

АДАПТИРАНА ФИЗИЧКА АКТИВНОСТ, ФИЗИЧКО ВАСПИТАЊЕ И СПОРТ

ФИЗИЧКА АКТИВНОСТ

Човекова физичка активност може се посматрати у ужем и ширем смислу. У ужем смислу она се може односити на физиолошке промене које се дешавају у људском организму услед било ког облика кретања. Физичку активност сходно томе можемо дефинисати као сваки покрет односно кретање тела који се остварује активирањем скелетних мишића а који доводи до потрошње енергије (Caspersen et al., 1985). Покрет односно кретање које се сматра физичком активношћу, може се кретати од обављања кућних послова, одласка на посао, професионалног рада до активности које се односе на физичко вежбање и бављење спортом (час физичког васпитања, рекреативно вежбање, тренинг у одређеном спорту итд.). Посматрано у односу на врсту активности и ниво интензитета активности који може бити ниски, умерени и високи, физичка активност се може поделити у четири категорије (Пантелић и сар, 2014):

- физичка активност на послу;
- физичка активност везана за превоз;
- физичка активност у домаћинству;
- физичка активност у слободно време.

Посматрано у ширем значењу физичка активност представља важан фактор у очувању и побољшању здравља и делује на смањење ризика настанка болести. На тај начин физичка активност представља значајно подручје истраживања, а с тим у вези на светском нивоу спроводе се стратегије за унапређење здравља које се односе на проналажење начина за повећање физичке активности.

АДАПТИРАНА ФИЗИЧКА АКТИВНОСТ

Адаптирана физичка активност (енг. Adapted physical activity) први пут се формално користи од оснивања Међународне федерације адаптиране физичке активности (IFAPA) 1973. године. Термин адаптирана води порекло од латинске речи *adaptare*, што би значило уклопити се, прилагодити се, учинити одговарајућим за нешто, који се јавља у француском језику у 17. веку. У нашем језику подједнако се користе термини адаптирана или прилагођена физичка активност.

Посматрајући само назив могло би се рећи да адаптирана физичка активност (АФА) представља физичку активност која је адаптирана односно прилагођена појединцу у односу на његову онеспособљеност односно инвалидитет. Такође, када користимо овај термин већина ће рећи да се ради о физичкој активности особа са инвалидитетом. Могло би се казати да је ово поједностављено схватање адаптиране физичке активности

или схватање у ужем смислу. Међутим, појам адаптиране физичке активности је много сложенији и са научне и са стручне стране. Адаптирана физичка активност представља „кишобран” термин за све врсте услуга које промовишу активни и здрав начин живота за особе са инвалидитетом кроз физичку активност и спорт. Њен циљ је да омогући успешно учествовање у физичким активностима свим људима, модификујући постојеће или уводећи нове активности.

Према (IFAPA) адаптирана физичка активност је дефинисана као интердисциплинарни скуп практичних и теоријских знања усмерен на поремећаје, ограничења активности и ограничења приликом учествовања у физичкој активности. Она се односи на пружање професионалних услуга али представља и поље академског истраживања које подржава ставове прихватања индивидуалних различитости, залаже се за приступ активном начину живота и спорту и промовише иновативно и колаборативно пружање услуга, подршке и оснаживања. Адаптирана физичка активност између осталог обухвата физичко васпитање, спорт, рекреацију, плес, уметности, исхрану, медицину и рехабилитацију.

Посматрајући са становишта спортске науке, адаптирана физичка активност као наука представља истраживање, теорију и праксу усмерену ка особама свих узраста на које генерална наука о спорту није применљива, које немају једнак приступ ресурсима, односно које немају једнаке услове и прилике за бављење физичком активношћу, и право на исту. Услуге и подршка везана за АФА могу се пружити у најразличитијим контекстима. Стога, истраживање, теорија и пракса односе се на потребе и права, како у инклузивним тако и у посебним АФА програмима (Sherrill & Hutzler, 2008).

Функција адаптиране физичке активности као науке јесте да обезбеди:

1. теоријска и примењива практична знања;
2. високо квалификоване професионалце и стручњаке; и
3. програме, активности и др. базиране на истраживањима који су фокусирани на циљеве физичке активности, потребе, права и оснаживање особа са инвалидитетом свих узраста у физичком васпитању, спорту, рекреацији и рехабилитацији (Sherrill & Hutzler, 2008).

Да би се ово остварило, адаптирана физичка активност као наука је интердисциплинарна и примењује се методологија научних истраживања која обухвата и квалитативна и квантитативна истраживања. Спровођење истраживања је доста компликовано из више разлога, најчешћи су варијабилност самих испитаника у оквиру једне групе (нпр. деца са церебралном парализом различитог степена покретљивости или особе са различитом висином ампутације), као и мали број испитаника.

У многим случајевима АФА се односи на особе са инвалидитетом, али се њени принципи такође могу применити и код гојазних особа, затим старих особа, као и код свих других чије карактеристике односно индивидуалне разлике ограничавају учешће у уобичајеној (неадаптираној) физичкој активности.

АФА подразумева укључивање особа у персонализоване (индивидуалне) и генералне програме физичке активности који обухватају: инклузивно и специјално физичко васпитање, рекреацију, спортски тренинг и такмичење, рехабилитацију итд.

Професије које се школују и развијају у оквиру АФА су:

1. сертификовани наставници адаптираног физичког васпитања (у САД);
2. тренери спортиста са инвалидитетом;
3. стручњаци за израду рекреативних програма;
4. специјалисти за терапијску рекреацију;
5. сертификовани тренери за инклузивни фитнес;
6. психомоторни терапеути;
7. руководиоци инклузивних програма у локалним заједницама;
8. руководиоци за спорт особа са инвалидитетом.

АДАПТАЦИЈА ФИЗИЧКЕ АКТИВНОСТИ

Посматрано кроз праксу примене различитих физичких активности, програма вежбања и спорта, важан аспект адаптиране физичке активности подразумева да је потребно прилагодити активност потребама или могућностима сваког појединца (особи), односно да појединац не треба да се прилагођава активности (Valkova & Morisbak, 2006). Према томе, адаптирана физичка активност односи се на прилагођавање подучавања потребама појединца, на адекватно комбиновање способности и интересовања појединца са одговарајућим активностима, те на адаптацију средине са циљем омогућавања пуног учешћа у физичкој активности.

Да би се омогућила одговарајућа адаптација физичке активности, потребно је да се има на уму шема модела адаптације (слика 1). Сва три елемента (појединац, окружење и одговарајућа активност) су међусобно повезани, а то значи да промена једног елемента доводи до промене остала два.



Слика 1. Шема

модела адаптације

Ако се пође од тога да треба прилагодити особу активности и окружењу, долази се до једноставног одговора да је то немогуће или тешко изводљиво. Неминовно се намеће питање како се може особа са одређеним инвалидитетом прилагодити одређеној активности ако јој њена врста или тежина инвалидитета онемогућава да учествује у тој

активности. Тако се на пример, особа са ампултацијом једне руке не може прилагодити да баца или додаје лопту са две руке. Исто тако, ако се организује нека штафетна игра трчања, дете у колицима се не може прилагодити тој игри из очигледног разлога немогућности коришћења ногу. На основу ових примера, добија се једноставан одговор да је могуће извршити само адаптацију физичке активности као и окружења а не особе. Ако се узму поново у обзир претходни примери, адаптација бацања лопте извршила би се тако што би особи са ампултацијом једне руке било омогућено да лопту баца само једном руком. Када је у питању штафетна игра, адаптација игре би се састојала у томе што би дете у колицима могло да учествује у штафети тако што би гурало (возило) колица, а ради равноправности екипа могла би да се изврши адаптација тако што би се смањила дужина терена коју треба да пређе то дете.

Основна знања која су потребна при спровођењу адаптиране физичке активности у смислу игре, спорта итд. јесу знања о адаптационој стратегији и активности коју желимо да адаптирамо, знања о деформитету деце која треба да учествују у тој активности као и креативност. Адаптациона стратегија која се користи приликом примене адаптираних физичких активности подразумева адаптацију опреме и реквизита (на пример коришћење лакше лопте или балона ради лакшег хватања), правила (на пример дозволити да лопта двапут одскочи пре ударца у тенису), задатака (на окретања педала рукама уместо ногама код вожње бицикле), начина инструкција (на пример коришћење физичког вођења уместо вербалног), окружења (на пример смањење висине мреже) и пружања услуга и подршке (на пример коришћење помоћи вршњака код одељења са великим бројем деце).

АДАПТИРАНО ФИЗИЧКО ВАСПИТАЊЕ

Адаптирано физичко васпитање (енг. Adapted physical education) представља још један термин који се поред адаптиране физичке активности користи када је у питању физичко вежбање особа са различитим облицима инвалидитета.

Током 50-их година XX века у америчким школама се стално повећавао број деце са инвалидитетом и сметњама у развоју, што је довело до велике разноликости у програмима који су се користили да би се задовољиле њихове потребе. Да би се решио тај проблем када је у питању физичко васпитање, Америчка асоцијација за здравље, физичко васпитање и рекреацију (ААНПЕР), данас позната као Америчка алијанса за здравље, физичко васпитање, рекреацију и плес (ААНПЕРА), формирала је одбор који је имао задатак да дефинише субдисциплину која би се бавила физичким васпитањем деце са инвалидитетом. Тако је 1952. године први пут уведен термин Адаптирано физичко васпитање (АФВ), а само адаптирано физичко васпитање је подразумевало разноврстан програм развојних активности, игара, спортова погодан интересима, капацитетима и ограничењима деци (ученицима) са инвалидитетом који се не могу сигурно и успешно укључити и учествовати у програмима регуларног физичког васпитања.

Према (Winnick, 2011) АФВ се може дефинисати као индивидуализован програм који укључује физички и моторички фитнес, основне (елементарне) моторичке вештине

и обрасце кретања, затим вештине у пливању (воденом окружењу) и плесу и индивидуалне и групне игре и спортове, конципиран тако да задовољи јединствене потребе појединца. АФВ се односи на децу са различитим облицима инвалидитета, сметњи у развоју узраста од 0 до 21 године, на основу чега се разликује од АФА која обухвата све старосне групе. АФВ се може примењивати на регуларним часовима физичког васпитања или на часовима где су укључена само деца са инвалидитетом. Препорука је да се увек када је то могуће АФВ примењује на регуларним часовима физичког васпитања.

СТАНДАРДИ ЗА ПРИМЕНУ АДАПТИРАНОГ ФИЗИЧКОГ ВАСПИТАЊА

Стандарде за примену адаптираног физичког васпитања је развио амерички национални конзорцијум за физичко васпитање и рекреацију особа са инвалидитетом. Циљ развијања ових стандарда јесте стварање сигурности да ће физичко васпитање за децу са инвалидитетом спроводити квалификовани едукатори. У ту сврху састављено је 15 стандарда који су укратко описани. Прво су били издвојени садржаји које би требало да знају едукатори који желе да се баве адаптираним физичким васпитањем а затим су ти садржаји подељени у стандарде.

Стандард 1: људски развој

Предложени циљеви и активности за особе са инвалидитетом засновани су на основном разумевању људског развоја и његовој примени на особе са различитим потребама. За наставника адаптираног физичког васпитања то подразумева упознавање са теоријама и праксом везаном за људски развој. У оквиру овог стандарда, акценат је на знању и вештинама корисним у пружању квалитетних програма адаптираног физичког васпитања.

Стандард 2: моторичко понашање

Подучавање особа са инвалидитетом захтева извесна знања о човековом развоју. У случају наставника АФВ, то подразумева познавање типичног физичког и моторичког развоја као и разумевање утицаја развојних поремећаја на ове процесе. То такође подразумева разумевање начина на које се моторичке вештине уче и примену принципа моторичког учења током планирања садржаја и спровођења физичког васпитања код ученика са инвалидитетом.

Стандард 3: наука о вежбању

Наставник адаптираног физичког васпитања мора да зна да је неопходно извршити одређене модификације принципа вежбања приликом рада и подучавања особе са инвалидитетом како би они остварили сличне користи од вежбања као и особе без инвалидитета. Фокус овог стандарда је на примену физиолошких и биомеханичких знања и принципа у примени физичког вежбања код разнолике популације.

Стандард 4: мерење и евалуација

Разумевање значаја тестирања моторичких способности и вештина у великој мери заснива се на добром разумевању моторичког развоја и процеса учења моторичких вештина што је обухваћено другим стандардима. Овај стандард један је од основних стандарда који истичу значај образовања и искуства наставника адаптираног физичког васпитања како би се испоштовале законске регулативе.

Стандард 5: историја и филозофија

Овај стандард прати правне и филозофске факторе у савременој пракси примене адаптираног физичког васпитања. Информације у оквиру овог стандарда омогућују разумевање доприноса који физичко васпитање може остварити код особа са инвалидитетом. Овај стандард такође нуди преглед историје и филозофије који се односи на специјално и опште образовање.

Стандард 6: јединствене карактеристике ученика

Овај стандард односи се на врсте инвалидитета утврђене Законом о образовању особа са инвалидитетом (енг. IDEA), а на које се наилази код популације деце школског узраста. Прикупљени подаци се организују по категоријама ради лакше систематизације. Међутим, не треба радити са децом тако што се сврставају у категорије већ их треба третирати као појединце и утврдити њихове појединачне потребе у оквиру физичког васпитања.

Стандард 7: теорија и развој наставног плана и програма

При планирању спровођења физичког васпитања наставници АФВ морају добро да познају одређене концепте унутар теорије и развоја наставног плана и програма, као што је одабир циљева заснованих на релевантним и одговарајућим проценама. Ово има нарочит значај када је у питању планирање програма за ученике са инвалидитетом.

Стандард 8: оцењивање

Овај стандард односи се на процес оцењивања, што се обично учи у оквиру основног курса мерења и евалуације по наставном плану и програму студија физичког васпитања. То између осталог укључује тестирања у сврху доношења одлука о укључивању посебних програмских компоненти за особе са инвалидитетом.

Стандард 9: осмишљавање и планирање подучавања

Подучавање мора бити осмишљено и испланирано пре него што наставник АФВ почне да примењује физичко васпитање, а како би се испунили законски захтеви, образовни циљеви и, што је најважније, јединствене потребе особа са инвалидитетом. Многи принципи о којима се раније дискутовало, а који се тичу људског развоја, моторичког понашања, науке о вежбању и теорије и развоја наставног плана и програма, примењују се на овај стандард како би се успешно осмислили и планирали програми физичког васпитања.

Стандард 10: настава

Настава представља главни део адаптивног физичког васпитања. Многи принципи о којима се говорило у оквиру претходних стандарда као што је људски развој,

моторичко понашање и наука о вежбању, примењују се на овај стандард како би се обезбедило квалитетно физичко васпитање за особе са инвалидитетом.

Стандард 11: консултације и стручно усавршавање

Пошто се све више ученика са инвалидитетом укључује у општи образовни програм, наставници морају да сарађују са својим колегама у смислу саветовања и стручног усавршавања. Овај стандард идентификује кључне компетенције које наставник адаптираног физичког васпитања треба да зна у вези са консултацијама и стручним усавршавањем.

Стандард 12: евалуација ученика и програма

Евалуација ученика представља само део процеса процене програма која обухвата евалуацију целокупног спектра образовних услуга.

Стандард 13: стално образовање

Циљ овог стандарда је фокусирање на начине како наставници АФВ могу даље да се развијају у овој области. На располагању су разне могућности за стручно усавршавање. Курсеви на универзитетима само су један пример. Наставници АФВ такође могу учествовати на разним радионицама, семинарима, конференцијама итд. Такође, постоји и могућност учења на даљину.

Стандард 14: етика

Основна претпоставка пројекта националних стандарда за адаптирано физичко васпитање јесте да ће се они који испуне стандарде и постану сертификовани наставници адаптираног физичког васпитања увек трудити да се придржавају највиших етичких стандарда при примени физичког васпитања и пружању услуга деци и младима са инвалидитетом. Овај стандард развијен је са циљем не само разумевања добре етичке праксе, већ и могућности њеног даљег развоја.

Стандард 15: комуникација

Последњих година улога професионалаца у области АФВ развила се тако да осим директног пружања услуга, она такође укључује и комуникацију са породицама и другим професионалцима са циљем унапређења програма за особе са инвалидитетом. Овај стандард обухвата информације о томе како наставник АФВ може да комуницира ефикасно са породицама и другим професионалцима користећи тимски приступ у смислу побољшања услуга које се пружају особама са инвалидитетом.

У нашој земљи не постоји школовање кадра који би били специјалисти адаптиране физичке активности или адаптираног физичког васпитања као што то постоји у САД и у неким земљама Европе (Чешка, Белгија, Исланд, Португалија, Финска, Ирска, Литванија итд.). Оно што постоји у оквиру редовних програма основних и мастер академских студија на факултетима спорта и физичког васпитања у Србији јесу поједини предмети везани за адаптивну физичку активност и спорт особа са инвалидитетом, који омогућују стицање одређених знања из области АФА, а који могу помоћи студентима након завршетка студија у раду са особама са инвалидитетом.

У складу са Законом о основама система и образовања у Републици Србији, односно делом члана 3 који гласи да „лице са сметњама у развоју и инвалидитетом има право на образовање и васпитање које уважава његове образовне и васпитне потребе у систему образовања и васпитања, уз појединачну односно групну додатну подршку у настави и учењу или у посебној васпитној групи или школи”, у нашој земљи се физичко васпитање за децу са инвалидитетом изводи у специјалним и у редовним школама. У редовним школама настава са овом популацијом деце изводи се применом Индивидуалног образовног плана (ИОП-а). Постоје две врсте ИОП-а за децу са сметњама у развоју и инвалидитетом:

1. ИОП1 – прилагођени програм наставе физичког васпитања, у коме се планира циљ пружања подршке, затим се врши прилагођавање простора и услова за вежбање, прилагођавање метода рада, наставних средстава, активности у васпитној групи и лица која пружају подршку;
2. ИОП2 – измењени програм наставе физичког васпитања, који осим садржаја из ИОП1 планира и прилагођавање исхода образовања и васпитања и прилагођавање садржаја за предмет физичко васпитање.

ПРАВНИ ОКВИР

ДОКУМЕНТИ О ПОЛОЖАЈУ ОСОБА СА ИНВАЛИДИТЕТОМ УСВОЈЕНИ ПОД ОКРИЉЕМ УЈЕДИЊЕНИХ НАЦИЈА

- Декларација о правима ментално ретардираних лица;
- Декларација о правима инвалидних лица;
- Светски програм акције за инвалидна лица;
- Принципи заштите особа са менталним обољењима и унапређења заштите менталног здравља;
- Стандардна правила УН за изједначавање могућности које се пружају особама са инвалидитетом;
- Међународна конвенција о правима особа са инвалидитетом.

МЕЂУНАРОДНА КОНВЕНЦИЈА О ПРАВИМА ОСОБА СА ИНВАЛИДИТЕТОМ

Генерална скупштина Уједињених нација даје захтев за формирање комитета 2001. године за прављење резолуције. 2006. године је усвојен предлог текста. Уизради конвенције учествовало 120 држава, установе за људска права и невладине организације акредитоване при Уједињеним нацијама. У складу са мотом међународног инвалидског покрета „Ништа о нама без нас“, укључене су особе са инвалидитетом у доношењу конвенције. Државна заједница Србије и Црне Горе је била једна од 27 земаља чији је експерт био особа са инвалидитетом. Конвенцију је потписало 127 земаља, Србија је то учинила 2007. године.

Основна начела Конвенције, су прописана чланом 3., то су:

- (а) Поштовање урођеног достојанства, индивидуална аутономија, самосталност особа са инвалидитетом, укључујући њихово право да доносе одлуке о сопственим животима;
- (б) Недискриминација;
- (ц) Пуно и ефективно учешће и укљученост у све сфере друштвеног живота;
- (д) Поштовање различитости и прихватање особа са инвалидитетом као дела разноврсности људског рода;
- (е) Једнакост могућности;
- (ф) Приступачност;
- (г) Једнакост мушкараца и жена;
- (х) Поштовање развијајућих капацитета деце са инвалидитетом и поштовање права те деце да очувају сопствени идентитет.

Чланом 30. конвенције детаљно су уређене мере за осигуравање учешћа особа са инвалидитетом у културном и спортском животу заједнице, рекреацији и слободним активностима.

СТАНДАРДНА ПРАВИЛА УЈЕДИЊЕНИХ НАЦИЈА ЗА ИЗЈЕДНАЧАВАЊЕ МОГУЋНОСТИ КОЈЕ СЕ ПРУЖАЈУ ОСОБАМА СА ИНВАЛИДИТЕТОМ

- Генерална скупштина Уједињених нација у децембру 1993. године усвојила је Стандардна правила за изједначавање могућности које се пружају особама са инвалидитетом.
- Усвајање овог акта представља круну Деценије Уједињених нација посвећене особама са инвалидитетом (1983–1992) и значајан напредак у борби за права особа са инвалидитетом.
- Стандардна Правила у марту 1995. године прихватила је и Влада Савезне Републике Југославије.
- Сврха Стандардних правила јесте да обезбеде да особе са инвалидитетом уживају иста права и обавезе као и остали чланови друштва у којем живе.

Диспозитивни део Стандардних правила чине двадесет и два правила и одредбе о контроли примене Правила. У првом одељку Правила налазе се одредбе о стварању предуслова за равноправно учешће особа са инвалидитетом у свим областима друштвеног живота. У другом одељку су дефинисана примарна циљна подручја у којима треба обезбедити равноправно учешће, а у трећем мере за спровођење правила.

ПРАВИЛО 6

- Државе треба да поштују принцип једнаких могућности за примарно, секундарно и терцијарно образовање деце са инвалидитетом, омладине и одраслих особа са инвалидитетом (Образовање особа са инвалидитетом треба да постане интегрални део образовног система).

ПРАВИЛО 11

- Особама са инвалидитетом треба обезбедити равноправне могућности за спорт и рекреацију.

ПРАВНИ ОКВИР У СРБИЈИ КАДА СУ У ПИТАЊУ ПРАВА ОСОБА СА ИНВАЛИДИТЕТОМ

Положај особа са инвалидитетом у Републици Србији уређен је бројним законским и подзаконским актима. То су:

- антидискриминациони закони,
- реформисана је социјална заштита и донет нови Закон о социјалној заштити,
- измењени су закони о планирању и изградњи, здравственој заштити, образовању и запошљавању,
- ратификована је Конвенција о правима особа са инвалидитетом.

Ипак, најважнији стратешки документ који је сагледао ситуацију са мултисекторског аспекта у циљу потпуне социјалне интеграције и самосталног живљења особа са инвалидитетом и поставивши питање третмана особа са инвалидитетом као питање људских права јесте: ***Стратегија унапређења положаја особа са инвалидитетом у Републици Србији, 2007-2015. године.***

Усвојена је децембра 2006. године. Израдом овог стратешког документа створена је квалитетна полазна основа за дефинисање акционих планова који треба да садрже механизме и конкретне кораке са циљем побољшања постојећег и континуираног унапређења положаја особа са инвалидитетом. Стратегија унапређења положаја особа са инвалидитетом заснована је на принципима који су у складу и са Националним планом акција за децу. **Стратешки циљ који овај документ поставља јесте унапређење положаја особа са инвалидитетом до позиције равноправних грађана који уживају сва права и одговорности.**

Стратегија се занима на биопсихосоцијалном моделу приступа инвалидности, поштовању људских права особа са инвалидитетом, Универзалној декларацији о правима човека, Европској социјалној повељи, Акционом плану Савета Европе за особе са инвалидитетом и Акту Европске уније. Стратегија дефинише шест општих циљева.

ОПШТИ ЦИЉЕВИ

1. Уграђивање питања положаја особа са инвалидитетом у опште развојне документе и операционализација мултисекторске сарадње на планирању и праћењу положаја особа са инвалидитетом, уз изградњу институционалног оквира за ову сарадњу.
2. Стварање ефикасне правне заштите, уз развој и реализацију планова превенције дискриминације особа са инвалидитетом и општу сензибилизацију друштва на питања положаја, права и потребе особа са инвалидитетом.

3. Чињење социјалних, здравствених и других услуга доступним корисницима, пре свега особама са инвалидитетом или члановима њихових породица.
4. Развој политике и примена мера које особама са инвалидитетом пружају једнаке могућности, подстичу самосталност, лични развој и активан живот, нарочито у областима образовања, запошљавања, рада и становања
5. Обезбеђивање приступа особама са инвалидитетом изграђеном окружењу, приступачном превозу, информацијама и комуникацијама, услугама намењеним јавности.
6. Обезбеђивање социјалне сигурности и адекватног стандарда живљења за особе са инвалидитетом.

ПОСЕБНИ ЦИЉЕВИ

Поред општих циљева, дато је и 16 посебних циљева који су дефинисани стратегијом.

1. Развити и применити механизме за укључивање питања инвалидности у главне токове друштва, развојне планове, секторске стратегије, програме и пројекте до 2010. године.
2. Подржати развој одговарајућег институционалног оквира и осигурати развој механизма за заједничко планирање и праћење политике мера у области инвалидности на свим релевантним нивоима – националном, покрајинском, окружном и локалном.
3. Осигурати поштовање права особа са инвалидитетом кроз развој механизма за заштиту права ових особа.
4. Подизање нивоа свести заједнице о особама са инвалидитетом и самих особа о положају, потребама и правима ових особа.
5. Унапредити систем подршке и услуга усмерених ка кориснику у складу са његовим потребама.
6. Оснажити породице особа са инвалидитетом кроз систем пружања адекватне подршке, одговарајућих сервиса и служби које помажу интеграцију особа са инвалидитетом у локалну заједницу.
7. Унапредити квалитет рада пружалаца услуга.
8. Осигурати поштовање и остваривање права свих особа са инвалидитетом на адекватно образовање уз обезбеђивање једнаких могућности за учење и развој у локалној заједници за сву децу, омладину и одрасле са инвалидитетом.

9. Обезбедити једнаке могућности за запошљавање и рад особа са инвалидитетом уз развој и примену системских решења заснованих на способностима и потребама.

10. Развијати и осигурати једнаке могућности за равноправно и активно учешће жена са инвалидитетом у животу заједнице.

11. Побољшати квалитет живота особа са инвалидитетом стварањем могућности за слободан избор услова и начина живота у изабраном окружењу.

12. Повећати укљученост особа са инвалидитетом у заједницу стварањем услова за учешће у спортском и културно-рекреативном животу и слободним активностима.

13. Обезбедити да сви нови јавни и објекти отворени за јавност, саобраћајна инфраструктура и објекти у функцији превоза путника у свим гранама саобраћаја буду приступачни особама са инвалидитетом.

14. Постепена и континуирана адаптација постојећих јавних објеката, саобраћајне инфраструктуре и превозних средстава у јавном превозу путника у свим гранама саобраћаја, како би постали приступачни особама са инвалидитетом.

15. Обезбедити приступачност информација, комуникација и услуга, укључујући примену информацијских и комуникацијских технологија и других научних достигнућа с циљем стварања једнаких могућности и унапређења положаја особа са инвалидитетом.

16. Обезбедити свим особама са инвалидитетом социјалну сигурност.

ЗАКОН О СПРЕЧАВАЊУ ДИСКРИМИНАЦИЈЕ ОСОБА СА ИНВАЛИДИТЕТОМ

Објављен је у Службеном гласнику РС, 2006. године. Овај закон се заснива на начелима:

1. забране дискриминације особа са инвалидитетом;
2. поштовања људских права и достојанства особа са инвалидитетом;
3. укључености особа са инвалидитетом у све сфере друштвеног живота на равноправној основи;
4. укључености особа са инвалидитетом у све процесе у којима се одлучује о њиховим правима и обавезама;
5. једнаких права и обавеза.

Изрази „дискриминација” и „дискриминаторско поступање” означавају свако прављење разлике или неједнако поступање, односно пропуштање (искључивање, ограничавање или давање првенства) у односу на лица или групе, као и на чланове њихових породица, или њима блиска лица, на отворен или прикривен начин, а које се заснива на инвалидности или разлозима у вези са њом.

Овај закон се састоји од седам делова:

- Основне одредбе;
- Општа забрана дискриминације;
- Посебни случајеви дискриминације;
- Мере за подстицање равноправности особа са инвалидитетом;
- Поступак у спору за заштиту од дискриминације због инвалидности;
- Казнене одредбе;
- Завршна одредба.

Дискриминација у вези са васпитањем и образовањем

1. Забрањена је дискриминација због инвалидности на свим нивоима васпитања и образовања.

2. Дискриминација из става 1. овог члана обухвата:

1. Ускраћивање пријема детета предшколског узраста, ученика, односно студента са инвалидитетом у васпитну односно образовну установу која одговара његовом претходно стеченом знању, односно образовним могућностима;
2. Искључење из васпитне, односно образовне установе коју већ похађа дете предшколског узраста, ученик, односно студент са инвалидитетом из разлога везаних за његову инвалидност;
3. Постављање не инвалидности као посебног услова за пријем у васпитну односно образовну установу, укључујући подношење уверења о здравственом стању и претходну проверу психофизичких способности, осим ако је тај услов утврђен у складу са прописима којима се уређује област образовања.

МЕРЕ ЗА ОБЕЗБЕЂИВАЊЕ РАВНОПРАВНОСТИ У ОБЛАСТИ ВАСПИТАЊА И ОБРАЗОВАЊА

Члан 36.

- Органи државне управе, територијалне аутономије и локалне самоуправе надлежни за послове васпитања и образовања дужни су да предузму мере, с

циљем да васпитање и образовање особа са инвалидитетом постане интегрални део општег система васпитања и образовања.

МЕРЕ ЗА ОБЕЗБЕЂИВАЊЕ УЧЕШЋА У КУЛТУРНОМ, СПОРТСКОМ И ВЕРСКОМ ЖИВОТУ ЗАЈЕДНИЦЕ

Члан 37.

- Јединице локалне самоуправе дужне су да предузму мере ради обезбеђивања равноправног учешћа особа са инвалидитетом у културном, спортском и верском животу заједнице.

ПСИХОСОЦИЈАЛНЕ ОСНОВЕ ИНВАЛИДИТЕТА

Интеграција особа са инвалидитетом у социјалну средину је покрет који у свету добија све веће значење, а у многим земљама она је законски регулисана и обавезна.

Успешност социјалне интеграције зависи од субјективних и објективних фактора.

МОДЕЛИ ПРИСТУПА ИНВАЛИДНОСТИ

Кроз историју су се мењали модели приступа инвалидности, тако да данас постоје следећи модели:

1. Медицински модел приступа инвалидности
2. Социјални модел приступа инвалидности
3. Нађијев модел
4. Биопсихосоцијални модел приступа инвалидности
5. Модел процеса настанка инвалидности- Квебешка класификација

МЕДИЦИНСКИ МОДЕЛ ПРИСТУПА ИНВАЛИДНОСТИ

Овај модел је коришћен током већег дела двадесетог века. Овај модел посматра инвалидитет као индивидуални проблем појединца, као искључиву последицу прележане болести, повреде и трауме. Медицински експерти раде на томе како да особу са инвалидитетом рехабилитују, оспособе за функционисање по мерилима „здравих“, и да их уклопе у тзв. нормалне животне оквире. Пошто се у неким случајевима

здравствено стање не може вратити у редовне параметре, намеће се питање шта даље чинити са особама са инвалидитетом? Медицински модел намеће да се за ове особе организују посебне установе где ће о њима, бринути обучени стручњаци, претежно медицинске струке.

Овај модел је рестриктиван, сву пажњу посвећује физичком оштећењу, а потпуно занемарује окружење у коме особа са инвалидитетом живи. Код њега се губи из вида да су често околне, као и психо-социјалне баријере те које особу са инвалидитетом спречавају да делује на истом нивоу са осталима и да учествује у заједници у којој је физички лоцирана.

СОЦИЈАЛНИ МОДЕЛ ПРИСТУПА ИНВАЛИДНОСТИ

Овај модел се јавља седамдесетих и осамдесетих година двадесетог века. Прихватиле су га организације особа са инвалидитетом и борци за људска права ових особа.

Послужио је као теоретски основ за захтеве за равноправност и пуну социјалну укљученост и учешће особа са инвалидитетом у свим областима друштвеног живота.

Најзначајнији међународноправни документи посвећени положају особа са инвалидитетом

усвајани под окриљем Уједињених нација и регионалних организација почивају на социјалном моделу. Социјални модел се може дефинисати као модел који инвалидност посматра као друштвени проблем а не као проблем појединаца са инвалидитетом.

Реч је о проблему који није проузрокован индивидуалним болестима, траумама и повредама већ неспремношћу друштва да се прилагођава потребама свих својих чланова и да континуирано и систематично ствара услове за пуно и равноправно учешће особа са инвалидитетом у свим сферама друштвеног живота. Одговорност је на друштву да створи услове за пуно учешће особа са инвалидитетом у свим областима друштвеног живота. На тај начин инвалидност престаје да буде лична одлика, и прераста у социолошки феномен. Проблем није у појединцу који, наводно, „није прилагођен друштву и околини“ већ у друштву које не ствара једнаке могућности за равноправно учешће свих својих чланова.

НАЋИЈЕВ МОДЕЛ

Има подршку бројних теоретичара, а и послужио је као основ за приступ материји инвалидности већег броја значајних међународних (Светска здравствена организација – WХО) и националних установа (Институт за медицину Америчке академије наука).

Основни сегменти овог модела су четири фазе:

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

Нађијев модел је, по први пут, ставио физички недостатак у социјални контекст и тако отворио пут новом моделу.

БИОПСИХОСОЦИЈАЛНИ МОДЕЛ ПРИСТУПА ИНВАЛИДНОСТИ

Овај модел приступа инвалидности настаје на трагу Нађијевог модела и представља његову даљу разраду. Он ужива широку подршку бројних теоретичара као изузетно прецизан, разрађен, комплексан модел приступа инвалидности који настоји да узме у обзир све различите аспекте инвалидности као друштвеног феномена. Коришћен је током израде нацрта Стратегије унапређења положаја особа са инвалидитетом Републике Србије 2006. године. У биопсихосоцијалном 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 и фактори околине.

У личне факторе спадају: пол, године живота, начин савладавања стреса, социјално порекло, едукација, професија, прошло и садашње искуство, укупан образац понашања, карактер и низ других фактора.

У факторе околине спадају: социјални ставови, цивилно друштво, правна и социјална структура, службе за подршку, архитектонске баријере, клима, терен, као и други фактори.

Кроз сложену интеракцију свих поменутих фактора долази до инвалидности, социјалне искључености и маргинализације особа са инвалидитетом.

МОДЕЛ ПРОЦЕСА НАСТАНКА ИНВАЛИДНОСТИ – КВЕБЕШКА КЛАСИФИКАЦИЈА

Овај модел представља даљу разраду и надградњу Нађијевог и биопсихосоцијалног модела приступа инвалидности. Он ставља нагласак на анализу сложених интеракција између личних и фактора околине. Инвалидност посматра као временски варијабилну категорију која зависи како од личних тако и од фактора околине који могу бити било подстичући, било ограничавајући. Фактори околине су разврстани на социјалне, културне, политичке, физичке, а сваки од фактора може бити подстицајни ако олакшава остваривање животних навика и социјалну укљученост особе са инвалидитетом, или отежавајући ако ограничава или онемогућава остваривање животних навика и доводи особу са инвалидитетом у стање хендикепа, то јест социјалне искључености. Они се мењају с временом, а у зависности од њих мења се и степен социјалне укључености, односно искључености особе са инвалидитетом, а инвалидност добија значајну временску димензију и варијаблу. Иако поменути тим стручњака Квебешког института за рехабилитацију модел процеса настанка инвалидности користи пре свега у процени потреба клијената за асистивним технологијама, овај модел се, свакако, може ставити и у функцију процене степена социјалне искључености, дискриминације и маргинализације.

Као такав представља добродошло теоретско оруђе за утврђивање друштвених процеса који су довели до доношења правних норми за уређење статуса особа са инвалидитетом.