

Проф. др Радомир Арсић⁴⁴

Учитељски факултет у Призрену – Лепосавић

Бојана Вуковић⁴⁵

Универзитет у Источном Сарајеву, Медицински факултет у Фочи

ФУНКЦИОНАЛНА ДИЈАГНОСТИКА И ОБРАЗОВАЊЕ ДЕЦЕ СА СМЕТЊАМА У РАЗВОЈУ⁴⁶

Апстракт: Систем функционалне дијагностике је изузетно комплексан поступак који захтева сарадњу већег броја стручњака и којим се утврђује стање, облик и степен психомоторних сметњи код појединца. На основу тако утврђеног психомоторног статуса се прави програм и одређују се методе, средства и поступци у васпитању и образовању за свако дете појединачно. Циљ утврђивања психомоторног статуса детета са ометеношћу је максимално стимулисање његових преосталих способности као и његово потпуно укључивање у школску средину, односно подршка систему инклузивног образовања за дете са ометеношћу. Рад покушава да укаже на то колико функционална дијагностика има удела у помоћи да се деца са ометеношћу усмере у одговарајуће установе, односно у одговарајуће облике подршке за ту децу.

Кључне речи: функционална дијагностика, дете са ометеношћу, инклузивно образовање.

У већини случајева процес идентификација дечјих способности почиње са дететовом припремом за полазак у школу. Пре тога родитељи врло ретко пријављују сметње у развоју свог детета, осим уколико је та сметња видљиво физичко онеспособљење.

Приликом уписа у школу, обавезан је преглед детета од стране комисије чији је задатак идентификација и процена деце. Ова комисија састоји се од лекара, педагога, психолога, дефектолога и социјалног радника (у зависности од општине овој се комисији додају и логопед као и један или више наставника). Уколико дође до идентификације детета

⁴⁴ raca13@gmail.com

⁴⁵ bvukovic75@yahoo.com

⁴⁶ Рад је резултат истраживања у оквиру пројекта Утицај кохлеарне имплантације на едукацију глувих и наглувих особа, евиденциони број 179055, који финансира Министарство просвете, науке и технолошког развоја Републике Србије, а реализује Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију Универзитета у Београду.

од стране ове комисије, односно уколико се претпостави (тестовима или посматрањем) да је то дете са ометеношћу, приликом похађања наставе оно се подвргава даљем посматрању од стране учитеља, педагога и психолога у самој школи. Даљи уобичајени поступак да се посматрање обавља у одређеном временском периоду као и да се после тога дају препоруке за даље кораке који треба да се спроведу у наставку његовог образовања.

Уколико се даје препорука (од стране мобилног тима општине или школског тима за инклузију), и уколико се са тим сложе родитељи детета (њихово допуштење је обавеза за даље поступке) врши се даља специјалистичка процена која укључује коначну категоризацију (разврставање и усмеравање, термини који су данас у употреби).

Налаз који да Комисија за оцењивање способности и разврставање деце и омладине ометене у психофизичком развоју, један је од кључних и одлучујућих фактора о томе да ли дете улази у процес категоризације, односно да ли су родитељи вољни да се такав процес покрене. С тога, родитељска одговорност за спровођење категоризације њиховог детета је велика. Ово пре свега јер се код родитеља јавља страх од стигматизације и очекиване дискриминације њиховог детета (овај страх је поготово развијен у руралним деловима заједнице).

Када разматрамо категоризацију детета са ометеношћу, можемо констатовати две велике негативности овог поступка. То се пре свега односи да то да када се једном постави дијагноза она се веома тешко мења, као и то да се категоризацијом код детета у први план истиче његова неспособност а не преостале способности.

Из тог разлога указала се потреба за успешну опсервацију као психолошко-педагошки и здравствени поступак који представља посебни значај за комплексну дијагностику и рану рехабилитацију. Путем функционалне дијагностике односно функционалне класификације способности (посматрања, анализе поступака кроз учење и игру, као и друге програмиране слободне активности) допуњава се клиничка, психолошка, образовна и социјална слика детета које се посматра.

У циљу укључивања детета са сметњама у развоју у инклузивни поступак (инклузивну наставу) потребно је извршити индивидуалну евалуацију сваког детета посебно. У овом случају проценитељску улогу имају учитељ, психолог, педагог и родитељ детета. Овај проценитељски тим врши следеће процене: у којој је мери развој детета под утицајем основних тешкоћа развоја (интелектуални, соматски, комбиновани), колико је под утицајем социјалних фактора (породица, вршњаци, школа и др.) као и дефинише способности које су код детета очуване и развијене или се пак могу развити одговарајућим едукативним

програмима. Ова идентификација се врши од рођења до шесте године живота детета.

Под системом функционалне дијагностике подразумева се скуп поступака којима се утврђује стање, облик и степен психомоторног оштећења, као и последице, узроци и могућности за потпуну или делимичну рехабилитацију. На основу утврђеног психомоторног стања детета са сметњама у развоју, прави се програм рехабилитације, одређују се методе, средства и поступци, као и процес разврставања детета са оштећењем и њихово укључивање у процес васпитања и образовања, односно у којој школској средини ће им бити пружени максимални услови који су одговарајући његовим психофизичким могућностима.

Стручњаци који учествују у опсервацији детета мора да имају професионални однос као и спремност да се активно укључе у решавање одређених проблема и пруже потребну помоћ детету са ометеношћу. Најзначајнија варијабла утврђивања психомоторног, чулног и емоционалног стања код детета је дубинска анамнеза у којој се садржани подаци о пренаталном, наталном и постнаталном периоду, подаци о расту и развоју детета (до момента упућивања на дијагностику и разврставање). Сам дијагностичар мора да уради опширну дескрипцију детета као и да мора да наведе симптоме који обликују карактеристике прилагођавања детета, те мора одредити одговарајући третман: аудиолошки, фонијатријски, хабилиционо-корективни, психолошки и образовни. Сви ови проблеми се решавају кроз систем функционалне дијагностике, односно она представља основну претпоставку у нормализацији односа у свим сегментима код деце са сметњама у развоју од самог детињства па све до завршетка свог школовања.

Најједноставнија и најшире прихваћена дефиниција функционалне дијагностике дао је Хаурад Гарднер (Gardner, 1983), кроз седам људских способности, (или интелигенција, како их он назива): вербално-лингвистичке (подразумева владање језиком, односно способност да се ефикасно манипулише говором кроз изражавање, и омогућава да се језик користи као средство за памћење информација); логичко-математичке (способност откривања образаца, дедуктивног и логичког мишљења, најчешће се повезује са научним и математичким мишљењем); визуелно-просторне (даје једну могућност манипулације и стварања менталне слике у циљу решавања проблема, он просторну димензију (интелигенцију) дефинише и увиђа и код следе деце.); телесно-кинестетичке (је способност да се нечије менталне способности користе у циљу координације својих телесних покрета, она повезује веровање о повезаности менталних и физичких активности код човека); музичко-ритмичке (која обухвата способност да се препозна и компоњују

музичка дела, тонови и ритмови); интерперсоналне (способност разумевања осећаја и намера других људи) и интраперсоналне (способност да се разумевају сопствена осећања и мотивација).

Свака особа има неке од ових способности више или мање изражене, а на основу функционалне дијагностике константујемо на ком су нивоу ове функције појединих способности код одређене особе. Као пример наводимо, да ћемо констатовати код неке особе заостајање у логичко-математичким способностима, али да има изражене музичко-ритмичке или пак телесно-кинестетичке способности. Овом применом на децу са посебним потребама, имаћемо могућност да пратимо како се санирају онеспособљења и хендикепи а како се развијају или користе остале способности. На овај начин ћемо имати редовно праћење детета са посебним потребама и могућност да програм њихове обуке прилагодимо напредовању и функционалном стању потреба те деце (Сузић, 2009).

Различити домени дечјег развоја као што су физички, когнитивни, социјални и емоционални тесно су повезани, па развој једне од њих утиче и на развој осталих способности. Развојна међуповезаност функција гнозије, праксије, пажње и вербалне способности битно детерминишу квалитет појмовног искуства, а њихова интеракција одређује способности адаптивног понашања и учења детета са посебним потребама (Максимовић, 2008). И Лав Виготски указује у свом делу *Основи дефектологије*, да свако дете, па и оно са сметњама у развоју, долазе на свет са неким диспозицијама, које се, уколико наиђу на стимулативне околности, могу развити у способности. Фонд тих диспозиција и њима припадајући спектар способности може бити мањи или већи, као што и ниво тих способности може бити различит. Када је фонд тих диспозиција херeditарно или конгенитално осетно редукован, онда говоримо о исподпросечним образовно-васпитним потенцијалима од којих се не може очекивати одговарајући спектар и ниво способности аналоган ономе код деце без развојних сметњи (Виготски, 1987).

Уколико је дете сувише дуго у средини у којој захтеви премашују његове способности, а околина нема разумевања за тешкоће са којима се дете суочава, могу се јавити поремећаји у понашању (Илић, 2009). Наравно да деца са ометеношћу имају проблема у образовању које су у великој мери последица слабијих перцептивних могућности. Прави узроци васпитних проблема су пре свега у неуспешној комуникацији детета са околином као и у емоционалним проблемима који се због тога јављају.

У нашој држави, образовање и васпитање деце са сметњама у развоју (деце са посебним потребама) прошло је велики број организационих облика. Процес инклузије, данас је заменио „специјалне

школе“, односно посебне облике, за које се данас сматра да су сегрегацијски, образовања засноване пре свега на „медицинском моделу“ образовања. Он се, дакле надовезује на овај модел али га у многим сегментима и надилази и превазилази.

У најширем смислу инклузија представља феномен у друштву (промене у самом друштву) па тек онда саме школе. Skrtic (1994) објашњава ово на следећи начин: „Инклузивно образовање се темељи на новој парадигми размишљања и поступања на начин који укључује све особе у друштво, где су различитости постале више нормом него изузетком“ (Skrtic Thomas, према: Алић, Церић, 2005). Мејсон (према: Карић, 2008) сматра да су фундаментални принципи инклузије свеобухватни, као и да „инклузија у образовању подразумева прихватање различитости, одговор на различите потребе ученика, излажење у сусрет потребама свих ученика, подржавање различитог темпа учења, квалитета образовања, као и прихватање чињенице да је образовна инклузија један аспект опште друштвене инклузије“.

Инклузивно образовање је, према Илићу „нови дидактички модел организованог поучавања и учења и учења који обухвата, прихвата и интензивно укључује децу и младе са препрекама у учењу и учешћу, односно ученика са посебним образовним потребама и све остале ученике у одељењу према њиховим индивидуалним потенцијалима, интересовањима и очекиваним исходима до личних максимума (Илић, 2009).

Постоје многобројни системи за процену функционалних вештина које су засноване на испитивању појединих вештина. Ми у овом раду спомињемо само неколико, пре свега помињемо *Приступ нормативној процени функционалних вештина*, где је концепцијска основа приступа традиционалне развојне теорије које стављају нагласак на стицању сензомоторних искуства као основе за стицање сложених моторичких и когнитивних вештина. Процена по овом приступу је описна, али постоје и квантитативни показатељи који су изражени кроз глобални и парцијални коефицијент развоја, а који се тичу могућности детета у стицању основних моторичких, когнитивних, говорних и социјалних вештина, у односу на узрасне норме. *Батерија за процену покрета за децу* (The Movement Assessment Battery for Children –MABC, Henderson & Sugden, 1992) представља нормативно процењивање fine и грубе моторичне способности код деце узраста од четири до 12 година. Садржи задатке из три области: латерализованост горњих екстремитета, циљање и хватање и динамичка равнотежа. Тестовни резултати се у коначном скору оштећења конвертују у проценте.

Бруникс-Озеретски тест моторичке спретности (Bruininks-Oseretsky test of Motor proficiency, Bruininks, 1978) процењује моторичку спретност деце типичне популације као и деце са

ометеношћу старости 4,5 до 14,5 година, а састоји се из 46 задатака подељених у осам субтестова. Четири субтеста су из области процене грубе моторике (билатерална координација, брзина трчања, спретност, снага) док четири субтеста испитују фину моторику (фина моторичка прецизност, фина моторичка интелигенција, латерализованост горњих екстремитета и координација горњих екстремитета). Резултати теста дају свеобухватан индекс моторичке спретности, као и одвојене вредности процене грубе и fine моторике. *Тест за процену развоја грубе моторике* (Test of Gross Motor Development 2 – TGMD 2, Ulrich, 2000) је стандардизован тест за процену грубе моторичке способности деце узраста до 3 до 10 година старости, TGMD-2 процењује 12 способности грубе моторике, које су подељене у две групе: покретљивости (трчање, поскакивање, галоп, скок у даљ, скок у вис, повлачење) и контрола објекта (вештина манипулисања лоптом као што је тапшање лопте, вођење лопте, хватање, шутирање, бацање лопте у вис и додавање лопте иза леђа (underhand roll). *Brunet-Lezine лествица психичког развоја ране дечје доби* (Le développement psychologique de la Première Enfance, Brunet, Lézine, 1965) процењује психомоторни развој до шесте године живота, с тим што 16 првих субтестова процењује развој у току прве године живота сваког месеца, током друге године са интервалом од три месеца (15, 18, 21 и 24), а током треће године у интервалу од шест месеци. Сваки субтест садржи 10 задатка, првих шест су задаци где се дете ставља у тест ситуацију, а четири имају облик питања на која одговара родитељ, а које се углавном односе на подручје говора и социјалног понашања. Скала за узраст од 4-6 година садржи само четири задатка, од којих три испитују практичну интелигенцију а један вербалне способности. Brunet – Lezine лествица психичког развоја ране дечје доби испитује следеће подручја развоја: моторика (статичка и динамичка), координација (окуломоторички развој тј.руковање предметима), друштвеност и говор. На овај се начин омогућује израчунавање глобалног коефицијента развоја, али и коефицијенти сваке од области одвојено, нарочито уколико је приметно кашњење у некој од њих.

Минхенска функционална развојна дијагностика (Münchener Funktionelle Entwicklungsdiagnostik; Hellbrugge u. a., 1977), обухвата пречење осам сегмената развоја у току прве године живота: пузање, трчање, седење, хватање, перцепцију, говорну експресију, говорну рецепцију и социјално понашање. Међутим, и овако широка диференцијација у области развоја не исцрпљује све могућности праћења развоја, поготово у питању комплексне функционалне области као што је перцепција, говор и социјално понашање. У другој и трећој години процена обухвата статомоторни развој, сензомоторни развој, говор и социјално понашање. МекКарті скала дечјих способности

(McCarthy Scales of Childrens Abilities, McCarthy, 1972) је тест развојних способности и то за децу од 2,5 до 8,5 година и садржи задатке који се односе на конструкцију коцкама, слагању фигура и слагалица, памћење слика, значење речи, питања о бројевима, ритмичке репродукције, вербално памћење, оријантација у простору, координација руку, координација ногу, имитација, нумеричко памћење вербална флуентност, бројање и сортирање, концептуално груписање, копирање дизајна и цртање људске фигуре деце предшколског узраста. Коначни резултати теста се оцењују кроз 6 скалирних индекса: вербални, перцептивно-манипулативни, квантитативни, генерално/општи когнитивни, памћење и моторни.

Улога учитеља и наставника у стварању, имплементирању и промовисању квалитетног инклузивног образовања, нора да буде велика јер су они ти који васпитавају и образују ову децу свакодневно. Истовремено је њихова улога у дијагностификовању веома значајна и она се огледа у: идентификацији деце, процени когнитивних и социјалних способности, процени интересовања и понашања; у изради Индивидуално образовног плана, као и укључивање одређених конкретних кракорочних и дугорочних циљева као и наставних метода за остваривање тих циљева; Евалуацију напретка које је дете остварило. Наставници и учитељки треба да буду особе које ће препознати поремећаје код деце у школском окружењу и који треба да траже помоћ одређених стручњака (пре свега дефектолога, али и лекара, психолога, педагога, итд.).

Велики је значај функционалне дијагностике у изради Индивидуалног образовног плана, јер се овим документом одређују сви битни елементи тренутног развојног статуса детета (интелектуални, емоционални, социјални, здравствени...), тешкоће у савладавању образовних и васпитних циљева и на основу њих утврђени прецизни и проверљиви циљеви. Наравно да се уз индивидуални образовни план у коме се налазе наставни садржаји, сачињава и посебно прилагођава простор, дидактички материјал, методе и средства у процесу усвајања знања и подстицаји у раду. Овај план је базиран на курикулуму и у својој основи има хуманистички приступ, јер се фокус поставља на јачање личности детета или одређене карактеристике које се могу, правилним поступком, развити у добре стране (водећи при томе, рачуна о различитостима и индивидуалним потребама детета).

Индивидуални образовни план представља план и програм који одговара дететовом онеспособљењу-поремећају. Он уопштено подразумева смањење интензитета и обима школског програма а обogaћен је посебним методама, средствима и прибором инклузивне праксе у учионици. Оваква пракса се најбоље показала кроз

индивидуализовану наставу (индивидуализовани приступ у настави) и он подразумева прилагођавање задатака и садржаја наставних јединица дететовим потребама и способностима. У многим случајевима, ово се прилагођавање заснива на смањивању захтева и очекивања у смислу количине информација и знања које дете може усвојити (Школа по мери детета 2, 2009).

У другим случајевима, такав индивидуализован приступ настави понекад подразумева настојање да се детету одврати пажња кроз пасивне игре (цртањем, коцкама...), мада већина школа има праксу индивидуализованог наставног програма и приступа. Наставник се у основи ослања на сопствену процену док врши прилагођавање садржаја наставних предмета одређеном детету. Међутим, иако се индивидуални програм доноси за свако појединачно дете посебно, то не значи да се приликом његове реализације, то дете (или више њих) издвајају из групе, већ се прилагођени програм увек реализује у оквиру заједничких активности у самом одељењу. Најважнији елементи индивидуално прилагођеног програма се односе на утврђивање области развоја у којима је дете најуспешније, на одређивање приоритета којима се треба посветити, на опис функционисања детета и на прецизно дефинисане и реално постављене циљеве (Хрњица, 2004).

Проблем инклузивног образовања, проблем категоризације, опсервације и функционалне дијагностике, те усмеравање деце у одговарајуће установе, су проблеми са којима се сусрећу наше школе, те учитељи и наставници који раде у њима. Ученици са ометеношћу, у великом броју случајева завршавају основно образовање које није у складу са њиховим, пре свега индивидуалним могућностима и способностима, а кључни моменат на основу којег би се ученици усмеравали у одговарајуће установе, функционална дијагностика, није довољно развијена, а учитељима и наставницима је, може се речи и непозната. Зато смо се у нашем раду и базирали да испитамо значај функционалне дијагностике за организацију различитих облика васпитно-образовног рада са ученицима који имају неку од врсти ометености а налазе се у редовном систему образовања (инклузивно образовање).

За потребе овог истраживања, формиран је упитник са скалом ставова о функционалној дијагностици и инклузији на који су одговарали директори и педагози школа, а онда исти упитник је коришћен и за испитивање ставова наставника, учитеља и дефектолога који раде у редовним и специјалним основним школама.

Узорак су чинили 42 директора (редовне и специјалне школе), 41 педагог који ради у редовној и специјалној школи, 114 учитеља и исти

број наставника предметне наставе, као и 24 дефектолога који раде у специјалним школама у Београду.

Табела 1. Преглед броја испитаника по професији

Радно место	Редовна ОШ	Специјална ОШ	Укупно
Директор	38	4	42
Педагог	38	3	41
Учитељ-наставник	208	24	228
Дефектолог	0	24	24
Укупно	284	55	339

Табела број 1 даје нам дистрибуцију података испитаника по редном месту који испитаник обавља. Овај број није могао да буде уједначен између редовне школе и специјалне школе, због малог броја специјалних школа у односу на редовне основне школе. Значајан податка који смо добили из ове табеле, јесте да у ни једној основној школи коју смо испитивали није било дефектолога као стално запосленог радника, а испитиване су школе из градског и приградског подручја града Београда. Такође, морамо нагласити да је у структури испитаника под називом учитељ-наставник, било већи број учитеља у односу на наставнике предметне наставе (180 учитеља и 28 наставника у редовној школи а 18 учитеља и 6 наставника у специјалној школи).

Табела 2. Структура узорка у односу на године радног стажа

Године рад.стаж	Директор	Педагог	Учитељ	Наставник	Дефектолог	Укупно
до 1	0	0	1	0	0	1
од 2-5	0	1	21	6	7	35
од 6-10	2	14	79	3	9	107
од 10-20	27	15	73	20	6	141
преко 20	13	11	24	5	2	55
Укупно	42	41	198	34	24	339

Из табеле број 2 се уочава да у нашем узорку имамо најмањи број људи са стажом до једне године (код директора нема ни један, јер је законска основа за бирање директора његов радни стаж од најмање 5 година), свега 1 учитељ припада овој групацији (0,29%). Највише је испитаника било из групације од 10 до 20 година радног стажа, скоро

41,96%, друга групација са највећим бројем испитаника је група са стажом од 6 до 10 година и она износи 31,84%, тако да заједно ове две групе обухватају 248 или 73,80% испитаника. Из овога можемо констатовати да испитивани запослени у школама припадају млађем колективу а самим тим се сврставају у перспективнију групу за успешнији инклузивни процес у образовању деце са ометеношћу.

Након спроведеног истраживања одрађена је статистичка обрада података у програмском пакету SPSS 16.0 а резултати су дати у табелама. Израчунавана је аритметичка средина и х квадрат за проверу исправности резултата, а остали подаци су дати у бројевима и процентима.

Табела 3. Припремљеност школа за имплементацију инклузивног образовања

Радно место	ДА		НЕ		Делимично		Свега	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Директор	10	23,81	4	9,52	28	66,67	42	100,00
Педагог	5	12,20	6	14,63	30	73,17	41	100,00
Учитељ	12	6,06	53	26,76	133	67,17	198	100,00
Наставник	12	35,29	12	35,29	10	29,41	34	100,00
Дефектолог	14	58,33	3	12,50	7	29,16	24	100,00
Укупно	53	15,63	78	23,00	208	61,35	339	100,00

Добијен је хи квадрат у износу од 42,044, који је већи од граничних вредности (20,090 и 15,507) на оба нивоа значајности 0,01 и 0,05, уз степен слободе $df= 8$, из чега изводимо закључак да је процена наших испитаника о припремљености школа за имплементацију инклузивног образовања статистички значајно условљена њиховим радним местом у систему образовања.

Из табеле 3. видимо да веома мали број учитеља и наставника сматра да су школе оспособљене за инклузивни облик образовања на супрот већини дефектолога и директора који у већини сматрају да постоје такви услови. Интересантан је и податак да већина директора сматра само делимично испуњеност услова за инклузивни рад у својим школама, што се делимично поклапа са одговорима учитеља који у 67,17 % сматрају да су школе делимично спремне за инклузивни рад.

Табела 4. Услови који недостају школама за реализацију инклузивног образовања

Услови који недостају	директор		педагог		учитељ		наставник		дефектолог		укупно	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Доступност информација о општем здравственом и интелектуалном стању деце	15	4,42	10	2,95	41	12,09	40	11,79	8	2,36	114	33,62
Мотивација наставника за рад са децом ометеном у развоју	12	3,54	8	2,36	45	13,27	47	13,86	5	1,47	117	34,51
Стручна оспособљеност наставног кадра	31	9,14	24	7,08	63	18,58	69	20,35	5	1,47	192	56,63
Помоћ од стране стручњака уз различитих облика специјалне едукације и рехабилитације	33	9,73	37	10,91	82	24,18	84	24,77	9	2,65	245	72,27
Могућност ангажовања педагошког асистента	34	10,02	32	9,44	73	21,53	75	22,12	8	2,36	222	65,48
Материјална средства за опремање простора и набавка наставних средстава	36	10,61	31	9,14	77	22,71	87	25,66	13	3,85	244	71,97

У табели број 4 дати су резултати на питање *Да ли у вашој школи постоје услови за инклузивно образовање?* Јер нас је интересовало мишљење наших испитаника о факторима (конкретним условима) који школама недостају за реализацију инклузивног облика образовања. Добијени су резултати са више одговора, који су обрађени у односу на укупан број испитаника (проценти).

Из табеле 4. се види да је највећи број испитаника (72,27%) указао да им недостаје помоћ од стране стручњака из различитих облика специјалне едукације и рехабилитације, истовремено је велики број испитаника навео као препреку недостатак педагошког асистента (65,48%) и недостатак материјалних средстава за опремање простора (чак 71,97%). Најмање се испитаника изјаснило (33,62%) о недостатку информација о општем здравственом и интелектуалном стању деце.

Овакви резултати нам говоре да наши испитаници нису препознали значај података везаних за функционисање детета и поред

тога што ми сматрамо да је то од пресудне важности за организацију наставе, израду индивидуалних програма, као и за друге видове подршке деци са ометеношћу.

ЗАКЉУЧАК

На основу теоријских разматрања и емпиријских налаза о утицају функционалне дијагностике на организацију различитих облика васпитно-образовног рада са ученицима са ометеношћу, а у односу на циљеве и задатке који су у раду постављени, можемо закључити да је према мишљењу наставника и сарадника у школи, саме школе нису довољно припремљене за реализацију инклузивног облика образовања, али да је велики број испитаника проценио да постоје делимични услови за овај вид образовања. На жалост нико није сматрао да законска регулатива која регулише инклузивно образовање јесте довољна и на његову реализацију.

За реализацију инклузивног образовања, по мишљењу испитаника, највећи недостатак представља недостатак помоћи (ми сматрамо – сарадње) одговарајућих стручњака из различитих облика специјалне едукације и рехабилитације коју остали учесници у васпитно-образовном раду очекују у инклузивној школи, са децом са ометеношћу. Истовремено је истакнуто да се веома мало користе подаци из функционалне дијагностике за дете са ометеношћу, па то омета и рад и организовање инклузивног облика образовања. Истовремено израда индивидуалних планова и образовних програма, је остављена само на учитељима и наставницима, уместо да то буде део заједничког праћења и реализације са стручњацима (који раде у самој школи или ван ње) и недовољно коришћење ресурсних центара за помоћ у раду. Претпоставља се да је ово последица недовољне стручности учитеља и наставника, недовољна сарадња са стручњацима из појединих области дефектологије, педагозима и психолозима који раде у школи.

На крају можемо истаћи као позитиван став свих испитаника, њихово опредељење да се сва деца образују у редовном систему образовања, као и жељу свих учесника да пруже помоћ деци са ометеношћу која се образују у њиховим школама.

Литература

- Алић, А., Церић, Х. (2005). *Темељна полазишта инклузивног образовања*, Хијатус, Зеница.
- Виготски, Л. (1987). *Основи дефектологије*, Завод за уџбенике и наставна средства, Београд.

- Gardner, H. (1983). *Frames of Mind*. New York: Basic Book Inc.
- Илић, М. (2009). *Инклузивна настава*, Филозофски факултет, Универзитет у Источном Сарајеву, Пале.
- Карић, Ј. (2008). *Од интеграције ка инклузији, логитудинална студија праћења особа са посебним потребама, У сусрет инклузији, дилеме у теорији и пракси*, Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију, Београд,
- Максимовић, Ј. (2008). *Компентенције учитеља у процесу инклузивног образовања ученика са оштећењем вида*, Зборник радова *У сусрет инклузији, дилеме у теорији и пракси*, Универзитет у Београду, Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију, стр. 147-159. Београд,
- Сузић, Н. (2008). *Увод у инклузију*, Бања Лука, ХБС
- Suzić, N. (2009). *Passi verso una scuola inclusiva. Dai principi alle competenze necessarie*, Centro Studi Erickson,
- Хрњица, С. и сар. (2004). *Школа по мери детета-приручник за рад са ученицима редовне школе ометеним у развоју*, Институт за психологију Филозофског факултета, Београд, Save of Children UK, Београд
- Школа по мери детета, Приручник за примену инклузивног модела преласка са разредне на предметну наставу за ученике са тешкоћама у развоју*, (2009), Save of Children UK, програм за Србију, Београд.

FUNCTIONAL DIAGNOSIS AND EDUCATION OF CHILDREN WITH DISABILITIES

Summary: *Extremely complex process that requires the cooperation of a large number of experts and establishing the state, form and degree of psychomotor disorders in individuals is the system of functional diagnostics. Based on such determined psychomotor status of the actual program and determine the methods, means and methods in education for each child individually. The objective of determining the status of a child with psychomotor retardation is maximum stimulation of its remaining capacity and its full inclusion in the school environment, and support the system of inclusive education for children with disabilities. This paper tries to show how functional diagnostics has a stake in helping to direct the children with disabilities in suitable institutions or to the corresponding forms of support for these children.*

Key words: *functional diagnosis, children with disabilities, inclusive education.*