



Rana razvojna podrška:

pristup usmjeren
na obitelj

Mali dom - Zagreb, 2023.

Rana razvojna podrška:

pristup usmjeren
na obitelj

Mali dom - Zagreb, 2023.

Impressum

Naslov publikacije:

Rana razvojna podrška: pristup usmjeren na obitelj

Izdavač/Nakladnik:

Mali dom - Zagreb

Urednici:

Marijana Konkoli Zdešić

Ana Validžić Požgaj

Tatjana Petrović Sladetić

Darija Udovičić Mahmuljin

Recenzenti:

Ana-Marija Bohaček, mag. rehab. educ., spec. rane intervencije

Dr. sc. Goran Krakar, dr. med. spec. neuropedijatar

Lektura:

Nitor usluge d.o.o.

Grafička obrada:

Ferderber Design j.d.o.o.

Tisak :

Printorial d.o.o.

Ovaj priručnik nastao je u suradnji Dnevnog centra za rehabilitaciju djece i mladeži Mali dom - Zagreb i Perkins School for the Blind, SAD.

ISBN 978-953-57929-4-9

Zagreb, travanj 2023

“Učenje je kao veslanje uzvodno, čim se prestane, odmah se kreće unazad”

Lao Ce

Rad u obitelji i s obitelji djeteta s poteškoćama, osim što podrazumijeva visoku razinu znanja iz različitih područja, predstavlja vrlo složen proces komunikacije i interakcije u kojemu se stručnjak koji pruža podršku nalazi. Svjesni složenosti procesa kroz koje prolaze obitelji, ali i stručnjaci u obitelji, Mali dom – Zagreb kontinuirano ulaže u osnaživanje stručnjaka koji provode ranu razvojnu podršku, kao i u specifična znanja koja su potrebna kako bi ta podrška bila što sveobuhvatnija.

Rana razvojna podrška kakvu pružamo danas mijenjala se od samih početaka. Krenuli smo putem multidisciplinarnosti, koji je i tada bio prepoznat, a danas težimo transdisciplinarnosti te uključenosti obitelji kao ravnopravnog partnera na tom putu. Isto tako, prolazeći različite edukacije, oblikovali smo metode rada našim uvjetima kako bi usluge koje nudimo bile prilagođene uvjetima i potrebama obitelji kojoj se pruža, a ujedno smo ostali otvoreni za implementiranje novih znanstveno utemeljenih metoda.

Vjerujemo kako ćemo kroz ovaj priručnik pružiti znanja i ideje stručnjacima na teritoriju cijele Republike Hrvatske, ali i šire te da će pridonijeti razvoju i podizanju kvalitete rane razvojne podrške.

Mr. Tatjana Petrović Sladetić, ravnateljica

POPIS AUTORA

Mali dom - Zagreb:

- **Martina Celizić**, mag. rehab. educ., *Dnevni centar za rehabilitaciju Mali dom - Zagreb*
- **Jasminka Gagula**, mag. fizioterapije, *Dnevni centar za rehabilitaciju Mali dom - Zagreb*
- **Senada Jagar**, univ. spec. rehab. educ., *Dnevni centar za rehabilitaciju Mali dom - Zagreb*
- Doc. dr. sc. **Ana Katušić**, prof. rehabilitator, *Hrvatski institut za istraživanje mozga, Medicinski fakultet, Sveučilište u Zagrebu*
- **Danijela Kljajić**, radni terapeut / SIAT® terapeut, *Dnevni centar za rehabilitaciju Mali dom - Zagreb*
- **Marijana Konkoli Zdešić**, univ. spec. rehab. educ., *Dnevni centar za rehabilitaciju Mali dom - Zagreb*
- **Diana Korunić**, prof. logoped, *Dnevni centar za rehabilitaciju Mali dom - Zagreb*
- **Mirjana Marojević**, dipl. socijalni radnik, *Dnevni centar za rehabilitaciju Mali dom - Zagreb*
- **Ivana Rogar Gojević**, mag. rehab. educ., SIAT® terapeut, *Dnevni centar za rehabilitaciju Mali dom - Zagreb*
- **Snježana Seitz**, univ. spec. rehab. educ., *Dnevni centar za rehabilitaciju Mali dom - Zagreb*
- **Ivana Slavinić**, univ. spec. rehab. educ., *Dnevni centar za rehabilitaciju Mali dom - Zagreb*
- **Sabina Šimić**, prof. psiholog, *Zavod za vještačenje, profesionalnu rehabilitaciju i zapošljavanje osoba s invaliditetom, Područni ured Zagreb*
- **Jelena Špionjak**, mag. fizioterapije, *Dnevni centar za rehabilitaciju Mali dom - Zagreb*
- **Darija Udovičić Mahmuljin**, dipl. oec., *Dnevni centar za rehabilitaciju Mali dom - Zagreb*
- **Ana Validžić Požgaj**, Univ.spec.rehab.educ., *Dnevni centar za rehabilitaciju Mali dom - Zagreb*

Recenzenti:

Ana-Marija Bohaček, mag. rehab. educ., spec. rane intervencije

Dr. sc. Goran Krakar, dr. med. spec. neuropedijatar

PREDGOVOR

Iza ideje priručnika krije se želja pružiti ona saznanja koja bismo voljeli da smo kao pojedinci i kao tim imali na početku našeg puta u otkrivanju područja rane razvojne podrške u djetinjstvu. Priručnik stoga nudi cjeloviti pregled potrebnih područja kako bi se sigurnije uplovilo u, za neke, novu pustolovinu.

Kada se kreirala stručna izobrazba „Stručna podrška u ranoj razvojnoj dobi – koraci u primjeni rano interventnog programa“ u okviru Edukacijskog centra Mali dom - Zagreb upravo je tada kostur priručnika poslužio kao vodilja u kreiranju modula i tema. U Republici Hrvatskoj nedostaje literature upravo namijenjene praktičarima rane razvojne podrške u ranoj razvojnoj dobi ili onima koji će to tek postati.

Priručnik sadržajno nastoji obuhvatiti sve sudionike procesa unutar rane razvojne podrške u djetinjstvu počevši od stručnjaka, tima, roditelja i djeteta, stavljajući naglasak na obitelj.

Značajke priručnika su i te da će čitatelja usmjeriti na najvažnija obilježja rane dobi, što znači pristup usmjeren na obitelj te kako u konačnici koordinirati rani interventni program. Prilikom kreiranja priručnika vodilo se računa ne samo kojim stručnjaci će biti namijenjen, nego i u kojoj fazi je rani interventni program iz kojeg stručnjaci dolaze. Stručnjaci kojima je priručnik namijenjen su edukacijski rehabilitatori, logopedi, fizioterapeuti, psiholozi, radni terapeuti i socijalni radnici. Priručnik preporučamo pročitati redoslijedom kako je napisan jer će na taj način čitatelj integrirati glavna obilježja potpore u ranom djetinjstvu.

Priručnik je organiziran u deset cjelina od kojih je zadnja, deseta sačinjena od priloga. Unutar teksta postoje aktivne poveznice u PDF-u (označene plavom bojom) koje će vas odvesti do traženog priloga ili nekog pojma. Kao dodatno vodstvo nalazi se i kazalo pojmova koje će istaknuti važnije pojmove potrebne za svakodnevni klinički rad. Svako poglavlje/cjelina su sačinjeni od nekoliko potpoglavlja koji dodatno razrađuju glavnu temu.

Što možete ukratko očekivati od svakog poglavlja?

1. Kako je nastao koncept rane razvojne podrške

U ovom poglavlju se obrađuje put koji je doveo do suvremenih stavova o ranoj razvojnoj podršci u djetinjstvu te koje su temeljne odrednice.

2. Zašto postoji rana razvojna podrška i tko može biti korisnik?

Kroz neurobiološke osnove i definiranjem neurorizičnih čimbenika pojašnjava se što može dovesti do potrebe za podrškom te vas uvodimo u područje definiranja kriterija zbog čega je bitno započeti intervenciju u ranoj razvojnoj dobi što prije.

3. Procjena u ranoj razvojnoj podršci

Cilj ove cjeline je čitatelju približiti važnost transdisciplinarnog pristupa kroz timsku procjenu te dati alate kako razvijati transdisciplinarnost unutar tima. Uz to se nudi uvid u mjerne instrumente za ranu razvojnu dob.

4. Što promatrati u ranom razvoju?

Kako bi se kreirale strategije i daljnje smjernice u radu s djetetom, potrebno je biti upoznat s tipičnim i atipičnim obilježjima ranog razvoja. Stoga se u ovom poglavlju ulazi dublje u sva razvojna područja povezujući ih sa suvremenim spoznajama o ranom razvoju.

5. Pristup usmjeren na obitelj

Naglasak podrške za ranu razvojnu podršku u djetinjstvu je na obitelji. Poglavlje daje uvid u obitelj koja je središte pristupa usmjerenog na obitelj. Kroz potpoglavlja se dobiva uvid u funkcioniranje obitelji, što sve obitelj djeteta s razvojnim rizicima ili teškoćama prolazi te što je potrebno stručnjacima da komuniciraju kvalitetno.

6. Stručna podrška ranom razvoju

Ujedinjuje najbolja iskustva vezana za pružanje podrške djetetu i obitelji slijedeći suvremena načela rane razvojne podrške u djetinjstvu. Čitatelj će dobiti uvid u korake i znanja na koji način pružati podršku.

7. Obilježja tranzicije u ranoj razvojnoj podršci

Obrađuje se tema o tome vodi li se dovoljno računa o prelasku iz programa u program, na koji način se vodi proces tranzicije te kako taj proces vide stručnjaci i roditelji. Ovo poglavlje pruža sugestije za poboljšanje trenutne prakse.

8. Stručnjaci u ranoj razvojnoj podršci

Kroz priručnik smo nastojali opisati koje su sve uloge i odgovornosti stručnjaka i tima, a posebnu poruku upućujemo ka potrebi za cjeloživotnim učenjem i razvojem. Ono što bi svakako trebalo razvijati i podupirati dalje je razvoj stručne supervizije koja je i preduvjet razvoja vrednovanja programa.

Problematika djece s kojom se susreću stručnjaci u ranoj razvojnoj podršci je složena i nadilazi znanja i vještine samo jedne discipline i stoga je ovdje neophodan tim i oko djeteta i obitelji, ali i stručnjaka.

Ovaj priručnik na cjelovit način pristupa području rane razvojne podrške u djetinjstvu zbog čega može biti koristan alat za provođenje podrške i rada s dojenčadi i malom djecom. Vjerujemo da će potaknuti stručnjake u daljnjem razvoju te ih inspirirati da potaknu promjene u okolini u kojoj rade kako bi se svugdje pružala kvalitetna podrška što ranije i što bliže djetetu i obitelji.

UVODNIK

Dnevni centar Mali dom - Zagreb provodi program rane razvojne podrške od 1999. godine kada je djelovao kao privatna ustanova „Mala kuća“, a obuhvaća djecu od rođenja do njihove treće godine života. U program su uključena djeca s razvojnim teškoćama i / ili rizicima.

Posljednjih 20 godina, stručnjaci unutar Dnevnog centra na osnovi iskustva i raznovrsnih akademskih i stručnih usavršavanja u zemlji i inozemstvu, kontinuirano razvijaju i unaprjeđuju program rane razvojne podrške nastojeći pratiti suvremene znanstvene pristupe. Tim stručnjaka je tako prošao kroz transformaciju od multidisciplinarnog preko interdisciplinarnog te danas djeluje kao transdisciplinarni tim sa stručnjacima različitih područja koji se međusobno podržavaju i nadopunjuju i koji zajedno s roditeljima čine tim oko djeteta. Kreiranje programa podrške djetetu i obitelji zahtijeva najviši stupanj timske suradnje kako bi se na najmanje ometajući način pružila optimalna podrška svim sudionicima.

Razvijeni model rane razvojne podrške u djetinjstvu organiziran je kroz stručnu podršku u obitelji i terapijske usluge u okviru Dnevnog centra te kroz psihosocijalnu podršku roditeljima. Usmjeren je na obitelj te u središte procesa stavlja obitelj i dijete u kontekstu okoline koja ih okružuje; polazi od sposobnosti i postojećih snaga, potiče ih i razvija.

S obzirom na intenzivan razvoj djece, u okviru rane razvojne podrške posebnu pažnju zaslužuju prve tri godine života, tijekom kojih je razvoj iznimno brz i bogat. Poznavanjem pravilnog slijeda razvojnih faza u djece, moguće je pravovremeno uočavanje odstupanja u razvoju djeteta. Nakon detekcije, djetetu i obitelji se pruža stručna podrška u učenju i stjecanju vještina u skladu s razvojnom i kronološkom dobi.

Razvojem medicine bitno je umanjena smrtnost novorođenčadi, ali i povećan broj djece s neurorazvojnim čimbenicima rizika. Pinjatela i Joković Oreb (2009) navode kako se danas smatra da 10 % rođene djece spada u skupinu neurorizičnih. Vrijeme početka intervencije ovisi o vrsti teškoća, no u pravilu počinje čim je uočeno razvojno odstupanje ili je klinički utvrđen rizik za nastanak razvojnih teškoća. Prema podacima koje je objavio UNICEF 2020. godine temeljem analize stanja u Hrvatskoj, unutar skupine od 230 188 djece u dobi od rođenja do pet godina starosti, koliko ih je evidentirano 2019. godine, uz korištenje zamjenskih pokazatelja niske porođajne težine i stope dječjih teškoća u razvoju, procijenjeno je da bi najmanje 10,5 % djece ili otprilike njih 24 169 moglo ispunjavati uvjete za korištenje usluga RI-a. U 2019. godini 47 programa rane razvojne podrške na području Hrvatske obuhvaćalo je procijenjenih 2 914 djece, samo 12,1 % od predviđenih potreba za usluge RI -a(Unicef, 2020). Ti nalazi otkrivaju hitnu potrebu proširenja usluga programa rane razvojne podrške pa shodno tome možemo zaključiti kako se i sve veći broj pružatelja usluga susreće s potrebom za dodatnom specijalizacijom stručnjaka. U Hrvatskoj je u

porastu broj stručnjaka različitih profesija koji pokazuju interes za usavršavanjem u području rane razvojne podrške (Ljubešić, 2017).

Neurorizično dijete, kako navode Matijević i Marunica Karšaj (2015), nije uvijek i dijete s teškoćama. Ono zahtijeva intenzivno praćenje psihomotoričkog razvoja i po potrebi uvođenje određenih terapijskih postupaka. Važno je početi s podrškom čim se uoči odstupanje ili rizik za njegov nastanak, ne čekajući medicinske nalaze i dijagnozu, slijedeći ideju prevencije jer rana podrška počinje od prepoznatog rizika. Intervencija mora biti balansiran i planski vođen proces u kojem se rehabilitacijski postupci, namijenjeni unapređenju djetetovih vještina, primjenjuju usporedno sa strategijama koje trebaju minimalizirati negativne učinke poteškoća na razvoj. Dijete treba promatrati cjelovito jer se razvojni segmenti prožimaju i događaju u određeno vrijeme.

Ideja za kreiranje priručnika koji bi dao smjernice prema teorijskim i praktičnim postavkama razvijala se unazad nekoliko godina tijekom početka pružanja stručne izobrazbe za sve zainteresirane iz područja rane razvojne podrške kroz Edukacijski centar Malog doma - Zagreb. Misao vodilja, kako kod kreiranja same stručne izobrazbe pa tako i kod kreiranja ovog priručnika, bila je približiti suvremene pristupe u ranoj razvojnoj podršci kroz praktično znanje te kroz primjere funkcionalnih aktivnosti. Priručnik bi trebao omogućiti svima koji su tek ušli u područje rane razvojne podrške ili već neko vrijeme pružaju usluge rane razvojne podrške, smjernice u kreiranju modela rane podrške koji najviše odgovara pojedinačnim potrebama. Priručnik ukratko nudi uvid u razvoj djeteta, kreiranje razvojnog profila na osnovi kojeg je moguće kreirati individualni plan podrške te odrediti prioritete za poučavanje i poticanje, u okviru cjelovitog pristupa. Teme su usmjerene na stručnjaka, obitelj i dijete imajući u vidu da svojim sadržajem potiču stvaranja trijade u procesu pružanja i primanja podrške. Priručnik pruža uvid u korake tijekom izrade transdisciplinarnog pristupa u integraciji ciljeva unutar obiteljskog života. On naglašava važnost obitelji i podržavanja njenih snaga u osiguravanju individualno prilagođenih programa podrške.

Nadamo se da ćemo danim smjernicama potaknuti stručnjake koji rade s djecom s razvojnim rizicima i njihovim obiteljima, u kreiranju holističkog programa koji će podržati razvoj vještina i ublažiti odstupanja u svim područjima razvoja.

Urednice:

Marijana Konkoli Zdešić i Ana Validžić Požgaj

Literatura:

1. Ljubešić, M. (2017). Predgovor – rana intervencija kod višestrukih rizika. U M. Ljubešić (Ur.) Rana intervencija u djetinjstvu. Dobar start za sve; (str. 5-11). Zagreb: Hrvatska udruga za ranu intervenciju.
2. Matijević, I. i Marunica Karšaj, J. (2015). Neurorizično dijete. Fiz. rehabil. med., 27 (1-2), 133-142.
3. Pinjatela, R. i Joković Oreb, I. (2010). Rana intervencija kod djece visokoneurorizične za odstupanje u motoričkom razvoju. Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja, 46 (1), 80-102.
4. UNICEF (2020). Rana intervencija u djetinjstvu; Analiza stanja u Republici Hrvatskoj, Zagreb, UNICEF – Ured za Hrvatsku, <https://www.unicef.org/croatia/media/5001/file/Rana%20intervencija%20u%20djetinjstvu%20-%20analiza%20stanja%20u%20Republici%20Hrvatskoj.pdf>

ZAHVALE

Zahvala našim obiteljima na podršci tijekom stvaranja ovog priručnika.

Kao članice Stručnog tima programa Rane razvojne podrške imale smo priliku kroz dvadesetak godina svjedočiti mnogim promjenama implementacije, vrednovanju pristupa i razvoja prema transdisciplinarnosti.

Zahvalne smo zbog tog iskustva i prilike da budemo dio tih promjena.

Naša zahvalnost ide prema svim članovima tima i vodstvu Malog doma - Zagreb koji su s nama kreirali program rane razvojne podrške te ovaj priručnik koji imate pred sobom.

Priručnik smatramo platformom za provođenje novih ideja, dijeljenje znanja i građenje partnerstva.

Zahvala svim našim polaznicima stručne izobrazbe koji su nas neprestanim pozivima na raspravu i kritička promišljanja te nebrojenim porukama i upitima nakon edukacije potaknuli da prenesemo svoje znanje i iskustvo kroz priručnik.

Na kraju velika zahvala djeci i obiteljima, prošlim, sadašnjim i budućim koji nam pomažu pomaknuti vlastite granice u svrhu daljnjeg profesionalnog i osobnog rasta.

Marijana Konkoli Zdešić i Ana Validžić Požgaj

Sadržaj

POPIS AUTORA	7
PREDGOVOR	8
Što možete ukratko očekivati od svakog poglavlja?	9
UVODNIK	11
ZAHVALE	14
KAKO JE NASTAO KONCEPT RANE RAZVOJNE PODRŠKE?	18
1. TEORIJSKA POLAZIŠTA PROGRAMA RANE RAZVOJNE PODRŠKE	19
Ana Validžić Požgaj	
ZAŠTO RANA RAZVOJNA PODRŠKA I TKO MOŽE BITI KORISNIK?	26
2. NEUROBIOLOŠKI TEMELJI RANE RAZVOJNE PODRŠKE	27
Ana Katušić	
3. NEURORIZIČNO DIJETE U SUSTAVU RANE RAZVOJNE PODRŠKE	30
Jasminka Gagula	
PROCJENA U RANOJ RAZVOJNOJ PODRŠCI	33
4. TIMSKI PRISTUP U PROCJENI	34
Snježana Seitz	
5. MJERNI INSTRUMENTI U SUSTAVU PROCJENE DJETETA S RAZVOJNIM RIZICIMA ILI TEŠKOĆAMA	37
Ana Validžić Požgaj i Jasminka Gagula	
ŠTO PROMATRATI U RANOM RAZVOJU?	44
6. OBILJEŽJA I ODSUPANJA VIZUALNOG RAZVOJA	45
Snježana Seitz	
7. OBILJEŽJA I ODSUPANJA MOTORIČKOG RAZVOJA	52
Jasminka Gagula i Jelena Špionjak	
8. OBILJEŽJA I ODSUPANJA MANUALNIH SPOSOBNOSTI	57
Danijela Kljajić	

9. OBILJEŽJA I Odstupanja ranog komunikacijskog razvoja	62
Diana Korunić i Ivana Slavinić	
10. OBILJEŽJA I Odstupanja spoznajnog razvoja.	71
Marijana Konkoli Zdešić i Ana Validžić Požgaj	
11. OBILJEŽJA I Odstupanja socio-emocionalnog razvoja	92
Senada Jagar i Ana Validžić Požgaj	
12. OBILJEŽJA I Odstupanja razvoja senzorne integracije	111
Ivana Rogar Gojević i Danijela Kljajić	
PRISTUP USMJEREN NA OBITELJ	120
13. TEORETSKI PRIKAZ MODELA stručne podrške u obitelji	121
Marijana Konkoli Zdešić	
14. OBILJEŽJA obitelji djeteta s razvojnim rizicima ili teškoćama	125
Mirjana Marojević	
15. PRILAGODBA obitelji djeteta s razvojnim rizicima ili teškoćama	130
Mirjana Marojević	
16. KOMUNIKACIJA S obitelji djeteta s razvojnim rizicima ili teškoćama	136
Sabina Šimić	
17. GUBITAK, TUGOVANJE I PODRŠKA	143
Sabina Šimić	
STRUČNA PODRŠKA U RANOM RAZVOJU	147
18. INTEGRIRANI MODEL poticanja u obiteljskom okruženju	148
Ana Validžić Požgaj	
19. INDIVIDUALNI obiteljski plan podrške	150
Marijana Konkoli Zdešić	
20. INDIVIDUALNI edukacijski plan	153
Martina Celizić	
21. KREIRANJE aktivnosti usmjerenih cilju	155
Martina Celizić	

22. POSTUPCI VREDNOVANJA PROGRAMA RANE RAZVOJNE PODRŠKE	157
Ana Validžić Požgaj	
23. KREIRANJE STRUČNOG MIŠLJENJA	161
Marijana Konkoli Zdešić	
24. MODEL PROGRAMA RANE RAZVOJNE PODRŠKE U MALOM DOMU - ZAGREB	165
Senada Jagar	
OBILJEŽJA TRANZICIJE U RANOJ RAZVOJNOJ PODRŠCI	169
25. STRATEGIJE ZA UČINKOVITU TRANZICIJU	170
Marijana Konkoli Zdešić i Snježana Seitz	
26. IZAZOVI U TRANZICIJI: PERSPEKTIVE RODITELJA I STRUČNJAKA	176
Marijana Konkoli Zdešić i Snježana Seitz	
STRUČNJACI U RANOJ RAZVOJNOJ PODRŠCI	180
27. OBILJEŽJA STRUČNJAKA U RANOJ RAZVOJNOJ PODRŠCI	181
Ana Validžić Požgaj	
28. STRES I PROFESIONALNO SAGORIJEVANJE	185
Mirjana Marojević	
29. VODSTVO U KONTEKSTU PROGRAMA KOJI PRUŽA USLUGE RANE RAZVOJNE PODRŠKE . . .	192
Darija Udovičić Mahmuljin	
PORUKE ZA DALJE	197
30. PORUKE ZA DALJE	198
Marijana Konkoli Zdešić i Ana Validžić Požgaj	
PRILOZI	200



I

KAKO JE NASTAO KONCEPT RANE RAZVOJNE PODRŠKE?

1. TEORIJSKA POLAZIŠTA PROGRAMA RANE RAZVOJNE PODRŠKE

Ana Validžić Požgaj

Znanstveni i stručni interes u području ranog dječjeg razvoja u iznimnom je porastu tijekom posljednjih nekoliko desetljeća. U posljednjih tridesetak godina različita znanstvena istraživanja i analize dostupnih teorija u društvenim i medicinskim znanostima, doveli su do novih koncepata u ranoj razvojnoj podršci u kojima je naglašena upravo međusobna isprepletenost usluga i specifičnih stručnih znanja iz područja zdravstva, obrazovanja i socijalne skrbi koji time i dijele odgovornost za uspješnu implementaciju usluga rane razvojne podrške u djetinjstvu. Rana razvojna podrška u djetinjstvu kao proces u kojem se pružaju stručne usluge najčešće se vremenski definira za razdoblje do treće godine života što ima svoje uporište u neurobiološkim postavkama i razvojnim teorijama. Međutim, stavljajući ranu razvojnu podršku u pravni, obrazovni i socijalni okvir svake zemlje – posebice u europskim zemljama, ta granica provođenja usluge rane razvojne podrške podrazumijeva dob do uključivanja u školski sustav, najdulje do sedme godine života. Unatoč različitom tumačenju i rasponu dobi do koje se proteže provođenje rane razvojne podrške u djetinjstvu, ono što je u svim sustavima naglašeno kao najvažnije te kao ishodišna točka je da se s odgovarajućim uslugama treba početi što prije budući da je program rane razvojne podrške najučinkovitiji ako se s njim počne odmah po utvrđivanju rizika ili odstupanja od urednog razvoja. U ranoj dobi, od rođenja do treće godine, a naročito tijekom prve godine života, djeca se najintenzivnije razvijaju na različitim područjima. Dijete uči prve pokrete, prve korake, uči izgovarati glasove i riječi te pridodavati tim riječima značenje. Uči se razumijevati raspoloženja i osjećaje osoba koje ga okružuju te i samo postaje svjesno i trudi se nositi s različitim emocijama koje mu se javljaju. Sav razvoj koji primjećujemo, koji je vidljiv, ne bi se mogao odvijati bez unutarnjeg razvoja na biološkoj razini. Maturacijom živčanog sustava dijete stječe preduvjete za svladavanje različitih razvojnih zadataka. Biološki promatrano, ishod intervencije ovisi o sposobnosti živčanog sustava (na staničnoj, metaboličkoj i anatomskoj razini) da se modificira ovisno o iskustvu. Ovaj proces, koji nazivamo plasticitetom, često je ograničen vremenom jer postoje tzv. prozori mogućnosti, ili osjetljiva razdoblja za mijenjanje neurološke funkcije. Nadalje, postoje dokazi kako su osjetljiva razdoblja i neurološki sustavi u interakciji s individualnim obilježjima. Iako stručnjaci često navode kako su za ranu razvojnu podršku prve tri godine života najvažnije, bitno je naglasiti da neurorazvojna plastičnost te mogućnost utjecaja na kvalitetu razvoja postoje i nakon treće godine života djeteta (Košiček, Kobetić, Stančić, Joković Oreb, 2009).

Druga polovica 20. stoljeća označava početak strukturiranja intervencije u ranom djetinjstvu, razvojem mnogih kreativnih programa u skrbi djece s razvojnim teškoćama. Konceptualno rana razvojna podrška u djetinjstvu svoj uzmah u razvoju

doživljava u Sjedinjenim Američkim Državama sedamdesetih godina dvadesetog stoljeća. Prekretnicu predstavlja nastanak programa Head Start, koji se temelji na postavkama kako su rana iskustva u djetinjstvu temelj kasnijeg razvoja. Upravo ovaj program osigurao je okvir za daljnji razvoj intervencije u ranom djetinjstvu koji se nastavlja do danas (Gianoustos, 2006).

Pregledom literature uočava se zaključak kako su u razvoju djece važni biološki, psihološki i sociološki čimbenici. Među znanstvenicima koji istražuju rani dječji razvoj postoji stalna dilema kojem od ovih čimbenika treba pridati veću važnost. Prema navodima Tartasa, Baucala i Perret-Clemonta (2010) možemo izdvojiti i definirati sljedeće čimbenike: a) biološke: genetički i organski (neurofiziološki); b) okolinske: fizička, socijalna i kulturna okolina te c) aktivnosti pojedinca: uspostavljanje ravnoteže između okoline i individue (interaktivnost) te uspostavljanje unutarnje ravnoteže (intraaktivnost).

Većina znanstvenih, evaluacijskih istraživanja dolazi sa sjevernoameričkog područja i odražava promjene u njihovom sustavu rane razvojne podrške. Zaključuje se kako su ranija istraživanja Ottebachera i DeGangi prema Butler i Darrah (2001) bila usmjerena na dokazivanje učinkovitosti rehabilitacije, usporedbom djece koja su bila uključena u određene programe i one koja nisu, nakon čega su prvi programi bili koncipirani kao kompenzacijske intervencije za razvojne deficite. Opći zaključak je naravno bio da rana razvojna podrška ima svoje opravdanje, no istraživanja nisu dala odgovor na bitno pitanje koja je intervencija najbolja, za koga i pod kojim uvjetima. Odgovorima na ta pitanja teže suvremena istraživanja koja bi trebala praktičarima dati osnovu za sigurnije donošenje odluka u pogledu izbora i provođenja aktivnosti i programa. U najvećem broju istraživanja uglavnom se ističe plastičnost mozga (stvaranje novih puteva i iskorištavanje postojećih sinapsi u reorganizaciji) kao najveća prednost rane razvojne podrške u ranoj razvojnoj dobi, odnosno u programima započetim prije devetog mjeseca kronološke dobi.

Promjene u modelima i pristupima

U svijetu se sve veći značaj daje ranoj razvojnoj podršci jer je dokazano da su programi ekonomski isplativi, učinkoviti, imaju dugoročan utjecaj na razvoj te maksimiziraju razvojne potencijale djeteta kako i navodi Rydz (2006).

Mnoga istraživanja pokazuju da rana razvojna podrška ima pozitivan i značajan utjecaj na živote djece s teškoćama u razvoju i njihove obitelji. Naravno, pojedini autori kao Gibson, Fields, Piper i Pless prema Guralnicku (1991) kritiziraju značaj koji se pridaje ranoj razvojnoj podršci i ukazuju na nedostatak znanstvenosti provedenih istraživanja.

Jedan od poznatijih istraživača o utjecaju roditelja u procesu rane razvojne podrške je Gerald Mahoney (1988), koji je već 1985. u svojoj prvoj studiji naznačio da se zane-

maruje učinak roditeljske rezpozivnosti u svakodnevnim interakcijama s djetetom na razvojne ishode. Mnogi njegovi sljedbenici i suradnici (Mahone i Wiggers, 2007; Mahoney, Robinson i Powell, 1992) navode kako su programi rane razvojne podrške učinkoviti kada su usmjereni na roditelja i kada podupiru roditeljsku odgovorljivost u svakodnevnom djetetovom okruženju. Istraživanja posljednjih desetak godina se sve više usmjeravaju na ulogu roditelja u samom procesu rane razvojne podrške.

U današnje vrijeme najuspješnija praksa ukazuje na važnost sudjelovanja obitelji u ranim interventnim programima. Dunst (2007) navodi da rana razvojna podrška uključuje roditelje ili druge primarne skrbnike koji svojim iskustvima i mogućnostima osiguravaju djeci razvoj i stjecanje kompetencija koja će ih osposobiti da smisleno sudjeluju u svakodnevnim aktivnostima u okolini.

U suvremenom pristupu ranoj razvojnoj podršci treba naglasiti ideju prevencije jer rana podrška počinje od prepoznatog rizika. Intervencija mora biti balansiran i planski vođen proces u kojem se rehabilitacijski postupci namijenjeni razvoju i unapređenju djetetovih vještina primjenjuju usporedno sa strategijama koje trebaju minimalizirati negativne učinke teškoća na razvoj.

U današnjim pristupima procjeni i ranoj razvojnoj podršci uočavaju se 4 teoretska pristupa:

- a) *Ekološki model* Bronferbrennera i Sameroffa (2010), promatra razvoj djeteta u okvirima socijalnog i obiteljskog okruženja te prepoznaje važnost njihove uzajamne povezanosti.
- b) *Interakcijski model roditelj-dijete* Papouseka (1987) ključnom ulogom u dječjem razvoju smatra socijalni odnos između roditelja i djeteta.
- c) *Princip dinamičke procjene i intervencije* temelji se na teoriji Vygotskog o konceptu područja proksimalnog razvoja prema Kozulin i autorima (Kozulin, Gindis, Ageyev, Miller, 2003).
- d) *Sinkativni model organizacije i razvoja ponašanja djeteta* koji je predstavio Als (1982) je usmjeren na djetetove unutrašnje podsustave, njihovu međusobnu interakciju te interakciju s okolinom.

Na osnovi tih teoretskih pristupa primjenjuju se različiti pristupi i modeli rane razvojne podrške koji se kritički vrednuju i sustavno pokušavaju unaprijediti. Neke od proizašlih modela su: *Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program* – NIDCAP, koji se provodi u velikom dijelu neonatalnih jedinica intenzivne skrbi, *Kangaroo Care* koji opisuju Charpak i sur (Charpak, Tessier, Ruiz, Hernandez, Uriza, Villegas, 2017), *Respozivno poučavanje* (Mahoney i Nam, 2011), *Razvojna stimulacija* (Copple i Bredekamp, 2009) i mnogi drugi. Treba imati na umu da ne postoji univerzalno uspješan model i oblik intervencije pa se tako oblik intervencije koji može biti učinkovit za prijevremeno rođenu djecu razlikuje od intervencije koja je učinkovita za djecu rođenu u terminu s perinatalnim ozljedama.

U suvremenim pristupima prevladava ekološko shvaćanje razumijevanja djetetovog razvoja, odnosno uloga djetetovog okruženja u dinamičkom odnosu promjene i reakcija. Razvojni ishod time nije samo rezultat napora pojedinca i njegovih iskustava, već produkt njihovih kombinacija. Sameroff (2010) u transakcijskom modelu rane razvojne podrške, koji proizlazi iz transakcijskog razumijevanja naznačava kako opseg intervencije treba biti što manji, a učinak što veći, djelovanjem na različite sustave obitelji u intervenciji. Glavna oznaka takvog modela su tri „R” rane razvojne podrške, *remedijacija* (terapija usmjerena na dijete), *redefinicija* (mijenjanje roditeljske perspektive djetetovog ponašanja) i *reedukacija* (poučavanje roditelja specifičnim vještinama). U sažimanju suvremenih pristupa u ranoj razvojnoj podršci treba napomenuti da u uvažavanju i razumijevanju koncepata i različitih modela prevladava sistemska perspektiva (Guralnick, 2011), odnosno teorijski okvir prema kojem se na osnovi analize hijerarhijski postavljenih sustava, podsustava i njihovih međuodnosa kreira praksa. U modelu je uvažena različitost postojećih modela i nacionalnih legislativa te se analiziraju mnogobrojni rezultati interdisciplinarnih istraživanja na vrlo različitim skupinama djece s teškoćama ili razvojnim rizicima. Središnji zadatak intervencije prema takvom modelu je stvoriti optimalne interakcijske oblike između sudionika procesa (roditelj, dijete) ako prije nisu postojali ili ih ponovo uspostaviti na najboljoj mogućoj razini za poticanje djetetovog razvoja.

Koncept rane razvojne podrške usmjeren na obitelji sadrži tri ključna elementa: naglasak na mogućnostima djeteta, promicanje obiteljskog izbora i kontrola odabranih sredstava te razvoj suradnje između stručnjaka i roditelja. Iako su istraživanja pokazala kako ovaj model nije jednostavan ni lak, kako kontinuirano iznosi Espe-Sherwindt (2008) u tom modelu obitelj ima širok raspon mogućnosti za rad s djetetom na dobrobit njega i cijele obitelji i zbog svega toga obitelj je zadovoljna te rado prihvaća navedeni model.

Od devedesetih godina 20. stoljeća zamjećuju se promjene u konceptu programa rane razvojne podrške mijenjanjem usmjerenosti intervencije s djeteta na obitelj. Tako Goodman (1992) uvodi termin **model usmjeren na roditelja** (eng. parenting model) za one pristupe i kurikulume rane razvojne podrške koji više nisu isključivo usmjereni na postupke poučavanja djeteta, već na osnaživanje i poučavanje roditelja. U literaturi se često taj pristup označava kao pristup usmjeren na odnos (engl. relationship focused) (Mahoney i Nam, 2011). Vodeći računa da je djetetov primarni kontekst razvoja njegova obitelj, u procesu rada s djetetom važno je imati na umu da promjene koje se odvijaju kod pojedinog člana u toj obitelji utječu na sve ostale članove i na obitelj u cjelini.

Unutar mnogobrojnih istraživanja (Espe-Sherwindt, 2008 i Goodman, 1992) navodi se kako razvojni ishodi koje će dosegnuti djeca s razvojnim teškoćama nisu uvjetovani isključivo neurobiologijom razvojnog poremećaja, već su i pod utjecajem roditeljskih postupaka i promjena. Kao jedan od najznačajnijih pristupa ovdje svakako treba spomenuti **responzivno poučavanje** kao primjer intervencije usmjerene na promjenu odnosa roditelj/dijete u poticanju djetetovog komunikacijskog, spoznaj-

nog i socio-emocionalnog funkcioniranja (Copple i Bredekamp, 2009). Pristup je analiziran kroz mnogobrojne studije koje su došle do zaključka kako je roditeljska odgovornost jedan od glavnih čimbenika koji utječe na djetetov razvojni ishod. Stručnjak u ranoj razvojnoj podršci u radu s djetetom u obitelji uspostavlja odnos trijade koji bi trebao biti okarakteriziran podrškom, povjerenjem, otvorenom komunikacijom i međusobnim uvažavanjem. Pristup prema obitelji, tzv. roditeljski model je mnogo više od pružanja podrške roditeljima i kreiranja plana i aktivnosti za dijete. Ključ uspjeha rane razvojne podrške je u identificiranju onih rizičnih čimbenika ili neadekvatnih obiteljskih resursa potrebnih za pružanje optimalne intervencije važne za djetetov razvojni ishod.

U programu rane razvojne podrške važno je biti upoznat s konceptima rizika i zaštite, kao i s konceptom otpornosti obitelji. Poznavanje i prepoznavanje navedenih činitelja pomaže u procesu osnaživanja obitelji, kroz koji se radi na jačanju već postojećih zaštitnih činitelja pojedinih obitelji i vodi ih se u korištenju obiteljskih resursa. Tako se može djelotvorno utjecati na razvoj otpornih obitelji koje će se uspješno nositi sa stresnim i kriznim situacijama u kojima se nađu. Osnaživanje roditeljskog samopouzdanja i kompetencija kroz procese edukacije i savjetovanja jedan je od načina na koji se djetetova dobrobit ostvaruje uključivanjem i drugih, njemu bitnih osoba, u proces rane razvojne podrške, jer roditelji koji imaju više znanja i vještina, učinkovitije mogu poticati rast i razvoj svojeg djeteta.

Literatura:

1. Košiček, T., Kobetić, D., Stančić, Z., Joković Oreb, I. (2009). Istraživanje nekih aspekata rane intervencije u djetinjstvu. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*. 45 (1), 1-14
2. Gianoustos, J. (2006). Locke and Rousseau: Early Childhood Education. *The Pulse*, 4 (1)
3. Tartas, V., Baucal, A., Perret-Clermont, A. N. (2010). Can you think with me? The social and cognitive conditions and the fruits of learning. In K. Littleton & C. Howe (Eds.), *Educational dialogues: Understanding and promoting productive interaction*. London, New York: Routledge; p. 64-80
4. Butler, C., Darrah, J. (2001). Effects of neurodevelopmental treatment (NDT) for cerebral palsy: an AACPD evidence report. *Developmental Medicine Child Neurology* 43 (11): 778-790
5. Rydz, D. (2006). Screening for developmental delay in the setting of an ambulatory pediatric clinic. *Neuropediatrics*. 37 (1): 78-88
6. Guralnick, M. J. (1991). The next decade of research on the effectiveness of early intervention. *Exceptional Children*, 58: 174-183
7. Mahoney, G. J. (1988). Communication patterns between mothers and developmentally delayed infants. *First Language*, 8: 157-172
8. Mahoney, G. J., Wiggers, B. (2007). The role of parents in early intervention: Implications for social work. *Children & Schools*, 29 (1): 7-15
9. Mahoney, G. J., Robinson, C., Powell, A. (1992). Focusing on Parent – Child Interaction: The Bridge to Developmentally Appropriate Practices, *Topics in Early Childhood Special Education*, 12 (1), 105-120
10. Dunst, C. J. (2007). Early intervention for infants and toddlers with developmental disabilities. In: Odom, S., Horner, R.H., Snell, M.E., Blacher, J.B. *Handbook of developmental disabilities*. New York: Guilford; p.161-180
11. Sameroff, A. (2010). A united theory of development: A dialectic integration of nature and nurture, *Child Development*. 81 (1): 6-22
12. Papoušek, H., Papoušek, M. (1987). Intuitive parenting: A dialectic counterpart to the infant's integrative competence. In: Osofsky, D. J., editor. *Handbook of infant development*. New York: Willey p. 669-702
13. Kozulin, A., Gindis, B., Ageyev, V. S., Miller, S. M., editors. (2003). *Learning in doing. Vygotsky's educational theory in cultural context*. Cambridge University

14. Als, H. (1982). Toward a synactive theory of development: Promise for the assessment of infant individuality. *Infant Mental Health Journal*. 3: 229-243
15. Charpak, N., Tessier, R., Ruiz, J.G., Hernandez, T., Uriza, F., Villegas, J., et al. (2017). Twenty-year Follow up of Kangaroo Mother Care versus Traditional Care. *Pediatrics* [Internet]. 139 Suppl 1.
16. Mahoney, G., Nam, S. (2011). The parenting model of developmental intervention. *International Review of Research on Mental Retardation*. 1(2): 73-125
17. Copple, C., Bredekamp, S. (2009). Developmentally appropriate practice in early childhood programs serving children from birth through age 8. 3rd ed. Washington, DC: NAEYC, p. 2-6
18. Guralnick, M.J., (2011). Why Early Intervention Works: A Systems Perspective. *Infants & Young Children*, 24 (1): 6-28
19. Espe-Sherwindt, M. (2008). Family-centered practice: collaboration, competency and evidence. *Support for Learning*. 23(3): 136-143
20. Goodman, J.F. (1992). When slow is fast enough: Educating the delayed preschool child. New York, NY: Guilford Press



II

ZAŠTO RANA
RAZVOJNA PODRŠKA
I TKO MOŽE BITI
KORISNIK?

2. NEUROBIOLOŠKI TEMELJI RANE RAZVOJNE PODRŠKE

Ana Katušić

Cilj ovog poglavlja je razmotriti neurobiološke mehanizme koji se mogu promatrati kao temelji rane razvojne podrške u djetinjstvu. Učinkovitost intervencije ovisit će o sposobnosti živčanog sustava da se prilagođava, odnosno mijenja pod utjecajem iskustva na anatomskoj, neurokemijskoj ili metaboličkoj razini. Ovaj fiziološki proces koji obuhvaća sposobnost mozga da se funkcionalno i / ili morfološki prilagođava ili mijenja ovisno o novonastalim okolnostima naziva se neuroplastičnost. Pojam plastičnost odnosi se na sposobnost mozga da uči, pamti i zaboravlja, kao i na njegovu sposobnost reorganizacije i oporavka od ozljede (Johnston, 2004).

Razvoj mozga ima iznimno dugi trajektorij koji počinje unutar nekoliko tjedana nakon začeca te se na staničnoj razini nastavlja tijekom adolescencije i rane odrasle dobi. Uvjerljivo se najdramatičniji razvoj mozga odvija tijekom prvih nekoliko godina života, od stvaranja primitivne neuralne cijevi do formiranja i potom migracije primitivnih neuroblasta koji će na kraju dovesti do nastanka slojeva moždane kore i razvoja zrelih neurona. Međutim, funkcionalni razvoj mozga omogućen je, jednostavnim rječnikom rečeno, umrežavanjem neuronskih krugova unutar i između pojedinih područja, tj. formiranjem mreže konektoma koja se nastavlja oblikovati i reorganizirati s obzirom na iskustvo tijekom cijelog života.

Poznato je kako bezbroj okolinskih čimbenika može utjecati na prenatalni i postnatalni razvoj mozga. Međutim, cilj ovog poglavlja nije samo prikazati da razvoj mozga značajno ovisi o postnatalnom iskustvu, već i da je razvoj neuroloških funkcija općenito ovisan o takvom iskustvu. Kako se priroda iskustva ugrađuje na strukturnoj razini mozga, može se objasniti kroz konceptualni okvir modela interakcije mozga i okoline (Greenough i Black, 1992). Navedeni model predlaže dva mehanizma formiranja sinapsi pod utjecajem iskustva.

Prva sinaptogeneza zasnovana na iskustvu (*eng. experience-expectant*), odnosi se na procese kojima sinapse nastaju nakon što je stečeno određeno minimalno iskustvo. Dobro primjer je razvoj stereoskopskog vida, za koji je neophodan uredan vidni unos iz oba oka. Ukoliko do kraja predškolske ili rane osnovnoškolske dobi ne postoji uredan vidni unos iz oba oka, dijete neće razviti stereoskopski vid.

Nasuprot tome, sinaptogeneza ovisna o iskustvu (*eng. experience-dependent*) je proces koji optimizira prilagodbu pojedinca na specifične i moguće jedinstvene značajke okoline. Dobar primjer mogu biti informacije ili vještine stečene specifičnim učenjem. Dakle, ovisno o povijesti učenja pojedinca, usvojit će se različite informacije i pohraniti za kasnije korištenje što dovodi do individualnih razlika u različitim domenama.

Općenito, Greenough (Greenough i Black, 1992) govori da je strukturni supstrat sinaptogeneze zasnovane na iskustvu privremena prekomjerna proizvodnja sinapsi raspršenih unutar relativno širokog područja tijekom osjetljivog razdoblja, nakon koje slijedi obrezivanje onih sinapsi koje nisu uspostavile funkcionalne veze ili ih uopće nisu formirale. Pretpostavka je kako su sinaptičke veze u početku prolazne (tranzijentne) i zahtijevaju neku vrstu potvrde za njihov daljnji opstanak. Ako takva potvrda nije postignuta, sinapse će se povući prema razvojnom rasporedu ili kao rezultat natjecanja sa sinapsama koje su jasno utvrđene (Nelson, 2000). Svrha prekomjerne proizvodnje sinapsi je najvjerojatnije priprema živčanog sustava za širok raspon mogućih iskustava, tako da neuralna aktivnost povezana s iskustvom može odabrati funkcionalno odgovarajući podskup veza za daljnje fino uglađivanje.

Gledano u cijelosti, jasno je kako postoje neurofiziološki događaji koji se odvijaju kao odgovor na iskustvo, a koji dopuštaju mozgu da se reorganizira. Ovo snažno govori u prilog rane razvojne podrške jer takva iskustava mogu rezultirati konkretnim promjenama na razini živčanog sustava, kao i na razini ponašanja.

U kontekstu neuralne plastičnosti potrebno je i razjasniti pitanje treba li rana razvojna podrška biti posebno usmjerena na određenu funkciju ili se primjenjivati globalno. U konačnici, odgovor na ovo pitanje ovisit će o prirodi ranog iskustva. Dakle, ako djetetu nedostaje niz iskustava, obuhvaćajući raspon od kognitivnih (npr. bez iskustva u rješavanju problema ili planiranju ponašanja) do socijalno-emocionalnih (npr. nedosljedna skrb), tada bi najvjerojatnije rana razvojna podrška trebala obuhvatiti što je god više moguće razvojnih iskustva. Nasuprot tome, ako je odstupanje specifično, onda bi takva trebala biti i intervencija. Iako se navedeno čini očiglednim, važno je naglasiti kako sposobnost ciljanja intervencije varira ovisno o sposobnosti da se identificira iskustvo koje nedostaje, kao i specifično odstupanje u ranom razvoju ili oboje.

Zaključno, jasno je kako će se učinkovitost strategija rane razvojne podrške u djetinjstvu u velikoj mjeri oslanjati na relativnu plastičnost ljudskog mozga. Iako je razvidno da se mozak može modificirati iskustvom, osjetljiva razdoblja za ranu razvojnu podršku su najvjerojatnije stvarni fenomeni temeljeni na stvarnim neurobiološkim principima. Osim toga, nedavni napredak u neuroznanosti omogućio je mogućnost ispitivanja odnosa između ponašanja i neurobiologije u djece. Razumijevanje principa razvojne neurobiologije u konačnici će olakšati kreiranje učinkovitijih intervencijskih strategija, kao i temeljitije procjene njenih učinaka.

Literatura:

1. Greenough, W. T., Black, J. E. (1992). Induction of brain structure by experience: Substrates for cognitive development. U M. R. Gunnar & C. A. Nelson (Ur.), *The Minnesota symposia on child psychology: Vol. 24. Developmental behavioral neuroscience* (pp. 155-200). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
2. Johnston, M. V. (2004). Clinical disorders of brain plasticity. *Brain and Development*, 26(2), 73-80.
3. Nelson, C. A. (2000). The Neurobiological Bases of Early Intervention. U J. P. Shonkoff, & S. J. Meisels (Ur.), *Handbook of Early Childhood Intervention* (2nd ed., pp. 204-228). Cambridge, MA: Cambridge University Press. <http://dx.doi.org/10.1017/CBO9780511529320.012>

3. NEURORIZIČNO DIJETE U SUSTAVU RANE RAZVOJNE PODRŠKE

Jasminka Gagula

Djeca koja su tijekom trudnoće, porođaja ili u ranom poslijeporođajnom razdoblju bila izložena djelovanju štetnih čimbenika rizika za nastanak ozljede mozga su neurorizična djeca. Prepoznavanje i definiranje čimbenika rizika, odnosno stanja i bolesti od strane majke, ploda ili same trudnoće upućuju na rizik za neurorazvojna odstupanja. Klasifikaciju neurorizika kod djeteta postavlja liječnik neonatolog u rodilištu ili neuropedijatar na osnovi medicinske anamneze, kliničkih pokazatelja neurorizika sa ili bez potvrđene ozljede mozga slikovnim metodama. Promijenjena struktura i funkcionalne povezanosti mozga u ranoj razvojnoj dobi predstavljaju rizik za razvoj stanja kao što su cerebralna paraliza, komunikacijske teškoće, deficit pažnje te teškoće u učenju (Thapar, Cooper i Rutter, 2017).

Utjecaj čimbenika neurorizika predodređuje niski ili visoki neurorizik za neurorazvojna odstupanja. Do dva čimbenika neurorizika utvrđena od strane nadležnog neuropedijatra ukazuju na niski neurorizik, dok dva i više čimbenika podrazumijevaju visoki neurorizik za neurorazvojna odstupanja. Dugogodišnje iskustvo ukazalo je na potrebu izdvajanja visokoneurorizične od niskoneurorizične djece jer se iz grupe visokoneurorizične novorođenčadi često izdvajaju djeca s neurološkim posljedicama perinatalne ozljede mozga, dok niskoneurorizična novorođenčad u 90% slučajeva ima uredan razvoj (Bošnjak-Nađ i sur. 2019), iz čega proizlazi da razvojni ishod neurorizičnog djeteta može ići u smjeru potpunog oporavka ili neurorazvojnog odstupanja.

Najčešće perinatalne ozljede mozga koje ostavljaju posljedice na neurorazvojni ishod djeteta su intrakranijalna krvarenja, vaskularni poremećaji, hipoksično-ishemična oštećenja, odnosno periventrikularna leukomalacija te fokalna ishemijska oštećenja, odnosno infarkt srednje moždane arterije (Resch i sur., 2000).

Periventrikularna leukomalacija te intrakranijalno krvarenje III. i IV. stupnja povezani su s visokim rizikom za razvoj cerebralne paralize (Hutchon i sur., 2019).

Značajno mjesto među perinatalnim neurorazvojnim čimbenicima rizika kao mogućim uzročnicima ozljede mozga zauzimaju prijevremeno rođenje djeteta te njegova niska porođajna težina (Cioni i Mercuri, 2007). Učestalost ozljede mozga je obrnuto proporcionalna s gestacijskom dobi tako da nižu gestacijsku dob prate češće i teže ozljede mozga (Benjak, 2011). Sve nižu gestacijsku dob preživjele nedonoščadi prati njihova smanjena sposobnost prilagodbe na ekstrauterini život te je stoga rizik od komplikacija znatno povećan. Napredak medicinske tehnologije te skrbi u neonatalnoj intenzivnoj jedinici uvelike doprinosi preživljavanju djece koja su rođena u niskoj gestacijskoj dobi i s niskom porođajnom težinom. Zdravstvena skrb djeteta na neonatalnoj jedinici liječenja ujedno podrazumijeva i prilagodbu čimbenika okoline koji

su u interakciji s neurorizičnim djetetom odnosno prisutne podražaje poput zvuka, svjetla i fizičke manipulacije.

Novorođenče ili dojenče u riziku za neurorazvojna odstupanja važno je prepoznati u ranoj razvojnoj dobi odnosno u prvim tjednima ili mjesecima njegova života. Neurološki pregled, dijagnostičke metode slikovnog prikaza mozga te neurofiziološki i genski testovi, kao i primjena kliničkih instrumenata procjene, omogućava uvid u specifičnosti rizika za neurorazvojna odstupanja. Zajedničkim djelovanjem na osnovi znanstveno utemeljenih dokaza te rezultata procjene važno je kreirati preporuke u smjeru daljnjeg praćenja djetetova razvoja te uključivanja u programe terapijske intervencije (Cioni i sur. 2016). Ultrazvuk (UZV) mozga može potvrditi perinatalnu ozljedu mozga, procijeniti vrijeme njezina nastanka, pratiti progresiju ili regresiju promjene i potrebu za intervencijom, a u nekim slučajevima odrediti i neurološku prognozu (Mejaški-Bošnjak, 2007). Magnetska rezonancija (MRI) mozga je danas zbog svoje iznimne preciznosti anatomskih struktura postala standard neuropedijatrijske skrbi za djecu koja su u riziku za neurorazvojna odstupanja (Cioni i Mercuri, 2007).

Rano otkrivanje rizika za specifična odstupanja u razvoju ključna je za uključivanje djeteta u odgovarajuće oblike intervencije koji pospješuju proces plastičnosti mozga i dovode do optimalizacije ograničenih obrazaca ponašanja koje dijete već pokazuje u ranoj razvojnoj dobi.

Dosadašnja istraživanja upućuju na činjenice da učinkovitost intervencije kod neurorizične djece uvelike ovisi o vremenu, načinu i vrsti terapijske intervencije. Učinkovitost se postiže ukoliko njezina primjena počinje u prvim mjesecima života djeteta te je usmjerena na sprječavanje ili minimiziranje motoričkih, kognitivnih ili emocionalnih teškoća (Cioni i sur., 2016). Intenzitet i vrstu intervencije važno je prilagoditi svakom djetetu individualno u odnosu na postojeći rizik za specifična neurorazvojna odstupanja te svakako uzeti u obzir integraciju svih razvojnih komponenti te njihove međusobne utjecaje. Spittle i sur. (2015) također navode da primjena rane razvojne podrške u prvim mjesecima života sprječava ili umanjuje neurorazvojna odstupanja kod djeteta.

Roditelja je važno uključiti u primjenu smjernica terapijske intervencije jer mogućnost ponavljanja poželjnih strategija ponašanja od strane okoline osigurava djetetu dovoljno poticaja za što optimalniji razvojni ishod.

Literatura:

1. Benjak V. Strukturne promjene korpus kalozuma i periventrikularnih križanja putova u terminskoj dobi u nedonoščadi s abnormalnim kliničko laboratorijskim nalazima u prvom postnatalnom tjednu. (2011). Doktorski rad. Sveučilište u Zagrebu. Medicinski fakultet.
2. Bošnjak-Nadž, K., Mejaški Bošnjak, V., Popović Miočinović, Lj., Ahmetašević Gverić, S., Đaković, I., Čikara Mladin, M. (2011). Rano otkrivanje neurorizične djece i uključivanje u rane rehabilitacijske programe. *Paediatrica Croatica*, 55,
3. Bošnjak Nađ, K. Kapitanović Vidak, H. Petrović, D. Tomašković, M. Nađ I. (2019). Rano otkrivanje visokoneurorizične djece i uključivanje u program Rane razvojne podrške. *Paediatrica Croatica*, 63 (Supl 1), 107-111
4. Cioni, G., Mercuri, E. Neurological Assessment in the First Two Years of Life. Mac Keith Press 2008. Tettenhal, Wolverhampton, UK, 2008.
5. Cioni, G., Inguaggiato, E., Sgandurra, G. (2016). Early intervention in neurodevelopmental disorders: underlying neural mechanisms. *Developmental Medicine Child Neurology*, 58, 61-66.
6. Hutchon, B., Gibbs, D., Harniess, P., Jary, S., Crossley, S.L., Moffat, J.V., Basu. N., Basu, A.P. (2019). Early intervention programmes for infants at high risk of atypical neurodevelopmental outcome. *Developmental Medicine Child Neurology*, 61(12), 1362-1367.
7. Mejaški Bošnjak, V. (2007). Dijagnostički pristup ranom otkrivanju neurorazvojnih odstupanja. *Paediatrica Croatica*, 51 (Supl 1)
8. Resch, B., Vollaard, E., Mauer, U., Haas, J., Rosseger, H., Müller, W. (2000). Risk factors and determinants of neurodevelopmental outcome in cystic periventricular leucomalacia. *European Journal of Pediatrics*, 159, 663-70.
9. Spittle, A., Orton, J., Anderson, P.J., Boyd, R., Doyle, L.W. (2015). Early developmental intervention programmes provided post hospital discharge to prevent motor and cognitive impairment in preterm infants. *Cochrane Database Systematic Review*, 24
10. Thapar, A., Cooper, M., Rutter, M. (2017). Neurodevelopmental disorders. *Lancet Psychiatry*, 4(4), 339-346.



III

PROCJENA U RANOJ RAZVOJNOJ PODRŠCI

4. TIMSKI PRISTUP U PROCJENI

Snježana Seitz

U želji da se omogući sveobuhvatna i konzistentna procjena djeteta, nužan je timski pristup. Holm i McCartin (1798) opisuju tim kao „interaktivnu grupu koja izvodi integrirane i međuovisne aktivnosti“. Gollin i Duncanis (1981) navode kako uvođenje timskog pristupa u procjenu i ranu razvojnu podršku odražava stav i gledište stručnjaka koji dijete i njegov razvoj počinju promatrati kao integriranu cjelinu, a ne kao skup pojedinih razvojnih područja.

Karakteristike timova

Većina timova koji rade zajedno u procjeni i ranoj razvojnoj podršci imaju neke zajedničke karakteristike: sastoje se od stručnjaka različitih profila, vrlo često u sve segmente svog rada uključuju i obitelj korisnika te dijele zajedničke zadatke, tj. ciljeve. Ono što razlikuje timove jednog od drugog je stupanj interakcije među članovima tima. S obzirom na strukturu i stupanj interakcije među članovima tima, timovi se dijele na multidisciplinarni, interdisciplinarni i transdisciplinarni tim. Iako se ta tri oblika timske suradnje vrlo često uspoređuju, na njih se može gledati kao na točke na kontinuumu interakcije, krenuvši od niskog ka visokom stupnju interakcije. Najniži stupanj interakcije među članovima tima prisutan je u multidisciplinarnom timu, dok se najveći stupanj interakcije nalazi u transdisciplinarnom timu.

U **multidisciplinarnom timu** stručnjaci različitih profila rade neovisno jedni od drugih. Peterson (1987) uspoređuje rad multidisciplinarnog tima s paralelnom igrom kod djece („jedan pored drugoga, ali odvojeno“). Članovi multidisciplinarnog tima dijele isti prostor i sredstva, ali djeluju potpuno odvojeno. U konačnici takav timski pristup vodi ka pružanju fragmentirane usluge što može imati negativne učinke na dijete i njegovu obitelj (oprečne izjave stručnjaka, neusklađenost).

U uvjetima interdisciplinarne i transdisciplinarne suradnje nema takve fragmentiranosti usluga jer je stupanj interakcije među članovima veći. **Interdisciplinarni timovi** rade na način da svatko zasebno provede procjenu djeteta, ali imaju zajedničke sastanke na kojima diskutiraju o rezultatima procjene te zajednički dogovaraju strategije. Iako je stupanj interakcije znatno veći nego u uvjetima multidisciplinarne suradnje, i dalje ostaju teškoće u komunikaciji i interakciji jer stručnjaci nemaju dovoljno znanja iz područja srodnih disciplina te je često prisutno nerazumijevanje ili međusobno neprihvatanje.

Transdisciplinarni timovi se također sastoje od stručnjaka različitih disciplina i roditelja djeteta, ali se u timskoj suradnji nastoje nadići granice individualnih struka kako bi se postigao visok stupanj komunikacije, interakcije i suradnje među članovima tima.

Timska dinamika je živi organizam koji kontinuirano treba samovrednovanje i podršku. Proces transformacije od multidisciplinarnog do transdisciplinarnog tima je dugotrajan te ne uvijek ujednačen proces, a samim time je zahtijevan i put povećanja stupnja interakcije među članovima tima i između različitih disciplina unutar tima.

Kako bi neki tim postao transdisciplinarni tim, njegovi članovi bi trebali učiti i raditi zajedno te u tom radu prelaziti granice svoje struke. U literaturi su opisane određene faze koje tim mora proći da bi postao transdisciplinarni. The United Cerebral Palsy (Woodruff i McGonigal, 1988) te faze razvoja transdisciplinarnosti naziva fazama otpuštanja uloga. Otpuštanje uloga je suma pojedinih procesa koji se odvijaju odvojeno, ali su i međusobno povezani. Prolaze se faze od jačanja vlastite uloge u kojoj postajemo kompetentniji u svojoj temeljnoj struci, preko stjecanja znanja, vještina i kompetencija srodnih struka u kontroliranim uvjetima do tzv. faze otpuštanja uloga kada stručnjak primjenjuje novostečene vještine u praksi pod supervizijom stručnjaka čija je to struka.

Jedno od glavnih obilježja provođenja procjene u uvjetima transdisciplinarnog pristupa je tzv. **procjena u areni**. Roditelji/dijete i ostali članovi stručnog tima su prisutni u prostoriji u kojoj se provodi procjena. U većini slučajeva samo roditelji i jedan član tima su u izravnom kontaktu s djetetom koje ne mora ostvarivati kontakt s puno njemu nepoznatih osoba. S obzirom da je dijete usmjereno na interakciju uglavnom samo s jednom odraslom osobom te ne mora prolaziti kroz niz uzastopnih procjena, dijete se manje umara te je njegova izvedba bolja. Procjena u areni predstavlja velik izazov za stručnjake te „orkestriranje“ arena pristupa zahtijeva planiranje i promišljanje od strane svih članova tima.

Važnost timskog pristupa u procjeni djeteta s rizicima / razvojnim teškoćama

Procjena djece s neurorizikom predstavlja sve veći izazov stručnjacima koji se suočavaju s velikim brojem testova, procedura, pomagala i opservacijskih tehnika. Povećani izazov u procjeni predstavlja i činjenica da se suočavamo sa sve složenijim potrebama djece, ali i da smo usmjereni i na potrebe same obitelji.

Prilikom provođenja procjene, tim bi trebao dobiti informacije ne samo o djetetovim razvojnim postignućima na različitim razvojnim područjima, već i o tome kako jedno razvojno područje utječe na ostala razvojna područja te koji je njihov uzročno-posljedični odnos. Sama procjena provodi se u jednom širem kontekstu koji obuhvaća i procjenu okruženja u kojem dijete funkcionira. Na temelju dobivenih informacija potrebno je odrediti djetetove snage i potrebe koje predstavljaju temelj za određivanje intervencijskih strategija poticanja. Provođenje procjene te određivanje strategija poticanja provodi se kroz aktivnu suradnju s roditeljima djeteta koji su aktivni članovi tima. Timski pristup olakšat će određivanje prioriteta pri određivanju plana podrške za dijete i obitelj te u konačnici rezultirati stvaranjem holističkog plana podrške koji je manje intruzivan za djetetov ekosistem (Shonkoff, Hauser-Cram, Krauss i Upshur, 1992).

Literatura:

1. Holm, V. A. i McCartin, R. E. (1998). Interdisciplinary child development team: Team issues and training in interdisciplinarity. In Allen E, Holm VA, Sc-hiefelbusch, editors. Early intervention – A team approach. Baltimore: Uni-versity Park Press; p. 97-122
2. Golin, A. K. i Duncanis, A. J. (1981). The interdisciplinary team. Rockville: MD: Aspen Systems
3. Peterson, N. L. (1987). Early intervention for handicapped and at-risk chi-ldren: An introduction to early childhood special education. Denver: Love Pub. Co.
4. Woodruff, G., McGonigal, M. J. (1988). Early intervention team approaches: the transdisciplinary model. Eric Publications; Reports – Research. Washin-gton DC
5. Hyvarinen, L. (2012). Assessment of visual functioning of Disabled Infants and Children as Transdisciplinary Team Work [internet]. Montreal; cited 2020 Feb 14. Available from: <http://www.lea-test.fi/en/assessme/trans3/index.html>
6. Foley, G. M. (1990). Portrait of the arena evaluation: Assessment in the transdisciplinary approach. In: Biggs E, Teti D, editors. Interdisciplinary as-sessment of infants: A guide for early intervention professionals. Baltimore: Paul H. Brookes; p. 271-286
7. King, G., Strachan, D., Tucker, M., Duwyn, B., Desserud, S., Shilington, M. (2009) The application of a transdisciplinary model for early intervention services. *Infancy and young children*, 22(3): 211-223
8. Shonkoff, J.P., Hauser – Cram, P., Krauss, M.W. i Upshur, C.C. (1992). Deve-lopment of infants with disabilities and their families: Implications for theory and service delivery. *Monograph of the Society for Research in Child Develop-ment*, 57(6)

5. MJERNI INSTRUMENTI U SUSTAVU PROCJENE DJETETA S RAZVOJNIM RIZICIMA ILI TEŠKOĆAMA

Ana Validžić Požgaj i Jasminka Gagula

Ne postoji jedinstvena definicija koja sažima što jest i što u sebi sadrži procjena. Najčešće ju se promatra kao alat kojim utvrđujemo trenutne sposobnosti djeteta, kao i postojanje odstupanja ili razvojne teškoće, a samim time i potrebu uključivanja u određeni program i kreiranje plana podrške. Katkad se procjena smatra formalnim testiranjem, no ona u sebi sadrži više komponenti i može se provoditi u različite svrhe.

U suvremenom holističkom pristupu procjena je sveobuhvatni timski pristup obitelji i djetetu u kojem se prožimaju opservacija i prikupljanje informacija iz različitih izvora. Procjena predstavlja i prvi, inicijalni korak koji prethodi kreiranju edukacijsko-rehabilitacijskog programa u ranoj razvojnoj podršci. Koliko će on biti učinkovit za dijete i obitelj, ovisi o samoj procjeni. U procesu procjene, interdisciplinarni i transdisciplinarni pristup kojemu treba težiti, podrazumijeva kako procjena nije samo primjena isključivo dijagnostičkih instrumenata. Visokokvalitetna procjena daje vrijedne podatke o djetetu koji su odraz trenutnog stanja, ali istovremeno mora biti prognostička i savjetodavna, pružanjem uvida u moguća buduća razvojna postignuća. Vrlo je važno izabrati odgovarajući instrument procjene čijom primjenom možemo dobiti informacije i smjernice potrebne za kreiranje programa koji će maksimalno utjecati na razvoj djetetovih i obiteljskih potencijala.

Danas postoji veliki broj instrumentarija procjene koje mogu primjenjivati edukacijski rehabilitatori, logopedi, psiholozi, fizioterapeuti, radni terapeuti i ostali stručnjaci već od najranije dobi djeteta, odnosno već od samog rođenja. No treba napomenuti, da kada govorimo o instrumentima procjene, moramo imati u vidu da su oni alat u prikupljanju podataka. Instrumenti pružaju strukturu potrebnu za prikupljanje i obradu informacija o obilježjima ranog razvoja i učenja, no odabir odgovarajućeg instrumenta nije nimalo jednostavan. Procjena djece rane razvojne dobi je složena i često nepredvidljiva te zahtijeva fleksibilnost u pristupu ispitivača, pogotovo u kriterijima vremena, prostora i načinu prilagodbe postupka prema djetetu. Naravno, neki mjerni instrumenti procjene imaju veću razinu pouzdanosti i valjanosti od drugih. Pojedini su obilježeni popratnim privlačnim paketima i promidžbom. No, u odabiru odgovarajućeg se treba voditi kvalitetom prikupljenih informacija u odnosu na dijete, obitelj i program.

Kroz pregled stručne literature, najčešće se navode sljedeće svrhe i oblici procjene:

1. Procjena probira definira se kao kratka procjena namijenjena identifikaciji djece koja ipak zahtijevaju detaljniju dijagnostičku, evaluacijsku procjenu zbog rizika na postojanje teškoće ili utvrđeno odstupanje u razvoju. Probirne ljestvice su obično kratke, mogu ih ispunjavati i roditelji i stručnjaci te samim time se može obraditi veliki broj ispitanika. Kvaliteta probirnih ljestvica ovisi o osjetljivosti i specifičnosti, odnosno koliko dobro mjere ono što bi trebale zaista mjeriti i u kojoj mjeri točno razvrstavaju skupinu djece bez teškoća od one s rizikom i / ili teškoćom. Postoje brzi testovi probira (ASQ – Ages and Stages Questionnaire Third Edition, PEDS – Parents Evaluation of Developmental Status) namijenjeni probiru rizične djece, koje danas mogu ispunjavati i roditelji ili stručnjaci u okviru stručnih posjeta u domu obitelji. Rano prepoznavanje simptoma kroz ove brze probirne ljestvice često je prvi korak na putu do dijagnoze. Postoje tako i različiti probirni testovi kojima se provjerava postojanje ranih znakova karakterističnih za poremećaje iz spektra autizma (PSA), kao što je npr. lista za procjenu ponašanja za autizam kod djece u dobi od 18 mjeseci (Checklist for Autism in Toddlers-CHAT; Baron-Cohen i sur., 1992), a provjerava odstupanja u području socijalne interakcije, komunikacije i igre. Modificirana lista za procjenu ponašanja za autizam kod djece (The Modified Checklist for Autism in Toddlers-M-CHAT; Robins i sur., 2001) je poboljšana verzija CHAT-a kojom roditelji procjenjuju senzomotorički razvoj, socijalnu interakciju, jezik i komunikaciju te združenu pažnju djeteta u dobi do 24 mjeseca. Prema Chlebowskiom i suradnicima (2010), 53 % djece s pozitivnim rezultatom dobivaju dijagnozu iz PSA, dok će se kod 89 % djece s pozitivnim rezultatom na M-CHATU postaviti dijagnoza nekog razvojnog odstupanja.

Procjena spontanih pokreta (eng. General Movements Assessment, GMs) danas kao metoda procjene ranog neurološkog razvoja je valjan i pouzdan prediktor kod djece s ozljedom mozga za optimalan ili neoptimalan neuromotorički ishod te ima visoku prediktivnu vrijednost za razvoj cerebralne paralize (CP) (Sokołow, Adde, Klimont, Pilarska i Einspieler). Kao metoda probira ukazuje na identifikaciju postojećeg rizika za odstupanje ili razvoj neurološke disfunkcije te ukazuje na potrebu za daljnjom dijagnostičkom obradom. Spittle i sur. (2013) potvrđuju važnost kombinacije procjene GM i dijagnostičkih metoda poput ultrazvuka ili magnetske rezonancije mozga te njihova zajedničkog djelovanja kod utvrđivanja rizika za određena odstupanja ili teškoće u razvoju.

2. Instrukcijska procjena pruža mogućnosti o djetetovim trenutnim razvojnim obilježjima i mogućnostima, s usmjeravanjem na vještine koje slijede te vrednovanje napredaka spram postavljenih ciljeva. Važna je za određivanje inicijalnog stanja, kontinuiranog praćenja napretka te pružanja informacija roditeljima i stručnjacima koji provode program. Ovaj vid procjene se najčešće provodi nestandardiziranim instrumentima procjene koji obuhvaćaju sveobuhvatni razvoj; razvoj motorike, socio-emocionalni razvoj, razvoj komunikacije i jezika, pristupe učenju, spoznajni razvoj i usvojena znanja i vještine. Bilo da su konstruirani poput upitnika ili liste za

procjenu ponašanja, ta vrsta instrumenata sugerira aktivnosti i razvojna područja na kojima treba raditi. Rezultati procjene prikazuju složenost dječjeg rasta, razvoja i učenja kao individualizirane opise vještina i ponašanja. Vrlo često su dopunjeni opisima obilježja interakcija roditelj-dijete, opservacijama u nestrukturiranim uvjetima, opservacijama tijekom duljeg vremenskog razdoblja, portfolijom vještina i sl. Primjeri takvih mjernih instrumenata, koji su povezani s kurikulumom, pružaju informacije i vrednuju napredak, omogućuju primjenu u prirodnom i poznatom okruženju su: Carolina kurikulum za dojenčad i hodončad (Carolina Curriculum for Infants and Toddlers, Brookes Publishing Company), Carolina kurikulum za djecu predškolske dobi (Creative Curriculum Developmental Continuum, Teaching Strategies, Inc.), Hawaii profil procjene ranog učenja djeteta od rođenja do 3. godine (Hawaii Early Learning Profile (HELP) VORT), Portage Guide to Early Education Checklist, INSITE, Vineland skala socijalne zrelosti (Vineland Adaptive Behavior Scales- Third Edition).

3. Dijagnostička procjena je sveobuhvatna razvojna procjena koja se provodi u svrhu definiranja specifičnih razvojnih obilježja, prepoznavanja specifičnih odstupanja i teškoća te često u svrhu utvrđivanja potrebe za ciljanim rehabilitacijskim programima i sustavima podrške. Vrlo često je riječ o dugotrajnom postupku, koji osim prikupljanja medicinske i socijalne anamneze, sadrži i niz razvojnih testiranja od strane različitih stručnjaka. Rezultati se u tim testiranjima sažimaju u numeričkom obliku unutar standardiziranih vrijednosti (standardne devijacije, percentili) te se unutar toga određuju odstupanja od istih prema tim zadanim vrijednostima ili rasponima. Takav vid testiranja mogu provoditi samo stručnjaci educirani za provedbu određenog testa. Pod terminom standardizirana procjena podrazumijeva se dogovoreni skup čestica koji predstavlja zadani standard za pojedinu dob i / ili vještinu. Standardizirani testovi se prikazuju u normama ili kriterijima, a stavke se uvijek predstavljaju istim redoslijedom svim ispitanicima, na isti način i istom metodologijom. Bodovanje i interpretacija su također standardizirani, što dovodi u nepovoljni položaj populaciju djece s razvojnim odstupanjima, jer se rezultat koji dijete postigne uspoređuje s normama prosječnoga razvoja, odnosno s onim što se može očekivati od djeteta bez teškoća u razvoju iste kronološke dobi ili se uspoređuju s razinom mentalnog razvoja. Problem je što djeca s govorno-jezičnim odstupanjima mogu imati teškoća u razumijevanju uputa tijekom ispitivanja, a djeca sa senzoričkim i motoričkim poteškoćama u izvedbi jer testovi u svrhu standardiziranog načina provođenja i materijala ne dopuštaju modifikacije. Procjene koje se odnose na norme uspoređuju djetetov rezultat s rezultatima skupine vršnjaka iste dobi. Takva je usporedba značajna samo ako normativna skupina uključuje djecu koja dijele jezik, kulturu i / ili isti oblik teškoća. Svako razvojno područje unutar različitih testova je zastupljeno većim brojem čestica za svaku dobnu skupinu kako bi se dobio uvid u razvojni profil djeteta. Ispitni materijal u setovima za dijagnostičku procjenu je dizajniran na način da nije poznat ispitanicima i naj taj način pruža jednako iskustvo svima. Primjerice kocke, različiti oblici i štapići, višedijelne slagalice, šalice, žlice, lutka i vozila koji su sastavni dio većeg broja standardiziranih setova, namijenjeni su ispitivanju specifične vještine unutar različitih dobnih raspona, a istovremeno

ne ometaju djecu drugim vidom aktivnosti i ukupnu aktivnost dojenčeta za vrijeme procjene, osobito u stanju pobuđenosti.

Mnoga klinička i znanstvena istraživanja potvrđuju visoku osjetljivost i pouzdanost raznih standardiziranih testova (poput primjerice Bayley razvojne ljestvice – Bayley Scales of Infant Development (BSID-III), Mullen ljestvice za procjenu ranog učenja – Mullen Scales of Early Learning, Faganov test za procjenu inteligencije u ranom djetinjstvu – Fagan Test of Infant Intelligence (FTII), Liste za procjenu komunikacijskog i simboličkog ponašanja – Communication and Symbolic Behavior Scales (CSBS) koju ispunjava roditelj/skrbnik i koja daje podatke o ranom razvoju komunikacije i drugih razvojnih područja koja čine važan temelj i pretpostavku jezično-govornog razvoja i Batellovog razvojnog inventara – Battelle Developmental Inventory (BDI) i dr.) u prediktivnosti kasnijeg razvoja kognitivnih, komunikacijskih i motoričkih vještina (Glascoe, 2005., Hamilton, 2006).

Osim utvrđivanja specifičnih razvojnih obilježja, standardizirani instrumenti procjene istovremeno omogućavaju i roditeljima bolje razumijevanje djetetova ponašanja te davanje odgovora na njihove potrebe. Tako standardizirana Skala procjene neonatalnog ponašanja (Neonatal Behavioral Assessment Scale, NBAS) tijekom koje ispitivač utvrđuje postojeće snage ili poteškoće novorođenčeta, istovremeno upoznaje roditelja s ponašanjem njegova djeteta te ujedno uspostavlja i jača njihov pozitivan odnos (Hawthorne, 2008., Brazelton i Nugent, 2011).

Važno je uzeti u obzir i primjenu specifičnih instrumenata procjene u svrhu definiranja vještina različitih razvojnih komponenti pojedinačno (spoznaje, komunikacije, motorike, vizualnog ponašanja) čiji je odabir važno primijeniti u odnosu na dob djeteta kao i njegove individualne potrebe.

Primjena standardiziranih mjernih instrumenata procjene omogućava vrednovanje promjena u djetetovom funkcioniranju jer uspoređivanjem ponovljenih procjena možemo procijeniti napredak djeteta nakon provođenja rano-interventnog programa.

4. Procjena vrednovanja programa se odnosi na ishode programa, primarno varijable kvalitete osmišljenosti programa, kvalitete stručnog kadra, razine uključenosti roditelja i njihovog zadovoljstva.

U radu s djecom s utvrđenim odstupanjima u razvoju uvijek treba voditi računa s kojim ciljem se provodi procjena. Procjena u svrhu praćenja rezultata unutar bodovnih raspona, pri čemu je skupina djece s teškoćama uvijek ispod prosjeka, smatra se neetičnom prema suvremenim kodeksima pomagačkih struka. Naglasak treba biti na opservaciji djeteta u prirodnom okruženju, unutar svakodnevnih i poznatih aktivnosti i rutina koje daju smisao djetetovoj svakodnevici. Upravo iz toga proizlazi pojam **funkcionalne procjene** koja se provodi u svrhu pružanja smjernica roditeljima, kreiranja edukacijsko-rehabilitacijskog programa i vrednovanja postignuća postavljenih ciljeva unutar tog istog edukacijsko-rehabilitacijskog programa. Takvim načinom funkcionalne procjene, dijete se uspoređuje sa samim sobom, odnosno

vrednuju se napreci koji se kroz standardizirane mjerne instrumente najčešće ne mogu vrednovati, ali su itekako bitni i važni za djetetovo svakodnevno funkcioniranje.

U praksi primjećujemo sve veći broj djece s istim dijagnozama, no različitim obilježjima funkcioniranja u svakodnevnim situacijama. Funkcionalni ciljevi i zadaće koji su izvedeni na temelju funkcionalne procjene, očituju se pozitivnim pomacima u završnoj procjeni na svim razvojnim područjima, kao i pozitivnim kvalitativnim promjenama u značajkama djetetovog svakodnevnog funkcioniranja.

Specifičnosti procjene u ranoj razvojnoj podršci

Procjena u ranoj razvojnoj podršci je složena interdisciplinarna/transdisciplinarna aktivnost čija je svrha izrada i prijedlog odgovarajućih programa i strategija poticanja.

Ciljevi procjene su prikupljanje i analiza podataka o djetetovim razvojnim obilježjima i postojećim zaštitnim i rizičnim čimbenicima unutar obiteljskog konteksta za razvoj. Populacija djece koja pristupa procjeni unutar programa rane razvojne podrške je većim dijelom već skupina detektirana pod visokim rizikom za nastanak razvojnih poremećaja ili skupina koja dolazi s postavljenom dijagnozom unutar koje se očekuje odgovarajući razvojni ishod. Zadatak procjene unutar programa rane razvojne podrške jest izrada **razvojnog profila djeteta**, čime se podrazumijeva sažet i objektivni opis djetetovih razvojnih snaga, mogućnosti i potreba za eventualnim programom, planiranje odgovarajućih strategija te vrednovanje učinkovitosti postavljenih strategija i samim time napretka. Procjena je dakle kontinuirani i dinamični proces u kojem se izmjenjuju i međusobno nadopunjuju koraci procjene i intervencije.

Procjenu treba shvatiti kao početak intervencije i kao ranu razvojnu podršku (Hoghughy, 1992). Stručnjaci koji provode procjenu na osnovi svojih opservacijskih vještina i znanja kojima vladaju, grade sliku ne samo onoga „što jest“, nego i onoga „što bi trebalo biti i čemu težiti“. Samom teorijom stručnjak mora ovladati do te razine da je u stanju kritički pristupiti analizama pojedinih sastavnica testova i varijacijama prilagodbe zadataka. Samo ispunjavanje različitih ljestvica je moguće bez poznavanja teorije u pozadini, ali vještina opservacije je visoko definirano iskustveno znanje koje podliježe stručnjakovoj analitičnosti i kritičnosti. Proces otkrivanja jakih strana kod djeteta i načina na koje dijete prima i obrađuje informacije o svemu što ga okružuje, mnogo je zahtjevnije od uočavanja onoga što dijete ne može. Prije upoznavanja različitih mjernih testova i instrumentarija, stručnjaci moraju razviti i uvježbati vještine opservacije u strukturiranim i nestrukturiranim uvjetima te biti dobri poznavatelji različitih etiologija oštećenja i njihovih učinaka na djetetov razvoj.

Stručnjaci u procjeni grade cjeloviti razvojni profil ne samo djetetovog funkcioniranja, već i postojećih interakcijskih obrazaca koji imaju utjecaj na razvojna obilježja. Važan partner u samom procesu je roditelj kao izvor informacija, ali i partner u kreiranju i provođenju strategija poticanja. Zadatak stručnjaka je odgovoriti na roditeljska pitanja i dvojbe oko djetetovog funkcioniranja i ponuditi ciljeve i funkcionalne aktivnosti koje jačaju djetetove potencijale. Iz tog razloga često se može čuti termin

savjetodavna procjena, jer zadatak i jest pružiti roditeljima savjetovanje i podršku te ih poučiti, po potrebi, određenoj strategiji.

O tome gdje, tko i kako provodi procjenu ovisit će i način, sadržaji i primijenjene metode procjene te suradnja među stručnjacima, kao i suradnja stručnjaka s korisnicima, uloga i status korisnika te mogućnosti planiranja tretmana. U novijim, više praktičnim, negoli teorijskim promišljanjima, procjena nije sama sebi svrha. Ono što nakon nje slijedi je samo početak svojevrsnog tretmana ili intervencije. Promjene su prisutne i u oblikovanju nalaza i stručnog mišljenja. Dugi niz godina prevladavaju stručni opisi usmjereni na nemogućnosti i nesposobnosti što često za sobom povlači i besperspektivnost ikakvog daljnjeg pozitivnog ishoda. S obzirom na sve veći rastući trend promjena prema afirmativnom pristupu i pristupu usmjerenom na snage, polako se i mijenjaju stručni nalazi koji uspješno daju uvid u razvojne odrednice, ali i pružaju uvid u potrebne intervencije.

Literatura:

1. Spittle A.J., Boyd R.N., Inder T.E., Doyle W.L. (2013). Predicting Motor Development in Very Preterm Infants at 12 Months' Corrected Age: The Role of Qualitative Magnetic Resonance Imaging and General Movements Assessments. *Pediatrics* 2009;123;512
2. Einspieler, C., Prechtl, H.F.R., Ferrari, F., Cioni, F., Arend, F.B. (1997). The qualitative assessment of general movements in preterm, term and young infants – review of the methodology. *Early Human Development*, 50, 47-60
3. Hamer, G.E., Bos, F.A., Hadders Algra, M. (2016). Specific characteristics of abnormal general movements are associated with functional outcome at school age. *Early Human Development*. 95, 9-13
4. Hawthorne, J. Brazelton babies: understanding infant behaviour. *Pract Midwife*. 2008 Dec;11(11):28-30. PMID: 19105561.
5. Hoghughi, M. (1992): *Assessing child and adolescent disorders: A practical manual*. SAGE Publications. London – Newbury Park – New Delhi.
6. Chlebowski, C., Green, J.A., Barton, M.L., & Fein, D. (2010). Using the childhood autism rating scale to diagnose autism spectrum disorders. *Journal of autism and developmental disorders*, 40(7), 787-799.
7. Brazelton, T.B., Nugent, J.K. (2011). *The Neonatal Behavioral Assessment Scale*. Mac Keith Press.
8. Glascoe, F.P. (2005). Screening for developmental and behavioral problems. *Mental Retardation and Developmental Disability Research Reviews*, 11(3), 173-179.
9. Hamilton, S. Screening for developmental delay: reliable, easy-to-use tools. *Journal of Family Practice*, 2006; 55(5), p. 415-422.
10. National Association for the Education of Young Children and National Association of Early Childhood Specialists in State Departments of Education. (2003). *Early childhood curriculum, assessment and program evaluation: Building an effective accountability system in programs for children birth through age 8*. Washington, DC: National Association for the Education of Young Children.
11. Sokołów M, Adde L, Klimont L, Pilarska E, Einspieler C. Early intervention and its short-term effect on the temporal organization of fidgety movements. *Early Hum Dev*. 2020 Dec;151:105197. doi: 10.1016/j.earlhumdev.2020.105197. Epub 2020 Sep 19. PMID: 32979679.



IV

ŠTO PROMATRATI U RANOM RAZVOJU?

6. OBILJEŽJA I Odstupanja vizualnog razvoja

Snježana Seitz

Mnogi aspekti razvoja djeteta su pod utjecajem razvoja vida ili su vođeni razvojem vida. Jasno je kako je dijete, iako se rađa s ograničenim vidnim sposobnostima u odnosu na odraslu osobu, primarno vizualno biće. Vid koristi kako bi istražilo okolinu prije negoli se počne po njoj kretati ili posezati za predmetima. Djeca vizualno skeniraju okolinu, traže rubove i konture, prate predmete koji se kreću i gledaju prema izvoru zvuka (Leat, Shute, Westall, 1999). Od samog rođenja dijete prikuplja informacije o svijetu putem osjetila vida te uskoro započinje integrirati informacije dobivene vidnim putem s informacijama dobivenim putem ostalih osjetilnih modaliteta.

Dijete se rađa s anatomski gotovo razvijenim okom. Npr. promjer oka odrasle osobe je 24 mm, a novorođenčeta 17 mm, što je oko 70 % konačne veličine oka. S druge strane, sposobnost oka da vidi još nije razvijena. Razvoj vizualnog funkcioniranja započinje nakon rođenja i ovisi o tome koliko se vid koristi. Što je više vidnih informacija primljeno i obrađeno, brži je razvoj vidnih funkcija. Dijete interpretira vidni podražaj koji postaje smisljena slika, koja se koristi za interakciju s okolinom, za učenje i razumijevanje lokacije, veličine, oblika i pojave objekata, dijelova vlastitog tijela, izraza lica i prepoznavanja poznatih ljudi. Optimalan razvoj vida će se dogoditi ako dijete koristi svoj vid bez ikakvih ograničenja tijekom svakodnevnih situacija. Dijete tipičnog razvoja stimulira razvoj svog vida gotovo automatski jer mu je zanimljivo vidno istraživati svakodnevnu okolinu.

Rana detekcija i smanjenje utjecaja oštećenja vida na razvoj djeteta

Prva godina života je vrijeme velikih promjena i napretka u razvoju. To je također i vrlo osjetljivo razdoblje kada mnoga odstupanja u razvoju vida postaju vidljiva. Većina djece usvaja faze vizualnog razvoja bez većih teškoća i odstupanja, no postoje određene skupine djece koje su visokorizične za nastanak oštećenja vida. Najveća skupina su djeca s cerebralnim oštećenjem koje uzrokuje odstupanje u motoričkom razvoju te djeca s prisutnom hipotonijom (npr. kod sindroma Down). Također, trebamo biti svjesni činjenice da 60 % djece s oštećenjem vida ima još neku dodatnu teškoću ili kroničnu bolest, tako da je dodatna procjena vida potrebna i kod djece sa spoznajnim teškoćama, oštećenjem sluha (perifernim i centralnim) te kod nekih sindroma i kroničnih bolesti (Hyvarinen, 2014).

Prema preporuci Svjetske zdravstvene organizacije, jedna od mjera smanjenja oštećenja vida u općoj populaciji je rano otkrivanje rizika i samog oštećenja vida u dječjoj dobi, odnosno provođenje probira u općoj populaciji. Najčešći uzroci oštećenja vida u dječjoj dobi su ambliopija i povezani rizični čimbenici te refrakcijske pogreške koje nisu povezane s ambliopijom. Ambliopija se odnosi na smanjenu vidnu oštrinu bez vidljivog organskog uzroka. Procjenjuje se da je prevalencija ambliopije u djece iz-

među 1 i 4 %. Većina slučajeva ambliopije povezana je s otklonom oka (strabizmom), osobito konvergentnim strabizmom u ranom djetinjstvu. Refrakcijske greške koje nisu povezane s ambliopijom uključuju miopiju (kratkovidnost) te hipermetropiju (dalekovidnost).

Određena ponašanja ili znakovi u dječjoj dobi mogu biti povezani s poteškoćama u vizualnom funkcioniranju. Prema Hyvarinen (2014), znakovi na koje osobito treba obratiti pažnju su (1) konstantan strabizam jednog oka nakon 6. mjeseca života; (2) bijeli refleks zjenice; (3) nepostojanje očnog kontakta sa šest do osam tjedana; (4) nepostojanje socijalnog smiješka; (5) asimetričan položaj očiju od 3. mjeseca; (6) otežano prepoznavanje članova obitelji između 7. i 11. mjeseca te (7) prisutan nistagmus (nevoljni pokreti očiju). Nejednak rast očiju, suženje oka i fotofobija mogu upućivati na postojanje glaukoma kojeg je potrebno tretirati kako ne bi uzrokovao trajno oštećenje vida.

Razvoj vizualnog ponašanja u dječjoj dobi

Kao i sve moždane funkcije, razvoj vida se najbrže odvija tijekom prve i druge godine života, potom postaje sporiji i traje do sedme, osme godine, a nastavlja se i u odrasloj dobi. To je osjetljivo razdoblje za sazrijevanje vidnih funkcija.

Kako bismo lakše uočili znakove atipičnog razvoja vizualnog ponašanja, potrebno je poznavati razvojne miljojake karakteristične za određenu dob.

Prema Hyvarinen (2011), postoje značajne varijacije u vizualnom ponašanju novorođenčeta. Mnoge bebe ne djeluju zainteresirano za svoju okolinu dok druge imaju oči širom otvorene i zagledavaju se u okolne predmete. Dojenče se često zagledava u široke svjetlosne mete u prostoru (prozori, lampe i sl.), neke mogu i vizualno popratiti kretanje glave sugovornika koji se nalazi ispred lica bebe.

Tijekom **1. mjeseca** života dojenče se zagledava u predmete postavljene bliže licu. Osobito je zainteresiran za ljudska lica i ciljano se zagledava u oči sugovornika. S otprilike 6 tjedana života dijete pokazuje interes i za složenije uzorke u okolini te počinje fiksirati predmete i na različitim udaljenostima (još uvijek na manjoj udaljenosti). U tom razdoblju većina dojenčadi uspostavlja uredan očni kontakt, iako se kod neke dojenčadi javlja i dva do tri tjedna kasnije. Vizualna ekspresija u komunikacijske svrhe se prvo uči putem imitacije, a kasnije, kada se javlja socijalni osmijeh, i kroz funkciju zrcalnih neurona koji su aktivni i tijekom pokreta te dok samo gledamo i imitiramo pokrete druge osobe. Nedovoljan očni kontakt u dobi od 8 tjedana znak je da je dijete potrebno uputiti na očni pregled te je potrebno provoditi strategije kojima će se poduprijeti rana vizualna komunikacija djeteta s okolinom. Ako dijete u tom razdoblju ne vidi dovoljno jasno lice sugovornika, to isto lice nema za dijete jednaku vrijednost kao za dijete čiji se vid razvija uredno i može vidjeti jasno sve promjene na licu. Roditelji taj neuspjeh u vizualnoj komunikaciji sa svojim djetetom

opisuju često kao da „dijete djeluje da je u svom svijetu“ i nema socijalnog smiješka kad mu se roditelji približe bez riječi.

U dobi oko **3. mjeseca** života, dobro uspostavljena vizualna komunikacija stvara dobru povezanost djeteta i roditelja/skrbnika pa se dijete i njegov roditelj „razumiju“ bez većih teškoća. Tromjesečna dojenčad vizualno proučava svoje ruke i prste satima. Okulomotorna kontrola, koja uključuje i akomodaciju i konvergenciju, dovoljno je razvijena kako bi dijete moglo proučavati svoje ruke – na početku sporadično kada se ruke slučajno pojave u vidnom polju, a zatim sve češće i dosljednije. Takvo usmjerenje prema rukama je važan korak prema razvoju koordinacije oko – ruka. Kroz tu aktivnost dijete počinje povezivati vidne informacije s motoričkom funkcijom ruku i taktilnim informacijama kada se ruke dotaknu u središnjoj liniji i prinose ustima. U trenutku kada dijete počinje posezati prema igračkama, ono uči o udaljenosti. Kroz te aktivnosti dijete počinje stvarati koncept vizualnog prostora i vidne orijentacije koji razvijaju svijest o tome da su zvukovi vezani uz određene predmete (slušna orijentacija). Manipulacija predmetima i razvoj slušne orijentacije se kasnije razvijaju kod djece s težim oštećenjem vida.

U dobi **3 – 4 mjeseca** većina djece prati aktivnosti u bližoj okolini koristeći sva osjetila i koriste različite izraze lica. Oči su postavljene ravno (gledaju u isti predmet), a otklon oka se može pojaviti samo kad je dijete umorno.

S **5 – 6 mjeseci** djetetovo udaranje i dodirivanje predmeta dovest će do posezanja za objektima. Na početku je to brzi slučajni pokret u trenutku kad dijete ugleda neki zanimljiv objekt. Vizualno istražuju okolinu i udaljene predmete u njoj, ispuštaju predmete i gledaju za njima te mogu prepoznati omiljenu igračku ili predmet na udaljenosti. Manji predmeti mogu privući djetetovu pažnju na udaljenosti 1 – 1.5 metara.

Kada je svijest o vizualnom prostoru razvijena i dijete dobro kontrolira pokrete udova, ono je spremno za posezanje i kretanje prema vidno zanimljivom predmetu. Dijete počinje uživati igrajući se u malim prostorima jer istražuje prostor vizualno, taktilno, pomoću jeke i svog vlastitog tijela što omogućuje daljnji razvoj koncepta prostora.

Između **7. i 10. mjeseca** života dijete počinje pokazivati interes za vidno proučavanje sitnijih predmeta te ih s vremenom počinje i hvatati (pincet hvat). U tom razdoblju počinje, na temelju vidnih informacija, prepoznavati poznate članove obitelji.

Djetetov interes za vizualno proučavanje slika i slikovnica krajem **1. godine** života je vrlo individualan i u relaciji je s tim koliko je dijete izloženo takvom iskustvu. Dijete može, gledajući kroz prozor, prepoznati osobu te prepoznaje dijelove stana.

Tijekom **2. godine** života vizualna sfera postaje sve šira i mnoga djeca razviju dobru vidnu oštrinu za udaljene predmete. Uobičajeno je za dvogodišnjaka da će prepoznati udaljeni automobil ili poznatu osobu bolje nego njegovi roditelji. Razvoj vida

i vidna informacija imaju središnju ulogu u komunikaciji i interakciji tijekom prve dvije godine života. Dijete uživa gledajući drugu djecu u različitim aktivnostima i uči oponašajući izraze i pokrete.

U dobi **2.5 – 3 godine** većina djece pokazuje interes za knjige i slikovni materijal. U dobi od 4 godine djeca razvijaju sposobnost diskriminacije malih predmeta koji su blizu jedan drugome (dobro razvijene male sakade).

Razvoj vizualnog ponašanja kod djeteta s oštećenjem vida

Oštećenje vida nastaje kada određeno stanje utječe na vizualni sustav i jednu ili više vizualnih funkcija (Svjetska zdravstvena organizacija, 2019). Budući da priroda oštećenja varira, varira i utjecaj oštećenja na rani razvoj vida što se kod djece manifestira kroz različite bihevioralne obrasce.

Oštećenje vida ili rizik za oštećenje vida kod djece je vrlo često prisutno pri rođenju ili uskoro nakon rođenja. U situacijama kada je rizik za oštećenje vida poznat, dijete je obično podvrgnuto opservaciji te se oštećenje vida obično otkrije tijekom prvih dana ili tjedana života (Hyvarinen, 2014). Detekcija i dijagnostika vida se nerijetko naprave nešto kasnije, vrlo često zato jer djeca s potencijalnim oštećenjem vida često imaju i neke druge teškoće u funkcioniranju (npr. posljedica asfiksije, sindrom Down, epilepsija, atipičan razvoj i sl.). Drugi uzrok zašto rano otkrivanje kasni je nepoznavanje razvojnih miljokaza.

Prema Hyvarinen (1988), dojenče s urednim razvojem vida dobiva jasnu i čistu sliku na mrežnici koja se prenosi u vidne centre u mozgu. Tijekom tog procesa dijete, kroz svakodnevne situacije, vježba svoje vidne funkcije (akomodaciju i konvergenciju) te se poboljšavaju vrijednosti vidne oštine. Dijete s oštećenjem vida ne dobiva jasnu i čistu sliku na razini mrežnice ili, zbog neučinkovitih vidnih putova, ta slika ne može biti prenesena na kortikalnu razinu. Sukladno tome, dijete ne može postići dobru akomodaciju i ne razvija se vidna oština (sposobnost razlikovanja detalja). Vrlo često koordinacija očnih mišića nije usklađena te se javlja nistagmus (nevoljni pokreti očnih jabučica). Budući se nevoljni pokreti očiju lako zamjećuju, oni su često prvi simptom zbog kojeg dijete dolazi na pregled. Ako dijete ne može fiksirati predmete u okolini jer mu oni nisu vizualno dostupni, otežano će se razvijati vizualna svjesnost i pažnja te fiksacija i pokreti praćenja.

Kod djece s oštećenjima vida binokularne funkcije se otežano razvijaju, strabizam je čest i može se razviti slabovidnost. Visoke refrakcijske greške su česte i treba ih korigirati rano, da bi se djetetu dala prilika da dobije najčišću sliku na udaljenosti unutar dohvata ruke. Ako se akomodacija ne razvije, potrebno je dati naočale za blizinu čak i u najranijoj dobi (Hyvrinen, 1988).

Prema Hyvarinen (2014), simptomi oštećenja vida mogu se kod djece primijetiti već u prvim tjednima nakon rođenja. U to vrijeme oni promatraju svjetla i odraze svjetla, no ne reaguju na njih nikakvom akcijom tako da je vrlo teško procijeniti vidi li dijete te podražaje ili ne. Međutim, u dobi od 8 tjedana djeca s poteškoćama vizualnog funkcioniranja neće ostvarivati očni kontakt sa sugovornikom dok u dobi od 3. mjeseca kod djece izostaje adekvatna reakcija na promjene facijalne ekspresije sugovornika (tzv. „socijalni smiješak“). Vrlo često se tzv. socijalni smiješak izaziva na glas ili dodir sugovornika, a ne kroz ostvarenje vizualne komunikacije. Dijete ponekad ne reagira na lica iz drugih razloga, ali svakako treba isključiti problematiku vida.

U istoj dobi kod djece izostaje promatranje vlastitih šaka/ruku što će dovesti i do zakašnjelog posezanja za predmetima u prostoru.

U dobi od 4 mjeseca lako uočavamo kako djeca s poteškoćama vizualnog funkcioniranja imaju neadekvatnu reakciju na promjenu osvjetljenja u prostoru (ne mijenjaju ponašanje na paljenje/gašenje svjetla u prostoru), ne promatraju predmete jakog kontrasta na udaljenosti od oko 20 cm te izostaje vizualno praćenje predmeta vodoravno i okomito. U ovoj dobi još je jasnija djetetova neuključenost u vizualnu komunikaciju sa sugovornikom (promatranje izraza lica, imitacija istih).

U dobi od 5 i 6 mjeseci kod djece ne zamjećujemo ciljano posezanje za predmetima i hvatanje predmeta.

U dobi od 8 mjeseci kod djece s oštećenjem vida zamjećujemo da ne promatraju prostor oko sebe te ne prate osobe/predmete koji se kreću po prostoru odnosno izostaje korištenje vida na srednjoj i većoj udaljenosti (1 – 3 metara). Mogu imati zakašnju reakciju na predmete koji im s periferije ulaze u centralni dio vidnog polja. Kod pojedine djece poteškoće se mogu manifestirati u neusmjeravanju na detalje na predmetima koje istražuju ili u nemogućnosti prepoznavanja bliskih osoba na temelju vizualne informacije.

S godinu dana djeca s poteškoćama vizualnog funkcioniranja često ne kreću u prostor kako bi se približila zanimljivoj igrački te se ne usmjeravaju na detalje ili sitnije predmete u prostoru.

S obzirom da poteškoće vizualnog funkcioniranja općenito utječu na sva razvojna područja i usvajanje razvojnih miljojaka te je taj utjecaj različit i različito se bihevioralno manifestira, preporuka je da se djetetovo ponašanje opservira kroz četiri područja. Prema Hyvarinen (1990), potrebno je napraviti opservaciju u sljedećim područjima: komunikacija, orijentacija i kretanje, aktivnosti svakodnevnog života i zadaci na blizu. Potrebno je opservirati ima li dijete dostatan vid za rješavanje zadataka iz navedenih područja (tada koristi tzv. tehnike videćih) ili mu vizualno funkcioniranje otežava sudjelovanje u aktivnostima pa govorimo o tehnikama slabovidnih (u rješavanju zadataka koristi vizualne informacije koje provjerava putem drugih osjetila) ili tehnikama slijepih (oslanja se na sva osjetila osim vida). Kada se opservacija ponašanja radi za područje komunikacije, potrebno je obuhvatiti sva područja komunikacije: osobna

komunikacija (očni kontakt, usmjeravanje na lice sugovornika, uočavanje i imitacija facijalnih ekspresija i sl.), prepoznavanje osoba, dijeljenje interesa, uočavanje gesta i komunikacijskih signala, vizualna komunikacija na različitim udaljenostima, komunikacija u grupi, u vrtićkoj skupini i sl. U svakoj navedenoj aktivnosti djetetovo oštećenje vida može utjecati na komunikaciju. Tijekom prve 3 godine života vizualna komunikacija je glavni način kako dijete dolazi do informacija (Hyvarinen, 1990).

Opservacija za područje orijentacije i kretanja trebala bi se procijeniti u unutrašnjem i vanjskom prostoru. Djetetovo funkcioniranje potrebno je procijeniti na različitim stupnjevima osvjetljenja u poznatom prostoru (kako bismo procijenili kako dijete koristi vizualnu memoriju za orijentaciju) i nepoznatom prostoru (procjena sposobnosti prepoznavanja zajedničkih struktura i donošenja zaključaka na temelju informacija). Rezultati procjene osnovnih vidnih funkcija su nam u ovom segmentu vrlo korisni. Npr. dijete koje ima smanjenu vrijednost osjetljivosti na kontraste neće dobro moći vidjeti prostor sa svjetlijim sjenama na rubovima sobe ili otvorene prostore te percepcija prostora neće biti pravilna (ne percipira prostor kao kvadratni već okrugao). Promjene u percepciji boja mogu utjecati na to da vidljivi orijentiri u okolini postanu manje uočljivi. Također je potrebno promatrati kako se dijete kreće po prostoru, procjenjuje li dobro udaljenost i prepreke na putu.

Vid potreban za izvođenje aktivnosti svakodnevnog života trebao bi se procijeniti kroz različite zadatke karakteristične za djetetovu dob i interese.

Vid potreban za izvođenje zadataka na blizu se obično najdetaljnije procjenjuje tijekom procjene. Potrebno je promatrati kako dijete uočava i istražuje sitne detalje na igračkama i predmetima u okolini, pokazuje li interes i istražuje li i prepoznaje slikovni materijal, crteže, crtane filmove, slagalice i vizualne memorijske kartice te koristi li nagnuti položaj glave i približava li predmete blizu očima.

Zaključak

Osjet vida ima značajan utjecaj na cjelokupan razvoj. Pravodobno uočavanje rizika koji mogu dovesti do oštećenja vida i samih odstupanja te pružanje primjerene intervencije može smanjiti utjecaj oštećenja vida na cjelokupni razvoj. Stoga je potrebno stalno usavršavanje svih onih stručnjaka koji se u tom ranom razvoju susreću s djecom.

Literatura:

1. Braddick, O., Atkinson, J. (2011). Development of human visual function. *Vision Research*, 51, 1588-1609
2. Hyvarinen, L. (2014). Early detection, treatment and intervention of problems in visual functioning due to changes in the anterior part of the visual system, and/or in the visual processing functions. <www.lea-tests.fi>. Pristupljeno 10. travnja 2020
3. Hyvarinen, L. (2011). Infants with normal Visual Development, <<https://drleahyvarinen.wordpress.com/>>. Pristupljeno 25. siječnja 2020
4. Hyvarinen, L. (1990). Assessment of vision for educational purposes and early intervention. <www.lea-tests.fi>. Pristupljeno 25. siječnja 2020
5. Hyvarinen, L. (1988). Vision in Children – normal and abnormal. Ontario: Canadian Deaf – Blind & Rubella Association
6. Leat, S., Shute, R.H. i Westall, C.A. (1999). Assessing Children`s Vision: a handbook. Oxford: Butterworth-Heinemann
7. Repka, M.X., Beck, R.W., Kraker, R.T., Cole, S.R., Holmes, J.M., Birch, E.E., Tien, R.D., Astle, W.F. i Cotter, S.A. (2002). The Clinical Profile of Moderate Amblyopia in Children Younger Than 7 Years. *Archives in Ophthalmology* (120), 281-287.
8. Ortibus, E.L., De Cock, P.P. i Lagae, L.G. (2011). Visual Perception in Preterm children: What are we currently measuring? *Pediatric Neurology* 45, 1-10.

7. OBILJEŽJA I Odstupanja motoričkog razvoja

Jasminka Gagula i Jelena Špionjak

Posturalna kontrola ima ključnu ulogu u razvoju grubih motoričkih funkcija (Hadders-Algra, 2018), a nastaje kao rezultat genetike i interakcije djeteta s okolinom (Hadders, 2000). Primarni cilj posturalne kontrole je održavanje uspravnog položaja glave i trupa protiv sile gravitacije u svrhu vizualne orijentacije i cilju usmjerenog kretanja (Hadders-Algra, 2018).

Na razvoj posturalne kontrole utječu senzorička obrada, ponašanje, kognicija i okolišni uvjeti (Harbourne i Stergiou, 2003). Primjerena posturalna kontrola preduvjet je za normalan razvoj voljnih pokreta te za razvoj komunikacije i socijalne interakcije (Van der Fits, Otten i Klip 1999). U tipičnom razvoju djeteta sve razvojne komponente su u međusobnoj interakciji pa tako motorički razvoj ne pruža samo mogućnost razvoja niza perceptivnih, socijalnih i kognitivnih vještina, već i obratno, percepcija i kognicija utječu na kvantitetu i kvalitetu kretanja te aktivnosti usmjerenih cilju djeteta (Leonard, 2016). Rana perceptivno-motorička iskustva unutar prve godine života djeteta, kao što su interakcija s predmetima, sjedenje i kretanje omogućuju stjecanje informacija o međuodnosu tijela, okoline i drugih ljudi te stoga imaju važnu ulogu u senzomotoričkom, spoznajnom, govorno-jezičnom i socio-emocionalnom razvoju (Lobo, Harbourne i Dusing, Westcott-McCoy, 2013).

Tijekom prva 3 mjeseca života dijete uči stabilizirati položaj glave na trupu (Hadders-Algra, 2018) pri čemu se vizualno usmjerava na osobe i predmete na bliskoj udaljenosti. Između 4 i 5 mjeseci djeca počinju prinostiti predmete kroz posezanje i hvatanje te počinju istraživati pokrete rotacije iz ležećeg položaja na leđima u ležeći položaj na trbuhu. Između 5 i 8 mjeseci uče samostalno sjediti, održavanjem uspravnog položaja tijela (Lobo i sur., 2013; Hadder-Algra, 2018). Međudjelovanje posturalne kontrole u sjedećem položaju i vizualne pažnje za vrijeme sjedenja potiče razvoj spoznaje. Vizuomotorička koordinacija i razvoj manualnih vještina tijekom sjedenja povećavaju djetetove sposobnosti za istraživanjem predmeta i učenjem. Interakcija s predmetima te iskustvo sjedenja i kretanja također utječu na socijalnu interakciju i razvoj govora. Uspravan sjedeći položaj uzrokuje promjene u dišnim i govornim strukturama te potiče proizvodnju različitih zvukova kod djeteta, kao i više varijabilnosti pri vokalizaciji samoglasnika i suglasnika. Način na koji dijete koristi predmete u igri povezan je s pojavom riječi i povećanjem vokabulara. Interakcija s predmetima također utječe na razvoj receptivnih jezičnih sposobnosti (Lobo i sur., 2013). Libertus i Violi (2016) govore o povezanosti razvoja vještina u sjedećem položaju u dobi 3 – 5 mjeseci s razvojem receptivnog govora u dobi 10 – 14 mjeseci. Sposobnost istraživanja predmeta utječe i na djetetovu socijalnu interakciju. Prije posezanja za nekim predmetom djeca često promatraju osobu i tako uče dijeliti pažnju između predmeta i osobe (Lobo i sur., 2013).

Između dobi 6 i 10 mjeseci dijete razvija mogućnost puzanja na koljenima i šakama s trbuhom odignutim od podloge (Hadders, 2018). Prema Lobo i sur. (2013) kroz stjecanje iskustva kretanja puzanjem, djeca koriste više gesti za komunikaciju s drugima te započinju interakciju s drugima kroz slobodnu igru. U dobi između 9 i 13 mjeseci dijete razvija mogućnost stajanja bez podrške, a samostalno hodati između 10 i 14 mjeseci, pri čemu vizualno istražuju okolinu te imaju puno više različitih prilika za igru i socijalnu interakciju (Hadders, 2018). Djeca koja hodaju koriste više gesti i vokalizacije kroz združivanje pažnje s ljudima i predmetima (Lobo i sur., 2013).

Promišljajući o međuovisnosti razvojnih komponenti, može se zaključiti da je razvoj posturalne kontrole dinamičan, složen i dugotrajan proces s pomoću kojega dijete uči koristiti uspješne strategije i kontrolirati suvišne stupnjeve slobode pokreta tijela kako bi postiglo optimalnu posturu i posturalnu prilagodbu u zadanom položaju, ovisno o zahtjevima okoline (slušanje, promatranje, posezanje, hvatanje i istraživanje predmeta) (Harbourne i Stergiou, 2003; Dusing i Harbourne 2010). Kako bi usvojilo određenu funkcionalnu motoričku vještinu dijete prethodno treba imati dostatnu izvedbu pokreta (kvantitetu), prostornu i vremensku varijaciju pokreta (kvalitetu) te posturalnu prilagodbu i varijabilnost pokreta (Hadder-Algra, 2000; Dusing i Harbourne 2010; Hadders-Algra, 2010).

Prema teoriji selektivnog grupiranja neurona (Neuronal Group Selection Theory – NGST) u motoričkom razvoju postoji faza primarne i sekundarne varijabilnosti (Hadders-Algra, 2000). Motorički razvoj započinje u ranom fetalnom razdoblju s primarnom varijabilnosti koja je epigenetički predodređena i koja nije rezultat vanjskih uvjeta (Hadder-Algra, 2010). Primarna faza varijabilnosti je inicijalna faza razvoja u kojoj dominantno motoričko ponašanje nije zadržavanje specifične posture, već istraživanje raznolikosti pokreta, odnosno različitih kombinacija stupnjeva i slobode pokreta u različitim zglobovima (Hadders-Algra, 2018). Varijacija ima vremensku i prostornu komponentu. Vremenska varijacija pokreta označava raznolikost, odnosno da se tijekom vremena stalno stvaraju novi obrasci pokreta. Prostorna varijacija pokreta ili složenost predstavlja pokrete u prostoru u svim kombinacijama dijelova tijela (fleksija – ekstenzija, abdukcija – adukcija, vanjska – unutrašnja rotacija) (Hadder-Algra, 2010).

Primarna varijabilnost traje do 4. mjeseca posttermske dobi kada započinje sekundarna varijabilnost, odnosno cilju usmjerena aktivnost posezanja i hvatanja predmeta, u kojima se motoričke izvedbe mogu prilagoditi specifičnim situacijama (Hadders-Algra, 2018). Važno je naglasiti da se prijelazno razdoblje iz primarne u sekundarnu varijabilnost događa u dobi koja je specifična za razvoj pojedine motoričke funkcije (Hadders-Algra, 2010). Varijabilnost je individualni izbor za rješavanje specifičnog problema te omogućava istraživanje kroz samoinicirajuće senzomotoričko iskustvo. Varijabilnost je sposobnost da se od mnoštva strategija izabere ona koja je najprimjerenija za specifičnu situaciju, a temelji se na aktivnom iskustvu pokušaja i pogreške. Dijete koje neprestano radi male prilagodbe različitih segmenata tijela, kako bi održalo normalnu posturu, ima varijabilnost (Dusing i Harbourne 2010), pri-

mjerice prilagodba segmenta glave, trupa, zdjelice, ruku i nogu prilikom posezanja za predmetom u ležećem položaju (slika 1).



Slika 1. Istraživanje repertoara i prilagodljivosti pokreta i kretanja u interakciji s predmetom.

U djece tipičnog razvoja, između 6 i 18 mjeseci starosti povećava se sposobnost finog podešavanja posturalno mišićne kontrakcije u specifičnim situacijama (Balen, Dijkstra, Dirks, Bos, Hadders-Algra, 2019). Dijete u dobi od 6 mjeseci prilagođava pokrete svoje ruke kako bi posegnulo za predmetom ponuđenim u različitim smjerovima (Hadders-Algra, 2005; Hadders-Algra, 2010). U dobi 8 mjeseci, pri samostalnom sjedenju sposobno je koordinirati posturalnu aktivnost za posezanje i hvatanje u smjeru prema naprijed i postranično, a da pri tome ostane stabilno (Nichols, 2005). U dobi od 13 do 14 mjeseci kada dijete počne samostalno hodati nastaje predviđajuća (anticipatorna) posturalna prilagodba, koja se temelji na proprioceptivnim, vizualnim i vestibularnim informacijama (Grozdek-Čovčić, Maček, 2011). Ona unaprijed predviđa pokret i omogućava posturalne prilagodbe prije izvođenja voljnog pokreta (Hadders-Algra, 2005). U navedenoj dobi, dijete je sposobno predvidjeti kako će njegov centar gravitacije biti izbačen tijekom hvatanja predmeta u stojećem položaju i prema tome inicira posturalnu aktivnost prije hvatanja koja je u skladu s veličinom i brzinom narušavanja (Nichols, 2005).

Za razliku od djece tipičnog razvoja, djeca s teškoćama u razvoju, kao što su primjerice djeca s visokim rizikom za razvoj cerebralne paralize, djeca s Down sindromom, djeca s oštećenjem vida i dodatnim teškoćama u razvoju imaju ograničene strategije posturalne kontrole. Narušene motoričke sposobnosti utječu na smanjeno perceptivno iskustvo položaja tijela u odnosu na prostor, smanjeno iskustvo pokretanja tijela i orijentacije u prostoru (Dusing i Harbourne 2010), interakciju s okolinom, odnosno mijenja se percepcija i obrada informacija iz okoline, što utječe na ograničenje u djetetovoj aktivnosti. Teškoće u ostvarivanju interakcije s predmetima, teškoće

sjedenja i kretanja negativno utječu na ostala razvojna područja što se odnosi na usporeni spoznajni razvoj, teškoće u rješavanju problema, teškoće u svakodnevnim aktivnostima, prostornoj orijentaciji i pažnji.

Za razliku od djece tipičnog razvoja, djeca s rizikom za razvoj cerebralne paralize imaju nedostatnu varijaciju pokreta koja se evidentira kroz stereotipno motoričko ponašanje. Također imaju nedostatnu izvedbu pokreta (Heineman, Bos i Hadders-Algra, 2011) te narušenu posturalnu prilagodbu, posebice onu predviđajuću (Balen, Dijkstra, Dirks, Bos i Hadders-Algra, 2019).

Djeca s oštećenjem vida imaju narušenu posturalnu kontrolu (Schweig i sur., 2011) te su ograničena za iskustvo kretanja i istraživanja od samog početka života (Dusing i Harbourne 2010,). Nedostatak vizualne percepcije u ranoj razvojnoj dobi umanjuje djetetovu motivaciju za istraživanjem okoline. Dijete stječe iskustvo jednostavnih i stereotipnih pokreta što onemogućava normalan slijed kontrole držanja segmenata tijela i uspravljanja.

Djeca s Down sindromom imaju sniženu mišićnu napetost cijeloga tijela te u dobi 6 – 10 mjeseci ne istražuju predmete jednako vješto kao djeca tipičnog razvoja. U dobi 8 – 16 mjeseci oni manje istražuju predmete i usmjeravaju pažnju na predmete i druge osobe, u odnosu na djecu tipičnog razvoja. U dobi od otprilike 22 mjeseca, manje koriste predmete, imaju kraće sekvence ciljanog korištenja predmeta, često odbijaju predmete i manje uživaju u interakciji s njima.

Djeca kod koje se u kasnijoj dobi dijagnosticira poremećaj iz spektra autizma, u dobi između 9 i 12 mjeseci provode manje vremena u simboličkoj i funkcionalnoj igri. S godinu dana provode više vremena rotirajući se, proizvodeći vokalizacije te neobično dugo vizualno promatraju predmete. Takva ponavljajuća ponašanja s predmetima u dobi od godinu dana značajno utječu na kasniji spoznajni razvoj (Lobo i sur., 2013).

Literatura:

1. Balen, L.C., Dijkstra, L.J., Dirks, T., Bos, A.F., Hadders-Algra, M. (2019). Early Intervention and Postural Adjustments During Reaching in Infants at Risk of Cerebral Palsy. *Pediatric Physical Therapy*. 175-183.
2. Dusing, S., Harbourne, R. (2010). Variability in Postural Control Durin Infany: Implications for Development, Assessment and Intervention. *Physical Therapy*. 90, 1838-1849.
3. Grozdek-Čovčić, G., Maček, Z. (2011). Neurofacilitacijska terapija. Zagreb. Zdravstveno veleučilište.
4. Hadders-Algra, M. (2000). The Neuronal Group Selection Theory: a framework to explain variation in normal motor development. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 42, 566-572

5. Hadders-Algra, M. (2005). Developmental of Postural Control During the First 18 Months of Life. *Neural Plasticity*, 12, 2-3.
6. Hadders-Algra, M. (2010). Variation and Variability: Key Words in Human Motor. *Development Physical therapy*, 90, 1823-1837.
7. Hadders- Algra, M. (2018). Early human motor development: From variation to the ability to vary and Adapt. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 90, 411–427.
8. Hamer, E.G., Bos, A.F., Hadders- Algra, M. (2011). Assessment of specific characteristics of abnormal general movements: does it enhance the prediction of cerebral palsy? *Developmental Medicine Child Neurology*, 751-756.
9. Harbourne, R., Stergiou N. (2003). Nonlinear Analysis of the Development of sitting Postural Control. *Developmental Psychobiology*, 42, 368-377.
10. Heineman, K.R., Bos, A.F., Hadders-Algra, M. (2011). Infant Motor Profile and cerebral palsy: promising associations. *Developmental Medicine Child Neurology*, 40-45.
11. Lobo, M.A., Harbourne, R.T., Dusing, S.C, Westcott McCoy, S. (2013). Grounding Early Intervention: Physical Therapy Cannot Just Be About Motor Skills Anymore. *Physical Therapy Volume*. 93 (1), 94-103.
12. Leonard, H.C., (2016). The Impact of Poor Motor Skills on Perceptual, Social and Cognitive Development: The Case of Developmental Coordination Disorder. *Frontiers in Psychology*. 7, 311.
13. Libertus, A., Violi, D.A. (2016). Sit to Talk: Relation between Motor Skills and Language Development in Infancy. *Frontiers in Psychology*. 7, 475.
14. Nichols, D. (2005). Developmental of Postural Control. Chapter 9. UR: Case-Smith, J.; Occupational Therapy for Children. 5 th edition. 278-303. St Louis Missouri. Elsevier Mobby.
15. Van der Fits, I.B.M., Otten, E., Klip, A.W.J. (1999). The development of postural adjustment during reaching in 6- to 18- month-old infants. *Experimental Brain Research*, 126, 517-528.
16. Schweig, R., Goldich, Y., Hahn, A., Müller, A., Kohen-Raz, R., Kluttig, A., Morad, Y. (2011). Postural control in subjects with visual impairment. *European Journal of Ophthalmology*, 21(3), 303-309.

8. OBILJEŽJA I Odstupanja manualnih sposobnosti

Danijela Kljajić

Vještine hvatanja i manipulacije (manualne sposobnosti) odnose se na svjesne i kontrolirane pokrete malih mišića ruku i prstiju. Predstavljaju primjeren motorički odgovor na informacije dobivene kroz različite osjetilne sustave – osobito taktilne, proprioceptivne i vizualne informacije. Tijekom razvoja manualnih sposobnosti dijete uči kako koristiti svoje ruke sa sve više preciznosti. Kod novorođenčadi je najprije prisutan refleks hvatanja – reakcija koje se događa kao automatski odgovor na senzoričku stimulaciju (Case-Smith, 1995) i ne uključuje svjesnu kontrolu ni na koji način. Refleks hvatanja se javlja kada dotaknemo djetetov dlan, prstići se savijaju i pokušavaju obuhvatiti prst ili predmet koji ga dodiruje. Perzistira do 3. ili 4. mjeseca kada će ga zamijeniti voljno hvatanje.

Nakon što refleks hvatanja iščezne, pokreti ruku su najprije slučajni te postupno postaju sve precizniji. Do navršene 6. godine života dijete tipičnog razvoja razvija precizne pokrete prstiju i ruku te može vješto manipulirati sitnim predmetima i igračkama poput lego kockica, rezati škarama te razvijati vještine pisanja. Kvaliteta u izvođenju vještina hvatanja sazrijeva do približno 12. godine života (Case-Smith i Clifford O'Brien, 2015).

Manualne sposobnosti su važne za cjelokupan razvoj jer o njima ovisi sposobnost djeteta da istražuje svijet koji ga okružuje, aktivno uči i funkcionalno koristi predmete (Henderson i Pehoski, 2005). Usavršavanje izvođenja finih motoričkih vještina izravno utječe na razinu samostalnosti u obavljanju svakodnevnih aktivnosti koje su primjerene dobi. Na primjer, dijete u dobi od 2. do 3. godine može samostalno oblačiti i svlačiti jednostavne odjevne predmete, manipulirati patentnim zatvaračem, samostalno koristiti žlicu, provlačiti vezice kroz velike rupe i slično. U dobi od 3. do 4. godine može otkopčavati i zakopčavati veće gumbe, koristiti škare za rezanje te precrtavati jednostavne oblike. U dobi od 4. do 5. godine dijete je potpuno samostalno u oblačenju i svlačenju, manipuliranju vilicom, dok je u dobi od 6 godina sposobno rezati nožem mekšu hranu ili pak vezati vezice na cipelama. Razvijanje finih motoričkih sposobnosti u ranom obrazovanju u djetinjstvu pomaže izgraditi temelj važnim budućim vještinama poput pisanja i brige o sebi (Cameron, Cottone, Murrah i Grissmer, 2016; Van der Fels, Te Wierike, Hartman, Elferink-Gemser, Smith i Visscher, 2015).

Djeca kod kojih su prisutne poteškoće na području finih motoričkih vještina mogu biti frustrirana i uznemirena jer zbog toga nisu u mogućnosti izvršavati svakodnevne zadatke i zahtjeve okoline, što nadalje vodi izbjegavanju aktivnosti u kojoj se dijete ne osjeća uspješno. Stoga je važno pravovremeno djelovati na primjeren razvoj manualnih sposobnosti te ih poticati i razvijati kroz izvođenje svakodnevnih aktivnosti.

Temelji za razvoj manualnih sposobnosti

Za primjeren razvoj manualnih sposobnosti potreban je primjeren razvoj grubih motoričkih vještina te dobra koordinacija mišića, kostiju i živaca u ruci kako bi se mogli izvoditi mali precizni pokreti. Stabilnost tijela, osobito u području trupa i ramenog obruča čini bazu za razvoj preciznih pokreta šake i prstiju. Za njihov daljnji razvoj uz dostatnu mišićnu snagu potrebna je dobra koordinacija obje strane tijela (bilateralna koordinacija) i primjerena senzorna integracija (Feldman i Chaves-Gnecco, 2018).

Bilateralna koordinacija je učinkovito korištenje obje ruke tijekom izvođenja neke aktivnosti. Sposobnost prelaženja središnje linije tijela tijekom posezanja za predmetima je važan preduvjet za njen daljnji razvoj. Uključuje tri stupnja. Prvi stupanj odnosi se na korištenje obje ruke istovremeno na koordiniran način simetričnim pokretima (pljeskanje rukama, korištenje valjka, guranje kolica i sl.). Drugi stupanj odnosi se na korištenje ruku naizmjeničnim pokretima, najčešće ritmično – prvo jedna ruka, pa zatim druga ruka izvodi istu kretnju, na primjer pokreti potezanja konopa). Treći stupanj odnosi se na izvođenje potpuno različitih pokreta lijevom i desnom rukom, ali na koordiniran način, na primjer jedna ruka daje stabilnost dok druga izvodi pokret ili jedna ruka koristi alat, a druga ruka pomaže.

Većina svakodnevnih aktivnosti zahtijeva korištenje obje ruke istovremeno te postupno vodi ka dominaciji jedne ruke (lijeve ili desne). Dominacija ruke se postupno razvija u razdoblju od 2. do 4. godine života, no tada dijete obično koristi i lijevu i desnu ruku naizmjenično, a u dobi od oko 6. godine života jasno se definira dominantna ruka, što je osobito važno za razvijanje vještine pisanja.

Za vještine hvatanja i manipulacije osobito su važne informacije koje se prikupljaju osjetom dodira, vida te proprioceptivnim i vestibularnim osjetom. Integracija vizualnih i taktilnih informacija je važna za razvoj koordinacije oko – ruka, što znači da se vidom usmjeravaju i prate pokreti ruke pri izvođenju aktivnosti. Proprioceptivne informacije omogućavaju djetetu da zna gdje su njegovi prsti, šake i ruke i na koji način se pokreću, bez da svjesno obraća na njih pažnju.

Razvoj manualnih sposobnosti

Od početka voljnog hvatanja koje se javlja između trećeg i petog mjeseca života, počinje proces razvoja manualnih sposobnosti (prilog 8.1 i 8.2), odnosno preciznosti koji traje idućih nekoliko godina. Spretnost podrazumijeva izvođenje malih, preciznih, pokreta ruku usmjerenih cilju, bez ulaganja prevelikog napora. Razvija se vježbanjem i ponavljanjem, a vrhunac razvoja događa se u dobi od 6. godine života razvojem vještina pisanja, dok se kvaliteta finih pokreta razvija do 12. godine života.

S obzirom na njihovu funkciju i potrebnu snagu, hvatove dijelimo na hvatove snage, precizne hvatove i one koji su kombinacija jednih i drugih. Hvatovi snage ovise o veličini i obliku predmeta koji se obuhvaća prstima i dlanom te se prema tome dijele

na sferični, cilindrični i kukasti hvat (prilog 8.3) (Bonnett, 2001).

Vrhunac razvoja preciznih hvatova se očituje tijekom aktivnosti pisanja, kada je potrebna fina usklađenost malih pokreta u području šake. Vještina pisanja je složena vještina. Uvjeti koji moraju biti zadovoljeni da bi se ispravno pisalo su, osim glasovne osjetljivosti, prepoznavanje oblika slova i poznavanje pripadnosti slova određenim glasovima. Osobito je važna grafomotorička aktivnost pisanja i stvaranja teksta, a preduvjet za to je zrelost motorike šake i prstiju rukom kojom dijete piše i vizualno-motorna koordinacija (Čudina-Obradović, 2002).

U dobi od godine dana dijete pokazuje zanimanje za olovku. Na početku olovku hvata cijelom šakom, a pri njenom pomicanju po podlozi koriste pokrete koji uključuju rame. U dobi od oko 2. godine, hvat olovke je napredniji, zahtijeva manje pokreta u ramenom zglobu. Od 2. do 3. godine dijete olovku drži prstićima, ali još uvijek nepravilno jer nema otvorenog luka između palca i kažiprsta te se zbog toga ruka pokreće kao cjelina.

U dobi između 3. i 4. godine dijete olovku drži s tri prsta, ali se prilikom pisanja pomiče cijela šaka, a ne samo prsti. Oko 5. godine (najkasnije do 6.), hvat olovke postaje pravilan. Olovka se tada drži vrhovima prstiju (kažiprsta, palca i srednjaka), a prilikom pisanja pomiču se prsti (prilog 8.4). Ovaj takozvani pincetni hvat olovke omogućava djetetu maksimalnu kontrolu i fleksibilnost prilikom aktivnosti pisanja.

Djeca koja imaju oslabljene mišiće šake, ruke i slabije mišiće koji održavaju pravilnu posturu, sklonija su razviti prilagođeni hvat olovke. Zbog kasnijih teškoća pri pisanju i praćenju nastave važno je djelovati što ranije te provoditi što više aktivnosti koje djeluju na grubu i finu motoriku, kako bi se na vrijeme korigirao neprimjerno hvat olovke.

Odstupanja u razvoju manualnih sposobnosti

Djeca s teškoćama u razvoju imaju predispoziciju za odstupanja u razvoju motorike općenito, a osobito su prisutna odstupanja u razvoju finih motoričkih vještina.

Motorički razvoj djece sa sindromom Down obično značajno kasni. Sve osnovne motoričke sposobnosti djeca sa sindromom Down postižu istim redoslijedom, ali obično u znatno starijoj dobi u usporedbi s djecom tipičnog razvoja (Sacks i Bukley, 2003). Većina pokreta fine motorike djeluje pomalo nespretno te im je potrebno dulje vrijeme da poboljšaju svoje vještine. Iako možda neće doseći istu razinu fine koordinacije kao djeca tipičnog razvoja, one će biti dostatne za uspješnost i samostalnost u svakodnevnim aktivnostima (Latash, 2000).

Djeca s poremećajima iz spektra autizma mogu imati poteškoće s manualnim sposobnostima uslijed lošeg držanja tijela, sniženog mišićnog tonusa, poteškoća pri izvođenju grubih motoričkih vještina te uslijed poteškoća vizualnog usmjerenja.

Zbog toga je često prisutno kašnjenje u usvajanju finih motoričkih vještina u odnosu na vršnjake tipičnog razvoja.

Poteškoće pri izvođenju preciznih hvatova i hvatova snage mogu utjecati na izvođenje finih motoričkih aktivnosti, što se u školskoj dobi djeteta odražava na vještine pisanja. Djeca s poremećajima iz spektra autizma često imaju lošu čitljivost rukopisa (Fuentes, Mostofsky i Bastian 2009) što koči njihova akademska postignuća (Cahill, 2009; Feder i Majnemer, 2007).

Razvoj finih motoričkih sposobnosti posebno je važan za djecu s oštećenjem vida, koja zbog nedostatka ili izostanka vizualnih informacija koriste svoje ruke kako bi istraživali i učili o svijetu koji ih okružuje. Kod njih je od najranije dobi potrebno poticati i jačati fine motoričke sposobnosti koje uključuju sve vrste hvatova, otpuštanje, pokrete rotacije u ručnom zglobu, izolirane pokrete prstiju, bilateralnu koordinaciju, snagu ruku i prstiju, percepciju taktilnih informacija i slično.

Literatura:

1. Arnould, C., Penta, M., Thonnard, J.L. (2008). Hand impairments and their relationship with manual ability in children with cerebral palsy. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 39(9), 708-714
2. Biel, L., Peske, N.K. (2007). *Senzorna integracija iz dana u dan: obiteljski priručnik za pomoć djeci s teškoćama senzorne integracije*. Ostvarenje
3. Bonnett, R. (2001). *International Encyclopedia of Ergonomics and Human Factors* (Vol. 3). Crc Press
4. Bruni, M., (2016). *Fine Motor Skills for Children with Down Syndrome: A Guide for Parents and Professionals* (Topics in Down Syndrome) Paperback
5. Cameron, C.E., Cottone, E.A., Murrah, W.M., Grissmer, D.W. (2016). Kako su motoričke sposobnosti povezane s dječjom školskom uspješnošću i akademskim postignućima, *Perspektive razvoja djeteta*, 10 (2), 93-98
6. Case-Smith, J., Allen, A.S., & Pratt, P.N. (Eds.). (1996). *Occupational therapy for children* (pp. 67-98). St. Louis: Mosby
7. Case-Smith J (1995). The Relationships Among Sensorimotor Components, Fine Motor Skill, and Functional Performance in Preschool Children, *American Journal of Occupational Therapy*, 49, 645-652.
8. Case-Smith J., Clifford O'Brien J. (2015). *Occupational Therapy for Children and Adolescents*, Seventh edition, Elsevier Mosby
9. Feder, K.P., Majnemer, A. (2007). Handwriting development, competency, and intervention. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 49, 312-317

10. Feldman, H.M., Chaves-Gnecco. D. (2018). Developmental-behavioral pediatrics. U: Zitelli, B.J., McIntire, S.C., Nowalk. A.J, eds. Zitelliand Davis' Atlas of Pediatric Physical Diagnosis. 7th ed. Philadelphia, PA: Elsevier, 149-157
11. Fuentes, C.T., Mostofsky, S.H., Bastian, A.J. (2009). Children with autism show specific handwriting impairments. *Neurology*, 73, 1532-1537
12. Hadders-Algra, M. (2005). Developmental of Postural Control During the First 18 Months of Life. *Neural plasticity*. 2005; 12:2-3
13. Henderson, A. Pehoski, C. (2005), *Hand Function in the Child*, Mosby
14. Latash, M.L. (2000). Motorička koordinacija kod Downovog sindroma: uloga adaptivnih promjena. U DJ Weeksu, R. Chua i D. Elliott (ur.) *Percepcijsko-motoričko ponašanje u Down sindromu*. Pp 199-224. Champaign, IL: Ljudska kinetika
15. Lucarelli, J., Davidson, E.J. (2017). Fine Motor Skills for Children with Down Syndrome: A Guide for Parents and Professionals. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 38(3), 196.
16. Penta, M., Tesio, L., Arnould, C., Zancan, A., i Thonnard, J. L. (2001). The ABILHAND questionnaire as a measure of manual ability in chronic stroke patients: Rasch-based validation and relationship to upper limb impairment. *Stroke*, 32(7), 1627-1634
17. Sacks, B., Buckley, S. (2003). What do we know about the movement abilities of children with Down syndrome? *Down Syndrome News and Update*, 2(4), 131-141
18. Van der Fels I. M. J., Te Wierike S. C. M., Hartman E., Elferink-Gemser M.T., Smith J., Visscher C. (2015). The relationship between motor skills and cognitive skills in 4-16-year-old typically developing children: A systematic review, Volume 18, Issue 6, Pages 697-703
19. World Health Organization. (2007). *International Classification of Functioning, Disability, and Health: Children & Youth Version: ICF-CY*. World Health Organization

9. OBILJEŽJA I Odstupanja ranog komunikacijskog razvoja

Diana Korunić i Ivana Slavinić

Iako se jezik, govor i komunikacija često upotrebljavaju kao sinonimi, s obzirom da su međusobno ovisni i komplementarni u svom ostvarenju, riječ je o tri neovisna sustava od kojih je svaki određen svojom jedinstvenom strukturom, specifičnim obilježjima i razvojnim procesima (Kuvač Kraljević, 2015). Svako od tih triju područja ima svoje specifičnosti i razvijaju se kod djeteta ovisno o njegovoj dobi, psihofizičkim sposobnostima i potencijalima, utjecaju okoline te biološke spremnosti za učenje sve zahtjevnijih komunikacijskih vještina.

U području rane komunikacije dijete prolazi razvojno duži put; od prvog socijalnog osmijeha do baze materinjeg jezika. Pritom komunikaciju smatramo temeljem i potporom razvoju govora i jezika. Važnost komunikacije svojstvena je ljudskim bićima koji upravo pomoću komunikacije izražavaju misli, osjećaje, traže informacije ili dijele iskustva, a smatramo je također jednom od najvažnijih razvojnih zadataka male djece (Kaiser, Roberts, 2011).

Većina dojenčadi dolazi u svijet željna, spremna i sposobna usvajati različite vještine i znanja pa tako i komunikacijske sposobnosti. Imaju urođenu želju da komuniciraju i sposobnost ovladavanja barem osnovama komunikacije iako još nisu bili izloženi bogatstvu jezika. U poticajnoj i reaktivnoj okolini te se vještine razvijaju spontano i prirodno, određenim i biološki uvjetovanim tijekom (Apel i Masterson, 2004).

Komunikacijski razvoj predstavlja jedan od najsloženijih postignuća ranog djetinjstva. U razdoblju od dvije godine, malo brbljajuće novorođenče razvije se u relativno kompetentnog komunikacijskog partnera, sposobnog da razumije i izrazi gotovo stotinjak riječi i fraza. Ali iako je razvoj jezika generalno dosljedan, prve dvije godine života karakterizirane su velikom količinom varijacija među djecom u njihovim leksičkim, sintaktičkim, semantičkim i pragmatičnim sposobnostima. Te rane individualne razlike u jeziku značajne su i često predviđaju daljnja kognitivno-lingvistička postignuća i pojavu pismenosti (Lipsitt i Spiker, 1964).

Ranom komunikacijom smatramo razdoblje u kojem se usvajaju vještine koje proces razmjene obavijesti čine mogućim i učinkovitim. Dobno gledano, rana komunikacija se poklapa s ranim djetinjstvom, odnosno s dobi od 0 do 6 godina (Ljubešić, 2012). Ovo se razdoblje sastoji od više podrazdoblja koja se mogu definirati u odnosu na različita obilježja komunikacije. Vrlo česta podjela je ona na **predjezičnu i jezičnu komunikaciju**.

Tijekom predjezičnog razdoblja događaju se važni razvojni prijelazi – od **predintencijske** prema **intencijskoj** komunikaciji te od **predsimboličke** prema **simboličkoj i jezičnoj komunikaciji**.

Ovo razdoblje možemo pratiti i kroz dvije razvojne linije (Ljubešić, 2012):

1. Razvoj komunikacijskih funkcija, odnosno sve većeg broja svrha za koje dijete komunicira
2. Razvoj komunikacijskih formi, odnosno, komunikacijskih sredstava

Komunikacijske funkcije prethode komunikacijskim sredstvima. Dijete prvo otkriva što sve komunikacijom može ostvariti (zahtjev, traženje, molbu, pitanje, pažnju, kontrolu i dr.), a onda uči sredstva kojima to ostvaruje. Prva sredstva koja dijete koristi su tzv. signali (usmjeravanje pogleda, vokalizacija ili glasanje, facijalna ekspresija) te pokazna gesta. Navedena sredstva spadaju u nesimbolička sredstva komunikacije, no dijete vrlo brzo počinje koristiti simboličke geste i prve riječi u komunikacijske svrhe (Ljubešić i Cepanec, 2012).

Nadalje, važno obilježje ovog ranog razdoblja je razlikovati je li komunikacija intencijska ili predintencijska, odnosno prenosi li dijete poruke svojoj okolini namjerno s ciljem uzrokovanja promjene. Stoga je prvi veliki razvojni prijelaz onaj iz predintencijske u intencijsku komunikaciju, a nakon što komunikacija postane intencijska – u njoj se prvo primjenjuju nesimbolička, zatim simbolička sredstva u prijenosu poruke. Jezik i njegovo akustičko ostvarenje – govor, pripadaju skupini simboličkih sredstava uz druga simbolička sredstva koja je ljudski um stvorio (Ljubešić i Cepanec 2012).

Još jedna od važnih značajki rane komunikacije, razvoj je vještina združene pažnje. **Združena pažnja** temeljna je socio-kognitivna vještina, a očituje se u sposobnosti djeteta da integrira pažnju odrasle osobe u svoju aktivnost ili predmet interesa (trijadičke komunikacije). U odnosu na ljude i predmete, dijete počinje dijeliti pažnju s drugima, slijediti druge te ih usmjeravati (Tomasello, 1999.) Rezultati istraživanja smještaju pojavu vještina združene pažnje u razdoblje između 9 i 12 mjeseci, a njenom pojavom komunikacija se ostvaruje u pravome smislu riječi. Dijete postaje razvojno dovoljno zrelo da druge doživi kao intencijska bića.

Komunikacijski razvoj djece s teškoćama u razvoju

Naučiti kako uspješno komunicirati važan je i složen razvojni zadatak za malu djecu, s obzirom da komunikacija ima temelje u primarnim društvenim interakcijama. Učinkovita komunikacija zahtijeva koordiniranu upotrebu kognitivnih, socijalnih, motoričkih i jezičnih vještina (Kaiser i Trent, 2007).

Većina djece slijedi sličan put komunikacijskog i jezično-govornog razvoja. Međutim potrebno je naglasiti jedinstvenost i individualnost svakog djeteta što uvjetuje njegov tempo razvoja. Razvoj se odvija u predvidljivim koracima i učenje se pojavljuje u prepoznatljivim sekvencama unutar kojih postoji veliki individualni varijabilitet u brzini razvoja i stilu učenja djeteta.

Raznolikost u usvajanju takvih vještina je pod utjecajem dječjih stilova, maturacije, psihofizičkih sposobnosti, temperamenta i same osobnosti pa kažemo da je to područje razvoja obilježeno određenom fleksibilnosti. Jedan od čimbenika koji može utjecati na to kada i kako dijete nešto usvaja je i obiteljsko, kulturalno i jezično podrijetlo što uvjetuje različita pravila usvajanja određenih vještina i znanja (Apel i Masterson, 2004).

Ipak, složenost socijalno-jezičnog komunikacijskog sustava i njegova povezanost s razvojem na drugim područjima čini jezično-komunikacijski sustav razmjerno osjetljiv na kašnjenje u razvoju. Ako dođe do značajnog kašnjenja u bilo kojoj domeni razvoja, vjerojatno će utjecati na razvoj komunikacije. Tako većina djece s kognitivnim, motoričkim ili socijalnim kašnjenjima koja proizlaze iz genetskih ili okolišnih uzroka u riziku su od kašnjenja i u razvoju jezičnih i komunikacijskih vještina (Kaiser i Trent, 2007).

Komunikacijski razvoj djece s teškoćama u razvoju u osnovi je sličan procesu razvoja komunikacije u njihovih vršnjaka tipičnog razvoja; međutim, može se razlikovati u vremenskim, formalnim i funkcionalnim ishodima, kao i potrebi za dodatnim poticanjem (Kaiser, Hester i McDuffie, 2001).

Naime, kod djece s razvojnim teškoćama razdoblje predjezične komunikacije može biti znatno produženo (Ljubešić i dr., 2009). Chen (1999) navodi kako se u ovim slučajevima razvoj komunikacije ne razvija prirodno. Njihova rana komunikacijska ponašanja mogu biti suptilna ili neobična i zato ih je potrebno znati prepoznati i protumačiti. S obzirom da su komunikacijske vještine ključne za svakodnevne socijalne interakcije i interakciju učenja, većini djece s razvojnim teškoćama potrebna je sustavna poduka za učenje komunikacijskih oblika i strategija kako bi ostvarili uspješnu komunikaciju (Pinto i sur., 2009).

Teškoće razvoja komunikacije u djece s intelektualnim teškoćama ovise prije svega o stupnju oštećenja. Dok neka djeca pokazuju teškoće u usvajanju jezika, djeca s izraženijim teškoćama kao i višestrukim teškoćama, pokazuju probleme na ranijim razvojnim miljokazima i samoj uspostavi intencijske komunikacije (Grove i sur., 1999).

Martin i suradnici (2009) u svom su radu dali pregled jezičnih i komunikacijskih karakteristika pojedinaca sa sindromom Down (najčešćim genetskim uzrokom intelektualnog invaliditeta) koje u pravilu karakterizira bolje razvijen receptivni jezik od ekspresivnog, gdje ova djeca iskazuju teškoće u fonologiji i sintaksi. Važno je imati na umu kako dvije trećine djece sa sindromom Down doživljavaju gubitak sluha, koji može utjecati na jedno ili oba uha i kreće se od blagog do dubokog (Roizen i sur., 1993) što posljedično utječe na razumijevanje gramatičkih morfema i rječnika u ovoj populaciji. Nadalje, govorna produkcija može ovisiti i o razlikama u oralnoj strukturi i funkciji. Strukturne razlike uključuju malu usnu šupljinu s relativno velikim jezikom i uskim, visoko zakrivljenim nepcem. Djeca sa sindromom Down također kasnije vokaliziraju, no u komunikaciji se koriste gestama gotovo uspješno kao i vršnjaci.

Studije koje su analizirale komunikacijski razvoj djece s poremećajem iz spektra autizma, na temelju retrospektivnih analiza snimaka i izvještaja roditelja ukazuju kako je komunikacija većine ove djece do druge godine života drugačija od njihovih vršnjaka (Dahlgren i Gillberg, 1989, prema Tager-Flusberg i sur. 2005). Nekoliko studija je ustanovilo kako već od 1. godine života, vrlo mala djeca s poremećajem iz spektra autizma manje reagiraju na svoje ime, a vidljive su i poteškoće pri uspostavljanju očnog kontakta, razvoju vještina združene pažnje kao i atipičnom komunikacijskom obrascu, prema kojem ova djeca češće komuniciraju u imperativne svrhe (Tager-Flusberg i sur. 2005). Istraživanje je pokazalo da mala djeca s ovim poremećajem, uz rjeđe epizode združene pažnje, rjeđe koriste geste i manje su u stanju koordinirati svoje vokalizacije, gledanje u oči i gestikulacije od vršnjaka i djece s drugim razvojnim stanjima (Prelock i Nelson, 2012, prema Tager-Flusberg i sur. 2005).

Općenito, parametri pomoću kojih već u ranoj dobi djeteta možemo zaključivati radi li se o urednom ili narušenom komunikacijskom i socijalnom obrascu su uspostavljanje kontakta očima, združivanje pažnje (dijeljenje i usmjeravanje), facijalna ekspresija, namjerna i svrhovita uporaba komunikacijskih sredstava (rane geste, gesta pokazivanja, vokalizacija, riječi), odazivanje na ime, razumijevanje jednostavnih riječi ili fraza, pokazivanje interesa za različite igračke te funkcionalna (kasnije i simbolička) igra (Blaži, 2016).

S obzirom na utjecaj komunikacije na ostala razvojna područja, rana razvojna podrška usmjerena na poticanje jezika i komunikacije je jedna od najčešće preporučenih terapija za malu djecu s poteškoćama u razvoju i za djecu u riziku uslijed okolinskih čimbenika (Kaiser i Trent, 2009).

Pri kreiranju ovakvih intervencija, važno je imati na umu da poticanje planiranja razvoja komunikacije svakako u sebi mora sadržavati strategije i načine komunikacije s djetetom i poticanje razvoja razumijevanja (komunikacijski input, receptivna komunikacija), kao i načine poticanja same djetetove komunikacije (komunikacijski output, ekspresivna komunikacija).

OBILJEŽJA I ODSUPANJA JEZIČNO-GOVORNOG RAZVOJA

Prema stupnju razvoja, dijete se počinje koristiti različitim oblicima za prenošenje poruka, želja, potreba i doživljaja. Oni se mijenjaju i u početku su nesimbolički (plač, korištenje pogleda, mimike, vokalizacije, geste pokazivanja) pa do složenijih simboličkih sredstava oko 18. mjeseca (simboličke geste, proturječi) te u konačnici upotrebe govora i jezika. To je trenutak u kojem roditelji i općenito okolina pridaje najveće značenje jer su osjetljivi na „vanjske“ razvojne znakove, često zanemarujući koliko dijete razumije i na koje sve načine surađuje i komunicira s drugim ljudima bez upotrebe govora, odnosno jezika.

Govor je jedan od načina na koji možemo komunicirati i izraziti se. Govor je zvučna realizacija jezika. Dijete posjeduje urođene vokalne vještine koje se u početku čuju

kroz plač, štucanje, podrigivanje, zijevanje, smijeh i sl. koji mogu imati značajnu komunikacijsku funkciju, ali nisu prediktivni za kasniji jezični razvoj. Takvi zvukovi neće sadržavati „stvarne“ suglasnike ili samoglasnike. Oller i sur. (1998) ističu kako tijekom daljnjeg razvoja djeteta spontano počinje producirati prepoznatljive glasove (ku, gu) u tzv. fazi primitivne artikulacije koju karakterizira pasivan položaj vokalnog trakta tj. bez pozicioniranja jezika, usana i oblikovanja rezonantnih prostora. Iz te faze djeteta postupno aktivnije rabi rezonantne mogućnosti vokalnog trakta i glasovi postaju sve sličniji pravim konsonantima. Dakle iz razdoblja „primitivnih“ slogova tzv. marginalnog brbljanja dolazi do prvih dobro oblikovanih slogova koje karakterizira brzi prijelaz od konsonanta prema vokalu što tvori tzv. kanonički slog. Zbog fonološke sličnosti kanoničkog sloga s riječima, roditelji reagiraju na njih kao da su prave riječi te im pridaju značenje, što kreira posebne okolnosti za kasniji jezični razvoj. Takvo slogovno izražavanje postaje važna razvojna pretpostavka iz koje se kasnije producira prva riječ sa značenjem.

Govor u bilo kojem svom aspektu ne može se u djeteta javiti prije nego što sazriju za to potrebni uvjeti. Govor je nastavak zajedničkih akcija djeteta i odrasle osobe, gdje majka prenosi djetetu značenja radnji te se formira stabilni interakcijski okvir. Dogovoreni događaji (igre) koje i odrasli i djeteta dobro poznaju sadrže puno prilika za učenje i primjenu govora (npr. igra skrivanja uz izražavanje ku-ku). Razvoj govora promatramo ponajviše kroz obilježja fonacije, artikulacije, njegove brzine i tečnosti (Kovačević, 1991).

Jezik

Jezik je sustav simbola koji se uči. Kenn (2004) navodi kako su roditelji svojoj djeci primarni jezični uzor, ali jezik se ne poučava nego oblikuje i razvija. Dakle jezik učimo u komunikaciji s ljudima koji nas okružuju i očito je da djeca moraju čuti jezik u upotrebi da bi ovladala njegovim sustavom. Okolina se spontano prilagođava djetetu koristeći **govor usmjeren na dijete** (GUD), u literaturi poznat i kao maminski govor kojeg karakterizira poseban ritam, visina, muzikalnost, ponavljanja, naglašavanja, usporeniji tempo kako bi se bebi dalo više vremena da primi i shvati jezično oblikovanu poruku okoline. Međutim nije nužno da ih odrasli izravno poučavaju jeziku, jer se on kod tipičnog razvoja spontano pojavljuje u djetetovom istraživanju svijeta u bogatom socijalnom okružju.

Razumijevanje jezika je osnova za razvoj jezičnog izražavanja (govora). Unutar obrasca tipičnog jezičnog razvoja, jezično razumijevanje je uvijek naprednije od jezičnog izražavanja. Oslanjajući se na komunikacijski razvoj (pojavu združene pažnje), razvoj slušnog procesiranja (bolje diskriminacije i percepcije djetetu upućenog govora) te spoznajni razvoj (mogućnosti upamćivanja), djeteta u dobi 9 – 10 mjeseci stvara prve mentalne i leksičke reprezentacije. Mentalne reprezentacije podrazumijevanju svijest o nekom objektu, pojavi i situaciji, dok se leksičke reprezentacije odnose na riječi kojima se one imenuju (Ljubešić, 2003). Pojava mentalnih i leksičkih reprezen-

tacija je preduvjet daljnjeg razvoja jezičnih vještina. Prvo razumijevanje jezika strogo je kontekstualno i situacijski vezano. Dijete najčešće prepoznaje određenu riječ ili frazu samo u njemu poznatom kontekstu. Stjecanjem novih iskustava i doživljavanjem određene riječi kroz različite situacije, dijete postupno usvaja potpuno, leksičko značenje riječi te određenu riječ razumije i prepoznaje i izvan njemu poznatog konteksta. Dijete vrlo brzo počinje razumijevati kraće fraze, jednostavne rečenice i počinje otkrivati da su gramatičke (morfološke) promjene unutar riječi važne te da znaju promijeniti značenja riječi. Cijeli proces od prvih leksičkih reprezentacija, situacijskog razumijevanja, leksičkog razumijevanja i na kraju jezičnog razumijevanja omogućuje i podržava razvoj jezičnog izražavanja, govora. S obzirom da se radi o složenom procesu, razvoj jezičnog razumijevanja zahtijeva posebnu pažnju prilikom procjene djetetovog jezičnog razvoja i savjetovanja roditelja.

Prema razdoblju javljanja jezik dijelimo na predjezično (preekspresivno) i jezično (ekspresivno) razdoblje (prilog 9.1).

Za usvajanje jezika ključno je usvojiti leksikon (značenje riječi), imenica te naročito glagola jer su oni prema suvremenim teorijskim modelima ključ gramatike. Važno je naglasiti kako je samo jezično, a ne situacijsko razumijevanje ključno za kasniji jezični razvoj, odnosno djeca koja ne razumiju temeljni leksik imaju najmanji napredak u ekspresivnom rječniku (Ljubešić, 2002).

Odstupanja jezično-govornog razvoja

S obzirom na činjenicu kako je predjezična komunikacija temelj i potporni stup usvajanja jezika, važno je pratiti i uočavati sva ona rana odstupanja prije negoli se očekuje da dijete progovori. Često ta rana odstupanja roditeljima promiču jer su usmjereni na pojavu govora, a mnoga komunikacijska odstupanja tumače kao obilježja djetetove osobnosti, tvrdoglavost, nezainteresiranost, a ne teškoću. Gotovo sva djeca s teškoćama socijalne komunikacije stoga posljedično pokazuju atipičnost i / ili kašnjenje u usvajanju jezika, posebice u području jezičnog razumijevanja. Stoga je vrlo važno razlikovati djetetove mogućnosti jezičnog razumijevanja i jezičnog izražavanja. Prisutne teškoće u jezičnom razumijevanju uvijek se odražavaju i na jezičnu ekspresiju, ali se teškoće u jezičnoj ekspresiji mogu javiti i izolirano bez utjecaja na jezično razumijevanje.

Zbog različitih organskih poremećaja, sniženih kognitivnih sposobnosti, deprivirane ili nedovoljno poticajne okoline dijete može imati teškoća u usvajanju komunikacijskih, kao i jezično-govornih vještina (Škarić, 1988).

Djetetovi signali su okolini nerazumljivi, razvoj djeteta je atipičan pa su i komunikacijski znakovi atipični, a vrijeme odgovora na djetetove signale je odgođeno. Sve to rezultira nemogućnošću okoline (djetetu bliskih osoba) da reagira sustavno i odgovarajuće na djetetove signale i ponašanje pa se postojeće teškoće produblju-

ju. Roditelji ne potiču dovoljno svoje dijete, odnose se direktivno prema njemu i preuzimaju vrlo dominantnu ulogu u komunikaciji što dodatno slabi onako nižu razinu komunikacijske kompetencije kod djeteta s teškoćama u razvoju. Također zbog roditeljske opterećenosti i zaokupljenosti djetetovim teškoćama često su ugrožena komunikacijska spontanost i opuštenost (Ljubešić, 2012).

Već u ranom razdoblju djeteta mogu se uočavati teškoće koje kasnije mogu utjecati na mogućnost usvajanja i kvalitetu jezično-govornog razvoja. Tako npr. problemi s hranjenjem zbog organskih uzroka i oralno motoričkih teškoća su zbog te važne senzoričke i motoričke komponente u izravnoj vezi s odstupanjem u razvoju govora odnosno jezika.

U kasnijem dojenačkom razdoblju teškoće se mogu očitovati u pasivnosti i / ili defanzivnosti prema istraživačkim aktivnostima, otezanom učenju promatranjem ili imitacijom, otežanom slijeđenju pažnje druge osobe što uvjetuje nemogućnost djetetovog učenja i povezivanja na što se odnose riječi koje odrasli pritom izgovaraju. Odstupanja se također očituju u rijetkom iniciranju komunikacije ili najčešće samo za imperativne svrhe, teškoći u razumijevanju naloga te nemogućnosti ili kratkom sudjelovanju u interaktivnim igrama. U ponašanju djeteta mogu biti primjetne slabe, odgođene ili nedosljedne reakcije na naloge ili neke uobičajene fraze npr. izostanak reakcije na dozivanje, različite slušne podražaje ili usmjeravanje prema imenovanim bliskim osobama što može upućivati na problem sluha, slušnog procesiranja ili teškoća razumijevanja.

Također u anamnestičkim podacima djeteta s teškoćama jezično-govornog razvoja često se navodi izostanak ili vrlo oskudna glasovna igra ili brbljanje. Ukoliko dijete kasni u razvoju vokalnih vještina, naročito pojave kanoničkog sloga (u prosjeku se javlja između 7. – 10. mjeseca) Oller i sur. (prema Ljubešić, 2001) navode da je to upozoravajući znak za kasniji jezično-govornog razvoj. Odsustvo vokaliziranja uklanja mogućnost pojave prvih protukonverzacijskih izmjena (dijete vokalizira pa roditelj vokalizira) gdje se dijete uči komunikacijskim obratima i izmjeni uloga u komunikaciji odnosno „ja pa ti“ ponašanja što je postupni uvod u kasniji razvoj konverzacije.

Usporeni jezično-govorni razvoj također podrazumijeva kašnjenje u pojavi riječi sa značenjem, sporije usvajanje novih riječi, oskudno razvijen aktivni rječnik, korištenje strukturno necjelovitih riječi te kašnjenje u povezivanju riječi u formu rečenice i potrebne jezične strukture. Također pokazatelji atipičnosti u usvajanju jezika uključuju produženo postojanje žargona i / ili eholalije, perseveracije, te uporabu riječi bez komunikacijske intencije.

Osim specifičnog jezičnog poremećaja navedene karakteristike razvoja mogu upućivati i na druge pridružene teškoće pa je izrazito važno provesti dobru diferencijalnu dijagnostiku i sveobuhvatnu procjenu kako bi se ustanovio uzrok djetetovog razvojnog odstupanja.

Literatura:

1. Apel, K., i Masterson, J. (2004). Jezik i govor od rođenja do 6 godine; od glasanja i prvih riječi do početne pismenosti.
2. Blaži, D. (2016). Komunikacijski poremećaji-iskustva i mogućnosti. *Paediatr Croat*, 60(1), 160-166.
3. Chen, D. (1999). Learning to communicate: Strategies for developing communication with infants whose multiple disabilities include visual impairment and hearing loss. *ReSources-California Deaf-Blind Services, Communication Issue*, Summer, (5).
4. Grove N., Bunning K., Porter J. i Olsson C. (1999). See what I mean: interpreting the meaning of communication by people with severe and profound intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 12, 190-203
5. Kaiser, A.P., Hester, P.P. i McDuffie, A.S. (2001). Supporting communication in young children with developmental disabilities. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research. Reviews*, 7(2), 143-150.
6. Kaiser, A.P., Trent, J.A. (2007). Communication intervention for young children with disabilities. *Handbook of*, 224.
7. Kaiser, A.P., Roberts, M.Y. (2011). Advances in early communication and language intervention. *Journal of Early Intervention*, 33(4), 298-309.
8. Kuvač Kraljević, J. (2015). Priručnik za prepoznavanje i obrazovanje djece s jezičnim teškoćama. Zagreb: Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet Sveučilišta u Zagrebu.
9. Ljubešić, M., Ceganec, M., Ivšac Pavliša, J. i Šimleša, S. (2009). Predjezična i rana jezična komunikacija: obilježja prijelaznog stadija u djece s perinatalnim oštećenjem mozga. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 45(1), 15-29.
10. Lipsitt, L.P., Spiker, C.C. (1964). *Advances in child development and behavior*. Academic Press.
11. Ljubešić, M. (2012). Rana razvojna podrška kod komunikacijskih i jezično-govornih odstupanja. *Paediatrica Croatica*, 56(1), 202-206.
12. Ljubešić, M., i Ceganec, M. (2012). Rana komunikacija: u čemu je tajna? *Logopedija*, 3(1), 35-45.
13. Pinto, P., Simpson, C. i Bakken, J. P. (2009). *Based Instructions to Increase Communication Skills*

14. Prelock, P.J. i Nelson, N.W. (2012). Language and communication in autism: An integrated view. *Pediatric Clinics*, 59(1), 129-145.
15. Roizen, N.J., Wolters, C., Nicol, T. i Blondis, T.A. (1993). Hearing loss in children with Down syndrome. *The Journal of Pediatrics*, 123(1), S9-S12.
16. Ljubešić, M. (2003). Biti roditelj model dijagnostičko-savjetodavnog praćenja ranoga dječjeg razvoja i podrške obitelji s malom djecom.
17. Ljubešić M., Može li se predvidjeti jezični razvoj prije negoli dijete progovori?
18. Martin, G.E., Klusek, J., Estigarribia, B, Roberts, J.E. (2009). Language characteristics of individuals with Down syndrome. *Topics in language disorders*, 29(2), 112.
19. McCathren, R.B., Warren,S.F., Yoder,P.J., (1996). Prelinguistic predictors of later language development. U: Cole; K.N., Dale, Ph.S., Thal, D.J. Assessment of communication and language development, Baltimore: Brooks, str. 57-76.
20. Tager-Flusberg, H., Paul, R., Lord, C. (2005). Language and communication in autism. *Handbook of autism and pervasive developmental disorders*, 1, 335-364.
21. Tomasello, M. (1999.). Joint attention and cultural learning. U: Tomasello, M. The cultural origins of human cognition. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 57-93.

10. OBILJEŽJA I Odstupanja spoznajnog razvoja

Marijana Konkoli Zdešić i Ana Validžić Požgaj

Sam razvoj spoznaje počinje još dok je dijete u maternici. Mozak novorođenčadi ima na raspolaganju brojne snažne mehanizme učenja koji se manifestiraju i prije rođenja, poput slušanja zvukova iz okoline te pamćenja majčinog glasa (Goswami i Bryant, 2007). Maturacija neurona i postojanje moždane aktivnosti prema mnogim istraživanjima događaju se već prije rođenja, zbog čega, kako navode Goswami i Bryant (2007), i kvaliteta okoline u kojoj se dijete nalazi unutar maternice može utjecati na spoznajni razvoj. U prilog tome idu istraživanja koja pokazuju kako izloženost fetusa toksičnim tvarima intrauterino, poput alkohola i nikotina, može ostaviti trajne posljedice na moždani razvoj djeteta. Posljedice se mogu očitovati između ostalog na kasnije spoznajne sposobnosti zbog utjecaja na razvoj parijentalnog (tjemenog) režnja (Kopera-Frye, Dehaene i Streissguth, 1996).

Sva djeca prolaze kroz iste faze spoznajnog, ali različitim tempom. U svakom razvojnom razdoblju dijete razvija određene nove vještine i spremno je krenuti prema sljedećoj razvojnoj fazi. Prijelaz iz jedne razvojne faze u drugu pod utjecajem je biološkog sazrijevanja, ali i spremnosti na novo iskustvo. Dijete nikada nije pasivno u reakcijama na svoju okolinu – iskustvo se ne može dati djetetu, već ono od djeteta traži motivaciju i aktivno sudjelovanje. Svako dijete je individua za sebe koju kao takvu trebamo promatrati u ukupnosti njegova razvoja. Istraživanja pokazuju kako funkcioniranje djeteta u određenoj dobi značajno varira od domene do domene (poput razumijevanja ili prostornih koncepata) i da nije moguće smjestiti dijete u jednu fazu (Greenberg, 1995).

Spoznajni razvoj odnosi se na mentalne procese pomoću kojih dijete pokušava razumjeti i sebi prilagoditi svijet koji ga okružuje. Dojenačko doba je vrijeme najvećih promjena i najbržeg učenja. Mozak intenzivno raste i podložan je procesima plastičnosti i reorganizacije. U tom najranijem razdoblju postavljaju se temelji spoznaje.

Djeca su u početku svjesna samo onoga što vide (što im je u vidokrugu), a kasnije postaju svjesna da postoje predmeti i ljudi i kad nisu izravno u njihovom vidokrugu. U dobi od 7 tjedana dijete čak tri četvrtine svoga budnoga vremena provodi usmjerenom na majčino lice zbog čega se rane socijalne razmjene ujedno nazivaju interakcijama licem u lice (Cohn i Tronick, 1987). Tromjesečno dojenče se daleko više smiješi i vokalizira naspram odgovorljive osobe nego interaktivnog predmeta (Legerstee i sur., 2000). Tijekom djetetovih aktivnosti, ono opaža promjene koje je proizvelo, opaža odnose među predmetima (njihove sličnosti i razlike). Dijete upija ta opažanja te se prilagođava novostečenom iskustvu. Samo mišljenje djeteta razlikuje se od mišljenja odraslih zbog nerazvijenosti zamjena za stvarnost.

Teoretski pristupi o spoznajnom razvoju

Teorija stupnjeva spoznajnog razvoja – J. Piaget

Jedna od najpoznatijih teorija dječjeg razvoja svakako je teorija stupnjeva spoznajnog razvoja Jeana Piageta. Njegovo možda danas najveće naslijeđe u teorijama spoznajnog razvoja jest koncept „postojanosti predmeta“, u kojem je dokazao kako dojenče mlađe od 9 mjeseci nema razumijevanje o postojanju bilo čega izvan vidnog polja. Izvedba Piagetovog zadatka „A ne B“ (zadatak za ispitivanje postojanosti objekta) je povezana s moždanom zrelošću prefrontalnog korteksa (Goswami, 2011). Međutim, brojni teoretičari i znanstvenici kritički pristupaju Piagetovoj razvojnoj teoriji te tako Miller (2011) iz tog razloga definira četiri ključna pitanja kritičkih pristupa: (1) je li hipotetski konstrukt koji se koristi za opisivanje faza prikladan za opisivanje kognitivnog razvoja; (2) mogu li se određene kompetencije pojaviti ranije nego što je Piaget pretpostavljao; (3) onemogućavaju li postojeće kognitivne strukture kod djece stjecanje novih koncepata koji ne odgovaraju postojećim strukturama; i (4) koji su to mehanizmi kognitivnih promjena (prema Piagetu ti mehanizmi nisu dovoljno specificirani). Istraživački napori u posljednjih su trideset godina otkrili mnoge probleme ove teorije prigovarajući Piagetu da je često podcjenjivao dječju sposobnost, posebno u razdoblju ranoga djetinjstva te da razvoj nije tako dosljedan kakvim ga prikazuje teorija razvojnih stupnjeva. Jedna od značajnijih kritika upućenih Piagetovoj teoriji spoznajnog razvoja odnosi se na nerepresentativan uzorak djece iz kojeg je izvodio zaključke, posebno u senzomotoričkoj fazi razvoja. Taj se uzorak u početku sastojao od njegovo troje djece. Kasnija istraživanja su pokazala da djeca i u dobi 3 – 5 mjeseci pokazuju znakove konstantnosti objekta (Bower, 1982; Ballargeon i Devos, 1991; Luo, Baillargeon i sur., 2003), a ne tek pred kraj 2. godine života kako je to smatrao Piaget. U kritičkom pristupima zaključuje se kako je Piaget davao malo važnosti kulturi – smatrao je da je razvoj izrazito pod utjecajem maturacijskih čimbenika. Također se pokazalo da Piagetova teorija nije kulturalno univerzalna (npr. djeca iz starosjedilačke kulture su prije usvojila principe konzervacije). No bez obzira na sve, njegova teorija je rezultirala obrazovnim načelima koja se i danas koriste. Vjerovao je da je spoznaja proces – ne nešto što dijete ima, nego što čini, a senzomotoričke sheme temelje se na urođenim, refleksnim ponašanjima. Na početku je učenje slučajno, a zatim se počinje temeljiti na uvidima stečenim kroz pokušaje i pogreške. Te postulate i danas slijede mnogobrojni postupci poticanja. Miller (2011) ističe kako je Piagetov rad oblikovao suvremena istraživanja spoznajnog razvoja te je i dalje potreban da pruži teorijske alate za analizu slijeda, suglasja i kvantitativne i kvalitativne promjene, identificirajući na taj način potencijalne mehanizme promjene i razjasnivši kognitivnu organizaciju. Nadalje, kada danas razmišljamo o spoznajnom razvoju, još uvijek govorimo o sustavnim promjenama u barem temeljnim domenama. Rane kompetencije u dojenačkoj dobi i ranom djetinjstvu razvijaju se tijekom dugog razdoblja u zrelije verzije tih kompetencija. Promjena u razvoju je kvalitativna i kvantitativna, a procesi promjene su i urođeni i iskustveni.

Prema Piagetu četiri su određene faze razvoja spoznaje. Redoslijed je isti kod sve djece – svaki stupanj je nadogradnja na raniju fazu, ali brzina napredovanja nije.

I. Senzomotorička faza (od rođenja do 2. godine života)

U ovoj fazi koja traje od rođenja do kraja 2. godine života, dijete spoznaje svoju okolinu prvenstveno na osnovi motoričkih radnji (npr. obilježja predmeta spoznaje motoričkom manipulacijom, ali i preko senzornih organa). Iz toga jasno proizlazi važnost optimalne stimulacije u prvim mjesecima života. Za senzomotoričku inteligenciju na ovom stupnju važne su aktivnosti kao što su refleksi, jednostavne navike, igre kao imitacija, ali i početak vlastitih i novih oblika igara. U početku je dijete ovisno o refleksima i urođenim shemama, a tek pred kraj razdoblja donekle uspijeva oponašati i integrirati informacije. Glavni napredak u spoznajnom smislu povezan je sa shvaćanjem stalnosti objekta što znači da je dijete u stanju predočavati predmete i kada nisu u njegovom vidokrugu. Tipična eksperimentalna manipulacija odnosi se na tzv. „igre sakrivanja“. Naime, dijete u prvom dijelu ove razvojne faze neće potražiti predmet (igračku) koja nije u njegovom vidnom polju, dok će dijete pred kraj ove faze znati da igračka postoji iako ju je osoba sakrila.

II. Predoperacijska faza (od 2. do 6. godine)

Ključno obilježje promjene od senzomotoričkog prema predoperacijskom je pojava sposobnosti predočavanja ili simbolička funkcija. Taj pojam odnosi se na sposobnost upotrebe neke stvari (kao što je mentalna slika ili riječ) kao simbola za predodžbu o čemu drugom.

Piaget je naveo pet vrsta ponašanja: unutrašnje rješavanje problema, sposobnost baratanja nevidljivim premještanjem predmeta kao vrste problema sa stalnošću predmeta, prva pojava riječi, pojava neizravnog oponašanja (oponašanje modela opaženog ranije u prošlosti), simboličke igre (oblik igre u kojem dijete upotrebljava jednu stvar namjerno se pretvarajući da je nešto drugo).

Psiholog Piaget je govorio o tri vrste igre djece s objektima. Prvi oblik igre koji se javlja kod djece je istraživačka igra. Ona se odnosi na razdoblje od godinu dana i opisuje se kao udaranje s objektima, stavljanje u usta raznih objekata, njihovo treskanje, bacanje. Drugi tip igre koji se javlja kod djece je kombinatorička igra i ona se odnosi na dovođenje predmeta u međusobne odnose npr. stavljanje lutke u krevetić. Treći tip igre je simbolička igra. Ona se javlja oko 2. godine života i odnosi se na to da dijete uzima jedan predmet i pomoću njega reprezentira drugi predmet. Između 3. i 5. godine djeca razvijaju sposobnost razumijevanja pogrešnih vjerovanja te da vanjština ne reflektira nužno stvarnost.

Teorija Lava Vygotskog

Mnogi pristupi rane razvojne podrške oslanjaju se na pojam internalizacije (učenje od okoline) te utjecaj socijalnih iskustava na dječji spoznajni razvoj, što predstavlja Lav Vygotski. Prema Vygotskom, u početku kognitivnog razvoja, govor i misaoni procesi su dva odvojena i nezavisna entiteta, a tek od 2. godine djetetova života govor i mišljenje postaju vezani na način da govor ima značajan utjecaj na mišljenje i socijalni razvoj djeteta (Velički, 2017). Jezik je simbolički i apstraktni sustav, a putem jezika, igre pretvaranja i mašte, čak i vrlo mala djeca logično razmišljaju koristeći apstraktni materijal što se jasno vidi u teoriji kognitivnog razvoja Vygotskog (Goswami i Bryant, 2007). Dvije izrazito važne teorije koje je Vygotsky iznio su internalizacija i zona proksimalnog razvoja. Vygotsky je smatrao kako se kognitivni razvoj događa izvana prema unutra putem internalizacije. Internalizacija je apsorpcija znanja iz konteksta (Sternberg, 2005). Na taj su način socijalni utjecaji ključni za razvoj spoznaje jer se učenje odvija putem interakcije s okolinom, dok je Piaget naglašavao biološke utjecaje. Vygotsky prepoznaje kakav utjecaj ima učenje te kako može utjecati na djetetovu razvojnu razinu. Nadalje ističe važnost učitelja u otkrivanju zone koja je bliža razini djeteta (Goswami i Bryant, 2007). Igra prema Vygotskom, posebno ona koja služi stvaranju imaginarnih situacija, ima središnju ulogu u spoznajnom razvoju djeteta te slijeđenje pravila igre utječe na razvoj samoregulacije. Nasljednici teorije Vygotskog tvrde da je osim verbalne upute za uspjeh potrebna zajednička aktivnost kako bi se posredovalo u stjecanju, ovladavanju i internalizaciji djeteta nad novim sadržajem (Goswami i Bryant, 2007).

Neurokonstruktivizam

Neurokonstruktivizam je noviji pristup u teorijama o spoznaji i predstavlja teorijski okvir za kognitivni razvoj proizašao iz kognitivne neuroznanosti (Goswami i Bryant, 2007). Kroz ovaj teoretski okvir ističe se izgradnja reprezentacija u mozgu u razvoju. Westermann i suradnici (2007) navode kako se kroz neurokonstruktivizam kognitivni razvoj objašnjava kao da nastaje iz razvoja ovisnog o iskustvu neuronskih struktura koje podržavaju mentalne prezentacije. Autori Mareschal i suradnici (2007) smatraju da neurokonstruktivistički okvir pokazuje kako razvojni poremećaji ne proizlaze iz selektivnog oštećenja tipičnog kognitivnog sustava, već nastaju iz razvojnih procesa koji djeluju pod atipičnim ograničenjima. Ovaj teorijski okvir za razliku od ostalih tradicionalnih kognitivnih pristupa nudi integrirani pogled na tipičan i atipičan razvoj, kao i na razvoj i obradu odraslih, uzimajući ozbiljno ograničenja u spoznaji svojstvena pojedinoj individui i njegovoj neurološkoj pozadini (Westermann et al. 2007). Neurokonstruktivizam je važan za razumijevanje razvojnih kognitivnih poremećaja jer se objašnjavaju izmijenjenim ograničenjima u razvoju mozga koja zauzvrat mijenjaju djetetovu razvojnu putanju. Goswan (2007) ističe nadalje da neurokonstruktizam nudi biološku teoriju kognitivnog razvoja.

Obilježja razvoja spoznaje

Kada razmišljamo o novorođenčetu, vrlo često pomišljamo na koji način djeca u tako ranoj dobi doživljavaju svijet oko sebe. Ono što čini okruženje doživi se kroz percepciju koja uključuje razumijevanje. Imaju li novorođena djeca potrebne mehanizme kako bi učila i razumjela ono što se događa u njihovoj okolini? Kao vrlo važno otkriće prvog desetljeća ovog stoljeća prema mnogim autorima bila je tzv. statistička moć učenja mozga novorođenčadi uz pomoć koje obrađuje osjetilne značajke ulaza, korelacije i ovisnosti između tih svojstava (Goswami, 2011). Kada dojenčad ne bi imala ove mehanizme, suočila bi se s nepremostivim matematičkim problemom. Ove sposobnosti omogućavaju dojenčetu da lakše otkriva strukturu, skuplja, izračunava i vadi uzroke za daljnju obradu i kasnije učenje (Saffran i Krikham, 2018). Danas je poznato da je ovo općeniti mehanizam učenja, a prva identifikacija ovog mehanizma dogodila se kod djetetovog usvajanja jezika. Prvo istraživanje o segmentaciji riječi za novorođenčad objavili su Godsitt, Morgan i Kuhl (1993) čiji su rezultati pokazali da su djeca osjetljiva na statističku strukturu slogova koji su služili kao kontekst za ciljni slog podržavajući hipotezu da dojenčad može grupirati slogove na temelju statističkih obrazaca. U kasnijem istraživanju autori postavljaju pitanje je li ovaj način učenja rezerviran samo za područje jezika? Slijedeći postavljeno pitanje provedeno je istraživanje čiji rezultati sugeriraju kako se mehanizam učenja, za koji se prethodno pokazalo da je uključen u segmentaciju riječi, također mogao koristiti za segmentiranje nizova nejezičnih podražaja (Saffran, Johnson, Aslin i Newport, 1999). Uzimajući ove informacije u obzir, može se zaključiti kako je učenje ovisno o iskustvu ključ za kognitivni razvoj, a ne posjedovanje urođenog „predznanja“ (Goswami, 2011). Nadalje, istraživanja koja su bila usmjerena na načine kako dojenče doživljava fizički svijet dijele se u tri struje: (1) mala djeca imaju neka očekivanja od svijeta koji ih okružuje, npr. dulje se zagledava u novi podražaj; (2) na koji način dijete poima fizički svijet te kako kroz očite obrasce uspjeha i neuspjeha odgovara na fizičke događaje i (3) struja istraživanja koja još uvijek traje temelji se na prethodnim naporima i pokušava odrediti kako djeca razmišljaju o fizičkim događajima i koja kognitivna arhitektura omogućuje to rezoniranje (Baillargeon, Li, Gertner, i Wu, 2011). Gergley (2011) navodi kako istraživanja ranog razvoja i filogenetskog podrijetla razumijevanja kod dojenčadi u domeni prepoznavanja uzročnika (temeljeno na onome što zna i želi) i namjernog djelovanja u postizanju cilja povijesno gledano utječe na promjenu paradigme koja je dugi niz godina bila prisutna kroz zadatke lažnog vjerovanja prema kojima se smatralo da se ovo razumijevanje razvojno javlja oko 4. godine života. Autor ističe da je domena specifična za praćenje i predstavljanje mentalnih stanja svojstvena ljudskoj rasi u potpunosti operativna već tijekom 2. godine života, a vjerojatno i ranije. U dojenčadi sposobnost razlikovanja namjernih uzročnika od neživih predmeta počinje već u dobi od 9 mjeseci. Jednogodišnjaci i mlađa djeca razumiju nešto od ciljeva koji su u osnovi tuđih postupaka, a jedan od takvih primjera su aktivnosti pokušaj – pogreška jer tu postoji nesklad između onog što se radi i samog ponašanja zbog čega djeca ne mogu koristiti samo opaženo vanjsko ponašanje bez mentalnih ciljeva (Carpenter 2011). Djeca s 9 mjeseci

i starija djeca teže reagiraju kada im odrasli socijalni partner nije u mogućnosti dati igračku (zbog neuspjelih pokušaja ili nesreće) nego kad im nije voljan dati igračku (Behne, Carpenter, Call, Tomasello, 2005). Dojenčad i mala djeca imaju općenito veću motivaciju komunicirati s drugima koji su poput njih i prilagoditi se načinu na koji „mi“ radimo što je daljnji preduvjet razvoju konvencionalnih praksi i društvenih normi (Carpenter, 2011). Postavlja se pitanje na koji način dijete slijedi tuđu pažnju i kako to nauči. Samo nastajanje združene pažnje odvija se postupno. Istraživači Deak, Krasno, Triesch, Lewis i Sepeta (2014) ispitali su na koji način dojenčad 3 – 11 mjeseci starosti uče slijediti pažnju roditelja u situacijama interakcije. Naglasci istraživanja su: (1) dojenčad preferira gledati roditelje kako manipuliraju predmetima naspram samo gledanja bilo roditelja, bilo statičnih predmeta, tijekom interakcije licem u lice, (2) roditelji koji se igraju s dojenčadi usredotočuju se na njihova lica i koriste pokrete predmeta kako bi im privukli pažnju, (3) dojenčad povremeno vidi roditelja kako gleda prema onome što drži i tada gledaju u tom smjeru. Posljedična nagrada (tj. gledanje rukovanja objektima) mogla bi poslužiti kao poveznica na koji način dojenčad nauči slijediti tuđe poglede te da interakcija licem u lice može pružiti dovoljno informacija bez nužnog uvida u mentalno stanje druge osobe (Deak i sur. 2014). Kasnije istraživanje je pokazalo kako prijelaz od združenog gledanja prema slijeđenju pažnje ne ide isključivo preko praćenja pogleda roditelja već su potrebne dodatne informacije poput govora koji prati pogled (Deak, Krasno, Jasso i Triesch, 2018). Zaključno se može reći da, iako su majke stvorile mnoge potencijalno informativne pomake pogleda, dojenčad gotovo nikad nije pratila pomake pogleda u nedostatku dodatnih znakova (Deak i sur., 2018).

Određivanje prirodnih vizualnih sklonosti među različitim podražajima snažna je metoda proučavanja ranog vizualnog razvoja koja može pružiti podatke važne za teorije percepcije, učenja i neuronskog funkcioniranja (Fantz, 1958). Putem vizualne preferencije dokazano je da dojenčad radije gleda majku od potpunog stranca te radije gleda žensko lice od muškog (Quinn, Yahr, Kuhn, 2002). Inovacija koja je uslijedila odnosi se na mogućnost manipulacije vizualnom preferencijom. Paradigma habituacije ukazuje na to da se dojenčad najprije upozna s jednom stavkom ili kategorijom, smanjujući zanimanje za nju, a zatim testna faza uspoređuje duljinu gledanja s poznatim predmetom i novim predmetom usporedbe (Addyman i Mason, 2016). Dojenčad izložena različitim iskustvima i radnjama pohranjuje informacije u određene kategorije. Quinn (2011) zaključuje da novorođenčad počinje formirati kategorije temeljene na osnovnim kompetencijama koje se sastoje od funkcioniranja percepcijskih sustava unosa (uključujući jezik) i općeg mehanizma učenja (koji može predstavljati sličnost unutar kategorije i različitosti između kategorija.) Dojenčad je na taj način obdarena alatima za izgradnju temelja za konceptualni razvoj (Quinn, 2011).

Važan segment razvoja koji je spomenut kroz tekst je i pamćenje. Postoje brojne promjene u ponašanju relevantne za pamćenje koje se javljaju u ranom dojenačkom dobu i ranom djetinjstvu. Promjene koje ilustriraju rastuću autobiografsku prirodu

pamćenja najočitije su u ranim godinama, a to su: (1) promjene u vremenskom obimu što znači da duljina koliko nešto djeca pamte raste s vremenom, pa će tako dijete od 6 mjeseci pamtiti neku rutinu 24 h, a djeca stara 9 – 11 mjeseci će pamtiti od 24 h do 5 tjedana; (2) promjene u robusnosti odnose se na izdržljivost pamćenja unatoč ometajućim čimbenicima (promjena nekih detalja); (3) promjene u specifičnosti odnose se na porast pamćenja o specifičnostima nekog događaja koji se dogodio prije; (4) promjene u poimanju sebe samih kao što je prepoznavanje sebe u ogledalu (2,5 godine) zbog čega se vidi veći napredak u pamćenju i prepričavanju događaja (Bauer, Larkin i Deocampo, 2011).

Uz sve već prije spomenute načine učenja o okolini, postoji i segment manipulacije predmetima. Manualna pažnja na predmete u skladu je s ljudskim interesom za predmete općenito te s posebnim kapacitetima koji se odnose na objekte kao što su kategorizacija, jezik i korištenje alata (Striano i Bushnell, 2005). Manualno istraživanje predmeta osigurava informacije o obilježjima okoline i predmeta, kao što su težina, oblik, tekstura te ideju o djelovanju poput hvatanja, udaranja, pomicanja i kotrljanja (Lockman, 2000). Uz ova opća ponašanja idu i ona koja su preciznija kao što su okretanje predmeta prilikom gledanja, naizmjenično gledanje i oralno istraživanje, prebacivanje iz ruke u ruku te dodirivanje detalja prstima (Ruff, 1984). Sva ova ponašanja ukazuju na neki od vidova učenja o predmetu. Napredak u vizualno-manualnom istraživanju predmeta može olakšati percepciju i spoznavanje predmeta pomažući dojenčadi da lakše otkriju svojstva raznih predmeta te na taj način utječu na vizualnu pažnju i spoznaju (Soska, Adolph i Johnson, 2010). Dojenčad koja je pokazivala dulje razdoblje držanja i gledanja predmeta te češća prebacivanja između gledanja i oralnog istraživanja, učestalije je razlikovala dva predmeta koji su u međusobnom dodiru kao različita i odvojena prilikom testiranja paradigme kršenja očekivanja (Needham, 2000).

Kako bismo u potpunosti razumjeli razvoj u dojenačkoj dobi koji se odnosi na razdoblje od rođenja do 1. – 2. godine života, potrebno je poznavati okolinu u kojoj dijete raste. Iskustva unutar obitelji mogu imati značajan utjecaj tijekom prve godine života (Bornstein, Arterberry i Lamb, 2013). Dojenčad u potpunosti ovisi od drugima kako bi preživjela. Bornstein, Arterberry i Lamb (2013) razlikuju 4 glavne domene roditeljstva koje se kombiniraju i mogu paralelno djelovati, a to su: (1) brižno, usmjerenost na preživljavanje dojenčadi, pružanje zaštite i uzdržavanje; (2) materijalna briga uključuje strukturiranje tjelesnog okruženja (dostupne igračke, ograničavanje); (3) socijalno roditeljstvo u smislu uključivanje u međuljudske razmjene (umirivanje, dodirivanje, smijanje i glasanje); i (4) vezano za razumijevanje svijeta tj. na koji način roditelji pomažu to razumijevanje kroz usmjeravanje pažnje, objašnjavajući ono što se događa i osiguravanje prilika za učenje. Utjecaj roditelja posebice majki od velikog je značaja kad je u pitanju igra i jezično-govorni razvoj. Primjerice, utjecaj majke na razvoj igre je posebice dominantan do 12. mjeseca života, jer je gotovo svaka igra zapravo inicirana od strane majki (Haight i Miller, 1993 prema Newland, 1997). Specifična ponašanja potrebna za majke i novorođenčad kako bi dijelili i gle-

dali predmete zajedno razvijaju se s vremenom (Newland, Roggman i Boyce, 2001). Dijete može pokazati predmet i donijeti ga majci te na taj način inicirati interakciju s predmetom. Oboje mogu koordinirati ovu igru reagirajući prema predmetima i jedno prema drugom te dijeliti naizmjenice. Istraživanje koje su proveli Newland, Roggman i Boyce (2001) pokazalo je stabilnost u obrascima igre majke i djeteta, što ukazuje na to da su rane interakcije postavile pozornicu za kasnije društvene igre igračkama. Igra s majkama pruža kontekst za razvijanje jezično-govornih vještina jer tijekom igre djeca čuju i sami produciraju govor vezan uz situaciju (predmeti i radnje) te se na taj način njeguju taj rani razvoj govora (Newland, 1997). U stručnoj literaturi mogu se pronaći istraživanja koja dokazuju da postoji povezanost razvoja igre s pojavom više riječi. Istraživanje koje je proveo Shore (1986) na uzorku djece u dobi 18 – 24 mjeseca pokazalo je kako je na proširivanje broja ciljanih riječi utjecala složenost simboličke igre s nekonvencionalnim igračkama i broj različitih struktura koje je dijete izgradilo kockama. Nadalje, kako autor zaključuje, igra svojom kvaliteto, varijacijama kroz razvoj može biti značajan pokazatelj spoznajnog razvoja.

Segment igre je neodjeljivi dio rasta i razvoja te je esencijalni dio ljudskog iskustva. Povezana je s fizičkim, kognitivnim, emocionalnim i socijalnim razvojem djeteta. Gledajući osnovnu strukturu igre, ona je po svojim obilježjima dobrovoljna, intrinzično motivirana, započeta i završena od sudionika zahtijevajući mentalnu pažnju (O'Connor i LaPoint, 1980). Igru se može usporediti s aspektima istraživanja (usmjerenost na istraživanje te nakon upoznavanja s predmetom i okolinom može doći do igre), radom (koji ima definitivan cilj) i igrama koje su organizirane aktivnosti u kojima postoji neki cilj koji se najčešće odnosi na pobjedu u igri (Smith i Pellegrini, 2005). Igra i istraživanje usko su povezani ontogenetski. Ontogenetski odnos je takav da najraniji koraci funkcije razvojne igre sadrže različite oblike istraživanja: oralno, jednostavna manipulacija i funkcionalna manipulacija (Belski i Most, 1981). Prema autorima rano istraživanje se oblikuje prema karakteristikama predmeta (odnosno, funkcionalno), s vremenom se istraživanje pomiče od otkrivanja karakteristika predmeta prema korištenju stečenog znanja i prema tome manipulaciji predmetima (igra pretvaranja) (tablica 10.1):

Tablica 10.1. Pretpostavka koraka razvoja istraživanja/igre (Belsky i Most, 1981)

1	Oralno neselektivno istraživanje materijala	
2	Jednostavna manipulacija	Vizualno vođena manipulacija (isključuje neselektivno lupanje i treskanje) u trajanju od najmanje 5 sekundi koja se ne može kodirati u bilo kojoj drugoj kategoriji (npr. preokrenuti objekt; dodirnuti i pogledati objekt).
3	Funkcionalno-vizualno vođena manipulacija	Posebno prikladna za određeni predmet i uključuje namjerno traženje nekih jedinstvenih informacija (npr. okretanje brojčanika na igrački telefonu, okretanje kotača, guranje vozila).
4	Relacijska	Okupljanje i spajanje dvaju ili više materijala na neodgovarajući način (npr. postavljanje kolijevke na telefon, žlice i štap).
5	Funkcionalno-relacijska	Spajanje i integriranje dva predmeta na odgovarajući način (npr. postavljanje šalice na tanjur, umetanje u utore).
6	Efikasno imenovanje	Približno aktivnosti pretvaranja, ali bez potvrde o stvarnom ponašanju pretvaranja (npr. primicanje šalice prema ustima bez ispuštanja zvukova pijenja, naginjanja glave natrag ili prevrtanje šalice; podizanje telefona do uha bez imitiranja razgovora; dodirivanja kose lutke četkom bez pokreta češljanja).
7	Pretvaranje usmjereno prema sebi	U kojem je očigledno pretvaranje: (npr. podizanje šalice do usta i ispuštanje zvukova pijenja ili naginjanja glave; glađenje vlastite kose minijaturnom četkom; telefon stavljen na uho i vokalizacija).
8	Pretvaranje usmjereno prema drugom	(npr. hranjenje lutke žlicom, bočicom ili šalicom; četkanje kose lutke; guranje auta po podu i imitiranje zvuka auta).
9	Zamjena	Uporaba „besmislenog“ predmeta na kreativan ili maštovit način: (npr. pije iz morske školjke; hrani lutku štapom kao „bočicom“) ili korištenje predmeta prilikom pretvaranja na način koji se razlikuje od načina na koji ga je prethodno koristilo neko dijete (npr. korištenje četke za kosu za čišćenje zubi nakon što je već predmet korišten kao četka za kosu na sebi ili drugima).
10	Redoslijed pretvaranja	Ponavljanje pojedinog čina pretvaranja s manjom varijacijom (npr. pijenje iz boce, davanje lutki da pije, ulijevanje u šalicu, ulijevanje u tanjur) ili povezivanje različitih shema pretvaranja (npr. „miješanje“ u šalici, zatim pijenje, stavljanje lutke u kolijevku, a onda ljubljenje za laku noć).
11	Redoslijed pretvaranja sa zamjenom	Koristi se zamjena unutar nekog čina (npr. stavljanje lutke u kolijevku, pokrivanje zelenom krpom kao „dekom“; hranjenje žlicom i onda štapom).
12	Dvostruka zamjena	Igra pretvaranja u kojoj se dva predmeta, u jednom činu, pretvaraju u nešto što u stvarnosti nisu (npr. tretiranje čunjića kao lutke te komada zelene krpe kao deke, pokrivanje čunjića krpom, upućivanje riječi laku noć; tretiranje štapa kao osobe i školjke kao šalice pa davanje štapu da pije).

Postoje mnogobrojne klasifikacije igre u suvremenoj literaturi, no najučestalija podjela je vezana za razvojnu dob te dijeli igru na: istraživačko-manipulativnu, funkcionalnu, konstruktivnu, simboličku/igra pretvaranja i igre s pravilima. Autori Smith i Pellogrini (2005) klasificiraju igru u nekoliko kategorija koje obuhvaćaju spoznajni i društveni aspekt igre: (1) lokomotorna igra (uključuje vježbanje, trčanje i penjanje te potiče finu i grubu motoriku); (2) socijalna igra obuhvaća interakcije kroz igru s drugima (u ranijoj dobi roditelji, kasnije druga djeca; sadrži aspekte usporedne, samostalne i povezujuće igre te grube igre); (3) igra predmetima koja kod dojenčadi uključuje oralno istraživanje (grickanje, cuclanje i sl.) i jednostavnu manipulaciju (prebacivanje, bacanje, okretanje, udaranje i sl.), kod hodončadi spajanje pojedinih elemenata i kasnije građenja te igru pretvaranja (stavljanje lutke u kolica); (4) jezično-govorne igre koje najčešće započinju oko 2. godine života kad djeca govore sebi prilikom buđenja i prije spavanja (razvoj privatnog govora), vrlo često je razigrano, ponavlja se i uključuje smijeh; (5) igra pretvaranja koja se počinje razvijati kroz jednostavne sheme od 15 mjeseci starosti, da bi u 3. godini života poprimila obilježja sociodramske igre (igranje uloga). Kao još jedan primjer klasifikacije istraživanja i igre autori Fenson i Schell (1985) navode to kroz sljedeće kategorije: (1) vizualno istraživanje, (2) manipulativno istraživanje i (3) igre pretvaranja (prilog 10.1).

Socio-kognitivni razvoj i teorija uma

Moderna istraživanja kreiranjem neverbalnih testova ukazuju na to kako dojenčad može srazmjerno predstavljati tuđa i vlastita ponašanja, a upravo to prepoznavanje odnosa sebe – drugih početak je razvoja socijalne kognicije, a ne njen vrhunac (Meltzoff, 2011). Carpenter, Nagelli i Tomasello (1998) su pratili socio-kognitivni razvoj djece u dobi od 9 do 15 mjeseci usmjerivši se na sljedeći niz parametara združene pažnje: združeno djelovanje, praćenje pogleda, praćenje geste pokazivanja, imitacija instrumentalnih i arbitrarnih aktivnosti, reakcija na socijalne prepreke te uporaba imperativnih i deklarativnih gesti. Sve navedeno čini pretpostavke urednog spoznajnog, komunikacijskog i socio-emocionalnog razvoja te ih u procjeni treba opservirati i pratiti kao prediktore odstupanja u razvoju. Carpenter (2011) izdvaja dvije strane socijalne kognicije: (1) socijalna kognicija ili saznanje o socijalnim partnerima – znanje o tuđoj spoznaji, ono što drugi žele, namjeravaju, znaju i vjeruju; (2) socijalna kognicija u smislu zajedničke spoznaje, sudjelovanja u zajedničkoj spoznaji i aktivnosti sa socijalnim partnerima. Zaključuje da su dvije strane povezane jer je kroz društvenu komponentu nemoguće izbjeći saznanja o vlastitom umu. U dobi od 12 mjeseci, dojenčad počinje razumijevati tuđe namjere, videći druge kako biraju akcijske planove za ostvarenje svojih ciljeva racionalno u određenim kontekstima (Carpenter, 2011).

Teorija uma ima svoje korijene i ranije u razvoju pa tako Meltzoff (1999) ističe kako se kroz nova istraživanja pokazalo da su djeca od 15 do 18 mjeseci starosti sposobna čitati ispod površine postupaka odraslih do duboke strukture koja stoji u osnovi takvog ponašanja (ciljevi i namjere). Nastavlja da teorija ima svoje porijeklo i ranije

te da se početni skok primjećuje kod novorođenčadi pomoću njihove iskonske sposobnosti za neverbalnu imitaciju. Novorođenčad dolazi spremna za pronalaženje interaktivnih partnera, njihova rana usmjerenost na lice i izravan pogled, spremnost za prepoznavanje glasova i brzo multimodalno učenje pružaju temelj za postajanje društvenim sudionicima (Bornstein, Arterberry i Lamb, 2013). Kako bi bili uspješni u interakciji, dojenčad treba znati pravila socijalne interakcije. Izmjena slijeda (ja pa ti) je jedan od najranijih pravila i vrlo je važan za ranu komunikaciju. Kasnije u 1. godini života započinje razvoj združene pažnje koja pomiče interakciju s dvoje ljudi prema trijadi s predmetom što utječe na povećanje prilika za učenje o svijetu (Bornstein, Arterberry i Lamb, 2013). Nadalje autori navode kako odrasli, posebno roditelji, usmjeravaju dojenčad prema određenim vrstama interakcija te pružaju važne informacije u situacijama nejasnoća. U kombinaciji s njihovim razumijevanjem interakcije, dojenčad je u stanju razviti pretpostavke ili implicitna pravila koja reguliraju interakcije (Bornstein, Arterberry i Lamb, 2013). Socijalna interakcija s odgovorljivim osobama u interakciji potiče razvoj socijalne kognicije. Pretpostavke koje upravljaju društvenim interakcijama uključuju razumijevanje (1) sebe kao odvojenog od drugih ljudi i objekata; (2) načina na koje ja može utjecati na ponašanje drugih; i (3) način na koji misli, želje i vjerovanja predviđaju ponašanje (Bornstein, Arterberry i Lamb, 2013, str. 321).

Razvoj izvršnih funkcija

Danas različiti autori koncept izvršnih funkcija definiraju na različite načine, no slažu se kako one obuhvaćaju niz međusobno povezanih procesa potrebnih za svrhovito, cilju usmjereno ponašanje (Gioia i sur., 2000).

Jurado i Rosselli (2007) smatraju kako se koncept izvršnih funkcija odnosi na kontrolne procese višeg reda koji su nužni za upravljanje ponašanja u okruženju koje se neprestano mijenja. Izvršne funkcije predstavljaju svojevrsan vodič koji kontrolira, organizira i upravlja kognitivnu aktivnost, emocionalni odgovor i ponašanje (Gioia i sur., 2001; Hughes, 2011). One predstavljaju metakognitivne kapacitete koji nam omogućuju da uočimo podražaje iz okoline i reagiramo u skladu s njima, fleksibilno mijenjamo ponašanje, predviđamo buduće ciljeve, uzimamo u obzir posljedice i reagiramo na svrsishodan način, iskorištavajući navedene kapacitete za ostvarivanje određenog cilja.

Neuronski sustavi u podlozi izvršnih funkcija su brojni, kompleksni i međusobno povezani. Većina neuropsiholoških istraživanja upućuje na povezanost izvršnih funkcija s različitim područjima prefrontalne moždane kore (Stuss i Benson, 1986; Stuss i Alexander, 2000). Nemoguće je govoriti o točnoj lokalizaciji izvršnih funkcija jer je prefrontalna moždana kora rasprostranjenim neuronskim mrežama povezana sa svim ostalim područjima mozga, uključujući moždano deblo, okcipitalni, parijetalni i temporalni režanj kao i subkortikalne strukture i limbičke regije (Stuss i Alexander, 2000). Izvršne disfunkcije ne moraju uvijek biti povezane s patologijom prefrontalne

moždane kore, već mogu biti povezane s teškoćama u neuralnoj mreži ili u nekoj drugoj moždanoj regiji.

Već se u prve dvije godine života događaju brojne promjene u građi prefrontalne moždane kore, kao i u kognitivnom razvoju. Tako djeca između 7. i 12. mjeseca života pokazuju znatna poboljšanja u sposobnostima inhibicije odgovora, radnog pamćenja i sposobnosti jednostavnog planiranja. Prije svega, potrebno je poznavati tipičan obrazac razvoja svake od sastavnica izvršnih funkcija kako bi bilo jasno što možemo očekivati u određenoj dobi.

Sve se sposobnosti izvršnih funkcija nastavljaju razvijati kroz srednje djetinjstvo i adolescenciju, osobito kognitivna fleksibilnost i planiranje. Sve do odrasle dobi poboljšava se i brzina obrade, a posljedično i brzina davanja odgovora. Eliminacija prekobrojnih sinapsi, promjene u metabolizmu glukoze, mijelinizacija i promjene u neurotransmiterskim sustavima promjene su koje su i dalje prisutne kroz razdoblje adolescencije i rane odrasle dobi (Šimleša i Capanec, 2008). Procesom starenja, kojeg prati smanjenje volumena frontalnog režnja, dolazi i do smanjenja sposobnosti izvršnih funkcija pa se javljaju teškoće u sposobnostima inhibiranja nevažnih podražaja, radnog pamćenja i kognitivne fleksibilnosti (Jurado i Rosselli, 2007). Prema tome, možemo reći kako izvršne funkcije imaju razvojnu krivulju obrnutog U oblika: od lošijih sposobnosti u ranom djetinjstvu, do vrhunca u ranoj odrasloj dobi i ponovnog propadanja sposobnosti u starijoj životnoj dobi (Zelazo i sur., 2004).

Sposobnosti izvršnih funkcija prediktor su razvoja kognitivnih sposobnosti kao što su samoregulacija (Rueda i sur., 2005; Hofmann i sur., 2012), socijalna kompetencija (Razza, 2009), teorija uma (Hughes i Ensor, 2007) i vještine učenja (Blair i Razza, 2007).

Različiti procesi izvršnih funkcija imaju različite razvojne puteve i sazrijevaju u različito vrijeme tijekom razvoja što dodatno otežava njihovo ispitivanje i dovodi do nejasnih i konfliktnih rezultata istraživanja. Moguće je da su neki nedosljedni rezultati posljedica ispitivanja različitih dobnih skupina ispitanika.

Planiranje je sposobnost organiziranja kognitivnog ponašanja u vremenu i prostoru, kompleksna kognitivna operacija u kojoj se slijed planiranih aktivnosti mora neprestano pratiti, procjenjivati i nadograđivati. Ono zahtijeva sagledavanje trenutačne situacije i identificiranje mogućih pristupa, alternativa i odabira unaprijed, a onda i provedbu plana i njegovo preispitivanje (Hill, 2004). Najpoznatiji klasični testovi koji ispituju sposobnost planiranja su Londonski i Hanojski toranj. Londonski toranj (TOL) osmislio je psiholog Tim Shallice 1982. godine. Iako danas postoji više verzija ovog zadatka, od kojih neke koriste drvene kugle i klinove različitih duljina, a neke su računalizirane, sve se zasnivaju na istom postupku. Zadatak ispitanika je da, dobro planirajući, u što manje poteza, postave tri kugle u zadani položaj slijedeći određena pravila. Prema tome, osim planiranja, Londonski toranj zahtijeva i sposobnost samopraćenja, samoispravljanja, dobru vizualnu percepciju, radnu memoriju i pažnju. Za ispitivanje djece najčešće se koristi verzija iz NEPSY-II baterije testova.

Kognitivna fleksibilnost je sposobnost promjene kognitivne radnje u skladu sa zahtjevima određene situacije (Robinson i sur., 2009). Teškoće u ovoj sposobnosti očituju se u perseveraciji i stereotipnom ponašanju. Sposobnost kognitivne fleksibilnosti u tipičnom se razvoju javlja između 3. i 4. godine, no u toj dobi djeca imaju teškoća s promjenom kognitivne radnje kada su pravila složenija. Između 7. i 9. godine dolazi do naglog razvoja kognitivne fleksibilnosti.

Inhibicija je sposobnost potiskivanja nevažnih ili ometajućih informacija ili podražaja (Robinson i sur., 2009), odnosno sposobnost potiskivanja dominantnog odgovora koji nije primjeren za ostvarivanje određenog cilja i aktiviranja alternativnog, primjerenog odgovora (Calhoun, 2006). Sposobnost inhibicije, iako se javlja već s 12 do 18 mjeseci, nezrela je do oko 8. godine kada započinje njen nagli razvoj i nastavlja se linearno sve do mlađe odrasle dobi dok se sposobnost planiranja najbrže razvija u kasnijoj dječjoj dobi i adolescenciji. Primjer testiranja je zadatak dan-noć (Gerstadt i sur., 1994), u kojem se od djeteta traži da kada vidi sliku zvijezda i Mjeseca kaže dan, a kada vidi sliku Sunca kaže noć. Zbog tog dodatnog procesa koji zahtijeva držanje konfliktnog odgovora u aktivnoj memoriji, ti su zadaci, osim inhibicijom, zasićeni i radnom memorijom – djeca u dobi od 3. do 4. godine imaju problema s tima zadatkom, dok bi ga u dobi od 5. godina trebala uspješno rješavati.

Specifičnosti u razvoju spoznaja kod djece s rizicima i odstupanjima

Vezano uz odstupanja u spoznajnom razvoju djece s oštećenjima mozga (prenatalno, perinatalno, postnatalno), ono može varirati od blagog odstupanja u opsegu i usmjerenosti pažnje ili školskim vještinama pa sve do teških odstupanja koja se još navode pod terminom intelektualne teškoće. Istraživanja daju različite rezultate i dosta su neujednačena te ih je teško uspoređivati i to zbog različitih dobni skupina uzoraka, različitih spoznajnih sposobnosti djece s različitim odstupanjima (vizualne teškoće, autistični poremećaji, cerebralna paraliza, višestruke teškoće...) te različitih testovnih materijala koji često ne ispituju samo jednu sposobnost nego više njih. Istraživanja koja bi objašnjavala socio-kognitivni razvoj u literaturi su česta, ali uglavnom za skupine djece tipičnog razvoja, potom za skupinu djece s pervazivnim razvojnim poremećajima te djecu sa sindromom Down. Vrlo rijetka su istraživanja koja objašnjavaju spoznajni i socio-emocionalni razvoj djece s perinatalnim ozljedama mozga (Šimleša, 2007). Ono što se često izvlači iz pojedinih znanstvenih radova, kao rezultat provedenih istraživanja jesu mnogobrojni podaci o odgođenoj pojavi združene pažnje i manjoj učestalosti iste kod djece sa sindromom Down te u visokorizične nedonoščadi (Adamson, 1998).

Iako se motorički deficiti mogu djelomice predvidjeti s obzirom na mjesto i veličinu lezije, predviđanje ishoda spoznajnog razvoja je još uvijek veliki izazov za istraživače. Studije koje analiziraju ishod spoznaje nakon perinatalnih trauma bilježe različite ishode, u rasponu od urednog nalaza do teških intelektualnih odstupanja.

Visoka nedonoščad (< 32 tjedna gestacijske dobi) i / djeca rođena s vrlo malom porođajnom masom (< 1500 g; VLBW) izložena su velikom riziku od deficita izvršnih funkcija, a to su inhibicija, radna memorija i pomicanje (Ritter, Nelle i Boyce, 2001). Autori naglašavaju kako je poznato da niža gestacijska dob i socio-ekonomski čimbenici, poput niže razine roditeljskog obrazovanja, negativno utječu na razvoj izvršne funkcije.

Neurorazvojni ishodi kod perinatalnih lezija mozga općenito se dijele na značajna i blaža oštećenja. Značajna neurološka oštećenja su: cerebralna paraliza, intelektualni razvojni poremećaj, epilepsija, sljepoća, gluhoća i poremećaj iz spektra autizma, uz moguća pridružena oštećenja drugih funkcionalnih sustava. U različitim skupinama neurorizične djece, uključujući i djecu s perinatalnim oštećenjima mozga, najčešće se nalazi kako je kvocijent inteligencije za 0,5 – 1 standardne devijacije niži u odnosu na usporednu ili normativnu skupinu djece (Anderson i Doyle, 2008).

Raspon inteligencije u osoba sa sindromom Down može se kretati od onih u granicama uredne inteligencije do teških intelektualnih teškoća, a većina osoba sa sindromom Down ima lake do umjerene intelektualne teškoće (Selikowitz, 2008). Kontakt očima u ovoj populaciji pojavljuje se u dobi od 6 do 7 tjedana (Gotzke, Sample Gosse, 2007) uspoređujući s vršnjacima tipičnog razvoja kod kojih se javlja u prosjeku od 4 do 6 tjedana. Prvi socijalni smiješak u ovoj populaciji najčešće se javlja u zakašnjenju od 3 do 5 tjedana uspoređujući s vršnjacima tipičnog razvoja te je u početku kraćeg trajanja i slabije ekspresije (Buckhalt, Rutherford, Goldberg, 1978).

Kašnjenje u pojavi kontakta očima te prvog socijalnog smješka odrazit će se i na pojavu prvih komunikacijskih izmjena jer kontakt očima i socijalni smiješak predstavljaju komunikacijska sredstva kojima se prve komunikacijske izmjene ostvaruju. Cebola i sur. (2009) ističu kako djeca sa sindromom Down kasne u savladavanju vještina združene pažnje, duže se zadržavaju u njenim razvojnim etapama od vršnjaka tipičnog razvoja te više vremena u situacijama združene pažnje provode kao pasivni sudionici (više dijele pažnju s komunikacijskim partnerom negoli ju usmjeravaju). Unatoč kašnjenju, nakon savladavanja ove vještine, djeca s Downovim sindromom započinju aktove združene pažnje te odgovaraju na iste. Većina istraživanja o sposobnostima pamćenja osoba sa sindromom Down usmjerena je na sposobnosti kratkoročnog pamćenja te na učenje novih vještina. Za njih su obrada verbalnih informacija i učenje slušanjem posebno teški. To također otežava učenje riječi i rečenica te je vjerojatno glavni uzrok njihovih teškoća u govoru i jeziku (Buckley i sur., 2012). Djeca sa sindromom Down kasne sa svojim vršnjacima tipičnog razvoja u prijelazu iz predsmboličke u simboličku komunikaciju. Tako se kod njih simbolička komunikacija javlja u prosjeku od 24. do 36. mjeseca (Roberts i sur., 2007).

Poremećaj iz spektra autizma (PSA) termin je koji opisuje skupinu neurorazvojnih poremećaja koji se javljaju u ranom djetinjstvu i traju cijeli život. Američka psihijatrijska udruga ističe u DSM-5 klasifikaciji, kao nove i odvojene kategorije, poremećaj socijalne komunikacije i poremećaj iz spektra autizma. Uvodi se nova dijagnostička

kategorija pod nazivom poremećaj socijalne komunikacije koja se temelji na otežanom uspostavljanju socijalnih interakcija verbalnim ili neverbalnim načinom u prirodnoj okolini, što utječe na razvoj društvenih odnosa i na razumijevanje, a ne može se objasniti niskim sposobnostima u području strukture riječi, gramatike ili općim kognitivnim sposobnostima. Premda su se ranije smatrali rijetkim poremećajima, novije procjene prevalencije poremećaja iz spektra autizma govore o prevalenciji oko 1 % u općoj populaciji (Cepanec, Šimleša i Stošić, 2015).

U praksi se ponekad događa, posebno kod vrlo malog djeteta, da je teško jasno utvrditi jesu li odstupanja u domeni socijalne komunikacije posljedica oštećenja u području socijalnih interakcija ili su ona posljedica usporenog kognitivnog razvoja koji također može dovesti do kašnjenja u razvoju vještina socijalne komunikacije. No glavne razlike između kašnjenja uvjetovanih odstupanjima u domeni socijalne komunikacije, odnosno poremećaja iz spektra autizma, i kašnjenja uvjetovanih intelektualnim teškoćama jesu u značajno manjem stupnju želje za gledanjem u drugu osobu (promatranjem lica i uspostavljanjem očnog kontakta) i odgovorljivosti na pozivanje imenom kod djece s poremećaja iz spektra autizma.

Mnoga istraživanja potvrđuju važnost vida kao referentnog okvira za dobivanje informacije, posebice kad se misli na usvajanje novih vještina. Tako Recchia (1997) kao primjer navodi usvajanje vještine pijenja iz čaše, gdje videće dijete prije nego samo pokuša, ima priliku vidjeti izvedbu te aktivnosti mnogo puta tijekom dana te ima pregršt informacija što to predstavlja te na koji način se izvodi. Slijepo dijete bez intervencije druge osobe neće samo doći do tog iskustva. Znamo da mala djeca istražuju i promatraju svoju okolinu aktivno, koristeći se mnogim strategijama. Bilo kroz imitaciju, interakciju, manipulaciju predmetima ili kroz metodu pokušaj – pogreška djeca uče o svijetu koji ih okružuje. Kada usporedimo djecu tipičnog razvoja i djecu s oštećenjem vida, možemo primijetiti kako potonja trebaju razumljivo više podrške i prilagodbe. Primjerice u dobi od 8 mjeseci, kada dijete redovnog razvoja počinje istraživati svijet puzeći i posežući prema predmetima, dojenče bez ostatka vida će sjediti nepomično, osim ako neka osoba ne stupi s njim u interakciju. Ova će interakcija vjerojatno imati oblik verbalnog poticanja koji će istovremeno dojenčetu prezentirati predmet za istraživanje zvukom i dodirom, ili potaknuti dojenče da se kreće prema predmetu (Dale, 2013. prema Fryer 2013). Fryer (2013) navodi kako interakcija s djetetom bez ostatka vida nužno uključuje jezik. Dojenčad i mala djeca s težim oštećenjima vida pokazuju dosljedno kašnjenje u razvoju koncepata u usporedbi s videćom djecom. To kašnjenje se najviše očituje u senzomotoričkom razvoju i razvoju igre (simbolička igra), gdje izostaje nekoliko kvalitativnih aspekata ponašanja u igri poput spontanosti, kreativnosti, pažnje te istraživanja. Trenutak prijelaza iz zaokupljenosti svojim tijelom prema zaokupljenosti okolinom se kod djece tipičnog razvoja događa lagano, dok djeca s utjecajnijim oštećenjem vida zapnu u toj prijelaznoj točki (Recchia 1997). Nadalje, to znači da će kašnjenje u aktivnom istraživanju okoliša uz varijacije u konkretnom iskustvu utjecati na brzinu razvoja kognitivnog kapaciteta. Recchia također ističe kako koordinacija shema, poput upa-

rivanja vizualnog izgleda predmeta i njegova zvuka ili taktilne informacije pomaže dojenčetu u razumijevanju koncepata predmeta.

U području komunikacije i usvajanja socijalnih vještina mogu se zamijetiti kašnjenja uslijed oštećenja vida. Tako djeca s oštećenjem vida kasne s usvajanjem združene pažnje, posebice elementa dijeljenja i slijeđenja jer imaju poteškoća u praćenju pogleda, čak i kad imaju neki ostatak vida (McAlpine i Moore, 1995). Nadalje autori zamjećuju kako izostanak korištenja pokazne geste ograničava broj prilika za dijete da pozove ili da se uključi kroz združenu pažnju. Kad se dogodi situacija zajedničkog dijeljenja, to je ograničeno na verbalnu interakciju te, prema istim autorima, nerijetko ovisi o inicijativi drugih. Upravo je verbalna interakcija primarni način kako djeca s oštećenjem vida upoznaju sadržaj umova drugih ljudi pa se jezik kao takav može gledati kao mehanizam za združenu pažnju (Pring, 2008).

Kako oštećenje vida utječe na kvalitetu socijalnog razumijevanja i na razvoj socio-kognitivnih vještina može se reći da oštećenje vida ograničava mogućnost povezivanja emocionalnih i mentalnih stanja s njihovim korelacijama u ponašanju, budući da se takve asocijacije nauče kroz promatranje drugih i drugih situacija (Pring, 2008).

Literatura:

1. Adamson, L.B., Chance, S.E. (1998). Coordinating attention to people, objects and language. *Transitions in prelinguistic communication*, 8 (1), 15-37.
2. Anderson, P. J. i Doyle, L. W. (2008). Cognitive and educational deficits in children born extremely preterm. *Seminars in Perinatology*, 32, 51-58.
3. Addyman, C., i Mason, L. (2016). Researching cognitive development in infancy. *Practical research with children*, 3-23.
4. American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
5. Baillargeon, R., Li, J., Gertner, Y. i Wu, D. (2011). How Do Infants Reason About Physical Events? U U.C. Goswami (Ur.). *The Wiley-Blackwell handbook of childhood cognitive development* (2nd ed., 649-672), West Sussex, John Wiley i Sons Ltd.
6. Bates, E. (2014). The emergence of symbols: Cognition and communication in infancy. Academic Press.
7. Bauer, P.J., Larkina, M. i Deocampo, J. (2011). Early memory development. U U.C. Goswami (Ur.). *The Wiley-Blackwell handbook of childhood cognitive development* (2nd ed., 649-672), West Sussex, John Wiley & Sons Ltd.
8. Belsky, J., i Most, R. K. (1981). From exploration to play: a cross-sectional study of infant free play behavior. *Developmental psychology*, 17(5), 630.
9. Blair, C., Razza, R. (2007): Relating effortful control, executive function, and false belief understanding to emerging math and literacy ability in kindergarten, *Child Development*, 78, 2, 647-663.
10. Behne, T., Carpenter, M., i Tomasello, M. (2005). One-year-olds comprehend the communicative intentions behind gestures in a hiding game. *Developmental science*, 8(6), 492-499.
11. Bornstein, M. H., Arterberry, M. E., i Lamb, M. E. (2013). *Development in infancy: A contemporary introduction*. Psychology Press.
12. Bosseler, A. N., Teinonen, T., Tervaniemi, M., i Huotilainen, M. (2016). Infant directed speech enhances statistical learning in newborn infants: An ERP study. *PloS one*, 11(9).
13. Bretherton, I., i Bates, E. (1979). The emergence of intentional communication. *New Directions for Child and Adolescent Development*, 1979(4), 81-100.

14. Buckley, S., Bird, G., Sacks, B. i Archer, T. (2006). A comparison of mainstream and special education for teenagers with Down syndrome: Implications for parents and teachers. *Down's syndrome, research and practice: the journal of the Sarah Duffen Centre*. University of Portsmouth, 9, 54-67.
15. Calhoun, J. A. (2006): Executive Functions: A Discussion of the Issues Facing Children with Autism Spectrum Disorders and Related Disorders, *Seminars in Speech and Language*, 27, 1, 60-72.
16. Carpenter, M. Nagell K., Tomasello, M. (1998.) Social cognition, joint attention and communicative competence from 9 to 15 Months of age. *Monographs of the society for research in child development*, 63 (4).
17. Ceganec, M., Šimleša, S. i Stošić, J. (2015). Rana dijagnostika poremećaja iz autističnog spektra – Teorija, istraživanja i praksa. *Klinička psihologija*, 8 (2), 203-224. Preuzeto s <https://hrcak.srce.hr/169751>
18. Cohn, J. F., Tronick, E., Z(1987) Mother-infant face-to-face interaction: The sequence of dyadic states at 3, 6, and 9 Months. *Developmental psychology*, 23(1), 68-77.
19. Deak, G. O., Krasno, A. M., Triesch, J., Lewis, J., i Sepeta, L. (2014). Watch the hands: infants can learn to follow gaze by seeing adults manipulate objects. *Developmental science*, 17(2), 270-281.
20. Deák, G. O., Krasno, A. M., Jasso, H., i Triesch, J. (2018). What leads to shared attention? Maternal cues and infant responses during object play. *Infancy*, 23(1), 4-28.
21. Fantz, R. L. (1958). Pattern vision in young infants. *The psychological record*.
22. Fryer, L. (2013). *Putting it into words: The impact of visual impairment on perception, experience and presence* (Doctoral dissertation, Goldsmiths College (University of London)).
23. Gergely, G. (2011). Kinds of agents: The origins of understanding instrumental and communicative agency. U U.C. Goswami (Ur.). *The Wiley-Blackwell handbook of childhood cognitive development* (2nd ed., 649-672), West Sussex, John Wiley & Sons Ltd.
24. Gioia, G.A., Isquith, P.K., Guy, S.C. i Kenworthy, L. (2000): Behavior rating inventory of executive function, *Child Neuropsychology*, 6, 235-238.
25. Goodsitt, J. V., Morgan, J. L., i Kuhl, P. K. (1993). Perceptual strategies in pre-lingual speech segmentation. *Journal of child language*, 20(2), 229-252.
26. Goswami, U. (2003). Why theories about developmental dyslexia require developmental designs. *Trends in cognitive sciences*, 7(12), 534-540.

27. Goswami, U., i Bryant, P. (2007). Children's cognitive development and learning.
28. Goswami, U. C. (2011). *The Wiley-Blackwell handbook of childhood cognitive development*. West Sussex, John Wiley & Sons Ltd.
29. Hill, E. L. (2004): Evaluating the theory of executive dysfunction in autism, *Developmental review*, 24, 2, 189-233.
30. Hofmann, W., Schmeichel, B.J., Baddeley, A. D. (2012): Executive functions and self-regulation, *Trends in Cognitive Sciences*, 16, 3, 174-180.
31. Hughes, C., Ensor, R. (2007): Executive Function and Theory of Mind: Predictive Relations From Ages 2 to 4, *Developmental Psychology*, 43, 6, 447-459.
32. Jurado, M.B., Rosselli, M. (2007): The Elusive Nature of Executive Functions: A Review of our Current Understanding, *Neuropsychology Review*, 17, 3, 213-233.
33. Karmiloff-Smith, A. (2007). Atypical epigenesis. *Developmental science*, 10(1), 84-88. (-)
34. Kopera-Frye, K., Dehaene, S., i Streissguth, A. P. (1996). Impairments of number processing induced by prenatal alcohol exposure. *Neuropsychologia*, 34, 1187-1196.
35. Legerstee, M (2001) Six-month-old infants rely on explanatory inference when relating communication to people and manipulatory actions to inanimate objects. *Developmental Psychology*, 37(5), 583-586.
36. Ljubešić, M (2001) Rana komunikacija i njezina uloga u učenju i razvoju djeteta. *Dijete i društvo*, 3(3), 264-278.
37. Mareschal, D., Johnson, M. H., Sirois, S., Spratling, M., Thomas, M. S., i Westermann, G. (2007). *Neuroconstructivism: Volume 1: How the Brain Constructs Cognition*.
38. McAlpine, L. M., & Moore, C. L. (1995). The development of social understanding in children with visual impairments. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 89(4), 349-358.
39. Meltzoff, A. N. (1999). Origins of theory of mind, cognition and communication. *Journal of communication disorders*, 32(4), 251-269.
40. Meltzoff, A.N. (2011). Social cognition and the origins of imitation, empathy and theory of mind. U U.C. Goswami (Ur.). *The Wiley-Blackwell handbook of childhood cognitive development* (2nd ed., 649-672), West Sussex, John Wiley i Sons Ltd.

41. Miller, H. P. (2011). Piaget's Theory-Past, Present and Future. U U.C. Goswami (Ur.). *The Wiley-Blackwell handbook of childhood cognitive development* (2nd ed., 649-672), West Sussex, John Wiley & Sons Ltd.
42. Pring, L. (2008). Psychological characteristics of children with visual impairments: learning, memory and imagery. *British Journal of Visual Impairment*, 26(2), 159-169.
43. Needham, A. (2000). Improvements in object exploration skills may facilitate the development of object segregation in early infancy. *Journal of Cognition and Development*, 1(2), 131-156.
44. Newland, L. A., Roggman, L. A., i Boyce, L. K. (2001). The development of social toy play and language in infancy. *Infant Behavior and Development*, 24(1), 1-25.
45. O'Connor, J. S., i LaPoint, J. D. (1980). The phenomenon of play: A multi-dimensional definition. *Recreational Sports Journal*, 5(1), 6-9.
46. Pring, L. (2008). Psychological characteristics of children with visual impairments: learning, memory and imagery. *British Journal of Visual Impairment*, 26(2), 159-169.
47. Recchia, S. L. (1997). Play and concept development in infants and young children with severe visual impairments: A constructivist view. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 91(4), 401-406.
48. Ritter, B., Nelle, M., Steinlin, M., & Everts, R. (2013). Influence of gestational age and parental education on executive functions of children born very preterm. *Journal of Neonatal Biology*, 2(2), 120.
49. Robinson, S., Goddard, L., Dritschel, B., Wisley, M., Howlin, P. (2009): Executive functions in children with Autism Spectrum Disorders, *Brain and Cognition*, 71, 362-368.
50. Roberts, J.E., Price, J. and Malkin, C. (2007), Language and communication development in down syndrome. *Mental Retardation Developmental Disability Research Review*, 13: 26-35.
51. Rueda, M.R., Posner, M.I., Rothbart, M.K. (2005): The Development of Executive Attention: Contributions to the Emergence of Self-Regulation, *Developmental neuropsychology*, 28, 2, 573-594.
52. Ruff, H. A. (1984). Infants' manipulative exploration of objects: Effects of age and object characteristics. *Developmental Psychology*, 20 (1), 9.
53. Shore, C. (1986). Combinatorial play, conceptual development, and early multiword speech. *Developmental Psychology*, 22(2), 184-190

54. Saffran, J. R., Johnson, E. K., Aslin, R. N., i Newport, E. L. (1999). Statistical learning of tone sequences by human infants and adults. *Cognition*, 70(1), 27-52.
55. Saffran, J. R., i Kirkham, N. Z. (2018). Infant statistical learning. *Annual Review of Psychology*, 69.
56. Selikowitz, M. (2008). Down Syndrome (The Facts Series) 3rd Edition. Oxford University Press
57. Smith, P. K., i Pellegrini, A. (2008). Learning through play. *Encyclopedia on early childhood development*, 24(8), 61.
58. Striano, T., i Bushnell, E. W. (2005). Haptic perception of material properties by 3-month-old infants. *Infant Behavior and Development*, 28(3), 266-289.
59. Soska, K. C., Adolph, K. E., i Johnson, S. P. (2010). Systems in development: motor skill acquisition facilitates three-dimensional object completion. *Developmental psychology*, 46(1), 129-138. <https://doi.org/10.1037/a0014618>
60. Šimleša, S., Ceganec, M. (2008): Razvoj izvršnih funkcija i njihovih neuroloških korelata, *Suvremena psihologija*, 11, 1, 55-72
61. Šimleša, Ceganec, Ljubešić (2010) Što znamo o ranim socio-kognitivnim obilježjima djece sa pre/perinatalnim oštećenjem mozga?. *Paediatrica Croatica*, 54(2), 65-73.
62. Validžić Požgaj A. i Konkoli Zdešić M., Spoznaja U: Uvod u ranu intervenciju stručna podrška u obitelji; Mali dom; UNICEF, Grad Zagreb.
63. Westermann, G., Mareschal, D., Johnson, M. H., Sirois, S., Spratling, M. W., i Thomas, M. S. (2007). Neuroconstructivism. *Developmental science*, 10(1), 75-83.
64. Quinn, P. C., Yahr, J., Kuhn, A., Slater, A. M., i Pascalis, O. (2002). Representation of the gender of human faces by infants: A preference for female. *Perception*, 31(9), 1109-1121.
65. Zelazo, P.D., Craik, F.I. M., Booth, L. (2004): Executive function across the lifespan, *Acta Psychologica*, 115, 167-183.

11. OBILJEŽJA I Odstupanja socio-emocionalnog razvoja

Senada Jagar i Ana Validžić Požgaj

Prva godina djetetovog života najintenzivnije je razdoblje rasta i razvoja u svim razvojnim područjima. Socio-emocionalni razvoj tako u svojim zahtjevima nije iznimka i pred djetetom stoji veliki izazov tijekom kojeg mora ovladati složenim razvojnim mehanizmom koji će u budućnosti utjecati na procese regulacije i izražavanja osjećaja, razvoj privrženosti i odgovarajućih oblika učenja i prilagođavanja okolini. Sva djeca se rađaju s određenom osnovom za emocionalni život, ali potom moraju prijeći vrlo dug put od elementarnih, nejasnih senzacija i osnovnih emocija do onih složenijih. Taj put je vrlo različit od djeteta do djeteta, a ovisi o uvjetima za emocionalni razvoj, o kvaliteti i intenzitetu pažnje i brige koje dijete prima te prilikama u kojima istražuje i uči iz okoline koja ga okružuje. Pri rođenju novorođenče se susreće s cijelom paletom senzoričkih podražaja, a njegov prvi izazov je zaprimiti tu senzoričku panoramu, ali pri tome regulirati svoju reakciju i održati spokoj. Novorođenče postupno pronalazi stvari koje usredotočuju njegovu pažnju i interes te istodobno mogu poslužiti za samosmirivanje – majčin miris, lice, tatin glas, dodir. Dojenče postupno uči uravnotežiti rastuću svjesnost osjeta sa sposobnošću održavanja stanja mira. Tih nekoliko vještina su važne odrednice emocionalnog, socijalnog i spoznajnog razvoja. Bez njih mi ne možemo učiti, ne možemo razvijati odnose s drugim ljudima, ne možemo preživjeti u našem vrlo stimulativnom okruženju. Način na koji dojenče obrađuje i modulira osjete, važan je razvojni čimbenik.

Kroz prethodna poglavlja naglašavalo se kako su svi segmenti dječjeg razvoja međusobno povezani. Primjerice, na djetetovu sposobnost učenja novih informacija utječe njegova sposobnost da pravilno komunicira s drugima i njegova sposobnost da kontrolira svoje neposredne impulse. Postoji veza između emocija i spoznajnih, perceptivnih, socijalnih i samoregulacijskih procesa koja objašnjava rastući interes za proučavanjem ove varijable na nekoliko znanstvenih područja (Saarni, Campos, Camras i Witherington, 2006). Razvojna psihologija pokušava shvatiti kako djeca prepoznaju, razumiju i reguliraju svoje emocije, konkretnije koje se promjene događaju tijekom njihovog razvoja. Ova saznanja su iznimno važna, ne samo sa znanstvene, već i iz kliničke i obrazovne perspektive (Holmbeck, Greenley i Franks, 2003). Smatra se kako je glasanje, odnosno vokalizacija dojenčadi prethodnica kasnijeg razvoja govora. Fino prilagođena reakcija majke na vokalizaciju dojenčeta pozitivno je povezana s jezičnim razvojem (Beckwith i Rodning, 1996; Murray, Johnson i Peters, 1990). Tamis-LeMonda, Bornstein i Baumwell (2001) smatraju da iako je vokalizacija dojenčeta prediktivna za postizanje jezičnih miljkaza. Doprinos majčine odgovorljivosti na vokalizaciju nadmašuje doprinos dojenčeta. Iz navedenog se može zaključiti da vokalizacija dojenčeta može poslužiti kao društveni signal za regulaciju majčine responzivnosti, a priroda odgovorljivosti majke može odražavati majčinu aktivnu

procjenu informacija, kodiranih iz vokalnih signala (Owings i Morton, 1997, 1998).

Socio-emocionalni razvoj složen je i uključuje mnogo različitih područja rasta: (1) temperament: način na koji dijete djeluje i reagira na različite situacije, bliske osobe i okruženja, nepoznate osobe i nepredviđene situacije; (2) privrženost: prvenstveno stvaranje stabilne emocionalne veze djeteta i roditelja/skrbnika; (3) socijalne vještine ili socijalna kompetencija: sposobnost da se slažu s drugim ljudima; (4) regulacija emocija: sposobnost djeteta da kontrolira svoje emocije i reakcije u odnosu na okolinu.

Temperament

Temperament je važno obilježje socijalnog i emocionalnog zdravlja. Temperament opisuje način na koji pristupamo svijetu i reagiramo na njega. Naš vlastiti osobni stil prisutan je od rođenja. Najčešće se spominju tri opće vrste temperamenta, koje dijelimo u laki, teški i oprezni ili suzdržani. Nekoliko je studija utvrdilo da određene dimenzije temperamenta u dojenačkoj dobi mogu imati utjecaj na razvoj specifičnih oblika ponašanja i emocionalnih problema (Prior, Smart, Sanson, Oberklaid, 2001). Također postoje razlike u spolu u obilježjima temperamenta, tako da dječaci imaju tendenciju prema višoj razini aktivnosti, dok djevojčice pokazuju veću sposobnost kontrole (Else-Quest i sur., 2006). Temperament je zapravo djetetov stil ponašanja, ali ne odražava toliko precizno što dijete čini ili način na koji to čini. Karakteristike djetetova temperamenta odražavaju se na orijentaciju prema objektima, ljudima, događajima i drugim oblicima reaktivnosti (Rothbart, 2019). Stabilnost i nestabilnost određenih ponašanja ovise i o djetetovoj okolini. Također, prema Rothbartu (2019), obilježja temperamenta se neprestano mijenjaju i razvijaju. Prilikom prvih nekoliko mjeseci djetetova života primjećuju se individualne razlike u orijentaciji, sklonosti, pozitivnom afektu, strahu, ljutnji ili tuzi. S navršениh šest mjeseci života neka dojenčad pokazuje brži pristup određenim predmetima i objektima dodirujući ih, dok je kod neke dojenčadi taj pristup predmetima sporiji. U prvoj godini života i kasnije mogu se primijetiti individualne razlike u inhibiciji na nove i intenzivne podražaje. Između 2. i 7. godine života sastavnice dječjeg temperamenta su brojnije i polako se približavaju konkretnom opisu djetetove ličnosti, odnosno temperamenta. Rothbart i suradnici definirali su sastavnice temperamenta od kojih se ističu one najvažnije; pozitivna emocionalnost, negativna emocionalnost i svjesna kontrola ponašanja (vladanja sobom). Ono što snažno oblikuje dječje reakcije na okolinu jest temperament i te reakcije ovise o samom djetetovu temperamentu (Starc i sur., 2004). Iščitavajući literaturu, može se uočiti da se u brojnim tumačenjima temperamenta velika važnost pridaje emocijama i emocionalnim reakcijama prema drugima. Temperamentno reaktivno dijete s lošom kontrolom vjerojatnije će reagirati neumjerenim negativnim obrascima ponašanja, dok će dijete s boljom kontrolom lakše koristiti strategije usmjerene na moduliranje emocionalnih reakcija (Zalewski i sur., 2011).

Regulacija

Usvajanje ranih miljokaza regulacije i samoregulacije predstavlja neophodan temelj ranog socijalnog, emocionalnog i spoznajnog razvoja. Prema navodima Posnera i Rothbarta (2009.), djeca tipičnog razvoja do okvirno 3. godine života iskazuju emocionalno ponašanje i samoregulaciju na društvene i okolinske zahtjeve.

Pod pojmom regulacija u ovom kontekstu govorimo o razini regulacije uzbuđenja. Razina uzbuđenja može varirati od smirenosti do ekscitiranosti, a očituje se i u unutarnjim (ritam disanja, rad srca, promjene mišićnog tonusa) i vanjskim senzacijama (facijalna ekspresija, odgovori). Iako se posljednjih tridesetak godina provode mnogobrojna istraživanja o samoregulaciji djece, još uvijek postoje nedosljednosti u terminologiji i odrednicama pojedinih razvojnih faza. Prema Koppu (2001), razvoj samoregulacije se od rođenja odvija u pet faza: neurofiziološka modulacija, senzomotorička modulacija, kontrola, samokontrola i samoregulacija.

Dojenče se rađa s ograničenom sposobnošću samoregulacije. Kad je preplavljeno vanjskim okruženjem, jednostavno može zaspati. Ali najčešće kad se dojenče suoči s nekom senzacijom u svom tijelu, bilo da je riječ o gladi ili nekoj drugoj vrsti nelagode, ima vrlo malo mogućnosti. Obično kada je ta senzacija nepoznata ili neugodna, nastaje osjećaj, dojenče plače da signalizira roditelju (ili njegovatelju) da ga nešto ometa. Kada kao odgovor roditelj uzima dijete, uspostavi kontakt očima i tiho razgovara pri čemu se dojenče počinje smirivati, to je **koregulacija**.

Tipično siguran skrbnik intuitivno regulira promjenjive razine uzbuđivanja kao i emocionalnih stanja kod dojenčadi. Fogel i Garvey (2007) opisuju koregulaciju kao sustav koordiniranih akcija između sudionika koji su u neprestanoj prilagodbi namjera i reakcija/akcija. Koregulacija nije jednosmjerna cesta, više je ples partnera koji se neprestano moraju prilagođavati jedno drugome. Pojedine razine samoregulacije zahtijevaju višu razinu spoznajnih funkcija – promišljanje. Bronson (2000) navodi da je razvoj samoregulacije toliko povezan sa socijalnom okolinom da je opisan kao postupni prijelaz od kontroliranja drugih ili dijadičke regulacije do samokontrole. Pod pojmom regulacija misli se na regulaciju razine pobuđenosti, razine naše uznemirenosti ili smirenosti izražene kroz emociju, a svrha joj je uspješno usvajanje i obrada podražaja koji su nam potrebni, a eliminiranje onih koji nam nisu potrebni.

Rothbart & Posner (1986) samoregulaciju opisuju kao sposobnost moduliranja podražaja iz okoline pomoću ciljane pažnje, povećane motoričke aktivnosti ili pasivnosti, samostimuliranja ili smirivanja u socijalnoj komunikaciji.

Autori Papousek i Papousek (1990) opisali su reguliranost ponašanja majke i djeteta kroz svakodnevni okvir interakcija. U svakodnevnom okviru interakcija javlja se pozitivno odnosno negativno suočavanje. Pozitivno suočavanje olakšava samoregulaciju i ojačava intuitivne sposobnosti; pozitivni povratni signali (pogled, smiješak, zaspavanje) te pozitivna osjetljivost (osjećaj vlastite vrijednosti, radost, nagrada). U situacijama negativnog suočavanja posljedica je nedostatak intuitivne potpore, za-

nemarivanje, zlostavljanje, prezaštićivanje; negativni povratni signali (nedostupnost, odvratanje pogleda, nemir, vrisanje, napadi tvrdoglavosti) te negativna osjetljivost (nesigurnost, manjak samopoštovanja, premorenost i depresija). U prva tri mjeseca života dojenče počinje prilagođavati svoj urođeni regulacijski sustav okolini i razvijati unutarnje mehanizme kontrole koji omogućuju namjernu, hotimičnu kontrolu uzbuđenja. Između 3. i 12. mjeseca života dojenčad širi repertoar odgovora i počinje inicirati interakcije s ljudima i objektima. Na kraju ovog razdoblja počinje odgovarati na jednostavne vanjske zahtjeve. Razdoblje između 1. i 3. godine života obilježeno je početkom stvarne, namjerne kontrole (12 – 24 mjeseci) i pojavom samokontrole (24 – 36 mjeseci). Djeca postaju sposobna za simboličke reprezentacije, razvija se jezik, raste svijest o vlastitim željama, shvaćaju namjere drugih i zahtjeve zadatka. Počinju shvaćati vanjska ograničenja, ali su više zainteresirana za vježbanje kontrole, naročito nad svojim vlastitim ponašanjem. To je razdoblje kada dijete teško podnosi vanjsku kontrolu i sve hoće raditi samo i na svoj način. Pojednostavljeno rečeno, ono uvijek biva vlastite vještine i slijeđenje vlastitih ciljeva.

Prava samokontrola javlja se između 3. i 4. godine. U toj fazi dijete postaje sposobno udovoljavati tuđim zahtjevima i ponašati se prikladno bez prisustva vanjskog nadzora. To je moguće stoga što su djeca te dobi kognitivno sposobna koristiti figurativno misliti (prisjećati se objekata i slika, predodžbi u pamćenju) i razumjeti da je njihov vlastiti identitet i identitet roditelja stalan u vremenu (roditeljske želje i dalje postoje, postupci imaju svoje posljedice).

Od dojenačkog razdoblja do odraslog doba ljudi teže kognitivnoj suvislosti, dosljednosti i predvidljivosti koje su neophodne za razvoj samoregulacije. Bez njih se ne može razviti voljna kontrola. Djetetu je stoga potrebno osigurati razvojno prikladnu okolinu koja mu daje podršku pri razvoju samoregulacije u području emocija, ponašanja te kognitivnih i socijalnih vještina.

Privrženost

Razvoj emocija, od posljednjeg tromjesečja trudnoće do 3. godine života je kritično razdoblje razvoja cjelokupne moždane arhitekture, temelj početnog razvoja uma i mozga. Određeno je uspostavljanjem kvalitetnih ranih odnosa **privrženosti**.

Privrženost je emocionalna veza djeteta i skrbnika. Sposobnost utvrđivanja privrženosti prisutna je od rođenja i igra dvije važne uloge za malu djecu. Prvo, motivira djecu da ostanu u blizini roditelja, što ih čuva. Drugo, omogućuje djeci da ovise o skrbniku kao izvoru podrške dok istražuju svoju okolinu. Djeca koja to uspješno rade imaju ono što se često naziva sigurnom privrženosti. Razvoj sigurne privrženosti važan je iz više razloga; promiče pozitivan odnos između djeteta i roditelja, smanjuje rizik od socijalnih i emocionalnih problema kasnije u djetinjstvu i odrasloj dobi, potiče zdrave odnose izvan obitelji, njeguje pozitivne i pouzdane odnose u srednjem djetinjstvu, adolescenciji i odrasloj dobi.

Ocem teorije privrženosti smatra se britanski psiholog John Bowlby (1969) koji je uveo pojam privrženosti u želji da označi specifičan, komplementaran odnos između majke i djeteta koji se oblikuje tijekom prve godine života i traje cijeli život, a u sebi uključuje socijalnu i emocionalnu povezanost (Blažeka Kokorić 2006). U primjeni teorije privrženosti Bowlby je isticao dva polazišta: (1) potreba male djece za roditeljima je analogna njihovoj potrebi za hranom i (2) značajnije odvajanje ili gubitak roditelja ima učinak psihološke traume za dijete.

Teorija privrženosti ima polazište u činjenici da je za preživljavanje svakog ljudskog bića u najranijoj dobi neophodna briga odraslih. Kvaliteti te brige značajno pridonosi kvaliteta veze između djeteta i roditelja/primarnog skrbnika. Stvaranju tih ranih veza pogoduje i čitav sustav ponašanja djeteta koja su biološki, odnosno genetski zadana kako bi dijete od najranije dobi održavalo blisku vezu s primarnim skrbnikom. To uključuje smijanje, plakanje, vizualni kontakt i slično. Dakle, Bowlby razvoj privrženosti vidi kao evolutivnu prilagodbu u cilju preživljavanja.

Iz današnje perspektive želimo naglasiti da i ova teorija ide u prilog zaključku da je dijete aktivni socijalni sudionik, manje vješt i obaviješten nego drugi, ali usmjeravan predispozicijama i okolnostima da u interakciji sa značajnim drugima sudjeluje u vlastitom rastu i razvoju, kao i u izgradnji svog socijalnog svijeta. Ponašanja privrženosti koja pokazuje dijete imaju zadatak povećati blizinu s potencijalnim skrbnikom i potaknuti njegovu pozitivnu reakciju. To povećava vjerojatnost da se slabašnom, ovisnom i ugroženom djetetu pomogne i dodatno je jamstvo da će dijete razviti sigurnu bazu u obliku pouzdane osobe na čiju se pažnju i ljubav može osloniti kada počne otkrivati okolinu, koja je ključna za djetetovu dobrobit i budućnost njegova razvoja. Ta osoba se naziva figura privrženosti. Naime, tijekom ranog djetinjstva zbog spoznajnih sposobnosti koje nisu u potpunosti razvijene, djeca nisu u mogućnosti razumjeti i proraditi događaje koji su doveli do separacije te su sklona okrivljavati sami sebe zbog gubitka (Daniel, 2004). Koliko je važna figura privrženosti, govori i to da će čak i djeca koja su bila zlostavljana od roditelja razviti vezu privrženosti prema roditelju, iako će to biti nesigurna privrženost te će nakon odvajanja od roditelja pokazivati snažne znakove očaja (Aldgate i Jones, 2004).

Jedna od najkontroverznijih tema u istraživanju privrženosti bilo je pitanje je li odnos između djeteta i njegove biološke majke presudan za zdrav djetetov razvoj. Ako jest, dijete ne treba bilo kakvu sigurnu bazu nego baš, prema tradicionalnom stajalištu, majku. Iz toga proizlazi da bi trebalo poticati majke da svoje živote organiziraju tako da budu dominantno prisutne u prvim iskustvima predškolske djece, između ostalog da ne odlaze na posao, da prekinu studij i sl. Neki od prvih teoretičara privrženosti odlučno su to tvrdili (Bowlby, 1988.), međutim suvremena istraživanja ukazuju na važnost i značajnih drugih odraslih osoba u razvoju privrženosti, osobito oca (Grossman i sur., 2005) te na mogućnost višestrukih odnosa privrženosti djeteta.

I u odnosu roditelja s djecom bez odstupanja u razvoju ponekad se javljaju teškoće u razvoju zdrave, sigurne privrženosti. No, kod djece s rizikom za razvoj teškoća ili s

razvojnim odstupanjima, razvoj privrženosti je često dodatno otežan različitim čimbenicima. Obilježja djeteta koja otežavaju formiranje privrženosti su izgled djeteta, negativna reakcija djeteta na roditeljske postupke njege (ukočenost, napetost, mlitavost, neresponzivnost), neugodan i / ili dugotrajan plač, atipična razina aktivnosti (izrazito niska ili visoka), visok prag pobudljivosti te nereagirane na komunikaciju (Seligman i Darling, 2007).

Kontrola emocija

Djeca ne dolaze na svijet sa znanjem da nitko ne voli kada ga se grize i udara ili mu se uzme igračka; ona trebaju pomoć odraslih da bi razumjela kako određeni impulsi nisu društveno prihvatljivi. Kontroliranje uzbuđenja i izražavanje emocija važan su dio samoregulirajućeg funkcioniranja. Da bi dijete naučilo prepoznati, interpretirati i zapamtiti svoje emocije te prepoznati ograničenja u vezi njihovog izražavanja koje mu je nametnula okolina, mora biti kognitivno dovoljno zrelo za prepoznavanje zahtjeva svoje okoline. Emocionalni razvoj je jedan od najvažnijih procesa u razvoju ličnosti, a rezultat je međusobnih utjecaja naslijeđenih mehanizama reagiranja na emocionalne situacije i procesa socijalizacije u djetetovoj obitelji i neposrednoj okolini. U emocionalnom razvoju, odnosno procesu kontrole emocija, razlikujemo: razvoj emocionalnog izražavanja, razvoj emocionalnog razumijevanja tuđih emocija, razvoj empatije i razvoj emocija samosvijesti.

U prvih nekoliko mjeseci života dojenčad se oslanja prvenstveno na skrbnike u regulaciji osjećaja i aktivnosti. U dobi od 3 mjeseca, postižu nešto veću kontrolu nad svojim ponašanjem, odnosno počinju razvijati strategije samoumirivanja (sisanje palca, sklanjanje pogleda u situaciji prepodražljivosti). Te jednostavne reakcije kontrole emocija, kasnije se razvijaju u složenije funkcije kao što su pažnja, planiranje i ciljana kontrola emocija. Poteškoće u ranim fazama emocionalne regulacije mogu negativno utjecati na razvoj navedenih funkcija (Feldman, 2010).

Razvoj emocionalnog izražavanja (tablica 11.1) ogleda se u prvim emocijama koje dijete izražava kao *ugodu* ili *svidanje* (manifestira se smiješkom, vokalizacijom i fiksiranjem pogledom) i *neugodu* ili *nesvidanje* koje se najprije izražava plačem, a zatim mrštenjem i izrazima gađenja. Postupno se, do kraja 6. mj. života te prve emocije izdiferenciraju u šest temeljnih emocija: strah, ljutnja, veselje, tuga, gađenje i iznenađenje. Daljnjim razvojem, izrazi emocija su sve prepoznatljiviji i bogatiji.

Razvoj emocionalnog razumijevanja tuđih emocija odnosi se na prepoznavanje emocionalnih poruka koje djeca dobivaju iz okoline i prilagođavaju im se. Već u dobi od 3 mj. djeca reagiraju na ton kojim mu se obraćaju odrasli, krajem 6. mj. razlikuju osnovna emocionalna stanja roditelja (ili skrbnika), oko 8. mj. počinju razumijevati smisao emocije kao reakcije na neki događaj te traže podatke o emocionalnom stanju odraslih kako bi prema njemu prilagodili vlastito ponašanje.

Razvoj empatije odnosi se na primjećivanje tuđih emocija te emocionalno uživljavanje u njihove emocije. Empatija se razvija od primitivnih oblika kad dijete nesvjesno reagira istom emocijom koju primjećuje kod druge osobe, a kad dijete postaje sposobno razumjeti tuđu emocionalnu situaciju i reakciju, razvijaju se zreliji oblici empatije (zauzimanje tuđeg stajališta). Na razvoj empatičkih reakcija utječe i razvoj govora (dijete lakše može razumjeti i utješiti drugoga), ali i odgoj roditelja i drugih važnih osoba koji služe kao model za oponašanje i potiču prosocijalno ponašanje djece.

Emocije samosvijesti razvijaju se pri kraju druge godine života i njihov razvoj je povezan sa socio-kognitivnim razvojem (jasniji pojam o sebi, osjećaj zasebnosti vlastitog bića). Tad se javljaju sve složenije emocije kao što su stid, neugoda, krivnja, ponos i zavist koje se odnose na osjećaj vlastite vrijednosti.

Razvoj prihvatljivih načina reguliranja emocija od izuzetne je važnosti za djetetovo svakodnevno funkcioniranje u društvu i okolini. Sposobnost regulacije emocija poboljšava se kako dijete postaje starije. Macuka (2012) objašnjava kako je niža razina emocionalne regulacije kod one djece koja postižu visoku razinu negativne afektivnosti, odnosno oni svoje negativne emocije i emocionalna stanja reguliraju na neadekvatan način. Djeca kod kojih je razina labilnosti/negativnosti veća, pokazuju manje usmjerenosti i planiranja u aktivnostima, slabije usmjeravanje pažnje, poteškoće pri praćenju uputa i slabo uočavanje promjena. S druge strane, djeca koja pokazuju bolju sposobnost emocionalne regulacije uspješnija su u zadacima koji zahtijevaju više planiranja i složeniju razinu kognitivne izvedbe.

Tablica 11.1. Prikaz razvoja izražavanja emocija

Dob	Veselje	Ljutnja i tuga	Strah	Emocije samosvijesti
0 – 4 tjedna	Smiješak u snu kao reakcija na maženje i dodir	Plač na sve vrste neugode (bol, glad, previše ili premalo stimulacije)		
0 – 8 tjedana		Početak nejasnog izražavanja ljutnje		
8 tjedana		Početak nejasnog izražavanja tuge kad izostaju pozitivne interakcije s odraslima		
4 – 6 tjedana	Smiješak na naglu pojavu šarenog predmeta			
6 – 10 tjedana	Socijalni smiješak upućen ljudskom licu			
3 mj.	Prvi „razgovor“ (razmjena vokalizacija) s odraslom osobom			
3 – 4 mj.	Smijeh na dodir i igru			
4 – 6 mj.		Sve jasnije i sve češće izražavanje ljutnje (u širem rasponu situacija)		
6 mj.	Upućivanje smiješka samo poznatim licima		Strah od novih i nepoznatih predmeta; strah od nepoznatih lica, strah od visine	
7 – 12 mj.		Učestalije izražavanje ljutnje	Učestalije izražavanje straha	
18 – 24 mj.				Stid, neugoda (spuštanje glave, pogleda, pokrivanje lica), ponos
2 godine	Smijeh kao namjerna komunikacija radosti			
3 godine				Zavist, krivnja

Socijalne vještine i društvenost

Socijalizacija je osposobljavanje pojedinca za život u društvenoj zajednici, a obuhvaća proces tijekom kojeg se djeca i mladi uvode u određenu kulturu, stječu odgovarajuće stavove i vrijednosti, uče različite životne uloge i razvijaju prihvatljivo društveno ponašanje. Društveni razvoj čovjeka svoje ishodište ima u bazi osobnosti koja nastaje vrlo rano, u prvim godinama života. Kombinacija biološke osnove i iskustva iz ranih objektivnih odnosa stvorit će čvrstu jezgru unutar ličnosti na koju se, u kasnijim životnim fazama, nadograđuju različiti društveni doživljaji. Ta će iskustva u znatnoj mjeri utjecati na razvoj sposobnosti pojedinca u uspostavljanju, izgrađivanju i održavanju socijalnih odnosa. Najvažniji neposredni čimbenici socijalizacijskog procesa djece i mladeži su roditelji, braća i sestre, vršnjačke skupine, predškolske i školske institucije (Mikas i Roudi, 2012).

Razvoj društvenosti se odvija postupno, a ponajviše ovisi o urednome razvoju djetetova mozga i senzornih organa, prvenstveno o razvoju vida i sluha koji omogućava stjecanje društvenog iskustva na temelju promatranja pokreta i slušanja govora odraslih. Vid ima izuzetno značenje u općem razvoju djeteta, a posebno u razvoju društvenosti. Već u dobi od dva mjeseca dijete reagira na lice osobe koja mu se obraća – određenom mimikom, pogledom, smiješkom ili plačem. Još su očitije djetetove reakcije kada ugleda pripremu za hranjenje ili dojenje (Čuturić, 2001). Već u dobi od 4 mjeseci razvoj društvenosti očituje se kroz djetetovo primjećivanje druge dojenčadi i uspostavljanje interakcije putem pogleda i dodira. Sa 6 mjeseci djeca si međusobno upućuju smiješak i guguću, a u dobi od oko 2 godine pokušavaju započeti igru s drugim djetetom. Na razvoj društvenosti utječe i privrženost pa znakove društvenosti ranije pokazuju djeca koja su okružena toplim roditeljskim reakcijama zbog čega je njihovo socijalno ponašanje kompetentnije u svim fazama razvoja. Razvoj društvenosti najjasnije se očituje promjenama u društvenoj razini igre.

Važnost socijalnog razvoja opisuju i neke od razvojnih teorija. Prema psihosocijalnoj teoriji E. Eriksona, razvoj osobnosti ovisi o tipičnim socijalnim odnosima koje osoba mora uspostaviti u različitim razdobljima svoga života. Erikson navodi kako svaka osoba, tijekom životnog razdoblja, prolazi kroz osam stadija psihosocijalnog razvoja. U svakom od tih stadija osoba treba riješiti određenu razvojnu zadaću i to može samo uz pomoć ljudi iz svoje okoline. Rezultat rješavanja jedne razvojne zadaće utječe na uspješnost rješavanja sljedećih zadataka u psihosocijalnom razvoju, što znači da ako osoba svaki stadij razvoja uredno prođe i riješi pripadajuću krizu, razvija puni potencijal i zrelost svoje ličnosti i karaktera. Najvažnije spoznaje ove teorije su važnost utjecaja primjerenog odnosa okoline prema djetetu i prepoznavanju djetetovih potreba jer djeca imaju potrebu za socijalnim kontaktima, za emocionalnom sigurnošću, za bliskošću i mnoge druge potrebe čije zadovoljenje uvjetuje zdrav psihosocijalni razvoj.

Prema socio-kulturnoj teoriji kognitivnog razvoja, L. S. Vygotsky vidi razvoj pojedinca kao proizvod njegove kulture, a sam spoznajni razvoj rezultat je dijalektičkog procesa

u kojem se dijete uči zajedničkim iskustvima rješavanja problema s drugim osobama (Vasta i sur., 1998). Vygotsky, ukazuje da se razvoj događa u funkciji interpersonalne razmjene prema načelu zona proksimalnog razvoja, tj. u distanci između djetetovog samostalnog djelovanja i djelovanja u suradnji s odraslim ili starijim vršnjakom (Vygotsky, 1975). U igri se oblikuju osnovne sociološke potrebe koje utječu na razvoj kontrole ponašanja, razvoj se događa izvana prema unutra. Prema Vygotskom, svako dijete može mnogo više, jer smatra da su socijalne interakcije između aktivnog, razmišljajućeg djeteta i roditelja (ili zrelije djece) ključ djetetova razvoja. Također, objašnjava igru uloga kao sociološku pojavu po svojoj prirodi, po porijeklu i po svom sadržaju kao odraz djetetove želje za društvenim životom odraslih.

Kao što je već spomenuto, razvoj djeteta prati se razvojnim miljokazom, slijedom usvojenih vještina i znanja tijekom određenih vremenskih razdoblja. Ta pravilnost redoslijeda razvojnih stadija određuju norme razvoja, i valja znati da su to statističke norme te nema na svijetu djeteta koje će biti onakvo kako ga opisuju norme, kao što ne postoje dva jednaka djeteta. Unutar tih pravilnosti djeca se razlikuju, što nazivamo individualnim razlikama, a to svakom djetetu daje njegov osobni pečat. Bitno je da se razvoj odvija određenim redoslijedom, što znači da se neke vještine ne mogu usvojiti prije nekih drugih koje su temelj učenja novih koje slijede. Kada dijete dostigne određenu kronološku dob, a ne usvoji vještine koje se u toj dobi očekuju, roditeljima i stručnjacima je to znak upozorenja mogućeg odstupanja u razvoju.

Odstupanja i atipični obrasci socio-emocionalnog razvoja

Psihofizičko zdravlje roditelja, temperament i djetetovo zdravstveno stanje, postojanje neurorazvojnih poteškoća ili rizika kod djeteta utječu na regulaciju emocija koje se javljaju u interakciji (Pinjatela, 2012). Djetetove biološke osobine utječu na njegove sposobnosti interakcije, a time i na ponašanje roditelja. Postojanje senzoričkih oštećenja, razvojnih teškoća i / ili poremećaja utječe na djetetove mogućnosti uspostavljanja interakcije, ali i na roditeljsku odgovornost.

Primjerice, djeca s oštećenjem vida razvijaju svijest o sebi i svijetu oko sebe na jedan posve drugačiji način, a stručnjaci i roditelji moraju uložiti različite strategije poticanja kako bi premostili različite emocionalne teškoće i razvoj stereotipija koje se javljaju kao znak socijalnog povlačenja (Gal i Dyck, 2009). Istraživanja slijepa i slabovidne dojenčadi ukazuju kako nedostatak kontakta očima i vizualne pažnje utječe na razvoj samosvijesti (Loots, Devise i Sermijn, 2003). Slijepoća i znatno smanjena oštrina vida ograničavaju dječji repertoar izraza lica i drugih nevolkanih ponašanja koja roditelji obično tumače kao izraze društvenog interesa i komunikacijske namjere. Posljedično se razvija rizik kod roditelja u smanjivanju poticanja i slabijem iščitavanju djetetovih ponašanja i namjera. Dote-Kwan i Chen (2010) koristili su upitnik o dječjem temperamentu kako bi procijenili ponašanje skupine djece s različitim stupnjevima oštećenja vida, pri čemu su uočene razlike između slijepa dojenčadi i slabovidne dojenčadi. Slijepa dojenčad ocijenjena je kao manje ustrajna u istraži-

vanju svog okruženja, pokazivali su manje pozitivnih raspoloženja tijekom dana i iskazuju manje interesa za svoju okolinu. Podrška roditeljima da zadovolje socijalno-emocionalne potrebe djece s oštećenjima vida jedan je od najvažnijih ciljeva rane razvojne podrške jer uspješne i učinkovite interakcije roditelj – dijete predstavljaju temelj pri svladavanju razvojnih obilježja. Roditelji koji dobro interpretiraju signale svog djeteta s oštećenjem vida i odgovaraju mu verbalno i neverbalno, te su u stanju posebno prilagoditi svoje ponašanje emocionalnim potrebama djeteta, uspješniji su u razvijanju socijalno-emocionalnih kompetencija. Djeca s oštećenjem vida i njihovi roditelji trebaju individualiziranu podršku za razvoj i vježbanje emocionalnih i socijalnih vještina koje su ugrađene u svakodnevne aktivnosti (Roe, 2008).

Posljednjih godina, stručnjaci i roditelji se detaljno usmjeravaju na važnost ranih regulacijskih problema i njihov utjecaj na dijete u razvoju. Većina novorođenčadi i dojenčadi pokazuje nepravilnosti i teškoće pri uspostavljanju urednog ciklusa spavanja, probleme probave i produljene kolike, teško samoumirivanje i produljeno plakanje, no kod većine se problemi rješavaju u dobi od oko 6 mjeseci. Međutim neka novorođenčad i dojenčad pokazuje ozbiljnije probleme regulacije raspoloženja u svakodnevnim izazovima spavanja, hranjenja, samoumirivanja i vrlo su razdražljiva, uznemirena ili, kako se često kolokvijalno navodi, iritabilna. Kako se dojenče približava prvoj godini života i kasnije, problemi mogu postati sve ozbiljniji i primjetniji. Učestalo se javljaju problemi spavanja, hranjenja, usmjeravanje pažnje, neprimjereni odgovori na osjetne podražaje, snižena prilagodba i tolerancija na promjene i učestale promjene u ponašanju u vidu razdražljivosti i ispada.

Prijevremeno rođena djeca mogu biti posebno osjetljiva na poteškoće s emocionalnom regulacijom zbog kritičnog razvoja mozga koji se odvija u neoptimalnim uvjetima (izloženi su jakim i neprilagođenim senzornim informacijama, poput jakog osvjetljenja, zvukova, naglih promjena položaja, mnogih medicinskih intervencija) koji predstavljaju stres na njihov nezreli, slabo integrirani živčani sustav. Rezultat ovog stresa može biti promjena razvoja mozga u regulatornim poteškoćama i povećanoj ranjivosti na stres (Als i Gilkerson, 1997; Barrett, 2006). U početku su manje sposobni za samoregulaciju i više se oslanjaju na svoje skrbnike, a često im je potrebno i više umirivanja. Takva vrlo osjetljiva nedonoščad može ponašanje svojih roditelja doživljavati averzivno i nametljivo pa time i dalje ugrožavajući razvoj svojih regulatornih funkcija (Gueron-Sela i sur., 2015). **Intenzivan stres** u osjetljivom razdoblju izaziva preranu aktivaciju amigdale i blokira stvaranje privrženosti. Zbog svojih staničnih svojstava, amigdala može biti osobito osjetljiva na stres i stoga je otpornija na oporavak nakon kroničnog stresa. Također, stres donosi negativne učinke na učenje, dovodi do posljedičnog lančanog međudjelovanja u mozgu. Kronični stres uzrokovan neadekvatnim snom, slabom prehranom, emocionalnim nevoljama utječe na povećanje glukokortikoida (regulacija metabolizma glukoze, sintezi adrenalnog korteksa i njihovoj steroidnoj strukturi), smanjenu regulaciju kortizola (povećani kortizol šalje tijelu informaciju da je stalno prisutna opasnost) što dovodi do stanične promjene hipokampusa (odgovoran za pohranjivanje dugo-

ročne i kratkoročne memorije, ali i u pamćenju prostora). Dakle, utjecaj stresa na učenje rezultira smanjenom i distraktibilnom pažnjom, smanjenom percepcijom i kratkoročnom memorijom, otežanim učenjem i pronalaskom riječi pri govoru. Učenje i pamćenje pod akutnim stresom karakterizira povećana upotreba krutih navika uobičajenih reakcija po cijenu fleksibilnih kognitivnih strategija (Schwabe, 2007).

Wolf i sur. (2002) proveli su istraživanje o neurobiheviornom i razvojnom profilu u ranom djetinjstvu prijevremeno rođene djece niske porođajne težine. Prijevremeno rođena djeca su pokazivala više razine stresa i više problema samoregulacije u dobi od 6 mjeseci. Autori Talge i Neal (2007) daju pregled rezultata istraživanja o povezanosti majčinog stresa tijekom trudnoće i pojavu emocionalnih i kognitivnih poteškoća, povećanog rizika za nastanak poremećaja pažnje, anksioznosti i poteškoća govora kod njihove djece. Ne zna se točno koji su oblici stresa ili anksioznosti imali najlošiji utjecaj, ali istraživanja pokazuju kako je odnos majke s partnerom važan. Jačina tih učinaka klinički je značajna, pripisuje im se 15 % emocionalnih/biheviornalnih problema koji su nastali kao posljedica prenatalnog stresa i / ili anksioznosti.

Rani regulacijski poremećaji shvaćaju se kao poteškoće koje dojenčad ima u prilagodavanju okolini te regulaciji vlastitog ponašanja i uzbuđenja prema umirivanju. Skupina djece koja neuspješno ovladava ranim miljokazima regulacije i samoregulacije u toj mjeri da zahtijeva intervenciju, najčešće ispoljava teškoće u spavanju, hranjenju, samoumirivanju, usmjeravanju na skrbnika, a kasnije u produljenim epizodama ispada nepoželjnih ponašanja i kasnije agresivnom ponašanju prema okolini (Reebye, Elbe 2009).

Postojanje regulacijskih poremećaja težak je izazov za svakog roditelja, a posebno za one koji se s roditeljstvom susreću prvi puta i nisu upoznati s rasponom očekivanog ponašanja dojenčadi. DeGangi i suradnici (2000) navode kako novorođenčad s regulacijskim poremećajima mora imati poteškoće u barem dva kriterija: poremećaj spavanja, poteškoće samoumirivanja, poremećaj hranjenja i / ili prestimuliranost. Slijedeći njihove kriterije Greenspan je razvio kliničke kriterije za regulacijske poremećaje koji se prvi puta uvrštavaju u DSM-III klasifikaciju, a kriteriji za dijagnostiku su problemi sa spavanjem i hranjenjem, kao i poteškoće sa senzornom, senzorno-motoričkom i organizacijskom obradom koja uvelike utječe na djetetovo funkcioniranje.

Plakanje u prva tri mjeseca se smatra uobičajenim postupkom prilagodbe ranog dojenačkog doba. Novorođenčad normalno plače 2 – 4 sata dnevno u razdoblju od 2. do 12. tjedna života s vrhuncem oko 6. tjedna. Prva tri mjeseca života od ključne su važnosti za povezivanje roditelja i djeteta i ako su to razdoblje obilježili neprestano plakanje te nervoza, to će se zasigurno negativno odraziti i na povezivanje roditelja i djeteta (Landgren, Hallstroem, 2011). Prema smjernicama Njemačkog udruženja za dječju i adolescentnu psihijatriju (Hofcaker, Papoušek, 1998), pretjerano plakanje nakon prva tri do četiri mjeseca života, predstavlja poremećaj u regulaciji koji se odnosi na interakciju i koregulacijski kontekst nužan za smirivanje, spavanje i hranjenje.

Tako se uznemireno ponašanje obilježeno rjeđim vokalizacijama i većom motoričkom aktivnošću te nedostatkom odgovora na smirivanje može smatrati pokazateljem disregulacije.

U razlikovanju tzv. normalnog plača od prekomjernog prihvaćeni su opći kriteriji poznati pod nazivom trostruko Wesselovo pravilo, po kojem prekomjerni plač traje više od 3 sata dnevno, 3 dana u tjednu i najmanje 3 tjedna u mjesecu. Prema nekim procjenama, 5 % svih prekomjernih slučajeva plača u podlozi ima organski uzrok, kao primjerice gastrointestinalne probleme (gastrointestinalni refluks, kolike), atopijski dermatitis ili neuropedijatrijski poremećaj (Von Kries, Papoušek, 2006).

Kao i kod prekomjernog plakanja, problemi s uspostavom ritma budnosti i spavanja, predstavljaju tipične poteškoće prilagodbe u ranoj dojenačkoj dobi. Prema smjernicama za dijagnozu regulacijskih poremećaja, poremećaji spavanja dijagnosticiraju se tek nakon 6. mjeseca života, budući da se do tada još uspostavljaju ciklusi dan-noć i spavanje-budnost. Veliki broj djece ima poteškoće pri uspavlivanju i kontinuiranom spavanju (20 – 30 % dojenčadi ima neki oblik poteškoća sa spavanjem).

Problemi s hranjenjem, također često predstavljaju privremeni poremećaji koji se javlja prilikom uvođenja dohrane (smanjivanja podoja i uvođenja pasirane i krute hrane).

Poremećaj hranjenja je prisutan kada roditelji hranjenje doživljavaju kao stresno, a obrok traje dulje od 45 minuta i / ili je interval između obroka manji od 2 sata. Poremećaji hranjenja različite vrste, težine i trajanja, razmjerno su česti, no u praksi su još uvijek nedovoljno prepoznata pojava. Procjenjuje se da se prevalencija poremećaja hranjenja – sisanja – gutanja kreće u rasponu od 25 % u populaciji zdrave djece pa sve do 80 % u populaciji djece s razvojnim teškoćama (Ivkić, Brozović 2019). Budući da je hranjenje vještina kojom dijete aktivno ovladava u prvim godinama života, postojanje visokog neurorizika (prijevremeno rođena djeca, djeca niske porođajne težine, perinatalne lezije mozga) ili već utvrđene razvojne teškoće (genetski poremećaji, kongenitalne ili stečene anomalije, gastrointestinalna i kardiopulmarna oboljenja, cerebralna paraliza) ozbiljno utječu na razvojni tijek i usvajanje vještine hranjenja te često rezultiraju nastankom poteškoća hranjenja. Problem poremećaja hranjenja nije samo fiziološki problem, nego zadire i u sam interakcijski odnos roditelj – dijete.

Utjecaj rođenja djeteta s različitim utvrđenim teškoćama u obitelji utječe na roditelje i ostale članove obitelji. Načini na koje primarni skrbnici i ostali članovi obitelji odgovaraju na izazove s kojima se suočavaju dijelom ovise o vlastitim psihološkim karakteristikama, a dijelom o specifičnom profilu pojedinog djeteta. U prvim tjednima i mjesecima nakon rođenja, rješavanje medicinskih problema često je u prvom planu, zajedno s prilagodbom na porod. Složena interakcija ovih čimbenika i njihovi učinci na nove obrasce komunikacije i njege zaslužuju daljnja proučavanja, tako da se roditeljima može ponuditi najprikladnija podrška u ovom izazovnom razdoblju. Rano uspostavljeni obrasci komunikacije i njege važni su za izgradnju potpornih od-

nosa i što se više može znati o tome kako ih najbolje poticati, to bolje.

Ukoliko se roditeljima može pomoći da vide kako je zabavno u kontaktu s njihovom djecom, zapravo ih se zbližava s djecom. Sugerirano je da igra – poglavito igra koja je zabava i zadovoljstvo – može biti korisno sredstvo u olakšavanju tihog uživanja u odnosu roditelj – dijete. Bromwich (1976) je naglasila da kvalitetna interakcija roditelj – dijete mora biti pozitivna te uključivati obostrano uživanje i zadovoljstvo, kako bi majka i dijete rasli zajedno. Dokaze za to donose Diamond i Hopson (2006) koji navode kako moždana aktivnost u frontalnom režnju dojenčeta odgovara na majčina raspoloženja i način roditeljskog ophođenja. Tako potištena majka koja se manje smije, manje igra i ostvaruje manje kontakta očima sa svojim djetetom, utječe na moždanu aktivnost svog djeteta. Li (1983, prema Duran, 1995) govori o aspektima zadovoljstva igrom pri povećavanju odnosa s roditeljima i vršnjacima mlađe djece s razvojnim teškoćama te je ukazala kako mlađa djeca s razvojnim teškoćama imaju potrebu naučiti kako se igra. Socijalna igra je osobito važna u integracijskim procesima. Bitno je osmisliti aktivnosti koje ohrabruju interakcije između djece s razvojnim teškoćama i njihovih roditelja te između djece s razvojnim teškoćama i njihovih vršnjaka.

Mikas i Roudi (2012) opisuju socijalizaciju djece s razvojnim teškoćama u ustanovama predškolskog odgoja, kroz inkluzivno obrazovanje, kao najviši stupanj pedagoškog povezivanja djece s razvojnim teškoćama s redovnom populacijom. Socijalizacija djeteta s razvojnim teškoćama unutar vrtićkog konteksta složen je razvojni zadatak koji se nalazi pred odgojiteljem i ostalim stručnim djelatnicima ustanove, ali i djeteta. Socijalna afirmacija djeteta s razvojnim teškoćama prvenstveno će ovisiti o njegovim razvojnim specifičnostima i motivaciji za socijalnim interakcijama. Ono što je zajedničko svoj djeci s razvojnim teškoćama, osobito u početnom razdoblju, je osjećaj zbunjenosti, kaotičnosti i nesnalaženja u promjeni ritma igre, različitih aktivnosti i dnevne rutine. Obilje podražaja i poticaja koji odlikuju vrtićko okruženje, koji su inače izrazito inspirativni drugoj djeci, na djecu s razvojnim teškoćama mogu djelovati zbunjujuće, budeći im anksioznost, osjećaj smetenosti i nesnalaženja. Njihova sposobnost selekcije podražaja i aktivnosti je u znatnoj mjeri otežana. Nije rijedak slučaj primijetiti ovu djecu u vrtićkom kontekstu kako svojim ponašanjem šalju jasnu i nedvosmislenu poruku da su izrazito nezadovoljni (Mikas i Roudi, 2012). Stoga je od osobite važnosti jasno odrediti djetetov razvojni potencijal koji je usklađen s osobnim karakteristikama, sklonostima i životnim okolnostima djeteta te motivacijom za socijalnim interakcijama koja je uvjetovana osobnošću djeteta, repertoarom socijalnih vještina, kao i ranijim društvenim iskustvom. S obzirom na činjenicu da su djeca s razvojnim teškoćama rjeđe u interakciji s ostalom djecom u odnosu na djecu bez razvojnih teškoća (i stoga manje prihvaćena od strane grupe), nameće se potreba uvođenja dodatnih pedagoških aktivnosti s jasnom svrhom njihove grupe afirmacije (Odom, 2005). U skladu s time razvoj vršnjačkih odnosa, kao jednog od najvažnijih indikatora djetetove emocionalne zrelosti i socijalizacije, treba imati bazičnu poziciju u strukturi kurikulumu dječjeg vrtića. Stoga, inkluzivni pristup traži

angažman svih sudionika (grupni napor) kako bi se istovremeno izišlo u susret individualnim potrebama svakog pojedinog djeteta i zahtjevima odgojno-obrazovnog sustava (Harman, 2012).

Djeca s razvojnim teškoćama, pogotovo s neurobehavioralnim poremećajima, poput poremećaja iz spektra autizma i poremećaja hiperaktivnosti, često imaju i socijalna, emocionalna ili bihevioralna odstupanja. Zbog razlika u razvoju mozga, oni obrađuju informacije ili reagiraju na svoju okolinu drugačije od djece iste dobi. Ta kašnjenja mogu utjecati na djetetovu sposobnost učenja, komunikacije i interakcije s drugima. Djeca s razvojnim teškoćama uobičajeno imaju poteškoće u socijalnim i emocionalnim vještinama. Na primjer, mogu imati problema s razumijevanjem društvenih znakova, započinjanjem komunikacije s drugima ili vođenjem dvosmjernih razgovora. Oni također mogu imati poteškoća u suočavanju s frustracijom ili suočavanjem s promjenama. Kad okoliš postane previše socijalno ili emocionalno zahtjevan, djeca s razvojnim odstupanjem mogu imati produljene ispade ljutnje i treba im više vremena da se smire. Ovakvo ponašanje može biti signal da djetetu treba veća podrška, mijenjanjem okoline ili vještina učenja kako bi se nosili sa socijalnim i emocionalnim izazovima. Doživljaj uspjeha i zadovoljstva u interakciji je od iznimne važnosti, on podiže samopouzdanje, razvija osjećaj osobne vrijednosti, povećava sposobnost kontrole ponašanja u socijalnim situacijama i poboljšava opću spremnost za učenjem. Djeci treba omogućiti da razviju povjerenje prema sebi i okolini u kojoj će se osjećati sigurno i tek tada svu svoju energiju mogu usmjeriti na igranje, učenje i rast. Kad se osjeća sigurno i smireno, spremno je pratiti strukturalni proces koji sadrži elemente učenja. U takvim stanjima dijete generira svoja prirodna ponašanja koja se mogu koristiti kako bi se integrirala nova znanja.

Literatura:

1. Aldgate, J. & Jones, D. (2004). *The Developing World of the Child: The Place of the Developing World of the Child: The Place of attachment in Children's Development*. London, Philadelphia: Jessica Kingsley attachment in Children's Development Publishers
2. Als, H., Gilkerson, L. (1997). The role of relationship-based developmentally supportive newborn intensive care in strengthening outcome of preterm infants. *Seminars in perinatology*, 21, 178-189.
3. Barrett, L.F. (2006). Are emotions natural kinds? *Perspectives on psychological science*, 1(1), 28-58.
4. Blažeka Kokorić, S. (2006). Uloga roditeljske skrbi u formiranju stilova privrženosti djece u djetinjstvu i odrasloj dobi. *Dijete i društvo – časopis za promicanje prava djeteta*. 8(1), 63-87.
5. Čturić, N. (2001) Psihomotorički razvoj djeteta u prve dvije godine života. Zagreb. Naklada Slap.
6. Daniel, B. (2004). *The Developing World of the Child: Early Childhood: Zero to Four - the Developing World of the Child: Early Childhood: Zero to Four Years*. London/ Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers
7. DeGangi, G.A, Breinbauer, C., Doussard-Roosevelt, J.A. (2000). Prediction of childhood problems at three years in children experiencing disorders of regulation during infancy. *Infant Ment Health Journal*, 21(3), 156-175.
8. Diamond, M., Hopson, J. (2006). Čarobno drveće uma. Kako razvijati inteligenciju, kreativnost i zdrave emocije vašeg djeteta od rođenja do adolescencije. Lekenik: Ostvarenje.
9. Dote-Kwan, J., & Chen, D. (2010). Temperament and young children with visual impairments: Perceptions of Anglo and Latino parents. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 104, 542-553
10. Drasgow, E., Lowrey, K.A., Turan, Y., Halle, J.W., Meadanm H. Social Competence Intervention for Young Children with Severe Disabilities. U: Brown, W.H., Odom, S.L., McConnell, R.S. (Ur.). *Social Competence of Young Children, Risk, Disability & Intervention*, Baltimore: Paul H. Brookes. 2008; 273-99.
11. Duran, M. (1995). *Dijete i igra*, Naklada Slap, Jastrebarsko
12. Else-Quest, N.M., Hyde, S J., Goldsmith, H.H., Van Hulle, C.A. (2006). Gender differences in temperament: A meta – analysis. *Psychological bulletin*, 132(1), 33-72.

13. Feldman H., Friston K.J. (2010). Attention, uncertainty, and free-energy. *Frontiers in Human Neuroscience*, 4, 215.
14. Fogel, A., Garvey, A. (2007). Alive communications. *Infant Behavior & Development*, 30, 251-257.
15. Franklin, B., Warlaumont, A.S., Messinger, D., Bene, E., Iyer, S. N., Lee, C.C., Lambert, B. Kimbrough Oller, B. (2014): *Effects of Parental Interaction on Infant Vocalization Rate, Variability and Vocal Type*. *Lang Learn Dev*, 10(3): 279-2996.
16. Gal, E., Dyck, M.J. (2009). Stereotyped movements among children who are visually impaired. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 103, 754-765.
17. Greenspan, S.I. (1992). *Infancy and early childhood: The practice of clinical assessment and intervention with emotional and developmental challenges*. International Universities Press, Inc.
18. Grossmann, K.E., Grossmann, K. & Waters, E. (ur.) (2005). Attachment from Infancy attachment from Infancy to Adulthood. The Major Longitudinal Studies. New York/London. The Guilford of Adulthood. The Major Longitudinal Studies Press
19. Gueron-Sela, N., Atzaba-Poria, N., Meiri, G., & Marks, K. (2015). The caregiving environment and developmental outcomes of preterm infants: Diathesis stress or differential susceptibility effects? *Child Development*, 86(4), 1014-1030.
20. Harman, B. Inclusion/Integration – Is There a Difference? Dostupno na www.cdss.ca/.../inte-gration_vs_inclusion.pdf, (3/6/2012).
21. Holmbeck, G.N., Greenley, R.N., Franks, E.A. (2003). *Developmental issues and considerations in research and practice*. In A. E. Kazdin & J. R. Weisz (Eds.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (p. 21-40). The Guilford Press.
22. Hofacker, N.V., & Papoušek, M. (1998). Disorders of excessive crying, feeding, and sleeping: the Munich interdisciplinary research and intervention program. *Infant Mental Health Journal: Official Publication of The World Association for Infant Mental Health*, 19(2), 180-201.
23. Hsu H.C., Fogel A. (2003). *Social Regulatory Effects of Infant Nondistress Vocalization on Maternal Behavior*, U: Beckwith & Rodning, (1996); Murray, Johnson, & Peters, (1990), *Developmental Psychology* by the American Psychological Association, Inc., 2003, Vol.39, No 6.
24. Ivkić, M., Brozović, B. (2019) Rana logopedska intervencija kod visokoneuro-rizične djece, Zbornik radova za medicinske sestre, Split

25. Katušić, A., Validžić Požgaj, A., Udovičić Mahmuljin, D., Korunić, D., Viljušić, D., Jurišić, D. i sur. (2011): Uvod u ranu intervenciju; Stručna podrška u obitelji. Skripta projekta "Rana razvojna podrška u djetinjstvu: Razvoj modela mobilne stručne podrške obiteljima i djeci (0 – 3) s razvojnim teškoćama/ rizicima". Zagreb: Ured UNICEF-a za Hrvatsku, Grad Zagreb, Mali dom - Zagreb.
26. Kopp, C.B. (2001). Self-regulation in children. U: Smesler, J., Baltes, P.B., International Encyclopedia of the social and Behavioral Sciences, Oxford, UK
27. Landgren, K. & Hallstroem, I. (2011). Parents' experience of living with a baby with infantile colic – a phenomenological hermeneutic study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25, 317-324.
28. Loots, G., Devise, I., & Sermijn, J. (2003). The interaction between mothers and their visually impaired infants: An intersubjective developmental perspective. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 97, 403-417.
29. Macuka, I. (2012). Osobne i obiteljske odrednice emocionalne regulacije mlađih adolescenata. *Psihologijske teme*, 21(1), 61-82.
30. Mikas, D., Roudi, B. (2012). Socijalizacija djece s teškoćama u razvoju u ustanovama predškolskog odgoja. *Paediatrica Croatica*, 56 (Supl 1): 207-214.
31. Odom SL. Peer-related social competence for young children with disabilities. U: Tremblay RE, Barr RG, Peters RV. (Ur.) *Encyclopedia on Early Childhood Development*. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development; 2005; 1-6.
32. Pinjatela, R. (2012). Samoregulacija u ranom djetinjstvu. *Pediatrica Croatia* 56(3), 237-242.
33. Prior, M., Smart, D., Sanson, A., Oberklaid, F. Longitudinal predictors of behavioural adjustment in pre-adolescent children. *Aust N Z J Psychiatry*. 2001;35(3):297-307.
34. Papoušek, M., & Papoušek, H. (1990). Excessive infant crying and intuitive parental care: Buffering support and its failures in parent-infant interaction. *Early Child Development and Care*, 65, 117-126.
35. Reebye, P., Elbe, D. (2009) The role of pharmacotherapy in the management of self-regulation difficulties in young children. *Journal of Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 18(2), 150-156.
36. Roe, J. (2008). Social inclusion: Meeting the socio-emotional needs of children with vision needs. *British Journal of Visual Impairment*, 26, 147-158.
37. Rothbart, M. K. (2019). Early temperament and psychological development. *Encyclopedia on early childhood development*. University of Oregon: USA.

38. Saarni, C., Campos, J. J., Camras, L. A., & Witherington, D. (2006). *Emotional Development: Action, Communication, and Understanding*. In N. Eisenberg, W. Damon, & R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology: Social, emotional, and personality development* (p. 226-299). John Wiley & Sons Inc.
39. Seligman, M. i Darling, R. B. (2007). *Ordinary families, special children – A Systems Approach to Childhood Disability*. The Guilford Press, New York.
40. Schwabe, L., Oitzl, M. S., Philippson, C., Richter, S., Bohringer, A., Wippich, W., & Schachinger, H. (2007). Stress modulates the use of spatial versus stimulus-response learning strategies in humans. *Learning & memory*, 14(1-2), 109-116.
41. Starc, B., Čudina-Obradović, M., Pleša, A., Profaca B., Letica, M. (2004). Osobine i psihološki uvjeti razvoja djeteta predškolske dobi. *Golden Marketing – Tehnička knjiga*: Zagreb.
42. Talge, N. M., Neal, C., Glover, V. (2007). Early Stress, Translational Research and Prevention Science Network: Fetal and Neonatal Experience on Child and Adolescent Mental Health. Antenatal maternal stress and long-term effects on child neurodevelopment: how and why? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(3-4), 245-261.
43. Vasta, R., Haith, M. M., Miller, S. A. (1998) Dječja psihologija. Odnosi s vršnjacima U: Dječja psihologija Jastrebarsko: Naklada Slap, 599-644.
44. Von Kries, R., Kalies H., Papousek, M. (2006) Excessive crying beyond 3 months may herald other features of multiple regulatory problems. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 160, 508-511.
45. Vuko M., Grčić S., Vukojević, Lj., Mikas, D. Integracija djeteta sa smetnjama u razvoju u redovni vrtićni program. Zbornik radova 8. Dana predškolskog odgoja Splitsko-dalmatinske županije, Split. 2001; 137-41.
46. Zalewski, M., Lengua, L. J., Trancik, A., Wilson, A. C., Bazinet, A. (2011). Emotion regulation profiles, temperament, and adjustment problems in preadolescents. *Child Development*, 82(3), 951-966.
47. Wolf, M.J., Koldewijn, K., Beelen, A., Smit, B., Hedlund, R., de Groot, IJM. (2002). Neurobehavioral and developmental profile of very low birthweight preterm infants in early infancy. *Acta Paediatrica*, 91, 930-8.

12. OBILJEŽJA I ODSUPANJA RAZVOJA SENZORNE INTEGRACIJE

Ivana Rogar Gojević i Danijela Kljajić

Senzorna integracija je sposobnost primanja, organiziranja i prerade osjetnih informacija iz okoline za svrhovito korištenje u svakodnevnom životu (Ayres, 2009) te podrazumijeva prisutnost primjerenih adaptivnih odgovora i reakcija na zbivanja u okolini. Polazišne točke teorije senzorne integracije i temelj za razvoj sheme tijela, organizacije, regulacije i planiranja jesu integrirane informacije taktilnog sustava te dva unutarnja osjetna sustava, proprioceptivnog i vestibularnog. Osim njih, u stvaranju slike okruženja, osoba i aktivnosti te stvaranja ideja i kvalitete izvedbe aktivnosti sudjeluju osjetilo vida, sluha, njuha i okusa.

Svako dijete rodi se sa sposobnošću senzorne integracije, no mora je razviti dolazeći u odnose s mnogim podražajima oko sebe kako bi steklo različita iskustva i prilagodilo svoje tijelo i mozak različitim izazovima tijekom djetinjstva. Najveći broj integracije osjeta događa se za vrijeme adaptivne reakcije. Adaptivna reakcija je svrhovit odgovor na osjetni doživljaj usmjeren prema cilju (npr. dijete vidi igračku i rukom poseže za njom). Posezanje je adaptivna reakcija, a jednostavno besciljno mahanje nije. Kada je sposobnost senzorne integracije mozga dostatna da se suoči sa zahtjevima okoline, djetetov odgovor je učinkovit, kreativan i zadovoljavajući.

Sposobnost koja se temelji na primjerenj integraciji svih senzornih unosa je praksija. Jean Ayres definira praksiju kao sposobnost planiranja i usmjeravanja niza usklađenih pokreta prema uspješnom izvođenju aktivnosti. Praksija uključuje tri komponente: (1) ideaciju (stvaranje ideje o aktivnosti); (2) motoričko planiranje i (3) izvedbu (djelovanje, akciju).

Važno je naglasiti kako motoričkim komponentama-motoričko planiranje i način izvođenja aktivnosti treba prethoditi ideacija pa stoga treba promišljati i o spoznajnom razvoju djeteta.

Razvoj senzorne integracije odvija se kroz četiri razine (Ayeres, 2009). Na prvoj razini senzorne integracije najbitnija je uspješna integracija tzv. unutarnjih osjeta – taktilnog, vestibularnog i proprioceptivnog. Taktilne informacije pomažu mu pri sisanju i gutanju, a kasnije pri gutanju i žvakanju hrane. Dijete koje ima teškoće u preradi taktilnih podražaja može imati teškoće pri hranjenju zbog konzistencije hrane. Također, taktilni podražaji su važni pri stvaranju prve emocionalne privrženosti.

Američki psiholog Harlow je proveo istraživanje u kojem je proučavao učinak odvajanja majki i djece provodeći niz kontroverznih eksperimenata s mladuncima majmuna. Mladunče majmuna stavio je u kavez zajedno s dvije lutke tj. zamjenske „majke“. Jedna je bila izrađena od žica i neugodna na dodir, ali je imala ugrađenu bočicu s hranom, dok je druga „majka“ bila omotana tkaninom, meka, topla i nježna

na dodir te je izgledom ličila na majmuna, ali mu nije pružala hranu. Mladunče je nakon hranjenja više vremena provodilo uz „majku“ koja je ugodna na dodir. Također, tijekom eksperimenta, dok se majmunčić igrao u kavezu, uveden je čimbenik zastrašivanja u obliku strašne i glasne lutke – robota. Tako prestrašen majmunčić bi išao po zaštitu „majci“ koja je ugodna i meka na dodir, a ne onoj koja ima bočicu s hranom. Majmun je zapravo gladovao zbog primarne potrebe za toplim i ugodnim dodirrom, a Harlow je bio prvi koji je pokazao da je intimni kontakt tijela, a ne hranjenje, najvažniji čimbenik u vezivanju majke i djeteta. Njegova istraživanja su pokazala kako je ta emocionalna privrženost prvenstveno taktilnog karaktera i zapravo prvi izvor sigurnosti. Posljedica loše taktilne prerade i sigurnosti koja iz toga proizlazi u kasnijoj dobi može rezultirati manjkom emocionalne sigurnosti i pretjerane reakcije u jednostavnim životnim situacijama (Harlow, 1958).

Integracija vestibularnog i propioceptivnog podražaja omogućuje stabilizaciju očiju pri pokretima glave i kontrolu nad pokretima očiju. Bez toga dijete ne bi bilo u mogućnosti usmjeriti vizualnu pažnju na prezentirani predmet ili raditi pokrete praćenja. Dobra organizacija i integracija vestibularnih i propioceptivnih podražaja omogućuje djetetu razvoj posturalnih reakcija kao temelja za stajanje i hodanje, održavanje ravnoteže te uredan mišićni tonus.

Druga razina dostignuta je kada su tri osnovna osjetila (taktilni, vestibularni, propioceptivni) integrirana u percepciju tijela, koordinaciju dvije strane tijela, motoričko planiranje, dulji raspon pažnje, razinu pobuđenosti, aktivacije te emocionalnu stabilnost. Dobro organizirana percepcija tijela omogućuje djetetu da osjeti, razumije što tijelo radi, a da se pritom vizualno ne usmjerava na pojedini dio tijela. Uredne informacije o odnosima između lijeve i desne strane tijela potrebne su nam za koordinaciju obje ruke ili noge. Motoričko planiranje je senzorni proces prilagođavanja na nepoznate situacije i učenja uspješnog izvođenja zadatka. Temelj motoričkog planiranja je uredna percepcija tijela s jasnim taktilnim, propioceptivnim i vestibularnim informacijama. Ukoliko je ona manjkava, dijete će pokazivati puno slabo planiranih pokreta i teže će usmjeravati nove pokrete.

Na trećoj razini senzorne integracije počinje obrada slušnih i vidnih osjeta. Osjet sluha i vida razvijen je i na prethodnim razinama, no tada je organizacija središnjeg živčanog sustava ovisila o temeljnim osjetima. Da bi se razvila vizualna percepcija, potrebno je puno taktilne interakcije s predmetima, držanja i pokretanja predmeta kako bi se dobile informacije iz mišića i zglobova te interakcija sa silom težom. Slušni i više vestibularnih podražaja spajaju se s percepcijom tijela i povezanim funkcijama kako bi djetetu omogućile govor i razumijevanje jezika. Mnoga djeca s teškoćama senzorne integracije ne mogu točno osjetiti gdje se nalazi njihov jezik ili kako im se dodiruju usne te imaju slabiju artikulaciju. Vidni se osjeti integriraju s tri osnovna osjetila u svrhu razvoja detaljne vizualne percepcije te razvoja koordinacije oko-ruka. Aktivnosti djeteta na ovoj razini postaju sve više cilju usmjerene jer njegovi osnovni senzorni sustavi funkcioniraju na uredan način. Dijete s teškoćama senzorne integracije ne može slijediti aktivnost do kraja jer ima previše ometajućih čimbenika te

previše podražaja koji ga ometaju i pretjerano uzbuđuju.

Na četvrtoj razini informacije vestibularnog i auditivnog sustava integriraju se u vještine govora i jezika, a informacije vestibularnog, proprioceptivnog, taktilnog i vizualnog sustava integriraju se u vještine koordinacije oko-ruka, vizualnu percepciju te smislene, cilju usmjerene aktivnosti.

Završni produkt primjerene senzorne integracije je spajanje svih senzornih procesa u jedinstvenu cjelinu moždanog funkcioniranja. Vještine koncentracije, organizacije, samopoštovanje, akademske vještine, apstraktno mišljenje te organizacija svake strane tijela i mozga završni su procesi svih senzornih procesa koji se odvijaju u opisane četiri razine (slika 12.1).

OSJETILA	INTEGRACIJA NJIHOVIH UNOSA			ZAVRŠNI PRODUKTI
	1. razina	2. razina	3. razina	
Auditivni sustav (sluh)	-----	-----	-----	} govor } jezik
Vestibularni sustav (sila teža i kretanje)	Pokreti očiju Stav Ravnoteža Mišićni tonus Gravitacijska sigurnost	Percepcija tijela Koordinacija dvije strane tijela Motoričko planiranje	} Koordinacija oko-ruka	
Propriocepcija (mišići i zglobovi)	-----	Razina aktivacije Raspon pažnje Emocionalna stabilnost		} Vidna percepcija } Svrhovita aktivnost
Taktilno (dodir)	Sisanje Jedenje ----- Veza majka dojenče Taktilna ugoda	-----	-----	
Vid (gledanje)	-----	-----	-----	-----

Slika 12.1. Osjetila, integracija njihovih unosa i završni produkti (prema Ayres, 2009).

Zapažanje senzornih osjeta promatra se kao kontinuum (Wilbarger i Wilbarger, 1991). Na jednom kraju su pretjerane reakcije, pojačana osjetljivost pri čemu se javljaju reakcije negodovanja i odbijanja određenih vrsta podražaja. Na drugom kraju kontinuuma je smanjena osjetljivost, slabe reakcije i slabije zapažanje senzornih podražaja. U sredini kontinuuma nalazi se uredno senzorno funkcioniranje koje za rezultat ima primjereno motoričko i emocionalno ponašanje.

Učinkovita modulacija osjetila omogućava odgovarajuće stupnjevane reakcije na podražaje u okolini i prilagođavanje promjenama okolišnih uvjeta (Stackhouse i Wilbarger, 1998). Prilagodba se odvija na neurološkoj, fiziološkoj i bihevioralnoj razini. Deficiti u senzornoj modulaciji povezani su s razlikama u fiziološkim i neurološkim reakcijama na osjet (Davies i Gavin, 2007).

Obilježja odstupanja senzorne integracije

Poremećaj senzorne integracije znači da mozak ne obrađuje ili ne organizira tijekom senzornih unosa na način koji pojedincu pruža dobru, preciznu informaciju o sebi i svijetu oko njega. Bez dobre senzorne integracije učenje je teško, a dijete se često osjeća neugodno i ne može se lako nositi s uobičajenim zahtjevima. Poremećaji osjetilne obrade mogu rezultirati poremećajem vještina svakodnevnog života, akademskog učinka, društvene interakcije i sudjelovanja u aktivnostima prilagođenim dobi (Reynolds i Lane, 2008).

Oštećenja središnjeg živčanog sustava često vode do slabe senzorne obrade. Također se teškoće senzorne integracije javljaju kod djece kojoj nedostaje interakcije s okolinom, osobama, a time i različitih iskustava kroz koja bi razvijala primjereno senzorno, motoričko i spoznajno funkcioniranje.

Dijete s teškoćama senzorne integracije će vjerojatno imati teškoća u baratanju pojmovima, generalizacijom iskustava no većih problema uglavnom će imati s motoričkim planiranjem, a manjih sa spoznajnim funkcioniranjem. Važno je znati da je poremećaj senzoričke integracije loše funkcioniranje, a ne odsutnost funkcioniranja.

Kod teškoća senzorne integracije svako dijete ima svoj vlastiti skup simptoma po kojima se može zaključiti da su prisutna odstupanja u razvoju senzorne integracije (tablica 12.1). Neki od znakova teškoća senzorne integracije u dojenačkoj dobi i dobi malog djeteta su: motoričko razvojno zaostajanje, asimetrično držanje tijela, odbijanje dodira i maženja, poremećaji ritma budnosti i spavanja, teškoće sisanja, gutanja, pijenja i hranjenja, teškoće regulacije i samoregulacije, pretjerane reakcije ili izostanka reakcije na određene podražaje. Neki od znakova teškoća senzorne integracije u predškolskoj i školskoj dobi su: kašnjenje u motoričkom razvoju, loše držanje, nespretnost, agresivno ili autoagresivno ponašanje, noćno mokrenje, teškoće koncentracije, teškoće učenja i zapažanja, kašnjenje u razvoju govora.

Tablica 12.1. Simptomatologija disfunkcije organizacije pojedinih senzoričkih sustava

TAKTILNI SUSTAV	
PRETJERANA OSJETLJIVOST	SMANJENA OSJETLJIVOST
<ul style="list-style-type: none"> • Pretjerane reakcije na taktilni podražaj • Preferencije prema određenim materijalima i teksturama • Izbjegavanje „prljavih“ aktivnosti • Izbirljivost pri jelu 	<ul style="list-style-type: none"> • Stavljanje predmeta u usta • Često dodirivanje tijela i pljeskanje • Ignoriranje sline i ostataka hrane oko usta
PROPRIOCEPTIVNI SUSTAV	
PRETJERANA OSJETLJIVOST	SMANJENA OSJETLJIVOST
<ul style="list-style-type: none"> • Lako se umara • Nedostatna postura • Hiperomobilnost zglobova • Otvorena usta 	<ul style="list-style-type: none"> • Uvijek u pokretu • Skakanje • Hodanje na prstima
VESTIBULARNI SUSTAV	
PRETJERANA OSJETLJIVOST	SMANJENA OSJETLJIVOST
<ul style="list-style-type: none"> • Izbjegavanje ljuljanja • Izbjegavanje penjanja i skakanja • Teškoće s kretanjem po stepenicama • Strah od pada 	<ul style="list-style-type: none"> • Traženje intenzivnih, dugotrajnih vestibularnih podražaja • Okretanje • Motorički nemir

Poremećaj senzorne obrade smatra se neurološkim poremećajem u kojem mozak ne prepoznaje na primjeren način osjetilne informacije koju dijete dobiva iz svojih osjetila, što rezultira neprimjerenim odgovorom na podražaj. Uzrok poremećaja osjetilne obrade još uvijek je u velikoj mjeri nepoznat, iako se smatra da postoji nasljedna/genetska i okolišna komponenta (Parham i Mailloux, 1996). Prijevremeno rođena djeca, djeca s poremećajima iz spektra autizma, djeca sa sindromom Down, djeca s oštećenjem vida i / ili sluha, poremećajima u ponašanju i drugim poremećajima u razvoju imaju povećanu vjerojatnost poremećaja senzorne obrade. Djeca s teškoćama senzorne obrade mogu biti preosjetljiva ili smanjeno osjetljiva na podražaje ili oboje.

Poremećaj osjetilne obrade može se primijetiti kod djece bez ikakvog očitog kliničkog stanja, ali obično se javlja u povezanosti s drugim dijagnozama, poput poremećaja iz spektra autizma, poremećaja pažnje/hiperaktivnosti, poremećaja razvojne koordinacije i sindroma fragilnog X kromosoma (Robles, Ballabriga, Diéguez i Silva, 2012). Njegova učestalost procjenjuje se od 5 do 16 % u prividno tipičnoj populaciji i 30 do 80 % među populacijom sa specifičnim dijagnozama (Miller, Nielsen i Schoen, 2012).

Poremećaj osjetilne obrade utječe na 39 % do 52 % novorođenčadi, rođenih prijevremeno, a novorođenčad rođena prije 32 tjedna gestacije nosi najveći rizik (Wickremasinghe, Rogers, Johnson, Shen, Barkovich i Marco, 2013). To bi moglo biti uzrokovano time jer nedonoščad ne dobiva zaštitna i prirodna osjetilna iskustva intrauterino tijekom drugog i trećeg tromjesečja trudnoće. Umjesto toga, njihov krhki i nerazvijeni osjetilni sustav mora sazrijevati izvan maternice (Graven i Browne, 2008).

Smanjena registracija podražaja iz okoline navodi se kao jedan od najčešćih tipova poremećaja senzorne obrade kod prijevremeno rođene djece. Također je prisutna taktilna preosjetljivost i hiperaktivan temperament što utječe na njihovu sposobnost interakcije i izaziva neprimjerene reakcije na podražaje iz okoline (Case-Smith, Butcher i Reed, 1998). Iako osjetilni razvoj započinje vrlo rano, intrauterino i nastavlja se s vremenom, rani osjetilni razvoj nedonoščadi javlja se prvenstveno u vanjskom okruženju s osjetilnim podražajem koje dijete još nije spremno integrirati. Okoliš rane neonatalne intenzivne njege mogao bi igrati ulogu u razvoju poremećaja senzorne obrade u nedonoščadi. Okolina neonatalne njege sadrži vanjske podražaje kojima novorođenče ne bi bilo izloženo unutar maternice (Grunau, Holsti i Peters, 2006). Bez zaštitnog okruženja maternice, nedonoščad je izložena intenzivnim slušnim, taktilnim, vizualnim i bolnim podražajima. Ova osjetilna izlaganja nastaju tijekom kritičnog razdoblja razvoja mozga (Pineda, Neil, Dierker, Smyser, Wallendorf, Kidokoro i Van Essen 2014) što može ometati motorički, neurološki i senzorni razvoj (Grunau, Holsti i Peters, 2006).

Djeca s urednim razvojem vida o svijetu oko sebe uče kroz integraciju vidnih informacija i informacija drugih osjetnih sustava. Kod djeteta s oštećenjem vida može se očekivati prisutnost kašnjenja u razvojnim miljokazima različitih područja. Samo okruženje za dijete s oštećenjem vida manje je stimulativno jer za razliku od djeteta urednog vizualnog razvoja, kod djeteta s oštećenjem vida izostaje motivacija odizanja glave za vizualno zanimljivim metaama, osobama, imitiranje pokreta i slično. Za razvoj raznolikih pokreta glave i trupa, prijenosa težine s jedne na drugu stranu, rotacije, pokreta gmizanja i puzanja pa sve do ustajanja i hodanja potrebno je puno integracije vestibularnih, taktilnih i proprioceptivnih informacija. Dijete urednog razvoja vida prvo će vizualno istražiti predmet potom posegnuti za njim te držeci ga u rukama, kroz taktilne i proprioceptivne informacije, učiti će o tom predmetu i njegovim karakteristikama, a potom će se za njim početi kretati.

Djetetu s oštećenjem vida potrebno je omogućiti stimulativnu okolinu kroz jačanje ostalih osjetila te prilagoditi aktivnosti kako bi se omogućila integracija različitih

informacija u iskustvo koje će djetetu biti smisljeno za aktivnosti njegova svakodnevnog života. Pri tome je potrebno promišljati o adaptaciji okruženja, materijala kroz više iskustava taktilno-kinestetskih, olfaktornih i auditivnih podražaja te informacija koje će mu omogućiti percepciju prostora.

Poremećaji senzorne obrade kod djece sa sindromom Down se najčešće manifestiraju odgovarajućom auditivnom obradom te pojačanom potrebom za proprioceptivnim, taktilnim i vestibularnim podražajima (Will, Daunhauer, Fidler, Lee, Rosenberg i Hepburn, 2019).

Poremećaj senzorne obrade kod djece s poremećajima iz spektra autizma očituje se na mnogo načina. Dijete može pretjerano ili premalo reagirati na osjetni unos. Razina aktivnosti može biti ili neuobičajeno visoka ili neuobičajeno niska, dijete može biti u stalnom pokretu ili se može lako i brzo umarati. Pored toga, neka djeca mogu fluktuirati između tih krajnosti. Grubi i / ili fini motorički problemi koordinacije također su česti i mogu rezultirati kašnjenjem govora i nedovoljnim akademskim postignućima. Dijete može postati impulzivno, lako mu se može odvrćati pažnja te može pokazivati općeniti nedostatak planiranja. Kod neke djece vidljive su poteškoće u prilagođavanju novim situacijama i mogu reagirati na frustraciju agresivnim ponašanjem ili povlačenjem (Woodard, Goodwin, Zelazo, Aube, Scrimgeour i Ostholthoff, 2012). Kod 60 % do 96 % djece s poremećajima iz spektra autizma prisutna je hiper i hipo-osjetljivost u više domena (Dunn, Myles i Orr, 2002). Slično kao u širokom rasponu težine spektra koji je utvrđen za komunikacijski i socijalni deficit i senzorne razlike u ponašanju također variraju od blage do teške, a te se razlike u ponašanju mogu održati kroz odraslu dob (Wiggins, Robins, Bakeman i Adamson, 2009).

Odgovarajuća obrada podražaja od strane taktilnog, vestibularnog, proprioceptivnog i ostalih osjetnih sustava nužna je za razvoj složenijih neuroloških funkcija. Stoga je poremećaje navedenih senzornih sustava potrebno prepoznati što ranije. Prepoznavanje teškoća razvoja senzorne integracije u djece služi stručnjacima kao smjernica u osmišljavanju adekvatnih i pravodobnih terapijskih postupaka. Cilj terapije senzorne integracije je da dijete aktivno sudjeluje u smislenim aktivnostima u terapijskom prostoru, upozna je i kroz terapijske postupke poboljša obradu senzornih unosa, tj. različitih podražaja kako bi ih svrhovito moglo upotrijebiti u svakodnevnom životu.

Literatura:

1. Ayres, A. J. (2009). *Dijete i senzorna integracija*. Zagreb: Naklada Slap
2. Biel, L. i Peske, N. (2007). *Senzorna integracija iz dana u dan*. Zagreb: Ostvarenje
3. Bundy, A. C., Lane, S. J. & Murray, E. A. (2002). *Sensory Integration: Theory and Practice*. Philadelphia: F.A. Davis Company
4. Case-Smith, J., Butcher, L., & Reed, D. (1998). Parents' report of sensory responsiveness and temperament in preterm infants. *American Journal of Occupational Therapy*, 52(7), 547-555
5. Davies, P. L., Gavin, W. J. (2007). Validating the diagnosis of sensory processing disorders using EEG technology. *American Journal of Occupational Therapy*. 61:176-189. [PubMed]
6. Dunn, W., Myles, B. S. i Orr, S. (2002). Sensory processing issues associated with Asperger syndrome: a preliminary investigation. *Am. J. Occup. Ther.* 56, 97-102. 10.5014/ajot.56.1.97 [PubMed]
7. Graven, S. N. i Browne, J. V. (2008). *Senzorni razvoj u fetusa, novorođenčeta i novorođenčadi: Uvod i pregled. Pregledi novorođenčadi i dojenčadi*. 8:169-72
8. Grunau, R. E., Holsti, L., & Peters, J. W. (2006, August). Long-term consequences of pain in human neonates. In *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine* (Vol. 11, No. 4, pp. 268-275). WB Saunders
9. Harlow, H. H. i Zimmermann, R. R. (1958). The Development of Affectional Responses in Infant Monkeys. *Proceedings of the American Philosophical Society*. 102, 5, 501-509
10. Lane A, (2002). *Sensory Integration: Theory and Practice 2nd (second) Edition* by Bundy ScD OTR FAOTA, Shell published by F.A. Davis Company
11. Miller, L. J., Nielsen, D. M., & Schoen, S. A. (2012). Attention deficit hyperactivity disorder and sensory modulation disorder: a comparison of behavior and physiology. *Research in developmental disabilities*, 33(3), 804-818
12. Parham, L.D., & Mailloux, Z. (1996). *Sensory Integration and Children with Learning Disabilities*. In P.N. Pratt & A.S. Allen (Eds.), *Occupational Therapy in Children* (pp. 307-355). St. Louis: Mosby
13. Pineda, R. G., Neil, J., Dierker, D., Smyser, C. D., Wallendorf, M., Kidokoro, H. & Van Essen, D. C. (2014). Alterations in brain structure and neurodevelopmental outcome in preterm infants hospitalized in different neonatal intensive care unit environments. *The Journal of pediatrics*, 164(1), 52-60

14. Reynolds, S., i Lane, S. J. (2008). Diagnostic validity of sensory over-responsivity: A review of the literature and case reports. *Journal of autism and developmental disorders*, 38(3), 516-529
15. Robles, R. P., Ballabriga, C. J., Diéguez, E. D., Silva, P. C. (2012). Validating regulatory sensory processing disorders using the sensory profile and child behavior checklist (CBCL 11/2-5) *J Child Fam Stud.*; 21:906-916
16. Stackhouse, T. i Wilbarger, J. (1998). Sensory modulation: A review of the literature
17. Wickremasinghe, A. C., Rogers, E. E., Johnson, B. C., Shen, A., Barkovich, A. J., & Marco, E. J. (2013). Children born prematurely have atypical sensory profiles. *Journal of Perinatology*, 33(8), 631-635
18. Wilbarger, P., Wilbarger, J. (1991). Sensory Defensiveness in Children 2-12: An Intervention Guide. Avanti Educational Programs, Denver
19. Will E., Daunhauer L., Fidler D., Raitano Lee N., Robinson Rosenberg C. & Hepburn S. (2019). Sensory Processing and Maladaptive Behavior: Profiles Within the Down Syndrome Phenotype, 461-476
20. Wiggins, L. D., Robins, D. L., Bakeman, R., & Adamson, L. B. (2009). Brief report: sensory abnormalities as distinguishing symptoms of autism spectrum disorders in young children. *Journal of autism and developmental disorders*, 39(7), 1087-1091
21. Woodard C. R., Goodwin M. S., Zelazo P. R., Aube D., Scrimgeour M., Ostholthoff T., i sur. (2012). A comparison of autonomic, behavioral, and parent-report measures of sensory sensitivity in young children with autism. *Res. Autism Spectr. Disord.* 6, 1234-1246



V

PRISTUP USMJEREN NA OBITELJ

13. TEORETSKI PRIKAZ MODELA STRUČNE PODRŠKE U OBITELJI

Marijana Konkoli Zdešić

Roditelji su najaktivniji sudionici u procesu stvaranja optimalnih uvjeta za djetetov rast i razvoj. Kako bi stvorili primjerene uvjete, roditelji nailaze na brojne prepreke kao što su geografska i socijalna izoliranost, niži ekonomski status, suočavanje s dodatnim zahtjevima u skrbi za dijete s razvojnim teškoćama – što utječe na njihovu sposobnost da u potpunosti preuzmu brigu oko svog djeteta. Kako bi se prevenirali loši ishodi za dijete i obitelj, potrebno je osigurati odgovarajuću podršku. Podrška roditeljima u posebno osjetljivim fazama adaptacije, takozvanim kriznim razdobljima, snažan je zaštitni čimbenik psihosocijalne stabilnosti obiteljskog života i njezine aktivne socijalne participacije, ali i stvaranja okruženja u kojem je dijete prihvaćeno i poticano (Ljubešić, 2012). Stručna podrška u obitelji s malom djecom uobičajen su pristup koji koriste interventni programi čiji je cilj unaprijediti rani razvoj djece (Roggman, Cook, Peterson i Raikes, 2008).

Djetetovo prirodno okruženje za učenje je upravo unutar obitelji u njihovom domu. Ovdje u poznatom okruženju se i roditelji i dijete osjećaju sigurno. Provođenje vremena s obiteljima u njihovu domu pokazalo se kao idealan način za razumijevanje obiteljske situacije te kako bi se individualizirale usluge i povećali raspoloživi resursi (Korfmacher i sur., 2008). Metoda pružanja usluga ili intervencije obiteljima unutar njihova doma ima puno prednosti za roditelje jer ne moraju organizirati prijevoz, tražiti dadilju ili slobodan dan (Sweet i sur., 2004). Međutim stručna podrška u obitelji može imati i svoje specifične nedostatke te uspješno pružanje usluga ovisi o dostupnosti i aktivnom sudjelovanju i angažmanu roditelja (Korfmacher i sur., 2008). Autori dalje ističu kako podrška dolazi obitelji i roditelji (najčešće majke) su esencijalni u cijelom intervencijskom procesu te su vrlo često u središtu same intervencije. Ljubešić (2012) upravo navodi kako se u suvremenom konceptu rada s roditeljima na roditelje gleda kao na partnere, i to ne kao na partnere u pogledu stručnog znanja, nego kao na partnere u djelovanju na razvojni ishod. Rana razvojna podrška u djetinjstvu usredotočena je na ključnu ulogu roditelja u oblikovanju djetetovog života, zato je najučinkovitije usluge rane razvojne podrške dovesti obitelji. Stručnjak koji provodi stručnu podršku u obitelji odgovoran je uspostaviti odnos povjerenja, informirati, pružati kvalitetnu uslugu (vodeći se relevantnim znanstvenim istraživanjima) te ju prilagoditi individualnim potrebama obitelji. Uz razumijevanje djetetovog razvoja i ključne uloge roditelja, stručnjaci trebaju biti upoznati s važnošću interakcije roditelja i djeteta te na koji način kvaliteta interakcije može utjecati na razvoj djeteta. Kelly i Banrad (2000) u svom istraživanju ističu kako je izuzetno važno poticati aspekte u interakciji roditelj – dijete koji uključuju: poticanje privrženosti, emocionalne regulacije, prepoznavanje komunikacijskih signala, podučavanje kroz igru i pozitivno odgajanje. Kako rad u obitelji s djecom s teškoćama ili u riziku nadilazi kompetencije

jednog stručnjaka, važna je transdisciplinarna suradnja i komunikacija unutar tima sačinjenog od različitih stručnjaka uz stalnu suradnju s obiteljima.

Način na koji se provodi stručna podrška u obitelji uvelike ovisi o legislativi i financijskim sredstvima koji postoje u pojedinoj zemlji. Primjerice, tako se u Sjevernoj Americi, kako navodi Gomby i sur. (1998), zahvaljujući istraživanjima o važnosti rane razvojne podrške te dokazanoj uspješnosti pojedinih programa stručne podrške u obitelji, uočava veliki porast takvih programa. Zakonski okvir koji definira usluge rane razvojne podrške (vrijeme/učestalost usluga, mjesto provođenja usluga, kriterije usluga i individualni obiteljski plan podrške) je IDEA – The individuals with Disabilities Education Act (IDEA, 2004). Programi rane razvojne podrške koji pružaju stručnu podršku u obitelji imaju različite ciljeve, ali dijele usredotočenost na važnost rane razvojne podrške te ključnu ulogu roditelja u oblikovanju djetetovog života i da je najbolji način pružanja usluga intervencije upravo dovesti ih obitelji, a ne očekivati da sami traže pomoć u zajednici (Gomby i sur., 1998). Programi rane razvojne podrške u djetinjstvu obično su osmišljeni kako bi uključivali obitelji u specifične intervencijske aktivnosti usklađene s dobi djeteta i njegovim potrebama (Roggman i sur., 2008).

IDEA definira poučavanje u prirodnom okruženju kao postavke koje su prirodne ili tipične za istu dob djece tipičnog razvoja i za djecu s razvojnim teškoćama (IDEA, 2004). Kada prirodno okruženje nije primjereno, usluge se tada mogu organizirati negdje drugdje. Način rada u djetetovom domu obuhvaća izravan rad s djetetom, intervencijsku trijadu (stručnjak, dijete i roditelj rade zajedno) i savjetovanje roditelja (Sandall i sur., 2000).

Jedan od programa rane razvojne podrške koji se provodi u Sjevernoj Americi i pruža stručnu podršku u obitelji je Early Head Start. To je program koji pruža sveobuhvatnu podršku obiteljima male djece (od rođenja do treće godine) nižih prihoda te trudnicama i njihovim obiteljima. Early Head Start koristi sveobuhvatni pristup za pospješivanje dječjeg razvoja i podršku obiteljskom zadovoljstvu i dobrobiti (Roggman i sur. 2008). Iako mnogi programi Early Head Starta pružaju različite usluge koje uključuju skrb za djecu u centru, mnogi se programi temelje na radu u obitelji. Osnovna načela Early Head Starta su poticanje razvoja privrženosti između djeteta i roditelja, naglašavanje jakih strana obitelji te pružanje usluga rane razvojne podrške kroz izgradnju odnosa povjerenja s roditeljima. Stručna podrška u obitelji u okviru programa Early Head Start provodi se na tjednoj bazi, a stručnjak prateći dijete radi na roditeljskoj kompetenciji. Dva puta mjesečno roditelji imaju mogućnost druženja s drugim roditeljima uz vodstvo stručnjaka.

Program rane razvojne podrške koji je prihvaćen u velikom broju zemalja u svijetu je i Portage model koji se zasniva na poučavanju u djetetovom domu za djecu s razvojnim teškoćama od rođenja do četvrte godine života. Djeca se poučavaju novim vještinama, a roditeljima se pokazuje na koji način mogu poticati djetetov razvoj. Stručnjaci obučavaju roditelje modeliranjem i verbalnim povratnim informacijama

(Sturmey i Crisp, 1986). Portage program je izvorno razvijen sredinom sedamdesetih godina u gradiću Portage u Wisconsinu (SAD), gdje je kreiran kako bi odgovorio potrebama djece s razvojnim teškoćama u ruralnim zajednicama. Sam model ima podršku i nadzor kroz krovnu organizaciju National Portage Association. Specifična komponenta modela je procjena djetetovog razvoja na osnovi koje se određuju vještine koje treba poučavati zajedno s roditeljima za vrijeme stručne podrške u obitelji. Posjete se organiziraju na tjednoj bazi.

U zakonski sustav Republike Hrvatske rana razvojna podrška uvrštena je prvi put 2011. godine Zakonom o socijalnoj skrbi koji ju definira kao „stručnu poticajnu pomoć djeci i stručnu i savjetodavnu pomoć njihovim roditeljima, uključujući druge članove obitelji te udomitelje za djecu, kod nekog utvrđenog razvojnog rizika ili razvojne teškoće djeteta“ (Zakon o socijalnoj skrbi, 2012., čl. 91, st. 1 prema Milić Babić i sur. 2013). Zakonom je definirana mogućnost provođenja programa rane razvojne podrške u djetetovom domu i / ili u za to predviđenoj ustanovi, međutim ne definira samu uslugu tj. što se pod njom podrazumijeva, zbog čega se ne provodi na ujednačen način na nacionalnoj razini. Milić Babić i sur. (2013) navode kako se uočene teškoće u sustavu rane razvojne podrške iz perspektive roditelja mogu opisati kroz: izostanak potrebite podrške, izostanak sustava informiranja o dostupnim uslugama u sustavu rane razvojne podrške, neprofesionalnost stručnjaka u odnosu s roditeljima, manjkavu organizaciju koja je povezana s prenormiranošću stručnjaka, sporu administraciju te nedostatak stručnog kadra. Sami programi rane razvojne podrške kako navodi Ljubešić (2004) postoje samo u velikim gradovima te mnoga neurorizična djeca ostaju neobuhvaćena. Procesom deinstucionalizacije ustanova socijalne skrbi nastoji se promijeniti i povećati broj dostupnih programa rane razvojne podrške u lokalnim zajednicama.

Literatura:

1. Gomby, S.D. (1999). Home Visiting: Recent Program Evaluations. The Future of Children. Princeton University, 9 (1), 4-26.
2. IDEA 2004: Building the legacy, PART C (birth – 2 years old), U.S. Department of education, https://sites.ed.gov/idea/files/original_Final_Regulations-_Part_C-DOC-ALL.pdf. Pristupljeno 20. travnja 2020.
3. Kelly, J. F., & Barnard, K. E. (2000). Assessment of parent-child interaction: Implications for early intervention.
4. Korfmacher, J. (2008). Parent Involvement in Early Childhood Home Visiting. Child Youth Care Forum. Springer Science and Business Media.
5. Ljubešić, M. (2004). Suvremeni koncept rane intervencije za neurorizičnu djecu (Modern concept of early intervention for children at neurodevelopmental risk). *Gynaecologia et Perinatologia: Journal for gynaecology, perinatology, reproductive medicine and ultrasonic diagnostics*, 13 (2), 57-60.
6. Ljubešić, M. (2012). Sporočanje razvojnih dosežkov in drugi kočljivi pogovori. U: Komunikacija med starši in strokovnjaki Ljubljana: Pedagoška fakulteta v Ljubljani, 32-45.
7. Milić Babić, M. (2013). Iskustva s ranom intervencijom roditelja djece s teškoćama u razvoju: *Ljetopis socijalnog rada*, 20 (3), 453-480.
8. Roggman, L.A., Cook, G.A., Peterson, C.A., & Raikes, H.H. (2008). Who drops out of early head start home visiting programs?. *Early Education and Development*, 19(4), 574-599.
9. Sandall S. At.al. (2000). DEC Recommended Practices in Early Intervention/ Early Childhood Special Education. Special Education Programs (ED/OSERS), Washington DC.
10. Sturmey, P. i Crisp, A.G. (1986). Portage Guide to Early Education: a review of research, *Educational Psychology. An International Journal of Experimental Educational Psychology*, 6, 139-157
11. Sweet A. M., Appelbaum I. M. (2004). Is Home Visiting an Effective Strategy? A Meta-Analytic Review of Home Visiting Programs for Families with Young Children. *Child Development*. 75 (5), 1435-1456.

14. OBILJEŽJA OBITELJI DJETETA S RAZVOJNIM RIZICIMA ILI TEŠKOĆAMA

Mirjana Marojević

Rana razvojna podrška u djetinjstvu i pojam obitelji usko su povezani. Obitelj kao društveni fenomen stoljećima je predmet proučavanja mnogih autora. Nemoguće je navesti sve definicije koje se odnose na obitelj budući da je obitelj živi organizam i prolazi kroz promjene koje su uvjetovane promjenama u društvu i to u svim područjima društvenog razvoja. Ono što je važno ulazeći u ovu temu jest da definiramo obitelj kao zajednicu u kojoj žive roditelji/skrbnici i djeca koja su zbog specifičnih teškoća ili rizika u ranom djetinjstvu uključena u program rane razvojne podrške, te ostali članovi te zajednice koji neposredno sudjeluju u brizi za dijete koje je u središtu programa rane razvojne podrške. Rad s djetetom u programu rane razvojne podrške podrazumijeva da je u proces rada uključena obitelj kao primarna sredina u kojoj dijete raste i razvija se. Milić Babić, Franc i Leutar (2013) navode kako suvremeno shvaćanje rane razvojne podrške vodi računa o postupcima usmjerenim prema djetetu, kao i o postupcima usmjerenim na obitelj, na njezinu prilagodbu na novonastalu situaciju i načine kako će članovi obitelji optimalno poticati djetetov razvoj.

Opća teorija sustava koju je još davne 1928. godine postavio biolog Ludwig von Bertalanffy prema Jankoviću (2004) pridonijela je razumijevanju obitelji, njezine stabilnosti ili dezintegracije, zdravlja i bolesti. Isti autor navodi da ova teorija shvaća prirodu kao hijerarhiju sustava: od podsustava, preko sustava do nadsustava. Milić Babić (2010) za ilustraciju i objašnjenje uzima primjer obitelji gdje je npr. podsustav braće i sestara smješten u sustav obitelji, koji je dio nadsustava zajednice i nadsustava nacije. Gledajući obitelj na taj način to nam može pomoći u razumijevanju obiteljskih procesa kao što su: funkcioniranje obitelji, obiteljska komunikacija i transakcijski obrasci, obiteljski sukob, odvojenost i povezanost članova, kohezija, integracija i adaptacija na promjene. Nadalje Janković (2004) navodi da i obitelj kao i svaki drugi sustav nije samo zbroj članova, odnosno njegovih podsustava, već djeluje kao posve novi, zasebni entitet sa svojim pravilima funkcioniranja, kroz relativno dugo vrijeme i to od trenutka nastanka do završetka ustaljenog ciklusa obitelji. Kao otvoreni sustav obitelj je u stalnoj interakciji s drugim sustavima koji također imaju svoje zakonitosti i načine interakcije i komunikacije. Drugim riječima važno je voditi računa da je djetetova primarna sredina u kojoj se razvija njegova obitelj, a u procesu rada s djetetom važno je imati na umu da promjene koje se dešavaju kod pojedinog člana u toj obitelji utječu na sve ostale članove i na obitelj u cjelini. Utječu na dinamiku u obitelji, interakcije između pojedinih članova obitelji, procese koji se odvijaju u obitelji; a sve to utječe na stvaranje više ili manje poticajnog okruženja koje je bitno za sam proces rane razvojne podrške kroz koji se potiče djetetov razvoj.

Definirajući obitelj kroz ekološku teoriju Janković (2004) kaže kako ekološka teorija dolazi u društvene znanosti početkom 20. stoljeća te promatra ljude kao biološka

i socijalna bića u interakciji s njihovom okolinom. Ekološka nam teorija daje konceptualni okvir koji u fokus stavlja promatranje pojedinca i njegove okoline kao međusobno povezane cjeline. Temeljna paradigma ove teorije o kojoj govore Seligman i Darling (2007) je ideja kako promjene bilo kojeg dijela sustava utječu na pojedine dijelove toga sustava stvarajući potrebu za uspostavljanjem nove ravnoteže. Gledajući to u kontekstu rane razvojne podrške i djeteta koje nam je u fokusu, promjene bilo kojeg dijela u obitelji mogu utjecati na pozitivan ishod intervencije koja se provodi u obitelji. Primjerice majka koja je sudjelovala u rehabilitaciji djeteta vraća se na posao, a interakciju sa stručnjacima koji provode ranu razvojnu podršku u obitelji prepušta nekom drugom članu obitelji ili osobi koja se brine za dijete. Ova promjena (povratak majke na posao) će sigurno utjecati na promjene kod djeteta, ali i na dinamiku u cijeloj obitelji. Međutim, važno je u okviru ekološke teorije promatrati obitelj i u odnosu na njihovu okolinu, jer i promjene u okolini utječu na promjene u obitelji. Tako Milić Babić (2010) naglašava važnost promatranja obitelji u njezinoj okolini uzimajući u obzir socijalna, ekonomska, ali i politička zbivanja u društvu, a nikako se samo baviti pojedincem, primjerice majkom ili ocem bez sagledavanja sustava u cjelini.

Prema teoriji sustava koju smo već spomenuli, obitelj prolazi kroz određene faze koje se nazivaju životni ciklus obitelji. Prema Milić Babić (2010) razvojne faze tijekom životnog ciklusa proizašle iz navedene teorije mogu se povezati s pojavom stresa kod obitelji djece s teškoćama u razvoju. Ona navodi primjer životnog ciklusa obitelji čije dijete od rođenja ima teškoću u razvoju:

1. faza: par s novorođenčecom, malim djetetom i predškolcem (dobivanje točne dijagnoze, emocionalna prilagodba, informiranje drugih članova obitelji);
2. faza: par sa školskim djetetom (razjasniti osobne poglede između inkluzivnog i segregacijskog smještaja, nošenje s reakcijama djetetovih vršnjaka, dogovaranje njege djeteta i dodatnih aktivnosti koje su izvan nastavnog kurikuluma);
3. faza: razdoblje adolescencije djeteta (nošenje s kroničnim invaliditetom kod djeteta, pitanjima vezanim uz seksualnost, suočavanje s izolacijom i odbacivanjem djeteta od strane vršnjaka, planiranje profesionalne budućnosti za dijete);
4. faza: uspostavljanje ravnoteže (prilagodba na kontinuiranu odgovornost obitelji, odluka o prihvatljivom obliku stambenog zbrinjavanja djeteta noseći se s malim socijalizacijskim mogućnostima u lokalnoj zajednici);
5. faza: kasno roditeljstvo (ponovno uspostavljanje supružničkog odnosa nakon odlaska djeteta uz stalnu interakciju s osobama koje vode stambenu jedinicu u kojoj je dijete smješteno te stalno planiranje budućnosti djeteta).

Dakako da treba naglasiti kako je ovo model koji nam može pomoći u razumijevanju životnog ciklusa obitelji djeteta s teškoćama i izazovima s kojima se susreću u pojedinim fazama, ali isto tako da treba uzeti u obzir kontekst u kojem obitelj i dijete žive. Treba uzeti u obzir socijalnu, ekonomsku i političku situaciju, usluge koje postoje u određenoj zajednici jer ovaj model pretpostavlja da postoji tranzicija iz faze u fazu i da postoje usluge koji omogućuju obitelji i djetetu da dođu do npr. 5. faze u kojoj dijete (ili sada već odrasla osoba) odlazi u stambenu zajednicu, a trebamo znati da u stvarnosti to nije uvijek tako. Već kod 1. faze u kojoj svakako nedostaje dio vezan uz uključivanje u rehabilitaciju, edukacijske i predškolske programe, a ne samo potraga za dijagnozom, roditelji se suočavaju s problemima nedostatka programa i usluga za njihovo dijete. Tako da svaku fazu određuje i kontekst u kojem obitelj živi što možemo opet povezati i s općom teorijom sustava i s ekološkom teorijom.

Zaštitni i rizični obiteljski čimbenici

Kako će se pojedina obitelj nositi s promjenama u obitelji i njenoj okolini, a i kako će proći kroz pojedine faze i prilagodbu, uvelike ovisi i o zaštitnim i rizičnim čimbenicima obitelji. Prema Leutar, Hlupić, Vladić i Čaljkušić (2015) pojedinac u obitelji ima priliku primiti pozitivne i / ili negativne poruke, koje su od izuzetne važnosti za njegov daljnji životni razvoj. Odnosno, kako autorice dalje navode, svatko od nas okružen je zaštitnim i / ili rizičnim čimbenicima. Ajduković i Radočaj (2008) rizične i zaštitne čimbenike definiraju na tri različite razine koje obuhvaćaju: (1) širi socijalni kontekst; (2) razinu lokalne zajednice i primarne grupe (obitelj, škola, susjedstvo) i (3) individualnu razinu koja obuhvaća bio-psiho-socijalna obilježja.

U daljnjoj raščlambi ovih čimbenika Leutar i sur. (2015) razlikuju tri skupine činitelja zaštite. To su:

1. zaštitnici – štite bez obzira što su prisutni i rizici (npr. socijalna podrška)
2. prekidači – prekidaju lanac rizičnih čimbenika (npr. uspješna obiteljska medijacija; a u našem primjeru to bi mogla biti uspješna rana razvojna podrška u obitelji i osnaživanje obitelji djece s teškoćama)
3. suzbijači – sprečavaju pojavljivanje činitelja rizika (npr. sudjelovanje u grupi za razvoj roditeljskih kompetencija ili opet u primjeru RI, sudjelovanje u programima rane razvojne podrške).

Osim čimbenika zaštite svaka se obitelj u manjoj ili većoj mjeri susreće i s čimbenicima rizika, a prema Leutar i sur. (2015) to su individualna obilježja, socio-ekonomski, kulturni, demografski i drugi uvjeti i okolnosti koji povećavaju vjerojatnost neodgovarajućih odgojnih postupaka i neprimjerenog obiteljskog okruženja te ugrožavanja djeteta u obitelji. Iste autorice navode kako je socio-ekonomski status važan čimbenik na svim područjima obiteljskog života, a navode kako istraživanja ukazuju da se nepovoljna socijalna situacija negativno odražava na socijalizaciju i razvojne

mogućnosti djeteta s teškoćama u razvoju, kao i na ostale članove obitelji. Ako to stavimo u kontekst rane razvojne podrške u našem društvu gdje jedan dio usluga roditelji plaćaju kako bi svojem djetetu omogućili pristup svim uslugama, terapijama i programima za koje smatraju da su djetetu potrebna kako bi njegov razvojni ishod bio optimalan, jasno je da socio-ekonomska situacija itekako utječe na razvojne mogućnosti djeteta s teškoćama. Također, ako znamo da je još uvijek otežana integracija djece s teškoćama u predškolske ustanove i da roditelji plaćaju programe u privatnom sektoru, onda je također jasno da socio-ekonomska situacija utječe i na socijalizaciju djeteta s teškoćama.

Prema Leutar i sur. (2015) kvaliteta i dostupnost stručne podrške neki su od čimbenika koji bi trebali biti omogućeni kroz nacionalno zakonodavstvo. Možemo reći da nacionalno zakonodavstvo definira ranu razvojnu podršku kao uslugu koja je namijenjena svim obiteljima i djeci s teškoćama kod kojih za to postoji potreba, ali problem se javlja upravo kod dostupnosti stručne podrške, jer ona još uvijek nije dostupna svima, a pogotovo u manjim lokalnim zajednicama. Iste autorice navode i ostale čimbenike (uz kvalitetu i dostupnost stručne podrške) o kojima ovisi kako će se obitelj nositi s invaliditetom člana obitelji poput osobnost roditelja, vrsta i stupanj invaliditeta osobe, vrijeme nastanka invaliditeta, roditeljska očekivanja, odnosi unutar obitelji, ekonomske i socijalne prilike, stupanj obrazovanja članova obitelji, informiranost roditelja, socijalna mreža – pomoć rodbine, prijatelja i udruga i kulturni milje obitelji.

Obiteljska otpornost

Koncept otpornosti je usko povezan s prethodno spomenutim konceptom rizika i zaštite unutar obitelji. Mnogi autori se bave ovim konceptom tražeći odgovor zašto neke obitelji razvijaju obiteljsku otpornost dok druge bez obzira na pojedine činitelje zaštite to isto ne uspijevaju. Kroz razna istraživanja se pokušava doći do odgovora koji su najvažniji činitelji koji utječu na razvoj otpornosti kod pojedinih obitelji. Tako Ferić (2002) iznosi nekoliko činjenica pojašnjavajući sam pojam otpornosti i njegovu povezanost s obiteljskim okruženjem. Jedna od tih činjenica kaže kako je obiteljska otpornost kapacitet obitelji da skupi snage i pozitivno se suoči s izazovima života. Isto tako obiteljska otpornost predstavlja procese suočavanja s izvorom stresa i konstruktivnu prilagodbu obitelji kao funkcionalne jedinice na stresnu situaciju ili krizu. Polazeći od navedenoga možemo reći da uspješnost obitelji u prevladavanju neke stresne situacije i prilagodbe na nove okolnosti ovisi o tome na koji se način obitelj uspješno nosi s otežavajućim okolnostima, štiti od djelovanja stresa, funkcionalno organizira i što je možda i najvažnije uspijeva nastaviti svakodnevni život tijekom trajanja stresne situacije. Prema Ferić (2002) otpornost obitelji je opisana kao spoj dva različita, ali povezana procesa u obitelji: prilagođavanje i privikavanje. U programu rane razvojne podrške važno je biti upoznat s konceptima rizika i zaštite, kao i s konceptom otpornosti obitelji jer nam poznavanje i prepoznavanje navedenih činitelja

pomaže u procesu osnaživanja obitelji, kroz koji se radi na jačanju već postojećih zaštitnih činitelja pojedinih obitelji i vodi ih se u korištenju obiteljskih resursa. Tako se može djelotvorno utjecati na razvoj otpornih obitelji koje će se uspješno nositi sa stresnim i kriznim situacijama u kojima se nađu.

Literatura:

1. Ajduković, M. i Radočaj, T. (2008). *Pravo djeteta na život u obitelji. Stručna pomoć obiteljima s djecom i nadzor nad izvršenjem roditeljske skrbi kao proces podrške za uspješno roditeljstvo*. Zagreb: UNICEF, Ured za Hrvatsku.
2. Ferić, M. (2002). Obitelj kao čimbenik rizika i zaštite za razvoj poremećaja u ponašanju djece i mladih. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 38 (1), 13-24.
3. Janković J. (2004). *Pristupanje obitelji – sustavni pristup*. Zagreb: Alinea.
4. Leutar, Z., Hlupić, S., Vladić, J. i Čaljkušić, M. (2015). *Metode socijalnog rada s osobama s invaliditetom – Priručnik o radu s osobama s invaliditetom*. Zagreb: Biblioteka socijalnog rada.
5. Leutar, Z. i Štambuk A. (2007). Invaliditet u obitelji i izvori podrške. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 43 (1), 47-61.
6. Milić Babić M. (2010). *Socijalna podrška, obilježja roditelja i djeteta kao odrednice doživljaja roditeljstva*. Doktorska disertacija. Zagreb: Pravni fakultet.
7. Milić Babić, M., Franc I. i Leutar Z. (2013). Iskustva s ranom intervencijom roditelja djece s teškoćama u razvoju. *Ljetopis socijalnog rada*, 20 (3), 453-480
8. Silliman, B. (1994). Resiliency Research Review: Conceptual and Research Foundations. National Network for Family Resiliency.
9. Seligman, M. i Darling, R. B. (2007). *Ordinary families, special children – A Systems Approach to Childhood Disability*. New York: The Guilford Press.

15. PRILAGODBA OBITELJI DJETETA S RAZVOJNIM RIZICIMA ILI TEŠKOĆAMA

Mirjana Marojević

Prema Milić Babić, Franc i Leutar (2013) u razvijenim državama rana razvojna podrška uvijek uključuje i obitelj jer se djetetov razvoj najvećim dijelom odvija upravo u obiteljskom okruženju. I kod nas Zakon o socijalnoj skrbi definira ranu razvojnu podršku kao socijalnu uslugu koja obuhvaća stručnu poticajnu pomoć djeci i stručnu i savjetodavnu pomoć njihovim roditeljima, uključujući i druge članove obitelji te udomitelja za djecu, kod nekog utvrđenog razvojnog rizika ili razvojne teškoće djeteta. Vidimo da i prema navedenim autoricama i prema Zakonu o socijalnoj skrbi suvremeno shvaćanje rane razvojne podrške vodi računa o postupcima usmjerenim prema djetetu, kao i o postupcima usmjerenim na obitelj, na njezinu prilagodbu na novonastalu situaciju i načine kako će članovi obitelji optimalno poticati djetetov razvoj.

Prilagodba na okolnost podizanja djeteta s razvojnim rizicima/teškoćama je aktivni proces u kojem roditelj prihvaća nove okolnosti i pronalazi učinkovite načine za rješavanje svakodnevnih problema.

Proces prilagodbe ovisi o više čimbenika od kojih su neki na strani osobe (osobna otpornost, crte ličnosti, životne vrijednosti i sl.) koja prolazi kroz proces prilagodbe, ali naravno ovisi i o okolinskim, društvenim, ekonomskim i političkim čimbenicima i uvjetima u kojima pojedino dijete i obitelj živi. Milić Babić i sur. (2013) navode kako istraživanje koje su proveli Pelchat i sur. (1999) među roditeljima djece s teškoćama ukazuje na bolju prilagodbu na djetetovu dijagnozu onih roditelja koji su bili uključeni u programe rane razvojne podrške u odnosu na one roditelje koji nisu bili obuhvaćeni ovakvim programima. Iste autorice navode poželjne ishode programa rane razvojne podrške kako bi doprinio boljoj prilagodbi obitelji: (1) obitelj može prepoznati djetetove snage, sposobnosti i potrebe; (2) obitelj poznaje svoja prava i prava djeteta te učinkovito zagovara ta prava; (3) obitelj ima dostupan sustav formalne i neformalne podrške, što uključuje podršku stručnjaka u jačanju socijalne mreže djece s teškoćama u razvoju; i (4) obitelj ima pristup željenim uslugama i aktivnostima u zajednici.

Faze prilagodbe na roditeljstvo djeteta s razvojnim teškoćama

Većina autora se slaže da roditelji u procesu prilagodbe na roditeljstvo djeteta s razvojnim teškoćama prolaze kroz određene faze. Milić Babić (2010) navodi model koji je razvila Miller 1994., a koji govori o četiri stadija u procesu prilagodbe, koji slijede jedan za drugim, ali se povremeno preklapaju ili pak dolazi do vraćanja u već prijeđeni stadij.

Prvi stadij nastaje u trenutku spoznaje da je dijete visokorizično u pogledu razvojnog ishoda i autorica ga naziva preživljavanje. Prate ga teško osjećaji bespomoćnosti i gubitka svake kontrole nad vlastitim životom. Ono što roditelju može pomoći u ovom stadiju i ono što roditelj treba su podrška, razumijevanje, osjećaj da ih se čuje i razumije. Također je važno da roditelj dobije informaciju da je to što mu se događa prirodna reakcija na ono što se dogodilo i da se događa i drugima koji se nađu u takvoj i / ili sličnoj situaciji (tu pomažu i grupe podrške gdje roditelji mogu podijeliti svoje osjećaje s drugim roditeljima). Nadalje roditeljima je važno da dobiju informaciju da je to način na koji se roditelji suočavaju s neželjenim situacijama, važno je da ih se potakne da vode brigu o sebi i o svome zdravlju (mnogi su preplavljeni osjećajima i brigom za dijete pa zanemaruju i svoje osnovne potrebe) i važno je da dobiju informacije gdje mogu potražiti i dobiti usluge, terapije i aktivnosti za svoje dijete.

Drugi stadij prilagodbe Miller naziva traganje. Autorica ovaj stadij dijeli na dva dijela i to (1) vanjsko traganje – odnosi se na potragu za točnom dijagnozom i mogućim vidovima pomoći; (2) unutarnje traganje – roditelj traži odgovore na pitanja poput „Što to znači za mene i moji daljnji život, moje odnose s drugima, moju ostalu djecu, moj posao...?”

Ovaj stadij vrlo često prati psihička i fizička iscrpljenost, a može doći i do financijske iscrpljenosti budući velik dio usluga roditelji pronalaze privatno i plaćaju za njih. Važno je da roditelj u ovoj fazi ima podršku i to kako neformalnu (obitelj, prijatelji) tako i formalnu podršku (država, lokalna zajednica) kako bi pronašao primjeren program rane razvojne podrške i specijaliziranih terapija, kao i drugih potrebnih usluga za svoje dijete, a kako bi na tom putu bio vođen od strane stručnjaka koji će roditelju pomoći odabrati što je prioritet u ovom trenutku i koji program je adekvatan odgovor djetetovim teškoćama.

Idući stadij je stadij smještavanja. Obilježja ovog stadija su smanjeno traganje za različitim oblicima pomoći i pronalazak odgovarajućeg programa za dijete i obitelj. Roditelji stječu povjerenje u stručnjake, povezuju se s njima i surađuju s njima. Roditelju se vratilo samopouzdanje, poznaje svoja prava i prava svoga djeteta i zna ih zagovarati te stječe nove vještine i nove uvide. U praksi se pokazuje kako roditelji u ovom stadiju trebaju suradnički odnos sa stručnjacima, trebaju evaluaciju postavljenih ciljeva i trebaju povratnu informaciju od stručnjaka koji rade s njihovim djetetom.

Četvrti stadij u modelu koji je razvila Miller, a navodi ga Milić Babić (2010) naziva se odvajanje. To je proces koji započinje od samog rođenja i odvija se tijekom cijelog života. Kod roditelja djece s teškoćama ovaj je stadij nešto drugačiji i sporiji (Ljubetić, 2001), a roditelji su usmjereni na aktivnosti koje će njihovom djetetu pomoći tijekom osamostaljivanja i osposobiti ga za samopomoć. Roditeljima koji su tek na početku i koji ulaze u programe rane razvojne podrške ovaj stadij se čini vrlo daleko, pa ili izbjegavaju misliti o njemu (jer su teškoće utjecajne i opsežne i ne mogu zamisliti da će njihovo dijete ikada moći biti samostalno) ili bez obzira na vrstu i opsežnost teškoća bježe od budućnosti uz razmišljanje „sve će to biti dobro, bez obzira na to

što su teškoće opsežne, moje dijete će jednoga dana biti potpuno samostalno“.

Drugi model prilagodbe na roditeljstvo djeteta s razvojnim teškoćama razvio je Sporken (1980), a navode ga Leutar i sur. (2015). Navedeni model ima devet faza i naziva se modelom prihvaćanja obiteljske krize (tablica 15.1). Sporken je model razvio na temelju dugogodišnjeg rada s roditeljima djece s teškoćama, međutim smatrao je kako nije nužno da sve obitelji prođu kroz sve faze, jer je situacija jedinstvena i ima puno čimbenika koji utječu na proces suočavanja i prihvaćanja obiteljske krize.

Tablica 15.1. Devet faza u modelu prihvaćanja obiteljske krize (Sporken, 1980; prema Leutar i sur. 2015.)

1. Faza: Neznanje	Znanje roditelja u ovoj fazi o teškoćama djeteta je oskudno, ne primjećuju odstupanja od prosječnog razvoja, a u toj fazi ni liječnici ni druge osobe ne upozoravaju roditelje da njihovo dijete ima teškoće u razvoju.
2. Faza: Nesigurnost	Roditelji postaju nesigurni kad ih npr. vlastiti roditelji ili netko drugi iz okoline upozore na neobičnosti kod djeteta te s jedne strane ne prepoznaju znakove odstupanja djeteta, a s druge strane ne mogu prihvatiti stvarnost.
3. Faza: Implicitno nijekanje	Iako su sve svjesniji da postoje određena odstupanja/teškoće kod djeteta, kod roditelja se javljaju nesvjesni pokušaji nijekanja stvarnosti.
4. Faza: Otkrivanje istine	Roditelji se upućuju na različite dijagnostičke pretrage i susreću se s različitim stručnjacima koji im nastoje dati što više informacija o djetetovim teškoćama/odstupanjima. Roditelji s jedne strane žele otkriti istinu, a s druge strane se i dalje nadaju da je s njihovim djetetom sve u redu.
5. Faza: Eksplisitno nijekanje	Trenutak spoznaje da dijete ima određene teškoće za roditelje je svojevrstan šok. Dva su osjećaja karakteristična za ovo razdoblje: nijekanje i potresenost. To nije stvarno nijekanje, već znak da roditelji ne mogu proraditi istinu niti je prihvatiti, ali nakon određenog vremena postupno pitaju o uzrocima teškoća, stupnju i mogućnostima podrške i potpore djetetu.
6. Faza: Pobuna	U ovoj fazi javlja se pitanje zašto, povezano s uzrocima. Dolazi često do ljutnje na liječnike, ali i na dijete te roditelje preplavljaju negativni osjećaji koji kod nekih roditelja mogu čak ići i do želje za smrću djeteta.
7. Faza: Suočavanje sa stvarnošću	Roditelji u ovoj fazi počinju pregovarati sa stvarnošću. Postoje dva oblika pregovora: roditelji se konzultiraju s mnogim liječnicima i stručnjacima oko pitanja dijagnoze, a na drugoj strani traže pomoć u religioznom području.
8. Faza: Tuga	U ovoj fazi javljaju se osjećaji srama, razočaranja, brige za budućnost djeteta, a dolazi do izražaja i traženje krivca. Većinom roditelji krivca vide u sebi pa je u toj fazi važna reakcija okoline, jer ako okolina reagira empatično i podržavajuće, roditelji dobivaju snagu za budućnost.
9. Faza: Pozitivno prihvaćanje	U ovoj fazi roditelji nakon dugog vremena uspijevaju pozitivno gledati na stvarnost te ju prihvaćaju. Ovo je faza koju ne dostignu sve obitelji te ostaje glavni cilj stručnjacima koji pomaže članovima obitelji da razmišljaju i djeluju u pozitivnom smjeru.

Proučavajući ovaj model i gledajući ga u odnosu na današnje roditelje, možemo primijetiti kako faze koje Sporken navodi mogu odgovarati određenim stadijima s kojima se susrećemo kad radimo s roditeljima djece s rizicima/teškoćama, ali da su se donekle promijenila obilježja pojedinih faza. Tako je npr. u prvoj i drugoj fazi bez obzira na neznanje i nesigurnost vidljivo da se roditelji sve ranije javljaju stručnjacima i to kako kroz zdravstveni sustav liječnicima različitih specijalnosti, tako i drugim stručnjacima koji rade na području funkcionalne procjene, (re)habilitacije i poticanja djetetova razvoja. Također kod faze suočavanja sa stvarnošću možemo primijetiti da roditelji koriste i mnoge druge načine, a ne samo traganje za ispravnom dijagnozom i religiju. Ovdje upravo uvelike pomažu programi rane razvojne podrške u koje se obitelji uključuju i kroz koje dobivaju podršku kako u radu s djetetom tako i psihosocijalnu podršku u procesu prilagodbe na roditeljstvo djeteta s teškoćama.

Partnerski odnosi

Rođenje djeteta s razvojnim rizicima ili teškoćama svakako utječe na partnerske odnose i prema nekim autorima bračni problemi su jedan od češćih problema kroz koje obitelj prolazi u procesu prilagodbe na roditeljstvo djetetu s teškoćama. Leutar i sur. (2015) navode kako bračni problemi uključuju učestalije svađe, nezadovoljstvo partnera, seksualne probleme, privremeno odvajanje i razvod. No ovaj stav pa i istraživanja se razlikuju, tako da neki autori (Patterson 1991., Seligman 1997) navode kako se pokazuju i dobiti i pozitivni učinci rođenjem djeteta s razvojnim rizicima ili teškoćama u razvoju na obitelj i na partnerske odnose. Leutar, Ogresta i Milić Babić (2008) navode kako su neki brakovi duže pod stresom, ali da ostaju netaknuti, neki propadnu, a neki opstaju i još ojačaju. Također navode kako se negativni utjecaji previše ističu dok se pozitivni zanemaruju. Neki od pozitivnih učinaka koje navode Leutar i sur. (2015) su povećano obiteljsko jedinstvo, povećana prisutnost te osobni rast i razvoj. U svakom slučaju područje partnerskih odnosa je zanimljivo i važno, a možemo reći da ima prostora i za nova istraživanja koja bi nam dala odgovore koji su to čimbenici koji utječu na raspad i pogoršanje partnerskih odnosa u nekim obiteljima djece s teškoćama, dok druge obitelji djece s teškoćama prebrode krizu, prođu kroz prilagodbu te se neke od njih još jače povežu i unaprijede partnerske i obiteljske odnose.

Braća i sestre u obitelji djeteta s razvojnim rizicima ili teškoćama

U procesu prilagodbe u onim obiteljima u kojima dijete s teškoćama ima brata ili sestru, važno je voditi računa i imati na umu da rođenje djeteta s teškoćama utječe i na njih, na njihove odnose, na njihovo odrastanje, na njihove odnose s roditeljima i da i oni, kao i roditelji, prolaze kroz prilagodbu. Leutar i sur. (2015) navode da način i količina utjecaja teškoća u razvoju brata ili sestre u obitelji na drugu djecu ovisi o njihovoj dobi, kapacitetima za suočavanje s razvojnim teškoćama, ponašanju roditelja i njihovoj osobnosti.

Troster (2000) navodi četiri čimbenika rizika:

1. braća i sestre dobivaju premalo pažnje i privrženosti od roditelja budući da su roditelji potpuno usmjereni na dijete s teškoćama,
2. roditelji postavljaju prevelika očekivanja braći i sestrama u odnosu na dijete s teškoćama,
3. braća i sestre razvijaju oskudnu sliku o sebi i teško im je razviti identitete neovisno o bratu/sestri s teškoćama,
4. braća i sestre imaju pojačanu ulogu oko čuvanja i brige za brata/sestru djeteta s teškoćama.

Osim što se kod braće i sestara mogu razviti negativni učinci, mogu se pratiti i pozitivni utjecaji na odrastanje u obitelji s bratom/sestrom koja ima teškoće. Od pozitivnih učinaka Leutar i sur. (2008) navode izraženiju zrelost u socijalnom ponašanju, veću senzibilnost za potrebe „slabijih“ vršnjaka, veću osobnu zrelosti od svojih vršnjaka, posjedovanje pozitivnih stavova prema osobama s invaliditetom, iskazivanje samopovjerenja i sposobnosti za zdravu samokontrolu, neznatno nagnuće agresivnoj samoodbrani od svojih vršnjaka kod konflikata te veću svijest o odgovornosti od svojih vršnjaka.

Leutar i sur. (2015) također navode kako istraživanja pokazuju da su za braću i sestre u obitelji najvažniji stavovi majke. Prema istraživanju koje autorice navode, a koje je proveo Seifert (1990) ukoliko majka pokazuje zadovoljstvo svojom ulogom, socijalnim kontaktima i reakcijama prema djetetu s teškoćama, to može povoljno utjecati na prihvaćanje teškoća od strane braće i sestara.

Uz sve navedeno valja naglasiti kako je važan segment programa rane razvojne podrške briga za braću i sestre u obitelji i kako postoje programi rane razvojne podrške koji imaju grupe podrške i / ili radionice za braću i sestre, a koje uvelike mogu pomoći u prihvaćanju vlastite uloge brata ili sestre djetetu s razvojnim teškoćama. Ako već u samom programu nije moguće osigurati dio programa namijenjen braći i sestrama, važno je imati informaciju i biti svjestan kako i oni prolaze kroz proces prilagodbe te osnažiti roditelje da to uoče i da pruže potrebnu pažnju, brigu i vrijeme i drugoj braći i sestrama u obitelji.

Literatura:

1. Bailey, D.B., Bruder, M.B., Hebbeler, K., Carta, J., Defosset, M., Greenwood, C., Kahn, L., Mallik, S., Markowitz, J., Spiker, D., Walker, D. & Barton, L. (2006). Recommended outcomes for families of young children with disabilities. *Journal of Early Intervention*, 28, 226-251.
2. Gabel, H., McDowell, J. i Cerreto, M. C. (1983). *Family adaptation to the handicapped infants*. Aspen: Rockville MD.
3. Leutar, Z., Hlupić, S., Vladić, J. i Čaljkušić, M. (2015). *Metode socijalnog rada s osobama s invaliditetom – Priručnik o radu s osobama s invaliditetom*. Zagreb: Biblioteka socijalnog rada.
4. Leutar, Z., Ogresta, J. i Milić Babić, M. (2008). *Obitelji osoba s invaliditetom i mreže podrške*. Zagreb: Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu.
5. Ljubetić, M. (2001). *Biti roditelj – model dijagnostičko-savjetodavnog praćenja ranog dječjeg razvoja i podrške obitelji s malom djecom*. Zagreb: Državni zavod za zaštitu obitelji, materinstva i mladeži.
6. Milić Babić, M. (2010). *Socijalna podrška, obilježja roditelja i djeteta kao odrednice doživljaja roditeljstva*. Doktorska disertacija. Zagreb: Pravni fakultet.
7. Milić Babić, M., Franc I. i Leutar Z. (2013). Iskustva s ranom intervencijom roditelja djece s teškoćama u razvoju. *Ljetopis socijalnog rada*, 20 (3), 453-480
8. Miller, N.B. (1994). *Nobody's perfect. Living and growing with children who have special needs*. Baltimore: Brookes.
9. Patterson, J.M. (1991). A family systems perspective for working with youth with disability. *Pediatrician*, (18) 129-141.
10. Pelchat, D., Bisson, J., Ricarda, N., Perreault, M. & Bouchard, J.M. (1999). Longitudinal effects of an early family intervention programme on the adaptation of parents of children with a disability. *International Journal of Nursing Studies*, 36, 465-477.
11. Seifert, M. (1990). Zur Situation der Geschwister von geistig behinderten Menschen. *Eine Studie aus ökologischer Sicht. Geistige Behinderung*, (2) 100-109.
12. Selligman, A. (1997). *The Problem of Trust*. Princeton: Princeton University Press.
13. Singer, G.H.S. i sur. (1983). Helping families adapt positively to disability. *Families, disability and empowerment*, 67-82.
14. Sporcken, P. (1980). *Eltern und ihr geistige behindertes Kind. Das Bejahungsproblem*. 2. Auf. Dueseldorf: Patmos – Verlag.
15. Troster, H. (2000). Erhalten Geschwister behinderter oder chronisch kranker Kinder zu wenig elterliche Zuwendung?. *Heilpädagogische Forschung*, 16 (1), 26-35.
16. Zakon o socijalnoj skrbi. Narodne novine, 157/2013.

16. KOMUNIKACIJA S OBITELJI DJETETA S RAZVOJNIM RIZICIMA ILI TEŠKOĆAMA

Sabina Šimić

U odnosu na uobičajenu interpersonalnu komunikaciju i njene izazove, komunikacija s obiteljima djece s razvojnim rizicima ili teškoćama sadrži neke specifičnosti koje ju čine iznimno osjetljivom i iziskuju posebnu pripremljenost stručnjaka koji rade s obiteljima. Naime, podrška roditeljima djece s razvojnim rizicima ili teškoćama gotovo uvijek (a pogotovo u nekim fazama prilagodbe roditelja) uključuje komunikaciju o temama koje u roditelja često izazivaju teške osjećaje. Zbog nerijetko loših ranijih iskustava s medicinskim osobljem (u rodilištu ili kasnije) kod saznanja o djetetovu riziku ili teškoći, roditelji mogu u komunikaciju sa stručnjakom na području rane razvojne podrške ući sa strahom, ljutnjom, tugom, otporom ili traumom.

Čak i kada se stručnjaku čini da se radi o trivijalnome problemu, za obitelj je priopćavanje dijagnoze (pa čak i same sumnje da djetetov razvoj ne protječe uredno) traumatično iskustvo. Česte reakcije roditelja, na koje stručnjak mora biti pripravan, su emocionalna ranjivost, šok, odbijanje prihvaćanja dijagnoze (poricanje), osjećaj krivnje i prevarenosti te anksioznost zbog promijenjene i neizvjesne budućnosti. Važno je napomenuti da su sve ove reakcije prirodne i normalne s obzirom na razmjere promjena koje (u odnosu na očekivanja, planove, želje) u roditeljski i obiteljski život unosi dijagnoza razvojnoga rizika ili teškoća u djetetovom razvoju.

U situaciji kada je u stresu cijela obitelj, podrška prirodne okoline ponekad biva neodgovarajuća i / ili nedostatna pa roditelji djece s razvojnim rizicima ili teškoćama u komunikaciji s okolinom ne uspijevaju zadovoljiti potrebu za komunikacijom u kojoj će u svojoj boli biti iskreni, otvoreni, viđeni, shvaćeni i prihvaćeni. Pritom uzrok neodgovarajuće komunikacije s okolinom nije samo ranije spomenuta nevjestost okoline u primjeni komunikacijskih vještina (pogotovo vještine aktivnog slušanja). Iako u najboljoj namjeri, članovi obitelji i prijatelji (nažalost, nerijetko čak i stručnjaci) često griješe u komunikaciji s roditeljima: tješe ih, neopravdano ohrabruju, ignoriraju teške emocije roditelja, nameću vlastito mišljenje, obezvrjeđuju mišljenje stručnjaka, daju prognoze... Usljed nemoći pronalaženja instant-rješenja, okolina prestaje slušati roditelje, njihove brige, čežnje, strahove ili, pak, izbjegava njihove teške emocije. Dodatno tome, podjednako nedjelotvorno pa čak i štetno, i stručnjaci ponekad izbjegavaju pravovremeno davanje informacija ili roditelje zatrpavaju njima u trenutcima kada za to nisu spremni.

Naše iskustvo u komunikaciji s roditeljima djece s razvojnim rizicima ili teškoćama pokazalo je da oni – pogotovo u prvim mjesecima nakon saznavanja za rizik ili teškoću – imaju izraženu potrebu za razgovorom o svome doživljaju, a nerijetko je upravo ulazak stručnjaka za ranu razvojnu podršku u obitelj njihova prva prilika za otvaranjem u sigurnom okruženju u kojem mogu izraziti svoje strahove, brige, čežnje i pritom biti saslušani i shvaćeni.

Zbog specifičnosti stanja u kojem se ponekad nalaze, komunikacija s roditeljima djece s razvojnim rizicima ili teškoćama zahtijeva iznimnu osjetljivost za njihova pitanja, emocije i potrebe. U smislu komunikacije to znači da je prije svega bitno iskazivanje poštovanja prema njima i stanjima u kojima se nalaze, jasnoća u komuniciranju, a posebno slušanje i razumijevanje.

Posebno važan zadatak stručnjaka za ranu razvojnu podršku stoga je uspostava odnosa povjerenja, što se može postići jedino autentičnim, iskrenim i neautoritarnim pristupom. Komunikacija i odnos su međuovisni, međusobno se isprepleću i prožimaju: što je odnos s roditeljem bolji, komunikacija je uspješnija, a uspješnija komunikacija povratno unaprjeđuje odnos i stvara pretpostavke za uspješnu suradnju. Stoga je u razgovoru s roditeljima potrebno voditi računa o izgovorenim, ali i neizgovorenim porukama koje šaljemo, o razumljivosti poruka, o odnosu prema sadržaju, ali i o odnosu prema roditelju i djetetu.

U prvim susretima s roditeljima važno je staviti naglasak na ostvarivanje početnih ciljeva poput smirivanja roditelja, usmjeravanja roditelja na sadašnjost, poticanje roditelja da upoznaju svoje dijete kako bi mogli adekvatno i pravovremeno odgovoriti na djetetove emocionalne, tjelesne i razvojne potrebe te na razgovor o tome što djetetu od roditelja treba sada (a ne o rizicima i različitim, mogućim ili izvjesnim, dugoročnim negativnim posljedicama).

Ključan preduvjet uspješne komunikacije s roditeljima je empatija. Ako se zanemare perspektiva, životne okolnosti, mentalni sklop roditelja te njihov tempo prilagodbe na novonastalu situaciju, iskreno empatiziranje dolazi u pitanje. U tom slučaju, roditelji će teško razumjeti što se od njih očekuje ili će steći dojam da mnoge važne odluke – čija im smislenost tada može biti nejasna – ionako donosi netko drugi. U tom se slučaju povećava mogućnost dodatnih problema u interakciji roditelj – stručnjak, a i roditelj – dijete, što će negativno utjecati i na djetetov razvoj. Ako stručnjak ne pokazuje razumijevanje, empatiju i prihvaćanje roditelja sa svim njegovim emocijama i potrebama, te ako roditelj osjeća pritisak zbog svega onog što bi trebao ili morao napraviti, dolazi do prividne suradničke komunikacije (Brajša, 2013) u kojoj se roditelj i stručnjak naoko uredno dogovaraju, ali ništa ne ostvaruju; pristaju na sve, ali se toga barem jedna strana ne drži. Takva je komunikacija naizgled sasvim u redu, a zapravo je puna neslaganja, nevažavanja i neprihvatanja što dovodi do pasivnog otpora roditelja, s negativnim posljedicama u ostvarivanju terapijskih ciljeva. Jasno je da specifičnost i osjetljivost ove komunikacije sa sobom nosi i specifične zamke koje se postavljaju pred stručnjaka – od toga da (radi uspostave odnosa povjerenja i snaženja osjećaja suradništva) u komunikaciji mora biti osoban, ali ne prijeći granicu privatnosti pa do odolijevanja izazovu da se komunikacija izrodi u jednosmjerno dociranje, dijeljenje savjeta i gotovih recepata po kojima se roditelj mora ravnati.

Da bi komunikacija s obiteljima djece s razvojnim rizicima ili teškoćama bila uspješna i da bi roditelj doista čuo onu poruku koju je stručnjak poslao, posebno je važno paziti na usklađenost verbalne i neverbalne poruke – neusklađenost sugerira da raz-

govor nije iskren i otvoren te se komunikacija često zatvara i prekida. U tom smislu, važno je izbjegavati poruke u ti-obliku i mi-obliku, koje roditelj može doživjeti kao nerazumijevanje, posramljivanje ili napad, već ih preformulirati u poruke u ja-obliku što će omogućiti uspostavu autentičnog i iskrenog dijaloga s roditeljima.

Spomenuli smo već da stručnjaci ponekad u dobroj namjeri, želeći ih poštediti loših vijesti, odgađaju trenutak priopćavanja dijagnoze ili roditeljima uskraćuju informacije. Praksa pokazuje da je ovakav pristup pogrešan – naime, taj je trenutak ključan za početak prilagodbe roditelja, a k tome, uskraćivanje važnih i pravovremenih informacija roditelji nadoknađuju oslanjanjem na svoj doživljaj i tumačenje neverbalnih poruka stručnjaka, uz velike izgleda da njegovo tumačenje tih poruka bude pogrešno, a odnos povjerenja narušen. Upravo zbog specifičnosti sadržajnog dijela komunikacije, a posebno stanja u kojem se roditelji kao sudionici komunikacije nalaze, povećava se mogućnost nesporazuma u komunikaciji (mogućnost da se primljena poruka razlikuje od one koju je stručnjak odaslao), zbog čega je tijekom komunikacije izuzetno važno provjeravati u kojem je obliku poruka stigla do roditelja.

Kao što smo već naglasili, komunikacija s obiteljima djece s razvojnim rizicima ili teškoćama isprepliće se i prožima s uspostavljenim odnosom stručnjaka koji ulazi u obitelj i roditelja. Povjerenje je nužan, ali ne i jedini temeljni stup ovoga odnosa: ne manje je važno da taj odnos bude partnerski – dakle, odnos u kojem će roditelji osjećati da su na istoj strani sa stručnjacima u zajedničkom djelovanju na djetetove teškoće (Grubić, Ljubešić i Filipović – Grčić, 2013). Partnerski odnos s roditeljima znači da su roditelji uključeni u donošenje odluka, da se njihovo gledište razumije, uvažava i cijeni. Pritom se ne radi o prividnom stvaranju osjećaja partnerstva kod roditelja, već je to doista odnos u kojem su obje strane partneri/eksperti: stručnjak zbog svojih profesionalnih znanja i kompetencija, a roditelji zbog činjenice da oni najbolje poznaju svoje dijete (Starc, Pećnik, Grubić i Ljubešić, 2014). Dakle, ne smijemo zaboraviti da unatoč svemu stručnome znanju i iskustvu koje u komunikaciju, a onda i odnos, unosi stručnjak, glavnu ulogu u skrbi o djeci s razvojnim rizicima ili teškoćama imaju njihovi roditelji.

Uspostavljanje kvalitetne komunikacije i odnosa s roditeljima temeljenoga na povjerenju i partnerstvu, omogućava stručnjaku pristup koji se temelji na modelu osnaživanja. Za razliku od modela deficita, temelj modela osnaživanja je prepoznavanje, osnaživanje i iskorištavanje postojećih roditeljskih potencijala u skrbi o djetetu s razvojnim rizicima ili teškoćama.

Nadalje, već spomenuto roditeljsko poznavanje djeteta, kao i činjenica da oni neovisno o ranoj razvojnoj podršci i eventualnoj uključenosti u različite oblike podrške, već u svakodnevnim situacijama dobro odgovaraju na brojne djetetove potrebe, vrijedan su potencijal koji je kod roditelja potrebno najprije osvijestiti, a potom i osnažiti. Roditelje je važno osnažiti kako bi osjećali da imaju nadzor nad događajima i da se mogu s njima nositi te da bi razumjeli i anticipirali događaje i moguće probleme vezane uz roditeljstvo djeteta s teškoćama (Grubić i sur. 2013). Osnaživanje

roditelja podiže njihovo samopouzdanje i vještine rješavanja problema.

Cilj modela osnaživanja je, dakle, uspostavljanje odnosa u kojemu će se roditelj osjećati ne samo kao ravnopravni sudionik, već i kao odgovorna osoba koja donosi odluke u svome životu i o svome životu, koja se nosi sa svim svojim životnim okolnostima, koja je „stručnjak po iskustvu“ i nositelj socijalnih prava (Pećnik i Starc, 2010).

Zaključno, razmatranje komunikacije s obiteljima djece s razvojnim rizicima ili teškoćama možemo sažeti u sljedeće naglaske:

Kvalitetna i uspješna komunikacija stručnjaka s obiteljima djece s razvojnim rizicima ili teškoćama olakšava prilagodbu roditelja, smanjuje stres cijele obitelji te podiže vjerojatnost postizanja postavljenih ciljeva.

Dobra prilagodba roditelja važna je za psihičko zdravlje roditelja, ali i za socio-emocionalni razvoj djeteta.

Komunikacija stručnjaka i roditelja treba se temeljiti na aktivnome slušanju kao najdjelotvornijem sredstvu komuniciranja, kao i na umijeću govora i razgovora te empatijskome razumijevanju roditelja (Garmaz i Mrdeša-Rogulj, 2013).

Osim kvalitetne komunikacije, ključ uspjeha rane razvojne podrške je i u uspostavi takvoga odnosa povjerenja s roditeljima koji će biti partnerski i usmjeren na prepoznavanje, osnaživanje i iskorištavanje roditeljskih potencijala u skrbi o djetetu s razvojnim rizicima ili teškoćama.

Oblici podrške roditeljima u Malom domu - Zagreb

Prilikom kreiranja usluga i podrške roditeljima slijedimo princip i model aktivne suradnje i sudjelovanja roditelja kao partnera u procesu (re)habilitacije njihovog djeteta. Već tijekom prvog razgovora sa socijalnim radnikom i psihologom prilikom uključenja u program rane razvojne podrške s roditeljima se počinje stvarati partnerski odnos. Izravno im se objašnjavaju načini, metode i procesi kroz koje će se nastojati s njima razvijati i njegovati partnerstvo te im se profesionalnim vođenjem razgovora

nastoji pružiti osjećaj iskrenog interesa, brige, topline, poštovanja i prihvaćanja.

Roditelji se kao partneri uključuju u sva područja i to od samog uključivanja u program rane razvojne podrške pa do prekida usluge, odnosno do odlaska u druge programe podrške i / ili uključivanja u život zajednice. Primjeri aktivne suradnje i partnerstva tako se mogu se vidjeti u sljedećim koracima:

- procjena potreba i očekivanja obitelji prilikom uključivanja u program
- procjena djeteta uz sudjelovanje roditelja
- uključenost roditelja u izradu Individualnog obiteljskog plana podrške (IOPP)
- provođenje aktivnosti u Dnevnom centru i u obitelji korisnika uz prisutnost roditelja
- savjetovanja, roditeljski sastanci, grupe podrške za roditelje,
- uključenost roditelja u proces Osobno usmjerenog planiranja prilikom tranzicije korisnika.

Prilikom kreiranja usluge i podrške roditeljima također valja imati na umu da su potrebe obitelji individualno određene i različite te je osnovno pravilo da je najvažnija ona potreba obitelji koju je izdvojila sama obitelj, a ne stručnjak (Starc i sur., 2014). Koje su to potrebe kojima treba dati prioritet, otkriva se razgovorom. Kroz razgovor se također roditelju daju informacije i saznaje se što roditelja zaokuplja i koji su njegovi prioriteti i potrebe obitelji. Partnerski odnos s roditeljima ogleda se i u kreiranju i unapređenju usluga uzimajući u obzir perspektivu roditelja i povratnu informaciju tako što se kontinuirano krajem edukacijsko-rehabilitacijskog razdoblja provodi vrednovanje putem evaluacijskih upitnika, kao i razgovori prilikom prekida usluge i / ili tranzicije korisnika u druge programe i njihovog uključivanja u život zajednice.

Razvijanje partnerstva s roditeljima i kreiranje modela podrške koji u obzir uzima prioritet potreba svake pojedine obitelji snažna je socijalna podrška koja pomaže obiteljima da mobiliziraju svoje snage i resurse u procesu prilagodbe na rođenje djeteta s razvojnim rizicima ili teškoćama.

Taub, Lewis i Breault (2005) naglašavaju važnost podrške šire okoline posebno u slučaju nedovoljne podrške uže okoline. To su situacije kad je roditeljima, primjerice, pomoć od grupa za podršku nužna za svladavanje izazova roditeljstva.

Grupe podrške roditeljima

Na prvom susretu novoformljene grupe podrške, roditelji ispunjavaju upitnik s ponuđenim temama iz područja roditeljstva koje bi se obrađivale tijekom jednog ciklusa grupa podrške. Također su zamoljeni da sami predlože temu o kojoj trenutno trebaju najviše informacija i o kojoj bi voljeli saznati više. Na taj način osiguravamo da teme koje će se obrađivati na sljedećim susretima budu upravo one teme koje su roditelji sami izdvojili kao njima najvažnije. Već pri prvom susretu roditeljima se prezentira način rada u grupi kroz različite iskustvene aktivnosti i vježbe, kao i osiguravanjem vremena za dijeljenje iskustava i različitih korisnih informacija vezanih uz roditeljstvo. Vrijeme održavanja grupe i učestalost su također određeni u skladu s roditeljskim mogućnostima (npr. grupa se odvija u popodnevnim satima jednom mjesečno). S roditeljima djece koja se pripremaju za izlazak iz našeg programa rane razvojne podrške i koja su uključena u tzv. iskustvenu skupinu unutar Dnevnog centra jednom tjedno, grupa podrške odvija se paralelno dok su djeca u iskustvenoj skupini.

Individualna psihološka savjetovanja

Na prvom razgovoru sa psihologom prilikom uključivanja u program rane razvojne podrške, roditelje informiramo o mogućnosti individualnog psihološkog savjetovanja i kraće psihoterapije (kognitivno-bihevioralne terapije i terapije prihvatanjem i posvećenošću) u našoj ustanovi. Potičemo ih da koriste tu mogućnost kad god osjete potrebu za istom. Roditelji su poticani na isto i od strane stručnjaka u obitelji, koji imaju najbolji uvid u obiteljsku dinamiku s obzirom na to da jednom tjedno odlaze u obitelj pružati stručnu podršku. To se događa u onim situacijama kada stručnjak uočava da prilagodba roditelja na teškoće njihovog djeteta ide otežano ili ukoliko primijeti neke druge teškoće (kao što su teškoće u komunikaciji među roditeljima i sl.).

Roditelje koji zbog različitih razloga nisu u mogućnosti dolaziti na grupe podrške, kontaktiramo redovito prema osmišljenom protokolu (npr. svaka tri ili šest mjeseca) te se dogovaraju individualni susreti i savjetovanja s ciljem praćenja obiteljske dinamike.

Literatura:

1. Brajša, P. (2013). Bez razgovora se ne može. Zagreb: Glas Koncila.
2. Grubić, M., Ljubešić M. i Filipović – Grčić, B. (2013). Kako reći neželjenu vijest. Zagreb: Medicinska naklada d.o.o.
3. Starc, B., Pećnik, N., Grubić M. i Ljubešić M. (2014). Roditeljstvo u najboljem interesu djeteta i podrška roditeljima djece s teškoćama u razvoju. Zagreb: Ured UNICEF-a za Hrvatsku.
4. Pećnik, N. i Starc, B. (2010). Rastimo zajedno, program radionica za roditelje najmlađe djece: Priručnik za voditelje. Zagreb: Ured UNICEF-a za Hrvatsku.
5. Garmaz, J., Mrdeša – Rogulj, Z. (2013). Neka načela u komunikaciji s bolesnikom. Služba Božja 3-4; 319-333.
6. Taub, J., Lewis, S., & Breault, C. (2005). Relationships between caregiver stress and family supports for children with SED. 18th Annual Research Conference. A System of care: Expanding the Research Base. University of South Florida.

17. GUBITAK, TUGOVANJE I PODRŠKA

Sabina Šimić

Nema čovjeka koji u nekom trenutku svoga života neće iskusiti gubitak – ako se netko u svome dosadašnjemu životu i nije susreo s gubitkom, to ga iskustvo neupitno čeka. Razlikujemo se po broju doživljenih gubitaka, po dobi u kojoj su nam se gubitci počeli događati, po razini njihove (ne)očekivanosti i iznenadnosti, intenzitetu kojim su nas pogodili, po trajanju našeg oporavka od gubitaka – ali, iskustvo gubitaka nam je svima zajedničko. Upravo zbog toga imamo osjećaj da nam je gubitak blizak i poznat, da se o njemu nema što posebnoga ili novoga reći – a onda, kada se nađemo uz nekoga tko je doživio gubitak, odjednom postajemo svjesni toga koliko malo znamo o gubitku, o tome kako gubitak djeluje na ljude i kakve posljedice na njih ostavlja (Arambašić, 2008). Naše poznavanje gubitka (ponekad čak i naše osobno iskustvo s gubitkom) pokazuje se nedostatnim da bismo znali što je najbolje reći i što učiniti u takvim situacijama.

Ne postoji način na koji možemo trajno i potpuno zaboraviti gubitke. Ono što možemo jest naučiti živjeti s njima tako da na nas više ne djeluju tako razarajuće kao u trenutku kada su se dogodili. Reakcije na gubitak su raznovrsne, a možemo ih podijeliti na emocionalne, misaone, tjelesne i ponašajne. Iako se reakcije najčešće javljaju odmah nakon gubitka, valja imati na umu da se neke mogu pojaviti i nakon nekoliko tjedana ili mjeseci. Također, važno je spomenuti i da naoko isti ili slični gubitci kod različitih ljudi mogu pobuditi različite reakcije i njihove kombinacije, kako po pojavnim oblicima, tako i po njihovu intenzitetu i trajanju.

Arambašić (2008) navodi da je ključan dio oporavka od gubitka prolazak kroz četiri osnovne faze tugovanja: (1) negiranje; (2) ljutnja; (3) žalovanje i (4) integracija gubitka.

Tugovanje je prirodan proces oporavka i na neki način služi oporavku. Završetak tugovanja ne znači zaboravljanje gubitka pa čak ni potpuni oporavak od gubitka. Moglo bi se reći da se okončanjem tugovanja „vraćamo u život“ u mjeri u kojoj je to, ovisno o samom gubitku, uopće moguće. Postupno se privikavamo na život s gubitkom (ili, život unatoč gubitku), svoje misli i energiju preusmjeravamo na sadašnjost i budućnost, postupno uspostavljamo komunikaciju s okolinom itd.

Smrt djeteta nesumnjivo je najtraumatičniji mogući gubitak u životu. Ona ruši naše psihološke temelje, dovodi u pitanje smisao našega samog postojanja i svrhu naše budućnosti. Po svim prirodnim zakonima stariji umiru prije mlađih, a djetetovom smrću urušava se i budućnost koju smo zamišljali, očekivali i radovali joj se (Arambašić, 2008). To je gubitak odnosa, privrženosti, zajedničkog vremena, nada pa i strahova. Od tog se gubitka roditelj nikada ne može u potpunosti oporaviti, a i djelomični oporavak je dugotrajan i postupan.

Smrt djeteta tijekom trudnoće, pri porodu ili nakon njega također je strašan gubitak. Iako se na prvi pogled može činiti da nije riječ o gubitku „jer se roditelji još

nisu uspjeli (jako) vezati za svoje dijete“, „jer roditelji nisu imali prilike upoznati svoje dijete pa i nemaju za kim tugovati“, to nije točno (Arambašić, 2013). Imajući na umu da se identitet roditelja te privrženost s nerođenim djetetom počinju stvarati već u trudnoći, smrću nerođenog djeteta prekida se proces ostvarenja tog identiteta i odnosa privrženosti.

Rođenje djeteta s teškoćom također je svojevrsni gubitak. To je gubitak priželjkivanoga, očekivanoga, zdravog djeteta; gubitak roditeljskih (pa i obiteljskih) nada i planova, promjena budućnosti u odnosu na onu planiranu i priželjkivanu. Stoga se roditelju treba pristupiti jednako kao bilo kojoj drugoj tugujućoj osobi, uz uvažavanje njegovih emocionalnih stanja i potreba, bez požurivanja njegova oporavka.

Jednako kao i reakcija na gubitak, način i trajanje oporavka od gubitka također se razlikuju od čovjeka do čovjeka. Zbog toga svakome tugujućemu ne treba jednaka količina podrške i pomoći. Štoviše, ta podrška i pomoć ne mora nužno i uvijek biti stručna podrška – ali, važno je znati da svakome tugujućemu treba podrška! Pritom valja imati na umu da je cijela obitelj, uključujući i djecu, u procesu tugovanja te da se svakom članu obitelji treba pristupiti ponaosob, poštujući i uvažavajući razlike u njihovom doživljaju i reakcijama.

Opći ciljevi podrške su olakšati roditeljima i ostalim članovima obitelji psihološku, socijalnu i fizičku prilagodbu na dijete i njegovu teškoću; prevenirati ili reducirati mogućnost pojave psihičkih poremećaja kod roditelja; osposobiti roditelje i ostale članove obitelji za zadovoljavanje djetetovih potreba na najbolji mogući način, ali ne zanemarujući pritom svoje vlastite potrebe te osposobiti dijete za što kvalitetniji život liječenjem ili barem sprječavanjem ili minimiziranjem nepoželjnih fizičkih posljedica.

Bez obzira na svijest okoline o potrebi podrške roditeljima nakon smrti njihova djeteta i roditeljima djeteta s teškoćama, podrška okoline ipak ponekad izostaje, najčešće zbog sljedećih razloga:

- ljudi ne znaju što bi rekli, a da ne povrijede ili umanje nadu;
- osjećaju nelagodu pa čak i gađenje;
- nisu svjesni koliko je gubitak težak tugujućoj osobi;
- nemaju dovoljno vremena i snage pružati stalnu podršku;
- misle da je najbolje praviti se da je sve u redu.

Izostanak podrške okoline unatoč svijesti o potrebi roditelja za podrškom nije jedini naizgled paradoksalan aspekt odnosa tugujućih i okoline. Postoji slična opreka između činjenice da okolina najčešće zna osnovne poruke koje želi odaslati tugujućem, i problema/neuspjeha u odašiljanju tih poruka u svakodnevnim odnosima i komunikaciji. Tugujućima želimo poslati poruke poput ovih:

- „*Stalo mi je do vas.*“
- „*Želim vam pomoći da se bolje osjećate.*“
- „*Volio/voljela bih da se to nije dogodilo, da vam nije teško.*“
- „*Žao mi je što vam se to dogodilo i što vam je teško.*“ itd.

Unatoč našoj najboljoj namjeri i svijesti o onome što želimo poručiti, problem nastaje u načinu kako to poručujemo zbog niza mogućih razloga (usvojeni obrasci ponašanja, zatečenost i nepripremljenost na situaciju gubitka, nedostatak komunikacijskih vještina, nekritičko prihvaćanje načina na koji vidimo da drugi komuniciraju s tugujućima), a naše rečenice i naša djela u konačnici bivaju u najmanju ruku nedjelotvorna, a ponekad i štetna.

U pripremi za komunikaciju s tugujućima, kao i pri samoj komunikaciji, treba imati na umu jednostavnu činjenicu. Tugujući ne očekuju čarobne rečenice ili rješenja, naprosto zato što čarobne rečenice ili rješenja ne postoje. Gubitak i tugovanje nisu problem za čijim rješenjem trebamo tragati (ili pomoći tugujućima u njihovoj potrazi). To je novonastala situacija s kojom (ili unatoč kojoj) treba živjeti. Neke od smjernica za uspješnu podršku tugujućima svakako su sljedeće (Profaca i Puhovski, 2007):

- Važnije je jednostavno biti tu i postojati, nego nešto reći ili nešto raditi.
- Nije dobro pretpostavljati ni unaprijed podrazumijevati potrebe tugujućega – te su potrebe individualne (a ne univerzalne) i o njima treba tugujućega otvoreno pitati.
- Potrebno je nuditi podršku i konkretnu pomoć, ali bez navaljivanja i pritisaka; eventualno odbijanje treba mirno i odmah prihvatiti.
- Razgovor o gubitku nije tabu-tema koju bi svakako trebalo izbjegavati – naprotiv, ovaj se razgovor slobodno može započeti s tugujućima.
- Korisno je u komunikaciji zagovarati „skraćivanje vremenskog horizonta“ – dati tugujućima podršku da žive dan po dan, sat po sat.
- U komunikaciji s tugujućim potrebno je strpljenje – ne postoji čudesno rješenje za čudesan oporavak „preko noći“; naprotiv, oporavak od gubitka je dug, postupan i spor proces.
- Preporučljivo je reći tugujućima da je prirodno što osjećaju različite i vrlo intenzivne emocije (uključujući i one negativne), i da ih to ne čini ludima ili nenormalnima.

Pri komunikaciji s roditeljima koji tuguju (bez obzira na to koja je vrsta gubitka razlog tugovanja) važno je aktivno slušati, verbalno i neverbalno pokazivati zainteresiranost i empatiju, povremeno postavljati pitanja (ali voditi računa da se ne pretjera zapitkivanjem), paziti na usklađivanje verbalnih i neverbalnih poruka, promatrati te adekvatno i pravovremeno reagirati na iskazane emocije tugujućeg.

Učini li vam se da se, bez obzira na vašu podršku i podršku iz svoje prirodne okoline, tugujući roditelji ne oporavljaju te da su reakcije na gubitak djeteta sve jače i sve ih je više i / ili ako ste se vi iscrpili u ulozi pomagača, potrebno je uputiti roditelja na traženje stručne pomoći (Arambašić, 2013).

Naime, upućivanje tugujućih roditelja nije znak slabosti i nezrelosti, već naprotiv znak poštivanja granica vlastitih kompetencija i znak da vam je stalo.

Literatura:

1. Arambašić, L. (2008). Gubitak, tugovanje, podrška. Jastrebarsko: Naklada Slap.
2. Arambašić, L. (2013). Gubitak djeteta u trudnoći, tijekom ili nakon poroda. Letak za roditelje. Zagreb: Ured UNICEF-a.
3. Profaca, B. i Puhovski, S. (2007). Kako pomoći tugujućem djetetu. Zagreb: Poliklinika za zaštitu djece grada Zagreba.



VI

STRUČNA PODRŠKA U RANOM RAZVOJU

18. INTEGRIRANI MODEL POTICANJA U OBITELJSKOM OKRUŽENJU

Ana Validžić Požgaj

Tradicionalni pristupi intervenciji dokazano su nedostatan pristup ako su usmjereni prema tjednim odlascima stručnjaku i terapijskom radu, bez da te iste strategije dijete razvija i uvježbava s roditeljima u svom okruženju. Različiti razvojni programi u koje je dijete uključeno mogu imati značajnu ulogu u stjecanju socijalnih i komunikacijskih vještina, ali samo ako istovremeno jačaju roditelje u poticanju djetetovog razvoja (Bronfenbrenner, 1979).

Intervencije treba kreirati tako da one predstavljaju kontinuiranu dnevnu aktivnost, prilagođenu djetetovim razvojnim potrebama i obiteljskim mogućnostima i interesima. Dijete ovladava funkcionalnim vještinama kroz svakodnevne uobičajene aktivnosti u obiteljskom okruženju i kroz primjerene interakcije s osobama u svom prirodnom okruženju (Guralnick, 2005).

Za kreiranje ciljeva intervencije važno je započeti s onim područjem za koje su roditelji najviše zabrinuti. To je najčešće ujedno i najzahtjevnije područje rada. Kada postoji razilaženje između ciljeva koje žele postići stručnjaci i ciljeva koje žele članovi obitelji, treba barem u početku intervencije dati prednost ciljevima koje žele roditelji. Odgovornost stručnjaka koji rade s djetetom s razvojnim rizicima ili teškoćama je jasno odrediti razvojni profil radi primjerenog postavljanja realnih kratkoročnih i dugoročnih intervencijskih ciljeva.

Recentna istraživanja u literaturi govore u prilog učinkovitosti rane razvojne podrške na kognitivni i motorički ishod nedonošene dojenčadi, ako se programi implementiraju tijekom razdoblja najvećih neuroplastičnih promjena te ako su usmjereni na obitelj te uključuju uzajaman odnos između roditelja i dojenčeta (Katušić, 2020). Stručnjak koji ulazi u obitelj osim usmjerenosti na djetetova razvojna obilježja i načine poticanja istih, mora osvijestiti roditeljske načine postupanja i uskladiti strategije koje su značajne i funkcionalne.

Responzivnost roditelja je jedini konstantni prediktor dječjeg kognitivnog i socijalnog razvoja. Uspjehu na razvojnim testovima značajno ne doprinose ni igračke ni mnogo ohrabivanja i stimulacije. Strategije responzivnosti kojima se roditelji podučavaju uključuju promatranje, čekanje i slušanje djeteta, uključivanje u djetetovu igru, imitiranje djetetovih radnji, interpretiranje namjera, nametanje sebe u njihovu aktivnost, uče se govoriti manje, polaganije, naglašavajući najvažniju informaciju i uče se pokazati djetetu na što da se usredotoče i kako da izvedu neku aktivnost.

Za poticanje razvoja spoznaje autori predlažu strategije koje potiču igru, inicijativu, aktivno istraživanje i učenje, rješavanje problema i uvježbavanje usvojenih shema. Strategije za poticanje komunikacijskih vještina uključuju razvoj komunikacijskih

kompetencija, odnosno razvoj recipročnih interakcija, združivanje pažnje uz kontakt očima, vokalizacije, geste ili riječ, poticanje vokalizacija usmjerenih prema komunikacijskom partneru kroz ponavljanje prema modelu, zajedničko pjevanje, igre imitacije.

Prema Weitzman (2002) postoje tri skupine strategija responzivne interakcije koji su povezani s modelom intervencije baziranoj na socijalnoj interakciji: ponašanja koja su usmjerena djetetu, strategije koje potiču interakciju i strategije jezičnog modeliranja.

Kroza sve navedeno roditelje se poučava responzivnosti, odnosno brzom i usklađenoj odgovorljivosti na djetetovo ponašanje. Cilj je i edukacija roditelja o osnovnim etapama djetetovog razvoja, interesima i poticajnim aktivnostima koje jačaju djetetove razvojne potencijale. Stručnjak koji provodi aktivnosti u ranoj razvojnoj podršci nastoji osmisliti aktivnosti poticanja koje se lako implementiraju u svakodnevne obiteljske rutine i od značaja su za djetetov razvoj i obitelj u cjelini.

Što su roditelji responzivniji, djeca u interakciji pokazuju više uključenosti i slijeđenja, iniciranja i svrha u koju komuniciraju (Aldred, Green, Adams, 2004).

Literatura:

1. Aldred, C., Green, J., Adams, C. (2004): A new social communication intervention for children with autism: Pilot randomized controlled treatment study suggesting effectiveness. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40
2. Bronfenbrenner, U. (1979): Contexts of child rearing: Problems and prospects. *American Psychologist* 34, 10, 844-850.
3. Guralnik, M.J. (2005): Early intervention for children with intellectual disabilities: current knowledge and future prospects. *Journal of applied Research in Intellectual Disabilities*, 18, 313-324
4. Hutchon, B., Gibbs, D., Harniess, P., Jary, S., Crossley, S.L., Moffat, J.V., Basu, N., Basu, A. Early intervention programmes for infants at high risk of atypical neurodevelopmental outcome. *Developmental Medicine Child Neurology*. 2019; 61:1362-7. doi:10.1111/dmcn.14187
5. Mahoney, G. i MacDonald J.D. (2007): *Autism and Developmental Delays in Young Children*
6. Weitzman, E. i Greenberg, J. (2002): *Learning Language and Loving It: A Guide to Promoting Children's social, Language, and Literacy Development in Early Childhood Settings*, Second Edition. The Hanen Centre: Toronto.

19. INDIVIDUALNI OBITELJSKI PLAN PODRŠKE

Marijana Konkoli Zdešić

U procesu rane razvojne podrške u djetinjstvu vrlo je važan segment dokumentiranja, praćenja i reevaluiranja postupaka koji se provode u pojedinom programu. Rana dob je složeno i vrlo osjetljivo razdoblje kako za dijete tako i za obitelj. Kreiranje programa stručne podrške djetetu i obitelji zahtijeva najviši stupanj timske suradnje kako bi se na najmanje ometajući način pružila optimalna podrška svim sudionicima.

Individualni obiteljski plan podrške (IOPP) dokumentira rani intervencijski proces te služi kao vodilja pružatelju usluga i obitelji djeteta (korisnika rane podrške). Kroz kreiranje ovog dokumenta članovi obitelji i stručnjaci rane razvojne podrške rade kao tim kako bi planirali, implementirali i vrednovali usluge krojene po specifičnim potrebama, prioritetima i resursima obitelji. IOPP bi trebao koristiti međusustavnoj suradnji i zajedničkom djelovanju prema obitelji i djetetu kako bi se olakšala koordinacija i integracija svih pristupa i na taj način smanjila repeticija i izlaganje obitelji nepotrebnim postupcima. IOPP je neprekidan proces i važna spona između obitelji i ranog intervencijskog tima. Aytakin (2016) navodi kako je u tom procesu nužna ključna osoba/voditelj koji će pratiti korake unutar samog procesa i reevaluirati usluge.

U pojedinim državama IOPP je obavezan dokument za sve osobe s dodatnim potrebama te je zakonski reguliran njegov sadržaj, proces i razvoj (2). U državama koje u zakonskoj regulativi nemaju određene smjernice za kreiranje IOPP-a, pružatelji usluga sami mogu odrediti opseg i sadržaj samog dokumenta.

IOPP može varirati između pružatelja usluga unutar nekog sustava te ovisi o dogovoru stručnog tima i potrebama obitelji. Lipkin i Okamoto (2015) ističu neke od sastavnica IOPP-a:

- djetetovo inicijalno funkcioniranje na područjima spoznaje, komunikacije, motorike, socio-emocionalnog razvoja i senzoričkog stupnja razvoja
- obiteljski resursi, prioriteti i usmjerenost spram poticanja razvoja djeteta
- kriteriji i rokovi u svrhu određivanja napretka djeteta po razvojnim područjima
- učestalost, intenzitet i metoda pružanja specifičnih usluga rane razvojne podrške
- okolina u kojoj će se odvijati pružanje usluga (centar, obiteljski dom)
- izrada dugoročnih ciljeva kroz timski rad roditelja i stručnjaka
- izjava o suglasnosti s kreiranim Individualnim obiteljskim planom podrške.

Kako tumače Lipkin i Okamoto (2015), proces stvaranja IOPP-a sastoji se od nekoliko koraka:

- Potrebno je identificirati obiteljske prioritete, resurse i brige, odnosno potrebe. Ove tri stavke su važne tijekom cjelokupnog procesa stvaranja IOPP-a. Kako bi prvi korak bio uspješan, nužno je od samog početka raditi na partnerskom odnosu između obitelji i tima za ranu razvojnu podršku.
- S obzirom da se svako dijete razvija unutar okoline i u interakciji s okolinom koja ga okružuje, potrebno je odrediti set aktivnosti u kojima obitelj sudjeluje. Bitno je dokumentirati svakodnevne rutine (npr. kupanje, hranjenje, igra i sl.) kako bi se procijenilo pružaju li one dovoljno mogućnosti djetetu za učenje i stjecanje novog iskustva te također one aktivnosti u zajednici u koje je obitelj uključena.
- Provesti funkcionalnu procjenu koja će staviti naglasak na roditeljska pitanja o mogućnostima djetetovog napretka; dati jasnu i što sveobuhvatniju sliku o djetetovim snagama, potrebama, preferencijama. Opservaciju i druge oblike procjene trebao bi provoditi stručnjak s kojim je obitelj već bila u kontaktu te u poznatoj okolini.
- Nakon prikupljanja podataka potrebno je, zajedničkom suradnjom tima i roditelja, odrediti koji su željeni ishodi. Aktivna uključenost roditelja u kreiranje ciljeva je imperativ. Zajednički ciljevi uvijek su usmjereni na jačanje roditeljskih kapaciteta i povećanje djetetove uključenosti.
- Potrebno je odrediti odgovornosti u timu za intervencijske postupke koje će dovesti do ostvarenja postavljenih ishoda. U situaciji transdisciplinarne timske suradnje, individualna odgovornost pojedinih članova tima definirana je potrebama određenih situacija prije nego funkcijom određene struke.
- Odrediti strategije koje će pomoći implementaciji plana. Ovaj korak i dalje podrazumijeva visok stupanj timske suradnje kako bi se povećale prilike koje će omogućiti učenje, koristila djetetova prirodna okolina te učinkovite strategije koje će nas dovesti do željenih ishoda.

Gaitmaitan i Browns (2016) navode kako je ishod IOPP-a da sadrži dovoljno informacija za roditelje o potrebnim vještinama ili ponašanjima koje dijete treba svladati te kriterije kada je određena vještina ili ponašanje generalizirano od strane djeteta. Isto tako bi trebalo definirati moguće prepreke. Uvid u te informacije može pomoći roditeljima u praćenju napretka unutar svakodnevnih aktivnosti i rutina.

U Sjedinjenim Američkim Državama, Individuals with Disabilities Education Act – IDEA (2004) razlikuje IOPP i Individualni edukacijski plan (IEP), navodeći kako je IOPP namijenjen djeci do 3. godine života, dok je IEP namijenjen djeci od 3 godine života. Između ostalog IOPP je usmjeren na potrebe obitelji u svrhu podrške razvoju djeteta, dok je IEP više usmjeren na odgojno-obrazovne potrebe djeteta.

Literatura:

1. Aytekin, C. (2016). Individualized Family Service Plan and its differences from Individualized Education Program. *Int J Adv Res*, 4, 2031-2036.
2. Gatmaitan, M. i Browns T. (2016). Quality in Individualized Family Services Plans: Guidelines for Practitioners Programs and Families. Division for Early Childhood, 20, 1-19.
3. IDEA 2004: Building the legacy, PART C (birth – 2 years old), U.S. Department of education, https://sites.ed.gov/idea/files/original_Final_Regulations-Part_C-DOC-ALL.pdf. Pristupljeno 20. travnja 2020.
4. Lipkin, P. i Okamoto, J. (2015). The Individuals with Disabilities Education Act (IDEA) for Children with Special Educational Needs. *PEDIATRICS*, 136, 1650-1662.
5. Wyngaarden Krauss, M. (1990). New Precedent in Family Policy: Individualized Family Service Plan. *Exceptional Children*. The Council for Exceptional Children, 56 (5), 388-395.

20. INDIVIDUALNI EDUKACIJSKI PLAN

Martina Celizić

Individualni edukacijski plan (IEP) predstavlja pisani dokument koji utvrđuje program podrške djetetu. On je sustav identificiranja gdje je osoba, kamo ide, kako će doći do tamo i kako ćemo odrediti je li put bio uspješan. Odnosi se i na proces u kojem se ogleda način promišljanja onih koji ga kreiraju. Treba imati na umu da IEP nije tek zbirni dokument u kojem svaki od stručnjaka tima za ranu razvojnu podršku zasebno upisuje svoje ciljeve iz svog područja, već odražava holistički pristup gdje se polazi od djeteta i njegovih trenutnih potreba.

Osnove sastavnice IEP-a čine: inicijalni status u različitim razvojnim područjima, ciljevi, strategije i aktivnosti.

Inicijalni status predstavlja vještine koje dijete trenutno ima i informacije o njima mogu se prikupiti primjenom različitih instrumenata procjene, razgovorom s roditeljima te opservacijom djeteta. Na temelju djetetovih inicijalnih vještina određuju se potrebe. Potrebe predstavljaju one vještine koje dijete treba razviti, a koje, prema Vygotskom, spadaju u tzv. zonu sljedećeg razvoja. To su one vještine za koje dijete pokazuje sposobnost, a koje trenutno izvodi uz podršku. Pri određivanju potreba potrebno je uzeti u obzir i potrebe obitelji. Roditelji su ključni sudionici planiranja jer oni najbolje poznaju dijete.

Tek nakon određivanja potreba kreće se u definiranje ciljeva – dugoročnih i kratkoročnih. Dugoročni i kratkoročni ciljevi definiraju se suradničkim pristupom usmjerenim na okruženje. Pristup usmjeren na okruženje sagledava dijete u interakciji s okruženjem te se u obzir uzimaju okruženja i aktivnosti u kojima dijete sudjeluje ili je motivirano sudjelovati.

Dugoročni i kratkoročni ciljevi trebaju biti „pametni“ (engl. SMART; Jung, 2007):

- **Specifični:** Ciljevi trebaju biti dovoljno specifični da tim oko djeteta točno zna koje ponašanje se očekuje. To osigurava usklađivanje očekivanja i olakšava vrednovanje.
- **Mjerljivi:** Ciljevi trebaju uključivati kriterij mjerenja uspjeha čime se omogućuje praćenje i vrednovanje uspješnosti djetetovog programa.
- **Dostižni:** Odnosi se na to da se mogu ostvariti u vremenskom okviru do godine dana ili u kraćem roku kada je riječ o djeci do 3. godine života. Primjereni vremenski okvir u toj dobi je 2 – 4 mjeseca. Članovi obitelji ponekad mogu predložiti ciljeve koji se mogu postići u dužem vremenskom okviru pa je zadatak tima razlomiti te prioritete obitelji u manje korake koji se mogu ostvariti u okviru 2 – 4 mjeseca.
- **Temeljeni na rutinama:** Jesu li ciljevi realni, relevantni, smisleni za dijete i njegovu obitelj?
- **Vremenski ograničeni:** Mogu li se ostvariti u odgovarajućem vremenskom okviru (definiran vremenskim okvirom postavljanja ciljeva)?

Dugoročni ciljevi odnose se na duže vremensko razdoblje. U ranoj dobi, dugoročnim ciljem se definira željena vještina i područje. Primjer dugoročnog cilja je npr. „Dijete će koristiti obje ruke tijekom manipulacije predmetima“. Kratkoročni cilj uključuje korake koje treba poduzeti kako bi se dugoročni cilj ostvario. Dugoročni cilj može uključivati više kratkoročnih ciljeva i to mogu biti vještine koje se sukcesivno usvajaju ili niz povezanih ponašanja koja doprinose usvajanju ciljane vještine. U oblikovanju kratkoročnog cilja koristimo specifičnu vještinu/ponašanje, ali dodajemo i uvjete ostvarivanja i kriterij mjerljivosti. Primjer kratkoročnog cilja na temelju gore definiranog dugoročnog cilja je „Dijete će tijekom nizanja predmeta na nizalicu, jednom rukom držati predmet, a drugom držati nizalicu, u 3/5 puta“.

Kriteriji mjerljivosti mogu biti različiti: učestalost ponašanja, razina aktivnog sudjelovanja, trajanje ponašanja, primjerenost.

Ciljevi trebaju biti funkcionalni što znači da iz cilja mora biti vidljivo zašto se na njemu radi. Funkcionalnost je pojam koji se veže uz vještine koje povećavaju samostalnost i doprinose prilagođenosti osobe okruženju. Primjer nefunkcionalnog cilja je „Dijete će složiti 3 oblika na nizalicu“, dok je cilj „Dijete će koristiti dvije ruke gdje jednom drži predmet, a drugom izvodi pokret“ primjer funkcionalnog cilja. Funkcionalni cilj u sebi sadrži vještinu te se može izvoditi u više različitih okruženja.

Jedan od instrumenata procjene koji stručnjacima mogu pomoći vidjeti je li definirani cilj dobar je R-GORI lista (engl. *Revised IEP/IFSP Goals and Objectives Rating Instrument (R-GORI) for Early Childhood*), koja sadrži pitanja o funkcionalnosti, kontekstu podučavanja, mogućnosti generalizacije i mjerljivosti postavljenih ciljeva (Notari-Syverson i Shuster, 1995).

Osim trenutne razine funkcioniranja i ciljeva (dugoročni i kratkoročni), IEP uključuje pristupe i sredstva. Pristupi i sredstva podrazumijevaju opis postupaka i materijala koji će se koristiti u ostvarivanju ciljeva. Pristupi i sredstva predstavljaju ciljeve za tim odnosno ono što očekujemo da stručnjaci učine kako bi se cilj mogao ostvariti. Primjer ciljeva tima je „Poticati združenu pažnju na način...“ ili „Osigurati tri promjene položaja tijekom aktivnosti“.

Unutar IEP-a definiraju se i aktivnosti unutar kojih će se ciljevi ostvarivati. S obzirom na ranu razvojnu dob, aktivnosti su obično djetetove rutine tijekom dana ili aktivnosti u kojima voli sudjelovati (interesi).

Literatura:

1. Jung, L. A. (2007). Writing SMART objectives and strategies that fit the ROUTINE. *Teaching Exceptional Children*, 39(4), 54-58.
2. Notari-Syverson, A.R., & Shuster, S.L. (1995). Putting real-life skills into IEP/IFSPs for infants and young children. *Teaching Exceptional Children*, 27(2), 29-32.

21. KREIRANJE AKTIVNOSTI USMJERENIH CILJU

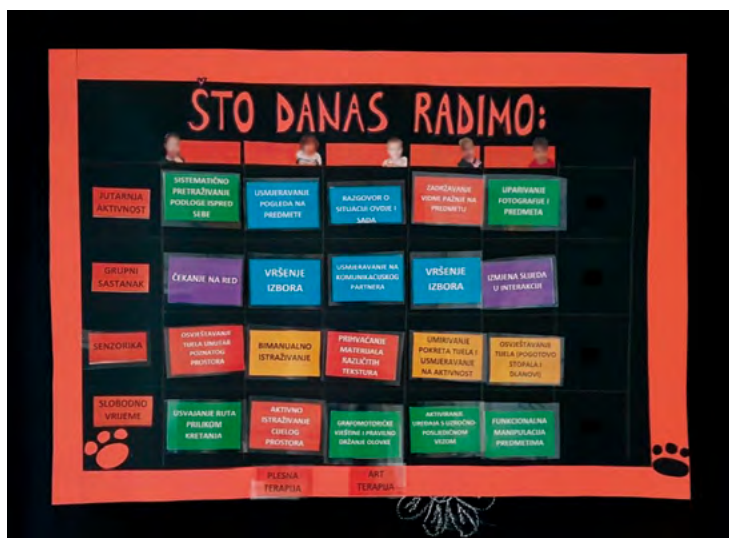
Martina Celizić

Djeca u ranoj dobi lako ne generaliziraju vještine na druga okruženja, osobe i materijale, a proces generalizacije postaje zahtjevniji što su razvojne teškoće složenije. Važno je podučavati one vještine koje djetetu trebaju u kontekstu gdje će mu biti potrebne (McWilliam, 2000). Dugoročni i kratkoročni ciljevi trebali bi uključivati kritične ili ključne vještine koje dijete može učiti u kontekstu dnevnih rutina i aktivnosti.

U radu s djecom rane razvojne dobi često se provodi tzv. intervencija temeljena na aktivnostima (engl. *activity based intervention*). Intervencija temeljena na aktivnostima je od strane djeteta usmjeravan, transakcijski pristup. Ovaj pristup polazi od toga da se djetetovi individualni ciljevi ostvaruju unutar rutina koje mogu biti planirane ili aktivnosti koje dijete može inicirati. Rutine omogućuju razvoj funkcionalnih i generativnih vještina jer koriste logične prethodnike i posljedice (Bricker i Cripe, 1992).

Aktivnost koju usmjerava dijete znači da dijete inicira aktivnost, a stručnjak slijedi njegov interes i uključuje ciljeve IEP-a. Polazi se od djetetovih interesa, što znači da ćemo, ako želimo da dijete usvoji nazive odjevnih predmeta, kreirati situacije igre s lutkom, odlaska u park i sl. umjesto da dijete izložimo slikovnim karticama i imenovanju odjevnih predmeta.

Od djeteta inicirane aktivnosti uključuju prirodni slijed radnji, nešto što prethodi i čime aktivnost rezultira što jačom motivacijom za izvođenje željenog ponašanja (vještine) jer dijete zna zašto nešto izvodi. Primjerice imenovanje predmeta rezultira igrom imenovanim predmetom.



Slika 21.1. Primjer integracija ciljeva IEP-a u djetetove aktivnosti tijekom dana u okviru predškolskog programa (izvor: Mali dom - Zagreb).

Osim aktivnosti i radnji koje usmjerava dijete, ova vrsta pristupa uključuje i planirane aktivnosti i rutine tijekom dana kao kontekst učenja. Integracija ciljeva u djetetove rutine, odnosno aktivnosti tijekom dana omogućava učenje vještina tamo gdje će se one koristiti (slika 21.1). U gornjem primjeru cilj imenovanja odjevnih predmeta provodi se unutar prirodnih situacija koje se događaju često što ujedno pruža i više prilika za učenje.

Navedenim pristupom razvijamo funkcionalne vještine, tj. vještine koje su praktične i korisne u kontekstu života djeteta i njegove obitelji. Govoreći o ciljevima IEP-a spomenuli smo listu R-GORI koja, između ostalog, pomaže i pri ocjenjivanju funkcionalnosti vještine.

U prilogu se nalazi Lista bilježenja rutina (prilog 21.1) koja omogućuje prikupljanje podataka od obitelji o djetetovim rutinama tijekom dana kako bi se na temelju toga mogao kreirati plan implementacije ciljeva. Osim liste bilježenja rutina, korisna je i matrica integracije ciljeva IEP-a u aktivnosti djetetovog dana, bez obzira da li dijete te aktivnosti usmjerava ili planira.

Literatura:

1. McWilliam, R.A. (2000). It's only natural... to have early intervention in the environments where it's needed. *Young exceptional children monograph series*, 2, 17-26.
2. Bricker D., Cripe J.J.W. (1992). An activity-based approach to early intervention. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing.

22. POSTUPCI VREDNOVANJA PROGRAMA RANE RAZVOJNE PODRŠKE

Ana Validžić Požgaj

Područje rane razvojne podrške, na globalnoj razini, posljednjih godina bilježi mnoge promjene i kontinuirani razvoj. Sve je veći broj istraživanja koji potvrđuju bolje razvojne ishode s ranijim početkom intervencije, kao i onih koji povezuju utjecaj roditeljskih kompetencija na razvojni ishod djeteta. Kroz literaturu jasno se razgraničavaju programi probira, preventivni programi i programi ciljano usmjerenih intervencija prema različitim razvojnim područjima.

Nedvojbeno je da programi rane razvojne podrške daju pozitivne rezultate, no i dalje se ispituje što je djelotvorno, koji programi su najefikasniji, s kojim intenzitetom i trajanjem.

Evaluacijske studije imaju mnogo oblika, ali najkorisnije studije nastoje odgovoriti na pitanje koje kreatore politike i roditelje najviše zanima; je li program rane razvojne podrške učinkovit ili ne?

Primjerice, što bi se dogodilo djeci koja su korisnici programa rane razvojne podrške da nisu uključeni u taj isti program? Pretpostavka je da ne bi napredovali u stupnju u kojem napreduju, ali ne znamo koliko bi taj napredak bio manji? Koliko je napredak djece općenito rezultat programa kojeg djeca pohađaju? Neka od najčešćih pitanja koja se provlače kroz temu evaluacije su: Koje su kvalifikacije pružatelja usluge? Jesu li usluge provedene onako kako su zamišljene? Koji opseg i količinu usluga djeca i obitelji uistinu primaju? Bez obzira na veći broj studija koje evaluiraju različite sustave rane razvojne podrške u svijetu, još uvijek nisu definirani ujednačeni indikatori kvalitete (Campana i sur., 2019). Kroz pregled literature, poglavito one koja se bavi sistemskim pristupom ranoj razvojnoj podršci, izdvajaju se sljedeće komponente koje su podložne evaluaciji: vrsta intervencije (terapije i pristupi unutar modela/sustava/pružatelja usluge/), procjena, znanja o tipičnom razvoju u ranoj dobi, komunikacija i način interpretacije rezultata procjene, praćenje napretka, praksa utemeljena na dokazima, zdravlje i sigurnost korisnika u programu rane razvojne podrške, IOPP/IEP, poznavanje čimbenika rizika i odrednica atipičnog razvoja, sustav prilagodbe i tranzicija. Kao posebno kvalitetnim odrednicama programa, navode se „kućne posjete“, odnosno pristup u kojem se intervencija pruža u domu obitelji. Pružanje usluge u prirodnom okruženju promiče suradnju s obitelji i jača obitelj u razvijanju ciljano usmjerenih postupaka koji se mogu primjenjivati kroz svakodnevne rutine važne i značajne djetetu i roditelju. Istraživanja pokazuju kako roditelji aktivnije sudjeluju u programima koji se pružaju u njihovom okruženju i u suradnji s njima, negoli u programima koji se provode isključivo u centrima (Dunst i sur., 2014). Također, provedena su i istraživanja koja navode kako intervencije u kućnom okruženju imaju slabi učinak na djetetov razvoj i obiteljske ishode (Filene, Kaminski,

Valle, Cachat, 2013). Iako, mnogi programi u svojim sastavnicama nude rad u obiteljskom okruženju, rijetki su oni koji sadrže sve komponente tog pristupa: modeliranje i demonstracija strategija, povratne informacije o izvedbi, pisani izvještaji i dijeljenje informacija, video snimke za poticanje učenja, igranje uloga, opservacija praktičnog rada, rješavanje problema i praktični osvrt (Artman-Meeker i sur., 2015). Najboljom praksom se tako smatra ona u kojoj stručnjaci rade s roditeljem, jačajući njihove kompetencije i pružajući im strategije koje mogu uklopiti u svakodnevne rutine i tako optimizirati djetetov razvojni ishod, nasuprot onih pristupa u kojima stručnjak provodi intervenciju s djetetom, pri čemu je roditelj pasivni sudionik.

Kvaliteta programa, često se pogrešno izjednačava i identificira sa zadovoljstvom roditelja unutar programa. Holm i McCartin (1978., prema Kosiček, 2009.) navode kako u procesu evaluacije i kreiranja programa, ali i tijekom čitavog procesa programa rane razvojne podrške, treba slušati, prihvaćati i analizirati povratne informacije koje daju roditelji o tome što bi mogao biti problem kod njihova djeteta i kako mu pomoći. Roditeljske evaluacije su naravno važan pokazatelj pristupa koji njeguje pojedini sustav i model, no one ne mogu biti jedini objektivni pokazatelj kvalitete postavljenog programa. Roditelji kroz evaluaciju programa, najčešće ocjenjuju stručnjake s kojima su imali iskustva i to na razini doživljaja, od pozitivnog do negativnog, no ne istovremeno i njihove istinske kompetencije, a ni komponente programa u koji su uključeni. Kroz pregled literature, pronalazi se nekolicina skala koje mjere kvalitetu programa rane razvojne podrške; *Skala za procjenu usluga rane razvojne podrške (Early Intervention Services Assessment Scale, EISAS)* (skala koju mogu ispunjavati i roditelji i stručnjaci), *Family Centred Services Questionnaire* (upitnik koji sadrži posebne dijelove za roditelje, a posebne dijelove za stručnjaka), *Mjere postupaka zbrinjavanja obitelji (Measure of Process of Care for families (MPOC-56))*, *Mjere postupaka zbrinjavanja pružatelja usluga (Measure of Process of Care for Service Providers (MPOC-SP))*, *Anketa o dostupnim uslugama u ranom djetinjstvu (Early Childhood Services Survey (ECSS))* i dr. Svaka od navedenih skala je prilagođena specifičnim komponentama programa koje procjenjuje i organizacijskoj strukturi unutar koje se procjenjuje, a uslijed te varijabilnosti teško se mogu izdvojiti standardizirani kriteriji koji određuju kvalitetan program.

U anglosaksonskim zemljama se u literaturi i preglednim člancima posebna pažnja posvećuje identifikaciji temeljnih odrednica kompetencija stručnjaka koji rade u postojećim sustavima rane razvojne podrške (Thorp i McCollum, 1998; Bailey, 1989; Winton, 1990). Istraživački institut Carolina pri Sveučilištu Sjeverne Karoline je proveo seriju istraživanja čiji je cilj bio analiza povezanosti i usklađenosti fakultetskog obrazovanja i kasnije specijalizacije s očekivanim kompetencijama potrebnim za rad stručnjaka u programu rane razvojne podrške. Posljednjih godina sve je veći broj istraživanja koja se bave upravo utjecajem profesionalnih kompetencija stručnjaka na kvalitetu programa rane razvojne podrške (Bruder, Mogro – Wison, Stayton i Dietrich, 2009; Buysee i Hollingsworth, 2009; Snyder i sur. 2011).

Kakva je situacija u Hrvatskoj? Još uvijek se rana razvojna podrška u djetinjstvu izjednačava s ranom primjenom rehabilitacije usmjerene na dijete i njegova ograničenja pri čemu se zanemaruju obiteljske i djetetove razvojne potrebe.

Prema provedenoj analizi UNICEF-a (2020), vrlo malo istraživanja dostupno je u vezi s procjenom kvalitete programa RI-a u Hrvatskoj. Ankete su otkrile kako većina programa RI-a još uvijek uglavnom koristi tradicionalne metode rehabilitacijske terapije, a ne suvremene sadržaje, metode i postupke programa RI-a. Posljedično, programi koriste različite operativne definicije RI-a i pružaju širok spektar tradicionalnih i suvremenih usluga RI-a koje su često nekompatibilne. Neki programi RI-a usmjereni su prema određenim vrstama teškoća. U zemljama s dobro razvijenim nacionalnim sustavom RI-a, nacionalni propisi za ispunjavanje uvjeta za korištenje usluga RI-a obično omogućuju programima da prime djecu sa svim vrstama razvojnih rizika, teškoća u razvoju, razvojnih odstupanja i potreba u području ponašanja i mentalnoga zdravlja. Ne postoji jedinstveno tijelo koje koordinira pružatelje usluga, kao ni jedinstveni okvir usluge i komponenata zadanih okvirom suvremenih pristupa u ranoj razvojnoj podršci. Iako su stručnjaci u području rane razvojne podrške na području Hrvatske dobro educirani s različitim specijalizacijama i usavršavanjima, nepostojanje zajedničkog okvira onemogućava i ujednačavanje standarda kvalitete pa tako i evaluacije cjelokupne usluge. Slaba točka nam je i dostupnost usluga rane razvojne podrške i administrativne barijere pri njihovu traženju pri čemu je glavni problem u dostupnosti informacija o vrstama i pružateljima usluga rane razvojne podrške koji proizlazi iz neumreženosti stručnjaka iz istog ili različitih sustava.

Kvalitetan program rane razvojne podrške uvažava potrebe obitelji. Program mora podržavati strategije obiteljske uključenosti u kreiranju plana podrške i ciljano usmjerenim aktivnostima. No, s obzirom da su usluge rane razvojne podrške centralizirane oko većih gradova, otežana je pristupačnost, nedostatna je zakonska regulativa vezana uz kriterije kvalitete za odabir pružatelja usluga, a i nedovoljno su jasni kriteriji prava na ranu razvojnu podršku. Posljedično tome roditelji su još uvijek prepušteni samostalnom i zakašnjelom pronalasku odgovarajuće podrške te često bivaju uključeni samo u zdravstveni model.

Ipak, sve je više primjera dobre prakse i osviještenosti o obiteljski usmjerenom pristupu u ranoj razvojnoj podršci. Naravno, kontinuirani rad i usavršavanja stručnjaka koja doprinose i razvoju struke i discipline rane razvojne podrške u konačnici doprinose i kvaliteti programa rane razvojne podrške.

Literatura:

1. Artman-Meeker, K., Fettig, A., Barton, E.E., Penney, A., & Zeng, S. (2015). Applying an evidence-based framework to the early childhood coaching literature. *Topics in Early Childhood Special Education, 35*, 183-196
2. Bruder, M.B., Mogro – Wilson, C., Stayton, V.D. i Dietrich, S.L. (2009). The national status of in-service professional development system for early intervention and early childhood special education practitioners. *Infants & Young Children, 22*, 13-20.
3. Campana, J. i sur. (2019). Evaluation of quality of service in Early Intervention: A systematic review. *Anales de pediatria, 90*(5), 301-309.
4. Dunst, C.J., Bruder, M.B., & Espe-Sherwindt, M. (2014). Family capacity-building in early childhood intervention: Do context and setting matter? *School Community Journal, 24*, 37-48.
5. Filene, J.H., Kaminski, J.W., Valle, L.A., & Cachat, P. (2013). Components associated with home visiting program outcomes: A meta-analysis. *Pediatrics, 132* (Suppl. 2), S100-S109.
6. Košiček, T., Kobetić, D., Stančić, Z., & Joković Oreb, I. (2009). Istraživanje nekih aspekata rane intervencije u djetinjstvu. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja, 45*(1), 1-14. <https://hrcak.srce.hr/44904>
7. Snyder, P., Hemmetet, M.L., Artman, K., Kinder, K., Pasia, C. i McLaughlin, T. (2011). Early childhood professional development: Categorical framework and systematic review of the literature.
8. Thorpe, E.K. i McCollum, J.A. (1988). Defining the infant specialization in early childhood special education. U Jordan, J.B., Gallagher, J.J., Hutinger, P.L. i Kernes, M.B. (Ur.), *Early childhood special education: Birth to three* (str. 148-161). Reston, V.A.: Council for Exceptional Children and Division for Early Childhood.
9. Validžić Požgaj, A. (2018). Rana intervencija usmjerena na obitelj: kako ju vide stručnjaci, a kako roditelji, specijalistički rad, Zagreb, Hrvatska: Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet Sveučilišta u Zagrebu.

23. KREIRANJE STRUČNOG MIŠLJENJA

Marijana Konkoli Zdešić

Jedan od temelja visokokvalitetnog programa rane razvojne podrške u djetinjstvu je praksa promatranja, dokumentiranja i procjene dječjeg razvoja (Peterson i Elam, 2020). Procjene u ranom djetinjstvu uključuju proces prikupljanja informacija o djetetu u pokušaju boljeg razumijevanja te se može reći da se procjenjuju ponašanja, vještine, kompetencije, interesi i interakcije djece (Slentz, 2008). Opažanje ponašanja djeteta kroz svakodnevne aktivnosti posebice u kontekstu u kojem se dijete razvija predstavlja važan izvor informacija koje se koriste za oblikovanje mišljenja. Prikupljeni podaci korisni su za uočavanje djetetovih sposobnosti i definiranje područja koja trebaju dodatnu podršku. Uz analizu djetetovih potreba pokazalo se korisnim opažati i okolinu u kojoj dijete najviše boravi kako bi se potaknulo učenje. Postupak opažanja usredotočuje se na to kako je dijete nešto svladalo i kako istražuje ono što ga okružuje. Rezultat opažanja, procjene i planiranja je svakako dokumentiranje procesa te prikaz kroz pisano mišljenje. Oblikovanje uočenog u mišljenje pružit će cjelovitu sliku o djetetu i dati bolji uvid u to gdje se dijete nalazi te na koji način planirati podršku. Međutim postavlja se pitanje kako dokumentirati i prezentirati dobivene informacije da su pregledne, učinkovite i usmjerene na obitelj. Prema Peterson i Elam (2020) neke od smjernica su: (1) Opis opaženog treba biti objektivan i bez interpretacija, (2) viđeno ponašanje je potrebno opisati te ga staviti u kontekst i (3) koristiti jasan jezik prilikom opisivanja uočenog. Uočena ponašanja se tada svrstavaju prema razvojnim domenama (funkcionalna motorika, spoznaja, adaptivne vještine, spoznaja i socio-emocionalni). Upravo izvještaji koji opisuju ponašanje u funkcionalnom smislu i smisleno uzimaju u obzir potrebe i snage integrativni su ali zato zahtijevaju visoku razinu vještine i iskustva za pisanje (Towle, Farell i Vitalone-Raccaro, 2008). Kada razmišljamo o načelima koja se tiču podrške u okviru rane razvojne podrške u djetinjstvu, oni su svakako primjenjivi i na oblikovanje mišljenja, pa tako mogu djelovati osnažujući na obitelj umjesto da sadržajem ističu isključivo nemogućnosti djeteta. Upravo činjenicu da jezik mišljenja o provedenoj procjeni može utjecati kako roditelji i stručnjaci doživljavaju djecu potvrđuje Farell (2009) u okviru provedenog istraživanja. Prema tome možemo zaključiti kako provedeno opažanje/procjena i napisano mišljenje trebaju biti prilagođeni krajnjem korisniku i temeljiti se na mogućnostima djeteta.

Razrada koju prikazuju Towle, Farell i Vitalone-Raccaro (2008) u okviru istraživanja provedenog u svrhu vrednovanja same procjene i oblikovanja mišljenja sažima nekoliko smjernica za oblikovanje mišljenja:

- a) Čitljiva, koherentna struktura mišljenja je vrlo važan element. Postojanje odjeljka i pododjeljaka pomažu čitatelju navigirati kroz sadržaj. Struktura koja se nameće uvelike ovisi o tome na koji način se provodi opažanje i procjena te ju je potrebno organizirati prema funkcionalnim domenama. Formulacija funkcionalnog područja obuhvaća informacije sadržane o nekom području. Željeni ishod je integrirano mišljenje sa zaključkom koji sažima provedenu procjenu/opažanje. Potrebno je prilagoditi sadržaj i stil pisanja individualnim potrebama.
- b) Iako se gleda na mogućnosti djeteta, to ne znači da se pisanje mišljenja ograničava samo na one vještine koje su bitne za snage ili izbjegavanje rasprave o potrebama ili poteškoćama.
- c) Izbjegavati korištenje pogrdnih i negativnih opisa. Nije potrebno koristiti riječi poput „loše“, „nedostatno“ i „neadekvatno“ kada se opisuju razvojna kašnjenja ili izazovi. Korisnija strategija je opisivanje ponašanja u kontekstu jer pruža više informacija od izolirane izjave o nedostatku ili višku. Druga alternativa jeziku usredotočenom na deficit je opisivanje još nedostignutih vještina u smislu „sljedećih koraka“ koje treba slijediti. To pruža priliku da se prvo kaže što dijete radi u razvojnom slijedu i postavlja ponašanje duž puta u kojem se cijene prethodna postignuća i očekuju buduća postignuća. Treća strategija je objektivno opisivanje trenutnih vještina.
- d) Kod opisivanja rezultata testova, uvijek uključiti ono što dijete trenutno radi u nekoj domeni ili poddomeni.
- e) Kod opisivanja djetetove suradnje treba uzeti u obzir dob djeteta te u odnosu na to uskladiti očekivanja. Nije razumno očekivati i stavljati dijete u situaciju s obvezom suradnje. Uspješnost interakcije ispitivač – dijete može uvelike ovisiti o vještini i iskustvu ispitivača koliko će učinkovito angažirati dijete i roditelje. Pitanje suradnje i motivacije trebalo bi opisati iz perspektive djeteta.
- f) Izbjegavati formulaciju izjava koje sadrže „ali“ posebice ako se u prvom dijelu navode pozitivna obilježja, a nakon „ali“ izjava koja umanjuje značaj postojeće vještine.

Sadržajno se mišljenje može oblikovati prema potrebama pružatelja usluga i prema potrebama krajnjeg korisnika. Koje segmente će obuhvaćati, ovisi o cilju procjene. Informacije koje prikupljamo mogu se ticati djeteta, obitelji i programa podrške.

Želimo li opažanjem i procjenom dobiti podatke o djetetu, na koji način prilagoditi aktivnosti ili jednostavno prikupiti podatke koliko je adekvatan program podrške može nam biti vodilja u organizaciji područja koja želimo navesti. Svojim sadržajem i konačnom preporukom za planiranje kvalitetno oblikovano mišljenje treba biti rezultat tima oko djeteta koji osim stručnjaka uključuje i roditelje. Isto tako ishod mišljenja je da bude smjernica u kreiranju aktivnosti i poticaja. Sve počinje od smislene procjene koja uključuje promišljen izbor profesionalaca koji će među raspoloživim metodama i dostupnim instrumentima odabrati one koji će biti najkorisniji (Slentz, 2008).

Najčešći okvir kod oblikovanja mišljenja uključuje:

- a) datum procjene
- b) podatke o djetetu prikupljene uvidom u dokumentaciju i putem razgovora s roditeljima (uvid u rani razvoj djeteta, područje interesa djeteta, podaci o uključenosti u različite programe poticanja, uvid u svakodnevne obiteljske rutine, opažanja roditelja vezano za mogućnosti djeteta te utvrđivanje područja zabrinutosti, mjesto upućivanja i definiranje svrhe procjene)
- c) podatke o stručnjaku koji provodi procjenu
- d) primijenjeni instrumenti tijekom procjene
- e) podatke dobivene promatranjem spontanog ponašanja djeteta tijekom procjene
- f) opažanje obilježja prema razvojnim domenama tijekom formalnog dijela procjene: komunikacija, jezično-govorni razvoj, funkcionalna motorika, funkcionalni vid, istraživanje i učenje – spoznajni razvoj, adaptivne vještine, socio-emocionalni razvoj i vještine senzorne integracije
- g) rezultati i interpretacije instrumenata korištenih tijekom procjene
- h) zaključak – sažeti rezultati opažanja i primijenjenih instrumenata
- i) preporuka koje sadrže teme i smjernice (načinima poticanja i kroz koje aktivnosti) spomenute tijekom procjene te su svojevrsan podsjetnik za roditelje i stručnjake do termina praćenja ili nove procjene.
- j) potpis ispitivača.

Kvalitetno napisano mišljenje koje nam daje uvid u djetetovo funkcioniranje može biti vrlo važan izvor informacija te nam može dati smjernice kako te podatke koristiti u daljnjem radu. Snow i Van Helem (2008) navode kako je oblikovanje izvještaja/ mišljenja o rezultatima procjene ključno kako bi se ispravno upotrijebile dobivene informacije na temelju procjene. Prema autorima, ako su uključeni opisi vještina, znanja i sposobnosti dobiveni sukladno zadacima tijekom procjene, korisnici (roditelji, praktičari i sl.) će moći bolje protumačiti veze između rezultata i ciljeva za dječje učenje.

Literatura:

1. Farrell, A. F. (2009). Validating family-centeredness in early intervention evaluation reports. *Infants & Young Children*, 22(4), 238-252.
2. Peterson, G. i Elam, E. (2020). Observation and Assessment in Early Childhood Education. *An Open Educational Resources Publication by College of the Canyons*
3. Slentz, K.L. (2008). A guide to assessment in early childhood: Infancy to age eight. *Office of Superintendent of Public Instruction. Washington.*
4. Snow, C.E., & Van Hemel, S.B. (2008). *Early childhood assessment: Why, what, and how.* The National Academies Press.
5. Towle, P., Farrell, A.F., & Vitalone-Raccaro, N. (2008). Early Intervention Evaluation Reports: Guidelines for Writing User-Friendly and Strength-Based Assessments. *Zero to Three*, 28(4), 53-60.

24. MODEL PROGRAMA RANE RAZVOJNE PODRŠKE U MALOM DOMU - ZAGREB

Senada Jagar

Mali dom - Zagreb provodi program rane razvojne podrške djece s oštećenjem vida i drugim razvojnim teškoćama od 1999. godine. Obuhvaća djecu od rođenja do treće godine života. Rana razvojna podrška je organizirana kroz stručnu podršku u obitelji i usluge u okviru Dnevnog centra. Nakon što se provede timska procjena djeteta i obitelj izrazi zainteresiranost za uključenje u program rane razvojne podrške, zahtjev se predaje Komisiji za uključenje. Komisija na sastanku odlučuje o svakom pojedinom zahtjevu. Ukoliko je donesena pozitivna odluka o uključanju, obitelj dolazi na informativan razgovor kod socijalnog radnika i psihologa. Prilikom inicijalnog razgovora roditelja se informira o programu, što može očekivati od stručnjaka i na koji način se roditelj treba angažirati kako bi suradnja bila što uspješnija. Kada se dijete i obitelj uključe u program rane razvojne podrške, na sastanku stručnog tima dogovara se koji će stručnjak pružiti stručnu podršku u obitelji te koji će stručnjaci pružati podršku u okviru Dnevnog centra prema mišljenju timske procjene. Stručnjak koji odlazi u obitelj na ovaj način stječe uvid i dobiva informacije od svih stručnjaka koji su bili u kontaktu s obitelji i djetetom tijekom procjene. Podrška u Dnevnom centru se revidira prema djetetovim potrebama te može varirati u broju usluga i učestalosti. Stručnjaci uključeni u pružanje dodatnih postupaka/usluga su edukacijski rehabilitator, fizioterapeut, kineziolog, logoped, muzikoterapeut, psiholog, radni terapeut i terapeut senzorne integracije.

Sažimajući, stručnu podršku u obitelji od uključanja do 3. godine života djeteta izgrađuju sljedeći koraci:

- protokol uključanja (socijalni radnik i psiholog)
- prvi posjet obitelji u njihovom domu
- stručna podrška u obitelji (prvih šest posjeta provodi se opservacija djeteta u svrhu određivanja ciljeva s roditeljima i stručnim timom, a kasnije zbog vrednovanja postignuća ciljeva određenih Individualnim obiteljskim planom podrške)
- kreiranje plana i revidiranje plana (u jednoj godini mogu biti kreirana maksimalno 4 Individualna obiteljska plana podrške)
- pisanje timskog mišljenja/izvještaja
- timska procjena prije prekida usluge – s navršenom 3. godinom života dijete i obitelj se upućuju prema odgovarajućem programu.

Stručnu podršku u obitelji provode edukacijski rehabilitatori na tjednoj bazi u trajanju od 60 do 90 minuta. Uloga stručnjaka je mnogoslojna i uključuje niz vještina. Sukladno tome stručnjak u ranoj razvojnoj podršci:

- u suradnji s roditeljima i timom kreira Individualni obiteljski plan podrške i Individualni edukacijski plan
- provodi aktivnosti usmjerene ostvarenju ciljeva zadanih Individualnim planom; ukazuje na ono što dijete može
- prilagođava aktivnosti i sredstva djetetu
- pruža podršku roditeljima u provođenju aktivnosti (daje informacije i predstavlja provođenje aktivnosti)
- usmjerava na provođenje aktivnosti koje će utjecati na optimalan razvoj djeteta
- osigurava zastupljenost i integraciju više razvojnih područja (komunikacija, spoznajni razvoj, socio-emocionalni razvoj, senzorna integracija, motorički razvoj)
- daje preporuke za uređenje prostora u kojem dijete boravi
- opservira dijete i vrednuje postignuća kroz dulje vremensko razdoblje.

Struktura prvog posjeta

Struktura posjeta se sastoji od tri dijela koji čine cjelinu: opservacija slobodne igre, strukturirane aktivnosti i savjetovanje roditelja.

U okviru prvog posjeta odvija se nekoliko procesa unutar kojeg obitelj i stručnjak započinju graditi suradnički odnos. Prikupljaju se i sažimaju informacije o djetetu, obiteljskoj dinamici te mreži podrške na koju se obitelj može osloniti. Potom slijedi upoznavanje samog programa rane razvojne podrške kojeg će, prema potrebama djeteta i obitelji, kreirati stručnjak u suradnji s obitelji te opservacija djetetovih mogućnosti i ponašanja u poznatom okruženju. Bitno je obuhvatiti sve značajke koje obilježavaju izgradnju ovog sveobuhvatnog procesa koji započinje prvim posjetom, ali traje kroz određeno vremensko razdoblje te u konačnici rezultira izradom Individualnog obiteljskog plana podrške (IOPP).

Uspostava odnosa. Prvi posjet obitelji u njihovom domu započinje upoznavanjem i uspostavom odnosa stručnjaka s obitelji i djetetom. Potrebno je koristiti komunikacijski stil i socijalno ponašanje koje je toplo i prijateljsko s poštovanjem prema kulturi i životnim okolnostima obitelji. Važno je voditi računa o uravnoteženom vremenu slušanja obitelji i dijeljenja informacija. Obitelj treba dobiti na znanje da ste zainteresirani za obiteljsku problematiku te da ćete u zajedničkoj suradnji pronalaziti rješenja.

Definiranje stručne podrške u obitelji. Ukazati na važnost dijeljenja i primanja informacija te ponuditi informacije u različitim oblicima. Objasniti kako djeca uče najbolje kroz svakodnevna iskustva u interakciji s poznatim osobama u poznatom kontekstu. Objasniti ulogu stručnjaka kao podršku roditelju u stvaranju mnoštva mogućnosti za učenje. Koristiti obiteljske interese i zabrinutosti kao konkretne primjere za objašnjenje kako usluge iz programa rane razvojne podrške mogu djelovati u radu s djetetom i obitelji. Objasniti da program rane razvojne podrške ima svoja pravila i protokole koje stručnjak i obitelj moraju slijediti.

Prikupljanje informacija o obiteljskoj dinamici. Prikupiti informacije o obiteljskim svakodnevnim rutinama i aktivnostima te o djetetovom ponašanju i interakciji s ostalima u navedenim situacijama. Kako se dijete igra/istražuje okolinu, na čemu najviše zadržava pažnju, kako reagira na druge poznate osobe, braću/sestre. Kako roditelji znaju da njihovo dijete nešto želi, kako dijete pokazuje kada nešto voli i ne voli i što najviše voli, a što ne voli i sl. Postavljati pitanja koja potiču obitelj da podijele svoja razmišljanja i zabrinutosti vezane uz djetetov razvoj. Koristiti otvorena pitanja: „Koje aktivnosti provodite vi i vaše dijete kroz dan ili tjedan?; Opišite kako vaše dijete sudjeluje u tim aktivnostima“. Postavljati interesna pitanja: „Što volite zajedno raditi?; Što biste željeli da možete zajedno raditi?“. Pitanja o izazovnim obiteljskim aktivnostima: „Koji su teški trenuci u danu ili aktivnosti za vas?; Kako se ponaša vaše dijete i / ili kakvo je u interakciji s drugima u takvim izazovnim aktivnostima?“. Usporedno, dok razgovara s roditeljima, stručnjak promatra djetetovo ponašanje u aktivnosti u poznatom prostoru te provodi opservaciju djetetovih mogućnosti, reakcija i način komunikacije s okolinom. Kako se dijete igra/istražuje okolinu, na čemu najviše zadržava pažnju, kako reagira na roditelje, na druge poznate osobe, braću/sestre. Kako roditelji znaju da njihovo dijete nešto želi, kako dijete pokazuje kada nešto voli i ne voli i što najviše voli, a što ne voli.

Mreža podrške. Razgovarati s obitelji o formalnim i neformalnim podrškama koje koriste ili bi voljeli koristiti. Postavljati otvorena pitanja: „Tko je važan vašem djetetu i ostalim članovima vaše obitelji?; Koga zovete za pomoć?; Koga često vidate?“. Pitati članove obitelji žele li kontakt s drugim obiteljima uključenima u program rane razvojne podrške ili obiteljskim organizacijama, udrugama koje pružaju podršku. Raspitati se o društvenim programima koje obitelj koristi ili želi koristiti (medicinske, socijalne, grupe podrške, radionice...).

Interakcija s djetetom. Nakon razgovora s roditeljima i opservacije ponašanja, stručnjak ulazi u interakciju s djetetom i provodi opservaciju djetetovih mogućnosti, reakcija i način komunikacije s okolinom, obuhvaćajući sva razvojna područja: kako dijete reagira na nepoznate osobe, prisutnost socijalnog smješka i kontakt očima, koje emocije pokazuje i kako, kakve mehanizme samoregulacije posjeduje. Prate se djetetove reakcije na podražaje iz okoline: vidne, slušne, taktilne, vestibularne podražaje i dr. te svjesnost o vlastitom tijelu. Kroz razvojna područja stručnjak opservira djetetov način komunikacije, spoznaju, razvoj grube motorike, manipulativne sposobnosti, kako se dijete igra i kako uči. Prisutnost specifičnih ponašanja:

stereotipije, izuzetna osjetljivost na nepoznate osobe, negativističke reakcije, jaka privrženost na roditelja (koja otežava komunikaciju sa stručnjakom) i sl. Važnost opservacije djetetovih snaga, potreba i interesa daje stručnjaku uvid u funkcionalne sposobnosti djeteta radi kreiranja budućeg plana djelovanja.

Nakon prikupljenih svih relevantnih informacija o djetetu i njegovoj obitelji, transdisciplinarne procjene i izrade mišljenja te opservacije u domu djeteta, stručni tim u suradnji s roditeljima izrađuje Individualni obiteljski plan podrške.

Literatura:

1. Ljubešić, M. (2012). Sporočanje razvojnih dosežkov in drugi kočljivi pogovori. U: Komunikacija med starši in strokovnjaki Ljubljana: Pedagoška fakulteta v Ljubljani, 32-45.
2. Korfmacher J. et al. (2008). Parent Involvement in Early Childhood Home Visiting. Child Youth Care Forum. Springer Science and Business Media.
3. Sweet A. M. i Appelbaum I. M. (2004). Is Home Visiting an Effective Strategy? A Meta-Analytic Review of Home Visiting Programs for Families with Young Children. Child Development. 75 (5), 1435-1456.
4. Milić Babić M. i sur. (2013). Iskustva s ranom intervencijom roditelja djece s teškoćama u razvoju: Ljetopis socijalnog rada, 20 (3), 453-480.
5. Katušić, A., Validžić Požgaj, A., Udovičić Mahmuljin, D., Korunić, D., Viljušić, D., Jurišić, D., Rogar Gojević I., Gagula J., Špionjak, J., Konkoli Zdešić, M., Marojević, M., Šimić, S., Jagar, S., Seitz, S., Petrović, T., Majstorović, Z., (2011): Uvod u ranu intervenciju; Stručna podrška u obitelji. Skripta projekta „Rana intervencija u djetinjstvu: Razvoj modela mobilne stručne podrške obiteljima i djeci (0 – 3) s razvojnim teškoćama/ rizicima“. Zagreb: Ured UNICEF-a za Hrvatsku, Grad Zagreb, Mali dom - Zagreb.



VII

OBILJEŽJA TRANZICIJE U RANOJ RAZVOJNOJ PODRŠCI

25. STRATEGIJE ZA UČINKOVITU TRANZICIJU

Marijana Konkoli Zdešić i Snježana Seitz

Svaki pojedinac tijekom života prolazi kroz brojne promjene. Te promjene predstavljaju tranziciju iz jednog oblika ili faze u drugu. Prema Guralnicku (2005), neovisno predstavljaju li te promjene pozitivno ili negativno iskustvo u životu osobe, svaka od njih zahtijeva velike prilagodbe. Nije neobična informacija da se većina tranzicija doživljava kao jedan od najstresnijih trenutaka u životu, ovisno o tome je li bila planirana i inicirana ili se dogodila nepredviđeno.

U okviru rane razvojne podrške tranzicija se definira kao dinamičan proces u kojem se dijete s teškoćama i njegova obitelj kreću između različitih pružatelja usluga, programa i agencija, ovisno o tome kako dijete raste (Rosenkoetter, Whaley, Hains i Pierce, 2001).

Djeca rođena s rizikom ili utvrđenim razvojnim teškoćama prolaze kroz iskustvo tranzicije od samog početka života i često te tranzicije sadrže u sebi brojne događaje ili vidove promjena. Primjerice, prelazak iz programa rane razvojne podrške prema predškolskom ili školskom programu stavlja pred roditelje veliku odgovornost zbog odabira odgovarajućeg programa. Pitanja koja se nameću, povezana s razvojnim odstupanjem i isprepletena s odgovornošću spram ostvarenja željenih ciljeva, mogu kod roditelja rezultirati osjećajem nesigurnosti i stresa, što se povećava ukoliko sustav ne pruži potporu (Johnson i Unit, 2001). Prema Brandes, Ormsbee i Haring (2007), dijete s razvojnim teškoćama do 6. godine života prolazi najmanje 2 tranzicije vezano uz edukacijski sustav. Tu je riječ o formalnoj tranziciji te valja naglasiti kako se u tom razdoblju zbivaju i brojne manje tranzicije na način da dijete mijenja program, agenciju ili pružatelja usluga. Kako bi se tranzicija odvijala neometano i bila uspješna, nužni su planiranje i komunikacija (Yeboah, 2002). Kada se razmišlja o koracima u planiranju, kako bi se pomoglo roditeljima i djeci u tranziciji, treba uzeti u obzir potrebe obitelji, novog programa i zajednice (Kraft-Sayre i Pianta, 2000).

U literaturi se spominju dvije vrste tranzicije u ranoj razvojnoj podršci: **vertikalna i horizontalna tranzicija**. Prema Guralnicku (2005a) vertikalna tranzicija se događa kako dijete raste i razvija se te tijekom godina prelazi od jednog pružatelja usluga ka drugom (npr. prelazak iz stručne potpore u obitelji u predškolski program). Horizontalna tranzicija odnosi se na primanje različitih usluga od različitih pružatelja usluga tijekom istog vremenskog razdoblja. Tranzicija kao proces ima nekoliko ciljeva. To su osiguranje kontinuiranosti usluga, poticanje prilagodbe obiteljskog sustava kako bi se minimalizirali nepovoljni utjecaji, priprema djece kako bi mogla sudjelovati u novom programu te ispunjavanje zakonskih okvira (Wolery, 1989).

Roditelji igraju važnu ulogu u procesu tranzicije jer su spona koja surađuje sa svojim djetetom, programima i zajednicom. Interakcija između obitelji i davatelja usluga, dakle, kritički je važna u primjeni intervencije usmjerene na obitelji (Pang i Wert,

2010). Proces tranzicije u ranom djetinjstvu prema drugim programima ne odvija se sam po sebi već zahtijeva vodstvo uvježbanih stručnjaka koji taj proces potiču i usmjeravaju (Bailey, 2011).

Kako bi se tranzicija provodila u skladu s potrebama svake pojedine obitelji, bitno je uzeti u razmatranje perspektivu roditelja i stručnjaka. Razumijevanje perspektive dviju strana, koje unutar nekog sustava kontinuirano surađuju, utjecat će na kvalitetu same tranzicije. Jedan od važnijih ciljeva uspješne tranzicije je svakako osigurati kontinuitet stručne podrške obiteljima tijekom tranzicije.

Planiranje tranzicije

Uspješnost tranzicije prema inkluzivnom kontekstu ovisi o kapacitetu za suradnju i koordinaciji svih uključenih sustava te informiranosti roditelja o svim raspoloživim opcijama (Guralnick, 2005). Koje su to tranzicijske strategije koje mogu pomoći kvalitetnijem ishodu tranzicije? Dvije kategorije su relevantne za djecu s teškoćama u razvoju te njihove obitelji: sustavno planiranje (zakonski okvir, smjernice koje regulira država) ili individualno planiranje (kreiranje individualnog obiteljskog plana podrške), gdje je naglasak na obitelji i djetetu (Rosenkoetter i sur., 2001). Uspostavom glatkih prijelaza iz jednog programa u drugi te osiguranjem kontinuiranosti usluga, moguće je ostvariti kvalitetnu tranziciju. Planiranjem i suradnjom omogućava se umrežavanje s drugim stručnjacima i programima. Pang (2010) zaključuje kako bi stručnjaci trebali informirati obitelji o mogućim programima, omogućiti im upoznavanje s predloženim programom, osnažiti ih u odlučivanju ili im pomoći kod odabira programa. Na taj način obitelji se osjećaju pripremljeno i znaju što mogu očekivati. Prema Hanson (2005) planiranje bi unutar sebe trebalo uključivati razmjenu informacija, definiranje resursa, potreba i opcija usluga te razradu plana s implementacijom procedura kako bi se osigurala učinkovitost. Svakako ne manje bitno je određivanje tima i osobe koji koordiniraju cijelu tranziciju i koji zajedno mogu kreirati vremensku crtu kojom će definirati sve potrebne korake i njihov redoslijed. Što više podataka imaju stručnjaci, to je lakše predvidjeti moguće prepreke. Pang (2010) u svom istraživanju uočava kako je vrlo bitan uvjet za skupljanje podataka o obiteljskim potrebama, prioritetima i sredstvima te djetetovim potrebama i mogućnostima, pronaći adekvatan alat za procjenu tranzicije.

Provedba i praćenje tranzicije

Mnogi koraci u provođenju tranziciji naići će na prepreke koje postoje u procesu tranzicije. Prepreke se mogu povezati s nedovoljno jasnim ulogama stručnjaka i njihovim nadležnostima. Kada uloge i podrška stručnjacima nisu jasno definirani, tada mnoge varijable utječu na planiranje, implementaciju i praćenje tranzicije. Kada nije moguće pratiti tijek tranzicije, ne može se dobiti povratna informacija od rodi-

telja koja bi dala uvid u roditeljsku perspektivu tranzicijskog procesa što utječe na prihvaćanje novog programa i povećanje anksioznosti kod roditelja (Bailey, 2011). Provedbu tranzicije čine aktivnosti usklađivanja postojećih individualnih edukacijskih planova sa zahtjevima novog programa i mogućnost posjete programa u koji se dijete uključuje. Aktivnosti koje su pokazale da utječu na uspješnost tranzicije su: priprema djeteta, priprema obitelji, informiranje osoblja i podrška tijekom tranzicije te priprema djece u skupini kako bi prihvatili novo dijete (Ljubešić i Tomić, 2017). Instrukcijske aktivnosti su još jedan segment koji se preporučuje, a uključuje odlazak u obitelj prije samog ulaska u novi program i upoznavanje stručnog tima u novom programu kroz zajedničke radionice (Rous i sur., 2007).

Praćenje kontinuiteta u tranziciji utječe na promjene koje sudionike pomiču od kratkoročnih ciljeva (usmjereni samo na jedan segment tranzicije) prema dugoročnim ciljevima koji mogu uključivati veći broj aktivnosti s ciljem veće povezanosti svih sudionika (Boyle i Petriwskyj, 2014). Negativan učinak tranzicije nije odmah vidljiv, već se promjene uočavaju kasnije. Praćenjem procesa možemo smanjiti rizične čimbenike. Istraživanje koje je provela Shields (2009) opisuje roditeljski doživljaj u tranziciji kada nije bilo povezanosti u smislu procedura i postupanja te su postojale velike razlike u odnosu na prijašnji program. Autorica navodi kako je to utjecalo na smanjeno sudjelovanje kod nekih roditelja, a kod drugih stvaranje potrebe da „uzmu stvar u svoje ruke“.

Uloga stručnjaka

Kako sama tranzicija iziskuje suradnju i međudjelovanje svih sudionika uključenih u proces tranzicije, u literaturi se često navodi odgovornost stručnjaka za uspješan ishod tranzicije. Bruder i Chandler (1993) navode kako bi odgovornost za planiranje tranzicije trebala biti podijeljena između ustanove koja šalje i one koja prima dijete uz uključenost roditelja. Također navode kako bi tranzicijski postupci trebali pomagati obitelji i djetetu uz promociju suradnje i koordinacije između pružatelja usluge rane razvojne podrške, koordinatora usluga i obitelji.

Stručnjaci u ranoj razvojnoj podršci u djetinjstvu imaju ključnu ulogu u tranziciji jer dobro poznaju dijete i njegovu obitelj i pomažu obitelji u prikupljanju informacija, upoznavanju sa zakonskim odrednicama i procedurama te u svakom pogledu pripremaju dijete i obitelj za snalaženje u novoj okolini. Oni mogu inicirati kontakt s drugom ustanovom/sustavom, dati informacije ostalim sudionicima u tranziciji o djetetovom ponašanju i razvoju, posjetiti novu okolinu i dati specifične preporuke obitelji vezane uz donošenje odluka. U osnovi predstavljaju vezu između obitelji i novog pružatelja usluga (Hanson, 2005). Uloga stručnjaka koji šalju dijete u novi program stručne podrške, dakle, nije samo opskrba informacijama vezano uz postupke i proceduralna pitanja, već se odnosi i na davanje emocionalne podrške i vođenje kroz proces tranzicije. Ti stručnjaci imaju ulogu vodiča obitelji kroz cijeli proces tranzicije. Podrška koju će pružiti toj obitelji određena je obiteljskim potrebama i prefe-

rencijama (Hanson, 2005). Obitelji mogu imati različita uvjerenja, potrebe, očekivanja od same tranzicije te stručnjak koji vodi tranziciju prilagođava svoje postupke individualnim obiteljskim potrebama. Istraživanje (Hanson i sur., 2000) provedeno na 22 obitelji koje su prošle tranziciju iz programa rane razvojne podrške u predškolski program i na stručnjacima koji su ih pratili, pokazuje da i stručnjaci i roditelji imaju iskustvo tranzicije kao događaja, a ne kao procesa, odnosno doživljavaju je kao formalnost. Prijelaz iz sustava rane razvojne podrške u predškolski sustav često smatraju izazovnim, a izmjenu informacija i komunikaciju vide kao ključne elemente za obiteljsku uključenost i donošenje odluka od strane obitelji.

Usklađivanje između obiteljskih preferencija, potreba djeteta i mogućnosti predškolskog programa je olakšano ukoliko se različite usluge pružaju unutar sustava koji je podržavajući i koordiniran.

Literatura:

1. Bailey, H.N. (2011). Transitions in early childhood: A look at parents' perspectives. The University of North Carolina at Greensboro.
2. Boyle, T., & Petriwskyj, A. (2014). Transitions to school: Reframing professional relationships. *Early Years*, 34(4), 392-404.
3. Brandes, J.A., Ormsbee, C.K., i Haring, K.A. (2007). From early intervention to early childhood programs: Timeline for early successful transitions (TEST). *Intervention in School and Clinic*, 42(4), 204-211.
4. Bruder, M.B., Chandler, L.K. DEC recommended practices: indicators of quality in programs for infants and young children with special needs and their families. Council for Exceptional Children, Division for Early Childhood. Reston. 1993. 96-106.
5. Bruder, M.B. Service coordination and integration in a developmental systems approach to early intervention. In: Guralnick MJ, editor. *The Developmental systems approach to early intervention*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.Inc; 2005. 29-58.
6. Guralnick, M.J. (2005a). *The Developmental systems approach to early intervention*. Baltimore: Brookes.
7. Guralnick, M.J. (2005b). Inclusion as a core principle in the early intervention system. *The developmental systems approach to early intervention*, 59-69.
8. Hanson, M.J., Beckman, P.J., Horn, E., Marquart, J., Sandall, S.R., Greig, D., & Brennan, E. (2000). Entering preschool: Family and professional experiences in this transition process. *Journal of early intervention*, 23(4), 279-293.
9. Hanson, M.J. (2005). Ensuring effective transitions in early intervention. *The developmental systems approach to early intervention*, 373-398.
10. Johnson, C. i Unit, S.E. (2001). Supporting families in transition between early intervention and school age programs. Special Education Unit, Colorado Department of Education. Acedido em setembro, 5, 2013.
11. Kraft-Sayre, M.E., i Pianta, R.C. (2000). *Enhancing the Transition to Kindergarten: Linking Children, Families, & Schools*.
12. Ljubešić, M. i Tomić, A. (2017). Pružanje stručne potpore pri uključivanju djece u redovne predškolske programe (tranzicija). U M. Ljubešić (Ur.) *Rana intervencija u djetinjstvu: Dobar start za sve*; (str. 31-33). Zagreb: Hrvatska udruga za ranu intervenciju.
13. Pang, Y. (2010). Selecting appropriate assessment instruments to ensure quality transition services. *Early Childhood Education Journal*, 38(1), 43-48.

14. Pang, Y., i Wert, B. (2010). Preservice teachers' attitudes towards family-centered practices in early intervention: An implication for teacher education. *Educational Research*, 1(8), 253-262.
15. Rosenkoetter, S.E., Whaley, K.T., Hains, A.H., i Pierce, L. (2001). The evolution of transition policy for young children with special needs and their families: Past, present, and future. *Topics in Early Childhood Special Education*, 21(1), 3-15.
16. Rous, B., Teeters Myers, C., i Buras Stricklin, S. (2007). Strategies for supporting transitions of young children with special needs and their families. *Journal of Early Intervention*, 30(1), 1-18.
17. Shields, P. (2009). 'School doesn't feel as much of a partnership': parents' perceptions of their children's transition from nursery school to Reception class. *Early Years*, 29(3), 237-248.
18. Wolery, M. (1989). Transitions in early childhood special education: Issues and procedures. *Focus on Exceptional Children*, 22(2).
19. Yeboah, D.A. (2002). Enhancing transition from early childhood phase to primary education: Evidence from the research literature. *Early Years: An International Journal of Research and Development*, 22(1), 51-68.

26. IZAZOVI U TRANZICIJI: PERSPEKTIVE RODITELJA I STRUČNJAKA

Marijana Konkoli Zdešić i Snježana Seitz

Perspektiva roditelja

Djeca s teškoćama u razvoju i njihovi roditelji u razdoblju ranog djetinjstva do polaska u školu susreću se s promjenama koje mogu uključivati prelazak iz programa u drugi program, preseljenje, promjenu pristupa i sustava podrške. Kako će se roditelj prilagoditi tom dinamičnom procesu, utjecat će na roditeljski doživljaj. Kako bi se ostvarila podrška prilikom samog prijelaza, potrebno je stvoriti preduvjete za moguću suradnju između različitih sustava i u taj proces uključiti roditelje. Međutim, za ostvarenje te suradnje potrebno je osigurati zakonski okvir koji bi regulirao prava i obaveze uključenih dionika. Općenito gledano, učinkovite tranzicije imaju obilježja koja uključuju sudjelovanje, partnerstvo, strukturu suradnje, planiranje, povjerenje i jasnu komunikaciju (Davis i sur., 2015). Guralnick (2005b) smatra kako uspješnost tranzicije prema inkluzivnom kontekstu ovisi o kapacitetu za suradnju i koordinaciji svih uključenih sustava te informiranosti roditelja o svim raspoloživim opcijama.

Konkoli Zdešić (2018) ističe kako roditelji igra važnu ulogu u procesu tranzicije jer su spona koja surađuje sa svojim djetetom, programima i zajednicom. Interakcija između obitelji i davatelja usluga, je dakle kritički važna u primjeni intervencije usmjerene na obitelji (Pang i Wert, 2010). Proces je to koji uključuje suradnju stručnjaka i roditelja. Johnson i Unit (2001) zaključuju kako su upravo roditelji ti koji mogu dati bitne informacije vezano za djetetove snage, slabosti i interese koji su od izuzetne važnosti za razvoj učinkovitih komponenti tranzicije. Kako bi se pomoglo roditeljima i djeci u tranziciji, potrebno je pažljivo isplanirati sve korake te uzeti u obzir potrebe obitelji.

Istraživanje roditeljske potrebe za podrškom tijekom tranzicije koje je provela Konkoli Zdešić (2018) pokazuje niz različitih izazova koji utječu na tranziciju:

- Sudionici su kroz istraživanje izrazili zabrinutost radi prilagodbe djeteta na novi program i svoje prilagodbe na komunikaciju s novim stručnim timom.
- Izazov za roditelje predstavlja i korištenje neujednačene terminologije koju bi trebalo usuglasiti.
- Nedostatak zakonskog okvira i provedbenih dokumenata zbog čega je teže uspostaviti ujednačene protokole i procedure unutar svake ustanove. Neujednačenost utječe na nejednake mogućnosti pristupa novom programu za obitelji djece s teškoćama u razvoju.

Nadalje, izazovi sadrže sugestije za poboljšanje kvalitete tranzicije, poput (Konkoli Zdešić, 2018):

- Proces tranzicije trebala bi voditi osoba koja poznaje dijete.
- Treba postojati mogućnost upoznavanja s novim programom u koji dijete prelazi kako bi se stekao dobiti uvid u usluge programa koji će dijete imati.
- Važnost učestalih razgovora i sudjelovanja u planiranju tranzicije.

Navedeni izazovi o kojima su se izjašnjavali ispitani roditelji predstavljaju ujedno i ideje kako bi proces tranzicije mogao postati kvalitetnijim i učinkovitijim. Roditeljska iskustva mogu pomoći u definiranju najučinkovitijih strategija u tranziciji. Poticanje prilika za suradnju i koordinaciju svih uključenih dionika kroz zajedničke sastanke otvara mogućnost za smanjenje prepreka prilikom prijelaza. Postojanje zakonskog okvira, uključenost roditelja, primjereno pružena podrška od strane educiranih stručnjaka, kvalitetna priprema i planiranje, sve su to elementi koji utječu na pozitivne ishode tranzicije – čemu treba težiti kontinuirano prilikom kreiranja podrške za pojedinu obitelj.

Perspektiva stručnjaka

Na temelju analize rezultata istraživanja koje je imalo za cilj ispitati koja znanja o tranziciji, kao i kakvo praktično iskustvo imaju stručnjaci koji rade u području rane razvojne podrške u Republici Hrvatskoj, mogu se definirati preporuke koje mogu biti smjernice za kreiranje uspješnog procesa tranzicije u našim uvjetima (Seitz, 2018).

Ispitani stručnjaci naglašavaju važnost procesa tranzicije tijekom kojeg je potrebno pružiti podršku svim sudionicima (i stručnjacima i obitelji). Također navode kako je podrška koju sudionici tranzicije dobivaju ograničena zato jer najčešće završava s pravilima ustanove u kojoj rade ili u kojoj dijete dobiva usluge rane razvojne podrške. Na taj način dolazi do prekida u kontinuitetu same tranzicije. Wolery (1989) naglašava kako je jedan od ciljeva uspješne tranzicije upravo osigurati kontinuitet podrške tijekom procesa tranzicije.

Tranzicija pretpostavlja međusobnu komunikaciju i suradnju svih njenih dionika te postojanje uređenog i dogovorenog protokola. I sami ispitani stručnjaci uočavaju kako bi tranziciju bilo dobro provoditi prema određenom protokolu. Izrada i postojanje protokola omogućili bi postojanje ujednačenih uvjeta za svaku obitelj te ujednačeno postupanje. Na taj način izbjegle bi se situacije da podrška koju obitelj dobije ovisi o programu, sredini u kojoj se obitelj nalazi ili o snalažljivosti roditelja.

Vrlo često ispitani stručnjaci ističu potrebu za suradnjom svih dionika koji sudjeluju u procesu tranzicije: stručnjaka iz tzv. „šaljuće“ i „primajuće“ ustanove te roditelja, što naglašavaju i brojni inozemni autori (Bruder i Chandler, 1993; Hanson i sur., 2000; Guralnick 2005a). Ispitanici sugeriraju kako bi bolja povezanost stručnjaka i roditelja

na zajedničkim sastancima pridonijela tome da se stalno događa izmjena informacija. Pristup relevantnim informacijama često predstavlja problem i stručnjacima i roditeljima, a održavanje zajedničkih sastanaka svih dionika uvelike bi olakšalo proces tranzicije te pridonio da svi sudionici imaju pravodoban pristup točnim i provjerenim informacijama. Ispitani stručnjaci navode kako bi sustavno dogovorena suradnja trebala obuhvaćati i međusektorsku suradnju (zdravstvo, odgoj i obrazovanje, socijalna skrb, nevladine organizacije). Suradnju bi olakšalo i postojanje tzv. ključnog suradnika ili koordinatora usluga koji bi olakšao komunikaciju i vođenje obitelji kroz sustav što u konačnici dovodi do ishoda da svako dijete dobije onu podršku i uslugu koja odgovara njegovim potrebama. Dunst i Bruder (2002) navode istraživanja brojnih autora u kojima se ističu prednosti koordiniranog načina pružanja usluga te bi bilo nadasve korisno da se i hrvatska praksa razvija u tom smjeru.

Stručnjaci navode kako veliki značaj ima i isticanje važnosti tranzicije kao sastavne komponente rane razvojne podrške u ustanovama koje provode edukacijsko-rehabilitacijske programe na razini cijelog sustava. To bi pridonijelo osvještavanju tog segmenta i stvaranju preduvjeta za njegovo provođenje. Jedan od važnih preduvjeta je i provođenje reorganizacije radnog vremena u smislu predviđanja vremena za provođenje tranzicijskih aktivnosti (npr. određivanje potreba, izrada plana podrške i tranzicijskog plana, zajednički sastanci i sl.) za djelatnike koji sudjeluju u tranziciji. Vrijeme za provođenje tranzicijskih aktivnosti je čimbenik koji pridonosi tome da tranzicija bude kvalitetna i uspješna.

Jedna od preporuka je i veća zastupljenost teme tranzicije tijekom formalnog školovanja stručnjaka te uvođenje i pohađanje dodatnih ciljanih programa usavršavanja koji bi stručnjacima omogućili stjecanje znanja i vještina. Pojedini ispitanici stručnjaci naglašavaju i važnost potrebe timskog rada i pristupa. Treba naglasiti kako nemaju svi stručnjaci, koji pružaju usluge rane razvojne podrške, znanja i vještine potrebne za provođenje timskog pristupa te je potrebno osigurati i edukaciju stručnjaka u tom području (Seitz, 2018).

Literatura:

1. Bruder, M.B., Chandler, L.K. DEC recommended practices: indicators of quality in programs for infants and young children with special needs and their families. Council for Exceptional Children, Division for Early Childhood. Reston. 1993. 96-106.
2. Bruder, M.B. Service coordination and integration in a developmental systems approach to early intervention. In: Guralnick MJ, editor. *The Developmental systems approach to early intervention*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.Inc; 2005. 29-58.
3. Davis, J.M., Ravenscroft, J., & Bizas, N. (2015). Transition, inclusion and partnership: Child-, parent-and professional-led approaches in a European research project. *Child Care in Practice*, 21(1), 33-49.
4. Dunst, C.J., & Bruder, M.B. (2002). Valued outcomes of service coordination, early intervention, and natural environments. *Exceptional children*, 68(3), 361-375.
5. Guralnick, M.J. (2005a). *The Developmental systems approach to early intervention*. Baltimore: Brookes.
6. Guralnick, M.J. (2005b). Inclusion as a core principle in the early intervention system. *The developmental systems approach to early intervention*, 59-69.
7. Hanson, M.J., Beckman, P.J., Horn, E., Marquart, J., Sandall, S.R., Greig, D., & Brennan, E. (2000). Entering preschool: Family and professional experiences in this transition process. *Journal of early intervention*, 23(4), 279-293.
8. Hanson, M.J. (2005). Ensuring effective transitions in early intervention. *The developmental systems approach to early intervention*, 373-398.
9. Johnson, C., i Unit, S.E. (2001). Supporting families in transition between early intervention and school age programs. *Special Education Unit, Colorado Department of Education. Acedido em setembro, 5, 2013*.
10. Konkoli Zdešić, M. (2018). Roditeljska potreba za podrškom tijekom tranzicije (Specijalistički rad, University of Zagreb. Faculty of Education and Rehabilitation Sciences).
11. Seitz, S. (2018). *Tranzicija u ranoj intervenciji* (Specijalistički rad, University of Zagreb. Faculty of Education and Rehabilitation Sciences).
12. Wolery, M. (1989). Transitions in early childhood special education: Issues and procedures. *Focus on Exceptional Children*, 22(2).



VIII

STRUČNJACI U RANOJ RAZVOJNOJ PODRŠCI

27. OBILJEŽJA STRUČNJAKA U RANOJ RAZVOJNOJ PODRŠCI

Ana Validžić Požgaj

Stručnjaci koji rade u sustavu rane razvojne podrške uz dobro poznavanje matične discipline moraju raspolagati i dopunskim znanjima i vještinama te se oni u zapadnim zemljama uključuju u odgovarajuće sveučilišne diplomatske programe (Ljubešić, 2003).

U Hrvatskoj stručnu podršku u obitelji djece od rođenja do treće godine života, provode stručnjaci (edukacijski rehabilitatori, fizioterapeuti, logopedi, psiholozi, radni terapeuti) sa ili bez dodatnog usavršavanja iz područja rane razvojne podrške stečenim kroz poslijediplomski studij iz rane razvojne podrške u djetinjstvu, edukacije, tečajeve stručnog usavršavanja i slično). Stručnjak koji provodi stručnu podršku u obitelji odgovoran je uspostaviti odnos povjerenja, informirati, pružiti kvalitetnu uslugu (utemeljenu na relevantnim znanstvenim istraživanjima) te ju prilagoditi individualnim potrebama obitelji.

Korfmacher i sur. (2008) navode kako postoji vrlo malo istraživanja koja su posvećena obilježjima stručnjaka te izdvaja četiri obilježja koja utječu na razinu obiteljske uključenosti u program, a to su: (1) obrazovanje stručnjaka; (2) odgovarajući program rane razvojne podrške; (3) odgovarajuća kombinacija korisnika i pružatelja usluge te (4) supervizija.

U većini suvremenih pristupa pod terminom **kompetencija** podrazumijeva se sklop ponašanja koja podupiru uspješno obavljanje određenih aktivnosti, ne samo specifikacija vještina i znanja, već način primjene tih vještina i znanja u obavljanju profesionalne djelatnosti (Kurz i Bartram, 2002). Prema tome profesionalna kompetencija je ona koja proizlazi iz prirode pojedine struke. Suvremeni pristupi definiranja i razvoja profesija temelje se na određivanju općih i specifičnih kompetencija potrebnih za uspješan rad u praksi (Huić, Ricijaš i Branica, 2010). No tu se otvaraju posve nova pitanja. Koje psihologijske konstrukte kompetencije zahvaćaju? Postoje li generičke, opće kompetencije ili su one sve specifične za pojedinu djelatnost? Mogu li se naučiti (podložne su razvoju) ili su diskriminativne (mogu se koristiti u selekciji)? Također autori koji daju preglede radova o kompetencijama grupiraju definicije u dvije glavne skupine. Prvu čine one definicije koje se odnose na kvalifikacije ili standarde obavljanja posla. Druga skupina definicija odnosi se na visoku uspješnost na poslu ili superiorno obavljanje posla. Prema gore navedenom, kompetencija se prevodi kao stručnost, a termin označava uspješnost prema unaprijed određenom i definiranom standardu. Kurz i Bartram (2002) definiraju stručnost kao sposobnost primjene znanja, razumijevanja i vještina u obavljanju aktivnosti prema standardima koji se očekuju unutar pojedine struke. Stručnost se uvijek odnosi na postignuće, odnosno stečena znanja, vještine i kvalifikacije zapravo predstavljaju ono što je osoba posti-

gla, no ne govore o tome što bi sve još mogla postići. U tom se smislu kompetencija odnosi na ponašanja koja podupiru uspješno obavljanje određenih radnih aktivnosti; ne na specifikaciju vještina i znanja, već na način primjene, kako se te vještine i znanja koriste pri obavljanju aktivnosti. Kaslow (2004) navodi da su kompetencije razvoje prirode, odnosno ovise o stupnju profesionalnog razvoja pojedinca.

Na temelju navedenog uvidjela se potreba za stvaranjem sveobuhvatnog sustava razvoja stručnjaka (engl. Comprehensive Systems of Personnel Development) čiji je glavni imperativ reforma osposobljavanja stručnjaka u ranoj razvojnoj podršci. Kroz dokument Priprema stručnjaka za rad u ranoj razvojnoj podršci (Winton, McCollum i Catlett, 1997) opisuju se modeli i praktične strategije te identificiraju kritične točke i dijelovi procesa potrebni za unaprjeđivanje prakse i rada stručnjaka. Kao jedan od postulata teksta iznosi se kako više razine formalnog obrazovanja, pogotovo specijalizirana znanja iz područja ranog razvoja visoko koreliraju s kvalitetom programa rane razvojne podrške i podrazumijevaju bogate interakcije na relaciji stručnjak – roditelj – dijete. Međutim novije sveobuhvatne analize pronalaze slabu povezanost između razine profesionalnog usavršavanja i kompetencija i kvalitete rada stručnjaka (Fukkink i Lont, 2007).

Profesionalni razvoj se smatra procesom tijekom kojeg se pojedinac mijenja od razine svijesti, odnosno znanja do provođenja tih istih znanja u praksu. Proces nije linearan, niti limitiran na set vještina u točno određenoj situaciji. Prema Fleet i Patterson (2001) profesionalni razvoj se može opisati kao dinamički sustav sastavljen od transakcijskih iskustava i interakcija između sudionika u složenom sustavu, a pri tome se identificiraju tri faze kroz koje stručnjak prolazi; (1) usvajanje znanja i vještina o djetetovom razvoju i načinima poticanja, (2) primjena usvojenih vještina i znanja i (3) promišljanje i analitički pristup u prilagodbi znanja i vještina individualnim potrebama djeteta.

Suvremeni ponašajni model kompetencija predstavili su Robertson, Callinen i Bertram (2002) u kojem su izdvojena četiri ključna čimbenika za učinkovitost stručnjaka; (1) kompetencijski potencijal – osobine pojedinca i postignuća ovisno o kontekstu situacije; (2) kompetencije – sklop poželjnih vještina; (3) rezultat i (4) ishodi – krajnji cilj koji usmjerava pojedinca u daljnjem razvijanju kompetencija.

Prema Bouillet (2010) kao značajne kompetencije stručnjaka u radu s djecom s razvojnim teškoćama navode se: (a) razumijevanje socijalnog i emocionalnog razvoja djece; (b) razumijevanje individualnih razlika u procesu učenja djece; (c) komunikacijske vještine (u odnosu s djecom, roditeljima, drugim stručnjacima i kolegama); (e) poznavanje učinkovitih tehnika podučavanja (uključujući individualne instrukcije i iskustveno učenje); (f) poznavanje specifičnosti pojedinih teškoća u razvoju i drugih teškoća socijalne integracije djece; (g) sposobnost identifikacije teškoća u razvoju i drugih specifičnih potreba; (h) poznavanje didaktičko-metodičkog pristupa i planiranja prilagođenog kurikuluma; (i) poznavanje dostupnih didaktičko-metodičkih metoda, sredstava i pomagala (uključujući informatičku tehnologiju); (j) poznavanje

nje savjetodavnih tehnika rada; (k) praktično iskustvo u odgoju i obrazovanju djece s pojedinim teškoćama te (l) spremnost na timski rad, suradnju i cjeloživotno obrazovanje.

Zajedničko obilježje profesija u neposrednom radu s obiteljima je rad na profesionalnom razvoju koji uključuje više od specifičnih kompetencija, a obuhvaća samoučinkovitost (samorefleksija koja se odnosi na svijest o količini znanja i vještina koje osoba posjeduje), kritičko rezoniranje (rješavanje problemskih situacija sukladno profesionalnim znanjima i vještinama) i uspješno interpersonalno funkcioniranje (socijalna i emocionalna inteligencija, razvoj profesionalnog identiteta, razumijevanje kulturološkog utjecaja na ponašanje) (Kaslow, 2004).

Možemo zaključiti kako se neizostavne kompetencije stručnjaka u ranoj razvojnoj podršci stječu tijekom fakultetskog obrazovanja koje moraju obuhvaćati široki spektar znanja i vještina (poznavanje i razumijevanje etiologije razvojnih teškoća ili rizika za nastanak istih, razumijevanje ranog razvoja i problematike postojećeg rizika, izgradnja odnosa s obitelji, pisanje nalaza i mišljenja, izrada i provođenje edukacijsko-rehabilitacijskih programa i sl.) uz nadogradnju cjeloživotnog učenja i stručnim usavršavanjem putem specijalističkih ili poslijediplomskih studija te stručnih usavršavanja.

Literatura:

1. Bailey, D.B. (1989). Issues and directions in preparing professionals to work with young handicapped children and their families. U Gallagher, J.J., Trohanis, P.L. i Clifford, R.M. (Ur.), *Policy implementation and Planning for young children with special needs* (str. 97-132), Baltimore; MD: Brookes.
2. Bouillet, D. (2010). *Izazovi integriranog odgoja i obrazovanja*. Zagreb: Školska knjiga.
3. Fukkink, R.G. i Lont, A. (2007). Does training matter? A meta-analysis and review of caregiver training studies. *Early Childhood Research Quarterly*, 22, 294-311.
4. Fleet, A. i Patterson, C. (2001). Professional Growth Reconceptualized: Early Childhood Staff Searching for Meaning, *Early Childhood Research and Practice*, 3(2)
5. Huić, A., Ricijaš, N. i Branica, V. (2010). Kako definirati i mjeriti kompetencije studenata-validacija skale percipirane kompetentnosti za psihosocijalni rad. *Ljetopis socijalnog rada*, 17(2), 195-221.
6. Kaslow, N. (2004). Competencies in Professional Psychology. *American Psychologist*, 59(8), 774-781.

7. Korfmacher, J., Green, B.L., Staerkel, F., Peterson, C., Cook, G., Roggman, L., Faldowski, R. i Schiffman, R. (2008). Parent involvement in early childhood home visiting. *Child and Youth Care Forum*, 37, 171-196.
8. Kurz, R. i Bartram, D. (2002). The Great Eight competencies: a criterion – centric approach to validation. *Journal of Applied Psychology*, 2, 55-62.
9. Ljubešić, M. (2003). Od teorijskih ishodišta do primjene: Model dijagnostičko-savjetodavnog praćenja ranoga dječjega razvoja i podrške obitelji s malom djecom. U M. Ljubešić (Ur.), *Biti roditelj: Model dijagnostičko-savjetodavnog praćenja ranoga dječjeg razvoja i podrške obitelji s malom djecom* (str. 7-27). Zagreb: Državni zavod za zaštitu obitelji, materinstva i mladeži.
10. Robertson, I.T., Callinan, M. i Bartram, D. (2002). *Organizational Effectiveness: The Role of Psychology*. John Wiley & Sons.
11. Thorpe, E.K. i McCollum, J.A. (1988). Defining the infant specialization in early childhood special education. U Jordan, J.B., Gallagher, J.J., Hutinger, P.L. i Kernes, M.B. (Ur.), *Early childhood special education: Birth to three* (str. 148-161). Reston, V.A.: Council for Exceptional Children and Division for Early Childhood.
12. Validžić Požgaj, A. (2018). Rana intervencija usmjerena na obitelj: Kako ju vide stručnjaci, a kako roditelji, Završni specijalistički rad, ERF, Sveučilište u Zagrebu
13. Winton, P.J., McCollum, J.A. i Catlett, C. (1997). *Reforming personnel preparation in early intervention: Issues, models and practical strategies*. Baltimore, MD: Brookes.
14. Winton, P. i McCollum, J. (2008). *Preparing and Supporting High-Quality Early Childhood Practitioners: Issues and Evidences, Practical Approaches to Early Childhood Professional Development*. Washington DC: Zero to three.
15. Winton, P.J. (1990). A systematic approach for planning in service training related to Public Law 99-457. *Infants and Young Children*, 3, 51-60.

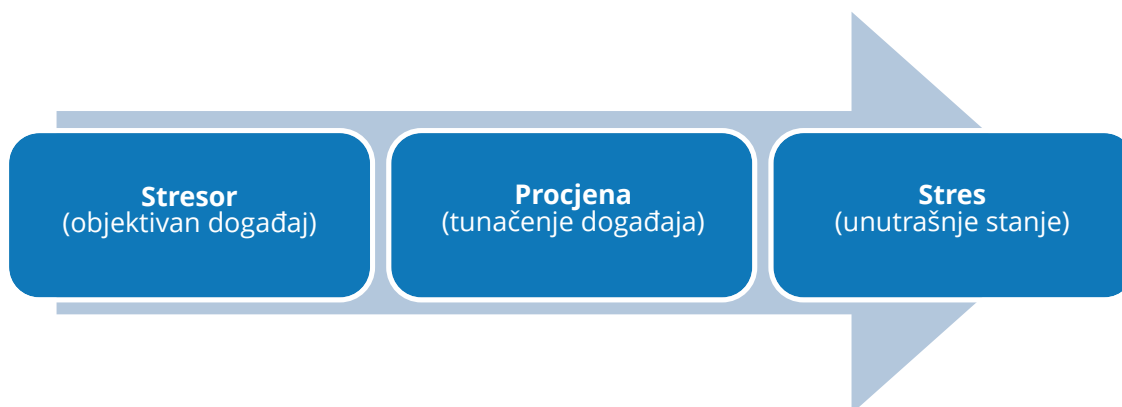
28. STRES I PROFESIONALNO SAGORIJEVANJE

Mirjana Marojević

Programe rane razvojne podrške provode stručnjaci, profesionalci koji su ujedno pomagači i kroz svoj poziv obavljaju različite intervencije kojima ulaze u dinamiku i prostor pojedinaca i obitelji, a što sa sobom može donijeti izazove koji dovode do pojačanog stresa, kako općenito tako i radnog stresa, što može dovesti i do profesionalnog sagorijevanja. Zato je važno baviti se ovom temom kako bi vidjeli koje su to tehnike i metode koje mogu prevenirati posljedice stresa i profesionalno sagorijevanje.

Za početak važno je definirati osnovne pojmove koji se odnose na stres, stresore, profesionalno sagorijevanje, traumu i krize do kojih može doći prilikom obavljanja poslova u okviru provođenja programa rane razvojne podrške.

Prema Arambašić (2000) pojam stresa nam dolazi iz inženjerske tehnologije gdje označava vanjsku silu koja djeluje na neki predmet i izaziva napetost materije (umor) te strukturalne promjene u predmetu. Nakon što je pojam stresa četrdesetih godina prošlog stoljeća uveden i u znanost o čovjeku, sagledavan je s različitih aspekata i iz toga su iznikle različite teorije. Tako nam Pregrad (1996) donosi definiciju Hansa Selyea koji je zastupao fiziološki pristup prema kojem se stres definira kao nespecifičan sklop tjelesnih promjena poznat kao opći adaptacijski sindrom. Arambašić (2000) navodi kako ovaj pristup podrazumijeva da se stres manifestira isključivo tjelesnim i fiziološkim reakcijama organizma na štetne podražaje iz okoline, a potom samo o konkretnim događajima, tj. o njihovom sadržaju koji je uvijek na isti način stresan za sve ljude. Suvremeni modeli stresa napuštaju ovu teoriju jer nam je poznato da uz tjelesne reakcije stres izaziva i psihološke reakcije organizma. Prema tom modelu stres se definira kao rezultat svjesne procjene pojedinca o tome da je njegov odnos s okolinom poremećen. Bez takve procjene nema ni stresa ma kakva bila objektivna opasnost iz okoline (slika 28.1).



Slika 28.1. Lazarusov model stresa (prema Arambašić, 2000).

Temeljem svega navedenoga stres je moguće definirati kao sklop emocionalnih, misaonih, tjelesnih i ponašajnih reakcija do kojih dolazi zbog procjene događaja kao opasnog ili uznemirujućeg, odnosno zbog zahtjeva iz okoline kojima ne možemo udovoljiti.

Stresor je izvor stresa, a Arambašić (2000) ga definira kao događaje koji procjenjujemo ugrožavajućim ili opasnim za vlastiti život, život nama važnih ljudi, materijalna dobra, položaj u obitelji, društvu, za samopoštovanje i dr. tako da možemo reći da je stresor svaki onaj vanjski događaj za koji smatramo da može poremetiti (izmijeniti) uobičajeni tijek našeg života.

U radnoj okolini i pri obavljanju posla kojim se bavimo izloženi smo događajima i izazovima koji kod nas mogu dovesti do stanja stresa. Takav stres autori definiraju kao profesionalni stres koji ima sve značajke stresa koji smo već definirali, ali je izazvan stresorima koji nam dolaze iz radne okoline i vezani su uz obavljanje našeg svakodnevnog posla. Nekoliko je definicija profesionalnog stresa pa tako Ajduković i Ajduković (1996) definiraju profesionalni stres kao nesuglasje između zahtjeva radnog mjesta i okoline spram naših mogućnosti, želja i očekivanja da tim zahtjevima udovoljimo. Slična definicija koju nam u svom članku iznose Družić Ljubotina i Friščić (2014) definira profesionalni stres kao niz, za pojedinca štetnih, fizioloških, psiholoških i bihevioralnih reakcija na situacije u kojima zahtjevi posla nisu u skladu s njegovim sposobnostima, mogućnostima i potrebama. Prema ove dvije definicije vidimo da se radi o nesuglasju u odnosu pojedinac – okolina. Friščić (2006) nam spominje još jedan model koji govori o nesuglasju pojedinca i njegove okoline, a to je model kojeg je razvio McGrath 1976. prema kojem radna okolina postaje stresna kada pojedinac počine opažati radnu situaciju kao prijeteću.

Znakovi i načini suočavanja sa stresom

Govoreći o stresu postavljamo si pitanje što je to po čemu znamo da smo mi sami ili naši kolegi ili korisnici u stanju stresa. Koji su to znakovi o kojima trebamo voditi računa i koje trebamo uočiti kako bismo mogli procijeniti da se mi sami ili ljudi oko nas nalaze u stanju stresa. Prema Arambašić (2000) promjene u funkcioniranju nas samih i / ili naših kolega, odnosno korisnika prepoznamo na temelju četiri skupina znakova. To su:

- emocionalni znakovi (tuga, tjeskoba, panika, promjene raspoloženja, bezvoljnost, ljutnja, osjećaj krivnje, nemoć)
- misaoni znakovi (samokritičnost, rastresenost – slaba koncentracija, zaboravljivost, „opsjednutost“ istim mislima)
- tjelesni/fiziološki znakovi (znojenje ruku, dlanova, lupanje srca, crvenilo lica, drhtanje ruku, bolovi u želucu, veće promjene u tjelesnoj težini, nesаница) i
- ponašajni znakove stresa (plakanje, lupkanje prstima po stolu, nogama po podu, agresivnost, nekontrolirani ispadi, povlačenje u sebe, pretjerana upotreba alkohola, cigareta, kave).

Radeći s ljudima koji su u stanju stresa nama kao stručnjacima pomagačima bitno je pratiti i prepoznati određene znakove stresnog stanja kako bismo mogli prilagoditi našu intervenciju potrebama korisnika i / ili ih uputiti na druge službe u zajednici koje pružaju onu vrstu podrške koja im je u tom trenutku potrebna. Također nam je važno pratiti i znakove stresa kod sebe samih jer smo kao stručnjaci – pomagači svakodnevno izloženi stresu i vrlo često se dogodi da znakove primijetimo tek onda kada već dovedu do određenih posljedica jer nismo pravovremeno reagirali.

U situacijama suočavanja sa stresom vodimo se nekim općim ciljem pa s obzirom na njega možemo načine suočavanja sa stresom pratiti kroz strategije kojima nastojimo promijeniti stresor, kojima nastojimo prihvatiti situaciju kakva jest i pomoću kojih nastojimo izbjeći stresne događaje i / ili situacije. Arambašić (2000) načine suočavanja sa stresom dijeli u tri navedene skupine:

- strategije pomoću kojih nastojimo promijeniti stresor (tako da djelujemo na tijek odvijanja nekog događaja ili na to kako će završiti neka situacija, npr. počinjemo govoriti tiše kad netko na nas viče)
- strategije pomoću kojih nastojimo prihvatiti situaciju (jer je ne možemo izmijeniti) trudeći se da je vidimo u boljem svjetlu nego u početku (traženje makar nečeg dobrog u situaciji, gledanje situacije iz drugog npr. tuđeg ugla itd.)
- strategije pomoću kojih nastojimo izbjeći stresne situacije što više možemo (npr. prestajemo čitati novine i pratiti vijesti jer nas to uznemirava).

Sindrom profesionalnog sagorijevanja

U literaturi pod ovim pojmom nalazimo termine poput sindroma profesionalnog izgaranja, sindroma izgaranja, sindroma sagorijevanja na poslu i sl. Prema Ajduković (1994) sindrom sagorijevanja na poslu jedna je od najnepovoljnijih posljedica dugotrajne izloženosti profesionalnom stresu. Osim sindroma sagorijevanja na poslu, Ajduković i Ajduković (1994) navode kako su psihičke posljedice stručnjaka u pomagačkim zanimanjima u radu s osobama koji su u teškoći ili problemu, još i **protuprijenos (kontratransfer) i posredna traumatizacija pomagača.**

Budući da u procesu provođenja programa rane razvojne podrške stručnjaci često budu u interakciji s obiteljima koje proživljavaju teške trenutke, važno je obratiti pažnju na protuprijenos koji može biti rezultat stresa na poslu. Ajduković i Ajduković (1994) protuprijenos definiraju kao pojavu pri kojoj se javljaju vlastite misli i osjećaji pomagača potaknutih u pomažućoj situaciji iskustvom osobe s kojom radi. Kod pomagača najčešće dolazi do protuprijenosa kada u njegovoj prošlosti postoje neke nerazriješene teškoće ili slično životno iskustvo koje bude potaknuto snažnim emocijama kod korisnika s kojima pomagač radi i s kojima je u interakciji. Autori navode kako je protuprijenos uobičajena pojava u psihosocijalnom radu i kako nije oduvijek shvaćen kao nešto negativno jer prema nekim autorima daje živost pomažućem procesu, olakšava iskazivanje empatije i suosjećanja te olakšava razvijanje odnosa povjerenja između pomagača i osobe s kojom radi. S druge pak strane protuprijenos može dovesti do aktiviranja nekih obrambenih mehanizama kod pomagača ili pak do pretjeranog iskazivanja suosjećanja prema korisniku s kojim radi. Važno je da pomagač prepozna ako kod njega dođe do ove pojave i da bude svjestan emocionalnih reakcija koje kod njega budi rad u nekoj obitelji, s nekim korisnikom ili nekim članom obitelji. To će mu uvelike olakšati daljnji rad, a i ako nije u mogućnosti sam razriješiti ovu situaciju, potražiti će stručnu pomoć; superviziju, savjetovanje i / ili neki drugi dostupan način pomoći pomagaču.

Kao i kod pojave protuprijenosa, pomagači često budu izloženi traumatskim iskustvima osoba s kojima rade, a koje onda posredno utječu ili mogu utjecati i na samog pomagača. Traumu i traumatski događaj Arambašić (2000) definira kao događaj koji je izvan granica uobičajenog ljudskog iskustva i koji je izrazito neugodan svim ljudima. Ista autorica definira posrednu traumu kao traumatizaciju koja se javlja zbog izloženosti tuđim traumatskim iskustvima bilo kod stručnjaka bilo u „običnom“, svakodnevnom životu. Kada govorimo o posrednoj traumatizaciji kod pomagača radi se o traumi koja se javlja zbog događaja koje im osobe s kojima pomagač radi opisuje, a ti događaji onda traumatizirajuće djeluju na njih. Važno je naglasiti da su reakcije na proživljenu traumu i posrednu traumu iste pa se tako i kod stručnjaka, pomagača, mogu javiti iste reakcije kao kod osobe koja ja sama proživjela traumu.

Ajduković i Ajduković (1996) izvore profesionalnog stresa i sagorijevanja dijele na vanjske i unutarnje izvore. Unutarnji izvori ovise o samim stručnjacima pomagačima, njihovim ličnosti, prethodnom iskustvu, stilu rada, sustavu vrijednosti, slici koju

imaju o sebi i dr. Neki od njih su (1) nerealna očekivanja od posla koja nadilaze radni realitet i ne uspijevaju se uravnotežiti sa stvarnošću nakon razdoblja prilagodbe na posao; (2) identifikacija s ljudima kojima se pomaže i s njihovim problemima; (3) potreba za stalnom i potpunom kontrolom situacije; (4) identifikacija s poslom u tolikoj mjeri da postaje glavni ili jedini sadržaj i smisao života, jedino područje potvrđivanja; (5) nedjelotvorno korištenje radnog vremena i sl. Vanjski izvori ovise o činiteljima izvan osobe pomagača, a odnose se na (1) izvore vezane uz radne uvjete, (2) izvore vezane uz organizaciju rada, (3) izvore vezane uz odnose s drugima unutar organizacije i (4) izvore vezane uz vrstu pomagačkog posla i obilježja ljudi kojima se pomaže.

Znaci profesionalnog stresa i sagorijevanja mogu se pratiti kroz tjelesno, emocionalno i mentalno iscrpljenje. Prema Ajduković i Ajduković (1996) najčešći znaci profesionalnog sagorijevanja jesu (1) osjećaj tjelesne i emocionalne iscrpljenosti; (2) gubitak osjećaja osobne vrijednosti; (3) gubitak zanimanja za korisnike, cinizam i neosjetljivost za tuđe potrebe; (4) razdražljivost i niska tolerancija na frustraciju, srdžba kao česta emocija, netrpeljivost i sumnjičavost; (5) izostajanje s posla, osjećaj opće slabosti i učestalo pobolijevanje; (6) povlačenje u socijalnim odnosima, sukobi s okolinom, agresivni ispadi i drugi znaci koji se mogu pratiti kao promjene u tjelesnom, emocionalnom i mentalnom funkcioniranju.

Faze profesionalnog sagorijevanja

Prema Ajduković i Ajduković (1996) faze profesionalnog sagorijevanja su:

1. Faza neumjerenog radnog entuzijazma

Ovu fazu označavaju nerealna očekivanja brzog postignuća, preveliko ulaganje u posao te nekritična predanost poslu koja se očituje i u radu vikendom. Stručnjak pomagač je pun entuzijazma, ulaže puno i postiže dobre rezultate.

2. Faza stagnacije

Ova faza započinje kada stručnjak pomagač postane svjestan da dometi posla nisu onakvi kakvima ih je zamišljao. Počinje osjećati tjelesni i mentalni umor. Vidi i druge ciljeve u životu. U ovoj fazi dolazi do emocionalnog povlačenja i izolacije jer se tako brani od nepovoljnih i konfliktnih situacija na poslu.

3. Faza emocionalnog povlačenja i izolacije

Ova se faza očituje u udaljavanju od korisnika i izoliranju od kolega što dodatno doprinosi doživljavanju posla kao besmislenog i nevrijednog. Stručnjak pomagač se pita o smislu posla koji radi, osjeća ljutnju i pokazuje negativizam prema poslu. I sami znaci sagorijevanja počinju stručnjaku pomagaču predstavljati dodatne stresore i dovode ga do posljednje faze sagorijevanja na poslu.

4. Faza apatije i gubitka životnih interesa

U ovoj fazi stručnjak pomagač je nezainteresiran za posao i u njega ulaže vrlo malo energije. Izostaje s posla i gubi zanimanje za druge ljude.

Autori navode kako je kroz ovaj pregled vidljivo da sindrom sagorijevanja na poslu može dovesti do ozbiljnih posljedica i do potpune nezainteresiranosti za posao. Dobro je ako stručnjaci prepoznaju da se nalaze u nekoj od navedenih faza i djeluju kako ne bi došli do posljednje faze, ali u našem društvu nerijetko se događa da osobe koje izgube svaki interes za posao ostaju na svome radnom mjestu tako što „broje dane do mirovine“ bez ikakve ambicije za posao i za korisnike s kojima rade. To je u svakom poslu koji se bavi pomaganjem ljudima pogubno i za stručnjaka i za korisnika, a posebno ako do toga dođe kod stručnjaka koji se bave ranom intervencijom gdje je potrebna velika motivacija, entuzijazam i stručnost u radu, kao i velika doza empatije i razumijevanja obitelji i obiteljskih potreba. Osoba koja se suočava sa sindromom profesionalnog sagorijevanja ne može se nositi za zadacima i zahtjevima podrške kroz program rane razvojne podrške.

Samopomoć i stručna pomoć pomagačima

Ajduković i Ajduković (1996) navode kako bi svaki program koji uključuje psihosocijalni rad s korisnicima trebao u sebi imati i aspekt skrbi za mentalno zdravlje pomagača. Prema njima takav bi se program trebao odvijati na tri razine intervencija: (1) preventivno-edukativna; (2) neposredna zaštita mentalnog zdravlja pomagača i (3) učenje vještina samopomoći.

Preventivno-edukativni rad prema Ajduković i Ajduković podrazumijeva pripremu pomagača na stresne situacije i rad s ljudima u krizi, upoznavanje s učincima pomaganja na njihovo vlastito mentalno zdravlje, stalno podizanje (profesionalne) kompetentnosti za obavljanje posla i kontinuiranu podršku kroz superviziju i konzultacije.

Isti autori navode kako bi se neposredna zaštita mentalnog zdravlja pomagača trebala odvijati kroz sažeto psihološko integriranje traume nakon kriznih situacija i naglašenu podršku u kriznim situacijama odnosno da treba naglasiti suportivnu komponentu supervizije.

Ovdje treba naglasiti da mnogi stručnjaci koji rade kao pomagači u programima rane razvojne podrške nemaju mogućnosti i pristup superviziji bilo zbog organizacijskih propusta, bilo zato što se jedan dio programa rane razvojne podrške obavlja kroz privatni sektor gdje su nerijetko stručnjaci prepušteni sami sebi i ne da nemaju pristup superviziji, nego vrlo često nemaju ni mogućnosti konzultacija s kolegama iste ili slične struke i poziva. Ovo svakako ostavlja prostor da se stručnjaci u području rane razvojne podrške izbore kod svog poslodavca za kontinuiranu superviziju i / ili da se povežu s drugim stručnjacima (ako se npr. radi o privatnom sektoru) i da organiziraju sustručnjačku superviziju, pronađu supervizora i način kako bi brinuli o svome mentalnom zdravlju.

Što se tiče **samopomoći** bitno je kod stručnjaka – pomagača ukazivati na potrebu za učenjem nekih vještina samopomoći kao i na poticanje razvijanja svijesti o brizi za vlastito mentalno zdravlje (Ajduković i Ajduković, 1996). Osnovne strategije samopomoći prema Anđukić i sur. (2000) su: (1) svijest o izloženosti stresu; (2) jasno definiranje i poštivanje osobnih granica; (3) dobra organizacija vremena i (4) relaksacija.

Koristeći navedene strategije samopomoći i / ili neke druge koje smo sami otkrili, kao i profesionalne oblike pomoći koji nam se nude ili za koje se moramo izboriti u svom timu i kod svog poslodavca, radimo na prevenciji stresa i profesionalnog sagorijevanja. Kao stručnjaci koji su za izbor svoga zanimanja izabrali pomagačku profesiju, bitno je imati na umu da briga za sebe znači i briga za druge.

Literatura:

1. Arambašić, L. (ur.) (2000). *Psihološke krizne intervencije: psihološka prva pomoć nakon kriznih događaja*. Zagreb: Društvo za psihološku pomoć
2. Ajduković, M. (1996). Sindrom sagorijevanja na poslu. *Pomoć i samopomoć u skrbi za mentalno zdravlje pomagača*. Zagreb: Društvo za psihološku pomoć, 21-27.
3. Ajduković, M. i Ajduković, D. (ur.) (1996). *Pomoć i samopomoć u skrbi za mentalno zdravlje pomagača*. Zagreb: Društvo za psihološku pomoć
4. Anđukić i sur. (2000). *Grupe samopomoći – priručnik za voditeljice*. Zagreb: Centar za žene žrtve rata
5. Družić Ljubotina, O. i Friščić, Lj. (2014). Profesionalni stres kod socijalnih radnika: Izvori stresa i sagorijevanje na poslu. *Ljetopis socijalnog rada*, 21 (1), 5-32
6. Friščić, Lj. (2006). Čimbenici profesionalnog stresa u radu socijalnih radnika u Centru za socijalnu skrb Zagreb. *Ljetopis Studijskog centra socijalnog rada*, 13 (2), 347-370.
7. Pregrad, J. (ur.) (1996). *Stres, trauma, oporavak – udžbenik programa „Osnove psihosocijalne traume i oporavka“*. Zagreb: Društvo za psihološku pomoć

29. VODSTVO U KONTEKSTU PROGRAMA KOJI PRUŽA USLUGE RANE RAZVOJNE PODRŠKE

Darija Udovičić Mahmuljin

Budući da riječ vodstvo (liderstvo) sadrži u sebi mnoga značenja, utoliko postoje i brojne definicije vodstva koje se ipak mogu sjediniti u opisu vodstva kao sposobnosti utjecaja na druge zbog ostvarenja ciljeva koji doprinose ispunjavanju osnovne misije, odnosno svrhe (Robbins, Millet, Cacciope, & Waters, 1998).

To znači da vodstvo utječe na članove tima, potiče ih i omogućuje im da rade na postizanju postavljenih ciljeva koji doprinose vrijednosno određenoj svrsi organizacije – znači na ispunjavanju vizije i misije organizacije, odnosno razlogu zbog kojeg sama organizacija postoji.

Osnove dobrog vodstva i lidera je da nikada ne zaboravljaju svoju svrhu. Vodstvo je u tom smislu ono koje omogućava da se učini određena promjena u društvu, a da pri tome omogućava članovima tima uvjete i načine kojima mogu sudjelovati i utjecati na tu promjenu u društvu i time budu motivirani da sami postanu nositelji te promjene. Upravo to da svaki stručnjak u provedbi rane razvojne podrške nastoji biti učinkovit nositelj promjene je odlika takvog vodstva organizacije. Vodstvo kao takvo nije uvijek dovoljno prepoznato, no upravo je vodstvo ono što je ključno i čini razliku između uspjeha ili neuspjeha svake organizacije (Mulford, Silins, & Leithwood, 2004).

Učinkoviti vođe znaju kako najbolje oblikovati radnu kulturu i razviti pozitivnu radnu klimu, komunicirati ispravno misiju organizacije i prioritete koji iz nje proizlaze, koordinirati i uspješno osigurati kontinuirano unapređenje kvalitete programa te prije svega prepoznati i priznati doprinos i kvalitetu rada osoblja koje se nosi s izazovima koje promjene donose svakodnevno na različitim razinama (Scott, 1999). Vodstvo treba potaknuti predanost i želju kod svakog člana u ranointerventnom okruženju da doprinese procesu koji za rezultat ima pozitivne promjene u djetetovom životu i životima članova njegove obitelji kako bi se uspostavili temelji ne samo za daljnje učenje djeteta, već i za mogućnosti za dijete i njegovu obitelj kojom će postati ravnopravni i korisni članovi društva. U središtu ovog procesa promjene leži integritet vođe (lidera), primjer koji postavlja i pokazuje sam lider te ozračje povjerenja koje je uspostavio lider (Barker i Coy, 2004).

Vodstvo u sebi ipak uvijek sadrži i menadžerske odrednice koje ne smijemo ignorirati, već ih uklopiti u vrijednosni sustav i stil vodstva koji smo odabrali kao najučinkovitiji u danom trenutku i resursima u našoj okolini. Taj administrativni, odnosno menadžerski dio vodstva sastoji se od: (1) organiziranja ili menadžmenta vremena te materijalnih i financijskih resursa; (2) zapošljavanja i rukovođenja osobljem; (3) uspostavljanja osobnog i profesionalnog odnosa s djelatnicima, obiteljima, lokalnom zajednicom, partnerskim organizacijama, međunarodnim organizacijama i nadležnim tijelima državne i lokalne uprave.

Pedagoški dio vodstva u kontekstu ranointerventnih programa odražava se kroz utjecanje na ljude, okruženje gdje se rana razvojna podrška odvija i kroz provođenje i poticanje provođenja profesionalne i etičke prakse (McCrea, 2015).

Ljudi koji provode ranu razvojnu podršku u ranom djetinjstvu utječu na ono što se događa u okruženju, a isto tako okruženje u kojem se provodi rana razvojna podrška utječe na ljude. Ljudi koji se nalaze u okolini i kontekstu pružanja usluge su djeca, roditelji ili staratelji djece, upravitelj, koordinator, vozač, domar i dr., dakle svi koji povremeno mogu biti dio okoline u kojoj se pruža usluga rane razvojne podrške. Svi oni su različiti i različitih moralnih, osobnih i drugih uvjerenja koja neminovno utječu i oblikuju provođenje rane razvojne podrške u toj okolini, a zadatak vodstva je osigurati da su svi ljudi, a posebice stručnjaci koji provode ranu razvojnu podršku dobro pripremljeni i osposobljeni za provođenje usluge i da je dobrobit djece i obitelji na prvom mjestu te da se pruža visokokvalitetna usluga poštujući sve sudionike u procesu i njihove različitosti.

Okruženje, odnosno mjesto gdje se provodi rana razvojna podrška, pored doma korisnika jesu različiti centri, vrtići i sl. No neovisno o tome gdje se provodi, zadatak vodstva je u tom okruženju osigurati transparentnost u načinu zapošljavanja novih djelatnika, sudjelovati u kreiranju odgovornosti svakog člana tima, osigurati podršku i mentorstvo članova, osigurati mogućnosti profesionalnog razvoja djelatnika, kreirati skladne odnose među djelatnicima i ukoliko se dogode konflikti rješavati ih u prijateljskom okruženju i razumijevajući potrebe svakog pojedinog člana, organizirati i osigurati vrijeme za timske sastanke i odgovarati na potrebe radnog okruženja glede sigurnosti rizika na poslu. Vodstvo treba učiniti okruženje u kojemu se provode programi mjestom koje odlikuje visoka kvaliteta učenja, ali i življenja.

Profesionalna i etička praksa sadrži u sebi sve uloge koje lider u organizaciji koja pruža usluge rane razvojne podrške mora imati. One se mogu grupirati u 4 grupe (McCrea, 2015): voditelj, ali ujedno i dionik u timu; kreator politika (pravila); kreator stručnog programa te zagovornik prava.

Voditelj, ali ujedno i sudionik u timu

Proces vođenja tima u ranointerventnom okruženju u ulozi vođe, istovremeno artikulira njegovu ulogu kao sljedbenika u timu i kao jednog od nositelja promjene. Imajući to u vidu možemo reći kako vodstvo ljudi u kontekstu rane razvojne podrške sadrži pet **principa kooperativnog učenja** koje možemo imenovati kao:

1. pozitivnu međuovisnost – kada svi sudionici vjeruju da će ostvariti svoje osobne ciljeve samo onda kada i drugi članovi tima ostvare svoje ciljeve.

2. individualnu odgovornost – kada svi članovi tima osjećaju svoj dio odgovornosti da doprinesu zadaći koja je dana timu.

3. ravnopravno sudjelovanje – svatko sudjeluje u ostvarivanju cilja jednakopravno i u skladu sa svojim mogućnostima.

4. grupni proces – vodstvo treba osigurati mogućnost članovima tima da se reflektiraju na svoja iskustva rada u timu kako bi bolje razumjeli što se događa tijekom zajedničkih aktivnosti i imali priliku vrednovati način na koji su postigli postavljene ciljeve; da imaju priliku raspraviti svoja iskustva među sobom i tako zapravo utvrditi koji su postupci bili dobri, a koji nisu i da donesu zajedno odluke kako će se određena situacija adresirati u budućnosti i koji će se procesi upotrijebiti. To će naposljetku pridonijeti uspostavljanju protokola, ciljeva za budućnosti i postavljanju strategija za ostvarenje tih ciljeva.

5. istovremenu interakciju treba osigurati kako bi članovi tima aktivno sudjelovali u međusobnim i grupnim interakcijama te komunicirali jasno, točno i naizmjenice.

Kreator politika/pravila

Uključuje raznovrsne profesionalne aktivnosti koje treba osigurati da se politike (pravila, protokoli) koja su dio provođenja usluge rane razvojne podrške odvijaju u legalnom, demokratskom i transparentnom okviru te da budu osmišljene tako da se njima minimiziraju sve vrste rizika za djecu i sve druge dionike procesa. Vodstvo treba uspostaviti i donijeti smjernice za sve procese i za sve dionike u procesu te uspostaviti protokole koji su fleksibilni kako bi što bolje odgovorili različitim potrebama. Treba donijeti i iskomunicirati viziju organizacije kao dijela šire slike gdje interes djece i obitelji mora biti osnovni razlog zašto se sve radi, a time i promjena društva u cjelini.

Kreator/facilitator programa

Treba osigurati da se u program uključe sve dobre prakse i ideje koje služe dobrobiti djeteta, ali koje ne znače samo učenje već i svakodnevno dobro koje to nosi djetetu – znači da omogućiti djetetu da uči, ali i da istovremeno bude dijete.

Zagovornik prava

To je uloga koju lider ima u zastupanju, zagovaranju i promoviranju razloga zbog kojih se provodi rana razvojna podrška na različitim razinama. Treba zastupati interese svoje organizacije i njenu uspješnost u provođenju usluga, promovirati i zastupati dobre uvjete rada za članove tima u svojoj organizaciji te promovirati i zagovarati jednako tako dobre uvjete za sve koji provode ranu razvojnu podršku u društvu u cjelini.

Također vrlo je važno u vodstvo implementirati tzv. Super 4K: kritičko promišljanje i rješavanje problema, kooperaciju (suradnju), kreativnosti i inovaciju te komunikaciju (Kivunja, 2015). Vođenje okruženja u kojem se provodi rana razvojna podrška zahtijeva od lidera kreiranje takvog okruženja u kojem su poticani visokokvalitetni međuljudski odnosi, gdje se potiču nove ideje koje se slobodno dijele i gdje se ideje svakoga ponaosob uzimaju u obzir s poštovanjem, promiču i omogućuje im se da se implementiraju u praksu. Lider u kontekstu rane razvojne podrške mora planirati, organizirati, voditi i imati pod kontrolom sve što se događa, ali prije svega mora biti onaj koji ima i živi viziju, onaj koji ima svoj udio u timu, ali je istovremeno i odgovoran za njega.

Novi modeli vodstva koji se temelje na međusobnom razumijevanju i uvažavanju, podjeli odgovornosti dodijeljenih uloga članovima tima – kooperativni, **distributivni ili transformacijski tip vodstva** ima učinkovitije rezultate u okolini koja se stalno mijenja i fluktuiraju, kao što je organizacija u kojoj se provodi program rane razvojne podrške.

Stručnjak koji provodi uslugu ima praktično znanje, kreativnost i ideje, ali zbog svoje uključenosti možda nema mogućnost sagledavanja šire slike. Čovjek koji je najudaljeniji od izravnog provođenja je taj koji mora uvijek imati na umu širu sliku. No jedan i drugi su jednako vrijedni i moraju slušati i uvažavati jedan drugoga kako bi program bio uspješan, ispunio svoju svrhu i dalje se razvijao.

Osobina distribuiranog (dijeljenog) vodstva je dijeljenje funkcije vodstva s ostalim članovima tima gdje de facto drugi članovi tima mogu preuzeti vodeću ulogu. To je strategija dijeljenog vodstva koja se koristi s namjerom gdje se neki aspekti i neke aktivnosti vodstva namjerno dijele s članovima tima, odnosno djelatnicima. Ovakav stil rukovođenja je dobar za rano-interventni kontekst jer kreira suradničku atmosferu nasuprot natjecateljske atmosfere. To je facilitacijsko vodstvo koje stvara uvjete u kojima osoblje ima autonomiju, ali i potrebnu potporu za rješavanje problema i potporu da sami vode ka poboljšanju i unapređivanju programa (Morgeson, DeRue i Karam, 2010).

Transformacijsko vodstvo, kao dodatni primarni okvir, usredotočuje se na to da lideri imaju sposobnost nadahnuti ljude kolektivnom vizijom da žele svijet učiniti boljim mjestom (Bass, 1990). U ovaj okvir uključen je snažni moralni element koji potiče emocionalnu vezanost između sljedbenika i vođa koja doprinosi većem dobru svih uključenih pojedinaca, ali i većem dobru u društvu.

Literatura:

1. Kivunja, C. (2015). Leadership in Early Childhood Education Contexts: Looks, Roles, and Functions. *Creative Education*, 6, 1710-1717.
2. Robbins, S.P., Millet, B., Cacciope, R., & Waters, M. T. (1998). *Organizational Behavior*
3. Mulford, W., Silins, H., & Leithwood, K. (2004). Educational Leadership for Organizational Learning and Improved Student Outcomes.
4. Scott, G. (1999). *Change Matters: Making a Difference in Education and Training*
5. Barker, C., & Coy, R. (2004). *The Power of Culture: Driving Today's Organizations*
6. McCrea, N.L. (2015). *Leading and Managing Early Childhood Settings: Inspiring People, Places and Practices*
7. Morgeson, F.P., DeRue, D.S., Karam, E.P. (2010). Leadership in Teams: A Functional Approach to Understanding Leadership Structures and Processes. *Journal of Management*, 36(1), 5-39.



IX

PORUKE ZA DALJE

30. PORUKE ZA DALJE

Marijana Konkoli Zdešić i Ana Validžić Požgaj

“Mislim da smo prošli vrlo dugačak put tijekom posljednja tri do četiri desetljeća... Mislim da je odgovor očit, razvoj se može mijenjati i na njega možemo utjecati.”

Craig Rame

Ovo poglavlje nije zamišljeno kao zaključak i zaokruživanje završne misli, kao što to nudi većina priručnika. Ovo je, nadamo se, materijal koji stručnjacima u području rane razvojne podrške pruža temeljne odrednice kako promišljati i djelovati, kako se profesionalno razvijati.

Kroz prethodna poglavlja dobili smo svojevrstan uvid u širinu i sveobuhvatnost rane razvojne podrške. Iako je prisutno sve više istraživanja koja nude znanstveno utemeljene odgovore i potkrijepljene činjenice na mnoga pitanja i nedoumice, sa svakim novim odgovorom otvaraju se nova pitanja za stručnjake u ovom području. Znanost o ranom razvoju napredovala je do točke u kojoj možemo predviđati razvojne ishode i prepoznavati čimbenike rizika te uspješno kreirati učinkovite strategije poticanja. Pitanje više nije je li rana razvojna podrška učinkovita, nego koliko je učinkovita.

Koje su poruke nama stručnjacima, sadašnjim i budućim?

Obitelj moramo prepoznati i uvažavati kao primarni kontekst uspostave interakcije i svog daljnjeg poticanja i učenja. Svi modeli i / ili pristupi trebali bi uvažavati postulat gledanja obitelji cjelovito kao sustava, ali i kao skupa pojedinaca pri čemu svatko od njih ima utjecaj na cjelokupni proces, a time i na razvojni ishod djeteta. Razvoj djeteta nije linearan proces. I roditelje i stručnjake očekuje niz izazova u svladavanju različitih razvojnih koraka. Iako nam temeljni programi obrazovanja nude široki raspon teoretskih uvida i saznanja, tek u praktičnom radu se kao stručnjaci susrećemo sa složenošću odnosa koje je potrebno uspostaviti kao i dinamikom procesa tijekom rada s djetetom u programu rane razvojne podrške.

Praksa u ranoj razvojnoj podršci treba biti usmjerena na isticanje vrijednosti i ponašanja kao što su partnerstvo roditelja i profesionalaca, nadogradnja na postojeće roditeljske snage, jačanje uvjerenja o roditeljskoj kompetentnosti i promicanje aktivnog sudjelovanja roditelja u donošenju odluka, a sve s ciljem postizanja ciljeva obitelji. Programi koji su lako dostupni u zajednici, a uključuju kvalitetnu intervenciju

usmjerenu i prema djetetu i roditelju, imaju pozitivan utjecaj na razvojne ishode djeteta (Watson i Tully, 2008).

U programima rane razvojne podrške u Hrvatskoj rade visokokvalificirani i iskusni stručnjaci, no program obrazovanja i usvojenih vještina nije ujednačen sa suvremenim preporukama, a koje ovdje valja spomenuti i o njima promišljati: suvremene metode i postupci rane razvojne podrške; ključni koncepti rane razvojne podrške; prava djece i roditelja; metode timskoga rada u ranoj razvojnoj podršci; razvojni probir; opsežna procjena razvoja kao i specijalizirane procjene; priprema i provedba Individualnih planova usluga za obitelj; planiranje posjeta u domu obitelji, metode izvješćivanja; intervencije na temelju rutina; metode za rad s roditeljima i ostalim članovima obitelji; metode upravljanja programom; metode supervizije za *coaching*, mentorstvo i reflektivnu superviziju te praćenje, vrednovanje i izvješćivanje o programu.

Nemoguće je implementirati jedinstvenu uslugu i prilagoditi je unutar svakog profesionalnog okruženja, ali ako tijekom kreiranja i provođenja rane razvojne podrške promišljamo o ovim sastavnicama i uvažavamo potrebe obitelji i individualnost svakog djeteta u procesu, na dobrome smo putu.

Kao i u svakom odnosu i procesu, suočit ćemo se s uspješnim, manje uspješnim, a vjerojatno i neuspješnim susretima u radu. No nikada ne prestaju prilike za učenje i napredovanje, a samim time razvoj stručnjaka i programa u kojima radimo za dobrobit djece i obitelji jest ono što doprinosi stvaranju kvalitetne usluge rane razvojne podrške.

Literatura:

1. Watson, J. & Tully, L. (2008). Prevention and Early Intervention Update – Trends in Recent Research. Sydney: NSW Department of Community Services, Centre for Parenting and Research.

X

PRILOZI

Prilog 8.1. Razvoj manualnih sposobnosti (Miller – Kenue, 1992)

Dob	Vještine
0 – 3 mjeseca	Dojenče refleksno hvata prstima predmet koji je u doticaju s dlanom
3 mjeseca	Iščezava refleksno hvatanje, dojenče kratko drži mali predmet kad mu se stavi u ruku
4 mjeseca	Zadržava predmet u ruci, trese zvečku, igra se svojim rukama, poseže prema predmetima i dohvaća ih, ali ne uvijek uspješno
5 mjeseci	Voljno hvata predmete, lupa rukicama po vodi, gužva papir
6 mjeseci	Drži bočicu, hvata svoja stopala i privlači ih ustima
7 mjeseci	Premješta predmet iz ruke u ruku, lupa predmetom o podlogu, stavlja predmete u usta
9 mjeseci	Može uhvatiti predmet između palca i kažiprsta, razvija se pincet hvat
10 mjeseci	Pokazuje kažiprstom, voljno otpušta predmete
11 mjeseci	Dodaje predmet na nalog, ali ga ne ispušta
12 mjeseci	Uzima i ispušta predmet na nalog, kotrlja loptu po podu, drži bojicu i šara po papiru, uzima sitne predmete
15 mjeseci	Gradi toranj od 2 kocke, baca predmete na pod, aktivno sudjeluje u svlačenju, počevši od skidanja cipelica
18 mjeseci	Gradi toranj od 3 kocke, počinje se samostalno hraniti žlicom, okreće stranice slikovnice (2 – 3 odjednom)
24 mjeseca	Gradi toranj 6 – 7 kocki, okreće stranice slikovnice jednu po jednu, okreće kvaku na vratima, odvrtće poklopce sa staklenki, pere i briše ruke, precizno koristi žlicu i vilicu
30 mjeseci	Gradi toranj od 8 kocki, drži olovku prstima, a ne cijelom šakom
3 godine	Gradi toranj od 9 ili 10 kocki, oblači čarape i obuva cipele, može otkopčavati i zakopčavati gumbe, može presipavati tekućinu iz posude u posudu ili koristeći žlicu bez ili s vrlo malim prolijevanjem
4 godine	Samostalno se oblači, reže škarama, ali ne precizno, umiva se i briše lice
5 godina	Oblači se bez pomoći, veže vezice, piše jednostavna slova

Prilog 8.2. Razvoj vještina hvatanja



Grubi palmarni ili ulnarni hvat

Javlja se u dobi između 4. i 5. mjeseca – dijete hvata predmet prstima, zadržavajući predmet u području malog prsta i dlana, palac nije uključen.

Palmarni hvat

Javlja se u dobi između 5. i 6. mjeseca – dijete hvata predmet unutarnjom stranom dlana, središnjim dijelom, koristeći prste i unutarnju stranu dlana kako bi zadržalo predmet .



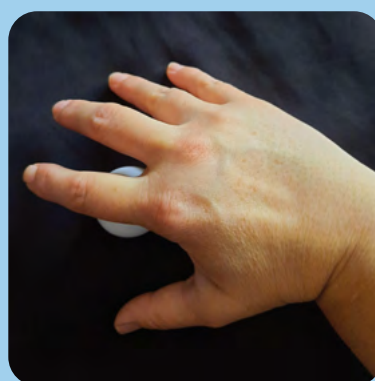
Radiopalmarni hvat

Javlja se u dobi između 6. i 7. mjeseca – dijete hvata predmet prstima uključujući i palac te zadržava predmet unutar dlana u području između palca i dlana.



Grabljasti hvat

Javlja se između 7. i 8. mjeseca života – karakterizira ga hvatanje predmeta savijanjem i povlačenjem prstiju oko predmeta.



Radijalno digitalni hvat

Javlja se u dobi između 8. i 9. mjeseca – karakterizira ga korištenje palca nasuprot ostalih prstiju, pri čemu je vidljiv razmak između predmeta i dlana i smatra se predpripremom za izvođenje preciznih hvatova.

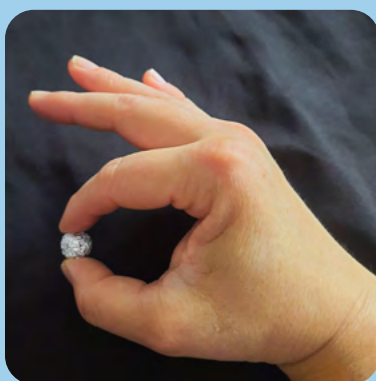


Grubi pincetni hvat

Javlja se oko 8. – 9. mjeseca života – predmet se hvata proksimalno od jagodica prstiju, razlikuje se od čistog pincetnog hvata što ne uključuje vrhove prstiju, već unutarnju stranu distalnih falangi prsta.

Troprsti hvat

Javlja se u dobi 10. – 12. mjeseca, karakterizira ga hvatanje sitnih predmeta vrhovima prstiju korištenjem palca, kažiprsta i srednjaka



Čisti pincetni hvat

Javlja se između 10. i 12. mjeseca, karakterizira ga hvatanje predmeta vršcima palca i kažiprsta, prisutna je fleksija (savijanje) u području palca i kažiprsta

Prilog 8.3. Hvatovi snage



Sferični hvat

Svi prsti su savijeni oko okruglog predmeta.



Cilindrični hvat

Savijanje prstiju dijagonalno oko valjkastog predmeta.



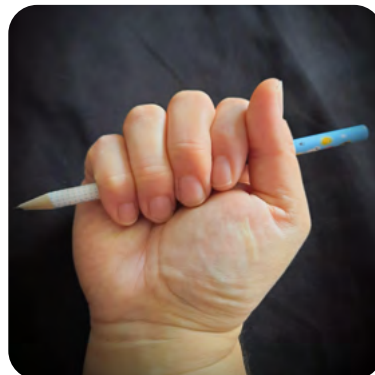
Kukasti hvat

Karakterizira ga fleksija (savinutost interfalangealnih zglobova prstiju, palac ne mora biti uključen).

Prilog 8.4. Razvoj hvatova funkcionalnog korištenja olovke

Palmarni hvat olovke sa supiniranom šakom

Javlja se u dobi 12. – 15. mjeseci, dijete čvrsto drži olovku unutarnjom stranom dlana sa savinutim prstima.

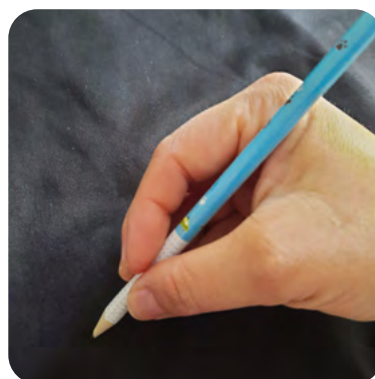


Digitalni hvat olovke s proniranom šakom

Javlja se u dobi 2. – 3. godine, šaka je u proniranom položaju, dijete obuhvaća olovku ispruženim prstima.

Četveroprsti hvat olovke

Javlja se u dobi 3. – 4. godine, dijete drži olovku vrhovima palca, kažiprsta, srednjaka i prstenjaka.





Statični troprsti hvat olovke

Također se javlja u dobi 3. – 4. godine, uključuje tri prsta, palac, kažiprst, srednjak i prstenjak, pri pisanju pokreće se cijelo zapešće, a ne samo prsti.

Dinamični troprsti hvat olovke

Javlja se u dobi 4,5 – 6 godina, uključuje tri prsta, palac, kažiprst, srednjak i prstenjak. Dijete drži olovku jagodicama prstiju, pri čemu ima više slobode u pomicanju olovke. Kažiprst i palac nalaze se točno jedan nasuprot drugoga, dok su prstenjak i mali prst savijeni u šaku i stabiliziraju ručni zglob. Ručni zglob je ravan, olovka se nalazi 1 – 2 cm iznad papira i tijekom pisanja se pomiču samo prsti.



Prilog 9.1. Miljokazi predjezičnog i jezičnog razvoja



Prilog 10.1. Razvoj istraživanja/igre

(izvor: Fenson, L., Schell, R.E. (1985). The origins of exploratory play. Early Child Development and Care 1985, 19, 3-24.)

VIZUALNO ISTRAŽIVANJE

- od rođenja djeca su vizualno odgovorljiva spram okoline, na taj način dobivaju informacije o okolini
- 0 – 6 mjeseci: zainteresirani za jake kontraste, pokretne mete; nakon 2. mjeseca starosti dijete provodi 35 % svoje budnosti u gledanju; poboljšane sposobnosti skeniranja i praćenja sada omogućuju dojenčadi da uoči i pregleda suptilnije aspekte vizualnih događaja, kao što su količina složenosti ili detalja u obrascu; dojenčad duže gleda novi uzorak ako se razlikuje od starog uzorka i u obliku i u boji, nego ako se razlikuje u samo jednoj od tih dimenzija; daljnjim vizualnim iskustvom djeca počinju konstruirati neke temeljne sheme ili koncepte; jedna od prvih koje se razviju je shema za ljudska bića
- 6 – 12 mjeseci: dojenčad pokazuju zanimanje za sve složenije i nove obrasce; u dobi 6 – 9 mjeseci će obično pokazivati pojačan interes za poznatom shemom u kojoj su značajke preuređene; zbog bolje sposobnosti prisjećanja koncepti u dojenčadi postaju čvršće uspostavljeni
- 12 – 36 mjeseci: vrijeme gledanja se smanjuje kod prikazivanja poznatog vizualnog uzorka, ali svaki novi uzorak stvara obnovljeni vizualni interes; preferencija spram složenih uzoraka; sredinom 2. godine života razvoj simboličkih kompetencija koje imaju važnu ulogu u vizualnom istraživanju te počinju regulirati druge oblike istraživačke igre.

MANIPULATIVNO ISTRAŽIVANJE

- fizički kontakt s predmetima omogućuje djetetu da stekne više vrsta podataka o predmetima koji nisu dostupni samo vizualnim putem; na ovaj način mogu iskusiti nove oblike vizualnih informacija; kombinacija vizualnog i manualnog istraživanja daje neprocjenjiv doprinos razvoju konceptata o svijetu
- 0 – 6 mjeseci: dojenčad promatra pokrete svojih ruku, ali ne mogu koordinirati ruke i oči, te nisu u stanju posegnuti i dohvatiti stvari; puno prije 6. mjeseca, dojenče nauči donositi predmete unutar svog vidnog polja i do usta, stvarajući drugi način istraživanja – oralno istraživanje; dojenče će koristiti sva raspoloživa sredstva za stvaranje ili održavanje zanimljivih događaja (npr. udaranje nogom po zvečki); u dobi od 4 mjeseca dojenče ponavlja radnju s ciljem stvaranja zanimljivog učinka
- 6 – 12 mjeseci: poboljšanje vizuo-motoričke koordinacije, manipulativno istraživanje se brzo širi; iako će dojenčad pokazati više početnog i trajnijeg zanimanja za novi predmet u dobi od 9 mjeseci, oni također mogu inhibirati (novi mehanizmi kontrole) posezanje za novim predmetom te prvo napraviti vizualni pregled predmeta; smanjivanje oralnog istraživanja prema 12. mjesecu; više rotacija predmetom, pritiskivanja prstom, gurkanja, istraživanja težine, prebacivanja iz ruke u ruku; interes za to kako stvari funkcioniraju – ne toliko za uzrok posljedice, već na samo djelovanje uređaja;
- 12 – 36 mjeseci: dojenčad počinje prilagođavati svoje postupke propisanim svojstvima predmeta (kulturološki uvjetovano – guranje autića, stavljanje ključa u bravu); razvoj sposobnosti za zajedničko razmatranje dva ili više predmeta i / ili događaja – vodi prema usvajanju funkcionalnih odnosa, prostornih odnosa, uzročno-posljedičnih odnosa i kategorizaciji (12 – 24 mjeseca); kako djeca razvijaju svijest o funkcionalno-smislenim svojstvima predmeta i stječu sposobnost razmatranja odnosa, postaju sve snalažljivija, promišljenija i više planiraju; manipulativno istraživanje širi se u različite oblike osjetilne i motoričke igre (građenje, igre s pijeskom i vodom)

IGRA PRETVARANJA

- spoznajnim napretkom koji je započeo u 2. godini život, djeca provode veliku količinu vremena u usavršavanju igre te na taj način nameću sve veći stupanj reda svom svijetu kroz identificiranje, uspoređivanje i kategorizacije objekata i događaja; počinju se pretvarati, ponekad simulirajući i ponekad iskrivljavajući stvarnost; u najranijem obliku pretvaranja, u dobi od oko godinu dana, djeca simuliraju neke vlastite dnevne rutine, kao što su jedenje, kupanje i spavanje (piju i jedu iz prazne čaše/posude); prvi decentrirani akti slijede nekoliko mjeseci kasnije, poprimajući oblik akcija usmjerenih prema animiranim i neživim primateljima. Primjerice, dijete može češljati kosu lutke ili se pretvarati da lutku hrani praznom žlicom (lutka je pasivna i animirana kao primateljica); prije uključivanja lutke u igru, djeca mogu usmjeriti ove vrste akcije prema stvarnim osobama (posebno roditeljima), kao posredna veza između sebe i animiranih predmeta; oko 24 mjeseca u dječjoj se igri pojavljuje nova klasa decentriranih radnji u kojoj se „animirani“ sudionici (npr. lutke, igračke) nisu više pasivni primatelji, npr. dijete može posjesti lutku ispred stola i staviti žlicu u ruku lutke, umjesto hranjenja lutke izravno; uporaba jezika i geste kako bi se animirala („oživjela“) lutka ili neki drugi predmet; prvi slučajevi dekontekstualizacije javljaju se oko 12. mjeseca kad dijete koristi realne replike (kao što su bočica za lutke) na odgovarajući način; u 3. godini djeca postaju sposobna za korištenje izrazito neprototipskog zamjenskog predmeta u svojoj igri za pretvaranje; u svojoj 3. godini djeca također počinju stvarati i izmišljati stvari kojih nema putem geste (maženje psa kojeg nema) ili riječima (tamo je moj mali pas) ili kombinacijom riječi i gesti; iza 3. godine može se dogoditi pojava zamišljenog prijatelja; u dobi između 18 i 24 mjeseca događa se povezanost dviju uzastopnih radnji tijekom igre; u igri se sve više vidi integracija višestrukih shema igranja; u predškolskoj dobi počinju se baviti dramskom igrom u cjelini (sami i s prijateljima), korištenje jezika je sve privlačnije jer pomaže u identifikaciji različitih zadataka/uloga i zamišljenih varijacija doživljaja svijeta.

Prilog 21.1. Lista bilježenja rutina

Ime djeteta:

Datum popunjavanja:

Datum rođenja:

Osoba:

Vrijeme i trajanje aktivnosti	Aktivnost (naziv aktivnosti)	Mjesto (gdje se odvija aktivnost)	Osoba (tko provodi aktivnost)	Što radi odrasla osoba?	Što radi dijete?

IZ RECENZIJA

Svrha priručnika je dati cjeloviti pregled sustava rane razvojne podrške kroz teorijska polazišta te praktičnim primjerom prikazati provedbu programa rane razvojne podrške u Malom domu - Zagreb.

U priručniku su opisana znanstveno utemeljena polazišta rane razvojne podrške, specifičnosti svih razvojnih područja, modeli i pristupi u radu s obiteljima i djecom s razvojnim teškoćama, kurikulumni okvir provedbe rane razvojne podrške (od uključivanja u program do tranzicije) te specifičnosti suradnje između stručnjaka različitih struka koji djeluju u ovom području.

Priručnik je namijenjen upravo stručnjacima u području rane razvojne podrške koji će konzultirajući ovaj priručnik na jednom mjestu dobiti sve informacije i smjernice koje se tiču rada s djecom rane dobi i njihovim obiteljima.

Sva područja/teme iz sustava rane razvojne podrške koje se nalaze u priručniku opisane su vrlo strukturirano uz navođenje recentne literature. Pisan je kvalitetnim jezikom koji, s obzirom na svrhu priručnika, na prikladan i razumljiv način koristi stručnu terminologiju. Svako poglavlje obuhvaća vrlo detaljnu razradu, uvijek imajući u vidu teorijska polazišta i precizno opisane načine provedbe konkretnih aktivnosti. Priručnik je dobro organiziran, pregledan, čitljiv i sadrži razinu informacija koja je prikladna stručnjacima raznih profila. U priručniku je izrazito vidljivo da autori imaju značajno iskustvo u primjeni svih opisanih pristupa i metoda u području rane razvojne podrške.

Važnost ranog djelovanja i rane podrške djeci s rizikom za nastanak teškoća ili već utvrđenim razvojnom teškoćom je općeprihvaćena znanstveno-stručna činjenica. Međutim definiranje postupaka, odabir pristupa i metoda intervencije često je još uvijek osobni odabir pojedinog stručnjaka ili pojedine ustanove. Kako bi se održala ravnoteža cijelog sustava unutar kojeg pojedina ustanova djeluje, odabir pristupa i metoda nije uvijek najoptimalniji za dijete i obitelj. Ovaj priručnik na vrlo koncizan, pregledan i lako čitljiv način donosi spoznaje i pristupe u ranoj razvojnoj podršci koji mogu biti smjernice svakom stručnjaku i svakoj ustanovi koja pruža uslugu rane razvojne podrške.

Zaključno, ovaj priručnik je pregledan, detaljan, zanimljiv i poticajan vodič u razumijevanju sustava rane razvojne podrške, kao i koristan alat koji potiče čitatelja na aktivno djelovanje, a to je ujedno i svrha svakog kvalitetnog priručnika.

Ana-Marija Bohaček, mag. rehab. educ., spec. rane razvojne podrške

„Dugogodišnje iskustvo autorica i suradnika u pristupu i razvoju današnjeg značenja rane razvojne podrške rezultiralo je cjelovitim i praktičnim priručnikom. Sadržaj je temeljito obrađen i koristan svim dionicima uključenim u proces rane razvojne podrške. Izrazito je pohvalan pristup koji na prvo mjesto stavlja obitelj i individualan pristup svakom djetetu. Poticaj za stvaranje priručnika autorice su našle u važnosti promicanja znanja, a isto treba biti poticaj i čitatelju kako bi uskladili stavove i komunikaciju te tako dodatno smanjili pritisak na obitelj.“

Dr. sc. Goran Krakar, dr. med. spec. neuropedijatar

Mali dom - Zagreb

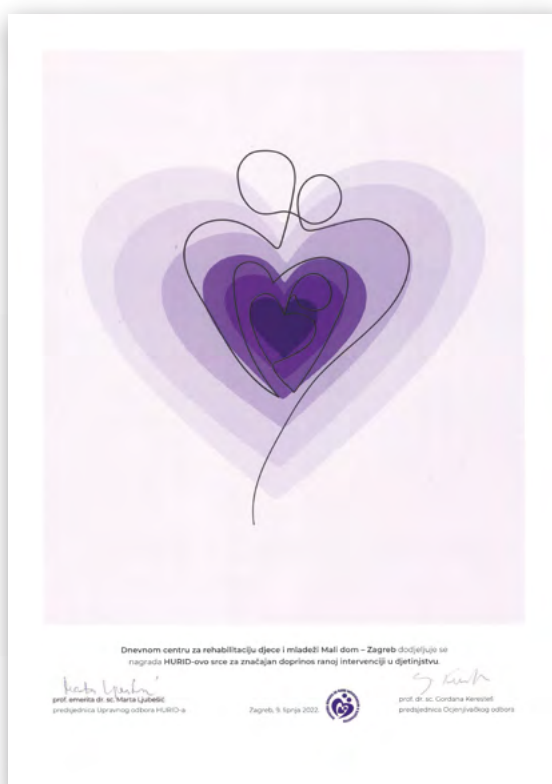
Mali dom Zagreb (MDZ) je ustanova socijalne skrbi u Hrvatskoj čiji osnivač je Grad Zagreb, a koja svakodnevno pruža edukacijske i rehabilitacijske usluge djeci i mladeži s oštećenjem vida i dodatnim utjecajnim višestrukim poteškoćama.

MDZ ima za opći cilj unaprjeđenje kvalitete života, smanjenje socijalne isključenosti i nejednakosti kroz poboljšanu dostupnost socijalnih usluga te prevenciju institucionalizacije djece i mladeži s utjecajnim poteškoćama. Pravo na život u zajednici predstavlja jedno od temeljnih ljudskih prava. Razvoj programa MDZ bio je i ostao odraz nastojanja, želje i ustrajnosti kako što bolje odgovoriti na rastući broj i sve kompleksnije potrebe obitelji i djece s utjecajnim poteškoćama iako porast i složenost tih potreba za struku i društvo u cjelini postavlja izazov.

Program Rane razvojne podrške MDZ provodi od kraja 90' tih kada se započelo s radom s troje djece u dobi od 2 godine.

Danas Rana razvojna podrška počinje odmah po izlasku iz rodilišta, a ponekad i u samom rodilištu. Godišnje kroz program Rane razvojne podrške prođe prosječno oko 60 obitelji, a kroz program procjene i savjetovanja oko 200 obitelji kojima je pružen neki oblik rane podrške.

Nakon 30 godina iskustva u radu s djecom i mladima, smatramo kako je znanje i ulaganje u stručnjake koji rade s djecom i obiteljima od krucijalne važnosti. Isto tako vjerujemo kako je najveća vrijednost našeg programa u partnerstvu s roditeljima gdje se kao tim podupiremo u najboljem interesu djeteta.



ISBN 978-953-57929-4-9



Mali dom - Zagreb
Dnevni centar za rehabilitaciju
djece i mladeži
Baštijanova 1D, 10 000 Zagreb

E-mail: malidom@malidom.hr
Tel: +385 1 3746 500
Tel: +385 1 6521 096
Tel/Fax: +385 1 6521 099

Perkins SCHOOL
FOR THE
BLIND