ПОКРАЈИНСКИ ЗАВОД ЗА СОЦИЈАЛНУ ЗАШТИТУ

ПРИРУЧНИК

ОБУКА НЕГОВАТЕЉИЦА ЗА РАД СА ДЕЦОМ СА СМЕТЊАМА У РАЗВОЈУ

Пројекат финансира Европска унија

Република Србија
МИНИСТАРСТВО РАДА, ЗАПОШЉАВАЊА И СОЦИЈАЛНЕ ПОЛИТИКЕ

unicef

ОБУКА НЕГОВАТЕЉИЦА ЗА РАД СА ДЕЦОМ СА СМЕТЊАМА У РАЗВОЈУ

Самира Ћуртић, виша медицинска сестра
Марко Кошутић, дипл. дефектолог-олигофренолог
Кристина Мишчевић, дипл. психолог
Дана Малешевић, дипл. социјални радник

Нови Сад, 2013.

Издавач
Покрајински завод за социјалну заштиту
Нови Сад, Булевар Михајла Пупина 25
021 425 854
www.pzsz.gov.rs
office@pzsz.gov.rs

За издавача
Рада Митровић

Приредили
Самира Ђуртић, виша медицинска сестра
Марко Кошутић, дипл. дефектолог-олигофренолог
Кристина Мишчевић, дипл. психолог
Дана Малешевић, дипл. социјални радник

Лектура
Др Јаков Кишјухас

Коректура
Др Јаков Кишјухас

Дизајн, припрема за штампу и штампа
Design Studio A2, Врбас

Тираж 750

ISBN 978-86-89563-02-3

Штампано 2013. године

Публикација ОБУКА НЕГОВАТЕЉИЦА ЗА РАД СА ДЕЦОМ СА СМЕТЊАМА У РАЗВОЈУ је припремљена је и одштампана у оквиру пројекта “Развој услуга у заједници за децу са инвалидитетом и њихове породице” који финансира Европска унија а реализује се у трочланом партнерству Министарства рада, запошљавања и социјалне политике, Европске уније и УНИЦЕФ-а.
Садржај и ставови изнети у овој публикацији не изражавају нужно ставове УНИЦЕФ-а и Европске уније.

Пројекат финансира Европска унија

Република Србија
МИНИСТАРСТВО РАДА, ЗАПОШЉАВАЊА И СОЦИЈАЛНЕ ПОЛИТИКЕ

unicef

ОБУКА НЕГОВАТЕЉИЦА ЗА РАД СА ДЕЦОМ СА СМЕТЊАМА У РАЗВОЈУ

САДРЖАЈ

УВОД 4
УСЛУГЕ СОЦИЈАЛНЕ ЗАШТИТЕ ЗА ОСОБЕ СА СМЕТЊАМА У РАЗВОЈУ У КОЈИМА СУ КАО САРАДНИЦИ ПРЕДВИЂЕНЕ НЕГОВАТЕЉИЦЕ 5
МЕСТО НЕГОВАТЕЉИЦЕ У ОКВИРУ УСЛУГА СОЦИЈАЛНЕ ЗАШТИТЕ ЗА ДЕЦУ СА СМЕТЊАМА У РАЗВОЈУ 6
ДЕЦА СА СМЕТЊАМА У РАЗВОЈУ 10
МОДЕЛИ ИНВАЛИДНОСТИ 11
СМЕТЊЕ У МЕНТАЛНОМ РАЗВОЈУ 11
СМЕТЊЕ У МОТОРИЧКОМ РАЗВОЈУ 13
СМЕТЊЕ У СЕНЗОРНОМ РАЗВОЈУ 14
РАЗВОЈ ДЕЦЕ СА СМЕТЊАМА У РАЗВОЈУ 16
ЕРИКСОНОВА ТЕОРИЈА РАЗВОЈА ЛИЧНОСТИ 16
ПСИХОМОТОРНИ РАЗВОЈ ДЕЦЕ СА СМЕТЊАМА У РАЗВОЈУ 17
ПОРОДИЦА И ДЕТЕ СА СМЕТЊАМА У РАЗВОЈУ 20
НАЈЧЕШЋА ПОНАШАЊА РОДИТЕЉА У ВАСПИТАЊУ ДЕТЕТА 22
КОМУНИКАЦИЈА 22
БОНТОН ИНВАЛИДНОСТИ 24
ЗАНЕМАРИВАЊЕ И ЗЛОСТАВЉАЊЕ 26
ЗНАЧАЈ СТРУКТУРИСАНОГ ВРЕМЕНА ЗА ДЕЦУ СА СМЕТЊАМА У РАЗВОЈУ И АКТИВНОСТИ НЕГОВАТЕЉИЦЕ СА ДЕЦОМ МЛАЂЕГ И СТАРИЈЕГ УЗРАСТА 28
РАД СА ДЕЦОМ МЛАЂЕГ УЗРАСТА 28
РАД СА ДЕЦОМ СТАРИЈЕГ УЗРАСТА 30
УВОД У ЗДРАВСТВЕНУ НЕГУ ДЕЦЕ СА СМЕТЊАМА У РАЗВОЈУ 32
ОСНОВНЕ ИНФОРМАЦИЈЕ О СТАЊИМА И БОЛЕСТИМА СА КОЈИМА СЕ НЕГОВАТЕЉИЦЕ МОГУ СРЕСТИ У РАДУ У ОКВИРУ УСЛУГА СОЦИЈАЛНЕ ЗАШТИТЕ 34
АСТМА 34
ДАУНОВ СИНДРОМ 37
ЕПИЛЕПСИЈА 41
ЦЕРЕБРАЛНА ПАРАЛИЗА 45
ИСПРАВНО ПОСТУПАЊЕ СА ДЕТЕТОМ 48
РАНА СТИМУЛАЦИЈА 54
НЕКИ ОД ПРОБЛЕМА У РАДУ СА НЕПОКРЕТНОМ ДЕЦОМ 55
ШЕЋЕРНА БОЛЕСТ-Diabetes mellitus 57
ПРВА ПОМОЋ ЗА ДЕЦУ 59
ОСНОВНИ ВОДИЧ СА ЈЕДНОСТАВНИМ УПУТСТВИМА 59
ОСНОВНИ ХИГИЈЕНСКО САНИТАРНИ СТАНДАРДИ И ОСНОВНЕ МЕРЕ ЗАШТИТЕ ОД ЗАРАЗНИХ БОЛЕСТИ 72

УВОД

Покрајински завод за социјалну заштиту је током реализације пројекта „Стручна подршка развоју локалних услуга за децу са сметњама у развоју и њихове породице" креирао и реализовао обуке за покретање и управљање услугама Предах и Помоћ у кући за децу са сметњама у развоју. Активности Завода су део троипогодишњег пројекта који спроводе УНИЦЕФ и Министарство рада, запошљавања и социјалне политике уз подршку Делегације ЕУ. Овим обукама обухваћени су руководиоци и стручни радници ангажовани у оквиру услуга. Покретање услуга Предах и ПУК је био комплексан процес који је Покрајински завод водио од почетка до краја односно од дефинисања и израде стандарда, њиховог пилотирања, пружања стручне подршке пружаоцима услуге који су радили на успостављању услуге, израде пакета обуке и реализације обука за пружаоце услуга, представнике локалних самоуправа и неговатељице, до израде практикума који ће послужити као водич онима који буду покретали ове услуге у својим локалним заједницама.

Приликом реализације обука, као и на основу комуникације са другим партнерима укљученим у пројекат препозната је потреба за обуком управо неговатељица: значајан број њих су биле без претходног искуства у раду са децом са сметњама у развоју и било је неопходно развити курикулум којим ће се неговатељицама пружити основа обука која ће их елементарно оспособити за обављање овог посла.

Програм обуке неговатељица за рад са децом са сметњама у развоју је зато настао као аутентичан одговор на потребу постојећег кадра на позицијама неговатељица у код пружалаца услуга социјалне заштите које нису имале прилику да стекну специјализовану обуку, а конкретан повод је било управо покретање отворених облика заштите за децу са сметњама у развоју, где се извршила стандардизација услуге и потребно је адекватно припремити будући сараднички кадар.

Овј Приручник и обука чији је део су зато прилагођени потребама за учењем неговатељица у свим услугама социјалне заштите где се захтева овај кадар-како у локалним услугама тако и у институционалном смештају. Занимање неговатељице је интегрални део услуга социјалне и социјално-здравствене заштите која се пружа деци са сметњама у развоју. Сваки рад са овом групом корисника који се обавља организовано и плански мора бити утемељен на научно стручним сазнањима у области васпитања и развоја деце са сметњама у развоју, као и основних здравствених тегоба и стања која се код ове деце јављају.

Програм обуке је пилотиран 5-7.11.2011. и 7-9.11.2011. за две групе од укупно 35 учесника/ца из 8 општинских кластера који уз помоћ средстава ЕУ покрећу услуге Помоћ у кући и Предах за децу са сметњама у развоју и њихове породице. Такође, програм је пилотиран 16-18.12.2011. за групу од 25 учесника/ца из кластера Кикинда (Кикинда, Сечањ, Житиште, Нова Црња) за потребе покретања услуге Помоћ у кући за децу са сметњама у развоју, такође уз помоћ средстава ЕУ.

Садржај овог Приручника је прилагођен и обогаћен практичним саветима и примерима управо захваљујући доприносу учесница и учесника пилот обука, на чему им се овом приликом захваљујемо.

УСЛУГЕ СОЦИЈАЛНЕ ЗАШТИТЕ ЗА ОСОБЕ СА СМЕТЊАМА У РАЗВОЈУ У КОЈИМА СУ КАО САРАДНИЦИ ПРЕДВИЂЕНЕ НЕГОВАТЕЉИЦЕ

Током живота сви смо се сусрели и користили услуге система социјалне заштите. Услуге социјалне заштите одговарају на потребе грађана свих узраста и односе се на заштиту деце, одраслих, старих особа, а посебно је наглашена заштита особа са инвалидитетом и деце са сметњама у развоју. Систем социјалне заштите има за циљ да обезбеди да сви грађани буду равноправно укључени у друштво. Ово се постиже кроз стварање система услуга и пружања стручних услуга социјалне заштите свима који имају потребу за подршком за укључивање у друштвени живот.

Социјална заштита је као област регулисана Законом о социјалној заштити Републике Србије, где је законодавац дефинисао појам на следећи начин: *„Социјална заштита је организована друштвена делатност од јавног интереса чији је циљ пружање помоћи и оснаживање за самосталан живот у друштву појединца и породица, као и спречавање настајања и отклањање последица искључености"*[1].

Ова дефиниција показује да је циљ социјалне заштите помоћи свакој особи, али је и ојачати и показати јој начине да буде самостална у друштву до највеће могуће мере и буде прихваћена од стране околине.
Такав рад је веома сложен и захтева да се професионалци различите струке укључе у рад са сваким појединцем, али и да постоји много услуга и начина подршке за сваку особу у стању потребе.

Посебне изазове у животу, као и висок степен изолованости имају особе са тешкоћама - сметњама у развоју. Ове особе, посебно деца, често не могу самостално да остваре своје потребе и потребна им је стална помоћ и ослонац у систему социјалне заштите.

Помоћ и подршка особама са сметњама у развоју се одвија кроз велики број услуга које су осмишљене како би им унапредиле квалитет живота. Те услуге пружају професионалци запослени у систему установа социјалне заштите или код пружалаца услуга социјалне заштите (невладиних организација и удружења или појединаца који пружају услуге).

Установе социјалне заштите су оне организације које пружају услуге социјалне заштите, а које је основала Република Србија, односно одређена локална самоуправа за потребе својих грађана. Како би овај систем услуга био што свеобухватнији, али како би постојала могућност избора корисника услуга у погледу коју ће и какву услугу користити, постоје и друге услуге које нису у државној организацији. То могу бити и установе у приватном власништву као и организације грађана односно удружења која су основана ради пружања услуга социјалне заштите односно унапређења квалитета живота одређене групе грађана.

[1]Закон о социјалној заштити Републике Србије (Сл. гласник РС, 2009)

МЕСТО НЕГОВАТЕЉИЦЕ У ОКВИРУ УСЛУГА СОЦИЈАЛНЕ ЗАШТИТЕ ЗА ДЕЦУ СА СМЕТЊАМА У РАЗВОЈУ

Деца и особе са сметњама у развоју имају на располагању сет услуга које су предвиђене системом социјалне заштите. Ове услуге су успостављене тако да су пре свега усмерене на задовољавања потреба које произилазе из сметњи у развоју које корисник има, и прилагођене узрасту корисника.

У овим услугама са корисницима раде стручни радници и сарадници који су посебно обучени за рад са децом са сметњама у развоју, и то је императив за квалитетно пружање услуга и за постизање укључивања детета са сметњама у развоју у друштво.

Особље у услугама социјалне заштите за децу са сметњама у развоју је веома разнолико, али у највећем броју услуга, поред других стручних радника и сарадника, ангажоване су неговатељице као профил радника који директно ради са децом са сметњама у развоју.

УСЛУГЕ У КОЈИМА СУ ПРЕДВИЂЕНЕ НЕГОВАТЕЉИЦЕ:

- ДНЕВНИ БОРАВАК
- УСЛУГЕ ПРЕДАХ СМЕШТАЈА
- ПОМОЋ У КУЋИ ЗА ДЕЦУ СА СМЕТЊАМА У РАЗВОЈУ
- СТАНОВАЊЕ УЗ ПОДРШКУ ИЛИ ЗАШТИЋЕНО СТАНОВАЊЕ
- ДОМ ЗА ДЕЦУ СА СМЕТЊАМА У РАЗВОЈУ

Свака од ових услуга је различита у начину на који пружа подршку, али и по циљу због кога постоји, те је постојање свих ових врста услуга потребно, а радне обавезе неговатељица у њима су различите.

У пракси се услуге деле на „затворене" и „отворене", односно на оне које су стационарног смештајног типа - попут домског смештаја, и услуга које пружају подршку особи у локалној заједници - природној животној средини.

Циљ целокупног деловања услуга је да се особе са сметњама у развоју задрже у својој локалној заједници у којој живе и интегрушу у њу, а свакако да се избегне смештај у стационарну установу, те да дете остане да живи у својој породици. Свакако, некада то услед различитих фактора није могуће, те је постојање стационарних установа још увек неопходно.

У услугама које су локалног типа (попут дневног боравка, предах смештаја, становања уз подршку и помоћи у кући) пружа се подршка и детету и породици. На тај начин дете остаје у својој природној средини. Ове услуге се комбинују и дете може користити више њих јер све оне пружају подршку у различитим сегментима живота, свака има свој специфични циљ, и само интегрисано деловање већег броја услуга обезбеђује кориснику да оствари жељени квалитет живота у својој заједници.

Услуге социјалне заштите за децу са сметњама у развоју су дневни боравак, „Предах" смештај, помоћ у кући, становање уз подршку (услуге локалног отвореног типа) и домски смештај (услуга затвореног стационарног типа).

Дневни боравак - дневни центар за децу са сметњама у развоју спада у дневне услуге, што значи да у боравку деца бораве само током дана - углавном од ујутру до послеподнева када одлазе својим кућама. Примарни циљ услуге је да се детету пружи могућност социјализације у групи, васпитно - образовни развој, као и специјализоване услуге (ре)хабилитације[2] . Осим тога дневни боравци пружају услугу превентивне здравствене заштите, хигијенске заштите и здравствене неге корисника. Секундарни циљ дневног боравка је да се родитељи растерете сталне бриге о детету и да могу док је дете у боравку одлазити на своје послове или се посветити другим обавезама. Дакле, деца током боравка у дневном боравку добијају негу, храну и васпитни рад као и посебне програме за развој способности. Такође, важан део овог рада је и социјализација и организовање слободног времена за дете.

[2]рехабилитација- поновно оспособљавање некада нормалног па оштећеног органа; хабилитација -оспособљавање детета са урођеним оштећењем ради бољег функционисања тога органа

Предах смештај - ова услуга подразумева смештај и 24-часовни надзор деце са сметњама у развоју на краћи период времена, односно:

- краткорочну и повремену негу деце и младих са сметњама у развоју у циљу очувања и унапређења;
- развијање снага породице и стварање услова за што потпунију интеграцију корисника у заједницу;
- услуга се пружа у наменски саграђеним или адаптираним објектима у којима истовремено могу да бораве највише 10 корисника;
- услуга предах смештаја је конципирана као планирана услуга, корисник и његов заступник са пружаоцем услуге договара, односно планира када ће услугу користити;
- како би се спречио ризик од дуготрајног смештаја предвиђено је да се ова услуга може пружати најдуже 45 дана у току године, од чега максимално 20 дана у континуитету;
- Хитни смештај реализује се у ситуацијама које се дефинишу као хитне (изненадна болест родитеља/ старатеља, смрт или неко друго ванредно стање) за кориснике који су већ користили услугу Предах.

Осим надзора, деци се пружају и програми васпитног рада и активности за развој различитих способности, али и нега током боравка на смештају. Главни циљ ове услуге је да се омогући породици да на неколико дана предахне од сталне бриге о детету која често исцрпљује целу породицу, емотивно и физички. Стога породица може дуже година одржати капацитете да брине о детету, односно избегава се стационарни смештај када породица више нема капацитета за бригу о детету. Такође, дете може доћи у овај смештај уколико родитељ у хитној ситуацији не може да тренутно брине о детету услед нпр. здравствених тешкоћа или интервенција.

Циљ услуге је и да дете које се налази у новој ситуацији богати своја искуства, повећа ниво самосталности, те се на тај начин развијају дететове способности.

Помоћ у кући намењена је првенствено оној деци која не користе друге услуге и усмерена су само на своју кућу и породицу; или имају потребу за подршком у кући иако користе друге услуге због тежине сметњи које дете има или недовољних капацитета да самостално брину о детету у породици. Ова услуга почива првенствено на раду неговатељице, али и осталих професионалаца на терену у кући у којој дете живи. Услуге које дете добија су нега, учење практичних вештина, програм за развој способности и провођење слободног времена на организован и смислен начин. Важно је направити разлику да је помоћ у кући за децу усмерена на помоћ детету, негу детета и задовољавање његових потреба, а не на помоћ у кући породици и родитељима у кућним пословима како би се они могли бавити дететом са сметњама у развоју.

Становање уз подршку или заштићено становање је релативно нова услуга у нашој земљи. Представља један од бољих начина смештаја одраслих особа са инвалидитетом. Особе (мали број њих) живе у једној кући која је у насељеном - урбаном делу града, и не разликује се од осталих кућа по спољашњем дизајну. Овај облик услуга организује се нпр. и у становима у стамбеним зградама Међутим, за кориснике са тежим степеном моторичких или сензорних сметњи као и за особе са аутизмом постоје посебно дизајнирани објекти за становање са различитим ентеријером и екстеријером у односу на куће и станове масовне популације. Корисници становања су особе са инвалидитетом које су пунолетне. Услуга је конципирана на начин да корисници у објектима за смештај живе што самосталније, тако да се у највећој могућој мери самостално брину о себи, крећу се по заједници слободно, уређују свој животни простор итд. Да би то успешно могли да остваре потребна им је подршка особља које пружа услуге. На првом месту особље их за све радње обучава, а потом им помаже у оним активностима у којима нису самостални. Неговатељице су често део тима који помаже особљу у раду у овим становима, јер зависно од потреба корисника постоје и они облици становања уз подршку где је потребна нега корисника.

Све наведене услуге спадају у услуге које се развијају у локалној средини и намењене су особама које живе у истом граду или ближој околини. Њихов главни циљ је помоћ детету и подршка породици како би сва деца остала да живе са својим породицама, а породицама помогло да наставе бригу о својој деци.
Понекад, када оваква подршка изостане, породица губи могућност да брине о свом детету и смешта га у институцију за смештај деце са сметњама у развоју.
Дом за смештај деце са сметњама у развоју – институционални смештај деце са сметњама у развоју се односи на установе у којима су деца смештена на дужи период времена и где постоји

24 часовни надзор и нега. У нас се одомаћио израз „трајни смештај" али наш Закон о социјалној заштити не познаје тај појам - сваки смештај па и домски се сматра привременим јер је интенција да се једном заврши и пређе у неки други, мање рестриктиван облик заштите. У дому деца добијају услуге васпитног рада, радне терапије и развоја способности, исхране и здравствене неге, али су одвојена од породице и станују у условима који су колективног типа. Домске установе имају често велики број корисника, те је квалитет смештаја другачији од живота у породици, и може негативно да се одражава на квалитет живота корисника.

Иако је домски смештај свеобухватан и са особљем које је стручно за пружање услуга, корисницима најчешће недостаје контакт са друштвеном заједницом и у овим условима живота нема истинске интеграције у друштво. Особе са сметњама у развоју осете ефекте те искључености као негативне развојне утицаје.

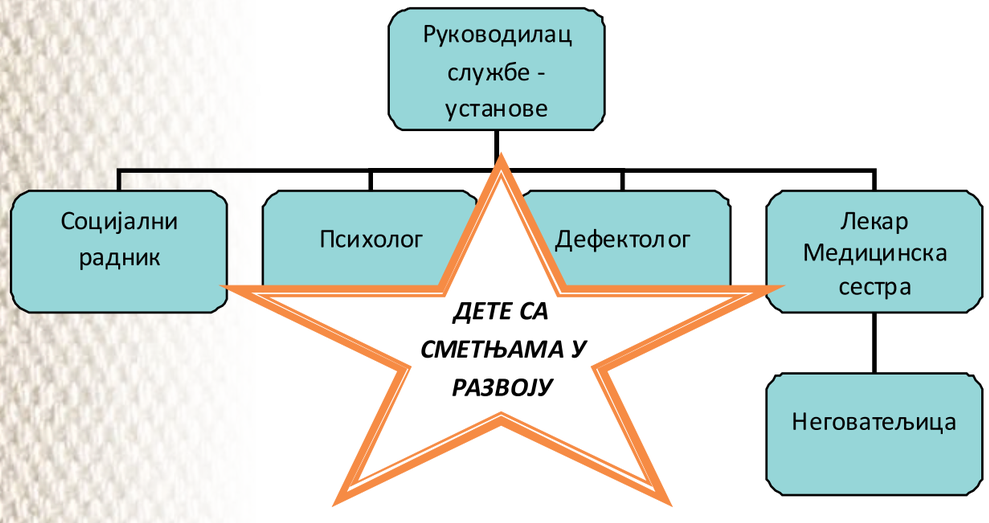
Ове услуге осим различитих других профила радника ангажују у свом раду и неговатељице. Често у њима раде особе из различитих стручних области и осим рада на пољу социјалне заштите пружа се и стална здравствена нега. Иако је неговатељица сарадник који не спада у стручне раднике, већ у особље које помаже у извођењу планираних активности, њихов значај је велики, јер често проводе највише времена са дететом са тешкоћама у развоју.

Неки од најчешћих профила који раде са децом са сметњама у развоју су дефектолог, психолог, социјални радник, медицинска сестра, физиотерапеут и радни терапеут, неговатељица, и други сарадници према потреби пружаоца услуге.

У систему социјалне заштите, као и у свакој услузи, постоји јасна хијерархија и подела послова и одговорности. Стручни радници обављају послове планирања рада са дететом, праћење напретка и сложеније послове везане за (ре)хабилитацију или негу и заштиту сваког детета.

Послове који подразумевају практично учење бриге о себи (облачење, умивање, исхрана) као и помоћ у свим овим активностима и базичну негу - пресвлачење, купање, чување и храњење обављају неговатељице.

Сви радници у овом систему сарађују и раде заједнички, како би квалитет живота детета био што бољи. Иако постоји велика повезаност и тимски рад, свако је до неке мере самосталан у свом раду. Неговатељица се свакако мора консултовати са стручним радницима и пратити њихова упутства. **Веома је важно знати коме се у раду обратити за помоћ и савет, јер преузимање одговорности од стране неговатељице, за послове у којима није довољно обучена, може угрозити дете и изазвати негативне последице, и поред добрих намера.**



Уколико се област рада односи на понашање детета, осмишљавање начина учења детета практичним вештинама или игри са дететом - неговатељица се може обратити дефектологу или психологу. У питањима која се односе на негу детета или здравствену заштиту која је сложенија и неговатељица не уме да изврши посао са сигурношћу, може консултовати медицинску сестру. Уколико се питање односи на друштвене аспекте, односе детета са породицом или другим особама, неговатељица тражи подршку од социјалног радника.

Пример структуре ангажованих кадрова у услугама социјалне заштите

На претходној илустрацији се види могућ модел односа међу ангажованим у оквиру неке услуге у систему социјалне заштите, као и то да је дете фактор који повезује све ангажоване.

Неговатељица је важан сарадник сваком од чланова стручног тима и у свакој услузи, како дневног тако и институционалног типа, али неговатељица има нешто мањи степен самосталности у раду. То свакако не значи да је неговатељици потребан сталан непосредни надзор, већ да је неопходно да буде упућена на подршку стручног тима. Важан је допринос неговатељице у чувању и безбедности деце и њиховој нези, као и анимацији у слободном времену детета. Ово су аспекти који не спадају у стручне послове социјалне заштите, али су саставни део живота детета и имају велики значај за његов развој.

Услуга која се ослања највише на рад неговатељице је помоћ у кући за децу са сметњама у развоју. Ту је присутна већа самосталност неговатељице чиме је и њена одговорност изузетно повећана. Услови рада су другачији јер се ради у кући детета, и неговатељица је често једина која има стални контакт са дететом и породицом. Када неговатељица ради самостално у кући детета мора стално имати на уму своје одговорности и ограничења, бити добро обучена и познавати потребе деце са сметњама у развоју. Ту неговатељица представља спону између детета, родитеља и стручних радника, а свакодневно је ангажована да пружа услуге подршке у различитим сферама живота детета (нега, исхрана, помоћ у свакодневним активностима, обука за самопослуживање, помоћ у кретању, анимација итд.).

Како би неговатељица могла што успешније да ради са децом која имају сметње у развоју потребно је да стекне знање о томе које сметње у развоју постоје, какве су особине и карактеристике деце са сметњама у развоју, те на тај начин схвати њихове потребе. Такође, потребно је да стекне низ практичних вештина за негу, анимацију и правилан начин пружања подршке детету.

ДЕЦА СА СМЕТЊАМА У РАЗВОЈУ

Свако дете има различите способности које се током одрастања развијају упоредо и омогућавају да особа функционише на самосталан начин и постане способна за живот, учење и рад као и све остале особе. Понекад се те способности из различитих разлога развијају спорије или су неке способности до те мере оштећене да су слабо или готово неразвијене код детета.

Како постоје деца складног и уобичајеног развоја, тако и сваки сегмент развоја може бити измењен или погођен одређеним сметњама. Сметње у развоју могу настати пре рођења (урођене), током порођаја или након рођења током развојног периода (стечене). Овим сметњама може бити погођен ментални развој, физички - моторички развој или сензорни развој (чула вида и слуха). Такође, постоје деца која имају више различитих сметњи у развоју, односно деца која су вишеструко ометена у развоју.
Сметње у развоју делују комплексно на живот детета, јер способности које су оштећене у међудејству са другим способностима током развоја утичу готово на све сегменте развоја и дају профил способности који је и квалитативно и квантитативно измењен у односу на масовну популацију.

- СМЕТЊЕ У МЕНТАЛНОМ РАЗВОЈУ
  - ◇ Лака ментална (интелектуална) ометеност
  - ◇ Умерена ментална (интелектуална) ометеност
  - ◇ Тешка ментална (интелектуална) ометеност
  - ◇ Дубока ментална (интелектуална) ометеност

- СМЕТЊЕ У МОТОРИЧКОМ РАЗВОЈУ
  - ◇ Тешка оштећења коштано - зглобног система
  - ◇ Тешка оштећења централног и периферног нервног система
  - ◇ Тешка неуромишићна обољења

- СМЕТЊЕ У СЕНЗОРНОМ РАЗВОЈУ
  - ◇ Оштећење вида (слабовидост и слепоћа)
  - ◇ Оштећење слуха (наглувост и глувоћа)

- ВИШЕСТРУКА ОМЕТЕНОСТ
  - ◇ Подразумева појаву две или више различитих сметњи код једног детета што додатно отежава његов свакодневни живот

Сметње у развоју представљају стања која се не могу отклонити лечењем, али се могу ублажити рехабилитацијом и радом са дететом на развијању његових способности и самосталности. Да би се постигао што већи степен самосталности у функционисању једне особе са сметњама у развоју потребно је да има доступне стручне услуге подршке од најранијег узраста до старачког доба.
Сметње у развоју нису болест, већ стање, које је некада стационарно - непроменљиво, али често са могућношћу побољшања или ублажавања последица, али свакако се задржава током целог живота. С друге стране болест има свој почетак - ток болести и исход - оздрављење или смртни исход. Сметње у развоју не одговарају том опису.

МОДЕЛИ ИНВАЛИДНОСТИ

МЕДИЦИНСКИ МОДЕЛ ИНВАЛИДНОСТИ	СОЦИЈАЛНИ МОДЕЛ ИНВАЛИДНОСТИ
Пацијент	Корисник
Уклапају се у средину	Мењамо животно окружење
Признаје се само стручност професионалаца који нису особе са инвалидитетом	Стручност и искуство самих особа са инвалидитетом
Милосрђе	Права
Институције	Самостални живот
Болесни људи о којима се брине	Људи који самостално функционишу уз мање или више потребну асистенцију
Излечени и рехабилитовани	Самостални и укључени.
Пасивна зависност	Активни грађанин.
Одлуке донете уместо корисника	Самоодређење
Услуге којима руководе професионалци који немају инвалидитет	Ускуге контролисане од стране самог корисника
Без свести и политичке активности међу особама са инвалидитетом	Подизање свести, заступање и подршка
Жртва	Особа која има своја права
Издвајање	Учешће
Изолација	Укључивање
Ми знамо шта је најбоље за вас	Ми знамо шта је најбоље за нас
Да ли он/она пије кафу?	Да ли пијете кафу и какву?

МЕДИЦИНСКИ МОДЕЛ препознаје и види инвалидност као проблем појединца. Особа са инвалидитетом се посматра као пацијент који је у процесу рехабилитације одређен од стране других особа од ауторитета, не укључујући саму ту особу, као пасиван објекат сажаљења и милосрђа.

СОЦИЈАЛНИ МОДЕЛ је супротност оваквом моделу, јер промовише особу са инвалидитетом као активан субјект који има своја права и бенефиције и који најбоље зна да процени шта су његови лични интереси. Овде се такве особе мотивишу да утичу на одређивање врсте сервиса за њих, активно се укључују у друштвени живот, као и сам развој политике која се тиче особа са инвалидитетом.

СМЕТЊЕ У МЕНТАЛНОМ РАЗВОЈУ

Ментални развој детета се односи на развој мишљења, способности учења, разумевања света око себе и развој способности за решавање проблема. Сметње у менталном развоју се дијагностикују код деце првенствено на основу процене интелигенције. Такође, важно је посматрати начин игре, развој говора, развој психомоторике, као и разумевање света око себе, јер деца са сметњама у менталном развоју имају сметње у свим овим областима.
Интелигенција се код деце и одраслих особа изражава коефицијентом интелигенције (IQ). Код просечно интелигентног човека коефицијент интелигенције се креће од 90-110. Особе са сметњама у менталном развоју имају IQ испод 70 јединица.

<u>Деца са лаком менталном ометеношћу</u> (IQ 69-50): ова деца на раном узрасту не одступају значајно од деце уобичајеног развоја. Могуће је да се говор јавља касније (не око 12. месеца), и најчешће се њихове сметње виде при поласку у школу. Теже савладавају школске задатке, не разумеју довољно захтеве околине и имају «слабију» пажњу од уобичајене. Односно, не задржавају дуже пажњу на одређеном задатку или предмету.
Њихов развој моторике и говора напредује до нивоа који је сличан развоју деце масовне по-

пулације и имају углавном уредно развијене говорне способности, али понекад уз оштећења изговора (артикулације) гласова, и речник им је сиромашан. Најчешће немају никакве физичке специфичности, односно сметње.

Мишљење им није довољно развијено што омета способности учења и разумевања света око себе. Њихово мишљење је конкретно, што значи да разумеју само оне ствари које су могли у животу да виде и лично искусе. Све појмове који су апстрактни (географски у смислу држава и граница, начина на који лети авион, космоса) не могу да разумеју нити појме, иако су за њих чули или су им дата нека објашњења о томе. Због тога је изузетно важно овој деци показати што више од света око њих и пружити много различитих искустава. Ова деца могу да се школују у редовним школама, са посебном подршком, када одрастају могу се оспособити за одређене занате, запослити и након тога потпуно интегрисати у друштво, засновати породицу.
Мада, често им је потребна целоживотна подршка пре свега у начину располагања новцем, испуњавању обавеза које имају, савети у погледу организовања живота итд.

Деца са умереном менталном ометеношћу (IQ 35-49): развојни пут ове деце и способности се разликују значајно од деце уобичајеног развоја. Често деца са овим степеном ометености имају нека синдромска обољења као што су Даунов синдром, Прајдер-Вили синдром, Вилијамсов синдром итд. те је и њихов физички изглед карактеристичан и различит од остале деце. Развој моторике, говора и мишљења значајно касни, и не достиже ниво способности ни у једној од ових области као код деце уобичајеног развоја.
Стање се дијагностикује често одмах по рођењу или у прве две - три године живота јер постоје развојна одступања која се указују у најранијем узрасту.

Ова деца почињу да седе касније, тек са 9 месеци или након прве године, проходавају некада са две или три године. Развој фине моторике и прецизних покрета руку касни, неусклађеност покрета се дуго задржава. Говор се јавља са значајним кашњењем у односу на норме, око 3. чак 4. године.

Овај развој способности омета свакодневно функционисање и усвајање способности да самостално једе, пије, креће се, игра се, стиче искуства. Ова деца развијају говор, иако имају једноставан говор са не много речи, успевају да се споразумевају и комуницирају са околином без великих тешкоћа. Проблеми артикулације гласова и сложенијих говорних исказа су трајни.

Развој мишљења, и способности решавања проблема је код ове деце значајно измењен и ограничен. То значи да ова деца не могу да доводе одређене појмове у односе, дакле не разумеју често однос узрока и последица неких поступака и појава, не могу да посматрају и разумеју одређене појаве према неким карактеристикама, немају способност предвиђања исхода у ситуацијама које су нове за њих. Овакав начин мишљења негативно утиче на способности учења и решавања проблема. Међутим способни су да решавају свакодневне проблеме и захтеве који се стављају пред њих, уче практичне вештине успешно.

Често имају тешкоће усклађивања и организовања покрета. Иако имају могућности за учење, ова деца се углавном не могу успешно школовати у редовним основним или занатским школама, али се могу обучити за неке једноставне послове или радне операције. Током живота су релативно самостални у бризи о себи, али им треба повремена подршка. Ове особе се могу уз подршку запошљавати и становати уз подршку. Са адекватном подршком и доступним услугама у одраслом добу се релативно успешно адаптирају и интегришу у заједницу.

Деца са тешком менталном ометеношћу (IQ 21-34): ова деца имају развој који се упадљиво разликује од деце уобичајеног развоја, и напредак способности је веома спор. Говор је само делимично развијен, у смислу да некада и не развију говор или се он односи на разумевање и изговарање малог броја речи. Могу да стекну само основне хигијенске навике и нису самостални у бризи о себи.

Често су присутне уочљиве физичке карактеристике које их разликују од деце уобичајеног развоја. Моторички развој је успорен, често су отежане и ограничене покретљивости. Постоје често и одступања у развоју чула код деце са тешком менталном ометеношћу. Такође имају често и одређена удружена обољења – деформитете коштаног апарата, неуролошка обољења попут епилепсије итд.

Ова деца углавном функционишу на нивоу онога што осете или приме чулима (чују, виде, опипају), као и кроз једноставне моторне активности. Примају информације из околине и прија им стимулација и комуникација са особама из њихове околине. Потребна им је стална помоћ и подршка. Прогностички можемо рећи да ова група деце може да се обучи за једноставне животне активности, што је јако значајно јер што је број активности које дете изводи већи дете има виши ниво задовољства и мање је ствари у којима му је потребна подршка.

Деца са дубоком менталном ометеношћу (IQ испод 20): ова деца имају тешке и трајне сметње у свим областима које смо разматрали, и степен способности је веома низак. Најчешће нису покретни, постоје само елементарни покрети који су неусклађени, имају физичке особености. Комуникација се одвија гласањем и гестом који показују задовољство и незадовољство, могу да разумеју неколико учесталих кратких речи и налога. Реагују на познате особе, прија им различит вид стимулације, и све активности уз подршку или чак пасивне активности коју води друга особа. Понекад се могу обучити за тоалетне потребе или да самостално пију, или једу кашиком.

Сматра се да је коефицијент интелигенције овако низак (испод 20 јединица) јер ова деца не могу да прате било какве садржаје и не дају повратне реакције на довољном нивоу да би се адекватно проценило њихово разумевање. Међутим, евидентно је да ове особе примају импулсе из околине и да им стимулација прија. Такође и развој способности, односно одржавање способности на стеченом нивоу и спречавање пропадања је могуће уз адекватну подршку. Уз своје стање ова деца углавном имају и друга органска обољења или оштећења у развоју органа са примарним неуролошким обољењима. Потребна им је стална подршка, интензивно током целог живота.

Деца са аутизмом и поремећајима аутистичног спектра. Аутизам је поремећај развоја који прожима све способности детета и оставља сметње у функционисању које се односе на све области живота. Аутизам није јединствен поремећај, постоји више поремећаја који спадају у аутистични спектар и имају различите одлике. Ови поремећаји се називају первазивним развојним поремећајима.

Оно што је најважније за практични рад са овим особама јесте да постоје **три карактеристичне области сметњи - комуникација, социјализација и имагинација** (машта, замишљање). Ово доводи до тога да ове особе имају потребу за рутинама (сталним и истим ритмом дана, истим понављајућим покретима) и имају отпор према свим променама, јер немају могућности за креирање нових образаца понашања. Однос са људима је сиромашан, не остварују контакт погледом или га остварују у малој мери, а немају адекватну размену емоција и информација са другима. Говор је неразвијен или постоји са малим фондом речи, могућности комуникације са околином су јако мале. Ове особе су генерално више усмерене на себе него на друге. Постоје особе са аутизмом које имају очуване интелектуалне способности, али је највећи број њих, око три четвртине, са сметњама у менталном развоју.

СМЕТЊЕ У МОТОРИЧКОМ РАЗВОЈУ

Сметње у моторичком развоју настају услед различитих фактора и јављају се пре рођења, током рађања или након рођења. Оне су такође трајне и не могу се отклонити већ само ублажити рехабилитацијом, или се може смањити њихов утицај на функционисање детета кроз обезбеђивање подршке и помоћи која му је потребна.

Код ове деце постоје оштећења мозга и кичмене мождине (централног нервног система) или коштаног система, као и друга оштећења нерава и мишића која утичу на то да дете не може или може веома ограничено да изведе неке покрете. Најчешће се сусрећемо у пракси са децом која имају церебралну дечју парализу или неке облике парезе.

Моторичке сметње најчешће се одражавају на немогућност извођења вољних - усмерених покрета рукама, ногама, или једног и другог. Често је код ових особа оштећен и говор, јер су погођени ситни мишићи који контролишу покрете уста и лица, као и покрете самог језика.

Ментални развој ове деце је често уредан, те је мишљење и разумевање света око себе развијено као и код особа уобичајеног развоја. Током целог детињства моторички развој касни и то често изазива немогућност да дете истражује и стиче искуства као сва остала деца. Недостатак искустава секундарно негативно утиче на емоционални и ментални развој детета, па је потребно омогућити овој деци да стекну што више искустава.

Развој ове деце је обележен различитим тешкоћама и стањима која захтевају посебну пажњу свих укључених у његов живот, у смислу да је потребно водити рачуна о положају детета, на-

чину подизања, спуштања, како организовати окружење да се дете што самосталније креће... Касније током живота морамо обезбедити детету што самосталнији живот и прилагодити ствари у окружењу тако да их може што више самостално користити.

Сметње у моторичком развоју могу изазвати потпуну одузетост дела тела, немогућност извођења покрета одређеним делом на начин како то дете жели - покрети који су црвуљасти, непрецизни, некоординисани, као и појаву невољних покрета који ометају функционалне активности детета. Узрок таквим сметњама је најчешће оштећење ЦНС – односно церебрална дечја парализа која настаје услед оштећења моторичких области мозга или моторних неурона.

Такође, сметње у моторичком развоју могу настати и услед неразвијености (потпуног одсуства) или деформације дела тела, најчешће екстремитета. Посебна група су сметње настале услед дегенеративних процеса попут дегенеративних обољења коштаног система и мишићних дистрофија односно пропадања мишићног ткива које изазива оштећења покрета попут Дишенове мишићне дистрофије.

Сметње у моторичком развоју изазивало је и вирусно обољење односно полио вирус који је искорењен вакцином против дечје парализе. Ово напомињемо како не би долазило до грешке да се изједначава дечја церебрална и дечја парализа.

СМЕТЊЕ У СЕНЗОРНОМ РАЗВОЈУ

Деца са оштећењем вида могу бити слабовида и слепа. Слабовидост се односи на оштећење вида које је и са корекцијом (наочарима, сочивима) испод границе нормалне оштрине вида. Слабовидост се креће од лаке до тешке слабовидости или практичне слепоће.

Практично то значи да се слабовидост као сметња у развоју јавља тек када нема могућности за корекцију проблема са видом, и када дете нема могућности да види свет око себе истим интензитетом и квалитетом као други, ни уз наочаре или оперативне и друге методе.
Слабовида чак и практично слепа деца имају «остатке вида» на које се ослањају у свом функционисању.

Деца која су слепа немају „остатке вида" и не разликују светло од таме. Код ове деце развој чула слуха, ментални развој и моторички развој су уредни и не одступају од уобичајеног. Такође ова деца немају ни неке супер способности, већ су услед недостатка вида усмерена на друга чула те региструју информације слухом и додиром које други људи инхибирају услед могућности употребе чула вида.
Иначе, током активности, дете прима око 75% информација чулом вида.

Међутим, како се дете које је слабовидо или слепо не може визуелно упознати са својом околином постоји извесни недостатак истраживања и стицања искустава у детињству. Нпр. слепа деца се самостално не окрећу у кревецу, не уводе руке у видно поље па слабо развијају покрете, не истражују око себе јер немају представу и слику околине.

Ово доводи до тога да развој способности нарочито моторичких у извесној мери касни, касније се као бебе самостално окрећу него што је уобичајено, касније седају и проходавају. Ово се дешава јер су њихови покрети спутани, не виде родитеље да би их имитирали и увежбали покрете, а не виде ни своју околину и себе па су несигурни у ширењу покрета ван тела или кретању по простору. Како би упознали свет они се ослањају на друга чула: додир, слух, осећај за вибрације у ваздуху, препознавање расположења и намера по гласу говорника. Кроз сталну употребу и концентрацију на њих ова чула постају више диференцирана и донекле компензују недостатак или оштећење вида.

С обзиром на начин пријема информација све што радимо са овим дететом иде кроз канале додира, слуха или покрета. Такође уколико је дете слабовидо треба да се презентује много тога и визуелно, али водимо рачуна о величини, близини па и интензитету и контрасту боја на предметима које му показујемо. Уз довољну и добру подршку, која не сме бити претерана, ова деца стичу сва животна искуства и постају веома самостална у животу.

Особе са оштећењем вида су самосталне у активностима бриге о себи, кретању, раду и другим сегментима живота, иако има области у којима се ослањају на подршку других особа.

Слепе особе имају посебно писмо које се назива Брајево писмо сачињено од система тачака на плочама са различитим комбинацијама позиција (од 8 тачака), које се могу „читати" додиром , а исписују се на Брајевој машини.

Деца са оштећењем слуха могу бити наглува, где се та наглувост дели од лаке до тешке и одређује се према прагу слуха односно најнижој висини звука у децибелима коју особа може да чује. Нормалан праг слуга је 20 децибела.
Насупрот наглувости постоје и деца која имају „тоталну" глувоћу - односно не чују никакве звуке.

Деца која су наглува немају само тешкоће у томе што не чују глас и звук одређеног интензитета већ одређене гласове чују и квалитативно другачије, оштећено, те их тако и усвајају што води и поремећају говора.

Развој других способности, осим говора код ове деце је уредан. Због оштећења слуха, не могу да јасно или уопште чују себе док покушавају да говоре, те је артикулација или модулација гласа увек оштећена, а сам говор некад и неразвијен. Ово се дешава због оштећене повратне спреге између слуха и говора.

Функционалне способности ове деце често и не захтевају помоћ и подршку неговатељица, јер су веома самостални у бризи о себи и слободном времену. Једино је помоћ у кући потребна на најранијем дечјем узрасту, када дете није самостално ни безбедно без надзора.

Ова деца и касније одрасле особе, имају одређене тешкоће у учењу језичких садржаја које могу успешно савладати. Деца са оштећењем слуха чак и најтежег степена, у одређеном броју случајева могу добити слушно појачање - амплификацију путем слушног апарата или кохлеарног импланта који омогућава да примају слушне информације као и остали. Деци са оштећењем слуха је потребна подршка у томе да науче да идентификују неке звуке, оријентишу се на њих, потребна им је подршка у учењу говора, социјализацији.

Деца са вишеструком ометеношћу имају више врста сметњи у развоју - нпр. моторичке и менталне, оштећење вида и слуха, менталну ометеност и оштећење вида, што даје различите клиничке слике: дете са комбинацијом оштећења слуха и вида, дете са церебралном дечјом парализом и менталном ометеношћу, дете са парезом и наглувошћу…

Нажалост, појава вишеструке ометености није ретка и она не представља само збир оштећења, већ даје потпуно нову слику тешкоћа и сметњи. На пример, дете није само ментално ометено и слепо у смислу да нема само те способности, а остали развој је неометен. Јер како нема очуван ниво разумевања света око себе не може да компензује недостатак вида, а како нема вида не може ни да развије конкретно мишљење које би иначе имало, јер нема могућности за посматрање света око себе и учење. Тако су ово деца са посебним новим квалитативним сметњама и потребна је њихова мултидисциплинарна заштита у свим сегментима развоја.

Њихове тешкоће су велике, и потребно им је највише подршке од стране неговатељица у односу на друге групе, јер велики број способности је недовољно развијен па су често дуготрајно у потреби за подршком у елементарним животним активностима. Такође често имају и придружена неуролошка и органска обољења. Да би се пружила подршка овим особама потребан је тимски рад више профила дефектолога, неговатељица, сестара, терапеута и других, као и више услуга социјалне заштите како би се покрила сва животна подручја.

Осим наведене поделе постоје и други облици сметњи у развоју који се јављају код деце. То су пре свега сметње у говорно језичком развоју које се дијагностикују код деце чији је остали развој уредан и ту спадају дислалије, дисфазије и афазије које погађају пре свега експресивни говор али и разумевање говора, у различитом степену. Такође, новије научне теорије установиле су и специфичне сметње у учењу које се јављају код деце која немају сметње у менталном развоју, као што су дисграфија (тешкоће у савладавању писања), дислексија (тешкоће у савладавању читања), као и друге сметње попут невербалних сметњи у учењу, дискалкулије и слично.

РАЗВОЈ ДЕЦЕ СА СМЕТЊАМА У РАЗВОЈУ

Развој детета са развојним потешкоћама одвија се по истом развојном следу и по истим законитостима као и развој друге деце без развојних потешкоћа. Психосоцијални развој се одвија кроз интеракцију биолошких чинилаца и фактора средине. Психолог Ерик Ериксон, кроз призму психолошког, емоционалног и физичког аспекта личности, врло јасно приказује све фазе развоја личности која се може применити и на развој личности деце са развојним сметњама.

ЕРИКСОНОВА ТЕОРИЈА РАЗВОЈА ЛИЧНОСТИ
Ериксон је сматрао да се развој одвија кроз јасно дефинисане стадијуме, чија успешност зависи од успешног разрешавања претходних фаза. Велики значај у развоју личности има средина, при чему крајњи исход развоја личности зависи од активне интеракције између детета и средине. Ериксон разликује пет развојних стадијума у детињству:

Фаза I – Стадијум базичног поверења (прва година живота)
Задовољавајући основне потребе детета за топлином, удобношћу и храном, мајка помаже развој базичног поверења детета. Дете почиње да верује да је свет предвидив, сигуран и пријатан и да је оно способно да утиче на исход догађаја. Уколико потребе детета у овом периоду остају незадовољене, дете има доживљај да је свет окрутан, непредвидив, да није у стању да задовољи његове потребе, тако да развија осећај базичног неповерења.

Фаза II – Стадијум аутономије (2 -3 године)
Брзи напредак локомоторних способности и боља контрола функција сфинктера јачају тежњу детета за аутономијом, за моћи и за новим искуствима. Успех овог процеса води развоју и јачању самопоуздања детета, док неуспех води развоју осећаја стида, ниског самопоуздања. Родитељи, нарочито мајка, имају одлучујућу улогу у исходу ове фазе.

Фаза III – Стадијум иницијативе (3-5 година)
Брзо напредовање говора и других способности детета омогућавају предузимање акција с циљем истраживања и освајања света око себе. Уколико се иницијатива и ентузијазам детета стално коче, пригушују или чак кажњавају, дете развија осећај малодушности, безнађа и кривице. У овој фази се све више испољавају и разлике међу половима у базичној оријентацији.

Фаза IV – Стадијум марљивости (6-12 година)
Овај стадијум се одликује тежњом за успехом у школи и међу вршњацима. Делимичан или потпуни неуспех у школи, неуспешност у одвајању од породице или неприхваћеност од стране вршњака воде осећању мање вредности.

Фаза V – Стадијум формирања идентитета (13-18 година)
Осамостаљивање у односу на породицу, учвршћивање сексуалног идентитета, развој сопственог система вредности и успешан избор животних циљева у касној адолесценцији од изузетног су значаја за осећај чврстог, стабилног идентитета и самопоуздања. Тешкоће у односима са вршњацима, несигурност и неуспешност у избору занимања указују на опасност формирања нејасног идентитета и конфузије улога у одраслом добу.

Да би се досегао максимум у развоју неопходно је:
- активирати и развијати мотивацију детета са сметњама у развоју која покреће дечју акцију и интеракцију с околином;
- побољшати квалитет живота детета и породице;
- ојачати социјалну компетентност детета и породице.

Присутне сметње могу у различитој мери утицати на раст и развој детета, његово физичко и ментално благостање. Код поједине деце многе области развоја неће бити угрожене, док је код других утицај присутних оштећења знатно обимнији.
Одговори средине на присутна оштећења односно ограничења активности детета могу да делују подстицајно или демотивишуће на усвајање социјалних вештина, диференцијацију животних навика и разноврсност животних искустава. Посебно Ериксон наглашава важност срединских услова на раст и развој деце, а тај аспект има двоструко већу важност код деце са развојним потешкоћама ако узмемо у обзир њихову хиперосетљивост и ниско самопоуздање. Само средина са којом смо у стању имати размену може деловати подстицајно.
Адаптација чинилаца средине која подстиче и олакшава интеракцију важна је за развојни подстицај код деце са сметњама у развоју.

ПСИХОМОТОРНИ РАЗВОЈ ДЕЦЕ СА СМЕТЊАМА У РАЗВОЈУ

Иако личност детета представља недељиву целину, уобичајено је да се при процени развоја посебно разматрају поједине области које чине ту личност:
- психомоторика,
- говор,
- осећања и
- интелигенција.

На почетку развоја, нарочито у првим годинама живота, ове функције су још недовољно разлучене и понашањем доминирају моторне активности. Због тога се о степену развоја у првим годинама живота суди на основу процене психомоторике. Психомоторика је током читавог детињства блиско повезана са сазревањем и гранањем осећајног живота, са развојем интелигенције и мишљења, као и са развојем личности детета у целини.

При процени психомоторног развоја треба имати на уму основне законитости развоја:
- одређени редослед, од простијих ка сложенијим функцијама,
- неравномерност у ритму развоја појединих функција,
- индивидуалне разлике у развоју
- пластичност дечјег развоја.

Психомоторни развој се најчешће описује терминима „нормалан", „просечан" и „незадовољавајући развој". Нормалан развој је онај који је типичан, уобичајен, очекиван за узраст и без абнормалности. Просечан узраст је рачунски добијена вредност (норма) око које се остале вредности подједнако групишу. У описивању незадовољавајућег развоја најчешће се користе термини „успорен развој", „дисхармоничан развој". Дете са успореним развојем развија се спорије од очекиваног и због тога касни у односу на децу свог узраста. Постоји могућност да деца успореног развоја „надокнаде" заостајање у развоју и сустигну децу свог узраста, али је за то неопходно да се развој одвија бржим темпом од нормалног за дати период. Ретардација је израз који означава да је достигнути ниво развоја значајно испод очекиваног за узраст, и да је мало вероватно да се нормални развој може достићи, чак и под претпоставком да се развој одвија убрзаним темпом. **Многи сматрају да термин није погодан јер стигматизује дете, и да га треба избегавати. Уместо тога се користи израз који не стигматизује дете „тешкоће у учењу" (learning disability).** Дисхармоничан развој означава да постоји заостајање или неуобичајеност у развоју појединих области које чине личност детета (психомоторика, говор, осећања, интелигенција) док су остале функције нормалне или приближне за узраст. Овде спадају тешкоће везане за развој говора, психомоторике, затим сметње у сазнајној области и у осећајној области. Глобалан несклад који захвата све области личности детета назива се општом развојном дисхармонијом која спада у тзв. первазивне поремећаје развоја, међу које се убраја и аутизам.

Емоционални развој и понашање
Емоционални развој деце са сметњама у развоју следи исте принципе као и емоционални развој деце опште популације. Препознавање и излажење у сусрет емоционалним потребама представља непосредан израз прихватања и уважавања и важан је чинилац у развоју личног идентитета детета и изградњи пожељног социјалног понашања. Потребе за додатном емоционалном подршком могу бити присутне, као и код друге деце, у разним стресним животним ситуацијама, као што су нпр. распад породице, одвајање, тешкоће у односима са другима. Деца са сметњама у развоју могу чешће бити изложена емоционалном занемаривању и злостављању.

Лични идентитет
Развој позитивног личног идентитета важан је задатак током детињства и младости, а од посебног је значаја за децу са сметњама у развоју и њихове породице. Посматрање деце искључиво кроз присутна оштећења и дефиците неминовно води ка приписивању једнодимензионалног личног идентитета, сведеног на оштећења и умањења личних способности и на занемаривања културног, полног, социјалног и личног аспекта личности оваквог детета. Можда је сувишно наводити од коликог су значаја, за формирање личног идентитета, непосредна животна искуства и у којој мери она могу утицати на усвајање негативне слике о себи те немогућности изградње самопоуздања детета.

Породични и социјални односи детета
Већина деце живи у кругу својих породица, па је тако од посебног значаја начин на који су присутне сметње у развоју прихваћене у кругу породице. Формирање ране привржености, развој

односа са другима, осећање сигурности и самопоуздање једнако су важни за дете са сметњама у развоју као и за сву другу децу.

Сва деца имају потребу за стабилним и топлим емоционалним односима са родитељима и другим људима, сва деца имају потребу за пријатељима. Деца са сметњама у развоју могу се суочити са различитим препрекама у успостављању и одржавању пријатељстава. Присутан је ризик да воде веома ограничен социјални живот, са мало контаката са другим особама изван породице и са вршњацима. Посебно су угрожена и социјално депривирана деца која живе изван породица, у институцијама, одвојена од својих породица, са мало или без контаката са људима изван институција.

Деца су у великој мери зависна од околине и рањива су, али имају и велику могућност позитивне адаптације и превладавања тешкоћа ако је средина повољна. У развојном смислу, деца са присутним сметњама су рањивија од деце опште популације. Изградња отпорности зависи од животних искустава. Јачање настаје из искустава, из суочавања са захтевима и њиховог успешног савладавања. Успех на једном подручју подиже самосвест и побољшава успешност и на другим подручјима. Деци је потребна подршка да би изградила отпорност.

О потребама деце са развојним тешкоћама
Дете са сметњама у развоју има потребе као и свако друго дете. Стога ћемо сагледавање и развој потреба деце са развојним потешкоћама сагледати у оквиру **Масловљевог психолошког модела људских потреба.**

Масловљев пирамидални модел (Маслов, А. Х., 1982) садржи следеће класе потреба:
1. Егзистенцијалне потребе везане за опстанак појединца и врсте
2. Потребе за сигурношћу
3. Потребе за прихватањем, признањем, самопоштовањем и љубављу
4. Сазнајне потребе
5. Естетске потребе
6. Потребе за развојем очуваних (како откривених, тако и неоткривених) способности.

1. **Егзистенцијалне потребе.** Односе се на задовољење основних потреба - за храном, водом, ваздухом, сном, излучивањем штетних нуспродуката из организма, заштитом од хладноће или сунца, сексуални нагон и нагон за материнством. Незадовољење потреба из ове групе доводе до тешких последица на ментално здравље.
2. **Потреба за сигурношћу.** Потреба за сигурношћу је једна од најчешће незадовољених потреба особа са тешкоћама у развоју. Посебно се појачава у ситуацији када дете нема биолошке родитеље или су га родитељи напустили. У овом случају јасно се види деловање двоструког ризика на неку људску потребу. И развојна тешкоћа и одсуство родитељске бриге, свака за себе, остављају тешке последице на осећање сигурности. Удружене, скоро су нерешив проблем. Трајно осећање несигурности битно отежава активирање очуваних способности, а има и значајне последице на однос особе са тешкоћама у развоју са другим људима. Неповерење у друге и љубомора у односима са партнером супротног пола су најчешће последице трајне несигурности.
3. **Потреба за љубављу, признањем, прихватањем, самопоштовањем.** Клиничко искуство у раду са особама ометеним у развоју указује да је један од разлога неуспешних емоционалних веза са партнерима супротног пола везан за испољавање неосноване љубоморе према партнеру, емоционалну хладноћу, нереално високе захтеве, посесиван однос и смањену осетљивост за потребе других. Ове реакције могуће је схватити и као неку врсту последица трајне несигурности, а и као одбрану самопоштовања. Пошто особе из ове групе ретко добијају прилику да раде, а камоли да испоље своје способности, мало је прилика за одавање признања за успех, па самим тим и за позитивну слику о себи која би била заснована на добијању признања од других људи.
4. **Сазнајне и естетске потребе.** Задовољавање сазнајних потреба, као и задовољавање естетских потреба у значајној мери је повезано са материјалном ситуацијом и стимулацијом од стране других људи. Школско образовање, када је успешно, у доброј мери задовољава обе ове класе потреба. Подаци о образовању особа са тешкоћама у развоју, бар до сада, нису били ни мало оптимистички. Инклузивни покрет би требало да направи значајан помак у овој области, али само под условом да буде остварен на начин који мења животни простор особе са тешкоћама у развоју која у њему живи, а тиме и квалитет живота те особе.
5. **Развојне потребе.** Да би очуване способности могле бити развијене и одржане неопходна су два услова: смањена напетост изазвана осећањем несигурности такве особе и постојање подстицајне средине у дететовом окружењу.

Породица која брине о детету је основни подстицај развоја. Да би овај услов био испуњен породици треба помоћи да савлада вештине подстицања и да има материјалне услове које таква активност захтева. Овај услов је тешко испунити, али треба покушати тамо где за то постоје бар минимални услови. Тамо где породица заиста нема минималних услова компензаторни значај вртића/школе је још важнији, па тиме и потреба за што већом сарадњом породице са институцијама у образовању, као и са локалним институцијама намењеним деци.

Веома је важно имати на уму следеће:

1. **Потребе су у хијерархијском низу, тако да није могуће задовољити потребе вишег реда док не буду задовољене основније, базичне потребе.** Тако нпр. док не буду задовољене потребе за сигурношћу није могуће задовољити потребе из наредне групе (потребе за љубављу, признањем, самопоштовањем...).
2. **Иако незадовољене, базичне потребе блокирају облике понашања нужне за задовољење потреба из наредне класе, а емоционална преосетљивост због њиховог незадовољавања расте. Овај феномен се назива сензибилизација.** Тако нпр. незадовољена потреба за сигурношћу битно отежава задовољавање потреба за љубављу, признањем и сл., али осетљивост особе због немогућности да задовољи ове потребе се значајно повећава. „Глад за љубављу" особа са развојним потешкоћама представља пример деловања принципа сензибилизације на опис животне ситуације особа које имају потребу за додатном подршком. Љубомора, која је код ових особа веома изражена у одраслом добу, је последица несигурности која ове особе прати најчешће од рођења.

Постоји низ додатних услова које треба узети у обзир када покушавамо да стручно оспособимо неговатељице за задовољење ових потреба. То су:
1) врста и степен развојне тешкоће;
2) степен достигнутог физичког, интелектуалног, емоционалног и социјалног развоја детета;
3) пол детета;
4) узраст детета;
5) дотадашње последице развојне тешкоће на укупан развој детета;
6) време настанка развојне тешкоће;
7) предузете мере на њеном ублажавању;
8) доступност и компетентност сарадника институција које помажу детету.

Овој листи можемо додати и мотивисаност детета и породице која брине о детету да активно суделује у активностима којима се помаже детету. На крају треба додати и особености вредносно-ставовских карактеристика средине у којој дете живи. Досадашња истраживања (СЦФ, 2003) су показала да однос према детету са развојним тешкоћама није исти у свим деловима Србије. Спремност за помагање детету у школи била је најмање изражена на југу, а највише на северу. Спремност родитеља да укључе дете са развојним тешкоћама у редовну школу била је највећа тамо где су наставници пружали највећи отпор интеграцији.

ПОРОДИЦА И ДЕТЕ СА СМЕТЊАМА У РАЗВОЈУ

Као што сметње чине дете и његов развој специфичним, и у том смислу различитим, тако и породица детета са сметњама у развоју има своје особености и специфичне потребе и у том смислу је различита. Сваки члан породице, као и породица као целина, имају свој начин реакције везан за сазнање да развој детета одступа од очекиваних. Ниво адаптације и начини на које родитељи савладавају проблеме повезани су са индивидуалним, интерперсоналним и факторима социјалног окружења.

Различити родитељи различито реагују на тешкоће са дететом. Неки ће порицати, а други преувеличавати развојне тешкоће детета. За добро функционисање сваке породице изузетно је важно да их родитељи прихвате онаквим какви јесу. Познато је да је у сваком односу прихватање различитости битан чинилац доброг односа.
Родитељи детета са сметњама у развоју имају теже и специфичније проблеме везане за његово стање, које их је изненадило, узнемирило или пак ожалостило. Значајно је како родитељи реагују на рођење детета са сметњама у развоју, како се понашају, како прихватају ту чињеницу и са колико снаге могу са њом да живе.

Негативан однос средине према детету са развојним потешкоћама одражава се и на његову породицу. Према мишљењу Розмери Шекспир (према: Хрњица, 1991), најчешће реакције родитеља на развојну тешкоћу детета су: депресија, потреба за изолацијом, шок, фрустрација, осећање кривице, страх, жеља да дете умре, губитак самопоштовања, осећање пораза, страх шта ће бити са дететом у будућности када родитељи више не буду с њим.

Суочени са негативним реакцијама околине, родитељи ове деце и сами избегавају контакте са осталим људима, многа пријатељства се прекидају. Због осећања стида и неповерења које је присутно код њихових родитеља, ова деца често остају у потпуној изолацији, затворена у својим домовима.

Неповољна материјална ситуација представља још један проблем. Рођењем детета, породица додатно осиромашује због великих трошкова за лечење, набавку помагала и слично. Често се дешава да због превеликих обавеза око детета мајке напуштају посао што додатно отежава материјалну ситуацију. Поред тога што родитељи могу да одбаце своју децу са сметњама у развоју, они могу и да их презаштићују. Према мишљењу неких аутора, претерана заштита детета може бити начин исказивања бриге, страх да се дете не повреди или контра реакција на несвесне деструктивне идеје, као што је помисао „боље да се није ни родило" (Хрњица, 1991). Презаштићеност иде дотле да дете не ради самостално ни оно што би могло, јер друге особе раде уместо њега. Очекивања родитеља у погледу постигнућа детета и његовог даљег развоја често нису реална, што се негативно одражава на међусобне односе родитељ – дете и даље активности у вези са пружањем помоћи детету. Постављање нереалних захтева детету ствара додатне проблеме. Нереална очекивања родитеља често су последица наде у ефекте помоћи коју поједине друштвене институције (посебно медицинске и образовне) могу пружити детету. Неостварена очекивања родитељима, потом, стварају додатне проблеме – разочарање, осећање немоћи, губљење наде и воље.

Када родитељи први пут сазнају да дете има „неки проблем" после првих бурних реакција (плач, неверовање уз љутњу, тражење кривца, неповерење и омаловажавање оних који им саопштавају стање детета, а често и потпуно негирање) родитељи могу да прихвате своје дете и циљ своје родитељске бриге усмеравају ка срећи и задовољству својим животом и животом своје деце. Најчешће се суочавамо са ситуацијом да се већина проблема не може констатовати на рођењу. Дешава се да родитељи верују да је са њиховим дететом све у реду док не примете да оно, на пример, не хода док његови вршњаци увелико трче, да касније проговара или склапа реченице итд. Код родитеља често срећемо размишљања у виду „мушко је дете, они касније проговоре" или „има времена - то је неки ћутолог, не треба паничити". Често траже и налазе у породици неког од ближих или даљих сродника ко је касно проговорио „сада прича и нико га не може надговорити"...

Период када се открива застој је када се очекују важне промене у развоју, као на пример: способност детета да држи главу, да седи са или без ослонца, да стоји уз придржавање или самостално, да прави прве кораке, хода, изговара прву реч, склапа просту реченицу, богати речник, самостално се храни, контролише сфинктере и сл. Све су ово значајни моменти који указују да „нешто" није у реду и да је неопходно што пре потражити савет и помоћ стручњака.
Прва реакција код мајке може бити неверовање да је то могло да се деси. У пракси се срећу

осећања: шок, депресија, осећање изолације, осећање кривице, размишља се зашто је баш то њима морало да се деси, траже се обољења у ближој и даљој породици једног од родитеља, траже се сопствене грешке и сл. Често се криве лекари - гинеколози који нису стручно водили порођај или који нису стручно водили трудноћу, преписивали лекове који су вероватно утицали на поремећај код детета, криве се бабице које су вероватно „испустиле" дете по порођају и сл.

Родитељи који примећују да им се дете развија спорије или теже, често иду од лекара до лекара тражећи помоћ. Консултују велики број стручњака не би ли свом детету помогли. У пракси најчешће оваква лутања имају исход да се родитељи касно одлучују да прихвате праву и одговарајућу помоћ коју детету треба пружити. Дуго времена прође док родитељи праву информацију коју су добили прихвате и са њом се саживе. Често се срећу родитељи који су обишли велики број лекара, психолога, дефектолога, а у интерпретацијама онога што су им они рекли издвајали су само оно што су они желели да чују, што им је у одговарајућем тренутку највише одговарало, а то је било негација проблема или чекање у стилу: пубертет ће све то средити, само треба мало сачекати, или, само кад крене све ће се то средити...

Ово се не сме уопштавати, али се чини да мајке лакше прихватају сазнање да имају дете ометено у развоју; те мајке често и нису сигурне да њиховом детету нешто значајно недостаје. Оне лакше прихватају успореност развоја своје деце и лакше одустају од високих циљева које родитељи иначе обично постављају већ од првих дана након рођења детета.

Подизање детета са сметњама у развоју свакако захтева већи ангажман родитеља, нарочито мајке. Овакво дете захтева већу бригу, дуже посвећивање времена, веће издатке. Оно мајци доноси стрепњу и страх „да ли то правилно ради". Ова стрепња и страх преноси се и на дете, које реагује плачем, поремећеним ритмом спавања, одбијањем узимања хране, грчевима у стомаку и сл. Све ово је у уској вези са страховима мајке, њеним незадовољствима, њеним несналажењем у својој улози. Мајке врло брзо успевају да превазиђу оваква стања и успевају да успоставе емоционалне контакте са својим дететом. Оне осећају да су му потребније него детету које нема проблема у развоју, помажу му и радују се сваком његовом успеху, његовом осмеху, првој речи, баратању играчкама.

Утицај тешкоћа у развоју детета протеже се и на партнерски однос родитеља. У неким породицама, тешкоће са дететом могу утицати да се породица зближи, док у другим породицама могу бити елемент који ће повећати дистанцираност између партнера и дисфункционалност, која се може завршити разилажењем.

Браћа и сестре детета ометеног у развоју врло брзо схватају да у породици постоје двоструки критеријуми, једни за њих а други за брата или сестру са сметњама у развоју. Као последица овог јављају се: љубомора, нетрпељивост, такмичарски дух... Чешће се међутим јавља „алтруизам" и разумевање оних „другачијих". Штити се брат или сестра, помаже му се, па чак и преузима родитељска улога.

Проблеми менталног здравља родитеља, злоупотреба алкохола и психоактивних супстанци, насиље у породици, неписменост, незапосленост, сиромаштво и животни стресови којима су родитељи изложени могу у великој мери обликовати родитељска поступања. Повезаност квалитета брачног односа са квалитетом родитељства потврђена је у многим испитивањима. Добар и успешан брак препознат је као једна од битних породичних снага у функционисању родитељства. Истраживања показују да се родитељи деце са сметњама суочавају са великим бројем проблема, од којих је основна егзистенција један од кључних, али и недостатак или отежана набавка помагала, лекова и др.

Не мањи проблем је и социјална изолација, која озбиљно угрожава идентитет и интегритет ових људи. Породице због погрешних ставова средине тј. предрасуда улазе у изолацију или социјалну маргинализацију, без адекватне помоћи и подршке. Неинформисаност често доводи окружење у дилему „колико је нека од сметњи коју дете или одрасла особа има заразна за околину". Изолација је често присутна и као последица неприлагођености окружења, улаза и излаза из зграде, недостатку рампи и спуштених тротоара и др. Мале архитектонске препреке заправо су огромне препреке за испуњенији живот особа са сметњама у развоју. Онемогућити некоме самостално и слободно кретање и комуницирање значи искључити га из друштвених токова. Сви добро знају да се и казне за најтежа кривична дела базирају управо на ограничењу слободе кретања.

У раном узрасту детета, нарочито детета са сметњама у менталном развоју, породична средина је најповољнија средина за његов развој и одрастање. Свакако да оваквој деци кад поодрасту треба пружити могућност да изађу из породичног миљеа. Треба им омогућити контакте са другом децом, игру, размену емоција и социјалних давања. Поред одласка у парк, двориште, забавни парк, дете треба укључити и у неку од предшколских установа. До пре неколико година то је представљало проблем али је сада решено на начин који не само што омогућава контакте ове деце са другом децом већ им се и пружа посебан рад и третман који стимулише њихов развој.

НАЈЧЕШЋА ПОНАШАЊА РОДИТЕЉА У ВАСПИТАЊУ ДЕТЕТА

- **амбивалентан родитељ** - родитељ који је у неким ситуацијама исувише строг а у неким попустљив.
- **родитељ који превише штити своје дете** - стално је са својим дететом, претерано га мази, милује, дуго га храни, свлачи, облачи, купа и продужава период његовог бебства. Кад дете крене у школу брине о његовим задацима, носи му књиге, проверава од дететових другова шта је учено у школи, учи са дететом.
- **попустљив родитељ** - дозвољава да га дете води. Стално даје детету, а мало тражи за узврат.
- **родитељ који одбацује своје дете** - не подразумева се буквално одбацивање детета мада има и тога, то је углавном родитељ незаинтересован за дете, инертан, „нема времена" због обавеза које има на послу.
- **доминантан родитељ** - захтева да се дете покорава његовим захтевима и жељама у свим ситуацијама.
- **родитељ који се потчињава свом детету** - најчешће изјављују да живе за своје дете, дозвољавају детету доминантан положај у породици. Код њих нема забрана. Дете влада својим родитељима.
- **пожељан, здрав став родитеља** - кад подижу своје дете са љубављу, придају детету значајно место у породици, праћено емоционалном топлином, уважавањем његове личности, његових осећања, права и потреба. Ови родитељи подстичу код детета слободу емоционалног изражавања, слободу комуникације, изражавање супротног мишљења, на одговарајући начин решавају конфликтне ситуације, помажу детету да превазиђе тешкоће на које наилази, воле и уважавају своје дете.

КОМУНИКАЦИЈА

Интерперсонална комуникација одражава нашу потребу да успоставимо контакт с другим људима. У ширем смислу можемо је дефинисати као **било које вербално или невербално понашање које опажа друга особа** (Johnson, 1993). Комуникација потиче од латинске речи „comunicare" што значи спој две тачке, из чега следи да комуницирати значи приопштити, бити у вези, спајати. Успешна комуникација постоји онда када прималац интерпретира поруку друге особе у складу с његовом намером. Неуспешна комуникација обично није последица избора речи, граматичког облика или слабих вербалних способности. Она је најчешће последица буке која долази из различитих емоционалних и социјалних извора. На пример, људи су често толико заокупљени властитим мислима, да једноставно не слушају оно што други говоре или могу бити толико заокупљени оним што они желе рећи, тако да друге слушају површно, само с циљем да нађу тренутак када ће преузети реч.

Умеће комуникације подразумева схватање **комуникацијског процеса** односно процеса остваривања међусобног контакта којим се преноси нека порука и он се одвија серијски.

Порука

Пошиљалац----------->Прималац

Кодирање←---------//----------- Декодирање

(Шум у комуникацији)

Повратна информација

- Кодирање поруке се одвија на такав начин за који мислимо да ће је друга особа прихватити, али исто тако облик поруке зависи и од нашег става према саговорнику
- Шум у комуникацији су разни спољашњи и унутрашњи ометајући фактори који мењају суштину поруке
- Уколико су информације о саговорнику нејасне или непознате стварају се стереотипи

Вербална и невербална комуникација

Људи често невербалним знаковима показују да су нечим узнемирени. Њихова се осећања изражавају кроз израз лица, тон гласа, положај тела и ниво енергије у понашању.

Колико се често догађа да чујемо речи које неко говори, али ипак погрешно схватимо значење поруке? Значење је више од самих речи. Поруке које се не изражавају речима често су важније од самих речи. Овакве се поруке у комуникацији често занемаре или превиде.

Понекад је невербална комуникација једини облик комуникације - на пример, код сасвим мале деце која још не говоре, код глувих особа, итд. Међутим, и када немамо препрека за употребу вербалне комуникације, ми комуницирамо и невербално различитим гестовима, погледима, додиром или мењањем начина говора (висине гласа и брзине говора). Према неким проценама,

више од 60 % социјалног значења у међуљудској комуникацији преноси се невербално (Burgoon, Booler, & Woodall, 1989). Mehrabian (1972, према: Tubbs & Moss, 1991) објашњава да невербални знакови дају 93% целокупног социјалног значења у комуникацији „лицем у лице". Од тога 55% информација даје израз лица, 38% глас, а речи садрже само 7% информација.

- 5 канала изражавања – текст, глас, фацијална експресија, покрети и положај тела тј. држање.
- Што је дете млађе, боље разуме и више се ослања на невербалне сигнале поруке.
- Конгруентност и неконгруентност се односи на усаглашеност односно неусаглашеност поруке која се шаље кроз свих пет канала изражавања.
- Комуникацијско поље је ситуација у којој се две особе међусобно опажају. Две особе у комуникацијском пољу дефинишу свој комуникацијски однос.
- Два нивоа порука :
  1. имплицитни ниво /носи психолошку поруку/
  2. експлицитни ниво /вербална тј. социјална порука/

Пасивно и активно слушање

Пасивно слушамо онда када не говоримо и када не реагујемо ни невербално на садржај говора. Пасивно слушање омогућава особи која говори размишљање, развијање идеја у присуству друге особе која прихвата, а не вреднује, која подржава а не прекида. То је посебно важно када радимо са децом и младима са развојним сметњама, јер им подижемо самопоуздање и ојачавамо међусобно поверење.

Постоји неколико елемената којима се показује спремност на слушање саговорника:

1. **Опис невербалне комуникације особе** („Данас изгледаш јако весело." „Изгледаш као да се не осећаш добро.").
2. **Позив да говори или да настави с говором** („Желиш ли о томе разговарати?", „Молим те настави.", „Занима ме ово о чему говориш.").
3. **Ћутња - давање времена другој особи да одлучи хоће ли и шта ће говорити.**
4. **Слушање** - контакт очима и невербално показивање интереса и бриге за ту особу.

Сва четири елемента понекад нису потребна. Личност особе с којом желимо разговарати, наш међусобни однос и ситуација одредиће који ће начин бити најприкладнији. Ћутња и слушање могу некада охрабрити децу да говоре.
Активно слушање није само тачно понављање речи саговорника, већ је то процес којим слушалац даје значење целој поруци - вербалној и невербалној, садржају и осећањима, према томе како ју је он разумео.

ЈЕЗИК И ТЕРМИНОЛОГИЈА морају бити прилагођене узрасту, али уједно се опходимо према њима као према себи равнима, јер оне то и јесу. Ни у ком случају не смемо акцентовати односно ставити у први план ометеност/оштећење као основну карактеристику особе, већ ОСОБУ као такву. Такође не користе се одреднице НОРМАЛНА или ЗДРАВА особа јер то би у супротном значило да су наши корисници или ненормални или болесни, што није случај.

НЕ, НИКАКО!	ДА, СВАКАКО!
Слеп/слепа, глув/глува.	Особа оштећеног слуха.
Дистрофичар/ка, церебралац/ка.	Особа са мишићном дистрофијом, особа са церебралном или дечјом парализом.
Аутистичар/ка.	Особа са аутизмом.
Везан/а, прикован/а за колица.	Корисник/ца инвалидских колица.
Особе са посебним потребама.	Особе са потешкоћама у учењу.
Нормални/здрави.	Особе без проблема у учењу.
Ментално ретардирани.	Особе ометене у менталном развоју.
Инвалидска организација.	Организација особа са инвалидитетом.
ИЗБЕГАВАТИ: – Употребу скраћеница: МНРО, ОСИ, ЛМРО... – ПОГРДНЕ ТЕРМИНЕ: специјалци, слепци, ретарди, богаљи... – Називање одраслих особа са менталним потешкоћама - ДЕЦОМ.	

БОНТОН ИНВАЛИДНОСТИ

упутства за свакодневну комуникацију са особама са инвалидитетом

Иако свака пета особа има неку врсту инвалидитета, људи су обично збуњени у сусрету с њима. Недовољна упућеност у њихове потребе и могућности, непознавање начина пружања помоћи, те предрасуде или страх од сусрета с непознатим, спутавају људе да слободно комуницирају.

Кратка упутства у свакодневном раду и сусретима са ОСИ:

- Препознате ли потребу за пружањем помоћи особи са инвалидитетом, питајте је КАКО ЈОЈ НАЈБОЉЕ МОЖЕТЕ ПОМОЋИ.
- Обраћајте се непосредно самој особи са инвалидитетом, а не посредно - родитељу, партнеру или пратиоцу.
- Разговарајте слободно и користите свакодневне изразе попут „Видимо се", „Поздрављам те и трчим даље"... без обзира о каквом инвалидитету се ради код особе са којом сте.
- Ако дуже разговарате са особом која користи колица, покушајте да седнете како бисте се гледали у очи.
- Ако разговарате с особом која има поремећај говора, те нисте разумели шта је рекла, замолите је да понови то што је рекла. Немојте глумити да разумете.
- Ако говорите са особом са оштећеним слухом, ГОВОРИТЕ РАЗГОВЕТНО, СПОРО И ЈАСНО, јер она чита и са усана. Не вичите јој на ухо, не правите гримасе. Ако нисте сигурни да је разумете, НАПИШИТЕ ЈОЈ НА ПАПИР.
- Поздрављајући слабовиду или слепу особу, кажите јој своје име. Ако јој желите помоћи у ходу, понудите јој да се ослони на вашу руку.
- Глувослепе особе могу вас разумети једино додиром. У комуникацији служите се писањем великих штампаних слова на њеном длану.
- Лична питања на тему инвалидитета можете поставити само у околностима кад сте присни са том особом.
- Будите конкретни - избегавајте нејасне и неодређене термине (касније, можда,...)
- Избегавајте речи двоструких значења и сарказме.
- Гледај, слушај пажљиво и уважавај одговоре.
- Увек охрабрите и одговорите позитивно на дечје покушаје.
- Охрабрујте и подстичите постављање питања и дечји избор.
- Повезујте гестове са вербалном комуникацијом.
- Избегавајте одрешите, гласне и наредбодавне изјаве.
- Будите обазриви и стрпљиви, јер особама са инвалидитетом понекад треба више времена да би нешто урадили.
- Не хвалите претерано особу са инвалидитетом због обављања нормалних животних радњи.
- Чекајући у реду, уступите своје место у реду или се заузмите да особа са инвалидитетом одмах дође на ред.
- Помозите особама са инвалидитетом на улици, јавном превозу, у институцијама...
- Помагала (штап, штаке, колица) дирајте једино ако су вас особе са инвалидитетом замолиле. Не наслањајте се на њих, јер су оне део њиховог личног простора.
- Не милујте пса који „ради", односно води власника. Морате увек питати власника за дозволу.
- Од вас се не очекује да покажете сажаљење оваквим особама, већ да им својим активностима олакшате живот.

Едукација неговатељица се састоји у схватању проблема и увежбавању вештина:

1. вештине активног слушања

а) дати говорнику слободу да се слободно изрази и дати му невербалну подршку
б) бити емпатичан
ц) важно је проценити да ли га добро декодирамо односно разумемо

2. усвојити и примењивати препоруке за комуникацију са децом са сметњама у развоју

Асертивна комуникација је посебни облик комуникације у којем изражавамо наше мисли, осећања и уверења на адекватан и јасан начин а да не увредимо саговорника. Начин исказивања асертивне критике: асертивни увод, плус на личност, минус на понашање, предлог и провера.

Комуникација са децом са сметњама у развоју

У првом контакту, људи су обично склони доносити суд и закључке а приори на основу изгледа или једне особине, нпр. одеће, начина држања тела или напросто да ли имају позитиван или негативан став о таквој особи. А у складу с тим, свако људско биће, посебно дете са сметњама у развоју, веома је осетљиво на однос других према њему, посебно оних из његове најближе околине.

Комуникација нису само речи, нити њихово изрицање, већ далеко више од тога, нарочито способност да се види и осећа начин на који друга особа нешто види и осећа. Од тога колико научите да комуницирате са циљном групом зависиће квалитет пружене услуге.

Комуникација са дететом коме је потребна подршка треба да се заснива на општим принципима људских односа и њих би требало развити код дететових ближњих а посебно оних који брину о детету. То су следећи принципи:

1. Поштовање достојанства особе којој пружамо помоћ – суштина је пружити помоћ неупадљиво, дискретно, јер се сваки човек осећа веома лоше кад због своје потешкоће мора да затражи помоћ друге особе. Ова осетљивост је посебно наглашена код деце са развојним потешкоћама и која је приморана да стално тражи помоћ од других.
2. Дете са сметњама у развоју и његови родитељи су партнери у пружању услуге – неизоставно морамо у креирање индивидуалних планова услуге, реализацију услуге и њено праћење и процену квалитета укључити дете и родитеље, јер нико боље од њих не зна шта су дечја интересовања и могућности.
3. Помоћ детету са сметњама у развоју и породици која брине о њему НЕОПХОДНА је у свим периодима развоја детета. Како дете расте и развија се, породица се налази у новим изазовима и тешкоћама, не може да задовољи неку потребу јер никад није пре имала ту врсту искуства тако да је додатна помоћ од изузетне важности.
4. Повећани реализам у процени најбољег интереса за дете - уколико стручњак није упућен у ситуацију како дете реагује на мере и терапију, а неговатељица не прати промене у свим аспектима, могуће је да ће дете брзо имати пад мотивације, па разочарење може ескалирати и довести до депресије. Стога је веома битна сарадња између детета, породице, неговатељице и стручњака.

ЗАНЕМАРИВАЊЕ И ЗЛОСТАВЉАЊЕ

Насиље у породици је сваки вид психичког, физичког, сексуалног или економског злостављања, које врши један члан породице према другом. Насиље у породици представља манифестацију моћи и контроле над жртвом и резултира нарушавањем односа поверења и угрожавањем домена сигурности жртве.

Међу узроцима насиља, кључну улогу имају патријахални модел породичних односа у којем је насиље прихватљив облик дисциплиновања непослушних чланова породице. На појаву насиља утичу и други друштвени, посебно економски фактори, као и међугенерацијска трансмисија насиља (жртва постаје насилник кад одрасте). Породица је друштвена институција са највише насиља, ако изузмемо војску у време рата. Још увек се у неким срединама питање злостављања и занемирања сматра „унутрашња и лична ствар породице", а окружење сматра да се „не треба мешати". Истраживања су показала да су деца са тешкоћама у развоју чешће жртве злостављања и занемаривања у оквиру породице.

Последице насиља у породици
Породично насиље представља хронични стрес и изазива поремећаје здравља: главобоља, болови у врату, леђима, тикови, несаница, кожни осип, повећана осетљивост на хладноћу, анемија, респираторни проблеми, болови у стомаку, дијареја, чест херпес. Дуготрајна изложеност стресу доводи до оштећења имунолошког система и до појаве низа болести. Могуће последице дуготрајног насиља су чир на желуцу, висок крвни притисак, ангина пекторис, инфаркт, артитис, рак...
Психичке последице насиља у породици су напетост, немир, осећај слабости, осећање страха, стида, кривице, самозанемаривања, губитак самопоуздања, несигурност, беспомоћност, депресивност, анксиозност, напади панике, поремећаји спавања, поремећаји у исхрани, злоупотреба алкохола и дрога, деструктивно понашање према другима, према себи, недостатак толеранције и стрпљења.

Симптоми постраумatског стресног поремећаја: стално ишчекивање опасности, тескобе при спавању, раздражљивост, проблем са концентрацијом, лупање срца, знојење, сушење уста, дрхтање, ноћне море, флеш-бекови, избегавање ситуација и места које подсећају на трауматски поремећај, неспособност присећања делова догађаја, удаљавање од других...

- Злостављање је оно што одрасли чине и тиме нарушавају психофизички интегритет детета
- Занемаривање је оно што родитељи/старатељи не чине те тиме такође нарушавају психофизички интегритет детета.

ВРСТЕ ЗЛОСТАВЉАЊА

ЕМОЦИОНАЛНО ЗЛОСТАВЉАЊЕ: хронични ставови, поступци и обрасци поступања родитеља или старатеља који ометају развој дететове позитивне слике о себи. Ожиљци су унутрашњи, невидљиви, али веома често штетнији од иједног другог облика злостављања. Тешко их је дијагностиковати и доказати. Саставни су део свих осталих видова злостављања. Облици злостављања су: одбацивање, омаловажавање и подсмех, исмејавање, критиковање, називање погрдним именима, стављање особе у подређену позицију.

Терорисање - претња оружјем, исмејавање дечјег страха, претња суицидом, присуство породичном насиљу, употреба бизарних дисциплинских мера.
Кварење - навођење на различите врсте антисоцијалног понашања: крађа, туча, проституција, просјачење.
Изолација - остављање бебе саме сатима у кревету, забрана дружења са вршњацима, онемогућавање детету да учествује у породичним активностима и догађањима, кажњавање због контактирања са осталим члановима породице.
Игнорисање - непоказивање емоција, недодиривање, недостатак стимулације на прави начин, неодговарање на дечје потребе.
Показатељи: застој у развоју, неорганског застој раста, енуреза, поремећаји навика (лупање главом, уједање), поремећаји спавања, главобоља, фобије, хипохондрије, опсесивност, екстреми у понашању, анксиозност, непримерено „стармало понашање", изненадна промена у школском успеху, депресија, покушај суицида, изјава детета да је злостављано, напуштање детета.

ФИЗИЧКО ЗЛОСТАВЉАЊЕ: усмерена физичка агресија од стране родитеља - старатеља према детету а која је потенцијално штетна по дете. Облици су: **грубо ударање, пребијање, бацање низ степенице, дављење.**
Показатељи: тешке повреде, модрице, прелом ребара, модрице препознатљивих облика, мноштво модрица различитих боја, опекотине (цигарете, пегла..) изјава детета да је злостављано, везивање и затварање детета.

Понашање детета: „залеђена" опрезност у односу на одрасле или претерана љубазност, трзање и повлачење при сваком покушају додира, неадекватно облачење (ради скривања модрица), насилно понашање у игри нарочито код млађе деце, лагање, крађа, екстреми у понашању, пасивност - агресивност.

СЕКСУАЛНО ЗЛОСТАВЉАЊЕ - навођење или приморавање детета или младе непунолетне особе на учешће у сексуалним активностима. Укључује вагинални, анални или орални однос, као и остале форме контакта са малолетником који се спроводи у сексуалне сврхе.
Облици:
-**Сексуално додиривање.**
-**Неконтактне сексуалне активности** као што су излагање детета погледу, сексуалним активностима, воајеризам, приказивање порнографских материјала.
-**Навођење детета** да се понаша на сексуалне, узрасно неприхватљиве начине.
-**Сексуална експлоатација** се односи на коришћење деце за проституцију, порнографију или друге сличне активности.

Физички докази: гениталне или аналне повреде и крварења, венеричне болести (уста, вагине, уретре, ректума) поцепана и флекава одећа, страни предмети у вагини или анусу, тешкоће при ходању или седењу, повреде аналног, гениталног или оралног ткива, трудноћа код адолесценткиња, губитак апетита, поремећај спавања и ноћне море, телесне тегобе.

Понашање детета: страх од додира, претерана мастурбација код деце, додиривање гениталног предела, испољавање бројних страхова (већа потреба за утехом него обично), везивање за једног родитеља а измицање од другог, лош однос са вршњацима, изјава детета, фантазирање у облику претеривања у причању или измишљања, индиректне алузије на проблеме код куће, неспособност концентрације, компулзивно понашање, пад успеха на пољима где је дете постизало успехе, делинквентно понашање, бежање од куће.

ВРСТЕ ЗАНЕМАРИВАЊА

ЕМОЦИОНАЛНО ЗАНЕМАРИВАЊЕ - неспособност да се успостави позитивна емотивна веза са дететом, необазирање на дететове жеље, потребе и осећања. Нема емоција (чак ни љутње) као ни размене емоција нити комуникације.
ФИЗИЧКО ЗАНЕМАРИВАЊЕ - одсуство напредовања детета, а које није органске природе, неадекватно становање (неадекватан простор за спавање, јело, ниска температура у просторији), као и недостатак заштите од опасних ситуација (струја, лекови, отровне материје...)
ЗДРАВСТВЕНО ЗАНЕМАРИВАЊЕ - различити облици родитељских поступака где се не води брига о здравственој заштити детета (нередовно вакцинисање, консултације и контроле, одбијање лекарских интервенција неопходних за здравствену заштиту детета).
ЕДУКАТИВНО ЗАНЕМАРИВАЊЕ - изостајање помоћи, подршке и подстицаја током едукативног процеса, изостанак помоћи у учењу, нема сарадње са школом, недостатак неопходне школске опреме.

ШТА РАДИМО АКО ПОСУМЊАМО ДА СЕ ЗЛОСТАВЉАЊЕ ИЛИ ГРУБО ЗАНЕМАРИВАЊЕ ДЕШАВА?

Без обзира колико сте сигурни, да неки од наведених елемената препознајете консултујте се са особом одговорном за ваше ангажовање, али не заборавите: **ПРИЛИКОМ КОНСУЛТАЦИЈЕ СА БИЛО КИМ ОБАВЕЗНО ЈЕ ПОШТОВАТИ ПРИНЦИП ПОВЕРЉИВОСТИ, КАО И ПРИНЦИП НАЈБОЉЕ ЗАШТИТЕ ДЕТЕТА.**

Након откривања и обављених консултација могуће је предузети следеће акције:
1) Неодложна пријава здравственој установи у хитним случајевима када је потребна медицинска интервенција.
2) Неодложна пријава полицији у случају када је детету потребна физичка заштита или када постоји сумња да је кривично дело учињено.
3) Редовна пријава Центру за социјални рад у року од три наредна радна дана. (Пријава се подноси у писаној форми, а подношење пријаве је у надлежности руководиоца).
4) Одлагање пријављивања уз одговарајуће аргументе и даље праћење детета.

ВАЖНО: У фази када Центар за социјални рад и друге службе врше процену статуса детета и његовог актуелног стања можете бити драгоцен сарадник на прикупљању података, било да је реч о давању усмених информација или писаних извештаја о детету.

Овде смо поменули само најчешће и најраспрострањеније облике насиља. Насиље је заступљено свуда око нас: у предшколским установама, школи, у установама социјалне заштите, на улици, у парку, на послу... Према неким ауторима најчешћи актери злостављања су очеви, док неки сматрају да су то мајке јер оне највише времена проводе са децом. Не ретко су то и браћа или сестре или ближи рођаци. Код нас су забележени и случајеви сексуалног злостављања од стране деда над унуцима и њиховим школским друговима, када је у питању педофилија, подвођење ћерки од стране очева, мајки или старатеља... Као што нема правила ко све може бити злостављач, такође нема правила ни када је у питању социјални миље, јер су познати случајеви тешког злостављања од стране врло „угледних грађана", врло звучних звања и функција. У домовима за децу са сметњама у развоју су такође забележени случајеви окрутног поступања над децом ометеном у развоју као и одраслима.

ЗНАЧАЈ СТРУКТУРИСАНОГ ВРЕМЕНА ЗА ДЕЦУ СА СМЕТЊАМА У РАЗВОЈУ И АКТИВНОСТИ НЕГОВАТЕЉИЦЕ СА ДЕЦОМ МЛАЂЕГ И СТАРИЈЕГ УЗРАСТА

С обзиром на изазове и тешкоће са којима се породица детета са сметњама у развоју сусреће, али пре свега због тешкоћа које дете има и потребе за додатном помоћи у животним активностима и потреби за (ре)хабилитацијом, неопходно је да свако дете и породица имају одређени ритам дана и недеље који се поштује. Ово је важно јер без тога се не може одговорити на све потребе детета.

Деца са аутизмом, али и друга деца са сметњама у развоју, поготово у раном детињству не воле промене и непредвидиве ситуације, те је ритам јако важан. Овај ритам дана или распоред дана је важан како би дете стекло и одређене навике и имало довољно времена за развој својих способности.

Ритам дана подразумева пре свега, временски распоред активности учења, (ре)хабилитације, вежби, одлазака из куће, одмора и слободног времена током дана. Такође подразумева и план односно договор о томе која је особа из породице или професионалац у ком времену уз дете са сметњама у развоју.

Свака породица има свој ритам, који уласком у породицу не треба реметити већ му се прилагодити уколико је могуће. Ово је поготово важно када се ради на терену у кући детета. Такође и у услугама које дете користи, дечији и ритам услуга се усаглашавају.
Током дана, дете са сметњама у развоју мора имати добро организовано и структурисано време. Структурисано време је оно време које дете проводи на начин који има неку сврху и које је организовала друга особа. Неговатељице често проводе време са децом, и то време, како би било корисно по дете мора бити структурисано.

Структуру времена и план активности са дететом одређују стручни радници, јер неговатељице не могу самостално да одреде потребе детета и методе како да кроз игру и активности дете напредује у жељеном правцу. Међутим, неговатељице могу значајно помоћи дететовом развоју способности ако се придржавају плана и време које проводе са дететом буде структурисано.

Уколико деца са сметњама у развоју треба сама да организују своје време, она то најчешће не умеју, поготово ако се ради о активностима које треба да унапреде дечије способности и које још нису савладали. Зато је потребно да неговатељица време које проводи са дететом употреби на сврсисходан начин који надграђује дететове способности.

Свакако да се разликује рад са децом различитих узраста и децом са различитим сметњама у развоју. Међутим, можемо дати неки осврт на активности које су корисне за свако дете и принципе које треба поштовати у раду са свом децом.

РАД СА ДЕЦОМ МЛАЂЕГ УЗРАСТА

Када је у питању рад са децом млађег узраста потребно је пре свега да стручни радници процене који је актуелни ниво способности код детета и које би активности требало изводити како би се остварио даљи напредак у развоју.

Детету са сметњама у развоју чији развој моторике касни потребна је често помоћ у савладавању начина устајања, седања, ношења и самосталне употребе руку. Ове активности неговатељица може увежбавати са дететом кроз игре и активности устајања на правилан начин, окретања, пењања на ниске предмете, ношења предмета у једној или две руке, бацања и хватања лопти различите величине, провлачења, пузања, трчања, скакутања. Најбољи начин да се ове активности изводе је игра. Не треба дете терати да ради ове активности изоловано и увежбава их више пута заредом, јер ће код детета изазвати монотонију, али и отпор јер је њихово савладавање детету тешко.

Учинићемо ове вежбе занимљивим ако му осмислимо малу игру или имамо тон гласа који показује да је наш предлог забаван. Неке од могућих активности и игара за развој моторике су:
- игре са различитим облицима кретања када имитирамо животиње: скакући као зец, пузи као пуж, трчи као маца, пењи се као мајмун или да се провлачимо испод препрека, прескачемо преко канапа;
- игре са лоптом – велике и мале лопте бацамо и хватамо, гурамо једном па другом руком док ходамо, шутирамо ногама наизменично, тапкамо руком, убацујемо у кутију;
- вежбе у којима детету задајемо покрете и положаје руку које дете имитира,
- вежбе да дете изводи покрете „као у огледалу" које неговатељица показује;
- различите активности низања перли, цепања папира и сечења маказама;
- носимо од почетне тачке до циља тешке и лаке, велике и мале предмете у једној или две руке са рукама испруженим испред себе или иза леђа.

Такође, активности са дететом млађег узраста подразумевају и да му богатимо речник и подстичемо говорни развој. Неговатељица ће свој пун ефекат постићи ако детету чита кратке приче и показује слике које коментарише. Именујте све што вам дете покаже јер ће то учинити да повеже назив и реч са предметима. Увежбавајте изговор гласова и речи кроз гласовне игре („Како иде ауто – бббрррммм, како иде воз хухуху"). Приказујте и коментаришите радње на сликама. Почињемо увек са именовањем именица, а потом и глагола и на крају придева.

Са дететом које још не говори корисно је да имитирате различите звуке, гримасирате како би увежбало употребу говорне мускулатуре, (накези се, како си тужан, како се смејеш, надувај образе, намршти се, исплази језик и мрдај га лево десно, горе, доле). Давати детету да одувава исцепкане папириће у различитим смеровима како би научило да усмерава ваздух у различитим смеровима.

Наравно, све што радите док је дете присутно коментаришите, објашњавајте, са дететом које је развило говор, разговарајте што више. Трудите се да говорите окренути детету и да оно прати покрете ваших уста. Немојте бити тихи, али немојте ни претерано викати; глас треба да је нешто виши него у уобичајеном разговору. Користите кратке и јасне реченице, дуге реченице дете неће моћи пратити и запамтити.

За децу млађег узраста потребно је приказивати што више предмета и играчака, практично или кроз игру му показати њихову употребу, а не објашњавати шта чему служи јер дете то не може још увек да прати.
Показујте му што више играчака и начин како се игра са њима; деца са сметњама у менталном развоју не умеју сама да се заиграју на прави начин. Уколико дете слабије употребљава једну руку онда му можемо осмислити игре да нпр. слаже коцке наизменично здравом руком, што ће му пријати, па другом, што ће бити за њега изазов.

Главни принцип рада неговатељице и свих осталих треба да буде „да не дајемо детету рибу, већ да га научимо да пеца". То значи да не радимо све уместо детета и да га ставимо у позицију да само прима помоћ. Потребно је да га постепено све више ангажујемо и оспособимо да ради само. Ова деца најчешће одустају при изазовима и уколико су презаштићена не уче вештине које су им потребне већ чекају помоћ .

Овај проблем је посебно значајан у области бриге о себи - умивање, купање, узимање хране, воде. Неговатељица након првих дана свог рада мора постепено препуштати детету да делове ових активности ради само, нпр. дете одврне славину, а ми сипамо воду у чашу, када се то увежба дете одврне славину, ми му додамо чашу, а оно само сипа воду.

Важан је пут учења, пре свега детету све треба показати и демонстрирати по корацима, потом му пружати подршку физички водећи његову руку и након тога препуштати детету корак по корак да ради самостално.

Неговатељица мора осећати иницијативу детета. Када осетимо да је дете спремно или да има жељу да само испроба да изведе део активности одмах га треба пустити да покуша, охрабрити га и наградити.

Уколико је дете са оштећењем вида у питању, све ове активности се могу примењивати, али неговатељица мора водити рачуна о томе да простор у коме оно борави мора имати стално исти и уредан распоред ствари, како би дете могло по сећању да их нађе, морамо детету стално говорити како би знало где смо, шта радимо, шта следи...

Такође оно упознаје свет додиром, морамо му нудити многе предмете и објаснити му вербално какве су особине и називи тих предмета. Пре свега морамо дете учити како да се креће по кући, да само узима ствари, како да прави секвенцијалне пажљиве кратке покрете да не би рушило предмете око себе, научити га да се оријентише када му кажемо лево од тебе, десно,испред, иза, близу, далеко.

Код деце са оштећеним слухом морамо водити рачуна о начину комуникације са дететом, говоримо вишим тоном, окренути ка детету, са покретима усана који омогућавају да нас дете јасније разуме ако посматра наше лице током разговора. Односно да ишчитава говор са усана.

Деци са моторичким сметњама је важно да све што им је потребно буде на висини и на положају са кога могу да дохвате, и да их научимо да не седе увек на истом месту у кући већ да слободно траже промену положаја како у просторији тако и у различитим просторијама у кући.

Свакако да је за сву децу млађег узраста важно и корисно да се са неговатељицом играју игара лоптом, заједно гледају дечје емисије, играју кобајаги игара (кување, спремање, телефонирање), али је важан и развој симболичких активности попут цртања и сликања. То цртање ће као и код све деце почети од шарања, али их неговатељице могу усмеравати како да боје или цртају облике попут кругова, чича Глише. Почните цртање на папирима великог формата, са дебелим фломастерима, а потом смањујемо формат. Такође, дечје игре попут слагалица и уклапања облика су добродошле.

Током свих активности важно је на адекватан начин комуницирати са дететом. Комуникација може бити хаптична - комуникација додиром која је прва која се развија, специфична за период одојчета. Орална - комуникација гласом који није артикулисан у речи - већ даје звуке задовољства, незадовољства и орално - вербална са гласом и речима. Препознајмо на који начин дете комуницира и дајмо му повратну информацију на исти начин, тако ћемо га подстаћи да усложњава своју комуникацију јер показујемо да разумемо његове покушаје да нам се обрати.

РАД СА ДЕЦОМ СТАРИЈЕГ УЗРАСТА

Деца старијег узраста имају одређене карактеристике које су специфичне. Првенствено, период пубертета је често обележен многим променама, како у физичком развоју тако и у емотивном и у области понашања.

Особе са сметњама у менталном, моторичком или сензорном развоју имају сазревање полно и физичко, које прати њихову узрасну доб. Погрешно је ову децу враћати на дечји ниво понашања, већ тежити на томе да се њихово понашање и активности што више ускладе са узрастом. Наравно да то не можемо у потпуности постићи, али пре свега је важно да неговатељица промени начин обраћања детету и да пређе са „бебећег" говора на говор одраслих.

Такође, облике понашања, границе додира, мажења, присности морамо постепено свести на меру дистанце која је примерена узрасту, али истовремено не губити топлину у односу са корисником.

Слика о себи коју ова деца граде на старијем узрасту је обично нарушена, они увиђају да нису мала деца, али се не могу равнати са људима из окружења. Неуспешни су у својим покушајима, па су зато обесхрабрени и рањиви. Увиђају разлику између себе и масовне популације. Како би се њихов селф концепт очувао потребно је да им у свим њиховим покушајима пружа охрабрење, подршка, али и помаже да схвате да неке ствари нису доступне њиховим способностима. Потребно је да им пружамо подршку и да их охрабрујемо константно.

Активности неговатељице са овом децом могу пре свега бити усмерене на **социјализацију, рекреацију и бригу о себи.** Заједнички одласци у набавку, друштвене игре и разговор су јако важне области које неговатељица може развијати. Такође активности игара са лоптом, кретања и лаганих вежби су често запостављене и неговатељица се може на њих усмерити.

Ипак, поље на коме се неговатељица најбоље може исказати је **брига о себи**. То подразумева вештине вишег степена у односу на рани узраст - обука за самостално купање, облачење, слагање ствари, припрему доручка, спремање собе, кување кафе, чишћење куће. Све ове активности морамо изводити постепено, чак на почетку да је дете пасивно и ми померамо његове руке како би увежбало покрет који је потребан, па потом пуштамо дете да само изведе поједини корак жељене радње. Свакако да дете које буде изводило ове активности пре ће напустити дечје облике понашања, имаће бољу слику о себи и биће самосталније што ће умањити потребу да добија сталну подршку.

Важно је како мотивишемо дете за рад. Неговатељица се може користити мотивацијом кроз приступ, предлоге који су занимљиви и награде у смислу давања детету омиљене активности уколико буде добро током предвиђене активности. Али, мотивација храном, обећањима која се не испуњавају или претње казном нису дозвољене. Најбоља мотивација за рад су ипак похвале и подстицаји јер ова деца су усмерена на потврду од стране околине.

Уколико неговатељица ради у кући, она не сме самостално да ремети ритам и васпитни стил породице, јер постоји разлог зашто се породица определила за одређени начин васпитања детета и уклапања обавеза. Овај део посла је на стручном тиму пружаоца услуга или установе у којој неговатељица ради. Важно је да се неговатељица и породица сложе око захтева према детету и граница понашања које се постављају.

Свако одступање, било које стране, од договора води у недоследност и дете неће усвојити прилагођено понашање нити ће се трудити да савлада вештине које му представљају изазов и захтевају труд.

Све активности које неговатељица у свом раду изводи садржане су у индивидуалном плану услуге - подршке за дете, према коме неговатељица и ради. Овај план је писани документ који је посебан за свако дете и доносе га стручни радници пружаоца услуге у сарадњи са родитељима и дететом и у сарадњи са неговатељицом. У њему су наглашене потребе детета, активности и начин подршке као и дневни ритам односно распоред рада неговатељице. **Индивидуални план услуге је у сваком моменту доступан неговатељици.**

Иако је индивидуални план подложан променама, свако мењање плана или игнорисање које је самовољно доноси детету дугорочно штетне ефекте.

Деца са аутистичним поремећајем имају специфичније захтеве у односу на све остале кориснике са којима неговатељице раде, а ова деца су углавном у потреби за услугом неговатељица. Код њих постоји снажна потреба за устаљеним ритмом и распоредом активности које су предвидиве и које се понављају на исти начин. Свака промена изазива отпор и узнемиреност уколико дете није припремљено. Ова деца имају велики отпор у прилагођавању захтевима које од њих има неговатељица. Некада се чини да су ова деца само безобразна, али ту грешку никако не смемо правити, ради се о симптомима узнемирености и страха од промена коју ова деца имају. У раду са њима потребно је много стрпљења и велика посвећеност. Родитељи јако добро познају навике своје деце и са њима неговатељица мора активно сарађивати.

Код ове деце потребно је изводити активности које су кратке, организоване на начин који препоручи стручно лице и пре свега неговатељица за ову децу мора имати приоритет безбедности детета. Постепено детету треба нудити нове активности и садржаје који су у претходном тексту описане, са том разликом да се садржаји спроводе краће. Уколико дете има јак отпор, понуде се одложе а након тога поново нуде и по мало се дете у њих укључује када се његов страх од непознатог умањи.

Дете са аутизмом воли доследност те му не треба стално повлађивати. На тај начин, када види доследност и залагање оно стиче поверење у особу и препушта јој се у свим активностима. Важно је да неговатељица не захтева никакве промене док дете у њу не стекне поверење и док се уз њу не осећа сигурно.

Све ове активности се могу усложњавати и богатити зависно од маште и информисаности неговатељице и сарадње са дефектологом који планира даље кораке у раду са дететом. Уједно, дете ће нам указати на своје потребе те га треба ослушкивати и свакако пратити када год видимо иницијативу код детета за бављење одређеном активношћу.

УВОД У ЗДРАВСТВЕНУ НЕГУ ДЕЦЕ СА СМЕТЊАМА У РАЗВОЈУ

Увод

Здравље је стање потпуног физичког, психичког и социјалног благостања, а не само одсуство болести и неспособности (дефиниција коју даје Светска здравствена организација).

Здравствена нега је професионално подручје рада медицинских сестара у пружању помоћи појединцу, породици и заједници, када њима недостаје снага, воља или знање.

Непосредна нега је она нега којом се настоји да дете буде окупано, умивено, пресвучено, нахрањено, смештено у удобан, правилан, сигуран положај, помаже му се да обавља животне функције када то није у могућности само да обави, помажемо му да се помера и креће, али и да стално добија подршку и утеху у суочавању са својим проблемима.

Готово да нема породице која није имала болесника у својој кући. Свако животно доба има неке карактеристичне болести, које могу бити лакше или теже, излечиве или неизлечиве. Болести или стања могу бити различитог трајања и не захтевају увек болничку негу нити негу медицинских сестара у кући. Ионако, ако је дете хронично оболело, болнички капацитети су ретко у могућности да обезбеде дуготрајну негу и смештај, те се породица оболелог мора организовати и обезбедити помоћ детету у кући или његов привремени смештај код пружаоца услуге „Предах" ради властитог одмора. Осим тога, код деце са сметњама у развоју одређена стања су таква да захтевају континуирану негу .

Значај оваквог деловања је велики:
- за дете: добиће одговарајућу негу у сопственој кући или на кратко код пружаоца услуге „Предах",
- за породицу: да добије помоћ у нези детета.

Некада се сматрало да је имати неко оштећење индивидуалан проблем, и рехабилитацијом се очекивала промена само код тих особа. Данас се мења свест људи према особама са сметњама у развоју, али има и даље много предрасуда и дуго ће трајати прилагођавање друштва потребама ових особа. Све већи је интерес за здравствене и социјалне проблеме које оштећења доносе. Ометеност има здравствене и социјалне последице и на дете и на породицу.

Основни принципи (правила) неге и помоћи:

-**поседовање одређеног знања**, односно практичних вештина и афинитета према послу, као основних услова за успешну негу и здравствено васпитни утицај на дете, породицу и људе из околине детета;
-**принцип сарадње са дететом**, породицом и стручним тимом у решавању конкретних проблема на задовољство свих учесника у заједничком послу;
-**принцип економичности** је значајан и подразумева рационално коришћење средстава, а ако их нема у кући, прилагођавање већ постојећих у окружењу детета;
-**принцип безбедности** подразумева међусобно поверење свих учесника у нези, одн. сви треба да поштују одређена правила, нарочито ако се ради о појави неке заразне болести;
-**принцип активације детета** је нарочито важан и подразумева активирање детета у физичком и психичком смислу ради спречавања разних компликација које могу бити последице одређених обољења. Детету, ако разуме, а посебно родитељима треба указивати на значај устајања, кретања или бар покретања појединих делова тела у кревету. Дете и родитеља треба увек похвалити за учињено и охрабрити га за сваки наредни покушај. Добро би било са дететом радити и оно што дете не воли - на то ће вам указати родитељи или ћете у току рада сами доћи до тог податка.

Основни задаци неговатељице:

-брига о личној хигијени детета и хигијени његове околине, што подразумева купање и негу коже, негу усне дупље, косе, негу ноктију. Околина детета треба да буде чиста, мирна, привлачна, по могућности са намештајем који се лако одржава. Обавезно је дете износити на свеж ваздух уколико то његово стање дозвољава – адекватно га обући, али не излагати непотребном расхлађивању преосетљиву децу, новорођенчад или изнурену и неухрањену децу. Ако су услови такви, слободно је децу износити и на терасу, под условом да није магла, јака влажност ваздуха са ветром.

-свакодневно посматрање детета и уношење података у лист праћења или дневник или други предвиђени документ,
-старање о правилној исхрани, односно спровођење налога лекара или медицинске сестре у погледу исхране, под условом да родитељи имају материјална средства за обезбеђење правилне исхране,
-стварање пријатне атмосфере око детета, подстицањем доброг расположења и бригом о дететовим потребама,
-спровођење једноставних радњи неге детета, увек према налогу медицинске сестре, која ради по налогу лекара.

Квалитети и лик неговатеља – неговатељице

Неговатељица може да буде свако лице које је психофизички здрава личност, која је завршила обуку и оспособила се за извођење једноставнијих послова неге око детета са сметњама у развоју. Имајући у виду да је поред детета најчешће мајка која је обично веома оптерећена и готово непрекидно ради, улога неговатељице би била веома значајна у преузимању одређених дужности, било да је то јутарње уређивање детета, дежурање крај детета док мајка проводи време са другим дететом, иде у куповину и сл., тако да се и мајка може опустити и одморити, уколико се ради о пружању услуга у кући детета. Ако је реч о услузи „Предах" - рад неговатељице би требао омогућити детету осећај сигурности, безбедности и подстицати социјални развој, а родитељима неопходни одмор или решавање битних проблема, док је њихово дете на сигурном.
За неговатељицу се, по могућности бира особа:
- која има смисла, жељу и афинитет за негу,
-да воли децу, да поседује смисао за комуникацију са дететом, породицом и стручним тимом,
-да је стрпљива, пажљива и тачна у свом послу,
-да послове не дели на лаке, тешке, чисте и прљаве,
-да је чиста, уредна и да личним изгледом и понашањем улива поверење,
-да носи заштитну одећу и обућу,
-да има развијене хигијенске навике (прање руку пре и после сваке радње, чистоћу тела , уста и зуба и др.),
-да поседује самокритичност и да се придржава основних принципа и задатака које ће стећи кроз обуку, да буде свесна својих компетенција, одн. да увек ради у интересу детета,
-неговатељица мора бити емоционално зрела и стабилна како би могла разумети и носити се са људском патњом и здравственим проблемима код деце; стрпљивост и осетљивост за људске проблеме су особине које су нужне за стварање односа поверења,
-важно је схватити да се родитељима не намећу властити ставови ни онда када дубоко верујемо како то чинимо за њихово добро, морамо разумети њихова осећања и понашање у одређеној ситуацији, а не размишљати како бисмо се ми осећали и понашали у тој ситуацији,
-веома је важно односити се критички према властитом раду и препознати када се морамо посаветовати са другима.

ОСНОВНЕ ИНФОРМАЦИЈЕ О СТАЊИМА И БОЛЕСТИМА СА КОЈИМА СЕ НЕГОВАТЕЉИЦЕ МОГУ СРЕСТИ У РАДУ У ОКВИРУ УСЛУГА СОЦИЈАЛНЕ ЗАШТИТЕ

АСТМА

Астма је хронична болест дисајних путева (бронхија). Хронични карактер ове болести захтева стално праћење и дуготрајно лечење. Астма се манифестује понављаним епизодама звиждања у грудима, отежаног дисања, стезања у грудима и кашља, посебно у току ноћи или у раним јутарњим сатима. Ове епизоде се обично јављају током прехладе или излагања аерозагађењима (дувански дим или јаки мириси) и респираторним алергенима (гриње, полен, животињска длака и др.). Епизоде отежаног дисања и свирања у грудима могу да прођу спонтано или након примене лекова који шире дисајне путеве, тзв. бронходилататори. Између напада болесник је обично потпуно добро. У фазама активне упале долази до стискања мишића дисајних путева и појачаног стварања слузи у дисајним путевима што отежава проток ваздуха и узрокује наведене симптоме. Болест је најчешће алергијске природе тако да нападе узрокују различити алергени. Због преосетљивости дисајних путева астматичног болесника нападе могу узроковати и неалергијски узрочници: физички напор, удисање хладног и сувог ваздуха, вирусне инфекције, јаке емоције и загађење ваздуха.

Слика 1 :Покретачи астме,преузето са http://commons.wikimedia.org/

Шта се дешава са дисајним путевима у току напада?

Услед упалне реакције у дисајним путевима долази до стискања мишића дисајних путева и појачаног стварања слузи у дисајним путевима. То узрокује њихово сужење и отежан проток ваздуха, посебно при издисају. При протоку ваздуха суженим дисајним путевима дисање постаје чујно, јавља се свирање у прсима или фуњкање при издисају.
Астма је водећа хронична болест код деце. Најчешће се јавља између друге и пете године и у већем броју случајева изазвана је кућним алергенима и честим прехладама. Астма се не може излечити, али се одговарајућим лечењем добро контролише, при чему се користе две групе лекова – за брзо отклањање симптома и за превенцију астме.

У терапији астме најбоље је користити лекове који се узимају инхалаторним путем (удисањем). Предности инахалаторног начина давања су:
• непосредни контакт лека са великом површином дисајних органа,
• добар ефекат са ниским дозама, чиме се избегавају веће концентрације у крви и нежељена системска дејства.

За ефикасну инхалаторну терапију потребно је:
• да су дисајни путеви пролазни,
• правилна техника узимања лека,
• да су честице лека који се удише мање од 5 микрона.
За примену лека инхалацијом користе се
• пумпице, спрејеви - лек је у облику аеросола. Аеросоли су чврсте или течне честице распршене у гасу, као магла или дим ,
• инхалатори који садрже лекове у облику сувог праха – диск халери, турбохалери,
• инахалатори – компресорски или ултразвучни који течан облик лека претвара у аеросол,
• најбоље је пумпице узимати преко комора, јер се тако избегава губитак велике дозе лека због некоординације удах – притисак, а и честице већег промера које не продиру у мале дисајне путеве исталоже се на зидове коморе, тако да се удахне само активни део аеросола. За мању децу користе се коморе са маском за лице, а за већу са наставком за уста.

Употреба пумпице
Удисање лека се врши споро:
• скине се поклопац и промућка се пумпица,
• издахне се ваздух до краја,
• стави се пумпица у уста или непосредно испред уста. Када се почне са удисањем, истовремено се притисне врх пумпице и настави спори удах,
• задржи се дах 10 секунди и издахне ваздух из плућа,
• сачека се 1 – 2 минуте пре поновне примене пумпице (пре понављања корака од 1 – 4).

Комора (спејсер) помаже да се лакше користи пумпица:
• распрши се једанпут лек из пумпице у комору,
• удахне се дубоко и задржи дах 10 секунди,
• издахне се ваздух у комору.
Деца млађа од две године треба да користе пумпице са комором и маском за лице, а деца преко пет година се могу обучити да сама узимају терапију.

беби халер

"пумпица"

дискхалери

инхалатор

Слика 2 : Апликатори за кориштење инхалацијске терапије, преузето са http://www.astma.hr/

Заблуде у лечењу астме
Заблуда је да пумпице стварају зависност, оштећују и слабе срце и да пумпице треба користити само ако нема другог избора.
Неспецифичне бактеријске вакцине су потпуно бескорисне у превентиви астме, а и као метод за јачање имунитета.
Акупунктура је без утицаја на контролу астме, дискутабилан је и њен утицај на ширење дисајних путева. Без утицаја је на запаљење.
Чајеви и биљни екстракти су без заштитног дејства, могу да делују и штетно као алергени, а неки имају и улогу у настанку гљивица.
Климатско лечење – повољна клима за астматичаре је сув и топао ваздух без аерозагађења (ваздух сличан у пустињама). Често мењање климе може да води погоршању, јер представља стрес за плућа.

Како препознати напад астме?
Напад астме се може појавити у року од неколико минута или неколико дана. Током напада, нагло може доћи до све већег стезања у грудном кошу, кашља, хрипања и отежаног дисања.
Ако се то догоди, придржавајте се ниже наведеног плана за пружање прве помоћи оболелом од астме.

План за пружање прве помоћи оболелом од астме
1. Поседните дете усправно и охрабрите га. Дајте детету нешто на шта ће да стави руке – врх стола или гомила јастука. Може да клекне на колена и да се благо нагне према напред - опет на јастуке или неку другу подлогу – то ће му олакшати дисање. Не остављајте га самог.
2. Без оклевања дајте детету 4 одвојене дозе средства за ублажавање симптома, нпр. Вентолин.
3. Најбоље је давати по једну дозу распршивача пумпицом са справом за одвајање доза. Реците детету да, након сваке дозе лека, 4 пута дубоко удахне из справе.
4. Причекајте 4 минуте.
5. Ако не дође до побољшања, поновите корак 2 и 3. Ако и даље не долази до побољшања, сместа назовите хитну помоћ.
Међутим, ако ви (или неко о коме се старате) приметите знакове тешког напада, одмах назовите кола хитне помоћи и онда, док чекате хитну помоћ, поступајте у складу са планом за пружање прве помоћи.

Знакови тешког напада астме:
- Тешко дисање,
- Јако стезање у грудном кошу,
- Дете не може изговорити више од једне или две речи у једном даху,
- Узнемиреност и напетост,
- Мало или нимало побољшања након узимања лека за ублажавање симптома – Вентолин,
- 'Усисавање' грла и мишића у подручју ребара,
- Кожа око усана поплави (може се тешко приметити ако се и комплетна боја коже промени),
- Дете је бледо и ознојено.

Осим горе наведених симптома, мала деца постану немирна, не могу се смирити и може им бити тешко да једу или пију због недостатка даха. Могу имати и напад кашља и повраћања. Знакови напада астме се разликују, па код особе при тешком нападу не морају бити присутни сви горе наведени знакови.

Слика 3 : Прва помоћ код напада астме,преузето са http://www.astma.rs. Ово упутство је преведено са енглеског, а издато је од стране The Asthma Foundation.

Астма и спорт
Физичка активност се данас сматра видом лечења астме, јер се дете правилно физички развија, не издваја се од остале деце, што повољно делује на дететову психу. Наравно да се дете може бавити спортом само у фази мировања болести. Избегавати спортове који се спроводе при хладном и влажном времену. Највише се препоручује пливање. Многи учесници Олимпијских игара, неки славни фудбалери, тенисери, маратонци, ватерполисти су оболели од астме, а ипак су постигли врхунске успехе.

Астма и исхрана
Избегавати веће количине слаткиша, грицкалице, конзервирану храну, газиране напитке. Пити довољне количине течности – најбоље воде, јер вода помаже да се слуз разреди и лакше избаци из организма.

ДАУНОВ СИНДРОМ (ДС)

ДС је најчешћи генетски поремећај који настаје услед вишка једног хромозома или дела хромозома у језгру сваке ћелије тела. Једно од 650 новорођене деце рађа се са ДС. Дакле, дете са ДС у свакој ћелији свога тела има 47 уместо 46 хромозома. Тај поремећај спречава нормалан физички и ментални развој деце. ДС погађа све расне групе и може се јавити у било којој породици, без обзира на здравље родитеља, економску ситуацију или начин живота. Некада се сматрало да је рађање детета са ДС казна. Децу се скривало, изоловало, није им се пружала адекватна здравствена нега, јер су ова деца била означена и стигматизована као деца која су неспособна за учење и живот.

Како долази до ДС?
ДС је генетски поремећај. Упркос годинама истраживања, разлог настајања погрешне поделе ћелија још увек је непознат. На основу дугогодишњег праћења и статистике која је вођена и у којој су праћене године мајке уочено је да код жена изнад 35 година старости постоји већа вероватноћа (1 од 400 деце) да ће родити дете са ДС. Ризик се са годинама повећава. Но, потребно је рећи да су око 70 посто деце са ДС родиле мајке које су биле млађе од 35 година. Важно је запамтити – нико није крив што је добио дете са ДС. Ништа што су родитељи учинили пре или за време трудноће није га узроковало. ДС није наследан, али, ипак ако је неко већ добио дете са ДС, шансе да добије још деце са ДС су повећане. Зато је за следећу трудноћу неопходно саветовање са генетичарем и гинекологом.

Како изгледа дете са ДС?
Постоји преко педесет карактеристичних обележја ДС, а њихов број и интензитет разликује се од детета до детета.

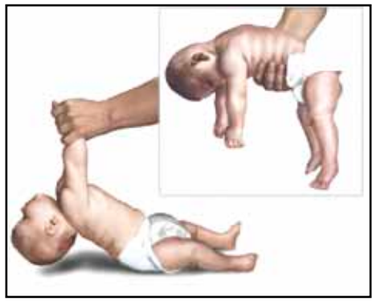
Најчешћа карактеристична обележја деце са ДС су:
- коси положај очних отвора,
- малена уста, широко отворена, мала доња чељуст, велики избраздани језик, постоји непропорција између величине усне дупље и језика, зато језик вири напоље, нос са удубљеним кореном носа,
- округло лице изравнаног профила,
- широк и кратак врат са појачаним кожним наборима и масним ткивом,
- краћи грудни кош необичног облика,
- абнормални облик ушних шкољки,
- мишићна хипотонија, одн. смањење напетости мишића или млитавост, претерана покретљивост зглобова,
- ниско положен пупак, често са пупчаном килом,
- широке шаке, савијен пети прст руке, специфична попречна бразда на длану, тзв. „бразда четири прста" или „мајмунска бразда", широки размак између палца и другог прста на стопалу, кратке и широке ноге.

Ове, а и неке друге карактеристике ДС могу се јавити и код друге деце, зато је за постављање дијагнозе потребно урадити додатне претраге.

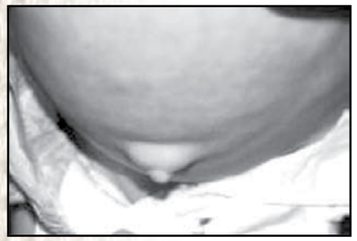
Слика 4: девојчица са ДС

Слика 5: удубљени корен носа

Слика 6: ушке мале, ниже и позади постављене, неправилног облика



Слика 7: мишићна хипотонија, преузето са http://www.livingwithcerebralpalsy.com



Слика 8: пупчана кила

Слика 9: бразда 4 прста на шаци

Слика 10: широки размак између палца и другог прста на стопалу

Слике 4, 5, 6, 8, 9, 10 су преузете из Čulić V., Čulić S. (2008): "Down sindrom", Udruga 21 za sindrom Down, Split, Naklada Bošković, Split
Dostupno na: http://bib.irb.hr/datoteka/383457.FDOWN.knjiga.pdf

Ментални и сексуални развој деце са ДС

Ментални развој деце са ДС знатно је успорен јер је успорен и сам развој мозга. Мотивација за учење је слаба, пажња је краткотрајна, а координација покрета је успорена, што резултира ограниченим потенцијалима у сфери стицања знања и вештина. Научено се лако и брзо заборавља, а говор и разумевање изговореног изразито касни код деце са Дауновим синдромом. До 3-4. године старости споразумевају се само мимиком и понеким гестом, а након 4 године формирају прве реченице. Зато им је и фонд речи оскудан, а ако дође до већег повећања фонда речи може доћи до муцања.
С обзиром да је развој говора повезан и са развојем мишљења, потребно је пуно подстицања и рада породице и стручног радника да би се постигао задовољавајући успех.
Код деце са Дауновим синдромом постоји велика разноликост у степену менталне заосталости. **Рана циљана интервенција резултира значајним напретком у свим сферама функционисања и понашања деце са Дауновим синдромом.** Понекад се разлике огледају и до 10 - 15 јединица мерених тестовима интелигенције у корист стимулисане деце што говори у прилог већој интеракцији детета са довољно подстицајном средином. Препорука је да се започне са раном стимулацијом већ од 3. месеца живота, уз неопходну обуку родитеља, од 3. године шира друштвена интеграција (вртић), а од 7. године и школа.

Захваљујући посебним школским програмима, ова деца досежу интелектуални максимум између 13. и 19. године. Успевају да се науче корисним вештинама, али ретко сложенијим активностима које захтевају више прецизности и зрелог, разборитог расуђивања. Мало особа са Дауновим синдромом овлада обављањем активности који захтевају потпуну самосталност и одговорност. Врло су ригидни у свом деловању и уочљиве су стереотипије или понављања једне исте активности. Овакво понашање треба прекидати и нудити алтернативне интересантне активности. Старе брже него особе из опште популације, а ментално пропадање започиње већ након 30. године. Стопа смртности је највећа у прве три године живота, а просечан животни век им је 55-60. година.
Сексуални развој може почети са закашњењем и бити недовршен. Сексуални нагон им је врло пригушен. Ретко кад праве инцидентне овог типа и врло ретко ступају у брак. Верује се да су мушкарци са Дауновим синдромом стерилни, а жене могу родити дете са 50% вероватноће да ће такође родити дете са Дауновим синдромом.

Могуће здравствене тешкоће деце са ДС
Још једном треба нагласити да међу децом са ДС постоји велика варијабилност у томе које ће здравствене тешкоће имати, у којем обиму и комбинацијама те ће тако и последично бити различити учинци здравствених тешкоћа на функционални статус сваког појединог детета. **Здравствене тешкоће имају велики утицај на могућности детета и на избор облика рада са дететом.** Али, чак и деца са минималним здравственим тешкоћама требају изразито активан однос и ангажман родитеља, здравствене службе, као и хабилитацијских тимова и то већ од самог рођења.
Неке су тешкоће заступљене у већем постотку деце са ДС, неке у мањој мери, а свако појединo дете са ДС може имати разнолике комбинације здравствених тешкоћа.

1.Срчане тешкоће код деце са ДС
Код деце са срчаним манама првенствено морамо пратити боју коже (бледа, сива, плавкаста) и брзину дисања (убрзано или отежано дисање).

Здравствена нега деце са срчаним манама
Ова деца су често ослабљене снаге, смањене издржљивости, а неподношење активности се манифестује неучествовањем у игри; карактеристично је да после замора чучну и тако се одмарају; умором и исцрпљеношћу која напредује током дана. Не треба их терати да по сваку цену седе, стоје или ходају, већ то препустити вољи детета. Важно је уочавати да ли се код детета јавља промена у боји коже - бледило, сивило, плавкаста боја коже. Ове промене у боји коже указују на неадекватан срчани рад и недостатак кисеоника.
Уколико се јави бледило, убрзано и отежано дисање, дете (ако је мало) окренути на трбух да се ослања на грудни кош и колена - као да чучи, а старије дете ставити на леђа, а колена му потискивати према грудном кошу.

Неколико савета
-детету ће одговарати полуседећи положај под углом од 45°,
-избегавати непотребне активности које умарају дете
-спречити претерано плакање детета
-омогућити детету пасивну игру

-често се одмарају током узимања хране и зато треба бити посебно обазрив и не журити током давања хране. Оброци треба да буду мањи, али чешћи, храна лако сварљива и по жељи детета, лепо сервирана. Направити списак намирница које дете треба да избегава (ако треба нешто да избегава). Због слабости и малаксалости неопходно је доста стрпљења приликом храњења ове деце. Спречавање замора се постиже храњењем кашичицом и честим паузама за одмор. Јавља се застој у расту и развоју због неодговарајуће исхране (обично имају слаб апетит) и повећаних енергетских потреба због повећаног напора.
-јавити родитељу/старатељу/медицинској сестри уколико дете слабије мокри - лучење урина је обично смањено током дана, али се може повећати током ноћи,
-ова деца су осетљива на инфекције и немојте им прилазити уколико сте болесни. Може се десити да дете после неке инфекције грла, уха, респираторних инфекција, које може добити и од нас, задобије тешку инфекцију срца.
-обезбедити детету мир, прилазити му без нервозе и повишеног гласа, јер емоционални стрес није добар за ову децу.

2. Проблеми са пробавним органима код деце са ДС
Многа деца са ДС имају проблем храњења, поготово у првих неколико месеци живота, али се исхрана, уколико нема неког поремећаја (нпр. целијакија) не разликује од исхране деце без тешкоћа. Бебе са ДС обично једу веома споро. Храњење је врло важна активност у свакодневном животу детета. Кроз ту активност дете добија храну да би преживело и расло, али и вежба мишиће потребне за развој говора. Понекад деца са ДС имају медицинске, сензорне и друге проблеме који отежавају храњење. Често имају проблема у обради осећаја у устима, преосетљиви су на додир и стимулацију око лица, због смањеног мишићног тонуса могу отежано сисати и гутати, немају могућност спајања усница, имају проблеме са контролом чељусти и језика...

Затвор је чест проблем особа са ДС. Сматра се да дете пати од затвора само онда уколико избацује мале количине тврде и суве столице коју избацује с муком и напрезањем, а већи део столице остаје у цревима; кад дете нема столицу 2 – 3, па и више дана. Код већине њих проблем се може решити адекватном исхраном (компот од сувих шљива, заслађени сокови, мед), физичком активношћу и адекватним уносом течности. Затвор је чест код деце која и након узраста од годину дана једу кашасту храну.
Укључивање више целулозе у дететову исхрану обезбеђује масу која ће олакшати ритмичко стезање црева и померање садржаја црева према излазу. Добри извори целулозе су: хлеб са мекињама, интегралне житарице, шљиве и кајсије, свеже поврће (згњечени кромпир, лагано скуване броколе, целер и шаргарепа).

3. Болести штитне жлезде код деце са ДС

4. Проблеми везани за ухо, грло, нос
Чешћа је наглувост, ваздушни путеви носа и уста су мањи него у друге деце, па могу имати проблеме са дисањем од којих се већина јавља у сну (дисање на уста, хркање). Често имају оштећење слуха као последицу инфекција уха којима су склони. Зато увек имајте на уму да дете можда не обраћа пажњу зато што вас не чује.

5. Проблеми са кожом
Деца са ДС имају врло суву кожу. Потребно је масирати је дечијим уљем, а може се уље ставити и у воду за купање. Кожу треба мазати са невеновом кремом или препаратом који ће детету најбоље одговарати да бисмо спречили исушивање и пуцање коже.

6. Проблеми са имунитетом
Бебе и мала деца са ДС имају слабији имунитет, те су склона болестима дисајних органа и инфекцијама. Влажењем ваздуха и контролом температуре (идеална је 18°C) у дечијој соби може се избећи зачепљивање носа (и упалу уха). За чишћење носа користи се физиолошки раствор и пумпица за извлачење секрета. Не покушавајте да оперете унутрашњост дететовог носа, само обришите видљиву слуз.

7. Неуролошке потешкоће
Деца са ДС могу имати епилепсију, иако није честа, али је њена појавност већа него у општој популацији.

8. Могу оболети од леукемије

9. Проблеми са зубима
Деца са ДС имају потешкоће у брзини и начину избијања зубића, анатомске посебности у броју и облику зуба, чешће су пукотине на уснама и језику. Адекватна хигијена зуба и усне шупљине је неопходна за одржавање здравља зуба и усне шупљине.

Прање зуба може се извести употребом чистог пешкирића, тако што га навлажимо водом, омотамо око прста и ставимо на њега мало пасте за зубе са флуором. Прстом истрљамо дететове зубе и десни. Не треба бринути ако дете прогута мало пасте за зубе.

Остало
Многа деца са ДС су врло осетљива на додир и развијају тактилну одбрану. Често не воле да им дирате уста, опиру се чешљању, шишању, прању. Стручна лица би требало да раде масажу руку, ногу, тела, стимулацију различитим материјалима и предметима, итд. Могу бити преосетљиви на звук, покрет, светлосне и звучне подражаје или могу скакати, вриштати, повлачити се, плашити се. Дете може бити стално у покрету или се споро кретати и изгледати као да је стално уморно, неспретно.

Рана интервенција
Иако се покушавало са различитим лековима и терапијским интервенцијама, до данас није пронађен ни један ефикасан лек. Напредак у молекуларној биологији помогао је да се утврди генетска основа ДС, али тек кад наука успе да открије разлог који доводи до грешака на генетском нивоу може се очекивати и адекватна терапија. С обзиром да не постоји специфичан лек, приступа се једном посебном начину рада са оваквом децом који се зове „рана интервенција". То је сложен подстицајни програм који спроводе стручњаци различитих профила.

Потребно је пуно стрпљења и охрабривања детета да учини прве кораке или неку другу вештину, као што је седење, стајање или говор. Примарна оштећења која су изазвана генетском грешком доводе до додатних компликација и повлаче за собом застој у читавом низу функција (нпр. застој у развоју говора доводи до знатно спорије развоја процеса мишљења). С обзиром да је код деце са ДС присутна ментална заосталост, биће им потребно више времена за учење било које вештине.

Рана интервенција ће омогућити детету да што боље развије своје могућности, јер деца са ДС неће неке ствари научити сама по себи или ће због комплексних тешкоћа научити погрешно, па ће им онда уместо подучавања требати терапија. Циљ ране интервенције је постизање оптимума функционисања у границама генетски датих могућности, усвајање пожељних облика понашања, изградити код детета позитивну слику о себи, осећај да је прихваћен и вољен. Окружење треба обогатити разноврсним садржајима које може да испитује, додирне, види и чује и подстицати га да комуницира на начин на који зна и уме. Масажа и физичке вежбе уз широки спектар физичко - вербалних и гестикулативних сигнала су веома добродошле. На тај начин ће се превенирати секундарне сметње у развоју.

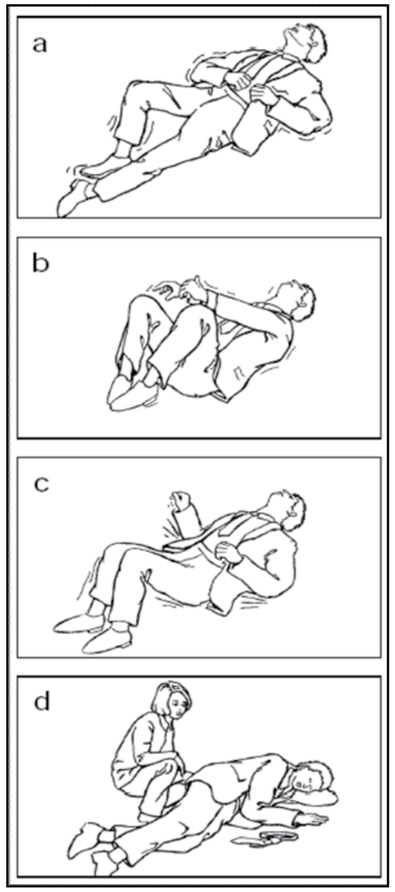
ЕПИЛЕПСИЈА

ШТА ЈЕ ЕПИЛЕПСИЈА?
Епилепсија је хронична неуролошка болест или поремећај од којег болује око 2 милиона деце у свету. Ова реч је грчког порекла и значи напасти, зграбити, шчепати. Епилептични напад креће из мозга и представља претерану електричну активност можданих ћелија. Нешто као електрична олуја у глави која осим блеска и муње изазива и помрачење, у овом случају, свести и доводи до грчења мишића. Али оно што је најважније – као и свака олуја и епилептични напад увек прође.

Кад кажемо или чујемо да неко има дијагнозу епилепсије, то значи да је имао више од једног епи напада, дакле, бар два епи напада. Појава епи напада у дечијем добу не значи неминовно да дете има епилепсију. Они могу бити последица сниженог шећера у крви (глад), поремећаја равнотеже воде (дехидрација – нпр. код пролива), а могу бити узроковани и повишеном температуром – то су тзв. фебрилне конвулзије или тзв. фрас.То су напади који престају чим престане узрок који је довео до напада.

КАКО МОГУ ДА ИЗГЛЕДАЈУ ЕПИ НАПАДИ?

1. Најупечатљивији по свом изгледу је тзв. „велики напад". Дете неочекивано и изненада губи свест, отежано дише – кркља, има трзаје свим екстремитетима, понекад загризе језик, може се умокрити или имати столицу, а по престанку напада осећа се врло исцрпљено и често заспи.



Слика 11 : Grand mal или велики напад, преузето са http://www.epilepsyfoundation.org

2. Уз велике нападе, постоје и напади који се традиционално називају „мали напади", јер се манифестују мање драматично, али то са клиничког становишта не значи да су заиста мали. Такав тип напада испољава се изненадним прекидом активности коју дете у том тренутку изводи, краткотрајним загледавањем кроз неколико секунди уз трептање капцима, кратким трзајем раменима и забацивањем главе према напред. По престанку таквог напада дете наставља активност коју је претходно изводило и нема последичне исцрпљености, као код великог напада. Врло често се тај тип напада не уочи уколико се детету не гледа у лице.

3. Посебан тип напада представља напад који захвата само део тела и у току којег дете има очувану свест и могућ је с њим вербални контакт, али има трзаје руком и/или ногом једне стране тела. Такав напад може захватити и друге делове тела, одн. проширити се , па онда говоримо о великом нападу.

4. Напади који су праћени трзајима, кочењем или млохавошћу мишића су лако уочљиви и лако их је препознати. Али, постоје напади који су по симптомима знатно другачији и понекад налик уобичајеним и честим сиптомима који прате друге болести, као нпр. бол, осећај трњења екстремитета, лица, језика. Неке нападе карактерише бол у стомаку, повраћање и бледило. Некад су у питању промене свести у смислу сметености, страха, лутања, агресивности.

Различитост појединих типова епилептичних напада је разлог да их се не препознаје као епилептичке нападе, већ се сматра симптомима других болести или само променама у дететовом понашању.

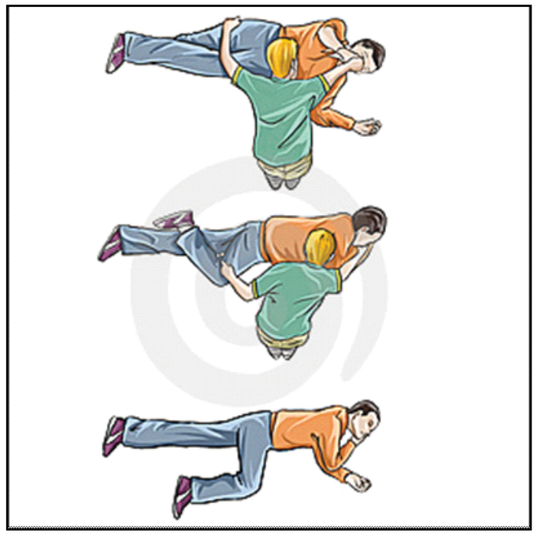
КАКО ПОМОЋИ ДЕТЕТУ ПРИ ПОЈАВИ ЕПИЛЕПТИЧНОГ НАПАДА?

При појави епилептичног напада важно је знати да у већини случајева напад престаје спонтано кроз време од 2-3 минуте. Уколико напад траје дуже од 5 минута потребно је применити специфичне мере помоћи и спречити појаву дуготрајног напада који се зове статус епилептикус, а који може узроковати додатно оштећење мозга и трајне неуролошке последице.

- Приликом епи напада најважније је спречити озлеђивање детета. То се најбоље може постићи тако да се под главу стави јастук, али ако то није могуће, под главу се може ставити и неки други мекани предмет, нпр. смотани део одеће.
- Никако се не сме дете држати и спречавати покрете детета, јер то може довести до повређивања детета, одн. не покушавати физичком силом спречити грчеве, јер то свакако неће довести до престанка напада, али може доћи до пуцања мишића и ломљења костију.
- Не покушавати подизање детета са пода за време напада. Чинећи то, можемо повредити и себе и њега.

Дете које има напад паметно је ставити у бочни положај (доња нога испружена, доња рука иза тела), јер се у том положају боље може одржати проходност дисајних путева него у положају на леђима.
У том положају мања је опасност да нешто од садржаја усне дупље (нпр. пљувачка) доспе до гркљана или дубље према плућима.

- Раскопчати одело или оковратник, ако је тесно.
  - За време напада, а и касније све док дете не буде потпуно свесно не давати ништа на уста.
  - На стављати ништа између дететових зуба, јер може доћи до ломљења зуба или оштећења усне. Наиме, у току напада долази до грча мускулатуре лица и уста се не могу насилно отворити без повређивања детета, а тада може доћи до озлеђивања прстију шаке особе која покушава отворити уста. Ако би се поломио зуб или неки чврст предмет који се покушава ставити у уста, поломљени делови могу да доспеју у дисајне путеве и да угуше особу која има напад.
  - Одржавати дете на боку све док не дође до потпуне свести.
  - Проверити тачно време почетка и завршетка напада
  - Уколико напад траје дуже од 5 минута примењује се лек Диазепам. Тај лек се детету даје путем дебелог црева, а дозу родитељи сигурно већ знају, а ако је дете корисник услуге „Предах", лек ће дати сестра по налогу лекара. Сигурно је најбоље звати Хитну помоћ и обавестити родитеље уколико је дете у дневном боравку или на било који начин поверено вама на бригу.
  - Дете које има мали напад не захтева примену оваквих облика помоћи, јер су напади кратки и спонтано престају, није потребна ни примена лека, само је неопходно надгледати дете.



Слика 12 : Постављање у бочни положај, преузето са http://www.ngoveza.org.rs/

ПОСТУПАК СА ДЕТЕТОМ НАКОН КОНВУЛЗИВНОГ НАПАДА

После напада детету не треба дозволити кретање, јер ће тада бити дезоријентисано и неодговорно за своје понашање у одређеном периоду.

После напада дете удобно сместити у кревет.

Уколико је напад дуго трајао детету обезбедити мир и тишину.

Ако дете разуме, уверавати га да је све у реду и да нема разлога да буде забринуто.

КАДА ЈЕ ХИТНО ПОТРЕБНО ПОТРАЖИТИ ЛЕКАРСКУ ПОМОЋ?

! Уколико је опоравак свести након напада изнимно спор.
! Уколико дете показује сметње при дисању.
! Уколико је током напада дошло до повређивања детета.
! Уколико напад траје дуже од 5 минута.
! Уколико се други напад јавио непосредно након што је први завршио.
! Уколико дете не долази к свести након што су престале конвулзије.

Слика 13 : Прва помоћ код епи напада, преузето са http://www.efepa.org

НА КРАЈУ - увек имајте на уму следеће чињенице:

1. НАПАДИ НЕ ТРАЈУ ДУГО
2. НАПАДИ СПОНТАНО ПРОЛАЗЕ
3. ВИ НЕ МОЖЕТЕ ЗАУСТАВИТИ НАПАД
4. ДЕЦА НЕ ОСЕЋАЈУ БОЛ ЗА ВРЕМЕ ТРАЈАЊА НАПАДА
5. ВЕЋИНА НАПАДА НЕ УГРОЖАВА ЖИВОТ ОСОБА СА ЕПИЛЕПСИЈОМ
6. НАПАДИ НИСУ ОПАСНИ ЗА ОСТАЛЕ ЉУДЕ

ЦЕРЕБРАЛНА ПАРАЛИЗА

Израз церебрална парализа (ЦП) обухвата групу врло различитих стања која су резултат оштећења мозга или недовољно развијеног мозга, до чега долази пре, за време или након порођаја до око три године старости. То значи да озледа делује на незрели мозак и тако утиче на нормалан процес развоја.

Оштећење мозга може настати деловањем вируса (рубеола), бактерија (сифилис),паразита (токсоплазмоза), употребом алкохола и лекова у трудноћи, због трауме мозга код порођаја, мале порођајне тежине, недостатка кисеоника на порођају, новорођеначке жутице, инструментално вођен порођај, итд. Није тачно да је већина случајева ЦП последица компликација при порођају, већ су то најчешће фактори пре порођаја. Узрок многих случајева ЦП остаје непознат. На сваких 2000 живорођене деце, 5 деце има церебралну парализу.

Повреда не оштећује дететове мишиће или нерве који их повезују са кичменом мождином, него способност мозга да контролише те мишиће, дакле то није болест зглобова, костију, мишића. Код ЦП се ради, о оштећењу мождане масе, а све што видимо на болесном детету је последица тог оштећења. Како ће се ово оштећење испољити зависи од тога колики је његов обим, као и о фази развоја детета у којој је дошло до оштећења. Због оштећења мозга развој детета заостаје или је потпуно заустављен.

Појам церебрална се односи на мозак, а парализа на поремећај покрета или положаја. Церебрална парализа <u>није болест</u> и не може се излечити. Зато су погрешне конструкције које често можете прочитати „дете оболело од церебралне парализе" и сл. <u>То је стање</u> које траје од рођења до смрти. Оштећење мозга које настаје на рођењу се не мења, али смањена способност или неспособност која настаје као последица тог оштећења може да постане све већа.

У нормалној ситуацији, мишићи тела делују тако да смо у стању одржати равнотежу у сваком тренутку. Контрола држања главе и способност да се пружају и употребљавају испружене руке су неки од најважнијих фактора људског развоја, како на физичком тако и на менталном подручју. Ово је темељ нормалних покрета против силе Земљине теже и за одржавање равнотеже.

Сазревање зависи од физичког, емоционалног и менталног одрастања и сваки застој у развитку, па макар био само у физичком развоју, има своје последице на личност као целину. Поремећај моторике је кочница за развој психе.

ЦП је поремећај организације покрета. Изражен је недовољан или потпун недостатак мождане контроле, непотпун развој коришћења руку и шака за подупирање, пружање руку за хватање и манипулацију. Недостаје равнотежа и контрола положаја код седења, стајања, хода. Дете је најчешће грчевито укочено. Уз одступања у моторици, деца имају сметње говора, вида, слуха, храњења, менталне заосталости, епилепсије.

Да дете има церебралну парализу може да се посумња ако не подиже главу, ако се не окреће, не показује интересовање за играчке или не може да је ухвати, не одржава седећи положај када већина деце то може, не реагује на околину – чак ни на мајку, млитаво је или у сталном грчу, цури му млеко из једног угла усана или тешко гута храну, преосетљиво је на спољне надражаје, има невољне или неусклађене покрете. Јављају се поремећаји биоритма спавање – будност, дете прекомерно плаче, сан му је испрекидан, тешко заспи, а буди се и на најмањи подражај. Има проблема са храњењем, загрцава се, повраћа, има надут трбух и ветрове због прекомерног гутања ваздуха. Неуролошки проблеми се испољавају као трзаји и извијање тела, забацивање главе и крутост (тзв.хипертонус) тела. Ако га подигнемо у седећи положај, глава му падне натраг или лабаво виси према напред. Кад лежи на леђима опет вуче главу назад. Руке и рамена не може повући напред.

Да закључимо: код церебралне парализе се не ради о оштећењу мишића, већ о оштећењу мозга који не може да контролише те мишиће.

Симптоми ЦП не настају одмах, развијају се с временом. У врло малих беба симптоми ЦП могу дуго времена да остану непримећени и обично се уоче тек око 6-8 месеци. Понекад је врло нејасна граница између јако неспретног детета и благог облика ЦП. Ради поремећаја напетости мишића и неправилног држања честа су ограничења покрета зглобова и различите деформације стопала или кичме.

Само у најтежим случајевима постоји потреба за 24 сатном туђом негом и бригом. С обзиром да не постоје два иста детета са ЦП, неопходан је индивидуални приступ сваком детету. Резултати третмана зависе од тежине оштећења мозга и од придружених сметњи, као и од времена кад је третман започет, да ли се спроводи континуирано, квалитетно и довољно интензивно.

Основа у терапији ЦП састоји се у одговарајућем мултидисциплинарном приступу. Предуслов за значајнији успех третмана је рано укључивање детета у третман. Могућности су веће што се раније почне. Никада није сувише рано започети рад са дететом са ЦП. То је упоран и сталан процес, често се скромним резултатима.

Циљ терапије је побољшати функционалне способности детета. Ако се ради о потпуно непокретном детету најважније је спречити компликације непокретности, одн. првенствено примењивати промену положаја тела. Покретање, седење, шетање побољшава циркулацију, а боља циркулација побољшава апетит, унапређује цревну и уринарну функцију, спречава трајне промене на зглобовима и поправља расположење детета.

ХРАЊЕЊЕ ДЕТЕТА СА ЦЕРЕБРАЛНОМ ПАРАЛИЗОМ

Главни проблеми настају због:
- Слабе контроле главе и трупа
- Недовољне равнотеже када дете седи
- Недовољне способности савијања кукова
- Проблема код приношења руку до уста

Основа квалитетног храњења је положај детета:
- Осигурати стабилност тела, карлице, подупирање горњих и доњих удова
- Важна је и контрола главе, глава не сме да буде забачена (опасност удисаја) нити згрбљена (може се озледити гризући кашику)

Положај онога који храни дете:
- Најбоље је седети насупрот детета у истој висини
- Понекад је лепше седети бочно од детета, у случајевима када је оштећење веће и потребно је фиксирати главу са стране

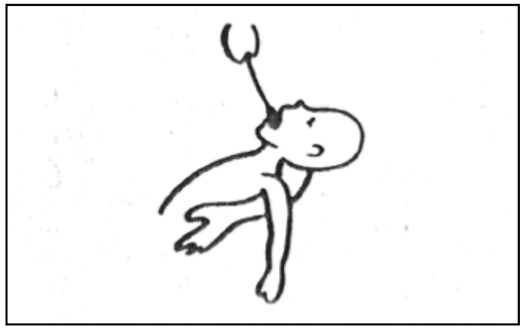
Помагала приликом храњења:
- Потребно је пазити да кашика није већа од угла доње вилице
- Код деце са наглашеним рефлексом грижења употребљавамо кашике и шољице од вештачких материјала
- Код мање деце почињемо са мекшим (пластичним) шољама

Поступак:
- Поштујемо дететов темпо
- Храну уносимо са стране, тиме подстичемо кретње језика и вилице
- Кашику уносимо равно, средином уста, те у устима притиснемо врх језика и причекамо док се уста сама не затворе, након тога пажљиво извадимо кашику
- Никада не отварамо уста кашиком преко горње усне или зуба
- У случају да храна истече из зуба, не бришемо дете кашиком или крпом, већ браду лагано осушимо
- Избегавамо јела која се лепе за непце – корица од пецива, кора од парадајза, растопљен сир

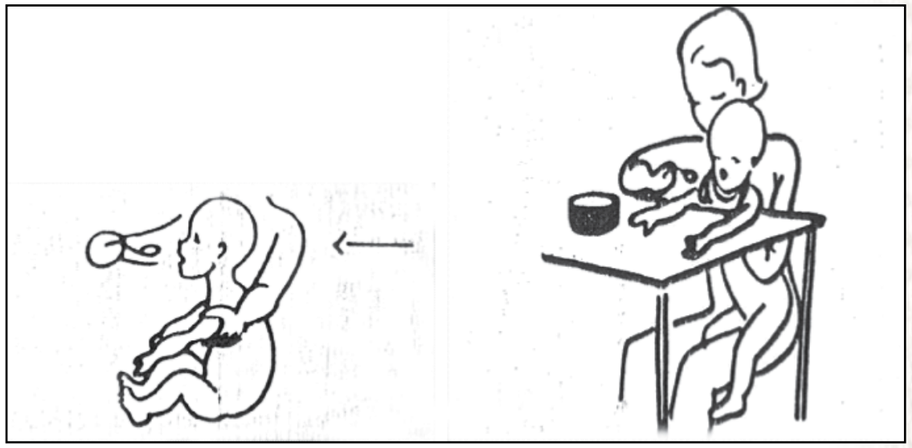
Ако се дете баца унатраг кад га ставите да седи, најбоље је да вам седи у крилу ослоњено на јастук који је стављен уза зид. Ви будите окренути према детету. Старије дете ставите у крило са раширеним ногама – јахаћи став.

„Храњење птице“:
ЈЕСТЕ ЛИ ВИ ИКАД ПОКУШАЛИ ДА ГУТАТЕ ИЛИ ЖВАЋЕТЕ СА ГЛАВОМ ЗАБАЧЕНОМ НАЗАД? ТО ЈЕ СКОРО НЕМОГУЋЕ!!! Ако се дете кљука храном, док су му руке, рамена и глава спуштени према натраг, биће му тешко да затвара уста и да гута. Немојте га нагнути превише према натраг, јер то личи храњењу малих птица.

Немојте својом руком подупирати главу детета отпозади, јер ће је оно још више гурати према натраг. Код детета са јаком потребом да савије главу према назад најбоље је да седнете за сто који је толико висок да дете држи руке напред и горе, седи нам у крилу са раздвојеним ногама, а рука нам је слободна да му придржавамо главу и вилицу.



Слика 15 : „храњење птице“



Слика 16 : положаји детета при храњењу

Слике преузете из: Finnie N. (1974.) : ”Postupak sa cerebralno paraliziranim detetom”, Savez društava defektologa Jugoslavije – Beograd, 1974., Sekcija stručnjaka za rad sa telesnim invalidima, Priručna biblioteka za roditelje, sveska 2

Нарочито је важна адекватна контрола целог тела детета, јер ће се у противном појачати грчење или нехотичне кретње и пре него што почнемо да га хранимо. Не треба дете хранити само са течношћу и кашама, већ му се мора давати получврста и чврста храна. Ваш задатак није да стимулишете дете да пређе на други начин исхране.
Обавезно пазити да кашика није већа од доње вилице.

ИСПРАВНО ПОСТУПАЊЕ СА ДЕТЕТОМ

Исправно поступање са дететом подразумева поступке које би требало да користе неговатељи здраве, а поготову неуроризичне деце, одн. деце са сметњама. Код здраве деце подстиче се нормалан развој, а код неуроризичне деце то је неопходна допуна терапијским поступцима.

Врло је важно да неговатељи знају да исправним подизањем, спуштањем, пресвлачењем, храњењем, играњем, мозгу стално шаљемо поруке о правилним положајима и кретњама, а уз свакодневни живот и разне активности у току дана дете несвесно вежба цели дан. Родитељима/неговатељима је свеједно како ће дете подигнути нпр. из лежећег положаја, али детету није! **Разлика између исправних и неисправних положаја је у малим, али важним детаљима.** Изрека типа: „Па и ја веома слично радим са дететом", има једну, али велику ману „слично" није „исто", и у томе је суштина проблема. Ево једноставног поређења – кад правите фин и компликован колач, тада се тачно придржавате рецепта, а не радите нешто слично рецепту (па зато и постоје књиге рецепата – зар не ?).

ПОДИЗАЊЕ

Слика 17 :Правилно подизање детета

Дете се не сме подизати из лежећег положаја тако да га подигнете као пакетић – подметнете руке испод његове главе и гузе и преносите га или, кад је старије, да га узмете испод пазуха и као лутку подигнете у ваздух.

Исправно је да га преко своје руке заротирате на страну, при том вам је рука положена између његових ножица и држи раме на које ћете окренути дете. Његову горњу, слободну ручицу, пребацујете преко своје руке, те, ако је потребно, придржите његову главицу и подигнете га. На тај начин смо испоштовали основна правила – ручице су биле испред тела и радили смо ротацију.

Неправилно подизање

Слика 18 : Неправилно подизање детета

СПУШТАЊЕ

Код спуштања се иде обрнутим редоследом од подизања: дете држите бочно на својој руци, прво га спустите бочно на његову гузу и кук, па га полагано спустите на подлогу. Кад самостално држи главу, подстичемо га да се ослони на ручицу.

Слика 19 : Правилно спуштање детета

ПРЕПОВИЈАЊЕ

Уобичајено је код мењања пелена и брисања дететове гузе дете узети за стопала и подигнути му ножице у вис, те обрисати гузу, извући прљаву пелену и ставити чисту.
Исправан начин је мало другачији јер се дете не држи за стопала него своју руку ставимо између дететових ножица и држимо његову натколеницу, док смо другу ножицу наслонили на своју руку. На тај начин веома једноставно можете обрисати гузу и променити пелену, а дете је опет у исправном, лагано скврченом положају.

Слика 20: Правилно преповијање детета

ХРАЊЕЊЕ

Храњење није само моторна активност, него се за време оброка дружимо са другим људима, па тако и са децом. Природно је да су родитељи/неговатељи веома заинтересовани за исхрану детета, али понекад у најбољој намери толико нуткају дете да једе, претерано му угађају или га присиљавају на јело, тако да детету није тешко да открије да јелом може уцењивати и контролисати своје одрасле. У сваком случају, треба знати да нека неуроризична деца имају органски условљене тешкоће жвакања и гутања, те треба бити врло опрезан при храњењу. Током храњења, било на мајчиним грудима или на флашицу, увек треба пазити да дететово тело буде лагано скврчено и нагнуто на мајчина/хранитељска прса, те да обе ручице буду испред бебиног тела, а не испод мајчиног пазуха (што је уобичајено) или да му висе са стране. Такође треба обратити пажњу на положај дететове главе која не сме бити забачена уназад, него лагано нагнута према напред.

Можда ће неговатељима помоћи неколико врло једноставних правила:

- Утврдити приближно време оброка, а у међувремену не нудити храну, млеко или сокове.
- Неговатељи/родитељи одређују врсту хране, а дете одређује колико ће појести.
- Не треба хранити на силу, него поштовати дететове знакове да му је доста.
- Трајање храњења треба бити временски ограничено – не седети сатима за столом или хранити током игре, при купању и сл.
- На дететова провоцирајућа и непримерена понашања не треба обраћати пажњу, мирно завршити оброк – дете не сме имати доживљај да нас контролише својим понашањем.
- Веома добро би било, ако постоји могућност, да дете једе заједно са одраслима за столом, јер оно учи из онога што види и доживљава.
- Добро би било кад би дете јело због глади, а не да оствари неке друге циљеве – награда или избегавање казне. Треба им допустити да се сами хране, ако могу, чак и ако то не чине јако добро и да сама одреде колико ће појести.

ОБУКА НЕГОВАТЕЉИЦА ЗА РАД СА ДЕЦОМ СА СМЕТЊАМА У РАЗВОЈУ

ПРАВИЛНО ХРАЊЕЊЕ

Слика 21: Правилно храњење детета

НЕПРАВИЛНО ХРАЊЕЊЕ

Слика 22: Неправилно храњење детета

ДРЖАЊЕ ДЕТЕТА

Док је дете јако мало, носимо га у наручју као да га желимо уљуљати, пазећи да су му обе ручице напред, а да је свеукупно лагано скврчено. Ако седимо, дететове ножице могу почивати на нашој лагано подигнутој нози. Тако осигуравамо довољан нагиб дететовог тела и исправну скврченост. У свом крилу можемо дете држати и у бочном положају и на трбуху. Дете доведемо у тај положај на исти начин као код подизања. У бочном положају опет морамо пазити да му је горња ножица лагано скврчена, а доња исправљена, док је наша рука између његових колена. Док, нпр. гледамо телевизију или се играмо са дететом, држимо га на леђима у свом крилу тако да лагано подигнемо своја колена, а његова је гуза наслоњена на наш труп, ножице су подигнуте у ваздух и наслоњене на наше груди и додирују се стопалима. Ставимо дететове руке на његов трбух, учимо га да се глади по ножицама, држимо га за ручице и певамо му или му дамо неку играчку да је држи у ручицама. Тај положај је веома смирујући за дете и можете се њиме користити сваки пут кад је беба нерасположена, цмиздрава или незаинтересована за сарадњу. Задовољство можете употпунити лаганим подизањем и спуштањем властитих ногу, јер ћете га на тај начин лагано љуљати. Овај положај има много предности - контакт очима мајке и детета, довођење удова у централну тачку, упознавање властитог тела и зато га треба често користити.

Слика 23: правилно држање детета

НОШЕЊЕ

Код мале деце ношење се састоји од држања и положаја за подригивање. Код старијег детета имамо још неколико варијанти. Можемо га држати окренутог од нас – као у кенгуру, при том нам је једна рука испод његове гузе - формира седалицу, а другом му држимо ручице испред тела тако да су му наслоњене на нашу руку.

Други је начин да га држимо у полуседећем (када је старије у седећем) положају, наслоњеног на наше тело, обухватимо га једном руком чији длан лежи испод његове гузе. При том му једну ногу савијемо више од друге. Можемо га носити и на свом боку тако да га зајаше и да су му обе ноге лагано скврчене, а да нас ручицама грли око врата (тако су му ручице опет испред тела).

Слика 24 : Правилно ношење детета

Слика 25: Неправилно ношење детета

РАНА СТИМУЛАЦИЈА

Рана стимулација подразумева стимулацију свих чула детета.
Извор највеће стимулације су родитељи, али и друге особе које се баве дететом. Њихови гласови – они могу шапутати, певати, смејати се и викати. Треба само употребити машту и користити је у игри са дететом. Ако детету не одговара нека активност, одговориће вам плачом или побуном, а ако му одговара, узвратиће вам најлепшим осмехом на свету.

Док бришете дете, лагано га трљајте и с временом појачавајте притисак трљања (ако му то смета, смањите јачину, па поново појачајте након неког времена). Можете мењати врсту материјала којом га трљате. Његова кожа јако воли уља и биће вам захвална на обилатом мазању. Свако мазање уљем искористите као лагану масажу кружним покретима свих дететових зглобова, а његове прстиће лагано масирајте и извлачите као да радите ваљушке. Све се то ради због стимулације његове коже, јер се може догодити да му (ако се не стимулише кожа) додир на кожи буде неугодан осећај, да после не жели ништа узети у руку, јер се ужасава додира нечег непознатог. Стављајте му у руке предмете од нпр. стиропора, тканине, вате, дрвета, нека опипа песак, шећер, лист, траву. Ако има затворену шаку, мазите му ручицу по надланици и шака ће се рефлексно отворити. Дајте му осећај кретања – љуљајте га у наручју, у носиљци, мењајте смерове (горе, доле, лево, десно), превртите га.

Треба радити на стимулацији свих пет чула. Понудите му и осећај топлине на кожи – топло, хладно, млако нпр. ставите му коцкицу леда у руку и то пропратите речима: „То је хладно, бррр". Ако има могућности, излажите дете различитим мирисима, нпр. мирисне свеће у соби, етерична уља. Шарене плахте, играчке живих боја, расвета собе различитим интензитетима светлости, звукови различите јачине, нпр.ТВ, радио. Певајте му песмице високим или дубоким гласом – тако ћете подстицати развој центара за слух и говор.

При том вам главни показатељ да ли сте претерали са стимулацијом треба бити дете – ако му је превише, смањите или количину или интензитет боје или обоје. Али никако не смете одустати од стимулације.

Када је дете мало старије или једе на кашичицу, стављајте му на језик мало хране различитог укуса - слано, слатко, горко и различите топлине, како би преко језика што више подстицали та подручја у мозгу.

Једно од веома важних подручја на које се не обраћа довољно пажње је *стимулација предела око дететових уста*. Масажа предела око уста подиже напетост мишића и смањује преосетљивост тога подручја, нарочито код деце која су, кад су била довољно стара да би требала жвакати, на најмањи комадић чврсте хране почела повраћати.
Вежбице су врло једноставне и могу се радити три пута на дан: прстима притискамо места око усана, као да тачкама оцртавамо обрис усана, чврстим додиром цртамо му бркове и браду те, ухвативши га прстима за образе кружним покретима подстичемо жвакање. Ако нема зубе, масирајте му десни и места где ће изаћи зубићи, тако му неће бити неугодан осећај нечег тврдог у устима. То се може радити прстима, али и дечијом четкицом. Те вежбице трају око пет минута. У игри га можете љубити – тако да се том приликом произведе звук.

Пуно ситних проблема може се решити кроз игру са дететом, јер овде не успева васпитање „са чврстом руком". Такав начин решавања проблема неће дати резултате, тиме нећете помоћи ни детету, ни родитељима. То нису пркосна, лења, незаинтересована деца. Њима треба помоћ у решавању проблема који су последица неуроризичности.
При нези детета нарочито је важно успоставити и одржавати контакт очима, певушити, тепати детету. Али морате водити рачуна и о томе да не претерујете у стимулацији. Мала деце се брзо уморе, зато немојте занемаривати дететове границе. Ако претерате, дете ће постати раздражљиво, немирно, незаинтерсовано или пасивно. Кад дете окрене главу од вас, то значи да му је доста подстицаја и да жели одмор.

Комуницирајте са дететом и при храњењу, купању, нези. Кад је дете будно, играјте се с њим. Имајте стрпљења и дајте детету потребно време да вам покаже шта треба и не ускачите прерано. *Зовите дете именом, без обзира на његове могућности разумевања и одговарања.*

НЕКИ ОД ПРОБЛЕМА У РАДУ СА НЕПОКРЕТНОМ ДЕЦОМ

Нега детета са одузетошћу доњих и горњих удова
Дете не може вољно да покреће доње удове, а мишићи су млитави и без напетости. Због мишићне неактивности неопходна је нега коже леђа, слабинске и седалне регије ради спречавања настанка рана од лежања. Дете не може да контролише столицу и урин, па невољно мокри и има столицу, што отежава одржавање личне хигијене и постеље у којој дете лежи.
Код детета које није у стању да покреће ни горње ни доње удове обавезно водити рачуна о томе да код њих не постоји осетљивост на механичке дражи. Зато, пажња, да се случајно рука или нога не углаве између решетки на кревету или да се не врши предуг притисак на један део тела, јер то може довести до рана од лежања – дете нема осећај да га нешто притиска.

НЕГА ОЈЕДЕНЕ КОЖЕ
Код детета које дуго остаје у влажним пеленама, које се облачи у пластичне гаћице и које се не запира пре сваког повоја јављаће се ојед. Он је последица неправилне неге детета. Некада се може јавити и код добро негованог детета ако је кожа изузетно осетљива.

Место на којем се ојед најчешће јавља је регија гениталија и чмара. Пелене које задржавају урин и столицу на том су месту највлажније. Он се може јавити и испод врата, нарочито ако дете поврати нешто млека, које се задржава у наборима коже врата. На месту оједа прво се јавља црвенило, а касније могу да се отворе и ранице на кожи. Дете је нервозно, плаче, јер оштећена кожа у контакту са урином или пеленом пече и боли. Оваква оштећења коже представљају увек и улазна врата за продор микроорганизама.

Пудер треба избегавати, јер затвара поре коже, а у прегибима ствара кристале који додатно оштећују кожу. Нарочито треба водити рачуна да се не користи код већ оједене коже, јер ће стање бити само још горе. Стављати заштитну крему код сваког превијања.

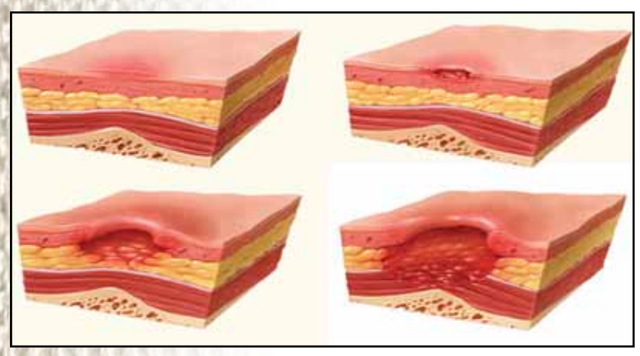
Нека дете, кад год може лежи на пелени са стражњицом изложеном ваздуху. Превенција оједа је добра и редовна нега коже. Купањем, редовним запирањем, пажљивим брисањем и редовним пресвлачењем пелена спречавају се ове појаве. Ако се користе вишекратне пелене – платнене – треба водити рачуна да буду добро испране од детерџента којим се перу. Код девојчица полне органе увек бришемо од напред према назад да бисмо избегли преношење бактерија из чмара у вагину.

РАНЕ ОД ЛЕЖАЊА ИЛИ ДЕКУБИТУС
Ране од лежања су проблем који годишње односи огромна финансијска средства, али далеко је значајнија патња коју трпе погођена деца. Превенција је, као и увек најјефтинији начин, али се на жалост не проводи у довољној мери. У неким земљама постоје болнички стандарди за спречавање декубитуса који подразумевају кориштење одговарајућег лежаја за непокретног болесника, затим адекватну негу коже и подстицање циркулације крви. У случају неге у кући посебно је важна едукација породице.

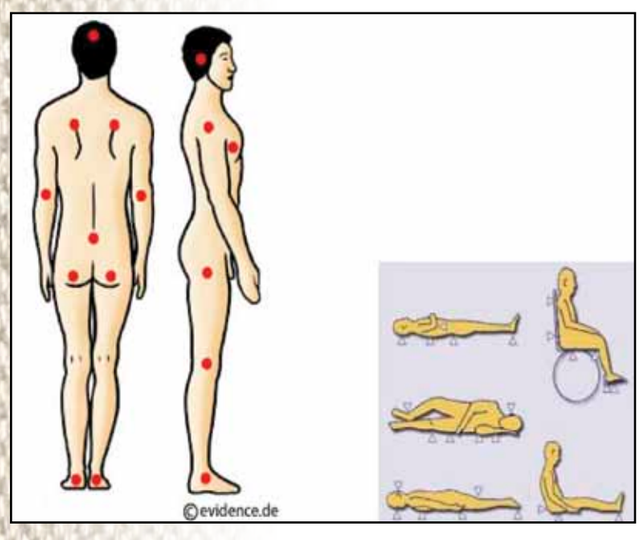
Како настају ране од лежања ?
Декубитус је оштећење ткива које настаје приликом дужег лежања, па га у народу називају ране од лежања или залежајне ране. До одумирања ткива долази због лошег протока крви у малим крвним судовима које ткивима доносе кисеоник и хранљиве материје. Недовољан проток крви настаје код непокретног тела услед притиска тела на тврду подлогу. Зато се декубитус развија прво на местима где кости упиру у мека ткива. То су често затиљак, лопатице, пете, лактови, зделичне кости, рамена, кукови, колена.

Декубитус може настати и код покретних особа на оном делу тела који је из неког разлога непокретан, нпр. код прелома. И неке болести које су праћене јако ослабљеном периферном циркулацијом могу бити праћене развојем декубитуса, нпр. шећерна болест.

Декубитус се врло брзо развија, некада за само 48 сати. Прво одумире површински део коже (кожа се зацрвени), затим захвата поткожно ткиво, па мишић и кост. Уколико се процес одумирања ткива не заустави, ширће се у дубину и ширину, озбиљно угрожавајући опште стање детета и његов живот. На одумрло ткиво се насељавају бактерије које доводе до инфекције. Ако бактерије продру у крв, настаје сепса – тровање крви, која неретко доводи до смрти.



Слика 26: Развој декубитуса по стадијумима, преузето са http://www.apotheken-umschau.de



Слика 27 :Критична места за настанак декубитуса, преузето са: http://patientenleitlinien.de и http://www.coloplast.ch

Мора постојати одговорност за настајање декубитуса. Постојање декубитуса је негативна оцена онима који се брину о детету, без обзира да ли се ради о болничком лечењу или пак о породици у којој је непокретно дете. У болницама врло често настаје декубитус и то у прва 2 - 3 дана лежања. Понекад је разлог томе неадекватан мадрац на којем деца леже, али има случајева и да су предузете све профилактичке мере па се декубитус ипак појави – вероватно се ради о лошем крвотоку због обољења крвних судова. Ипак, код највећег броја непокретне деце могу се спречити ране од лежања уколико се пре свега особе које раде око детета едукују о томе.

КАКО СПРЕЧИТИ ДЕКУБИТУС

Необично је важно знати да је декубитус муњевити нападач који, кад нападне, веома брзо продире у дубину и ширину ткива. Из искуства можемо саветовати следеће:

• Прво и најважније је осигурати лежај, тзв. антидекубитални мадрац који спречава притисак подлоге на кожу болесника (ово је у нашим условима реткост да неко има иако се може добити на рачун Фонда за здравствено осигурање, дакле не плаћа се уколико постоји медицинска индикација за то).

• Постељина и одећа детета морају бити од памучног материјала који се може прати на 95°. Можда је боље мењати постељину свака три дана како би прали са што мање детерџента и на нижој температури.

• Веома је важна промена положаја детета – са једног бока на други, с леђа на трбух и то на два, један или пола сата у току дана. Положај детета треба прилагодити дневним активностима. Приликом окретања детета треба поступати врло пажљиво, јер трење услед повлачења тела може оштетити кожу.

Хигијена и нега детета. Најбоље је свакодневно купати дете (немојте користити шампоне за туширање, бољи је благи квалитетан сапун, јер се боље испира с коже, а при том обавезно благо масирати места на којима најчешће настаје декубитус). После купања, посушити кожу, пустити десетак минута да се кожа осуши од невидљиве воде пре него што је намажемо. Хранљива уља су најбоља за мазање, јер се брже размазују, али за подручје стражњице најбоље је нанети у танком слоју неку хранљиву крему, нпр. крема са невеном или камилицом.

Исхрана – ради превенције декубитуса и повећања опште отпорности детету је неопходна калорична и витаминима богата исхрана. Исхрана богата протеинима помаже у превенцији оштећења, а најбоље би било кад би се детету могла приуштити храна коју радо једе.
Свако вече, детаљно прегледати кожу тела.

ШЕЋЕРНА БОЛЕСТ – Diabetes mellitus

Шећерна болест је поремећај који се карактерише повишеним нивоом шећера у крви због поремећеног излучивања инзулина.

Како препознати шећерну болест ?

- Дете више једе, а при том мршави, често мокри током ноћи и често пије воду. То су симптоми на које треба обратити пажњу и проверити да ли је све у реду.
- Чест је умор, слабост, замагљен вид.
- Свраб у пределу полних органа.
- Затвор.
- Инфекције коже.
- Симптоми који су типичнији за децу су болови у стомаку, главобоље, проблеми у понашању.
- Физичка активност снижава ниво шећера у крви. Стрес може подићи ниво шећера у крви.

Како се лечи шећерна болест ?

Циљ лечења је уклањање свих симптома болести, спречавање хитних стања, омогућавање нормалног раста и развоја и спречавање емоционалних поремећаја. У том циљу користе се инзулин, правилна исхрана, физичка активност, решавање стреса, свакодневна контрола шећера у крви и одређивање шећера у урину. Инзулинска терапија је основа у лечењу.

Хитна стања

Ако дете има шећерну болест, а деси се да унесе превелику дозу инзулина у организам, ако прескочи оброк, буде изложено претераној физичкој активности може доћи у стање звано **хипогликемија, одн. стање кад је ниво шећера у крви врло низак**. Дете постаје узнемирено, раздражљиво, има вртоглавицу, зноји се, осећа слабост, глад и мучнину. Може доћи до поремећаја свести – неуобичајене поспаности.

Снижена вредност шећера у крви може довести до несвести, неразговетног говора, а уколико је дуготрајна и до трајног оштећења мозга. Мала и предшколска деца чешће имају симптоме хипогликемије, него старија деца.

ХИТНО дати неколико коцкица шећера, мед, слатко, компот или дати му да попије нешто слатко. Ако је дете без свести одмах позвати хитну помоћ.

С друге стране, може доћи и **до превелике концентрације шећера у крви**. Тада су симптоми слични главним симптомима шећерне болести, али могу наступити нагло и жестоко. Ти симптоми могу бити: екстремна жеђ, сухоћа уста, замагљен вид, поспаност, учестало мокрење. Ако се не лечи, повећан ниво шећера у крви може довести до једног веома озбиљног стања (дијабетичка кетоацидоза), што на крају може узроковати несвестицу, па чак и смрт.

Када потражити хитну медицинску помоћ ?
Потражите хитну медицинску помоћ ако дете има дијабетес и при појави следећих симптома:
- Губитак апетита
- Мучнина или повраћање
- Висока температура
- Болови у трбуху
- Губитак свести
- Воћни мирис у издахнутом ваздуху - мирис сока од крушке или лака за нокте

Исхрана деце са шећерном болешћу
Не постоји посебна кухиња, већ је нужна прерасподела одређених намирница по количини и врсти. У принципу, исхрана деце оболеле од дијабетеса подразумева здрав и правилан начин исхране који би требало да примењују и здрави људи.

- Главна ограничења се односе на унос концентрованих шећера – шећер, мед, колачи од белог шећера, чоколаде, торте, разни кексови, газирани сокови и сокови од концентрата заслађени белим шећером.
- Поврће (броколи, лук, купус, шаргарепа, зелена салата, парадајз, краставци) је здраво и не утиче на ниво шећера у крви.
- Месо – пилетина и риба – набољи су избор.
- Сир са мање масти, обрана или полуобрана млека.
- Јаја, 2 - 3 недељно.
- Од воћа – избегавати грожђе, банане, суво воће због високог садржаја шећера, а од осталог воћа не узимати више од три комада дневно.
- Уопштено говорећи - барена и кувана храна је здравија од печене и пржене, јер има мањи садржај масноћа.
- Боље је јести мање, а чешће оброке у току дана, узимање ужина ће омогућити да дете не буде превише гладно до следећег оброка чиме ће се избећи прекомерно уношење хране.
- Унос хлеба и осталих скробних материја требало би ограничити, али хлеб не треба избацити из исхране као што то неки чине.
- Веома важан састојак исхране оболелих су тзв. дијетна влакна. Организам не може да разложи и свари дијетна влакна, па се они неразложени избацују путем столице. Дијетна влакна имају много корисних особина. При узимању хране која садржи дијетна влакна ствара се осећај ситости, стварају заштитни слој на цревима и успоравају апсорпцију шећера, масти и беланчевина, а бубрењем повећавају садржај у цревима чиме се побољшава пражњење црева.
- Физичка активност је обавезна и мора да буде прилагођена узрасту и могућностима детета. Не препоручују се већи напори, јер могу довести до већих осцилација шећера у крви, јер као што је већ речено, физичка активност снижава ниво шећера у крви .

ПРВА ПОМОЋ ЗА ДЕЦУ
ОСНОВНИ ВОДИЧ СА ЈЕДНОСТАВНИМ УПУТСТВИМА

КАДА ОДВЕСТИ ДЕТЕ ХИТНО КОД ЛЕКАРА?

Затреба ли детету изненадна помоћ, тешко је остати прибран и не паничити. Али, никакве помоћи од тога ако покажемо изгубљеност и несналажење. Најбоље ћемо овакву ситуацију избећи, ако научимо основе пружања прве помоћи.

Увек одведите дете хитно у болницу ако:
• изгуби свест
• не дише
• има потешкоћа при дисању
• је задобило дубоку рану или се у рани налази страно тело
• има повишену температуру, поспано је, има руманкаст осип по телу, осетљиво је на светло, има главобољу и укочен врат – знаци менингитиса
• ако је озледило главу
• ако сумњате да је поломило кост
• ако сумњате да је појело нешто отровно – лек, хемикалије, неки отрован плод

Све су ове ситуације врло озбиљне и захтевају пријем у болницу. Многе спадају у стања када треба позвати хитну помоћ, али добро је знати шта треба предузети док чекамо хитну помоћ, јер тако можемо детету спасити живот.
Болесно дете је увек извор стреса за родитеље, али свакако да и они који раде са децом могу понекад лоше да процене стање детета, да неке знакове занемаре, а нечему, пак, да дају превелики значај. Није сваком од нас лако знати шта треба предузети, али, шта год било, следите властити нагон. Ако сте забринути, зовите лекара ради савета. **Увек имајте код себе бројеве телефона хитне помоћи, дечијег диспензера, а посебно родитеља детета.** Уколико радите у установи социјалне заштите, медицинска сестра је та која ће ваша запажања да проследи даље.

ДЕТЕТУ ПРУЖИТЕ ПОМОЋ САМО ОНДА КАД СТЕ ПОТПУНО СИГУРНИ ДА ЗНАТЕ ШТА РАДИТЕ.
ЈЕДАН ОД ОСНОВНИХ ЗАКОНА У МЕДИЦИНИ ЈЕ *НЕ НАШКОДИТИ.*

КАДА ПОЗВАТИ ЛЕКАРА ИЛИ ОТИЋИ КОД ЛЕКАРА (ОВА СТАЊА НЕ ЗАХТЕВАЈУ ХИТНОСТ)?
Већина лекара неће замерити ако их назовете и питате за савет. Родитељи/неговатељи најбоље знају да ли је дете болесно или не, зато лекар који занемарује њихово мишљење, чини то на властиту одговорност. Увек водите рачуна о томе шта вам родитељи говоре, уколико остајете сами са дететом. Кад добро упознате дете са којим радите, ви сте ти који најбоље знају да ли код детета постоје промене здравственог стања. Можда је боље указати на неке знакове, чак и онда кад нисмо сигурни да представљају проблем – нека то одлучи лекар.

Уколико се појаве следећи знакови код детета, саветујте родитеље да оду код лекара или га питају за савет, ако је дете вама поверено на бригу, онда то учините ви:
- **Дете има температуру преко 39 °C**
- **Ако је телесна температура нижа од 35 °C и прате је хладна кожа, поспаност, мирноћа**
- **Ако дете повраћа више пута у току дана**
- **Ако дете изненада одбија храну**
- **Ако се дете жали на вртоглавицу**

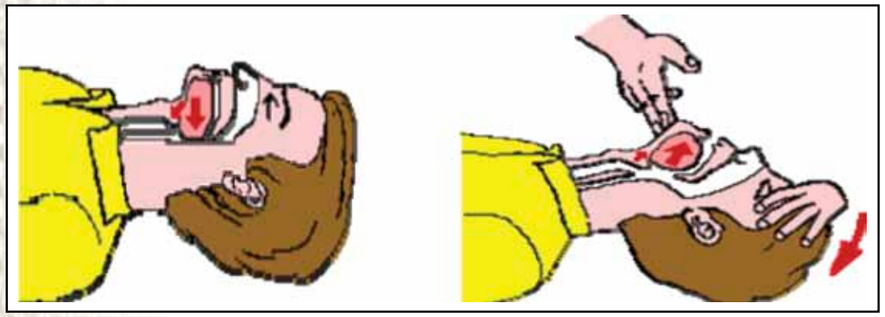
АБЕЦЕДА ОЖИВЉАВАЊА
Ако је дете изгубило свест и престало дисати, постоји опасност од оштећења мозга или застоја рада срца. Оживљавање је нужно – треба довести кисеоник у дететова плућа и омогућити срцу да куца. Треба брзо проценити дететово стање како бисмо знали шта учинити. Лак начин да запамтите шта треба радити је тзв. абецеда оживљавања.

КАКО ПРЕПОЗНАТИ ЗАСТОЈ ДИСАЊА И СРЦА
Престанак дисања и срчаног рада не мора значити дефинитивну смрт. Такве особе можемо у неким случајевима повратити у живот поступком оживљавања. Оживљавање или реанимација подразумева вештачко дисање и масажу срца. Престанком дисања и срчаног рада организам остаје без кисеоника што доводи до одумирања можданих ћелија. Мождане ћелије одумиру прве, већ за неколико минута. Само тада има смисла покушати оживљавање. Изумирање можданих ћелија је неповратан процес. Оживљена особа код које је већ дошло до одумирања можданих ћелија, имаће блаже или теже знакове оштећења мозга. Временски период који протекне од престанка дисања или срчаног рада до одумирања можданих ћелија је варијабилан. Најчешће износи 3-5 минута.

Како проверити стање свести?
Најлакше је дете голицати по табану и звати га по имену. Ако је заспало – пробудиће се. Ако нема одговора – дете је без свести.

НИКАДА НЕМОЈТЕ ТРЕСТИ ДЕТЕ ДА БИСТЕ ДОБИЛИ ОДГОВОР. Сви даљи поступци морају се спроводити брзо и без одлагања. Наравно, то је посао запослених у хитној помоћи или медицинских сестара и лекара у установи социјалне заштите, али до доласка хитне помоћи ви можете поставити дете у положај у којем ће му бити бар отворен дисајни пут.

Важно је да дисајни пут буде отворен пре него што проверимо дисање, јер ако је дете у несвести, језик ће пасти према душнику и спречити доток ваздуха у плућа.
Ставите једну руку на дететово чело и нежно помакните главу уназад. Погледајте у уста. Видите ли какво страно тело, уклоните га палцем и кажипрстом.
Подигните му браду једним прстом друге руке како бисте дисајни пут држали отвореним. Уста морају бити отворена. Овим поступком корен језика се одмиче од задњег зида ждрела чиме се осигурава проходност задњег дела дисајног пута.



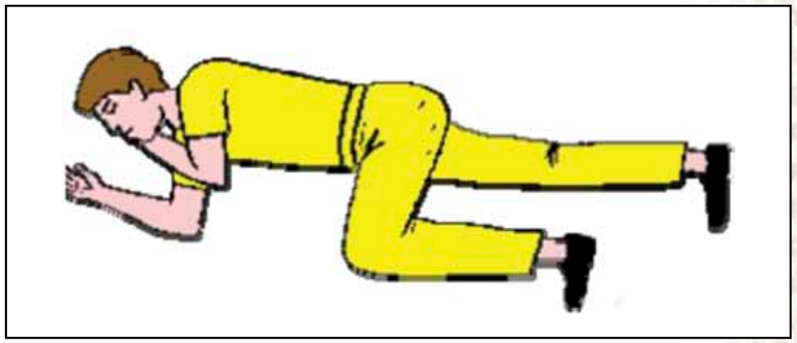
Слика 28 : отварање дисајних путева

Како проверити да ли дете дише?
Да бисте проверили постоји ли спонтано дисање примакните ухо близу дететовог лица држећи му главу забаченом и погледајте му груди. Погледајте мичу ли се, послушајте чује ли се дисање и осећате ли дах на свом образу.
Ако су присутни сигурни знакови дисања, држите бебу у наручју са главом положеном наниже од другог дела тела како би дисајни пут био отворен. Ако се ради о већем детету ставите га у бочни положај и повремено проверавајте дисање. Нека неко позове хитну помоћ или ви отиђите до телефона и позовите је сами.

Како проверити рад срца?
Ако му не можете осетити пулс, односно ако не чујете откуцаје срца, то значи да му се срце зауставило. Настојите да приметите било који покрет код детета, промене боје лица, гутање, кашљање – то су знакови крвотока.

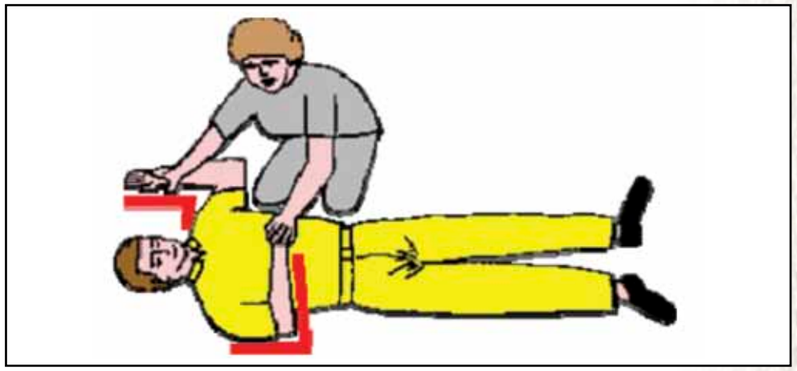
БОЧНИ ПОЛОЖАЈ

У стању дубоке несвести, за разлику од сна, сви телесни мишићи омлитаве. Ако онесвешћено дете лежи на леђима, долази до спуштања доње вилице и језика који може затворити дисајни пут. Могуће је гушење и властитим повраћеним садржајем. Стога онесвешћени мора лежати на боку, подупрт једном руком и ногом, са главом забаченом уназад. Тиме се осигурава проходност дисајног пута, јер се језик одмиче од задњег дела ждрела и омогућава се истицање крви или повраћеног садржаја из уста.

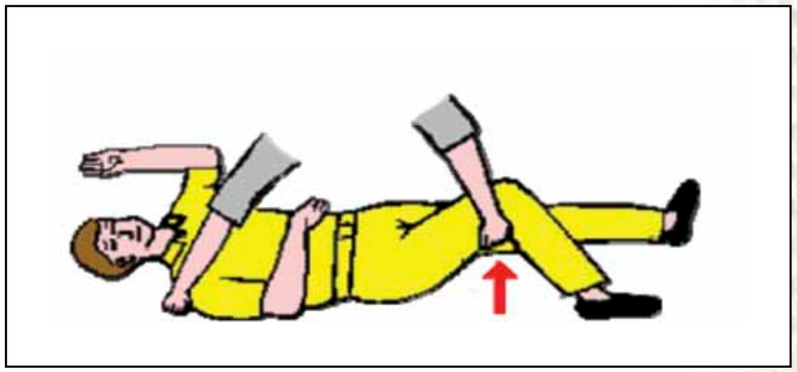


Слика 29 : бочни положај

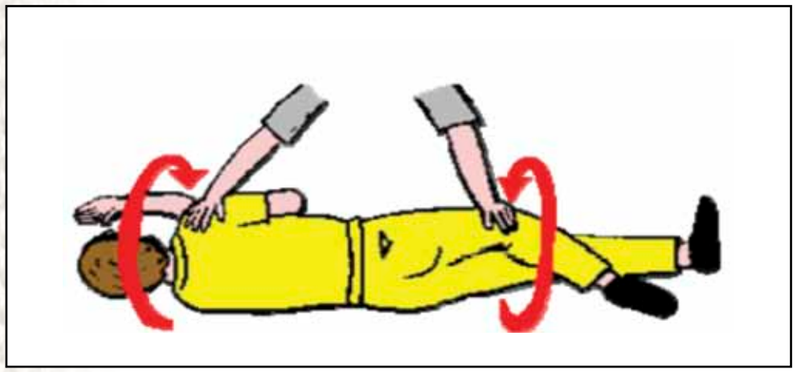
Поступак окретања на бок
1. руке онесвешћеног ставити у положај као на слици



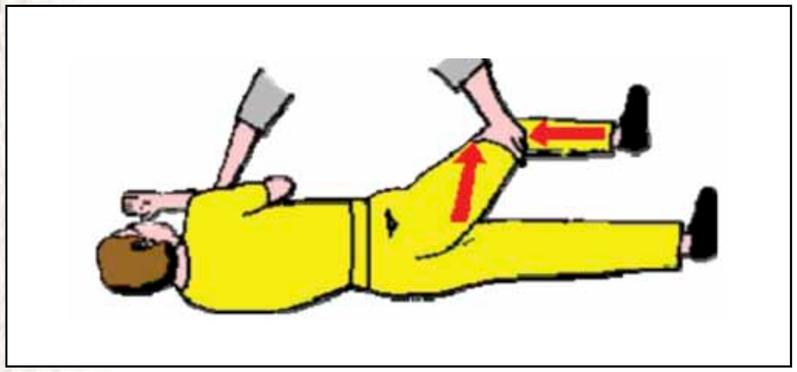
2. колено на супротној страни подигните тако да стопало буде испружено на подлози



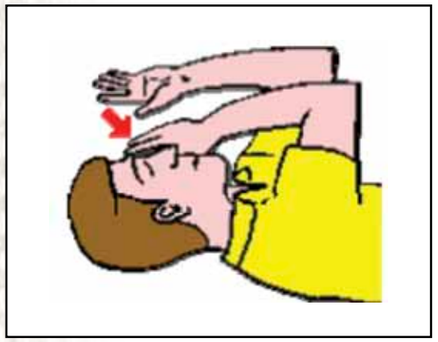
3. окрените онесвешћеног тако да га повучете за раме и за бок или натколеницу



4. горњу ногу повуците према напред



5. горњу руку ставите испод образа да придржава главу у забаченом положају



Слика 30 : постављање у бочни положај

Слике 28,29,30 преузете са http://www.scribd.com/doc/71589399/Principi-Prve-Pomoci

ГУШЕЊЕ СТРАНИМ ТЕЛОМ

До гушења страним телом долази када предмет или комадић хране запне у душнику, изазивајући напад кашља. Важно је брзо извадити страно тело како би дете могло опет да дише нормално. Гушење страним телом код деце није тако ретко, јер они све што дохвате стављају у уста. Детету може бити тешко да прогута суву мрвичасту храну, па је зато избегавајте.

Зачепљење душника и душница удахнутим страним садржајем доводи до њиховог потпуног или делимичног затварања, што се манифестује наглим престанком дисања или отежаним дисањем, код делимичне затворености дисајних путева. Удахнуто страно тело може бити у чврстом (играчке, зрневље, земља, песак), кашастом стању (муљ, блато, желудачни садржај) и полутечном или течном стању (крв).

При делимичној пролазности чује се храпаво дисање, отежано се узима ваздух, постоји надражајни кашаљ, глас је изобличен. При потпуној непролазности дете не дише, не кашље, не може да говори. Ако може, трчи у паничном страху, прво побледи па поплави. Због мањка кисеоника у мозгу, за пола минута губи свест, потом престаје рад срца и смрт наступи за 4-7 минута.

ПРУЖАЊЕ ПРВЕ ПОМОЋИ БЕБИ

1. Окрените главу бебе надоле дуж ваше руке. Своју другу руку јој ставите на главу и рамена. Пет пута је оштро ударите по горњем делу леђа.(слика 31)

Слика 31, преузето са http://www.forum-opp.com/

Ако ударци по леђима не помогну, ставите два прста на доњу половину грудне кости, између брадавица и пет пута оштро притисните на сваке три секунде. (слика 32)
Овај начин изазива вештачко кашљање.
Поново проверите уста.

Слика 32, преузето из Поповић Д. [ет ал.] (2001.) : "Незгоде се дешавају : шта урадити када се десе и како их спречити : приручник за родитеље и оне који воде рачуна о деци", УНИЦЕФ, Београд

Окренути је лицем нагоре дуж своје друге руке.
Погледајте јој у уста и извадите било коју очигледну препреку једним прстом.
Немојте наслепо да опипавате грло бебе.
Ако се препрека не уклони поновите све још три пута.
Пре свега позовите хитну помоћ.

ПРУЖАЊЕ ПОМОЋИ ВЕЋЕМ ДЕТЕТУ

Дете ће бити можда у прилици да само искашље предмет. Подстакните га да то уради, али немојте трећити време. Пет пута га оштро ударите између лопатица на раменима.
Проверите му уста. Ставите свој прст на језик да бисте јасније видели. Извадите било који предмет који можете да видите.

Ако ударци по леђима не помогну, станите иза детета, дете нека стоји, а главу нагне ниже од свог грудног коша. Ставите песницу на средњи део горњег трбуха испод ребара, одн. између пупка и удубљења испод грудне кости. Не сме се притискати коштани врх грудне кости, јер се може повредити јетра, желудац, слезина. Другу руку ставите преко ње. Пет пута горњом руком гурните према горе. Тако се изврши притисак на грудни кош, избаци се ваздух и ослободе дисајни путеви. Снагу притиска пролагодити конституцији детета које се гуши. Никада не притискајте стомак. Проверите уста.

Слика 33 : Хајмлихов захват,преузето са http://www.mojezdravlje.ba

Ако је дете без свести, ставите га у лежећи положај. Окрените на бок и пет пута га ударите по леђима између лопатица. Проверите да ли је страно тело већ изашло у уста и прстом га извадите.

Дете окрените на леђа и урадите следеће: клекните преко дететових кукова, ставите једну руку на другу у горњем делу стомака између пупка и удубљења испод грудне кости, а затим неколико пута притисните према грудном кошу. Наставите с тим покушајима до успешног одстрањивања предмета или до доласка хитне помоћи.

ОДМАХ ПОЗОВИТЕ ХИТНУ ПОМОЋ АКО ДЕТЕ :

1. ОСТАНЕ БЕЗ СВЕСТИ
2. ПРЕСТАНЕ ДА ДИШЕ, МАКАР САМО НА НЕКОЛИКО СЕКУНДИ
3. ПОКАЗУЈЕ БИЛО КАКВЕ СИМПТОМЕ КОЈИ ВАС ЗАБРИЊАВАЈУ
4. НИКАДА НЕ ПОКУШАВАЈТЕ ПРСТИМА ДА ИЗВУЧЕТЕ ПРЕДМЕТ ИЗ ДЕТЕТОВИХ УСТА

СТРАНО ТЕЛО У ОКУ

Слика 34 : страно тело у оку,преузето са http://www.dzzabalj.rs

Ако видите да се нешто помиче на оку – беоњачи, можете покушати то уклонити. Ако је страно тело укопано или прилепљено у очној јабучици – не дирајте га, одведите дете у болницу.
Дакле, прво погледајте миче ли се страно тело или је укопано. Поставите дете да седи окренуто према светлу и нека гледа горе, доле, лево, десно док не прегледате читаво око. Ако дете не успоставља контакт, онда ћете палцем и кажипрстом – чистих руку – да сами прегледате око без активне сарадње детета.
Уочите ли предмет покушајте га испрати. Ако дете плаче, сузе ће га саме избацити. Нагните дететову главу уназад и испирајте око чистом водом.
Ако тако не успете, узмите чисту марамицу или штапић за уши и пробајте да извадите страно тело.
Ако се предмет налази испод капка, најпре умотајте дете у пешкир како бисте обуздали његове покрете, а затим пажљиво повуците горњи капак преко доњег како бисте очистили све што је испод њега.
Ако не можете уклонити страно тело, покријте око чистом газом и одведите дете код лекара.
Хемикалије у очима – спречите дете да трља око, исперите око течном водом да се хемикалија разреди, покријте га стерилном газом, дете одведите лекару, понесите хемикалију.

Стављање капи у очи
Тачан број капи и да ли их треба дати у лево, десно или у оба ока одређује лекар. Пре било какве интервенције треба добро опрати руке. Дете ставити на леђа. У једну руку узети парче вате, а у другу капи. Доњи капак повући надоле, а ако дете разуме, кажете му да гледа нагоре, нпр. у вашу косу. Кад повучемо капак надоле, одређени број капи сипамо у тај простор који видимо кад смо повукли капак. Потом, полако затворити око да би се течност равномерно распоредила испод капака. Дете треба да лежи мирно неколико минута.

СТРАНО ТЕЛО У НОСУ

У амбуланте често долазе деца која су нешто угурала у нос или ухо. То могу бити различити предмети – дугме, зрно пасуља, кликер, делови играчака, папирић, итд. Можда нећемо одмах приметити страно тело у носу, али за 2-3 дана може да се појави крварење из носа или крвави исцедак неугодног мириса.
Ако је страно тело глатко – дугме, зрно пасуља, кликер – дете одведите лекару који ће посебним инструментом извадити страно тело.

НИКАДА НЕ СМЕТЕ САМИ ПОКУШАВАТИ ИЗВАДИТИ СТРАНО ТЕЛО ИЗ НОСА, ЈЕР ОНО МОЖЕ СКЛИЗНУТИ У ДУШНИК И ДОВЕСТИ ДО ГУШЕЊА.
Ако је дете гурнуло папирић у нос, можете га одстранити пинцетом, ако није отишао предубоко.

Стављање капљица у нос
Капљице за нос употребљавају се код деце са инфекцијом и запаљењем носне дупље да би се смањио оток слузница и претерана секреција. Најчешће се дају непосредно пре храњења да би се отворио нос, јер детету је врло тешко да једе, ако истовремено мора да дише на уста. Ове капи немају ефекта ако само прођу кроз носни канал и доспеју у ждрело. Најбоље је поставити дететову главу испод нивоа тела и држати је тако да капи својом тежином пођу надоле и покрију потребне површине. Пре тога дете треба да издува нос, ако зна. А ако не зна, водити рачуна да

дете не удахне секрет из носа. Зато испод рамена ставимо јастук и забацимо му главу прво на једну, а затим на другу страну. Треба се трудити да капаљком не дотакнемо ноздрве – оперите је пре следеће употребе.

Много је лакше постићи ефекат уколико се користе спрејеви за нос.

КРВАРЕЊЕ ИЗ НОСА
Крварење из носа се догађа због пуцања крвних жилица у носу. Може га узроковати издувавање садржаја из носа, кихање, гурање прста или страног тела у нос. Овакво крварење није забрињавајуће, но ако је честа појава и ако га је тешко зауставити, треба се обратити лекару. Понекад узрок крварења није познат – вероватно деца која су склона крварењу имају слабе крвне судове у носу.

Поставите дете тако да седи са главом према напред изнад умиваоника и реците му да дише на уста уколико постоји могућност комуникације. У сваком случају, чврсто стискајте обе ноздрве неких десетак минута. Нека дете испљуне крв из уста, а ако крварење није престало стискајте ноздрве још десет минута.

Кад крварење престане нежно очистите дететов нос ватом и топлом водом. Следећа три сата га спречите да дира нос или да га испухује, јер би се крварење могло поновити.
Ако крварење траје дуже од тридесет минута или ако је дете добило ударац у главу, а из носа му цури водени исцедак, позовите хитну помоћ или идите у најближу амбуланту.

СТРАНО ТЕЛО У УХУ
Деца често из радозналости гурају у уши различите ситне предмете попут куглица. Предмет који заостане у уху треба уклонити, јер може изазвати упалу уха или оштетити бубну опну.

Ако се у дететовом уху налази тврд предмет, не покушавајте га извадити, чак иако га јасно видите. Одведите дете у болницу где ће бити уклоњен на сигуран начин. Никада не вадите предмет сами јер можете оштетити бубну опну детета.

Ако детету инсект улети у ухо, поставите дете тако да то ухо буде окренуто према горе. Пажљиво у ухо уливајте топлу воду. Инсект би требао изаћи напоље. Ако не можете да извадите бубу, одведите дете лекару. Утешите га речима или додиром, загрљајем и реците да ће буба свакако сама изаћи.
Страна тела у уху не представљају никакву опасност све док не почне нестручна манипулација.

Чишћење ушију
Хигијена ушију се мора спроводити веома пажљиво, јер су осетљиве и постоји опасност да ухо буде оштећено. Чисти се само ушна шкољка и део ушног канала, али се иде дубоко колико у ухо може да уђе прст умотан у пешкир. Штапићи за уши би требало да се користе само приликом чишћења спољашњег дела уха. Ушна маст сама излази из уха, а коришћењем штапића само је гурамо дубље у ухо.

Стављање капи у ухо
Капи за уши се користе за лечење упале, за размекшавање ушне масти, за локалну анестезију. Пре било каквог поступка око детета оперите руке. Загрејте капи да не би дошло до вртоглавице, бола, мучнине. Нека дете лежи на боку. Прво погледајте да ли се нешто цеди из ушног канала, па то очистите чистом папирном марамицом, јер ће присуство садржаја који се цеди умањити ефикасност лека. Лек укапавајте тако да клизи по страни ушног канала, а не директно на бубну опну. Нека дете остане да лежи на боку 5-10 минута да би се лек спустио у ушни канал. Не гурајте вату у ухо ако има секрета, јер ће то спречити цурење из уха и повећати притисак на бубну опну.

ОПЕКОТИНЕ

Опекотине су повреде настале деловањем високе температуре, хемијских материја и зрачењем. Најбезазленије су опекотине узроковане додиром са врућом течношћу или додиривањем вруће површине. Дубље опекотине су озбиљне и узрокују настајање мехурића испуњених течношћу. Најозбиљније су дубоке опекотине када су захваћени сви слојеви коже, а могу бити најмање болне јер су често захваћени и живци. Ако је опекотину узроковала ватра, дим и врућина могу оштетити дететова плућа и дисајне органе. Дете са опекотинама увек треба одвести у болницу на преглед. Деца теже подносе опекотине од одраслих.

Што је опечено подручје веће, већа је и опасност од настајања шока због губитка телесних текућина. Имајте на уму да нежну дечију кожу може опећи чак и врућа вода за купање, зато увек проверите температуру пре купања детета. Увек прво пустите хладну воду, а затим топлу.

Одмах охладите захваћено подручје – хладите под текућом хладном водом барем 10 минута. Вода мора бити хладна, али не ледена. Дете не смете хладити у кади са ледом или на сличне начине, јер то може довести до расхлађивања детета.

Опекотину прекријте стерилном газом (не, ако је на лицу). Газа нека стоји врло лабаво, детету дајте да пије воду.

Не додирујте опекотину. Не одстрањујте ништа што се залепило на опекотину. Не смете пробуштити мехуриће. На опекотине не стављајте лосион, креме, уље и не прекривајте фластерима.

Не стављајте никакве „домаће" лекове, као што су уље, путер, паста за зубе и сл. јер спречавају расхлађивање коже.

Уколико је реч о опекотини неком базом или киселином, опечено место треба испирати водом бар 15 минута.

Место опечено базом се покрива газом натопљеном у разблажен, скроз слаб раствор сирћета. Ако је опекотина од киселине, газу намочите у раствор соде бикарбоне (кафена кашичица растворена у чаши воде).

РАНЕ И МОДРИЦЕ

Посекотине и огреботине ретко су озбиљне повреде и њих можемо излечити сами код куће, осим ако се ране не инфицирају. Површинске ране захтевају само чишћење и превијање. Неуредне и дубље посекотине треба зашити. Ако је рана дубока и прљава постоји опасност од уласка веома опасних микроорганизама у рану, јер рана представља улазно место за инфекцију.

Рана се не додирује рукама. Може се очистити чистом водом и сапуном, иако би било најбоље користити неки дезинфицијенс, као што је повидон јод или октанисепт, користећи стерилну газу или чисту марамицу. Ако не можете уклонити сву прљавштину из ране, а и ако постоје страна тела у рани одведите дете у амбуланту. Ако се ради о лакшим огреботинама, посекотинама, можете ставити на рану фластер – довољно велик да покрије и околину ране.

Повреде меких ткива, зглобова, костију, као уганућа, ишчашења и преломи захтевају имобилизацију повређеног дела доступним средством – комад дрвета, картон и фиксацију завојем. Тако се, до одласка код лекара, умањује могућност померања повређеног дела, а тиме и болност, као и накнадна оштећења ткива.

МОДРИЦЕ
Деца која су још несигурна на ногама, али и старији често имају модрице од удараца и падова. То су ретко озбиљне повреде, али добро је уклонити и смањити бол одмарањем, хлађењем и подизањем повређеног дела тела. Да бисмо смањили оток непосредно након ударца – сви то знамо –можемо се послужити неком кесицом са поврћем из замрзивача, али је претходно умотајте у крпу. Може то бити и пластична кесица напуњена ледом. Опет не стављајте директно на кожу, већ умотајте у пешкир.

УГРИЗИ И УБОДИ

Већина животињских угриза је узрокована дететовим гласним задиркивањем љубимаца, иако, у врло ретким случајевима, животиња може напасти дете без разлога. Увек добро пазите на дете кад се налази у близини мачке, пса или било којег другог љубимца. Не остављајте никад дете само да спава напољу у колицима, незаштићено од убода инсеката.

Угриз животиње може бити веома трауматичан за дете. Ако је угриз или огреботина дубока, у рану могу доспети бактерије из зуба или канџи животиње, што може довести до инфекције. Ако је дете угризла животиња на селу, где постоји опасност од беснила или ако не знате о којој се животињи ради - да ли је вакцинисана - обавезно одведите дете лекару.

Ако је угриз површински, рану исперите водом и сапуном, очистите дезинфекционим средством и то радите барем пет минута како бисте испрали сву слину, крв или прљавштину. Нежно и оп-

резно осушите рану, покријте газом и отиђите код лекара. Вероватно да не постоји опасност од инфекције бацилом тетануса, јер је код нас обавезна вакцинација.

Убоди оса и пчела су болни, али нису посебно озбиљни, осим ако дете нема јаку алергијску реакцију. Убод изгледа као уздигнуто бело подручје на црвеном делу коже. Настојте да смирите дете, јер ће се тако смањити ширење отрова. Ако је жалац још у кожи извадите га. Не гњечите и не притискајте кожу, јер тако можете утиснути више отрова у кожу. Ставите хладан облог на место убода да бисте спречили отицање и бол. Држите га 10 минута. Ако дете има јаку алергијску реакцију на убод, одмах позовите хитну помоћ.

КАКО САЧУВАТИ ДЕЦУ ОД НЕЗГОДА

Сва деца су склона незгодама зато што њихова знатижеља знатно надмашује њихов разум и опрез.

Безбедност у кухињи ћете обезбедити ако:
-држите сва средства за чишћење и канту за отпатке у ормарићу са сигурносном ручком,
-пластичне кесе и фолију држите изван дететовог дохвата,
-гурните вруће напитке увек према задњем делу кухињских површина,
-држите оштре кухињске предмете у ладици коју дете не може да дохвати или отвори,
-не стављајте столњак, јер дете може да га повуче и на себе истресе врућу храну или пиће,
-на штедњаку - нека ручке од шерпи буду увек окренуте према зиду, служите се радије задњим, него предњим ринглама.

Безбедност у купатилу ћете обезбедити ако:
-никад не остављате дете само у кади, чак ни на тренутак,
-ставите на дно каде гумени подметач који спречава клизање,
-наместите температуру воде у бојлеру на 55°и у дечију каду увек прво пустите хладну воду,
-проверите температуру воде пре него што ставите дете у каду и никад не досипате врелу воду док је дете у кади,
-ставите бритве и козметику изван дететовог домашаја,
-држите течна средства за чишћење и четку за WC у ормарићу који дете не може да отвори.

Безбедност у спаваћој соби ћете обезбедити ако:
-не причвршћујете играчке за кревет узицама, може узицу омотати око врата,
-велике јастуке и играчке држите изван кревета, могу му послужити као ослонац да се испење из кревета,
-држите дечије играчке на најнижој полици да се дете не мора пењати до њих
И још...
-немојте јести или пити нешто вруће или пушити док носите дете,
-никада не остављајте дете са подбоченом флашицом тако да му стоји у устима – може се угушити,
-замените оштећене гајтане, напукле утичнице, прекидаче,
-склоните ван домашаја деце грејалице, пећи или око њих поставите заштиту,
-немојте на поду држати отров за мишеве или мраве,
-не сме постојати могућност да се дете само закључа у некој просторији,
-браве на спољним вратима морају бити постављене довољно високо,
-обезбедите прозоре тако да их деца не могу отворити, одмакните све од прозора на што би се дете могло попети.

ПОВИШЕНА ТЕМПЕРАТУРА
Повишена телесна температура може настати као последица болести, најчешће заразне. То је знак да се тело бори против болести. Висина температуре не мора се подударати са тежином болести. Деца су склонија високим температурама, али их и боље подносе. Телесна температура код деце се може мерити под пазухом, на челу и у дебелом цреву.

ИЗБОР ТОПЛОМЕРА
Топломер са живом-који се све мање користи
Дигитални топломер
Трака за очитавање температуре

Мерење температуре под пазухом
Дете треба ставити у лежећи положај, скинути му одећу са стране где ће се мерити температура. Пазушну јаму не треба прати, већ је треба осушити пешкиром благим тапкањем, не трљањем.

Врх топломера треба ставити дубоко у пазушну јаму, тако да врх топломера буде окренут према глави детета, а надлактицу приљубити уз тело, савити преко груди да може да држи своје супротно раме. Мерење траје десетак минута. По завршетку мерења, опрати и обрисати топломер.

Мерење температуре у цреву
Дете окренути на страну, ако је могуће. Односно, положај детета прилагодити узрасту и стању детета. За бебу је најбољи леђни положај. Са мало вате намазати врх топломера кремом или неким беби уљем. Ноге детета подићи и савити у коленима и куку према трбуху, тако да улаз у дебело црево буде јасно видљив. Топломер треба увести око 0,5 - 1 цм у црево. Мерење траје око 5 минута. Извадити топломер, опрати га и обрисати. Неки сматрају да је ово најпоузданији начин мерења температуре код деце, али само код мале деце иако је ова метода веома прихватљива и код непокретне деце којој тешко можемо наместити топломер испод пазуха. У цреву је температура за 0,4 – 0,8 °С виша него под пазухом.
Водити рачуна да се топломер не убацује превише дубоко у црево, јер то може да изазове столицу код детета, а посебно водити рачуна о томе да се дете не покреће превише да не би поломило топломер или да се не повреди слузница чмара.
Уколико користите живин топломер, обавезно га пре употребе отресите до резервоара.
Нормална телесна температура код исте особе варира у току дана. Ујутро је најнижа, а увече највиша. Водите рачуна да дете са повишеном температуром може изгледати хладно и бледо.

Шта учинити ?
Дете са повишеном температуром мора мировати. Не сме се утопљавати. Покривач мора бити лаган, а просторија светла и прозрачена.
Детету требе давати пуно течности – по могућности оно што дете воли.
Не треба по сваку цену снижавати повишену температуру. Сматра се да је нормална температура између 36 °С и 37°С, мерена у пазушној јами. Температура мерена у цреву је нормална уколико је од 36,8 - 38°С. Ако дете има температуру до 37,7°С (мерена у пазушној јами, а у цреву 38°С), можете је снижавати облозима. Потопите пешкире у воду собне температуре, исцедите и ставите деци на руке и ноге. Још су боља туширања у млакој води – по могућности до 15 – ак минута.
За снижавање температуре постоје бројни лекови у таблетама, сирупу, чепићима. Превисока температура код деце до три године представља опасност за настајање фебрилних конвулзија. У ствари, опасан је нагли скок температуре. Код деце која имају епилепсију мора се водити рачуна о томе да ли је лекар прописао да се у случају фебрилности да диазепам микроклизма у дебело црево поред лека за температуру. Ако се ради о детету у кући увек се обавестите код родитеља који лек му дају код повишене температуре. Деловање лека почиње након 30 - 60 минута.

КАДА ОТИЋИ КОД ЛЕКАРА ?
• Ако је дете млађе од три месеца и има температуру вишу од 38°С. Немојте давати лекове за снижавање температуре, јер тако само можете отежати дијагностиковање. Нарочито обратите пажњу: детету до 16 година никад немојте дати Аспирин.
• Ако у било којем узрасту дете има температуру вишу од 40°С коју не успевате скинути на распон 38,3 – 38,9°С.
• Ако мислите да је дете дехидрирано. Симптоми дехидрације су упале очи, плакање без суза, суха уста, сувише увучена фонтанела, сува пелена.
• Ако је дете превише немирно и једноставно вам не полази за руком да га умирите. Под овим се подразумева да дете нпр. плаче сатима без престанка.
• Ако сумњате на менингитис. Симптоми менингитиса су висока температура, укочен врат и бол у задњем делу врата, повраћање, главобоља и осетљивост на светлост. Ако детету оболелом од менингитиса покушате савити врат, тј. покушате детету брадом додирнути прса, то вам, због укочености врата, неће поћи за руком.
• Дете је неуобичајено поспано и тешко га је одржати будним.
• Дете има потешкоће са дисањем или дише убрзано.
• Дете развија пурпурни осип.
• Уопште, ако вам изгледа болесно.

ПРОЛИВ
Акутне и хроничне болести система за варење испољавају се различитим знацима и симптомима, као што су пролив, повраћање, затвор, бол у трбуху и крварења у желуцу и цревима. Ови знаци и симптоми ређе се јављају појединачно, а чешће су удружени у разним комбинацијама и могу бити праћени губитком апетита, бледилом и повишеном температуром. Пролив подразумева повећан број столица, њихову смањену чврстину и повећану количину столице. Настајању пролива погодује незрелост дигестивних органа деце.

Узроци пролива могу бити различити микроорганизми – вируси, бактерије, итд. Појави пролива погодује вештачка исхрана, лоша хигијена и неадекватно руковање са прибором за храњење и употреба загађене воде за пиће.
Дете које има пролив је за околину заразно, јер столица садржи узрочнике болести, те је због тога од изузетне важности пре и после сваког контакта са болесником опрати руке.

Инфекција се преноси преко загађене воде и хране, обично путем прљавих руку. Понекад пролив може да настане и због употребе неких лекова, нпр. антибиотици. Постоји могућност да код детета узрок пролива буде неподношење одређених врста хране. Врло чест узрок пролива је неправилна исхрана – превише разређено млеко, превише шећера и брашна. Међутим, најчешће пролив настаје због слабе здравствене просвећености нашег становништва.

Највећа опасност коју пролив доноси јесте тзв. дехидрација, одн. губитак течности из организма. Она са собом доноси бројне последице, а посебно је опасна за малу децу, поготово ако је пролив праћен повраћењем, повишеном температуром и знојењем. Дете које је дехидрирано показује следеће знакове: нерасположење, губитак апетита, кожа му је сивкасто - модра, сува, хладна на рукама и ногама, слузокажа сува, очи упале, усне суве, језик сув са наслагама. Све ово је разлог за одлазак код лекара или обавештавање медицинске сестре или лекара, ако радите у установи социјалне заштите.

ШТА МОЖЕТЕ ДА УЧИНИТЕ?
Ако је дете млађе од 12 месеци и има пролив дуже од 6 сати, одмах обавестите лекара. Лекар ће утврдити узрок пролива и лечиће га према дијагнози. Ако је дете изгубило течност, лекар ће препоручити следеће – постоје средства за тзв. оралну рехидрацију, одн. добићете прашак који се раствори у води или чају и даје се детету да пије. Ако је јако дехидрирало, лекар ће га упутити у болницу или ће му сестре у установи социјалне заштите надокнадити течност инфузијом.

Разлог за одлазак/консултовање лекара су и болови, нарочито око пупка или са десне стране трбуха – можда је упала слепог црева, затим опасна је и појава крви у столици. Пре него се јавите лекару, морате знати какав је изглед, садржај и мирис столице, као и број столица у току дана. Изглед нормалне столице: формирана, жуте боје, није обилна, нема слузи и крви, не заудара јако, већ има кисео мирис. Врло блед обилан измет, веома непријатног мириса који плута пре него што повучете воду може бити знак да дете не може да пробави глутен – обратити се лекару. Пенушав, кисео измет може упућивати да дете не може добро да пробави млеко – обратити се лекару. Одојче може имати у току дана и 3 – 4 столице, ако је на природној исхрани.

Уколико се ради о старијем детету, а које при том нема велики број столица, можемо и сами у почетку реаговати на следећи начин – дајте детету да пије средство за оралну надокнаду течности – Оросал, Рехидран, а ако то немамо у кући можемо и сами направити на следећи начин – скувајте литар воде и у њу додајте пола кашичице соли и шест кашичица шећера. Водите рачуна да не дајете детету одмах велике количине течности. Најбоље је ако сваких пет минута дате по једну кашичицу течности (5 мл).

НЕ ДАЈТЕ ДЕТЕТУ НИКАКВЕ ЛЕКОВЕ ДОК ВАМ ТО НЕ ПРЕПИШЕ ЛЕКАР

Осим надокнаде течности, изузетно ја важна исхрана детета. Данас се сматра да дете које има пролив не би требало да буде на дијети, јер дијета отежава опоравак, а пролив може да се продужи. Дете може да једе већ од првог дана болести. Ако је дете на природној исхрани, било би добро да га мајка што чешће доји. Ако се храни неком адаптираном формулом, тада би првог дана болести требало направити млеко које иначе добија, али разређено тзв. пиринчаним одваром у размери 1:1. Већ следећи дан се прелази на нормалне млечне оброке. Деца која једу сву храну могу да једу уобичајена кувана јела супе, кувано месо (телетина, пилетина), поврће (све кувано), пиринач, тестенину, млеко, млечне производе – свеж крављи сир. Класична дијета БРАТ („Banana, Rice, Apple, Tost" - банане, пиринач, рибана јабука и тост) препоручује се само као додатак осталој допуштеној храни. Нека избегавају сирово воће и поврће и веће количине масти, као и пржену и печену храну. Не треба силити децу да једу. Боље је давати чешће, мање оброке, него да се одједном наједе.

НЕКА ЈЕЛА КОЈА СЕ ДАЈУ КОД ПРОЛИВА
-Моро чорба се прави од шаргарепе. Шаргарепа мора бити свежа. Шаргарепа се опере и очисти, али тако да се скида што тањи слој, јер су витамини непосредно испод коже. Кад се очисти, исече се на колутове и кува у сланој води док не омекша. Кад омекша, пропасира се и дода вода, стави се да ври још 2-3 минуте. Може се додати мало шећера или соли.

Пример: 100 грама воде, 50 грама шаргарепе и 0,5 грама соли.
-Пиринчана слуз се прави тако што се нпр. у 100 мл вреле воде стави 2 кафене кашике пиринчаног брашна и кувати 20 минута. Након кувања допунити врелом водом до 100 мл.
-Цератонија или млевени рогач се припрема тако што се у 100 мл воде ставе 2 кафене кашичице млевеног рогача. Кува се 10 - 15 минута и долије се са врелом водом до 100 мл. Исцеди се и даје охлађено 2-3 пута у току пролива.

ПОВРАЋАЊЕ
Повраћање представља снажно грчење желуца којим се избацује садржај из стомака кроз једњак и уста. Обично је повраћање симптом или последица неке друге болести. Највећи проблем који изазива дуготрајно повраћање је губитак течности из организма. Дете које има мучнину и нагон на повраћање, тешко усваја течност, па се зато та течност даје на кашичицу, јер би већа количина течности дата одједном могла довести до истезања желуца и поновног повраћања. Дакле, најважнија ствар код повраћања је надокнада течности – даје се вода, чај, бистри сокови и обавезно раствор за надокнаду електролита. Треба избегавати млеко и млечне производе, јер могу појачати мучнину и повраћање. Полако се уводи мека и получврста храна – банана, обарен кромпир, обарен пиринач, бистра супа.

КАД ТРЕБА ОТИЋИ КОД ЛЕКАРА – знаци дехидрације
- Ако дете повраћа изнова и изнова – код детета испод године дана 8 сати, код детета између 1 и 3 године 12 сати, код детета од 4 године и више 16 сати.
- Ако је смањено мокрење код деце, јер то је најважнији знак дехидрације.
- Хладне руке и стопала.
- Упале очи.
- Увучена фонтанела (мекани део на врху главе код одојчади).
- Недостатак еластичности коже.
- Ако у повраћеном садржају има крви, слузи, жучи.

После санирања повраћања корисно је узимати јогурт ради обнављања цревне флоре.
Повраћање се може јавити и код менингитиса, али је тада праћено и главобољом, укоченошћу или болом у задњем делу врата, високом температуром.

Бубрежне инфекције су некад праћене повраћањем, али уз то иде и висока температура, као и болови или пецкање при мокрењу.

Болесно дете захтева много пажње, може бити раздражљиво и тражити више да се мази и да му се угађа. Обично деца тада имају слабији апетит. Али, с обзиром да деца тада више мирују, требаће им и мање енергије, па не треба бринути ако дете неколико дана мање једе – то му неће нашкодити. Треба детету дозволити да бира храну, а ви му дајте мање порције. Нека једе колико хоће, кад буде оздравило, апетит ће му се вратити. Док је дете болесно, пиће је много важније од јела, поготово ако дете има пролив, повраћа или има повишену температуру.

Ако је дете тешко наговорити да пије, ево малих савета
- Пружите му малу количину напитка из неке шољице за лутке или из посудице за јаја.
- Дајте му да пије са сламчицом.
- Иако је прерасло – понудите му да пије из флашице за бебе.
- Старијем детету замрзните разблажен сок у коцке, па му дајте да сиса.
- Можете му дати и сладолед на штапићу – онај који зову пиће на штапићу.

Будно надгледајте дете које повраћа због могућности да се удави повраћеним садржајем. Ако лежи, обавезно му окрените главу на страну, а ако је могуће ставити дете у седећи положај. После сваког повраћања треба опрати лице, руке и уста детета.
Увек треба бити поред детета.
Обавезно записати колико пута је дете повратило и какав је изглед и количина повраћеног садржаја.
Уколико дете има повишену температуру, лекове за снижавање исте треба давати у облику чепића.

ОСНОВНИ ХИГИЈЕНСКО САНИТАРНИ СТАНДАРДИ И ОСНОВНЕ МЕРЕ ЗАШТИТЕ ОД ЗАРАЗНИХ БОЛЕСТИ

Имајући у виду специфичности сваке средине, условљене општом културом, обичајима, структуром друштва итд. веома је важно да се подсетимо или научимо неке опште појмове о узрочницима и симптомима заразних болести, као и начину како да заштитимо себе и друге од њих.

Можда је најинтересантнија област у медицини наука која се бави ситним организмима који се не виде голим оком, тзв. микроорганизмима. Микроорганизми су, као непозвани гости, узрок многих болести, многих промена у организму. Придржавање основних правила личне хигијене, одржавање чистоће околине и примена заштитних мера против заразних болести најбољи је начин да се заштитимо од њих. Независно од тога где радите као неговатељица, морате имати основна знања из хигијене намирница, личне хигијене и заштите од заразних болести.

Неправилно поступање са храном може оштетити здравље корисника те хране уколико она садржи опасне микроорганизме, затим ако потиче од угинулих или болесних животиња, ако јој је промењен укус, мирис или изглед, кад садрже недозвољене материје – боје, конзервансе, антибиотике, хормоне и ако су производи паковани у амбалажу од шкодљивог материјала. Треба водити рачуна о томе да храна буде довољно термички обрађена, да се за припрему оброка користе проверени састојци – нпр. само јаја која су прошла ветеринарску контролу. Храна се мора прописно чувати у фрижидерима, као и у условима који спречавају приступ бубашваба, мува, мишева. Храна која је држана ван расхладних уређаја дуже од 24 сата сумњива је, иако не мора да дође до промене укуса, мириса, боје. Јела од претходног дана немојте мешати са свеже припремљеном храном. Млевено месо, сладолед, торте и колачи, мајонез су намирнице које најчешће доводе до тровања храном. Храна се може загадити и од особа које ту храну припремају, зато је неопходан шестомесечни здравствени преглед тј. поседовање санитарних књижица. Водите рачуна да ако имате неке гнојне инфекције или чиреве, не смете прилазити храни до излечења.

Овде долазимо до проблема чистих руку.

Хигијена руку је нарочито важна, јер се прљавим рукама шире многе болести. Прање руку је основни поступак у одржавању личне и радне хигијене. С рукама успостављамо непосредан додир са нашом околином и властитим телом, па су оне често онечишћене. Рукама се обављају различити послови и дирају делови властитог тела преко којих се из њега излучују мокраћа и столица, а путем ових се из организма излучују узрочници многих болести. То је најчешћи пут загађења намирница и преноса заразних болести, а уједно и разлог зашто се цревне болести зову и „болести прљавих руку". Свакако је пре свега потребно подрезати и уредити нокте, јер се испод ноктију скупља прљавштина која се може уклонити поступком прања. Нарочиту пажњу треба обратити на кожицу око ноктију, јер се она често оштећује, па долази до инфекције и гнојења. Заноктице се не секу, већ их треба потискивати. Приликом рада са животним намирницама не треба носити прстење, јер се испод могу задржавати микроорганизми.

За правилно прање руку потребно је обезбедити:

- Топлу, текућу воду,
- Текући сапун или обичан, али да је на подлози која се може оцедити,
- Једнократне папирне пешкире,
- Корпу за отпатке.

Поступак прања руку састоји се од влажења руку топлом водом, наношења течног сапуна, утрљавања сапунске пене макар 20 секунди, а по потреби користити и четкицу за уклањање прљавштине испод ноктију. После сапуњања, руке се перу под млазом топле воде до уклањања трагова сапуна. Ако је потребно, руке се перу дезинфекционим средством. Сушење руку се обавља једнократним папирним пешкирима који се после тога бацају у корпу са поклопцем. Славину затворите папирним пешкиром. Не треба заборавити да се штетне бактерије лакше шире ако су руке влажне и ако их бришемо влажним платненим пешкиром.

Зашто је хигијена руку важна?
Правилна и редовна хигијена руку је добар, једноставан и јефтин начин спречавања заразних болести које се могу пренети прљавим рукама као што су грип, обична прехлада, проливи, заразна жутица. Потенцијални узрочници могу се унети у организам кроз уста у пробавне органе, кроз нос у дисајне органе, преко већих или мањих рана или огреботина у кожу.

НАЈВАЖНИЈЕ
Перите руке:

- пре јела и припреме хране,
- пре храњења детета,
- пре активности које обављате са дететом,
- пре додиривања очију, уста, носа,
- пре контакта са болесном особом,
- после употребе тоалета, при изласку из тоалета избегавајте додиривати околне површине,
- после брисања носа, кашљања, кихања,
- после додиривања предмета који су били у контакту са крвљу или телесним излучевинама,
- после мењања пелена
- после изношења смећа, чишћења,
- после враћања у кућу из шетње, играња, куповине.

Влажне марамице користите само кад нисте у могућности да руке оперете водом и сапуном – на улици, на излету, након посете болници, након вожње јавним превозом, итд.

Како заразне клице доспевају до човека?
Извор заразе може бити само заражен човек или животиња – неки изазивачи који се нађу у спољашњој средини одмах угину, неки могу остати живи неко време ван организма (бацил туберкулозе), а постоје и неки који се могу размножавати и ван организма (узрочник дизентерије).

Заразне клице се у спољашњу средину могу излучивати на више начина: преко дисајних органа кашљем и кијањем, преко пробавних органа путем столице, преко мокраћних органа излучивањем урина и преко коже и слузокоже. Заразне клице се на човека могу пренети додиром (мали број болести, јер је кожа заштитни омотач), загађеним ваздухом, загађеним животним намирницама, загађеном водом, загађеним земљиштем и инсектима. Овде треба указати да се директним контактом могу преносити заразне болести путем руковања, љубљења, полног акта, неге болесника. Прљаве руке имају нарочити значај у преношењу цревних и респираторних инфекција. Такође се зараза може пренети преко заражених предмета, постељног рубља, одела, књига, прибора за јело, квака на тоалетима. Уколико је средина примитивнија, без изграђених хигијенских навика, постоји и већа могућност преношење болести.

Како појединац утиче на појаву заразних болести и како се можемо заштити?
Када купујемо храну, треба узимати намирнице провереног порекла и поштовати упутства о начину чувања хране, не подгревати храну више од једанпут, чувати храну у фрижидеру, у затвореним посудама, намирнице пре употребе добро оперите и термички обрадите.
Користите за пиће проверено здравствено исправну воду (из водовода или флаширану).

Што се тиче заштите од болести преносивих ваздухом – често прање руку, нарочито након кихања и кашљања, чешће проветравање просторија ради измене свежег ваздуха, избегавање боравка са децом на местима масовног окупљања.

Када говоримо о хигијенским условима у околини: одлагање комуналног отпада у контејнере за смеће, по могућности у завезаним пластичним врећицама, држати контејнере затворене ради инсеката, глодара, мачака, птица, не остављати воду да дуго стоји у неким посудама, јер се на тај начин повећава ризик великог размножавања комараца.

Сви наведени примери су у вези са настанком заразних болести: убод комараца, ако има мачака луталица, паса, глодара – огреботина или угриз болесне животиње, као и опасност од инфекције при убоду или повреди у неспосредном додиру са отпадом. На ове чиниоце спољашње средине који доказано имају везу са могућом појавом заразних болести, може свако од нас деловати у позитивном смислу, без претераног труда.

ВАШЉИВОСТ

Вашљивост је још увек код нас важан хигијенски проблем.
Вашке су ситни инсекти који живе на различитим биљкама, животињама и људима, јер без ових домаћина, размножавање вашки је немогуће. Код човека налазимо следеће врсте вашки: телесна вашка, вашка главе, стидна вашка.

Телесна вашка најчешће боде врат, места око плећки, те слабине. Вашка тела живи у одећи, нарочито у шавовима и наборима, те долази у контакт са телом само у време храњења. Телесна ваш преноси веома опасну болест –пегави тифус.

Вашка главе је инсект који живи искључиво на власишту. То је наметник који безболним убодима долази до хране – крв домаћина – што изазива свраб, али није опасна као телесна вашка, јер не преноси никакве болести. Одрасла женка живи око два месеца и за то време снесе велики број јаја - гњида - које одлаже уз сам корен длаке. Након недељу дана гњида постаје вашка која после две недеље постаје способна да снесе нове гњиде. Управо зато је третирање средствима против вашки потребно понављати.

Како открити вашке главе?
На присуство вашки главе указује упоран свраб главе. Могу се уочити и живе покретне вашке, али је много чешће присуство ситних, око 1 мм великих јајашаца која су чврсто прилепљена за длаку и по томе се разликују од перути која се лако скида са косе. Ваш се може пренети директним контактом са дететом или индиректно прибором за чешљање, марамама, капама, итд.

Како се решити вашки главе?
Ако се у породици или колективу открије да неко има вашке, препоручује се провести третирање свих чланова породице или колектива и то истовремено. Наиме, ако при прегледу промакне и једна вашљива глава, што се може догодити ако је неко тек недавно заражен вашкама па их има мало, постоји опасност да се с ње вашке поново рашире на друге. Због тога је потребно средствима против вашки третирати све чланове породице или колектива, а не само оне који имају видљиве живе вашке или гњиде.
Поступак се спроводи прањем косе специјалним шампонима против вашки према упутству произвођача (најчешће прањем два пута у размаку од недељу дана) или посипањем прахом који се остави на глави преко ноћи, а други дан се коса опере обичним шампоном. Прашење власишта се мора поновити још једном у размаку од 10 до највише 14 дана.

Без обзира који је поступак коришћен, потребно је уклонити с власишта све гњиде. Косу треба испрати у топлој закисељеној води (додајте сирћета или лимуновог сока, један део 6% сирћета и два дела воде), јер ће се тако чешљањем густим чешљем гњиде одлепити од косе, а чешаљ треба више пута опрати у току рада. На тржишту постоје и електрични чешљеви који уништавају гњиде. Код јаке вашљивости препоручује се и шишање, јер је с краће косе много лакше уклонити и вашке и гњиде. Поготово се препоручује шишање дуге, плаве косе, јер су на њој гњиде готово невидљиве. У породици у којој су се појавиле вашке потребно је након третирања главе свих укућана опрати сву постељину, деке, пешкире, одећу која се облачи преко главе, као и сва покривала за главу (поготово вунене капе). У дечијим колективима у групи где се појавила вашљивост, такође треба истовремено са третирањем глава променити и опрати сву постељину.

ЛИТЕРАТУРА:

• Бојанин,С.С. (1985). *Неуропсихологија развојног доба и општи реедукативни метод*, Београд: Завод за уџбенике и наставна средства.
• Глигоровић М. (2009) „Клиничка олигофренологија", ауторизован текст
• Глумбић Н. (2006) „Одрасле особе са аутизмом" Издавачка агенција „Град", Крагујевац
• Дикић С. (1997) „Тифлологија" , Идеапринт, Београд
• Ериксон, Е.(2008). *Идентитет и животни циклус*, Београд: Завод за уџбенике и наставна средства.
• Закон о социјалној заштити, (Сл. гласник РС", бр. 24/2011)
• Јовановић Симић Н. „Алтернативна и аугументативна комуникација" ФАСПЕР, Београд
• Лазор, М., Марковић С. & Николић С. (2008). *Приручник за рад са децом са сметњама у развоју*, Нови Сад: НСХЦ.
• Мандић,Т.(1998). *Комуникологија-психологија комуникације*, Панчево: „6. Октобар".
• Марковић М. и сар. (2006) „Корак по корак 2" , Креативни центар, Београд
• Милачић Видојевић И, (2008) „Аутизам дијагноза и третман" , ФАСПЕР Београд
• Правилник о ближим условима и стандардима за пружање услуга социјалне заштите („Сл. гласник РС", br. 42/2013)
• Пијаже Ж.(1996) , „Интелектуални развој детета", Завод за уџбенике и наставна средства Београд
• Остојић С. (1996), „Импеданцметрија у сурдоаудиолошкој пракси", Дефектолошки факултет Универзитета у Београду, Београд
• Пијановић П. и редакциони одбор (1999), „Дефектолошки лексикон", Завод за уџбенике и наставна средства, Београд
• Приручник за волонтере Екуменске Хуманитарне организације, Нови Сад, јул, 1997.
• Соколовски Ж. (1997) „Третман умерено ментално ретардираних лица" , Савез МНРЛ Београд Стошљевић М, (1998) „Увод у дефектологију" , Дефектолошки Факултет Универзитета у Београду, Београд
• Узелац, М., Богнар,Л. & Багић,А. (1991). *Будимо пријатељи - Приручник одгоја за ненасиље и сурадњу*, Мали корак, Загреб
• Хрњица, С. (1991). *Ометено дете*, Завод за уџбенике и наставна средства, Београд
• http://children.webmd.com/intellectual-disability-mental-retardation

Бољи смо
заједно