

UDK 376:37.018.4-056.36  
Pregledni rad  
Review paper

**Nusreta Kepeš**

## **UTJECAJ HUMANISTIČKE PEDAGOGIJE NA RAZVOJ INKLUZIJE GLEDANO KROZ PRIZMU PROMJENE DRUŠTVENIH ODNOSA**

Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacija, čak do 15 posto svjetske populacije su osobe s nekim invaliditetom. Gledano kroz prizmu povijesti, ova populacija nije bila zaštićena niti je uživala fundamentalne slobode na osnovu jednakosti s drugima. U prvom dijelu rada elaborirani su brojni faktori koji su utjecali na promjenu svijesti i na odnos prema osobama s invaliditetom kroz historiju. U nastavku rada predložen je razvojni put humanističke pedagogije koja je reformisanjem školskog sistema otvorila vrata djeci s poteškoćama u razvoju i integrisala ih u obrazovni sistem. Razvojem socijalnog modela i uvođenjem inkluzije u redovne osnovne i srednje škole, položaj djece s razvojnim teškoćama se znatno poboljšao. U drugom dijelu rada fokus je usmjeren ka programu cjeloživotnog obrazovanja i njegov značaj za osobe s invaliditetom. Kroz ovaj segment, društvo pokazuje visok stepen društvene odgovornosti i socijalne osjetljivosti prema osobama kojima je ova vrsta pomoći potrebna. Naime, kroz programe doškolovanja, prekvalifikacije, dokvalifikacije, specijalizacije i usavršavanja, osobama s invaliditetom je omogućena jednaka dostupnost u obuci i data mogućnost za permanentno učenje. U završnom dijelu rada prikazan je jedan dio istraživačke studije s ciljem da ispita utjecaj formalnog i neformalnog obrazovanja na stepen participacije i aktivnog sudjelovanja u društvenoj zajednici. Istraživanje je provedeno metodom ličnog kontakta s ispitanicima ("licem u lice") u dobnoj skupini od 55+, na uzorku od preko N=540 ispitanika, od čega je 17% osoba s invaliditetom. Rezultati ukazuju da obrazovanje osobe imaju veći stepen motiviranosti za aktivnim sudjelovanjem u društvenoj zajednici. U ovom istraživanju dimenzija aktivnog

volonterskog rada statistički značajno korelira ( $r=0,39$ ) s obrazovnim nivom ispitanika. Visok stepen obrazovanosti također svjedoči o pozitivnim efektima volonterskog aktivizma na osobe s invaliditetom. Iako su rezultati na skalama varijable aktivne participacije u slobodnom vremenu nešto bolji od varijable volonterskog aktivizma, i dalje se oni mogu dovoditi u korelaciju sa stepenom obrazovanja pojedinca. U preporukama istaknut je značaj i doprinos volonterskog djelovanja osoba s invaliditetom u održavanju integracijske saradnje i solidarnosti koja doprinosi stvaranju pozitivnih promjena u društvu.

**Ključne riječi:** *Cjeloživotno obrazovanje, inkluzija, integracija, osobe s invaliditetom, socijalni model, volonterizam,*

## UVOD

Jedan od značajnijih pokazatelja civiliziranog društva je stvaranje poticajnog okruženja za socijalnu pravdu i briga za osobama s invaliditetom.<sup>1</sup> Historijski gledano, nema pisanih izvora koji referiraju o ovaj problematici u periodu prvobitne zajednice. Na osnovu podataka sakupljenih od etnografa i etnologa o narodima koji su donedavno bili na najnižem stupnju društvenog razvoja (Papuanci, Indijanci, stari Indijci i dr.), postoje tvrdnje da se humanije odnosilo prema invalidnim osobama nego danas u civilizovanom društvu. Npr. u mnogim zemljama je na snazi legalna aktivna eutanazija a sve je više prisutna i teza koju zagovaraju znanstvenici da se ne rađa dijete za koje postoji sumnja da ima neki vid onesposobljenja. (Šegota 1996). Odnos prema osobama s invaliditetom mijenjao se uporedo s razvojem društva i znanstvenom spoznajom.

Sumerani (5000 g. p.n.e.) su nastojali da pomognu osobama s onesposobljenjem tako što su ih liječili vjerskim ritualima na način da svećenik-liječnik sasluša bolesnika, otkriva grijeh, određuje prinošenje žrtve i daje određenu terapiju. Uspjeh ili neuspjeh terapije ovisio je o demonima. Humani odnosi zabilježeni su i u starom Egiptu, gdje su osobe s invaliditetom bile pod posebnom zaštitom bogova. U drevnoj Kini se smatralo da slijepi imaju razvijeno pamćenje i mišljenje i bili su respektovani od strane društva. "Najraniji prikazi ljudskih prava mogu se naći u tekstovima

---

<sup>1</sup> Prema Sheratonskoj deklaraciji u radu ćemo koristiti usvojeni termini "osoba s invaliditetom" za odrasle s invaliditetom, jer se uz invalidnost ističe osobnost na prvom mjestu i za djecu "dijete s teškoćama u razvoju" budući da kod djece postoji mogućnost liječenja i terapijskih postupaka koji mogu promijeniti stanje.

indijskih Veda a ideje dostojanstva, slobode, jednakosti i pravde javljaju se još u grčkoj filozofiji”. (Zovko 1999:5).

Od kamenog doba (XIII do IV milenijuma p.n.e) pa sve do danas, negativan stav društva prema osobama s invaliditetom se sporo mijenjao. Prema ruskom psihologu Vigotskom (1978), on je određen društvenim i historijskim kontekstom koji možemo podijeliti u tri razdoblja: mistično razdoblje; razdoblje aziliranja i razdoblje socijalne integracije.

### **1.1. Mistično razdoblje**

Prvo ili tzv. mistično razdoblje predstavlja doba antike koje obuhvata grčko-rimski stari vijek (XII-VIII p.n.e.) pa sve do početka srednjeg vijeka. Ovaj period karakterističan je po primitivnom i krajnje nehumanom odnosu prema osobama sa invaliditetom.

Oko (IX p.n.e.) medicina je imala vrlo malo stvarnog znanja i uglavnom se oslanjala na praznovjerje da su bolesti određene kaznom bogova. Ovakvi stavovi su se bazirali na informacijama iz Biblije, odnosno Starom i Novom zavjetu, gdje je invaliditet bio smatran Božjom kaznom. “Tada se vjerovalo da su ljudi stvoreni na Božju sliku i svi oni koji nisu posjedovali tjelesno savršenstvo, tj. ako se ne bi uklapali u tu sliku, bili bi smatrani nesavršenim i zlim ljudima “. (Gleeson 1999:160)

U Sparti (XI-VIII p.n.e.) je odgoj bio stvar države. Spartanski odgojni cilj bio je izgradnja osobe u vojničke svrhe koja je započinjala od sedme godine života. “Djecu koja su bila slaba i kržljava po odluci najstarijih u rodovskom savezu (fili), izlagali su u gori zvijerima ili su ih bacali u klanac planine Tajget “. (Zovko 1999)

Atenjani (VI-V p.n.e.) su za razliku od Spartaka imali demokratski oblik vlasti koji se izražavao u političkoj jednakosti svih slobodnih državljana pred zakonom. Klasna država nastojala je odgoji dobre državljanke primjerene karakteru trgovačke i kulturne zemlje, međutim odnos prema njima je bio toliko krut tako da su samo rijetki preživjeli. Ako bi kojim slučajem i ostali živi, bili bi totalno zanemareni. “Novorođenu djecu ostavljali bi u šumama ili na pustim mjestima da ih rastrgaju životinje “. (Žunić 2001)

O liječenju osoba s invaliditetom prvi put je spomenuto u starožidovskom Talmudu (VI-III p.n.e) u kome je dato medicinsko znanje rabinima iz domena ginekologije i anatomije. Visoko shvatanje liječnike etike imalo je veliki utjecaj na babilonsku medicinu. Ni učenje Talmuda nije promijenilo odnos prema osobama s

invaliditetom. Smatrani su naivnim i nevinim, tj. neiskvarenim i da im je dosuđeno “kraljevstvo nebesko“.

“U antičkom Rimu dijete s intelektualnim teškoćama je bilo obilježeno i nepoželjno jer su smatrali da se rodilo zbog bijesa bogova. Samo zato što je rođeno s razvojnom poteškoćom, bilo je osuđeno da umre, osim ako je bilo iz imućne porodice “ (Harris, 2006). Shodno ovakvom shvatanju, bila je i zakonski uređena legislativa u staroj Grčkoj da se takvo dijete uz saglasnost plemstva može i ubiti. “U prvom razdoblju rimske povijesti novorođenče bi donijeli k očevim nogama, ako ga je otac pridigao, dao mu je i pravo na život. U protivnom dijete je bilo osuđeno da umre, naročito ako je bilo slabo i invalidno “(Žlebni, 1995:26).

U VI. p.n.e. javljaju se prvi filozofi pa medicina prelazi u ruke ljudi nevezanih od religije i ona postaje gotovo čisto naučna disciplina. Dolazi do spoznaje da bolest ne nastaje usljed utjecaja natprirodnih sila već kao posljedica poremećaja u organizmu. Sveštenici i prvi doktori osim ritualne terapije primjenjuju i racionalnu. Ova praksa je bila prisutna sve do pojave Hipokrata (460-377 p.n.e.) koji medicinsku praksu bazira na promatranju ljudskog tijela gdje za bolest traži racionalno objašnjenje. Hipokrata je kreirao medicinsku terminologiju i osnove hirurgije koja se koristila sve do 19. stoljeća. Velika zasluga pripada opisu bolesti u kome npr. za epilepsiju tvrdi da ona nosi pogrešan naziv “svete bolesti”. Moralni odnos prema pacijentu je zadržan sve do danas koji se očituje u njegovoj liječničkoj etici.

Od Hipokratove smrti pa do osnivanja aleksandrijske škole imamo stagniranje u pogledu medicine ali ne i u humanističkom pogledu prema čovjeku koji je obilježen radom Platona (427-348 p.n.e.) i Aristotela (384-322 p.n.e). Aristotel unapređuje pedagošku nauku sa teorijom harmoničnog razvoja tijela, uma i morala.

Antička Grčka osobe s fizičkim i intelektualnim nedostacima naziva idiotima jer je u tom periodu bila izražena težnja za savršenom tijela i duha. Naime, Antička Grčka je visoko cijenila skladan fizički razvoj koji se ogledao u dopunjavanju tjelesne snage sa duhovnom kulturom i dopunjavanju tjelesne ljepote sa idealom tjelesnog duha tzv. kalokagatija (grč. kalos-lijep, grč. agatos-dobar).

U Rimskom pravu (754 prije n.e. - 565 n.e.) osobe koje su male poteškoće sljepila, gluhoće i nijemosti su mogli postati nasljednicima. Oni su mogli biti i nosioci ugovora uz poseban oblik starateljstva tzv. *Cura debilium personarum*. Ovaj oblik starateljstva se odnosio i na druge osobe kao što su paralizovane, iznemogle od starosti ili bolesti i slično. Formalizam rimskog prava zahtijevao izgovaranje svećanih izjava i određenih gestova za punovažnost nekih pravnih poslova, zato je određivan staralac osobi s invaliditetom koja je indirektno nadoknađivala nemogućnost ispunjenja

formalnih zahtjeva. Punopravna sposobnost se ogledala u okviru sljedeća četiri prava: pravo na zaključenje punovažnog braka; pravo bavljenja trgovinom, odnosno pravo da se zaključuju poslovi, stiče svojina i bude stranka u parnici; aktivno biračko pravo i pravo na počasti, odnosno pasivno biračko pravo.

“*Status familiae* je određivao da li je neko svojevlasno lice ili je potčinjen autoritetu porodičnog starješine, da li živi po tuđem pravu i da li ima poslovnu sposobnost. Iako pojmovi pravne i poslovne sposobnosti nisu bili jasno izdiferencirani kroz istoriju, kao što je to danas slučaj, ipak možemo da kažemo da i lišavanje poslovne sposobnosti osoba sa invaliditetom kao i njihovo stavljanje pod starateljstvo imaju korjene u rimskoj pravnoj tradiciji. Julije Paul, rimski pravni pisac kaže da “*Furiosus nullum negotium contrahere potest*” - duševno bolesna osoba na može zaključiti nikakav pravni posao. Zakon XII tablica je propisivao da “umobolnicima i rasipnicima” treba oduzeti poslovnu sposobnost i staviti ih u tom pogledu pod specijalnu vrstu staranja – curu “ (Beker, 2010:6)

Najznačajniji rimski pedagoški teoretičar Mark Fabije Kvintilijan (42-118 poslije n.e) u svojim radovima posvećuje pozornost djeci s teškoćama u razvoju. On studiozno pojašnjava didaktička načela rada i ističe neophodnost poznavanja djeteta kako bi se sa njim individualno postupalo. “On smatra da je većina djece po prirodi sposobna i da su tupost i nesposobnost razmjerno rijetke kao i sve anomalije. Njegov rad je utjecau na humanističke pedagoge u XV i XVI stoljeću“(Žlebniak, 1995:29).

## **RAZDOBLJE AZILIRANJA ILI SEGREGACIJE**

Prema Vigotskom razdoblje aziliranja započinje pojavom hrišćanstva, a naročito od IV vijeka nove ere pa na ovamo, kada se pod utjecajem širenja pismenosti, kulture i hrišćanskog morala pridaje važnost milosrđu, humanosti i etičnosti.

U ranom srednjem vijeku invaliditet je bio povezivan s opsjednutošću zlih duhova. “Osobe s izrazitim fizičkim deficitima su bile izložene egzorcizmu i dovođeni u vezu s vješticama koje su spaljivali na lomači ili su bile zaključane u zatvorima, štalama ili napuštenim kućama, dok su osobe koje su imale gubu bile prisiljene živjeti u izoliranim kampovima“(Jaeger i Bowman 1999).

Utjecajem religijskog učenja, odnos društva prema osobama s razvojnim poteškoćama počeo se bitno mijenjati. Judeizam, Hrišćanstvo i Islam počinju da propovjedaju milosrđe prema svim ljudima, pa i osobama s invaliditetom.

“Crkva potiče bogate pojedince da ulažu u dobrotvorne svrhe, zagovara davanje novčanih priloga za azile ili utočište u kojima su smještene nemoćne, siromašne i osobe s invaliditetom (Janković, P., Rodić, R.2007:251).

Na istoku početkom ranog srednjeg vijeka dolazi do izvjesnog napretka u razumijevanju prava i položaja bolesnih osoba. Godine 622. n.e. na arabijskom poluostrvu odnos prema siromašnim, ženama i onesposobljenim se drastično mijenja dolaskom Muhammeda, s.a.v.s., čije učenje zadire u sva područja ljudskog života. Prije njegovog dolaska nije bilo nikakvih zakonika i stalnih sudija, a odluke su u velikoj mjeri zavisile od utjecaja plemstva koji je samostalno donosio presude o životu ili smrti pojedinca. Ukidanje ove prakse kao i niz drugih pravnih regulativa, uređeno je prvim pravnim komplementarnim ustavom na svijetu tzv. Medinskim Ustavom. “Ovaj Ustav je uredio Muhamed (a.s) koji je okvirno formalno i pravno uredio ponašanja, dužnosti, prava i obaveze svih podanika i žitelja zemlje. Prvih 25 članova Ustava se odnose na muslimane, a drugih 27 na Židove i nemuslimane” (Spahić, 1996:176). U poglavlju za muslimane u članovima 12A i 12B, 13, 14. i 15 se solidarnost spominje u okviru dobročinstva i uzajamnog pomaganja bespomoćnim i bolesnim osobama.

U XI. i XII stoljeću osnivaju se institucije koje vode stalnu brigu i pomoć bolesnima, starima, osobama s invaliditetom, napuštenoj djeci i siromašnim. Radi se o bolnicama, azilima, sirotištima, katedralama, samostanima, domovima za siromašne itd koji su obično bili građeni pored crkve te su kao takve imale epitet božije kuće, božije milosnice, dobrotvori itd. “U XII stoljeću pod utjecaja islamskog istoka na kršćanski zapad posredstvom križarskih ratova u Evropi dolazi do sistematskog otvaranja bolnica i srotinjskih domova “(Spahić, 1996:395)

U doba humanizma i renesanse (XIV-XVI) javlja se slobodniji svjetovni odnos prema čovjeku i njegovoj individualnosti. Osobe s invaliditetom postaju brigom bogatih pojedinaca, a kasnije i zajednice. Fomiranjem građanskog društva, razvijaju se opća građanska prava i javljaju napredni pokreti koji zahtjevaju da se osobama s invaliditetom prizna pravo na rad i obezbijede uslovi u kojima će biti profesionalno osposobljeni za neko zanimanje. Ovim činom daje se na značaju prava osoba s invaliditetom i njihove zaštite.

U XVI stoljeću dolazi do pojave crkvenih škola koje su za cilj imale zaštitu jedinstva katoličke crkve kroz odgoj omladine. Sistemsko školstvo su organizovali jezuiti koji su kroz dokumenat *Ratio Studiorum* ustrojili sve jezuitske škole u svijetu (Enciklopedijski..., 1963., Pedagoška enciklopedija, 1989.). U postizanju svojih ciljeva, u korekciji uspjeha i ponašanja učenika nisu koristili batinu nego poniženje

koje duboko vrijeđa ličnost učenika. “Stavljali su učenicima magareće uši na glavu, postojala je magareća klupa a često je grupa učenika koja je bila bolja u znanju od druge grupe ismijavala i ponižavala svoje takmače “(Žlebnić, 1995:49).

U buržoaskom društvu (XVII-XVIII) odgoj i obrazovanje osoba sa invaliditetom je bio privilegija samo bogatih. “Jedan od pozitivnih primjera je Pedra Ponca De Leona (1520-1584) koji je poučavao sinove španjolskog plemstva koji su imali oštećen sluh, kako bi bili sposobni naslijediti vlasništvo. Upotrebljavao je jednoručnu abecedu u procesu obuke čitanja i pisanja” (Žunić, 2001:22).

Razvojem buržoazije dolazi do velike promjene u društvenom odnosu prema osobama sa invaliditetom. Jan Amos Komenski (1592-1670), u svom djelu *Didactica magna* - Velika didaktika, obrazlaže svoj stav da se od svakog djeteta daje izgraditi čovjek. Jedan je od prvih koji ističe značaj odgoja djece s invaliditetom i problematiku uvodi u svijet šire javnosti kroz sintagmu *Omnes omnia omnino*, što u prevodu znači da svakoga sve temeljito na svaki način treba poučiti. “Svakog je značilo: siromašne i bogate, plemenite i neplemenite, mladiće i djevojke, gospodu i slugu, sposobne i nesposobne. To je bio društveno-politički nečuveno smion, čak revolucionarni zahtjev “(Blankertz, 1982:35). Vrijedno je napomenuti način na koji on vrši kategorizaciju djece kao i proces učenja. Djecu dijeli na: bistru, željnu učenja, poslušnu, bistra poslušna ali spora, te bistra i divlja djeca. (Žlebnić, 1995:59).

Razvojem pedagoške misli dolazi i do novih metoda u radu sa djecom s invaliditetom. J.P. Bonet (1620) objavljuje prvu metodiku rada s gluhonijemom djecom što se može uzeti kao početak rada u području specijalnog odgoja. John Locke (1632-1704), među njevećim misliocima spoznajnoteorijske pedagogije u Engleskoj, izvodi razlike u sposobnostima među ljudima djelimično iz nasljeđa djelimično iz anatomske-fiziološke organizacije živčanog sistema i time pobija svoju tezu da se djeca rađaju kao prazne neispisane ploče “tabula rasa”.

U Parizu 1784 osnovana je prva javna škola za djecu s teškoćama u razvoju“(Vukasović, 1994:307). U Leipzigu 1788. i Beču 1799. godine formiraju se Zavodi za smještaj gluhonijemih osoba. Analogno tome dolazi do radnog i profesionalnog osposobljavanja i zapošljavanja osoba s invaliditetom u posebnim samo njima namijenjenim ustanovama i pogonima. Na polju medicine dolazi do razvoja psihijatrije kao zasebne znanosti. Philippe Pinel (1745. – 1826.) iz Pariza uvodi humanije metode u psihijatriju, skida lance, zalaže se za fizičko i moralno liječenje bolesnika. Provođi aktivnu terapiju, razlikuje melankoliju, maniju, delirij, demenciju i idiotiju. Njegov učenik Jean Esquirol (1772. – 1840.) osniva modernu psihijatrijsku definiciju i klasifikaciju duševnih bolesti. Humani postupak prema duševnim bolesnicima provode

Vincenzo Chiarugi (1759. – 1820.) u Italiji i William Tuke (1732. – 1822.) i John Connolly (1794. – 1866.) u Engleskoj (tzv. *no restraint system*).

Uprkos razvoju civilizacije i otvaranju specijalizovanih ustanova u XVIII stoljeću i dalje susrećemo različita gledišta prema osobama s invaliditetom a posebno prema osobama koje imaju psihičke poremećaje. Naime, mješavina paganskih vjerovanja i crkvene kanonske medicine utjecala je na liječenja duševno oboljelih pacijenata koji su tretirani isključivo preko molitvi i magijskih rituala. Halke, razne vrste lanaca za vezivanje, zatvor i batinanje pacijenta toljagama, pri tome obješenog za noge o plafon, da bi se nečastive sile istjerale iz bolesnika, bili su svakodnevica manastirskih iscjelitelja. Tretmani ovih vrsta primjenjivali su se sve do 1839. godine.

Iako je humanizacija odnosa prema osobama s invaliditetom doprinjela većom brigom društva za zaštitu istih, u XVIII vijeku i dalje postoji diskriminacija prema ovoj populaciji. Jedan od primjera je putujući cirkus tzv. "Putovanje s nakazama" (eng. *Travelling freak shows*) gdje su osobe sa tjelesnim i mentalnim invaliditetom bile atrakcija na sajmovima u Europi i Sjevernoj Americi. Osobe s invaliditetom su smatrane irelevantnim u društvu te su mnogi roditelji prodavali djecu vlasnicima cirkusa ili putujućim zabavnim parkovima.

U XIX stoljeću pitanje mentalne zaostalosti se počelo tretirati znanstveno, a za to su zaslužene prevenstveno medicina i psihologija. Prema (Nikoliću, 2000), prvi slučaj znanstveno rješavanja tog problema zabilježen je u Francuskoj. Lječnik Jean Marc Gaspard Itard (1774-1838) bavio se dijagnozom i preodgojem tzv. divljeg dječaka Viktora, koji je u dobi oko jedanaest godina nađen u šumi kraj Aveyrona 1798. godine. Nakon pet godina mukotrpnog rada Itard zaključuje danije uspio, međutim Francuska akademija znanosti nije Itardove rezultate smatrala neuspjehom već propuštenim odgojem Viktora u kritičnom periodu razvoja od njegove 3 pa do 7 godine života. Neki su mišljenja da je Viktor bio autistično dijete te da je bilo nemoguće išta postići u odgojnom i obrazovnom segmentu. "Tada je postavljeno pravilo da se napredak mentalno zaostale djece ne može upoređivati s napretkom normalne djece, već s mentalno zaostalom djecom koja nisu obuhvaćena odgovarajućim odgojem." (Furlan, 1991:114). Francuski liječnik J.E.D. Esquirol već je 1838.godine počeo jasno razlikovati mentalna oboljenja od mentalne zaostalosti koju je označavao terminom idiotija.

Predrasude prema osobama s invaliditeom su bile prisutne i u naučnim krugovima. *Osnivač antropologijske škole P. Broce (1824-1880) i zastupnik kriminalne antropologije C. Lambrosa (1836-1910), pokušavaju dokazati postojanje posebnih vrsta ljudi tzv. prirođenih zločinaca, koji se po anatomskim fiziološkim i psihičkim oznakama razlikuju od običnih ljudi*



*(položeno čelo, izbočene čeljusti, tupoća osjetnih organa, nedostatak osjetilnih i više čuvstva), a koje razlike objašnjava atavizmom tj. nasljeđem instikta i svojstva primitivnog čovjeka. Poroci roditelja i dalekih predaka terete djecu za njihove grijehе. (Šimleša, 1993:43).*

Osim humanijeg odnosa prema čovjeku, značaj razdoblja aziliranja se odnosi na promjenu svijesti o nastanku bolesti koja prevazilazi stoljetno shvatanje metafizičke uzročnosti i daje pečat egzaktnim činjenicama koji se izvode iz prirodnih nauka. Naročito pod utjecajem psihofizike i eksperimentalne psihologije, razvija se i eksperimentalna pedagogija čiji su predstavnici: August Lay (1862-1926) i Ernest Meumann (1826-1915) u Njemačkoj, u Francuskoj Alfred Binet (1857-1911) i Édouard Séguin (1812-1880), u SAD Edward Thorndike (1874-1949) i Stanley Hall (1864-1924) u bivšoj Jugoslaviji Paja Radosavljević (1879-1958) i Ramiro Bujas (1879-1959). Većina predstavnika su ispitivali inteligenciju kod djeteta tzv. testovima ili pokusnim zadacima. Na osnovu rezultata ispitivanja izrađivani su testovi prosječne nadarenosti, uspješnosti kao i niz drugih koji ispituju inteligenciju, nesposobnost, darovitost, itd. “Zbog nekritički proučavanja djece različitim testovima, ugledajući se na buržoasku eksperimentalnu pedagogiju koja je školske neuspjehe objašnjavala defektnošću djece, tj. biološkim faktorima a ne slabošću i naučnom neodrživošću samih odojno-nastavnih metoda, neobično je porastao broj škola za umno zaostalu, teško odgojivu i psihoneurotičnu djecu” (Žlebnik, 1995:219). Ova praksa se sve do danas zadržala kako bi se ispunili neophodni kriteriji za uspis u redovnu školu za čije pohađanje je potrebna potvrda o psihofizičkoj razvijenosti djece i rezultatu testa inteligencije IQ iznad 65.

Na razmeđu XIX i XX vijeka u Italiji dolazi do formiranja novog nacionalnog identiteta u oblasti materijalnih i duhovnih tekovina. Jedna od njih je bila i Marija Montessori (1870-1953), ljekar i pedagog koja je dala pečat naučnoj orijentaciji u shvatanju idiotizma koje je medicina posmatrala kao bolest. Filozofija Marije Montessori se ogledala u tome da se napredak djeteta s poteškoćama u razvoju može ostvariti strpljivim radom od faze obrazovanjem mišića i nerava, preko obrazovanja čula do intelektualnog i moralnog obrazovanja.

Period aziliranja je obilježen segregacijom, jer je još uvijek vladalo shvaćanje da je invaliditet apsolutno stanje koje se ne može izmijeniti. “Opći socijalni i materijalni odnosi nisu dopuštali širu emancipaciju školovanja, radnog osposobljavanja, zapošljavanja i rada osoba s invaliditetom” (Žunić, 2001:25).

## 2. RAZDOBLJE SOCIJALNE INTEGRACIJE

Sa razvojem prava temeljnih sloboda, javljaju se različiti modeli rada sa osobama s invaliditetom. U njima se predlažu različiti pristupu u radu npr. kako intervenisati, kako spriječiti invalidnost i kako utvrditi stepen društvene odgovornosti. Ishodišni pristup određuje društveni stav i mjesto osoba sa invaliditetom u društvu, utvrđujući na taj način obrazac po kome društvo i sistem zaštite reguliše pitanje invalidnosti. Whittaker (1997) navodi sljedeća tri modela koja su obilježila razdoblje socijalne integracije: Medicinski model; Model deficita i Socijalni model.

### 2.1. Medicinski model

Medicinski model se javlja početkom 30-ih godina 20. stoljeća, iako njegovi korjeni sežu i mnogo ranije. Od samog početka predstavlja dominantan model jer je podržan napretkom znanosti i medicine. Zagovara stav da je bolest isključivo problem individue koja je izazvana povredom ili drugim vidom pogoršanja zdravlja pojedinca. Ovim tumačenjem “Medicinski model je usmjeren na specifično oštećenje osobe i na taj način problematizuje osobu, gledajući na nju kao objekt kliničke intervencije” (Quinn & Degener, 2002). Zapravo medicinski model nastoji da objasni, dijagnosticira, tretira i liječi invaliditet kao patologiju čime daje naglasak na organsko funkcionalne uzroke koji se klinički orijentiše na liječenje i rehabilitaciju.

*Cilj kliničke intervencije i medicinske rehabilitacije je zapravo prilagođavanje osobe okolini i usredotočenost na njena ograničenja u pogledu obavljanja određenih aktivnosti. Na primjer, od djeteta sa oštećenim sluhom se očekuje da nauči govoriti, kako bi se uklopilo u zajednicu, ali se od odgajatelja, nastavnika i ostale djece ne očekuje da nauče znakovni govor kako bi lakše komunicirali sa njim (Kepeš, N. 2013).*

Medicinski model zanemaruje činjenicu da je osoba unatoč oštećenju i dalje ima određeni postotak sposobnosti da izvršava neke od aktivnosti. Subjektivni doživljaji pacijenta nije u fokusu rada ljekara, a odnos pacijenta i liječnika je hijerarhijski određen distancom.

Medicinski model donosi značajne promjene u društvenim odnosima spram osoba s invaliditetom čije psiho-fizičko stanje zahtjeva stručnu pomoć ili asistenciju od druge osobe. Pod utjecajem medicinskog modela otvara se veći broj specijalnih škola, ustanova, radionica, fondova, specijalnih metoda rada i slično. Osnovni pristup rada

sastojao se u pružanju zaštite, njege i izbjegavanja rizičnih faktora u okruženju korisnika na najmanju moguću mjeru.

Zadatak društva u okviru medicinskog modela bio je organizirati određene specijalne službe i postupke kojima bi se ublažile posljedice oštećenja. Naširoko prihvaćen medicinski model doveo je do toga da su odluke u vezi s obrazovanjem i zaštitom djece zavisile od odluka Povjerenstva/Komisija za kategorizaciju. Ukoliko bi Povjerenstvo za kategorizaciju utvrdilo da se radi o težem obliku onesposobljenja, u većini slučajeva to bi dovelo do izdvajanja djeteta iz svoje prirodne okoline i zatim bi uslijedila segregacija u specijalne ustanove.

Sredinom šezdesetih godina politika različitosti, posebnih propisa, socijalnih mjera i oblika pomoći osobama s invaliditetom doživljava prve oštre kritike. “Zagovornici promjene medicinskog modela bile su pristalice zaštite mentalnog zdravlja koje su se udružile u antipsihijatrijski pokret. Medicinski pristup mijenjaju u tzv. socijalni pristup ili model “(Flaker, 1998.). Taj pomak omogućio je novi i sasvim drugačiji uvid u potrebe korisnika ne samo medicine već i na drugim područjima kao što je socijalni rad i ostale pomažuće profesije. Sada se uzroci invaliditeta dovode u vezu sa okrutnim okruženjem u kojem osoba živi radi i obrazuje se.

Umjesto termina invaliditet nerijetko se koristi i termin hendikepiranost (*handicap– handicapped*) koji je kovanica engleskih riječi hand= ruka i cap= kapa, a asocira na povijesno težak socijalni položaj i siromaštvo osoba s invaliditetom.??? izvor Hendikep znači gubitak, nedostatak ili ograničenje mogućnosti, prigode ili šanse za ravnopravno sudjelovanje u životu društvene zajednice. Njime se pojašnjava nesuglasje ili suprotnost pa i sukob između osobe i njene okoline zbog čega je nužno dijagnosticirati i kontrolirati ne samo činitelje na strani osobe nego i na strani njene okoline koji podupiru ili koče ostvarivanje jednakih mogućnosti svima. Također, susreću se i različiti termini poput posebne potrebe, koji treba izbjegavati jer je izrazito stigmatizirajući. Neki autori sugeriraju da se umjesto njega koristi dodatne potrebe, što je zapravo isto tako vrlo ograničavajući termin.

Prvi svjetski rat (1914-1918) pridonio je stvaranju povoljnog položaja osoba sa invaliditetom, naročito onih nastradalih u ratu. Dolazi do otvaranja novih ustanova za osobe oštećenog vida, sluha i osobe sa tjelesnim invaliditetom koji su egzistirale i u prošlom stoljeću.

“Nakon ekspanzije specijalnih ustanova tokom 20-tih godina, nacionalsocijalisti su (1935) ustanovili specijalne rezrede i pomoćne specijalne škole s postupkom sterilizacijskog nadzora. “(Gudjons, 1993:253). Postupak sterilizacijskog nadzora pronašao je plodno tlo u ranom nacističkom pokretu kada nacionalsocijalistička

stranka 1930 donosi zakon koji omogućuje prisilno steriliziranje shizofrenih osoba, osoba sa epilepsijom, mentalno oboljelih, osoba sa oštećenim sluhom i vidom. Adolf Hitler je na temelju ovog zakona, razvio program eutanazije (1939) gdje su zagovornici negativne eugenike u Njemačkoj od 1932. do 1945 oko 360 000 ljudi prisilno sterilizirali osoba s invaliditetom, a na desetine hiljada ubili.

Hitlerova netolerancija prepoznata je u njegovom djelu *Mein Kampf* u kome osobe s invaliditetom naziva defektnim koje treba spriječiti da šire jednako defektno potomstvo. Pod pojmom spriječiti podrazumijeva likvidaciju. On u svom djelu navodi: "Ako bude neophodno, neizlječivo bolesni će bez milosti biti odvojeni, kao barbarska mjera za nesretnika, koji je time pogođen, ali je blaženstvo za njegove bližnje i potomstvo" (prama, From, 1980:226).

Tokom Drugog svjetskog rata (1940-1945), sudbina mentalno nerazvijenih i duševno bolesnih osoba i dalje je bila predmet diskriminacije. Fašizam, zagovarajući čuvanje čiste rase, ponovno oživljava praksu likvidacije osoba s invaliditetom. Komandant logora Sobibor i Treblinka kojeg je 1940. godine Himler postavio na čelo Instituta za eutanaziju, imao je za cilj da mentalno *oboljele i invalidne osobe* pošalje na ubijanje.

Ideja o međunarodnoj regulaciji prava i sloboda svih ljudi pa i osoba sa invaliditetom, rađa se polovicom 20. stoljeća, a povod su svakako stradanja u Drugom svjetskom ratu, što je rezultiralo osnivanjem Ujedinjenih naroda i proglašenjem Opće deklaracije o ljudskim pravima 1948 godine.

## **2.2. Model deficita**

Model deficita obuhvata period 60-tih godina 20. stoljeća. U samom nazivu modela, koji je opisan kao deficit, naglašen je način na koji su osobe s invaliditetom bile tretirane. On predstavlja pozitivniji pristup u odnosu na medicinski model koji karakterizira usmjerenost na poteškoću, nesposobnost i patologiju "(Skočić Mihić, 2004). Model deficita nesposobnost preusmjerava na dijagnosticiranje "onoga što osoba ne može "a patologiju tretira kao "ono u čemu ima teškoće "(Kobeščak, 2003). Shodno dijagnosticiranom deficitu, politika zdravstva usmjerava osobu ka određenim specijalnim službama i postupcima kojima se nastoje ublažiti posljedice oštećenja ili bolesti. Ako to nije moguće, osoba se izdvaja iz svoje prirodne okoline i upućuje u institucije u kojima se nastoji potaknuti društveno prilagođavanje pojedinca i postići pozitivne promjene u njegovom ponašanju. Na ovaj način podržava se ideja da osobe

s određenim nedostatkom treba da budu promijenjene, poboljšane i učinjene *normalnijim*.

Tradicionalna defektološka dijagnostika, polazeći od etiološke dijagnostike, shvaća defekt kao osnov za odabir defektne djece i njihovo uključivanje u specijalne škole. Ovaj vid selekcije je ozakonio Pravilnik o evidenciji i kategorizaciji (1960), kojom se dobiva jedinstvena nacionalna podjela osoba s hediķepom. Time se otvara proces ekspanzije osnivanja samostalnih ustanova za školaovanje defektologa i izgradnje defektološke doktrine (Biondić, 1993: 74).

Kadrovi se stručno osposobljavaju koristeći naučna dostignuća u pogledu rehabilitacije i rehabilitacije. “Podsticaj tome kasnije će svakako dati moderna saznanja na polju medicine, specijalne pedagogije i drugih znanstvenih područja” (Janković, P., Rodić, R. 2007: 252).

Model deficita je u odnosu na medicinski model ponudio nešto humaniji pristup, dopuštajući osobama s poteškoćama u razvoju da se odgajaju i obrazuju u specijalnim školama koji je u najvećoj mjeri uvaŕavao individualnost. Shodno tome dolazi do diferencijacije specijalnih škola gdje se osnivaju odjeljenja ili škola za učenike sa mentalnim poteškoćama u razvoju, škole za slijepe i gluhe, itd.

Sagledavajući politiku i praksu tretiranja funkcionalnih nedostataka koju defektologija i njena dijagnostika zagovara krajem šezdesetih godina dolazi do jakih kritika modela deficita od strene bihevorista, psihoanalitičara, i zagovornika protivnika teorije etiketiranja.

Oba modela i medicinski i model deficita sa aspekta rehabilitacije podrazumijevaju višekratne, simultane intervencije usmjerene prema uzroku i sekundarnim posljedicama ozljede ili bolesti. U deficitnom modelu i dalje je prisutna segregacija koja odvaja učenike s razvojnim poteškoćama u zasebne institucije i onemogućava im aktivno uključivanje u rad i ravnopravni status sa ostalim osobama. Ali isto tako zahvaljujući rehabilitacijskom modelu dolazi do novih spoznaja koje odbacuju tezu da osobe sa umjerenom mentalnom retardacijom nisu odgojive i da im nije mjesto u obrazovnom sistemu.

Shodno politici koja je vladala 70-tih, diferencijalne specijalne škole postaju dio općebrazovnog školstva koje rade ovisno o razlikama koje su specifične za djecu sa smetanjama.

*Prema Gudions (1993:253) razlikuju se sljedeće specijalne škole:*

- Škole za djecu sa smetnjama u učenju – to su grane specijalnih škola u kojoj se učenicima pruŕaju temeljna iskustva koje ne može dostatno društveno okruŕenje da im pruŕi.

- *Škole za djecu sa psihičkim smetnjama- škole u kojima se nude životnopraktična izobrazba i motoričko osposobljavanje*
- *Škole za poremećaje u ponašanju- tzv. Škole za neodgojivu djecu*

Utemeljenje isključenja iz obrazovnog sistema osoba s teškoćama u razvoju je u uskoj vezi sa klasifikacijom Kvebeškog odbora za međunarodnu klasifikaciju oštećenja, invalidnosti i hendikepa (ICIDH). “Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) invaliditet definiše kao bilo kakvo ograničenje ili nedostatak, koji proizlazi iz oštećenja zdravlja, sposobnosti za izvršavanje neke fizičke aktivnosti ili psihičke funkcije na način ili u opsegu koji se smatra normalnim za ljudsko biće ovisno o njegovoj dobi “(SZO,1980). Međunarodna klasifikaciju oštećenja, invalidnosti i hendikepa (ICIDH) je bazirana na Medicinskom modelu koji posmatra onesposobljenje kao problem osobe, direktno uzrokovan oboljenjem, traumom ili nekim drugim zdravstvenim stanjem koje zahtijeva medicinsku brigu pruženu u formi individualnog tretmana od strane profesionalaca. Tretiranje onesposobljenja je usmjereno ka izlječenju ili prilagođavanju pojedinca i promjeni ponašanja. Medicinska briga se posmatra kao glavno pitanje i, na političkom nivou, osnovni odgovor je modificiranje ili reformisanje politike zdravstva (ICF, 2001:20).

Reformisanje politike zdravstva u osamdesetim godinama 20 vijeka je utjecalo i na reforme osnovne škole. Na snazi je kritika specijalnih škola jer su postupci dokazivanja da je neko za specijalnu školu neprimjereni i nedovoljno dokazivi, jer u svim kulturama postoje, određena minimalna očekivanja u pogledu temeljnih funkcija u raznim područjima. Također se kritika upućuje i na neznatne šanse za zaposljenje nakon završene specijalne škole. Sve ovo je utjecalo na reformu obrazovnog sistema u kojoj se nastoje integrisati djeca sa smetnjama u razvoju u redovnu nastavu. Jedan od poznatih modela je kaskadni model, čija je autorica Evelyn Deno (1970).

Kaskadni modelje baziran na odgojno–obrazovnom kontinuumu koji teži ka ostvarenju što manje restriktivne sredine u nastojanju da svakom djetetu osigura takvo ozračje od kojeg će imati najviše koristi. “Iako predstavlja zamišljeni oblik modela ovaj sistem rješava obrazovanje osoba sa posebnim potrebama u raspono od specijalnih škola preko povremene edukacije u redovne razrede” (Hegarty, Pocklington, 1984).

Dunnov model (1973) je modificirani kaskadini model, poznat kao model introvertirane piramide koji je razrađen na principu izbora programa za opise tipova djece sa posebnim potrebama. On dijeli djecu na četiri kategorije i utvrđuje jedanaest organizacijskih planova koji se prožimaju od potpune integracije do potpune segregacije (Dunn,1973).

### 2.3. Socijalni model

Predkraj 80-ih politika i ekonomija snažno utječu na promjenu položaja i mjesta pojedinca u društvenoj zajednici. Globalizacija svijeta donosi promjene u međuljudskim odnosima i veću informiranost o ljudskim pravima i slobodama. Početkom 90-ih godina 20. stoljeća dolazi do pojave Socijalnog modela koji stavlja naglasak na promjenu okoline, naročito škole pod aspektom adekvatnog obrazovanja koja treba da se prilagodi pojedincu a ne pojedinac njoj.

Krajem 90-tih godina 20. stoljeća nastavlja se ideja integracije, koja odbacuje koncept invaliditeta kao posebnog stanja individue koji pravi razliku između osoba koje imaju različite mogućnosti. Zakon omogućava školovanje učenika s blažim poteškoćama u razvoju u redovnim školama u cilju optimalnog razvoja i minimizacije efekata etiketiranja i sigmatiziranja ove populacije. Djeca sa težim poteškoćama u zavisnosti od onesposobljenja su i dalje upućivana u posebne obrazovane institucije koje su specijalizirane za takvu pomoć. Naime, takav vid rada se nameće logičnim jer integracija ima i svoje granice. Odgojni rad na području specijalnog odgoja traži posebne programe, metode, organizaciju, opremu i posebno pripremljene stručnjake za to. Dijeljenje zajedničkog prostora u redovnim školama i nekim aktivnostima koje se organizuju u ograničenom vremenskom periodu su pod strogom kontrolom stručnih osoba i ne omogućavaju istinsko uključivanje i uvažavanje dječijih potreba.

Integracija djece sa smetnjama u postojeći sistem obrazovanja u redovne škole bez prilagođavanja njihovim posebnim obrazovnim potrebama, zahtjeva od djeteta da se promjeni i prilagodi školi, kako bi se uklopilo u školsku sredinu, pri čemu je naglasak na školskom postignuću. Nastavni plan i program je u centru nastavnog procesa, a ne učenik sa svojim specifičnim mogućnostima, znanjima, interesovanjima i iskustvom. Ako učenik ne uspije da se prilagodi u redovnom odjeljenju postaje neuspješno i ponovo mu slijedi isključenje. U takvom procesu učenik je manje stigmatiziran ali i dalje nije dobio adekvatnu potporu za učenje i samostalni rad.

U okviru socijalnog modela javljaju se različiti sistemi integracije djece sa onesposobljenjem u odgojno-obrazovnom procesu neki od njih su: Sistem introvertirane piramide; Mainstreaming sistem; Model individualizacije; Parcijalna integracija po sistemu posebnih soba; Model parcijalne integracije; Sistem patronažne integracije; Kaskadni system.

Mainstreaming sistem je jedna od vidova integracije koji se primjenjuje u SAD. On naglašava potrebu uključivanje djece sa posebnim potrebama u sve glavne tokove života. Reynolds (1975) ističe da su za uspješnu socijalizaciju odlučujuće rane godine

života te je potrebno ukinuti izdvajanjem djece s teškoćama u razvoju u specijalne vrtiće i škole. On smatra da ih treba odmah uključiti u redovne škole, kako bi od najranijih dana sticali socijalno iskustvo u svijetu većine. Naime, on zagovara boravak djece u specijalnim uvjetima samo u slučaju neophodne potrebe. Kada se ostvare minimalne pretpostavke za njihovu integraciju automatski se realizira prelazak u redovnu školu uz određen broj sati povremnog specijalnog obrazovanja (*eng part-time special education*). Naredni nivo podrazumjeva potpuno uključivanje djece u redovne škole gdje se nastava odvija po posebnom programu.

Model individualizacije kreirao je Muth, (1975) koji se bazira na individualnom radu sa djecom koja imaju poteškoća u razvoju. On ne isključuje mogućnost rada i druge djece po ovoj metodi ukoliko imaju senzorna ili tjelesna oštećenja. Metodologija rada je kreirana tako što su djeca uključena u posebne dopunske edukativne tretmane uz obezbjeđenje stručnih lica. Individualizovan pristup podrazumjeva da prilikom pravljenja programa podrške, vodimo računa o o uvažavanju nivoa funkcionisanja i potreba konkretnog deteta, o njegovim interesovanjima i karakteristikama socio-ekonomskog okruženja u kojem dijete živi.

Parcijalna integracija po sistemu posebnih soba se već duže vremena koristi u američkom obrazovnom sistemu. Naime, kreirana je tako da djeca koja imaju poteškoće u učenju budu smještena u redovnoj školi u kojoj egzistira jedna prostorija tzv posebna soba. U određenim vremenskim intervalima ova djeca borave u ovoj prostoriji i primaju stručnu pomoć od strane stručnih lica.

Model parcijalne integracije je kreiran na principu posebnog odjeljenja kojeg sačinjava tročlanu skupinu djece sa višestrukim teškoćama u razvoju. Nastavni plan i program se realizira pod posebnim uvjetima i prilagođen je svakom pojedinom djetetu u zavisnosti od stepena oštećenja. Cjelokupana podrška i edukacija je vođena od strane stručne službe koja obavezno uključuje defektologa.

Sistem patronažne integracije je jedan od vidova odgojno-obrazovne rehabilitacije koji se primjenjuje u porodici ili u hospitaliziranim institucijama. Obuhvata rad djece koja su hronično oboljela ili imaju teške oblike tjelesnog invaliditeta zbog kojih nisu u mogućnosti da pohađaju redovnu školu. U zemljama Zapadne Evrope ovaj vid odgojno-obrazovanog rada je finasiran od strane države.

*Sistem socijalne integracije, Uhlendorff (2012), razlikuje pet područja odgoja i obrazovanja osoba s poteškoćama u razvoju ovom sistemu:*

- (1) *Rano područje: Tu se ubrajaju ponude za djecu do 3. godine života, kao npr. centar za rano poticanje odnosno socijalnopedijatrijski centar koji skrbi medicinski, terapijski i pedagoški za djecu s invaliditetom. Bach (1999:127) ističe da ovi centri imaju za cilj: ranu dijagnostiku,*



*prevenciju, savjetovanje roditelja, upućivanje roditelja na metode ranog odgoja, emocionalna stabilnost roditelja, posredovanje rane liječničke dijagnoze i rane terapije*

- (2) *Elementarno područje: Za djecu od treće godine života do polaska u školu tzv. specijalni vrtić ili vrtić za poticanje u kome jesredišnje područje rada pomoć djeci s teškoćama u razvoju. Tu se primaju djeca koja ne dobivaju poticaj ili dobivaju nedovoljno poticaja u redovnom vrtiću. U sklopu rasprave oko načela normalizacije može se primijetiti da se sve više djece s teškoćama u razvoju uključuje u integracijske dječje vrtiće zajedno s ostalom djecom te se ondje potiče njihov razvoj. Bach (ibid) navodi i nužnost specijalnih vrtića koji su u tjesnom kontaktu sa redovnim dječjim vrtićima koji imaju specijalnu opremu i kadar.*
- (3) *Školsko područje: Za djecu s teškoćama u razvoju i mlade u školskoj dobi postoje specijalne škole usmjerene na posebne potrebe kao npr. Škole za djecu s teškoćama u učenju, za gluha djecu i djecu oštećena sluha.*

Mnoge škole moguće je završiti na svim razinama (završetak osmogodišnje škole, matura srednješkole i opća matura). Bach (ibid), smatra da specijalne škole imaju opravdanje samo ukoliko su obilježene posebnom ometenosti kako što navodi i Uhlendorff (2012). On smatra da specijalne škole treba da budu povezane sa redovnim školama, kako bi izvan nastave specifične za ometene mogle posjeđivati mnoge kontakte između ometene i neometene djece (npr. zajedničko igralište, dvorište, sportska dvorana, partnerski projekti itd.)

(4) *Područje strukovnog obrazovanja: Nakon završetka škole mladima s teškoćama u razvoju stoje na raspolaganju brojne mjere nalaženja posla i pripreme za zanimanja, kao npr. pripremna godina za učenje za zanimanje. Bach (ibid) je mišljenja da bi djeca sa posebnim potrebama trebala u okviru njihovih mogućnosti pohađati redovne škole strukovnog obrazovanja. "Ta zanimanja ne bi smjela biti označene kao priučena ili invalidska zanimanja, kako bi na taj način bila diskriminirana. Samo u slučajevima postojeće sljepoće ili gluhoće djeca treba da nastave neophodne specijalne škole za dalju izobrazbu".*

(5) *Područje obrazovanja odraslih: Ovim područjem dominiraju tzv. radionice za osobe s teškoćama u razvoju.*

One trebaju omogućiti odraslim osobama uključivanje u svijet rada. Bach (ibid), navodi da osobe sa invaliditetom u odrasloj dobi treba da prođu nužni tečaj za profesionalnu prekvalifikaciju kao i pospješujuće radionice. Mišljenja je da se trebaju ukinuti razne udruge ili klubove čije je djelovanje jednostrano, uskogrudno fiksirano za oštećenje ljudi. Osobama s invaliditetom su potrebni poticaji i pospješivanje u okruženju neometenih osoba.

Bez obzira o kojem vidu modela integracije je riječ, Tolon i Belsky (1985) ističu da je socijalna integracija ostvarena tek onda kada je uspostavljen najveći stepen komunikacije, spontanosti i harmoničnog rada u odgojno obrazovnom procesu. A da bi on bio postignut u mnogome zavisi od prethodnih komponenti kao što su: prevencija, dijagnostika i rehabilitacija. “Naročito je važna valjana dijagnostiku od strane stručnih lica koja je preduvjet za proces planiranja i programiranja primjenljivih rehabilitacijskih postupaka čime se utvrđuje položaj djeteta spram druge djece “(Stančić,1985). Naime, ranim tretmanom mogu biti korigovani mnogi nedostaci još prije polaska djeteta u školu. “Time je omogućen sigurniji start za savladavanje obrazovnog programa “(Teodorović, 1987).

### 3. INKLUZIVNI POKRET U OBRAZOVANJU

Paralelno sa pokretom ka specijalnom školstvu, koji je nastao kada i pokret ka obrazovanju sve djece, a ne samo najsposobnije, javio se pokret zasnovan na uvjerenju da je za dijete najbolje da se školuje sa svojim vršnjacima i pod istim uslovima. Doprinos Marije Montessori u Italiji, Karla Štajnera u Austriji, Eduarda Klapareda u Švajcarskoj, dali su osnove za zasnivanje pokreta koji danas označavamo kao inkluzivni pokret u obrazovanju. Termin inkluzija je latinskog porijekla (lat. *inclusio*) ima sljedeća značenja: (1. zatvaranje, zatvor, zagrada; 2. uključivanje, sadržavanje, obuhvaćanje, podrazumijevanje; 3. primjesa, sastojak, sastojina, sastavina; 4. zaokruženost, zaobljenost. U engleskom jeziku (*engl. inclusive*) ova riječ znači: uključivši, uključivo; obuhvaćajući, sadržavajući, podrazumijevajući (Klaić, 1982:591). Engleski termin inkluzija, postao je općeprihvaćeni termin u pisanoj i govornoj komunikaciji kada govorimo o osobama sa posebnim potrebama u obrazovnom sistemu.

Eduarda Klapareda je inkluzivni pokret nazvao “Škola po mjeri djeteta “koji je poprimio planetarne razmjere. Prema podacima UNICEFA iz 1991. god., oko 126 zemalja je primjenilo modele psihosocijalne podrške za djecu sa teškoćama u razvoju, koja su uključena u redovne škole.

Početak devedesetih godina 20. stoljeća, na konferenciji u Salamanki, 1994. godine stavljen je naglasak na to da je inkluzija ideja koji je u direktnoj vezi s poboljšanjem obrazovnog sistema kao cjeline: “Inkluzija je proces rješavanja i reagovanja na raznovrsnost potreba svih učenika kroz sve veće učestvovanje u učenju, kulturama i zajednicama i sve manju isključenost u okviru obrazovanja i iz njega.

Inkluzija obuhvata promjene i izmjene sadržaja, pristupa, struktura i strategija, sa zajedničkom vizijom koja obuhvata svu djecu odgovarajuće starosne dobi i sa ubjeđenjem da je redovni obrazovni sistem odgovoran za obrazovanje sve djece” (UNESCO, 1994). Preporuke iz Salamanka dokumenta se odnose na sljedeće:

- svako dijete ima pravo na obrazovanje;
- svako dijete ima jedinstvene karakteristike, interesovanja, sposobnosti i obrazovne potrebe;
- obrazovni sistemi trebalo bi da oblikuju obrazovne programe koji će podržavati različitost među djecom;
- učenici sa smetnjama u razvoju moraju imati pristup redovnim školama, uz prilagođeno obrazovanje;
- redovne škole s inkluzivnom orijentacijom najbolji su način za prevazilaženje diskriminativnih stavova i izgradnju inkluzivnog društva.

Za razliku od socijalne integracije koja parcijalno uključuje osobu u redovni odgojno-obrazovni sistem, inkluzija podrazumijeva njegovo potpuno izjednačavanje i uključivanje s prosječnom populacijom. Na taj način se djeca s teškoćama u razvoju ne promatraju i vrednuju prema njihovim nesposobnostima, ograničenjima i teškoćama, nego prema brojnim sposobnostima, interesima, jakim stranama i potencijalima.

*Ako promatramo sistemska rješenja i društvenu podršku kroz izmjene i dopune međunarodnih pravnih akata koje osiguravaju ravnopravni status osoba s posebnim potrebama kao i promjene u svijesti pojedinaca koje se dešavaju od 1990 pa na ovamo, zasigurno možemo reći da se inkluzija nameće kao nadređeni pojam integraciji “(Mišić, 1995). Za razliku od integracije koja osobu usmjerava na institucije, inkluzija ohrabruje svaku osobu, s intelektualnim teškoćama da preuzme, uz pomoć roditelja, staratelja ili odgajatelja potpunu odgovornost za svoje učenje i ponašanje (Whittaker, 2000).*

#### **4. CJELOŽIVOTNO OBRAZOVANJE U FUNKCIJI POBOLJŠANJA BOLJEG FUNKCIONISANJA OSOBA S INVALIDITETOM**

Bez obzira na to što pravo na obrazovanje jeste osnovno ljudsko pravo, mnoge mlade osobe s invaliditetom ne mogu to pravo ostvariti zbog brojnih prepreka koje im stoje na putu. Naime, u izboru životnog zanimanja osobe s invaliditetom imaju sužen izbor

obrazovnih programa, što otežava konkurentnost ove populacije na tržištu rada. Usvajanje Zakona o cjeloživotnom obrazovanju u BiH, pruža se prilika osobama s invaliditetom za prekvalifikaciju, dokvalifikaciju, specijalizaciju, osposobljavnje i usavršavanje za neki vid zanimanja koji će biti prepoznat na berzi rada. Dodatna edukacija u biti ne znači i školovanje ali svaki vid dodatne naobrazbe može pomoći osobama s invaliditetom da steknu znanja iz različitih oblasti koje im mogu olakšati svakodnevno funkcionisanje. Npr. ukoliko prošire znanje iz oblasti ekonomike domaćinstva mogu proširiti svoj budžet. Ušteda energije, racionalno korištenje namjernica i sredstava neophodnih za život su samo neke od tema koje uključuju dodatnu edukaciju iz oblasti ekonomije domaćinstva. Permanentno obrazovanje omogućava osobama bez obzira na individualne sposobnosti da nastave sa daljim učenjem i obukom kako bi olakšale rad na postojećoj poziciji ili to znanje iskoristili na novom radnom mjestu.

U BiH cjeloživotno obrazovanje je novijeg datuma i nije se sistemski razvijalo. Neke agencije nude u okviru svoje djelatnosti obrazovne usluge, međutim izbor tih usluga je svedena na obuku na računarima i učenje stranih jezika. Ako se želi postići permanentno obrazovanje, potrebe za cjeloživotnim učenjem trebaju postati integralni dio obrazovnog sistema što podrazumijeva ulaganje u ljudski kapital. Prema OECD-u, ljudski kapital se definira kao znanja, umijeća, kompetencije i osobine pojedinaca koje olakšavaju stvaranje osobne, društvene i gospodarske dobrobiti (Keeley, 2009, str. 31).

## **5. PRIKAZ DIJELA ISTRAŽIVANJA O UTJECAJU OBRAZOVNJA OSOBA S INVALIDITETOM NA AKTIVNU PARTICIPACIJU U DRUŠTVU**

Glavni cilj istraživanja bio je utvrditi značaj formalnog i neformalnog obrazovanja na aktivnu participaciju osoba s invaliditetom u društvenoj zajednici. Uz to, istraživanje je trebalo utvrditi postoji li razlika u indeksima s obzirom na: a) spol ispitanika b) nivo naobrazbe) tip domaćinstva. Veličina uzorka je 540 ispitanika (sa 26 uzoračkih tačaka) od čega je spolna struktura anketiranih osoba zastupila 227 muških i 281 ženski ispitanik. Studija je realizovana uz primjenu kvalitativnog i kvantitativnog istraživanja. Kvalitativno istraživanje provedeno 2013 godine uz pomoć fokus-grupa u nekoliko regija BiH. Najveći procenat prikupljenih podataka kroz fokus grupe je dobiven od predstavnika regionalnih organizacija Crvenog

Krsta/Križa BiH. Tokom istraživačkog procesa realizovano je šest fokus grupa (Mostar, Doboj, Vogošća, Foča, Bihać i Zenica) sa osobama starosne dobi od 55+

## 6. SAMOPROCJENA ZDRAVSTVENOG STANJA

Na skali samoprocjene, zdravlje ispitanika u prosjeku je ocenjeno loše od čega 42% navodi da ima neku hroničnu bolest, 19,7% da ima neke funkcionalne poteškoće a 7,4% navodi da ima neki stepen invalidnosti. Vidljiva tendencija je izražena u prosječnim prihodima ispitanika sa hroničnim i funkcionalnim poteškoćama u odnosu na ispitanike koji nemaju zdravstvenih problema a koji se dovode u vezu sa nedovoljnim obrazovnim nivom pojedinca ( Sig.=0,52 ). Ova razlika je izraženija kod ženske populacije u odnosu na mušku.

**Tab. br. 1.** *Specifične zdravstvene poteškoće*

(I) Specifične zdravstvene teškoće	(J) Specifične zdravstvene teškoće	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
hronična bolest	Zdrav	.00	.045	1.000	-.12	.12
	Invalidnost	-.08	.076	.749	-.27	.12
	funkcionalna poteškoća	-.21*	.052	.000	-.34	-.07
zdrav	hronična bolest	.00	.045	1.000	-.12	.12
	Invalidnost	-.08	.078	.765	-.28	.12
	funkcionalna poteškoća	-.21*	.055	.001	-.35	-.07
Invalidnost	hronična bolest	.08	.076	.749	-.12	.27
	Zdrav	.08	.078	.765	-.12	.28
	funkcionalna poteškoća	-.13	.082	.378	-.34	.08
funkcionalna poteškoća	hronična bolest	.21*	.052	.000	.07	.34
	Zdrav	.21*	.055	.001	.07	.35
	Invalidnost	.13	.082	.378	-.08	.34

Jednofaktorskom multivarijacionom analizom varijanse istražene su razlike nezavisnih varijabli (spol, obrazovni nivo i tip domaćinstva) u odnosu na tri zavisne promjenjive varijable: spremnost da stečeno znanje podijeli i prenese drugima, funkcionalno iskorišteno slobodno vrijeme i volontersko sudjelovanje u zajednici.

**Tab. br. 2.** *Multifaktorska analiza socijalne participacije (Pearsonov koeficijent korelacije)*

		A04	A05	A06	E011	E012	F02
A04 (spol);	Pearson Correlati	1,000	-,073	,025	-,004	,022	-0,20
	Sig. (2-tailed)		,094	,559	,923	,610	,647
	N	535	534	534	534	535	531
A05 (stručna sprema	Pearson Correlati	-,073	1,000	-,133	-,271	,369	,047
	Sig	534	539	537	538	539	535
A 06 (tip domaćinstva	Pearson Correlati	,025	-,133	1,000	-,047	-,057	-,198
	Sig (2-tailed)	,559	,002		,275	,184	,000
	N	534	537	538	537	538	534
E011 (zajedničke aktivnosti u slobodnom vremenu)	Pearson Correlati	-,004	-,271	-,047	1,000	-,263	,134
	Sig (2-tailed)	,923	,000	,275		,000	,002
	N	534	538	537	539	539	535
E012 (volonterski rad u zajednici)	Pearson Correlati	,022	,369	-,057	-,263	1,000	,060
	Sig (2-tailed)	,610	,000	,184	,000		,164
	N	535	539	538	539	540	536
F02 (prenošenje znanja i iskustva)	Pearson Correlati	-,020	,047	-,198	,134	,060	1,000
	Sig (2-tailed)	,647	,274	,000	,002	,164	
	N	531	535	534	535	536	536

Utvrđena je statistički značajna razlika između muškaraca i žena u pogledu kombinacije zavisnih promjenljivih varijabli (želje da se dodatno usavršava  $F(15,03)$ ,  $p=0,00$  i aktivno bavljenje u slobodnim aktivnostima  $F(5,69)$ ,  $p=0,017$ ). Kod žena je zabilježen neznatno veći nivo subjektivnog doživljaja u želji za dodatnim usavršavanjem i zadovoljstva u prenošenju znanja na mlađe naraštaje. U pogledu prosječnih vrijednosti rezultata utvrđeno je da ne postoji statistički značajna razlika između muškaraca i žena kada je u pitanju stepen obrazovanja.

Fisherovim z-testom provjerene su razlike među korelacijama između kohorti i one korelacije među kojima je utvrđena statistički značajna razlika na razini od  $p \leq 0,005$  i  $p \leq 0,005$  čije su vrijednosti u tablici deblje otisnute. Sve korelacije se kreću od niske do umjerene. Vidi se da postoji unakrsna povezanost među varijablama u tri kohorte među kojima je posebno nagašena stručna sprema. Obrazovanje osobe su više društveno uključene i spremnije su da svoje iskustvo prenesu na mlađe generacije. Osobe koje imaju veći stepen naobrazbe imaju veći stepen samopouzdanja u odnosu na osobe koje su manje obrazovane. Bilo da se radi o muškarcima ili ženama, obrazovni status osoba s invaliditetom je usko povezan sa aktivnom participacijom pojedinca u društvenom životu. Ona izravno potiče socijalne uloge i razvija kvalitetne međuljudske odnose. Dobiveni rezultati svjedoče da snažni izvori podrške kulturnom aktivizmu osoba s invaliditetom utječu na kvalitet života pojedinca u ostvarivanju cjelovitog razvoja vlastitih potencijala. Uz to, ako volonterski sudjeluju, istovremeno im se pruža mogućnosti informalnog obrazovanja. Uključivanje osoba s invaliditetom u volonterski rad zajednice jedan je od ključnih elemenata u strategiji životnog učenja u Europskoj uniji.

## 6. ZAKLJUČAK

Utjecaj humanističke pedagogije i njene misli napravili su značajne iskorake u načinu razmišljanja i pružanju podrške osobama s invaliditetom. Historijski gledano, briga i zaštita djece s poteškoćama u razvoju su dobili na značaju tek poslije II svjetskog rata, kada je u sistemu bivše Jugoslavije pa i u BiH, omogućeno školovanje u specijalnim odgojno-obrazovnim ustanovama. Od tada pa sve do danas uočen je pozitivan ali trnovit razvojni put zagovaranja jednakih prava svih na obrazovanje. Humanistička pedagogija je prepoznala ovaj problem na način da zagovara pozitivnu orijentaciju u podudarnosti odgojno-obrazovnog rada s potencijalnim snagama pojedinca. Otkrivanje jakih strana i cjelovito upoznavanje njegovih sposobnosti

otvara mogućnost da osoba s poteškoćama u razvoju bude prepoznata u zajednici i da joj se da šansa da ravnopravno sudjeluje na tržištu rada. Humanistička pedagogija zagovara i inkluzivni pristup obrazovne i radne politike pod geslom jednaki uslovi za sve. Ovakva pristup zasigurno može utjecati na poboljšanje položaja osoba s invaliditetom i kreiranje pravednijeg društva u kome živimo. Uspostava sistema za obrazovanje i obuke odraslih, čiji je zagovarač također Humanistička pedagogija, omogućava jednako pravo svih bez obzira na dob i individualne razlike, da učestvuju u programima cjeloživotnog učenja. Shodno tome, potrebno je stimulisati razvoj dostupnih programa za osobe s invaliditetom koji bi omogućili nadogradnju vještina i znanja potrebnih za individualni razvoj i samoispunjenje kroz cijeli život. Bolji obrazovni status osoba s invaliditetom svakako pruža veće mogućnosti ostvarivanju ličnog razvoja kako u profesionalnom tako i u volonterskom radu. Kroz volontiranje osobe s invaliditetom razvijaju komunikacijske i organizacijske vještine, proširuju svoje socijalne krugove i često dobivaju mogućnosti za plaćene poslove u budućnosti. Uzimajući u obzir međunarodne, državne i lokalne dokumente kojima je definisan okvir za razvoj novih modela podrške za osobe s invaliditetom, Humanistička pedagogija daje izravan doprinos u primjeru socijalne inkluzije koja povećava učešće i smanjivanje isključenosti iz osnovnih društvenih tokova.

## LITERATURA

1. Bach, Heinz (1999), *Osnove posebne pedagogije*, s njemačkog preveo Sead Muhamedagić, Eduka , Zagreb str. 23,25
2. Beker, Kosana (2010): *Pravo da donesem odluku*, Grafos internacional“ Pančevo
3. Dunn, L.M (1973).: *Exceptional children in the schools*, Hoet, Rinehart and Winston, NewYork,
4. Furlan, Ivan (1991): *Čovjekov psihički razvoj*, Školska knjiga, Zagreb, str. 114.
5. Gleeson, Brendan (1999): *Geographies of Disability*. London: Routledge, pp. 160.
6. Harris, James. C. (2006). *“Intellectual disability”: Understanding its development, causes, classification, evaluation, and treatment*. Oxford: Oxford University Press
7. Seamus Hegarty, Keith Pocklington, Dorothy Lucas (1984): *Educating Pupils with special needs in ordinary schools*, NEFER-Nelson publishing Co, pp 68.



8. Janković, Prvoslav., Rodić, R.(2007): *Školska pedagogija*, Pedagoški fakultet, Sombor.
9. Jaeger, Paul., Bowman Cynthia (2005): *“Understanding disability”: inclusion, access, diversity, and civil rights*. Westport: Greenwood Publishing Group, Inc, str. 29.
10. Kepeš, Nusreta (2013) *“Socijalna pedagogija u funkciji prevencije i resocijalizacije poremećaja ponašanja kod djece i adolescenata“*, univerzitetski udzbenik, Islamski pedagoški fakultet Univerziteta u Bihaću.
11. Šegota, Ivan (1996) *Nova medicinska etika i eutanazija*, Društveno istraživanje, Zagreb/god. 5 (1996), br. 3-4 (23-24), str. 699-707.
12. Spahić, Mustafa (1996): *Povjest islama*, El-Hidaja, Sarajevo .
13. Šimleša, Pero (1073): *Pedagogija*, Pedagoško-književni zbor, II izdanje, Zagreb.
14. Uwe Uhlendorff, (2012): *“Socijalna pedagogija u Njemačkoj“*, Kriminologija i socijalna integracija. Vol. 20 (2012) Br. 1, 1-132.
15. Zovko, Gojko (1999): *Osnove suvremene pedagogije*, Hrvatski pedagoško književni zbor, Zagreb, str. 169.
16. Žunić, Z (2001): *Profesionalnom rehabilitacijom u 21. stoljeće*, Državni zavod za zaštitu obitelji, materinstva i mladeži, Zagreb, str. 19, 25.
17. Quinn, G. i Degener, T. (2002): *The moral authority for change: human rights values and the worldwide process of disability reform*, New York.

Adresa autora

Authors' address

Islamski pedagoški fakultet Univerziteta u Bihaću

Žegarska aleja bb

77000 Bihać

nusretakepes@yahoo.com

## **THE IMPACT OF THE HUMANIST PEDAGOGY TO THE DEVELOPMENT OF INCLUSION AS SEEN THROUGH THE PRISM OF CHANGES IN SOCIAL RELATIONS**

### **Abstract**

According to the World Health Organisation, up to 15 percent of the world's population are people with some kind of a disability. As seen through the historical prism, this population was not protected, nor did it enjoy the fundamental freedoms on an equal basis with other people. In the first part of the paper, numerous factors that influenced the change of consciousness and attitude towards people with disability through history have been elaborated. The next part of the paper contains the developmental path of humanistic pedagogy which, by reforming the school system, opened the door to children with developmental disabilities and also integrated such children into the educational system. With the development of the social model and by introducing inclusion to regular primary and secondary schools, the position of children with developmental disabilities has greatly improved. In another part of the paper, the focus is directed on the program of the lifelong education and its importance for people with disabilities. Through such a segment, the society shows a high degree of social responsibility as well as social sensitivity towards people that need this kind of help. Namely, through additional training, retraining, and specialisation programs, people with disabilities are provided with equal access to training and are given the opportunity to learn continuously. The final part of the paper contains one part of the research study whose main goal is to examine the impact of formal and informal education to the degree of participation and active involvement in the community. The research has been conducted by the method of the personal contact with the respondents (face to face method). The respondents belong to the age group 55+, on a sample of over N=540 respondents, and 17% of these are disabled people. The results indicate that educated persons have a greater degree of motivation to actively participate in the community. In this research, the dimension of active volunteer work correlates significantly ( $r=0,39$ )

with the educational level of the respondents. A high level of education also attests positive effects of the voluntary activism to people with disabilities. Although the results on the scales variable of the active participation in the leisure time are somewhat better than the variable of the volunteer activism, they still can be brought into correlation with the educational level of an individual. The recommendations stress the significance and contribution of the voluntary actions of people with disabilities in maintaining integrational cooperation and solidarity, which contribute to positive change in society.

**Key Words:** Lifelong education, inclusion, integration, people with disabilities, social model, volunteerism.