



**Sevim ACARUZ
Oana RUSU
Belgin DEDE
Emine Ozlem GEMICI
Aleksandra KRSTOVSKA
(editori)**

Join the Project Now!

www.sahhim.eu

Ghid pentru promovarea vieții sănătoase și active a copiilor cu nevoi speciale în situații neașteptate de criză



This project has been funded with support from the European Commission. This publication reflects the views only of the author, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.



This project has been funded with support from the European Commission. This publication reflects the views only of the author, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.

CONTRACT CODE
2021-1-TR01-KA220-SCH-000024715

editura pim
Iași, 2023

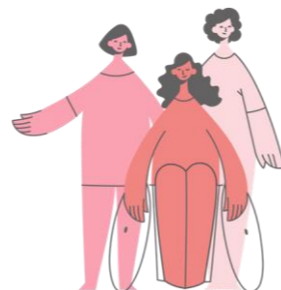
editura pim

Editură acreditată CNCSIS – 66/2010
Strada Smârdan, nr. 76 , Iași – 700399
Tel.: 0730.086.676, 0732.430.407
email: tipografiaiasi@pimcopy.ro
www.pimcopy.ro

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României
Ghid pentru promovarea vieții sănătoase și active a copiilor cu nevoi speciale în situații neașteptate de criză / ed.: Servim Acaroz, Oana Rusu, Belgin Dede, - Iași : PIM, 2023
Conține bibliografie
ISBN 978-606-13-8069-5

I. Acaroz, Servim (ed.)
II. Rusu, Oana (ed.)
III. Dede, Belgin (ed.)

37



Autori

Aleksandra KRSTOVSKA

Profesor de limba engleză

Școala Primară "Vasil Glavinov" Veles

Veles, MACEDONIA de NORD

Andrei BARBIR, Msc

Psiholog clinic

Școala Gimnazială Specială din Pașcani

Județul IAȘI, ROMÂNIA

Belgin DEDE, Msc

Profesor expert - Științe

Școala Gimnazială Durugöl

Ordu, TURCIA

Camelia SOPONARU, PhD

Conferențiar universitar

Facultatea de Psihologie și Științe ale Educației

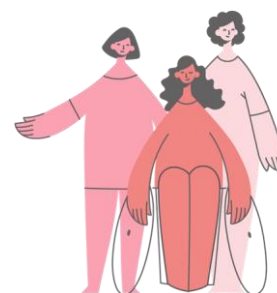
Universitatea "Alexandru Ioan Cuza" din Iași, Iași, ROMÂNIA

Demmys RUSU, Msc

Profesor

Liceul Tehnologic Special "Vasile Pavelcu"

Iași, ROMÂNIA



Duygu DEGIRMENCI MATARACI, PhD

Asistent de cercetare

Department of Nutrition and Dietetics

Ordu University

Ordu, TURCIA

Emine Ozlem GEMICI, Msc

Profesor expert – educație specială

Școala Vocațională de Educație Specială Adil Karlibel

Ordu, TURCIA

Hasan SOZEN, PhD

Conferențiar universitar

Department of Sport Management

Ordu University

Ordu, TURCIA

Ileana-Monica POPOVICI, PhD

Conferențiar universitar

Facultatea de Educație Fizică și Sport

Universitatea "Alexandru Ioan Cuza" din Iași, Iași, ROMÂNIA

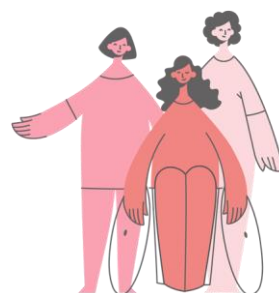
Liliana Elisabeta RADU, PhD

Conferențiar universitar

Facultatea de Educație Fizică și Sport

Universitatea "Alexandru Ioan Cuza" din Iași

Iași, ROMÂNIA



Oana RUSU, PhD

Conferențiar universitar

Facultatea de Educație Fizică și Sport

Universitatea "Alexandru Ioan Cuza" din Iași

Iași, ROMÂNIA

Renato Gabriel PETREA, PhD

lector

Facultatea de Educație Fizică și Sport

Universitatea "Alexandru Ioan Cuza" din Iași

Iași, ROMÂNIA

Sevim ACARUZ, PhD, Kt

Conferențiar universitar

Department of Physiotherapy and Rehabilitation

Ordu University

Ordu, TURCIA

Sinan AKOGLU, Msc, Kt

Asistent de cercetare

Department of Physiotherapy and Rehabilitation

Ordu University

Ordu, TURCIA

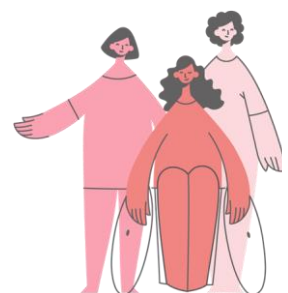
Veronica POPESCU, PhD

Conferențiar universitar

Facultatea de Educație Fizică și Sport

Universitatea "Alexandru Ioan Cuza" din Iași

Iași, ROMÂNIA



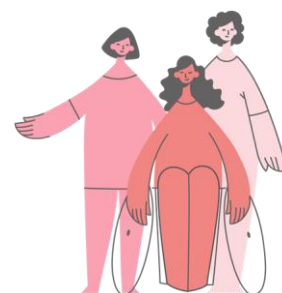
Cuvânt înainte

Pandemia de COVID-19 a intrat pe neașteptate în viețile noastre. A avut un impact imens asupra lumii întregi timp de doi ani. Deși pare că și-a redus impactul în aceste zile odată cu dezvoltarea vaccinurilor, imunitatea socială dobândită și evoluția virusului în tipuri de virus mai puțin eficiente, din păcate, efectele sale asupra vieții noastre de zi cu zi continuă.

COVID-19 are potențialul de a afecta toți indivizii din punct de vedere fiziologic, spiritual și social, indiferent dacă suferă sau nu de boală. Organizația Națiunilor Unite a declarat în mod special că copiii cu dizabilități sunt o populație vulnerabilă și izolarea lor este obligatorie. Afectează funcțiile sistemului musculo-scheletic și cardio-respirator ca urmare a scăderii nivelului de activitate fizică a indivizilor, mai ales datorită duratei de ședere acasă și a timpului petrecut în fața ecranului în învățământul la distanță, iar din punct de vedere psihologic, determină o creștere a incidenței anxietății, stresului și depresiei. Datorită acestor influențe fizice, mentale și sociale, se estimează că participarea persoanelor cu dizabilități la viața socială va fi serios afectată pe termen lung, iar cheltuielile cu sănătatea acestora vor crește.

Comisia UE a declarat că persoanele cu dizabilități sunt printre cele mai afectate de criza COVID-19 și că este necesar să ne străduim în timpul crizei pentru a ne asigura că drepturile persoanelor cu dizabilități sunt garantate și calitatea vieții acestora este îmbunătățită. În paralel, UE a început să lucreze la combaterea pandemiei și la reducerea efectelor crizei. În martie 2021, UE și UNICEF au anunțat că lansează un program de reducere a impactului COVID-19 asupra celor mai vulnerabili copii și familii. Pe lângă elevii cu cerințe educative speciale (CES), pe parcursul învățământului la distanță efectuat în timpul procesului de pandemie, profesorii se confruntă și cu diverse probleme de sănătate fizică și psihică din cauza imobilității prelungite în fața ecranului în timpul predării. Este posibil să se minimizeze efectele pe termen scurt și lung, directe și indirecte ale pandemiei asupra copiilor cu CES și a profesorilor acestora și, prin urmare, să se mențină participarea socială și calitatea vieții la cel mai înalt nivel atât în timpul, cât și după pandemie, în măsura permisă de condițiile pandemice, cu strategii de promovare a sănătății. Din acest motiv, în timpul acestei crize cu care se confruntă lumea, pentru îmbunătățirea sănătății, țările au nevoie de studii axate pe „Dezvoltarea și durabilitatea HLB”, în special pentru copiii cu CES și profesorul lor.

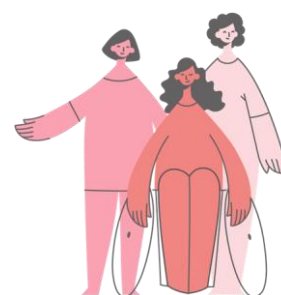
Pe baza acestui fapt, am pregătit această carte, care poate fi un ghid pentru familiile copiilor cu CES și profesioniștii care lucrează cu persoane cu nevoi speciale, în cadrul unui proiect al Uniunii Europene care își propune să dezvolte și să mențină un stil de viață sănătos la copiii cu nevoi speciale și la profesorii acestora în situații de criză neașteptate.



Această carte, care discută despre comportamentele unui stil de viață sănătos sub titlurile de activitate fizică, alimentație sănătoasă și managementul stresului, a fost creată de o echipă multidisciplinară de profesioniști din domeniul sănătății, experți în știința sportului și profesori care lucrează cu acești copii de mulți ani. Sperăm că manualul va fi un ghid care va face lumină asupra copiilor cu nevoi speciale și a problematicii acestora, răspunzând la cele mai frecvente întrebări despre acest subiect.

Sevim ACARUZ, PhD

coordonator proiect SAHHIm

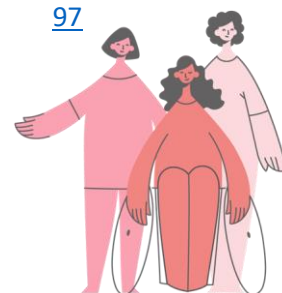


Cuprins

Autori

Cuvânt înainte

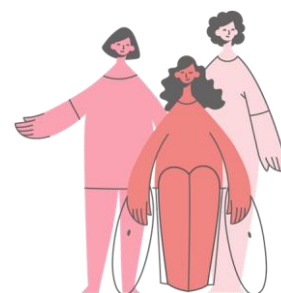
CAPITOLUL 1 VIAȚA SĂNĂTOASĂ ȘI ACTIVITATEA FIZICĂ	<u>9</u>
Informații generale	<u>10</u>
Ce a fost pandemia COVID-19 și impactul ei asupra copiilor cu nevoi speciale?	<u>10</u>
Ce este o viață sănătoasă? Ce sunt comportamentele de viață sănătoase?	<u>11</u>
Ce este activitatea fizică?	<u>12</u>
Beneficiile activității fizice la copiii cu nevoi speciale	<u>13</u>
Inactivitatea fizică la copiii cu nevoi speciale și efectele sale	<u>15</u>
Recomandări pentru activitatea fizică	<u>19</u>
Orientarea către un program de activitate fizică regulată	<u>25</u>
Considerații privind sugestiile de lucru cu părinții copiilor cu nevoi speciale	<u>30</u>
La ce ar trebui să acordăm atenție când practicăm activități fizice?	<u>37</u>
Unde se pot desfășura activitățile fizice?	<u>38</u>
Care sunt obstacolele în practicarea activității fizice regulate?	<u>39</u>
Activitatea fizică la deficienții de vedere	<u>41</u>
Activitatea fizică la deficienții de auz	<u>50</u>
Activitatea fizică la deficienții mentali	<u>61</u>
Activitatea fizică la deficienții fizici	<u>71</u>
Activitatea fizică în cazul bolilor cronice	<u>77</u>
Activitatea fizică în tulburările din spectru autist (TSA)	<u>83</u>
CAPITOLUL 2 VIAȚA SĂNĂTOASĂ ȘI ALIMENTAȚIA	<u>96</u>
Informații generale	<u>96</u>
Ce este alimentația sănătoasă? Care sunt elementele nutritive?	<u>97</u>



Ce ar trebui luat în considerare în alimentația copiilor cu nevoi speciale?	98
Care sunt recomandările nutriționale pentru copiii cu nevoi speciale?	100
Ce se poate face pentru o alimentație sănătoasă în școli?	103

CAPITOLUL 3 VIAȚA SĂNĂTOASĂ ȘI MANAGEMENTUL STRESULUI [107](#)

Ce este stresul?	107
Care sunt efectele stresului asupra corpului și minții umane?	108
Care sunt reacțiile la stres la copiii cu nevoi speciale?	110
Strategii privind predarea abilităților de management al stresului	112
Tehnici de reglare emoțională pentru copiii cu nevoi speciale	113
Construirea rezilienței și a stimei de sine la copiii cu nevoi speciale	116
Care sunt metodele de a face față stresului la copiii cu nevoi speciale?	117
Ce modalități ar trebui urmate în timpul crizelor la copiii cu nevoi speciale?	121
Sfaturi pentru a face față stresului la copiii cu nevoi speciale	124



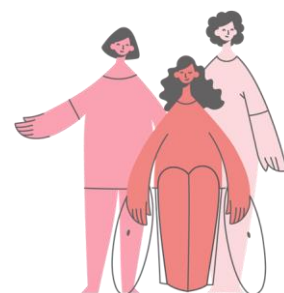
CAPITOLUL 1

VIAȚA SĂNĂTOASĂ ȘI ACTIVITATEA FIZICĂ

Hasan SOZEN, Abdullah Sinan AKOGLU, Oana RUSU, Veronica POPESCU, Renato Gabriel PETREA, Camelia SOPONARU, Liliana Elisabeta RADU, Andrei BARBIR, Demmys RUSU, Ileana-Monica POPOVICI

Secțiuni

- Informații generale
- Ce a fost pandemia COVID-19 și impactul ei asupra copiilor cu nevoi speciale?
- Ce este o viață sănătoasă? Ce sunt comportamentele de viață sănătoase?
- Ce este activitatea fizică?
- Beneficiile activității fizice la copiii cu nevoi speciale
- Inactivitatea fizică la copiii cu nevoi speciale și efectele sale
- Recomandări pentru activitatea fizică
- Orientarea către un program de activitate fizică regulată
- Considerații privind sugestiile de lucru cu părinții copiilor cu nevoi speciale
- La ce ar trebui să acordăm atenție când practicăm activități fizice?
- Unde se pot desfășura activitățile fizice?
- Care sunt obstacolele în practicarea activității fizice regulate?
- Activitatea fizică la deficienții de vedere
- Activitatea fizică la deficienții de auz
- Activitatea fizică la deficienții mentali
- Activitatea fizică la deficienții fizici
- Activitatea fizică în cazul bolilor cronice
- Activitatea fizică în tulburările din spectru autist (TSA)
- Referințe bibliografice



INFORMAȚII GENERALE

Abdullah Sinan AKOGLU

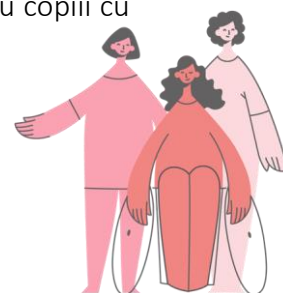
COVID-19 a început în China în decembrie 2019 și a afectat întreaga lume într-un timp scurt. Pe 11 martie 2020, din cauza creșterii rapide a numărului de cazuri și decese, Organizația Mondială a Sănătății (OMS) a descris această criză drept o pandemie. OMS a subliniat importanța de a sta departe de mediile aglomerate și de a rămâne acasă pentru a vă proteja împotriva virusului și a atrage atenția asupra izolării sociale. Datorită prelungirii perioadei de izolare socială, politica de stat acasă a continuat mult timp în toată lumea. Organizația Națiunilor Unite a declarat că copiii cu dizabilități sunt o populație vulnerabilă și izolarea lor este obligatorie. Având în vedere impactul virusului asupra copiilor, s-a realizat că trebuie acordată mai multă atenție copiilor cu nevoi speciale. COVID-19 a afectat toți indivizii din punct de vedere fiziologic și psihologic, indiferent dacă au boala sau nu. Nivelurile de activitate fizică ale indivizilor au scăzut odată cu implementarea politicii de învățământ la distanță a țărilor și durata șederii acasă.

Toți copiii au un nivel foarte ridicat de activitate fizică acasă, la școală și în viața socială. Cea mai importantă dintre aceste activități fizice este jocul. Înainte de aceste situații de criză, copiii puteau atinge niveluri ridicate de activitate fizică jucând jocuri acasă, la școală și în viața socială. Copiii au avut ocazia să desfășoare aceste activități fizice alături de familie, prieteni de școală, profesori și oameni noi pe care i-au cunoscut în mediul social. Familiile au suficiente informații pentru a-și ajuta copiii să trăiască o viață sănătoasă în viața normală (cu excepția situațiilor de criză neașteptate, cum ar fi Covid-19). În special, țările europene au sisteme educaționale concepute pentru a se potrivi nivelurilor de activitate fizică ale copiilor.

CE A FOST PANDEMIA COVID-19 ȘI IMPACTUL EI ASUPRA COPIILOR CU NEVOI SPECIALE?

Abdullah Sinan AKOGLU

Înainte de pandemie, copiii cu nevoi speciale își petreceau cea mai mare parte a zilei în instituții de învățământ special și instituții care oferă servicii de sănătate. Aceste instituții oferă copiilor cu nevoi speciale oportunitatea de a se angaja în activitate fizică cu prietenii, profesorii și profesioniștii din domeniul sănătății. Procesul de a rămâne acasă pentru copiii cu



nevoi speciale a provocat perturbări ale serviciilor de sănătate de care beneficiază în mod obișnuit, precum și ale educației la distanță.

Pe lângă copiii cu nevoi speciale, profesorii lor au fost afectați fizic și psihologic de învățământul la distanță. Se știe că această situație afectează funcțiile sistemului musculo-scheletic și cardio-respirator la indivizi (Hu et al., 2021). În plus, problemele de sănătate psihologică apar din cauza izolării sociale (Meherali et al., 2021). S-a înregistrat o creștere a incidenței anxietății, stresului și depresiei în timpul șederii acasă. În situații de criză, cum ar fi pandemiile, aceste efecte fizice, mentale și sociale afectează mult mai mult copiii care au nevoie de educație specială.

CE ESTE O VIAȚĂ SĂNĂTOASĂ? CE SUNT COMPORTAMENTELE DE VIAȚĂ SĂNĂTOASE?

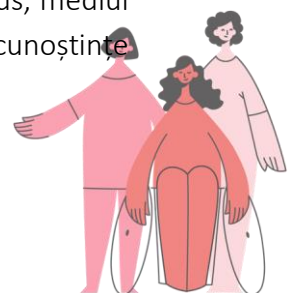
Abdullah Sinan AKOGLU

Stil de viață sănătos - Este o stare de bine fizic, psihologic și psihic. Un stil de viață sănătos este definit ca acea situație în care oamenii care își controlează toate comportamentele care le pot afecta sănătatea, sunt informați despre aceste probleme și adaugă aceste comportamente la activitățile lor zilnice (Marques et al., 2020). Pentru oameni, toți acești parametri sunt importanți și interdependenți. Toți parametrii necesari unei vieți sănătoase devin și mai importanți pentru copiii care au nevoie de educație specială. Dezvoltarea unui stil de viață sănătos la copii previne problemele de sănătate care pot apărea în viitor (Li et al., 2020). Profesioniștii din domeniul sănătății și profesorii au roluri importante în a ajuta copiii să dezvolte și să mențină un stil de viață sănătos.

Parametrii unui stil de viață sănătos sunt:

- Responsabilitatea pentru sănătate
- Activitate fizică
- Obiceiurile alimentare
- Dezvoltare spirituală
- Relații interpersonale
- Managementul stresului

Familia, profesioniștii din domeniul sănătății și profesorii trebuie să conlucreze pentru a dezvolta un stil de viață sănătos la elevii care au nevoie de educație specială. În plus, mediul social al copilului afectează și capacitatea acestuia de a dobândi și de a dezvolta cunoștințe.



despre comportamentele unui stil de viață sănătos. Izolarea socială în situații de criză îngreunează dezvoltarea unui stil de viață sănătos pentru copii. Familiile au un rol important de jucat în dezvoltarea tuturor parametrilor comportamentelor sănătoase de viață la copii în perioadele de izolare socială. Familiile trebuie să obțină sprijinul profesorilor și profesioniștilor din domeniul sănătății pentru a îndeplini această sarcină. Ei trebuie să adapteze toți parametrii comportamentelor unui stil de viață sănătos la activitățile zilnice ale copilului. Familiile ar trebui să țină cont de interesele și plăcerea copilului lor atunci când fac această adaptare. În plus, familiile ar trebui să fie modele pentru copii.

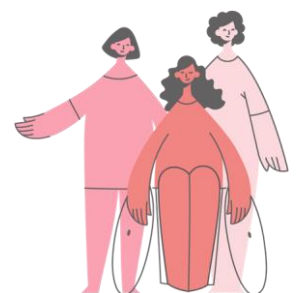
CE ESTE ACTIVITATEA FIZICĂ?

Abdullah Sinan AKOGLU

Activitatea fizică reprezintă activitățile care consumă energie prin folosirea corpului nostru în viața de zi cu zi, cresc ritmul cardiac și respirator și provoacă oboseală la diferite niveluri (Janssen et al., 2010). Diferite ramuri sportive, dans, exerciții fizice, jocuri și activități din timpul zilei pot fi date ca exemple de activitate fizică. Cumpărăturile, curățenia casei și grădinaritul, care se numără printre activitățile vieții de zi cu zi, pot fi date ca exemple de activitate fizică. Aceste activități ar trebui să includă unele dintre mișcărilor enumerate mai jos.

- Mișcări ale brațelor și picioarelor
- Mișcări ale capului și trunchiului
- Mersul pe jos
- Alergare
- Genuflexiuni
- Sărituri
- Ciclism
- Înot

Activitatea fizică și exercițiul fizic sunt concepte diferite. Activitatea fizică include aplicarea în viața de zi cu zi a jocurilor, activităților din viața de zi cu zi, activităților de dans etc. la diferite intensități și durate. Totuși, exercițiul include activități desfășurate cu anumite reguli, în mod regulat, pe o anumită durată și intensitate, și cu un anumit număr de repetări.



BENEFICIILE ACTIVITĂȚII FIZICE LA COPIII CU NEVOI SPECIALE

Abdullah Sinan AKOGLU

Putem clasifica beneficiile activității fizice ca fiind fizice, spirituale și mentale (Warburton et al., 2017). Creșterea nivelului de activitate fizică are toate aceste efecte pozitive împreună.

Beneficiile fizice ale activității fizice:

- Corectarea posturii
- Creșterea forței musculare și a rezistenței
- Creșterea capacității respiratorii
- Reglarea ritmului cardiac, protecția împotriva bolilor cardiace și ale sistemului circulator
- Pierderea în greutate și prevenirea obezității

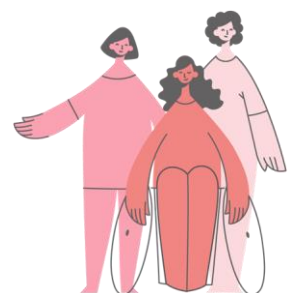
Beneficiile spirituale și mentale ale activității fizice;

- Prevenirea deficiențelor cognitive ușoare și a demenței
- Capacitatea de a face față stresului
- Gândirea pozitivă
- Creșterea încrederii în sine
- Creșterea abilităților de comunicare socială
- Reducerea depresiei și a anxietății

Creșterea nivelului de activitate fizică are beneficii fizice, spirituale și mentale pentru toate grupele de vârstă. Activitatea fizică este una dintre cele mai importante părți ale sănătății, mai ales când luăm în considerare copiii cu nevoi speciale. Pentru a crește nivelul de activitate fizică la copiii cu nevoi speciale, familiile, profesorii și profesioniștii din domeniul sănătății trebuie să realizeze împreună un program.

Referințe bibliografice

Hu, D., Zhang, H., Sun, Y., & Li, Y. (2021). The effects of the measures against COVID-19 pandemic on physical activity among school-aged children and adolescents (6–17 years) in 2020: A protocol for systematic review. *PloS one*, 16(7), e0255520.



Janssen, I., & LeBlanc, A. G. (2010). Systematic review of the health benefits of physical activity and fitness in school-aged children and youth. *International journal of behavioral nutrition and physical activity*, 7(1), 1-16.

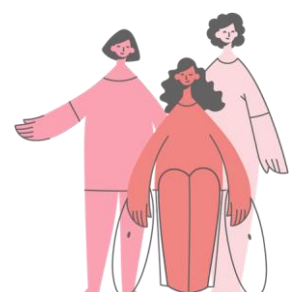
Li, Y., Schoufour, J., Wang, D. D., Dhana, K., Pan, A., Liu, X., ... & Hu, F. B. (2020). Healthy lifestyle and life expectancy free of cancer, cardiovascular disease, and type 2 diabetes: prospective cohort study. *bmj*, 368.

Meherali, S., Punjani, N., Louie-Poon, S., Abdul Rahim, K., Das, J. K., Salam, R. A., & Lassi, Z. S. (2021). Mental health of children and adolescents amidst COVID-19 and past pandemics: a rapid systematic review. *International journal of environmental research and public health*, 18(7), 3432.

Marques, A., Loureiro, N., Avelar-Rosa, B., Naia, A., & de Matos, M. G. (2020). Adolescents' healthy lifestyle. *Jornal de Pediatria (Versão em Português)*, 96(2), 217-224.

Warburton, D. E., & Bredin, S. S. (2017). Health benefits of physical activity: a systematic review of current systematic reviews. *Current opinion in cardiology*, 32(5), 541-556.

Abdullah Sinan AKOGLU - A absolvit Hacettepe University, Facultatea de Științe ale Sănătății, Departamentul de Fizioterapie și Reabilitare în 2014. Și-a terminat masterul la Hacettepe University, Școala de Științe ale Sănătății în 2017. Își continuă doctoratul la aceeași universitate. În trecut, a lucrat la un centru de învățământ privat și a lucrat ca kinetoterapeut în echipele naționale de volei, volei pe plajă, handbal, canotaj și baschet în scaun cu rotile. El își continuă studiile academice despre sănătatea sportivilor, leziunile sportive și instabilitatea gleznelor. Lucrează ca asistent de cercetare la Ordu University, Facultatea de Științe ale Sănătății, Departamentul de Fizioterapie și Reabilitare. Număr de telefon: +90 452 226 52 00 /6436 E-mail: abdullahsinanakoglu@odu.edu.tr



INACTIVITATEA FIZICĂ LA COPIII CU NEVOI SPECIALE ȘI EFECTELE SALE

Hasan SÖZEN

Beneficiile activității fizice sunt universale pentru toți copiii, inclusiv pentru copiii cu dizabilități. Participarea copiilor cu dizabilități la activități sportive și recreative promovează incluziunea cu semenii, minimizează pierderea aptitudinii fizice, optimizează funcționarea fizică și îmbunătățește bunăstarea generală. În ciuda acestor beneficii, copiii cu dizabilități sunt mai puțin probabil să participe la sporturi, au un nivel mai scăzut de fitness și un nivel mai ridicat de obezitate în comparație cu colegii lor fără dizabilități. Experții și părinții pot supraestima riscurile sau subestima beneficiile activității fizice la copiii cu dizabilități. Deciziile bine informate cu privire la participarea fiecărui copil ar trebui să ia în considerare starea generală de sănătate, preferințele individuale de activitate, măsurile de siguranță și disponibilitatea programelor și echipamentelor adecvate. Participarea copiilor cu nevoi speciale la activitate fizică poate fi realizată prin programe concepute cu toate părțile interesate. Copilul, familia, barierele financiare și sociale în calea participării ar trebui identificate direct. Scopul este de a include toți copiii cu nevoi speciale în activități adecvate (Murphy et al., 2008).

Copiii cu nevoi speciale au dificultăți în a se adapta la mediul în care trăiesc deoarece nu pot performa la nivelul așteptărilor societății în ceea ce privește activitățile cognitive și fizice. Tulburările de adaptare pe care le prezintă în diferite moduri îi fac să experimenteze diverse eșecuri în sarcinile sociale și academice (Kınalı, 2003; İlhan, 2008). Multe studii au arătat că la baza acestor negativități se află tulburările de dezvoltare.

Potrivit lui Suveren (1991), sportul nu ar trebui să însemne doar competiție. Indivizii din toate segmentele societății ar trebui să participe la activități sportive în măsura în care pot. Activitățile sportive sunt considerate ca o metodă care răspunde nevoii de mișcare fiind unul dintre factorii care afectează dezvoltarea și modelarea copilului. În cadrul activității, copiii trebuie să alerge, să sară, să urce, să tragă, să împingă, să poarte constant, pe scurt, trebuie să se lupte cu caracteristicile corporale. Această mobilitate afectează, în primul rând, sistemul respirator, circulator și digestiv în mod pozitiv (Suveren, 1991).

Beneficiile vieții active și ale exercițiilor fizice Multe studii asupra persoanelor cu nevoi speciale au arătat efectele pozitive ale participării la programe de activitate fizică: Balic, Mateos, Blasco și Fernhall (2000) au studiat persoanele cu nevoi speciale care au participat la Special Olympics și au efectuat o medie de 4 până la 9 ore de activitate fizică pe săptămână timp de cel puțin un an. Aceste persoane au prezentat capacitate aerobă, forță musculară și putere mai mare în comparație cu persoanele sedentare cu același sindrom. Un studiu



realizat de Tsimaras și Fotiadou (2004) a arătat, de asemenea, îmbunătățiri ale forței și echilibrului la adulții cu sindrom Down după un program de antrenament de 12 săptămâni. Rimmer și colab. (1995) au documentat îmbunătățiri semnificative ale sistemelor cardiovasculare și musculare, forței și rezistenței la adulții cu dizabilități intelectuale cu nevoi speciale care au participat la un program de antrenament specific. Alte studii au arătat, de asemenea, că activitatea fizică crește forța musculară (Croce & Horvat 1992; Carmeli și colab., 2002). Draheim, Williams și McCubbin (2002) au arătat o reducere a riscului de hiperinsulinemie și obezitate abdominală la adulții cu retard mintal care s-au angajat în activitate fizică moderată până la intensă cel puțin cinci zile pe săptămână și au urmat o dietă hipolipidică. Toate aceste studii arată că activitatea fizică poate îmbunătăți bunăstarea fizică la persoanele cu nevoi speciale.

În pofida dovezilor științifice ale beneficiilor activității fizice, există bariere care limitează participarea copiilor cu nevoi speciale la activitatea fizică. Acest lucru se datorează probabil că participarea lor nu este suficient de încurajată. Heller, Hsieh și Rimmer (2003) au identificat câteva bariere care limitează participarea persoanelor cu nevoi speciale la activitatea fizică. Acestea includ costuri mari, lipsa transportului, dificultăți de înregistrare la sălile de sport și alte facilități și dificultăți în găsirea de personal cu experiență. Heller, Hsieh și Rimmer (2004) au încercat să reducă aceste bariere prin organizarea unui program special. Grupul experimental a obținut rezultate fizice și psihosociale mai bune și a experimentat mai puține bariere emoționale și cognitive. Acești cercetători nu au inclus o evaluare a nivelului de aderență la program sau a rezultatelor pe termen lung în studiul lor. Jobling (2001) a identificat câteva caracteristici comune care pot limita participarea la o viață activă. Acestea includ percepția de a fi diferit și dificultăți motorii, lipsa exercițiilor fizice, obezitatea și inactivitatea. Subliniind că aceste caracteristici ar trebui să devină o provocare pentru a crea oportunități mai degrabă decât bariere, Jobling a descris două programe australiene care implică persoanele cu sindrom Down în joc și sport, activate în centrele sportive. Frey, Buchanan și Rosser Sandt (2005) au folosit tehnici de etnografie interpretativă pentru a examina percepția activității fizice în comportamentul a 12 indivizi cu dizabilități intelectuale ușoare. Folosind mai multe surse de informații, inclusiv patru părinți și doi supraveghetori, au fost identificate două teme principale comune întregului grup. Acestea au fost nevoia de programe adecvate și nevoia de informații despre importanța activității fizice pentru bunăstarea generală a unei persoane.

Toți copiii beneficiază de activitate fizică, iar copiii cu nevoi speciale nu fac excepție. Participarea copiilor cu nevoi speciale la programele de sport și activitate fizică promovează bunăstarea fizică, emoțională și socială. Deciziile bine informate cu privire la participarea fiecărui copil ar trebui să ia în considerare starea generală de sănătate, preferințele individuale de activitate, măsurile de siguranță și disponibilitatea programelor și echipamentelor adecvate. Copiii, familia, barierele financiare și sociale în calea participării ar trebui identificate și abordate direct în contextul legilor locale. Profesioniștii și familiile sunt



Încurajați să promoveze participarea copiilor cu dizabilități la sporturi și activități fizice competitive și recreative (Murphy et al., 2008).

Inactivitatea fizică poate avea efecte negative asupra sănătății generale și bunăstării copiilor cu nevoi speciale. Iată câteva puncte cheie privind inactivitatea fizică la această populație:

Risc crescut de afecțiuni cronice de sănătate: inactivitatea fizică la copiii cu nevoi speciale poate contribui la un risc crescut de apariție a unor afecțiuni cronice de sănătate, cum ar fi obezitatea, bolile cardiovasculare și diabetul. Lipsa activității fizice regulate poate duce la creșterea în greutate, scăderea forței musculare și reducerea aptitudinii cardiovasculare (Yazdani et al., 2013).

Impactul asupra dezvoltării abilităților motorii: Activitatea fizică regulată este crucială pentru dezvoltarea abilităților motorii la copii. Inactivitatea fizică poate împiedica dezvoltarea abilităților motorii grosiere, abilităților motorii fine și coordonarea la copiii cu nevoi speciale. Acest lucru le poate afecta capacitatea de a efectua activități zilnice și de a participa la activități sociale și recreative.

Impact negativ asupra sănătății mentale: S-a demonstrat că activitatea fizică are efecte pozitive asupra sănătății mentale, inclusiv reducerea simptomelor de anxietate și depresie. Copiii cu nevoi speciale pot fi deja expuși unui risc mai mare de probleme de sănătate mintală, iar inactivitatea fizică poate exacerba aceste probleme. Lipsa activității fizice poate contribui la sentimente de izolare, stima de sine scăzută și scăderea bunăstării generale.

Interacțiune și participare sociale reduse: Activitatea fizică oferă oportunități de interacțiune socială, incluziune și participare la activități de grup. Copiii cu nevoi speciale se pot confrunta cu bariere în calea participării la activități fizice, ceea ce poate duce la izolarea socială și la oportunități limitate de socializare și interacțiune între semeni.

Importanța programelor de activitate fizică personalizate: este esențial să le oferim copiilor cu nevoi speciale acces la programe de activitate fizică personalizate care iau în considerare abilitățile, preferințele și nevoile lor individuale. Aceste programe ar trebui să fie incluzive, adaptabile și să ofere sprijin și acomodare adecvate pentru a asigura siguranța și plăcerea copilului.

Beneficiile activității fizice: Activitatea fizică regulată poate avea numeroase beneficii pentru copiii cu nevoi speciale, inclusiv îmbunătățirea aptitudinilor fizice, dezvoltarea abilităților motorii, interacțiunea socială, încrederea în sine și bunăstarea generală. De asemenea, poate ajuta la gestionarea greutății, la îmbunătățirea sănătății cardiovasculare și la reducerea riscului de boli cronice (Gao et al., 2018).

Este important să vă consultați cu profesioniștii din domeniul sănătății, cum ar fi pediatrii, kinetoterapeuții sau terapeuții ocupaționali, pentru a dezvolta planuri adecvate de activitate



fizică pentru copiii cu nevoi speciale. Acești profesioniști pot oferi îndrumări cu privire la activități adecvate, adaptări și considerente de siguranță bazate pe nevoile și abilitățile specifice ale copilului.

Referințe bibliografice

Balic, M. G., Mateos, E. C., Blasco, C. G., & Fernhall, B. O. (2000). Physical fitness levels of physically active and sedentary adults with Down syndrome. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 17(3), 310-321.

Carmeli, E., Kessel, S., Coleman, R., & Ayalon, M. (2002). Effects of a treadmill walking program on muscle strength and balance in elderly people with Down syndrome. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 57(2), 106-110.

Croce, R., & Horvat, M. (1992). Effects of reinforcement-based exercise on fitness and work productivity in adults with mental retardation. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 9(2), 148-178.

Draheim, C. C., Williams, D. P., & McCubbin, J. A. (2002). Physical activity, dietary intake, and the insulin resistance syndrome in nondiabetic adults with mental retardation. *American Journal on Mental Retardation*, 107(5), 361-375.

Frey, G. C., Buchanan, A. M., & Rosser Sandt, D. D. (2005). "I'd Rather Watch TV": an examination of physical activity in adults with mental retardation. *Mental retardation*, 43(4), 241-254.

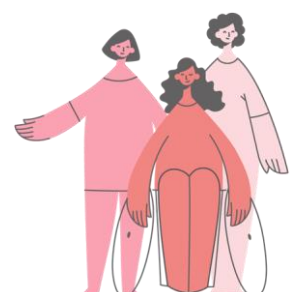
Gao, Z., Chen, S., Sun, H., Wen, X., & Xiang, P. (2018). Physical activity in children's health and cognition. *BioMed research international*, 2018.

Heller, T., Hsieh, K., & Rimmer, J. (2003). Barriers and supports for exercise participation among adults with Down syndrome. *Journal of Gerontological Social Work*, 38(1-2), 161-178.

Heller, T., Hsieh, K., & Rimmer, J. H. (2004). Attitudinal and psychosocial outcomes of a fitness and health education program on adults with Down syndrome. *American Journal on Mental Retardation*, 109(2), 175-185.

İlhan, L. (2008). Zihinsel engelli çocuklar için beden eğitimi ve sporun genel gelişim süreçleri açısından önemi. *Cagdas Egitim Dergisi*, (350).

Jobling, A. (2001). Life be in it: lifestyle choices for active leisure. *Down Syndrome Research and Practice*, 6(3), 117-122.



Kınalı, G. (2003). Zihin engellilerde beden-resim-müzik eğitimi. Farklı Gelişen Çocuklar.(Ed: A. Kulaksızoğlu), İstanbul: Epsilon Yayınları, 244.

Murphy, N. A., Carbone, P. S., & Council on Children with Disabilities. (2008). Promoting the participation of children with disabilities in sports, recreation, and physical activities. *Pediatrics*, 121(5), 1057-1061.

Rimmer, J. H., Braddock, D., & Marks, B. (1995). Health characteristics and behaviors of adults with mental retardation residing in three living arrangements. *Research in developmental disabilities*, 16(6), 489-499.

Süveren, S. (1991). Toplumda ortopedik özürülüler ve spor. *Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 7(1), 39.

Tsimaras, V. K., & Fotiadou, E. G. (2004). Effect of training on the muscle strength and dynamic balance ability of adults with Down syndrome. *The Journal of Strength & Conditioning Research*, 18(2), 343-347.

Yazdani, S., Yee, C. T., & Chung, P. J. (2013). Peer reviewed: Factors predicting physical activity among children with special needs. *Preventing chronic disease*, 10.

RECOMANDĂRI PENTRU ACTIVITATEA FIZICĂ

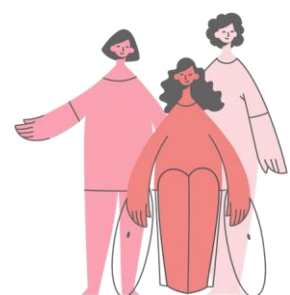
Hasan SÖZEN

Alegerea activității fizice Tipul de activitate fizică

Selectarea activităților fizice adecvate pentru copiii cu nevoi speciale este esențială pentru bunăstarea și dezvoltarea lor generală. Iată câteva considerente cheie și importanța lor.

Individualizarea activităților: Copiii cu nevoi speciale au abilități și provocări diverse. Adaptarea activităților la nevoile lor specifice asigură că aceștia se pot implica în siguranță și în mod eficient (Rimmer et al., 2007).

Beneficii pentru sănătatea fizică: Implicarea în activități fizice ajută la îmbunătățirea fitness-ului cardiovascular, a forței musculare, a flexibilității și a coordonării, contribuind la o sănătate fizică generală mai bună (Verschuren & Takken, 2010).



Dezvoltarea abilităților motorii: Activitățile fizice promovează dezvoltarea abilităților motorii brute și fine, care sunt esențiale pentru viața de zi cu zi și pentru independență (Provost et al., 2007).

Integrarea senzorială: Activitățile care încorporează input senzorial pot ajuta copiii cu tulburări de procesare senzorială să-și regleze sistemele senzoriale și să îmbunătățească bunăstarea emoțională (Pfeiffer & Koenig, 2007).

Interacțiunea socială: Activitățile fizice oferă oportunități de interacțiune socială, ajutând copiii cu nevoi speciale să dezvolte abilități sociale, să construiască prietenii și să crească stima de sine (MacDonald et al., 2011).

Bunăstare emoțională: activitățile fizice pot reduce stresul, anxietatea și depresia, sporind în același timp încrederea în sine și oferind un sentiment de realizare (Bailey și colab., 2012).

Beneficii cognitive: Activitățile fizice stimulează dezvoltarea cognitivă, inclusiv abilitățile de rezolvare a problemelor, conștientizarea spațială și funcțiile executive (Tompsonski et al., 2008).

Incluziune și acceptare: Activitățile fizice incluzive promovează un sentiment de apartenență și acceptare, eliminând barierele și promovând o societate incluzivă (Block & Obrusnikova, 2007).

Obiceiuri pe termen lung: Încurajarea activității fizice în copilărie poate stabili obiceiuri sănătoase pe tot parcursul vieții care îmbunătățesc sănătatea pe termen lung și calitatea vieții (Strong și colab., 2005).

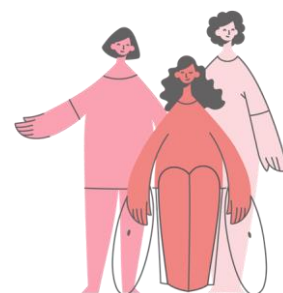
Siguranță: Asigurarea siguranței activităților fizice este esențială pentru a preveni rănilor și pentru a oferi o experiență pozitivă (Schwebel & Brezaussek, 2010).

Îndrumări profesionale: Colaborarea cu profesioniști din domeniul sănătății, terapeuți și educatori care sunt specializați în lucrul cu copiii cu nevoi speciale asigură decizii informate și adaptări (Academia Americană de Pediatrie, 2008).

Distracție și participare: Activitățile care sunt plăcute și captivante promovează participarea activă, conducând la rezultate fizice și emoționale mai bune (Martin și colab., 2012).

Pe scurt, alegerea activităților fizice pentru copiii cu nevoi speciale este esențială, deoarece are un impact direct asupra dezvoltării lor fizice, emoționale și cognitive. Luând în considerare nevoile individuale și urmând practici bazate pe dovezi, îngrijitorii și educatorii pot crea experiențe de activitate fizică semnificative și benefice pentru acești copii.

Intensitatea activității fizice

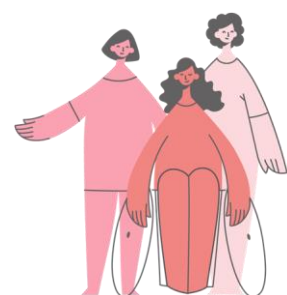


Intensitatea activității fizice pentru copiii cu nevoi speciale ar trebui personalizată în funcție de abilitățile, condițiile medicale și obiectivele fiecărui copil. Este esențial să consultați profesioniștii din domeniul sănătății și specialiștii pentru a determina nivelul adecvat de intensitate. Iată câteva considerații generale:

1. **Evaluare individuală:** Efectuați o evaluare amănunțită a abilităților fizice, limitărilor și sănătății generale ale copilului. Luați în considerare orice afecțiuni medicale, probleme de mobilitate, sensibilități senzoriale și provocări de comunicare.
2. **Începeți încet:** cel mai bine este adesea să începeți cu activități de intensitate scăzută și să creșteți treptat intensitatea pe măsură ce copilul devine mai confortabil și câștigă putere și încredere.
3. **Vârsta și stadiul de dezvoltare:** Luați în considerare vârsta și stadiul de dezvoltare a copilului. Copiii mai mici se pot angaja în activități care se concentrează pe mișcări fundamentale și pe joacă, în timp ce copiii mai mari pot participa la activități mai structurate.
4. **Stabilirea obiectivelor:** Stabiliți obiective clare și realiste pentru programul de activitate fizică al copilului. Obiectivele pot include îmbunătățirea mobilității, echilibrului, coordonării, forței sau pur și simplu bucuria de joc fizic.
5. **Includeți distracția:** asigurați-vă că activitățile sunt plăcute și antrenante pentru copil. Experiențele distractive și pozitive pot ajuta la motivarea participării continue.
6. **Activități de adaptare:** Modificați activitățile pentru a se potrivi cu abilitățile copilului. De exemplu, dacă un copil are dificultăți de mobilitate, adoptați jocuri tradiționale, cum ar fi *Numește sau Atinge și fugi*, pentru a putea participa.
7. **Supraveghere și siguranță:** Asigurați-vă că copilul este supravegheat de profesioniști instruiți sau de îngrijitori care sunt familiarizați cu nevoile lor specifice și pot oferi asistență și măsuri de siguranță după cum este necesar.
8. **Varietate de activități:** Oferiți o varietate de activități pentru a menține copilul angajat și pentru a lucra la diferite abilități fizice. Acestea pot include activități precum înotul, sporturile adaptate, dansul, yoga și jocurile senzoriale.
9. **Luați în considerare nevoile senzoriale:** Copiii cu tulburări de procesare senzorială pot beneficia de activități care abordează nevoile senzoriale, cum ar fi pauze senzoriale sau medii prietenoase cu senzorii. Acestea pot ajuta la reglarea aportului lor senzorial și la reducerea anxietății.
10. **Monitorizați progresul:** Monitorizați continuu progresul copilului și ajustați intensitatea și tipul activităților în consecință. Sărbătorește realizările și reperatele de-a lungul drumului.

Amintiți-vă că fiecare copil este unic și ceea ce funcționează pentru un copil poate să nu funcționeze pentru altul. Este crucial să existe o abordare personalizată și să implici profesioniști care pot oferi îndrumări și expertiză specifice nevoilor copilului.

Tipuri de exerciții



Există mai multe tipuri de exerciții care pot fi benefice pentru copiii cu nevoi speciale. Aceste exerciții pot ajuta la îmbunătățirea sănătății cardiovasculare, flexibilitatea, forța, coordonarea și abilitățile motorii. Iată câteva tipuri comune de exerciții pentru copiii cu nevoi speciale:

Exerciții aerobice: Exercițiile aerobice se concentrează pe creșterea frecvenței cardiace și îmbunătățirea sănătății cardiovasculare (de exemplu, mersul pe jos sau joggingul, mersul cu bicicleta, înotul, dansul, săritul cu coarda, jocurile active cum ar fi tag-ul sau fotbalul).

Exerciții de antrenament de forță: Exercițiile de antrenament de forță ajută la creșterea forței musculare și la îmbunătățirea forței generale a corpului. Aceste exerciții pot fi adaptate pentru a se potrivi nevoilor și abilităților copiilor cu nevoi speciale (de exemplu, exerciții cu greutatea corporală, cum ar fi flotări, genuflexiuni și fandări, exerciții cu bandă de rezistență, folosirea greutăților ușoare sau a mingilor medicinale, programe modificate de haltere).

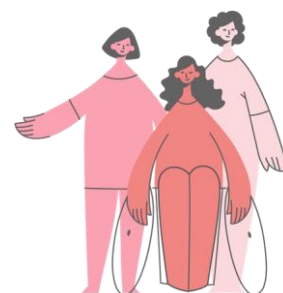
Exerciții de flexibilitate: Exercițiile de flexibilitate se concentrează pe îmbunătățirea mobilității articulațiilor și a gamei de mișcare. Aceste exerciții pot ajuta la reducerea rigidității musculare și la îmbunătățirea flexibilității generale (de exemplu, exerciții de întindere, yoga sau Pilates, Tai Chi sau Qigong, dans sau gimnastică).

Exerciții de echilibru și coordonare: Exercițiile de echilibru și coordonare ajută la îmbunătățirea conștientizării corpului, a coordonării și a echilibrului. Aceste exerciții pot fi deosebit de benefice pentru copiii cu afecțiuni precum paralizie cerebrală sau autism (de exemplu, exerciții de echilibru, cum ar fi statul pe un picior sau folosirea unei plăci de echilibru, exerciții de coordonare precum aruncarea și prinderea mingii sau jocul Simon Says, activități care implică trecerea liniei mediane a corpului cum ar fi marșul sau săritul).

Este important de remarcat faptul că tipurile specifice de exerciții și intensitatea acestora ar trebui să fie adaptate nevoilor și abilităților individuale ale fiecărui copil. Este întotdeauna recomandat să consultați un profesionist din domeniul sănătății sau un specialist calificat în exerciții fizice care poate oferi îndrumări și recomandări personalizate bazate pe nevoile și abilitățile specifice ale copilului.

Atunci când alegeți un tip de activitate fizică pentru copiii cu nevoi speciale, este esențial să luați în considerare abilitățile individuale, interesele și orice afecțiuni medicale sau de dezvoltare specifice pe care le pot avea. Scopul este de a crea o experiență sigură și plăcută, care promovează condiția fizică, interacțiunea socială și bunăstarea generală. Iată câteva tipuri de activități fizice care pot fi potrivite pentru copiii cu nevoi speciale:

- **Sporturi adaptate:** Multe sporturi pot fi adaptate pentru a se adapta copiilor cu nevoi speciale. Sporturile adaptate includ baschetul în scaun cu rotile, voleiul pe scaun și schiul adaptat. Aceste activități se concentrează pe incluziune și pot fi adaptate diferitelor abilități.



- **Înotul:** Înotul este adesea o alegere excelentă pentru copiii cu nevoi speciale, deoarece oferă exerciții cu impact redus și poate fi adaptat pentru diferite niveluri de calificare. Piscinile de terapie cu apă și hidroterapie sunt, de asemenea, benefice pentru copiii cu dizabilități fizice (Fragala-Pinkham & Haley, 2008).
- **Yoga:** Yoga poate ajuta la îmbunătățirea flexibilității, echilibrului și relaxării. Poate fi adaptat pentru a se potrivi copiilor cu abilități diferite și promovează conștientizarea și bunăstarea mentală (Jensen et al., 2003).
- **Dans și mișcare adaptată:** orele de dans, inclusiv balet, hip-hop sau mișcare creativă, pot fi adaptate pentru a se adapta copiilor cu nevoi speciale. Dansul încurajează autoexprimarea și interacțiunea socială (Quiroga Murcia et al., 2010).
- **Activități de terapie fizică și ocupațională:** Terapeuții fizici și ocupaționali pot oferi activități care îmbunătățesc abilitățile motorii fine și integrarea senzorială, ajutând copiii cu sarcini, precum scrisul de mână sau îngrijirea personală (Case-Smith & O'Brien, 2014).
- **Arte marțiale adaptate:** programele de arte marțiale, cum ar fi karate sau taekwondo, pot ajuta la îmbunătățirea concentrării, a disciplinei și a aptitudinii fizice. Instructorii pot modifica tehnicile pentru a se potrivi cu abilitățile individuale (Hartman et al., 2016).
- **Gimnastică:** Unele programe de gimnastică oferă cursuri adaptate pentru copiii cu nevoi speciale. Gimnastica poate îmbunătăți forța, coordonarea și flexibilitatea.
- **Ciclism:** sunt disponibile biciclete adaptate și triciclete pentru copiii cu dificultăți de mobilitate. Ciclismul poate fi o modalitate plăcută de a construi forța picioarelor și fitness-ul cardiovascular.
- **Călărie (călărie terapeutică):** Terapia cu ecvine sau călăria terapeutică poate oferi beneficii fizice și emoționale copiilor cu nevoi speciale. Ajută la îmbunătățirea forței de bază, a echilibrului și a integrării senzoriale (Sterba, 2007).
- **Jocuri senzoriale:** activitățile senzoriale, cum ar fi săritul pe trambuline, balansarea sau folosirea echipamentelor senzoriale precum mingi de terapie și tuneluri, pot fi benefice pentru copiii cu tulburări de procesare senzorială. Activitățile de joacă senzoriale, cum ar fi folosirea coșurilor senzoriale, plimbările senzoriale sau mingile de terapie, pot ajuta copiii să regleze inputul senzorial, să îmbunătățească procesarea senzorială și să dezvolte abilitățile motorii (Miller et al., 2007).
- **Locuri de joacă incluzive:** Locurile de joacă incluzive sunt concepute având în vedere accesibilitatea, permițând copiilor cu toate abilitățile să se joace împreună. Aceste spații promovează interacțiunea socială și activitatea fizică.
- **Terapie acvatică:** Sesiunile de terapie acvatică, conduse de terapeuți instruiți, pot oferi numeroase beneficii copiilor cu nevoi speciale, în special celor cu dificultăți de mobilitate.
- **Sporturi de echipă:** Unii copii cu nevoi speciale se pot bucura de sporturi de echipă, cum ar fi fotbalul, baschetul, voleiul sau baseball-ul.
- **Activități în parcul de joacă:** multe locuri de joacă au echipamente adaptate pentru a găzdui copiii cu dizabilități. Încurajați jocul pe leagăne, tobogane adaptate și zone de joacă integrate senzorial.



- **Activități de grup:** exercițiile de grup sau activitățile cu colegii pot oferi interacțiuni sociale și motivație. Acestea pot include jocuri de grup, echipe de sport adaptat sau cursuri de exerciții.

Lucrați cu un terapeut fizic pentru a dezvolta o rutină de exerciții adaptată nevoilor specifice ale copilului. Aceste exerciții pot viza mobilitatea, forța și flexibilitatea. Atunci când alegeți o activitate fizică, este esențial să vă consultați cu profesioniști din domeniul sănătății, terapeuti și instructori care au experiență în lucrul cu copiii cu nevoi speciale. Acestea pot ajuta la adaptarea activității la nevoile specifice ale copilului și pot asigura că este atât sigură, cât și benefică. În plus, prioritizați întotdeauna confortul și plăcerea copilului pentru a face din activitate o experiență pozitivă. Este esențial să se adapteze activitățile în funcție de abilitățile individuale ale copilului și de preferințe bibliografice, concentrându-se totodată pe bunăstarea și dezvoltarea generală a acestuia. Consultarea cu profesioniștii din domeniul sănătății, terapeutii și educatorii este cheia pentru a lua decizii informate cu privire la activitățile fizice pentru copiii cu nevoi speciale.

Durata și frecvența exercițiului

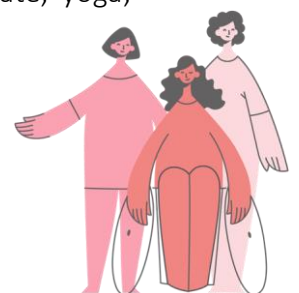
Durata și frecvența exercițiilor fizice pentru copiii cu nevoi speciale pot varia foarte mult în funcție de abilitățile individuale ale copilului, de condițiile medicale și de obiective. Este esențial să lucrați cu profesioniștii din domeniul sănătății și terapeutii pentru a dezvolta un plan de exerciții personalizat. Cu toate acestea, unele îndrumări generale pot oferi un punct de plecare:

Durata: Durata sesiunilor de exerciții trebuie să fie adaptată la vârsta copilului, nivelul de fitness și toleranța. Inițial, ședințele mai scurte pot fi mai potrivite, iar durata poate crește treptat în timp pe măsură ce rezistența copilului se îmbunătățește. Sesiunile pot varia de la 10 minute la 30 de minute sau mai mult, în funcție de capacitatea și confortul copilului.

Frecvența: Frecvența sesiunilor de exerciții poate varia, dar consecvența este esențială. Pentru majoritatea copiilor, scopul de a face cel puțin 3 până la 5 zile de exerciții pe săptămână este un bun punct de plecare. Unii copii pot beneficia de activitatea fizică zilnică, în timp ce alții pot necesita zile de odihnă între ședințe. Din nou, acest lucru ar trebui determinat în consultare cu profesioniștii din domeniul sănătății.

Intensitate: Intensitatea exercițiului trebuie să fie adecvată pentru nivelul de fitness al copilului. Activitățile de intensitate scăzută până la moderată sunt de obicei recomandate, dar acestea pot varia în funcție de abilitățile și obiectivele copilului. Exercițiile ar trebui să fie provocatoare, dar nu excesiv de obositoare.

Tipuri de exerciții: Alegerea exercițiilor ar trebui să se alinieze cu obiectivele și abilitățile copilului. Poate include activități precum mersul pe jos, înotul, sporturile adaptate, yoga,



stretching și antrenamentul de forță, printre altele. Un program complet poate include un amestec de exerciții aerobe, de forță, flexibilitate și echilibru.

Supraveghere: În funcție de vârsta și abilitățile copilului, supravegherea în timpul sesiunilor de exerciții este adesea necesară pentru a asigura siguranța și forma corespunzătoare. Un adult sau un profesionist calificat ar trebui să fie prezent atunci când este necesar.

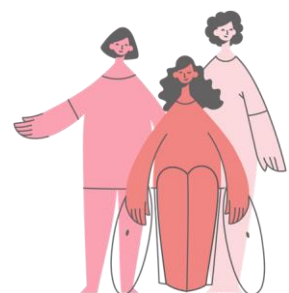
Adaptări: Exercițiile trebuie adaptate după cum este necesar pentru a se adapta nevoilor și limitărilor specifice ale copilului. Aceasta poate include utilizarea echipamentului adaptabil sau modificarea mișcărilor pentru a asigura siguranța și eficacitatea.

După cum am analizat mai sus, există multe studii privind durata și frecvența exercițiilor fizice pentru copiii cu nevoi speciale (Fragala-Pinkham & Haley, 2008; Academia Americană de Pediatrie, 2008; Verschuren și colab., 2008; Guerra-Balic & Duran-Tauleria), 2016; Getchell & Pabreja, 2018). Aceste studii oferă perspective asupra importanței exercițiilor fizice pentru copiii cu nevoi speciale și asupra necesității unor programe individualizate. Cu toate acestea, recomandările specifice privind durata și frecvența ar trebui stabilite în consultare cu profesioniștii din domeniul sănătății și terapiei care sunt familiarizați cu circumstanțele unice ale copilului. Este important să rețineți că individualizarea este esențială atunci când planificați exerciții pentru copiii cu nevoi speciale. Fiecare copil este unic, iar programul său de exerciții ar trebui să fie adaptat circumstanțelor sale specifice.

ORIENTAREA CĂTRE UN PROGRAM DE ACTIVITATE FIZICĂ REGULATĂ

Hasan SÖZEN

Promovarea sănătății și a bunăstării copiilor și tinerilor cu nevoi speciale de îngrijire a sănătății este o parte esențială a asistenței medicale continue. Tratarea de prea multe ori a bolii copilului sau abordarea nevoilor continue pentru servicii speciale elimină importanța problemelor de promovare a sănătății care trebuie abordate în îngrijirea tuturor copiilor. În timp ce abordarea nevoilor acute de îngrijire a sănătății este necesară, la fel este și asigurarea unei bune stări de sănătate și bunăstare pe toată durata vieții. Activitatea fizică este o parte importantă a dezvoltării și bunăstării fiecărui copil (Janssen & LeBlanc, 2010). Este o parte integrantă a modului în care copiii și tinerii învață și rămân sănătoși. Pentru copiii cu nevoi speciale de îngrijire a sănătății sau cu dizabilități, a face suficientă activitate fizică și exerciții



fizice pentru a crește, a învăța și a rămâne sănătoși poate fi o provocare (Barr & Shields, 2011).

Activitatea fizică joacă un rol esențial în creșterea și dezvoltarea fiecărui copil. Pentru copiii cu nevoi speciale, activitatea fizică regulată este nu numai benefică, ci și transformatoare. Le poate îmbunătăți sănătatea fizică, îmbunătăți abilitățile cognitive, crește stima de sine și favorizează interacțiunea socială. În această secțiune, vom explora importanța orientării către activitatea fizică regulată și crearea de programe personalizate pentru copiii cu nevoi speciale.

Orientarea către activitatea fizică regulată și dezvoltarea unui program pentru copiii cu nevoi speciale trebuie abordate cu o planificare atentă, luând în considerare abilitățile și limitările individuale ale copilului și consultarea specialiștilor din domeniul sănătății și specialiștilor. Mai jos este un ghid cu referințe pentru a vă ajuta să stabiliți un program eficient de activitate fizică pentru copiii cu nevoi speciale:

Evaluare și consultare: Începeți cu o evaluare cuprinzătoare efectuată de profesioniști din domeniul sănătății și terapeuți specializați în nevoile copilului (Academia Americană de Pediatrie, 2019).

Stabilirea obiectivelor clare: Definiți obiective specifice, măsurabile și realizabile pentru programul de activitate fizică al copilului, luând în considerare abilitățile și nevoile acestuia (Fragala-Pinkham & Haley, 2011).

Planificare individualizată: Elaborați un plan individualizat care se aliază cu obiectivele, interesele și preferințele bibliografice ale copilului (Block & Obrusnikova, 2007).

Alegerea activităților adecvate: Selectați activități care sunt potrivite pentru abilitățile și obiectivele copilului, cuprinzând o varietate de exerciții [de exemplu, aerobic, forță, flexibilitate] (Verschuren & Takken, 2010).

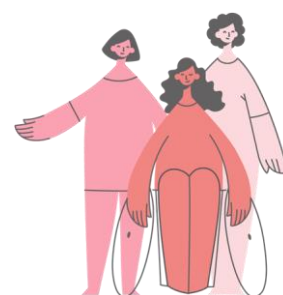
Adaptări și modificări: Personalizați activitățile după cum este necesar, folosind echipamente și tehnici adaptative pentru a se adapta nevoilor unice ale copilului (Block & Taliaferro, 2008).

Măsuri de siguranță: acordați prioritate siguranței, asigurându-vă că mediul de exercițiu este sigur și accesibil (Schwebel & Brezaussek, 2010).

Progresie graduală: Începeți cu durate și intensități gestionabile ale exercițiilor, crescându-le treptat pe măsură ce nivelul de fitness al copilului se îmbunătățește (Rimmer & Chen, 2010).

Consecvență și rutină: Stabiliți o rutină consecventă pentru sesiunile de activitate fizică pentru a construi obiceiuri (Tremblay și colab., 2011).

Incluziune și interacțiune socială: Promovați participarea la activități incluzive pentru a încuraja interacțiunea socială și acceptarea (Block & Obrusnikova, 2007).



Monitorizare și evaluare: Monitorizați în mod regulat progresul copilului și adaptați programul după cum este necesar, cu contribuții din partea specialiștilor din domeniul sănătății (Fragala-Pinkham & Haley, 2011).

Implicarea familiei și a îngrijitorilor: Încurajați membrii familiei și îngrijitorii să participe activ și să sprijine programul de activitate fizică al copilului (Academia Americană de Pediatrie, 2012).

Documentare: Mențineți înregistrări ale activităților, modificărilor și progresului pentru a urmări îmbunătățirile și pentru a informa planificarea viitoare (Provost și colab., 2007).

Îndrumări profesionale: Continuați să colaborați cu specialiști din domeniul sănătății, terapeuți și educatori cu experiență în nevoi speciale pentru a vă asigura că programul rămâne eficient (Academia Americană de Pediatrie, 2019).

Orientarea către activitatea fizică regulată și dezvoltarea de programe personalizate pentru copiii cu nevoi speciale sunt investiții în bunăstarea și potențialul lor. Aceste programe nu numai că promovează sănătatea fizică, ci și hrănesc dezvoltarea cognitivă, îmbunătățesc bunăstarea emoțională și favorizează integrarea socială. Cu abordarea corectă, copiii cu nevoi speciale își pot debloca întregul potențial și se pot bucura de numeroase beneficii pe care activitatea fizică le aduce în viața lor. Amintiți-vă că fiecare copil este unic, iar ceea ce funcționează pentru unul poate să nu funcționeze pentru altul. Cheia este de a oferi un mediu favorabil și incluziv care să încurajeze activitatea fizică și să promoveze bunăstarea copiilor cu nevoi speciale.

Referințe bibliografice

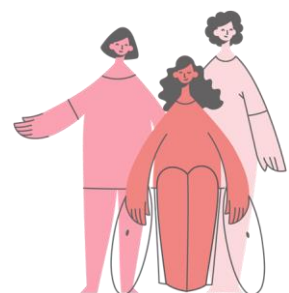
American Academy of Pediatrics. (2008). Role of the pediatrician in family-centered early intervention services. *Pediatrics*, 122(5), 1153-1156.

American Academy of Pediatrics. (2012). Joint Statement: Physical Activity in Early Childhood Provides Benefits for Physical Health and Well-Being.

American Academy of Pediatrics. (2019). Autism: Caring for Children with Autism Spectrum Disorders: A Resource Toolkit for Clinicians.

Bailey, D. B., Raspa, M., & Fox, L. C. (2012). What is the future of family outcomes and family-centered services? *Topics in Early Childhood Special Education*, 31(4), 216-223.

Barr, M. A. S. N., & Shields, N. (2011). Identifying the barriers and facilitators to participation in physical activity for children with Down syndrome. *Journal of Intellectual Disability Research*, 55(11), 1020-1033.



Block, M. E., & Obrusnikova, I. (2007). Inclusion in physical education: A review of literature. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 24(2), 103-124.

Block, M. E., & Taliaferro, A. (2008). Supporting positive social interaction in an inclusive setting for children with autism. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 10(3), 169-181.

Case-Smith, J., & O'Brien, J. C. (2014). *Occupational Therapy for Children and Adolescents* (7th ed.). Elsevier Health Sciences.

Fragala-Pinkham, M., & Haley, S. (2008). Group aquatic aerobic exercise for children with disabilities. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 50(11), 822-827.

Fragala-Pinkham, M., & Haley, S. M. (2011). School-based fitness testing of children with disabilities: Preliminary reliability. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 28(1), 59-70.

Getchell, N., & Pabreja, P. (2018). Evidence-Based Physical Activity Guidelines for Children with Visual Impairments. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 112(1), 37-50.

Guerra-Balic, M., & Duran-Tauleria, E. (2016). Benefits of a physical activity program on the physical function of preschool children with developmental disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 53-54, 34-44.

Hartman, T., Borrie, R., Fazey, D., & Kilby, L. (2016). Adapted sport and recreation programming: A developmental and inclusive perspective. *Human Kinetics*.

Janssen, I., & LeBlanc, A. G. (2010). Systematic review of the health benefits of physical activity and fitness in school-aged children and youth. *International journal of behavioral nutrition and physical activity*, 7(1), 1-16.

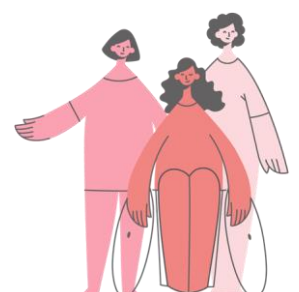
Jensen, P. S., Kenny, D. T., & Lauer, T. (2003). Yoga as treatment for attention deficit hyperactivity disorder: A preliminary study. *Journal of Attention Disorders*, 7(3), 205-216.

MacDonald, M., Esposito, P., & Ulrich, D. (2011). The physical activity patterns of children with autism. *BMC Research Notes*, 4(1), 422.

Martin, J. J., McCaughtry, N., Shen, B., & Thomas, K. (2012). An examination of the psychological needs experiences of children participating in organized youth sport. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 83(2), 318-329.

Miller, L. J., Anzalone, M. E., Lane, S. J., Cermak, S. A., & Osten, E. T. (2007). Concept evolution in sensory integration: A proposed nosology for diagnosis. *The American Journal of Occupational Therapy*, 61(2), 135-140.

Pfeiffer, B., & Koenig, K. (2007). Kinematic and electromyographic analysis of running in children with autism. *Pediatric Physical Therapy*, 19(3), 187-193.



Provost, B., Heimerl, S., & Lopez, B. R. (2007). Levels of gross and fine motor development in young children with autism spectrum disorder. *Phys Occup Ther Pediatr*, 27(3), 21-36.

Quiroga Murcia, S., Kreutz, G., Clift, S., & Bongard, S. (2010). Shall we dance? An exploration of the perceived benefits of dancing on well-being. *Arts & Health*, 2(2), 149-163.

Rimmer, J. H., Rowland, J. L., & Yamaki, K. (2007). Obesity and secondary conditions in adolescents with disabilities: Addressing the needs of an underserved population. *The Journal of Adolescent Health*, 41(3), 224-229.

Rimmer, J. H., & Chen, M. D. (2010). Development of an exercise prescription for adults with cerebral palsy. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 42(7), 1364-1366.

Schwebel, D. C., & Brezausk, C. M. (2010). Injury risk in children with developmental disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 31(6), 1359-1365.

Sterba, J. A. (2007). Does horseback riding therapy or therapist-directed hippotherapy rehabilitate children with cerebral palsy? *Dev Med Child Neurol*, 49(1), 68-73.

Strong, W. B., Malina, R. M., Blimkie, C. J., Daniels, S. R., Dishman, R. K., Gutin, B., ... & Trudeau, F. (2005). Evidence based physical activity for school-age youth. *The Journal of Pediatrics*, 146(6), 732-737.

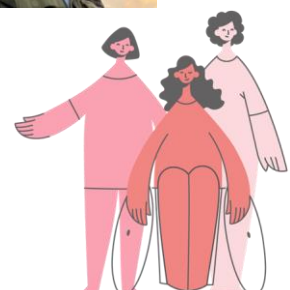
Tomporowski, P. D., Davis, C. L., Miller, P. H., & Naglieri, J. A. (2008). Exercise and children's intelligence, cognition, and academic achievement. *Educational Psychology*, 28(6), 731-748.

Tremblay, M. S., LeBlanc, A. G., Kho, M. E., Saunders, T. J., Larouche, R., Colley, R. C., ... & Gorber, S. C. (2011). Systematic review of sedentary behaviour and health indicators in school-aged children and youth. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 8(1), 98.

Verschuren, O., Takken, T., & Ketelaar, M. (2008). Strength training and aerobic exercise training for muscle disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2008(4), CD003907.

Verschuren, O., & Takken, T. (2010). Aerobic capacity in children and adolescents with cerebral palsy. *Research in Developmental Disabilities*, 31(5), 1352-1357.

Dr. Hasan SÖZEN - este profesor asociat la Facultatea de Științe a Sportului, Universitatea din Ordu, Turcia. Interesele sale principale de cercetare includ sportul și fiziologia exercițiilor fizice, fitness-ul și sănătatea sportivului. Și-a luat doctoratul de la Institutul de Științe ale Sănătății, Departamentul de Educație Fizică și Sport, Universitatea Ondokuz Mayıs, Turcia. A absolvit o bursă post-doctorală la Departamentul de Științe Biomedicale pentru Sănătate, Universitatea din Milano, Italia. Bursa a fost susținută de Consiliul de Cercetare Științifică și Tehnologică din Turcia.



CONSIDERAȚII PRIVIND SUGESTIILE DE LUCRU CU PĂRINȚII COPILOR CU NEVOI SPECIALE

Camelia Soponaru, Andrei Barbir

Acasă este locul în care se construiește dezvoltarea emoțională, dar de multe ori problemele întâlnite în societate reduc eficiența educației și a sprijinului pentru dezvoltarea sănătoasă a copilului pe toate planurile. Unele dintre aceste probleme sunt cauzate de factori sociali, educaționali și economici (a se vedea Kibera, 1998). Educația parentală este o sarcină complexă care include multe comportamente specifice care, împreună și separat, influențează dezvoltarea copilului, indiferent dacă acesta are sau nu nevoi speciale. Vorbim de sprijin fizic și emoțional, de dragoste și de ghidarea copilului pentru a se dezvolta ca adult independent și capabil. (a se vedea Hamner & Turner, 2001).

Familia este un microsystem fragil, care dacă prezintă una sau mai multe caracteristici (vezi Farran, 1990 apud Făinaru, 2017, p. 4), ca: prezența unui singur părinte (familie monoparentală); - proveniența dintr-un mediu socio-economic defavorizat; apartenența la o minoritate etnoculturală; - prezența unuia sau mai multor copii în dificultate (delincvenți, cu deficiențe mentale sau fizice, dependenți de droguri sau cu nevoi speciale); poate suferi și în absența unui ajutor extern specializat, se poate destrăma sau poate avea un impact negativ ireversibil asupra tuturor membrilor săi.

Când vorbim despre familiile care cresc copii cu nevoi educaționale speciale Tkacheva B.B. [2014, p.31] susține că nașterea unui copil cu dizabilități este percepută de părinți ca fiind cea mai mare tragedie. Faptul nașterii unui copil "diferit de toți ceilalți" este cauza unui stres sever la părinți, în special la mamă. Stresul, care este de natură prelungită, are, de asemenea, un puternic efect distructiv asupra psihicului părinților și devine principala condiție pentru o schimbare bruscă a modului de viață. Toate speranțele și așteptările pe care membrii familiei le aveau pentru viitorul copilului se prăbușesc într-o clipă, iar înțelegerea a ceea ce s-a întâmplat și dobândirea de noi valori se întinde uneori pe o perioadă mai lungă de timp.

Cunoașterea etapelor prin care trece familia care educă un copil cu tulburări din spectru autist (TSA), (vezi Platica A, 2012, p. 820), ne ajută să înțelegem reacția familiei la criză, să evaluăm comportamentul membrilor acesteia ca fiind adecvat situației sau ca fiind patologic și, de asemenea, să le oferim asistență optimă:

1. Șocul și negarea sunt primele reacții ale părinților (prima etapă a doliului). Negarea diagnosticului, căutarea altor specialiști care să investigheze copilul sau informații despre diagnostic. În această etapă, negarea protejează psihicul de durerea și anxietatea excesivă și joacă un rol util în atenuarea loviturii. Cu toate acestea, negarea prelungită este periculoasă



pentru toți membrii familiei. Aici părinții manifestă confuzie, dezorganizare și neputință. Este important ca specialistul să înțeleagă că în această etapă este posibil ca părinții să nu fie capabili să asculte explicațiile și recomandările detaliate.

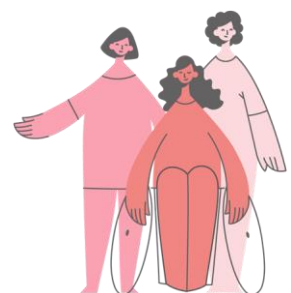
2. Stadiul vindecării miraculoase este dominat de aspirații, de gânduri optimiste că totul va fi bine, de credința că copilul se poate recupera complet și că nu va fi diferit de ceilalți copii. Se bazează pe ideea că, dacă vă străduiți, starea copilului se va îmbunătăți în mod miraculos. Această ameliorare ar trebui să fie o "recompensă" pentru persistență, pentru acte de caritate sau pentru ajutorarea altora. oameni, astfel încât această etapă se caracterizează prin apelarea la religie sau așteptarea unui miracol.

3. *Stadiul de furie/mânia* apare pe măsură ce părinții încep să realizeze că miracolul vindecării nu se va întâmpla. Mânia se poate manifesta față de întreaga lume, față de univers, față de sine sau față de soț/soție și, nu în ultimul rând, este proiectată asupra specialiștilor pentru că nu au acordat suficient ajutor copilului. Învinovățirea de sine pentru handicapul copilului cu handicap se poate manifesta printr-un comportament autodestructiv.

4. *Stadiul de depresie* apare atunci când părinții își dau seama de natura cronică a tulburărilor copilului și de consecințele acestora pentru întreaga familie. Părinții manifestă indiferență, incapacitatea de a exprima emoțiile, suprimarea emoțiilor și ca rezultat înstrăinarea membrilor familiei unii de alții. Această reacție pare să indice faptul că părinții încep să recunoască realitatea deficienței copilului și că acest lucru devine un punct de plecare în procesul de adaptare.

5. *Stadiul de acceptare* se caracterizează prin capacitatea de a vorbi relativ calm despre problemele copilului, manifestând dragoste față de copil și încurajând independența, cooperând cu specialiștii în programele de dezvoltare a copilului și nu în ultimul rând, au interese personale care nu au legătură cu copilul. Tranziția către aceasta reflectă acceptarea poziției de "părinte al copilului cu nevoi educaționale cu toate sarcinile și circumstanțele sale specifice".

Pentru a dezvolta cele mai adecvate strategii de lucru, specialistul trebuie să ia pulsul fiecărei familii în parte, știind că familiile copiilor cu nevoi speciale sunt adesea obligate să-și schimbe rutina zilnică, stilul de viață sau chiar perspectiva asupra vieții, diagnosticul copilului devine, prin etichetare, un diagnostic de familie este util. Este puțin probabil ca părinții copiilor cu TSA să fie capabili să dialogheze cu alți părinți. Deschiderea unui canal de comunicare între profesioniști și părinți poate preveni apariția unor situații în care "mesajul negativ (...) ajunge la părinte și în acest fel părinții se simt și mai înstrăinați, izolați și fără niciun fel de sprijin" (a se vedea Peeters, T., 2009). Continuând demersul autorului de mai sus, putem (vezi Bernstein, 2000), spune că practicile terapeutice și sociale pot fi folosite ca mijloc de practici educaționale reprezintă un context social fundamental în care constituirea unei subculturi, dacă privim persoanele cu TSA din această perspectivă.

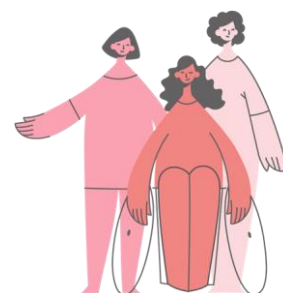


În ceea ce privește construirea unor relații puternice cu familiile copiilor cu nevoi speciale, este necesar să se petreacă timp pentru a discuta și a afla despre dorințele și preocupările acestora pentru copiii lor și pentru a afla despre activitățile și rutinele semnificative la care aceștia participă acasă. Este esențial să mențineți această comunicare pe toată perioada în care un copil se află în programul dumneavoastră. Puneți întrebări pentru a afla despre strategiile care funcționează acasă și luați în considerare posibilitatea de a le folosi în clasa dumneavoastră. Prin interacțiunile dvs. puteți crea încredere, astfel încât atât dvs. cât și familiile să vă simțiți confortabil să împărtășiți punctele forte ale copiilor și dacă există îngrijorări (Sandall, Hemmeter, Smith, & McLean, 2005). Înainte de a comunica îngrijorările cu familiile, poate fi util să discutați cu un antrenor, formator sau administrator planul dvs. de a împărtăși aceste informații folosind practica centrată pe familie. Fiți pregătiți pentru ca familiile să răspundă într-o varietate de moduri și să știți cum le puteți oferi sprijin dacă solicită asistență de la alte agenții și resurse.

Pentru familiile care primesc deja sprijin de la alți profesioniști, comunicarea continuă atât cu familiile, cât și cu profesioniștii este esențială pentru a menține coerența între program și mediul familial. Atunci când toți îngrijitorii și profesioniștii din viața unui copil folosesc în mod constant aceleași strategii eficiente pentru a promova dezvoltarea și rezultatele, copiii au mai multe șanse să beneficieze și să învețe noi abilități.

În lucrul cu familiile, este important să se recunoască și să se respecte punctele forte și trecutul unic al acestora, realizând în același timp capacitatea lor de a lua decizii care sunt potrivite pentru ele (a se vedea Hanson & Lynch, 2004). Acest lucru înseamnă că, atunci când dorințele și deciziile unei familii sunt diferite de ceea ce ați recomanda, răspundeți cu respect la deciziile familiei. Alți autori (a se vedea Turnbull, Turbiville, & Turnbull, 2000) sugerează următoarele orientări atunci când lucrați cu familia unui copil cu TSA:

- Recunoașteți că familia este o constantă în viața copilului; îngrijitorii și sistemele de servicii se pot schimba adesea
- Facilitați colaborarea dintre familii și profesioniști
- Onorarea și respectarea diversității familiei în toate dimensiunile (culturală, rasială, etnică, lingvistică, spirituală și socio-economică)
- Recunoașterea punctelor forte ale familiei și a diferitelor abordări pe care familiile le pot folosi pentru a face față situației
- Împărtășirea permanentă de informații imparțiale și oneste cu membrii familiei
- Încurajarea sprijinului între familii și a creării de rețele



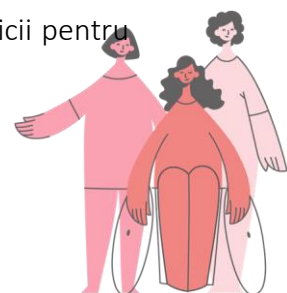
- Recunoașterea și încorporarea în practica dumneavoastră a nevoilor de dezvoltare ale copilului și ale celorlalți membri ai familiei
- Conceperea și punerea în aplicare a unor servicii accesibile, care respectă și răspund din punct de vedere cultural și lingvistic, sunt flexibile și se bazează pe nevoile identificate ale familiei.

Toți părinții copiilor cu CES trebuie să dispună de canale eficiente de comunicare cu profesorii care lucrează cu copiii lor. Aceștia au nevoie de informații despre serviciile disponibile și trebuie să își înțeleagă drepturile și responsabilitățile. De asemenea, părinții așteaptă de la profesori feedback cu privire la modul în care se descurcă copiii lor la școală. Părinții trebuie să simtă că pot contacta direct profesorii atunci când au o îngrijorare cu privire la copilul lor. Profesorii pot facilita acest lucru prin stabilirea unei varietăți de forme de contact cu părinții, cum ar fi apelurile telefonice și vizitele la domiciliu, în plus față de întâlnirile cu părinții la școală. Prin urmare, cadrele didactice trebuie să dezvolte abilități de comunicare eficientă, inclusiv cele implicate în comunicarea scrisă și orală cu părinții. Profesorii au nevoie, de asemenea, de competențele organizatorice necesare pentru a menține contactul cu părinții prin întâlniri, vizite la domiciliu, scrisori și apeluri telefonice (a se vedea Hornby, 2000).

Mulți părinți ai copiilor cu CES vor avea nevoie, la un moment dat, de consiliere de susținere. Deși unii părinți se descurcă extrem de bine cu cerințele creșterii copiilor cu CES fără a avea vreodată nevoie de o astfel de consiliere, alții beneficiază cu siguranță foarte mult de aceasta. În mod obișnuit, părinții se vor adresa profesorilor care lucrează cu copiii lor, mai degrabă decât consilierilor profesioniști, în căutarea de ajutor pentru problemele care îi preocupă. Prin urmare, cadrele didactice în formare ar trebui să aibă un nivel de competențe de consiliere de bază suficient pentru a fi buni ascultători și pentru a ajuta părinții să rezolve problemele de zi cu zi. De asemenea, aceștia ar trebui să aibă abilitățile și cunoștințele necesare pentru a putea îndruma părinții către consilieri calificați atunci când problemele ridicate depășesc nivelul lor de competență (a se vedea Hornby et al., 2003).

Practicile de predare în școli oferă profesorilor stagiați posibilitatea de a dobândi experiență de lucru cu părinții, în general, și cu cei care au copii cu CES, în special. Școlile trebuie să implice profesorii stagiați în întreaga gamă de aspecte ale lucrului cu părinții, inclusiv: ședințe părinte-profesor; jurnale casă-școală; vizite la domiciliu; contact telefonic; și pregătirea de buletine informative pentru părinți. De asemenea, aceștia ar trebui să fie implicați în orice activități de educație a părinților, cum ar fi atelierele pentru părinți pe care le oferă școala. Implicarea în astfel de ateliere s-a dovedit a fi un mod deosebit de eficient de a oferi profesorilor debutanți o experiență practică de lucru cu părinții și o oportunitate de a folosi competențele, cunoștințele și atitudinile pe care le-au învățat (Hornby și Murray, 1983).

Serviciile de sprijin centrate pe familie au fost definite ca fiind "acele practici care: includ familiile în procesul de luare a deciziilor, de planificare, de evaluare; dezvoltă servicii pentru



întreaga familie, nu doar pentru copil; ghidează familiile în stabilirea priorităților și obiectivelor; respectă alegerile familiei cu privire la gradul de participare" (a se vedea Murphy, Lee, Turnbull și Turbiville, 1995, p. 25). "Famiiliile copiilor cu dizabilități trebuie să se străduiască să obțină controlul asupra vieții lor și trebuie să ia măsuri pentru a obține ceea ce doresc și de care au nevoie" (a se vedea Turnbull, Turnbull, Erwin, Soodak, & Shogren, 2011), baza în acest context fiind aplicarea principiilor de responsabilizare și promovarea puterii și competenței familiei.

Prezentăm o serie de strategii care pot servi specialiștilor în intervenția de specialitate pentru a sprijini și responsabiliza familiile copiilor cu dizabilități, dar și familiile în mod direct:

- ✓ *Exprimarea empatiei, înțelegerii și compasiunii față de familie.* Empatia față de familie determină motivația profesioniștilor de a se implica în activități de sprijinire și responsabilizare a familiilor, în timp ce criticarea, judecarea acțiunilor sau a stilului de viață al familiilor
- ✓ *Recunoașterea rolului de "expert" al familiei.* Asumarea rolului de expert de către familie este justificată de faptul că acestea cunosc cel mai bine copilul.
- ✓ *Implicarea familiilor în comunicarea deschisă.* Pugach și Johnson consideră comunicarea ca fiind piatra de temelie a oricărui parteneriat de colaborare: între familie, profesioniști, școală și chiar între familie, oferind un mediu deschis, de susținere, cu implicații pentru stimularea educațională (a se vedea Pugach, Johnson, Drame și Williamson, 2012).
- ✓ *Aprecierea succeselor familiilor.* Recunoașterea succeselor familiilor de către profesioniști este extrem de importantă și stimulativă pentru familie, indiferent cât de mici ar părea acestea, progresele trebuie apreciate.
- ✓ *Sentimentul de autoeficacitate al familiilor.* Unii autori (Turnbull, Turnbull, Erwin, Soodak, & Shogren, 2011) au propus un model de împuternicire în care familiile îndeplinesc rolul de împuternicire atunci când posedă un grad ridicat de motivație și au suficiente cunoștințe și abilități.
- ✓ *Implicarea membrilor familiei în implementarea PIP.* Lyte și Bordin subliniază importanța lucrului în echipă, a formării tuturor celor implicați în procesul educațional-reabilitativ-compensatoriu, inclusiv a părinților (Lytle & Bordin, 2001, p. 44).

Din analiza succintă a articolelor enumerate mai sus putem concluziona că tehnicile de lucru cu familiile copiilor cu nevoi speciale trebuie adaptate la specificul familiei, dar în același timp trebuie să fie bine cunoscute caracteristicile individuale ale membrilor acesteia. Totodată, considerăm oportună aprofundarea unor tehnici de lucru cu părinții copiilor cu nevoi speciale



și de către cadrele didactice din școlile speciale și școlile incluzive, cadrele medicale care au rolul de a diagnostica copilul, precum și de a asigura tratamentul și recuperarea, specialiștii din instituțiile de stat care lucrează cu această categorie. Totodată, considerăm oportună organizarea unor sesiuni de formare pentru specialiștii care interacționează cu astfel de familii, sesiuni care să fie oferite de către specialiști calificați.

Referințe bibliografice

Bernstein, B., (2000), *Pedagogy, Symbolic Control and Identity*, Boston, Lanham.

Hamner, T.J. & Turner, P. H. (2001). *Parenting in A Contemporary Society* (2nded.). New Jersey: Prentice-Hall.

Hornby, G. (2000) *Improving Parental Involvement*, London: Cassell.

Hornby, G. & Murray, R. (1983) "Group programmes for parents of children with various handicaps", *Child: Care, Health and Development*, 9(3): 185–98.

Hornby, G., Hall, E. & Hall, C. (eds) (2003) *Counselling Pupils in Schools: Skills and Strategies for Teachers*, London: Routledge Falmer, Făinaru, I.C. (2017), *Influența climatului familial în consumul de droguri al adolescenților*, *Acta Universitatis George Bacovia. Juridica - Volume 6*. Issue p.4

Kibera, C.W. (1998). *An Investigation of the Disciplinary Styles and Problems of Nairobi Parents with Children in Standard Eight*. (MEdThesisKenyatta University).

Lynch, E.W., & Hanson, M.J. (2004). *Developing Cross-Cultural Competence: A guide for working with young children and their families*, 3rd ed. Baltimore, MD: Paul H. Brookes. Maryland (SUA), Rowman & Littlefield Publishers, Inc.

Lytle, R., & Bordin, J. (2001). *Enhancing the IEP Team: Strategies for Parents and Professionals*. *Teaching Exceptional Children*, 33(5), 40-44.

Peeters, T., (2009), *Autismul. Teorie și intervenție educațională*, Polirom, Iași.

Plătică, A. *Impactul comunicării în familiile care educă copiii cu deficiențe auditive*. In: *Conferința științifică internațională "Limbă. Etnie. Comunicare"* din 12 mai 2011, 9 decembrie 2011, Comrat: S. n., 2012 (Tipogr. US Comrat), p. 77-83.

Pugach, M., Johnson, L., Drame, E., & Williamson, P. (2012). *Collaborative practitioners, collaborative schools*. (ed. Third-ed). Denver: Love Publishing.

Sandall, S., Hemmeter, M.L., Smith, B.J., & McLean, M.E. (2005). *DEC recommended practices: A comprehensive guide*. Longmont, CO: Sopris West.



Tkacheva V.V. Familia unui copil cu dizabilități: Diagnosticare și consiliere. Moscova: Centrul Național de Carte, 2014. 160 c.

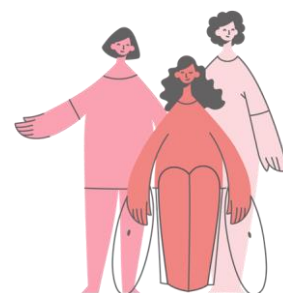
Turnbull, A.P., Turbiville, V., & Turnbull, H.R. (2000). Evolution of Family-Professional Partnerships: Collective empowerment as the model for the early twenty-first century. In J. P. Shonkoff & S. J. Meisels (Eds.). Handbook of Early Childhood Intervention (pp. 630-650). Cambridge, United Kingdom: Cambridge University Press.

Turnbull, A., Turnbull, H., Erwin, E., Soodak, L., & Shogren, K. (2011). Families, professionals, and exceptionality: Positive outcomes through partnership and trust (5th ed.). Columbus, OH: Merrill/ Prentice Hall. (ed. 6th-ed). United States: Pearson

Soponaru Camelia – Conferențiar universitar doctor la Facultatea de Psihologie și Științe ale Educației, UAIC; licență în Psihologie (1996), master în Psihologie Socială (1997) și în Terapii Cognitive și Comportamentale (CBT) (2003, 2005), titlu de doctor în psihologie (2008), titlu de abilitare (2012), psihoterapeut senior CBT, psiholog clinician senior și psiholog principal în psihologia școlară și educațională acreditat de Colegiul Psihologilor din România. Are peste 80 de studii și cercetări în domeniul psihologiei sociale, psihologiei clinice și psihoterapiei. Coordonator de carte (2 volume) – Manual de psihologie clinică, ed. Polirom, Iași, 2022. Interesele de cercetare sunt în evaluare, consiliere și intervenție în grupuri sociale defavorizate, familii cu copii cu dizabilități. E-mail: puzdriac@yahoo.com



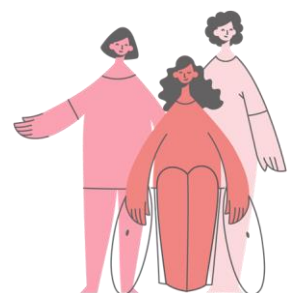
Andrei Barbir, născut la 26.11.1986 în Tîrgu Frumos, județul Iași, absolvent al Universității Alexandru Ioan Cuza, Iași, Facultatea de Psihologie și Științe ale Educației, Specializarea Psihopedagogie de specialitate (2008), Master în Psihologie Clinică și Psihoterapie (2010). Profesor grad I la Școala Gimnazială Specială din Pașcani (2009). Beneficiar și membru al echipei de implementare a proiectelor Leonardo da Vinci „Vocational Education of Teachers Working with Handicapped Children” (2010), Leonardo da Vinci „Training of new skills and professional development of teachers working with children with disabilities” (2012), Erasmus +” Achieving the European dimension of school by integrating European models in the schooling of children with disabilities” (2015). Coordonator Erasmus +K2 Creating Positive Behaviors, (2019-2021), Erasmus + K2 Art Therapy for Autism (2022-2023) și K1 Erasmus+ Project, Say YES to digital education, NO to dropout! (2021-2023). Email: barbirandrei26@gmail.com



LA CE AR TREBUI SĂ ACORDĂM ATENȚIE CÂND PRACTICĂM ACTIVITĂȚI FIZICE?

Renato Gabriel Petrea, Veronica Popescu

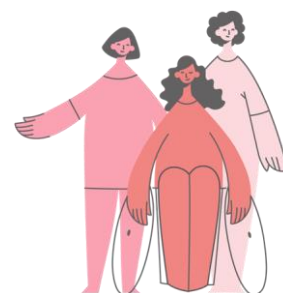
- Obiectivele și conținutul exercițiilor/jocurilor sunt adaptate nivelului de înțelegere, de gradul de autonomie/nivelul funcțional, de dezvoltarea lui fizică, de nivelul abilităților psiho-motrice, de nevoile și interesele copilului, de performanțele anterioare
- Se ține cont de evaluare (inițială), dar și de planul de intervenție personalizat. Acesta este individualizat, în funcție de necesitățile, interesele, deprinderile, performanțele anterioare, nivelul funcțional actual al copilului.
- Intervenția trebuie să înceapă cât mai repede după diagnosticare.
- Se ține cont de feedback-ul copilului, astfel încât să nu se sară peste etape.
- Evaluarea se face în funcție de progresele funcționale înregistrate, necesită reevaluare și revizuire periodică.
- Se ține cont de contraindicații în funcție de starea de sănătate a copilului.
- Volumul (dozarea), complexitatea și intensitatea, precum și pauzele sunt personalizate. Exercițiile și jocurile trebuie să nu obosească copilul.
- Echipamentele și materialele vor fi utilizate/adaptate astfel încât să fie sigure pentru copii, dar și să poată fi manipulate în funcție de deficiențe/vârstă/gen etc.
- Spațiul va fi utilizat/amenajat astfel încât să fie sigur pentru copii.
- Același exercițiu/joc poate avea obiective diferite, pe mai multe componente: comunicare - limbaj/vocabular, interacțiune, cognitiv (memorie, atenție, înțelegere, gândire, capacitate de concentrare, imaginație etc.), componente psihomotrice diferite (echilibru static și dinamic, dexteritate manuală, coordonare dinamică generală și oculo-motorie, orientare spațio-temporală, lateralitate, schema corporală etc.), deprinderi motrice de locomoție (mers, alergare, săritură, târâre, cățărare, trecere peste obstacole etc.) și control al obiectelor (aruncare și prindere, dribling, aruncare la țintă, lovire cu piciorul, etc.).
- Se oferă sprijin/asigurare pentru ca exercițiul să se desfășoare fără posibilitatea apariției accidentărilor.
- Se urmărește menținerea unei poziții, trecerea prin fazele mișcării, chiar dacă nu se execută corect.
- Se urmărește anticiparea posibilelor reacții de opoziție ale copilului la introducerea unor noi mișcări/exerciții/jocuri/materiale.
- Se urmărește respectarea ritmului copilului, a stereotipului dinamic propriu.
- Variabilitatea activităților și schimbarea frecvență a acestora în funcție de puterea de concentrare a copilului.



UNDE SE POT DESFĂȘURA ACTIVITĂȚILE FIZICE?

Veronica Popescu, Renato Gabriel Petrea

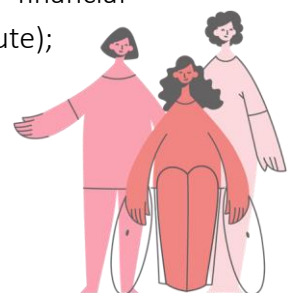
- Spațiile pentru practicarea activităților fizice și sportive trebuie adaptate
- Suprafața să fie sigură, plană, fără denivelări, nealunecoasă
- Obiectele care ar putea provoca accidentări sunt îndepărtate
- Pentru exercițiile și jocurile în perechi sau grup, se asigură că există spațiul necesar, obiectele fiind adaptate nivelului competențelor motrice/ de înțelegere a regulilor/de manevrare a echipamentelor de către practicanți
- Pot fi folosite anumite obiecte la îndemână din casă (de exemplu, scaun, masă, sticle cu apă) dar să fie sigure
- pot fi utilizate anumite obiecte care pot înlocui obiectele sportive (în loc de gantere se folosesc sticle umplute cu apă, în loc de baston poate fi folosită coada de la mătură etc.)
- Dacă se lucrează în casă, în cameră, se îndepărtează obiectele care pot provoca accidentări (covor, masă, scaun, alte obiecte) sau se asigură că sunt stabile și utile în programul de exerciții
- Dacă se lucrează pe terase se asigură spațiul de lucru, obiectele inutile sunt îndepărtate
- Dacă se lucrează în parcuri, se asigură suprafața de lucru – plană, fără obstacole
- Dacă se lucrează în parcuri cu echipamente de fitness se asigură asistență (se verifică înainte funcționarea aparatelor, a încărcăturilor), se asigură ajutor în execuție, se explică/se demonstrează modul de funcționare
- Pentru exercițiile de tip cardio (plimbări, alergare) se proiectează un traseu, se utilizează o hartă a traseului (pe străzi) sau se folosesc anumite dispozitive (GPS, hărți online etc.)
- Dacă se lucrează în sala de sport se asigură siguranța echipamentelor sportive din sală, se adaptează după posibilități și nevoi (de exemplu, pentru persoanele cu deficiențe de vedere se trasează spațiul prin delimitare cu o frânghie sau cu benzi adezive fosforescente etc.).
- Echipamentul utilizat să fie adecvat (organizare, accesibilitate) spațiului și tipurilor de exerciții, jocuri (mingi, gantere, papuci, haine lejere).



CARE SUNT OBSTACOLELE ÎN PRACTICAREA ACTIVITĂȚII FIZICE REGULATE?

Renato Gabriel Petrea, Veronica Popescu

- Limitările impuse de patologie/patologie asociată (unele deficiențe pot avea restricții în ceea ce privește practicarea anumitor exerciții și jocuri, alte deficiențe pot fi efecte secundare sau diagnostice asociate ale altor diagnostice și pot limita activitățile fizice și sportive)
- Factorii socio-demografici: apartenența la un grup defavorizat, de risc, familii dezorganizate, rasă, etnie, gen, vârstă, orientare religioasă, mediul de rezidență / proveniență, nivel al veniturilor, nivel de educație al părinților etc.
- Factori culturali (de exemplu, în multe culturi, fetele, cu atât mai mult cu anumite deficiențe, nu sunt încurajate să practice activitățile fizice)
- Factori financiari (gradul de accesibilitate la anumite oferte de programe și activități fizice și sportive este condiționat de oferte private care presupun costuri, depășind posibilitățile familiei din care provine copilul cu deficiențe, costul transportului casă-sală / centru de terapie etc.)
- Factori de proximitate (distanța dintre locuința și locația sălii sau a centrelor terapeutice/ de practicare este prea mare, presupunând costuri de transport, autovehicule adaptate etc.)
- Factori care țin de politicile guvernamentale (unele activități fizice și sportive, incluse în programele terapeutice ale copiilor cu nevoi speciale nu au costuri asigurate prin asigurările medicale, nu sunt finanțate de instituțiile care se ocupă de ei (diferite ministere, autorități locale, regionale), nu susțin construcția unor baze sportive adaptate, lipsa programelor de incluziune socială a persoanelor cu dizabilități etc.)
- Factori personali: lipsa de motivație a persoanei cu deficiențe, structura de personalitate, starea de sănătate fizică și mentală (condiția de fitness, indice de masă corporală - IMC, supraponderalitate / obezitate etc.), experiențele anterioare, frica de a se răni, neîncrederea în propriile abilități de practicare, competențe motrice limitate, lipsa de informații cu privire la oportunitățile de practicare, de accesibilitate la anumite oferte de servicii și programe specifice etc.
- Factori de mediu (nesiguranța și neadaptarea spațiilor);
- Factori sociali (stereotipurile, prejudecățile față de persoane cu dizabilități, lipsa unor informații privind conștientizarea problematicii persoanelor cu dizabilități,;
- Oportunități limitate de a practica (oferta limitată de activități fizice, lipsa sau numărul limitat al instituțiilor specifice lor, inclusiv cluburi și asociații sportive, lipsa coordonării dintre aceste instituții; numărul limitat al competițiilor sportive, suport financiar limitat/inexistent al acestor competiții, vizibilitatea redusă performanțelor obținute);

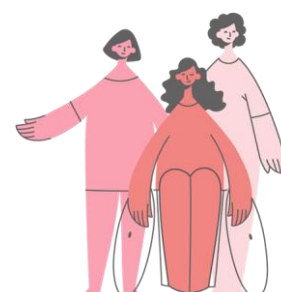


- Influențele/percepțiile părinților (aceștia au valori, convingeri, așteptări proprii, cunoștințe limitate în ce privesc găsirea unei activități adecvate, beneficiile activităților fizice și sportive, frica de rănire, abordare hiperprotectivă etc.);
- Formarea profesioniștilor (număr limitat al celor care au competențe de a lucra cu aceste persoane, lipsa/limitarea accesului la cunoștințe, lipsa cursurilor/programelor de formare a specialiștilor, număr redus de evenimente de diseminare a cunoștințelor, lipsa suportului financiar și a vizibilității profesiei de terapeut / profesor care lucrează cu persoane cu diferite deficiențe etc.)
- Politici și strategii de intervenție limitate (baze sportive neadaptate, lipsa echipamentelor, a materialelor necesare practicării activităților fizice adaptate acestora, programe de incluziune socială).

Renato Gabriel Petrea - Lector doctor la Universitatea „Alexandru. Ioan Cuza” din Iași, Facultatea de Educație Fizică și Sport, antrenor de înot categoria a IV-a, bursier al Comitetului Olimpic și Sportiv Român în anii 2002 – 2004, și bursier Erasmus la Paris la Universitatea 10 Nanterre din februarie până în iunie 2004. Doctorand în Economie la „Alexandru. Ioan Cuza” din Iași, 2007 – 2010 a primit titlul de doctor în Marketing în 2011. Membru al Senatului Universității „Alexandru Ioan Cuza” din Iași în perioada 2014-2020. Director al departamentului Facultății de Educație Fizică și Sport din cadrul Centrului Universității „Alexandru Ioan Cuza” din Iași de la Chișinău din 2020 – prezent. Participant la numeroase conferințe naționale și internaționale cu articole publicate în baze de date internaționale. Subiecte de predare: Metodologia cercetării, Stagiul de elaborare a lucrării de licență/disertație, Înot, Înot – Practică canotaj. Direcții de cercetare: marketing sportiv, identitate vizuală instituțională, relații publice în sport. Email: renato.petrea@uaic.ro



Veronica Popescu – Conferențiar universitar doctor, diplome de licență în Educație Fizică și Sport, și în Kinetoterapie și Motricitate Specială, master în Management și Marketing în Sport, titlu de doctor în Științe ale Educației, certificat de antrenor de atletism, bursă și beneficiar al programului Erasmus ca profesor de mai multe ori. Subiecte de interes și cursuri de predare: Atletism; Etica și Deontologia Profesională în EFS și Kinetoterapie, Terapie prin dans; Dans popular, Kinetoterapie în recuperare posttraumatică, Fundamente ale antrenamentului sportiv personalizat, Stagiul pedagogic în școli normale și speciale; predare într-o gamă largă de module sau într-un domeniu, atât la nivel de licență, cât și la nivel postuniversitar; contribuitor la acreditarea cursurilor și a proceselor de control al calității; supravegherea programelor de învățare pe tot parcursul vieții pentru profesorii din învățământul secundar; supravegherea competițiilor sportive studentești; experiență în mai multe proiecte naționale și internaționale de dezvoltare și cercetare (unul ca manager pentru UAIC, altele ca membru expert al echipei UAIC și al altor instituții de învățământ superior); experiență în organizarea și coordonarea activităților sportive pentru persoane de diferite vârste. E-mail: verapop@yahoo.com



ACTIVITATEA FIZICĂ LA DEFICIENȚII DE VEDERE

Oana Rusu

Conceptul de *deficiență vizuală* se referă la pierderea parțială sau totală a vederii la unul sau ambii ochi. Cum simțul văzului este o componentă importantă a unui individ în interacțiunea sa cu mediul (majoritatea stimulilor sunt vizual), orice afectare produce daune acestuia, de la restricții și limitări până la imposibilitate sau izolare în efectuarea cu succes a activităților zilnice, sociale și profesionale.

Comunitatea științifică este împărțită în ceea ce privește definirea și stabilirea gradelor de deficiență de vedere. Conform Clasificării Internaționale a Bolilor (ICD-10) actualizată și revizuită în 2013 (OMS, 2013), clasifică deficiența vizuală astfel, având la bază evaluarea acuității vizuale (AV) și a câmpului vizual (CV):

- moderat (Categoría 1)— AV de 6/18–6/60
- sever (Categoría 2)— AV de 6/60–3/60
- orbire (Categoriile 3–5) –AV de 3/60 până la nicio percepție a luminii sau CV nu mai mare de 10° în rază în jurul fixării centrale

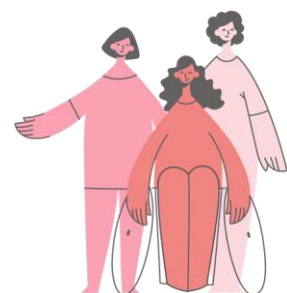
În competițiile sportive oficiale pentru deficienții de vedere (<https://ibsasport.org/growing-blind-sports/classification/>) este folosit alt sistem de clasificare al deficiențelor de vedere, ce utilizează logaritmul unghiului minim de rezoluție (logMAR), fiind identificate 3 clase:

- B1 — nicio percepție a luminii în niciun ochi până la percepția luminii, dar incapacitatea de a recunoaște forma unei mâini la orice distanță sau în orice direcție;
- B2—de la capacitatea de a recunoaște forma unei mâini până la AV de 2/60 și/sau un CV mai mic de 5° în cel mai bun ochi cu corecție prezentatoare;
- B3 — de la AV peste 2/60 până la 6/60 și/sau un CV mai mic de 20°.

Pe de altă parte, se consideră că sunt și alți factori care contribuie la stabilirea tipului și gradului de deficiență de vedere: percepția culorilor, vederea binoculară, sensibilitatea luminoasă, sensibilitatea de contrast. De obicei, în multe cazuri severitatea deficienței va progresa în timp.

Există mai multe criterii de clasificare a deficiențelor de vedere, printre acestea:

- în funcție de momentul instalării tulburării: *congenitale*, *dobândite* (în primii 2-3 ani de viață sau după 3 ani)
- după gradul de scădere al acuității vizuale în raport cu substratul organic: *ambliopii organice* (provocate de modificări organice ale ochiului); *ambliopii relative*



(modificările organice nu justifică diminuarea funcției vizuale; *ambliopii funcționale* (fără modificări genetice)

- după nivelul acuității vizuale: *cecitate absolută* (incapacitatea de a percepe lumina), *cecitate practică* (capacitate vizuală între 1/200 și 0), *ambliopie gravă* (capacitate vizuală între 1/20 și 0), *ambliopie medie* (capacitate vizuală între 1/20 și 1/5), *ambliopie ușoară* (persoana percepe 1/5 din capacitatea normală)
- după nivelul sensibilității cromatice: daltonism (confuzia culorii roșii), deuteranopia (confuzia culorii verzi), tritanopia (confuzia culorii albastru).

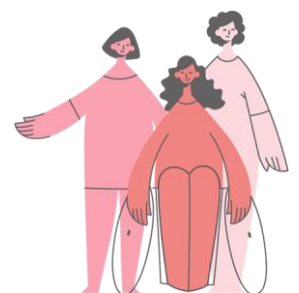
De asemenea, afecțiunile la nivelul analizatorului vizual pot fi prezente și în alte tulburări/diagnostice (de exemplu, sindrom Down) sau asociate cu alte afecțiuni la nivelul altor sisteme senzoriale (de exemplu, surdocecitate – o afecțiune la nivelul analizatorilor auditiv și vizual).

Capacitatea de a vedea depinde de mulți factori: implicarea fizică și umană, vârsta la care s-a instalat dizabilitatea, capacitatea de adaptare la situație, inteligența, tipul de personalitate, conștiința de mai mult sau mai puțin autonomie, educația primită și suportul tehnic. (Martin & Bueno, 1997, citat de Lima Constâncio, 2010).

Semnele pe care trebuie să le iei considerare când interacționează cu un copil care poate avea o problemă cu vederea includ:

- probleme cu vederea la lumină scăzută sau lumină intensă
- dificultate în recunoașterea oamenilor pe care îi cunoaște
- îi este greu să citească expresiile faciale
- se bazează pe atingere pentru a găsi și identifica obiecte, mai mult decât de obicei
- trebuie să țină cărți sau ziare aproape de față sau să stea lângă televizor
- are dificultăți în a se deplasa în locuri necunoscute – se lovește sau împiedică de lucruri în mod regulat
- nu se uită direct la persoana cu care vorbește și nu are un contact vizual corespunzător

Dacă o persoană are deja o problemă de vedere (de exemplu, poartă ochelari, folosește un baston sau are o afecțiune cum ar fi glaucom sau cataractă) trebuie să urmărească cu atenție semnele problemelor de auz care ar putea apărea.



Caracteristici psiho-motrice la copilul cu deficiență de vedere

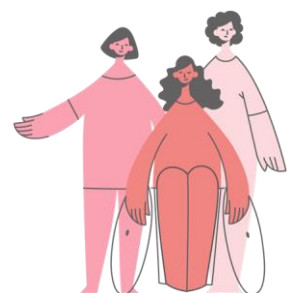
Multe studii asupra persoanelor de vârstă școlară cu dizabilități de vedere arată că aceștia prezintă un risc mai mare de a fi inactivi decât copiii fără dizabilități (Ayvazoglu et al., 2006, Houwen et al., 2009, da Cunha Furtado et al., 2015, Haegele et al., 2015, Scally & Lord, 2019, Lauren et al., 2019, Qasim et al., 2020, Clements et al., 2022, Harrington et al., 2023). Scăderea fluxului de informații vizuale, neclaritatea și imprecizia imaginii, dificultăți în discriminarea și fixarea imaginilor sau imposibilitatea perceperii acestora pot afecta dinamica proceselor corticale și intervenția unor mecanisme fiziologice și psihice cu rol compensator al deficitului de vedere. Cu cât vârsta este mai mică (până în 3 ani), cu atât cantitatea și calitatea reprezentărilor vizuale și spațiale sunt mai reduse.

Subiecții cu cecitate sunt nevoiți să își conceapă hărți mentale, în care obiectele și elementele mediului sunt percepute din punctul lor de vedere propriu, ele luând o semnificație proprie și unică. Libertatea de mișcare în deplasare este redusă și se creează o situație de dependență față de unii factori. Ceilalți analizatori sunt hiperactivați (auditiv, tactil-kinestezic, olfactiv), preluând disfuncția celui vizual.

Deficiența de vedere are influențe negative asupra dezvoltării psihomotrice (echilibrul, stabilitatea, controlul postural, orientare spațio-temporală, coordonare), a deprinderilor motrice de bază (mers, alergare, săritură, aruncare și prindere), dar și a calităților fizice (forță musculară), ceea ce determină efecte negative în ceea ce privește sănătatea fizică, psihică și socială (autonomia, funcționalitatea, depresie, risc de excludere socială, performanța în activitățile zilnice, apariția unor comorbidități (stil de viață sedentar cu risc de obezitate, supraponderallitate, boli cardio-vasculare etc.) (Ayvazoglu et al., 2016, Columna et al., 2016, Alcaraz-Rodríguez et al., 2022).

La nivelul copiilor cu tulburări de vedere se pot identifica: inexpresivitate în mimica feței și la nivelul ochilor, posturare vicioasă (corp flexat din toate articulațiile, umeri căzuți, torace îngust, spate plan, cifotic sau rotund), tonus muscular slab, coloana vertebrală cu deviații, mobilitate articulară redusă, lipsa coordonării, întâzieri în dezvoltarea fizică generală și motrică (modificări la nivelul sistemului respirator și circulator (circulație deficitară, capacitate pulmonară limitată, superficială), disfuncții hipofizare, metabolismul glucidelor. Apar anumite stereotipuri (ticuri) specifice: la nivelul capului, încrețirea buzelor și a frunții, legănatul capului.

Abilitățile locomotorii, ca și mobilitatea, sunt întârziate față de cei fără dizabilități (Haegele et al., 2015). Mersul este unul rigid, nesigur sau chiar ezitant, cu bază mare de susținere, fără pășire fără rulare, în timp ce alergarea se caracterizează printr-un fuleu redus, ritm lent al pașilor, fază de sprijin prelungită. Săriturile, urcarea și coborârea scârilor, precum și abilitățile de a controla obiectele (dribling, prindere) sunt și ele întârziate și realizate cu dificultăți mai



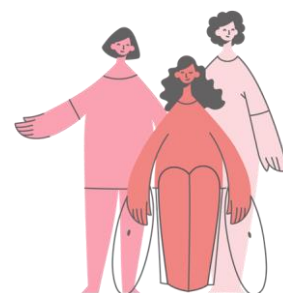
mari, ceea ce conduce la o participare scăzută la activitățile fizice, dar și în dezvoltarea motorie.

Niveluri mai scăzute de fitness legate de sănătate și competențe motorii asociate cu niveluri reduse de activitate fizică pot duce la o autonomie redusă și o deplasare mai puțin independentă în viața de zi cu zi (Skaggs & Hopper, 1996, citați de Scally & Lord, 2019). Pe măsură ce trec prin viață, copiii cu deficiențe de vedere tind să facă mai puțină activitate fizică; astfel, este deosebit de important ca aceștia să devină activi fizic în copilărie pentru a susține un stil de viață prelungit, sănătos și activ (Kozub & Oh, 2004, Scally & Lord, 2019). Experiențele pozitive de activitate fizică în copilărie, desfășurate de cineva care înțelege cum să adapteze activitățile în mod corespunzător și să folosească echipamentele modificate, au mai multe șanse să conducă la o activitate fizică sănătoasă susținută mai târziu în viață (Lieberman & McHugh, 2001; Lieberman, Ponchillia și Ponchillia, 2013, citați de Scally & Lord, 2019).

Pierderea vederii încă din naștere sau pe parcursul vieții din cauza unui accident are implicații atât funcționale, cât și psihologice profunde. Acești copii au diminuate experiențele educaționale, oportunitățile de angajare, dar și relațiile interpersonale. Mulți copii sunt în imposibilitate de a atinge același nivel de competență într-un interval de timp similar cu colegii lor dacă au aceste probleme de vedere. Timpul de rezolvare a unor sarcini ce implică atât memoria, cât și creativitatea, trebuie mărit pentru ca elevii cu tulburări de vedere să le realizeze corect. Caracteristic acestor persoane, fie ele cu tulburări de vedere severe sau moderate, este dezvoltarea simțului tactil-kinestezic. Cu toate că au unele simțuri dezvoltate apar și complexe de inferioritate, descurajare în fața mediului fizic, teama în fața contextului uman, retractibilitate, refugiul în carapacea microcosmosului egalilor, adică al celorlalți orbi. Studiile au arătat că în unele cazuri de deficiențe vizuale, evaluând conceptul de sine, se poate observa apariția emotivității, a agresivității, dar și a instabilității afective și a reacției de apărare față de toți stimulii din exterior pe care nu îi controlează.

Din punct de vedere al proceselor cognitive, memoria este foarte bine dezvoltată, construcțiile mentale ajutând la interacțiunea cu mediul în care activează copilul cu deficiențe de vedere. Nivelul atenției este și el ridicat în raport cu cel al copiilor normali. Cu cât intervenția este mai timpurie, cu atât mecanismele inhibitoare de izolare, de construcție a complexelor de inferioritate sunt mai reduse. Suportul familiei și al celorlalți actori educaționali pot facilita încrederea, autodeterminarea, participarea la viața comunității, precum și la practicarea activităților fizice și sportive.

Mai multe studii (Ayvazoglu et al., 2006, Haegele et al., 2015, Columa et al., 2016, Scally & Lord, 2019, Harrington et al., 2023) arată că mai mulți factori pot contribui la inactivitatea fizică a persoanelor cu deficiențe de vedere:

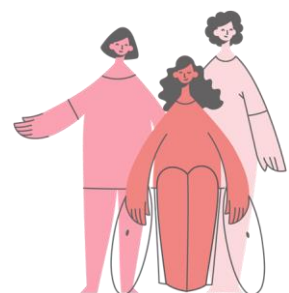


- personali (competențele motorii, personalitatea și experiențele negative ale copilului, frica de rănire, lipsa informațiilor cu privire la ofertele de activități fizice accesibile etc.);
- de mediu (nesiguranța și neadaptarea spațiilor);
- sociali (stereotipurile, prejudecățile față de persoane cu dizabilități, lipsa unor informații privind conștientizarea problematicei persoanelor cu dizabilități, factori socio-demografici: grup de risc, gen, rasă, venitul familiei, orientare religioasă etc.);
- oportunități limitate de a practica (oferta de activități fizice, lipsa sau numărul limitat al instituțiilor specifice lor, inclusiv cluburi și asociații sportive, lipsa coordonării dintre aceste instituții ; numărul limitat al competițiilor sportive, suport financiar limitat/inexistent al acestor competiții, dar și de vizibilitatea redusă performanțelor obținute);
- influențele/percepțiile părinților (au valori, convingeri, așteptări proprii, cunoștințe limitate în ce privesc găsirea unei activități adecvate, beneficiile activităților fizice și sportive, frica de rănire, abordare hiperprotectivă etc.);
- formarea profesioniștilor (număr limitat al celor care au competențe de a lucra cu aceste persoane),
- politici și strategii de intervenție limitate (baze sportive neadaptate, lipsa echipamentelor, a materialelor necesare practicării activităților fizice adaptate acestora, programe de incluziune socială).

Copiii cu deficiențe de vedere se confruntă cu mai multe bariere în a se angaja în activități fizice în comparație cu colegii lor văzători (Kozub & Oh, 2004), identificându-se consecințe negative pe tot parcursul vieții acestuia (sănătate fizică, mentală). Participarea redusă la activități fizice a copiilor cu deficiențe de vedere, în special în primii ani de dezvoltare, formează o barieră în calea implicării colegilor și a dezvoltării unor abilități sociale importante (Clements et al., 2022).

Strategii specifice adoptate de cei care lucrează cu copiii cu deficiențe de vedere

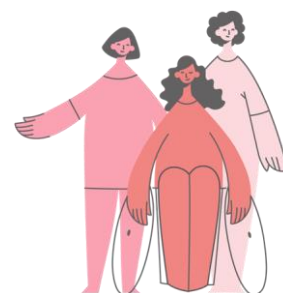
- Efectuați o evaluare preliminară a vederii funcționale a copilului, precum și a eventualelor contraindicații/limitări, dar și experiențe anterioare în practicarea activităților fizice și sportive. Informații pot fi obținute și de la consilierul educațional din școală, membrii familiei copilului, medic etc.
- Folosiți numele copilului înainte de a da instrucțiuni.
- Păstrați contactul verbal constant.
- Dați posibilitatea copilului de a se poziționa cel mai bine în sală, în raport cu acuitatea vizuală.



- Asigurați-vă că zonele unde se lucrează sunt suficient luminate și sigure (echipamentele de lucru sunt poziționate astfel încât să fie accesibile ca înălțime, sunt bine fixate).
- Asigurați-vă că regulile sunt cunoscute și respectate de toți copiii/grupul
- Folosiți echipamente de culoare deschisă, strălucitoare (fosforescente), cu excepția cazului în care este nevoie de întuneric pentru a oferi contrast.
- Permiteți copilului să se familiarizeze cu zona de lucru, cu menținerea pe termen mai lung a poziției obiectelor și echipamentului necesar exersării.
- Folosiți semnale sonore pentru ghidare (fluier, clopoțel, mingi cu clopoței, frânghii de ghidare pentru alergare etc.) sau numărare/bătaie din palme pentru impunerea unui ritm al mișcării
- Limitați și semnalizați spațiul de lucru (linii trasate pe sol evidențiate, plasare de conuri etc., micșorați distanța dintre copil și profesor,)
- Asigurați ajutor la nevoie pentru diferite exerciții, prevenind accidentările.
- Folosiți modelarea tactilă (atingerea, planșe în relief) pentru a demonstra mișcările corpului.
- Folosiți explicații clare, concise, descriptive, oferind informații precise orientate spre acțiune ("Stai pe piciorul stâng, piciorul drept îl ridici"), spre o anumită direcție (stabilește și folosește sintagme convenționale: "Întoarce-te spre dreapta, la ora 3")
- Folosiți reguli adaptate (de exemplu, nu se ține cont de regulile privind execuția tehnică, de "dublu-dribling", minge rostogolită în loc de dribling etc.)
- Adaptați echipamentele pentru nevoile și posibilitățile copiilor (obiecte de diferite mărimi și texturi, spații cu texturi diferite, exerciții și jocuri în perechi, de mână, legați între ei, unul fiind ghid).
- Încurajați și lăudați munca independentă.
- Împărtășiți cu alții profesioniști (profesori, terapeuți, antrenori), părinți experiențele, cunoștințele cu copiii cu deficiențe de vedere.

Activități fizice și sportive adaptate copiilor cu deficiență de vedere

Studiile arată că persoanele cu deficiențe de vedere sunt mult mai sedentari decât alții normali sau cu alte deficiențe (de exemplu, cei cu deficiențe fizice), fiind cei mai limitați dintre cei cu dizabilități în participarea la activități fizice. Mai mult, orbii sunt și mai inactivi decât cei cu deficiențe de vedere inclusiv în activitățile zilnice (Pérez-Tejero et al., 2012, Úbeda-Colomer et al., 2018, Haegele et al., 2016, citați de Alcaraz-Rodríguez et al., 2022). Acest fapt determină un nivel scăzut al condiției fizice al acestor indivizi. Deși oportunitățile de practicare sunt mai reduse există o varietate de activități fizice (exerciții, jocuri) precum și sporturi adaptate pentru ei, ce conduc la beneficii fizice și psiho-sociale (îmbunătățirea auto-



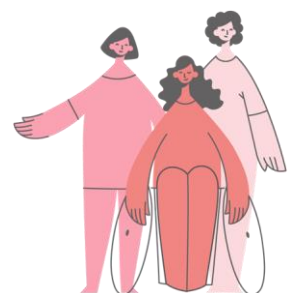
percepției, creșterea abilităților sociale, (re)integrarea socială și a importanței acestora în mediul social, creșterea calității vieții (Alcaraz-Rodríguez et al., 2022).

Între **obiectivele activităților fizice adaptate persoanelor cu deficiențe de vedere**, organizate atât în cadrul sistemului educațional formal, cât și în centrele terapeutice sau a activităților sportive de timp liber putem identifica:

- corectarea/ameliorarea controlului postural,
- dezvoltare fizică generală (creșterea tonusului muscular, dezvoltarea capacității cardio-respiratorii)
- învățarea deprinderilor de activitate zilnică (ADL)
- dezvoltarea autonomiei în activitățile zilnice și cele motrice
- dezvoltarea deprinderilor motrice de locomoție și control al obiectelor (mers, alergare, săritură, târâre, aruncare la țintă, aruncare și prindere, lovire cu piciorul,)
- dezvoltarea componentelor psiho-motrice (coordonare dinamică generală, oculomotorie, lateralitate, schemă corporală, orientare spațio-temporală, echilibru static și dinamic, dexteritate manuală)
- dezvoltarea simțurilor tactil-kinestezic și auditiv
- dezvoltarea agilității motorii
- dezvoltarea încrederii și stimei de sine
- dezvoltarea abilităților sociale (de comunicare, de cooperare, de lucru în echipă, de acceptare a celuilalt, de asumare a succesului/insuccesului, spiritul de competiție etc.)
- însușirea unor cunoștințe și competențe specifice unor sporturi.

Cristea et al. (2014) identifică o serie de elemente ale percepției vizuale în practicarea activităților motrice:

- acuitatea vizuală dinamică este cea care răspunde de percepția vitezei deplasare a obiectelor;
- controlul ocular sau coordonarea vizuală este răspunzătoare pentru vederea binoculară, în jocurile sportive sau în activități de citit-scris;
- discriminarea vizuală – presupune recunoașterea formelor, mărimilor, atât a obiectelor utilizate în activități motrice, cât și a celor utilizate la activitățile din clasă;
- vederea periferică joacă un rol important în anticiparea evenimentelor, copiii cu un câmp vizual îngust vor întâmpina dificultăți în practicarea jocurilor sportive;
- adâncimea percepției – este cea care permite aprecierea formei și consistenței obiectelor, în funcție de distanța de la care sunt percepute;
- percepția vizuală – formă – fond – permite focalizarea atenției copilului asupra unui stimul vizual; lipsa acestei percepții va îngreuna execuția actelor motrice cum ar fi prinderea mingii, lovirea mingii cu racheta, etc.



- coordonarea oculo-segmentară (manuală și podală) constituie de asemenea, factor de succes în activitățile motrice; de ea depinde precizia acțiunilor motrice, aprecierea forței de lovire a obiectivelor.

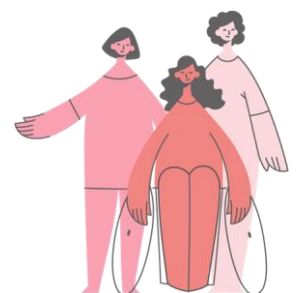
Tipuri de activități motrice

- programe de exerciții pentru a îmbunătăți nivelul de fitness, abilitățile motorii pentru viața de zi cu zi, mobilitatea, coordonarea, controlul postural, scăderea în greutate, deprinderi de locomoție (corectarea/învățarea mersului, a alergării, sărituri, treceri peste obstacole, târâre, escaladare etc.), tonusul muscular, echilibrul, coordonarea etc.
- exerciții și jocuri în apă
- jocuri pe muzică (învățarea unor coregrafii pe muzică, în perechi, unul fiind ghidul)
- jocuri de orientare după sunete (de exemplu, "Cald, rece" – găsește obiectul după sunetele produse, apreciind distanța față de acesta) – pe perechi, în grup ("Găsește grupurile" – grupurile trebuie găsite, fiecare primind un cod de identificare printr-un semnal sonor distinct)
- exerciții și jocuri cu diferite obiecte (mingi cu clopoței de diferite mărimi, texturi, cercuri, frânghii, discuri zburătoare etc. pentru a învăța manevrare, transport de obiecte, aruncarea și prinderea, aruncarea la țintă,
- trasee după ghidaj pentru orientare spațio-temporală
- sporturi, inclusiv pentru orbi (vezi sporturile cu reguli adaptate incluse în programul Jocurilor Paralimpice, prin adaptare la interesele, nevoile și potențialul copiilor): goalball, fotbal pentru nevăzători, judo, atletism, ciclism în tandem, înot, arte marțiale, canotaj, gimnastică, ski, călărie, cățărare etc. (<https://www.paralympic.org/sports>)
- sporturi extreme (urcarea unor vârfuri montane, ski nautic, snowboard, sărituri cu parașuta, cățărări pe munte, kaiakyng, scuba diving etc.).

Referințe bibliografice

Alcaraz-Rodríguez, V., Medina-Rebollo, D., Muñoz-Llerena, A. et al. Influence of Physical Activity and Sport on the Inclusion of People with Visual Impairment: A Systematic Review. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 2022, 19, 443. <https://doi.org/10.3390/ijerph19010443>.

Ayvazoglu, N.R., Hyun-Kyoung Oh, Kozub, F.M. Explaining Physical Activity in Children With Visual Impairments: A Family Systems Approach, *Exceptional Children*, 2006, Vol. 72. No. 2. pp. 235-248.



Clements , T., Cochrane Wilkie, J., Richmond, J: The types of physical activities children with visual impairment participate in and the reasons why, *British Journal of Visual Impairment*, 2022, 1–12, DOI: 10.1177/02646196221131741.

Columna, L., Haibach, P., Lieberman, L. et al. Motor Development and Physical Activities for Families of Children with Visual Impairments and Blindness, *Journal of Blindness Innovation and Research*, 2016, vol. 6, n. 1, DOI: <http://dx.doi.org/10.5241/6-89>

Cristea, D., Ștef, M., Dragoș, P. Adapted motrical activities. Teoretical and methodological aspects, Oradea, 2014.

da Cunha Furtado, O.L.P., Allums-Featherston, K., Lieberman, L.J. et al. Physical Activity Interventions for Children and Youth with Visual Impairments, *Adapted Physical Activity Quarterly*, 2015, 32, 156-176, <http://dx.doi.org/10.1123/APAQ.2014-0164>.

Haegele, J.A., Brian, A., Goodway, J. Fundamental Motor Skills and School-Aged Individuals with Visual Impairments: a Review, *Rev J Autism Dev Disord*, 2015, 2:320–327, DOI 10.1007/s40489-015-0055-8.

Harrington, S., Kearney, J., O’Dwyer, V. Visual factors associated with physical activity in school children, *Clinical and Experimental Optometry*, 2023, 106:6, 645-655, DOI: 10.1080/08164622.2022.2106780.

Houwen, S., Hartman, E., Cisscher, C. Physical activity and motor skills in children with and without visual impairments. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 2009, 40(1), 103-109.

<https://ibsasport.org/growing-blind-sports/classification/>

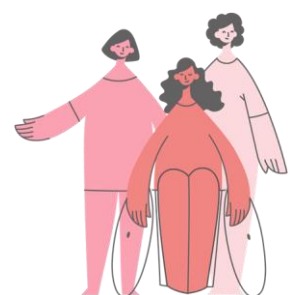
<https://www.paralympic.org/sports>

Kozub, F. M., Oh, H. An exploratory study of physical activity levels in children and adolescents with visual impairments. *Clinical Kinesiology*, 2004, 58(3), 1–7.

Lauren, J. Lieberman, L.J., Lepore, M. et al. Physical Education for Children with Visual Impairment or Blindness, *JOPERD*, 2019, Vol. 90 No.1, p. 30-38.

Lima Constâncio, J.L. The visually impaired: involvement in physical activity and sport, *Revista Digital - Buenos Aires*, 2010, - Año 15 - Nº 146.

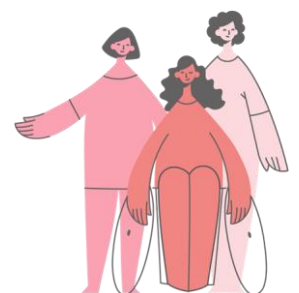
Qasim, S., Wasim, Y.A., Zeidan, W.Y.A. et al. Health-related physical fitness levels of youths with visual impairment in Jordan, *British Journal of Visual Impairment*, 2020, 1–9, DOI: 10.1177/0264619620950771.



Sally, J.B., Lord, R. Developing physical activity interventions for children with a visual impairment: Lessons from the First Steps initiative, British Journal of Visual Impairment 2019, Vol. 37(2) 108–123, <https://doi.org/10.1177/0264619618823822>.

World Health Organization. (2013). Cumulative official updates to ICD-10. http://www.who.int/classifications/icd/updates/Official_WHO_updates_combined_1996_2012_Volume_1.pdf

Oana Rusu – Conferențiar universitar doctor, diplome de licență în Educație Fizică și Sport (1996), și în Sociologie-Științe politice (2000), master în Politică și Sisteme Locale (2002), titlu de doctor în Psihologie (aplicată în sport) (2009), certificat de antrenor volei, bursă în Marea Britanie (2001) și beneficiar de mai multe ori al programului Erasmus ca profesor. Este membru a comitetelor editoriale ale mai multor reviste și conferințe naționale și internaționale. A publicat lucrări în reviste și edituri internaționale și naționale pe teme din domeniile educației fizice și sportului, psiho-sociologiei sportului, sportului adaptat. Are experiență în mai multe proiecte de cercetare naționale și internaționale (în calitate de coordonator pentru UAIC, în altele ca membru al echipei UAIC, în altele în calitate de colaborator al asociațiilor locale și naționale care se adresează persoanelor cu nevoi speciale); experiență în organizarea și coordonarea activităților de educație și reeducare psihomotorie și sportive pentru copii normali (grădinițe și școli primare) și persoane cu diferite dizabilități (copii și adulți), împreună cu studenții și în sistem privat, experiență ca antrenor Special Olympics. Email: broana@uaic.ro



ACTIVITATEA FIZICĂ LA DEFICIENȚII DE AUZ

Demmys Rusu, Oana Rusu

Atunci când ne referim la comunitatea surzilor se pot întâlni următoarele situații:

- copil surd cu părinți surzi
- copil surd cu părinți auzitori
- persoană care s-a născut surdă
- persoană care a dobândit surditate
- persoane cu diferite grade de pierdere a auzului.

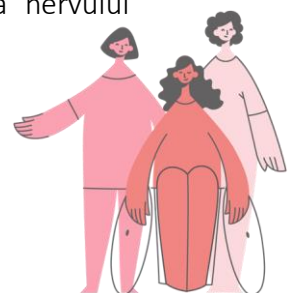
Ce înțelegem prin „d/surd” sau „HoH/cu auzul greu”?

- ✓ Surzi (*Deaf*): Cei care se identifică ca surzi (cu S mare) comunică prin limbajul semnelor. Aceștia sunt adesea cei care au fost surzi pentru cea mai mare parte a vieții lor.
- ✓ surd (*deaf*): este pentru cei care nu se identifică ca parte a culturii surzilor. Aceștia pot include pe cei care au devenit surzi mai târziu în viață.
- ✓ probleme cu auzul (*Hard of Hearing*): Aceasta îi descrie pe cei care au o oarecare pierdere a auzului, dar nu o pierdere totală a auzului.

Deficiența de auz este o deficiență senzorială la nivelul aparatului auditiv cu consecințe asupra activităților pe care le desfășoară individul respectiv, precum și a interacțiunii sale cu mediul înconjurător.

Tipologia și etiologia deficiențelor de auz includ mai multe criterii de clasificare în funcție de factorii care le determină:

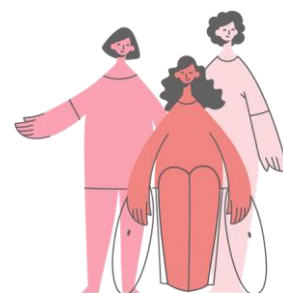
- în funcție de consecințe:
 - deficiențe de transmisie sau surditatea de conducere – apărută ca o consecință a dificultăților apărute în canalul de transmitere a undelor sonore de la exterior spre urechea internă; sunt incluse malformații ale urechii externe sau medii, defecțiuni ale timpanului, obturarea sau blocarea canalului auditiv extern, sau prin apariția unor afecțiuni la nivelul urechii mijlocii – otite, mastoidite, infecții însoțite de secreții purulente, care blochează transmiterea undelor sonore și au efect distructiv asupra structurilor osoase și cartilajinoase de la acest nivel;
 - deficiențe de percepție – sunt leziuni ale urechii interne, nervului auditiv sau centrilor nervoși de la nivelul scoarței cerebrale, urmate de pierderea totală sau parțială a funcției organului receptor din urechea internă a nervului auditiv;



- deficiențe mixte – includ ambele tipuri de deficiențe prezentate, de transmisie și de percepție, apărute în conexiune în urma unor afecțiuni ca otoscleroză, sechele operatorii, traumatisme etc.
- în funcție de gradul de deficit (clasificare realizată după Biroul Internațional de Audiofonologie – BIAF, <https://www.biap.org/en/international-bureau-for-audiophonologie>)
 - hipoacuzie ușoară – deficit de auz lejer – o pierdere de auz de 20-40 dB;
 - hipoacuzie medie – deficit de auz mediu – o pierdere de auz de 40-70 dB;
 - hipoacuzie severă – deficit de auz sever – o pierdere de auz de 70-90 dB;
 - anacuzie/cofoză – deficit de auz profund, surditate – pierdere de auz de peste 90 dB.
- în funcție de lateralitate
 - deficiențe unilaterale;
 - deficiențe bilaterale.
- în funcție de momentul apariției
 - deficiențe ereditare (anomalii cromozomiale, transmitere genetică);
 - deficiențe dobândite
 - deficiențe prenatale determinate de infecții virale sau bacteriene (rubeolă, oreion, hepatită, sifilis, citomegalovirus etc.), de ingerare de substanțe toxice sau narcotice, alcool, medicamente (tranchilizante), iradieri, diabet, factori endocrini și metabolici, tulburări de circulație placentară, incompatibilitate Rh între mamă și făt, traumatisme în timpul sarcinii
 - deficiențe perinatale sau neonatale sunt determinate de traumatisme obstetricale care determină apariția de hemoragii în urechea internă sau la nivelul scoarței cerebrale; anoxie sau asfixie urmată de insuficientă oxigenare la nivelul scoarței cerebrale; bilirubinemia sau icterul nuclear;
 - deficiențe postnatale apărute în urma unor boli infecțioase (otită, mastoidită, meningită, encefalită, scarlatină, rujeolă, febră convulsivă, oreion etc.), traumatisme cranio-cerebrale, abuz de antibiotice și alte substanțe medicamentoase, traumatisme sonore, care pot determina și unele boli profesionale, stări distrofice, intoxicații, afecțiuni vasculare etc.

Acestea dezvoltă, în timp, diverse particularități legate de:

- dezvoltarea vocabularului
- utilizarea vocii sau a semnelor
- capacitatea de a înțelege un mesaj scris sau vorbit
- preferințe pentru comunicare verbală sau comunicare prin semne



Nu toate persoanele cu deficiențe de auz au nevoi similare. În funcție de gradul de pierdere a auzului și de modul de comunicare, copiii pot dezvolta particularități care impun profesorului să utilizeze diferite metode de abordare în educație:

- pentru copiii surzi este necesar să se folosească limbajul semnelor.
- pentru copiii cu hipoacuzie parțială sau cu implant cohlear este necesară utilizarea unui mesaj adaptat, corespunzător capacității de înțelegere și dezvoltării limbajului.

Dificultăți în însușirea limbajului, chiar consecințe grave însemnând lipsa limbajului, sunt înregistrate la persoanele cu deficiență de auz congenitală sau apărută în primii ani de viață. Dacă deficiența apare după ce a început procesul de achiziționare a cunoștințelor se înregistrează un regres în procesul de dezvoltare a individului pe mai multe componente – cognitiv, social, psihologic, motric etc.

De obicei, pierderea auzului este un proces lent, nedureros. De aceea, se impune ca depistarea și intervenția să aibă loc cât mai repede pentru a preveni situațiile nefavorabile acestuia (aparitia muțeniei dacă nu se însușește limbajul pentru a putea comunica cu ceilalți, apariția tulburărilor de vorbire, apariția altor întârzieri în dezvoltare cognitive, formare profesională, apariția unor situații dezavantajante pentru persoana cu tulburări de auz).

Sunt de evitat stereotipurile și concepțiile greșite despre persoanele surde!

1. Toate persoanele surde semnează

Abilitatea și dorința de a semna variază de la individ la individ. Depinde dacă persoana surdă a fost încurajată sau descurajată să semneze în anii săi de formare și dacă a învățat să semneze mai târziu în viață.

2. Aparatele auditive și implanturile cohleare le fac să se audă normal

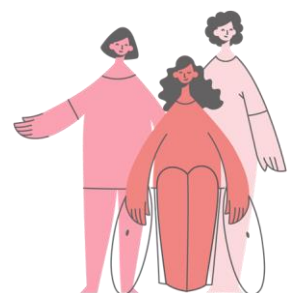
Aparatele auditive și implanturile cohleare nu pot restabili auzul sau nu pot repara total pierderile auzului.

3. Majoritatea persoanelor surde nu pot vorbi

Nu toți surzii sunt la fel. Unii surzi vorbesc foarte bine și clar, în timp ce alții aleg să nu-și folosească vocea, mai ales dacă vorbirea lor este neinteligibilă sau au „accent surd” sau „voce surdă”.

4. Toți oamenii surzi pot citi buze

Unii surzi sunt cititori de buze foarte pricepuți, dar mulți nu sunt. Acest lucru se datorează faptului că multe sunete de vorbire au mișcări identice ale gurii.



5. Toți oamenii surzi înțeleg și participă la Cultura Surdului

Nu toți surzii aleg să participe la cultura surzilor. Cultura surdului necesită un limbaj comun, valori comune, credințe, norme, comportamente etc.

Nu toți surzii folosesc limbajul semnelor. Unii surzi preferă să se asimileze în lumea auzului cât mai mult posibil și să nu se asocieze cu alte persoane surde.

Caracteristici psiho-motrice la copilul cu deficiență de auz

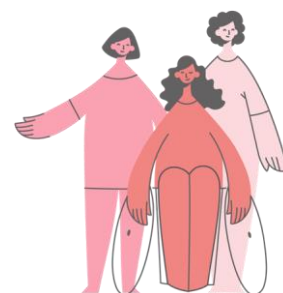
Ereditatea, mediul social și, mai ales, educația, direcționează și condiționează dezvoltarea psiho-fizică a oricăror persoane, și, inclusiv, a celor cu deficiențe senzoriale. Educația timpurie, atunci când se realizează sub toate aspectele ei, poate preîntâmpina consecințele negative ce pot exista în dezvoltarea fizică și, evident, psihică, a deficiențelor de auz. Se pot depăși unele consecințe ale nedezvoltării vorbirii/limbajului oral al deficienților de auz (Anderson et al., 2000, Florea, 2010, Napoli et al., 2015).

Există unele opinii care au arătat că deficienții de auz manifestă anumite tulburări de motricitate, echilibru, că ar fi mai debil fizic decât auzitorii. După Daicicov (citată de Popa, 2002b), care a combătut părerile medicilor care au pus în lumină tendențios aceste aspecte, în măsura în care există posibilitatea, unele consecințe ale tulburărilor de dezvoltare datorate nedezvoltării auzului să fie înlăturate.

Dacă există anumite tulburări fizice ale copilului cu deficiență de auz, ele s-ar datora, în primul rând, faptului că ei nu sunt antrenați suficient sau primesc o hrană necorespunzătoare sau datorită izolării de micro- și macro-grupul social.

Trebuie menționate ușoare deficiențe de coordonare, echilibru static mai slab, indici scăzuți la rezistență la efort (mai ales, cel de durată), de asemenea unii indici scăzuți ai capacității respiratorii. Cercetări în acest sens au fost efectuate de Moțet (2001) care a scos în evidență faptul că aceste tulburări sunt remediate în procesul educațional. Unele tulburări persistă mai ales la cei cu deficiențe asociate pentru că aceleași cauze care au lezat aparatul auditiv au lezat și sistemul nervos ().

Erwing și Herren (citați de Popa, 2002a, p. 220) au sesizat întârzieri în domeniul motor, postural și chiar afectiv, dar testele sau chestionarele pe care le foloseau cereau răspunsuri mai ales verbale, ceea ce determina greutăți în analiza capacității psihice. Ei precizează că deficienții de auz fac primii pași mai târziu decât auzitorii datorită lipsei de stimulare verbală și auditivă. În general, deficienții de auz au aparatul vestibular distrus, de aceea, orientarea spațio-temporală cu ajutorul auzului este diminuată sau chiar inexistentă (de exemplu, dacă plonjează în apă adâncă nu au simțul orientării spre suprafață și s-ar putea îneca).



Pentru surditatea simplă, Fourgon menționează tulburări numai la nivelul aparatului vestibular (citad de Stănică și colab., 2001).

Dezvoltarea psihică (memorie, cogniție, analiză și sinteză, înțelegere, imaginație, reprezentare, generalizare etc.) este determinată de particularitățile și gradul de însușire a limbajului semnelor, care poate fi lipsit de nuanțe și cu reguli simpliste de topică a propoziției, ceea ce poate conduce la confuzii în înțelegerea mesajului primit sau/și trimis. Aceste particularități pot avea consecințe negative și în acțiunile motrice.

Întârzierile în vorbire pot determina consecințe negative în dezvoltarea psiho-socială a copilului cu deficiență de auz, măbind decalajul față de ceilalți "normali", afectând negativ integrarea socială a acestuia, dar și apariția unor fenomene negative (sentiment de inferioritate, stări depresive, izolare socială, lipsă de interes, stimă de sine scăzută etc.) (Stevenson et al., 2015, Stănică et al., 2001, Rozorea, 2003).

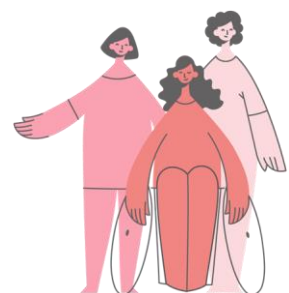
Nemček (2017) postulează că stima de sine este considerată parte integrantă a conceptului de sine și poate fi definită în termeni de sentimente pozitive despre sine. Este parte integrantă a simțului individual al propriei valori, o componentă principală a sănătății mintale, un indicator puternic al unui stil de viață sănătos și un indicator important al bunăstării.

Studiile despre stima de sine la persoanele surde sau cu probleme de auz (*D/HoH*) sugerează că cultura dominantă a auzului i-a relegat în categorii sociale mai puțin apreciate, cum ar fi handicapați și străini (Kent, 2003, Theunissen et. al., 2014, Warner-Czyz et. al., 2015, Limaye, 2004). Asemenea prejudecăți, discriminare și stigmatizare sunt susceptibile să fie dăunătoare din punct de vedere psihologic, o viziune repetată de Bat-Chava (2000) care a descoperit că persoanele surde au reduse stima de sine din cauza stigmatizării comunității surzilor.

Profesorii, părinții, terapeuții și alți specialiști și-au concentrat eforturile pe creșterea stimei de sine, pornind de la premisa că stima de sine ridicată va provoca multe rezultate și beneficii pozitive (Vaccari & Marschark, 1997, Rozorea, 2003, Marschark, 2007, Anderson et. al., 2000, Rusu & Rusu, 2017, 2019). O modalitate de a stimula stima de sine este participarea la activitățile fizice și sportive.

Cristea și colab. (2014) identifică o serie de obiective ale acestor activități motrice adaptate persoanelor cu deficiențe de auz:

- dezvoltarea musculaturii cutiei toracice și a elasticității acesteia;
- educarea actului respirator și mărirea capacității vitale;
- educarea capacității de coordonare a simțului echilibrului și ritmului;
- contribuie la procesul de demutizare;
- dezvoltarea acuității, preciziei simțurilor, a capacității de percepere a spațiului și timpului;



- educarea atenției, voinței, capacității de decizie, imaginației și deprinderii de a acționa în grupul integrator;
- dezvoltarea încrederii în posibilitățile individuale, a dorinței de integrare socială și participare la acțiunile grupului.

Site-ul www.professionals.cid.edu/top-6-physical-education-considerations-for-students-with-hearing-ss/ propune un top 5 considerente de practicare a activităților motrice și sportive pentru elevii cu pierdere de auz care să răspundă următoarelor preocupări ale celor care lucrează cu ei (profesori, terapeuți etc.):

- se va sparge aparatul lui?
- ar trebui să fiu îngrijorat de electricitatea statică?
- sala de sport este atât de zgomotoasă. Va putea să mă audă?

1. Pierderea auzului elevului și dispozitivele utilizate

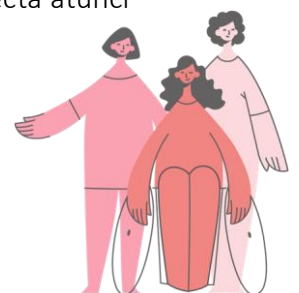
- Este important să fim familiarizați cu gradul de pierdere a auzului al elevului, precum și cu ce tip de dispozitiv(e) folosește.
- Trebuie să ne familiarizăm cu dispozitivele pe care le poartă și cu elementele de bază ale depanării (de exemplu, cum să schimbăm o baterie, cum să introducem o matriță pentru urechi, cum să atașăm un magnet de implant cohlear etc.).
- Umiditatea poate provoca, de asemenea, probleme cu dispozitivele auditive. Dacă elevul devine excesiv de transpirat, este necesar ca dispozitivul poate fi introdus într-o trusă dry-aid pentru a absorbi excesul de umiditate.

2. Nivelul de zgomot în sala de sport și/sau în exterior

- Sălile de sport și în aer liber sunt medii în mod natural zgomotoase și este important să știm acest lucru pentru toți elevii, dar mai ales pentru un student cu pierdere de auz. Poate fi ușor pentru un elev surd sau cu probleme de auz să rateze aspecte esențiale ale predării. Iată câteva modalități de a minimiza acest lucru:
 - o Utilizarea unui sistem FM. Sistemele FM reduc efectele zgomotului de fundal și trimit vocea difuzorului direct către dispozitivul (dispozitivele) elevului.
 - o E indicat să privim elevul când vorbește și încercăm să scădem ritmul de vorbire.
 - o Trebuie să repetăm instrucțiunile și, dacă este necesar, să tragem studentul deoparte pentru a ne asigura că a auzit și a înțeles mesajul transmis sau așteptările pe care le avem în reproducerea motrică a indicațiilor date.

3. Vocabularul folosit

- Elevii surzi și cu deficiențe de auz au adesea nevoie de sprijin și instruire directă atunci când învață cuvinte noi.



- Când introducem un nou joc sau sport, trebuie să ne gândim la toate cuvintele / conceptele care sunt posibil nefamiliare.

4. Siguranță

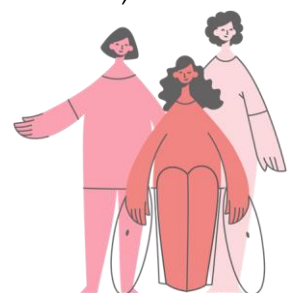
- În timp ce elevii cu deficiență de auz pot participa la majoritatea activităților fizice, există câteva preocupări de siguranță de care trebuie să ținem cont:
 - o leziuni la cap și lovituri: Dacă un elev cu un implant cohlear este lovit cu o minge, lovit brusc de un prieten sau cade și îl lovește la cap, părinții elevului, profesorii și audiologul trebuie anunțați.
 - o statică: electricitatea statică produsă de toboganele din plastic și echipamentele de joacă poate fi dăunătoare unui implant cohlear.
 - o reținerea dispozitivului: deși nu este neapărat o problemă de siguranță, profesorii ar trebui să fie conștienți de riscul ca un dispozitiv să cadă în timpul activităților. Clipurile de reținere pe care le poate oferi audiologul copilului sunt o soluție excelentă la această problemă.

5. Comunicare

- Comunicarea regulată cu echipa educațională a elevului și cu părinții este esențială. Este important să fim conștienți de orice modificări ale pierderii auzului și/sau dispozitivelor elevului și, de asemenea, este important să ținem echipa la curent cu orice schimbări de comportament pe care le observăm la elev.

Reguli de comunicare cu persoanele cu deficiențe de auz:

- Discuția trebuie să aibă loc doar când suntem față în față cu persoana cu care dorim să comunicăm.
- Reducerea distanței față de persoana cu deficiențe de auz.
- Nu este indicat să ne acoperim buzele și să nu întoarcem capul când vorbim.
- Reducerea zgomotelor de fond, mai ales în timpul explicațiilor.
- Trebuie să ne asigurăm că persoana a înțeles mesajul.
- De folosit expresiile faciale în mod corespunzător / complementar.
- De preferat este ca atunci când comunicăm cu o persoană cu deficiențe de auz, și nu numai, să ne oprim din alte activități (orice mișcare îl perturbă în ceea ce înseamnă concentrarea atenției, înțelegerea mesajului etc.)
- Utilizarea unor materiale ajutătoare care să faciliteze înțelegerea (planșe, linii, săgeți și desene trasate pe sol).
- Dacă se folosesc materiale ajutătoare (de exemplu, boxe sau difuzoare acestea ar trebui plasate pe sol pentru a putea fi percepute vibrațiile produse de acestea; instrumente de percuție pentru a impune ritmul mișcării).



- Stabilirea și utilizarea unor semne convenționale pentru anumite mișcări, exerciții etc.
- Este utilă demonstrația exercițiului/jocului după explicație pentru a avea o reprezentare mai bună a acțiunii motrice ce urmează a fi executată.
- Dacă mai multe persoane (atât surde, cât și auzitoare) participă la discuții, nu trebuie să comunicăm cu persoanele auzitoare fără a include persoana surdă în discuție.

În cadrul procesului instructiv-educativ, un copil cu deficiențe de auz va învăța să comunice cu ajutorul limbajului semnelor, cu ajutorul dactilemelor (un sistem de semne manuale care înlocuiesc literele din limbajul verbal, respectând anumite reguli gramaticale în formularea mesajului), va învăța să citească de pe buze (labiolectură). În general, copilul va utiliza o combinație a acestor forme de comunicare.

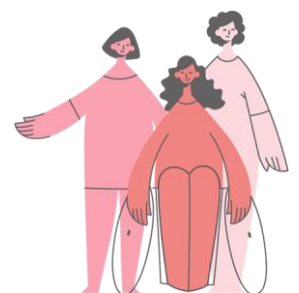
Pentru a se preveni mutitatea, copilul va fi supus unui proces de demutizare, pe trei componente: fonetică (articularea corectă a fonemelor/sunetelor și a structurilor fonetice), lexicală (îmbogățirea vocabularului prin însușirea cât mai multor cuvinte) și gramaticală (învățarea unor reguli în construcția corectă și inteligibilă a propozițiilor).

Pentru a obține rezultate cât mai favorabile, intervenția se recomandă a se face cât mai precoce (la momentul diagnosticării), de preferat la vârsta mică sau preșcolară.

Activități fizice și sportive adaptate copiilor cu deficiență de auz

Date fiind capacitățile deficienților de auz, aceștia fiind cei mai apropiați de cei "normali", aria tipurilor de activități motrice este foarte largă:

- exerciții care vizează dezvoltarea musculaturii cardio-respiratorii (sunt vizați mușchii respiratori (pectoral, abdominal, intercostal, diafragma) care să faciliteze învățarea articulării fonemelor și a producerii sunetelor);
- exerciții care urmăresc dezvoltarea forței (exerciții calistenice – cu propria greutate, cu încărcături mici), ținând cont de particularitățile individuale (vârstă, gen, nivel de dezvoltare, alte deficiențe asociate);
- exerciții ce urmăresc dezvoltarea echilibrului (static și dinamic) efectuat din poziții diferite: de pe loc, din deplasare, pe suprafețe plane, stabile, planuri înclinate, pe banc, pe minge etc.
- exerciții care vizează însușirea deprinderilor motrice de bază (mers, alergare, săritură, aruncare și prindere) și aplicative (târâre, treceri peste obstacole, transport de obiecte, cățărare) – pot fi utilizate exerciții și jocuri individuale, în perechi și grup, cu caracter competitiv, utilizând combinații de deprinderi (utilizarea acestor combinații de deprinderi presupune însușirea și stăpânirea acestora anterior) etc. De asemenea, pot fi introduse trasee și parcursuri aplicative, adaptate nevoilor și nivelului de dezvoltare a copilului/copiilor cu deficiențe de auz.



- exerciții și jocuri care vizează învățarea căderilor, ținând cont de contraindicațiile specifice patologiei (de exemplu, dacă are sau nu implant cohlear se vor evita căderile sau loviturile la nivelul capului care pot produce accidentări).
- însușirea unor deprinderi specifice unor sporturi (individuale și de echipă, chiar și extreme), cu reguli (semnalele acustice sunt înlocuite cu semnale luminoase), condiții materiale și organizatorice adaptate. Toate sporturile au variante adaptate astfel încât să poată fi practicate de persoane cu deficiențe de auz și nu numai.

Activitățile motrice și sportive pot fi adaptate, având scopuri diferite. Pe de o parte, putem identifica *sportul-terapie*, ca mijloc complementar tehnicilor de kinetoterapie în procesul de reeducare funcțională și atingerea optimului funcțional, creșterea nivelului condiției fizice și a stării de sănătate a individului cu deficiențe. Pe de altă parte, *sportul de performanță*, ce vizează obținerea de rezultate sportive prin participarea în competiții sportive pe nivele diferite (Rusu & Rusu, 2016). Există pentru această categorie de persoane competiții sportive pe nivele diferite (locale, regionale, naționale), precum și o competiție internațională majoră cu o istorie de aproape 100 de ani – Jocurile Mondiale ale Surzilor (Deaflympics) -, recunoscută de Comitetul Internațional Olimpic, ce se desfășoară din 4 în 4 ani, la mai multe ramuri sportive. Programul *Jocurilor* include probe sportive din peste 25 de ramuri sportive pentru ediția de vară și din 6 discipline pentru ediția de iarnă (<https://www.deaflympics.com/sports>). Condițiile de eligibilitate la acest eveniment sportiv major se adresează nu doar sportivilor, care trebuie să fie cu deficiențe de auz, ci și arbitrilor. Există chiar și sporturi extreme adaptate pentru surzi.

În concluzie, oamenii care sunt surzi și cei care trăiesc activ cu deficiență de auz sunt capabili să facă lucruri la fel ca majoritatea celorlalți oameni.

Referințe bibliografice

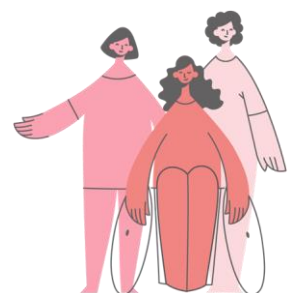
Anderson, G., Olsson, E., Rydell, A.M. et al. Social competence and behavioral problems in children with hearing impairment. *Audiology*. 2000; 39(2):88-92. doi: 10.3109/00206090009073058.

Bat-Chava, Y. Diversity of deaf identities. *American Annals of the Deaf*, 2000, 145(5), 420–428. <https://doi.org/10.1353/aad.2012.0176>

Cristea, D., Ștef, M., Dragoș, P. Adapted motrical activities. Teoretical and methodological aspects, Oradea, 2014.

Florea, B. Limbaj gestual. Comunicare și interpretare, Ed. Lumen, Iași. 2010.

<https://www.biap.org/en/international-bureau-for-audiophonologie>



<https://www.deaflympics.com/sports>

Kent, B.A. Identity issues for hard-of-hearing adolescents aged 11, 13, and 15 in mainstream setting. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 2003, 8(3):315-24.
doi:10.1093/deafed/eng017.

Limaye, S. Exploring the Impact of Hearing Impairment on Self-Concept, *International Journal for the Advancement of Counselling*, 2004, vol. 26, no. 4, December, DOI:
10.1007/s10447-004-0172.

Marschark, M. *Raising and educating a deaf child*. Oxford, NY: Oxford University Press. 2007.

Moțet, D. *Psihopedagogia recuperării handicapurilor neuromotorii*, ed. Fundației Humanitas, București, 2001.

Napoli, D.J., Mellon, N.K., Niparko, J.K. et al. Should all deaf children learn sign language? *Pediatrics*, 2015, 136(1):170-6. doi:10.1542/peds.2014-1632.

Nemček, D. Self-esteem analyses in people who are deaf or hard of hearing: a comparison between active and inactive individuals, *Physical Activity Review*, 2017, 5(5):95-104,
DOI: 10.16926/par.2017.05.14

Popa, M. *Deficiența de auz. Repere psihologice și metodologice*, ed. D. Cantemir, Tg. Mureș, 2002a.

Popa, M. *Psihopedagogia deficientului de auz*, ed. D. Cantemir, Tg. Mureș, 2002b.

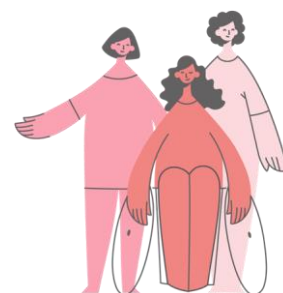
Rozorea, A. *Psihopedagogia deficiențelor de auz*, ed. EX Ponto, Constanța, 2003.

Rusu, O., Rusu D. Influences of occupational therapy as curricular activity on to psychophysical development of hearing-impaired students, *EQOL Journal*, 2019, 11(2): 29-34,
DOI: 10.31382/eqol.191203 (<http://www.eqoljournal.com/>).

Rusu, O., Rusu, D. – The impact of competition adapted sport, *Sport & Societate. Revista de educație fizică, sport și științe conexe, Iași*, 2016, 16:2, 69-76,
(<https://www.sportsisocietate.ro/articol/379>).

Rusu, O., Rusu, D. Social integration through sport to hearing impaired students, *Sport & Societate. Revista de educație fizică, sport și științe conexe, Iași*, 2017, 17:2, 41-52,
(<https://sportsisocietate.ro/articol/412>).

Stănică, L., Popa, M., Popovici, D.V. *Psihopedagogia specială. Deficiența de auz*, ed. Pro Humanitate, București, 2001.



Stevenson, J., Kreppner, J., Pimperton, H. Emotional and behavioural difficulties in children and adolescents with hearing impairment: a systematic review and metaanalysis. *European Child & Adolescents Psychiatry*, 2015, 24:477–496, DOI 10.1007/s00787-015-0697-1.

Theunissen, S.C.P.M., Rieffe, C., Netten, A.P. et al. Self-esteem in hearing impaired children: the influence of communication, education, and audiological characteristics. *PLoS One*. 2014. 9(4): e94521.

Vaccari, C., Marschark, M. Communication between parents and deaf children: implications for socialemotional development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 1997, 38(7): 793-801. doi: 10.1111/j.1469-7610.1997.tb 01597.x.

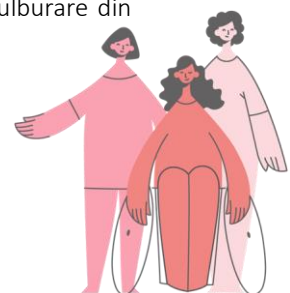
Warner-Czyz, A.D., Loy, B.A., Evans, C. et al. Self-esteem in children and adolescents with hearing loss. *Trends in Hearing*. 2015. Vol.19:1-12, DOI: 10.1177/2331216515572615.

www.professionals.cid.edu/top-6-physical-education-considerations-for-students-with-hearing-ss/

Oana Rusu – Conferențiar universitar doctor, diplome de licență în Educație Fizică și Sport (1996), și în Sociologie-Științe politice (2000), master în Politică și Sisteme Locale (2002), titlu de doctor în Psihologie, aplicată în sport (2009), certificat de antrenor volei, bursă în Marea Britanie (2001) și beneficiar de mai multe ori al programului Erasmus ca profesor. Este membru a comitetelor editoriale ale mai multor reviste și conferințe naționale și internaționale. A publicat lucrări în reviste și edituri internaționale și naționale pe teme din domeniile educației fizice și sportului, psiho-sociologiei sportului, sportului adaptat. Are experiență în mai multe proiecte de cercetare naționale și internaționale (în calitate de coordonator pentru UAIC, în altele ca membru al echipei UAIC, în altele în calitate de colaborator al asociațiilor locale și naționale care se adresează persoanelor cu nevoi speciale); experiență în organizarea și coordonarea activităților de educație și reeducare psihomotorie și sportive pentru copii normali (grădinițe și școli primare) și persoane cu diferite dizabilități (copii și adulți), împreună cu studenții și în sistem privat, experiență ca antrenor Special Olympics. Email: broana@uaic.ro



Demmys Rusu – Profesor la Liceul Tehnologic Special „Vasile Pavelcu” Iași, România. Are studii în Educație fizică și sport (1998), Psihopedagogie specială (2005), Kinetoterapie și aptitudini motorii speciale (2012), master în Management și marketing în sport (1999). Este președintele Asociației Naționale a Profesorilor pentru Elevii cu Deficiențe de Auz „Virgil Florea”. Este formator și a susținut mai multe cursuri de formare în țară pe tema persoanelor cu dizabilități. Are experiență ca profesor de educație fizică, ca terapeut în terapia limbajului pentru copii și tineri cu diferite dizabilități (auz, psihic, neurodezvoltare), coordonator și membru al mai multor proiecte internaționale Erasmus+ legate de problematica persoanelor cu dizabilități (autism, tulburări de auz, ADHD). Este autor și coautor al unor studii publicate referitoare la problemele psihopedagogice ale persoanelor cu dizabilități și educație fizică și sport adaptată (Ghid pentru părinții copiilor cu TSA, Dicționar de cuvinte și expresii ilustrate, Ghidul profesorului - Pentru lucrul cu copiii cu tulburare din spectrul autismului (TSA) în școlile de masă). Email: r_demmys@yahoo.com



ACTIVITATEA FIZICĂ LA DEFICIENȚII MENTALI

Oana Rusu, Renato Gabriel Petrea

În timp, au fost utilizate mai multe concepte, precum și mai multe definiții care să delimiteze dizabilitatea intelectuală. Dacă acum s-a renunțat la utilizarea termenului de "retard mental" (din mai multe motive, nu doar de consistență terminologică, dar și de punere în situație inferioară a persoanei diagnosticate), conceptul de *dizabilitate intelectuală* face referire la anumite limitări în funcționarea intelectuală și în comportamentul adaptativ al unei persoane care încep să se manifeste înainte de vârsta de 18 ani (American Association on Mental Retardation (AAMR), 2002, p. 1, WHO; 2018).

Conform Asociației Americane pentru Dizabilități Intelectuale și de Dezvoltare (AAIDD, 2010) o persoană poate fi considerată că are o deficiență intelectuală (mentală) dacă *funcționarea intelectuală este sub medie* (scorurile obținute în urma testului IQ sunt între 70-75, ce indică o limitare, dacă există *limitări semnificative în două sau mai multe domenii de abilități adaptative* (*abilități conceptuale* – limbaj și alfabetizare; concepte de bani, timp și număr; autodirecționare; *abilități sociale* – abilități interpersonale, responsabilitate socială, stimă de sine, credulitate, prudență, rezolvarea problemelor sociale și capacitatea de a respecta regulile/respectarea legilor și de a evita victimizarea; *abilități practice* – activități din viața de zi cu zi/îngrijire personală, abilități ocupaționale, îngrijire medicală, călătorii/transport, programe/rutine, siguranță, limitări ale comportamentului adaptativ), *dacă afecțiunea se manifestă înainte de vârsta de 18 ani.*

În ultimii ani, tendința de a diagnostica o persoană cu dizabilitate intelectuală și de a o încadra într-o anumit grad de afectare nu mai ține cont doar de măsurarea intelectului, ci și de limitările în aceste comportamente adaptative.

Sunt identificate 4 tipuri de deficiență intelectuală (Sattler, 2002, p. 337, citat de Shree & Shukla, 2016), ținându-se cont de scorurile obținute la testarea coeficientului de inteligență (IQ):

- intelect de limită sau deficiență mentală ușoară cu IQ cuprins între 55-69; vârsta mentală în perioada de adult este între 8 ani și 3 luni – 10 ani și 9 luni; (cei mai mulți indivizi diagnosticați cu dizabilitate intelectuală intră în această categorie);
- deficiență mentală moderată include indivizi cu un IQ în limitele 36-51, vârsta mentală când ajunge în perioada adultă este între 5 ani și 7 luni – 8 ani și 2 luni; (sunt înregistrați 10% din cei diagnosticați); au nevoie intervenții educative speciale;
- deficiența mentală severă cuprinde persoane cu un IQ în limitele 25-35, vârsta mentală când ajunge în perioada adultă este între 3 ani și 2 luni – 5 ani și 6 luni; (sunt înregistrați 3,5% din cei diagnosticați); aceste persoane sunt parțial recuperabili.



capabili să asimileze un volum minim de cunoștințe dar insuficiente pentru asigurarea unei activități total independente, sunt “instruibili până la un anumit punct”;

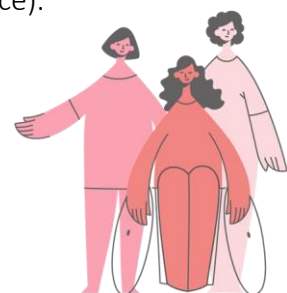
- deficiența mentală profundă, cea mai gravă formă, vizează persoana care are un IQ < 20 (vârsta mentală atinsă ca adult este < 3ani și 2 luni); 1,5% din cei diagnosticați sunt incluși în această categorie, neavând capacitatea de autocontrol, de comunicare cu ceilalți prin limbaj.

Studiile pun în evidență factori multipli în etiologia dizabilității intelectuale. McLaren & Bryson (1987, citați de Shree & Shukla, 2016) postulează că aproximativ 70% dintre persoanele cu dizabilități intelectuale severe și 50% dintre persoanele cu dizabilități intelectuale ușoare au o bază organică sau biologică pentru tulburarea lor. Pe de altă parte, interacțiunea dintre factorii genetici și cei de mediu pot determina deficite cognitive la copiii aflați la limita inferioară a distribuției normale a IQ (Achenbach, 1982, citat de Shree & Shukla, 2016).

AAMR (2002, p. 127) identifică următoarele tipuri de factori ce determină apariția deficienței intelectuale: **biomedicali** (procese biologice – tulburări genetice, nutriție); **sociali** (interacțiunea socială și familială – stimularea și receptivitatea adulților); **comportamentali** (factori care se referă la comportament potențial cauzal – activități periculoase/vătămătoare sau abuzul maternal de substanțe; **educaționali** (factori care se referă la disponibilitatea suporturilor educaționale care promovează dezvoltarea mentală și dezvoltarea abilităților de adaptare). Acești factori pot influența în perioade diferite ale vieții persoanei diagnosticate cu deficiență intelectuală: în perioada *prenatală* - în perioada intrauterină, copilul poate fi afectat de diferiți virusi și paraziți - rubeolă, sifilis, toxoplasma), tulburări metabolice (incompatibilitate Rh dintre mamă și copil), de factori toxici (intoxicații alimentare, tutun, alcool, droguri); în perioada *perinatală* - traumatisme, hemoragii, apoxie, traumatisme obstetricale în timpul nașterii, naștere prematură; perioada *postnatală* - traumatisme cerebrale, intoxicații și otrăviri, meningite, abuz, malnutriție etc.

În general, cu cât întârzierea este mai puțin gravă, cu atât este mai mare probabilitatea ca o anumită cauză să nu poată fi determinată. Nu există doi copii cu dizabilități intelectuale la fel, chiar dacă au același factor etiologic (Shree & Shukla, 2016). Deficiența intelectuală poate co-exista în combinație cu deficiențe fizice, senzoriale și/sau psihiatrice (tulburări din spectrul autist/TSA, deficit de atenție, hiperkinetic/ADHD) (NDS, 2016, citat de Kapsal, 2019).

Într-o adaptare a Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD), Shree & Shukla (2016) propune un sistem de sprijin pe patru nivele, în funcție de potențialul copilului: a) intermitent – sprijinul este dat la nevoie, ocazional și pe termen scurt; limitat – suportul este consistent, pentru o perioadă limitată, uneori mai consistent; c) extensiv – suportul este asigurat zilnic, prin implicare regulată și fără limită de timp; d) pervaziv – este necesar suportul permanent, constant și de mare intensitate, în toate sarcinile (și activitățile zilnice, personale, dar și alte tipuri de activități în care este implicat, de exemplu, cele motrice).



Caracteristici psiho-motrice la copilul cu deficiență mentală

Copiii diagnosticați cu dizabilitate intelectuală au dificultăți semnificative în funcționarea intelectuală și adaptativă, fiindu-le afectată calitatea vieții, în ceea ce înseamnă dezvoltarea și performanțele în activitățile zilnice, cele academice, motrice și socio-profesionale. Mai multe procese executive și non-executive sunt afectate, în funcție de gradul de deficiență cu care este diagnosticat: gândirea, limbajul, percepția și memoria cu consecințe negative asupra deteriorării învățării și controlului comportamental. Efectele sunt și mai vizibile dacă copilul sau adolescentul este diagnosticat cu tulburări de hiperactivitate și deficit de atenție (ADHD) sau/și cu tulburări din spectrul autist (TSA) cu ADHD, fiind prezente reacții motorii inutile sau exagerate, mișcări necoordonate (Fotiadou et al., 2020).

Activitatea fizică a fost analizată ca metodă de îmbunătățire a sănătății fizice și psihosociale a copiilor și tinerilor cu dizabilități intelectuale. Mai multe studii evidențiază existența relației dintre capacitatea motrică și dezvoltarea cognitivă a copiilor, funcțiile motrică și cognitivă fiind cuplate la nivelul cerebelului, conexiunile neuronale de la nivelul cortexului pre-frontal fiind importante în exprimare, precum și faptul că ambele se dezvoltă în aceeași perioadă într-un ritm accelerat (5-10 ani), având procese subiacente comune (Diamond, 2000, Ahnert et al., 2003, Anderson, 2002; Gabbard, 2008, Hartman et al., 2010, citați de Westendorp et al., 2011). Astfel, disfuncțiile de la nivelul creierului generează dificultăți motorii și cognitive, programele de intervenție în școala primară putând aduce beneficii. Sunt studii care au pus în evidență că copii cu deficiențe intelectuale au un nivel mai scăzut al abilităților motorii brut față de copiii tipici. În plus, nivelul mai scăzut al abilităților motorii este în relație cu nivelul mai scăzut al performanțelor academice (citire, matematică, ortografie) pentru copii între 6-12 ani cu dificultăți de învățare: dislexia la copii a fost asociată cu scoruri mai mici la abilitățile locomotorii (de exemplu, mers, alergare, săritură, echilibru etc.), dificultăți la matematică cu dificultăți în echilibru și abilitățile de control al obiectelor (Westendorp et al., 2011).

Este dovedit că persoanele cu dizabilități intelectuale sunt mai puțin active fizic decât persoanele tipice, rareori atingând nivelul de activitate fizică zilnică recomandat de OMS (WHO, 2018). Această tendință se întărește la vârsta adultă (Dairo et al., 2016; Robertson et al., 2017; Hinckson & Curtis, 2013, citați de Maïano et al., 2022). Prin urmare, sunt înregistrați mai mulți indicatori fizici care arată o stare de sănătate fizică deteriorată: indice de masă corporală (IMC) mai mare, obezitate, capacitate cardiovasculară mai slabă, hipertensiune arterială, probleme endocrinologice (hipotiroidism, diabet), tulburări bucale, musculo-scheletice (tonus muscular foarte scăzut în special la cei cu Sindrom Down), menopauză precoce, (Yanardag et al., 2013, Walsh și colab., 2018, Wallén și colab., 2013, citați de Hansen et al., 2023). La acestea se adaugă alte patologii din sfera sănătății mentale: demență, depresie, anxietate, epilepsie, schimbare de dispoziție (NDS, 2016; Straetmans, van Schroyenstein Lantman-de Valk, Schellevis, Dinant, 2007; OMS, 2018, citați de Kapsal, 2019). Toate acestea au efecte negative asupra motricității: dificultăți în controlul echilibrului,

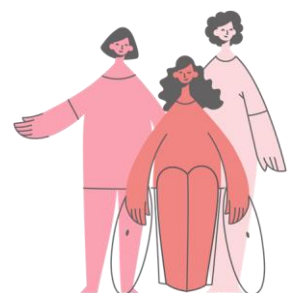


abilități motrice brute și fine la nivel scăzut etc. (Pitetti et al., 2017, Collins & Staples, 2017, citați de Hansen et al., 2023).

Între trăsăturile psiho-sociale ale indivizilor cu dizabilitate intelectuală sunt consemnate în studii: dificultăți în interacțiunile sociale, în comunicare și limbaj, dependența de cei în grija cărora se află (membrii familiei), participare limitată la activitățile zilnice și cele fizice și sportive, stimă de sine scăzută, motivație scăzută de a participa la activitățile fizice și sportive competitive, dificultăți de integrare în grup. Datorită limitărilor lor cognitive, sociale și uneori fizice, tinerii cu dizabilități intelectuale tind să prezinte niveluri mai scăzute de independență (Nota et al., 2007; Wehmeyer, 2005, citat de Kapsal, 2019), precum și în comunicarea atitudinilor, sentimentelor și emoțiilor prin gesturi adecvate.

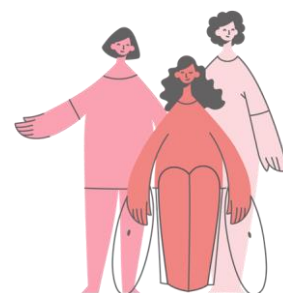
Factorii care condiționează nivelul dezvoltării psiho-motrice al copiilor cu deficiență intelectuală (Marquis & Baker, 2015, Dairo et al., 2016, Sundahl et al., 2016, Robertson et al., 2017, Robertson & Emerson, 2010, Klang et al., 2019, Laxton et al., 2022, Carbone et al., 2021, Maïano et al., 2022):

- severitatea afecțiunii (în deficiența mentală ușoară sunt întârzieri în coordonarea motorie și controlul mișcărilor, în precizie, echilibru etc., în timp ce, în cazul deficienței severe, mișcărilor sunt total lipsite de sens și precizie, sunt fără nicio coordonare sau control, apar stereotipurile de tipul balansării trunchiului, fluturări ale brațelor, mers pe vârfuri etc., tonusul muscular este foarte scăzut etc.; cei cu dizabilități ușoare și moderate sunt mai activi decât cei cu deficiențe severe)
- diagnostice asociate (unele diagnostice pot avea consecințe negative la nivel motric)
- gen (fetele sunt mult mai inactice și cu abilități motrice brute și fine la un nivel mai scăzut decât al băieților)
- de vârstă (copiii cu deficiențe intelectuale sunt mai activi decât adolescenții în aceeași condiție, iar copii și tinerii cu dizabilități intelectuale sunt mai activi decât semenii lor adulți, care ating un nivel foarte scăzut al practicării activităților fizice)
- de mediu (aspectele socio-economice - cartier sărac, familii dezorganizate, monoparentale, case de tip familial, venituri reduse ale familiei, provenit din mediu rural, hărțuire, stereotipuri și prejudecăți din partea comunității, costuri legate de transport, de lipsa de cunoaștere a opțiunilor etc. pot influența accesul la activitățile fizice)
- sistemul de valori și concepții ale membrilor familiei, prietenilor
- lipsa oportunităților de practicare a activităților fizice și sportive (lipsa adaptării bazelor sportive, a echipamentelor și materialelor, a tipurilor de exerciții și jocuri la nivelul competențelor motrice, al intereselor și nevoilor acestora)
- lipsa unor programe și politici la nivel de comunitate (școli, organizații și cluburi sportive etc.) care să faciliteze cunoașterea problematicii acestui grup, dar și a incluziunii sociale.



Strategii specifice adoptate de cei care lucrează cu copiii cu deficiențe intelectuale

- Efectuați o evaluare preliminară a funcționalității cognitive a copilului, precum și a eventualelor contraindicații/limitări, dar și experiențe anterioare în practicarea activităților fizice și sportive. Informații pot fi obținute și de la consilierul educațional din școală, membrii familiei copilului, medic etc.
- Folosiți numele copilului înainte de a da instrucțiuni.
- Păstrați contactul vizual constant.
- În cazul unui copil cu TSA și ADHD, atenționați copilul pentru a stabili contact vizual pe parcursul explicației și demonstrației.
- Explicația să fie scurtă, cu cuvinte simple cunoscute copilului. Repetați și solicitați repetarea noțiunilor nou introduse.
- Demonstrați exercițiul. Repetați demonstrația dacă este necesar.
- Utilizați strategii de învățare multisenzorială (dacă primele mișcări sunt efectuate cu ajutor, prin conducerea prin mișcare, în final, trebuie să execute singur, chiar fără demonstrație, pentru a conștientiza și a se coordona segmentar, general).
- Lucrați odată cu copilul, ca în oglindă.
- Încurajați lucrul independent
- Sunt învățate abilitățile motrice grosiere, care asigură echilibru/stabilitate corpului în mișcare (deprinderile de deplasare – mers, alergare, săritură)
- Folosirea unor echipamente și materiale care să nu producă accidentări în utilizare.
- Se folosesc obiecte (de exemplu, mingi mari) atunci când se exersează abilitățile de control al obiectelor (aruncări și prinderi, lovire cu piciorul, manipulare de obiecte etc.)
- Limitați și semnalizați spațiul de lucru (linii trasate pe sol evidențiate, plasare de conuri etc., micșorați distanța dintre copil și profesor)
- Detaliile tehnice sunt mai puțin importante, cel mult 1-2 elemente tehnice.
- Utilizați echipamente care să imprime ritmul mișcării (fluier, bătaie din palme, tobe, numărare etc.)
- Asigurați ajutorul și sprijinul în execuția mișcării, la nevoie, pentru a preveni accidentările
- Permiteți copilului să se familiarizeze cu zona de lucru/echipamentele folosite.
- Asigurați-vă că zona este sigură și că nu are acces la materiale și echipamente care pot să producă accidentări sau la cele pe care nu le utilizați.
- Asigurați-vă că a înțeles ce are de realizat, ce trebuie/nu trebuie să facă.
- Stabiliți reguli simple. Asigurați-vă că le respectă.
- Utilizați reguli simplificate pentru diferite sporturi (de exemplu, nu se sancționează dacă mingea cade de două ori pe masa de tenis sau în terenul de tenis de câmp, dublu-dribling la baschet etc.).



- Adaptați echipamentele și materialele, spațiul de lucru la nevoile, interesele și nivelul de dezvoltare psiho-motric al copilului.
- Încurajați și lăudați orice răspuns (intenție sau execuție a mișcării solicitate)
- Încurajați și lăudați munca independentă.
- Întăriți execuțiile reușite dând posibilitatea de a mai exersa.
- Folosiți materiale intuitive (planșe, desene etc.) alegeți exerciții și jocuri care să îi implice în permanență, fără a fi scoși din joc dacă greșesc.
- Folosiți reguli adaptate (de exemplu, nu se ține cont de regulile privind execuția tehnică, de "dublu-dribling", minge rostogolită în loc de dribling etc.).
- Împărtășiți cu alții profesioniști (profesori, terapeuți, antrenori), părinți experiențele, cunoștințele cu copiii cu deficiențe intelectuale.

Activități fizice și sportive adaptate copiilor cu deficiență intelectuală

Practicarea activităților fizice și sportive de către copii și tinerii cu dizabilități intelectuale urmăresc atingerea unor obiective, putând fi particularizate mediului educațional formal sau celui de timp liber:

- dezvoltarea nivelului sănătății fizice prin urmărirea unor indicatori: educarea posturii corporale, creșterea tonusului muscular, creșterea capacității aerobe, educarea respirației, educarea controlului greutateii corporale
- formarea deprinderilor locomotorii și de control al obiectelor
- educarea componentelor psihomotorii (schema corporală, lateralitate, echilibru static și dinamic, coordonarea mișcării dinamice generale și segmentare, orientare spatio-temporală, dexteritate manuală etc.)
- educarea controlului comportamental prin adaptarea reacțiilor la stimulii din mediu și să limiteze mișcările inutile, exagerate
- învățarea deprinderilor specifice unor sporturi, adaptate nivelului de competențe motorii, nevoilor și intereselor copilului cu dizabilități intelectuale
- învățarea unor cunoștințe ce vizează acțiunile motrice și din regulamentele unor sporturi.
- dezvoltarea nivelului de sănătate psiho-socială: educarea motivației pentru mișcare, facilitarea integrării și incluziunii sociale, facilitarea interacțiunilor sociale și relaționare cu ceilalți, reducerea nivelului unor comportamente negative (stări depresive, izolare, anxietăți etc.).

Tipuri de activități motrice și sportive adaptate

În funcție de severitatea dizabilității, activitățile motrice pot avea obiective și forme diferite, de la cele mai simple exerciții (mișcări grosiere), jocuri (simple pase în doi jucători), până la



exerciții și jocuri cu reguli mai complexe sau chiar sporturi cu reguli adaptate. În general, programele de activități motrice includ:

- Exerciții care vizează creșterea tonusului muscular și a forței musculare (pot fi efectuate exerciții individuale, pe perechi, în grup, cu și fără obiecte, cu și fără greutate)
- programe de exerciții pentru îmbunătățirea capacității aerobe (exerciții ciclice, mers, alergare în diferite ritmuri, pe diferite distanțe, ciclism, înot, hiking etc.), în sală sau în aer liber.
- exerciții și jocuri care urmăresc învățarea deprinderilor locomotorii (de mers, alergare, săritură, târâre, trecere peste obstacole etc.) și a celor de control a obiectelor (aruncare, prindere, aruncare la țintă, lovire cu piciorul etc.)
- exerciții și jocuri (individuale, în perechi, în trei, în grup) pentru învățarea unor elemente psihomotrice (coordonare motorie generală și segmentară, lateralitate, schema corporală, orientare spațio-temporală, echilibru static și dinamic, dexteritate manuală) în condiții de stimulare senzorială
- învățarea unor coregrafii pe muzică diversă pentru a învăța ritmul, concentrarea atenției și a memoriei, coordonarea mișcărilor (dansuri și jocuri muzicale pe muzică folclorică, modernă etc.).
- exerciții și jocuri în apă pentru acomodarea cu apa, pentru învățarea unor stiluri din înot.
- Exerciții și jocuri care urmăresc relaționarea (conștientizarea celuilalt, cooperarea, coordonarea acțiunilor celor doi) – pase în perechi, joc în 2 în oglindă, activități fizice în aer liber ca activități de terapie ocupațională (pescuitul, drumețiile, îngrijirea animalelor precum caii sau plimbarea unui câine, grădinărit etc.)
- Exerciții pentru atenție, pentru controlul acțiunilor și menținere în sarcină pentru o perioadă mai lungă de timp (trasee în care trebuie să execute succesiuni de acțiuni motrice)
- Exerciții pentru respirație (sunt utile diferite tehnici de respirație din yoga).

Activitățile sportive au scopuri diferite: *sport-terapie*, care utilizează anumite deprinderi specifice din anumite sporturi în vederea (re)educării funcționale și atingerii optimului funcțional, creșterii nivelului condiției fizice și a stării de sănătate a persoanei cu deficiențe; *sportul de performanță*, ce vizează obținerea de rezultate sportive prin participarea în competiții sportive pe nivele diferite (Rusu & Rusu, 2016). În acest sens, pentru persoanele cu Sindrom Down și deficiențe intelectuale a fost înființat la mijlocul anilor 60 în SUA, de sora președintelor Kennedy, un eveniment sportiv, acum global *Special Olympics* (<https://www.specialolympics.org/what-we-do/sports/sports-offered?locale=en>). În timp, acest eveniment a devenit o instituție, fiind adoptat în foarte multe țări, fiind implicați pe lângă sportivi, un număr mare de voluntari, dar și personalități publice internaționale din diferite domenii de activitate. Sunt adaptate reguli pentru peste 30 de sporturi, mai multe de



vară (atletism, dans, baschet, volei, handbal, softball, înot, badminton, bocce, bowling, cricket, tenis de masă, tenis de câmp, competitive cheer, călărie, golf, gimnastică artistică și ritmică, judo, înot și înot în ape deschise, program de activitate motrică, triatlon, navigație, patinaj pe role, rugby, fotbal). Sporturile de iarnă sunt mai puține la număr (mers pe rașeți/snowshoeing, patinaj viteză, schi alpin, country skiing, snowboarding, patinaj artistic), existând totuși și câteva ramuri și probe sportive interzise (atletism - suliță, disc, ciocan, săritura cu prăjina, triplu salt, natație - sărituri de la platformă, gimnastică - trambulină, schi - fond, biatlon, sărituri, scrimă, tir cu arcul, tir). Toate sporturile au reguli adaptate, sportivii intrând în competiție după evaluări ale abilităților și gradului de afectare, fiind necesar avizul medical. Există de asemenea, mai multe sporturi denumite *sporturi unificate* (<https://www.specialolympics.org/what-we-do/sports/unified-sports?locale=en>) care promovează incluziunea socială, desfășurându-se în echipe de persoane cu și fără dizabilități intelectuale (echipele sunt similare ca vârstă și abilități), fiind reguli stabilite clare pentru rolul celor cu dizabilități în echipă (Mumpuniarti et al., 2021).

Referințe bibliografice

American Association on Mental Retardation (AAMR). Mental retardation: Definition, classification, and systems of supports (10th ed.), 2002, Washington, DC: Author.

Association on Intellectual and Developmental Disabilities. Definition of Intellectual Disability. 2010, <http://aidd.org/intellectual-disability/definition#.V3T8YDVa8ZM>.

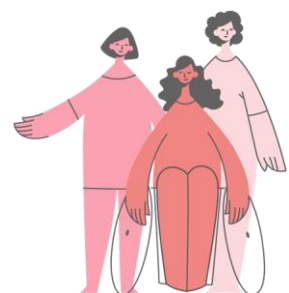
Carbone, P.S., Smith, P.J., Lewis, C. et al. Promoting the Participation of Children and Adolescents With Disabilities in Sports, Recreation, and Physical Activity, *Pediatrics*, 2021, 148(6):e2021054664.

Dairo, Y.M., Collett, J., Dawes, H. et al. Physical activity levels in adults with intellectual disabilities: A systematic review. *Preventive Medicine Reports*. 2016; 4:209-219.

Fotiadou, E.G., Neofotistou, K.H., Dampa, A. et al. The Effect of a Psychomotor Education Program on School Behavior of Children with Intellectual Disability, *International Journal of Innovation and Research in Educational Sciences*, 2020, Vol. 7, Issue 6, 2349–5219.

Hansen, E., Nordén, H., Ohlsson, M.L. Adolescents with intellectual disability (ID) and their perceptions of, and motivation for, physical activity and organised sports, *Sport, Education and Society*, 2023, 28:1, 59-72, DOI: 10.1080/13573322.2021.1969909.

Kapsal, N.J. Sport and physical activity for youth with intellectual disability: An analysis of determinants and outcomes, 2019, PhD Thesis, Australian Catholic University.



Klang, N., Göransson, K., Lindqvist, G. et al. Instructional Practices for Pupils with an Intellectual Disability in Mainstream and Special Educational Settings, *International Journal of Disability, Development and Education*, 2019, <https://doi.org/10.1080/1034912X.2019.1679724>.

Laxton, P., Patterson, F., Healy, S. Factors Related to Physical Activity in Adults With Intellectual Disabilities in Group Home Settings: A Systematic Literature Review, *Adapted Physical Activity Quarterly*, 2022, <https://doi.org/10.1123/apaq.2022-0064>.

Maïano, C., Morin, A.J.S., Tracey, D. et al. A psychometric validation of the motives for physical activity measure for youth with intellectual disabilities (MPAM-ID), *Disability and Rehabilitation*, 2022, 44:22, 6841-6850, DOI:[10.1080/09638288.2021.1970828](https://doi.org/10.1080/09638288.2021.1970828).

Marquis, W.A., Baker, B.L. Sports participation of children with or without developmental delay: Prediction from child and family factors. *Research in Developmental Disabilities*. 2015, 37:45-54.

Mumpuniarti, M., Burhaein, E., Phytanzaet, D.T.P. Fenomenology Study on The Measurement and Availability of Psychosocial Instruments Based on Video Observations in the Unified Sports Program for Children with Intellectual Disabilities in Indonesia, *Sport Science*, 2021, 15(1): 48-56.

Robertson, J., Emerson, E., Baines, S. et al. Self-Reported Participation in Sport/Exercise Among Adolescents and Young Adults with and Without Mild to Moderate Intellectual Disability. *Journal of Physical Activity and Health*, 2017, pp. 1-8. doi:10.1123/jpah.2017-0035.

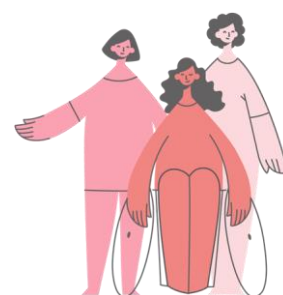
Robertson, J.M., Emerson, E. Participation in sports by people with intellectual disabilities in England. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*. 2010, 23:616–622.

Rusu, O., Rusu, D. – The impact of competition adapted sport, *Sport & Societate. Revista de educație fizică, sport și științe conexe*, Iași, 2016, 16:2, p, 69-76, (<https://www.sportsisocietate.ro/articol/379>).

Shree, A., Shukla, P.C. Intellectual Disability: definition, classification, causes and characteristics, *Learning Community*, 2016, 7 (1): 9-20, DOI: 10.5958/2231-458X.2016.00002.6.

Sundahl, L., Zetterberg, M., Wester, A. et al. Physical Activity Levels Among Adolescent and Young Adult Women and Men with and without Intellectual Disability. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*. 2016, 29(1):93-98.

Westendorp, M., Hartman, E., Houwen, S. et al. The relationship between gross motor skills and academic achievement in children with learning disabilities, *Research in Developmental Disabilities*, 2011, 32, 2773–2779.



World Health Organization. (WHO). *Fact Sheet of Mental Disorders*. Geneva: World Health Organization, 2018. Available from: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

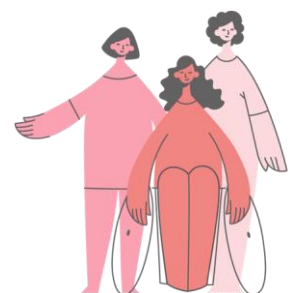
<https://www.specialolympics.org/what-we-do/sports/sports-offered?locale=en>

<https://www.specialolympics.org/what-we-do/sports/unified-sports?locale=en>

Oana Rusu – Conferențiar universitar doctor, diplome de licență în Educație Fizică și Sport (1996), și în Sociologie-Științe politice (2000), master în Politică și Sisteme Locale (2002), titlu de doctor în Psihologie, aplicată în sport (2009), certificat de antrenor volei, bursă în Marea Britanie (2001) și beneficiar de mai multe ori al programului Erasmus ca profesor. Este membru a comitetelor editoriale ale mai multor reviste și conferințe naționale și internaționale. A publicat lucrări în reviste și edituri internaționale și naționale pe teme din domeniile educației fizice și sportului, psiho-sociologiei sportului, sportului adaptat. Are experiență în mai multe proiecte de cercetare naționale și internaționale (în calitate de coordonator pentru UAIC, în altele ca membru al echipei UAIC, în altele în calitate de colaborator al asociațiilor locale și naționale care se adresează persoanelor cu nevoi speciale); experiență în organizarea și coordonarea activităților de educație și reeducare psihomotorie și sportive pentru copii normali (grădinițe și școli primare) și persoane cu diferite dizabilități (copii și adulți), împreună cu studenții și în sistem privat, experiență ca antrenor Special Olympics. Email: broana@uaic.ro



Renato Gabriel Petrea - Lector doctor la Universitatea „Alexandru. Ioan Cuza” din Iași, Facultatea de Educație Fizică și Sport, antrenor de înot categoria a IV-a, bursier al Comitetului Olimpic și Sportiv Român în anii 2002 – 2004, și bursier Erasmus la Paris la Universitatea 10 Nanterre din februarie până în iunie 2004. Doctorand în Economie la „Alexandru. Ioan Cuza” din Iași, 2007 – 2010 a primit titlul de doctor în Marketing în 2011. Membru al Senatului „Alexandru. Universitatea Ioan Cuza” din Iași în perioada 2014-2020. Director al departamentului Facultății de Educație Fizică și Sport din cadrul Centrului „Alexandru. Universitatea Ioan Cuza” din Iași de la Chișinău din 2020 – prezent. Participant la numeroase conferințe naționale și internaționale cu articole publicate în baze de date internaționale. Subiecte de predare: Metodologia cercetării, Suport/Pregătire de disertație, Înot, Înot – Practică canotaj. Direcții de cercetare: marketing sportiv, identitate vizuală instituțională, relații publice în sport. Email: renato.petrea@uaic.ro



ACTIVITATEA FIZICĂ LA DEFICIENȚII FIZICI

Liliana-Elisabeta Radu, Ileana-Monica Popovici, Oana Rusu

Deficiențele fizice sunt tulburări care afectează forma și funcțiile fizice ale organismului. Se caracterizează prin modificări morfologice mai mult sau mai puțin accentuate, produse în forma și structura corpului și manifestate printr-o încetinire sau creștere excesivă, printr-o tulburare a dezvoltării sau o dezvoltare disproporționată, prin deviații, deformații sau alte defecte de structură, urmate sau precedate de tulburări funcționale. Sunt rezultatul hipo- sau hiperfuncțiilor, dezechilibrelor sau necoordonărilor funcțiilor aparatului locomotor.

În general, se manifestă ca invalidități corporale care slăbesc puterea și mobilitatea organismului prin modificări patologice exterioare sau interioare localizate la nivelul întregului corp sau doar la nivelul unor segmente ale sale.

Criteriile de clasificare a deficiențelor fizice sunt multiple:

- după structurile afectate: *deficiențe date de structurile morfologice* (modificări structurale ale oaselor, mușchilor, articulațiilor); *deficiențe date de aspectele funcționale* (tonicitate musculară, mobilitate musculară, reflexe de postură și echilibru, forță statică și dinamică)
- în funcție de evoluția lor, ele pot fi: *statice* (fixate definitiv, foarte greu de corectat); *evolutive* (care progresează sau regresează).
- după prognostic: *staționare, neevolutive, evolutive*
- din punctul de vedere al gravității există: *deficiențe fizice ușoare – de gradul I* (se pot corecta destul de ușor prin executarea de mișcări corective: deficiența cifotică, gâtul înclinat lateral sau înainte, umerii aduși înainte sau asimetrici, torace în flexiune); *deficiențe de grad mediu – de gradul II* (se corectează parțial sau rămân nemodificate: cifoze, lordoze, deformații ale abdomenului sau toracelui, hiposomii, disproporții între segmente); *deficiențe accentuate – de gradul III* (cele mai multe deficiențe de acest tip sunt determinate în viața intrauterină (de exemplu, malformațiile aparatului locomotor) sau ca urmare a unor paralizii, traumatisme osoase și articulare, a unor infecții ale oaselor, mușchilor, articulațiilor sau ale vaselor de sânge); *deficiențe de gradul IV* (prăbușiri osoase și modificări exagerate ale corpului care amenință viața individului).
- din punct de vedere al ariei cuprinse: *deficiențe globale, deficiențe segmentare* (la nivelul capului și gâtului – cap mare, gât gros sau cap și gât înclinat înainte, lateral, răsucite, torticolis; la nivelul coloanei vertebrale: cifoze, scolioze, lordoze, cifolordoze; la nivelul spatelui; la nivelul toracelui: torace mic, atrofic, proeminent, înfundat; la nivelul abdomenului: abdomen proeminent; la nivelul bazinului: înclinat înainte, lateral, înapoi; la nivelul membrelor superioare (omoplați/umeri asimetrici, depărtați,



modificări de formă și mărime a brațelor și antebrățelor, deformări de formă, mobilitate, motricitate la mâini/degete) și inferioare (asimetrii de șold, genu varrum, genu valgum), picior plat, varus equin, scobit etc.).

Unele deficiențe fizice pot fi determinate de afecțiuni neurologice sau de cele ale sistemului locomotor. Uneori, este dificil de a stabili granița dintre nivelul neurologic și cel locomotor. Este necesară corectarea acestora pentru a stabili dacă sunt în stadiu de atitudini defectuoase determinate de o tulburare funcțională a aparatului locomotor sau sunt deformații rezultate din modificări ale formei și structurii corpului.

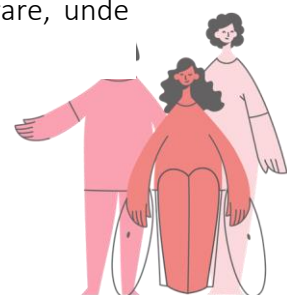
După Piera (1987, citat de Cristea et al., 2014) apariția deficiențelor fizice sunt date de: afecțiunile neurologice (infirmitatea motorie cerebrală (paralizia cerebrală), traumatismele și accidentele vasculare cerebrale, scleroza multiplă, afecțiunile neurologice periferice, sechele de poliomielită, epilepsia, misastenia, heredo-degenerescențele spinocerebeloase); afecțiunile osteoarticulare (artroze, deviații posturale, fragilitate osoasă); afecțiuni musculare (distrofii musculare, miopatiile); amputațiile membrelor inferioare și sau superioare (în proporții diferite).

Se observă o multitudine de cauze care pot determina apariția deficiențelor fizice, acestea putând fi determinate în perioade diferite ale vieții (prenatale, perinatale, postnatale) de factori multipli: genetici (malformații genetice, anomalii ereditare și neereditare); biologici (boli infecto-contagioase, boli metabolice, tumori etc.), accidentele; factorii de mediu (mediu toxic, abuz de substanțe toxice, etc.).

Se impune ca atât membrii familiei copilului cu deficiențe fizice, cât și personalul medical sau cel școlar să aibă în atenție depistarea, prevenirea și corectarea acestor deficiențe care pot influența negativ, nu doar starea de sănătate fizică (creșterea normală și dezvoltarea armonioasă a corpului, modificând aspectul exterior, reducând aptitudinile și puterea de adaptare la efortul fizic, diminuând capacitatea de muncă), și ci performanțele școlare, profesionale, calitatea vieții, în ansamblu. Examenele medicale periodice făcute în școală au constatat ca în această etapă a vieții putini sunt elevii, care prezintă o atitudine corectă a corpului, un procent mare din rândul acestora prezentând defecte morfologice și funcționale, localizate la nivelul aparatului locomotor.

Stoparea, ameliorarea și corectarea se fac printr-un regim de viață deosebit, după prescripțiile medicului și ale kinetoterapeutului, profesorului de educație fizică, după un program bine stabilit, de alternanță a efortului cu repaosul și în care exercițiile fizice corective sunt pe primul plan.

Copiii cu deficiențe accentuate, cu modificări patologice ajunse într-un stadiu avansat de evoluție, se diferențiază de ceilalți copii sănătoși, efortul fizic nefiind recomandat, scutirea de educație fizică fiind recomandată. Ei trebuie îndrumați spre centrele de recuperare, unde trebuie aplicat un tratament corectiv și recuperator de specialitate.



Pragurile dintre deficiențe sunt ușor de trecut dacă nu se intervine la timp de către factorii educaționali, printr-o observare atentă și periodică a grupurilor de elevi. Este indicat ca profesorul și asistentul medical din școală să aibă cunoștințe despre datele biologice și medicale ale fiecărui copil, stabilind astfel posibilitățile de integrare în procesul instructiv-educativ, stabilind măsurile care se impun pentru a preveni și corecta aceste deficiențe.

Nivelul de inactivitate fizică al oamenilor (deopotrivă copii, tineri, adulți) este cunoscut și este de interes pentru persoanele tipice. Cu atât mai alarmant este nivelul redus al activității fizice, asociat cu creșterea comorbidităților (obezitate, diabet, boli cardio-vasculare, depresie etc.), la persoanele cu deficiențe, indiferent de tipul acestora. Este dovedit ca aceștia sunt mult mai inactivi decât ei sănătoși, indiferent de factorii socio-demografici și severitatea dizabilității. Adulții cu deficiențe fizice sunt mult mai inactivi decât copii și adolescenții cu același tip de deficiențe, dar este valabil și pentru cei cu alte tipuri, iar aceștia sunt mult mai inactivi decât cei tipici. Cu cât gradul de afectare e mai mare cu atât acești indivizi cu deficiențe devin foarte inactivi, gradul de autonomie este mult redus, izolarea socială având influențe majore (mai ales pentru cei care sunt în scaune cu rotile).

Deși, sunt cunoscute beneficiile activităților fizice pentru toate categoriile de indivizi, dar mai ales pentru cei cu deficiențe fizice, stilul de viață activ rămâne la un nivel scăzut. Efectele pozitive se regăsesc asupra stării de sănătate fizică (scădere în greutate, funcționalitate fizică, creștere a tonusului muscular, a fitness-ului cardio-respirator etc.), calitatea vieții, bunăstare psihologică, participare societală, prevenire a bolilor netransmisibile (Bloemen et al., 2017).

Natura dizabilității fizice îi limitează de obicei pe copii să participe în mod regulat la activitate fizică, sănătatea lor generală poate fi compromisă.

Ca și în cazul celorlalte deficiențe, mai multe studii arată că factorii determinanți în angajarea în activitatea fizică sunt multipli (Li et al., 2016):

- personali (severitatea afecțiunii, patologiiile asociate, frica de rănire, genul, vârsta, motivația sau plăcerea practicării)
- sociali (prejudecățile și stereotipurile celorlalți, sistemul de valori al membrilor familiei, nivel de trai, venitul familiei, familie monoparentală sau dezorganizată, lipsa suportului sau acceptarea din partea celorlalți, etc.)
- de mediu (lipsa sau insuficiența adaptare a bazelor sportive și echipamentelor, costuri, lipsa cunoașterii asupra oportunităților de practicare a activităților fizice, lipsa de programe adaptate de activitate fizică, profesioniști care să lucreze cu ei etc.).

Activitatea fizică regulată ajută la menținerea sănătății și a calității vieții, inclusiv prevenirea și reducerea riscului apariției de boli cronice (US Department of Health and Human Services, 2018). Promovarea unui stil de viață activ din punct de vedere fizic a devenit o problemă din ce în ce mai importantă în politica de sănătate din multe țări. Un stil de viață activ este însoțit de mai multe beneficii, precum îmbunătățirea condiției fizice, pe lângă întărirea sănătății. La



persoanele cu diferite afecțiuni, stilul de viață activ reduce riscul apariției unor afecțiuni secundare de sănătate și influențează pozitiv capacitatea funcțională a organismului (van der Ploeg HP, 2004).

Activități fizice de prevenire și corectare a deficiențelor fizice

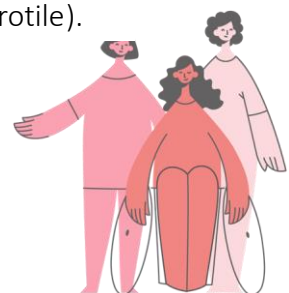
Obiectivele exercițiilor fizice corective vizează:

- tonifierea musculaturii segmentului deficient pentru a-l menține în atitudine corectă
- îndreptarea deficiențelor secundare apărute fie la același segment, fie la nivelul segmentelor imediat învecinate;
- redresarea și menținerea conștientă în atitudine normală, urmată de crearea reflexului corect pentru această poziție.

Ne vom referi în continuare la activitatea fizică direcționată spre persoanele care au fost diagnosticate cu diferite afecțiuni, precum bolile cardiovasculare, obezitate, diabet, astm și cancer. Acestea sunt printre cele mai răspândite boli la nivel mondial. De asemenea, persoanelor suferinde de aceste boli li se recomandă frecvent să participe la activități fizice pentru a contribui la obținerea unor efecte benefice în urma tratamentului specific (Bushman, 2011).

Tipuri de activități motrice adaptate pentru persoanele cu deficiențe fizice

- Mijlocul de baza pentru corectarea deficiențelor fizice este exercițiul corectiv ce reprezintă o acțiune corporală statică sau dinamică, încadrată în cerințele generale de practicare a exercițiilor fizice cu respectarea regulilor: anatomice, fiziologice, biomecanice, folosite pentru prevenirea sau corectarea deficiențelor fizice. Exercițiul trebuie să tonifice musculatura care asigură forța necesară menținerii segmentului afectat în poziție și atitudine corectă, acționând, în același timp, asupra sistemului nervos la nivelul căruia se realizează stereotipia de redresare și automatizarea mișcării și posturii corecte.
- Elemente corective din gimnastică - multe elemente din gimnastica de bază pot contribui la corectarea deficiențelor fizice. Aparatele de gimnastică oferă posibilitatea de a efectua exerciții corective cu mare eficiență terapeutică (de exemplu, scara fixă, banca de gimnastică, bara fixă, inelele, scara grilată). Pot fi realizate complexe de exerciții corective variate.
- Sporturi diverse (înotul are cea mai mare valoare corectivă prin variația mișcărilor necesare; canotajul, vâslitul pot corecta deficiențele toracale; ciclismul corectează deficiențe ale bazinului, baschet, volei, tenis de masă și de câmp în scaun cu rotile).

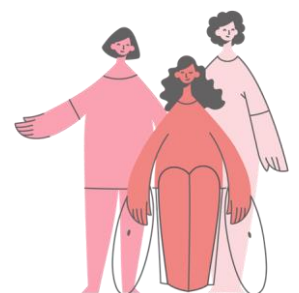


- Exerciții și jocuri care presupun învățarea unor deprinderi specifice anumitor sporturi dar care urmăresc mișcări compensatorii, de control al posturii.
- Diferite jocuri în perechi, trio sau grupuri care pot facilita integrarea socială, comunicarea și conștientizarea diferitelor poziții ale segmentelor sau întregului corp prin comparație cu ceilalți.
- Exerciții care îmbunătățesc capacitatea aerobă (mers în ritm alert, alergări, pedalare pe bicicletă staționară etc.)
- Exerciții pentru dezvoltarea forței musculare
- Exerciții de respirație (tehnici de respirație din yoga)
- Exerciții pentru creșterea tonusului muscular (exerciții de stretching).

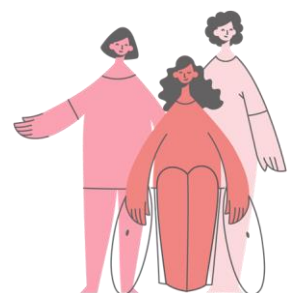
Sportul competitiv (multe sporturi au reguli adaptate pentru care se organizează competiții sportive pe nivele diferite – locale, regionale, naționale internaționale - pentru diferite categorii de persoane cu deficiențe fizice și asociate. Jocurile Paralimpice este evenimentul sportiv major, care se organizează din 4 în 4 ani din 1960 (jocurile de vară), respectiv 1976 (jocurile de iarnă) în aceeași locație și la 3 săptămâni după Jocurile Olimpice (<https://www.paralympic.org/>). Sunt organizate evenimente sportive pentru 22 de sporturi adaptate de vară (în scaun cu rotile – atletism, baschet, rugby, tenis de masă, scrimă, tenis de câmp, volei în așezat, bocce, powerlifting în culcat, para canoe, canotaj, taekwondo etc.) și 6 sporturi adaptate de iarnă (snowboard, para ski alpin, cross country skiing, biatlon, hochei pe gheață, curling în scaun cu rotile) (<https://www.paralympic.org/sports>). Sportivii sunt evaluați medical și încadrați în categorii speciale înainte de competiție (<https://www.paralympic.org/classification>), fiind eligibili sportivi cu deficiențe de vedere, persoane cu dizabilități fizice, sportivi cu amputări, persoane cu paralizie cerebrală, persoane cu leziuni ale măduvei spinării și alte categorii (Les autres – sportivi cu un deficiențe fizice, care nu apar în niciuna din categoriile menționate anterior (de exemplu, persoanele cu distrofie musculară) (Rusu & Rusu, 2016).

Strategii specifice adoptate de cei care lucrează cu copiii cu deficiențe fizice

- Efectuați o evaluare preliminară a funcționalității motrice a copilului, precum și a eventualelor contraindicații/limitări, dar și experiențe anterioare în practicarea activităților fizice și sportive. Informații pot fi obținute și de la consilierul educațional din școală, membrii familiei copilului, medic etc.
- Folosiți numele copilului înainte de a da instrucțiuni.
- Stabiliți obiectivele potrivite pentru deprinderi (obiective realiste, progresive, adaptate la posibilitățile de moment ale copilului)
- Explicația să fie scurtă, cu cuvinte simple cunoscute copilului. Repetați și solicitați repetarea noțiunilor nou introduse.
- Demonstrați exercițiul. Repetați demonstrația dacă este necesar.



- Utilizați strategii de învățare multisenzorială (dacă primele mișcări sunt efectuate cu ajutor, prin conducerea prin mișcare, în final, trebuie să execute singur, chiar fără demonstrație, pentru a conștientiza și a se coordona segmentar, general).
- Lucrați odată cu copilul în oglindă sau folosiți o oglindă pentru a se putea conștientiza.
- Păstrați contactul vizual constant, în special în timpul explicației și demonstrația.
- Utilizați echipamente care să imprime ritmul mișcării (fluier, bătaie din palme, tobe, numărare etc.)
- Folosirea unor echipamente și materiale care să nu producă accidentări în utilizare.
- Adaptați echipamentele, spațiul de lucru la potențialul psiho-motric, nevoile și interesele copilului.
- Folosiți echipamente ajutătoare (perne, suluri, tuburi, plute etc.)
- Asigurați ajutorul și sprijinul în execuția mișcării, la nevoie, pentru a preveni accidentările
- Permiteți copilului să se familiarizeze cu zona de lucru/echipamentele folosite.
- Asigurați-vă că zona este sigură și că nu are acces la materiale și echipamente care pot să producă accidentări sau la cele pe care nu le utilizați.
- Asigurați copilul în echipament (de exemplu, scaunul cu roțile să fie prevăzut cu curele de prins membrele inferioare, roțile să fie prevăzute cu bară și roți ajutătoare etc.; echipament protectiv pentru cei care au amputații de diferite segmente ale membrelor superioare/inferioare – pantaloni cu protecție de exemplu dacă practică volei în așezat)
- Stabiliți reguli simple. Asigurați-vă că le respectă.
- Asigurați-vă că a înțeles ce are de realizat, ce trebuie/nu trebuie să facă.
- Încurajați și lăudați orice răspuns (intenție sau execuție a mișcării solicitate)
- Încurajați și lăudați munca independentă.
- Întăriți execuțiile reușite dând posibilitatea de a mai exersa.
- Utilizați reguli simplificate pentru diferite sporturi
- Folosiți materiale intuitive (planșe, desene etc.) alegeți exerciții și jocuri care să îi implice în permanență, fără a fi scoși din joc dacă greșesc.
- Împărtășiți cu alții profesioniști (profesori, terapeuți, antrenori), părinți experiențele, cunoștințele cu copiii cu deficiențe fizice.



ACTIVITATEA FIZICĂ ÎN CAZUL BOLILOR CRONICE

Activitatea fizică în afecțiuni cardiovasculare

Bolile cardiovasculare reprezintă o clasă de boli care sunt legate de inimă sau de vasele de sânge, inclusiv accident vascular cerebral, insuficiență cardiacă, hipertensiune arterială, boli coronariene, aritmie cardiacă, boală arterială periferică sau arteroscleroză (Yong, Lin & Tan, 2017). Odată cu îmbătrânirea populației, bolile cardiovasculare reprezintă principala cauză de deces la nivel global. Într-un studiu publicat în 2015, se precizează că aproximativ 17.9 milioane de decese din întreaga lume au fost cauzate de bolile cardiovasculare (GBD, 2015).

Activitatea fizică obișnuită și exercițiile fizice influențează favorabil mulți dintre factorii de risc pentru bolile cardiovasculare, fapt subliniat și de Tian & Meng (2019).

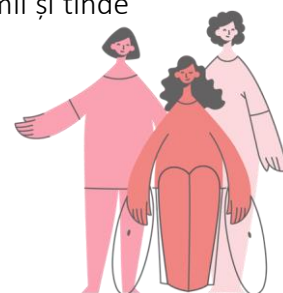
Recomandări privind activitatea fizică (Bushman, 2011)

- exerciții aerobe de cel puțin trei ori pe săptămână, preferabil zilnic pentru cei care vor să scadă în greutate;
- exerciții aerobe de cel puțin cinci zile pe săptămână pentru cei cu un nivel ridicat de colesterol, pentru a maximiza consumul de calorii;
- exercițiile aerobe efectuate de 5-7 ori pe săptămână pot ajuta persoanele cu tensiune arterială;
- durata unei sesiuni este între 20-60 minute, la început o sesiune poate fi de 5-10 minute, apoi aceasta poate crește gradual;
- un obiectiv rezonabil ar fi ca într-o săptămână să poată fi arse în jur de 1000 calorii prin participarea la activități aerobe (mers, alergare, ciclism, înot);
- pentru a reduce riscul accidentărilor se recomandă o încălzire de 5-10 minute cu intensitate scăzută (de exemplu exercițiile de stretching sau mers cu o intensitate scăzută) înainte de a începe programul propriu-zis;
- exerciții pentru dezvoltarea forței musculare, care să fie executate cu intensitate moderată (de evitat utilizarea exercițiilor izometrice).

Pentru cei care doresc să reducă riscul de atac de cord și accident vascular cerebral, se recomandă 40 de minute de activitate aerobă de intensitate moderată până la vigoasă, de 3 sau 4 ori pe săptămână (Lobelo și alții, 2018).

Activitatea fizică la pacienții cu obezitate

Obezitatea, determinată prin calcularea indexului de masă corporală, se referă la un IMC mai mare de 30, iar supraponderabilitatea include persoanele cu un IMC mai mare de 25. Obezitatea în rândul copiilor și adulților a atins un procent de 50% din populația lumii și tinde să crească de la o decadă la alta (Ortega, Lavie & Blair, 2016).



Recomandări privind activitatea fizică

Rahl (2010) încurajează activități fizice cu intensitate moderată de 30 de minute zilnic. Persoanele care au ca obiectiv gestionarea greutatei corporale și să prevină creșterea în greutate sunt încurajate să participe zilnic la activități cu intensitate moderată spre viguroasă timp de 60 de minute. Pentru pierderea susținută din greutate, obiectivul este de 60-90 minute de activitate zilnică cu intensitate moderată. Exercițiile pentru dezvoltarea forței musculare, a mobilității articulare, ca și cele cardiovasculare aduc beneficii suplimentare, respectiv îmbunătățirea nivelului condiției fizice.

Pentru promovarea sănătății și controlul greutății, pe lângă exercițiul fizic un rol important îl are dieta și obiceiurile alimentare.

Activitatea fizică la persoanele cu diabet

Diabetul este o boală comună care se caracterizează prin creșterea glicemiei (American Diabetes Association, 2016).

Recomandări privind activitatea fizică

Exercițiul fizic joacă un rol esențial în prevenirea și gestionarea diabetului, în special în prevenirea complicațiilor asociate adesea cu diabetul. Beneficiile exercițiilor fizice pentru cei care suferă de diabet sunt bine documentate. Majoritatea persoanelor diagnosticate cu diabet au fost caracterizate ca fiind inactive din punct de vedere fizic, respectiv mai puțin de 10 minute pe săptămână de activitate fizică moderată sau viguroasă (Salwa și alții, 2023).

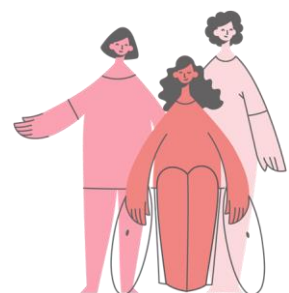
Printre cele mai recomandate activități regăsim: mers cu intensitate scăzută și moderată, ciclism, alergare, mers în pauze la locul de muncă, grădinărit, efectuarea lucrărilor casnice, etc.

Activitatea fizică la persoanele cu astm

Bolile pulmonare cronice reprezintă cauze semnificative de morbiditate și mortalitate în întreaga lume. Există dovezi convingătoare privind faptul că reabilitarea pulmonară îmbunătățește toleranța la efort, reduce simptomele și crește calitatea vieții (Bădeanu și Popescu, 2019).

Conform cu AMCS (2011) și Baylea și alții (2018), dintre beneficiile practicării activităților fizice de către persoanele identificate cu astm, amintim: reducerea simptomelor depresiei și anxietății asociate, creșterea calității vieții, scăderea numărului și a severității crizelor; creșterea numărului zilelor fără simptome; creșterea volumului maxim de oxigen pe unitatea de timp; sporirea ventilației pulmonare pe minut; îmbunătățirea toleranței și rezistenței la efort.

Recomandări privind activitatea fizică (Bushman, 2011)



- Exerciții aerobe, cu o frecvență de 3-5 zile pe săptămână și o durată cuprinsă între 20-60 minute. Tipuri de activități: mers, ciclism, înot.
- Exerciții pentru dezvoltarea forței musculare, cu o frecvență de 2-3 zile pe săptămână (neconsecutive), 8-10 exerciții libere, cu benzi elastice, aparate, 8-12 repetări. Exerciții pentru grupele musculare mari: fesieri, abdomen, spate, brațe, membre inferioare.
- Exerciții pentru dezvoltarea mobilității articulare și elasticității musculare, ideal de 5-7 ori pe săptămână. Stretching-ul se lucrează menținând poziția de întindere pentru 15-30 de secunde, repetându-se de 2-4 ori. Se poate realiza în partea de încheiere fără a produce disconfort.

Activitatea fizică la bolnavii de cancer

Exercițiile fizice sunt prescrise în prezent ca parte a îngrijirii standard a bolnavilor de cancer, deoarece acestea pot ajuta la gestionarea toxicității și a efectelor adverse ale terapiei cancerului, dar și a oboselii și depresiei. Activitatea fizică oferă multe beneficii pacienților cu cancer atât în timpul, cât și după tratament. Datorită îmbunătățirii tratamentelor pentru cancer, populația supraviețuitorilor de cancer este în creștere, de aceea este important să se sublinieze beneficiile activității fizice asupra reducerii riscurilor altor boli cronice. În plus există îmbunătățiri ale calității vieții pentru supraviețuitorii de cancer care participă la activități fizice.

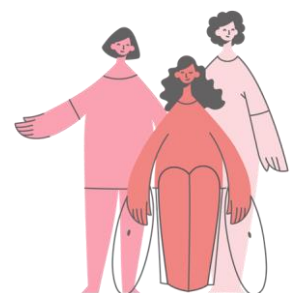
Recomandări privind activitatea fizică

- Cel puțin 150 de minute de exerciții de intensitate moderată sau 75 de minute de exerciții aerobice intense (de exemplu, mers pe jos, jogging, ciclism, înot) în fiecare săptămână
- 2-3 exerciții de rezistență (de exemplu, ridicare de greutate) în fiecare săptămână, ce implică exerciții de intensitate moderată până la ridicată, care vizează principalele grupe musculare.
- Exercițiile trebuie adaptate la abilitățile pacientului, efectele adverse legate de tratamentul pe care îl urmează, progresul bolii și starea generală de sănătate a acestuia (Cormie și alții, 2018).

Referințe bibliografice

Bayles, M.P., Swank, A. American College of Sports Medicine. ACSM's Exercise Testing and Prescription. 1st ed. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott, Williams & Wilkins, 2018.

Bădeanu, I.; Popescu, A. (2018). Prescrierea exercițiului fizic pacienților cu astm bronșic, Revista Galenus.



Bloemen, M., Van Wely, L., Mollema, J. et al. Evidence for increasing physical activity in children with physical disabilities: a systematic review, *Developmental Medicine & Child Neurology*, 2017, 1004-1010, DOI: 10.1111/dmcn.13422.

Bushman, B. *ACSM's complete guide to fitness & health*, 2nd edition, Human Kinetics. 2011.

Cormie, P., Atkinson, M., Bucci, L. et al. Clinical Oncology Society of Australia position statement on exercise in cancer care. *Med J Aust* 2018; 209 (4).

Cristea, D., Ștef, M., Dragoș, P. *Adapted motrical activities. Teoretical and methodological aspects*, Oradea, 2014.

GBD 2015 Mortality and Causes of Death Collaborators. Global, regional, and national life expectancy, all-cause mortality, and cause-specific mortality for 249 causes of death, 1980-2015: a systematic analysis for the global burden of disease study 2015. *The Lancet*. 2016; 388(10053):1459–1544.

Kanis, J.A. Assessment of fracture risk and its application to screening for postmenopausal osteoporosis: synopsis of a WHO report. WHO Study Group Osteoporos Int. 1994; 4:368–81.

Li, R., Sit, C.H.P., Yu, J.J., et al. Correlates of physical activity in children and adolescents with physical disabilities: A systematic review, *Preventive Medicine*, 2016, 89, 184–193, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ypmed.2016.05.029>.

Lobelo, F., Rohm Young, D., Sallis, R., et al. Routine assessment and promotion of physical activity in healthcare settings: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2018; 137(18):e495–e522.

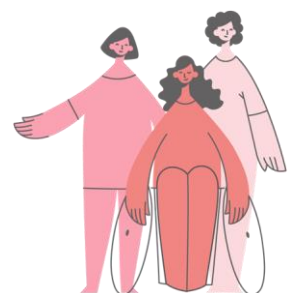
Ortega, F.B., Lavie, C.J., Blair, S.N. Obesity and cardiovascular disease. *Circulation Research*. 2016; 118(11):1752–1770.

Pinheiro, M.B., Oliveira, J., Bauman, A. et al. Evidence on physical activity and osteoporosis prevention for people aged 65+ years: a systematic review to inform the WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2020. 17, 150.

Rahl, R.L. Physical activity and health guidelines: recommendations for various ages, fitness levels, and conditions, Human Kinetics. 2010.

Rusu, O., Rusu, D. – The impact of competition adapted sport, *Sport & Societate. Revista de educație fizică, sport și științe conexe*, Iași, 2016, 16:2, p, 69-76, (<https://www.sportsocietate.ro/articol/379>).

Salwa, J., Zahalka, M.D., Layla, A. et al. The role of exercise in diabetes, *Endotext*, 2023.



Tian, D., Meng, J. Exercise for Prevention and Relief of Cardiovascular Disease: Prognoses, Mechanisms, and Approaches. *Oxid Med Cell Longev.* 2019, Apr 9;2019:3756750.

U.S. Department of Health and Human Services. *Physical Activity Guidelines for Americans.* second ed Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services; 2018.

van der Ploeg, H.P., van der Beek, A.J., van der Woude, L.H. et al. Physical activity for people with a disability: a conceptual model. *Sports Med.* 2004; 34(10):639-49.

Yong, J., Lin, D., Tan, X. R. Primary prevention of cardiovascular disease in older adults in China. *World Journal of Clinical Cases.* 2017; 5(9):349–359.

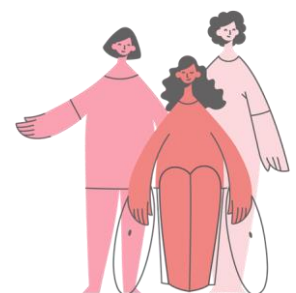
Liliana-Elisabeta RADU este conferențiar unversitar doctor la Universitatea "Alexandru Ioan Cuza" din Iasi, Romania. Domeniul ei de interes principal include Activitatea fizică la diferite vârste, Postura corpului, Antropometria, Atletism, Sportul pentru toți, Educația olimpică, Cariera duală a sportivilor. Este autoare și coautoare de cărți și metodologii pentru elevi, profesori de educație fizică, antrenori și alte categorii de populație. De asemenea, ea a publicat peste 70 de articole în reviste științifice, cu un factor H-index 5 în citarea WoS. E-mail: liliradu2004@yahoo.com



Ileana Monica Popovici, Conferențiar universitar doctor la Universitatea "Alexandru Ioan Cuza" din Iași, România, deține o dublă diplomă de licență în Educație Fizică și Sport din 1992 până în 1996 la Facultatea de Educație Fizică și Sport Iași și Științe ale Educației din 1996 până în 2000 la Facultatea de Psihologie și Științe ale Educației. De asemenea, deține un doctorat în perioada 2003-2009, acordat de Universitatea "Alexandru Ioan Cuza" din Iași, Facultatea de Psihologie și Științe ale Educației. A urmat mai multe programe educaționale, cursuri de formare și a fost membră în diferite proiecte naționale și internaționale. Ea a obținut câteva burse de la Erasmus +, Mobilitatea personalului din învățământul superior pentru predare în Turcia, Germania și Portugalia. Autoare și coautoare a zece cărți și 37 de articole publicate în volume științifice și reviste indexate în baze de date internaționale, concentrate pe domeniile sale de interes: handbal, psihologia sportului, pedagogia școlii primare. Email: ilenuca_popovici@yahoo.com



Oana Rusu – Conferențiar universitar doctor, diplome de licență în Educație Fizică și Sport (1996), și în Sociologie-Științe politice (2000), master în Politică și Sisteme Locale (2002), titlu de doctor în Psihologie, aplicată în sport (2009), certificat de antrenor volei, bursă în Marea Britanie (2001) și beneficiar de mai multe ori al programului Erasmus ca profesor. Este membru a comitetelor editoriale ale mai multor reviste și conferințe naționale și internaționale. A publicat lucrări în reviste și edituri internaționale și naționale pe teme din domeniile educației fizice și sportului, psiho-sociologiei sportului, sportului adaptat. Are experiență în mai multe proiecte de cercetare naționale și internaționale (în calitate de coordonator pentru UAIC, în altele ca membru al echipei UAIC, în altele în calitate de colaborator al asociațiilor locale și naționale care se adresează persoanelor cu nevoi speciale); experiență în organizarea și coordonarea activităților de educație și reeducare psihomotorie și sportive pentru copii normali (grădinițe și școli primare) și persoane cu diferite dizabilități (copii și adulți), împreună cu studenții și în sistem privat, experiență ca antrenor Special Olympics. Email: broana@uaic.ro



ACTIVITATEA FIZICĂ ÎN TULBURĂRILE DIN SPECTRU AUTIST (TSA)

Oana Rusu, Demmys Rusu

Tulburările din spectru autist (TSA) se referă la grupul tulburărilor de neurodezvoltare (conform DSM-V) sau a *tulburărilor pervazive de dezvoltare* (conform DSM-IV, 2014) caracterizate prin două tipuri de simptome: deficiențe de comunicare și interacțiune socială și comportament, interese, activități limitate și repetitive. Se manifestă pe tot parcursul vieții, influențând negativ funcționarea și performanțele în plan fizic, mental, academic, social (Peeters, 2009). De obicei, debutul TSA apare de la vârsta de 1 până la 2 ani, în timp ce unele simptome pot fi observate în primul an după naștere.

Conceptul de *tulburări din spectru autist (TSA)* este folosit întrucât există varietate în manifestarea autismului, în grade diferite de afectare, de la forma minoră la forma severă de manifestare; simptome în varianta completă sau parțială în tabloul clinic. Organizația Mondială a Sănătății (OMS, 2021) a indicat că copiii cu TSA prezintă deficite în funcțiile cognitive, caracterizate prin tulburări sociale, anomalii și comportament stereotip repetitiv. Severitatea TSA variază de la ușor la grav, în funcție și de asocierea acestora cu diverse nivele de inteligență care, la rândul lor, variază de la dificultăți profunde de învățare până la nivel mediu de inteligență sau, în cazuri mai rare, la inteligență superioară (așa numiții „autistic savants”, persoane care au un talent special - „insule de genialitate”, în anumite domenii: matematică, astronomie, muzică, grafică etc.). Termenul de *spectru* se referă la faptul că există grade foarte variate de afectare, de la un copil la altul și la același copil, de-a lungul timpului.

Autismul este întâlnit mai frecvent la băieți decât la fete (de 3-4 ori mai mare). Elementele cheie în cazul unui copil cu TSA sunt diagnosticul la o vârstă cât mai mică și inițierea timpurie a intervenției educaționale și a tratamentului adecvat, dacă se impune (asistența psihiatrică nu se impune neapărat ca în bolile psihice, ci mai degrabă, se abordează o intervenție educațională specializată pentru a dezvolta abilitățile copilului în vederea integrării sale sociale). Tipul și severitatea simptomelor pe care le experimentează persoanele cu TSA pot genera întârzieri în procesul de evaluare a diagnosticului (Male et al., 2023).

Tulburările de neurodezvoltare pot include autismul, tulburarea de deficit de atenție și hiperactivitate/ ADHD, dizabilitățile intelectuale/de învățare, tulburarea de dezvoltare a limbajului și tulburarea de coordonare a dezvoltării și pot fi asociate cu un risc crescut de a dezvolta afecțiuni de sănătate mentală (anxietate, depresie, motivație scăzută, stres, tulburări de alimentație, de somn etc.) (Male et al., 2023, Muneer & Sultana, 2019).

Funcția cognitivă, cu formele sale – executivă și non-executivă, se manifestă ca abilitatea de a procesa învăța și rezolva diferite situații. Ea este alterată în condițiile de neurodezvoltare, atât

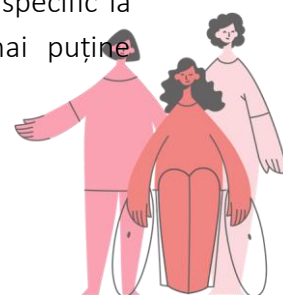


în autism, cât și în ADHD. Funcțiile executive se referă la abilitățile de adaptare și la capacitatea individului de a dirija acțiuni orientate către atingerea unor obiective, în timp ce funcțiile non-executive includ atenția, învățarea, memoria, funcția vizuală, cea a limbajului și cea socială (DSM-V, 2013).

Alterările calitative în plan comportamental și în aria comunicării la individul cu TSA au la bază procese dezechilibrate de integrare a informațiilor – percepția contextuală și/sau senzorială. Astfel, contextul poate fi perceput diferit, fragmentat, iar informațiile obținute cu ajutorul sistemelor senzoriale sunt introduse în creier ca niște piese separate de puzzle. Astfel, individul va avea dificultăți de percepere a întregului și de atribuire a semnificației corecte, dificultăți de planificare și de organizare a activităților, dificultăți în înțelegerea conduitei proprii și a celui alt. Copilul cu TSA are nevoie de mai mult timp pentru a procesa informațiile primite de la organele de simț și a le aranja într-un întreg, astfel încât să reacționeze adaptativ, funcțional. Riscul de a greși în potrivirea pieselor este mult mai mare, mai ales când cantitatea de informații este mare. Când nu mai poate gestiona această prelucrare, copilul "explodează". Este dovedit științific că persoanele diagnosticate cu TSA au tulburări de procesare senzorială, într-un spectru larg (de la diferențe care reprezintă o afectare ușoară, dificultăți – o formă mai accentuată, până la disfuncție, forma severă de afectare) (Ayres, 2005, Stock Kranowitz, 2022, Oster & Zhou, 2022). Creierul unui copil cu TSA ajustează diferit reacțiile adaptative, funcționale la diverse informații primite pe cele 7 sisteme senzoriale (proprioceptiv, vestibular, vizual, tactil, auditiv, gustativ, olfactiv). Gradul de sensibilitate determină comportamente diferite, unii dintre copii fiind hiperreactivi, alții hiporeactivi, în timp ce alții, sunt în căutare de senzații la stimulii primiți din mediul înconjurător.

Sub umbrela TSA se regăsesc:

- *autismul infantil precoce* – include tulburări severe ale funcțiilor sociale, abilităților de limbaj și comportamentele repetitive, adesea, asociindu-se retardul mental și fenomene convulsive. Între simptomele clinice, necesare diagnosticării, sunt incluse: însingurare autistă extremă, cu debut în mica copilărie; dorință obsesivă și anxioasă de a menține lucrurile la fel, orice fel de schimbare a rutinei sau a mediului conducând la crize grave auto și/sau heteroagresive; în unele cazuri, memorie mecanică deosebită, fără utilitate practică evidentă; ecolalie (repetarea cuvintelor și expresiilor auzite), fără posibilitatea de a utiliza limbajul pentru o comunicare autentică; suprasensibilitate la stimuli manifestată prin reacții puternice la zgomote, la anumite alimente, la anumite texturi; absența diversității activităților spontane cu limitarea acțiunilor la mișcări și interese stereotipe și repetitive; cvasiabsența limbajului; în funcție de gravitatea afecțiunii, cei cu autism grav sunt incapabili să-și însușească limbajul.
- *sindromul Asperger* - este forma cea mai frecventă, o formă mai puțin severă, ce apare după vârsta de 3 ani, adesea la 5-6-7 ani, care se manifestă într-un mod specific la nivelul „triadei dizabilităților”. Persoanele cu astfel de tulburări au mai puține



probleme de vorbire; tind să aibă o inteligență medie până la foarte ridicată; prezintă în mai mică măsură dizabilități de învățare care ar putea fi asociate cu autismul; la unii copii însă, pot să apară forme de dislexie, dispraxie ori tulburare cu deficit de atenție și hiperactivitate (ADHD); acceptă greu schimbări în rutina zilnică, motiv pentru care sindromul poate fi inițial confundat cu tulburarea obsesiv-compulsivă; frecvent, prezintă o subdezvoltare a capacităților motorii, fiind percepuți ca neîndemânatici; prezintă des o sensibilitate specială la lumină puternică și la anumite zgomote; de regulă, devin interesați obsesiv de un singur subiect / obiect; învață totul despre subiectul preferat și apoi discută non-stop numai despre acesta; la vârsta adultă, au un risc crescut de dezvoltare a tulburărilor anxioase și depresive.

Deși persoanele diagnosticate cu sindrom Asperger prezintă, de regulă, anumite dizabilități, acestea au adesea o inteligență excepțională și un talent într-un domeniu în care excelează matematică, de memorie a cifrelor sau de text, a evenimentelor sau memorie spațială, talent muzical sau grafic).

- *tulburarea dezintegrativă a copilăriei* - este forma cea mai severă dar și cea mai rară a tulburărilor din spectrul autist. După o perioadă de dezvoltare normală, cel mai frecvent între 2 și 4 ani, copiii cu TDC („*childhood disintegrative disorder*” – CDD) pierd rapid abilități, în special, în ariile: social, de limbaj, intelectual. Frecvent, acești copii dezvoltă o tulburare convulsivă. Cazurile de TDC prezintă tulburări severe, ce nu pot fi recuperate. Pe parcursul primilor doi ani de la naștere dezvoltarea este aparent normală (comunică verbal și non-verbal specific vârstei, stabilește relații sociale, se joacă și are comportament adaptat). Ulterior, înainte de vârsta de 10 ani, pierde semnificativ capacitățile dobândite anterior (de exemplu, întârziere sau lipsa limbajului vorbit, folosirea stereotipă și repetitivă a limbajului, absența jocului creativ, nu poate dezvolta relații cu ceilalți, lipsa reciprocității sociale și emoționale, dificultăți motorii, controlul vezicii urinare sau a intestinelor, apar tiparele repetitive și stereotipe legate de comportament, de interese și activități, inclusiv stereotipii motorii).
- *tulburările pervazive de dezvoltare nespecificate (PDD-NOS) sau autismul atipic* - se poate aplica majorității copiilor cu TSA. Copiii cu autism de severitate mai mare sindromului Asperger, dar fără a îndeplini criteriile autismului tipic, sunt diagnosticați cu PDD-NOS („*pervasive developmental disorder, not otherwise specified*”). Copilul are tulburări de interacțiune socială; abilitățile de limbaj mai dezvoltate decât la copiii cu autism tipic, dar inferioare copiilor cu sindrom Asperger; comportamente repetitive mai puține decât la copiii diagnosticați cu Asperger sau cei cu autism tipic; o vârstă de debut mai târzie. Simptomele de autism la copiii cu acest diagnostic sunt foarte variate, fiind greu de precizat. Comparativ cu alte forme de TSA, la copiii cu autism atipic, nici măcar doi copii cu PDD-NOS nu prezintă exact aceleași simptome. Criteriile de diagnostic pentru această tulburare nu sunt stabilite consensual, astfel încât dacă



pentru evaluatorii specializați un copil are tulburare de spectru autist, fără a întruni toate criteriile pentru diagnosticul de autism propriu-zis, se pune diagnosticul de tulburare pervazivă de dezvoltare (TDP) sau autism atipic.

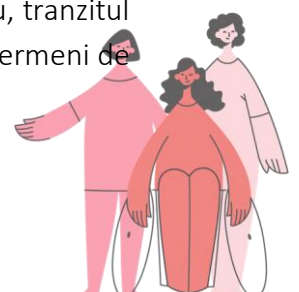
Există dovezi științifice care dovedesc faptul că TSA poate fi determinată de factori genetici (interacțiuni multigenice sau de mutații spontane ale genelor) (Junaid & Pullarkat, 2001, Kazilbash et al., 2017), de mediu (infecții virale, medicamente sau complicații în timpul sarcinii, poluanți atmosferici etc.) și fiziologici (disfuncții la nivelul conexiunilor cortexului frontal și prefrontal și cu alte părți ale creierului) (Bremer et al., 2020, Just et al., 2007, Wass, 2011, citați de Li et al., 2023).

Măsurile de intervenție propriu-zisă, descrise de Crăciun et al. (2017), vizează 1. Stabilirea unui plan de intervenție cu un grafic pe ariile principale de dezvoltare (limbaj, autonomie, socializare, cognitiv, motricitate) – ce lipsește sau este deficitar, ce necesită mai mult efort și intervenția propriu-zisă de către o echipă interdisciplinară în funcție de aceste nevoi (medic pediatru, medic psihiatru/neurolog, psiholog, terapeut ABA, logoped, kinetoterapeut, terapeut ocupațional etc.). 2. Alegerea terapierilor (analiza comportamentală aplicată – Applied Behavioral Analysis /ABA, TEACCH – treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Children, PECS – Picture Exchange Communication Sistem, programele HANEN, Son-rise, terapia de integrare senzorială, Floor Time, terapia ocupațională, kinetoterapie. 3. Respectarea planului de intervenție personalizat (PIP) elaborat de echipa interdisciplinară în cadrul sistemului educațional (școală integratoare, școală specială). 4. Comunicare constantă cu educatorii/profesorii și corelarea programului educațional aplicat la școală cu cel de acasă. 5. Respectarea tratamentului psiho-farmacologic și sau a dietei alimentare. 6. Colaborarea cu profesioniștii echipei de intervenție în vederea generalizării conduitelor însușite în ședințele de terapie ce urmărește îmbunătățirea calității vieții copilului cu TSA. 7. Educația și formarea părinților (adaptarea abordării părintelui -atitudine, comportament etc.) în vederea colaborării eficiente cu propriul copil.

Activitățile motrice la copiii cu TSA

Programul complex de reabilitare a copiilor cu TSA conține pe lângă alte activități și terapia prin mișcare, profilată pe dezvoltarea abilităților de deplasare și de conducere a obiectelor (motricitate grosieră și fină), de dezvoltare psihomotrică prin însușirea componentelor psihomotrice: echilibru static și dinamic, lateralitate, schemă corporală, coordonare dinamică generală și oculo-motorie, dexteritate manuală etc.

Efecte pozitive au fost consemnate la copiii cu TSA asupra sănătății fizice: menține/reduce indicele de greutate în apropierea normalității, îmbunătățește funcția cardio-vasculară crește tonusul muscular, capacitatea aerobă, reglează anumite funcții interne (de exemplu, tranzitul intestinal), oxigenare a creierului și dezvoltare cerebrală, îmbunătățește somnul în termeni de



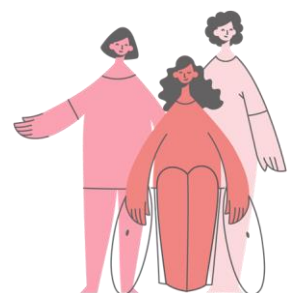
durată și calitate (Arkesteyn et al., 2021, Nacario, 2016, Lee & Hodge, 2017, Carbone et al., 2021, Yu et al., 2018).

Pe lângă efectele din aria motricității, activitățile motrice au efecte în plan social și emoțional care contribuie la îmbunătățirea calității vieții, copilul transferând abilitățile învățate în timpul lecțiilor de educație fizică/ședințelor de kinetoterapie/sesiunilor de antrenament în activitățile fizice și sportive de timp liber, precum și în alte secvențe ale vieții lor, putând face astfel față exigențelor vieții sociale. La fel ca abilitățile motrice, abilități sociale, emoționale, cognitive, de comunicare sunt exersate în timpul sesiunilor de activități motrice (Jia et al., 2023, Muneer & Sultana, 2019, Ferreira et al., 2018). S-a dovedit, de asemenea, că exercițiile fizice intense au dus la diminuarea agresivității și autoagresivității, a autostimulării, a comportamentului hiperkinetic și a stereotipiilor (Bahrami et al., 2012, Alhowikan, 2016). Reducând aceste elemente, copiii se vor încadra mai bine în mediul înconjurător. Alte efecte ale activităților fizice vizează îmbunătățiri ale sănătății mentale (reducerea nivelului de anxietate și depresie, stabilirea unui program de lucru prin crearea unor rutine ce conferă o stare de bine, autocontrol al emoțiilor, în special în situații de interacțiune socială, reduc sau evită izolarea socială etc.) (Yu et al., 2018, Zhao & Chen, 2018). Activitățile fizice și sportive sunt benefice interacțiunilor sociale – stabilirea și menținerea prietenilor, acceptarea din partea celorlalți, etc. (Li et al., 2023, Kocak et al., 2021, Muneer & Sultana, 2019).

Copiii cu TSA în forme ușoare și moderate au o dezvoltare slabă și întârzieri în abilitățile motrice grosiere și fine. Sunt consemnate studii care arată că le sunt afectate: forța musculară, postura corpului, coordonarea, echilibrul, însușirea deprinderilor de bază (de deplasare - mers, mers în echilibru, alergare, săritură, trecere peste obstacole, cățărare, târâre și de control al obiectelor – aruncare, prindere, lovire, lovire cu piciorul, rostogolire, aruncare la țintă), motricitate fină (dexteritate manuală), capacitatea de relaxare și controlul mișcărilor corpului, funcțiile senzorio-motrice (reacții neadaptate și nefuncționale la diferiți stimuli percepuți cu ajutorul sistemelor senzoriale – hiperreactivitate, hiporeactivitate, căutare de senzații) (Muneer & Sultana, 2019, Sorensen & Zarrett, 2014).

Sunt puse în evidență influențele pozitive ale activităților fizice asupra funcției cognitive, atât cele executive, cât și cele non-executive, inclusiv îmbunătățiri ale performanțelor academice și comportamentale (Pan et al., 2017, Milajerdi et al., 2021). Astfel, la copiii cu TSA și cu ADHD care au urmat programe de exerciții fizice și alte activități motrice (înot, călărie, yoga, alergare pe bicicletă staționară, alergare ușoară, arte marțiale etc.) au fost identificate îmbunătățiri ale atenției, ale memoriei, ale flexibilității cognitive, ale controlului inhibitor al mișcărilor corpului (Bass et al., 2009, Ward et al. 2013, citați de Li et al., 2023, Tan et al., 2016, Hassani et al., 2020a, Srinivasan et al., 2014, Hassani et al., 2020b, Rech et al., 2022).

Arkesteyn et al. (2021) postulează că, deși au un risc mai mare de comorbidități, nivelul de severitate al autismului nu influențează participarea la activitățile fizice.



De ce sunt utile activitățile motorii și sporturile pentru copiii cu TSA? Pentru că pot contribui la:

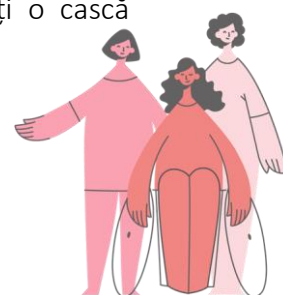
- îmbunătățirea capacității de generalizare a unor noțiuni învățate
- formarea/consolidarea obiceiului de a respecta unele reguli
- îmbunătățirea capacității de a primi și analiza mesaje scurte și medii
- dezvoltarea comunicării
- îmbunătățirea capacității de atenție în cadrul unei activități
- dezvoltarea autonomiei personale
- formarea deprinderilor motrice care vor fi utile în anumite activități specifice incluziunii sociale
- o dezvoltare fizică armonioasă a copilului care petrece multe ore la masă pentru diverse activități terapeutice.

Chiar dacă, la bază exercițiile și jocurile utilizate au aceleași structuri, acestea arată diferit și au obiective diferite pentru fiecare copil în parte, fiind adaptate după nivelul de dezvoltare a abilităților motorii, cognitive, sociale, după nivelul intereselor și a nevoilor acestuia. În general, pentru copiii cu TSA sunt organizate ședințe individuale de terapie, inclusiv motrică. Sowa și Meulenbroek (2012) consemnează mai multe avantaje ale tratării individuale: adaptare personalizată, evitarea sentimentului de neînțeles al copilului cu TSA de către ceilalți, imprevizibilitatea acțiunilor celorlalți.

Când copilul este obișnuit cu specificul activității pot fi introduse activități în echipă, cu un alt copil de nivel corespunzător, obiectivele fiind aici și de comunicare și colaborare în timpul realizării sarcinii de lucru (munca în echipă). Se pot organiza cu succes și activități motrice și sportive în grup (Breedved et al., 2010, Lox et al., 2010, Walker et al., 2010, citați de Sowa & Meulenbroek, 2012).

Strategii de lucru pentru cei care lucrează cu copii cu TSA

- În cazul agitației motorii / agresivității / furiei se recomandă (Crăciun et al., 2017):
 - o Evitarea schimbărilor neanunțate, bruște (copilul trebuie anunțat, avertizat asupra schimbării). Folosiți schema vizuală pentru a pregăti schimbările.
 - o Controlul nivelului de stimulare senzorială, prin diminuarea supraîncărcării (de exemplu, dacă își astupă urechile cu palmele la zgomote, utilizați o cască antifonică sau dopuri de urechi).



- Adecvarea sarcinilor la potențialul copilului.
 - Identificarea semnelor care preced agitația / furia/ criza de agresivitate și situația în care apar astfel de comportamente. Aplicați analiza funcțională pentru comportamentul respectiv.
 - Modificați mediul și factorii care pot crea stresul și furia, în măsura posibilității.
 - Distragerea atenției copilului spre una dintre activitățile sale preferate.
 - Oprirea comportamentului problemă folosind un ton calm, dar ferm și claritate în exprimare (ce, unde, când, cine, cum). ("Stop! Acum, amândoi ne așezăm pe canapea, ne jucăm cinci minute cu ... ceva preferat de copil; după cinci minute, ne întoarcem la lucru și facem...x de 3 ori.
 - Creați o zonă sigură, supravegheată în care copilul se poate retrage dacă are probleme în a face față anumitor momente sau situații.
 - Încurajați-l și sprijiniți-l pentru activități fizice (sărituri pe mingea gymball, alergare pe bicicleta staționară, dans, exerciții în apă etc.).
- Stabiliți clar obiectivele de lucru și care sunt prioritățile în intervenție (abilitățile cu cele mai mari dificultăți, dar și abilitățile unde performează). Informați-vă din planul de intervenție personalizat, de la membrii echipei interdisciplinare, de la părinți sau alți aparținători.
 - Folosiți numele copilului înainte de a da instrucțiuni.

Solicitați și păstrați contactul vizual la expunerea oricărei cerințe. În cazul unui copil cu ADHD, atenționați copilul pentru a stabili contact vizual pe parcursul explicației și demonstrației.

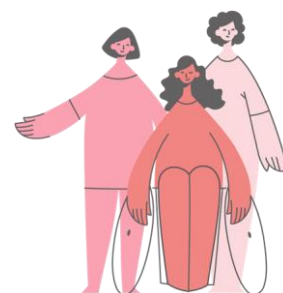
- Explicația să fie scurtă, cu cuvinte simple cunoscute copilului. Repetați și solicitați repetarea noțiunilor nou introduse.
- Demonstrați exercițiul. Repetați demonstrația dacă este necesar.
- Lucrați odată cu copilul în oglindă.
- Asigurați ajutorul și sprijinul în execuția mișcării, la nevoie, pentru a preveni accidentările
- Întăriți execuțiile reușite dând posibilitatea de a mai exersa.
- Încurajați și lăudați orice răspuns (intenție sau execuție a mișcării solicitate)
- Încurajați și lăudați munca independentă.
- Utilizați strategii de învățare multisenzorială (dacă primele mișcări sunt efectuate cu ajutor, prin conducerea prin mișcare, în final, trebuie să execute singur, chiar fără demonstrație, pentru a conștientiza și a se coordona segmentar, general).
- Sunt învățate inițial, abilitățile motrice grosiere, care asigură echilibru/stabilitate corpului în mișcare (deprinderile de deplasare – mers, alergare, săritură)
- Eliberați spațiul de echipamente inutile.
- Folosirea unor echipamente și materiale care să nu producă accidentări în utilizare.



- Adaptați echipamentele și obiectele la potențialul motric, la interesele și nevoile copilului
- Limitați și semnalizați spațiul de lucru (linii trasate pe sol evidențiate, plasare de conuri etc., mișcarea distanța dintre copil și profesor)
- Detaliile tehnice sunt mai puțin importante, cel mult 1-2 elemente tehnice.
- Utilizați echipamente care să imprime ritmul mișcării (fluier, bătaie din palme, tobe, numărare etc.).
- Permiteți copilului să se familiarizeze cu zona de lucru/echipamentele folosite.
- Stabiliți reguli simple. Asigurați-vă că le respectă.
- Asigurați-vă că a înțeles ce are de realizat, ce trebuie/nu trebuie să facă.
- Utilizați reguli simplificate pentru diferite sporturi (de exemplu, nu se sancționează dacă mingea cade de două ori pe masa de tenis sau în terenul de tenis de câmp, dublu-dribling la baschet etc.).
- Folosiți materiale intuitive (panouri ilustrate, desene, filme etc.), alegeți exerciții și jocuri care să îi implice în permanență, fără a fi scoși din joc dacă greșesc.
- Împărtășiți cu alții profesioniști (profesori, terapeuți, antrenori), părinți experiențele, cunoștințele cu copiii cu TSA/ADHD.

Tipuri de activități motrice adaptate copiilor cu TSA

- jocuri în compania animalelor (terapie cu animale – delfini, câini dresați)
- terapia 3C (coordonare, conștientizare, concentrare) (<http://www.sportautism.ro/>)
- înainte de începerea activității educaționale, pentru a crește proporția răspunsurilor corecte și sarcini de lucru îndeplinite în mediile școlare – se recomandă mers pe jos au alergare
- pentru autocontrolul respirației - yoga
- pentru rezultate pozitive în relaționarea socială și scăderea nivelului de iritabilitate și hiperactivitate, a comportamentelor stereotipe – călărie, arte marțiale, înot, yoga
- pentru controlul mișcărilor corpului – exerciții în oglindă.
- pentru coordonare, învățarea ritmului, orientare spațio-temporală – exerciții în planuri diferite, cu obiecte de diferite, diferite coregrafii pe muzică
- parcursuri care includ diferite succesiuni de acțiuni (mers în echilibru, trecere peste obstacole, mers printre conuri cu un obiect în mână, manipulare de obiecte etc.); trecerile de la o sarcină la alta sunt anunțate inițial, ulterior, executându-se în condiții de autonomie.
- învățarea unor elemente (deprinderi tehnice) din sporturi cu reguli adaptate, simplificate nivelului de înțelegere, gradului de cooperare etc. (baschet, fotbal, tenis de masă, tenis de câmp etc.)



- pentru creșterea nivelului de fitness (muscular, cardiovascular) – exerciții calistenice, alergări, bicicletă, mers pe terenuri variate etc.
- pentru memorie și atenție – jocuri cu schimbarea locului, cu asocieri etc.
- pentru echilibru – mers pe diferite suprafețe, la diferite înălțimi, urcatul și coborârea scărilor, sărituri pe două și pe un picior, cu alternare, sărituri în planuri și combinații diferite.

Referințe bibliografice

Alhowikan AM. Benefits of physical activity for autism spectrum disorders: A systematic review. *Saudi J Sports Med*, 2016; 16:163-7.

American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). American Psychiatric Publishing, Inc. 1994.

Arkesteyn, A., Van Damme, T., Thoen, A. et al. Physical activity correlates in children and adolescents, with autism spectrum disorder: a systematic review, *Disability and Rehabilitation*, 2021, DOI:10.1080/09638288.2021.1970251.

Autism. World Health Organization. [2021-09-09]. <http://www.who.int/features/qa/85/en/>

Ayres, A.J. *Sensory integration and the child: understanding hidden sensory challenges*, 3th ed., Western Psychological Services, Los Angeles, 2005.

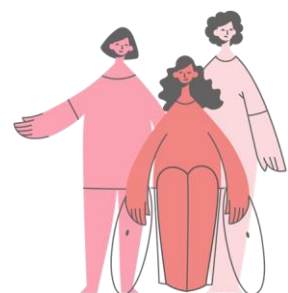
Bahrami, F., Movahedi, A., Marandi, S.M., Abedi, A. Kata techniques training consistently decreases stereotypy in children with autism spectrum disorder. *Res Dev Disabil*. 2012, 33(4):1183–93. doi: 10.1016/j.ridd.2012.01.018.

Carbone, P.S., Smith, P.J., Lewis, C., LeBlanc, C. Promoting the Participation of Children and Adolescents with Disabilities in Sports, Recreation, and Physical Activity, *Pediatrics*. 2021;148(6):e2021054664.

Crăciun, A.E., Radu, C., Hamza, C., Rusu, D., Rusu, O. – *Ghid pentru părinți care au copii cu TSA (tulburări din spectrul autist) [Guide for parents who have children with ASD (Autism Spectrum Disorders)]*, editura PIM, Iași, 2017 (in Romanian and English languages).

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA: American Psychiatric Association. 2013.

Ferreira, J.P., Andrade Toscano, C.V., Rodrigues, A.M. et al. Effects of a Physical Exercise Program (PEP-Aut) on Autistic Children’s Stereotyped Behavior, Metabolic and Physical Activity Profiles, Physical Fitness, and Health-Related Quality of Life: A Study Protocol. *Front. Public Health*, 2018, 6:47. doi: 10.3389/fpubh.2018.00047.



Hassani, F., Shahrbanian, S., Shahidi, S.H., Sheikh, M. Playing games can improve physical performance in children with autism, *International Journal of Developmental Disabilities*, 2020a, DOI: 10.1080/20473869.2020.1752995.

Hassani, F., Sheikh, M., Shahrbanian, S. The physical literacy and children with autism, *Early Child Development and Care*, 2020b, DOI: 10.1080/03004430.2020.1766452.

<http://www.sportautism.ro/>

Jia, S., Guo, C., Li, S. et al. The effect of physical exercise on disordered social communication in individuals with autism spectrum disorder: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Front. Pediatr.* 2023. 11:1193648. doi: 10.3389/fped.2023.1193648.

Junaid, M.A., Pullarkat, R.K. (2001), Proteomic Approach for the Elucidation of Biological defects in Autism, *Journal of Autism and Developmental Disorder*, Vol. 31, No.6, p. 557-560.

Kazilbash, N., Khan, T.A., Khan, S.S., Meer, F. Genetic basis of Autism Spectrum Disorder, *MOJ Cell Sci Rep*, 2017, 4(2): 00085

Kocak Uyaroglu A., Ertuzun E., Tas Arslan F. The therapeutic recreation program and social skills, *Balt J Health Phys Act.* 2021; Suppl (2):23-31.

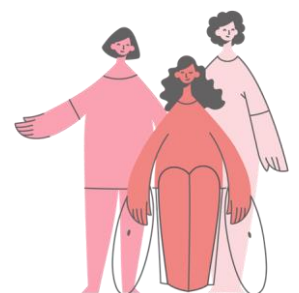
Lee, S.H., Hodge, S.R. Children with autism spectrum disorder and physical activity: A descriptive synthesis, *Journal of Physical Education and Sport Management*, 2017, Vol. 8(1) pp. 1-23, DOI: 10.5897/JPESM2016.0284.

Li, L., Wang, A., Fang, Q., Moosbrugger, M.E. Physical Activity Interventions for Improving Cognitive Functions in Children With Autism Spectrum Disorder: Protocol for a Network Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials, *JMIR Res Protoc*, 2023, Jun 28; 12:e40383., doi: 10.2196/40383.

Male, I. et al., Integrated care for autism assessment, diagnosis and intervention, *Paediatrics and Child Health*, 2023, in press, <https://doi.org/10.1016/j.paed.2023.06.004>.

Milajerdi, H.R., Sheikh, M., Najafabadi, M.G. et al. The effects of physical activity and exergaming on motor skills and executive functions in children with autism spectrum disorder. *Games Health J.* 2021 Feb 01;10(1):33–42. doi: 10.1089/g4h.2019.0180.

Muneer, P., Sultana, D. The influence of Structured Physical Activity Intervention on Fundamental Motor Skills Development of Children with Mild and Moderate Autism Spectrum Disorder, *International Journal of Sport Culture and Science*, 2019: 7(4), Doi: 10.14486/IntJSCS.2019.584.



Nacario, A.R. The Effectiveness of Physical Activity Interventions on Young Individuals with Autism Spectrum Disorder: A Meta-Analysis, Master thesis, Humboldt State University, 2016.

Oster, L.M., Zhou, G. Balance and Vestibular Deficits in Pediatric Patients with Autism Spectrum Disorder: An Underappreciated Clinical Aspect, *Autism Research and Treatment*, 2022, 7568572, <https://doi.org/10.1155/2022/7568572>

Pan, C.-Y., Chu, C.-H., Tsai, C.-L. et al. The impacts of physical activity intervention on physical and cognitive outcomes in children with autism spectrum disorder. *Autism*. 2017 Feb 09;21(2):190–202. doi: 10.1177/1362361316633562.1362361316633562 –

Peeters, T. *Autismul. Teorie și intervenție educațională*, ed. Polirom, Iași, 2009.

Rech, J.P., Irwin, J.M., Rosen, A.B., Baldwin, J., Schenkelberg, M. Comparison of Physical Activity Between Children with and Without Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis, *Adapted Physical Activity Quarterly*, 2022, <https://doi.org/10.1123/apaq.2021-0152>

Sorensen, C., Zarrett, N. Benefits of Physical Activity for Adolescents with Autism Spectrum Disorders: A Comprehensive Review, *Rev J Autism Dev Disord*, 2014, DOI 10.1007/s40489-014-0027-4.

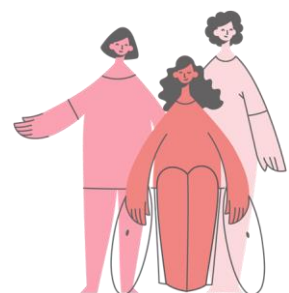
Sowa, M., Meulenbroek, R. Effects of physical exercise on Autism Spectrum Disorders: A meta-analysis, *Research in Autism Spectrum Disorders*, 2012, 6, 46–57, doi:10.1016/j.rasd.2011.09.001.

Srinivasan, S.M., Pescatello, L.S., Bhat, A.N. Current Perspectives on Physical Activity and Exercise Recommendations for Children and Adolescents with Autism Spectrum Disorders, *Phys Ther.*, 2014; 94:875–889.

Stock Kranowitz, C. *Copilul desincronizat senzorial: cum să recunoașteți și să faceți față diferențelor de procesare senzorială [The Out-of-Sync Child. Recognizing and Coping with Sensory Processing Differences]*, ed. Frontiera 2012, 2022.

Tan, B.W.Z., Pooley, J.A., Speelman, C.P. A Meta-Analytic Review of the Efficacy of Physical Exercise Interventions on Cognition in Individuals with Autism Spectrum Disorder and ADHD, *J Autism Dev Disord*, 2016, 46:3126–3143 DOI 10.1007/s10803-016-2854-x.

Yu, C.C.W., Wong, S.W.L., Lo, F.S.F. et al. Study protocol: a randomized controlled trial study on the effect of a game-based exercise training program on promoting physical fitness and mental health in children with autism spectrum disorder, *BMC Psychiatry*, 2018, 18:56, <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1635-9>.

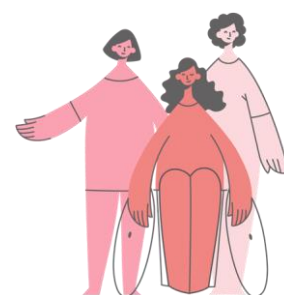


Zhao, M., Chen, S. The Effects of Structured Physical Activity Program on Social Interaction and Communication for Children with Autism BioMed Research International 2018, Article ID 1825046, <https://doi.org/10.1155/2018/1825046>.

Oana Rusu – Conferențiar universitar doctor, diplome de licență în Educație Fizică și Sport (1996), și în Sociologie-Științe politice (2000), master în Politică și Sisteme Locale (2002), titlu de doctor în Psihologie, aplicată în sport (2009), certificat de antrenor volei, bursă în Marea Britanie (2001) și beneficiar de mai multe ori al programului Erasmus ca profesor. Este membru a comitetelor editoriale ale mai multor reviste și conferințe naționale și internaționale. A publicat lucrări în reviste și edituri internaționale și naționale pe teme din domeniile educației fizice și sportului, psiho-sociologiei sportului, sportului adaptat. Are experiență în mai multe proiecte de cercetare naționale și internaționale (în calitate de coordonator pentru UAIC, în altele ca membru al echipei UAIC, în altele în calitate de colaborator al asociațiilor locale și naționale care se adresează persoanelor cu nevoi speciale); experiență în organizarea și coordonarea activităților de educație și reeducare psihomotorie și sportive pentru copii normali (grădinițe și școli primare) și persoane cu diferite dizabilități (copii și adulți), împreună cu studenții și în sistem privat, experiență ca antrenor Special Olympics. Email: broana@uaic.ro



Demmys Rusu – Profesor la Liceul Tehnologic Special „Vasile Pavelcu” Iași, România. Are studii în Educație fizică și sport (1998), Psihopedagogie specială (2005), Kinetoterapie și aptitudini motorii speciale (2012), master în Management și marketing în sport (1999). Este președintele Asociației Naționale a Profesorilor pentru Elevii cu Deficiențe de Auz „Virgil Florea”. Este formator și a susținut mai multe cursuri de formare în țară pe tema persoanelor cu dizabilități. Are experiență ca profesor de educație fizică, ca terapeut în terapia limbajului pentru copii și tineri cu diferite dizabilități (auz, psihic, neurodezvoltare), coordonator și membru al mai multor proiecte internaționale Erasmus+ legate de problematica persoanelor cu dizabilități (autism, tulburări de auz, ADHD). Este autor și coautor al unor studii publicate referitoare la problemele psihopedagogice ale persoanelor cu dizabilități și educație fizică și sport adaptată (Ghid pentru părinții copiilor cu TSA, Dicționar de cuvinte și expresii ilustrate, Ghidul profesorului - Pentru lucrul cu copiii cu tulburare din spectrul autismului (TSA) în școlile de masă). Email: r_demmys@yahoo.com



CAPITOLUL 2

VIAȚA SĂNĂTOASĂ ȘI ALIMENTAȚIA

Duygu DEĞİRMENCİ MATARACI

Secțiuni

- Informații generale
 - Ce este alimentația sănătoasă? Care sunt elementele nutritive?
 - Ce ar trebui luat în considerare în alimentația copiilor cu nevoi speciale?
 - Care sunt recomandările nutriționale pentru copiii cu nevoi speciale?
 - Ce se poate face pentru o alimentație sănătoasă în școli?
-

INFORMAȚII GENERALE

Nutriția este un loc central și de bază într-o viață sănătoasă. Este unul dintre cei mai influenți factori care vă determină bunăstarea generală. Nutriția adecvată oferă nutrienții esențiali de care organismul tău are nevoie pentru a funcționa optim. Acești nutrienți includ **carbohidrați, proteine, grăsimi, vitamine, minerale și apă**. Când corpul tău primește echilibrul corect al acestor nutrienți, își poate menține sănătatea fizică, poate repara țesuturile, poate regla procesele corporale și poate rezista bolilor. Nutriția oferă energia necesară pentru activitățile zilnice și exercițiile fizice. Carbohidrații sunt o sursă primară de energie, în timp ce proteinele și grăsimile contribuie și ele. Echilibrul corect al acestor macronutrienți vă asigură că aveți rezistența și vitalitatea pentru a duce o viață activă și împlinită.

O dietă bine echilibrată, bogată în fructe, legume, cereale integrale, proteine slabe și grăsimi sănătoase poate ajuta la prevenirea bolilor cronice precum bolile de inimă, diabetul, obezitatea și anumite tipuri de cancer. Nutrienții din aceste alimente promovează sănătatea cardiovasculară, reglează nivelul zahărului din sânge și reduc inflamația.

★ Nutriția joacă un rol esențial în menținerea unei greutate sănătoase. Făcând alegeri atente cu privire la ceea ce mănânci și controlând dimensiunea porțiilor, puteți obține și



menține o greutate care vă susține sănătatea generală. Acest lucru este esențial pentru prevenirea problemelor de sănătate legate de obezitate.

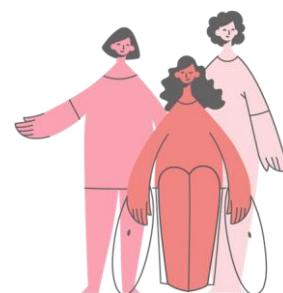
★ Cercetările sugerează o legătură puternică între nutriție și sănătatea mintală. Alimentele bogate în nutrienți pot afecta pozitiv starea de spirit, funcția cognitivă și bunăstarea mentală. În schimb, o dietă săracă, bogată în alimente procesate și zahăr, poate crește riscul de probleme de sănătate mintală, cum ar fi depresia și anxietatea.

★ Alimentele bogate în fibre, care se găsesc în fructe, legume și cereale integrale, promovează o digestie sănătoasă. O dietă bogată în fibre poate preveni constipația, poate promova mișcările intestinale regulate și poate sprijini microbiomul intestinal, care este esențial pentru sănătatea generală.

★ Nutriția adecvată oferă vitaminele, mineralele și antioxidanții necesari pentru a întări sistemul imunitar. Un sistem imunitar robust poate apăra împotriva infecțiilor și a bolilor, ajutându-vă să rămâneți sănătoși.

O dietă echilibrată care susține sănătatea poate contribui la o viață mai lungă și mai vibrantă. Prin reducerea riscului de boli cronice și probleme de sănătate legate de vârstă, nutriția joacă un rol semnificativ în promovarea longevității. După boală sau rănire, organismul are nevoie de nutrienți specifici pentru vindecare și recuperare. Alimentația adecvată poate accelera procesul de vindecare și poate minimiza complicațiile. Alimentația are un impact direct asupra vieții tale de zi cu zi. Îți afectează nivelul de energie, capacitatea de a te angaja în activități fizice, funcția cognitivă și chiar starea ta de spirit. O dietă care acordă prioritate nutriției vă poate îmbunătăți calitatea generală a vieții.

Pe scurt, alimentația nu este doar un aspect al unei vieți sănătoase; este fundamentul pe care se construiește o viață sănătoasă. Ceea ce mănânci are un impact profund și de durată asupra sănătății tale fizice, bunăstării mentale și longevității generale. Prin urmare, a face alegeri informate și echilibrate cu privire la dieta ta este esențială pentru realizarea și menținerea unei vieți sănătoase și împlinite.



CE ESTE ALIMENTAȚIA SĂNĂTOASĂ? CARE SUNT ELEMENTELE NUTRIȚIONALE?

Alimentația sănătoasă se referă la practica de a consuma o varietate de alimente care oferă nutrienți esențiali pentru a susține sănătatea generală și bunăstarea, menținând în același timp un echilibru caloric adecvat. O dietă echilibrată și hrănitoare poate ajuta la prevenirea bolilor cronice, la promovarea creșterii și dezvoltării optime și la menținerea nivelului de energie pe tot parcursul zilei.

Elementele nutriționale cheie în alimentația sănătoasă includ:

1. *Macronutrienți*

Carbohidrați: aceștia sunt sursa primară de energie a organismului și se găsesc în alimente precum cereale, fructe, legume și leguminoase. Carbohidrații complecși, cum ar fi cerealele integrale și alimentele bogate în fibre, sunt preferați în locul zaharurilor simple.

Proteine: Esențiale pentru creșterea, repararea și producerea de enzime și hormoni, proteinele se găsesc în surse precum carnea slabă, carnea de pasăre, peștele, fasolea, tofu și produsele lactate.

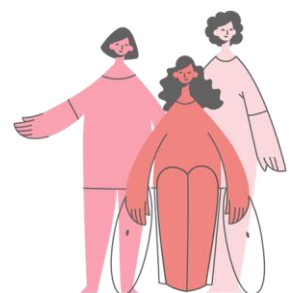
Grăsimi: grăsimile furnizează energie, susțin creșterea celulelor și ajută la absorbția vitaminelor solubile în grăsimi. Sursele de grăsimi sănătoase includ avocado, nuci, semințe și ulei de măsline. Limitați grăsimile saturate și trans găsite în alimentele procesate și prăjite.

2. *Micronutrienți*

Vitamine: Esențiale pentru diferite funcții ale corpului, vitaminele pot fi obținute dintr-o dietă completă, care include fructe, legume, cereale integrale și proteine slabe. De exemplu, vitamina C se găsește în citrice și broccoli, în timp ce vitamina D poate fi obținută din lumina soarelui și din alimente fortificate.

Minerale: mineralele precum calciul (care se găsește în produsele lactate și în verdeața cu frunze), fierul (în carnea și fasolea slabă) și potasiul (în banane și cartofi dulci) sunt esențiale pentru menținerea sănătății.

Fibre: Fibrele alimentare sunt esențiale pentru sănătatea digestivă și pot fi găsite în alimente precum cerealele integrale, fructele, legumele și leguminoasele. Ajută la prevenirea constipației, reglează nivelul zahărului din sânge și susține sănătatea inimii.



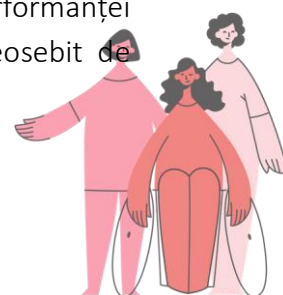
CE AR TREBUI LUAT ÎN CONSIDERARE ÎN ALIMENTAȚIA COPIILOR CU NEVOI SPECIALE?

Alimentația adecvată și echilibrată este de cea mai mare importanță pentru copiii cu nevoi speciale, deoarece joacă un rol crucial în dezvoltarea lor generală fizică și mentală. Cu toate acestea, merită remarcat faptul că copiii cu nevoi speciale sunt mai vulnerabili la anumite probleme nutriționale decât colegii lor în curs de dezvoltare. Una dintre cele mai frecvente probleme întâlnite la această populație este obezitatea, care poate fi cauzată de o serie de factori, cum ar fi lipsa de activitate fizică, efectele secundare ale medicamentelor și obiceiurile alimentare nesănătoase. Malnutriția este o altă problemă care poate apărea, în special la copiii cu probleme senzoriale sau comportamentale care le afectează capacitatea de a mânca și de a alege alimente sănătoase. În plus, copiii cu nevoi speciale pot fi, de asemenea, expuși riscului de a dezvolta deficiențe de vitamine și minerale din cauza aportului lor limitat de alimente sau a problemelor de absorbție. Constipația și diareea sunt, de asemenea, frecvent raportate, adesea ca efect secundar al medicamentelor utilizate pentru a le gestiona afecțiunile. În plus, unii copii cu nevoi speciale pot întâmpina dificultăți la mestecat și înghițire, ceea ce poate duce la alte probleme nutriționale. Caria dentară este o altă problemă care afectează această populație, deoarece copiii cu nevoi speciale pot avea dificultăți în menținerea unei igiene orale adecvate sau pot consuma alimente și băuturi bogate în zahăr care pot contribui la apariția cariilor dentare. Astfel, este important să se acorde o atenție deosebită nevoilor nutriționale ale copiilor cu nevoi speciale și să se abordeze în timp util orice probleme care pot apărea.

Este larg recunoscut faptul că copiii cu nevoi speciale se confruntă adesea cu probleme nutriționale semnificative care pot avea un impact negativ asupra creșterii, dezvoltării, sănătății generale, simptomelor bolii și performanței cognitive. Aceste provocări pot fi deosebit de descurajante pentru părinți și îngrijitorii, care se pot lupta să identifice și să gestioneze gama complexă de probleme medicale și nutriționale care pot apărea. Cu toate acestea, oferind copiilor cu nevoi speciale o alimentație adecvată, este posibil să contribuiți la atenuarea unora dintre aceste preocupări și să le îmbunătățiți calitatea generală a vieții.

Pe lângă faptul că se asigură că copiii cu nevoi speciale primesc nutrienții necesari zilnic, o dietă bogată în nutrienți poate juca, de asemenea, un rol critic în reducerea incidenței și severității simptomelor bolii. De exemplu, cercetările au arătat că o dietă bogată în fructe, legume și alte alimente bogate în nutrienți poate ajuta la reducerea inflamației și a stresului oxidativ, ambele putând contribui la o serie de probleme de sănătate la copiii cu nevoi speciale.

Mai mult, o alimentație adecvată poate ajuta, de asemenea, la îmbunătățirea performanței cognitive și la sprijinirea dezvoltării sănătoase a creierului. Acest lucru este deosebit de



important pentru copiii cu nevoi speciale, care pot prezenta un risc crescut de întârzieri cognitive și alte provocări de dezvoltare. Oferind o dietă bogată în nutrienți esențiali, cum ar fi acizii grași omega-3, fier, zinc și vitamina B12, părinții și îngrijitorii pot contribui la susținerea funcției sănătoase a creierului și la promovarea dezvoltării cognitive optime la copiii cu nevoi speciale.

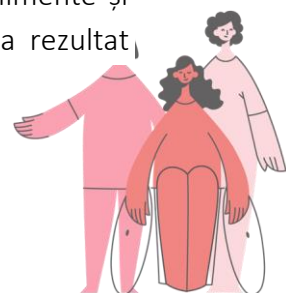
Părinții și îngrijitorii copiilor cu nevoi speciale ar trebui să aibă o mulțime de cunoștințe despre nutriție. Aceste cunoștințe sunt extrem de importante deoarece pot ajuta la reducerea potențialelor probleme care pot apărea în situații de criză neașteptate. Mai mult, aceste cunoștințe pot juca un rol semnificativ în îmbunătățirea calității generale a vieții acestor copii. Cu informații adecvate despre nutriție, părinții și îngrijitorii se pot asigura că copiii lor primesc toate nutrienții și vitaminele esențiale necesare pentru bunăstarea lor. Acest lucru, la rândul său, poate reduce probabilitatea viitoarelor probleme de sănătate sau complicații. În plus, o înțelegere puternică a nutriției poate ajuta părinții și îngrijitorii să pledeze mai bine pentru sănătatea și nevoile nutriționale ale copiilor lor. Este clar că un nivel ridicat de cunoștințe nutriționale este un atu incredibil de valoros pentru oricine are grijă de un copil cu nevoi speciale.

Pe scurt, în timp ce provocările cu care se confruntă copiii cu nevoi speciale pot fi semnificative, alimentația adecvată poate juca un rol esențial în promovarea sănătății și bunăstării lor generale. Acordând prioritate unei diete nutritive și lucrând îndeaproape cu furnizorii de servicii medicale și cu nutriționiștii, părinții și îngrijitorii pot ajuta să le ofere copiilor cu nevoi speciale sprijinul de care au nevoie pentru a se dezvolta.

CARE SUNT RECOMANDĂRILE NUTRIȚIONALE PENTRU COPIII CU NEVOI SPECIALE?

1. Obezitatea: Obezitatea este o problemă comună de sănătate legată de nutriție la copiii cu nevoi speciale, cauzată atât de lipsa activității fizice, cât și de controlul deficitar al apetitului. Această problemă este frecvent experimentată de copiii cu dizabilități fizice, deficiențe de vedere, sindrom Down și autism. În plus, situațiile neașteptate de criză precum Covid-19 pot determina o creștere a timpului petrecut acasă, ducând la o scădere a activității fizice și la o creștere a consumului de alimente bogate în energie, cum ar fi pâinea, prăjiturile, produsele de patiserie și produsele de patiserie, care contribuie în continuare la obezitate.

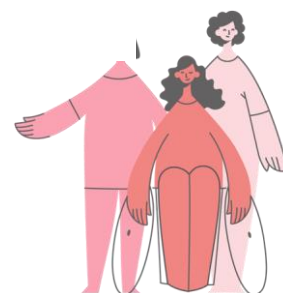
În situații de criză neașteptate, stresul poate duce la creșterea consumului de alimente și băuturi dulci, precum și de alimente bogate în grăsimi și carbohidrați, având ca rezultat



creșterea în greutate. Pentru a preveni sau a trata obezitatea, trebuie planificată o dietă echilibrată cu un conținut scăzut de energie, iar alimentele cu conținut ridicat de energie trebuie evitate. Ar trebui evitată săritul peste mese și trebuie urmate programe de nutriție adecvate și echilibrate. Alimentele trebuie gătite folosind metode sănătoase de gătit. Cheltuielile energetice ar trebui crescute prin creșterea activității fizice. Pentru a crește activitatea fizică acasă în situații de criză neașteptate, cum ar fi Covid-19, se poate face exerciții cu videoclipuri de exerciții, se poate folosi echipament sportiv acasă (cum ar fi o bicicletă eliptică sau o bandă de alergare), se poate dansa și să sară coarda.

2. Malnutriția: Malnutriția este o problemă comună întâlnită de persoanele cu handicap mental și fizic, precum și de copiii cu ADHD. Principalele motive sunt lipsa controlului sațietății la persoanele cu retard mintal, nevoile nutriționale fiind satisfăcute de către un îngrijitor, dificultatea de a mesteca și înghiți la copiii cu dizabilități fizice și cerințele mari de energie din cauza activității excesive la copiii cu ADHD. Malnutriția are ca rezultat reducerea capacității funcționale, scăderea activității fizice, reducerea funcțiilor tractului gastrointestinal, efecte adverse asupra sistemului imunitar, deteriorarea funcționării psihologice și a calității vieții, încetinirea creșterii și dezvoltării și creșterea costurilor bolii. Pentru a preveni sau trata malnutriția, trebuie făcute următoarele:

- Crește numărul de mese pe zi.
- Consumați o dietă echilibrată care conține suficientă energie, macro și micronutrienți.
- Furnizați suport nutrițional pe timp de noapte.
- Furnizați alimente care conțin proteine de calitate și suport vitaminic și mineral.
- Hrăniți copiii cu nevoi speciale prin tuburi introduse din stomac sau din nas atunci când este necesar (conform deciziei medicului) din cauza dificultății în aportul alimentar.
- Hrăniți copiii cu probleme de mestecat și înghițire cu alimente semisolide precum piureul.
- Nu insistați asupra alimentelor pentru copiii cu lipsa poftei de mâncare; aveți răbdare și permite copilului să mănânce când îi este foame.
- Așteptați cel puțin 3-4 ore între mese și țineți copiii departe de junk food cu valoare nutritivă scăzută.
- Explicați importanța nutriției în creștere și dezvoltare și faceți ora mesei atractivă pentru copiii cu lipsă de apetit.
- Mănâncă în familie și permite copiilor să ajute la pregătirea alimentelor și la aranjarea mesei.
- Asigurați un mediu potrivit pentru ca copiii să stea confortabil la masă, cu scaune și ustensile de dimensiuni adecvate.
- Adăugați legume în mâncărurile lor preferate și prezentați-le diferite fructe și alternative de consum.
- Nu insistați să terminați masa când copilul este sătul.



Este esențial ca părinții să fie modele pentru copii în alimentație, încurajându-i să mănânce legume și să consume fructe. Urmând aceste linii directoare, malnutriția poate fi prevenită sau tratată eficient.

3. Deficiență de vitamine și minerale: Alimentația insuficientă și dezechilibrată poate duce la multe deficiențe de vitamine și minerale. Copiii cu nevoi speciale sunt expuși în mod special la deficiențe de vitamine A, C, D, B12, fier și calciu.

Proteinele de origine animală, cum ar fi carnea roșie, puiul, peștele și ouăle, sunt importante pentru prevenirea și tratarea deficienței de fier. Proteinele de origine animală sunt mai ușor utilizate de organism. Alimentele pe bază de plante care conțin fier includ fructele uscate, cerealele integrale (inclusiv pâinea integrală), nucile, legumele cu frunze verzi, semințele și leguminoasele. Acestea ar trebui incluse și în dietă. În plus, consumul de vitamina C este important pentru creșterea absorbției fierului.

Vitamina D joacă multe roluri importante, în special în sistemul osos și osos. Datorită perioadelor prelungite de a fi în interior, copiii cu nevoi speciale sunt expuși riscului de deficit de vitamina D. Necesarul zilnic de vitamina D nu poate fi satisfăcut numai cu alimente. Lumina soarelui este cea mai bună sursă de vitamina D, cu 15-30 de minute de expunere la soare pe zi suficiente pentru sinteza zilnică a vitaminei D. Peștele gras, laptele și produsele lactate, ouăle și ficatul sunt surse alimentare de vitamina D. Este important să fiți precauți atunci când luați suplimente de vitamina D, deoarece consumul excesiv poate avea efecte toxice asupra metabolismului.

4. Constipație: Una dintre cele mai frecvente probleme nutriționale întâlnite la copiii cu nevoi speciale este consumul insuficient de fibre, care deseori duce la constipație. Pentru a crește aportul de fibre la acești copii, este important să consumați cantități adecvate de legume, fructe, cereale integrale și leguminoase. Se recomandă consumul zilnic de 6-11 porții de produse din cereale integrale și 5-9 porții de legume și fructe. Ar trebui de preferat fructele uscate cu efect laxativ, cum ar fi prunele uscate, caise uscate, smochine uscate și curmale uscate. În plus, este important să creșteți consumul de apă.

5. Diaree: Diareea poate apărea la copiii cu nevoi speciale din diverse motive, cum ar fi utilizarea medicamentelor. Obiectivul principal în tratarea diareei este prevenirea acesteia și înlocuirea lichidelor și electroliților pierdute. Prin urmare, este esențial să se mențină un aport adecvat de lichide în timpul diareei. Se recomandă să beți multă apă, apă minerală și suc de fructe. În plus, alimente precum bananele, piersicile, cartofii fierți și orezul fiert ar trebui incluse în dietă pentru a preveni diareea. Alimentele grase trebuie evitate. De asemenea, este important să evitați fructele cu efect laxativ (cum ar fi prunele uscate, caise uscate, smochine uscate și curmale uscate), legumele crucifere, leguminoasele și alimentele din cereale integrale. Laptele și produsele lactate, precum și băuturile care conțin cofeină, trebuie de asemenea evitate în timpul tratamentului pentru diaree din cauza conținutului de lactoză.



6. Dificultăți la mestecat și la înghițire: Dificultățile la mestecat și la înghițire sunt o problemă nutrițională comună la copiii cu paralizie cerebrală, sindrom Down, retard mental și boli neurologice. Funcția motrică orală afectată și mușchii slăbiți pot provoca probleme de mestecat și pot afecta înghițirea. Acești pacienți pot consuma de obicei alimente în piure sau semi-solide. Dacă este necesar, trebuie utilizate produse de nutriție medicală cu conținut energetic și nutrițional adecvat pentru nevoile copilului. Medicul și dieteticianul ar trebui să decidă împreună dacă este necesar un produs de nutriție medicală și care ar trebui să fie utilizat.

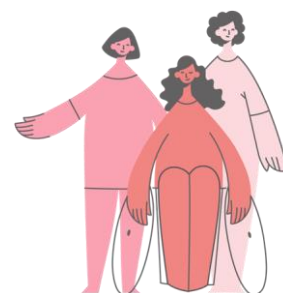
7. Probleme digestive: Incapacitatea mușchilor și nervilor responsabili de mestecat și înghițire de a-și îndeplini funcțiile poate provoca dificultăți în alimentație și înghițire. La această problemă poate contribui și masticăția insuficientă, din cauza cariilor sau lipsei dinților. Copiii cu nevoi speciale sunt deosebit de vulnerabili la carii și pierderea dinților din cauza mobilității lor limitate, conștientizării scăzute și aportului insuficient de calciu. În plus, este posibil ca persoanele care au nevoie de asistență pentru a mânca și a bea să nu beneficieze de efectul lichidelor de curățare a dinților, deoarece consumă mai puține lichide decât în mod normal, crescându-și riscul de carii.

Sănătatea orală și dentară precară poate duce la deficiențe nutriționale la copii. Deoarece au dificultăți la mestecat, este posibil să nu consume suficiente alimente pentru a-și satisface nevoile nutriționale. Copiii cu nevoi speciale care au dificultăți la mestecat și la înghițire pot prezenta deficiențe de nutrienți din cauza aportului alimentar inadecvat. Aportul insuficient de energie poate duce la malnutriție, aportul inadecvat de proteine poate provoca retard fizic și mental, aportul inadecvat de vitamine și minerale poate provoca diverse simptome, aportul inadecvat de fibre poate duce la probleme digestive și disbioză, iar mestecatul inadecvat poate provoca probleme digestive din cauza mecanică incompletă. digestia în gură.

8. Cariile dentare: Cariile dentare se pot produce rapid și ușor, mai ales din cauza alimentelor cu zahăr precum laptele, alimentele gata preparate și sucuri de fructe, care sunt adesea consumate de copiii cu nevoi speciale hrăniți cu biberonul. Ca urmare, este important să curățați dinții după fiecare hrănire și să evitați hrănirile pe timp de noapte, dacă nu este absolut necesar.

Principala cauză a cariilor dentare sunt alimentele zaharoase și acide care se lipesc ușor de dinți și gingii. Cel mai bine este să evitați alimentele bogate în zahăr și carbohidrați simpli, cu excepția cazului în care se recomandă o dietă specială. Dacă aceste alimente trebuie consumate, ele trebuie consumate în timpul meselor principale și nu între mese.

Dacă este dificil să se spele pe dinți, persoanele cu nevoi speciale ar trebui să-și clătească gura după masă sau să șteargă orice reziduuri alimentare.



CE SE POATE FACE PENTRU O ALIMENTAȚIE SĂNĂTOASĂ ÎN ȘCOLI?

Promovarea alimentației sănătoase în școli este crucială pentru bunăstarea generală a elevilor și poate ajuta la însuflarea obiceiurilor sănătoase de-a lungul vieții. Diverse strategii și acțiuni care pot fi întreprinse pentru a promova alimentația sănătoasă în școli includ:

1. Educație nutrițională: Educația nutrițională poate fi inclusă în curriculum pentru a-i învăța pe elevi importanța unei diete echilibrate, beneficiile diferitelor grupuri de alimente și cum să facă alegeri alimentare sănătoase.

2. Opțiuni de masă sănătoasă: Cantinele școlare pot oferi o varietate de mese hrănitoare și atrăgătoare. Acestea pot include fructe și legume proaspete, cereale integrale, proteine slabe și produse lactate cu conținut scăzut de grăsimi. Disponibilitatea gustărilor și băuturilor dulci ar trebui să fie limitată.

3. Grădinile școlare: pot fi create grădini școlare unde elevii pot învăța să cultive fructe și legume. Această experiență practică le poate crește interesul pentru alimente sănătoase și le poate crea un sentiment de proprietate pentru ceea ce mănâncă.

4. Programe de mic dejun: Programele de mic dejun pot fi implementate la școală pentru a se asigura că elevii își încep ziua cu o masă hrănitoare. Acest lucru poate îmbunătăți concentrarea, concentrarea și performanța academică generală.

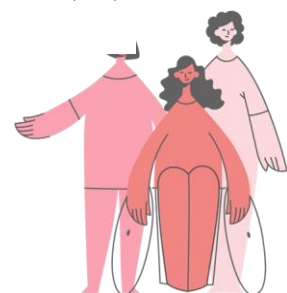
5. Mediul de prânz: Se poate crea un mediu plăcut și primitor în sala de prânz care promovează o alimentație sănătoasă. Luați în considerare utilizarea indicatoarelor colorate, crearea unei atmosfere calme și implicarea studenților în deciziile de proiectare a cantinei.

6. Activități educaționale pentru gătit: pot fi organizate activități precum cursuri de gătit, teste de gust și demonstrații de gătit pentru a prezenta elevilor alimente noi și sănătoase. Aceste activități pot face alimentația sănătoasă mai interesantă și mai accesibilă.

7. Automate sănătoase: aparatele automate cu gustări mai sănătoase, cum ar fi nuci, semințe, iaurt și produse din cereale integrale pot fi instalate în școli. Gustările zaharoase și nesănătoase ar trebui limitate.

8. Accesul la apă: Accesul facil la apă potabilă curată în timpul zilei de școală poate încuraja elevii să bea apă în loc de băuturi dulci.

9. Dezvoltarea politicilor: Politicile școlare de sănătate care acordă prioritate alimentației sănătoase pot fi dezvoltate și implementate. Părinții, profesorii, studenții și nutriționiștii pot fi implicați în procesul de elaborare a politicilor.



10. Educație fizică: Cursurile regulate de educație fizică și pauzele de activitate fizică pot fi adăugate în timpul zilei de școală pentru a echilibra alimentația sănătoasă cu exercițiile fizice regulate.

11. Modelare de rol: Profesorii și personalul ar trebui să modeleze comportamente alimentare sănătoase, oferind un exemplu pozitiv pentru elevi. De asemenea, școlile pot invita nutriționiștii să discute cu elevii despre alimentația sănătoasă.

12. Influența colegilor: Sprijinul colegilor pentru o alimentație sănătoasă poate fi încurajat. Elevii pot forma cluburi sau comitete axate pe promovarea unui stil de viață sănătos în cadrul comunității școlare.

13. Sisteme de recompensă: recompensele non-alimentare pot fi acordate pentru realizările academice și comportamentale în loc de a folosi gustări sau dulciuri nesănătoase.

14. Evaluare regulată: Eficacitatea programelor și politicilor de nutriție școlară ar trebui evaluată în mod continuu. Feedback-ul ar trebui adunat de la elevi, părinți și personal pentru a face îmbunătățiri.

15. Parteneriate comunitare: Colaborați cu organizațiile locale, fermierii și întreprinderile pentru a furniza alimente proaspete, cultivate local, pentru prânzul școlar.

16. Sensibilitate culturală: Fiți sensibil la diversele medii culturale ale elevilor și includeți opțiuni alimentare sănătoase adecvate din punct de vedere cultural.

Promovarea alimentației sănătoase în școli necesită o abordare holistică care să includă elevi, părinți, profesori, administratori și comunitatea mai largă. Strategiile privind alimentația ar trebui să fie adecvate nevoilor și resurselor școlii și ale elevilor cu nevoi speciale.

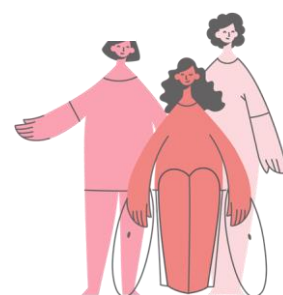
Referințe bibliografice

Haines, J., Haycraft, E., Lytle, L., Nicklaus, S., Kok, F. J., Merdji, M., ... & Hughes, S. O. (2019). Nurturing children's healthy eating: position statement. *Appetite*, 137, 124-133.

Cena, H., & Calder, P. C. (2020). Defining a healthy diet: evidence for the role of contemporary dietary patterns in health and disease. *Nutrients*, 12(2), 334.

Savarino, G., Corsello, A., & Corsello, G. (2021). Macronutrient balance and micronutrient amounts through growth and development. *Italian journal of pediatrics*, 47(1), 1-14.

Van Riper, C. (2010). Position of the American Dietetic Association: Providing nutrition services for people with developmental disabilities and special health care needs. *Journal of the American Dietetic Association*, 110(2), 296-307.



Doreswamy, S., Bashir, A., Guarecuco, J. E., Lahori, S., Baig, A., Narra, L. R., ... & Heindl, S. E. (2020). Effects of diet, nutrition, and exercise in children with autism and autism spectrum disorder: A literature review. *Cureus*, 12(12).

Bandini, L., Danielson, M., Esposito, L. E., Foley, J. T., Fox, M. H., Frey, G. C., ... & Humphries, K. (2015). Obesity in children with developmental and/or physical disabilities. *Disability and Health Journal*, 8(3), 309-316.

Moursi, A. M., Fernandez, J. B., Daronch, M., Zee, L., & Jones, C. L. (2010). Nutrition and oral health considerations in children with special health care needs: implications for oral health care providers. *Pediatric dentistry*, 32(4), 333-342.

Kuo, D. Z., Cohen, E., Agrawal, R., Berry, J. G., & Casey, P. H. (2011). A national profile of caregiver challenges among more medically complex children with special health care needs. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 165(11), 1020-1026.

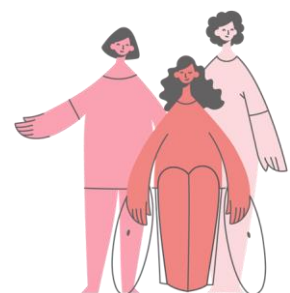
Ptomey, L. T., & Wittenbrook, W. (2015). Position of the Academy of Nutrition and Dietetics: nutrition services for individuals with intellectual and developmental disabilities and special health care needs. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 115(4), 593-608.

Townsend, N., Murphy, S., & Moore, L. (2011). The more schools do to promote healthy eating, the healthier the dietary choices by students. *J Epidemiol Community Health*, 65(10), 889-895.

Townsend, N., & Foster, C. (2013). Developing and applying a socio-ecological model to the promotion of healthy eating in the school. *Public health nutrition*, 16(6), 1101-1108.

Muzaffar, H., Metcalfe, J. J., & Fiese, B. (2018). Narrative review of culinary interventions with children in schools to promote healthy eating: directions for future research and practice. *Current developments in nutrition*, 2(6), nzy016.

Duygu MATARACI DEĞİRMENCI - Ea și-a finalizat studiile universitare și postuniversitare la Universitatea Erciyes, Departamentul de Nutriție și Dietetică. Ea a absolvit Departamentul de Nutriție și Dietetică a Universității Hacettepe în 2022, absolvind studiile de doctorat. Între 2011 și 2015, a lucrat ca dietetician la Spitalul de Cercetare și Formare în Chirurgie Toracică și Cardiovasculară Ahi Evren din Trabzon. Lucrează ca asistent de cercetare la Universitatea Ordu, Facultatea de Științe ale Sănătății, Departamentul de Nutriție și Dietetică din 2015. Domeniile ei de studiu includ nutriția la pacienții cu COPD, nutriția enterală, nutriția la persoanele cu sindrom metabolic, nutriția la pacienții cu cancer, nutriția în boala ficatului gras, nutriția la copiii cu autism.



CAPITOLUL 3

VIAȚA SĂNĂTOASĂ ȘI MANAGEMENTUL STRESULUI

Belgin DEDE, Emine Özlem GEMİCİ, Aleksandra KRSTOVSKA

Secțiuni

- Ce este stresul?
- Care sunt efectele stresului asupra corpului și minții umane?
- Care sunt reacțiile la stres la copiii cu nevoi speciale?
- Strategii privind predarea abilităților de management al stresului
- Tehnici de reglare emoțională pentru copiii cu nevoi speciale
- Construirea rezilienței și a stimei de sine la copiii cu nevoi sp
- Care sunt metodele de a face față stresului la copiii cu nevoi speciale?
- Ce modalități ar trebui urmate în timpul crizelor la copiii cu nevoi speciale?
- Sfaturi pentru a face față stresului la copiii cu nevoi sp
- Referințe bibliografice

CE ESTE STRESUL?

Belgin DEDE

Cuvântul latin pentru stres este „estricția”. A fost folosit în sensul de dezastru în secolul al XVII-lea, iar în sensul de durere, suferință, presiune și dificultate în secolele al XVIII-lea și al XIX-lea. Hans Selye (1956) definește stresul ca „răspunsul corpului la orice presiune asupra lui însuși”. Cüceloğlu (1994), pe de altă parte, folosește pentru stres expresia „efortul pe care un individ îl depune dincolo de limitele sale fizice și psihologice din cauza condițiilor incompatibile din mediul fizic și social”. Stresul este o parte reală a vieții noastre de zi cu zi, care afectează viața oamenilor. Mulți factori din mediu sunt stimulatori pentru oameni și



provoacă o reacție. Cu toate acestea, nu orice stimulent creează stres în oameni. Stimulanții care perturbă echilibrul fizic și psihologic al individului sunt factori de stres. De exemplu, o zi însorită este un stimul bun pentru majoritatea oamenilor, dar pentru cel fotosensibil care suferă de migrenă este un stimul stresant.

Stresul afectează comportamentele emoționale, fizice și cognitive ale indivizilor și afectează relațiile acestora cu alți indivizi. Aceași sursă de stres nu provoacă aceeași reacție în toată lumea. Unii sunt afectați foarte lent, în timp ce alții sunt afectați mai repede. Trăsăturile de personalitate ale indivizilor sunt eficiente asupra gradului lor de influență.

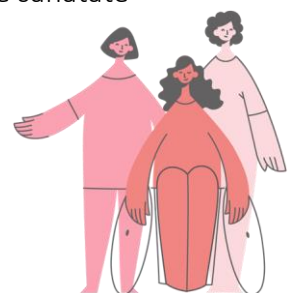
CARE SUNT EFECTELE STRESULUI LA COPII CU NEVOI SPECIALE?

Belgin DEDE

Efectele stresului asupra corpului

Stresul poate avea efecte semnificative asupra corpului copiilor cu nevoi speciale, amplificând provocările cu care se confruntă deja datorită circumstanțelor unice. Iată câteva efecte fizice comune ale stresului asupra copiilor cu nevoi speciale:

- 1. Creșterea tensiunii musculare:** Stresul poate duce la creșterea tensiunii musculare în întregul corp, rezultând disconfort fizic și dificultăți potențiale de mobilitate și coordonare.
- 2. Probleme gastrointestinale:** Stresul poate afecta sistemul digestiv, ducând la probleme precum dureri de stomac, constipație, diaree sau modificări ale apetitului.
- 3. Tulburări de somn:** stresul poate perturba tiparele de somn, provocând dificultăți de adormire, trezire frecventă în timpul nopții sau somn agitat. Somnul inadecvat sau de proastă calitate poate afecta și mai mult bunăstarea și funcționarea generală a copilului.
- 4. Sistem imunitar slăbit:** stresul cronic poate suprima sistemul imunitar, făcând copiii mai vulnerabili la boli, infecții și o recuperare mai lentă după probleme de sănătate.
- 5. Creșterea ritmului cardiac și a tensiunii arteriale:** Stresul declanșează eliberarea hormonilor de stres, care pot crește ritmul cardiac și tensiunea arterială. În timp, stresul prelungit poate contribui la problemele cardiovasculare și la creșterea riscului de boli de inimă.
- 6. Sănătatea generală compromisă:** Efectele cumulate ale stresului asupra organismului pot slăbi sănătatea generală a unui copil, făcându-l mai susceptibil la diferite afecțiuni de sănătate și afectând capacitatea lor de a se reface după boli sau răni.



Este important de reținut că efectele stresului pot varia de la copil la copil, iar persoanele cu nevoi speciale pot avea deja provocări fizice specifice. Identificarea și gestionarea nivelurilor de stres este crucială pentru a minimiza aceste efecte fizice și pentru a promova bunăstarea generală a copiilor cu nevoi speciale. Implementarea tehnicilor de reducere a stresului, crearea unui mediu de susținere și căutarea asistenței medicale adecvate pot contribui la rezultate mai bune în sănătatea fizică a acestor copii.

Efectele stresului asupra minții

Stresul poate avea efecte profunde asupra minții copiilor cu nevoi speciale, exacerbând provocările cognitive și emoționale cu care se confruntă deja. Iată câteva efecte mentale și emoționale comune ale stresului asupra copiilor cu nevoi speciale:

1. *Anxietate crescută*: Stresul poate declanșa sau intensifica sentimentele de anxietate la copiii cu nevoi speciale. Ei pot experimenta îngrijorare excesivă, frică sau neliniște, adesea legate de provocările sau incertitudinile lor specifice cu privire la viitor.

2. *Dificultate în reglarea emoțională*: Copiii cu nevoi speciale se pot lupta cu reglarea emoțiilor chiar și în circumstanțe normale. Stresul le poate perturba și mai mult reglarea emoțională, ducând la schimbări frecvente de dispoziție, izbucniri emoționale sau dificultăți de a-și gestiona și exprima sentimentele în mod corespunzător.

3. *Concentrare și atenție reduse*: stresul poate afecta funcționarea cognitivă, făcându-le dificil pentru copii să se concentreze, să acorde atenție și să se angajeze în învățare sau alte activități. Acest lucru le poate afecta performanța academică și capacitatea generală de a se concentra.

4. *Rezolvarea problemelor și luarea deciziilor afectate*: Nivelurile ridicate de stres pot împiedica capacitatea copilului de a gândi critic, de a rezolva probleme și de a lua decizii corecte. Ei pot avea dificultăți în a evalua opțiunile sau în a găsi soluții eficiente la provocările pe care le întâmpină.

5. *Stima de sine și încrederea în sine scăzute*: Stresul cronic poate eroda stima de sine și încrederea în sine a copilului. Ei își pot interioriza luptele și se pot percepe ca inadecvați sau diferiți de semenii lor, ceea ce duce la o imagine de sine negativă și la scăderea valorii de sine.

6. *Risc crescut de probleme de sănătate mintală*: Copiii cu nevoi speciale pot prezenta deja un risc mai mare de afecțiuni de sănătate mintală, cum ar fi anxietatea, tulburările, depresia sau tulburările de comportament. Stresul poate crește și mai mult acest risc și poate agrava simptomele afecțiunilor existente.

Este esențial să recunoaștem și să abordăm efectele mentale și emoționale ale stresului la copiii cu nevoi speciale. Oferirea unui mediu de susținere și înțelegere, implementarea strategiilor de gestionare a stresului și asigurarea accesului la sprijin adecvat pentru sănătatea



mentală pot ajuta la atenuarea acestor efecte. Abordând stresul și promovând bunăstarea emoțională, putem sprijini acești copii în dezvoltarea rezistenței, a abilităților de a face față și a unei mentalități pozitive.

Referințe bibliografice

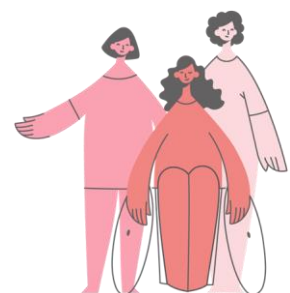
Aydin, I. (2008). *Stress at Work*. Ankara: Pegem Academy Publications.

Braham, B. J. (1998). *Stress Management. Being Calm Under Fire* (Trans.: Vedat G. Diker). Istanbul: Hayat Publishing.

Cüceloglu, D. (1994). *Man and Behavior. Basic Concepts of Psychology*. Istanbul: Remzi Bookstore.

Şahin, H., & Batıgün, N. (2006). Two scales for work stress and health psychology research: Type A personality and job satisfaction. *Turkish Journal of Psychiatry*.

Belgin DEDE - Profesor de științe din 2007, Președinte fondator al unei organizații neguvernamentale care lucrează pentru copiii defavorizați. Ea desfășoară de 9 ani proiecte pentru copiii defavorizați în această organizație neguvernamentală. Ea și-a finalizat studiile universitare la Facultatea de Științe ale Educației din Universitatea Gazi, Departamentul de Predare a Științelor Educației (2003-2007). A absolvit masterul la Universitatea Ordu și la Departamentul de Predare a Științelor din 19 Mayıs University (2015-2017). Ea este, de asemenea, Coordonatorul Educației al asociației Pikolo din 2014.



CARE SUNT REACȚIILE LA STRES LA COPIII CU NEVOI SPECIALE?

Emine Özlem GEMİCİ

Stresul este un concept care afectează indivizii și le afectează comportamentul și relațiile cu alți oameni. Stresul nu apare din senin sau spontan. Pentru ca stresul să apară, schimbările din mediul și mediul în care o persoană trăiește sau trăiește trebuie să afecteze persoana respectivă. Fiecare individ este afectat de schimbările din mediu, dar unii indivizi sunt afectați de aceste schimbări mai mult sau mai lent. Stresul este legat de efectele unei schimbări a mediului în care trăiește o persoană sau a unei schimbări a mediului asupra unei persoane.

Selye a numit răspunsul în trei etape al organismului la situații stresante drept „Sindromul de adaptare generală”. Conform acestei teorii, răspunsul organismului la stres se dezvoltă în trei etape.

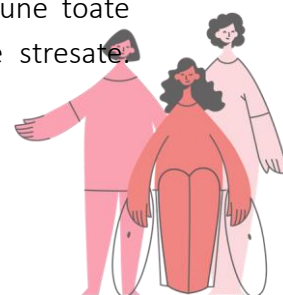
Acestea sunt: răspunsul la alarmă, rezistența și etapele de epuizare (Johnstone, 1989; Baltaș și Baltaș, 1999; Balcı, 2000).

Etapa de răspuns la alarmă: Când un individ se confruntă cu o sursă de stres, corpul arată un „răspuns de luptă sau de fugă” datorită activării sistemului nervos simpatic. Ca urmare a modificărilor fizice și chimice care apar în organism în timpul răspunsului de luptă sau fugă, persoana devine pregătită să se confrunte sau să scape de sursa stresului. sursa de venit.

Reacțiile de stres observate la elevii cu nevoi speciale și dificultăți ușoare de învățare variază de la persoană la persoană. În timp ce unii își pot întrerupe complet legătura cu lumea exterioară, alții pot prezenta un comportament agresiv. De exemplu, unii elevi pot să nu răspundă nici măcar la întrebarea pusă, în timp ce alții pot recurge la violență fizică și verbală. Acestea pot fi reacții precum trântirea ușilor, aruncarea de obiecte, mângălirea în caiete, ruperea cărților, răspunsuri și întrebări deconectate și irelevante.

Această situație se dezvoltă sub forma unei accelerații a bătăilor inimii, o creștere a tensiunii arteriale, o accelerare a respirației și o eliberare bruscă de adrenalină. Etapa în care apare răspunsul de luptă sau de zbor se numește „etapa de alarmă”. În faza de alarmă de stres, curba tensiunii se ridică rapid peste nivelul normal de rezistență pe măsură ce sursele de stres și intensitatea acestora cresc și încep să apară primele semne de abatere de la comportamentul normal.

Faza de rezistență: Faza de alarmă este urmată de „faza de adaptare sau rezistență”. Dacă sursa de stres este adaptată, totul revine la normal. În această etapă, se încearcă recăpătarea energiei pierdute și se elimină daunele aduse organismului. Când stresul este tratat, sistemul nervos parasimpatic începe să devină activ. Bătăile inimii, tensiunea arterială și respirația sunt reglate, tensiunea musculară este redusă. În stadiul de rezistență, individul depune toate eforturile pentru a rezista stresului și afișează comportamentul unei persoane stresate.



Această situație poate fi observată în comportamentul și viața individului pentru o anumită perioadă de timp.

Observați în cursul studenților cu nevoi speciale cu dificultăți ușoare de învățare, se întorc la starea anterioară și își continuă lecțiile și comportamentele în cursul lor normal. Acum factorii de stres au dispărut.

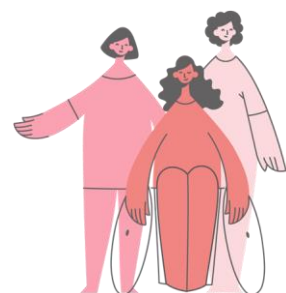
Faza de epuizare: Atâta timp cât sursele de tensiune în faza de adaptare și nivelurile lor de intensitate nu scad sau dacă cresc, eforturile individului sunt diminuate și se intră într-o fază în care se trăiesc abateri și dezamăgiri serioase în comportamentul său. Dacă sursa de stres nu poate fi făcută față și adaptarea nu poate fi realizată, resursele fizice nu pot fi folosite și începe faza de epuizare. În timpul etapei de epuizare, sistemul nervos parasimpatic este activ. O persoană este epuizată și sursa de stres este încă prezentă. În această etapă, factorii de stres pe termen lung nu pot fi combateți, iar persoana devine vulnerabilă la efectele altor factori de stres.

Nevoi speciale și cei cu dizabilități ușoare de învățare, faza de burnout poate apărea, în general, sub forma oboselii de reacție și părăsirea mediului.

STRATEGII PRIVIND PREDAREA ABILITĂȚILOR DE MANAGEMENT A STRESULUI

Emine Özlem GEMİCİ

Managementul stresului, schimbarea situației sau reacțiile la situație pentru a face față stresului și a îmbunătăți calitatea vieții se numește managementul stresului (Güçlü, 2001). Unele strategii folosite individual au un loc foarte necesar și important în a face față stresului. Aspectul comun al acestor strategii este că aproape toate au în vedere luarea sub control a obiceiurilor personale și a structurilor fizice, psihologice și comportamentale. Astfel, răspunsul nociv la stres care începe în organism este încercat să fie neutralizat prin luarea de măsuri contrare. În mod individual, mișcările fizice (exerciții), exercițiile de respirație, meditația, biotehnologia sunt folosite pentru a face față stresului. Tehnici precum feedback-ul (feedback biologic), relaxarea, nutriția și dieta, primirea de sprijin social, participarea la activități sociale, culturale și sportive, masaj, rugăciune și închinare și managementul timpului pot fi utile (Pehlivan, 1995). Erdoğan (1999), pe de altă parte, enumeră gestionarea eficientă a timpului, practicile de relaxare, imaginația pozitivă, exercițiile și mișcările corpului, autocontrolul comportamental, comunicarea, meditația, controlul alimentației și masajul, strategiile unice

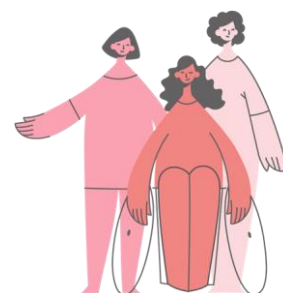


ale individului ca strategii individuale pentru a face față stresului. . Sugerează să te apuci de un hobby și să fii extrovertit.

Pe de altă parte, alimentația sănătoasă este foarte importantă pentru a face față stresului la persoanele cu nevoi speciale. Consumul de alimente bogate în nutrienți ajută la susținerea proceselor fiziologice ale organismului, la creșterea nivelului de energie și la îmbunătățirea bunăstării generale. O dietă echilibrată cu multe fructe, legume, proteine slabe și cereale integrale poate ajuta la reducerea nivelului de stres. De exemplu, alimentele bogate în acizi grași omega-3, cum ar fi somonul și nucile, pot îmbunătăți funcția și starea de spirit a creierului, în timp ce alimentele bogate în vitamina C, cum ar fi portocalele și căpșunile, pot ajuta la combaterea stresului prin susținerea sistemului imunitar. În acest scop, în atelierul de mâncare și băutură au fost realizate gustări sănătoase și practici de preparare a alimentelor pentru ca elevii noștri să cunoască practicile nutriționale care îi vor ajuta să depășească stresul.

În plus, activitatea fizică este o tehnică dovedită de management al stresului. Exercițiile fizice pot îmbunătăți starea de spirit și pot reduce stresul, ajutând la eliberarea endorfinelor, potențiatorii naturali ai dispoziției organismului. Activitatea fizică regulată poate, de asemenea, să îmbunătățească calitatea somnului, să crească nivelul de energie și să susțină sănătatea generală. În cadrul proiectului nostru, se desfășoară activități sportive precum tir cu arcul, badminton și săritul coarda cu elevii noștri cu nevoi speciale, însoțiți de profesori de la Direcția Provincială de Tineret și Sport. În plus, în cadrul școlii sunt organizate și competiții sportive precum volei și fotbal, care sunt jocuri de echipă.

De asemenea, participarea la activități de petrecere a timpului liber este o strategie de coping care ajută la reducerea stresului și la relaxare. Activități precum cititul, grădăritul sau practicarea unui hobby pot oferi o pauză mentală de la stres și pot promova sentimente de împlinire și împlinire. De exemplu, pictarea sau învățarea unui instrument muzical poate spori creativitatea și poate oferi un sentiment de realizare, contribuind la reducerea stresului și la dezvoltarea personală. În cadrul proiectului nostru și al activității pe care o desfășurăm în școala noastră, am oferit cursanților noștri cu nevoi speciale cursuri practice în domeniul artelor plastice și activităților de artizanat precum folclor, pictură, pictură pe piatră și broderie de mărgele, pentru ca aceștia să poată a face față stresului.



TEHNICI DE REGLARE A EMOȚIILOR PENTRU COPIII CU NEVOI SPECIALE

Emine Özlem GEMİCİ

Tehnici de organizare îmbunătățite pentru studenții cu nevoi speciale:

a. Tehnici de relaxare:

Tehnica primară de relaxare pentru elevii cu nevoi speciale este de a dobândi hobby-uri adecvate. Exemple:

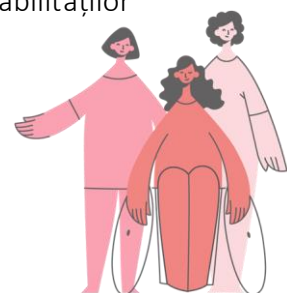
- ⇒ Cântarea la un instrument muzical; Elevii noștri care cântă la un instrument se adaptează mai bine la societate, își fac prieteni și se adaptează mai ușor la mediul social.
- ⇒ Cântarea unui cântec; Elevii noștri de canto împărtășesc propriile videoclipuri pe rețelele sociale și câștigă plăcerea de a obține succes, îmbunătățindu-și astfel încrederea în sine. În plus, poate stabili prietenii de înaltă calitate pe rețelele sociale și ca persoană populară în societate.

b. Tehnici de fizică:

Sunt incluse în programele de reabilitare implementate în primul rând pentru a asigura adaptarea lor la societate și pentru a dezvălui sentimentul de autosuficiență. Competiții private și oficiale și olimpiade pentru persoanele cu dizabilități au început să se desfășoare la intervale regulate.

Activitățile de educație fizică care urmează să fie planificate pentru copiii care au nevoie de educație specială ar trebui să fie capabile să ofere dezvoltare în domeniile psihomotorie, afective și cognitive. Pentru că cu o dezvoltare eficientă în aceste domenii, obiectivele pe termen lung specificate vor fi atinse. Domeniul psihomotric are o valoare importantă în dobândirea deprinderilor motrice care joacă un rol important în dezvoltarea socială și emoțională a copilului.

- a) Să îmbunătățească nivelul fizic și motor al individului prin participarea la activități fizice,
- b) să asigure dezvoltarea componentelor de bază ale structurii corpului,
- c) obținerea coordonării,
- d) Dezvoltarea rezistenței musculare și a forței musculare,
- e) pentru a oferi corpului caracteristici precum echilibrul și flexibilitatea,
- f) Întărirea funcțiilor perceptuale-motorii,
- g) Să permită dezvoltarea percepției kinestezice și tactile, precum și a abilităților perceptiv-motorii.



Activitățile sportive regulate pentru persoanele cu dizabilități, fie că este vorba de cursuri de educație fizică și sport sau de școli sportive recreative deschise în anumite perioade, sunt toate aranjamente care le vor permite persoanelor cu dizabilități să devină persoane autosuficiente, sănătoase și fericite. Studiile pentru asigurarea acestor aranjamente trebuie organizate continuu. În acest scop, ar trebui realizate proiecte și organizate organizații care să ofere sprijin financiar din partea guvernelor și organizațiilor locale printr-o bună promovare. Scopul nostru ar trebui să fie să oferim fiecărui individ obiceiul de a face sport și de a trăi într-o societate formată din indivizi sănătoși. Din acest motiv, cu ideea că nu este pe nimeni de pierdut în educație, sensibilitatea necesară și activitățile de incluziune socială ar trebui întotdeauna acordate persoanelor cu dizabilități (Koparan, 2003).

c. Tehnici cognitive:

Este o activitate care are beneficii pozitive în domeniul mental, emoțional și fizic și crește calitatea vieții, mai degrabă decât doar înregistrarea amintirilor sau îmbunătățirea expresiei de sine. Deși există multe studii științifice recente care dezvăluie toate acestea, este, de asemenea, clar că doar ținerea unui jurnal nu este suficientă pentru un stil de viață sănătos și sănătate mintală în ceea ce privește gestionarea stresului și a anxietății.

Pentru a obține cele mai multe beneficii, ar trebui să mănânci o dietă echilibrată și sănătoasă, precum și să te miști în mod regulat în fiecare zi, să meditezi pentru relaxare etc. adăugând ritualuri la practica zilnică, să dormi suficient și de calitate, să stai departe de obiceiurile dăunătoare etc. este, de asemenea, un fapt că ar trebui făcut împreună.

Ține un jurnal; Reduce stresul și anxietatea, întărește sistemul imunitar, îmbunătățește starea de spirit, îmbunătățește memoria, dezvoltă recunoștința, crește creativitatea, îmbunătățește conștientizarea, ajută la calitatea somnului, îmbunătățește abilitățile de comunicare și ajută la învățarea din experiențe. (<https://www.aysetolga.com/gunluk-tutmanin-one-cikan-10-faydasi>)

Planificarea în avans a lucrărilor de făcut și posibilitatea de a folosi mai bine timpul ușurează viața și reduce stresul.

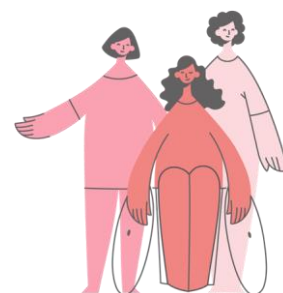
Referințe bibliografice

Koparan, Ş. (2003). Özel ihtiyaçlari olan çocuklarda spor. *Uludağ Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 17(1), 14.

<https://www.aysetolga.com/gunluk-tutmanin-one-cikan-10-faydasi>(Access date:05.06.2023)

<https://madalyonklinik.com/> (Access date:02.09.2023)

<https://hayatozelegitim.com.tr/V2/> (Access date:02.09.2023)



Güçlü, N. (2001). Stres Yönetimi. *Gazi Üniversitesi Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 21(1), 91-109.

<https://www.medicabil.com/tr> (Access date:04.09.2023)

Baltaş, A., & Baltaş, Z. Stres ve Başa Çıkma Yolları. İstanbul: Remzi Kitabevi, 1999.

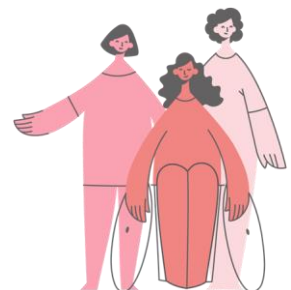
Balcı, A. Öğretim Elemanlarının İş Stresi. Kuram ve Uygulama. Nobel Yayınları, 2000.

Johnstone, M. Stress in Teaching. An Overview of Research. Midlothian: The Scottish Council for Research in Education. SCRE Publication.

Pehlivan, İ. Yönetimde Stres Kaynakları. Pegem Yayınları, Ankara: 1995.

Erdoğan, İlhan. İşletme Yönetiminde Örgütsel Davranış. Dönence Basım ve Yayın Hizmetleri, İstanbul: 1999.

Emine Özlem GEMİCİ - S-a născut în 1971 în districtul Ulubey din Ordu. Terminându-și studiile primare și gimnaziale în Ordu, Gemici a absolvit Universitatea Tehnică Karadeniz, Departamentul de Predare la clasă în 1990. Gemici, care și-a început cariera profesională ca profesor la școala primară Bitlis Central İdris-i Bitlis în același an, a fost numită. la Școala Profesională. A absolvit masterul în educația la clasă în 2023. În 2022, a participat la proiectul SAHhim Erasmus + pentru studenții din învățământul special în parteneriat cu Universitatea Ordu. Gemici, care este căsătorită și mamă a unui copil, vorbește engleza la un nivel moderat.



CONSTRUIREA REZILIENȚEI ȘI A STIMEI DE SINE LA COPIII CU NEVOI SPECIALE

Aleksandra Krstovska

Este esențial să le reamintim copiilor cu nevoi speciale sau dizabilități că dizabilitatea lor nu îi definește ca o persoană întregă, dimpotrivă, ar trebui să-i încurajăm să se concentreze pe abilitățile, punctele forte și potențialul lor, mai degrabă decât doar pe limitările lor.

Următoarele strategii urmăresc să stimuleze încrederea în sine și stima de sine la copiii cu nevoi speciale, creând o bază pozitivă pentru creșterea și bunăstarea personală.

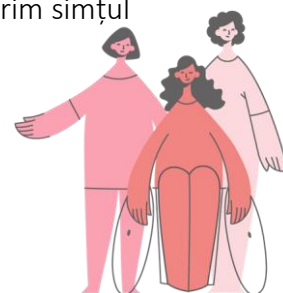
Timp de calitate: petrecerea timpului de calitate cu copiii este esențială pentru construirea stimei de sine. Deși este important să fii prezent fizic, este la fel de important să te implici în activități individuale care să le arate copiilor că lumea lor contează. Acordându-le o atenție neîmpărțită în activitățile care le plac, le transmitem un mesaj puternic de dragoste și grijă.

Întărire pozitivă: Încurajarea sarcinilor care sunt în limitele capacităților copiilor poate face minuni pentru încrederea lor. Când îndeplinesc o sarcină cu succes, ar trebui să sărbătorim realizările lor cu expresii precum „Great job!” sau „Bine! Feedback-ul pozitiv declanșează eliberarea de substanțe chimice „bun” în creier, întărindu-le dorința de a obține mai mult.

Predați abilități de rezolvare a problemelor: Încrederea în sine provine adesea din abilitatea de a rezolva problemele. În loc să oferiți soluții, încurajați copiii să se gândească la cum să-și rezolve problemele. Această abordare îi dă putere să facă față luptelor și dilemelor zilnice.

Sărbătorește victoriile mici: este esențial să recunoaștem că nu toți copiii excelează din punct de vedere academic. Profesorii și părinții ar trebui să identifice și să evidențieze în mod activ punctele forte ale copiilor, fie că este vorba despre talente artistice, abilități muzicale sau abilități sociale excepționale. Afișarea lucrărilor lor de artă, participarea la activitățile lor și complimentarea trăsăturilor lor pozitive de caracter pot crea o contrabalansare la deficiențele lor percepute, întărind stima de sine.

Activități comune: Copiii cu nevoi speciale pot experimenta frustrarea mai ușor decât alții, ceea ce face ca sarcinile aparent simple să fie provocatoare. Angajarea în activități care le plac, cum ar fi desenul sau ascultarea muzicii, transmite un mesaj puternic că preferințele lor bibliografice contează. Arătând interes și apreciere real pentru interesele lor, le întărim simțul importanței și unicității.



Așteptări realiste: recunoașteți capacitățile copiilor și acceptați nevoile lor speciale. Având așteptări realiste și îmbrățișând calitățile lor unice, creăm un mediu de susținere în care ei pot înflori. Copiii preiau indicii de la adulți, așa că acceptarea dizabilităților îi poate ajuta să se accepte pe ei înșiși, în cele din urmă hrănindu-și stima de sine.

Încurajează independența: independența este o trăsătură valoroasă care poate crește stima de sine. Sprijiniți și hrăniți capacitatea copiilor de a face față sarcinilor și de a lua singuri decizii. Dându-i puterea să preia controlul asupra vieții lor, ei dezvoltă un sentiment de valoare în sine și încredere.

Recunoașterea talentelor: Toată lumea are talente și abilități unice. Ajutați copiii cu nevoi speciale sau dizabilități să-și descopere și să-și valorifice talentele. Fie că este vorba despre un talent în artă, muzică, sport sau orice alt domeniu, recunoașterea și cultivarea abilităților le poate spori semnificativ încrederea în sine.

Stabiliți obiective realiste: Încurajați copiii cu nevoi speciale sau dizabilități să își stabilească obiective realiste și realizabile. Prin împărțirea obiectivelor mai mari în pași mai mici și gestionați, ei pot experimenta un sentiment de realizare și își pot construi în mod constant stima de sine.

Îmbrățișează individualitatea: Sărbătorește-le individualitatea și unicitatea. Lăudați-le calitățile, realizările și contribuțiile pe care le aduc comunităților lor. Crearea unui mediu care apreciază diferențele și punctele lor forte promovează o imagine de sine pozitivă și le crește stima de sine.

CARE SUNT METODELE DE A FACE FAȚĂ STRESULUI LA COPIII CU NEVOI SPECIALE?

Aleksandra Krstovska

Reziliența este procesul de adaptare bine în fața adversității, traumei, tragediilor, amenințărilor sau chiar a unor surse semnificative de stres. Literal, înseamnă „a reveni” la o funcționare mentală normală sau sănătoasă după ce te confrunți cu un factor de stres semnificativ.

Dezvoltarea rezilienței îi poate ajuta pe copii să gestioneze stresul și sentimentele de anxietate și incertitudine. Cu toate acestea, a fi rezistent nu înseamnă că copiii nu vor avea dificultăți sau suferință. Durerea emoțională, tristețea și anxietatea sunt frecvente atunci



când am suferit traume majore sau pierderi personale sau chiar atunci când auzim de pierderea sau trauma altcuiva.

2020 a fost până acum anul provocărilor. Lumea a fost lovită de o pandemie, modificând și afectând în mod semnificativ viața multora de pe tot globul. Copiii, în aceste circumstanțe, sunt una dintre cele mai vulnerabile populații la tensiunea socială și emoțională cauzată de pandemie.

Copiii cu nevoi speciale și afecțiuni genetice sunt în continuare expuși unui risc mai mare de marginalizare. Izolarea la domiciliu, izolarea socială, abuzul și neglijarea copiilor, sărăcia, conflictele parentale, perturbarea primirii serviciilor medicale și de educație specială necesare, adaptarea la noul stil de viață, schimbarea metodei de școlarizare sunt doar câteva provocări și incertitudini pe care le pot dezvolta copiii cu nevoi speciale. fi confruntat.

Prin construirea rezilienței la copiii cu nevoi speciale, putem ajuta la atenuarea daunelor cauzate de aceste adversități. Poate ajuta copiii să facă față mai bine impactului pe termen lung și să înflorească în ciuda greutăților cu care se confruntă.

Următoarele modalități trebuie predate copiilor ținând cont de starea lor specifică, severitatea preocupărilor lor, vârsta, abilitățile și eficacitatea măsurată a dezvoltării rezilienței:

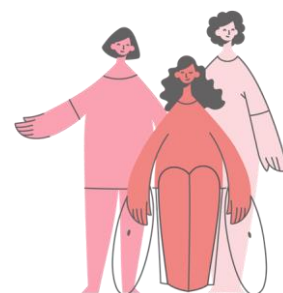
1) Nevoile de siguranță și securitate sunt îndeplinite

Parenting-ul sensibil și receptiv devine un factor de protecție foarte puternic, în special pentru copiii cu nevoi speciale. Cercetările confirmă, de asemenea, că prezența unui adult îngrijitor este unul dintre factorii primari care ajută la recuperarea copiilor care au suferit traume. Având în vedere nevoia de izolare socială, părinții și îngrijitorii au o responsabilitate suplimentară de a oferi copilului interacțiunea socială de care astfel le lipsește.

În plus, încurajarea copiilor să participe la orice practici culturale sau religioase din care găsesc un sentiment de securitate va fi foarte utilă în dezvoltarea lor optimă în timpul pandemiei.

2) Rutinele normale de familie restabilite

Un alt mod de a vă simți în siguranță și îngrijit este să vă asigurați că rutinele obișnuite ale familiei rămân neschimbate cât mai mult posibil. Majoritatea copiilor cu nevoi speciale sunt sensibili la schimbare, așa că părinții ar trebui să încerce să mențină un program de acasă aproape asemănător ca înainte. Rutine – După cum am menționat și mai sus, menținerea unei rutine de acasă stabilite de dormit, mâncat, școală etc. ajută la o anumită predictibilitate și, prin urmare, un sentiment de control.



3) Promovați autoeficacitatea

Autoeficacitatea se referă la încrederea pe care cineva o are în propriile abilități de a rezolva probleme sau de a gestiona situații. Această credință în capacitatea cuiva de a face față sarcinilor le oferă copiilor siguranța că pot depăși provocările și pot găsi soluții.

Se recomandă ca părinții să-și încurajeze copiii să gestioneze în mod independent problemele și situațiile, deoarece acest lucru poate stimula încrederea în sine. Cu toate acestea, atunci când cresc copii cu nevoi speciale, părinții sau îngrijitorii înclină adesea să fie protectori. Deși acest instinct de protecție este de înțeles, este benefic să găsim un echilibru între oferirea de protecție și acordarea libertății de a învăța și de a crește.

4) Oferirea copiilor de alegere

Oferă copiilor libertatea de a alege cu privire la activitățile lor preferate, promovând un sentiment de independență.

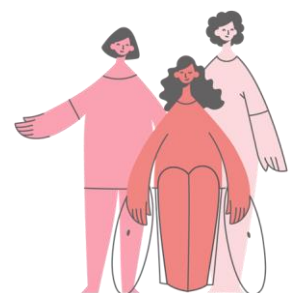
De exemplu, puteți proiecta un plan zilnic de activități, asemănător cu un orar școlar. Apoi, încurajați copilul să eticheteze fiecare activitate ca fiind „imediată” sau „mai târziu”, permițându-i să decidă succesiunea în care dorește să se angajeze în aceste sarcini, toate în timp ce respectă programul predeterminat de activități pe care l-ați stabilit. Această abordare le dă putere să-și exercite abilitățile de luare a deciziilor în cadrul pe care l-ați oferit.

5) Laudă pozitivă

Aprecierea ne oferă o asigurare că ne-am performat de fapt bine și că celorlalți noștri semnificativi le-a plăcut. Pentru elevii cu nevoi speciale, laudele sunt extrem de vitale. Ar putea fi doar un „Foarte bine!”, dar trebuie să-ți lauzi copilul pentru fiecare lucru mic pe care îl face corect. Și chiar dacă greșesc sau eșuează, asigurați-vă că le lăudați eforturile sau abordarea.

6) Promovați un sentiment de speranță și optimism

Menținerea unei mentalități pline de speranță și optimistă este avantajoasă în gestionarea stresului, deoarece oferă motivație pentru a persevera, în special atunci când se cultivă reziliența copiilor cu nevoi speciale. Îndrumarea copiilor pentru a reformula discuțiile sau declarațiile negative de sine este crucială. În loc să spui: „Nu pot obține niciodată asta”, încurajează-ți copilul să spună „O să mai încerc mâine”. Această abilitate poate fi transmisă prin diferite metode.



De asemenea, este important să dai un exemplu de optimism. Copiii sunt observatori atenți. Când văd că părinții sau îngrijitorii lor se iertă pentru greșeli sau adoptă o perspectivă pozitivă, ei tind să imite același comportament.

7) Promovarea conexiunii sociale

Deși contactul fizic poate fi restricționat, este esențial să împiedicați izolarea socială să se transforme în distanță emoțională pentru copilul dumneavoastră. Faceți eforturi pentru a facilita conexiunile dintre copilul dumneavoastră și colegii lor sau membrii familiei extinse prin chat-uri video sau apeluri telefonice. Încurajează-ți copilul să creeze relații cu alții care împărtășesc interese sau hobby-uri comune. De exemplu, puteți explora oportunități pentru copilul dvs. de a participa la activități de grup online antrenante și împlinite. Acest sentiment de companie și sprijin va contribui la întărirea rezilienței copiilor cu nevoi speciale.

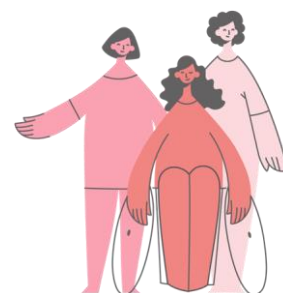
În plus, străduiți-vă să mențineți serviciile medicale sau de educație specială și terapiile continue pe care copilul dumneavoastră le primea. Continuitatea acestor servicii esențiale poate aduce beneficii semnificative dezvoltării și bunăstării acestora.

8) Sprijin emoțional pentru copii

Reasigurarea presupune mângâierea copiilor cu nevoi speciale, asigurându-le de siguranța lor și a celor din jur. Oferirea atât de asigurări fizice, cum ar fi o îmbrățișare blândă, cât și de comunicare verbală este extrem de eficientă.

Învățarea metodelor copiilor de a-și gestiona emoțiile este, de asemenea, crucială. Aceasta include tehnici simple, cum ar fi exerciții de respirație, activitate fizică sau petrecerea timpului singur. De asemenea, ar trebui să-i încurajăm să-și exprime sentimentele, să pună întrebări dacă au ceva sau chiar să caute un ajutor psihologic profesionist dacă este nevoie.

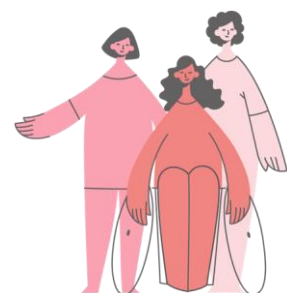
Copilăria este adesea idealizată ca lipsită de griji, dar nu îi protejează pe copii de provocări și dificultăți emoționale. Copiii se pot confrunta cu probleme precum adaptarea la noile săli de clasă, învățarea online, confruntarea cu hărțuirea de la egal la egal sau cu provocări acasă. Mai mult, incertitudinile creșterii într-o lume complexă complică aceste provocări. Abilitatea de a prospera în ciuda unor astfel de obstacole este înrădăcinată în abilitățile de reziliență.



Aleksandra Krstovska - Educația ei include o diplomă de licență în limba și literatura engleză, pe care a urmat-o la Universitatea „Ss Cyril and Methodius”, Facultatea de Filologie „Blaze Koneski” din Skopje, Macedonia (2000-2005). Și-a terminat studiile secundare la Școala Gimnazială de Stat „Kocho Racin”-Veles între 1996 și 2000. Cu peste două decenii de experiență profesională, Aleksandra a excelat în diferite roluri. Și-a început cariera ca profesoară de limba engleză la Centrul de limbi străine din Veles (2002 până în 2004) și mai târziu la Școala Privată de Engleză - Lingva Planet din 2004 până în 2005. Din 2009, este traducătoare oficială la Curtea de Justiție din Veles. Devotamentul ei pentru educație a determinat-o să lucreze ca profesor de limba engleză la școala primară „Vasil Glavinov” din Veles din 2005 până în prezent.



Angajamentul Aleksandrei față de dezvoltarea profesională este evident în rolurile ei de formatore de profesori. În 2011, a devenit formator de profesori pentru cursul „English language for teachers”. Ea a fost, de asemenea, ca formator de profesori în programul de formare a personalului școlii, „Implication of innovative interactive approaches in teaching” în 2022. În 2020, a preluat rolul de coordonator pentru proiectul Erasmus intitulat „Improving health through modern sports and changing the approach to nutrition”, urmată de rolul ei de coordonator pentru proiectul Erasmus „Stay at home healthy through the use of innovative methods” în 2021. De asemenea, a participat și a colaborat la multe proiecte Etwinning (Web 2.0 tools , Spin the wheel, English on the go) și a fost profesor coordonator al multor voluntari din Corpul Păcii care și-au făcut serviciul în școala primară Vasil Glavinov din Veles, Macedonia de Nord



CE MODALITĂȚI AR TREBUI URMATE ÎN TIMPUL CRIZELOR LA COPIII CU NEVOI SPECIALE?

Sevim ACARÖZ

Copiii cu nevoi speciale, ca toți copiii, pot experimenta crize de furie. Crizele de furie sunt adesea o expresie a frustrării, a dificultăților de comunicare, a suprasolicitării senzoriale sau a dorinței de control. Înțelegerea și gestionarea eficientă a crizelor de furie la copiii cu nevoi speciale necesită răbdare, empatie și o abordare personalizată. În acest capitol, vom explora diverse strategii și tehnici pe care părinții, îngrijitorii și educatorii le pot folosi pentru a naviga în crizele de furie într-o manieră sensibilă și de susținere.

Înțelegerea crizelor de furie

1. Recunoașterea declanșatorilor

Primul pas în gestionarea crizelor de furie la copiii cu nevoi speciale este *identificarea declanșatorilor*. Fiecare copil este unic, iar declanșatoarele crizelor de furie pot varia foarte mult. Declanșatorii obișnuiți pot include:

Provocări de comunicare: Mulți copii cu nevoi speciale se luptă să se exprime verbal. Frustrarea de a nu fi înțeles poate duce la crize de furie (Paul et., 2007).

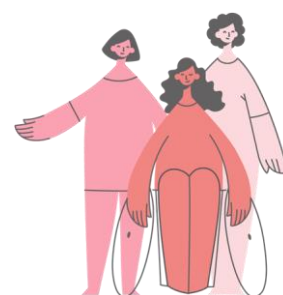
Sensibilități senzoriale: Copiii cu tulburări de procesare senzorială pot fi copleșiți de stimuli senzoriali, cum ar fi zgomotul, luminile sau texturile, ceea ce duce la colapsuri (Baranek și colab., 2006).

Perturbații de rutină: Schimbările în rutine sau tranzițiile între activități pot fi deosebit de provocatoare pentru unii copii cu nevoi speciale (Estes et al., 2011).

Disconfort fizic: Durerea sau disconfortul, cum ar fi foamea, oboseala sau disconfortul senzorial, pot contribui la crize de furie.

2. Abordare individualizată

Copiii cu nevoi speciale au adesea profiluri unice de puncte forte și provocări. Este esențial să înțelegem diagnosticul specific, preferințele și sensibilitățile senzoriale ale copilului. Aceste cunoștințe îi vor ajuta pe îngrijitorii să își adapteze abordarea pentru gestionarea eficientă a crizelor de furie (Matson și colab., 2013).



Strategii pentru gestionarea crizelor de furie

1. Răspunsuri calme și consecvente

Rămâneți calm: este esențial să rămâneți calm atunci când un copil are o criză de furie. Comportamentul tău calm poate ajuta la de-escaladarea situației.

Consecvență: stabiliți rutine și așteptări consistente. Copiii cu nevoi speciale se bucură adesea de predictibilitate (O'Neill et al., 1997).

2. Strategii de comunicare

Suporturi vizuale: Utilizați suporturi vizuale, cum ar fi programe de imagini, povești sociale sau panouri de comunicare vizuală pentru a îmbunătăți înțelegerea și a reduce frustrarea (Charlop-Christy & Daneshvar, 2003).

Utilizați un limbaj simplu: atunci când comunicați cu copilul, utilizați un limbaj simplu și clar pentru a minimiza confuzia (Kagohara și colab., 2013).

3. Reglarea senzorială

Oferiți pauze senzoriale: Dacă supraîncărcarea senzorială este un declanșator, creați un spațiu liniștit și calm în care copilul să poată face o pauză senzorială (Carr et al., 2002).

Instrumente senzoriale: Oferiți instrumente senzoriale, cum ar fi jucării agitate sau căști cu anulare a zgomotului, pentru a ajuta copilul să se auto-regleze (Miller et al., 2007).

4. Întăriți comportamentul pozitiv

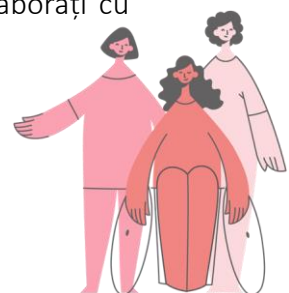
Întărire pozitivă: Lăudați și recompensați comportamentul pozitiv pentru a motiva copilul să folosească strategii adecvate de comunicare și de coping.

Învățați reglarea emoțională: Ajutați copilul să învețe să-și recunoască și să-și gestioneze emoțiile prin tehnici precum respirația profundă sau relaxarea musculară progresivă (Smith et al., 2000).

5. Colaborați cu profesioniști

Consultați specialiști: căutați îndrumări de la terapeuți, educatori și specialiști care au experiență de lucru cu copii cu nevoi similare. Ele pot oferi perspective și strategii valoroase.

Plan de educație individualizat (PIP): Dacă copilul se află într-un cadru școlar, colaborați cu școala pentru a dezvolta un IEP care să răspundă nevoilor și provocărilor sale unice.



6. Răbdare și empatie

Ascultare empatică: Ascultați sentimentele și frustrările copilului. Uneori, doar recunoașterea emoțiilor lor poate fi calmant.

Răbdare: recunoașteți că progresul poate fi lent, iar eșecurile sunt frecvente. Sărbătorește micile victorii de-a lungul drumului.

În concluzie, gestionarea crizelor de furie la copiii cu nevoi speciale necesită o abordare multifacțată și individualizată. Înțelegând nevoile unice ale copilului, factorii declanșatori și stilurile de comunicare, îngrijitorii și profesorii pot oferi sprijinul necesar pentru a reduce frecvența și intensitatea crizelor de furie. Răbdarea, consecvența și concentrarea asupra întăririi pozitive pot ajuta copiii cu nevoi speciale să dezvolte o mai bună reglare emoțională și abilități de comunicare, îmbunătățind în cele din urmă calitatea vieții și relațiile cu îngrijitorii și colegii.

Referințe bibliografice

Baranek, G. T., David, F. J., Poe, M. D., Stone, W. L., & Watson, L. R. (2006). Sensory experiences questionnaire: Discriminating sensory features in young children with autism, developmental delays, and typical development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(6), 591-601.

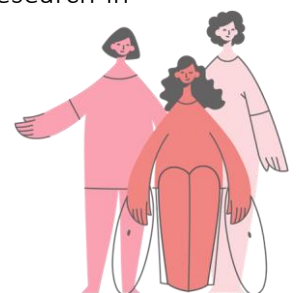
Carr, E. G., Dunlap, G., Horner, R. H., Koegel, R. L., Turnbull, A. P., Sailor, W., ... & Fox, L. (2002). Positive behavior support: Evolution of an applied science. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 4(1), 4-16.

Charlop-Christy, M. H., & Daneshvar, S. (2003). Using video modeling to teach perspective taking to children with autism. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 5(1), 12-21.

Estes, A., Munson, J., Dawson, G., Koehler, E., Zhou, X. H., & Abbott, R. (2011). Parenting stress and psychological functioning among mothers of preschool children with autism and developmental delay. *Autism*, 15(6), 717-737.

Kagohara, D. M., van der Meer, L., Ramdoss, S., O'Reilly, M. F., Lancioni, G. E., Davis, T. N., ... & Sigafoos, J. (2013). Using iPods(®) and iPads(®) in teaching programs for individuals with developmental disabilities: A systematic review. *Research in Developmental Disabilities*, 34(1), 147-156.

Matson, J. L., Wilkins, J., & Macken, J. (2008). The relationship of challenging behaviors to severity and symptoms of autism spectrum disorders. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 1(2), 130-139.



Miller, L. J., Anzalone, M. E., Lane, S. J., Cermak, S. A., & Osten, E. T. (2007). Concept evolution in sensory integration: A proposed nosology for diagnosis. *American Journal of Occupational Therapy*, 61(2), 135-140.

O'Neill, R. E., Horner, R. H., Albin, R. W., Sprague, J. R., Storey, K., & Newton, J. S. (1997). *Functional assessment and program development for problem behavior: A practical handbook* (2nd ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

SFATURI PENTRU A FACE FĂȚĂ STRESULUI LA COPIII CU NEVOI SPECIALE

Sevim ACARÖZ

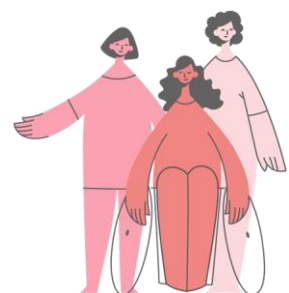
A face față stresului la copiii cu nevoi speciale poate fi o provocare, dar este esențial să-i ajutăm să-și dezvolte reziliența și să dezvolte modalități sănătoase de a gestiona factorii de stres. Iată câteva sfaturi valoroase pentru părinți, îngrijitori și profesori:

Recunoașteți semnele de stres: Înțelegeți că stresul se poate manifesta diferit la copiii cu nevoi speciale. Poate include comportamente precum agitație crescută, retragere, colapsuri sau modificări ale somnului și ale apetitului. Acordați atenție indiciilor non-verbale, deoarece unii copii pot avea dificultăți în exprimarea verbală a stresului.

Comunicare deschisă: Încurajează comunicarea deschisă și sinceră. Creați un mediu sigur și fără judecăți în care copilul se simte confortabil să-și împărtășească sentimentele. Folosiți un limbaj și imagini vizuale adecvate vârstei dacă este necesar pentru a-i ajuta să-și exprime emoțiile.

Stabiliți rutine: Copiii cu nevoi speciale beneficiază adesea de rutine structurate și de predictibilitate. Programele zilnice consistente pot oferi un sentiment de securitate și pot reduce stresul. Pregătiți copilul în avans pentru orice modificări sau întreruperi ale rutinei sale.

Predați tehnici de relaxare: Introduceți tehnici de relaxare precum exerciții de respirație profundă, mindfulness sau imagini ghidate. Aceste strategii pot ajuta copiii să se autoregleze și să gestioneze stresul.



Oferiți sprijin senzorial: înțelegeți sensibilitățile senzoriale ale copilului și oferiți instrumente senzoriale sau pauze atunci când este necesar. Acest lucru îi poate ajuta să facă față supraîncărcării senzoriale și să reducă stresul.

Încurajați activitatea fizică: Angajați copilul în activități fizice care îi plac. Exercițiile fizice pot ajuta la reducerea stresului, la îmbunătățirea stării de spirit și la promovarea bunăstării generale.

Oferiți sprijin social: facilitați interacțiunile sociale și prietenii. Relațiile pozitive pot acționa ca un tampon împotriva stresului. Predați abilitățile sociale și oferiți oportunități de implicare socială.

Stabiliți așteptări realiste: înțelegeți abilitățile și limitările copilului. Stabiliți obiective și așteptări realizabile pentru a reduce presiunea și stresul.

Avocați pentru servicii de asistență: căutați servicii de sprijin, terapii sau intervenții care pot răspunde nevoilor specifice ale copilului. Intervenția timpurie poate preveni sau atenua adesea factorii de stres.

Îngrijirea personală a îngrijitorilor: îngrijitorii și părinții trebuie să acorde prioritate îngrijirii de sine. Îngrijirea unui copil cu nevoi speciale poate fi solicitantă din punct de vedere emoțional și fizic, iar luarea de pauze și căutarea sprijinului este esențială.

Promovați o mentalitate pozitivă: încurajați o mentalitate de creștere în care provocările sunt privite ca oportunități de învățare și creștere. Ajutați copilul să se concentreze asupra punctelor forte și a succeselor sale.

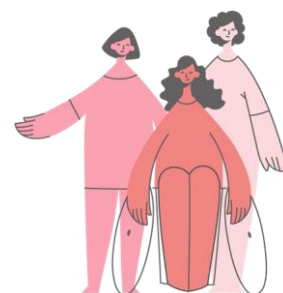
Căutați ajutor profesional: dacă stresul este persistent sau sever, consultați un profesionist din domeniul sănătății, terapeut sau consilier specializat în lucrul cu copiii cu nevoi speciale.

Întăriți independența: încurajează independența prin predarea abilităților de auto-ajutorare și de rezolvare a problemelor. Împuternicirea copilului să-și gestioneze anumite aspecte ale vieții poate reduce stresul.

Sărbătorește realizările: Sărbătorește chiar și realizările și etapele de referință mici. Întărirea pozitivă poate crește stima de sine a copilului și poate reduce stresul.

Creați un mediu prietenos senzorial: proiectați spații de locuit și de învățare care să se adapteze nevoilor senzoriale ale copilului. Minimizați declanșatorii senzoriali și oferiți un mediu sigur și confortabil.

Promovați incluziunea: Încurajați incluziunea în activitățile școlare și comunitare. A te simți parte dintr-un grup poate reduce sentimentele de izolare și stres.



Fiți răbdători: înțelegeți că progresul poate fi treptat. Aveți răbdare cu călătoria copilului și oferiți sprijin continuu.

Prin implementarea acestor strategii și menținerea unui mediu de susținere și înțelegere, puteți ajuta copiii cu nevoi speciale să facă față mai eficient stresului, să-și îmbunătățească bunăstarea generală și să-și dezvolte abilități esențiale de viață pentru viitor.

Referințe bibliografice

Aldridge, D., & Laverty, D. (2008). Sensory experiences questionnaire: Enhancing the assessment of sensory processing in children with an intellectual disability. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 33(3), 277-285.

Hwang, Y. S., & Kearney, P. (2013). A systematic review of mindfulness intervention for individuals with developmental disabilities: Long-term practice and long-lasting effects. *Research in Developmental Disabilities*, 34(1), 314-326.

Kern, J. K., Garver, C. R., Carmody, T., Andrews, A. A., Trivedi, M. H., & Mehta, J. A. (2016). Examining sensory quadrants in autism. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 27, 13-20.

Mazurek, M. O., & Sohl, K. (2016). Sleep and behavioral problems in children with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 46(6), 1906-1915.

Sanders, W. (2012). Positive behavior support: Toward a person-centered, nonrestrictive paradigm of managing challenging behavior. *Research & Practice for Persons with Severe Disabilities*, 37(3), 164-172.

Storch, E. A., Larson, M. J., Ehrenreich-May, J., Arnold, E. B., Jones, A. M., Renno, P., ... & Murphy, T. K. (2010). Peer victimization in youth with autism spectrum disorders and co-occurring anxiety: Relations with psychopathology and loneliness. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 22(3), 183-195.

Sevim Acaroz – Conferențiar universitar doctor. Și-a efectuat studiile universitare la Universitatea Hacettepe, Facultatea de Științe ale Sănătății, Departamentul de Fizioterapie și Reabilitare între 2003 și 2008. A absolvit masteratul la Institutul de Științe ale Sănătății al Universității Hacettepe, Departamentul de Fizioterapie și Reabilitare în 2011, iar titlul de doctor în 2015. Între 2008 și 2016, a lucrat ca kinetoterapeut / kinetoterapeut specialist în centre private de educație și reabilitare, centre private de kinetoterapie și spitale publice afiliate Asociației Spitalelor Publice din Turcia. Lucrează ca membru al facultății la Universitatea Ordu, Facultatea de Științe ale Sănătății, Departamentul de Fizioterapie și Reabilitare din martie 2016. A avut dreptul să primească titlul de conferențiar în ianuarie 2021. Lucrează pe reabilitare neurologică, reabilitare geriatrică, viață sănătoasă și exercițiu. Are numeroase publicații internaționale și naționale.

