

## ULOGA DEFEKTOLOGA U KOMISIJI ZA KATEGORIZACIJU I U REHABILITACIJI TJELESNIH INVALIDA

U kategoriju tjelesno invalidne djece ubrajamo dugotrajno bolesnu djecu i djecu s takvim tjelesnim oštećenjima koju bez posebne stručne pomoći ne možemo osposobiti za koristan život i rad. Toj je djeci u sklopu djelomične ili kompleksne rehabilitacije potrebno: odgovarajuće liječenje, poseban odgoj i obrazovanje, adekvatna profesionalna orijentacija i osposobljavanje, svestrana pomoć pri upošljavanju i rješavanju problema koje oštećenje donosi.

U kategoriji tjelesno invalidne djece nalaze se i djeca s lakšim oštećenjima vida, sluha ili govora i mentalno retardirana djeca kod kojih tjelesna invalidnost predstavlja osnovnu smetnju u njihovu razvoju.

Prema oštećenjima, koja se odražavaju na funkciji lokomotornog aparata, tjelesno invalidnu djecu možemo svrstati u podgrupe:

1. Djeca kod kojih tjelesno oštećenje ne utječe na kretanje i hod. To su uglavnom djeca s oštećenim rukama ili s deformacijama na drugim dijelovima tijela.

2. Djeca sa smetnjama u kretanju koja pri hodu upotrebljavaju štake, ortopedske aparate ili proteze. U toj grupi se nalaze djeca s dječjom paralizom i ona s amputiranima ili na drugi način oštećenim donjim ekstremitetima.

3. Djeca koja se kreću uz pomoć invalidskih kolica. To su djeca s visokom obostranom amputacijom ili potpunom paralizom nogu i ona s težim oblicima cerebralne paralize.

4. Djeca koja su uslijed bolesti ili oštećenja vezana za krevet, kao što su kvadriplegije, najteži oblici cerebralne paralize i drugih oboljenja.

Pored smetnji u kretanju i hodu, tjelesno invalidnu djecu možemo grupirati i prema oštećenjima na gornjim ekstremitetima koja se javljaju samostalno ili u kombinaciji s već spomenutim smetnjama. Nemoćne ruke ometaju dijete pri uzimanju hrane, oblačenju, za vrijeme nastave i pri obavljanju svakodnevnih aktivnosti.

Prema tim oštećenjima tjelesno invalidnu djecu možemo rasporediti u podgrupe:

1. Djeca koja ne mogu upotrijebiti svoje ruke jer su paralizirane, visoko amputirane ili teže oštećene cerebralnom paralizom.
2. Djeca koja se mogu služiti samo jednom rukom.
3. Djeca koja mogu samo djelomično upotrebljavati svoje ruke, i to najčešće uz pomoć raznih protetičnih ili ortotičnih sredstava.

Sva nabrojena tjelesna oštećenja mogu i samo privremeno ometati dijete u njegovu razvoju, i to onda kad je dijete na liječenju pa mora nepomično ležati u bolesničkom krevetu ili kad je dio njegova tijela imobiliziran. Takvo dijete treba smatrati tjelesno invalidnim sve dok mu je potrebna medicinska, pedagoška i socijalna pomoć.

Težinu invalidnosti nekog djeteta ne možemo izraziti samo opisom njegova anatomsko-funkcionalnog deficita, jer oštećenje u raznim prilikama različito utječe na psihofizički razvoj djeteta. Tako, na primjer, dijete s minimalno oštećenom nogom neće moći do udaljenije škole, pa će taj invaliditet znatno zadržati njegov razvoj. Na sličan način oštećeno dijete, kome je škola blizu ili uz pomoć saobraćajnih sredstava lako dostupna, neće biti povredom toliko pogođeno.

Neka se tjelesno oštećena djeca i bez potrebne medicinske ili pedagoške pomoći uključuju u djelatnost svojih vršnjaka, bez obzira da li se njihov invaliditet neracionalnim angažiranjem preostalih tjelesnih snaga pogoršava ili ne. I ta djeca spadaju u domenu specijalne pedagogije sve dok postoji opasnost da posljedice oboljenja ili oštećenja negativno djeluju na njihov psihofizički razvitak.

Mnoge tjelesne invalidnosti možemo odgovarajućim medicinskim tretmanom ili kratkotrajnim rehabilitacijskim postupkom spriječiti već u predškolskom periodu. Služba evidencije tjelesno invalidne djece u velikoj mjeri pridonosi da se posljedice nekog oštećenja pravovremenom medicinskom intervencijom smanje, pa čak i u potpunosti otklone. Nasuprot tome, zakašnjelo će otkrivanje i osposobljavanje tjelesno invalidnog djeteta dopustiti da se iz naizgled beznačajnog oštećenja razvije invalidnost koja osjetno smanjuje životni i radni potencijal.

Tjelesno invalidno dijete, kao i ono bolesno, prisilno se odvaja od svojih vršnjaka. Fizička ograničenja, koja mu bolest ili oštećenje donosi, onemogućavaju tom djetetu da sudjeluje u aktivnostima koja su značajna za djecu njegove dobi. Mjesto radosti, koju takvoj djeci pružaju razne pokretne igre, bolesna djeca doživljuju neprijatna osjećanja patnji i bolova. Koliko svestrana aktivnost svakog djeteta potiče i obogaćuje

njegovu psihu, toliko će prisilno mirovanje i utiješnjenost bolesnog ili invalidnog djeteta zadržati njegov psihofizički razvoj.

Neke od dječjih aktivnosti možemo organizirati i za bolesno dijete. Na taj način u velikoj mjeri kompenziramo poteškoće koje izviru iz oštećenja. Jedna od takvih aktivnosti svakako je organizirana nastava — školovanje, za koje su podjednako zainteresirani i djeca i njihovi roditelji. Ukoliko ta nastava bude usklađena s medicinskim zahtjevima, tako da se dječje psihofizičke snage angažiraju na način koje oštećenje dopušta, onda će dijete lakše podnositi i zahtjeve terapije, znajući da će se poslije izlječenja opet vratiti u društvo svojih vršnjaka. Sredina će ga to više cijeniti i ljepše prihvatiti ukoliko će više znanja i sposobnosti pokazati u društvu. Dok se jedan dio tijela oporavlja, preostale se psihofizio-socijalne kvalitete mladog bića mogu usavršavati kako bi mogle kompenzirati eventualne posljedice bolesti ili povrede.

Ako tjelesno invalidno dijete sistematski aktiviramo, tada neće biti potrebe da se u njemu razvije osjećanje neadekvatnosti ili manjevrijednosti. Mnoge dječje potrebe možemo zadovoljiti i onda kada je dijete zbog bolesti ili oštećenja u bolesničkoj sobi nemoćno i neaktivno.

Medicinska sestra može, pored liječnika, svojim pedagoški opravdanim postupkom u velikoj mjeri olakšati boravak djeteta u bolnici. Razumijevanjem dječjih potreba i njihovim usklađivanjem sa zahtjevima liječenja, ona sve više predobiva dijete za suradnju i potpomaže njegov razvoj.

Naročit problem kod bolesne ili tjelesno oštećene djece predstavlja njihova smanjena sposobnost za tjelesne pokrete. Suvremena medicina posvećuje tom problemu naročitu pažnju, uključujući fizioterapeuta koji planski razvija oslabljen nervno-muskularni sistem do maksimalno koordiniranog djelovanja lokomotornog aparata i čitavog tjelesnog mehanizma. Što će manje pacijent biti funkcionalno ograničen, toliko će manje imati i poteškoća, jer će se u svakodnevnim aktivnostima suočavati sa sve manje prepreka koje bi ga podsjećale na njegovu nesposobnost. Fizikalna terapija, koja sve više uključuje aktivne metode liječenja, preuzima kod bolesne, odnosno invalidne djece nezamjenljivo područje tjelesnog odgoja. Ukoliko je postupak fizioterapeuta povezan s ostalim pedagoškim nastojanjima, onda se osigurava usklađen odgoj i obrazovanje. Pacijent svojim aktivnim sudjelovanjem i sam nastoji otkloniti posljedice oštećenja. Usavršavajući svoje tjelesne funkcije, on se bori protiv nesposobnosti i pod vodstvom pedagoški obrazovanog fizioterapeuta obogaćuje motivaciju za tjelesne pokrete. Na taj način svojim vlastitim

naporima postiže rezultate i obogaćuje volju koja mu je u životu vrlo potrebna.

Tjelesni se pokreti najbolje stimuliraju na praktičnim radnjama. Na radu pacijent najbolje uočava svoje sposobnosti. U procesu rehabilitacije terapija radom je zato i jedno od dominantnih područja pedagoškog utjecaja na pacijenta. U radu se razvija koordinacija pokreta, ječaju se mišići, poživljuju nervne stimulacije i pri tom se uspostavlja pravilan i racionalan položaj tijela. Konstruktivne djelatnosti pomažu psihofizički razvoj oboljelog ili oštećenog djeteta. Rad nije samo domena mišića i nerava. Čovjek sudjeluje u radu cijelim svojim bićem, pogotovo voljno-emocionalnim područjem svoje psihe. Ako za rad kažemo da je najbolji lijek, tada možemo s još više opravdanja tvrditi da je rad i najbolji odgajatelj. Dijete se uči na uspjelim i neuspjelim radnjama. Pozitivni rezultati uložениh napora potiču i oduševljavaju ga. Zbog toga je od velike važnosti pravilan pedagoški postupak radnog terapeuta koji djelomično preuzima ulogu odgajatelja, razvijajući tehničke i radne sposobnosti kod bolesne ili tjelesno oštećene djece. U tijesnoj povezanosti s pedagoškim radnicima radni terapeut usklađuje program terapije s odgojno-obrazovnim programom djece na određenom stupnju razvoja. Tako terapija radom predstavlja most koji spaja medicinsko, pedagoško i socijalno područje u rehabilitaciji. Razvijanjem dispozicija i traganjem za preostalim sposobnostima, radni terapeut otkriva mogućnosti pacijentova sudjelovanja u proizvodnom društvu i priprema ga za konstruktivan rad njegujući radne navike i razvijajući volju za život i rad.

Pravilnik o kategorizaciji i evidenciji djece sa smetnjama u tjelesnom i duševnom razvoju navodi u 8. članu takvu tjelesno invalidnu djecu kojoj oštećenja, deformacije i druge funkcionalne smetnje onemogućuju da bi se odgajali, obrazovali i osposobljavali na način koji je predviđen za njihove zdrave vršnjake. Ta se djeca zbog oštećenja lokomotornog aparata ili oštećenja kardiovaskularnog, digestivnog, respiratornog i drugih sistema u organizmu ne mogu uključiti u redovne predškolske ustanove, u osmogodišnje i druge škole bez prilagođenog programa i posebne metodike nastave. Takvu djecu treba pronaći i komisijski utvrditi njihove potrebe i odabrati način za njihovo najuspješnije osposobljavanje.

Pored pedijatra, liječnika određene specijalnosti, psihologa i socijalnog radnika, član komisije za kategorizaciju je i pedagog specijalist za rad s djecom određenog oštećenja. Za tog pedagoga je kod nas već udomaćen naziv defektolog, pa ćemo u našim izlaganjima i za pedagoga, osposobljenog za rad s tjelesno invalidnom djecom, upotrebljavati taj naziv.

Defektologa prije svega interesira odgojno-obrazovno područje rehabilitacije, zato će u komisiji za kategorizaciju prikupljati podatke koji mogu utjecati na tok i način odgojno-obrazovnih djelatnosti. Podatke za svoj rad defektolog dobiva u razgovoru s djetetom i njegovim roditeljima, nakon što je temeljito proučio ličnu i porodičnu anamnezu djeteta, njegove socijalne prilike i dijagnozu liječnika-pedijatra i specijalista za određeno oštećenje, pogotovo specijalista za fizikalnu medicinu i rehabilitaciju. Mišljenje psihologa o nivou psihičkih funkcija djeteta predstavlja za defektologa snažan oslonac prilikom ustanovljavanja dječjih mogućnosti za obrazovanje i odgajanje. Ukoliko je prijavljeno dijete već pohađalo školu, defektolog će uvažiti postojeću školsku dokumentaciju: prijavni list i izvještaj škole, školska svjedočanstva i eventualne pismene i druge radove iz dotadašnjeg odgojno-obrazovnog rada.

Tako će prikupljene podatke defektolog prilikom kontakta s tjelesno oštećenim djetetom dopuniti i, u skladu sa svojim konstatacijama, korigirati. To će mu uspjeti samo onda ako će moći predobiti dijete za suradnju. U suprotnom, podaci kratkotrajnog pregleda ne bi mogli poslužiti za postavljanje tačne pedagoške dijagnoze.

Kod djeteta, koje je već pohađalo školu, defektolog će ustanoviti njegov obrazovni nivo prema nastavnom programu odgovarajućeg razreda. Kod predškolskog djeteta defektolog treba ustanoviti: poznaje li dijete dijelove svoga tijela, odjeću i njegovu upotrebu, predmete u blizini i njihovu namjenu, kao i sposobnost da prepozna predmete na slici. Potrebno je saznati kako dijete percipira, kako shvaća brojeve, količine i kako se izražava. Za vrijeme ispitivanja možemo ustanoviti da li je dijete plaho, zatvoreno, opušteno, istrajno, smireno, kooperativno, negativistično i tome slično.

Defektologa također interesira može li dijete držati pribor za pisanje i druge alatke ili spravice. Može li samo da održava ličnu higijenu, kako ono sjedi, hoda ili stoji. Iskusan će defektolog još za vrijeme prikupljanja podataka o dječjim manipulativnim sposobnostima predvidjeti koliko se one mogu poboljšati jednostavnim pomagalicama, aktiviranjem oslabljenih mišića, ili će za odgojno-obrazovni rad biti potrebna adaptirana nastavna sredstva.

Tjelesna invalidnost može biti kombinirana s mentalnom retardacijom, smetnjama u ponašanju, slabovidnošću, nagluhošću ili smetnjama u govoru. Te popratne smetnje često prikrivaju ili mijenjaju pravu sliku dječjih sposobnosti, zato će se defektolog posavjetovati sa stručnjacima naznačenih područja. Ukoliko su popratna oštećenja teže prirode, tjeles-

no invalidno dijete svrstavamo u kategoriju kombiniranih smetnji koje zahtijevaju poseban postupak.

S obzirom na duševnu razvijenost i razgledanost tjelesno oštećenog djeteta, defektolog prilikom ustanovljavanja njegova odgojno-obrazovnog nivoa predlaže razred u koji dijete treba uključiti i način na koji treba postupiti u daljnjem odgojno-obrazovnom radu.

Mnoga su tjelesno invalidna djeca uslijed bolesti ili samog liječenja toliko zaostala ili su se njihove sposobnosti toliko promijenile, da će morati ponovo u razred koji su već pohađali. Kod drugih dugotrajnih bolesti često možemo primijetiti da se dijete za vrijeme liječenja prilično razvilo i obogatilo znanjem. Takvoj djeci treba da se omogući brži prijelaz u viši razred, ukoliko defektolog utvrdi da će to unaprijediti tok osposobljavanja tjelesno invalidnog djeteta.

Na zajedničkom sastanku svih stručnjaka koji su pregledali dijete, defektolog može dopuniti i prema potrebi korigirati svoje prijedloge, pogotovo u pogledu prognoze tjelesnih smetnji koje u velikoj mjeri određuju profesionalno usmjeravanje kategoriziranog djeteta. Taj konačni cilj rehabilitacije opravdava i kategorizaciju, pa će zato defektolog u komisiji za kategorizaciju zajedno s ostalim članovima ekipe predložiti i ustanovu u kojoj će dijete dobiti adekvatnu stručnu pomoć za svoje osposobljavanje.

Osnovni je zadatak rehabilitacije da razvije psiho-fizio-socijalne sposobnosti djeteta za zadovoljan i koristan život. Zadatak je svih članova ekipe da njeguju u djetetu one osobine i naučiti ga onim vještinama pomoću kojih će se u životu snaći. U ostvarenju tog zadatka uloga je defektologa, kao poznavaoa pedagoškog postupka i metodike rada s tjelesno oštećenim i bolesnim osobama, vrlo značajna. Njegov je osnovni zadatak osigurati što prirodniji razvoj mladog bića koje je bolest ili povreda podvrgla naročitom tretmanu.

Kako je dijete u medicinskoj ustanovi prvenstveno zbog liječenja, to se i pedagoški rad mora prilagoditi terapijskom programu. Liječnik koji odgovara za organizaciju medicinskog postupka najbolje zna koji se rutinski postupci moraju striktno poštovati a koji se mogu prilagoditi pedagoškim potrebama djeteta. Defektolog će u tijesnom kontaktu s liječnikom i ostalim medicinskim stručnjacima utvrditi program odgojno-obrazovnog rada, u čijem provođenju sudjeluju svi stručni radnici medicinske ustanove uz pomoć ostalog tehničkog personala. Sistematski rad na odgojno-obrazovnom području osiguravaju kvalificirani pedagozi. Zadatak je defektologa da koordinira pedagoški postupak cjelokupnog osob-

lja koje djeluje u ustanovi i koje kontaktira s djetetom na liječenju ili rehabilitaciji.

U medicinskoj ustanovi nalaze se i nekategorizirana djeca koja će se zadržati na liječenju samo nekoliko mjeseci. Bila bi velika šteta za takvu djecu, ako bi se zbog trenutnog oboljenja ili oštećenja zaboravilo na njihov cjeloviti razvoj i na potrebe djeteta u pojedinim periodima njegova razvoja. Kod mnogih nam se bolesti na prvi pogled čini da je za dijete nemoguće, pa čak i nepotrebno organizirati odgojno-obrazovni rad, pa se neka djeca zbog zadržavanja u bolnici poslije izlječenja vraćaju u razred koji bi bez naročitih poteškoća mogla završiti usporedno s liječenjem. Takva djeca zaostaju za svojim vršnjacima, doživljavaju osjećaj neadekvatnosti koje ih prati kroz cio život. U razvijenim je zemljama za svako dijete u bolnici obavezno organizirana nastava, jer škola predstavlja osnovni oblik dječje aktivnosti.

Nijedno dijete ne bi smjelo boraviti na liječenju više od dva mjeseca bez organiziranog odgojno-obrazovnog postupka. Dobro organiziran i sproveden školski rad može samo pozitivno djelovati na tok liječenja, ukoliko je za odgoj i obrazovanje u bolnici zadužen defektolog koji se osposobio za rad s djecom te kategorije.

Osim u bolnici, tjelesno invalidna djeca nalaze se i u redovnim školama, što u velikoj mjeri potpomaže integraciju takvog djeteta u normalnu populaciju. Ukoliko takvo dijete nije pod stalnim nadzorom specijalnog pedagoga-defektologa, koji mu pomaže pri rješavanju problema, iskrslih u toku školovanja i koji može učitelju redovne škole pružiti niz korisnih savjeta i objašnjenja, kao i stručne pomoći u rješavanju specifičnih problema takve djece, može se dogoditi baš suprotno — da će se takva tjelesno invalidna djeca u sredini zdravih osjećati manjevrijednima i da ih takav osjećaj opterećuje u njihovu životu. Pedagoško savjetovanje za tjelesno oštećenu djecu u redovnim školama treba organizirati i u našim prilikama, jer se ono u razvijenim zemljama pokazalo vrlo korisnim i opravdano je s pedagoškog, socijalnog i ekonomskog gledišta.

U ustanovi za rehabilitaciju, koja prije svega razvija preostale psihičke i socijalne sposobnosti oštećenih osoba, uloga je defektologa višestruka. On mora prije svega osigurati usklađen pedagoški postupak svih članova ekipe, bez obzira o kojoj je struci riječ. Defektolog će također organizirati odgojno-obrazovni rad u obliku škole, raznih tečajeva ili interesnih djelatnosti. Direktni odgojni utjecaj najbolje će osigurati organiziranjem odgojnih situacija u okviru rekreacijske djelatnosti.

Svakako će defektolog sa specijalno pedagoškim obrazovanjem biti zapažen stručnjak u procesu rehabilitacije.



Nema sumnje da u našim ustanovama za rehabilitaciju svaki član ekipe nastoji odgojno djelovati na rehabilitanta, ali ekipa za rehabilitaciju bez defektologa ne naglašava dovoljno osnovni zadatak rehabilitacije, a to je odgajanje i preodgajanje invalida za što uspješniji život u društvu. U promijenjenim psihičkim i fizičkim uvjetima treba sistematski pomoći oštećenome da se i sam mijenja, kako bi se najbolje prilagodio zahtjevima novonastale situacije.

Mnogi će invalidi ostati kod svojih kuća, bilo da im boravak u medicinskoj ustanovi više nije potreban pa rekonvalescentni period provode u krugu porodice, ili uspješna rehabilitacija u toj fazi oporavljanja nije moguća. I oni imaju pravo na život i rad prema svojim preostalim sposobnostima, pogotovo kada je riječ o djeci koja iz tehničkih razloga ne mogu posjećivati školu. Dužnost je prosvjetnih organa da za takve primjere organiziraju patronažnu pedagošku službu. Defektolog može na taj način zadovoljiti odgojno-obrazovne potrebe bolesne ili oštećene djece i osigurati joj osnovno obrazovanje, a da pri tome vodi računa i o ostalim potrebama njihove rehabilitacije.

Osposobljavanje tjelesno invalidne djece za zadovoljan i koristan život zavisi od mnogih činilaca, što navodi na ekipni rad stručnjaka raznih specijalnosti. Kako su tjelesne funkcije osnova uspješnog djelovanja čovjeka, to se i rehabilitaciji tjelesno oštećenih invalida nije moglo prići bez zadovoljavajućeg rješenja njihovih medicinskih problema. Za razliku od slijepe, gluhe i mentalno retardirane djece — koju je nekadašnja medicinska nauka smatrala medicinski već obrađenom pa je njihovo oспособljavanje za život sve više prepuštala pedagoškim radnicima — oспособljavanje tjelesno invalidne djece počinje sa zakašnjenjem od pola vijeka, tek onda kada je ortopedija i traumatologija svojim uspješnim intervencijama zadovoljavajući smanjivala smetnje, nastale povredom ili oboljenjem.

Možemo reći da je rehabilitacija tjelesno invalidnih osoba počela tek u 20. stoljeću, koje svojim dostignućima u nauci i tehnici otvara nove mogućnosti za medicinski, pedagoški i socijalni rad s djecom, fizički i psihički ometenom u svom razvoju. Nove metode i tehnike rada s tjelesnim invalidima doprle su u našu zemlju još za vrijeme prvog svjetskog rata zaslugom profesora dr Spišića, ali se tek poslije drugog svjetskog rata moglo prići organiziranoj službi rehabilitacije.

Prve ustanove za rehabilitaciju tjelesno invalidne djece kod nas osnovane su na Goljaku i u Kamniku, dok je šira akcija organizirane službe rehabilitacije počela osnivanjem Saveznog centra za rehabilitaciju u Beogradu 1952. godine. Hitnost rješavanja problema velikog broja ratnih



vojnih invalida i nedostatak posebno osposobljenog stručnog kadra za rad u rehabilitaciji, uvjetovali su sastav ekipe i ulogu pojedinih stručnjaka u njoj.

Jezgru rehabilitacije u svijetu predstavlja, pedagoškom i socijalnom službom oplemenjena medicinska ekipa u kojoj fizio i radni terapeuti preuzimaju pedagoške zadatke, pa se većinom osposobljavaju na pedagoškom fakultetu. Naša je medicinska služba sama morala pripremiti kadar za rad na rehabilitaciji. Kako pedagoška služba nije na vrijeme pristupila formiranju specijalnih pedagoga za rad s tjelesno invalidnim osobama, koji bi mogli da se uključe u timski rad, ekipa stručnjaka u našoj rehabilitaciji od svoga početka poprima pretežno medicinski karakter.

Pravilnik o kategorizaciji djece ometene u fizičkom i psihičkom razvoju od 1960. godine uzakonjuje ekipni način rada i postavlja liječnika, defektologa, socijalnog radnika i psihologa kao nosioce rehabilitacije. Na taj način već sama kategorizacija ukazuje na pedagoško, socijalno i medicinsko područje kao osnove rehabilitacije.

Ni jedna od navedenih struka nije u početku raspolagala specijalistima za rehabilitaciju. Ortopedi i traumatolozi prilagodili su u medicini svoj rad kompleksnom osposobljavanju povrijeđenog za koristan život i angažirali fizioterapeute za aktiviranje oslabljenog tijela. Uloga radne terapije ostala je duže vrijeme manje poznata, iako se u svijetu pojavila usporedo s pokretom rehabilitacije.

Socijalnom radniku nije bilo teško prići rješavanju problema tjelesnih invalida koji su sa socijalnog gledišta slični onima koji terete ostale hendikepirane osobe, pa je i razumljivo da je u našoj ekipi za rehabilitaciju specijalni radnik našao svoje mjesto i ulogu.

U procesu rehabilitacije manje je bila jasna uloga specijalnog pedagoga-defektologa, jer se mislilo da je njegov jedini zadatak obrazovanje koje može kod invalida s uspjehom obaviti svaki učitelj, ukoliko ta djeca nemaju oštećen i vid, sluh ili intelekt. Pri tom se zaboravljalo da odgojno-obrazovni proces nije samo gomilanje znanja ili jednostavno razvijanje čovjekovih intelektualnih sposobnosti, već je odgoj ona društvena funkcija koja cjelovito, sistematski razvija tendencije predispozicije, dispozicije, sposobnosti, mišljenje, interes, osjećanja, fantaziju i motivaciju. Odgajanje osigurava i mijenjanje karaktera, temperamenta i razvija ličnost u dinamičnom jedinstvu s društvenim razvitkom.

Kako tjelesno oštećeno ili bolesno dijete živi u promijenjenim uvjetima, to i metode pedagoškog rada treba da se prilagode toj promijenjenoj situaciji, iako je konačni cilj odgojno-obrazovnog rada uvijek isti.

Ne radi se, dakle, samo o promijenjenoj tehnici odgojno-obrazovnog rada — koji kod tjelesnih invalida treba da se provodi čas u bolesničkoj sobi ili se organizira po grupama, ponekad u skraćenom vremenu, usporedo s medicinskim tretmanom itd. — već je riječ o sistematskoj pedagoškoj pomoći djetetu ili odraslom koji se zbog bolesti ili oštećenja promijenio, pa drugačije ocjenjuje sebe i okolni svijet. Njega pritiskuje osjećaj neadekvatnosti i besperspektivnosti. Uslijed bolesti ili oštećenja tjelesno invalidno dijete teži neaktivnosti, plašeći se pogoršanja svog zdravstvenog stanja, pa tako samo sebi smanjuje sposobnosti i svoju vrijednost.

Mnogi učitelji redovnih škola preuzeli su obrazovanje bolesnih ili povrijeđenih. Radeći u medicinskoj ustanovi, oni su se vremenom upoznali s osnovnim medicinskim zahtjevima koje treba da uvažavaju u svom radu. Obogaćeni dodatnim saznanjima, neki su se od tih pedagoga pokazali uspješnim. To je navelo na pomisao da defektolog za tjelesno invalidnu i bolesnu djecu nije potreban.

Težnja za racionalizacijom pedagoškog rada i želja da se i tjelesno invalidnoj djeci što više pomogne u njihovu razvoju, da se ih odgoji za zadovoljan i koristan rad u zajednici s neoštećenima, navela je prosvjetne organe u razvijenim zemljama da i za potrebe te djece pripreme pedagoške radnike koji će, obogaćeni psihološkim, medicinskim i specijalno pedagoškim znanjima, uspješnije pristupiti bolesnoj ili povrijeđenoj djeci i odraslima. Na nesreću, kod nas se i defektolog za rad s tjelesno invalidnom djecom pojavljuje s priličnim zakašnjenjem, kada su specijalni pedagozi za rad sa slijepim, gluhim, delinkventnim i mentalno retardiranim već u potpunosti i s puno uspjeha razvili rehabilitaciju iznijetih kategorija oštećene djece. To zakašnjenje nužno koči razvoj rehabilitacije tjelesno oštećenih i bolesnih.

Treba naglasiti, da je osnova svake rehabilitacije potreba da se oštećena osoba odgoji za život u promijenjenim uvjetima. Ne smijemo zaboravljati da je dijete bez noge ili ruke prije svega dijete koje je ometeno u svom razvoju i koje ima pravo na sve ono što društvo pruža njihovim zdravim vršnjacima. Pravo na sistematski odgoj i obrazovanje moramo osigurati i bolesnom i tjelesno oštećenom djetetu, jer time omogućujemo njegovu rehabilitaciju.

Pedagogija se brine o razvoju cjelovite ličnosti koja predstavlja psiho-, bio-, socio- i pedo-problem. Iako su pacijentovi tjelesni problemi povjereni stručnom medicinskom osoblju, to još ne znači da oni prestaju biti domena pedagogije. Naprotiv, u kompleksnoj rehabilitaciji medicinsko se osoblje uključuje u cjelokupna pedagoška nastojanja, pa samim

tim djeluju kao odgajatelji koji treba da dobro poznaju i odgojno-obrazovne potrebe tjelesno oštećenog ili bolesnog djeteta. Tom djetetu treba prvenstveno pobuditi volju za život, motivirati ga za aktivnosti koje on može izvršavati i navikavati ga na racionalno korištenje tehničkih sredstava kako bi zadovoljio svoje životne potrebe.

Kako je odgojno-obrazovna djelatnost cjelovit proces, to je i defektolog dužan usklađivati i objediniti cjelokupna pedagoška nastojanja svih članova ekipe, pa samim tim preuzima jedno od najznačajnijih odgovornosti u procesu rehabilitacije tjelesno oštećene i bolesne djece.

Na Savjetovanju o problemima kategorizacije i rehabilitacije tjelesno invalidne djece i omladine — održanom u Opatiji od 22—24. IV 1968. — prednja je izlaganja ilustrirao dokumentarni film o rehabilitaciji bezrukog učenika u Zavodu za slijepe i slabovidne u Ljubljani, gdje je učenik s dodatnim oštećenjem vida osposobljen za rad na telefonskoj centrali zahvaljujući sistematičnom odgojno-obrazovnom postupku u smislu timskog rada.

## LITERATURA

- Specijalna škola 1966, Drugi kongres defektologa Jugoslavije.  
Savez društava defektologa Jugoslavije 1968, Kompleksna rehabilitacija tjelesno invalidne djece i omladine.  
Dr M. Zotović: Rehabilitacija onespoblijenih osoba, 1962, Bgd.  
Sbornik Vysoké školy pedagogické v Praze 1957.  
W. M. Ckruickshang: Education of Exeptional Children and Youth, 1958, Prentice Hall inc.  
Howard A. Rusk, M. D. 1958, Rehabilitation Medicine, The C. V. Mosby Comp. Occupational Therapy as a Link in Rehabilitation, 1958, Proceedings of the Second International Congress.  
The disabled in the Modern World, 1951, Proceedings of the Fift World Congress of the International Society for the Welfare of Cripples.  
Karl Brandstätter: Rehabilitation als Gemeinschaftsaufgabe, 1963, Österreichisches Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation.

Josip Karić, Zagreb

## THE ROLE OF THE SPECIALIST ON THE COMMITTEE FOR THE CATEGORISATION AND REHABILITATION OF THE HANDICAPPED

### SUMMARY

Educators have already in 19th century adapted their methods for the rehabilitation of the blind deaf, mentally retarded and maladjusted children. There are special educated teachers, who mostly realize the rehabilitation for above mentioned categories of disabled children in collaboration with the physician, psychologist, and social worker. Rehabilitation of physically disabled children has followed later, because the medical science was not as developed as it is at present. The physical deviations and emotional disturbances, accompanied by illness or handicap could also not be considered through education.

The development of medical science enabled the physically disabled persons to considerably improve their weak bodily functions. Medicine extended its work on rehabilitation engaging the physiotherapists and occupational therapists, who developed the movements and working abilities. We began with the preparing of special teachers for the physically handicapped very late.

Team workers in the rehabilitation of these children, therefore, called teachers from regular schools to take care of the elementary educational needs for the physically handicapped children. There were organized schools in the hospitals, but the teachers of the elementary schools could not join in the teamwork, because they were not acquainted with the special problems of those children.

Regulations for detection and categorization of handicapped children prescribed team-work including also a special teacher for the physically disabled persons.

From this specially educated teacher we expect care for regular educational treatment in medical institutions; organization and realization of educational tasks through adapted methods and technics. Among his duties is also the organization of recreation, which offer a lot of possibilities for educational influences on the physically handicapped and ill child.

Therefore, the problems a special teacher has to solve in the commission for categorization are very broad and important. He has to es-

establish the educational level of the applicant and suggest the way of education in behalf of rehabilitation.

Rehabilitation finally means education and reeducation of the people under special mental and physical conditions.