenja pojedinca prema nekome i predstavljaju iskrivljena znanja, stajališta ili vjerovanja o sebi i drugome (Vrkaš, 2001) ali mogu ponekad imati i pozitivan prizvuk (npr. na temelju fizičkog izgleda pripadnika jedne nacije: plavokosi Šveđani). Predrasuda može dovesti do agresivnosti ukoliko dođe do napetosti između grupa. Predrasude mogu biti **otvorene** koje pokazuju jasan stav prema drugim grupama i **prekrivene** koje se ne iskazuju ali utječu na ponašanje onih koji imaju predrasudu prema pripadnicima drugih skupina.

Predrasude mogu biti:

- **socijalnog karaktera**- pojedince razdvaja po pripadnosti različitim društvenim grupama, čime se pojačavaju razlike među grupa, a smanjuju razlike unutar članica iste grupe
- **stereotipi** su iskrivljene i generalizirane mentalne slike i stavovi o vlastitoj ili drugoj društvenoj grupi koje su najčešće otporne na promjene jer se ne zasnivaju na iskustvu ili su to osobine za koje se smatra da se odnose na sve članove određene socijalne grupe, te kao stavovi mogu biti negativni i pozitivni (Leutar, 2020). Stereotipne slike uključuju fizičke i psihičke karakteristike za koje se smatra da određuju i opisuju neku grupu a javljaju se zbog potrebe svrstavanja ljudi po nekim stvarnim ili umišljenim obilježjima, koje se uočavaju na pojedincima a prepisuju se cijeloj grupi.
- **društvene norme**-kada neka društvena zajednica ima neaktivne stavove prema pojedincima ili grupi (npr. da se o ženama mogu nesmetano pričati seksistički vicevi, da se ne smije družiti s homoseksualcima, da se Rome treba segregirati u školama, itd.)

Na stereotipima se temelji **humor**. Da li će humor imati negativan ili pozivan prizvuk ovisi o kojem se kontekstu pojavljuje, tko ga rabi, odnosno tko ga govori⁶⁷. Stereotipi utječu na žensko i muško ponašanje (npr. smatra se da su muškarci agresivniji i neovisniji za razliku od žena koje su pasivnije i nježnije).

Predrasude mogu biti opasne jer dovode do diskriminacije koje su izvor etiketiranja, stigmatizacije mnogih skupina ljudi jer nas kultura u koju pripadamo podučava da ljudima koji su različiti od nas pripisujemo negativna obilježja i osobine.

Problem s predrasudama i stereotipima postaje kada oni iz područja zabave prelaze u područja radnih odnosa, poslovnih komunikacija, kreiranju programa, itd.

⁶⁶ Negativne predrasude odnose se na pojedince ili društvene skupine te se kao takve prepisuju svim članovima te skupine.

⁶⁷ Škrtost Škota, lijenost Dalmatinaca, svadljivost Zagoraca.

Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

Predrasude možemo smanjiti tako da se radi s djecom i odraslim osobama. Kod odraslih osoba kao i kod djece potrebno je pružati točne informacije o grupama ljudi koji su žrtve predrasuda te ih stavljati u situacije u kojima mogu iskusiti **međusobnu ovisnost** (kada dvije ili više grupa trebaju osloniti jedna na drugu kako bi postigle cilj koji je važan za obje grupe)⁶⁸

Kod djece korisna je metoda „**razred-slagalica**“. Djeca se raspodjeljuju u male mješovite grupe pri čemu uspjeh u učenju svakog pojedinog djeteta ovisi o drugoj djeci te ih se uče suradnji i međusobnom pomaganju

152

15.3. ŠTO JE DISKRIMINACIJA?

Diskriminacija podrazumijeva stavove, ponašanja ili djelovanja u prilog svoje i na štetu druge društvene grupe temeljem nejednakih kriterija, koji mogu biti posljedica predrasuda ili namjernog osporavanja prava drugoj grupi. Ljudi se tretiraju na temelju njihove pripadnosti grupi i kako bi se istaknulo manje vrijedan položaj u društvu te grupe. Diskriminacija je javno djelovanje stava kojeg pojedinac ima⁶⁹. Diskriminacija se javlja kada se stavovi pripadnika drugih kultura bitno razlikuju jedno od drugih. Diskriminacija, prema autorima Baradi i Jelavić (2001) predstavlja odstupanja od načela formalne jednakosti, ravnopravnosti. Pojedinci u razvijenim zemljama zaštićeni su zakonom.

Diskriminacija može biti:

- **sporedna** (zakoni i mjere se doimaju neutralno ili imaju štetan utjecaj na jedan spol, najčešće ženski)
- **neposredna ili izravna** (nepovoljni tretman pojedinca, npr. prema ženama zato što su žene)
- **sistemska** (rodno pristrane norme i vrijednosti koji su dio kulture i društva)

15.4. ŠTO JE STIGMA?

Stigma predstavlja kombinaciju stereotipa, predrasuda, diskriminacije te je nepovoljna za osobu. Prvi koji je definirao stigmom bio je Goffman 1963. koji kaže da je stigma atribut koji je izrazito sramotan jer stigmatizira osobu koja posjeduje i potvrđuje uobičajenost onog koji ga ne posjeduje te predstavlja ne željenu razliku od svega što je prihvaćeno u društvu i negativno je vrednovana od ostalih. Stigma predstavlja temelj nejednakosti (prema Leutaru, 2020).

Tako npr. osoba zbog drugačijeg intelektualnog funkcioniranja ne pokazuje očekivane sposobnosti rješavanju problema odnosno problemskih situacija. To dovodi da se osobu smatra nedovoljno sposobnom i u drugim životnim područjima, pa se svrstava u grupu onih koji su nesposobni. Zaključuje se da su sve takve osobe iste. Osobe se etiketiraju što dovodi do odbacivanja, isključivanja i diskriminacije.

⁶⁸ nevolje i krizne situacije zbližavaju ljude i utječu na smanjenje neprijateljskih ponašanja.

⁶⁹ Moćnije grupe određuju i podržavaju kriterije isključivanja drugih koji se mogu temeljiti na rasi, vjeroispovijesti, seksualnoj orijentaciji, spolu, dobi, itd.

15.5. STAVOVI, PREDRASUDE, STEREOTIPI, STIGMA I DISKRIMINACIJA PREMA OSOBAMA S INVALIDITETOM

Prema Konvenciji, invaliditet nije samo oštećenje koje osoba ima, nego je rezultat interakcije oštećenja osobe i okoline. Društvo stvara invaliditet, ali ga isto tako kroz različite tehničke prilagodbe prostora, osiguranja pomagala i drugih oblika podrške može se ukloniti.

Svijet je pun predrasuda o stvarima koje su osobi poznate ili manje poznate. Djeca stvaraju sliku o sebi i svijetu koji ih okružuje na temelju promatranja ili pak po modelu ponašanja i stavova svojih roditelja. Djeci ne smetaju druga djeca s teškoćama u razvoju, ali ako postoji mogućnost da će se naći u interakciji s takvim djetetom, tu se javljaju poteškoće. Uzrok tome mogao bi biti strah od nepoznatog, razmišljanje da će dijete morati pomoći drugom djetetu, a neće znati kako mu pomoći pa to izaziva nelagodu i nesigurnost i dovodi do toga da ih djeca ne percipiraju kao ostalu djecu. Kada se govori o mijenjanju stavova, važna je socijalna integracija (prema Cesarić, 2019).

Stavovi prema osobama s invaliditetom se mijenjao kroz povijest. Danas postoji tzv. stav integracije i inkluzije koji bi podrazumijevao uključivanje osoba s invaliditetom u zajednicu te postizanje jednakosti između osoba s invaliditetom i ostalih. Svakome bi trebala biti pružena jednaka šansa, no često kada su u pitanju osobe s invaliditetom, pokazuje se da se ne živi u društvu jednakih šansi.

STAVOVI PREMA OSOBA S INVALIDITETOM (prema Leutar, Buljevac, 2020.):

- autori Aiden i McCarthy (2014.) navode da trećina ispitanih građana smatra da osobe s invaliditetom nisu produktivne kao zaposlenici bez invaliditeta, kako se o njima mora brinuti i da su ovisni članovi društva te da su negativni stavovi izraženiji prema osobama s duševnim smetnjama i osobama s intelektualnim teškoćama
- mnogi roditelji su stava da njihova djeca s teškoćama ne trebaju zasnovati brak i da nemaju seksualne potrebe (75% roditelja se protive sklapanju braka svoje djece s intelektualnim teškoćama jer njihova djeca nisu za to sposobna; roditelji djece oštećena sluha imaju stav da će njihova djeca biti iskorištena dok roditelji djece oštećena sluha zaštićuju svoju djecu

STEREOTIPI PREMA OSOBAMA S INVALIDITETOM

- osobe s invaliditetom kao zaposlenici su manje produktivni negoli oni bez invaliditeta
- učenici s teškoćama u razvoju manipuliraju u školi kako bi se manje trudila u školi
- kako su sve osobe s oštećenjem vida glazbeno nadarene
- žene s intelektualnim teškoćama nisu sposobne biti majke
- osobe s invaliditetom su ovisne, tužne i izolirane
- osobe s invaliditetom su inferiorne, vulnerabilne, ne kompetentne, empatične i manje sposobne
- osobe s tjelesnim invaliditetom manje su agresivne, sposobne ali hrabrije nego osobe bez invaliditeta
- osobe s intelektualnim teškoćama manje su sposobne
- osobe s invaliditetom su opasne i slabe
- osobe s invaliditetom koje moraju prevladati izazove su junaci, vrijedni žaljenja (Harnett, 2000.)

PREDRASUDE PREMA OSOBAMA S INVALIDITETOM:

Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

- osobe s intelektualnim teškoćama ne mogu ići po redovni sustav odgoja i obrazovanja, manje su kreativne, impulzivne, imaju niže samopouzdanje
- osobe s invaliditetom su zle, zahtjevne i ovise o brizi osoba bez invaliditeta
- seksualnost osoba s invaliditetom nije njihova privatna stvar, ne mogu ostvariti stabilnu intimnost te da ne mogu biti roditelji
- osobe s invaliditetom koje su zaposlene treba cijelo vrijeme nadzirati kako bi odradile posao do kraja
- skrb o osobama s invaliditetom je zahtjevna i predstavlja teret
- osobe s invaliditetom su inferiorne i ne mogu „uspjeti u svijetu“

154

DISKRIMINACIJA OSOBA S INVALIDITETOM

Prema Australian Human Rights Commission iz 2012. osobe s invaliditetom doživljavaju diskriminaciju u različitim sustavima: zapošljavanju, obrazovanju, smještaju, pristupu uslugama i javnim mjestima. Međunarodna organizacija rada (2007.) donosi podatak da

- 60% osoba s invaliditetom u radno aktivnoj dobi doživljava nezaposlenost nego osobe bez invaliditeta
- 52% osoba s težim invaliditetom ne percipira ni na koji način na tržištu rada

Barber (2015.) navodi da se diskriminacija osoba s invaliditetom manifestira i u zdravstvu kroz diskriminirajući jezik i način komunikacije s osobama s invalidnošću, nejednak medicinski tretman samih osoba ili njihovih članova obitelji.

Osobe s invaliditetom kada govorimo o diskriminacije bivaju separirane, getoiziranje u ustanove, nemogućnošću zapošljavanja. Ponekad diskriminacija može biti pozitivna u smislu davanja prednosti kod zaposlenja iako za to nema opravdanog razloga.

STIGMA OSOBA S INVALIDITETOM:

- osobe s invaliditetom smatraju se patnicima, potrebitima, slabim članovima zajednice
- osobe s duševnim smetnjama i intelektualnim teškoćama smatraju se opasnima, sramotnim i tragedijom za okolinu, aseksualna ili hiperseksualizirana, mora ih se kontrolirati i da se njihovo dostojanstvo ne treba poštivati

Prisutne su stigme prema obitelji djece s teškoćama u kojima se sažaljenje ne samo član s oštećenjem nego i njegova braća i sestre. Stigma se manifestira kroz osjećaje srama i straha da će član obitelji s invaliditetom biti odbačen ili isključen iz društva.

Na stereotipe, predrasude, diskriminaciju i stigmatizaciju može se djelotvorno djelovati putem edukacije, prosvjeda, zastupanja i kontakata jer su oni najčešće utemeljeni na ne znanju i izostanku kontakata s osobama s invaliditetom⁷⁰

15.7. VJEŽBE:

1. Sudionici stanu na jednu stranu prostorije. Sudionicima se daju upute. Ukoliko je odgovor pozitivan na ono što voditelj pročita, sudionici trebaju stati na suprotnu stranu dvorane ili načiniti jedan korak naprijed te pogledati druge sudionika u oči

Cilj vježbe je da sudionici trebaju uvidjeti da smo različitih stavova te osjetiti kako se osjećaju kada su drugačiji.

⁷⁰ Konvencija o pravima osoba s invaliditetom čl. 5 zabranjuje svaku diskriminaciju na osnovi invaliditeta i jamčit će osobama s invaliditetom jednaku i djelotvornu zaštitu od diskriminacije na svim osnovama



Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

2. Traže se dva sudionika. Jedan sudionik brani stav da je normalno da se u školama zapošljavaju osobe invaliditetom, a drugi da nije to dobro, te da negativno utječe na djecu.
3. Traže se dva sudionika. Jedan sudionik brani stav da je normalno da djeca s teškoćama trebaju ići u redovnu školu, a drugi da ne trebaju.
4. Traže se tri sudionika, dobrovoljca koja sjedaju na stolac. Jedan sudionik je roditelj, drugi sudionik je psihijatar/ psihologa a treći sudionik liječnik opće prakse. Tema diskusije je medikamentozna terapija (ta aktivnost se može ponoviti samo se uvodi još jedan sudionik a to je dijete teškoćama koje sluša diskusiju o svojoj terapiji).
5. Sudionici se podijele u parove. Jedan sudionik je osoba A, a drugi sudionik je osoba B. Osoba A ima zadatak da priča o nečemu što misli da je važno i zanimljivo, a osoba B da je sluša. U drugoj situaciji osoba A priča, a osoba B je ne sluša.



Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

NAŠI STAVOVI:

OSOBE S INVALIDITETOM SU :

JEDNAKO PRODUKTIVNE

NE BI TREBALE ZASNOVATI OBITELJ

MANIPULIRAJU DA BI SE MANJE TRUDILE

SLIJEPE OSOBE SU GLAZBENO NADARENE

POŠTENE I DRAGE

HRABRE

OSOBE S INTELEKTUALNIM TEŠKOĆAMA SU MANJE SPOSOBNE

TREBAJU NAŠU POMOĆ U VEĆINI SITUACIJA

SEKSUALNOST NIJE NJIHOVA PRIVATNA STVAR

TREBAJU IMATI PREDNOST KOD ZAPOSŁJAVANJA

TREBAJU HUMANITARNU POMOĆ

TREBAJU SUDJELOVATI U SVEMU

IMATI PRIJATELJA S INVALIDNOŠĆU JE KOMPLICIRANO



Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

16. LITERATURA:

- Alimović, S. Suradnja između stručnjaka i roditelj. Zagreb: ERF, Sveučilišta u Zagrebu.
- Aronson, E., Wilson, T. D., Akert, R. M. (2005). Socijalna psihologija. Zagreb: MATE d.o.o.
- Barada, V., Jelavić, Ž. (2004). Uostalom, diskriminaciju treba ukinuti! Priručnik za analizu rodni stereotipa. Zagreb: Centar za ženske studije.
- Baša, F. (2020). Mogućnosti i izazovi korištenja pametnih mobilnih uređaja za osobe s intelektualnim teškoćama. Diplomski rad. Rijeka: Sveučilište za informatiku.
- Begić, D. (2016). Psihopatologija. Zagreb: Medicinska naklada.
- Begović, M. (2019). Poučavanje učenika s poremećajem sa spektra autizma. Diplomski rad. Osijek: Filozofski fakultet.
- Božić, S., (2022). Formalna podrška kod osoba s invaliditetom. Diplomski rad. Zagreb: Pravni fakultet.
- Bujas Petković, Z., Frey Škrinjar, J. (2010) Poremećaj autističnog spektra. Značajke i edukacijsko-rehabilitacijska podrška. Zagreb: Školska knjiga.
- Cesarić, V., (2019). Diplomski rad: Stavovi društva prema djeci i odraslim osobama s invaliditetom. Varaždin: Sveučilište Sjever, Odjel za sestrinstvo.
- Fajdić, A., Priručnik za videće asistente osobama s oštećenjima vida .Zagreb: Hrvatski savez slijepih.
- Greenspan, S. i sur. (2004). Dijete s posebnim potrebama. Poticanje intelektualnog i emocionalnog razvoja. Donji Vukojevac: Ostvarenje.
- Hercigonja N., V, Kocijan H., D (2022). ADHD. Od predrasuda do činjenica. Zagreb: Grafički zavod Hrvatske.
- Jakoab, W., A. i sur (2007). Neke značajke odnosa sestara/braće i osoba: s posebnim potrebama. Zagreb: Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja, Vol. 42 No. 1,
- Kiseljak, A., M., (2022). Važnost podrške za osobe s intelektualnim teškoćama. Diplomski rad. Zagreb: Pravni fakultet, Studijski centar socijalnog rad
- Zakon o potvrđivanju Konvencije o pravima osoba s invaliditetom i Fakultativnog protokola uz Konvenciju o pravima osoba s invaliditetom. NN 6/2007 , Hrvatski sabor.
- Leutar, Z., Štambuk, A. (2007). Invaliditet i izvor podrške. Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja. Vol 43., br. 1. str. 47-61.
- Leutar, Z., Buljevac, M. (2020). Osobe s invaliditetom u društvu. Zagreb: Pravni fakultet.
- Majkić, M (1988). Kineziterapija. Zagreb: Medicinski fakultet
- Not, T. (2008). Mentalna retardacija: definicija, klasifikacija i suvremena podrška osobama s intelektualnim teškoćama. Nova prisutnost : časopis za intelektualna i duhovna pitanja,6 (3), str.339-351.
- Svetomir, B., Kolar, D., Kolar, M. (2002) Mentalna retardacija i psihotični poremećaji. Psihijatrija danas, 34 (3-4), 327-343.
- Sunko, S. (2016). Društveno povijesni kontekst odgoja i obrazovanja djece s teškoćama u razvoju. Split: Filozofski fakultet u Splitu.
- Leutar, Z., Buljevac, M. (2020) Osobe s invaliditetom u društvu. Zagreb: Biblioteka socijalnog rada.
- Pospiš, M. (1997). Neurološki pristup školskom neuspjehu. Varaždinske toplice: Tihomir.
- Pospiš, M. (1996). Definicija cerebralne paralizu. Zagreb: Savez za cerebralnu I dječju paralizu Hrvatske.
- Pravilnik o osnovnoškolskom i srednjoškolskom odgoju i obrazovanju učenika s teškoćama u razvoju, NN, 24/2015. Ministarstvo znanosti, obrazovanja i sporta.



Ref. No: 2022-1-HR01-KA210-YOU-000081830

Pravilnik o pomoćnicima u nastavi i stručnim komunikacijskim posrednicima, NN 102/2018 .
Ministarstvo znanosti i obrazovanja.

Pribanić, LJ, I sur. (2014). Priručnik za rad s osobama s komunikacijskim teškoćama u redovnom odgojno-obrazovnom sustavu u sklopu cjeloživotnog slušanja. Zagreb: Centar za odgoj i obrazovanje „Slava Raškaj“.

Sabol, R. (1971). Cerebralna paraliza. Pregled.

Stančić, V. (1991). Oštećenje vida- biopsihosocijalno aspekt. Zagreb: Školska knjiga.

Sadržaj o obitelji djece s teškoćama u razvoju kojeg su pripremili studenti i mentori ERF-a u Zagrebu, 2020.

Šoltić, S. (2018). Diplomski rad: Usporedba stavova opće populacije i stavova osobnih asistenata prema osobama s invaliditetom. Varaždin: Sveučilište Sjever, Odjel za sestrinstvo

Treščec, A. (2023). Komunikacijske vještine. Asertivna komunikacija. PPT

Zergollern, Lj. I sur (1986). Medicinska genetika. Zagreb: Školska knjiga.

Zovko, G. (1994). Peripatologija 1. Zagreb: Školska knjiga.

Zovko, G. (1998). Peripatologija 2. Zagreb: Školska knjiga.