

RANA RAZVOJNA PODRŠKA:

komponente programa i strategije poticanja



Dnevni centar za rehabilitaciju
Mali dom - Zagreb

RANA RAZVOJNA PODRŠKA:

komponente programa i strategije poticanja

Dnevni centar za rehabilitaciju
Mali dom - Zagreb

Impressum?

Sadržaj

TEORIJSKE ODREDNICE PROGRAMA RANE RAZVOJNE PODRŠKE	8
POVIJESNE ODREDNICE ZNAČENJA RANE RAZVOJNE PODRŠKE	9
Ana Validžić Požgaj	
KOMPONENTE PROGRAMA RANE RAZVOJNE PODRŠKE	15
POSTUPCI I SMJERNICE PROCJENE.	16
Ana Validžić Požgaj	
VAŽNOST TIMSKOG PRISTUPA U PROCJENI	19
Snježana Seitz	
RANA RAZVOJNA STRUČNA PODRŠKA DJETETA I OBITELJI.	22
Senada Jagar, Marijana Konkoli Zdešić	
STRUKTURA STRUČNE PODRŠKE OBITELJI	24
Senada Jagar, Marijana Konkoli Zdešić	
STRUČNJAK U RANOJ INTERVENCIJI – ZNAČAJKE I VAŽNOSTI TIMSKOG PRISTUPA	27
Senada Jagar, Ana Validžić Požgaj	
TRANZICIJA	31
Marijana Konkoli Zdešić, Mirjana Marojević, Snježana Seitz	
KREIRANJE INDIVIDUALNOG MODELA PODRŠKE	36
SASTAVNICE INDIVIDUALNOG MODELA PODRŠKE: INDIVIDUALNI OBITELJSKI PLAN PODRŠKE I INDIVIDUALNI EDUKACIJSKI PLAN	37
Martina Celizić, Marijana Konkoli Zdešić	
KREIRANJE CILJU USMJERENIH AKTIVNOSTI	40
Martina Celizić	
STRATEGIJE POTICANJA VIZUALNOG FUNKCIONIRANJA	44
CEREBRALNO OŠTEĆENJE VIDA.	45
Tatjana Petrović Sladetić, Snježana Seitz	
STRATEGIJE POTICANJA SENZORIČKE INTEGRACIJE	54
STRATEGIJE POTICANJA SENZORIČKE INTEGRACIJE	55
Ivana Rogar Gojević	
STRATEGIJE POTICANJA MOTORIČKOG UČENJA	60
STRATEGIJE POTICANJA MOTORIČKOG UČENJA	61
Jasminka Gagula, Jelena Špionjak, Tatjana Petrović Sladetić	

STRATEGIJE POTICANJA KOMUNIKACIJSKIH VJEŠTINA	74
Diana Korunić, Ivana Macokatić, Ivana Slavinić	
PREDJEZIČNA KOMUNIKACIJA	74
GOVORNO - JEZIČNI RAZVOJ	74
RAZVOJ KOMUNIKACIJSKIH VJEŠTINA: PREDJEZIČNO RAZDOBLJE	75
GOVORNO - JEZIČNI RAZVOJ	78
STRATEGIJE POTICANJA PREMA PRINCIPIMA AKTIVNOG UČENJA	82
Martina Celizić, Ivana Macokatić	
UČENJE KROZ RUTINE	90
Martina Celizić	
STRATEGIJE POTICANJA VJEŠTINA HRANJENJA, JEDENJA I PIJENJA	94
Diana Korunić, Danijela Kljajić	
TERAPIJSKO HRANJENJE	96
PARTNERSTVO I PODRŠKA RODITELJIMA	102
Mirjana Marojević, Marija Naglić	
Oblici podrške u Malom domu - Zagreb	105
PRILOZI	108
Prilog 1. REVISED IEP/IFSP GOALS AND OBJECTIVES RATING INSTRUMENT (R-GORI) FOR EARLY CHILDHOOD .	109
Prilog 2. LISTA BILJEŽENJA RUTINA.	110
Prilog 3. SPECIFIČNA VIZUALNA PONAŠANJA DJECE S CEREBRALNIM OŠTEĆENJEM VIDA	111
Prilog 4. SIMPTOMATOLOGIJA DISFUNKCIJE ORGANIZACIJE POJEDINIH OSJETNIH SUSTAVA.	112
Prilog 5. MILJOKAZI PREDJEZIČNOG I JEZIČNOG RAZVOJA	113
Prilog 6. LOGORITMIČKE IGRE ZA NAJMLAĐE	114
Prilog 7. POTICANJE SIMBOLIČKE IGRE / FUNKCIONALNE UPOTREBE PREDMETA.	115
Prilog 8. KAKO PROVODITI ORALNO-FACIJALNE MASAŽE	117
Prilog 9. FOOD TEXTURE AND EATING SKILLS	118
Prilog 10. KAKO PREVENIRATI ILI SMANJITI RIZIK OD GUŠENJA HRANOM	119

TEORIJSKE ODREDNICE PROGRAMA RANE RAZVOJNE PODRŠKE

KLJUČNE ODREDNICE

Iako stručnjaci često navode kako su za ranu intervenciju prve tri godine života najvažnije bitno je naglasiti da neurorazvojna plastičnost te mogućnost utjecaja na kvalitetu razvoja postoje i nakon treće godine života djeteta.

Promjene ovise i o okolinskim utjecajima, prvenstveno obilježjima obitelji, jer je rani razvoj djeteta u velikoj mjeri određen kontekstom u kojem odrasta.

Bez obzira što postoje različiti pristupi i modeli rane razvojne podrške, suvremeni pristupi u ranoj intervenciji teže usmjerenosti na cijelu obitelj, a ne samo na dijete i teškoću.

POVIJESNE ODREDNICE ZNAČENJA RANE RAZVOJNE PODRŠKE

Ana Validžić Požgaj

Znanstveni i stručni interes u području ranog dječjeg razvoja u iznimnom je porastu tijekom posljednjih nekoliko desetljeća. U zadnjih tridesetak godina različita znanstvena istraživanja i analize dostupnih teorija u društvenim i medicinskim znanostima, dovele su do novih konceptata u ranoj intervenciji 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 3. godine života što ima svoje uporište u neurobiološkim postavkama i razvojnim teorijama. Međutim, stavljajući ranu intervenciju u pravni, obrazovni i socijalni okvir svake zemlje – posebice u europskim zemljama, ta granica provođenja usluge rane intervencija podrazumijeva dob do uključivanja u školski sustav, najdulje do 7. 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 i ishodišna točka jest da se s odgovarajućim uslugama treba početi što prije budući 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 3. godine, a naročito tijekom 1. 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 osjetljivi periodi za mijenjanje neurološke funkcije. Nadalje, postoje dokazi kako su osjetljivi periodi i neurološki sustavi u interakciji s individualnim obilježjima. Iako stručnjaci često navode kako su za ranu intervenciju prve tri godine života najvažnije bitno je naglasiti da neurorazvojna plastičnost te mogućnost utjecaja na kvalitetu razvoja postoje i nakon treće godine života djeteta (1).

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 20. 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 (3).

Pregledom literature uočava se zaključak kako su u razvoju djece važni biološki, psihološki i sociološki čimbenici. Postoji stalna dilema među znanstvenicima koji istražuju rani dječji razvoj, kojem od ovih čimbenika treba pridati veću važnost. Prema navodima Tartasa, Baucala i

Perret – Clemona (4) 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 dolaze sa sjevernoameričkog područja i odražava promjene u njihovom sustavu rane razvojne podrške. Zaključuje je kako su ranija istraživanja (5) 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 intervenciji jer je dokazano da su programi ekonomski isplativi, učinkoviti, imaju dugoročan utjecaj na razvoj te maksimiziraju razvojne potencijale djeteta (6).

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 (7) kritiziraju značaj koji se pridaje ranoj intervenciji i ukazuju na nedostatak znanstvenosti provedenih istraživanja.

Jedan od poznatijih istraživača o utjecaju roditelja u procesu rane razvojne podrške je Gerald Mahoney (8), koji je već 1985. u svojoj prvoj studiji naznačio da se zanemaruje učinak roditeljske responzivnosti u svakodnevnim interakcijama s djetetom na razvojne ishode. Mnogi njegovi suradnici (9, 10) 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 (11) 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 intervenciji 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 intervenciji uočavaju se četiri teoretska pristupa:

- a) Ekološki model Bronferbrennera i Sameroffa (12) promatra razvoj djeteta u okvirima socijalnog i obiteljskog okruženja te prepoznaje važnost njihove uzajamne povezanosti
- b) Interakcijski model roditelj-dijete Papouseka (13) 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 (14)
- d) Sinkativni model organizacije i razvoja ponašanja djeteta koji je predstavio Als (15) je usmjeren na djetetove unutrašnje podsustave, njihovu međusobnu interakciju te interakciju s okolinom.

Na osnovu 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 Programms - NIDCAP (15), koji se provodi u velikom dijelu neonatalnih jedinica intenzivne skrbi, Kangaroo Care koji opisuju Charpaak i sur (16), Responzivno poučavanje (17), Razvojna stimulacija (18) i mnogi drugi. Treba imati na umu da ne postoji univerzalno uspješan model i oblik intervencije pa tako oblik intervencije koji može biti učinkovit za prijevremeno rođenu djecu se 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 (12) 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 intervenciji treba napomenuti da u uvažavanju i razumijevanju koncepata i različitih modela prevladava sistemska perspektiva (19), odnosno teorijski okvir prema kojem se na osnovu analize hijerarhijski postavljenih sustava, podsustava i njihovih međuodnosa kreira praksa. U modelu je uvažena različitost postojećih modela i nacionalnih legislativa te je analiziralo mnogobrojne rezultate interdisciplinarnih istraživanja na veoma 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, praksa kontinuirano iznosi kako 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 (20).

Od devedesetih godina 20.stoljeća zamjećuju se promjene u konceptu programa rane razvojne podrške s mijenjanjem usmjerenosti intervencije prema djetetu prema razvoju programa koji je usmjeren prema obitelji. Tako Goodman (21) uvodi termin model usmjeren na roditelja (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 - relationship focused (17). 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 (20, 21) 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, spoznajnog i socioemotivnog funkcioniranja (18). Pristup je analiziran kroz mnogobrojne studije koje su došle do zaključka kako je roditeljska odgovorljivost jedan od glavnih čimbenika koji utječe na djetetov razvojni ishod. Stručnjak u ranoj intervenciji 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. Istraživanje nekih aspekata rane intervencije u djetinjstvu. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*. 2009; 45 (1), 1-14.
2. Vasta R, Haith MM, Miller SA. *Dječja psihologija*. 1997; Jastrebarsko: Naklada Slap
3. Gianoustos J: *Early Childhood Education*. 2000; *The Pulse*, 4 (1)
4. Tartas V, Baucal A, Perret-Clermont AN. 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; 2010. p. 64-80.
5. Butler C, Darrah J. Effects of neurodevelopmental treatment (NDT) for cerebral palsy: an AACPDM evidence report. *Dev. Med Child Neurol* [Internet]. 2001 Nov [cited 2020 March 3]; 43 Suppl 11. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11730153>
6. Rydz D. Screening for developmental delay in the setting of an ambulatory pediatric clinic. *Neuropediatrics*. 2006; 37 (1): 78-88.
7. Guralnick M.J. The next decade of research on the effectiveness of early intervention. *Exceptional Children*. 1991; 58: 174–183.
8. Mahoney GJ. Communication patterns between mothers and developmentally delayed infants. *First Language*. 1988; 8: 157-172.
9. Mahoney GJ, Wiggers B. The role of parents in early intervention: Implications for social work. *Children & Schools*, 2007; 29 (1): 7-15.
10. Mahoney GJ, Robinson C, Powell A. Focusing on Parent – Child Interaction: The Bridge to Developmentally Appropriate Practices. *Topics in Early Childhood Special Education*. 1992; 12 (1), 105 – 120.
11. Dunst CJ, 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; 2007. p.161-180.
12. Sameroff A. A united theory of development: A dialectic integration of nature and nurture, *Child development*. 2010; 81 (1): 6-22.
13. Papoušek H, Papoušek M. Intuitive parenting: A dialectic counterpart to the infant's integrative competence. In: Osofsky DJ, editor. *Handbook of infant development*. New York: Wiley; 1987. p. 669-702.
14. Kozulin A, Gindis B, Ageyev VS, Miller SM, (Eds). *Learning in doing. Vygotsky's educational theory in cultural context*. Cambridge University; 2003 [[cited 2020 Mar 5]. Available from: <https://doi.org/10.1017/CBO9780511840975>
15. Als H. Toward a synactive theory of development: Promise for the assessment of infant individuality. *Infant Mental Health Journal*. 1982; 3: 229–243.
16. Charpak N, Tessier R, Ruiz JG, Hernandez T, Uriza F, Villegas J, et al. Twenty-year Follow up of Kangaroo Mother Care versus Traditional Care. *Pediatrics* [Internet]. 2017 Jan [cited 2020 Mar 5]; 139 Suppl 1. Available from <https://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/139/1/e20162063.full.pdf>
17. Mahoney G, Nam S. The parenting model of developmental intervention. *International Review of Research on Mental Retardation*. 2011; 1(2): 73–125.

18. Copple C, Bredekamp S. Developmentally appropriate practice in early childhood programs serving children from birth through age 8. 3rd ed. Washington, DC: NAEYC, 2009. p. 2-6.
19. Guralnick MJ. Why Early Intervention Works: A Systems Perspective. *Infants & Young Children*. 2011; 24 (1): 6–28.
20. Espe-Sherwindt M. Family-centred practice: collaboration, competency and evidence. *Support for Learning*. 2008; 23(3): 136–143.
21. Goodman JF. *When slow is fast enough: Educating the delayed preschool child*. New York, NY: Guilford Press; 1992.

KOMPONENTE PROGRAMA RANE RAZVOJNE PODRŠKE

PROCJENA

RANA RAZVOJNA STRUČNA PODRŠKA
DJETETA I OBITELJI

TRANZICIJA

KLJUČNE ODREDNICE

Bez obzira na sve više dostupnih instrumenata procjene, u radu s populacijom djece s oštećenjima vida i dodatnim teškoćama u razvoju, najkorisniji alati su opservacijske vještine iskusnih stručnjaka i nestandardizirani instrumenti procjene prilagođeni populaciji djece s teškoćama.

Rana razvojan stručna podrška obitelji uključuje trijadu roditelj – stručnjak – dijete. Podrška u obitelji kroz predviđeno vremensko razdoblje prolazi kroz mnogobrojne procese koji utječu na njenu učinkovitost koja se dokumentira kroz tjedne izvještaje i Individualni obiteljski plan podrške.

Kod kreiranja i planiranja odgovarajućeg protokola tranzicije u obzir treba uzeti perspektivu roditelja i stručnjaka.

POSTUPCI I SMJERNICE PROCJENE

Ana Validžić Požgaj

Da bi se mogli provoditi programi rane razvojne podrške nužno je i rano otkrivanje razvojnih rizika i odstupanja. Prema Pinjatelj i Joković Oreb (1) pojam neurorizično dijete pojavio se s ciljem da se iz ukupnoga broja živorođenih izdvoji ona novorođenčad koja bi mogla razviti teškoće u razvoju. Stoga su metode probira usavršavane, a broj čimbenika rizika preciznije definiran kao rezultat brojnih istraživanja i dugoročnog praćenja rizične djece. S druge strane, o razvojnom odstupanju govorimo kada dijete zaostaje u jednom od razvojnih miljkaza: motoričkom, kognitivnom, komunikacijskom, senzoričkom ili socio-emocionalnom.

Često se susrećemo s djecom koja su gotovo na tjednoj bazi podvrgnuta procjenama od različitih stručnjaka te stoga postaju i pretjerano osjetljiva na situacije ispitivanja, a roditelji sa sobom nose fascikle ispunjene medicinskom dokumentacijom. Uočavanje i prepoznavanje razvojnih poremećaja u ranoj razvojnoj dobi nije lako, jer valja pažljivo sagledati sve aspekte djetetovog razvoja i stvoriti jedinstvenu sliku funkcioniranja djeteta. Samo utvrđivanje razvojnog odstupanja može biti izrazito zahtjevno jer, između ostalog, širok spektar različitosti među djecom tipičnog razvoja omogućava da pojedina odstupanja prođu nezapaženo.

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 uključenja u određeni program i kreiranje plana podrške. 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 intervenciji. Koliko će on biti učinkovit za dijete i obitelj, ovisi o samoj procjeni. U procesu procjene, interdisciplinarni i transdisciplinarni pristup kojemu treba težiti, imaju osvijesteno da procjena nije 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. Veoma 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 logopedi, psiholozi, rehabilitatori, fizioterapeuti, radni terapeuti i ostali stručnjaci već od najranije dobi djeteta, odnosno već od samog rođenja. Mnoga klinička i znanstvena istraživanja potvrđuju visoku osjetljivost i pouzdanost raznih standardiziranih psihometrijskih testova (poput npr. Bayley Scales of Infant Development (BSID-III), Mullen Scales of Early Learning, Fagan Test of Infant Intelligence (FTII), Battelle Developmental Inventory (BDI), Denver Developmental Screening Test i dr.) u prediktivnosti kasnijeg razvoja kognitivnih, komunikacijskih i motoričkih vještina (2, 3). Postoje i mnogi brzi screening testovi (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 su prvi korak na putu do

dijagnoze. Probir se definira kao kratka procjena namijenjena identifikaciji djece koja trebaju detaljniju dijagnostičku, evaluacijsku procjenu zbog rizika na postojanje teškoće ili utvrđeno odstupanje u razvoju.

Primjena standardiziranih mjernih instrumenata procjene kao što su Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI), Gross Motor Function Measure (GMFM), BAYLEY razvojne ljestvice i dr. omogućava i vrednovanje promjena u djetetovom funkcioniranju jer uspoređivanjem ponovljenih procjena možemo procijeniti napredak djeteta nakon provođenja rano-interventnog programa. No ne smijemo zaboraviti da rezultat koji dijete postigne se, 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. Samim time je primjena standardiziranih mjernih instrumenata kod populacije djeca s oštećenjem vida i neprimjerena prema standardima procjene, jer osim što većina većina subčestica i zadataka nema mogućnosti prilagodbe djeci sa senzoričkim deficitom, norme su postavljene prema skupini populacije bez teškoća.

U radu s djecom s utvrđenim odstupanjima u razvoju uvijek treba voditi računa s kojim ciljem se provodi procjena. Procjena u svrhu praćenja brojčanih rezultata, 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 svakodnevnicu. 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 opservacijske procjene, dijete se uspoređuje sa samim sobom, odnosno vrednuju se napretci koji se kroz standardizirane mjerne instrumente najčešće ne mogu vrednovati, ali su itekako bitni i važni za djetetovo svakodnevno funkcioniranje.

Stručnjaci u radu s MDVI djecom najčešće koriste nestandardizirane instrumenti procjene (npr. Portage Guide to Early Education Checklist, HELP Checklist (0-3) i HELP Strands (3-6), The Oregon Project Skills Inventory, Communication Matrix, INSITE razvojna checklista i ostale) koji su orijentirani prema kurikulumu. Bilo da su konstruirani poput upitnika ili check liste ta vrsta instrumenata sugerira aktivnosti i razvojna područja na kojima treba raditi.

U praksi primijećujemo 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.

Literatura

1. Pinjatela R, Joković-Oreb I. Rana intervencija kod djece visokorizične za odstupanja u motoričkom razvoju. Hrčak – portal znanstvenih časopisa Republike Hrvatske, 2010; 13(3-4), p. 293-308.
2. Glascoe FP. Screening for developmental and behavioral problems. Ment Retard Dev Disabil Res Rev. 2005; 11(3), p. 173–179.
3. Hamilton S. Screening for developmental delay: reliable, easy-to-use tools. Jorunal of Family Practice, 2006; 55(5), p. 415–422.

VAŽNOST TIMSKOG PRISTUPA U PROCJENI

Snježana Seitz

U želji da se omogući sveobuhvatna i konzistentna procjena djeteta s oštećenjem vida i dodatnim teškoćama u razvoju, nužan je timski pristup. Holm i McCartin (1) tim opisuju kao „interaktivnu grupu koja izvodi integrirane i međuovisne aktivnosti“. Uvođenje timskog pristupa u procjenu i ranu intervenciju odražava stav i gledište stručnjaka koji dijete i njegov razvoj počinju promatrati kao integriranu cjelinu, a ne kao skup pojedinih razvojnih područja (2).

Karakteristike timova

Većina timova koji rade zajedno u procjeni i ranoj intervenciji 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 (3) 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 zahtjevan 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 (4) te faze razvoja transdisciplinarnosti naziva „otpuštanje 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 faze tzv. „otpuštanja uloga“ kada stručnjak primjenjuje novostečene vještine u praksi pod supervizijom stručnjaka čija je to struka.

Jedna 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 zahtjeva planiranje i promišljanje od strane svih članova tima.

Procjena djece s oštećenjem vida i dodatnim teškoćama u razvoju

Procjena djece s oštećenjem vida 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 i obitelji, osobito kad se radi o djeci sa oštećenjem vida i dodatnim poteškoćama u razvoju.

Prilikom provođenja procjene, tim bi trebao dobiti informacije ne samo o vidnim funkcijama i funkcionalnom vidu, već i o tome kako poteškoće u vidnom funkcioniranju utječe na sva 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 određivanja strategija poticanja provodi se kroz aktivnu suradnju s roditeljima djeteta, koji su aktivni članovi tima.

Sve to stavlja veliki zahtjev samo za jednu struku te se kao imperativ postavlja suradnja stručnjaka različitih profila i timsko izvođenje procjene. Kako bi procjena bila sveobuhvatna u smislu obuhvaćanja svih razvojnih potreba i snaga djeteta, potrebna je suradnja stručnjaka iz područja medicine, edukacije i socijalne službe (5).

RJEČNIK POJMOVA

Procjena u areni = procjena tijekom koje stručnjaci različitih profila simultano pristupaju djetetu koristeći standardizirane mjerne instrumente i neformalne strategije procjene. Pri tome jedan do dva stručnjaka imaju ulogu facilitatora te ostvaruju interakciju s djetetom dok ostali članovi tima promatraju.

Otpuštanje uloga = proces koji uključuje podjelu znanja i vještina te vrednovanje perspektiva drugih stručnih disciplina te mogućnost otpuštanja vlastite specifične uloge kada je to potrebno.

Literatura

1. Holm VA, McCartin RE. Interdisciplinary child development team: Team issues and training in interdisciplinarity. In Allen E, Holm VA, Schiefelbusch, editors. Early intervention – A team approach. Baltimore: University Park Press; 1978. p. 97-122.
2. Golin AK, Duncanis AJ. The interdisciplinary team. Rockville: MD: Aspen Systems; 1981.
3. Peterson NL. Early intervention for handicapped and at-risk children: An introduction to early childhood special education. Denver: Love Pub. Co.; 1987.
4. Woodruff G, McGonigal, MJ. Early intervention team approaches: the transdisciplinary model. Eric Publications; Reports - Research. Washington DC. 1988.
5. Hyvarinen L. Assessment of visual functioning of Disabled Infants and Children as Transdisciplinary Team Work [internet]. Montreal; 2012 [cited 2020 Feb 14]. Available from: <http://www.lea-test.fi/en/assessment/trans3/index.html>
6. Foley GM. Portrait of the arena evaluation: Assessment in the transdisciplinary approach. In: Biggs E, Teti D, editors. Interdisciplinary assessment of infants: A guide for early intervention professionals. Baltimore: Paul H. Brookes; 1990. p. 271-286.
7. King G, Strachan D, Tucker M, Duwyn B, Desserud S, Shilington M. The application of a transdisciplinary model for early intervention services. *Infancy and young children*. 2009; 22(3):211-223.

RANA RAZVOJNA STRUČNA PODRŠKA DJETETA I OBITELJI

Senada Jagar, 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 potrebitu 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 (1).

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 (2). Metoda pružanja usluga ili intervencije obiteljima unutar njihova doma ima puno prednosti za roditelje jer ne moraju organizirati prijevoz, tražiti dadilju ili slobodan dan (3). Podrška dolazi obitelji i roditelji (najčešće majke) su esencijalni u cijelom intervencijskom procesu te su vrlo često u središtu same intervencije (2). U suvremenom konceptu rada s roditeljima na roditelje se gleda kao na partnere, i to ne kao na partnere u pogledu stručnog znanja, nego kao na partnere u djelovanju na razvojni ishod (1).

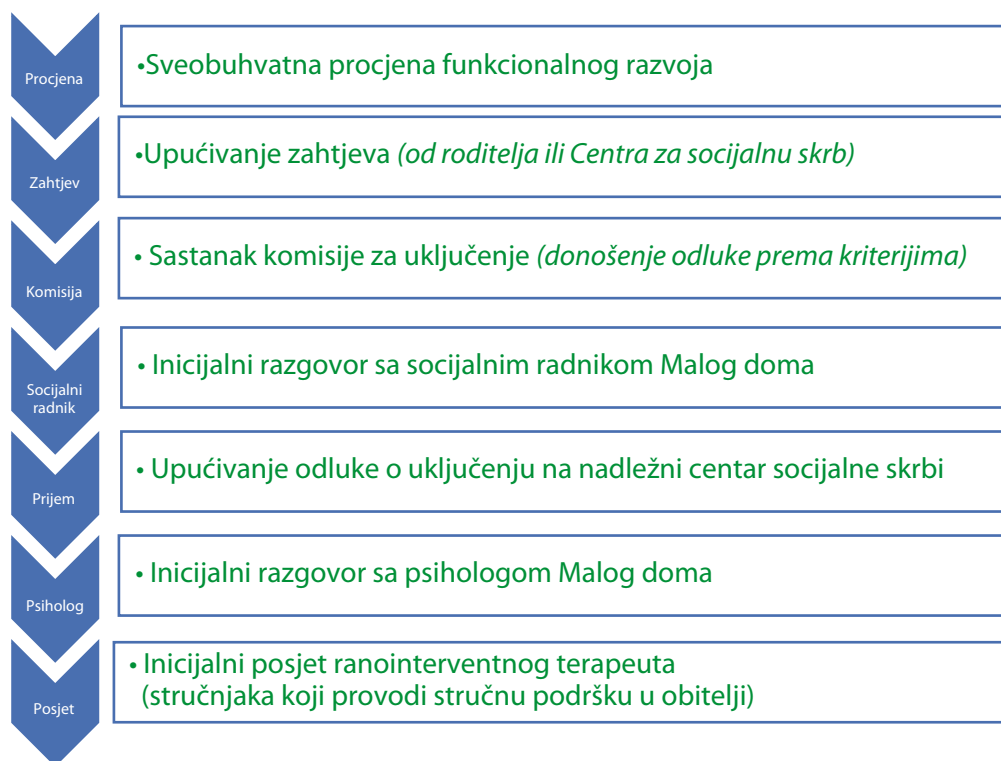
Rana razvojna podrška u djetinjstvu usredotočena je na ključnu ulogu roditelja u oblikovanju djetetovog života, zato je najučinkovitije usluge rane razvojne podrške dovesti obitelji. Način rada u djetetovom domu obuhvaća izravan rad s djetetom, intervencijsku trijadu (stručnjak, dijete i roditelj rade zajedno) i savjetovanje roditelja. 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. Važnu ulogu pri provođenju rane razvojne podrške ima interdisciplinarna suradnja različitih stručnjaka, uz stalnu suradnju s roditeljima (4).

Prikaz komponenata programa rane razvojne podrške u Malom Domu – Zagreb

Mali dom – Zagreb provodi program rane razvojne podrške djece s oštećenjem vida i drugim razvojnim teškoćama od 1999. godine kojim obuhvaća djecu od rođenja do treće godine života. Rana razvojna podrška je organizirana kroz stručnu podršku u obitelji i terapijske usluge koje se pružaju u okviru Dnevnog centra. Cjelokupan program rane razvojne podrške sadrži nekoliko komponenata:

1. protokol uključenja u program rane razvojne podrške
2. provođenje stručne podrške obitelji,
3. protokol tranzicije u druge programe nakon navršene treće godine života.

Protokol uključanja u program rane razvojne podrške:



Nakon što se provede timska procjena djeteta i predloži preporuka za uključanje u program rane razvojne podrške, a obitelj izrazi zainteresiranost za uključanje u program rane razvojne podrške, zahtjev se predaje Komisiji za uključanje, uz priloženo mišljenje sveobuhvatne procjene funkcionalnog razvoja. Komisija na sastanku odlučuje o svakom 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 pružiti 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. Podrška u Dnevnom centru se revidira prema djetetovim potrebama te može varirati prema vrsti terapijskih usluga i njihovoj učestalosti. Stručnjaci uključeni u pružanje dodatnih usluga su: fizioterapeut, kineziolog, logoped, muzikoterapeut, psiholog, radni terapeut, rehabilitator i terapeut senzorne integracije.

STRUKTURA STRUČNE PODRŠKE OBITELJI

Senada Jagar, Marijana Konkoli Zdešić

Stručna podrška obitelji se odvija kroz predviđeno vremensko razdoblje gdje se procesi i podrška izmjenjuju tijekom susreta, a koji se dešavaju na tjednoj bazi. Proces se prati različitom dokumentacijom koja uključuje: Individualni obiteljski plan podrške (IOPP), Individualni edukacijski plan (IEP) i Tjedni izvještaj.

Individualni obiteljski plan podrške (IOPP) - izrađuje stručni tim u suradnji s roditeljima, dokumentira rano intervencijski proces, služi kao vodilja pružatelju usluga i obitelji djeteta te evaluira usluge krojene po specifičnim potrebama, prioritetima i resursima obitelji.

Individualni edukacijski plan (IEP) - dokument koji sadrži dugoročne i kratkoročne ciljeve, pristupe i sredstva te tko i pod kojim uvjetima provodi aktivnosti determinirane zadanim ciljevima. Uz pomoć njega se provodi praćenje i evaluacija napretka korisnika.

Tjedni izvještaj - nakon svakog susreta stručnjak piše izvještaj o provedenim aktivnostima, koji prikazuje kronologiju stručne podrške obitelji, daje uvid u obiteljsku dinamiku i pruža uvid u uspješnost u primjeni postupaka, njihovu učinkovitost te upućuje na uvođenje promjena postupaka

Struktura posjete se sastoji od tri dijela koje čine cjelinu: opservacija slobodne igre, strukturirane aktivnosti i savjetovanje roditelja. Proces koji se dešavaju unutar obitelji za vrijeme stručne podrške u obitelji mogu se podijeliti na sljedeća područja:

Uspostava odnosa. Prva stručna posjeta započinje upoznavanjem i uspostavom odnosa stručnjaka s obitelji i djetetom. Potrebno je koristiti komunikacijski stil i socijalno ponašanje koje je podržavajuće i odražava empatiju, s poštovanjem prema kulturi i životnim okolnostima obitelji. Važno je voditi računa o preraspodjeli vremena za aktivno slušanje obitelji i dijeljenje 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. 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 učinkovito 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 i djetetu. Prikupiti informacije o obiteljskim svakodnevnim rutinama i aktivnostima te o djetetovom ponašanju i interakciji s ostalima u navedenim situacijama. Kako se dijete igra/kako 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 podjele 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 bi željeli da možete zajedno raditi?”. Pitanja o obiteljskim aktivnostima gdje se mogu naći izazovi: “Koji su teški trenutci 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 načine komunikacije s okolinom.

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 viđate?”. 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 djetetova ponašanja, rehabilitator ulazi u interakciju s djetetom i provodi opservaciju djetetovih reakcija obuhvaćajući sva razvojna područja. Opservira kako dijete reagira na nepoznate osobe, prisutnost socijalnog smjeha 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. Stručnjak opservira djetetov način komunikacije, spoznaju, razvoj grube motorike, manipulativne sposobnosti te kako se ono igra i kako uči. Također opservira prisutnost specifičnih ponašanja: stereotipije, izuzetnu osjetljivost na nepoznate osobe, negativističke reakcije, jaku privrženost 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 intervencije.

Nakon sveobuhvatne procjene i izrade mišljenja, opservacije djetetovih znanja i vještina te prikupljanja svih relevantnih informacija o djetetu i njegovoj obitelji, stručni tim u suradnji s roditeljima izrađuje Individualni obiteljski plan podrške. Nakon 3 do 6 mjeseci provodi se reevaluacija zadanih ciljeva uz postavljanje novih. U jednoj godini maksimalno se kreira do četiri plana, a u svrhu revidiranja plana vrednovanja postignuća ciljeva određenih Individualnim obiteljskim planom podrške. Prema potrebi, tijekom provođenja rane razvojne stručne podrške, moguće je provesti timsku procjenu ili specifičnu procjenu obilježja određenog razvojnog područja radi kreiranja ciljeva podrške, nedoumica i sl. Na kraju edukacijsko-rehabilitacijskog razdoblja stručni tim piše mišljenje o provedenim aktivnostima, vrednuje djetetov napredak te daje preporuku.

Literatura

1. Ljubešić M. Sporočanje razvojnih dosežkov in drugi kočljivi pogovori. U: Komunikacija med starši in strokovnjaki. Ljubljana: Pedagoška fakulteta v Ljubljani. 2012; 32-45.
2. Korfmacher J, Green B, Staerker F, Peterson C, Cook G, Roggman L, et. al. Parent Involvement in Early Childhood Home Visiting. *Child & Youth Care Forum*. 2008; 37: 171-196.
3. Sweet AM, Appelbaum IM. Is Home Visiting an Effective Strategy? A Meta-Analytic Review of Home Visiting Programs for Families With Young Children. *Child Development*. 2004; 75 (5): 1435 – 1456.
4. Milić Babić M, Franc I, Leutar Z. Iskustva s ranom intervencijom roditelja djece s teškoćama u razvoju: Ljetopis socijalnog rada. 2013; 20 (3): 453-480.
5. Katušić A, Validžić Požgaj A, Udovičić Mahmuljin, D, Korunić D, Viljušić, D, Jurišić D at. al. 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. 2011.

STRUČNJAK U RANOJ INTERVENCIJI – ZNAČAJKE I VAŽNOSTI TIMSKOG PRISTUPA

Senada Jagar, Ana Validžić Požgaj

Stručnjaci koji rade u sustavu rane razvojne podrške uz dobro poznavanje matične discipline moraju raspolagati i dopunskim znanjima i vještinama. 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. Profesionalni identitet stručnjaka u ranoj intervenciji nije još uvijek moguće u potpunosti definirati, jer je riječ o mladoj profesiji koja se izgrađuje i definira, a i sami stručnjaci koji se usavršavaju prema njoj dolaze s već definiranim profesionalnim identitetom svoje struke. Ono što je potrebno jest definiranje minimalne poželjne razine profesionalne kompetentnosti stečene fakultetskim obrazovanjem, odnosno onog temelja na kojem će se dalje nadograđivati sve kasnije edukacije potrebne za rad u ranoj intervenciji.

Osim razvoja profesionalnih kompetencija potrebnih za rad s obiteljima i djecom u ranoj intervenciji, usporedo bi trebalo razvijati i osobne kompetencije, odnosno ona uvjerenja i očekivanja stručnjaka koja mu omogućuju profesionalni rast i razvoj.

Kao pomoć u definiranju uloge i odgovornosti svakog člana tima, dobro bi bilo odgovoriti na sljedeća pitanja te osvijestiti svoje načine rada:

- Koja je naša stručna uloga i odgovornost u radu s obitelji i djetetom u programu ranih intervencija?
- Koje je naše viđenje situacije kao stručnjaka u timu?
- Koja stručna znanja i kompetencije stručnjak treba imati da bi mogao kvalitetno raditi s djecom s razvojnim teškoćama?
- Koje strategije koristiti da bi integrirali ciljeve rada u svakodnevni život djeteta?
- Kako aktivno doprinositi razvoju učinkovitosti timskog pristupa?

U skrbi za djecu s razvojnim teškoćama ili rizicima za njihov nastanak, danas susrećemo velik broj stručnjaka različitih profesija. Djeca rođena s čimbenikom neurorizika s obzirom na osjetljivost razvoja središnjeg živčanog sustava i nepredvidive kliničke slike zahtijevaju tim stručnjaka koji svojim znanjem i suradnjom omogućavaju potrebnu skrb za dijete. U području neurorehabilitacije nailazimo na tim različitih profila te specijalizacija kojeg čine rehabilitatori, psiholozi, fizioterapeuti, radni terapeuti, logopedi, kineziolozi, socijalni radnici i drugi.

Kompleksnost kliničke slike djeteta s oštećenjem vida i dodatnim teškoćama u razvoju zahtijeva kvalitetan pristup različitih profila stručnjaka educiranih u području rane edukacije i razvojne rehabilitacije, odnosno složenom području rane razvojne podrške. Inače, samo djelovanje na području rane razvojne podrške zahtijeva visoko strukturirane oblike timske suradnje neovisno o postavljenom modelu prema kojem se provodi program rane razvojne podrške. Modeli timske suradnje u području rane razvojne podrške (multidisciplinarni, interdisciplinarni i transdisciplinarni) razlikuju se po stručnosti i educiranosti članova tima te načinu i količini

suradnje stručnjaka uključenih u rad s djecom i njihovim obiteljima.

Multidisciplinarni model timskog rada zastupljen u procesu terapijske intervencije je najjednostavniji model koji se zasniva na usporednom, ali nezavisnom djelovanju stručnjaka u područjima procjene i izrade plana i programa stručne podrške (1). Više terapeuta je uključeno u rad s istim djetetom na individualnoj bazi te svaki od njih prati i potiče svoje primarno područje rada. Timska suradnja između članova tima uključenih u rad s djetetom je formalna te se temelji na sastancima gdje svaki član tima daje podatke o razvoju djeteta te planira edukacijsko-rehabilitacijski i terapijski plan, ali samo za svoje područje profesionalnog djelovanja. Osnovna značajka multidisciplinarnog modela timske suradnje je samostalnost u djelovanju stručnjaka u okviru vlastite stručne spreme.

Sve zastupljeniji model timske suradnje u području rane razvojne podrške je interdisciplinarni pristup. U odnosu na multidisciplinarni model, interdisciplinarna timska suradnja je složeniji model, gdje stručnjaci različitih struka još uvijek samostalno djeluju, ali na periodičnim timskim sastancima razmjenjuju informacije o djetetovom razvoju te dogovaraju zajednički individualni plan i program podrške. Članovi tima koriste znanja iz različitih područja sa svrhom postizanja zajedničkog cilja odnosno potpune i individualno prilagođene habilitacije djeteta te njegova napretka. Pojedini sudionici habilitacijskog procesa moraju imati saznanja i o drugim razvojnim područjima uključenih u rehabilitaciju djeteta kako bi mogli ravnopravno sudjelovati u postizanju zadanih ciljeva. Interdisciplinarni model timskog rada sastoji se u povezanom, usklađenom i interaktivnom djelovanju stručnjaka, pri čemu dolazi do uzajamnog utjecaja i dijeljenja informacija o djetetovim interesima, snagama i potrebama te poteškoćama u razvoju. Učestalost sastanaka je unaprijed dogovorena i konstantna.

Transdisciplinarni model (2) timske suradnje temelji se na opsežnoj procjeni stanja djeteta i njegovih potreba, zajedničkom postavljanju ciljeva te izradi individualnog plana i programa podrške. To je model usluga gdje jedna ili dvije stručne osobe primarno sudjeluju u procesu re/habilitacije djetetovog razvoja, dok su drugi potrebni stručnjaci uključeni u proces kroz potrebna savjetovanja. Kroz takav jedan segment profesionalnog funkcioniranja svaki član transdisciplinarnog tima je uvijek za razinu više usmjeren na rješavanje zadanog cilja. Transdisciplinarni timski rad omogućava svakom članu tima učenje novih, učinkovitijih načina rješavanja problema, planiranja, povezivanja, donošenja odluka te međusobnog dijeljenja informacija unutar tima.

U suvremenom pristupu u ranoj intervenciji od izrazite je važnosti primjena transdisciplinarnog modela gdje tim stručnjaka pruža visoko koordinirane i integrirane usluge koje su usmjerene na obitelj i dijete, kako bi se što bolje odgovorilo na kompleksne potrebe djeteta i njegove obitelji (3).

U sklopu programa rane razvojne podrške pri Dnevnom centru Mali dom - Zagreb stručnu podršku u obitelji provodi tzv. patronažni terapeut, uglavnom ranointerventni rehabilitator, što podrazumijeva rad u domu obitelji djeteta. Ostali članovi tima uključuju se prema potrebama djeteta i obitelji, a stručna podrška specifičnih razvojnih područja odvija se u Dnevnom centru.

Uloga člana stručnog tima u programu rane razvojne podrške

- kreiranje Individualni obiteljskog plana podrške u suradnji s roditeljima i timom
- provođenje aktivnosti usmjerenih ostvarenju ciljeva zadanih Individualnim planom podrške (istovremeno ukazujući na ono što dijete može)
- prilagođavanje aktivnosti i sredstava interesima i potrebama djeteta
- pružanje podrške roditeljima u provođenju aktivnosti (daje informacije i prezentira provođenje aktivnosti)
- potiče jačanje otpornosti obitelji – pomaže obitelji zadržati zdrave obrasce funkcioniranja, oporavak od stresnih događaja te jačanje zaštitnih čimbenika; osvještavanje snaga, njihovo definiranje i svakodnevno podržavanje svake snage obitelji ponaosob
- usmjeravanje na provođenje aktivnosti koje će utjecati na optimalan razvoj djeteta
- osiguravanje zastupljenosti i integracije više razvojnih područja (komunikacija, spoznajni razvoj, motorički razvoj, razvoj osjeta i senzoričke integracije, socio – emotivni razvoj)
- pružanje smjernica za uređenje i prilagodbu prostora u kojem dijete boravi
- opserviranje djeteta i vrednovanje postignuća kroz dulji vremenski period

Članovi tima zajednički dogovaraju kako aktivnosti integrirati u svakodnevni život obitelji. Dijete se promatra kroz interakciju njegovih sadašnjih i budućih okruženja, kroz aktivnosti i mogućnost sudjelovanja u istim, kako bi mu se omogućilo punopravno sudjelovanje u životu svoje okoline. Roditelji i stručnjaci uče jedni od drugih i primjenjuju znanja u interakciji s djetetom. Stoga je važno sagledati sva obilježja usmjerenosti unutar domena djeteta, obitelj i zajednica.

Usmjerenost na dijete: Poznavanje razvojnog slijeda (miljokaza) svih razvojnih područja.

Integracija znanja i vještina razvojnih područja kako bi osmislili aktivnosti/igre koje će potaknuti na učenje i razvoj djeteta u skladu s njegovim mogućnostima, u cilju razvoja djetetovog potencijala. Osvještavanje, produbljivanje i generalizacija iskustva.

Usmjerenost na obitelj, roditelja: Osnažiti, biti podrška, rastumačiti nepoznanice, ukazivati na ono što dijete može, isticati vrijednosti, uvažavati roditelja kao partnera, savjetovati na koji način prilagoditi okolinu djetetu. Implementacija edukacijsko-rehabilitacijskih postupaka u svakodnevni život djeteta i obitelji.

Usmjerenost na zajednicu: Osvještavanje važnosti programa rane razvojne podrške. Pronalaženje optimalnih postupaka, oblika suradnji s drugim stručnjacima i ustanovama.

Literatura

1. Briggs M. Building early interventions teams: Working together for the families and children. Baltimore: Aspen. 1997; 88-112
2. Colling MC. Developing Integrated Programs – A transdisciplinary approach for early intervention. Tucson: Therapy Skill Builders. 1991
3. Carpenter B. Families in context: Emerging trends in early intervention and family support. London: David Fulton Publishers. 2001
4. Katušić A, Validžić Požgaj A, Udovičić Mahmuljin D, Korunić D, Viljušić D, Jurišić D, et al. 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. 2011.

TRANZICIJA

Marijana Konkoli Zdešić, Mirjana Marojević, Snježana Seitz

Važan segment programa rane razvojne podrške uključuje i tranziciju. Tranzicija se odnosi na ključne trenutke i/ili procese, odnosno promjene koji se javljaju u specifičnim periodima života ili odlučujućim točkama tijekom životnog vijeka (1). Kako bi se tranzicija provodila u skladu s potrebama svake pojedine obitelji bitno je uzeti u razmatranje perspektivu roditelja i stručnjaka. Razumijevanjem perspektive dviju strana, koje unutar nekog sustava kontinuirano surađuju, utjecati će na kvalitetu same tranzicije. Jedan od važnijih ciljeva uspješne tranzicije je svakako osigurati kontinuitet stručne podrške obiteljima tijekom tranzicije.

Perspektiva roditelja

Djeca s teškoćama u razvoju i njihovi roditelji u periodu ranog djetinjstva do polaska u školu susreću se s promjenama koje mogu uključivati prelazak iz programa u drugi program, prese-ljenje, promjenu pristupa i sustava podrške. Kako će se roditelj prilagoditi tom dinamičnom procesu utjecati će na roditeljski doživljaj. Tranzicija iz programa rane razvojne podrške prema predškolskom ili školskom programu stavlja pred roditelje veliku odgovornost zbog odabira odgovarajućeg programa (2). Pitanja koja su povezana s razvojnim odstupanjem i ispreplete-na s odgovornošću spram ostvarenja željenih ciljeva, može kod roditelja rezultirati osjećajem nesigurnosti i stresa, što se povećava ukoliko sustav ne pruži potporu (3). Uspješnost tranzicije prema inkluzivnom kontekstu ovisi o kapacitetu za suradnju i koordinaciji svih uključenih su-stava te informiranosti roditelja o svim raspoloživim opcijama (4).

Roditelji igraju važnu ulogu u procesu tranzicije jer su spona koja surađuje sa svojim djetetom, programima i zajednicom (2). Interakcija između obitelji i davatelja usluga, dakle, kritički je važna u primjeni intervencije usmjerene na obitelji (5). Proces je to koji uključuje suradnju stručnjaka i roditelja. Upravo su roditelji ti koji mogu dati bitne informacije vezano za djetetove snage, slabosti, preferencije i interese koji su od izuzetne važnosti za razvoj učinkovitih komponenti tranzicije (3). 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 pokazuje niz različitih izazova s kojima se roditelji susreću (2): zabrinutost zbog prilagodbe djeteta na novi program i vlastite prilagodbe na komunikaciju s novim stručnim timom; korištenje neujednačene terminologije među stručnjacima; nedostatak zakonskog okvira i provedbenih dokumenata zbog čega je teže uspostaviti ujednačene protokole i procedure unutar svake ustanove.

Stoga, u svrhu poboljšanja kvalitete tranzicije potrebno je (2):

- osigurati da proces tranzicije voditi stručnjak koja poznaje dijete
- upoznati roditelja s novim edukacijsko-rehabilitacijskim programom prije samog prijelaza kako bi dobili uvid u rad i usluge programa koji će primiti dijete
- provoditi učestale razgovore s roditeljima i omogućiti njihovo aktivno sudjelovanje u planiranju tranzicije

Perspektiva 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 (6) 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.

Sustav rane razvojne podrške i dalje se bori s problemom edukacije i pronalaskom odgovarajućeg oblika školovanja za tzv. koordinatora usluga ili ključnog suradnika koji je u pojedinim sustavima odgovoran za koordinaciju i sam proces tranzicije. Ističe kako nedostatak edukacije još uvijek predstavlja prepreku uspješnoj koordinaciji usluga (7).

Seitz (8) prikazuje rezultate istraživanja kojem je bio cilj utvrditi koja znanja i praktično iskustvo o tranziciji imaju stručnjaci koji pružaju usluge programa rane razvojne podrške u obitelji:

- stručnjaci nastoje pravodobno informirati roditelje da njihovo dijete izlazi iz programa rane razvojne podrške te na taj način ostavljaju dovoljno vremena da se roditelji i dijete pripreme za promjenu
- smatraju da je tranzicija važna jer omogućava pravovremeno dobivanje informacija, smanjuje stres te olakšava prilagodbu djeteta na novu sredinu
- smatraju da je podrška tijekom provođenja tranzicije potrebna i stručnjacima i obitelji
- suradnja stručnjaka ranointerventnog tima sa stručnjacima iz programa u koji dijete prelazi je povremeno prisutna no nije sustavno uređena.
- stjecanje kompetencija za provođenje tranzicije u ranoj razvojnoj dobi je nesustavno i ispitanici se uvelike oslanjaju na vlastiti stručni tim, a manje na formalno školovanje

Prepreke uspješnom provođenju tranzicije stručnjaci definiraju na razini (1) stručnjaka – nedostatak znanja; (2) organizacije - nedostatak vremena, organizacijska pravila ustanove i (3) sustava - manjak suradnje među ustanovama, nekoordiniranost sustava, manjak protokola i manjak informacija.

Naposljetku, stručnjaci navode kako bi u svrhu poboljšanje procesa tranzicije, tranzicija trebala biti sastavna komponenta svakog programa rane razvojne podrške. Postojanje protokola tranzicije osiguralo bi koordinaciju usluga i postojanje kontinuiteta podrške. Također je potrebno osigurati zajedničke sastanke svih sudionika tranzicije s ciljem prijenosa i izmjene informacija, te sustavno provoditi edukacije stručnjaka.

Primjer modela tranzicije Malog doma - Zagreb

U trenutku tranzicije između dva programa socijalnih usluga roditelji se nađu na novoj prekretnici i vraćaju se u jednu od prethodnih faza prilagodbe, u fazu traganja. To je vrlo stresno i neizvjesno razdoblje jer u zakonskoj regulativi ne postoji praćenje djece s teškoćama kroz njihov razvojni put te usmjeravanje ka programima koji su u skladu s njihovim potrebama. Kako bi olakšali roditeljima taj prijelaz između dva programa razvili smo model tranzicije u našem Centru.

Model ide u dva smjera:

- prvi je namijenjen djeci koja ne nastavljaju rehabilitaciju u Malom domu nego ih se upućuje prema nekim drugim programima. U tom slučaju roditelj je savjetovan od strane stručnog tima o programima koji postoje u različitim sustavima (prosvjeta, zdravstvo i/ili socijalna skrb) te je osnažen kroz individualne razgovore, ali i grupu podrške da na vrijeme podnese zahtjeve za one programe koji su u skladu s djetetovim razvojnim potrebama
- drugi dio modela namijenjen je djeci koja nakon programa rane razvojne podrške nastavljaju s programom edukacije i rehabilitacije u Dnevnom centru Mali dom - Zagreb. U tu svrhu razvijen je Protokol tranzicije iz rane razvojne podrške u dnevni program koji ima za cilj olakšati prelazak djeteta i roditelja iz jednog programa u drugi program. Utvrđenim protokolom prenose se informacija o dosadašnjem radu, postignutim ciljevima, metodama i načinima rada, kao i o aktivnostima u koje je korisnik bio uključen. Cilj je također da tim dnevnog programa upozna obitelji i dijete. S druge strane roditeljima se predstavlja rad u dnevnom programu, specifičnosti rada u odnosu na dosadašnji program i dogovara se s roditeljima početak prilagodbe.

Model tranzicije koji se provodi u Malom domu kad se radi o prelasku iz jednog programa u drugi sastoji se od sljedećih koraka:

1. razgovor stručnjaka koji pruža stručnu podršku u obitelji s roditeljima i priprema na završetak programa rane razvojne podrške
2. razgovor socijalnog radnika s roditeljima i upućivanje na nadležni centar socijalne skrbi kako bi podnijeli zahtjev za dnevni program Malog doma
3. dogovor s roditeljima za sastanak tranzicije iz programa rane razvojne podrške u dnevni program
4. sastanak tranzicije
5. prelazak u dnevni program (period prilagodbe)
6. sastanak praćenja tranzicije na kojem se roditelju prezentira Individualni edukacijski plan i provede kratki evaluacijski razgovor s osvrtnom na prilagodbu u dnevni program i proces tranzicije koji su roditelji i dijete prošli

Literatura

1. Vogler P, Crivello G, Woodhead M. Early childhood transitions research: A review of concepts, theory, and practice. *Early Childhood Development, Working Paper*. 2008 May; 48.
2. Konkoli Zdešić M. Roditeljska potreba za podrškom tijekom tranzicije [specijalistički rad]. Zagreb: Edukacijsko – rehabilitacijski fakultet Sveučilišta u Zagrebu; 2018. 66 p
3. Johnson C. Supporting families in transition between early intervention and school age programs. *Colorado Families For Hands and Voices* [internet]. 2001 [cited 2020 Mar 02] Available from: https://www.handsandvoices.org/pdf/trans_cheryl.pdf
4. Guralnick MJ. Inclusion as a core principle in the early intervention system. In: Guralnick MJ, editor. *The Developmental systems approach to early intervention* 1st ed. Baltimore: Brookes Publishing Co.Inc; 2005. p. 59-67.
5. Pang Y, Wert B. Preservice teacher's attitudes towards family-centered practices in early intervention: An implication for teacher education. *Educational Research*. 2010. 1(8): 253-262.
6. Bruder MB, Chandler LK. 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.
7. Bruder MB. 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. p.29-58.
8. Seitz S. Tranzicija u ranoj intervenciji: perspektiva stručnjaka [specijalistički rad]. Zagreb: Edukacijsko – rehabilitacijski fakultet Sveučilišta u Zagrebu; 2018. 69 p.

KREIRANJE INDIVIDUALNOG MODELA PODRŠKE

SASTAVNICE INDIVIDUALNOG MODELA PODRŠKE

KREIRANJE CILJEVA I KREIRANJE FUNKCIONALNIH
AKTIVNOSTI

KLJUČNE ODREDNICE

Važan dio rane razvojne podrške u djetinjstvu je Individualni obiteljski plan podrške (IOPP) jer opisuje sve usluge koje su potrebne za kvalitetnu i cjelovitu podršku te služi za orijentaciju, planiranje, vrednovanje i pregled programa rane razvojne podrške.

Individualno edukacijski plan (IEP) predstavlja sistem identificiranja gdje je osoba, kamo ide, kako će doći do tamo i kako ćemo odrediti je li put bio uspješan. Osnove sastavnice IEP čine inicijalni status u različitim razvojnim područjima, ciljevi, strategije i aktivnosti.

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 od djeteta inicirane aktivnosti.

SASTAVNICE INDIVIDUALNOG MODELA PODRŠKE: INDIVIDUALNI OBITELJSKI PLAN PODRŠKE I INDIVIDUALNI EDUKACIJSKI PLAN

Martina Celizić, Marijana Konkoli Zdešić

U procesu rane razvojne podrške u djetinjstvu vrlo je važan segment dokumentiranja, praćenja i re-evaluiranja postupaka koji se provode u pojedinom programu. Rana dob je kompleksan proces i vrlo osjetljiv period kako za dijete tako i za obitelj. Kreiranje programa podrške djetetu i obitelji zahtjeva najviši stupanj timske suradnje kako bi se na najmanje ometajući način pružila optimalna podrška svim sudionicima.

Individualni obiteljski plan podrške (IOPP) dokumentira rano 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 ranointerventnog tima. U tom procesu potrebna ključna osoba/voditelj koji će pratiti korake unutar samog procesa i re-evaluirati usluge (1).

U pojedinim državama IOPP je obvezan dokument za sve osobe s dodatnim potrebama te je zakonski reguliran i njegov sadržaj, proces i razvoj (2). U državama koje u zakonskoj regulativi nemaju određene smjernice za kreiranje IOPP, 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. Neke od sastavnica IOPP su (3):

- djetetovo inicijalno funkcioniranje na područjima spoznaje, komunikacije, motorike, socio – emotivnog 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 metodu 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

Proces stvaranja IOPP sastoji se od nekoliko koraka (3):

- identificiranje obiteljskih prioriteta, resursa i briga. Ove tri stavke su važne tijekom cjelokupnog procesa stvaranja IOPP. Kako bi prvi korak bio uspješan nužno je od samog početka raditi na partnerskom odnosu između obitelji i ranointerventnog tima.
- 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.
- provođenje funkcionalne procjene 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 kreiranju ciljeva je imperativ. Zajednički ciljevi uvijek su usmjereni na jačanje roditeljskih kapaciteta i povećanje djetetove uključenosti.
- Određivanje 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.
- određivanje 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 (4) navodi kako je ishod IOPP-a da sadrži dovoljno informacija za roditelje o potrebnim vještinama ili ponašanjima koje treba svladati te kada je generaliziralo određene vještine ili ponašanja, isto tako bi trebalo definirati moguće prepreke. Uvid u te informacije može pomoći roditeljima praćenje napretka unutar svakodnevnih aktivnosti i rutina.

U Sjedinjenim Američkim Državama, Individuals with Disabilities Education Act - IDEA (3) razlikuje IOPP i Individualni edukacijskog plan (IEP), navodeći kako je IOPP namijenjen djeci od 0-3 godine života, dok je IEP namijenjen djeci od 3 godine. Između ostalog IOPP je usmjeren na potrebe obitelji u svrhu podrške razvoju djeteta, dok je IEP više usmjeren na obrazovne potrebe djeteta.

IEP predstavlja pisani dokument koji utvrđuje program podrške djetetu. On je sistem 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 ranointerventnog tima zasebno upisuje svoje ciljeve iz svog područja, već odražava holistički pristup gdje se polazi od djeteta i njegovih trenutnih potreba. Osnove sastavnice IEP 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 i na okruženje usmjerenim pristupom. Na okruženje usmjeren pristup 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) (5):

- 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 duži vremenski period. 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 također 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 u procjeni je li definirani cilj dobar je R-GORI lista (engl. Revised IEP/IFSP Goals and Objectives Rating Instrument for Early Childhood), koja sadrži pitanja o funkcionalnosti, kontekstu podučavanja, mogućnosti generalizacije i mjerljivosti postavljenih ciljeva (vidi Prilog 1) (6).

Osim trenutne razine funkcioniranja i ciljeva (dugoročni i kratkoročni), IEP uključuje i strategije. Strategije podrazumijevaju opis postupaka od strane stručnjaka i materijala koji će se koristiti u ostvarivanju ciljeva. To su zapravo ciljevi tima i razlikuju se od ciljeva za dijete. Primjer ciljeva tima je "Poticati združenu pažnju na način..." ili "Osigurati tri promjene položaja tijekom aktivnosti".

Unutar IEP 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.

Literatura

1. Aytakin C. Individualized Family Service Plan and its differences from Individualized Education Program. *Int J Adv Res.* 2016; 4: 2031-2036.
2. Wyngaarden Krauss M. New Precedent in Family Policy: Individualized Family Service Plan. *Exceptional Children.* The Council for Exceptional Children. 1990; 56 (5):388-395.
3. Lipkin P, Okamoto, J. The Individuals With Disabilities Education Act (IDEA) for Children With Special Educational Needs. *PEDIATRICS.* 2015; 136: 1650 - 1662.
4. Gatmaitan M, Browns T. Quality in Individualized Family Services Plans: Guidelines for Practitioner Programs and Families. Division for Early Childhood. 2016; 20: 1-19.
5. Jung LA. Writing SMART objectives and strategies that fit the ROUTINE. *Teaching Exceptional Children.* 2007; 39(4): 54-58.
6. Notari-Syverson AR, Shuster SL. Putting real-life skills into IEP/IFSPs for infants and young children. *Teaching Exceptional Children.* 1995; 27(2): 29-32.

KREIRANJE CILJU USMJERENIH AKTIVNOSTI

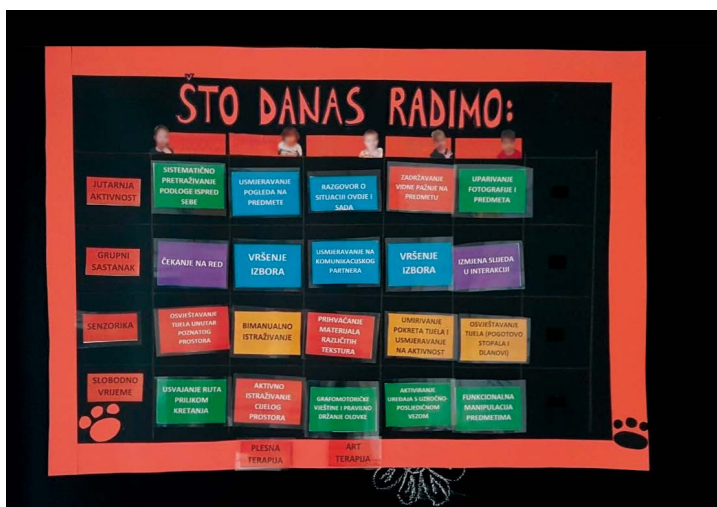
Martina Celizić

Djeca u ranoj dobi lako ne generaliziraju vještine na druga okruženja, osobe i materijale, a proces generalizacije postaje zahtjevniji što su razvojne teškoće kompleksnije. Važno je podučavati one vještine koje djetetu trebaju u kontekstu gdje će mu biti potrebne (1). 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 s oštećenjima vida i dodatnim teškoćama u razvoju 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 od djeteta inicirane aktivnosti. Rutine omogućuju razvoj funkcionalnih i generativnih vještina jer koriste logične prethodnike i posljedice (2).

Od djeteta usmjeravana aktivnost znači da dijete inicira aktivnost, a stručnjak slijedi njegov interes i uključuje ciljeve IEP. Polazi se od djetetovih interesa što npr. znači da ako želimo da dijete usvoji nazive odjevnih predmeta, kreirati ćemo 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 jača motivaciju za izvođenje željenog ponašanja (vještine) jer dijete zna zašto nešto izvodi. Npr. imenovanje predmeta rezultira igrom s imenovanim predmetom.



Slika 1.

Primjer integracija ciljeva IEP u djetetove aktivnosti tijekom dana u okviru predškolskog programa (izvor: Mali dom – Zagreb)

Osim od djeteta usmjeravanih aktivnosti i radnji, ova vrsta pristupa uključuje i planirane aktiv-

nosti 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 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 spomenuli smo listu R-GORI koji, između ostalog, pomaže i pri ocjenjivanju funkcionalnosti vještine.

U prilogu se nalazi Lista bilježenja rutina (vidi Prilog 2) koja omogućuje prikupljanje podataka od obitelji o djetetovim rutinama tijekom dana kako bi se na temelju toga mogao kreirati plan implementacije ciljeva. Osim Liste bilježenje rutina, koristan je i matrix integracije ciljeva IEP u aktivnosti djetetovog dana, bez obzira jesu li one od djeteta usmjeravane ili planirane.

RJEČNIK POJMOVA

Dugoročni ciljevi = izjava koja opisuje koja znanja, vještine i/ili ponašanja se očekuju da ih dijete pokaže unutar godine dana. Dugoročni su ciljevi usmjereni na budućnost.

Kratkoročni ciljevi = predstavljaju mjerljive međukorake koje je potrebno usvojiti da bi se ostvario dugoročni cilj.

Kriteriji mjerljivosti = kriteriji prema kojima se mjeri uspješnost ostvarivanja ciljeva individualnog edukacijskog plana. Pokazuju koliko dobro dijete treba pokazivati znanje/vještinu i/ili ponašanje i kroz koje vrijeme da bi se moglo zaključiti da je isto usvojio.

Literatura

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

STRATEGIJE POTICANJA VIDNOG FUNKCIONIRANJA

KLJUČNE ODREDNICE

Većini djece s oštećenjem vida uobičajena životna okolina nije dovoljno poticajna kako bi spontano koristili svoj vid, već je potrebno prilagoditi okolišu i postupke individualnim potrebama djeteta.

Strategije za poticanje vidnog funkcioniranja trebaju biti definirane u odnosu na individualne potrebe djeteta te ih je poželjno integrirati u svakodnevne aktivnosti.

CEREBRALNO OŠTEĆENJE VIDA

Tatjana Petrović Sladetić, Snježana Seitz

Vid je složena senzorička funkcija koja zahtijeva hijerarhijsko sudjelovanje receptora (fotoreceptora oka), sustava prijenosa (optički živci i optička radijacija) i obrade (vizualni korteks) koje preoblikuju vizualne informacije u smislene percepcije (slike). Oštećenje na bilo kojem dijelu rezultira s nekim stupnjem oštećenja vida s karakterističnim kliničkim i funkcionalnim manifestacijama.

Cerebralno oštećenje vida (engl. Cerebral Visual Impairment - CVI) je privremeno ili trajno oštećenje vida uzrokovano oštećenjem posteriornog vizualnog puta i/ili dijela mozga odnosno poremećajem u prijenosnom sustavu od mrežnice do mozga ili nesposobnošću mozga da prima i tumači slike koje se prenose (1).

Termin kortikalno oštećenje vida obično se koristi u Sjevernoj Americi, dok se termin cerebralno oštećenje vida općenito koristi u Europi (2). Za isto oštećenje vida koriste se izrazi kortikalna sljepoća, kognitivno oštećenje vida, poteškoća vizualnog procesiranja, i dr. kao pokušaji da se što jasnije definira porijeklo i priroda poteškoće (3).

CVI jedan od najčešćih uzroka oštećenja vida u djece u razvijenim zemljama (4). Cerebralno oštećenje vida je često prisutno kod prijevremeno rođene djece, djece s neurološkim odstupanjima te djece sa stečenom ozljedom mozga (2). Sukladno tome, djeca sa CVI vrlo često imaju i druge neurološke poteškoće poput cerebralne paralize, kognitivnih poteškoća, oštećenja sluha i poteškoća pamćenja (5).

Dijagnozu CVI nerijetko je teško postaviti budući da zahtijeva suradnju stručnjaka različitih specijalnosti, a dijagnosticira se kada (1) očni pregled ne može objasniti izuzetno otežano vidno funkcioniranje; (2) medicinska anamneza uključuje neurološke probleme i (3) prisutne su posebne karakteristika vizualnog ponašanja (2).

S obzirom da simptomi CVI ovise o području i stupnju organskog oštećenja, jedina zajednička karakteristika vidnog funkcioniranja osoba s ovim oštećenjem vida je ta da je svako oštećenje drugačije te da su im karakteristike različite. Oštećenje vida može biti jedva primjetno, ali i rangirati do potpune sljepoće. Roman – Lantzy (2) navodi specifična vizualna ponašanja djece s CVI koja se odnose na preferenciju boja (6) i pokretnih meta, preferenciju određenog dijela vidnog polja, poteškoće s vizualnom i okolinskom kompleksnošću, novim vizualnim metama i gledanjem na daljinu. Također može uključivati nesvrhsodno zagledavanje i zagledavanje u svjetlo te odsustvo ili otežano posezanje potaknuto vidom (vidi Prilog 3).

Autori Lueck i Dutton (7) navode još kako vidne funkcije mogu varirati iz dana u dan te sata u sat. Dijete se može brzo umarati prilikom gledanja na blizinu zbog smanjene snage fokusiranja. Mogu imati poteškoća sa čitanjem zbog nemogućnosti brzog prebacivanja fiksacije s točke na točku – sakada. Sakade koristimo kako bismo brzo promijenili smjer gledanja. Dijete s problemima u izvođenju sakada će radije raditi brze pokrete glavom nego brze pokrete očiju (1). Također može imati teškoće prilikom praćenja i preciznog fiksiranja brzo kretajućih predmeta ili viđenjem detalja na kretajućoj meti kao što je televizor (teškoće s percepcijom pokreta). Javljaju se i poteškoće dubinske percepcije što utječe na hodanje uz i niz stepenice,

koračenje preko prepreka, koračanje na i sa pločnika i sl. Mogu biti i prisutne poteškoće s vizualnom memorijom i vizualnom imaginacijom – dijete ima probleme prisjećanja viđenih stvari i kod učenja novih vještina kada je potrebna vizualna imaginacija kako bi zamislilo slijed radnji/pokreta potrebnih da se dovrši zadatak (7).

Dutton (1) se osvrće na obilježja vizualnog ponašanja povezanih s oštećenjem dorzalnog i ventralnog ogranka primarnog vidnog puta u mozgu.

Kada postoji oštećenje na dorzalnoj struji, mogu se javiti problemi s praćenjem predmeta u pokretu, s preciznim lociranjem predmete u prostoru, korištenjem stepenica te s posezanjem i doezanjem predmeta. Dijete u tim situacijama teško može prilagoditi pokret u odnosu na viđeno te može pokazivati nespretnost, oklijevanje, nesigurnost ili čak ne uočavati opasnost. Oštećenje na dorzalnoj struji može otežati gledanje različitih stvari u isto vrijeme, što može dovesti do poteškoća u pronalaženju vizualne mete na zasićenoj (šarenoj) podlozi.

Djeca s oštećenjem na ventralnoj struji imaju problema u pronalaženju rute koja bi im trebala biti dobro poznata, zapamćivanju, prepoznavanju već viđenih stvari te su prisutni problemi u zamišljanju viđenih situacija u mislima (1).

Neka djeca s CVI mogu imati i teškoća u vizuo-kognitivnim funkcijama, kao što su:

- percepcija smjera linija (orijentacija linija) i dužine linija - može se dogoditi da dijete ne vidi dužinu ili orijentaciju linija, ali može koristiti te informacije za pokrete ruku. Tada je oštećenje na razini primarne vidne moždane kore ili u temporalnom režnju. Ako je oštećenje na razini parijetalnog režnja pokreti hvatanja su neprecizni iako dijete može reći koja je linija duža/kraća.
- prozopagnozija ili nemogućnost prepoznavanja ljudskih lica je, čini se, najrjeđe prepoznata agnozija u djece, osobito u situacijama kada dijete tipično funkcionira u ostalim područjima vidnog funkcioniranja. Dijete koje ima prozopagnoziju će jednako reagirati na poznate i nepoznate osobe kada mu prilaze, a prepoznati će osobu tek na temelju glasovnog javljanja. Obično okolina zamjećuje ovakvo ponašanje oko 11. mjeseca djetetovog života (8).
- prepoznavanje slike i razumijevanje slike je često otežano kod djece s oštećenjem vida. Važno je ispitati navedene sposobnosti, osobito ako se slike koriste u potpomognutoj komunikaciji. Pojedina djeca ne mogu vidjeti i prepoznati vizualno zahtjevne slikovne materijale iako prepoznaju samo izolirani dio iste slike.
- percepcija kvalitete površine i teksture često se javljaju kod djece koja imaju slabije razvijeno razumijevanje prostornih odnosa i/ili prepoznavanje i pamćenje orijentira. Kretanje je često stresno ako dijete ne može percipirati površinu po kojoj se kreće, na kojoj se nalazi ili koje je i on dio.
- svijest o prostoru i orijentacija u prostoru mogu biti slabije razvijene kod oštećenja nastalih u parijetalnom režnju ili kod djece koja se ne kreću samostalno već ih se često pasivno „pokreće“ (nosi ih se, gura u kolicima i sl.).

- koordinacija oko – ruka (Slika 1) može biti također zahvaćena prilikom oštećenja parijetalnog režnja. Pojedina djeca s cerebralnim oštećenjem vida okreću glavu od mete koju žele uhvatiti. To može biti povezano sa slabom vizualnom povratnom informacijom tijekom pokreta te se od djeteta može zatražiti zatvaranje očiju umjesto okretanja glave. Ako je hvatanje lakše sa zatvorenim očima nego dok dijete gleda u metu, možemo biti sigurni da vizualna informacija ometa motoričku izvedbu umjesto da je čini lakšom i preciznijom.



Slika 1.

*Poticanje koordinacije oko – ruka s visokokontrastnim metama na danjem svjetlu
(izvor: Mali dom – Zagreb)*

Iako vizualno ponašanje djece s CVI okolina često opisuje kao nedosljedno i neobjašnjivo, djeca koja su uključena u intervencijske strategije temeljene na procjeni vidnog funkcioniranja pokazuju značajan napredak u vidnom funkcioniranju (2).

Strategije poticanja vidnog funkcioniranja kod djece s višestrukim teškoćama

Djeca s višestrukim teškoćama vrlo često imaju prisutne više ili manje izražene poteškoće u vidnom funkcioniranju. Samo oštećenje vida može imati značajan utjecaj na cjelokupni razvoj djeteta te su djeca s višestrukim teškoćama koja imaju i poteškoće vidnog funkcioniranja u značajnom riziku za nastanak razvojnih odstupanja i teškoća učenja (9). Stupanj i etiologija oštećenja vida mogu biti različiti te je moguća prisutnost i okularnog i cerebralnog oštećenja vida (2,10). Bez obzira na vrstu oštećenja vida, svakako je potrebno poticati dijete na korištenje vida kroz svakodnevne situacije. Upravo zato jedan od glavnih ciljeva kod djece s oštećenjem vida i dodatnim teškoćama u razvoju je olakšati djetetovu sposobnost gledanja i motivirati ga na gledanje. Dijete svakodnevnim gledanjem i optimalnim korištenjem vida osnažuje i učvršćuje svoje vidno funkcioniranje (2).

Većini djece s oštećenjem vida uobičajena životna okolina nije dovoljno stimulativna kako bi spontano koristili svoj vid i vizualno istraživali već ta djeca zahtijevaju prilagođenu okolinu i individualnim potrebama prilagođen vizualni input kako bi bili vizualno aktivni. Samo kroz aktivnost gledanja će djeca zaista i učiti gledati.

Intervenciju je potrebno planirati na definiranim potrebama djeteta. Potrebno je točno definirati što dijete može te što mu predstavlja izazov u smislu vidnog funkcioniranja. Na temelju tih informacija dogovaraju se strategije čija će primjena dovesti do optimalizacije vidnog funkcioniranja djeteta. Primjerice, ako dijete vizualno istražuje npr. crvene predmete, a ostale uopće ne gleda, u samoj intervenciji ćemo krenuti s predmetima crvene boje te nećemo tražiti od djeteta da gleda predmete druge boje. Nakon što je određen vremenski period gledao predmete crvene boje, može se uvesti novi element, npr. predmet koji je crveno – žute boje te promatrati usmjerava li pažnju na njega. Ako pokazuje interes i za takav predmet, to nam je znak da je kod djeteta vjerojatno došlo do promjena u vidnom funkcioniranju. Djetetovo ponašanje će nam biti glavni znak kada je potrebno uvoditi neke promjene u samoj intervenciji (2).

Kod intervencije je također važno kako se strategije i aktivnosti što više integriraju u svakodnevni djetetov život i funkcioniranje jer se na taj način omogućava češća uporaba vida te smisljena aktivnost dovodi do smislene vizualne funkcije i učenja. Tako ako dijete voli vizualno istraživati samo crvene predmete, oni bi se trebali koristiti kroz svakodnevne aktivnosti u kojima dijete i inače sudjeluje (aktivnosti svakodnevnog života, igra, slobodne aktivnosti i dr).

Intervencija će varirati ovisno o djetetovim individualnim karakteristikama i potrebama vezano uz sam stupanj oštećenje vida, dob, razvojni stupanj te preakademske/akademske vještine.

U svrhu poticanja vidnog funkcioniranja, koriste se različita sredstva, ovisno o djetetovim potrebama tj. prisutnosti određenih vidnih funkcija i funkcionalnog vida. Vrlo često se koriste prilagođeni svakodnevni materijali, materijali prezentirani pod ultraljubičastim svjetlom (Slika 2), svjetlosne mete različite širine u različitim uvjetima osvjetljenja (Slika 3) te računalni programi.



Slika 2.

Prezentacija predmeta pod ultraljubičastim svjetlom (pojačani kontrasti)



Slika 3.

Usmjeravanje pažnje i poticanje koordinacije oko – ruka sa svjetlosnom metom u zamračenim uvjetima (izvor: Mali dom – Zagreb)

Prema Roman-Lantzy (2), osnovni principi u kreiranju programa intervencije su:

- preciznost – potrebno je odrediti u kojem stupnju cerebralno oštećenje vida utječe na djetetovo funkcioniranje kako bi se kreirao program intervencije koji odgovara stupnju vidnog funkcioniranja. Sporadično biranje metoda i aktivnosti nije učinkovito tako da intervencija treba biti temeljena na rezultatima procjene.
- intencionalnost– potrebno je specificirati zašto i kako se intervencija odabire odnosno potrebno je biti svjestan „gdje“ je dijete trenutno sada te koja faza slijedi.
- reciprocitet – je proces dijeljenja i prihvatanja perspektive druge osobe, a odnosi se na osjetljivost na perspektivu djeteta sa CVI. Npr. mijenja li se djetetovo izvođenje neke aktivnosti radi promjena u samom djetetu ili promjena u okolini. Osobito u slučajevima CVI treba voditi računa o tome da bilo koja promjena u okolini može utjecati na vizualno ponašanje djeteta (npr. promjena ukrasa na vratima prostorije kod djeteta s CVI može dovesti do otežane orijentacije u prostoru).
- promjene – kod djece sa CVI možemo očekivati promjene u vidnom funkcioniranju u vidu poboljšanja te u skladu s time treba planirati i intervenciju.
- okolina – nenamjerne promjene u okolini često dovode do nedosljednih vizualnih odgovora djeteta s CVI. Npr. dijete koje imenuje predmete kada je taj predmet na jednobojnoj kontrastnoj podlozi, isti zadatak neće izvesti ako se predmet nalazi u neprilagođenoj okolini punoj detalja. Kod planiranja intervencije treba voditi računa o karakteristikama okoline u kojoj dijete funkcionira (kontrasti, boje, osvjetljenje, veličina, udaljenost).

Kako bismo djetetu osigurali stimulaciju vida kroz svakodnevne aktivnosti, potrebno je:

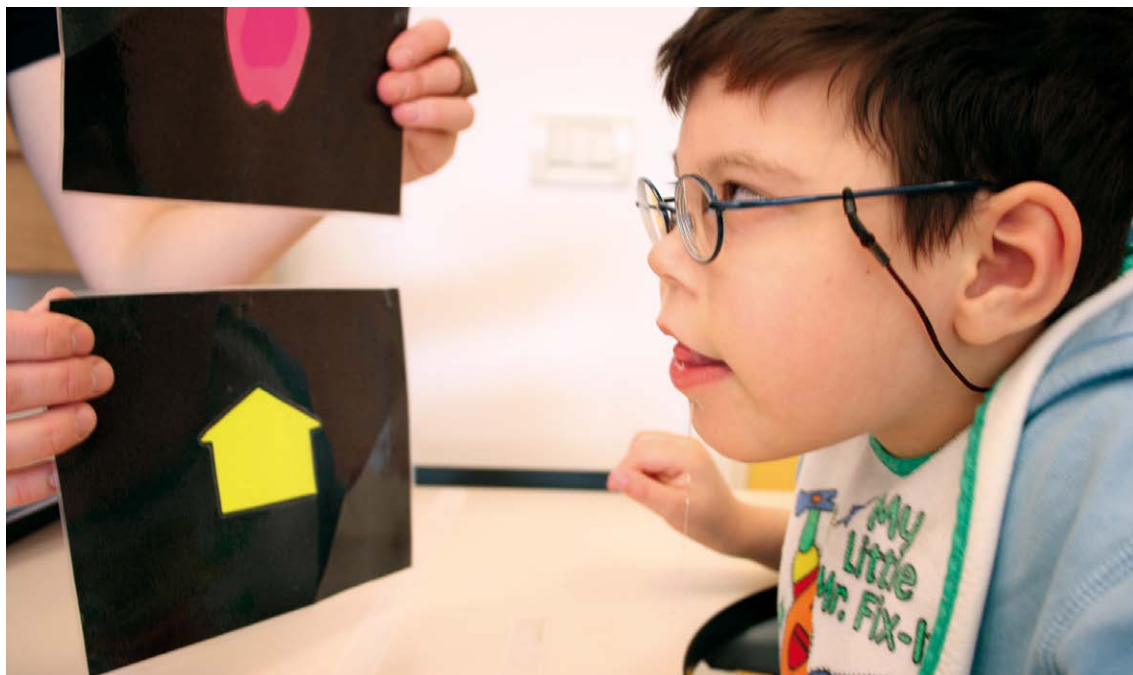
- urediti okolinu u kojoj dijete boravi ili kutić u kojem boravi prema smjernicama o adekvatnom uređenju okoline, vodeći računa o kontrastima, svjetlu, boji, veličini ponuđenih predmeta /meta, udaljenosti na kojoj gleda predmet (Slika 4).
- prilagoditi svakodnevne igračke i predmete na način da budu djetetu vidno stimulativni. Npr. na bočicu iz koje dijete pije može se staviti platno s crno – bijelim uzorkom ako se uočava da dijete dobro vizualno reagira na takav kontrast te poticati gledanje tijekom svakodnevnih aktivnosti. Postojeće igračke mogu se prilagoditi tako da se na njih zalijepi kontrastna boja (npr. na žutu loptu mogu se staviti crne točke; na bijelu pelenu može se zalijepiti crna točka te se pokaže djetetu svaki put tijekom presvlačenja) i sl.
- promatrati na kojoj udaljenosti dijete gleda/pokazuje interes za predmete ili osobe. Na toj udaljenosti mu prinostiti predmete i približavati mu se u komunikaciji. Npr. staviti na krevetić mobil u kontrastnoj boji na udaljenost na kojoj dijete zamjećuje predmete.
- dati mu dovoljno vremena da vizualno istraži metu u svim svakodnevnim situacijama (vrlo često djeci treba više vremena nego nama).



Slika 4.

Adaptacija stola u situaciji hranjenja - stavljanje pribora za jelo na jednobojnu kontrastnu podlogu (izvor: Mali dom - Zagreb)

- nove predmete, vizualne mete, aktivnosti uvoditi postepeno, neka djeca teško prihvaćaju novitete. Što su vizualne informacije jednostavnije, konstantnije i predvidljivije, dijete će se lakše nositi s njima.
- u vizualnoj komunikaciji naglasiti crte lica (oči, usta) kako bi se pojačali kontrasti na našem licu te djetetu olakšalo uočavanje lica sugovornika i čitanje facijalnih ekspresija.
- koristiti jednobojne igračke/svakodnevne materijale na kontrastnoj podlozi. Izbjegavati šarenilo i puno predmeta na jednom mjestu.
- prostor u kojem dijete boravi bi trebao biti dobro osvijetljen. Izvor svjetla bi trebao biti iza ili postranično od djeteta, a nikako ne ispred djeteta kako ne bi došlo do blještavila.
- izbjegavati sjajne površine i površine koje proizvode odbljesak.
- osigurati djetetu optimalan položaj tijela kako bi se lakše usmjerilo na gledanje.
- osvijetliti predmet ili koristiti jaki kontrast i reflektirajuće površine (ako to djetetu odgovara) kako bismo privukli djetetovu pažnju na predmet (Slika 5)
- omogućiti djetetu gledanje predmeta na način na koji mu to najbolje odgovara (npr. položaj glave može biti nagnut).
- postavljati predmete u onom dijelu vidnog polja koji dijete koristi.



Slika 5.

Prezentacija visokokontrastnih meta na danjem svjetlu (izvor: Mali dom – Zagreb)

- tijekom provođenja aktivnosti s intenzivnim vizualnim metama (osobito svjetlosnim i bljeskajućim, Slika 6) potrebno je pratiti cjelokupno djetetovo stanje kako bismo na vrijeme uočili znakove prestimuliranosti (promjena ritma disanja, rada srca, velike promjene mišićnog tonusa, uznemirenost, zatvaranje očiju) ili eventualnu fotofobiju (11).



Slika 6.

Podučavanje percepcije oblika na light boxu (izvor: Mali dom – Zagreb)

S obzirom na dokazanu učinkovitost intervencija koje imaju za cilj poboljšanje vidnog funkcioniranja djece sa CVI vida, nameće se potreba većeg posvećivanja pažnje specifičnim, individualno planiranim strategijama koje se temelje na individualnim rezultatima procjene. Strategije za poboljšanje vizualnog funkcioniranja trebale bi biti sastavni dio edukacijsko - (re)habilitacijskih programa u koje su uključena djeca s oštećenjem vida i dodatnim teškoćama u razvoju.

RJEČNIK POJMOVA

Cerebralno oštećenje vida = *privremeno ili trajno oštećenje vida uzrokovano oštećenjem posteriornog vizualnog puta i/ili dijela mozga, odnosno poremećajem u prijenosnom sustavu od mrežnice do mozga ili nesposobnošću mozga da prima i tumači slike koje se prenose*

Optimizacija vidnog funkcioniranja = *proces u kojem kreiramo okolinu i postupke na način koji će omogućiti djetetu da najbolje koristi svoje potencijale u vizualnom istraživanju okoline kroz svakodnevne situacije.*

Literatura

1. Dutton G. A more detailed look at the visual system: In Buultjens M, McLean H, editors. Cerebral palsy and visual impairment in children: Experience of collaborative practice in Scotland. Scottish Sensory Centre; 2003. p. 38 – 59.
2. Roman-Lantzy C. Cortical Visual Impairment: an approach to assesment and intervention. New York: American Foundation for the Blind; 2007.
3. Hatton DD, Schwietz E, Boyer B, Rychwalski P. Babies Count: The national registry for children with visual impairments, birth to 3 years. JAAPOS; 2007. p. 11351-5.
4. Jan JE, Groenveld M. Visual behaviors and adaptations associated with cortical and ocular impairment in children. Journal of Visual Impairment and Blindness. 1993;87:101-5.
5. Dennison EM. Eye conditions in infants and young children that results in visual impairment and syndromes and other conditions that may accompany visual disorders. Logan, Utah: SKI – HI Institute; 2003.
6. Lueck, AH i Dutton GN. Vision and the brain: Understandin cerebral visual impairment in children. New York: AFB; 2015.
7. Hyvarinen L. Brain damage related visual impairment. International Congress Series. 2005;1282: 578-84.
8. McLinden M. Children with multiple disabilities and a visual impairment. In: Mason H, McCall S, Arter C, McLinden M, Stone J, editors. Visual Impairment: Access to education for children and young people. London: David Fulton Publishers; 1999. pp. 313–23.
9. Kheptal V, Donahue SP. Cortical visual impairment: Etiology, associated findings and prognosis in a tertiary care setting. Elsevier Inc. 2007; 3(11):235-9.
10. Hyvarinen L. Stimulation and training of vision. [cited 2020 March 10]. Available from: <http://www.lea-test.fi/index.html>

STRATEGIJE POTICANJA SENZORIČKE INTEGRACIJE

KLJUČNE ODREDNICE

Uredna senzorička integracija podrazumijeva prisutnost primjerenih adaptivnih odgovora. Uredni adaptivni odgovori na osjetne informacije predstavljaju sposobnost središnjeg živčanog sustava da uspješno organizira osjetne informacije koje prima iz okoline.

Odgovarajuća obrada podražaja od strane taktilnog, vestibularnog, proprioceptivnog i ostalih osjetnih sustava nužna je za razvoj složenijih neuroloških funkcija. Stoga je poremećaje navedenih osjetnih sustava potrebno prepoznati što ranije.

STRATEGIJE POTICANJA SENZORIČKE INTEGRACIJE

Ivana Rogar Gojević

Svako dijete rodi se sa sposobnošću senzoričke integracije, no mora je razviti dolazeći u odnose s mnogim stvarima i 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, prema cilju usmjeren odgovor na osjetni doživljaj (npr. Dijete s oštećenjem vida usmjerava se prema izvoru zvuka zvučne igrčke te poseže prema njoj. Posezanje je adaptivna reakcija, a jednostavno besciljno mahanje nije). Kada je sposobnost senzoričke integracije mozga dostatna da se suoči sa zahtjevima okoline, djetetov odgovor je učinkovit, kreativan i zadovoljavajući (1).

Sposobnost koja se temelji na primjerenj integraciji svih osjetnih unosa je praksija. (1) Praksija uključuje tri komponente: ideaciju (stvaranje ideje o aktivnosti); motoričko planiranje i izvedbu (djelovanje, akciju). Važno je naglasiti da motoričkim komponentama (motoričko planiranje i način izvođenja aktivnosti) treba prethoditi ideacija pa stoga treba promišljati i o spoznajnom razvoju djeteta.

Razvoj senzoričke integracije kod djeteta tipičnog razvoja odvija se postupno, kako se različite vrste osjetnih informacija integriraju u cilju oblikovanja funkcija potrebnih za cilju usmjereno djelovanje.

Na prvoj razini odvija se integracija tzv. unutarnjih osjeta - taktilnog, vestibularnog i proprioceptivnog. 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 (1).

Taktilni, vestibularni i propioceptivni osjeti integriraju se u percepciju tijela, koja omogućuje djetetu da osjeti, razumije što tijelo radi, a da se pritom vizualno ne usmjerava na pojedini dio tijela. Uredna percepcija tijela s jasnim taktilnim, propioceptivnim i vestibularnim informacijama, temelj je motoričkog planiranja. (1) Motoričko planiranje je proces prilagođavanja pokreta i položaja tijela na nepoznate situacije i učenja uspješnog izvođenja zadatka. Ukoliko je percepcija tijela manjkava, dijete će pokazivati nedostatnu sposobnost planiranja pokreta i teže će usmjeravati nove pokrete.

Na trećoj razini senzoričke integracije počinje obrada slušnih i vidnih osjeta. Osjet sluha i vida razvijen je i na prethodnim razinama no tada je organizacija središnjeg živčanog sustava usmjerena na temeljne osjete. Slušni podražaji spajaju se s percepcijom tijela kako bi djetetu omogućile razvoj govora i razumijevanje jezika. 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. Vidni se osjeti integriraju s tri osnovna osjetila u svrhu razvoja detaljne vizualne percepcije te razvoja koordinacije oko-ruka.

U dobi od tri godine polako započinje četvrta razina senzoričke integracije, gdje se svi osjet-

ni procesi spajaju u jedinstvenu cjelinu moždanog funkcioniranja (četvrta razina). Vještine na ovoj razini (organizacija, koordinacija, samokontrola) završni su procesi svih senzornih procesa koji se odvijaju na prve tri razine (1).

Odgovarajuća obrada podražaja od strane taktilnog, vestibularnog, propioceptivnog, slušnog i vidnog sustava nužna je za razvoj složenijih neuroloških funkcija. Stoga je poremećaje navedenih osjetnih sustava potrebno prepoznati što ranije.

Utjecaj oštećenja vida na razvoj senzoričke integracije

Djeca s urednim razvojem vida o svijetu oko sebe uče kroz integraciju vidnih informacija i informacija drugih osjetnih sustava. Uče i stvaraju nova iskustva kroz promatranje i imitaciju. Samo okruženje za dijete s oštećenjem vida manje je poticajno jer za razliku od djeteta urednog vizualnog razvoja kod djeteta s oštećenjem vida izostaje motivacija odizanja glave za vizualno interesantnim metama, osobama, imitiranje pokreta i slično. Dijete urednog vizualnog razvoja prvo će vizualno istražiti predmet potom posegnuti za njim, držeći ga u rukama kroz taktilne i propioceptivne informacije učiti će o tom predmetu i njegovim karakteristikama, a potom će se za njim početi kretati. Djetetu s oštećenjem vida biti će potrebna podrška okruženja kako bi s vremenom razvilo intrinzičnu motivaciju za istraživanjem svog tijela, okruženja i predmeta u okruženju. Kako bi se dijete s oštećenjem vida potaklo na istraživanje tijela u svrhu stvaranja sheme tijela potrebno je osvještavati dijelove tijela kroz masaže ili igre predmetima po tijelu. Prema predmetima, dijete s oštećenjem vida češće će se i s većom motivacijom usmjeriti, okrenuti glavu ili posegnuti ako se radi o zvučnom predmetu koji će ga dodatno motivirati.

Kada razmišljamo o poremećajima senzoričke integracije, zapažanje osjeta možemo promatrati kao kontinuum (3). Na jednom kraju su pretjerane reakcije, tj. pojačana osjetljivost pri čemu se javljaju reakcije negodovanja i odbijanja određenih vrsta podražaja (vidi Prilog 4). Na drugom kraju kontinuuma je smanjena osjetljivost, tj. slabe reakcije i slabije zapažanje osjetnih podražaja. U sredini kontinuuma nalazi se uredno senzoričko funkcioniranje.

Poremećaj senzoričke integracije znači kako mozak ne obrađuje ili ne organizira tijek osjetnih unosa na način koji djetetu pruža dobru, preciznu informaciju o sebi i svijetu oko njega. Dobra senzorička integracija i obrada omogućuje svim unosima da lako brzo stignu do svog odredišta u mozgu. Bez primjerene senzoričke integracije učenje je otežano, a dijete se često osjeća neugodno i ne može se lako nositi s uobičajenim zahtjevima. Dijete s teškoćama senzoričke integracije će vjerojatno imati teškoća s generalizacijom iskustava no većih problema uglavnom će imati s motoričkim planiranjem, a manjih sa spoznajnim funkcioniranjem. Važno je znati kako poremećaj senzoričke integracije predstavlja atipično funkcioniranje, a ne odsutnost funkcioniranja (1).

Oštećenja središnjeg živčanog sustava često vode do odstupanja u osjetnoj obradi. Također se teškoće senzorne integracije javljaju kod djece kojoj nedostaje interakcije s okolinom, drugim

osobama, a time i različitih iskustava kroz koja bi razvijala primjereno senzoričko, motoričko i spoznajno funkcioniranje, što se osobito odnosi na djecu s oštećenjima vida i dodatnim teškoćama u razvoju.

Kako poticati senzoričku integraciju?

Djetetu s oštećenjem vida potrebno je omogućiti poticajnu okolinu kroz jačanje ostalih osjetnih unosa. Potrebno je prilagoditi aktivnosti kako bi se omogućila integracija različitih informacija u iskustvo koje će djetetu biti smisleno za aktivnosti njegova svakodnevnog života. Pri tome je nužno promišljati o prilagodbi okruženja i materijala kroz više iskustava taktilno – kinestetskih, olfaktornih i auditivnih podražaja koje će mu omogućiti percepciju prostora.

U daljnjem tekstu navedeni su primjeri aktivnosti koje se preporuča provoditi s djetetom kroz dnevnu rutinu, a njihovim svakodnevnim ponavljanjem potiče se razvoj senzorne integracije na primjeren način u odnosu na dob.

PROPRIOCEPTIVNI SUSTAV

U svrhu poboljšanja prerade proprioceptivnog podražaja mogu se provoditi masaže dubokim pritiskom u cilju usvajanja slike o vlastitom tijelu te orijentacije na vlastitom tijelu. Tijekom masaže davati jače, jasnije informacije, a također se preporuča provoditi i masaže suprotnih zglobova kako bi kroz proprioceptivne podražaje poticali shemu o vlastitom tijelu i osvještavanje položaja tijela u odnosu na prostor.

Područje oko usta (oralno-facijalno područje) stimulirati kroz masaže kružnim pokretima te pritiskom prstima u području oko usana, radi poticanja vokaliziranja, žvakanja i gutanja. Stopala izlagati različitim taktilnim kvalitetama (dok dijete sjedi, ispod stopala mu se mogu postaviti različiti materijali – npr. komad tepiha, mreža, deka, ručnik, itd.).

Tijekom dana proprioceptivne informacije mogu se djetetu omogućiti kroz igre u paru kao davanje težom loptom, igra povlačenja konopa, dodavanje vrećicama napunjenim pijeskom, aktivnosti „rolanja“ na podu i sl.

Može se koristiti masažer i izlagati dijete vibracijama prvo preko predmeta (npr. lopte), a nakon toga direktno prislanjanjem masažera na područje stopala i šaka. Pri tome će dijete biti izloženo taktilnim i proprioceptivnim informacijama koje mu omogućuju bolju organizaciju na vlastitom tijelu i usmjeravanje na aktivnosti koje slijede nakon toga.(2)

Preporuča se poticati cilju usmjereno ponašanje kroz izlaganje različitim podražajima u aktivnosti jednostavnog poligona - motorička aktivnost u nekoliko koraka, npr. prelazak preko vreće ili jastuka u četveronožnom položaju, prelazak preko taktilne staze, provlačenje ispod stolice ili prolazak kroz tunel te na kraju dolazak roditelju u zagrljaj ili do omiljene igračke.

TAKTILNI SUSTAV

U svrhu poboljšanja prerade taktilnog podražaja te poboljšanja kvalitete manipulativnih vještina poticati istraživanje različitih materijala rukama na način da se oforme kutije koje se mogu napuniti rižom, vatom, vodom, grahom, zobenim pahuljicama, tjesteninom i sl. Poticati dijete

da rukama i stopalima istražuje materijale u posudi. Također, unutra se mogu ubaciti različiti predmeti (loptice ili igračke koje voli) te ga treba poticati da ih pronađe i izvadi van (aktivnosti uvijek provoditi pod nadzorom odrasle osobe, radi mogućnosti stavljanja navedenih materijala u usta). Dijete se može izlagati i taktilnim podražajima slabijeg intenziteta poput šlaga, boja za prste, pjene za brijanje. Na podu napraviti stazu od materijala različitih tekstura (mekanih, grubih, hrapavih, bockavih...) i poticati dijete da rukama i stopalima istražuje stazu i puže preko nje ili ako se dijete odiže u stojeći položaj neka stoji na podlozi u tankim čarapicama ili bosim stopalima.

U ranoj dojenačkoj dobi poticati aktivnosti na podu, na ravnoj podlozi različitih taktilnih kvaliteta, u potrbušnom položaju kako bi otvaranjem šaka dijete stjecalo nova različita taktilna iskustva.

Također se preporučaju igre s tijestom, plastelinom te crtanje prstima.

VESTIBULARNI SUSTAV

U svrhu poboljšanja prerade vestibularnih podražaja preporuča se uz boravak na pokretnoj spravi uključiti i aktivnosti koje su bogate proprioceptivnim podražajima radi bolje organizacije ponašanja i sheme tijela. Na primjer povlačenje konopa kako bi se dijete samostalno zaljuljalo, držanje težih predmeta tijekom ljuljanja (npr. bočice napunjene vodom, kamenčićima ili pijeskom, napuniti vrećice pijeskom težine oko 100 - 200 grama te ih staviti djetetu u krilo tijekom ljuljanja i sl.).

Vestibularnim podražajima dijete se može izlagati i kroz ljuljanje na velikoj terapijskoj lopti – može poskakivati na lopti u krilu roditelja, ležati potrbušno ili sjediti na lopti dok ga se ljulja naprijed - natrag, te lijevo - desno.

Također se mogu provoditi aktivnosti ljuljanja u plahti, puzanje po kosini ili izvođenje neke aktivnosti sjedeći na kosini blagog ili većeg nagiba.

Tijekom primjene navedenih strategija potrebno je biti dosljedan, osobito u slučaju pojave negodovanja i teškoća regulacije ponašanja. Važno je najaviti aktivnost, kao i njen završetak nekoliko koraka unaprijed te je završiti kada je najavljena kako bi se djetetu olakšalo predviđanje onoga što slijedi. Također se u trenutku kada dijete ne može regulirati svoje ponašanje može provesti kraće izlaganje dubokom pritisku i osvještavanje suprotnih zglobova.

RJEČNIK POJMOVA

Senzorička integracija je sposobnost primanja, organiziranja i prerade osjetnih informacija iz okoline za svrhovito korištenje u svakodnevnom životu.

Motoričko planiranje je proces prilagođavanja pokreta i položaja na nepoznate situacije i učenja uspješnog izvođenja zadatka.

Senzorički kontinuum promatra osjetnu obradu od smanjene do pretjerane osjetljivosti s urednim senzoričkim procesiranjem u sredini kontinuumu.

Literatura:

1. Ayres AJ. Dijete i senzorna integracija. Zagreb: Naklada Slap, 2009.
2. Biel L, Peske N. Senzorna integracija iz dana u dan. Zagreb: Ostvarenje, 2007.
3. Bundy AC, Lane SJ, Murray EA. Sensory Integration: Theory and Practice. Philadelphia: F.A. Davis Company, 2002.

STRATEGIJE POTICANJA MOTORIČKOG UČENJA

KLJUČNE ODREDNICE

Teškoće u motoričkom razvoju, poput kontrole držanja segmenata tijela i uspravljanja pokreta, ograničavaju dijete u učenju.

Kroz različite položaje tijela dijete uz pravilno poticanje pokreta i kretanja stječe nove vještine potrebne za daljnji motorički razvoj.

Kod poticanja motoričkih funkcija važno je uzeti u obzir druge razvojne komponente te istražiti njihove međusobne utjecaje na motoričko učenje.

STRATEGIJE POTICANJA MOTORIČKOG UČENJA

Jasminka Gagula, Jelena Špionjak, Tatjana Petrović Sladetić

Dijete prilagođava svoje motoričko ponašanje u odnosu na ono što vidi i gdje se nalazi u odnosu na predmet. Vizualne funkcije su povezane s aktivnošću kontrole glave i vrata, funkcijom šake te ujedno sposobnosti učenja i stjecanja vještina potrebnih za slijedeći razvojni izazov.

Brojna istraživanja navode kako je razvoj djeteta s oštećenjem vida i dodatnim teškoćama u razvoju povezan s kašnjenjem u uspostavljanju kontrole segmenata tijela te kretanja (1-3), što počinje s početkom razvoja voljno usmjerenih pokreta (4). Ukoliko djetetu s oštećenjem vida i dodatnim teškoćama u razvoju ponudimo predmet zanimljivog vizualnog sadržaja, dijete rane razvojne dobi najčešće nema vizualnu percepciju sebe u odnosu na predmet te neće pokazati funkciju dosezanja, hvatanja i istraživanja predmeta. Iz navedenog proizlazi da 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.

Kod poticanja motoričkih funkcija kod djeteta s oštećenjem vida i dodatnim teškoćama u razvoju važno je uzeti u obzir sve razvojne komponente. Stoga pravilno poticanje motoričkih funkcija zahtijeva integraciju pokreta i kretanja s komponentama vida, spoznaje, pažnje i komunikacije. Ukoliko dijete ima motorički problem kao posljedicu ozljede mozga, potrebno je osigurati odgovarajuću podršku kako bi dijete bilo uspješno u izvođenju aktivnosti na drugim razvojnim područjima (5). Ukoliko je nedostatna motorička aktivnost posljedica oštećenja vida, komunikacijskih teškoća ili teškoća učenja i istraživanja, prilagodbom okoline i sredstava komunikacije dijete će pokazati bolji motorički odgovor.

Stoga, pravilno postupanje s djetetom kroz aktivnosti pokreta i kretanja ne treba usmjeriti samo na specifični oštećeni sustav jer on nikad ne funkcionira odvojeno od funkcije ukupnog sustava (6).

Treba imati na umu da djeca uče o pokretu kroz iskustvo pokušaja i pogreške te na taj način stječu iskustvo koji pokret je najučinkovitiji kako bi postigli željeni cilj. Svrha intervencije trebala bi biti u povećanju količine prilagodljivosti pokreta, odnosno davanja prilika djetetu da u svakom trenutku može izabrati onaj pokret iz svog repertoara pokreta i kretanja koji će omogućiti izvođenje specifične aktivnosti (7).

Poticanje motoričkih funkcija u ležećem položaju na leđima

U najranijoj dobi, stabilnost tijela u ležećem položaju na leđima počinje se razvijati zadržavanjem glave u središnjoj liniji tijela. Kako bi se olakšalo zadržavanje glave u središnjoj liniji tijela može se postaviti roditeljeva ruka na područje prsne kosti (Slika 1). Ovisno o djetetovom vidnom funkcioniranju koristiti vizualno kontrastnu metu ispred djetetova lica kako bi zadržavalo pažnju na njoj. Orijehtacija glave, trupa, ruku i nogu na središnju liniju tijela može se poticati i na natkoljenicama roditelja (Slika 2) kao i prilikom aktivnosti oblačenja i svlačenja (Slika 3). Orijehtacijom tijela na središnju liniju olakšati će se kontakt šaka-šaka, šake-usta, šake-natkoljenice, šake-stopala, odnosno dijete će stvarati svijest o vlastitom tijelu.



Slika 1.

Poticanje stabilnosti u ležećem položaju na leđima (izvor: Mali dom – Zagreb)



Slika 2.

Poticanje orijentacije na središnju liniju tijela na natkoljenicama (izvor: Mali dom – Zagreb)



Slika 3.

Poticanje orijentacije na središnju liniju tijela kroz aktivnost oblačenja i svlačenja (8).

U ranoj razvojnoj dobi kod djece s vizualnim i dodatnim teškoćama potrebno je nuditi predmete u kontaktu s djetetovim tijelom, npr. trupom, kako bi dijete dobilo konkretnu taktilnu informaciju o lokalizaciji predmeta (Slika 4). Predmet postavljen na trup olakšava djetetu dovođenje gornjih udova do samog predmeta. Ponuđen predmet treba biti primjerene veličine i oblika za funkciju hvata. Uvijek je potrebno pričekati djetetovu inicijativu i posezanje. Ukoliko ona izostane, može se postaviti djetetova ruka na ruku roditelja te ga preko roditeljeve ruke upoznavati s predmetom. Važno je naglasiti kako se predmet nikada ne stavlja direktno u šaku. Predmet treba ponuditi na vanjski dio šake ili pod vrškove prstiju te osigurati djetetu potrebno vrijeme prilagodbe. Od predmeta se mogu koristiti šuškavi jastučići, lopta, vibracijska igračka ili perle. Nakon određenog vremena nuditi taktilni i/ili zvučni predmet u kontaktu s različitim dijelovima tijela te poticati posezanje za njim (primjerice na trbuh, rame, natkoljenicu).



Slika 4.

Posezanje za predmetom na prsnoj kosti (8)

Slijedeći korak je poticanje posezanja za vizualno i/ili zvučno/taktilno zanimljivim predmetom ispred tijela na udaljenosti dužine djetetove ruke (Slika 5a). Kada je dijete usvojilo posezanje za predmetom u središnjoj liniji tijela, nuditi predmet preko središnje linije tijela (Slika 5b) kako bi se kroz posezanje za njim rotiralo na bok i trbuh. Ukoliko dijete nema funkcionalni ostatak vida potrebno je poticati posezanje u smjeru predmeta koji proizvodi zvuk.



Slika 5a i 5b.

*Posezanje za predmetom u središnjoj i preko središnje linije tijela
(izvor: Mali dom - Zagreb)*

Poticanje motoričkih funkcija u potrbušnom položaju

Kako bi djelovali na razvoj kontrole držanja djetetova tijela, u potrbušnom položaju potrebno je poticati odizanje glave od podloge te oslonac na podlaktice i laktove. Ispred tijela koristiti djetetu vizualno i/ili zvučno zanimljive predmete koji će ga potaknuti na odizanje glave. Ukoliko dijete odbija ležeći položaj na trbuhu navedeno se može poticati i u naručju roditelja (Slika 6a, 6b i 7).



Slika 6a i 6b.

*Poticanje kontrole glave pomoću senzoričkog jastuka i preko natkoljenica
(izvor: Mali dom – Zagreb)*



Slika 7.

*Poticanje oslonca na podlaktice i laktove u ležećem položaju na trbuhu
(izvor: Mali dom – Zagreb)*

Kada je dijete u potrbušnom položaju usvojilo stabilan oslonac na laktove, nuditi taktilno i vizualno zanimljiv predmet u kontaktu sa šakama te poticati istraživanje. Zatim poticati posezanje za vizualno i/ili zvučno zanimljivim predmetom nadomak ruke. Predmet se nudi ispred glave u različitim smjerovima (lijevo-desno, gore-dolje) s ciljem prijenosa težine tijela, ali i prilagodbe djetetovih pokreta glave i ruke u smjeru predmeta (Slika 8).



Slika 8.

*Poticanje prilagodbe pokreta glave u ležećem položaju na trbuhu
(izvor: Mali dom – Zagreb)*

Poticanje motoričkih funkcija u sjedećem položaju

Kontrola držanja glave i trupa može se poticati u sjedećem položaju u naručju roditelja ili na tvrdoj ravnoj podlozi, uz odgovarajuću fizičku podršku u području trupa. U navedenom položaju se može poticati posezanje za vizualno i/ili zvučno zanimljivim predmetom u različitim smjerovima (gore-dolje, lijevo-desno, pod dijagonalom, sa strane) (Slika 9). Dijete će u sjedećem položaju izabrati najuspješniju strategiju za povezivanje segmenata tijela i održavanje centra gravitacije unutar baze oslonca. Varijabilnost pokreta u sjedećem položaju može se poticati posezanjem za predmetom u različitim smjerovima (9, 10). Manipuliranje s predmetima u sjedećem položaju poticat će spoznajni razvoj kao i razvoj komunikacije (11).



Slika 9.

Poticanje kontrole glave i trupa te posezanje za predmetom u naručju druge osobe (8)

Kada je dijete u sjedećem položaju sposobno kontrolirati glavu i trup, potiče se stabilno zadržavanje sjedećeg položaja s dvije ruke u osloncu na podlozi. Postepeno se potiče oslonac samo na jednu ruku te naposljetku zadržavanje sjedećeg položaja sa slobodnim rukama. Kada dijete nauči samostalno sjediti sa slobodnim rukama, potrebno je poticati posezanje i hvatanje predmeta prvo u kontaktu s različitim dijelovima tijela, a zatim nuditi vizualno i/ili zvučno zanimljive predmete na udaljenosti dužine ruke u različitim smjerovima (Slika 10).



Slika 10.

*Istraživanje predmeta u sjedećem položaju
(izvor: Mali dom – Zagreb)*

Posezanje za predmetom ponuđenim sa strane tijela potaknuti će dijete na rotaciju prema postraničnom sjedećem položaju. Iz postraničnog sjedećeg položaja moći će ići u četveronožni ili klečeći položaj (8).

Poticanje motoričkih funkcija u zahtjevnijim položajima

Dijete se po prostoru može kretati kroz rotaciju leđa-bok-trbuh, pivotiranje na trbuhu, potrbušno ili četveronožno puzanje, kroz klečeći hod ili postranični hod te hodaњem prema naprijed. Važno je naglasiti da prostor u kojem se dijete s oštećenjem vida kreće uvijek treba imati jednak raspored stvari kako bi se dijete moglo orijentirati i sigurno kretati. Prijelaz u stojeći položaj može se poticati kroz lijevi i desni klečeći iskorak, uz pridržavanje rukama za stabilan oslonac (Slika 11).



Slika 11.

*Prijelaz u stojeći položaj kroz klečeći iskorak
(izvor: Mali dom – Zagreb)*

Posezanjem za predmetom u različitim smjerovima u ovom položaju djelovati će se na raznolikost i prilagodbu pokreta glave, trupa, zdjelice te ruku i nogu što će djetetu biti važna priprema za hod (Slika 12). Kada je dijete usvojilo postranični hod te kada može samostalno stajati i krenuti u hod prema naprijed, može mu se ponuditi dječju guralicu kako bi se lakše orijentiralo u prostoru (Slika 13). Kod samostalnog hoda učiti ga orijentaciji u prostoru prema vizualnim, zvučnim i taktilnim orijentirima (8).



Slika 12.

*Poticanje posezanja za predmetom u stojećem položaju
(izvor: Mali dom – Zagreb)*



Slika 13.

*Poticanje orijentacije u prostoru
(izvor: Mali dom – Zagreb)*

Literatura

1. Prechtl HF, Cioni G, Einspieler C, Bos AF, Ferrari F. Role of vision on early motor development: lessons from the blind. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 2001;43(3):198-201.
2. Ricci D, Domenico M. R, Gallini F, Groppo M i sur. Early visual assessment in preterm infants with and without brain lesions: Correlation with visual and neurodevelopmental outcome at 12 months. *Early Human Development*, 2011;87(3):177-182.
3. Kim J, Sung I.Y., Ko E.J. Jung M. Visual evoked potential in children with developmental disorders: Correlation with neurodevelopmental outcomes. *Annals of Rehabilitation Medicine*. 2018;42(2):305–312.
4. Prechtl H.F. General movement assessment as a method of developmental neurology: New paradigms and their consequences. *Developmental Medicine and Child Neurology*. 2001;43(12):836-842.
5. Salavati M, Rameckers E, Steenbergen B, Van Der Schan C. Gross motor function, functional skills and caregiver assistance in children with spastic cerebral palsy (CP) with and without cerebral visual impairment (CVI). *European Journal of Physiotherapy*. 2014;16(3):1-9.
6. Gschwend G. Neurofiziološki temelji razvojne rehabilitacije. Akademija za razvojnu rehabilitaciju. Zagreb, 1998.
7. Ziegler S, Dirks T, Hadders-Algra M. Coaching in early physical therapy intervention: the COPCA program as an example of translation of theory into practice. *Disability and Rehabilitation*. 2018;41(15):1-9.
8. Špionjak J. Razvoj posturalne kontrole u djece s oštećenjem vida. In: Filipec M. i sur., editors. *Odabrana poglavlja u fizioterapiji – Postura*. Zagreb: Hrvatski zbor fizioterapeuta; 2016; 45-61.
9. Dusing S, Harbourne R. Variability in Postural Control During Infancy: Implications for Development, Assessment and Intervention. *Physical Therapy*. 2010;90:1838-1849.
10. Harbourne R, Stergiou N. Nonlinear Analysis of the development of sitting postural control. *Developmental Psychobiology*. 2003;42:368–377.
11. Lobo MA, Harbourne RT, Dusing SC, Westcott McCoy S. Grounding early intervention: Physical therapy cannot just be about motor skills anymore. *Physical Therapy*. 2013; 93(1):94-102.

STRATEGIJE POTICANJA VJEŠTINA ORIJENTACIJA I KRETANJA

Orijentacija i kretanje je skup vještina odnosno koncepata koji, kada se njima ovlada, osposobljavaju osobu oštećena vida za samostalno, sigurno i učinkovito kretanje (1). Dok je orijentacija sposobnost osobe da u svakom trenutku zna odrediti točan položaj svog tijela u prostoru, kretanje predstavlja sposobnost svladavanja udaljenosti od polazišne točke do cilja (2). Orijetacija i kretanje se temelje na konceptualnim pretpostavkama kao što su prostorni odnosi (ja i objekt), usvojena znanja o dijelovima tijela te razumijevanje smjerova – lijevo, desno, gore, dolje. Orijetacija i kretanje se također temelje i na biomehaničkim pretpostavkama, kao što su, dovoljna mišićna snaga i kontrola za zadatke kao što su pomicanje određenih dijelova tijela i na kraju držanje bijelog štapa.

Ukoliko dijete s oštećenjima vida i dodatnim teškoćama u razvoju ostvari biomehaničke te određene konceptualne pretpostavke, svakako ga je potrebno uključiti u program orijentacije i kretanja.

Preporuke za poticanje vještina potrebnih za orijentaciju i kretanje

0 – 12 mjeseci

- početi s bazičnim vidnim stimulacijama koje treba integrirati s posezanjem, taktilnim stimulacijama i zvučnim orijentirima (ukoliko dijete ima bilo kakav ostatak vida i/ili sluha); neka dijete bude okruženo vizualno atraktivnim igračkama koje proizvode zvuk
- integrirati vidne stimulacije s aktivnostima npr. fine motorike
- izlagati dijete zvukovima karakterističnim za unutarnji i vanjski prostor te zvučnim igračkama te omogućiti direktno izlaganje zvuku (zvuk – izvor zvuka)
- izlagati dijete različitim teksturama, oblicima, mirisima te postepeno uvoditi podražaje novih kvaliteta
- kako bi dijete usvojilo shemu tijela početi s jednostavnijim igricama imenovanja i dodirivanja dijelova tijela
- omogućiti djetetu kretanje kao npr. njihanje u ležećem položaju, kotrljanje, okretanje, lagano skakanje
- uključiti dijete u svakodnevne aktivnosti, poticati na istraživanje namještaja, kućanskih aparata, proizvoda za domaćinstvo, hrane, kućanskih aktivnosti; imenovati predmete i objasniti čemu služe i što ono može raditi s tim predmetom
- svakodnevno omogućiti slobodno kretanje i istraživanje: proširite djetetov prostor kako bi bio u skladu s njegovim vještinama grube motorike. Npr. najprije ogradica za dijete, zatim kasnije kutak u sobi i sl. Možemo koristiti "Malu sobu" kako bi dijete učilo i istraživalo prostor te ujedno učilo o postojanosti objekta

- razmještaj namještaja neka bude uvijek isti
- ukloniti nesigurne i lako lomljive stvari i zamijenite ih zanimljivim predmetima iz svakodnevne upotrebe
- uvesti predvidljivu dnevnu rutinu

1. – 2. godine

- ukoliko dijete ima ostatak vida koristiti i dalje vizualno atraktivne predmete kako bi poticali dijete na posezanje te kako bi razvijalo sposobnosti fine motorike
- početi s naprednim vještinama - uključiti korištenje vida s motoričkim zadacima (dodavanje loptom i sl.)
- utvrditi najveću udaljenost na kojoj dijete može zamijetiti veće predmete te poticati razvoj vida na daljinu
- pomoći djetetu da sam proizvede zvuk, ponuditi mu jednostavne i jasne nazive za zvuk koji je čuo te mu dati neko značenje
- koristiti oznake različite taktilne kvalitete kao bi se označio npr. njegov ormarić, namještaj, kutije s različitim sadržajem itd.
- izlagati dijete novim i poznatim mirisima hrane; imenovati i kasnije pokušati razlikovati jednostavnije mirise, naučiti ga kako mirisati
- omogućiti djetetu svakodnevno kretanje; naučiti ga kako koristiti igračke koje ga okružuju te igračke koje mu pomažu u sigurnijem kretanju
- nastaviti s igricama u kojima dijete na zahtjev pokazuje dijelove tijela
- igrati igre traženja skrivenih predmeta u svrhu razvijanja pojma o postojanosti objekta
- poticati dijete na istraživanje prostorija i namještaj u njima, aparatima, priborom za jelo; imenovati predmete i opisati što se s njima dogodilo (npr. "poklopili smo zdjelu" ili "zastvorili smo vrata frižidera")
- povećati broj situacija u kojima dijete izravno sudjeluje u raznim kućanskim poslovima, npr. neka pomogne pri postavljanju stola, lijevanju pića i sl.
- u vanjskim uvjetima pružiti djetetu iskustva nogostupa, rubnjaka, šetnje ulicom, skretanja iza ugla, korištenja prijevoznih sredstava te iskustvo različitih vremenskih uvjeta
- osigurati djetetu redovite prilike za isprobavanje i usavršavanje vještina kretanja različitim brzinama – hodanja, trčanja u poznatom zatvorenom i otvorenom prostoru (dvorištu, igralištima, velikim travnatim površinama, velikim igraonicama)
- učiti dijete kraćim rutama do željenog cilja, s jasnim obilježjima, prema poznatim i željenim aktivnostima (kupaonica, kutak za igru, kuhinja, cd player)
- potaknite motoričko planiranje pomažući djetetu sa sljedećim radnjama: otvaranje ormarića, zatvaranje ladice, puzanje ispod namještaja i preko prepreka (poligoni)

2. – 3. godine

- proširivati i nadograđivati s djetetom već postojeća znanja vezano uz okolinske zvukove, komentiramo s djetetom kratko i jasno kakvi su zvukovi (visoki, niski, glasni, tihi), od kud dolaze (daleko, blizu, daleko – iza, daleko – ispred)
- poticati dijete na uparivanje različitih taktilnih predmeta, imenovati teksturu pod djetetovim nogama i rukama; npr. lopta – glatka.
- izložiti dijete različitim mirisima i njihovim izvorom te povezivati mirisne asocijacije s lokacijom, npr. cvjećarna, doktor, benzinska stanica, pekarna i dr.
- proširiti broj zadataka koje dijete može raditi samostalno (npr. skidanje cipela, majica)
- učenje složenijih okolinskih koncepata i obilježja (odlazak s djetetom do ulice, križanja, slušanje prometa, komentirati npr. koji zvuk ukazuje da je sigurno prijeći ulicu, upozoriti koji bi zvuk što značio za njegovu sigurnost; koji su mu orijentiri potrebni da bi sigurno znao gdje se nalazi; prelazak preko tramvajske pruge, križanja sa zvučnim semaforima i bez zvučnih semafora)
- pružati djetetu priliku za svakodnevno kretanje kroz hodanje, trčanje, penjanje, skakanje, korištenje prepreka, igranje na trampolinu, ljuljačci, bazenu, dječjem igralištu
- nastaviti s igrama koje uključuju imenovanje dijelova tijela i uvesti složenije imenovanje poput ručni zglob, struk, bokovi, ramena, gležanj itd
- u aktivnostima s djetetom integrirati razumijevanje prostornih prijedloga (u, iz, iza, ispred, ispod), zahtjevi u odnosu na okolinu, npr. "Ispred tebe je žlica, uzmi ju."
- Poticati različite obrasce pokreta u motoričkim igrama s djetetom: plesni pokreti, gimnastički elementi – kolut naprijed, preskakivanje, skok s manje visine, hod unatrag

Kako i s kojim ciljevima će se provoditi program orijentacije i kretanja ovisiti će o vidnim, motoričkim i kognitivnim funkcijama djeteta. Pojedina djeca zbog svojih motoričkih ili kognitivnih teškoća neće moći usvojiti pojedine komponente orijentacije i kretanja (npr. korištenje bijelog štapa), ali čim se dijete počne kretati, moramo mu omogućiti što sigurnije i svrsishodnije kretanje ka određenom cilju.

Literatura

1. Mršić V. Orijentacija i mobilitet u Hrvatskoj : obučavanje slijepih i slabovidnih za neovisno kretanje. Zagreb: Hrvatska udruga za školovanje pasa vodiča i mobilitet; 1995.
2. Runjić T, Fulgosi Masnjak R, Mlinarić I. Orijentacija i kretanje slijepih: drvoredi kao orijentiri. Agronomski glasnik. 2004;3-5.

STRATEGIJE POTICANJA KOMUNIKACIJSKIH VJEŠTINA

Diana Korunić, Ivana Macokatić, Ivana Slavinić

PREDJEZIČNA KOMUNIKACIJA

GOVORNO - JEZIČNI RAZVOJ

KLJUČNE ODREDNICE

Većina ranointerventnih programa za područje komunikacije usmjerena je upravo na poticanje uspostavljanja i širenja interakcije, korištenja i širenje sredstava i funkcija komunikacije kao i na promatranju i poticanju vještina združene pažnje.

Djeca s teškoćama u razvoju slijede miljokaze redovnog komunikacijskog razvoja, no njihov razvoj može biti usporen ili stati na pojedinom razvojnom miljokazu.

Kreiranje komunikacijski bogatog okruženja uz multimodalni pristup (gesta, slika, pokret, tehnologija) stvara preduvjete uspješnijeg govorno-jezičnog razvoja.

RAZVOJ KOMUNIKACIJSKIH VJEŠTINA: PREDJEZIČNO RAZDOBLJE

Dijete se rađa kao prosocijalno biće i od samog je početka u velikoj mjeri usmjereno socijalnim signalima (1). Sva dojenčad komunicira kroz plač, osmijeh, pokrete tijela i druga neverbalna ponašanja. Uzastopnim interakcijama njihovi roditelji, obitelji i osobe iz okruženja tumače značenje ovih signala i odgovaraju na njih. Kroz ove rane interakcije, novorođenčad otkriva da njihovo ponašanje ima snažan učinak na skrbnike te tako razvijaju sve učinkovitije načine komunikacije. Razvoj komunikacijskih vještina omogućuje djeci da kontroliraju svoj društveni i emocionalni svijet te ostvaruju odnose s drugima.

Period usvajanja vještina za ostvarenje uspješne komunikacije nazivamo ranom komunikacijom (0 do 6 godina), a preklapa sa s ranim djetinjstvom. Rana komunikacija obuhvaća predjezično razdoblje (0-2) i razdoblje rane jezične komunikacije (2-6) (1).

Tijekom predjezičnog razdoblja događaju se važni razvojni prijelazi – od predintencijske prema intencijskoj komunikaciji odnosno prekretnica kada dijete svjesno i namjerno prenosi svoje poruke okolini, te od predsimboličke prema simboličkoj komunikaciji – od jednostavnijih oblika (plač, pogled, facijalna ekspresija) prema sve složenijim (riječi, znakovi, rečenične forme sa svim jezičnim obilježjima i pravilima)

Ovaj period također možemo pratiti kroz razvoj već spomenutih komunikacijskih sredstava (2); tijekom prve godine života nastaju i razvijaju se različita predjezična komunikacijska ponašanja. Formalnom govoru prethodi čitav jedan kompleksni sustav neverbalne komunikacije između djeteta i skrbnika. Dijete prije no što izgovori svoju prvu riječ te razvije jezičnu komunikaciju već se izražava na puno različitih načina: pokretom, smijehom, plačem, mišićnim izmjenama tenzijama i opuštanjima tijela, gestom posezanja te pokazivanja, facijalnim ekspresijama, imitacijama, različitim ponašanjima poput odbijanja, prihvatanja i sl. (3) Važno je navesti da se svi sustavi u različitim djetetovim fazama razvijaju u korelaciji s drugim razvojnim komponentama.

Nadalje period rane komunikacije pratimo i kroz razvoj komunikacijskih funkcija – imperativnih i deklarativnih. U početku će djetetova potreba za komunikacijom biti uglavnom obilježena imperativnim predznakom - komunicirati da bi se zadovoljila vlastita, trenutna potreba. No, vrlo brzo ta komunikacija poprima obilježje deklarativnosti odnosno komunikacija radi razmijene obavijesti i dijeljenja iskustva što zapravo i predstavlja bit komunikacije (4).

Kao što je već navedeno u tekstu, formalnom govoru prethodi niz komunikacijskih predjezičnih ponašanja koja su nekoj djeci osnova govoru dok drugoj, djeci koja imaju poteškoća u govorno jezičnom razvoju mogu biti potpora, ali i komunikacijsko sredstvo kao zamjena za govor. Djeca uče o komunikaciji kroz slanje signala te praćenje reakcija okoline i ponovnog reagiranja. Potreba primjene različitih strategija ima za cilj kreiranja širokog spektra komunikacijskog repertoara iz kojega dijete može izabrati način komunikacije koji je unutar njegovih mogućnosti i potreba. Kako je osnovi razvoja komunikacije, interakcija, prije svega ona koju dijete uspostavlja sa svojim skrbnicima, strategije poticanja komunikacijskih vještina u sebi moraju počivati upravo na uspostavi bazičnog odnosa, njegovom održavanju i širenju.

Strategije poticanja

a) poticanje kontakta

U najranijoj dobi stvara se već prvi kontakt između majke i djeteta u naručju majke prilikom dojenja. Dijete se u majčinom naručju osjeća sigurnim, osjeća dodir te lagane pokrete majčinog disanja, uči da majka odgovara na njegove signale i komunikaciju. Već se tada razvija očni kontakt između majke i djeteta kada dijete nepomičnim pogledom promatra majku. U ovom periodu ovisno o djetetovim vidnom funkcioniranju majka može naglasiti crte lica šminkom kako bi naglasila kontraste te je isto tako preporuka da se dijete tijekom dojenja ili hranjenja bočicom drži na obje strane tijela kako bi se refleks sisanja stimulirao iz oba smjera. U ranoj dobi djetetova komunikacija napreduje, više se zagledava u lica, počinje pratiti facijalne ekspresije lica, odgovara osmijehom ili plačem na informaciju izvana, zamjećuje promijene u okolini, kretanja roditelja, zvukove i sl. U ranoj dobi potrebno je odgovarati na djetetov očni kontakt, uputiti mu pogled, koristiti različite vokalne igre (igra vokalima, gugutanje, slogovima i sl.), osmjehivati se, igračke mu davati u blizini tijela te imitirati njegove komunikacijske signale, imenovati predmete.

b) poticanje tjelesne ekspresije i uporaba geste

Dijete komunicira cijelim tijelom, odguruje se, pokušava se okrenuti, dohvatiti igračku i sl. U ranom periodu potrebno ga je potaknuti raznim pjesmama usmjerenim na tijelo i na promjenu tonova, ako podiže ruke potrebno ga je pridržati i naglasiti "Želiš gore"; opisati radnje koje dijete radi te svoje radnje kratko najaviti djetetu. Razvijati igru skrivanja s platnom, provoditi s njim igre na podu, na njegovoj razini. Dati mu igračku u doseg njegovih ruku kako bi se dijete kretalo do nje. Dijete u ovom periodu razvija spontane geste te uči određene geste imitacijama i kroz aktivnosti koje radi. Geste su najčešće vezane uz svakodnevne aktivnosti: jelo, piće, mahanje papa i sl. Deiktička gesta najčešće je korišteno sredstvo u periodu predjezične komunikacije (5). Korištenje geste olakšava djetetu izražavanje potreba te isto tako i izvođenje određenih aktivnosti koje želi te smanjuje frustraciju budući da gesta podržava interakciju. Razvijati interakciju kroz igre ugodne djetetu te koristiti uravnoteženu izmjenu (ja - ti) u igrama. (igre sa slikovnicama, pjesama, pokretanjima igrački i sl.). Razvoj upravo takvih igara otkriva djetetovu namjeru, usklađene verbalne i neverbalne reakcije, animiranu odgovorljivost te pružanje mogućnosti djetetu za odgovor. Dijete u drugoj polovici prve godine otkriva da njegova ponašanja imaju utjecaj na okolinu, otkriva komunikacijske forme koja su osnova razvoja govora.

c) združena pažnja

Druge važne smjernice poticanja razvoja komunikacije oslanjanju se na poticanju vještina združene pažnje, slijedeći njen prirodan razvoj (6). Združena pažnja služi kao temelj za razvoj komunikacijskih kompetencija te je baza za razvoj ranih socijalnih i kognitivnih vještina (7). Ove se vještine počinju razvijati u 9 mj. života, kada dijete počinje dijeliti pažnju s odraslom osobom, da bi između 11 i 14.mj. slijedio pažnju komunikacijskog partnera. U dobi između 13 i 15 mjeseca dijete usmjerava pažnju odrasle osobe. Pojava ovih vještina vidljiva je kada dijete počinje slijediti tuđi pogled ili gestu pokazivanja, na različite načine skreće tuđu pažnju na željene aktivnosti te donosi i pokazuje predmete samo sa željom da podijeli iskustvo. Počinje shvaćati druge ljude kao intencijska bića, kao što je i ono samo pa se ponašanja drugih ljudi prema vanjskim objektima mogu slijediti, usmjeravati ili dijeliti. Načini na koji se ona može

poticati je ubacivanjem u interes djeteta, imitiranjem onoga što ono radi, komentiranjem akcija te pokazivanjem na predmet interesa. U cilju poticanja komunikacijskih vještina uvijek je važno slijediti vodstvo djeteta, otkrivajući pritom njegov interes, a okolina pri tom uvijek mora biti u funkciji poticanja svih komunikacijskih i socijalnih pokušaja.

Sposobnost pokretanja i održavanja socijalne interakcije od presudne je važnosti za daljnji razvoj te za uspostavljanje i održavanje odnosa sa skrbnicima i drugima. Odgovornost komunikacijskih partnera na potencijalno komunikativno ponašanje dojenčadi i djece s teškoćama u razvoju (u dobi od rođenja do 3. godine) pokazalo se da utječe na kasniji razvoj komunikacije i postalo je presudna komponenta intervencijskih strategija (8).

RJEČNIK POJMOVA

Deklarativne komunikacijske funkcije = cilj ovih funkcija je dijeljenje iskustva, najčešće u obliku komentiranja

Imperativne komunikacijske funkcije = cilj ovih funkcija je ostvarivanje nekog fizičkog cilja, najčešće u obliku zahtijevanja (traženje predmeta, aktivnosti, osobe)

Intencijska komunikacija = period razvoja komunikacije u kojem je dijete svjesno da će njegovo ponašanje djelovati na okolinu, tj. ono namjerno odašilje poruke

Predintencijska komunikacija = period razvoja komunikacije u kojem dijete nije svjesno činjenice da njegova ponašanja utječu na druge osobe, a okolina prema ponašanju djeteta „pogađa“ koje su njegove potrebe

Združena pažnja = djetetova sposobnost usmjerenja pozornosti zajedno s drugom osobom na isti predmet interesa

Literatura

1. Ljubešić M, Cepanec M. Early communication: what is the secret?. Logopedija. 2012;3(1):35-45.
2. Ljubešić M. Rana intervencija kod komunikacijskih i jezično-govornih odstupanja. Paediatrica Croatica. 2012;56(1):202-206.
3. The Signo Foundation. Deafblindness: Basic principles - A parent's manual. Oslo: The Signo Foundation, 2000.
4. Blaži DR. Komunikacijski poremećaji – iskustva i mogućnosti. Paediatr Croat. 2016;60(1):160-166.
5. Ljubešić M. Stimulacija emocionalnog razvoja djece. Hrvatski časopis za javno zdravstvo. 2005;1(2):1-6.
6. Carpenter M, Nagell K, Tomasello, M. Social cognition, joint attention, and communication competence from 9 to 15 months of age. Monographs of the Society for Research in Child Development. 1998;4(255):170-174.
7. Lieberman AM. Eye gaze and joint attention. Visual Language and Visual Learning Science of Learning Center. 2012;5:1-6.
8. Stephenson J. Dowrick M. Parents' perspectives on the communication skills of their children with severe disabilities. Journal of Intellectual and Developmental Disability. 2005;30(2):75-85.

GOVORNO - JEZIČNI RAZVOJ

Komunikacija postavlja temelje na kojima se gradi usvajanje jezika i razvoj govora. Obzirom na činjenicu kako je predjezična komunikacija temelj i potporni stup usvajanja jezika važno je pratiti i uočavati sva ona rana odstupanja prije nego li 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 (1).

Komunikacijska odstupanja uočavaju se još u ranom predjezičnom razdoblju i vrlo su vidljiva kroz atipično ponašanje djeteta koje može pokazivati smanjeni interes za druge ljude, ne koristiti ili raspolagati vrlo oskudnim komunikacijskim sredstvima te komunicirati za ograničeni broj komunikacijskih funkcija. Jezični poremećaji se s druge strane očituju potpuno drugačijim obilježjima. Razvoj jezika promatramo kroz razvoj receptivnog jezika koje može biti leksičko i situacijsko razumijevanje te jezičnu ekspresiju ili izražavanje. Prema periodu javljanja ekspresivni jezik dijelimo na predjezično (predekspresivno) i jezično (ekspresivno) razdoblje uz prateće razvojne miljojake koji nas upućuju na mogući uredan ili odstupajući razvoj (2) (vidi Prilog 5).

Tako Oller i sur. (3) navode da odgođena pojava kanoničkog sloga (produkcija niza slogova iste ili različite glasovne strukture) koja se javlja između 7. - 10. mjeseca može biti upozoravajući znak za zakašnjeli govorno - jezični razvoj.

U djece je važno razlikovati jezično razumijevanje od jezičnog izražavanja jer ukoliko postoje teškoće u receptivnom jeziku, one se uvijek odražavaju i na jezičnu ekspresiju (4). Međutim teškoće u jezičnoj ekspresiji mogu se javiti i „izolirano“, tj. moguće je da dijete koje ima oskudan ekspresivni vokabular i /ili govori agramatično nema teškoća u razumijevanju jezika.

Govor je akustička realizacija jezika i najprezentniji je jer se čuje. Pojavu govora roditelji s velikim zanimanjem, a nekad i nestrpljivošću iščekuju, a svako odstupanje u vidu kašnjenje ili nerazumljivosti brzo prepoznaju i nerijetko traže stručnu podršku ili savjet.

Kod djece s rano ustanovljenim razvojnim teškoćama važno je poticanje kako ranog predjezičnog, tako i govorno - jezičnog razvoja, započeti što ranije kroz stvaranje ranih interakcijskih obrazaca roditelj-dijete te osigurati određenu razinu stimulacije svakodnevno kroz ponavljajuće aktivnosti ili dnevne rutine. Nužan je kontinuitet praćenja koji će uvjetovati i pravovremenost intervencije kroz savjetovanje roditelja i izravnu stručnu podršku u radu sa djetetom.

Poticanje ranog jezičnog razvoja

a) djetetu usmjeren govor

U ranom razvojnom periodu okolina se spontano prilagođava djetetu koristeći govor usmjeren na dijete; tzv „maminski“ ili „baby talk“ govor (4) kojeg karakterizira sporiji, naglašeniji ritam, viši, pjevni, vedri glas sa češćim varijacijama, kraće i jednostavnije riječi uz česte onomatopejske zamjene. Ističe se važnost da naoko besmislene i nerazumljive izjave djeteta (glas, slog, žargon) okolina podupire i imitira i interpretira njihovo značenje. Kod senzitivnog uzvraćanja

dijete će radije ponavljati i biti motivirano za glasanje ili vokaliziranje jer se tada osjeća dobro i uspješno te se ohrabruje da sudjeluje u interakciji. Česte su i pauze koje naglase važan dio čime se daje djetetu dovoljno vremena za preradu govorne informacije. Također stanka pruža mogućnost samostalnog završavanja nekog govornog iskaza. Ovakav način ophođenja vrlo je značajan i za djecu s razvojnim teškoćama gdje će emotivno obojana situacija i način izražavanja prije izazvati interes i usmjerenost na govornog partnera i/ili zanimljiv predmet koji mu nudi.

b) izlagati dijete „govornoj kupki“

Često kod djece s razvojnim odstupanjima i posljedično kašnjenjem u komunikacijskom razvoju općenito češće nedostaje govorno - jezičnih poticaja iz okoline. Razlog tome je vjerojatno što zbog prirode svojih teškoća pokazuju nisku razinu responzivnosti pa roditelji brže izgube motivaciju ili smatraju da ih dijete „teško“ ili uopće ne razumije te ne vide potrebu za takvim poticanjem. Međutim izuzetno je važno komentirati svakodnevne situacije, rutine ili rituale u kojima dijete sudjeluje kratkim i jasnim rečenicama i jednostavnim rječnikom. Prve situacije koje dijete počinje razumjeti ili kroz najavu ili samim sudjelovanjem su upravo te situacije koje se događaju s određenim ritmom i pravilnostima. Izuzetno je korisno pritom koristiti gestu ili bilo koje drugo podupiruće sredstvo u komunikaciji jer mogu poboljšati i razinu razumijevanja. Npr. tijekom kupanja dodirujte spužvicom i djetetu imenujte dijelove tijela. Komentirajte: Sad se ideš kupati, kupaš se! Ooo, voliš se kupati. Bravo! Pokažite ili dajte prepoznatljiv predmet koji može biti najava za samu aktivnost npr. patkica, spužvica, kupka koju može pomirisati. Verbalno i uz gestu komentirajte: Želiš još! Dosta je, gotovo. Takav način komunikacije primjenjujte i u ostalim rutinama (hranjenje, odlazak vani, na spavanje, oblačenje, svlačenje i sl.)

c) poticanje geste

Gesta je potpora jezičnom razumijevanju i izražavanju i zato je potrebno bogato koristiti u interakciji i komunikaciji s djetetom. Gesta usmjerena na drugu osobu (komunikacijska gesta) je također oblik neverbalne jezične ekspresije. Tako prilikom igre/aktivnosti/spontanog ponašanja oponašajte djetetove kretnje i pridajte im značenje, npr. ako se primiče tijelom komentirajte: „Da, to želiš“ ili kod ljuljanja komentirajte: „Sada plešeš“. Prirodne situacije također potkrijepite gestom, npr. kod pjesmica ritmično plješćite ili kod pohvale recite: Bravo! Mašite na odlasku i potaknite dijete na istu kretnju. Koristite često i potičite dijete na pokaznu gestu u funkciji pokazivanja imenovanog, dobivanja željenog predmeta ili komentiranja, npr: Tu je auto! Vidi, leti avion i sl. Koristite ikoničke geste koje oponašaju izgled predmeta ili radnju koju mogu izvršiti npr: Hoćeš bubanj – naizmjenično lupkanje dlanovima, Hoćeš knjigu - otvaranje skupljenih dlanova kao otvaranje stranica knjige i sl. Koristiti konvencionalne geste prateći trenutni komunikacijski kontekst, npr. geste za još, gotovo, jesti, piti, daj, nema. Važno je svaku gestu potkrijepiti i verbalno. Kod djeteta s oštećenjem vida i /ili motoričkim teškoćama može se poticati gestovno učenje vođenim pokretom i odgovarajućom fizičkom podrškom (rukom ispod ruke) kako bi bolje osvijestio pokret. Logoritmičke igre primjer su povezanosti govora, pokreta i geste (vidi Prilog 6).

d) poticanje kroz igru

Igra je primarni način učenja o sebi, drugima i okolini; univerzalna je, svoj djeci poznata, instinktivna te bitan dio odrastanja i formiranja osobnosti (5). Međutim često djeci s teškoćama trebamo pomoći u kreiranju igre i dati im mogućnost aktivnog sudjelovanja i učenja. Igrajući se sa djetetom potičemo receptivni i ekspresivni jezik.

Receptivni jezik

Tijekom igre poželjno je slijediti interes djeteta, ubaciti mu se u „fokus“. Oponašati njegove radnje i nadograđivati ih kroz pokret, glas, riječ. Poticanjem istraživanja i manipuliranja putem predmetne komunikacije s atraktivnim, šarenim, zvučnim igračkama radimo na usmjeravanju djetetove pažnje i imenujemo što vidimo, dodirujemo, čujemo. Voditi računa o mogućoj averziji djeteta na neke materijale, jake, iznenadne zvukove i sl. Pojednostavniti zahtjeve, govoriti „manje“ te uz jasne i kratke upute poticati reakcije traženja ili prepoznavanja npr. daj mi loptu, medu ili neki iskustveno poznati predmet npr. flašicu, kapu i dati dovoljno vremena za reakciju, čekati. Često je djeci s razvojnim odstupanjem potrebno više vremena za procesiranje informacije. Imenovati jednom riječju osobe, predmete, radnje kad je dijete usmjereno na to jer u suprotnom riječi gube svoj smisao. Uz pokazivanje imenovanog za bolje razumijevanje koristiti i druga sredstva ovisno o djetetovim mogućnostima (stvarni predmet, radnju, sliku, napisanu riječ). Koristiti kratke, jednostavne rečenice, uz ponavljanja neke situacije ili igre vodeći računa razumije li nas dijete. Po potrebi dati fizičku podršku usmjeravanjem vizualne pažnje i /ili djetetove ruke u cilju posezanja ili pokazivanja imenovanog. Mogu se kreirati različite kutije npr. moje igračke, kupaonica, svakodnevni predmeti, proljeće s tematski pripadajućim predmetima/igračkama za poticanje istraživačko-funkcionalne igre i usvajanje receptivnog rječnika (primjer igre vidi u Prilogu 7). Pored leksičkog razumijevanja potičemo i situacijsko razumijevanje kroz jednosložne ili višesložne naloga koji prate situaciju igre, npr. uzmi - daj ili sad ja pa ti kroz igru izmjene npr. puhanja balona, ili spremi loptu u kutiju, daj bebi dudu, stavi ju u krevet i sl. Kod početnog učenja razumijevanja naloga mi izvršimo radnju i potičemo djetetovo oponašanje s različitom razinom podrške.

Ekspresivni jezik

Oponašajte djetetovu vokalizaciju i na njegovu vokalizaciju odgovarajte vokalizacijom jer je i to igra izmjene, a time usmjerite pažnju i na sebe kao komunikacijskog partnera. Za bolje oponašanje uvijek je dobro započeti s glasovima P, B, M jer su lako vidljivi zbog njihove tvorbe na usnama. Dobivene glasove povezivati ,npr. uz glasanje životinja mu-mu, be-be ili uz geste pa-pa kako bi poticali izražavanje s značenjem. Korisno je poticati izgovor jednostavnijih, dvosložnih riječi kao i bliskih, iskustveno poznatih predmeta, igračaka i bliskih osoba.

Poticati i naglašavati kraće izraze (tu je, daj, to, to je, nema, još, gotovo) i onomatopeje, tj. oponašanje zvukova (životinja, prijevozna sredstva; različite prirodne pojave). Što češće koristiti „zabavne“ riječi u prirodnom komunikacijskom kontekstu jer su vrlo pamtljive i lako ponavljajuće npr. tijekom obroka kad je fino kažemo njami, a kad nije bljak, kad nam nešto ispadne jao ili opss, kad se dijete spušta niz tobogan kažemo jiiii i sl. Djetetu su te situacije smiješne, privlačne i rado ih ponavlja naročito ako se poprate malo prenaplašenom afektivnošću (6).

Provoditi s djetetom vrijeme uz slikovnice ili kraće ilustrirane priče jer su one bogat izvor no-

vih riječi, imenujete nove riječi uz korištenje geste pokazivanja i igru dramatizacije glumite, oponašajte glasom, pjevajte pjesmice o nekom liku iz slikovnice. Imenovati radnju koje se povezuje uz trenutnu djetetovu aktivnost (kupam se, igram, sviram, jedem, pijem i sl). U igri s djetetom mogu se koristiti i različite figure, lutke, modeli u igri pretvaranja oponašajući s igračkom razne radnje npr, lutka jede, sjedi, spava, kupa se i sl.

Važno je naglasiti da nikada ne prekidamo dijete u njegovom spontanom iskazu, ispravljamo ili negativno komentiramo, već ga je potrebno poslušati i dati ispravan govorni model. Također postoje pokazatelji da neki pristupi koji su temeljeni na izravnom upućivanju, naredbama, forsiranom ponavljanju da dijete izgovori riječ ne pomažu djetetovom govornom razvoju. Djeca trebaju prilike za izražavanje riječi i rečenica koje će izgovarati ako i kada su za to budu spremna (7).

RJEČNIK POJMOVA

Kanoničko glasanje = *produkcija niza slogova iste ili različite glasovne strukture, npr. da-da, ma-ma*

Leksičko razumijevanje = *razumijevanje rječnika neovisno o potpori situacije*

Situacijsko razumijevanje = *se oslanja na razumijevanje obilježja situacije, prozodijskih obilježja govora, facijalne ekspresije i gesta, a ne primarno na jezična znanja i razumijevanje same izgovorene riječi.*

Receptivni jezik = *odnosi se na sposobnost razumijevanja jezično oblikovanih poruka.*

Ekspresivni jezik = *se odnosi na sposobnost jezičnog izražavanja, proizvodnju jezika. To uključuje oblikovanje riječi (vokabular) i njihovo kombiniranje u jednostavne, dvočlane izraze pa sve složenije do potpuno ispravnog korištenja gramatike.*

Literatura

1. Ljubešić M. Rana intervencija kod komunikacijskih i jezično govornih odstupanja. *Peadiatrica Croatica*. 2012;56(Supl 1):202-206
2. Kraljević JK. Priručnik za prepoznavanje i obrazovanje djece s jezičnim teškoćama. Zagreb: Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 2015.
3. Lisica D: Vodič za prepoznavanje djeteta usporena govorno-jezičnog razvoja. Split, 2008.
4. Cepanec M. Rani razvoj komunikacije i jezika. Neobjavljeni edukacijski materijal iz Razvojna procjena djece u dobi od 0-6 godina. Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 2011.
5. Poliklinika za zaštitu djece i mladih grada Zagreba djece. Zašto je igra važna za razvoj djece. Dostupno na: <https://www.poliklinika-djeca.hr/aktualno teme/zasto-je-igra-vazna-za-razvoj-djece/> . Pristupljeno mrežnoj stranici 9.4.2020.
6. Sussman F. More than words. Toronto: A Hanene centre publication, 2004.
7. Kovačević M. Psihologija, edukacija i razvoj djeteta. Zagreb: Školske novine, 1991.

STRATEGIJE POTICANJA PREMA PRINCIPIMA AKTIVNOG UČENJA

Martina Celizić, Ivana Macokatić

KLJUČNE ODREDNICE

Pristup aktivnog učenja naglašava kreiranje razvojno primjerenih i obogaćenih okruženja kako bi dijete s oštećenjima vida i dodatnim teškoćama u razvoju postao aktivni sudionik u procesu učenja.

Dok učenje vještina pomaže pri učenju kako nešto napraviti, učenje pojmova pomaže pri učenju zašto nešto radim.

Prilikom učenja novog zadatka ili aktivnosti, sva djeca prolaze kroz faze dinamičkog ciklusa učenja.

Pristup aktivnog učenja predstavlja edukacijski pristup koji je razvila dr. Lilli Nielsen (1926-2013), koja je kao razvojni psiholog i predškolski odgajatelj radila s osobama s višestrukim teškoćama preko 40 godina.

Ovaj pristup predstavlja totalni pristup podučavanja osoba s većim i višestrukim teškoćama. Pristup aktivnog učenja ne odnosi se samo na specifična sredstva i opremu već uključuje procjenu, kurikulum, posebno dizajniranu opremu i strategije podučavanja koje daju podršku učenicima da budu aktivni u svojim okruženjima. Pristup Aktivnog učenja temelji se na razvojnim razinama J.Piageta te učenika sagledava holistički, uzimajući u obzir sva razvojna područja i vještine - motoričke, spoznajne, komunikacijske, senzoričke i socioemocionalne vještine.

Pristup Aktivnog učenja polazi od toga da sva djeca najbolje uče kroz aktivno sudjelovanje. Svaka vrsta aktivnosti, osobito u najranijim fazama razvoja, „umrežava“ naš mozak te uspostavlja kritične pojmove i vještine potrebne za buduće učenje.

Jean Piaget (1) opisuje period istraživanja i interakcije koji djeca prolaze u prve dvije godine života kao senzomotorički period. Tijekom ovog temeljnog perioda učenja, dijete uči uparivati motorička ponašanja sa senzoričkim iskustvima. Ova ponašanja često nazivamo „igra“ iako se ove situacije protežu izvan samog konteksta igre. Dijete bez oštećenja vida, sluha i/ili drugih utjecajnih teškoća provodi vrijeme zaprimajući ogroman broj informacija kroz svoja osjetila: vid, sluh, dodir, okus, miris, proprioceptivni i vestibularni sustav. Dijete je cijelo vrijeme izloženo informacijama koje pristižu kroz ove sustave koji rade bez ograničenja.

Kako bi dijete napredovalo iz jedne faze u drugu fazu učenja, prema Piagetu trebaju biti zadovoljena tri kriterija: (1) fizički i fiziološki rast, (2) senzomotoričko iskustvo (djelovanje i razmišljanje o stvarnim, konkretnim predmetima) i (3) socijalna interakcija. Interakcija se odnosi na odnos s roditeljima i vršnjacima kroz igru.

Razvoj koncepata / Razlika između razvoja koncepta te razvoja vještina prilikom učenja

Kod aktivnog učenja potrebno je istaknuti važnost razvoja vještina i razvoja koncepta. Uz samu vještinu koje dijete razvija potrebno je potaknuti razumijevanje generalno o sadržaju kojeg je ta vještina dio. Kako bismo razumjeli razliku između vještine i koncepta potrebno je definirati i objasniti njihovo značenje. Vještina je izvršenje određene aktivnosti dok je koncept razumijevanje sadržaja i elemenata te iste aktivnosti. Dok učenje vještina podrazumijeva naučen slijed radnji, učenje pojmova predstavlja ideju o svijetu, mentalnu reprezentaciju. Dok učenje vještina pomaže pri učenju „kako“ nešto napraviti, učenje pojmova pomaže pri učenju „zašto“ nešto radim (2).

Primjerice, vještina je sposobnost sjedenja, gledanja, puzanja, hodanja, držanja predmeta, jedenja i sl. dok je koncept primjerice razumijevanje postoji li predmet i kada ga ispustim; kada pužem ili hodam, krećem li se s namjerom; kada promatram predmet koji držim ili koji je blizu mene je li mi jasno čemu on služi, kada predmet netko pokrije hoću li ga tražiti ili ću odmah krenuti dalje. Unutar razvoja koncepta razvoj vještine je uključen prema djetetovim mogućnostima.

Jan van Dijk, jedan od vodećih stručnjaka u radu s djecom s oštećenjima vida i dodatnim teškoćama u razvoju, govori da svo naše znanje možemo povezati s iskustvima i našim radnjama.

Iskustvo sa svijetom, osobama, mjestima i predmetima, pomaže nam u formiranju pojmova.

Djeca s oštećenjima vida i dodatnim teškoćama u razvoju imaju teškoća u učenju pojmova. Oni imaju teškoća u razumijevanju kako svijet funkcionira, kako su dijelovi tog svijeta povezani, koliko su slični, a koliko različiti.

Kurt Fischer (1) ističe kako se pojmovi uče na način da se sustavno dodaju nove informacije na one već poznate. Npr. kada se dijete prvo igra s lego kockama, ono uči o karakteristikama lego kocki: oblik, boja, tekstura, veličina. Nakon toga, te iste karakteristike može pronaći kod drugih lego kocaka. Zatim uči da se dvije lego kocke mogu spojiti, postupno učeći što pojam „Lego“ predstavlja te da „Lego“ mogu biti kocke različitih oblika i veličina.

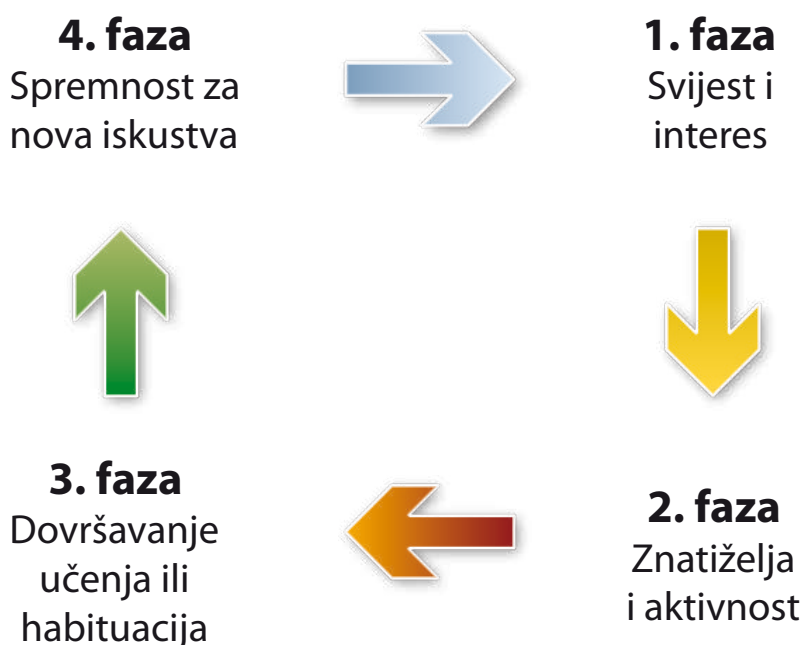
Navedene strategije mogu biti od pomoći u podučavanju djece s oštećenjima vida i dodatnim teškoćama u razvoju:

1. Koristiti igre/aktivnosti koje dijete razumije
Dijete će više sudjelovati u aktivnostima koje razumije i kojima je motiviran. Prilagodite aktivnosti djetetovim potrebama te provodite one kojima je dijete motivirano. Dijete će najviše sudjelovati i razumijevati one aktivnosti koje se dešavaju često i koje prolazi kroz svoje iskustvo.
2. Koristiti aktivnosti u kojima dijete uživa, u kojima se smije
Motivacija za učenjem se pojačava ako dijete doživljava ugodna iskustva tijekom aktivnosti i igre. Primjerice ako dijete ljuljate u naručju ili u ljuljački mnogi koncepti se mogu proći kroz igru kao brzo, sporo, stop, ponoviti igru i sl.
3. Uključiti komunikaciju u bilo koju vrstu aktivnosti ili igru

Kod djece tipičnog razvoja, igra se razvija spontano budući da imaju mogućnost promatranja drugih te se imitacije sadržaja i svaka interakcija između skrbnika i djeteta razvija prirodno. Kod djece s poteškoćama u interakciji potrebno je uključiti komunikaciju koja će biti dostupna djeteta te mu omogućiti da prima informacije iz okoline te da ih šalje kako bi se igra mogla nastaviti. Zato je bitno obratiti pažnju da komunikacijski sustav (znakovi) u svakoj situaciji budu postojani (isti) kako bi i idući put dijete na njega moglo odgovoriti te tako razvijati koncepte.

Obilježja učenja prema pristupu aktivnog učenja

Sva djeca prolaze kroz 4 faze učenja prilikom učenja novog zadatka ili aktivnosti. Dr. Lillie Nielsen te je faze nazvala dinamički ciklus učenja (Slika 1). Važno je prepoznati svaku od ovih faza te razumjeti kako kroz promjenu okruženja možemo poticati daljnje učenje. Kada dijete „zapne“ na pojedinoj fazi, dolazi do „disharmoničnog“ učenja. Samoozljeđivanje, samostimulacija ili agresivno ponašanje mogu biti neki od znakova disharmoničnog učenja te je prepoznavanje i ispravljanje uzroka jedan od imperativa u podržavanju usvajanja vještina.



Slika 1.

Dinamički ciklus učenja (3)

U prvoj fazi dijete postaje svjesno ili zainteresirano za jedno od sljedećeg: (1) vlastitu motoričku ili senzoričku aktivnost; (2) predmete ili aktivnosti u okruženju te (3) osobe u okruženju uključujući aktivnosti komunikacije. U prvoj fazi svijest i interes su ključni. Kada dijete prvi puta pokrene svoje tijelo, ti pokreti su slučajni. Svijest se javlja kada slučajni pokret postane namjeran. Ako dijete nije svjesno nečeg, kako može učiti?

U drugoj fazi ključno je da je dijete samostalno aktivno – istražuje, u interakciji je sa okruženjem. Učeniku treba omogućiti da je u interakciji koja mu omogućava najbolji unos. To npr. može biti guranje, udaranje, hvatanje, bacanje, stavljanje u usta. Pojedinaac može koristiti svoje šake, noge, usta, glavu, prsa ili bilo koji drugi dio tijela. Djetetu treba omogućiti da aktivno istražuje u različitim položajima, uključujući položaj na trbuhu, na leđima, na boku, u sjedećem ili u stojećem položaju.

U trećoj fazi dijete dovršava učenje s aktivnosti. Aktivnost se ponavlja do te mjere da postaje dio djetetovih obrazaca. Aktivnost ili radnja postaje dovoljno poznata da više ne predstavlja izazove za dijete. Ova faza znači da je dijete naučilo kroz aktivnost sve što je mogla uz date resurse u određenom vremenu. Dijete može nakratko biti u interakciji sa aktivnošću ili mu može početi biti dosadno. Dijete može početi sudjelovati na stereotipnan način u aktivnosti. Od osobe koja je u interakciji s djetetom možemo čuti da kaže nešto poput „nekad je volio tu aktivnosti no više je ne voli, ne znam zašto“.

Četvrta faza ukazuje na to kako je dijete spremno za nove izazove što će dovesti do nove svijesti i interesa samo ukoliko je djetetu omogućena prilika za iskustvo s novim senzoričkim i motoričkim aktivnostima te ukoliko su izazovi koji se nude unutar njegove razvojne razine. Drugi osobe u interakciji trebaju biti zainteresirani za djetetove trenutne ili prošle aktivnosti. Navedena faza označava potrebu za novim iskustvima, novim izazovima, novim aktivnostima, novim interakcijama. Važno je da novi izazovi i aktivnosti budu samo neznatno drugačiji od prijašnjih. Kada su nova iskustva preteška ili prelagana, dijete može odbiti sudjelovati, izražavajući frustraciju kroz samoozljeđivanje ili agresivna ponašanja odnosno pokazujući stereotipna ponašanja.

Pristup Aktivnog učenja naglašava kreiranje razvojno primjerenih i obogaćenih okruženja kako bi dijete s oštećenjima vida i dodatnim teškoćama u razvoju postao aktivni sudionik u procesu učenja. Od posebno kreiranih okruženja, izdvojiti ćemo Malu sobu, Rezonantnu ploču i Pozicionu ploču.

Mala soba

Mala soba predstavlja referentni okvir za rani razvoj prostornih odnosa. Cilj je potaknuti usvajanje prostornih odnosa i posezanja kod djeteta. Boravak djeteta u Maloj sobi potiče razvoj senzorne integracije, ranog pojma o predmetu, znanje o položaju predmeta i razumijevanje sebe kao onog koji proizvodi zvukove (Slika 2).

Predmeti u Maloj sobi ovješeni su elastičnom gumom što im omogućava da se nakon istraživanja uvijek vrate na isto mjesto te olakšavaju razumijevanje pojma postojanosti predmeta. Predmeti se mogu postaviti i na bočnim stranama na neelastičnoj uzici.

Preporuča se dijete ne ugurivati u Malu sobu već Malu sobu smjestiti iznad pozicioniranog djeteta. Tijekom boravka u Maloj sobi nije potrebno komentirati djetetove radnje već mu dati priliku da samostalno istražuje i uspoređuje. Odabrani predmeti trebaju odgovarati njegovim kanalima učenja (vid, sluh, dodir, miris, okus, proprioceptivni). Predmeti trebaju omogućiti interakciju kroz guranje, posezanje, hvatanje. Osnovni je princip da se kreće od nenamjernog pokreta prema namjernom. To se postiže na način da se predmet smjesti u dodiru s rukama i nogama gdje slučajnan dodir zanimljivog predmeta utječe na osviještavanje i ciljanu interakciju.



Slika 2.

Što dijete uči kroz boravak u Maloj sobi

Rezonantna ploča

Rezonantna ploča predstavlja drvenu ploču odignutu od poda otprilike 5 cm. Ona se koristi radi zvučne povratne informacije jer pojačava zvučnu komponentu s obzirom na vibracije koje se javljaju kada se predmet ili dijete pomakne. Rezonantna ploča također pruža ograničen prostor za igru što također doprinosi ranom razvoju prostornih odnosa.

Kao i u slučaju Male sobe, djetetu zanimljivi predmeti postavljaju se na površinu rezonantne ploče, a dijete kroz samostalno istraživanje otkriva i uspoređuje zvuk i vibraciju predmeta.

Poziciona ploča

Poziciona ploča predstavlja ploču na koju se učvršćavaju predmeti, a može se pričvrstiti na zid (Slika 3) ili na djetetov stol (Slika 4) i sl. Predmeti su, kao i u Maloj sobi, pričvršćeni elastičnom gumom što olakšava razumijevanje postojanosti predmeta.



Slika 3.

*Poziciona ploča pričvršćena za zid
(izvor: Mali dom – Zagreb)*



Slika 4.

*Poziciona ploča u obliku pladnja
(izvor: Mali dom – Zagreb)*

RJEČNIK POJMOVA

Aktivno učenje = edukacijski pristup aktivnog učenja podrazumijeva totalni pristup podučavanja osoba s većim i višestrukim teškoćama.

Koncept = razumijevanje sadržaja i elemenata određene aktivnosti, ideja o svijetu, mentalna reprezentacija; pomaže pri učenju „zašto“ nešto radim.

Vještina = podrazumijeva izvršenje određene aktivnosti, naučen slijed radnji i pomaže pri učenju „kako“ nešto napraviti.

Literatura

1. Schultz M. Understanding concept development and related challenges for academic students with deafblindness. Texas School for the Blind; 2017. Dostupno na: <https://www.tsbvi.edu/summer-2017-items/5489-understanding-concept-development-and-related-challenges-for-academic-students-with-deafblindness>.
2. Miles B, McLetchie B. Developing concepts with children who are deafblind. National Consortium on Deaf-Blindness. 2007.
3. Nielsen L. Dynamic Learning Circle. Dostupno na: <http://activelearningspace.org/principles/dynamic-learning-circle/overview-dynamic-learning-circle>;

UČENJE KROZ RUTINE

Martina Celizić

KLJUČNE ODREDNICE

Rutine predstavljaju prirodnu, spontanu priliku za integraciju mnogih vještina. Karakterizira ih stabilnost koja kreira sigurno okruženje u kojem učenje postaje moguće.

Rutina treba biti usmjerena na učenje pojmova gdje se kroz prepoznatljiv okvir lakše dodaju nove informacije.

Za djecu s oštećenjem vida i dodatnim teškoćama u razvoju, rutine su važna strategija podučavanja. Već ranije smo spomenuli važnost na rutinama utemeljenoj intervenciji. Rutine pružaju sustavan pristup koji je individualiziran djetetovim vještinama i preferencijama (1).

Rijetko se koja situacija u svakodnevnom životu ne odvija kroz rutine gdje se koraci odvijaju u predvidljivom slijedu, na isti način i prateći ritam djeteta. Kroz svoju redovitost i poznatost rutine pružaju dodatne informacije koje djetetu s višestrukim teškoćama spontano nisu dostupne. Rutine predstavljaju prirodnu/spontanu priliku za integraciju mnogih vještina. Učeći kroz rutine, dijete uči o svijetu, uči pojmove. Rutine razvijaju osjećaj početka, sredine i kraja. Uključuju obilje osoba, radnji, predmeta, mjesta i slažu ih u smislenu cjelinu. Rutine uključuju prirodne signale, tj. svaki korak najavljuje sljedeći što ne traži osobu koja će davati upute jer sami predmeti, koji se koriste u aktivnosti, predstavljaju prompt za korak koji slijedi. Stabilnost rutine kreira sigurno okruženje u kojem učenje postaje moguće. Tijekom rutina osobe puno komuniciraju. U nedostatku rutina, dijete može reagirati negativno iz straha jer ne zna što se može očekivati ili što će se sljedeće dogoditi.

Rutine pomažu anticipirati kraj neželjene aktivnosti ili prepoznati početak željene aktivnosti. Rutine također pomažu u izgradnji proceduralnog pamćenja. Ako djetetu ne omogućimo organizirano iskustvo onda ga ne može niti razumjeti. Ako ga ne razumije, teško će iz njega nešto naučiti. Kada dijete ima mentalnu reprezentaciju aktivnosti onda postaje lakše prepoznati promjenu. Postaje prijemljivije i lakše uči o novoj komponenti.

U radu s obiteljima djece s oštećenjem vida i utjecajnim teškoćama, važno je saznati što više o redovnim, tipičnim dnevnim rutinama djeteta jer upravo one postaju važan kontekst učenja. Kroz pažljiv intervju s roditeljem i/ili skrbnikom možemo dobiti informacije o tome koje su to aktivnosti djetetovog dana, tko ih provodi, u kojem okruženju i kako se dijete ponaša. U tome nam može pomoći i Lista bilježenja rutina (vidi Prilog 2) koja predstavlja organiziran način dobivanja informacija. Tek kada steknemo sliku o djetetovom danu, moći ćemo razmišljati o načinima kako te prirodne situacije učenja dodatno podržati, odnosno kako poticati ciljne vještine i učenje novih pojmova kroz poznata iskustva.

Da bi rutinu mogli koristiti kao situaciju učenja, važno je razmisliti o sljedećem (2) :

- Imenovanje rutine: važno je rutinu označiti, a u skladu s time najavljujemo djetetu aktivnost korištenjem dodira, predmeta, taktalnog simbola i sl. Time pomažemo da dijete anticipira što slijedi.
- Odrediti jasan početak-sredinu-kraj: početak rutine može biti odlazak na mjesto gdje se izvodi, pokazivanje predmeta ili geste koja označava aktivnosti; sredina predstavlja korake unutar aktivnosti te je potrebno razmisliti na koji način ih djetetu najavljujemo. Kraj aktivnosti može biti spremanje predmeta, korištenje geste za gotovo i sl.
- Odrediti rezultat rutine: Razmislite o tome čime aktivnost rezultira? Je li to neka zadovoljena potreba, neki predmet koji dijete želi i sl. Rezultat rutine doprinosi motivaciji i daje razlog zašto nešto radimo.

- Ponavljati rutinu: Kako bi dijete učilo kroz rutine, potrebno je osigurati dovoljan broj ponavljanja tako da je potrebno razmisliti o tome koliko se često rutina ponavlja. Je li to aktivnost koja se ponavlja svakodnevno ili rijetko. Naravno da ona aktivnost koja se češće ponavlja ima veću učinkovitost. Također, važna je konzistentnost rutine tj. da se ona izvodi u različitim okruženjima na isti način.
- Rutina treba biti usmjerena na učenje pojmova: Rutine treba postupno širiti na način da se u prepoznatljiv okvir uključe nove informacije, npr. o drugim osobama, predmetima, okruženjima.
- Cilj rutine treba uključivati povećanje samostalnosti.

Literatura

1. FACETS (1999). Tip sheet: Considerations for planning routines based intervention. Dostupno na: <http://tactics.fsu.edu/pdf/HandoutPDFs/TaCTICSHandouts/Module2/Considerations.pdf>
2. Freeman P. The deafblind disabled baby program of care for parents of the deafblind baby with multiple disabilities. 2001.

STRATEGIJE POTICANJA VJEŠTINA HRANJENJA, JEDENJA I PIJENJA

Diana Korunić, Danijela Kljajić

KLJUČNE ODREDNICE

Uredan rast i razvoj podrazumijeva odgovarajući kalorijski unos što nam omogućuju usvojene vještine jedenja, gutanja i pijenja.

Načela terapijskog hranjenja - pozicioniranje, prilagodba konzistencije i teksture hrane, odgovarajući pribor, nenutritivna priprema za aktivnost hranjenja i aktivno sudjelovanje djeteta, omogućiti će učinkovitije hranjenje, odnosno jedenje.

Rast i razvoj djeteta su dinamični i harmonični procesi. Za normalan rast potreban je dovoljan kalorijski unos hrane, koji podrazumijeva usvajanje vještine hranjenja što nije jednostavan proces. Razvojni slijed hranjenja kreće se od refleksne do voljne aktivnosti gdje uz prirodno sazrijevanje i specijalizaciju funkcija anatomskih struktura i okolina igra važnu ulogu u stimuliranju i podržavanju prirodne krivulje razvoja.

Međutim jedenje nije samo konzumiranje hrane. To je trenutak za komunikaciju među ljudima, prenošenje tradicijske kulture i dijeljenje emocija. Sudjelovanje u zajedničkom obroku je ljudska aktivnost od izuzetnog značaja kao način integriranja kako u obitelj tako i u širu društvenu zajednicu.

Prateći djetetov razvoj i prehrambene potrebe ključno je pravovremeno dakle u točno određenom ili tzv. kritičnom periodu za učenje novih znanja i vještina izlagati dijete novim iskustvima i uvoditi promjene u procesu hranjenja. Dulje zadržavanje na nižim razinama usvojenih vještina stvara kasnije teškoće rigidnog ponašanja i izražene probleme u prihvaćanju novih iskustava npr. prelazak na hranjenje žlicom, uvođenje teksturirane hrane, prihvaćanje različitih okusa i sl.

Za većinu djece hranjenje je prirodan proces u kojem se pojavnost razvojnih miljokaza odvija urednim tijekom. Međutim literatura navodi da čak do 25% djece tipičnog razvoja ima neke od problema hranjenja. Kod populacije djece s razvojnim teškoćama postotak je znatno više i kreće se oko 80% (1). Poremećaj hranjenja ne ometa samo rani razvoj djeteta u fizičkom smislu već može biti povezan i s deficitom u kognitivnom i socioemocionalnom razvoju, dakle problemom ponašanja poput nastanka tjeskobe za vrijeme obroka kroz period djetinjstva, adolescencije pa sve do odrasle dobi.

Prema ASHA American Speech and Language Hearing Association (2) znakovi poremećaja hranjenja i žvakanja su ako dijete:

- Izvija leđa ili se stišće prilikom hranjenja
- Plač ili je uzbuđeno prilikom hranjenja
- Zaspje za vrijeme obroka
- Ima teškoće s dojenjem
- Ima teškoća s disanjem za vrijeme jedenja i pijenja
- Odbija jesti i piti
- Jede isključivo određene teksture kao što je meka hrana ili hrskava
- Hranjenje je dogotrajno
- Ima teškoću žvakanja hrane
- Zakašlja se ili guši za vrijeme obroka
- Pojačano slini i izbacuje tekućine na nos ili usta
- Ima hrapavo ili čujno disanje za vrijeme ili nakon obroka
- Pljuca ili često izbacuje hranu

Ne moraju sva djeca s teškoćama hranjenja imati sve navedene znakove. Mogu imati samo neke od navedenih kao i većinu, ali bez obzira na tu činjenicu u povećanom su riziku za dehidraciju i malnutriciju, aspiraciju (prolaz hrane i tekućine u dišni put), pneumoniju i ostale plućne infekcije te za osjećaj neugodnosti zbog problema sa hranjenjem.

Mnoga djeca sa motoričkim teškoćama poput cerebralne paralize (3) imaju problema sa orofaringelanom disfagijom što je naročito izraženo kod određenih tekstura hrane. Oralno-faringealni problemi kod djeteta s CP uključuju: teškoće zatvaranja usana, slaba funkcija jezika, jezični potisak, pertjeran refleks zagriža, taktilnu preosjetljivost i odgođeno gutanje.

Poteškoće hranjenja mogu biti uzrokovane poteškoćama senzorne integracije, tj. preosjetljivošću ili smanjenom osjetljivošću na pojedine podražaje (4). Gustatorni podražaji daju informacije koje se odnose na okus te pružaju informacije o teksturi hrane. Poteškoće gustatorne obrade očituju se kao izbirljivost - jedenje samo nekih vrsta hrane (pasirana, usitnjena, kremasta hrana), otežano žvakanje i gutanje. Može dovesti do reakcije odbijanja pranja zubi i odlaska zubaru, dijete jede izrazito hladnu ili vruću hranu, preferira jako začinjenu hranu te je često vidljivo sisanje i žvakanje nejestivih stvari (odjeća, prsti, kosa i sl.). Poteškoće taktilne obrade također mogu rezultirati izbirljivost pri jelu – dijete često pije samo vodu, izbjegava krutu hranu, bira samo mekanu ili miksanu hranu, odbija diranje po ustima, ali siše vlastite prste. Također su vidljive teškoće žvakanja hrane - dijete drži otvorena usta kad je hrana već u ustima i izbjegava dodir žlice, ignorira slinu i ostatak hrane oko usta. Poremećaj obrade vestibularnih i proprioceptivnih podražaja mogu utjecati na hranjenje u smislu poteškoća mirnog sjedenja za stolom tijekom same aktivnosti hranjenja, te brzog umaranja.

TERAPIJSKO HRANJENJE

Većina djece s razvojnim teškoćama zahtijevaju posebno prilagođen pristup i prilagodbu tehnike hranjenja. Kroz individualni pristup i uvažavajući djetetove mogućnosti radi se na poticanju vještine jedenja i što samostalnijeg hranjenja kako bi poboljšali kvalitetu djetetovog života. Terapijski postupci i pristupi koji potiču sigurnije, učinkovitije jedenje, pijeње i gutanje uz vremenski primjereno trajanje obroka nazivamo terapijskim hranjenjem.

Kod terapijskog pristupa hranjenju naglasak je na:

1. Djetetu primjerenoj i učinkovitoj tehnici obrade hrane (prilagođena tekstura, konzistencija količine, sigurno gutanje)
2. Optimalnom pozicioniranju primjereno djetetovom motoričkom statusu (siguran i stabilan položaj)
3. Senzoričkoj pripremi oralnofacijalnog područja u cilju senzibiliziranja područja i poticanja snage i varijabilnosti pokreta vilice, usana, jezika
4. Prilagodbi pribora (adaptirani) i organizacija radne plohe tijekom obroka u cilju podizanja razine samostalnosti
5. Nenasilnom hranjenju, hranjenju kao pozitivnom iskustvu
6. Primjerena komunikacija tijekom obroka (najava obroka, izbori, uklanjanje ometajućih čimbenika)

Dok roditelj odlučuje o vrsti hrane koju će ponuditi svom djetetu, ono odlučuje što i koliko će pojesti. Iz toga proizlazi važno načelo terapijskog hranjenja, a to je poštivanje prirodnog bioritma hranjenja koji podržava osjećaj gladi i sitosti. Ovaj mehanizam se lako može izgubiti ukoliko je dijete prisiljeno jesti i kada zadovolji svoje potrebe za hranom.

Također je potrebno uvažavati količinske potrebe za hranom (mala djeca imaju potrebu za manjom količinom hrane, ali češće nuđenom) te osigurati opuštenu i smirenu atmosferu tijekom obroka (izbjegavati prisiljavanja, podmićivanje drugom hranom ili igračkama). Potrebno je ukloniti iz okruženja različite distraktore kako bi se dijete što bolje usredotočilo na obrok. Kod uvođenja novih okusa ponuditi prvo male količine nove hrane koju treba kombinirati s poznatim okusom. To može potrajati i više od desetak puta prije nego dijete prihvati novu hranu. Što više izlagati dijete situaciji zajedničkog obroka gdje se uče njegove socijalne vještine ponašanja za stolom i oponašanjem poželjnijih prehrambenih navika. Potrebno je djetetu omogućiti istraživanja i „igre“ s hranom što je neophodno kako bi se poticao senzorički razvoj i kasnije vještina samohranjenja. Kada je to moguće, uključiti dijete u pripremu jela, dati mu da izvodi jednostavnije zadatke kao što je npr. miješanje hrane, ubacivanje u sokovnik i sl. Sam obrok ne bi trebao trajati duže od 40 minuta jer i u slučaju manje količine pojedenog dijete može naučiti nadoknaditi količinu hrane prilikom slijedećeg obroka.

PRIMJENA SENZORIČKIH STRATEGIJA

Prije same aktivnosti hranjenja preporuča se korištenje senzoričkih strategija koje pomažu pripremi cijelog tijela na aktivnost koja slijedi. Otežane deke i otežani jastučići se najčešće koriste kao pomoć pri pozicioniranju. Vibracije korištenjem masažera pomažu boljoj organizaciji vlastitog tijela te mogu pomoći djetetu da tolerira podražaje koji potom slijede.

Oralno-facijalne stimulacije i masaže

Masaža lica potiče svjesnost i orijentaciju na licu, pojačava mobilnost obraza i gornje usne te snižava pretjeranu senzibilnost na oralni podražaj. Neophodno je provesti taktilne i proprioceptijske stimulacije od perifernog dijela tijela postupno prema licu i ustima naročito kod djece koja imaju problem u prihvaćanju i razlikovanju senzoričkog podražaja (4). Naročito osjetljivo područje je područje lica, ekstra i intraoralno područje pa zbog toga postepeno prilazimo tom dijelu. Ukoliko je dijete u izrazitom otporu ili plaču tog trenutka se ne nastavlja s masažom jer je važna pozitivna pobuđenost na samu aktivnost kako bi se ista povezala uz pozitivan doživljaj i bolje osvijestila oralno-facijalna regija. Masaže treba provoditi barem jednom dnevno u trajanju od desetak minuta, prije samog obroka (vidi Prilog 8).

POZICIONIRANJE

Tijekom hranjenja potrebno je u cilju optimalnog pozicioniranja voditi računa o sljedećem:

- ovisno o motoričkim mogućnostima postići posturalno poravnanje i položaj glave u tzv. chin-tuck poziciji
- osigurati podršku glave i vrata djeteta podlakticom odrasle osobe ili jastukom
- stabilizirati (pridržavati) čeljusti za učinkovito jedenje i pijenje
- osigurati stabilan položaj u kolicima ili sjedalici radi očuvanja energije za aktivnost hranjenja
- kod poticanja samostalnog ili polusamostalnog hranjenja odrasla osoba zauzima položaj pored djetetove dominantne ruke (u slučaju više razine podrške i pridržavanja ruke)

Vezano za same tehnike koje koristimo u okviru terapijskog hranjenja, koriste se manipulativne tehnike jedenja i tehnike poticanja polusamostalnog i samostalnog hranjenja.

MANIPULATIVNE TEHNIKE JEDENJA

- stimuliranje točke gutanja umjerenim pritiskom u području korijena jezika
- poticanje pokreta zatvaranja gornje usne (aktivno skupljanje hrane sa žlice)
- kod hranjenja položaj žlice treba biti na jeziku
- naizmjenično stimuliranje lijeve i desne strane usne šupljine davanjem hrane postranično
- kružni pritisci u području obraza radi stimuliranja i osvještavanja pokreta žvakanja
- stimuliranje prednjeg segmenta, poticanje zagriža

TEHNIKE POTICANJA POLUSAMOSTALNOG I SAMOSTALNOG HRANJENJA

- tehnika vođenja ruka ispod ruke (ruka odrasle osobe smještena je ispod ruke djeteta) radi osvještavanja obrazaca kretanja od tanjura do usta
- fizička informacija (pritisak) u području ramena ili lakta radi usmjeravanja pokreta prinošenja žlice ustima
- verbalna uputa

U nastavku slijede primjeri ADAPTIVNOG/PRILAGOĐENOG PRIBORA za poticanje samostalnosti:

- zadebljane i zakrivljene žlice/vilica/nož za poticanje i olakšavanje samostalnog držanja pribora i poticanje što samostalnijeg hranjenja. Žlica površinom ne bi smjela biti veća od jezika (5)
- zaštitne trake za zadržavanje pribora u ruci
- tanjuri s povišenim rubom radi učinkovitijeg zahvaćanja hrane i neizlijevanje sadržaja
- zaštitni obrubi za tanjur radi učinkovitijeg zahvaćanja hrane i neizlijevanje sadržaja
- čaše s prorezom (tzv. flexi cup). Fleksibilna čaša za stimuliranje kutova usana olakšava zatvaranje usana i dopušta pijenje bez istezanja glave ili vrata. Pijenje na slamku za poticanje početnog pijenja na slamku.
- čaša sa zaštitnim poklopcem i otvorom (tzv. sippy cup) za učenje pijenja na čašu uz zaštitu od mogućnosti izlijevanja tekućine
- medvjedić sa slamkom za početno usvajanje vještine pijenja na slamku
- senzoričke žlice za bolje prihvaćanje teksturirane hrane, stimuliranje donje usne i stabiliziranje jezika s taktilnim podražajem (z-vibe žlica, specijalizirane žlice)

U okviru načela terapijskog hranjenja, ponekad je potrebno učiniti PRILAGODBU TEKSTURE HRANE (5). Teksture koje često uzrokuju probleme obrade, gutanja i mogu dovesti do gušenja su rijetke tekućine, hrana s mrvicama ili u komadićima, multiteksturirana hrana (tekućina i kruta hrana kao npr. juhe) te hrana koja se teško razgradi ili usitni.

Prilagodba ovisi o djetetovim mogućnostima, usvojenim vještinama žvakanja i gutanja te mogućim zdravstvenim rizicima u slučaju nuđenja hrane neodgovarajuće teksture (vidi Prilog 9), a može uključivati sljedeće preporuke:

- količinski manji obroci, više kalorijske vrijednosti

Kod djece s izraženijim teškoćama hranjenja, koja se brže umaraju ili gdje je davanje obroka produženog trajanja, preporuka je serviranje manjih obroka, ali visoko kalorijski obogaćenih (npr. dodati u obrok mlijeko, maslo, maslinovo ulje i sl). Kalorijske vrijednosti mogu biti pojačane i specijaliziranim farmaceutskim pripravcima s pojačanim nutritivnim vrijednostima.

- prilagodba gustoće i teksture hrane

Važno je napomenuti kako je meka, homogena hrana bez mrvica ili komadića lakša za progutati (npr. kreme, pire od povrća ili voća, obični jogurt). Trebalo bi izbjegavati teksture koje su kombinacija tekućine i krutice hrane npr. juha s tjesteninom i mesom. Gušća i homogena tekstura hrane lakša je za učinkovitu obradu, bolje zadržavanje zalogaja u ustima (bez curenja sadržaja) i pravovremenog gutanja.

- tekućine

Konsumacija tekućina često predstavlja problem za djecu s teškoćom gutanja (disfagijom). Često je neophodno povećati njihovu gustoću kako bi se olakšao unos. Tako prilagođene tekućine znatno sporije prolaze od usta do grla čime se omogućava više vremena za gutanje. Za to možemo koristiti prirodne zgušnjivače (npr. kukuruzni štirak), instant žitarice i medicinske zgušnjivače. Neki primjeri gustoće tekućine: sirup, smoothie, gustoća kao med ili gustoća pudinga.

- uvođenje novih tekstura

Kod uvođenja hrane nove teksture uvijek je dobro krenuti s nekoliko žlica poznate teksture, a onda uvoditi novu (npr. prijelaz iz pire teksture prema teksturi zgnječene vilicom). To omogućuje djetetu da postupno upozna nove teksture bez naglog opterećenja ili fizičkog umora zbog novog iskustva. Također dijete tako uči prihvatiti novu teksturu bez osjećaja požurivanja.

RJEČNIK POJMOVA

Terapijsko hranjenje = predstavlja terapijske postupke i pristupe koji potiču sigurnije, učinkovitije jedenje, pijeње i gutanje uz vremenski primjereno trajanje obroka. Osnovno načelo bazira se na hranjenju kao pozitivnom iskustvu.

Chin tuck pozicija = položaj pri kojem osoba drži bradu lagano prema dolje čime povećava epigoltni kut i gura prednji zid ždrijela unatrag. Ovakva pozicija korisna je za postizanje sigurnog gutanja jer su sužava ulaz u dišne putove.

Disfagija = teškoća gutanja, točnije stanje u kojemu je potrebno više vremena i napora da hrana i tekućine prođu put od usta do želuca, a u nekim slučajevima čin gutanja izaziva bol ili je pak gutanje onemogućeno.

Aspiracija = stanje udisanja ili usisanja hrane ili sekreta iz usne šupljine ili oboje. Takav sadržaj umjesto u jednjak prolazi kroz dušnik čime može izazvati akutnu pneumoniju.

Literatura

1. Chatoor I. Diagnosis and treatment of feeding disorders in infants, toddlers, and young children. *Child Adolescent Psychiatr Clin N Am.* 2002;11(2):163-83.
2. ASHA. Feeding and swallowing disorders in children. Pristupljeno: 2.4.2020. <https://www.asha.org/public/speech/swallowing/Feeding-and-Swallowing-Disorders-in-Children/>
3. Kuperminc MN, Gottrand F, Samson-Fang J, Arvedson J, Bell K, et al. Nutritional management of children with cerebral palsy: a practical guide. *Europ J Clin Nutr.* 2013;67(2),21-23.
4. Ayres AJ. *Dijete i senzorna integracija.* Zagreb: Naklada Slap, 2009.
5. Physiopedia. Feeding the child with cerebral palsy – a speech therapists perspective. Pristupljeno: 3.4.2020. https://www.physio-pedia.com/Feeding_the_Child_with_Cerebral_Palsy_-_a_speech_therapists_perspective#.XotiklJldwY.mailto

PARTNERSTVO I PODRŠKA RODITELJIMA

Mirjana Marojević, Marija Naglić

KLJUČNE ODREDNICE

Rođenjem djeteta s teškoćama u razvoju obitelj se suočava s brojnim promjenama koje dovode do pojačanog stresa i promjena u obiteljskoj dinamici.

Obitelj treba mobilizirati sve svoje snage kako bi mogla što bolje funkcionirati u čemu je osim na obiteljske resurse i kapacitete usmjerena na okolinu i podršku uže i šire zajednice.

Prilikom kreiranja podrške obiteljima važno je razviti model koji obuhvaća različite komponente i pristupa obitelji vodeći računa o potrebama koje su usmjerene na cijelu obitelj i potrebe svih članova obitelji.

Roditeljstvo utječe na razvoj i snažnu promjenu odraslih pojedinaca. Prisutnost djeteta u obitelji mijenja ponašanje i aktivnosti roditelja, izaziva snažne pozitivne, ali i negativne osjećaje. Ono mijenja mišljenje, osjećanje i ponašanje roditelja, mijenja njihovu vlastitu sliku o sebi i sliku koju o njima ima okolina. Subjektivna doživljaja roditeljstva značajna je promjena u cjelokupnom identitetu pojedinca. Ono ima važnu ulogu u određivanju »klike djetetova razvoja« te snažan utjecaj na njegove razvojne rezultate (1).

Roditeljstvo može donositi osjećaj neizmjerne sreće, ponosa, samoostvarenja, potvrde identiteta i integriteta, uspjeha (2), ali jednako tako i pojavu umora, napora, stresa, a ponekad i osjećaj zarobljenosti, gubitka mogućnosti za samoostvarenjem u nekim drugim područjima (2). Stoga, umješnost roditelja ima značajnu ulogu u odgovoru na zahtjeve roditeljstva i nastojanja za očuvanjem visoke razine kvalitete obiteljskih odnosa (3).

Kada je u pitanju rođenje djeteta s teškoćama u razvoju, obitelj se suočava s brojnim stresovima koji ovise o kapacitetima obitelji, njezinom otpornosti i strategijama nošenja sa stresom, crtama ličnosti njezinih članova i prilagođavanju uloga u obitelji novonastaloj situaciji. Mijenja se dinamika života obitelji te je potrebno mobilizirati snage kako bi obitelj mogla što bolje funkcionirati. Neminovno je usmjerena na okolinu i podršku šire zajednice. Literatura pokazuje kako su prve reakcije roditelja na spoznaju kako njihovo dijete ima određenu teškoću u razvoju negativne, no to je početna faza. Roditelji kasnije prihvaćaju novonastalu situaciju i trude se pomoći djeci (4, 5, 6, 7).

Radeći s roditeljima djece s teškoćama u razvoju razvili smo model podrške obiteljima koji se sastoji od socijalnih usluga (rana razvojna podrška, procjena i savjetovanje), psihosocijalnog savjetovanja, psihološkog savjetovanja i psihoterapije, grupa podrške, edukacija i tribina za roditelje i organiziranih neformalnih druženja (npr. ljetni roštilj u prirodi u blizini gradskog jezera).

Prilikom kreiranja usluga i podrške roditeljima slijedimo princip i model aktivne suradnje i sudjelovanja roditelja kao partnera u procesu rehabilitacije njihovog djeteta. Već tijekom prvog razgovora sa socijalnim radnikom i psihologom prilikom uključivanja u program RI 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.

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

- procjena potreba i očekivanja obitelji prilikom uključivanja u program
- procjena djeteta uz sudjelovanje roditelja
- uključenost roditelja u izradu Individualnog edukacijskog plana
- provođenje aktivnosti u Dnevnom centru i u obitelji korisnika uz prisutnost roditelja
- konzultacije, roditeljski sastanci, grupe podrške za roditelje, savjetovanja
- 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 (8). 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 RI 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 teškoćama.

Socijalna podrška može se konceptualizirati kao zaštitni činitelj u skrbi za roditeljsku dobrobit i može obuhvaćati podršku bračnog partnera, susjeda, prijatelja, profesionalaca, šire obitelji poput baka i djedova te formalne i neformalne grupe podrške (9). Socijalna podrška odnosi se na percipiranu brigu, poštovanje ili pomoć koju osoba prima od drugih ljudi ili grupa (10). Tako Taub i sur. (11) 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. Stručnjaci igraju važnu ulogu u pružanju socijalne podrške jer utječu na dužinu i kvalitetu procesa roditeljskog suočavanja s činjenicom da je dijete drukčije od onoga o kojem se maštalo (12). Roditelj ima pravo i potrebu nastaviti maštati i željeti za svoje dijete onakvu budućnost koja se roditelju čini obećavajuća, ali koja ni u čemu ne smije biti isključiva već je otvorena za sve moguće ishode. I u tome osnaživanje roditelja ima značajnu ulogu jer jača samopouzdanje i razvija vještine rješavanja problema. Osnaživanje je moguće samo onda ako je između roditelja i stručnjaka uspostavljen autentičan partnerski odnos. Partnerski pristup roditeljima znači da su roditelji uključeni u donošenje odluka, da se vrednuje i cijeni njihovo gledište jer su oni eksperti koji najbolje poznaju svoje dijete, a stručnjaci imaju profesionalna znanja te tek spajanjem te dvije ekspertize mogu biti stvorene najbolje odluke. Osnaženi roditelji ostat će u kontaktu sa stvarnošću kakva postoji. On će vidjeti dijete i razumjeti što ono može, želi i treba u danom trenutku te mu biti vrlo konkretna potpora na putu odrastanja.

Oblici podrške u Malom domu - Zagreb

Grupe podrške

Na prvom susretu novoformljene grupe podrške, roditelji ispunjavaju upitnik s ponuđenim temama iz područja roditeljstva koje bi se obrađivale tijekom jednog ciklusa grupa podrške i traži ih se da i 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 slijedećim 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 učestalošću jednom mjesečno). S roditeljima djece koji se pripremaju za izlazak iz našeg programa RI 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 s psihologom prilikom uključivanja u program RI, roditelje informiramo o mogućnosti individualnog psihološkog savjetovanja i kraće psihoterapije (kognitivno-bihevioralne terapije i terapije prihvatanjem i posvećenošću - ACT) u našoj ustanovi. Potičemo ih da koriste tu mogućnost kad god osjete potrebu za istom. Roditelji su poticani na isto i od strane patronažnih terapeuta 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 patronažni terapeut uočava da prilagodba roditelja na teškoće svog 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. Čudina-Obradović M, Obradović J. Potpora roditeljstvu: izazovi i mogućnosti. *Revija za socijalnu politiku*; 2003;10(1),45-68.
2. Čudina-Obradović M, Obradović J. Psihologija braka i obitelji. Zagreb: Golden marketing/Tehnička knjiga; 2006.
3. Ljubetić M. Biti roditelj: model dijagnostičko-savjetodavnog praćenja ranoga dječjeg razvoja i podrške obitelji s malom djecom. Zagreb: Državni zavod za zaštitu obitelji, materinstva i mladeži; 2006.
4. Denona I. (2000). Opterećenje roditelja djece s cerebralnom paralizom - usporedba očeva i majki. U M. Pospiš (ur.), *Kvaliteta življenja osoba s cerebralnom paralizom* (str. 73-79). Zagreb: Hrvatski savez udruga cerebralne i dječje paralize.
5. Denona, I., & Batinić, B. Problemi prihvaćanja i prilagodbe roditelja na dijete s cerebralnom paralizom. U Pospiš M, urednik. *Osposobljavanje roditelja za primjereni tretman djeteta s cerebralnom paralizom*. Zagreb: Hrvatski savez udruga cerebralne i dječje paralize; 1999. p. 153-69.
6. Yiven R, Björck-Åkesson E, Granlund M. The strenght of the family – to identify and encourage families coping. The 2nd ISEI Conference of the International Society on Early Intervention jointly with 7th International Scientific Conference „Research in education and rehabilitation sciences“. Zagreb: Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet; 2007.
7. Leutar Z, Ogresta J, Milić Babić M. *Obitelji osoba s invaliditetom i mreže podrške*. Zagreb: Pravni fakultet; 2008.
8. Krauss MW, Seltzer MM, Jacobson HT. Adults with autism living at home or in non-family setting: positive and negative aspects of residential status. *Journal of Intellectual Disability Research*. 2005;49(2):111-24.
9. Mirfin-Veitch B, Bray A, Watson, M. „We’re just that sort of family“: Intergenerational relationship in families including children with disabilities. *Family Relations*. 1997;46(3):305-11.
10. Sarafino E. *Health psychology*. New York: Wiley; 2002.
11. Taub J, Lewis S, Breault C. 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; 2005.
12. Ljubešić M. Roditelj i dijete s teškoćama u razvoju. U: Pećnik, N, urednik. *Kako roditelji i zajednice brinu o djeci najmlađe dobi u Hrvatskoj*. Zagreb: Ured UNICEF-a za Hrvatsku; 2013. p. 84.-97.

PRILOZI

Prilog 1.

REVISED IEP/IFSP GOALS AND OBJECTIVES RATING INSTRUMENT (R-GORI) FOR EARLY CHILDHOOD

Revidirani IEP/IFSP instrument za ocjenjivanje ciljeva (R-GORI) u ranom djetinjstvu (eng.Revised IEP/IFSP Goals and Objectives Rating Instrument (R-GORI) for Early Childhood)	
Funkcionalnost	Kontekst poduke
<p>1. Da li će usvojena vještina povećati djetetovu sposobnost interakcije s ljudima i predmetima u svakodnevnom okruženju?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Da li dijete treba demonstrirati vještinu u svim situacijama? • Da li je vještina neophodna za sudjelovanje u većini dnevnih rutina (igranje, oblačenje, hranjenje, sudjelovanje u obiteljskim aktivnostima; kupovina, ručak u restoranu, sudjelovanje u radu u skupini; užina, grupni sastanak) ILI je ta vještina ključna predvještina? <p>2. Da li će vještinu trebati izvoditi netko drugi ako je dijete ne može izvesti?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Da li je ta vještina ključna za izvođenje većine dnevnih rutina? • Da li je ta vještina nadogradnja, neophodan element za stjecanje druge vještine? 	<p>5. Može li se vještina podučiti na način koji odražava način primjene vještine u svakodnevnom okruženju?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mogu li druge osobe omogućiti prilike ili podučavati vještinu u uobičajenim, svakodnevnim situacijama? <p>6. Može li vještinu potaknuti učitelj/roditelj/terapeut/njegovatelj u učionici/ aktivnostima kod kuće?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Da li je cilj pisan jasnim jezikom, bez stručnog žargona, koji mogu razumjeti svi članovi tima? • Da li je vještina opisana na način koji nije zbunjujuć, previše klinički ili zahtijeva specifična znanja koja nisu lako dostupna svim članovima tima?
Generalizacija	Mjerljivost
<p>3. Da li vještina predstavlja opći koncept ili grupu pojmova?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Da li cilj predstavlja općeniti proces? • Da li cilj predstavlja skupinu srodnih ponašanja? • Da li je vještina prethodnica, temelj ili nezaobilazan dio na putu do ciljane vještine (razvojni miljokaz)? <p>4. Može li se vještina generalizirati u različitim okruženjima, materijalima i/ili s ljudima?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Može li dijete koristiti vještinu u različitim okruženjima, materijalima i/ili s ljudima? • Može li dijete svakodnevno koristiti/izvoditi vještinu? 	<p>7. Može li se vještina vidjeti i / ili čuti?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Postoji li slaganje više osoba oko toga da je vještina usvojena? • Da li je specifična vještina jasno definirana? <p>8. Da li je vještina mjerljiva?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Da li je utvrđena dimenzija vještine (npr, učestalost, trajanje, kašnjenje, izdržljivost, snaga i preciznost)? • Da li je jasno utvrđen vremenski okvir dosljednog izvođenja vještine (npr 5 dana, 2 tjedna)? <p>9. Da li vještina sadrži kriterije uspješnosti?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jesu li postavljeni uvjeti ili okolnosti pod kojima se vještina izvodi (npr. u uvjetima, kada, tijekom i sl.) • Da li je navedena razina izvedbe (npr, uz pomoć, neovisno) ili se ona može izvesti iz ciljanog ponašanja (npr imitira, inicira)?

Adapted from Notari-Syverson, A.R., & Schuster, S. L. (1995) Putting real life skills into IEP/IFSPs for infants and young children. *Teaching Exceptional Children*, 27(2), 29-32. Prijevod na hrvatski: Senada Jagar, Martina Celizić

Prilog 2. LISTA BILJEŽENJA RUTINA

DJETETOVE AKTIVNOSTI TIJEKOM DANA

Ime djeteta:

Datum popunjavanja:

Datum rođenja:

Osoba:

Vrijeme i trajanje aktivnosti	Aktivnost (naziv aktivnosti)	Mjesto (Gdje se naziva aktivnost)	Osoba (Tko provodi aktivnost)	Što radi odrasla osoba?	Što radi dijete?

Prilog 3. SPECIFIČNA VIZUALNA PONAŠANJA DJECE S CEREBRALNIM OŠTEĆENJEM VIDA

Ponašanje	Opis ponašanja
Preferencija boje	Djeca mogu gledati samo u jednu boju ili nekoliko boja. Neka djeca od dvije boje radije izaberu istu ili su jednostavno brži u vizualnim reakcijama kada mu se prezentira preferirana boja.
Preferencija za pokretnim metama	Nekoj djeci vizualna meta treba biti u pokretu, imati reflektirajuća obilježja ili se dijete mora kretati kako bi moglo vidjeti metu. Neka djeca mogu vidjeti bolje kada šetaju ili se voze u autu.
Vizualna latencija	Zakašnjela reakcija na vizualni podražaj. Ponekad latencija može biti jako duga, a ponekad jedva primjetna.
Preferenciju određenog dijela vidnog polja	Dijete može pokazati preferenciju za gledanjem meta u određenom dijelu vidnog polja. Dijete može imati ispad vidnog polja te koristi periferni vid pa se može činiti kao da dijete gleda kroz metu.
Poteškoće s vizualnom i okolinskom kompleksnošću	Dijete će lakše gledati u jednostavan i jedan predmet nasuprot jednostavne pozadine, a može imati poteškoća sa zasićenošću. Također će moći vidjeti predmet ako je predmet dovoljno udaljen od drugih predmete.
Zagledavanje u svjetlo i nesvrshodno zagledavanje	U prostoriji se dijete zagledava u prozor u pravcu dolaska sunčeva svjetla i/ili gleda u svjetla na stropu. Također je moguće da dijete pokazuje nesvrshodna zagledavanja.
Poteškoće s gledanjem na daljinu	Dijete može predmete približavati vrlo blizu očima ili prilaziti jako blizu predmetima. To se ne mora događati zbog problema sa oštrinom vida nego pokušava potisnuti pozadinske informacije. Udaljavanjem od mete, u vidno polje mu ulazi više predmeta što mu ometa gledanje.
Izostanak vizualnog refleksa ili atipičan vizualni refleks	Kod djeteta može izostati ili biti usporen refleks treptaja na dodir iznad korijena nosa. Također može izostati ili biti usporen refleks treptaja na brzo približavajuću metu.
Poteškoće s novim vizualnim metama	Neka djeca mogu gledati samo poznate mete, dok druga imaju bržu reakciju ili duže gledaju poznate mete ili mete koje imaju kvalitete slične poznatim metama u odnosu na novitete.
Odsustvo ili otežano posezanje potaknuto vidom	Dijete ne može istovremeno posegnuti za igračkom i gledati ju. Dakle, pogledat će metu, maknuti pogled od nje te će krenuti s posezanjem. Ponekad bolje poseže kada su mu oči zatvorene.

Prilog 4. SIMPTOMATOLOGIJA DISFUNKCIJE ORGANIZACIJE POJEDINIH OSJETNIH 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 • Hiperobilnost 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

Prilog 5. MILJOKAZI PREDJEZIČNOG I JEZIČNOG RAZVOJA



Prilog 6. LOGORITMIČKE IGRE ZA NAJMLAĐE

Govorno-ritmičke igre namijenjene su djeci od rođenja do 3. godine. Osim što pružaju malom djetetu ugodu i zabavu, ove igre ujedno služe i kao prva ritmička i glazbena stimulacija, a svojim polisenzoričkim djelovanjem veoma su poticajne i za razvoj govora. Ovim igrama utječemo na razvoj slušne i prostorne percepcije, razvoj osjećaja za tempo i ritam, vježbamo glasanje i izgovaranje, govorno-motoričko oponašanje, osvještavanje svojeg tijela.

Igre se odvijaju u srdačnoj atmosferi punoj šale i nježnosti, u kontaktu djeteta i odrasle osobe koja je bliska djetetu. Ove igre možemo primjenjivati kod sve djece mlađe dobi, a naročito su korisne u radu s djecom s nedovoljno razvijenim govorom, kao i s onom koja imaju slušne i motoričke poteškoće.

Što je dijete manje ili što su njegove poteškoće veće, pokreti su sporiji i nježniji, a naše glasanje afektivnije. Postupno se djetetovo aktivno sudjelovanje i njegova samostalnost povećavaju: uz odgovarajuću govornu i/ili muzičku stimulaciju dijete skače, pleše, plješće, oponaša pokrete rukama i cijelim tijelom. Budući da dijete s znatnijim oštećenjem vida ne može vizualno pratiti i oponašati pokrete sudionika u zajedničkoj igri potrebno je u početku pomagati vođenjem pokreta, npr. uzimamo djetetove ruke ili noge i polako izvodimo pokret koji se opisuje u pjesmi ili brojatici.

U slučaju da je dijete osjetljivo na dodire i ne prihvaća "prisilno" vođenje svojih dijelova tijela potrebno je započeti s tzv. makropokretima cijelog tijela. Npr. ljuljanje u krilu uz oponašanje puhanja vjetra, lagano cupkanje na koljenima uz oponašanje glasanja konja, prebacivanje težine tijela s jedne na drugu stranu (u krilu odraslog) oponašajući hod mede i sl.

Pjesmice koje se koriste u ovim igrama nazivaju se hopsalice, cupkalice, gegalice, ljuljalice, tašunalice ili pljeskalice. Za sve je karakteristično da su povezane uz odgovarajuću ritmičku strukturu. Pri oponašanju ritma služimo se pljeskanjem i lupkanjem čime dodatno naglašavamo izgovarane riječi. Poželjno je da svaka igrice pjesmica sadrži na kraju neku poantu, neki zgodni, šaljivi završetak, povezan s drukčijim naglim pokretom i afektivnim usklikom. Zanimljivo je da će dijete prvo sudjelovati baš u toj poanti i s nestrpljenjem je očekivati.

Logoritmičke igre ne treba uvoditi kao radne aktivnosti koje se moraju provoditi jednom ili više puta dnevno. Izaberite neki zgodni trenutak kada je dijete raspoloženo i opušteno te spontano prihvaća vašu igru. Jedino na taj način dijete surađuje i otvoreno je za nova iskustva te usvaja nove vještine i znanja. Djeca najčešće vole pjesmice, pokrete tijela i ritam koji ih prati tako da dijete rado sudjeluje u ovakvim igrama uz koje i uči pokrete, geste, oponašanje, anticipiranje buduće kretnje te razumijevanje jezika.

Prilog 7. POTICANJE SIMBOLIČKE IGRE / FUNKCIONALNE UPOTREBE PREDMETA

Funkcionalnom upotrebom predmeta potičemo smislene kretnje i oponašanje što je bitna komunikacijska vještina jer podrazumijeva usmjerenost na drugu osobu i praćenje njenih radnji. Vještine oponašanja podrazumijevaju i stjecanje vještine usmjeravanja pažnje na zajedničku igru/aktivnost (združena pažnja) koju često kod djece s višestrukim teškoćama treba inicirati i osmisлити.

U svim ovim radnjama dajemo djetetu podršku te ga, koliko tolerira, fizički usmjeravamo i pokušavamo poticati njegovu inicijativu i komunikacijske vještine (npr. izbor željenog predmeta između dva ponuđena, igre izmjena ja-pa ti, poticanje zahtijevanja još-gotovo, slijedenje naloga uzmi-daj i sl.).

Tijekom igre treba pratiti djetetove interese te nije nužno odjednom pokazati i koristiti sve predmete. To može biti previše informacija za dijete što može rezultirati i otporom. Ukoliko dijete pokaže veći interes prema određenoj vrsti igre i smislenog rukovanja treba ga u tome slijediti. Samo aktivno i motivirano sudjelovanje kod djeteta potiče bolje učenje. Pokazujte ove radnje i tijekom stvarnih životnih situacija radi dobivanja više prilika za učenje i usmjeravanje na radnju druge osobe.

Slijedi prijedlog predmeta (igračaka) kojima možete poticati smisljeno rukovanje i koje možete spremati u posebnu tematsku kutiju kako bi bili lako dostupni.

- autić ili neko drugo vozilo - guranje po podlozi, „sudaranje“ s drugim vozilom, guranje u kutijicu-garažu
- kapa - stavljanje na glavu sebi, mami, medi...
- dječji mobitel/slušalica - stavljanje na uho, pritiskanje, aktiviranje zvuka
- cvijeće - kako ga mirišemo, stavljamo ga u posudu
- lopta - guranje, bacanje, dodavanje, ubacivanje u koš
- knjiga - listanje, otvaranje, zatvaranje aktiviranje zvuka kod zvučne knjige
- žlica - miješati zamišljenu tekućinu u zdjelici, može i u realnoj situaciji hranjenja
- ručnik/krpica - brisanje lica, kose, tijelo
- cipele/čarape - obuvanje, izuvanje, oblačenje, svlačenje na sebi ili drugome
- avion - držati avion i činiti da „leti“
- dječji sat, narukvica, ogrlica - stavljati na ruku, preko glave, sebi ili drugome, stavljati na igračku
- češalj - češljanje mame, sebe, mede, lutke
- svirati glazbalo npr. klavir, bubanj, truba
- naočale - staviti na lice sebi ili drugoj osobi, lutki i sl.
- metlica - oponašati kretnje metenja i skupljanja „smeća“, papirića
- igra s bebom, medom i pripadajućim predmetima (češalj, duda, flašica, cipele, žlica, pelene, pokrivač i sl.) Potičemo oponašanje različitih radnji npr. češljanje, pokrivanje, hranjenje, i sl.

Svaki predmet fotografirajte čime možete kreirati aktivnost uparivanja konkretna i slike. Može se raditi na receptivnom rječniku tj. prepoznavanju imenovanog predmeta ili slike. Isto tako može se raditi na izboru od barem dvije ili više mogućnosti. Mogu se izraditi slike koje nisu identične predmetu čime potičemo i generalizirano znanje (Npr. lopta može izgledati različito; crvena-žuta, velika-mala, za plažu ili nogomet, ali je i dalje lopta).



Primjer tematske kutije
(izvor: Mali dom - Zagreb)

Prilog 8. KAKO PROVODITI ORALNO-FACIJALNE MASAŽE

1. Primijeniti ritmični pritisak za djecu sa sniženim mišićnim tonusom (tzv. tapping). Provodi se u području temperomandibularnog zgloba do kutova usana i po vanjskoj površini usana.
2. Obostrano pritiskati mekani dio obraza daleko od kosti (5 puta).
3. Ispod donje usne gurati kažiprst prema GORE (gornjoj usni).
4. S oba palca istovremeno povlačiti lagane pokrete povlačenja s vrha brade prema kutovima usana.
5. Pritisak točke ispod brade lagano prema unutra stimulira korijen jezika i potiče gutanje (korisna tehnika i tijekom hranjenja).
6. Kružni pokreti vilice simuliraju pokrete žvakanja (palac na bradi, kažiprst na obrazu i srednji prst savijen ispod brade) i lagano pokretati cijelu vilicu najprije gore - dolje pa kružno koliko opuštenost vilice dozvoli.
7. Dlanom masirati vrat laganim pokretima u smjeru gutanja (5 puta).
8. Kistom tapkati široko oko usana, a potom kružno gladiti. Vrlo tankim kistom dražiti i škakljati usne po samom vanjskom rubu dok ih dijete ne počne skupljati kao da mu nešto smeta.
9. Postepeno koristiti masažere za područje oko usana, obraze, brada, a vibracijske četkice za područje unutar usana i na samim usnama. Masaže desni raditi pokretima lijevo-desno i polako kružno koliko dozvoli područje usne šupljine. To je osobito korisno kod djece koja pokazuju hiposenzibilnost oralno-facijalnog područja jer im povećava doživljaj dodira i pritiska.
10. Toothettes (masažne spužvice) koristiti za vanjsku i unutarnju stimulaciju. Zbog lakšeg stimuliranja poželjno je umočiti spužvicu u tekućinu (voda ili sok). Spužvicom se prelazi po vanjskom rubu usana te unutar obraza kružnom kretnjom obostrano. Pomoću spužvice može se simulirati obrazac sisanja tekućine ili isprobavanje novih okusa (nutritivna stimulacija).
11. Rastezanje usana od kutova do središnje linije. Potiče svjesnost, mobilnost i snagu. Može se provoditi prstom zaštićenim rukavicom ili toothette spužvicom.

Prilog 9. FOOD TEXTURE AND EATING SKILLS

TEXTURE	DESCRIPTION	EXAMPLE	CHILD CAN:
Pureed and blended table foods, commercial baby food	Food forms a paste or thick liquid; use strainer or blender and blend to a paste, add liquid for desired consistency	Cream of Wheat, pudding, applesauce; blended meats, vegetables and fruits	Suck and swallow; take food from spoon with lips; swallow thickened puree and not gag
Mashed lumpy	Food forms a heavy bolus; food is blended or mashed with a fork; food retains some texture and consistency	Mashed potatoes; mashed bananas and other soft fruits; mashed hard cooked eggs; mashed carrots or squash	Swallow without gagging; close lips while swallowing food; remove food from spoon with lips; up-and-down munching movement
Ground	Food ground in food chopper, not blended; food retains some lumps for chewing foods; should be easy to chew	Crumbled/ground meat; scrambled eggs; cottage cheese; small pieces of toasted bread crusts; crackers broken into small pieces	Begin to chew in rotary pattern
Chopped	Cut with knife into bite-size pieces; no raw hard foods (carrots)	Chopped fruit (soft raw or cooked); chopped meats; chopped cooked vegetables	Do rotary chewing
Regular	Cut up food or leave whole	All foods	Close lips and keep food in mouth; bite through food

Prilog 10. KAKO PREVENIRATI ILI SMANJITI RIZIK OD GUŠENJA HRANOM

Čak i s dobrom oralno-motoričkom kontrolom, zapinjanje hrane ili gušenje se može dogoditi svakom djetetu. Nabrojane su neke vrste hrane koje treba izbjegavati te tehnike pripreme obroka koje mogu prevenirati gušenje:

- kuhati hranu dok ne bude dovoljno mekana da vilica lako prolazi kroz nju
- rezati hranu na manje komadiće ili tanje ploškice da se lakše može žvakati
- rezati hranu na tanje trakice je bolje nego na kružne oblike ili kockice (npr. kuhana mrkva)
- miksati i nuditi sočnu (vlažnu) hranu za dojenčad
- ukloniti sve kosti iz mesa ili ribe
- ukloniti kožu/opnu, sjemenke iz voća
- izbjegavati orašaste plodove i sjemenke, osim ako su mljevene ili sjeckane
- izbjegavati kokice, grožđe



Early
Intervention
Services for
Families with Children with
Vision
Impairment and
Additional Disabilities

Ovaj priručnik financiran je kroz EU projekt Erisfavia Erasmus + programa