

УНИВЕРЗИТЕТ У БЕОГРАДУ
ФАКУЛТЕТ СПОРТА И ФИЗИЧКОГ ВАСПИТАЊА
МАСТЕР АКАДЕМСКЕ СТУДИЈЕ

МИШЉЕЊА РОДИТЕЉА ОСОБА СА ИНВАЛИДИТЕТОМ
У НАСТАВИ ФИЗИЧКОГ И ЗДРАВСТВЕНОГ
ВАСПИТАЊА

Мастер рад

Ментор:

др Горан Касум, ред. проф

Студент:

Анђелија Ђуров

Број индекса 4015/2023

Београд, 2025.

УНИВЕРЗИТЕТ У БЕОГРАДУ
ФАКУЛТЕТ СПОРТА И ФИЗИЧКОГ ВАСПИТАЊА
МАСТЕР АКАДЕМСКЕ СТУДИЈЕ

МИШЉЕЊА РОДИТЕЉА ОСОБА СА ИНВАЛИДИТЕТОМ
У НАСТАВИ ФИЗИЧКОГ И ЗДРАВСТВЕНОГ
ВАСПИТАЊА

Мастер рад

Ментор:

др Горан Касум, ред. проф

Студент:

Анђелија Ђуров

Чланови Комисије за одбрану мастер рада.

др Ивана Милановић, ред. проф

др Сандра Раденовић, ред. проф

Београд, 2025.

САЖЕТАК

Укључивање ученика у процес физичког и здравственог васпитања је ново искуство за сваког ученика. У постизању овог циља родитељи су једни од кључних актера. Међутим, ако је реч о ученику са инвалидитетом, проблеми у вези са физичким и здравственим васпитањем су израженији, а јављају се и многе друге тегобе. Ученици са инвалидитетом имају, поред различитог степена оштећења покретљивости, и друге проблеме и ограничења, који их ометају у процесу физичког и здравственог васпитања.

Предмет рада представља мишљење родитеља особа са инвалидитетом према настави физичког и здравственог васпитања. У теоријском делу рада су дефинисани појмови особе са инвалидитетом, инклузија у настави физичког и здравственог васпитања. У практичном делу је дато емпиријско истраживање и добијени резултати о мишљењима родитеља ученика са инвалидитетом о инклузији у настави физичког и здравственог васпитања. Циљ рада је дати, путем приказа литературе и истраживања, приказ и анализу мишљења родитеља особа са инвалидитетом према настави физичког и здравственог васпитања и идентификација кључних фактора који утичу на формирање тих мишљења.

Прикупљање података је реализовано техником анкете, коју су попунили родитељи особа са инвалидитетом у Специјалној школи Антон Скала и у Дому за слепе и слабовидне особе на Славији у Београду. Истраживање је обављено на узорку од 48 родитеља. Резултати истраживања показују да родитељи са вишим степеном образовања делимично имају позитивније мишљење о настави физичког васпитања, у односу на родитеље са нижим степеном образовања. Закључак је да родитељи деце са инвалидитетом немају негативно мишљење према укључивању њихове деце у наставу физичког васпитања заједно са вршњацима без инвалидитета.

Кључне речи: особа са инвалидитетом, физичко и здравствено васпитање, родитељи

ABSTRACT

Inclusion of students in the process of physical and health education represents a new experience for every student. In achieving this goal, parents play a key role. However, when it comes to students with disabilities, issues related to physical and health education become more pronounced, along with many other challenges. In addition to varying degrees of mobility impairment, students with disabilities often face other difficulties and limitations that hinder their participation in the process of physical and health education.

The subject of this paper is the opinions of parents of children with disabilities regarding physical and health education classes. The theoretical part of the paper defines the concepts of persons with disabilities and inclusion in physical and health education. The practical part presents empirical research and the results obtained on the opinions of parents of students with disabilities concerning inclusion in physical and health education classes. The aim of the paper is to provide, through a review of literature and conducted research, an overview and analysis of the opinions of parents of children with disabilities regarding physical and health education, as well as to identify the key factors influencing the formation of these opinions.

Data collection was carried out using the survey method, completed by parents of children with disabilities attending the Anton Skala Special School and the Home for the Blind and Visually Impaired Persons in Slavija, Belgrade. The research was conducted on a sample of 48 parents. The results show that parents with a higher level of education tend to have a somewhat more positive opinion about physical education classes compared to those with a lower level of education. The conclusion is that parents of children with disabilities do not have a negative opinion regarding the inclusion of their children in physical education classes together with peers without disabilities.

Key words: person with disability, physical and health education, parents

Садржај

1. УВОД.....	4
2. ТЕОРИЈСКИ ОКВИР РАДА	7
2.1. Особе са инвалидитетом	7
2.1.1. Дефиниције особа са инвалидитетом.....	8
2.1.2. Врсте инвалидитета.....	12
2.1.3. Однос друштва према особама са инвалидитетом.....	14
2.2. Инклузија у настави физичког и здравственог васпитања особа са инвалидитетом	16
2.2.1. Појам и карактеристике инклузије и инклузивног образовања	18
2.2.2. Укључивање особа са инвалидитетом у наставу физичког васпитања	20
2.2.3. Реализација наставе физичког и здравственог васпитања са ученицима са инвалидитетом.....	23
2.2.4. Значај физичког и здравственог васпитања за особе са инвалидитетом	26
2.3. Мишљења родитеља ученика са инвалидитетом о инклузији у настави физичког и здравственог васпитања	28
3. ПРЕДМЕТ, ЦИЉ И ХИПОТЕЗЕ РАДА	33
4. МЕТОДОЛОГИЈА ИСТРАЖИВАЊА	34
4.1. Ток и поступци истраживања	34
4.2. Узорак испитаника	34
4.3. Узорак варијабли	34
4.4. Инструмент истраживања.....	34
4.5. Обрада података	35
5. РЕЗУЛТАТИ ИСТРАЖИВАЊА СА ДИСКУСИЈОМ.....	36
6. ЗАКЉУЧАК.....	51
ЛИТЕРАТУРА.....	54
Прилог 1: Анкета за родитеље особа са инвалидитетом	58

1. УВОД

Физичко и здравствено васпитање игра кључну улогу у развоју моторичких вештина, физичког здравља и социјализације код деце и младих. У бројним документима се наводи да је право на физичко васпитање гарантовано свима, без обзира на физички и ментални инвалидитет појединаца, али је остваривање ових права кроз спорт често проблем, јер је прилагођени спорт без познавања специфичности таквог вежбања ризичан и опасан.

Када су у питању особе са инвалидитетом приступ овој области може бити отежан или недовољно прилагођен њиховим специфичним потребама. Укључивање особа са инвалидитетом у наставу физичког и здравственог васпитања је процес који је испреплетен бројним препрекама, међу којима се најчешће помиње недостатак знања појединих стручњака и њихов субјективни поглед на идеје инклузије.

Да би се дете са инвалидитетом укључило у редовну школу потребно је водити рачуна о специфичностима сваког таквог ученика. Добро познавање карактеристика детета са инвалидитетом и специфично знање о прилагођавању образовног рада од стране школских стручњака су први и кључни услови за успех инклузије. Адаптирана спортска активност повезана је са медицином, физиотерапијом, рехабилитацијом, корективним и куративним здравственим активностима.

Филозофија прилагођених спортских активности заснива се на чињеници да сви људи могу да уче спортске активности и тиме обогате своје животе, а наставници и тренери могу ефикасно допринети томе, ако знају како да их прилагоде и креативно представе. Међутим, будући да суштина инклузије није само укључивање детета у школу, већ и у шире окружење, школско физичко васпитање такође игра важну улогу у томе као прилагођена спортска активност, која представља везу између васпитања и образовања и интеграције у окружење.

Такође, особе са инвалидитетом у многим деловима света често се суочавају са дубоко укорењеним предрасудама и негативним ставовима друштва, што се одражава на начине на које родитељи и шира заједница виде могућности ових особа да учествују у различитим активностима, укључујући физичко васпитање (Ороку, 2020).

Спорт је једна од области, која на неки начин руши препреке за особе са инвалидитетом, јер поред лакше интеграције у друштво, нуди и елементе рехабилитације који доприносе

развоју преосталог потенцијала организма у толикој мери да обезбеђује најоптималнију интеграцију особе у радно окружење. Упркос законским дефиницијама које подстичу такву интеграцију, у изграђеном окружењу и даље остају одређене препреке које спречавају особе са инвалидитетом да имају несметан приступ спортским објектима и површинама.

Родитељи имају важну улогу у укључивању особа са инвалидитетом у физичку активност. Њихово мишљење према физичкој активности често директно утиче на то колико ће ове особе учествовати у њима. Они често истичу постојање различитих баријера за укључивање особа са инвалидитетом у физичке активности, попут недостатка одговарајуће инфраструктуре, квалификованих кадрова и прилагођених програма (Columna и сарадници, 2020).

Инклузија ученика са инвалидитетом у редовно физичко васпитање данас је у многим земљама распрострањен модел образовања деце са инвалидитетом. Међутим, инклузија ових ученика може да изазове различита мишљења и ставове родитеља због непознавања проблематике инклузије ученика са инвалидитетом.

Подршка породице је истакнута као битан фактор у превазилажењу препрека у образовању и другим активностима. Родитељи који верују у потенцијал своје деце са инвалидитетом често постају катализатори за њихово укључивање у физичке активности (Oroku et al, 2020).

Мастер рад, поред увода и закључка, обухвата теоријски оквир рада и након тога емпиријско истраживање и методологију истраживања. Први, теоријски део рада је усмерен на особе са инвалидитетом. У складу са тим, најпре је дефинисан овај појам. Затим је указано на врсте инвалидитета и на однос друштва према особама са инвалидитетом.

У другом теоријском делу рада било је речи о инклузији у настави физичког и здравственог васпитања особа са инвалидитетом. Најпре је указано на сам појам и карактеристике инклузије и инклузивног образовања. Затим је било речи о укључивању особа са инвалидитетом у наставу физичког васпитања и о спровођењу физичког васпитања. Указано је и на значај физичког васпитања за особе са инвалидитетом. У истраживању спровођења инклузивног образовања ученика са инвалидитетом, мишљења родитеља су параметар, који привлачи све веће интересовање. Стога су се многа истраживања фокусирали на анализу тих мишљења, као и фактора, који доприносе

формирању тих мишљења. У том контексту на крају овог дела рада дат је приказ мишљења родитеља ученика са инвалидитетом о инклузији у настави физичког и здравственог васпитања.

У последњем делу рада је дато емпиријско истраживање и добијени резултати о мишљењима родитеља ученика са инвалидитетом о инклузији у настави физичког и здравственог васпитања. На крају рада су презентовани закључци до којих се дошло истраживањем.

2. ТЕОРИЈСКИ ОКВИР РАДА

2.1. Особе са инвалидитетом

Када болест или повреда резултира последицом, која ограничава или спречава активности у личном, културном, друштвеном и економском смислу, говори се о инвалидитету. Појам особе са инвалидитетом има снажну негативну конотацију и означава је као мање вредну или несавршену особу. Као што су сви људи једни од других различити, тако су и особе са инвалидитетом различите једне од других.

Особа са инвалидитетом је особа која, упркос свом видљивом или скривеном оштећењу или хендикепу, може бити успешна и способна да обавља разне послове у различитим областима. Особе са инвалидитетом су разнолика група, због чега је дефинисање појмова инвалидитет и инвалидитет веома захтевно.

Особе са инвалидитетом се међусобно разликују по физичком оштећењу, сензорном оштећењу, менталном и психолошком оштећењу и проблемима менталног здравља. Особе са инвалидитетом могу бити инвалиди од рођења или њихова инвалидност може настати касније – у детињству, адолесценцији, током образовања, током запослења или у пензији.

Особе са инвалидитетом нису само особе у инвалидским колицима, већ су то и слепи и слабовиди, глуви и наглуви, особе са интелектуалним тешкоћама итд. Ове особе су група која је међу највише дискриминисаним људима у нашем друштву. Као резултат тога, наилазе на бројне препреке у образовању, запошљавању и приступу различитим институцијама. Када друштво прихвати и разуме особе са инвалидитетом и њихове потребе, значајно ће се променити и однос према њима.

Особе са инвалидитетом доживљавају различите облике инвалидитета, који се манифестују у неадекватној адаптацији на околину, беспомоћности у остваривању права и вредности утврђених у уставу и непримереном ставу других људи према њима.

2.1.1. Дефиниције особа са инвалидитетом

Док су прве дефиниције најчешће описивале врсту инвалидности указујући на сметње, које особа са инвалидитетом има (физичке, сензорне и когнитивне), што се убараја у медицински приступ, новија истраживања „стављају акценат не на оно што се не може учинити, већ на оно што се може и мора учинити у складу са потенцијалима и могућностима које особа са инвалидитетом има” (Лакићевић, 2012., стр. 11).

Особе са инвалидитетом су особе са дугорочним физичким, менталним, интелектуалним или сензорним оштећењима која, у комбинацији са различитим препрекама, могу ограничити њихову способност да у потпуности и ефикасно учествују у друштву равноправно са другима. Декларација Уједињених нација о правима особа са инвалидитетом наглашава да је особа са инвалидитетом свака особа „која, због урођених или стечених недостатака у својим физичким или менталним способностима, није у стању да сама задовољи, делимично или потпуно, потребе нормалног индивидуалног и/или друштвеног живота“.

Термини „инвалидитет“ и „особа са инвалидитетом“ се често користе, али их није лако дефинисати. Питање дефинисања појмова инвалид и особа са инвалидитетом има историјске, културне, друштвене и политичке димензије. Кроз историју, дефиниција инвалидитета зависила је од тренутно постојећег модела инвалидитета. Познато је неколико модела, од којих се најчешће помињу следећи: милосрдни модел, медицински модел, социјални модел, Нађијев модел, Биопсихосоцијални модел и модел процеса настанка инвалидитета - Квебешка класификација.

Милосрдни модел је историјски најстарији. Инвалидитет посматра као последицу греха и кривице. Темељи се на „вери појединца како је инвалидност стање које је проузроковано заслугом предака или ближњих, које је резултат "казне" и "искушења" због нечега што се десило у прошлости” (Лакићевић, 2012., стр. 40). Однос друштва према особама са инвалидитетом карактерише се као милосрђе и потреба да се помогне како би неко заслужио милост зато што помаже и има размевање за особу с инвалидитетом.

Медицински модел се појавио са развојем медицине у 19. веку. Према овом моделу, инвалидитет је индивидуални проблем, који је директно проузрокован болешћу, повредом или неким другим оштећењем здравља, те стога захтева медицинску помоћ и негу

стручних лица. Модел не узима у обзир физичке и социјалне баријере и ставове који доприносе односу заједнице према феномену инвалидности. Данас је утицај овог модела посебно приметан у систему социјалне заштите, где се инвалидитет дефинише као немогућност рада.

Социјални модел или модел заснован на људским правима се у литератури помиње као супротност медицинском. Не посматра инвалидитет као урођено понашање особе, већ као производ особе у смислу друштвеног контекста и окружења. Само окружење ствара баријере које спречавају особе са инвалидитетом да у потпуности учествују. Уклањањем ових баријера, окружење ће бити прилагођено особама са инвалидитетом. То значи да је друштво фактор који узрокује инвалидитет појединаца и да инвалидитет није њихов проблем, већ проблем друштва. У основи овог модела јесте „разликовање болести као тренутног стања од инвалидности, јер болест може бити узрок инвалидности, али и многи други фактори могу утицати на њену појаву” (Лакићевић, 2012., стр. 42).

Нађијев модел је послужио као основ за приступ материји инвалидности значајних међународних и националних установа. Основни сегменти Нађијевог модела су четири фазе: (Татић, 2011., стр. 27)

1. Активна патологија (*Active pathology*), која се карактерише прекидом или поремећајем у нормалним процесима, као и напорима организма да поново успостави нормално стање.
2. Оштећење (*Impairment*), које се карактерише анатомском, физиолошком, менталном или емоционалном абнормалношћу или губитком.
3. Функционално ограничење (*Functional limitation*) - ограничење особе да физички извршава одређене активности.
4. Инвалидност (*Disability*) - представља ограничење индивидуе у извршењу социјално дефинисаних улога и задатака унутар социокултурне и физичке околине.

Једна од карактеристика овог модела јесте то да је овај модел по први пут ставио "физички недостатак у социјални контекст" и тако отворио пут новом моделу.

Биопсихосоцијални модел представља основу и извор Стратегије унапређења положаја особа са инвалидитетом Републике Србије 2006. године. У овом моделу инвалидност одражава негативни аспект интеракције између индивидуе, њеног здравственог стања и контекстуалних фактора. Тај процес интеракције има следећи карактер: Нарушено здравствено стање (као резултат акутне или хроничне болести, повреда или траума)

оставља последице у виду оштећења (губитка или абнормалности телесне структуре или физиолошке функције), доводи до промена у активностима (односно у природи и интензитету функционисања особе) и партиципацији (природи и интензитету индивидуалног укључивања у животне ситуације).

На степен и карактер сваке од ових последица оштећеног здравственог стања делују контекстуални фактори, и то лични (пол, године живота, начин савладавања стреса, социјално порекло, едукација, професија, прошло и садашње искуство, укупан образац понашања, карактер и др.) и околишки (социјални ставови, цивилно друштво, правна и социјална структура, службе за подршку, архитектонске баријере, клима, терен, као и други фактори) (Цуцић, 2001).

Модел процеса настанка инвалидитета - Квебешка класификација је настао из Нађијевог и биопсихосоцијалног модела. Модел посматра инвалидност као временску варијабилну категорију, која може да зависи од личних и околишких фактора, који могу да буду ограничавајући и подстичући.

На основу наведеног инвалидитет се стога може посматрати из две перспективе. Прва је идентификација, што је перцепција особе са инвалидитетом о сопственој улози у друштву и приватном животу. Други аспект представља процес идентификације, тј. како окружење, друштво и његове институције вреднују особе са инвалидитетом. Данас инвалидитет представља заједнички проблем за особе са инвалидитетом, државу, локалне заједнице и друштво.

Према дефиницији инвалидитета у Конвенцији Уједињених нација о правима особа са инвалидитетом (2010), особе са инвалидитетом су особе које имају дуготрајна физичка, ментална, интелектуална или сензорна оштећења која, у интеракцији са различитим баријерама, могу ометати њихово пуно и ефикасно учешће у друштву на равноправној основи са особама без инвалидитета.

Дефиниција особе са инвалидитетом, како је сумирана у члану 1 Конвенције Уједињених нација, представља савремени приступ инвалидитету, у складу са Међународном класификацијом функционисања, инвалидитета и здравља, јер се не заснива на медицинском, већ на социолошком моделу инвалидитета.

Генерална скупштина Организације америчких држава је 1999. године усвојила Интерамеричку конвенцију о уклањању свих облика дискриминације особа са инвалидитетом, која дефинише инвалидитет као физичко, ментално или сензорно

оштећење, било трајно било привремено, које ограничава способност обављања једне или више свакодневне активности и може бити погоршана или узрокована економским и социјалним окружењем.

У Закону о спречавању дискриминације особа са инвалидитетом Републике Србије "особе са инвалидитетом" се дефинишу као „особе са урођеном или стеченом физичком, сензорном, интелектуалном или емоционалном онеспособљеношћу, које услед друштвених или других препрека немају могућности или имају ограничене могућности да се укључе у активности друштва на истом нивоу са другима, без обзира на то да ли могу да остварују поменуте активности уз употребу техничких помагала или служби подршке” (члан 3). Будући да се инвалидитет дефинише као социјални, а не медицински феномен, закључак је да је реч о социјалном моделу приступа инвалидности.

Вербиг (Verbugge, 1994) дефинише инвалидност као „социјални процес, односно начин понашања, који произилази из губитка или редукције способности да се изврше очекиване или специјално дефинисане активности социјалних улога у једном дужем временском периоду, због хроничне болести или оштећења” (Татић, 2011., стр. 33).

Дефиниције „инвалидитета“ варирају у зависности од различитих аутора. Пошто концепт „инвалидитета“ у медицинском контексту комбинује концепте „оштећења“ и „инвалидитета“ који су често испреплетени, логично је да се прво разложе и детаљније дефинишу ова два концепта.

Данашње схватање инвалидитета узима у обзир индивидуалне потребе особа са инвалидитетом, као и недостатке и препреке у друштву. Особе са инвалидитетом се дефинишу као особе, које у значајној мери или потпуно немају способности вида, слуха, локомоторних радњи, или имају недовољне интелектуалне способности. Са новим схватањем инвалидитета развија се и процес интеграције особа са инвалидитетом, који се, као и концепт инвалидитета, различито схвата и спроводи од стране држава.

Инвалидитет се схвата као вишедимензионални феномен који настаје из интеракције између особе са инвалидитетом и њеног физичког и друштвеног окружења, што спречава њено пуно и ефикасно учешће у друштву. Поред индивидуалног приступа, нпр. у здравственој заштити, васпитању, образовању, обуци, запошљавању итд., неопходна је и друштвена акција и одговорност како би се осигурало да особе са инвалидитетом имају одговарајуће могућности за пун и равноправан живот.

Инвалидитет је, дакле, стање које се схвата као скуп различитих појава које утичу на особу са инвалидитетом и њен живот, што отежава њено функционисање у свакодневном животу. Друштво је, међутим, то које мора да прихвати особу са инвалидитетом такву каква јесте и да јој се прилагоди у различитим областима.

У контексту доживљавања здравља, оштећење је сваки губитак или абнормалност психолошке, физиолошке или анатомске структуре или њихове функције. У контексту доживљавања здравља, инвалидитет је свако ограничење или смањење у обављању појединачне активности на начин или у мери која се процењује као нормална за особу.

Особе са инвалидитетом су особе које имају дуготрајна физичка, ментална, интелектуална или сензорна оштећења која, у комбинацији са различитим препрекама, могу ограничити њихову способност да у потпуности и ефикасно учествују у друштву на равноправној основи са другима.

2.1.2. Врсте инвалидитета

Групе особа са инвалидитетом се веома разликују једна од друге. Имају различита ограничења и потребе. На основу тога могу се класификовати у следеће групе: особе са физичким инвалидитетом, слепи и слабовиди, глуви и наглуви, интелектуални инвалидитет.

Особе са физичким инвалидитетом

Код ове врсте инвалидитета, цело тело или део тела је погођено, а покретљивост и независност у кретању су смањене. Кључно ограничење особа са физичким инвалидитетом је ограничено кретање и/или контрола покрета. Повреда кичмене мождине, посебно тешка, може се класификовати као један од најтрауматичнијих облика оштећења здравља, како са личне тако и са опште јавне перспективе, захтевајући не само најефикаснију медицинску помоћ у опоравку, већ и у прилагођавању изненадној и значајно измењеној личној и животној ситуацији.

Мултипла склероза је болест централног нервног система, који обухвата мозак и кичмену мождину. Може довести до тешког инвалидитета, када је пацијент потпуно зависан од помоћи других.

Физички инвалидитет је обично најприметнији код церебралне парализе, али то није најтежи или једини облик инвалидитета. Понекад је озбиљнија препрека ментални инвалидитет. Познато је да је церебрална парализа непрогресивно и трајно оштећење мозга или централног нервног система. Сви облици церебралне парализе потичу од оштећења мозга или абнормалног развоја нервног система, што се може јавити пре, током или после рођења. Код церебралне парализе, физички инвалидитет може значајно да варира, од делимичног оштећења удова до тешког вишеструког физичког инвалидитета.

Слепи и слабовиди

Кључно ограничење слепих и слабовидих особа са становишта интеграције у урбану средину је њихов вид. Ту спадају различита оштећења вида, као што су миопија, хиперопија, астигматизам, слепило за боје, оштећење мрежњаче, оштећење сочива, дијабетичка ретинопатија, оштећење очног живца итд., што може резултирати делимичним или потпуним губитком вида. У животном окружењу, све визуелне знаке, оријентацију и друге елементе треба прилагодити другим чулима, пре свега слуху и додиру, као и чулу мириса. У групи слабовидих особа, где је вид оштећен, али није изгубљен, све визуелне знаке, оријентацију и друге елементе у животном окружењу треба нагласити контрастним бојама, омогућити увећање, а такође прилагодити слух и додир.

Ограничење глувих и наглувих особа је потпуни или делимични губитак слуха. Деле се према времену (делимичног) губитка слуха - од рођења, несрећним случајем, старости и степену губитка слуха и имају различите потребе према прагу слуха. У овим групама, слушне сигнале треба појачати или заменити, а управљање прилагодити тако да се могу разумети видом, мирисом и чулима (нпр. вибрацијама).

Данас, глуве и наглуве особе које су делимично или потпуно изгубиле слух имају на располагању многа медицинска и техничка помагала која им омогућавају боље функционисање у свакодневном животу. Ова врста инвалидитета не показује споља да је особа инвалид, стога друштво мора бити толерантно, јер се са инвалидитетом срећемо готово на сваком кораку, али тога нисмо свесни.

Особе са менталним поремећајима су сличније другим људима него што се разликују од њих. Имају жеље, пријатеље, интересовања и проблеме. У предшколском периоду већина њих иде у вртић, касније у школу, а након завршетка образовања, запосле се. Понекад су њихове потребе за васпитањем, образовањем и радом другачије, посебне.

Ментални поремећаји представљају значајно ограничење у укупном функционисању појединца. Реч је о општем субпросечном интелектуалном функционисању које се јавља током развојног периода и повезано је са понашањима у областима самосталности, комуникације, социјализације и разумевања. Особа са интелектуалним инвалидитетом је стога особа која одступа од просека у најмање две области адаптивног понашања када се тестира.

Области адаптивног понашања су: комуникација, домаћи задаци, брига о себи, интеграција у окружење, функционалне академске вештине, самоусмеравање, здравље и безбедност, слободно време, рад и запослење. То су људи којима је потребно много љубави и поштовања од породице, а и од ширег друштва. Међутим, много пута друштво се повлачи од особа са интелектуалним инвалидитетом.

Аутизам је врло сложен поремећај у развоју мозга који карактерише слаба или никаква социјална интеракција, као и ограничени и понављајући обрасци понашања. Даунов синдром је облик хромозомопатије и јавља се као последица тризومیје хромозома 21 (имају 47 хромозома уместо 46).

2.1.3. Однос друштва према особама са инвалидитетом

Особа не “постаје инвалид” дијагностиковањем одређеног типа инвалидитета, већ „када своју посебност психофизичког функционисања угради у самоперцепцију, као главну окосницу идентитета” (Касум и Младеновић, 2017, стр. 43).

Историја односа према особама са инвалидитетом у Европи не може бити извор поноса. Мењала се током времена, баш као што су се мењали и социо-економски услови. Истовремено, мењао се и положај особа са инвалидитетом. Што се цивилизација више развијала, то је друштво постајало свесније своје одговорности према физички или ментално хендикепираним или онима који су се разликовали од уобичајених људи по својим физичким и менталним карактеристикама и способностима.

Однос према хендикепираним особама у једном друштву показује у ствари ниво друштвеног развоја. У далекој прошлости, у периоду пре наше ере, када су људи покушавали да на свој начин објасне разне природне појаве, инвалидитет су схватили као

Божју казну. Инвалиди су третирани као посебна људска врста. Неинвалиди су их често убијали. Родитељи су бацали своју хендикепирану децу у реке или их остављали у шумама. Чак и у Средњем веку, однос према хендикепираним особама био је обележен равнодушношћу, занемаривањем и страхом. Физички и ментално хендикепирани били су мета исмевања.

У Средњем веку, Католичка црква је почела да оснива прве азиле, посебно за слепе и ампутиране особе. Ове установе нису биле образовне, већ су само пружале негу и лечење. Услови су били лоши, што је довело до многих смртних случајева. Већ „у античко доба, манастири су прихватили хендикепиране, где су обављали разне задатке ако су били у могућности и вољни” (Kisañji, 1999, стр. 4).

Постепено се став према инвалидима почео мењати. Развојем медицинских и других наука, свештенике су заменили лекари и научници. Установе у којима су смештени инвалиди имале су две сврхе: да обезбеде бригу о онима који нису могли да раде док су други чланови породице радили и да оспособе радно способне инвалиде за рад. У прошлости, на животне услове инвалида утицале су и посебне околности, као нпр. незнање, занемаривање, сујеверје и страх, што је често узроковало изолацију инвалида у друштву и ометало њихов развој.

И данас се особе са инвалидитетом не третирају као равноправни чланови друштва. Дискриминација на основу инвалидитета значи прављење разлике, искључивање или ограничење направљено на основу инвалидитета са циљем или последицом нарушавања или поништавања једнаког признавања, уживања или вршења свих људских права и основних слобода у политичкој, економској, социјалној, културној, грађанској или било којој другој области. Група људи као што су особе са инвалидитетом, без обзира на њихову врсту или узрок, посебно је изложена дискриминацији, првенствено због ограничења у различитим областима услед њиховог инвалидитета.

Друштво и држава су првенствено одговорни за дискриминацију особа са инвалидитетом, јер им не дозвољавају да се прилагоде у различитим областима свог свакодневног живота. Ради спречавања дискриминације и једнаких могућности за све у различитим областима, важно је и кључно подизати свест млађе и старије популације о инвалидитету и њиховим проблемима, са којима се сусрећу готово на сваком кораку свог живота. Важно је подизање свести код деце у школи, а посебно мишљење родитеља према особама са инвалидитетом и њиховом образовању.

У великој мери, начин и квалитет живота особа са инвалидитетом зависи од става друштва према њима, будући да је само друштво криво за многе њихове препреке у свакодневном животу. Иако је живот особа са инвалидитетом много лакши него што је некада био због све веће свести, разумевања и толеранције у савременим друштвима, ипак се понекад дешава да је инвалидитет донекле стигматизован. У неким градовима широм света, тржни центри, барови, ресторани и други објекти и даље нису приступачни особама са инвалидитетом.

2.2. Инклузија у настави физичког и здравственог васпитања особа са инвалидитетом

Погрешно је мислити да је рад мање захтеван ако су физичке или менталне способности ученика смањене. Правило је да што је мања покретљивост ученика, то пажња наставника мора бити већа. Захтеви и очекивања руководиоца прилагођених спортских активности морају бити високо постављени. То су знање и разумевање особа са инвалидитетом; познавање законитости и специфичности спортског тренинга; познавање различитих метода у решавању психосоцијалних проблема; примена метода рада за различите способности тренирајућих; мотивација групе и појединаца; способност планирања и прилагођавања тренинга; вешто коришћење метода посматрања.

Спорт у својим димензијама је она активност која стимулише дух, самопоуздање, одлучност, пријатељство, а такође и такмичарски дух. Рехабилитација добро одабраним и прилагођеним спортским активностима доноси и низ других предности: бољу физичку спремност, већу посвећеност сопственом тренингу, бољу сарадњу са другима, смањење нежељених психолошких реакција, побољшање координације покрета, већу самоиницијативу и, на крају, већу самосталност.

Функција наставе физичког васпитања деце са инвалидитетом је двојака: (Јапунца-Милисављевић, 2009):

1. биолошка (здравствено-хигијенска) и
2. педагошка (васпитно-образовна).

Биолошка функција се бави питањима здравља деце. Остварује се кроз корективну гимнастику чији је циљ отклањање телесних недостатака. Педагошка тежиште ставља на васпитање и образовање деце односно корекцију недостатака у телесном и моторном развоју, као и систематско праћење развоја и психомоторне спремности (Јапунца-Милисављевић, 2009).

Циљ наставе физичког васпитања треба да буде анимација деце „да се баве физичким вежбањем, кроз забаву и игру, и да се задовоље основни приоритети школског спорта: свеобухватност, препознавање талената и здравствени аспект” (Раденовић и Мијатовић, 2017, стр. 268).

„Спорт доприноси побољшању и успостављању нормалних међуљудских односа и бољем прилагођавању на инвалидност” (Кљајић и сар., 2013, стр. 58). Као и рехабилитација, спорт за особе са инвалидитетом је повезан и са медицином, физиотерапијом, корективним и куративним здравственим активностима, а посебно са облашћу која се назива адаптиране спортске активности.

Адаптирана спортска активност је „интердисциплинарни скуп знања усмерен на идентификовање и решавање психомоторних проблема током целог животног века и залагање за једнак приступ здравом, активном начину живота и слободном времену, висококвалитетном образовању за наставу физичког васпитања и учешће у спорту, плесу, воденим спортовима и пружање услуга у школској заједници које подржавају интеграцију и инклузију“ (Steward et al., 2003, стр. 19).

Убрзана интеграција деце са инвалидитетом у редовне школе захтева, између осталог, познавање основа прилагођених спортских активности. Термином прилагођени спорт у литератури се означавају „спортске активности, модификоване и прилагођене особама са инвалидитетом” (Касум и сар., 2011, стр. 60).

Развијање и одржавање психомоторних способности и стицање разноврсних спортских искустава је веома важно. Прилагођене спортске активности су важна веза између васпитања и образовања и интеграције у окружење. У спортском тренингу је неопходно обезбедити најбоље могуће могућности за тренинг за све ученике, без обзира на њихове физичке и менталне способности. Пречесто рад са особама са инвалидитетом зависи првенствено од домишљатости и добре воље појединаца, без планске и сталне сарадње спортске струке.

Припремљеност ученика са инвалидитетом за заједничку наставу физичког васпитања са њиховим вршњацима типичног развоја је „значајан услов за успех инклузивног образовања у оквиру овог школског предмета” (Радисављевић Јанић и сар., 2018., стр. 236).

2.2.1. Појам и карактеристике инклузије и инклузивног образовања

Појам "инклузија" долази од латинске речи *inclusio* и означава повезаност, припадање. Циљ инклузије је стварање школе за све. Концепт инклузије је почео да се појављује у Европи и свету крајем 20. века, а паралелно, наравно, и покрет за инклузију у школама. Представља систем мера којима се покушава делимично или потпуно укључити социјално искључене појединце у друштвену групу, у школу или разред или у шире друштвено окружење.

Циљ инклузије је превазилажење препрека друштвеном учешћу делимично или потпуно социјално искључених појединаца. Она не представља нови концепт образовања и васпитања особа са посебним потребама, већ проширује или надограђује концепт интеграције у нови квалитет.

Циљ инклузије у образовању је обезбеђивање квалитетног образовања, под једнаким условима за све, јер је право на образовање као људско право, загарантовано међународним правним актима, Уставом Републике Србије и законима, који уже регулишу остваривање људских права у области образовања.

У Републици Србији је, Законом о основама система образовања и васпитања из 2009. године, уведен инклузивни концепт образовања, који омогућава да свако дете, без изузетка, може да се упише у школу у близини свог пребивалишта.

Инклузија и спровођење инклузивног модела отварају услове за децу са посебним потребама за њихов нормалнији и уравнотеженији лични развој, услове за већу мотивацију за продуктивне задатке, а самим тим и услове за боља постигнућа.

Инклузија је више од адаптације, то је култура живота у одређеној заједници (школи, разреду) у којој су сви добродошли, у којој се подржавају различите потребе, у којој се улажу напори да се обезбеди коегзистенција различитих културно-социјалних, физичких и

интелектуалних карактеристика. Такође покушава да придобије наставнике, директоре и друге стручњаке за нове односе у којима се напушта дискриминација, сегрегација, маргинализација, односи у којима се покушава елиминисати елитизам, конкуренција и успоставити односи који наглашавају сарадњу, прихватање, охрабривање итд.

Сврха инклузије је да трансформише школски систем тако да може да задовољи пун спектар индивидуалних потреба свих ученика у разреду. Стога, она није усмерена на аномалије ученика, њихову категоризацију и избор одговарајућих облика подршке како би се помогло ученицима да постигну бољи успех и укључивање у колектив, већ тежи да елиминише недостатке школе. Подстиче стручњаке у области образовања да размишљају о сопственим поступцима, приступима настави, коришћењу различитих облика подршке и начинима реаговања на потребе све деце (Farell, 2005).

Инклузија представља образовни концепт, који омогућава деци са посебним потребама, која су се школовала у специјализованим установама пре деценију или две, да похађају редовне школе заједно са својим вршњацима типичног развоја. Број ове деце се повећава из године у годину, јер поред њихове интеграције у друштво вршњака, стицање знања за активно укључивање у професионални живот, а самим тим и у одрасли живот након завршетка школе постаје све важније.

Инклузивно образовање се заснива на људским правима и оним вредностима које се односе на друштвене односе између људи који треба да живе у друштву будућности. Оне би требало да буду присутне и у школском простору. Инклузија је намењена оним групама деце и ученика који, због својих друштвених, интелектуалних или емоционалних специфичности имају изузетан положај и којима је потребна посебна пажња и помоћ за њихов друштвени и ментални развој и школско учење.

Суштинска сврха инклузивне школе јесте тежња ка коегзистенцији ученика са различитим културним, друштвеним, физичким и интелектуалним карактеристикама. Кључна карактеристика инклузије је стварање бољег квалитета, нових перспектива и ширег нивоа инклузије деце са инвалидитетом.

Портер (Porter, 1995) наводи следеће главне карактеристике инклузивног модела: фокус на учионицу, верификација метода наставе и учења, сарадња у решавању проблема, стратегије за наставнике, флексибилно и подржавајуће окружење у учионици. Инклузивно образовање се стога заснива на правима деце да похађају своју локалну школу, што је

могуће ближе месту становања, и да се школа мора прилагодити способностима детета, где може бити успешно упркос свим својим посебним карактеристикама.

Потребно је пронаћи опције које омогућавају појединцу да се успешно интегрише. То захтева бројна прилагођавања процеса учења, понекад и наставног плана и програма. Инклузивна школа захтева успостављање атмосфере учења, за коју су важне добра комуникација, сарадња, колаборативно учење, могућности да ученици уче једни од других и могућности за демонстрирање јаких страна сваког ученика, како би сви могли бити успешни.

Инклузија особа са инвалидитетом је стратешки циљ социјалне политике у свим развијеним, посебно европским земљама, које су већ постигле значајне резултате у правцу остваривања тог циља (Лакићевић, 2012., стр. 96).

2.2.2. Укључивање особа са инвалидитетом у наставу физичког васпитања

У данашњем школском систему све је већи нагласак на укључивању или интеграцији особа са инвалидитетом у редован школски програм. Потпуно укључивање је могуће само када се узму у обзир посебне потребе детета. То укључује потребу за прилагођеним школским објектима и физичком активношћу.

Укључивање ученика са инвалидитетом у спортске активности значи да они, као и други ученици, имају могућност да учествују, што се постиже пружањем одговарајуће помоћи. Ученици тако добијају могућност да ризикују, бирају, праве грешке, буду самостални и користе све предности, које пружа редовно вежбање и спорт, како у школи тако и ван ње (Downs, 1995).

Физичко васпитање је „педагошки процес, којим се омогућава интегрални развој ума, тела и духа” (Милановић и Радисављевић-Јанић, 2018, стр. 279). Да би ученици са инвалидитетом у физичком васпитању добијали часове физичког и здравственог васпитања и да би учествовали у спортским данима и излетима, школама у природи и другим активностима, потребна је свест да и ова деца имају довољно знања и вештина за учешће у физичком васпитању. Учесћем у физичком васпитању ова деца стичу радне

навике, истрајност, навикавају се на рад са својим друговима из разреда и само уз добру сарадњу постижу жељени успех.

Предмет физичког васпитања је процес континуираног обогаћивања знања, развоја вештина и формирања личности и односа између појединаца. Стога је потребно тежити да се одабраним циљевима, садржајима и методама рада допринесе хармоничном био-психосоцијалном развоју ученика, посебно када је он ометен у кретању. Прилагођеним приступом омогућава се таквом ученику да се опусти и смањи негативне ефекте савременог живота.

Кроз физичко и здравствено васпитање усађују се и навике за здрав и испуњен живот, и стога се не сме дозволити да појединци буду лишени тога због присуства специфичних дефицита. За особе са физичким инвалидитетом, присуство ових вештина је неопходно, јер се чешће морају доказивати у животу него њихови вршњаци типичног развоја. Најподложнији су стицању ових вештина током периода предшколског и основношколског образовања. Разноликост карактеристика особа са инвалидитетом захтева не само способност наставника да прилагоде спортске активности, већ и разнолик начин укључивања у такве активности.

Укључивање детета са физичким инвалидитетом у спортске активности није увек лако. Може да буде препуно бројних препрека, које су често објективне природе. Чешће су резултат предрасуда, па чак и нетолеранције према онима који су другачији. Стога, планирање укључивања детета у ову врсту активности захтева много припреме.

Мејнстриминг, како Даунс (Downs, 1995) назива укључивање деце са посебним потребама у редован програм физичког васпитања, отвара низ могућности, али поставља додатне захтеве пред руководиоце да познају и узму у обзир разноликост моторичких и интелектуалних способности и опште знање полазника.

Професионално лице које се бави интеграцијом мора стећи одговарајућа знања из медицинске, специјално-педагошке, психолошке и, наравно, спортске области. Мора сарађивати са родитељима, лекаром, физиотерапеутом, радним терапеутом, специјалним едукатором, психологом итд.

Постављени спортски циљеви могу се остварити на различите начине, при чему физичке и менталне способности нису одлучујуће, док се истовремено трудимо да одржимо сву атрактивност коју спорт пружа, његову непредвидивост, узбуђење, разноврсност избора, могућност победе и пораза.

Међу стручњацима који су развили различите приступе и методе и тиме допринели успешном укључивању деце са посебним потребама у наставу физичког васпитања био је и Виник (Winnick, 2005), који је методе поделио у пет фаза:

1. фаза: редовна спортска активност - подразумева укључивање деце са инвалидитетом у спортску активност коју може успешно да обавља без већих адаптација или помагала;
2. фаза: редовне спортске активности са прилагођавањима - почиње прилагођавањем правила или коришћењем прилагођене спортске опреме или других помагала. Прилагођена спортска активност подразумева да сви ученици изводе исту спортску активност, али су прилагођена правила, алати и поље деловања. Ово омогућава укључивање свих учесника са различитим тешкоћама (нпр. играње кошарке са спуштеним кошевима). Ова фаза помаже свим учесницима да постигну постављени циљ кроз одређену флексибилност у погледу поштовања правила игре.
3. фаза: паралелна спортска активност – особе са инвалидитетом су укључене у исту врсту спортске активности као и њихови вршњаци без инвалидитета, али је обављају на прилагођен начин;
4. фаза: прилагођена спортска активност са укључивањем вршњака без инвалидитета – спортске активности су прилагођене особама са инвалидитетом а у њих су укључени и њихови вршњаци без инвалидитета (нпр. одбојка седећи, седење „између две ватре“).
5. фаза: прилагођене спортске активности само за ученике са инвалидитетом – само ученици са инвалидитетом су укључени у спортске активности прилагођене посебно за њих у специјализованим установама. Овај облик се може реализовати као део допунске наставе или као део додатне стручне помоћи на часовима физичког васпитања (вешта вожња инвалидских колица).

За укључивање деце, адолесцената и одраслих у такве активности, потребно је узети у обзир неколико фактора који омогућавају успешно укључивање. То су воља, рад, истрајност наставника; знање, домишљатост и храброст водитеља активности; усклађеност потреба и способности наставника са захтевима програма спортског тренинга; прихватање од стране вршњака типичног развоја; пријатна атмосфера, безбедно окружење; знање наставника о психомоторном учењу и вези и ефектима инвалидитета на основне моторичке и спортске перформансе.

2.2.3. Реализација наставе физичког и здравственог васпитања са ученицима са инвалидитетом

Физичко васпитање се спроводи у образовним установама. Подразумева индивидуализовани програм, који обухвата физичке и моторичке вештине, основна моторичка знања и обрасце, вештине у воденим спортовима и плесу, и индивидуалне и групне друштвене игре и спортове, који су намењени задовољавању посебних потреба појединаца (Winnick, 2005).

Међутим, овде се истиче озбиљан проблем, будући да се деца са инвалидитетом често изузимају са часова физичког васпитања и упућују на додатну стручну помоћ. Таква запажања су свакако и последица недостатка обуке и искуства оних који спроводе ову активност - васпитача у предшколским установама, наставника и спортских педагога. Квалитет физичког образовања мора да се обезбеди и унапреди „кроз квалификоване наставнике физичког образовања, уз одговарајуће мере за надзор квалитета” (Раденовић и Мијатовић, 2017, стр. 269).

Ученицима са проблемима у области кретања природно је потребан другачији, индивидуализовани приступ физичком васпитању због њихових развојних карактеристика. Потребне су им методе рада прилагођене њима, употреба помагала, разумевање и међусобна помоћ, другачији временски ритам и интердисциплинарни третман. Поред наставника физичког васпитања, учествују и други стручни радници, као што су школска саветодавна служба, здравствене установе, физиотерапеут, радни терапеут и родитељи.

Winnick (2005) наглашава да прилагођене спортске активности треба да обезбеђују не само појединци специјализовани у овој области (као што су разни терапеути), већ и редовни наставници физичког васпитања, који морају преузети одговорност за развој свих ученика којима предају. Успех ученика у физичком васпитању захтева наставника који поседује одговарајућа стручна знања, вештине и вредности, као и брижан и подржавајући став, који би такође требало да обезбеди безбедно и контролисано окружење за учење.

Активности које дете са телесним инвалидитетом може да обавља нпр. у области садржаја атлетике су кратке шетње или трчање у природи, штафетне игре са елементима ходања, кратких трчања, скокова и бацања. Тако нпр. ученик у инвалидским колицима изводи и

усавршава вештину вожње инвалидских колица или трицикла у различитим правцима, са различитим препрекама и на различитим удаљеностима, бацање лопте или звиждуљке из места или трчање ка циљу и даљини, бацање већих лопти на различите начине.

Ако је ниво физичког инвалидитета превисок и појединац не може да изводи све или неке активности, упознаје се са основним атлетским концептима, командама за различите стартове, са атлетским алатима за развој моторичких способности, мерењем срчане фреквенције, мерењем штоперицом.

Активности које дете са физичким инвалидитетом може да изводи у оквиру садржаја гимнастике са ритмичким изражавањем су гимнастичке вежбе са и без помагала. Они са мањим потешкоћама могу да изводе разне врсте котрљања, љуљања, стајања на лопатицама, котрљања напред и назад уз одговарајућу адаптацију - рампу (тј. активности на поду).

Они са мањим потешкоћама могу да се пењу на летвичасту рампу, косу клупу, љуљашке (тј. активности где је тело у контакту са површином). Они са мањим потешкоћама могу да савладају помагала као препреке. Особа у инвалидским колицима може да их напусти уз помоћ и да изводи једноставне активности на поду. Скокови се не препоручују ако особа има потешкоћа са њиховим извођењем, али може да вежба одгуривање на малој флексибилној цереди са малом амплитудом, а вежбе равнотеже се изводе на поду уместо на клупама или гредама.

У садржајном скупу спортских игара, спортски васпитач бира између кошарке, одбојке, фудбала и рукомета. Активности које дете са проблемима у кретању може да изводи у кошарци су ношење и котрљање лопти на различите начине, различити облици вођења лопте у месту левом и десном руком, различита додавања са обема рукама у месту, хватање обема рукама, погађање различитих непокретних и покретних мета, шутирање на кош на одређени начин или на начин који дозвољава поремећај кретања, извођење штафетних игара са или без помоћи инвалидских колица, активно учешће у игри са одговарајућим правилима кошарке у инвалидским колицима и учешће као судија.

Увођењем предмета “Физичко и здравствено васпитање” у основној школи, наставници физичког васпитања су „у обавези да прате телесни статус и моторичке способности ученика” (Милановић и Радисављевић-Јанић, 2018, стр. 289).

Добар наставник би такође требало да користи приступе и стилове наставе, који користе ученицима (Милановић и Радисављевић-Јанић, 2018). Да пружа индивидуализоване

инструкције и могућности и да ствара позитивно окружење у којем се ученици осећају прихваћено и подржано. Све ово представља значајан изазов за наставнике, јер је важно узети у обзир и разноликост моторичких и интелектуалних способности и опште знање ученика.

Сваки наставник, васпитач, терапеут и сви други који воде спортске активности за особе са инвалидитетом би требало да буду упознати са познавањем различитих категорија инвалидитета из медицинске, педагошке, психолошке и социјалне перспективе, као и са специфичностима појединачних врста и облика инвалидитета и њиховог утицаја на кретање и спортску активност. Морају бити упознати са теоријским и практичним аспектима спортских могућности погодних за особе са инвалидитетом и методама специфичности комуникације у вођењу прилагођених спортских активности.

Безбедно учешће појединца један је од најважнијих фактора квалитетног физичког васпитања. Због своје специфичности, постоји много већа шанса да се ученик повреди, јер безбедно извођење физичких задатака захтева одређени ниво развоја моторичких способности и ниво техничког знања, као и одговарајућу опрему у просторији и одговарајућу личну опрему за оне који вежбају (Wilhelmsen et al., 2019).

Прилагођавање правила, опреме и услова игре за ученике са инвалидитетом стога мора да се одвија у границама које обезбеђују безбедност извођења. У организованим активностима као што је школско физичко васпитање, безбедност је првенствено одговорност наставника, који мора да води рачуна о свим факторима који би могли да угрозе ученике и, у датим околностима, да што више минимизира ризик.

У спортским активностима у којима учествује дете са инвалидитетом, ризик од повреда, несрећа и падова је много већи. То значи да је потребно много више претходног предвиђања, планирања и припреме како би се осигурао разуман ниво безбедности. Ова деца се брже умарају, стога је потребно пажљиво планирати у коју врсту физичке активности их укључити.

Такође је потребно осигурати да дете са инвалидитетом не развије одбрамбени механизам прекомерне компензације (Wilhelmsen et al., 2019). Ова деца желе да буду равноправна са својим вршњацима управо у области кретања, где су најслабија. То може довести до претеривања, где превазилазе своје могућности.

Приликом припреме индивидуализованог програма физичког васпитања, наставник физичког васпитања треба да сарађује са стручњацима других профила (лекар,

физиотерапеут, радни терапеут, специјални педагог). Тесна сарадња са родитељима и разматрање њихових искустава је такође важна.

У делу опште кондиционе припреме, дете са телесним инвалидитетом треба, у складу са својим могућностима, да изводи вежбе за развој различитих облика снаге, координације покрета, флексибилности и издржљивости, као и вежбе за стабилизацију тела и одржавање правилног држања. Разни природни облици кретања, као што су пузање, гмизање, котрљање итд., такође могу бити погодни.

У свим овим активностима мора се водити рачуна да се избегне прекомерна напетост мишића. У овом случају, активност се замењује прикладнијом. Ако је ниво физичког инвалидитета превисок и појединац не може да обавља одређене активности, практична знања се замењују теоријским знањима (Winnick, 2005). Дете учи о основним физичким способностима, принципима спортског тренинга, интензитету и трајању оптерећења у зависности од циља, разликама између аеробних и анаеробних вежби итд.

Још једна важна карактеристика наставника физичког и здравственог васпитања је способност импровизације, како би, упркос могућим архитектонским и другим препрекама, могли оптимално да укључе сву децу у часове физичког васпитања.

2.2.4. Значај физичког и здравственог васпитања за особе са инвалидитетом

Физичко васпитање је једини предмет у школи, који децу припрема за здрав живот утичући на физички и ментални развој (Милановић и сар., 2023). Физичка активност има огроман значај за здравље и за физичко, психолошко и социјално благостање (Радисављевић Јанић и сар., 2020).

Потреба за кретањем једна је од основних потреба детета. Кретањем се развија и јача тело детета, координирају се његове моторичке способности, а вештине се тренирају кроз повезивање индивидуалних физичких и спортских активности. Одговарајућим подстицајима у породици, а касније и у школи, утиче се на дететов каснији начин живота и опрема га да самостално управља искушењима, теретима и стресовима живота. Може да се каже да се не може замислити развој детета без физичке и спортске активности.

И потреба за кретањем и друге потребе за забавом, опуштањем, дружењем и такмичењем представљају нормалне животне потребе и за особе са инвалидитетом. С друге стране, физичке и спортске активности представљају идеално поље за њихову реализацију и нема апсолутно ниједног разлога зашто се ове особе не би бавиле спортом упркос свом инвалидитету, заправо, спорт и кретање су им још важнији.

Физичке и спортске активности такође играју важну улогу код деце са телесним инвалидитетом у погледу рехабилитације. Оне не замењује физиотерапију и друге облике стручног третмана, али ипак, одговарајуће одабрана и правилно вођена спортска активност је важан фактор у опоравку и развоју моторичких функција. Поготово што деца обично са задовољством учествују у спорту, али често развијају отпорност према различитим терапијама.

Циљ физичког васпитања деце са инвалидитетом је да допринесе свестраном развоју ових ученика у циљу јачања здравља, радне и одбрамбене способности, оспособљавања за слободно стваралачко изражавање у игри, спорту, гимнастици и осталим облицима физичке културе, што доприноси хуманизацији личности и потврђивању њених људских вредности (Јапунца-Миличављевић, 2009).

Истраживања потврђују да особе са инвалидитетом, које се континуирано баве физичким активностима и боље овладавају спортским активностима, у поређењу са особама са инвалидитетом, које не практикују спортске активности, имају веће самопоштовање и целокупну самоперцепцију (Ваџанас et al., 2014).

Истраживања такође показују да су деца и адолесценти са телесним инвалидитетом који се активно баве спортом задовољнији квалитетом живота. Самопозданији су, имају бољу слику о себи и виши ниво самопоштовања. Код ових особа, шансе за депресију, инхибицију и негативне механизме решавања проблема су такође знатно смањене.

2.3. Мишљења родитеља ученика са инвалидитетом о инклузији у настави физичког и здравственог васпитања

Мишљења родитеља имају значајан утицај на образовна искуства и исходе деце. Дакле, мишљења родитеља и њихови ставови према укључивању њиховог детета у уобичајено окружење ће последично утицати на њихове одлуке о томе шта се сматра најбољим за њихово дете. Стога, ставови и мишљења родитеља представљају кључне детерминанте дечјих искустава у раним годинама (Pomerantz et al., 2007).

Родитељи ученика са инвалидитетом могу да имају значајну улогу у захтевном процесу инклузије у настави физичког и здравственог васпитања, који почиње њиховом одлуком да своје дете сместе у уобичајено школско окружење (Dimitrios et al., 2008). Родитељи такође имају кључну улогу у промовисању инклузије. Другим речима, они су били заговорници покрета за укључивање деце са инвалидитетом у редовно образовање (Tryfon et al., 2021).

У ствари, мишљења родитеља ученика са инвалидитетом постају веома важна у процесу инклузије у настави физичког и здравственог васпитања. Информације, које ови родитељи могу да пруже школи о потребама свог детета и како да се њима управљају корисни су за наставнике физичког и здравственог васпитања као и за остало тимско особље.

Стога се пажња мора усмерити ка сарадњи са родитељима, јер уобичајено успостављени облици сарадње са родитељима нису довољни да се деца са инвалидитетом успешно интегришу у наставу физичког и здравственог васпитања. Мора се сарађивати са свим родитељима деце у школи, са родитељима остале деце у одељењу и са родитељима детета са инвалидитетом.

Родитељи деце типичног развоја често изражавају бригу да ће укључивање детета са инвалидитетом негативно утицати на рад и односе у школи. Такође брину и да ће наставник мање обраћати пажњу на њихову децу и да би рад могао бити мање ефикасан (Tryfon et al., 2021).

Стога школа мора да се побрине да родитељи не гаје оваква осећања, јер ће она негативно да утичу на мишљење њихове деце и онемогућити ће да дете са инвалидитетом буде добро прихваћено у школи. Родитељима стога треба представити дете са инвалидитетом, указати

на проблеме ове деце и каква су им прилагођавања и помоћ потребна за наставу физичког и здравственог васпитања.

С друге стране, и родитељи детета са инвалидитетом се суочавају са многим страховима и очекивањима приликом поласка њиховог детета у школу. Наставници, тако, наилазе на различите одговоре родитеља и жељу за сарадњом у настави физичког и здравственог васпитања.

Родитељи могу да буду од велике помоћи наставницима у осмишљавању индивидуализованог програма, јер им могу пружити много информација о функционисању детета код куће, његовим обрасцима понашања, навикама учења, вештинама, интересовањима и мотивацији (Hilbert, 2014).

Важно је успоставити добру комуникацију између родитеља и наставника и осталих запослених у школи. Добро је да се родитељи распитају о стратегијама и наставним методама наставника физичког и здравственог васпитања. Стога, родитељи имају важну улогу у процесу инклузије, јер најбоље знају како њихово дете функционише (Wilhelmsen et al., 2019).

У суштини, истраживања о мишљењима родитеља особа са инвалидитетом према инклузивном образовању њихове деце, указују на њихов позитиван или барем неутралан став према инклузивном образовању (Ilić-Stošović & Nikolić, 2007). Већина истраживања о мишљењима родитеља деце са инвалидитетом према инклузивном образовању њихове деце, показује да ови родитељи подржавају инклузивни образовни модел (De Boer et al., 2012; Leyser & Kirk, 2004).

Лејсер и Кирк (Leyser & Kirk, 2004) су открили да су родитељи у Сједињеним Америчким Државама (САД) показали позитивну подршку инклузији са правне и филозофске тачке гледишта. Родитељи мисле да ће њихово дете имати друштвену и емоционалну корист од боравка у инклузивном окружењу, а да ће њихови вршњаци типичног развоја постати осетљивији и свеснији индивидуалних потреба деце са инвалидитетом.

Такође, неки аутори су мишљења да родитељи деце са лакшим интелектуалним инвалидитетом имају позитивније мишљење према инклузији од родитеља деце са тешким интелектуалним тешкоћама (Hilbert, 2014).

Луи и сарадници (Lui et al., 2015) заступају мишљење да су родитељи деце са умереним до тешким инвалидитетом идентификовали бенефите инклузивног образовања за децу која се

образују у инклузивним школама. Њихови налази указују да је мишљење родитеља позитивно ако уоче да заинтересоване стране (наставници, директори, заједница) подржавају инклузивно образовање.

Истраживање мишљења родитеља деце са инвалидитетом у вези са укључивањем њихове деце у опште образовање у западној Грчкој је такође показало позитивна мишљења према инклузији (Christopoulou et al., 2023). Прецизније, показало се да су родитељи деце са мањим посебним образовним потребама позитивнији у образовању своје деце, у поређењу са родитељима деце са великим инвалидитетом (Qvortrup & Qvortrup, 2018).

Евидентно је да многи родитељи деце са инвалидитетом заступају мишљење да је заједничко подучавање важно, сматрајући да њихова деца имају велику корист од редовног образовања са другом децом типичног развоја. Овај налаз је у складу са претходним истраживањима која указују на позитивна мишљења родитеља према инклузивним образовним моделима.

Насупрот томе, постоје и родитељи који исказују резервисаност према инклузији (Mandell & Salzer, 2007). Такође, већина родитеља деце са благим потешкоћама је умерено задовољна образовном разменом своје деце (специјално одељење, редовно одељење са заједничким наставом и редовно одељење) (Hilbert, 2014).

Забринутост родитеља укључује негативна мишљења као и лош квалитет наставе (De Boer et al., 2010) и необучене наставнике у инклузивним учионицама (Stevens & Wurf, 2018). Родитељи деце са инвалидитетом су забринути због капацитета наставника, истичући да наставници немају потребне вештине за инклузивну наставу, што резултира неефикасним учешћем њихове деце у настави (Stevens & Wurf, 2018). Родитељи такође имају сумње у вези са врстом обуке и искустава које наставници имају у раду са овом децом, а школама недостају ресурси и услови да правилно образују своју децу (Stevens & Wurf, 2018).

Немачко истраживање на узорку од 2000 родитеља је показало да су мишљења родитеља према инклузији ученика са физичким инвалидитетом или сметњама у учењу била прилично позитивна, док су мишљења према ученицима са поремећајима у понашању или менталним сметњама била прилично неутрална (Paseka & Schwab, 2019).

Анализа прегледа литературе је показала да су *мишљења родитеља деце са инвалидитетом у великој мери позитивна или барем неутрална.*

Неки аутори такође указују на повезаност образовања родитеља и њихових мишљења у вези са инклузивним образовањем ученика са инвалидитетом. С једне стране, истиче се да родитељи са вишим степеном образовања имају позитивније мишљење према инклузији од родитеља са мало или без формалних квалификација (Akpede et al., 2018; Amponteng et al., 2019; Lohmann et al., 2018; Torgbenu et al., 2018).

Торгбену и сарадници (Torgbenu et al., 2018) истичу да су образованији родитељи позитивни у погледу ставова, знања и перципираних друштвених норми које промовишу инклузивно образовање ученика са инвалидитетом. Овај налаз сугерише да ће високообразовани родитељи бити наклоњени примени инклузије у настави физичког и здравственог васпитања и да ће бити свеснији напора државе да подржи школе да спроводе инклузивно образовање за ученике са инвалидитетом.

Слично мишљење заступају и Димитрос и сарадници (Dimitrios et al., 2008) који сматрају да су родитељи са високим образовањем критичнији према раду наставника од родитеља без факултетске дипломе. Такође, Лејсер и Кирк (Leyser & Kirk, 2004) истичу да су родитељи са високим образовањем много више за инклузију, него родитељи са средњом или основном школом. Тачније, родитељи са високим образовањем имају више позитивних мишљења од родитеља деце са нижим образовним нивоом (Christopoulou et al., 2023). Иста схватања имају и ДеБоер и сарадници (De Boer et al., 2010) истичући да су мишљења родитеља позитивнија ако су они образованији.

С друге стране, Пасека и Шваб (Paseka & Schwab, 2019) заступају супротне ставове, сматрајући да родитељи са нижим образовањем имају позитивније мишљење према инклузији ученика са инвалидитетом у односу на родитеље са високим образовањем.

Евидентан је и недостатак консензуса о томе да ли образовање родитеља утиче на инклузивно образовање ученика са инвалидитетом. У том контексту значајна су истраживања која су спровели Гупта и Буваде (Gupta & Buwade, 2013) који указују да ниво образовања нема значајан утицај на мишљење родитеља према инклузији њихове деце. Слично мишљење имају и други аутори, који нису уочили значајну разлику између образовања родитеља и њиховог мишљења према инклузивном образовању (Al-Dababneh, 2018).

У складу са наведеним, може да се каже да *постоји повезаност између образовања родитеља и њихових мишљења у вези са инклузивним образовањем ученика са инвалидитетом.*

Повезаност пола родитеља и њихових мишљења у вези са инклузивним образовањем ученика са инвалидитетом забележена је у неколико истраживања, где се истиче значајна разлика између мишљења мајки и очева. Истраживања су показала да је пол родитеља повезан са формираним мишљењима родитеља у вези са инклузивним образовањем њихове деце (Leyser & Kirk, 2004; Paseka & Schwab, 2019). Посебно је утврђено да су мајке деце са инвалидитетом имале позитивнија мишљења у поређењу са очевима (de Boer et al., 2012).

С друге стране, Калива и сарадници (Kalyva et al., 2007) истичу да очеви имају знатно позитивнија мишљења према инклузији своје деце од мајки. Такође, има и истраживања која нису пријавила значајну разлику између полова у вези са инклузивним образовањем њихове деце (Al-dababneh, 2018; Amponteng et al., 2019; Wilhelmsen et al., 2019).

Може да се закључи да је већина истраживања показала повезаност између пола родитеља и њиховог мишљења у вези са инклузивним образовањем ученика са инвалидитетом.

3. ПРЕДМЕТ, ЦИЉ И ХИПОТЕЗЕ РАДА

ПРЕДМЕТ РАДА

Предмет рада представља истраживање мишљења родитеља особа са инвалидитетом о настави физичког и здравственог васпитања.

ЦИЉ РАДА

Циљ рада је дати приказ и анализу мишљења родитеља особа са инвалидитетом о настави физичког и здравственог васпитања и идентификација кључних фактора који утичу на формирање тих мишљења. Поређена су мишљења родитеља у односу на њихов ниво образовања и такође су дате препоруке за унапређење инклузивности и прилагодљивости наставе физичког васпитања.

ХИПОТЕЗЕ

X0: Родитељи деце са инвалидитетом немају негативно мишљење према укључивању њихове деце у наставу физичког васпитања заједно са вршњацима без инвалидитета.

X1: Родитељи са вишим степеном образовања имају позитивније мишљење према укључивању особа са инвалидитетом у наставу физичког васпитања по инклузивном моделу, него родитељи са нижим степеном образовања.

4. МЕТОДОЛОГИЈА ИСТРАЖИВАЊА

4.1. Ток и поступци истраживања

Рад је неекспериментално истраживање трансверзалног типа. Прикупљање података је реализовано методом анкетирања. Истраживање је спроведено у октобру 2025. године. Процедура прикупљања података обављена је попуњавањем анкете у писаној форми, уз детаљна упутства за њено попуњавање.

4.2. Узорак испитаника

Анкету су попуњавали родитељи особа са инвалидитетом у Специјалној школи Антон Скала и у Дому за слепе и слабовидне особе на Славији у Београду. Анкету су попуњавали родитељи из различитих група, а узорак испитаника чини 48 родитеља.

4.3. Узорак варијабли

Основне варијабле које су коришћене у истраживању: демографске варијабле родитеља (старост, пол, образовни ниво, материјални статус породице), карактеристике особе са инвалидитетом (врста, степен инвалидитета), мишљења родитеља према физичком васпитању и социјалне нормативне варијабле (перцепција подршке заједнице).

4.4. Инструмент истраживања

Анкета садржи питања затвореног типа у форми Ликертове скале (Прилог 1). Коришћено је скалирање како би се добиле информације о томе колико су родитељи задовољни квалитетом наставе физичког васпитања, инклузијом, као и односом професора према корисницима.

У првом делу анкете, утврђују се социо-демографске карактеристике родитеља и њихове деце (особа) са инвалидитетом.

Истраживачки део анкете се састоји од две групе питања. У првој групи (од 9. до 19. питања) се испитују мишљења родитеља особа/деце са инвалидитетом, а у вези наставе физичког васпитања. У другој групи (од 20. до 30. питања) се испитују мишљења родитеља о подршци коју им пружа друштвена заједница, као и о самом инклузивном моделу укључивања њихове деце, у наставу физичког васпитања. Обе претходно наведене групе имају по 11 питања (укупно 22 питања). Питања су дата у форми тврдњи, док су родитељи исказивали степен свог слагања/неслагања у форми петостепене Ликертове скале, кроз оцену од 1 до 5.

Оцене имају следеће значење:

1 – У потпуности се не слажем

2 – Не слажем се

3 – Неутрално

4 – Слажем се

5 – У потпуности се слажем

Резултати анкете на обе групе питања, наведени су у форми дескриптивне статистике.

4.5. Обрада података

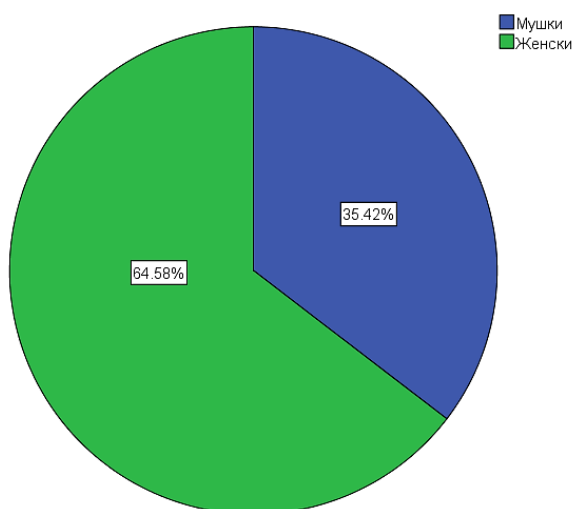
Провера добијених анкетних резултата статистичким тестирањем, спроведена је у програму *IBM SPSS* (Статистички пакет за друштвене науке). Усвојени критични ниво значајности у статистичким тестовима је 0,05.

На основу добијених података урађена је дескриптивна статистика, а поређење резултата између две групе родитеља (са високим и ниским степеном образовања) је обављено т тестом за мале независне узорке.

5. РЕЗУЛТАТИ ИСТРАЖИВАЊА СА ДИСКУСИЈОМ

У наредним графиконима је изложена структура узорка у односу на поменуте социодемографске варијабле.

Следећи графикон приказује структуру учесника анкете према варијабли *пол*.



Графикон 1 - Структура родитеља особа са инвалидитетом према полу

Према изложеној структури родитеља особа са инвалидитетом, евидентно је да је у анкети учествовало 35,4% мушкараца и 64,6% жена.

У наредној табели је представљена дескриптивна статистика варијабле старости родитеља, који су учествовали у анкети.

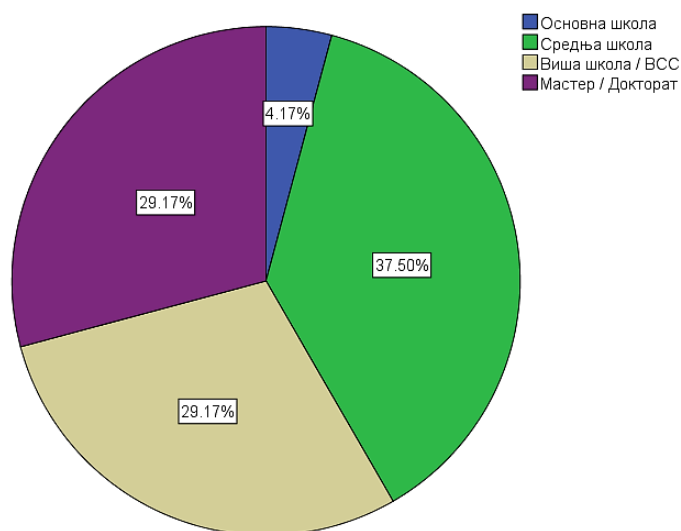
Табела 1 - *Дескриптивна статистика социодемографске варијабле, старост родитеља*

Варијабла	Min	Max	M	SD
Старост	30	59	45,4	5,89

Легенда: Min – минимална вредност; Max - максимална вредност; M – просечна вредност; SD – стандардна девијација;

Сходно резултатима дескриптивне статистике из претходне табеле, јасно је да је најмлађи родитељ имао 30, а најстарији 59 година, док је просечна старост родитеља била нешто изнад 45 година. Израчуната стандардна девијација износи 5,89.

Наредни графикон приказује структуру учесника анкете према *највишем завршеном нивоу образовања*.

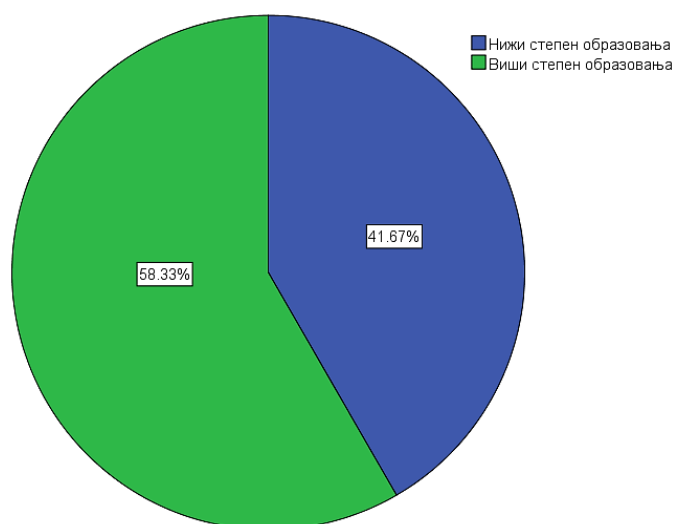


Графикон 2 - *Структура родитеља особа са инвалидитетом према највишем завршеном нивоу образовања*

Према резултатима из претходног графикана евидентно је да је највише родитеља имало завршену средњу школу (37,5%). Истовремено, најмање родитеља који су учествовали у анкети, имало је завршену основну школу (4,2%).

За потребе истраживања, односно спровођења статистичких тестова, број група у варијабли *највишем завршеном нивоу образовања*, редукована је са 4 на свега две групе. Трансформација група је извршена тако да су у новоформирану групу *Нижи степен образовања*, сврстани родитељи са завршеном основном и средњом школом. У групу *Виши степен образовања*, сврстани су родитељи са завршеном вишом школом и мастер студијама / докторатом.

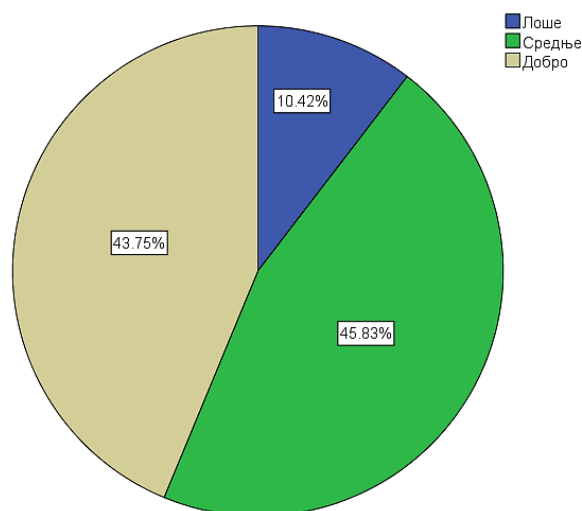
Структура родитеља према новоформираној варијабли *ниво образовања* је приказана у наредном графикону.



Графикон 3 - Структура родитеља особа са инвалидитетом према нивоу образовања

Као што се може уочити из датог графикана, већина родитеља је имала *виши степен образовања* (58,3%), док је *нижи степен* имало 41,7% родитеља деце са инвалидитетом.

Следећи графикон приказује структуру учесника анкете, а према самопроцењеном *материјалном статусу породице* родитеља.



Графикон 4 - Структура родитеља особа са инвалидитетом према материјалном статусу њихове породице

Према приказаним резултатима из претходног графикана, у анкети је учествовало највише родитеља из породица са *средњим материјалним статусом*. Из поменуте групе је било 43,8% родитеља особа са инвалидитетом. Најмање родитеља је било из породица са *лошим материјалним статусом*, свега 10,4%.

У следећој табели је приказана дескриптивна статистика варијабле *старости детета*, родитеља који су учествовали у анкети.

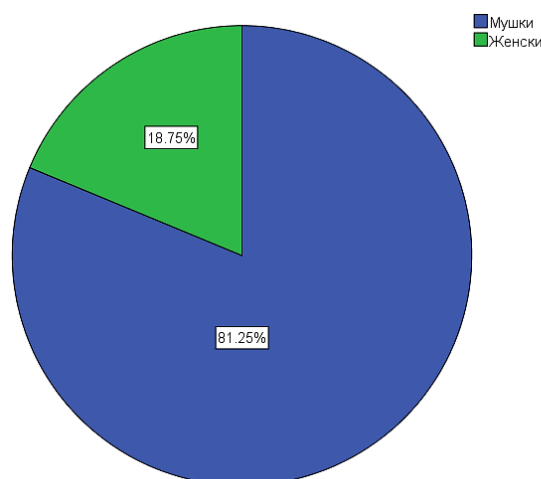
Табела 2 - Дескриптивна статистика социодемографске варијабле, старост детета

Варијабла	Min	Max	M	SD
Старост детета	7	31	13,46	5,51

Легенда: Min – минимална вредност; Max - максимална вредност; M – просечна вредност; SD – стандардна девијација;

Према резултатима дескриптивне статистике из претходне табеле, јасно је да је најмлађе дете имало 7 година, а најстарије 31 годину. Просечна старост деце била нешто испод 13,5 година. Израчуната стандардна девијација износи 5,51.

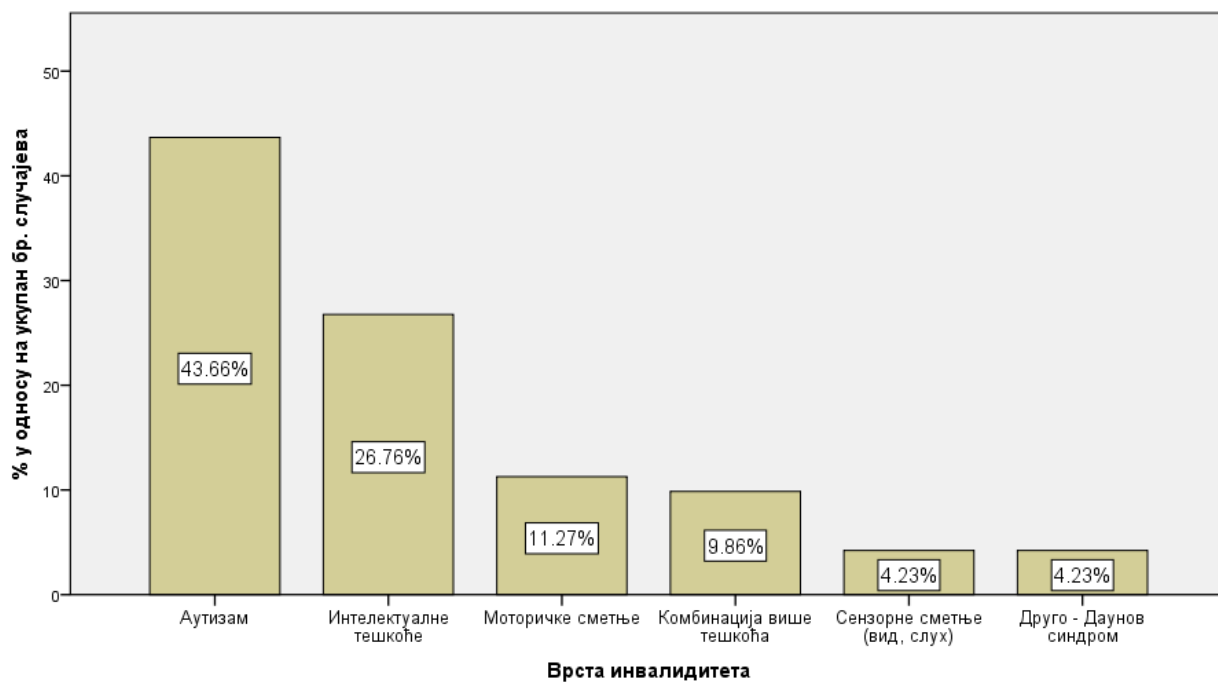
Наредни графикон приказује структуру деце са инвалидитетом, а према њиховом *полу*.



Графикон 5 - Структура деце са инвалидитетом према полу

Као што се може уочити из претходног графикона, већина деце са инвалидитетом је мушког пола (81,3%). Деце са инвалидитетом женског пола било је 18,7%.

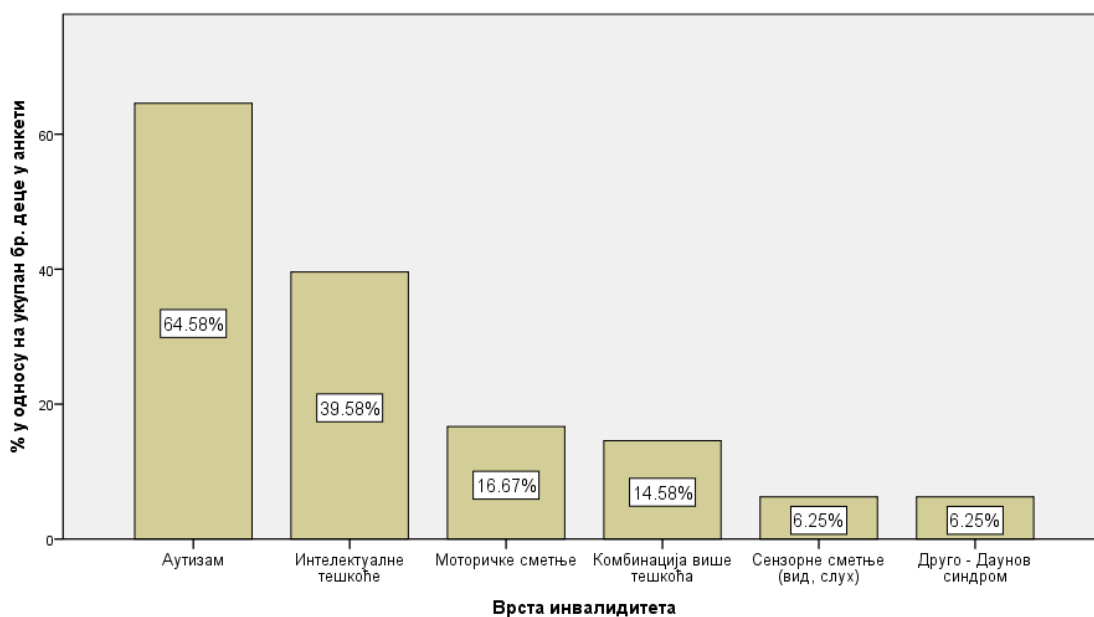
У наредном графикону, представљена је релативна учесталост сваког типа инвалидитета код деце, а у односу на укупан број регистрованих случајева инвалидитета у анкети. Родитељ је могао изабрати један или више типова инвалидитета код свог детета. Сви родитељи који су изабрали понуђен одговор *Друго*, навели су Даунов синдром као тип инвалидитета код свог детета.



Графикон 6 – Учесталост типова инвалидитета у односу на укупан број случајева

Као што се може уочити из претходног графика, највећу учесталост у односу на укупан број случајева инвалидитета, имао је аутизам (43,7%). Истовремено, најмању учесталост су имале сензорне сметње (вид, слух) и Даунов синдром (по 4,2%).

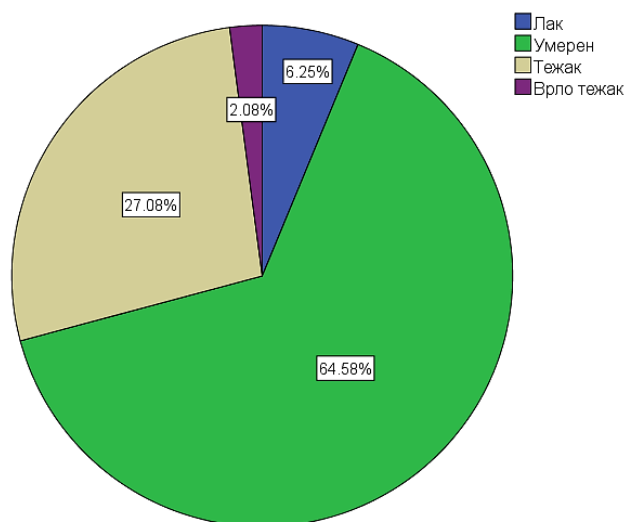
У следећем графикону, приказана је релативна учесталост сваког типа инвалидитета код деце, а у односу на укупан број деце са инвалидитетом у анкети.



Графикон 7 – Учесталост типова инвалидитета у односу на укупан број деце у анкети

Као што се може уочити из претходног графика, највећу учесталост у односу на укупан број деце са инвалидитетом, имао је аутизам. Аутизам је био присутан код чак 64,6% деце са инвалидитетом у анкети. Истовремено, најмању учесталост су имале сензорне сметње (вид, слух) и Даунов синдром (по 6,3%).

Наредни графикон приказује структуру деце са инвалидитетом, а према степену инвалидитета (по процени родитеља).



Графикон 8 – Структура деце са инвалидитетом према степену инвалидитета

На основу података из претходног графикана, јасно је да је највише деце у анкети имало *умерен* степен инвалидитета (64,6%). Истовремено, најмање деце у анкети је имало *врло тежак* степен инвалидитета (2,1%).

У наредном делу су изложени резултати добијени у истраживању уз анализу и осврт на закључке које се из њих могу извући. Резултати су приказани табеларно у форми дескриптивне статистике у наставку рада.

У следећој табели су приказани резултати анкете на првих 11 питања у истраживачком делу анкете. Поменутих првих 11 питања се односи на мишљења родитеља о настави физичког васпитања.

Табела 3 - *Дескриптивна статистика резултата анкете прве групе истраживачких питања*

Варијабла	Min	Max	M	SD
Питање 9	2	5	4,48	0,772
Питање 10	2	5	4,00	1,130
Питање 11	3	5	4,88	0,393
Питање 12	2	5	4,31	0,903
Питање 13	2	5	4,23	0,905
Питање 14	2	5	3,98	1,000
Питање 15	1	5	3,96	1,202
Питање 16	3	5	4,79	0,504
Питање 17	2	5	3,81	0,915
Питање 18	1	5	4,27	1,106
Питање 19	1	3	1,33	0,694

Легенда: Min – минимална вредност; Max - максимална вредност; M – просечна вредност; SD – стандардна девијација;

Резултати из прве групе питања у истраживачком делу анкете, проверени су применом Хи-квадрат теста. Међутим, с обзиром да се у овом случају не врши провера добијених резултата Хи-квадрат тестом у односу на неку независну варијаблу (нпр. пол, ниво образовања, материјални статус породице, степен инвалидитета итд.), већ имамо само једну расподелу у одговорима испитаника, примењен је Хи-квадрат тест поклапања (подударања). Код наведене варијанте Хи-квадрат теста врши се поређење расподеле добијених резултата у анкети са унапред претпостављеном, теоријском, односно очекиваном расподелом. Полази се од претпоставке у тесту, да је подједнака вероватноћа избора сваког од понуђених одговора у анкетном питању. Ово заправо значи да је претпостављена, очекивана расподела резултата *Униформна*.

Уколико је добијени ниво значајности мањи од 0,05, тада постоји статистички значајна разлика између добијене и очекиване расподеле резултата. Последично то значи да су разлике у мишљењима родитеља, статистички значајне. У коментарима добијених резултата, биће наведени и резултати Хи-квадрат теста за свако питање.

Резултати анкете од 9. до 13. питања показали су веома позитивно (афирмативно) мишљење када се ради о настави физичког васпитања. У наведеним питањима просечне вредности датих оцена су биле веће или једнаке од 4. Родитељи су у великој већини имали позитивно мишљење када се ради о: могућности њиховог детета за учествовање у настави физичког васпитања (ФВ) ($\chi^2(3) = 41,167$; $p = 0,000$); прилагођености наставе ФВ могућностима детета ($\chi^2(3) = 18,000$; $p = 0,000$); важности ФВ за развој њиховог детета ($\chi^2(2) = 68,825$; $p = 0,000$); разумевању наставника ФВ за потребе њиховог детета ($\chi^2(3) = 28,500$; $p = 0,000$); дететовом осећају прихваћености на часовима ФВ ($\chi^2(3) = 21,167$; $p = 0,000$); као и о довољној количини информација о томе шта се ради на часовима ФВ ($\chi^2(3) = 13,167$; $p = 0,004$).

Осим тога, позитивно је процењена и комуникација са наставницима ($\chi^2(4) = 27,417$; $p = 0,000$), а такође родитељи имају веома афирмативно мишљење о позитивном утицају наставе ФВ на здравље и социјалне вештине њихове деце ($\chi^2(2) = 54,500$; $p = 0,000$).

Када се ради о ставовима родитеља о броју часова ФВ, велика већина родитеља има мишљење да број часова треба повећати ($\chi^2(4) = 58,458$; $p = 0,000$), односно већина родитеља мисли да број часова никако не треба смањивати ($\chi^2(2) = 45,500$; $p = 0,000$). Осим тога, већина родитеља је исказала мишљење да је број часова ФВ одговарајући ($\chi^2(3) = 9,500$; $p = 0,024$).

У следећој табели су приказани резултати анкете на других 11 питања у истраживачком делу анкете. Поменутих других 11 питања у истраживачком делу анкете, се односи на мишљења родитеља о подршци друштвене заједнице и инклузији.

Табела 4 - *Дескриптивна статистика резултата анкете друге групе истраживачких питања*

Варијабла	Min	Max	M	SD
Питање 20	1	5	2,60	1,047
Питање 21	1	5	2,31	1,014
Питање 22	1	5	2,56	1,009
Питање 23	1	5	2,23	0,951
Питање 24	1	5	3,98	0,956
Питање 25	1	5	3,98	1,158
Питање 26	2	5	4,23	0,751
Питање 27	1	5	4,06	0,861
Питање 28	3	5	4,71	0,617
Питање 29	1	5	3,85	1,091
Питање 30	1	5	2,88	1,282

Легенда: Min – минимална вредност; Max - максимална вредност; M – просечна вредност; SD – стандардна девијација;

Према добијеним резултатима анкете на другу групу питања, може се закључити да родитељи имају преовлађујуће негативно мишљење када се ради о актуелној генералној подршци шире друштвене заједнице ($\chi^2(4) = 14,292$; $p = 0,007$), као и подршци заједнице инклузији њихове деце са инвалидитетом у редовно школовање ($\chi^2(4) = 18,667$; $p = 0,001$). Осим тога, изразито негативно мишљење је регистровано и када се ради о постојећим програмима физичке активности деце са инвалидитетом, које се одвијају ван установа ($\chi^2(4) = 20,958$; $p = 0,000$). Такође, родитељи нису задовољни ни нивоом улагања институција у инклузију деце са инвалидитетом ($\chi^2(4) = 24,917$; $p = 0,000$).

Истовремено, родитељи имају генерално веома позитивно мишљење, како о реалној могућности спровођења инклузивног модела уопште ($\chi^2(4) = 32,000$; $p = 0,000$), тако и о адекватној опремљености просторија у којима се одвија настава ФВ ($\chi^2(3) = 25,500$; $p = 0,000$) и поседовању довољног броја прилагођених справа и реквизита за особе са инвалидитетом ($\chi^2(4) = 40,750$; $p = 0,000$). Већина родитеља мисли да би било добро да њихово дете редовно или повремено реализује часове ФВ, заједно са децом опште популације ($\chi^2(4) = 25,125$; $p = 0,000$). Осим тога, родитељи имају позитивно мишљење о утицају физичке активности на понашање њиховог детета ($\chi^2(2) = 45,500$; $p = 0,000$).

Када се ради о конкретним институцијама, родитељи су исказали претежно позитивно мишљење о сарадњи са Спортским савезом особа са инвалидитетом Београда (СОСИБ) ($\chi^2(4) = 17,833$; $p = 0,001$). Међутим, родитељи имају и претежно негативну оцену сарадње са другим спортским или инклузивним организацијама генерално ($\chi^2(4) = 7,417$; $p = 0,117$).

Иако су резултати анкете показали да родитељи деце са инвалидитетом, имају веома критичко мишљење у вези подршке од стране друштвене заједнице, истовремено они имају **веома позитивно** мишљење о укључивању њихове деце у наставу физичког васпитања, заједно са вршњацима без инвалидитета. Сами резултати анкете су потврђени у спроведеним статистичким тестовима. Узимајући у обзир претходно наведено, може се закључити да *родитељи деце са инвалидитетом немају негативно мишљење према укључивању њихове деце у наставу физичког васпитања заједно са вршњацима без инвалидитета*. Овим закључком је **потврђена** основна хипотеза истраживања H_0 .

У другом делу истраживања, спроведена је провера разлике у мишљењима родитеља, према укључивању особа са инвалидитетом у наставу физичког васпитања по инклузивном моделу. Провером је утврђено да ли постоје статистички значајне разлике у мишљењима родитеља, а у односу на независну социодемографску варијаблу, *ниво образовања*. У анализу је узета социодемографска варијабла, са редукованим бројем група (нижи и виши степен образовања).

Методолошки је предвиђено да се провера изврши спровођењем *Студентовог т-теста*. Како је Студентов т-тест параметарски тест, неопходно је претходно проверити да ли је испуњен услов нормалности за податке који се подвргавају статистичком тестирању. Расподела добијених одговора на питања у анкети, треба да буде приближна *Нормалној расподели*. Ово је обавезан услов када се спроводе параметарски тестови. Сама провера

нормалности је спроведена на два начина, израчунавањем *Z*-скорова и спровођењем *Шапиро-Вилк* (Shapiro-Wilk) статистичког теста нормалности.

Вредности *Z*-скорова су израчунати за свако питање у анкети. Израчунате вредности *Z*-скора (стандардна нормална расподела) би требало да се крећу у интервалу од **-1,96** до **+1,96** што је заправо 95% интервал поверења.

Укупан број питања у истраживању, код којих су оба *Z*-скора била у препорученим границама, износи 9 од 22 питања истраживања. Наведени резултати указују да расподела добијених резултата значајно одступа од нормалне расподеле.

Овакви резултати указују да је неопходна провера нормалности спровођењем *Шапиро-Вилк* теста. У наредној табели приказани су резултати тестирања.

Табела 5 - Вредности теста нормалности за сва истраживачка питања у анкети

Тест нормалности	
Питање	Резултати
9	W(48) = 0,696; p = 0,000
10	W(48) = 0,775; p = 0,000
11	W(48) = 0,358; p = 0,000
12	W(48) = 0,745; p = 0,000
13	W(48) = 0,783; p = 0,000
14	W(48) = 0,815; p = 0,000
15	W(48) = 0,799; p = 0,000
16	W(48) = 0,466; p = 0,000
17	W(48) = 0,862; p = 0,000
18	W(48) = 0,693; p = 0,000
19	W(48) = 0,515; p = 0,000
20	W(48) = 0,905; p = 0,000
21	W(48) = 0,889; p = 0,000
22	W(48) = 0,890; p = 0,000
23	W(48) = 0,876; p = 0,000

24	$W(48) = 0,831; p = 0,000$
25	$W(48) = 0,803; p = 0,000$
26	$W(48) = 0,803; p = 0,000$
27	$W(48) = 0,807; p = 0,000$
28	$W(48) = 0,521; p = 0,000$
29	$W(48) = 0,860; p = 0,000$
30	$W(48) = 0,896; p = 0,000$

Резултати из претходне табеле указују да су све добијене вредности нивоа значајности мање од 0,05. С обзиром да је тест нормалности показао, да расподеле добијених резултата анкете у обе групе истраживачких питања нису приближне нормалној расподели, неопходно је параметарски тест заменити непараметарским. Непараметарска алтернатива Студентовом т-тесту је Мен-Витнијев У (*Mann-Whitney U*) тест. Дакле, уместо методолошки првобитно планираног Студентовог т-теста, на анкетне резултате је примењен Мен-Витнијев У тест.

Мен-Витнијев У тест је спроведен над резултатима анкете, а у односу на социодемографско обележје, *ниво образовања*.

Резултати теста су изложени у наредној табели.

Табела 6: Резултати Мен-Витнијевог У теста за прву групу питања (мишљења о настави физичког васпитања)

Резултати Мен-Витнијевог У теста	
Питање	Резултати
9	$U = 162,5; n_1 = 20; n_2 = 28; p = 0,004$
10	$U = 181,0; n_1 = 20; n_2 = 28; p = 0,026$
11	$U = 210,0; n_1 = 20; n_2 = 28; p = 0,009$
12	$U = 176,0; n_1 = 20; n_2 = 28; p = 0,017$
13	$U = 169,5; n_1 = 20; n_2 = 28; p = 0,011$
14	$U = 192,0; n_1 = 20; n_2 = 28; p = 0,052$

15	$U = 180,5; n_1 = 20; n_2 = 28; p = 0,026$
16	$U = 214,0; n_1 = 20; n_2 = 28; p = 0,035$
17	$U = 208,0; n_1 = 20; n_2 = 28; p = 0,116$
18	$U = 196,5; n_1 = 20; n_2 = 28; p = 0,044$
19	$U = 161,0; n_1 = 20; n_2 = 28; p = 0,000$

Као што се моће уочити из резултата теста који су наведени у претходној табели, може се закључити да је код укупно 9 питања од 11, добијен ниво значајности који је мањи од критичног нивоа (0,05). Сходно претходно наведеној констатацији, потврђено је да постоји статистички значајна разлика у мишљењима родитеља о настави ФВ, а у односу на њихов ниво образовања. Јасно је да су родитељи вишег степена образовања имали позитивнија, односно афирмативнија мишљења о настави физичког васпитања, а у односу на родитеље нижег степена образовања.

У следећој табели су изложени резултати теста за другу групу истраживачких питања.

Табела 7 - Резултати Мен-Витнијевог У теста за другу групу питања (подршка заједнице и инклузија)

Резултати Мен-Витнијевог У теста	
Питање	Резултати
20	$U = 260,5; n_1 = 20; n_2 = 28; p = 0,682$
21	$U = 230,5; n_1 = 20; n_2 = 28; p = 0,292$
22	$U = 256,0; n_1 = 20; n_2 = 28; p = 0,608$
23	$U = 238,5; n_1 = 20; n_2 = 28; p = 0,374$
24	$U = 236,5; n_1 = 20; n_2 = 28; p = 0,340$
25	$U = 232,0; n_1 = 20; n_2 = 28; p = 0,294$
26	$U = 264,0; n_1 = 20; n_2 = 28; p = 0,744$
27	$U = 265,5; n_1 = 20; n_2 = 28; p = 0,710$
28	$U = 265,0; n_1 = 20; n_2 = 28; p = 0,715$
29	$U = 246,0; n_1 = 20; n_2 = 28; p = 0,466$
30	$U = 242,0; n_1 = 20; n_2 = 28; p = 0,424$

Према резултатима анкете, евидентно је да су родитељи нижег степена образовања били мање критични у оцени подршке друштвене заједнице, а у односу на родитеље са вишим степеном образовања. Када се ради о инклузији у генералном смислу, родитељи вишег нивоа образовања имају позитивније мишљење. Истовремено, када се ради о мишљењима о ресурсним капацитетима који су неопходни за процес инклузије, родитељи нижег нивоа образовања имају позитивније мишљење.

Међутим, као што се може уочити из резултата теста који су наведени у претходној табели, може се закључити да је код свих 11 питања, добијен ниво значајности који је већи од критичног нивоа (0,05). Дакле, иако разлике у мишљењима родитеља постоје, те разлике нису довољно изражене да би биле статистички значајне.

Када се узму у обзир резултати статистичких тестова за сва истраживачка питања у анкети, може се констатовати да родитељи са вишим степеном образовања, имају потврђено позитивније мишљење о настави физичког васпитања, а у односу на родитеље са нижим степеном образовања. Овим закључком се основна хипотеза истраживања H_1 може сматрати **делимично потврђеном**.

6. ЗАКЉУЧАК

На основу прегледа литературе може да се каже да физичко и здравствено васпитање позитивно утиче на особе са инвалидитетом. Физичка активност ових особа је посебно важна и захтева посебну индивидуалну пажњу. Наравно, с обзиром на развојне карактеристике инвалидности, потребан је индивидуализован приступ. То значи да наставник мора бити добро упознат са законитостима прилагођавања физичког васпитања, врстом инвалидитета и могућностима прилагођавања појединачних садржаја.

Сходно добијеним резултатима анкете на прву групу питања, може се закључити да родитељи имају веома позитивно мишљење када се ради о значају физичког васпитања за развој, здравље и социјалне вештине њихове деце. Такође, родитељи имају веома позитивно мишљење о прилагођености наставе физичког васпитања њиховом детету. Позитивно је процењена и комуникација са наставницима, као и квантитет информација о самој настави физичког васпитања.

Када се ради о мишљењима родитеља о броју часова физичког васпитања, већина родитеља има мишљење да број часова треба повећати, односно већина родитеља сматра да број часова никако не треба смањивати.

Према добијеним резултатима анкете на другу групу питања, може се закључити да родитељи имају преовлађујуће негативну процену када се ради о актуелној генералној подршци шире друштвене заједнице, као и подршци заједнице инклузији њихове деце са инвалидитетом у редовно школовање.

Поред тога, изразито негативна процена је регистрована и када се ради о постојећим програмима физичке активности деце са инвалидитетом, које се одвијају ван установа. Такође, родитељи нису задовољни ни нивоом улагања институција у инклузију деце са инвалидитетом.

Истовремено, родитељи имају генерално веома позитивно мишљење, како о реалној могућности спровођења инклузивног модела уопште, тако и о постојећим ресурсним капацитетима (сале, терени, опрема, адекватне справе и реквизити итд.), а који представљају предуслов да би се инклузивни модел могао спровести у пракси.

Када се ради о конкретним институцијама, родитељи су исказали претежно позитивно мишљење о сарадњи са Спортским савезом особа са инвалидитетом Београда (СОСИБ). Међутим, родитељи имају и претежно негативну оцену сарадње са другим спортским или инклузивним организацијама генерално.

Иако су резултати анкете показали да родитељи деце са инвалидитетом, имају веома критично мишљење у вези подршке од стране друштвене заједнице, истовремено они имају веома позитивно мишљење о укључивању њихове деце у наставу физичког васпитања, заједно са вршњацима без инвалидитета.

Узимајући у обзир претходно наведено, може се закључити да *родитељи деце са инвалидитетом немају негативно мишљење према укључивању њихове деце у наставу физичког васпитања заједно са вршњацима без инвалидитета*. Овим закључком је **потврђена** основна хипотеза истраживања H_0 .

Према приказаним резултатима евидентно је да су родитељи вишег степена образовања имали позитивнија, односно афирмативнија мишљења о настави физичког васпитања, у односу на родитеље нижег степена образовања. Потврђено је да су родитељи вишег степена образовања, имали позитивније мишљење о настави физичког васпитања, а у односу на родитеље нижег степена образовања.

Према приказаним резултатима средњих рангова, уочљиво је да су родитељи нижег степена образовања били мање критични у оцени подршке друштвене заједнице, а у односу на родитеље са вишим степеном образовања. Када се ради о инклузији у генералном смислу, родитељи вишег нивоа образовања имају позитивније мишљење. Истовремено, када се ради о мишљењима о ресурсним капацитетима који су неопходни за процес инклузије, родитељи нижег нивоа образовања имају позитивније мишљење.

Дакле, иако разлике у мишљењима родитеља постоје, те разлике нису довољно изражене да би биле статистички значајне. Може се констатовати да су разлике у мишљењима родитеља о подршци друштвене заједнице и инклузији, а у односу на њихов ниво образовања, углавном последица случајности.

Када се узму у обзир резултати статистичких тестова, може се констатовати да родитељи са вишим степеном образовања, имају потврђено позитивније мишљење о настави физичког васпитања, у односу на родитеље са нижим степеном образовања. Овим закључком се основна хипотеза истраживања H_1 може сматрати **делимично потврђеном**.

Велико ограничење овог рада представља чињеница да нема истраживања о поменутој теми у Србији. Другим речима, резултати анкете нису могли да се пореде са постојећим резултатима истраживања у Србији. С друге стране ово ограничење може да буде и предност у смислу будућих истраживања, у смислу поређења резултата. Такође, евидентан је недостатак у узорковању, јер је изабран мали број испитаника. То може да буде образац за избегавање могућих грешака у будућим истраживањима, тј. пожељно би било да број испитаника буде већи.

Истраживањем мишљења родитеља особа са инвалидитетом према настави физичког и здравственог васпитања желимо да покажемо значај мишљења и улоге родитеља у овом процесу. Због недовољне истражености теме и њене актуелности, резултати истраживања могу да послуже школама и другим институцијама, у циљу обликовања и развоја индивидуалног приступа у настави физичког и здравственог васпитања. Резултати истраживања могу да буду и подстицај у будућим истраживањима и суочавању са изазовима у укључивању деце са инвалидитетом у наставу физичког васпитања заједно са вршњацима без инвалидитета.

ЛИТЕРАТУРА

1. Akpede, N., Eguvbe, A., Akpamu, U., Asogun, A., Momodu, M. & Igbenu, N. (2018). Parents' attitude and practice towards the girl child education in Esan west local government area of Edo state in Nigeria. *Women's Health and Reproductive Medicine*, 2, 1-8.
2. Al-dababneh, K. A. (2018) Barriers preventing parental involvement in mainstream education of children with specific learning disabilities: parent perspectives. *European Journal of Special Needs Education*, 33, 615-630. <https://doi.org/10.1080/08856257.2017.1391013>
3. Amponteng, M., Opoku, M. P., Agyei-Okyere, E., Afriyie, S. A. & Tawiah, R. (2019). Understanding of inclusive education practices among parents in Ghana. *Journal of Research in Special Educational Needs*, 19(3) 207-219. <https://doi.org/10.1111/1471-3802.12443>
4. Bačanaс, Lj., Milićević-Marinković, B., Kasum, G., & Marinković, M. (2014). Competitive Anxiety, Self-Confidence and Psychological Skills in Top Athletes With and Without Disabilities: A Pilot Study. *Facta univeristatis: Series sport and physical education*, 12(2), 59–70.
5. Gupta, P., & Buwade, J. (2013). Parental Attitude Towards The Inclusion Education For Their Disabled Children. *Voice of Research*, 2(3), 13-14.
6. De Boer, A., Pijl, S. J., & Minnaert, A. (2010). Attitudes of parents towards inclusive education: A review of the literature. *European Journal of Special Needs Education*, 25(2), 165–181. <https://doi.org/10.1080/08856251003658694>
7. Dimitrios, K., Georgia, V., Eleni, Z., & Asterios, P. (2008). Parental Attitudes Regarding Inclusion of Children with Disabilities in Greek Education Settings, *Electronic Journal for Inclusive Education*, 2(3), Artical 6.
8. Downs, P. (1995). *An Introduction to Inclusive Practices*. Sydney: Australian Sport Commision
9. Закон о основама система образовања и васпитања "Сл. гласник РС", бр. 72/2009, 52/2011, 55/2013, 35/2015 - аутентично тумачење и 68/2015
10. Закон о спречавању дискриминације особа са инвалидитетом "Сл. гласник РС" бр. 13/2016.
11. Plić-Stošović D. & Nikolić, S. (2007). The methodology form of creating individual education programs for pupils with cerebral palsy. *Beogradska defektološka škola*, 2, 173-186.
12. Јапунца-Миљисављевић, М. (2009). *Методика наставе вештина за децу ометену у интелектуалном развоју*, Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију, Београд

13. Касум, Г., Глигоров, С., Настасић-Стошковић, Т. (2011) Борилачки спортови за особе са инвалидитетом. *Физичка култура, вол. 65, бр. 1*, стр. 60-69.
14. Касум Г. и Младеновић М. (2017) Самоперцепција спортиста са инвалидитетом, *Физичка култура, Београд; 71 (1): 43-54*
15. Kisanji, J. (1999) *Historical and Theoretical Basis of Inclusive Education*. Manchester: Centre for Educational Needs.
16. Кљајић, Д., Допсај, М., Еминовић, Ф. и Касум, Г. (2013) Спорт у рехабилитацији особа са инвалидитетом, *Здравствена заштита, 3/2013*
17. Лакићевић, М. (2012) *Социјална интеграција особа са инвалидитетом*, Факултет политичких наука, Београд, Чигоја штампа, Београд.
18. Лакићевић, М. (2012а) *Претпоставке активне социјалне политике у инклузији особа са инвалидитетом у Србији*, Зборник радова на конференцији Ризици и изазови социјалних реформи, (уредиле Вуковић Д., Перишић Н.) Факултет политичких наука, Београд, Чигоја штампа, Београд.
19. Leysen, Y. & Kirk, R. (2004) Evaluating inclusion: An examination of parental views and factors influencing their perspectives. In: *International Journal of Disability, Development and Education*, 51(3), 271-285. <https://doi.org/10.1080/1034912042000259233>
20. Lohmann, A., Wulfekuhler, H., Wiedebusch, S. & Hensen, G. (2018). Parents' attitudes towards inclusive education in day care facilities. *International Journal of Inclusive Education*, 23(12), 1232-1247. <https://doi.org/10.1080/13603116.2018.1444106>
21. Lui, M., Sin, K.-F., Yang, L., Forlin, C. & Ho, F.C. (2015). Knowledge and perceived social norm predict parents' attitudes towards inclusive education. *International Journal of Inclusive Education*, 19(10), 1052-1067. <https://doi.org/10.1080/13603116.2015.1037866>
22. Mandell, D. S., & Salzer, M. S. (2007). Who joins support groups among parents of children with autism? *Autism*, 11(2), 111–122. <https://doi.org/10.1177/1362361307077506>
23. Милановић С. Р., Јанчић, Ј. С. и Петровић Шумар, Р. К. (2023) Утицај спорта и физичког васпитања у формирању представе о себи код деце у раној адолесценцији, *Узданица, XX*; стр. 277–294
24. Милановић, И. и Радисављевић-Јанић, С. (2018). *Унапређивање квалитета и ефикасности наставе физичког васпитања у Републици Србији*, Унапређивање квалитета и доступности образовања у Србији Београд: Институт за педагошка истраживања, 279-290 стр..

25. Opoku, M. P., & Maxwell Peparah, M. (2020). Exploring the Lived Experiences of Students with Disabilities in Ghanaian Universities: Barriers and Enablers to Inclusive Education. *International Journal of Disability, Development and Education*, 67(4), 432-448.
26. Paseka, A., & Schwab, S. (2019). Parents' attitudes towards inclusive education and their perceptions of inclusive teaching practices and resources. *European Journal of Special Needs Education*, 35(2), 254-272 <https://doi.org/10.1080/08856257.2019.1665232>
27. Pomerantz, E. M., Moorman, E. & Litwack S. D. (2007). The How, Whom and Why of Parents' Involvement in Children's Academic Lives: More is Not Always Better. *Review of Educational Research*, 77(3), 373–410. <https://doi:10.3102/003465430305567>
28. Porter, G. (1995). Organisation of schooling: Achieving access and quality through inclusion. *Prospects*, 25 (2), 299–309.
29. Раденовић, С. и Мијатовић С. (2017). Улога и значај школског спорта у превенцији насиља, *ТЕМЕ*, з. *XLI*, бр. 1, Универзитет у Београду, Факултет спорта и физичког васпитања, Београд, стр. 259-275.
30. Радисављевић Јанић, С., Бубања, И., Лазаревић, Б., Лазаревић, Д. и Милановић Т. И. (2018). Ставови ученика основне школе према инклузији у настави физичког васпитања, *НВ год. LXVII бр. 2/2018*.
31. Радисављевић Јанић, С., Лазаревић, Љ.Б., Лазаревић, Д. и Милановић, И. (2020) Предиктори физичке ативности у раној адолесценцији: допринос опште физичке форме и физичког селф-концепта, *Физичка култура*, 74 (2): 140-151.
32. Steadward, R. D., Watkinson, E. J., Wheeler, G. D. (2003). *Adapted Physical Activity*. Canada, Quebec: Louisiana. Transcontinental Printing, Inc.
33. Stevens, L. & Wurf, G. (2018) Perceptions of inclusive education: A mixed methods investigation of parental attitudes in three Australian primary schools. *International Journal of Inclusive Education*, 24(4), 351-365. <https://doi.org/10.1080/13603116.2018.1464068>
34. Татић, Д. (2011) *Заштита људских права особа са инвалидитетом*, Службени гласник, Београд.
35. Tryfon, M., Anastasia, A., & Eleni, R. (2019). Parental perspectives on inclusive education for children with intellectual disabilities in Greece. *International journal of developmental disabilities*, 67(6), 420–428. <https://doi.org/10.1080/20473869.2019.1675429>
36. Farrell, M. (2005). *Key issues in special education: raising standards of pupils attainment and achievement*. London: Rotledge.
37. Hilbert, D. (2014). Perceptions of parents of young children with and without disabilities attending inclusive preschool programs. *Journal of Education and Learning*, 3(4), 49–59. <https://doi.org/10.5539/jel.v3n4p49>

38. Columna, L., Prieto, L., Elias-Revolledo, G., & Haegele, J. A. (2020). The perspectives of parents of youth with disabilities toward physical activity: A systematic review. *Disability and health journal*, 13(2), 100851. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2019.100851>
39. Цуцић, В. (2001). Особе са инвалидитетом и окружење, Центар за проучавање алтернатива, Београд.
40. Christopoulou F. & Sarris D., Papadimitropoulou P. & Vlotinou P. (2023) Attitudes of parents of children with disabilities towards inclusion, *European Journal of Special Education Research* 9(2), 34-45. <http://dx.doi.org/10.46827/ejse.v9i2.4749>
41. Qvortrup, A. & Qvortrup, L. (2018). Inclusion: Dimensions of inclusion in education. *International Journal of Inclusive Education*, 22(7), 803-817. <https://doi.org/10.1080/13603116.2017.1412506>
42. Wilhelmsen, T., Sorensen, M., Seippel, O. & Block, M. (2019) Parental satisfaction with inclusion in physical education. *International Journal of Inclusive Education*, 25 (9),1061-1078. <https://doi.org/10.1080/13603116.2019.1597930>
43. Winnick, J. P. (2005). *Adapted Physical Education and Sport. Fourth Edition*. Human Kinetics. USA, Champaign (IL).

Прилог 1: Анкета за родитеље особа са инвалидитетом

Сврха анкете: Истраживање мишљења родитеља према настави Физичког и здравственог васпитања особа са инвалидитетом.

Упутство: Анкета је анонимна. Молимо Вас да пажљиво прочитате свако питање и заокружите број који најбоље одражава Ваше мишљење. Скала је следећа:

- 1 – у потпуности се не слажем
- 2 – не слажем се
- 3 – неутрално
- 4 – слажем се
- 5 – у потпуности се слажем

I ДЕО: Демографски подаци родитеља

1. Пол:

- Мушки
- Женски

2. Старост: ____ година

3. Највиши завршени ниво образовања:

- Основна школа
- Средња школа
- Виша школа / ВСС
- Мастер / Докторат

4. Како бисте оценили материјални статус Ваше породице?

- Лоше
- Средње
- Добро

II ДЕО: Карактеристике детета / особе са инвалидитетом

5. Старост детета: _____ година

6. Пол детета:

- Мушки
- Женски

7. Врста инвалидитета (можете заокружити више од једног одговора):

- Моторичке сметње
- Интелектуалне тешкоће
- Сензорне сметње (вид, слух)
- Аутизам
- Комбинација више тешкоћа
- Друго: _____

8. Степен инвалидитета (по процени родитеља):

- Лак
- Умерен
- Тежак
- Врло тежак

III ДЕО: Мишљења о настави физичког васпитања

9. Моје дете има могућности да учествује у настави физичког васпитања.

1 2 3 4 5

10. Настава физичког васпитања је прилагођена могућностима мог детета.

1 2 3 4 5

11. Физичко васпитање је важно за развој мог детета.

1 2 3 4 5

12. Наставници физичког показују разумевање за потребе мог детета.

1 2 3 4 5

13. Моје дете се осећа прихваћено током часа физичког васпитања.

1 2 3 4 5

14. Имам довољно информација о томе шта се ради на часовима физичког васпитања.

1 2 3 4 5

15. Задовољан/на сам комуникацијом са наставницима физичког васпитања.

1 2 3 4 5

16. Настава физичког васпитања има позитиван утицај на здравље и социјалне вештине мог детета.

1 2 3 4 5

17. Број часова физичког васпитања је одговарајући.

1 2 3 4 5

18. Број часова физичког васпитања треба повећати.

1 2 3 4 5

19. Број часова физичког васпитања треба смањити.

1 2 3 4 5

IV ДЕО: Социјална подршка и инклузија

20. Моја породица добија довољно подршке од шире заједнице.

1 2 3 4 5

21. Заједница подржава инклузију деце са инвалидитетом у редовно школовање.

1 2 3 4 5

22. Постоје адекватни програми физичке активности ван установе за моје дете.

1 2 3 4 5

23. Институције довољно улажу у развој инклузивног физичког васпитања.

1 2 3 4 5

24. Сматрам да је инклузија у физичком васпитању реална и могућа.

1 2 3 4 5

25. Било би добро да моје дете часове физичког васпитања (редовно или повремено) реализује заједно са децом опште популације.

1 2 3 4 5

26. Просторије у којима се одвија настава физичког васпитања (сала, терени) су адекватно опремљене.

1 2 3 4 5

27. Установа поседује довољно прилагођених справа и реквизита за особе са инвалидитетом.

1 2 3 4 5

28. Физичка активност позитивно утиче на понашање мог детета.

1 2 3 4 5

29. Задовољан/на сам сарадњом са Спортским савезом особа са инвалидитетом Београда (СОСИБ).

1 2 3 4 5

30. Задовољан/на сам сарадњом са другим спортским или инклузивним организацијама.

1 2 3 4 5

Хвала Вам што сте издвојили време да попуните ову анкету. Ваши одговори су драгоцени за унапређење праксе физичког васпитања у инклузивном образовању.