

Specijalizirani trening upotrebom naprednih tehnologija za osposobljavanje i specijalizaciju stručnjaka u području odgoja, obrazovanja i skrbi djece predškolske dobi



Co-funded by
the European Union



Specijalizirani trening upotrebom naprednih tehnologija za osposobljavanje i specijalizaciju stručnjaka u području odgoja, obrazovanja i skrbi djece predškolske dobi

MODUL I.1

Uvod u koncept rane intervencije i intervencije u različitim kontekstima

Nastavnik:

Dr. María del Camino Escolar Llamazares
Departments of Education Sciences
University of Burgos, Spain

e-EarlyCare-T



Projekt e-EarlyCare-T (“Specialized and updated training on supporting advanced technologies for early childhood education and care professionals and graduates”), broj 2021-1-ES01-KA220-SCH-000032661, je sufinanciran sredstvima Europske komisije iz Erasmus+ programa, ključne aktivnosti KA220 Strateško partnerstvo u području odgoja i općeg obrazovanja. Sadržaj ove publikacije odražava isključivo stavove autora. Europska komisija i Španjolski institut za internacionalizaciju obrazovanja (Spanish Service for the Internationalization of Education) (SEPIE) se ne smatraju odgovornim za bilo kakvu uporabu informacija sadržanih u njoj.

Specijalizirani trening upotrebom naprednih tehnologija za osposobljavanje i specijalizaciju stručnjaka u području odgoja, obrazovanja i skrbi djece predškolske dobi

Sadržaj

I. UVOD	4
II. CILJEVI	5
III. SADRŽAJ SPECIFIČAN ZA POJEDINE TEME	5
1. KONCEPT RANE INTERVENCIJE	5
1.1. RAZVOJ DJETETA	5
1.2. POREMEĆAJI U RAZVOJU	6
2. CILJEVI RANE INTERVENCIJE	7
3. PRIMJENA RANE INTERVENCIJE U INTERDISCIPLINARNOM KONTEKSTU (PODRUČJA DJELOVANJA)	7
3.1. RAZINE INTERVENCIJE	8
3.1.1. Primarna prevencija u ranoj skrbi	8
3.1.2. Sekundarna prevencija u ranoj skrbi	9
3.1.2.1. Detekcija	9
3.1.2.2. Dijagnoza	11
3.1.3 Tercijarna prevencija	12
3.2. GLAVNA PODRUČJA DJELOVANJA	13
3.2.1. Centri za razvoj djeteta i ranu skrb	13
3.2.1.1. Primarna i sekundarna prevencija	14
3.2.1.2. Tercijarna prevencija	14
3.2.2. Zdravstvene usluge	16
3.2.3. Socijalna služba	18
3.2.4. Obrazovne službe	19
4. CILJNA SKUPINA RANE SKRBI O DJECI	20
5. ZAKLJUČCI	21
SAŽETAK	22
RJEČNIK POJMOVA	24
LITERATURA	24
OSNOVNA LITERATURA MODULA	27
MREŽNI IZVOR	28

I. Uvod

Razvoj djeteta je dinamičan, složen proces koji se temelji na biološkom, psihičkom i socijalnom razvoju. Prve godine života kritična su faza u kojoj se oblikuju perceptivne, motoričke, kognitivne, jezične, afektivne i socijalne vještine. Ove vještine omogućit će uravnoteženu interakciju s okolinom (Gómez Artiga y Viguer Seguí, 2007; Grupo de Atención Temprana-GAT, 2005).

Rana skrb (*eng. Early Care (EC)*), temeljena na znanstvenim načelima pedijatrije, neurologije, psihologije, psihijatrije, pedagogije, fizioterapije, lingvistike itd., ima za cilj ponuditi djeci s deficitima, ili rizičnoj skupini, set aktivnosti koje omogućavaju optimizaciju i kompenzaciju. Ove aktivnosti omogućit će pravilno sazrijevanje u svim područjima i omogućiti djeci da postignu najvišu razinu osobnog razvoja i socijalne integracije. U tom smislu, rana intervencija dio je sveobuhvatnog procesa čiji je cilj skladan razvoj djece integrirane u njihovu okolinu. (GAT, 2005; Serra Desfilis, 2007).

Znamo da su prve godine života ključne za pravilan biološki, psihološki i socijalni razvoj (Alonso, 1997; San Salvador, 1998). Otuda i važnost razumijevanja razvoja u ovoj fazi, posebice kada postoje znakovi kongenitalnih, metaboličkih, maturacijskih ili drugih poremećaja ili mogući rizik od istih. Zapravo, rana skrb i intervencija poboljšavaju šanse za biopsihosocijalni razvoj. Neophodno je pristupiti iz multidisciplinarnе perspektive, s uvjerenjem da djeca s bilo kojom vrstom deficita mogu razviti koristan život i integrirati se u društvo (Candel, 2005; Pons, 2007; Robles-Bello & Sánchez-Teruel, 2013).

Budući da se rana intervencija temelji na prevenciji, možemo je povezati s primarnom, sekundarnom i tercijarnom prevencijom (što će biti detaljno analizirano u sljedećim odjeljcima):

- **Primarna prevencija** kroz ranu skrb djeluje na subjekte s "visokim rizikom" od deficita, iako još nemaju simptome ili nisu dijagnosticirani. Ovo su univerzalne mjere usmjerene na cjelokupno stanovništvo radi zaštite zdravlja.

- **Sekundarna prevencija**, djeluje na izbjegavanje onoga što može uzrokovati pojavu poremećaja ili deficita, smanjujući njegov napredak i trajanje ili ublažavajući njegove posljedice. Krajnji cilj je smanjenje bolesti u populaciji. EC nastoji rano otkriti bolesti, poremećaje ili rizične situacije (Robles-Bello and Sánchez-Teruel, 2013).

- **Tercijarna prevencija** ima za cilj smanjiti učestalost kroničnih invaliditeta u populaciji, nastojeći minimizirati invaliditet uzrokovan bolešću. EC usmjerava akcije kako bi smanjili posljedice deficita ili bolesti nakon što se jednom dijagnosticira. Osim toga, pokušava smanjiti posljedice dječjih metaboličkih, neuroloških, genetskih ili razvojnih poremećaja ili patologija (Robles-Bello i Sánchez-Teruel, 2013.).



Posljedično, EC je učinkovita strategija za prevenciju ili kompenzaciju učinaka bilo koje vrste deficita (razvojnog, biološkog ili socijalnog) u ranom životu djeteta (Robles-Bello & Sánchez-Teruel, 2013).

II. Ciljevi

Razumjeti opće karakteristike rane skrbi i njezinu primjenu na različita područja djelovanja, kao i na različite skupine.

III. Sadržaj specifičan za pojedine teme

1. KONCEPT RANE INTERVENCIJE

Prema Bijeloj knjizi o ranoj intervenciji (Group of Early Intervention-GAT, 2005., str. 14): *Rana skrb se shvaća kao skup intervencija usmjerenih na dječju populaciju od 0-6 godina, obitelji i okolinu, čiji je cilj što prije odgovoriti na privremene ili trajne potrebe djece s poremećajima u razvoju ili kod kojih postoji rizik od njihovog razvoja. Ove intervencije, koje moraju promatrati dijete kao cjelinu, mora planirati tim stručnjaka interdisciplinarne ili transdisciplinarne orijentacije.* (Robles-Bello i Sánchez-Teruel, 2013.).

U 1990-ima se pojavio sadašnji koncept rane intervencije, s kojim su se složili različiti stručnjaci i koji se odražava u radu GAT-a (2005). Ovo je djelo referenca za sve sektore uključene u EC: udruge, profesionalce, institucije, istraživače i članove obitelji, među ostalima (Gómez Artiga & Viguer Seguí, 2007.; Robles-Bello & Sánchez-Teruel, 2013.).

Prema Candelu (2005.), EC ne treba shvatiti kao tretman usmjeren prema djeci, već kao niz radnji usmjerenih prema djeci, obitelji i zajednici općenito. S obzirom na cerebralnu plastičnost živčanog sustava (GAT, 2005.), proces sazrijevanja mozga ne završava rođenjem, već se nastavlja razvijati neko vrijeme te je podložan modifikacijama (Gútiéz, 2005.; Robles-Bello & Sánchez -Teruel, 2013).

1.1. RAZVOJ DJETETA

Razvoj djeteta u ranim godinama karakterizira progresivno stjecanje važnih funkcija kao što su posturalna kontrola, autonomija pokreta, komunikacija, verbalni jezik i socijalna interakcija. Taj je razvoj povezan s procesom sazrijevanja živčanog sustava, koji je već započeo u maternici, te s emocionalnom i mentalnom organizacijom. Zahtijeva odgovarajuću genetičku strukturu i zadovoljenje osnovnih ljudskih potreba na biološkoj i psihoafektivnoj razini (GAT, 2005; Serra Desfilis, 2007).

Razvoj djeteta rezultat je interakcije između genetskih čimbenika i čimbenika okoliša:

- **Genetska baza**, specifična za svaku osobu, uspostavlja vlastite razvojne sposobnosti i nije ju moguće modificirati.

- **Okolinski čimbenici** moduliraju, pa čak i određuju mogućnost ekspresije ili latencije neke od genetskih karakteristika. Ti čimbenici su *biološki, psihološki i socijalni*: A) *Biološki čimbenici*: održavanje homeostaze, zdravstveno stanje, nepostojanje čimbenika agresije na živčani sustav, nužni su uvjeti za adekvatno sazrijevanje. B) *Okolinski čimbenici psihološkog i socijalnog reda*: interakcija djece s okolinom, emocionalne veze, percepcija svega oko sebe (ljudi, slike, zvukovi, kretanje...). Ovi uvjeti, koji su osnovne potrebe ljudskih bića, odlučujući su za emocionalni razvoj, komunikacijske funkcije, adaptivna ponašanja i stavove prema učenju (GAT, 2005; Serra Desfilis, 2007).

U ranom djetinjstvu živčani sustav je u fazi sazrijevanja i izrazite plastičnosti. Budući da sazrijeva, veća je osjetljivost na nepovoljne uvjete okoliša i oštećenja. Stoga sve što utječe na stjecanje prvih razvojnih prekretnica može ugroziti kasniji razvoj. Međutim, plastičnost također daje živčanom sustavu veću sposobnost oporavka te organske i funkcionalne reorganizacije, koja se smanjuje u kasnijim godinama (GAT, 2005; Serra Desfilis, 2007).

Napredovanje djece s promjenama u razvoju u velikoj će mjeri ovisiti o datumu otkrivanja i trenutku kada rana intervencija započne. Što je kraće vrijeme deprivacije podražaja, to je bolja plastičnost mozga i manje zaostajanje. U ovom procesu, sudjelovanje obitelji ključno je za afektivnu i emocionalnu interakciju, kao i za učinkovito liječenje (GAT, 2005; Serra Desfilis, 2007).

1.2. RAZVOJNI POREMEĆAJI

Razvoj je dinamički proces interakcije između organizma i okoline koji rezultira organskim i funkcionalnim sazrijevanjem živčanog sustava, razvojem psihičkih funkcija i strukturiranjem osobnosti. Razvojni poremećaj je značajno odstupanje od normalnog tijeka razvoja koje proizlazi iz zdravstvenih razloga ili događaja koji ugrožavaju biološki, psihološki ili socijalni razvoj. Neka zaostajanja u razvoju mogu se spontano kompenzirati ili neutralizirati, a često je intervencija ta koja određuje prolaznost poremećaja (GAT, 2005; Serra Desfilis, 2007).

Glavni rizici su biološki i socijalni. Djeca koja su tijekom pre, peri ili postnatalnog razdoblja ili tijekom ranog razvoja bila podvrgnuta situacijama koje bi mogle utjecati na njihov proces sazrijevanja, poput nedonoščadi, male porođajne težine ili anoksije pri rođenju, smatraju se biološki rizičnima. Psihosocijalno rizična djeca su ona koja

žive u nepovoljnim društvenim uvjetima, kao što su nedostatak skrbi ili neadekvatna interakcija s roditeljima i obitelji, loše postupanje, zanemarivanje ili zlostavljanje, što može utjecati na njihovo sazrijevanje (GAT, 2005; Serra Desfilis, 2007).

2. CILJEVI RANE INTERVENCIJE

Glavni cilj EC je promicanje razvoja i dobrobiti djece i njihovih obitelji, omogućavanje njihove integracije u obiteljsko, školsko i društveno okruženje, kao i osobne autonomije (Candel, 2005.). Posljedično, radi se na područjima kao što su kognitivne vještine, razvoj autonomije, jezične, komunikacijske i motoričke vještine (Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana – FEAPAPT-, 2008; GAT, 2005; Robles-Bello & Sánchez-Teruel, 2013).

Rana intervencija mora doprijeti do sve djece koja imaju bilo kakvu vrstu poremećaja ili promjena u razvoju, bilo da se radi o fizičkom, mentalnom ili osjetilnom, ili koja su u situaciji biološkog ili socijalnog rizika. Sve radnje i intervencije u ranoj skrbi moraju uzeti u obzir ne samo dijete, već i obitelj i njihovu okolinu (GAT, 2005; Gómez Artiga & Viguer Seguí, 2007; Serra Desfilis, 2007; Viguer Seguí & Gómez Artiga, 2007).

Sljedeći skup ciljeva specifičnih za ranu intervenciju proizlazi iz ovog okvira: 1. Smanjiti učinke nedostatka ili deficita na cjelokupni razvoj djeteta; 2. Optimizirati, koliko je to moguće, tijek razvoja djeteta; 3. Uvesti potrebne kompenzacijske mehanizme, ukloniti barijere i prilagoditi se specifičnim potrebama; 4. Izbjegavati ili smanjiti pojavu sekundarnih učinaka tj. nedostataka uzrokovanih visokorizičnim poremećajem ili situacijom; 5. Zadovoljiti potrebe i zahtjeve obitelji i sredine u kojoj dijete živi; 6. Dijete smatrati aktivnim subjektom intervencije (GAT, 2005.).

3. PRIMJENA RANE INTERVENCIJE U INTERDISCIPLINARNOM KONTEKSTU (PODRUČJA DJELOVANJA)

Prilikom planiranja intervencije potrebno je uzeti u obzir djetetov razvoj i njegove potrebe u svim područjima, a ne samo nedostatak ili invaliditet koji se može pojaviti. U ranoj intervenciji dijete se mora promatrati kao cjelina, uzimajući u obzir intrapersonalne, biološke, psihosocijalne i obrazovne aspekte specifične za svakog pojedinca, kao i interpersonalne aspekte povezane s vlastitom okolinom, obitelji, školom, kulturom i društvenim kontekstom (GAT, 2005; Viguer Seguí & Gómez Artiga, 2007).

Posljedično, intervencija obuhvaća skup akcija usmjerenih na populaciju od 0 do 6 godina, ali i na obitelj i zajednicu. Postoje brojne znanstvene discipline koje podupiru teorijsku osnovu EC-a, kao što su neurologija, razvojna psihologija i psihologija učenja, pedijatrija, psihijatrija, pedagogija, fizioterapija te logopedija,

između ostalih (De Linares & Rodríguez, 2004; Robles-Bello & Sánchez-Teruel, 2013; Viguer Seguí & Gómez Artiga, 2007).

Učinkovitost EC programa temelji se na ranoj intervenciji koja ovisi o ranoj dijagnozi problema. Dijagnoza omogućuje djeci da se rano uključe u rad, a što ranije, to će rad biti učinkovitiji, budući da je sposobnost asimilacije i integracije novih iskustava mnogo veća u ranim fazama razvoja (Pérez-López & Brito, 2004.). Discipline na kojima se temelji EC pružaju djeci — koja pate od nedostataka ili su u opasnosti da pate od nedostataka — skup organiziranih i planiranih radnji koje olakšavaju njihovo sazrijevanje u svim područjima, omogućujući im da dosegnu najvišu razinu razvoja i društvene integracije (Quirós, 2009; Robles-Bello & Sánchez-Teruel, 2013).

Glavni ciljevi intervencije su: preventivne mjere, rano otkrivanje i intervencija usmjerena na maksimalan razvoj tjelesnih, mentalnih i društvenih sposobnosti kod dijagnosticirane djece (Robles-Bello & Sánchez-Teruel, 2013).

3.1. RAZINE INTERVENCIJE

Biopsihosocijalni model rane intervencije dovodi do potrebe za uspostavljanjem odnosa s programima i uslugama koje djeluju u kontekstu djece i njihovih obitelji. Tri su razine na kojima bi se trebala temeljiti ova suradnja (GAT, 2005.; Gómez Artiga & Viguer Seguí, 2007.): primarna, sekundarna i tercijarna prevencija u EC-u.

3.1.1. Primarna prevencija u ranoj skrbi

Primarna prevencija u zdravstvu je zaštita zdravlja usmjerena na dobrobit djece i njihovih obitelji. To su univerzalne mjere za cjelokupno stanovništvo, uključujući prava poput zdravstvene zaštite, rodiljnog dopusta i udomiteljstva ili posvajanja. Na ovoj razini rana skrb odgovorna je za prepoznavanje i priopćavanje društvenim institucijama okolnosti koje mogu biti relevantne za stvaranje normi ili prava u promicanju i zaštiti dječjeg razvoja. Primarna prevencija u ranoj skrbi je univerzalna, besplatna i rana (GAT, 2005; Gómez Artiga & Viguer Seguí, 2007).

Primarna prevencija poremećaja u razvoju djeteta ima za cilj spriječiti stanja koja mogu dovesti do nedostataka ili poremećaja u razvoju djeteta. Nadležne službe u ovim akcijama su prvenstveno zdravstvo, socijalna služba i prosvjeta (GAT, 2005, 2011):

- *Zdravstvene službe nadležne su za:* programe planiranja obitelji, skrb o trudnicama, zdravlje majke i djeteta, otkrivanje metaboličkih poremećaja i cijepljenje, informiranje o čimbenicima rizika i njihovoj prevenciji, primarnu pedijatrijsku zaštitu te općenito bolničko i zdravstveno djelovanje. Pedijatrijske usluge u primarnoj zdravstvenoj zaštiti—koje koristi cjelokupna dječja populacija od rođenja do 14. ili



18. godine života—važne su u prevenciji razvojnih poremećaja. Službe za mentalno zdravlje djece važne su u primarnoj prevenciji, surađujući s timovima za zdravlje i planiranje obitelji u programima za majku i dijete, kako bi se izbjegle visokorizične situacije (GAT, 2005; Gómez Artiga & Viger Seguí, 2007; Serra Desfilis, 2007; Viger Seguí & Gómez Artiga, 2007).

- *Socijalne službe odgovorne su za:* intervencije usmjerene na prevenciju socijalno rizičnih situacija i zlostavljanja djece. Djelatnost socijalne službe dio je zadaće skrbi za obitelj. Socijalne službe također interveniraju u prevenciji poremećaja u razvoju djece, kroz programe usmjerene na rizične skupine zbog društvenih uvjeta, kao što su majke tinejdžerice, migrantska populacija i sl. (GAT, 2005; Gómez Artiga & Viger Seguí, 2007; Serra Desfilis, 2007; Viger Seguí & Gómez Artiga, 2007).

- *Odgojno obrazovne službe odgovorne su za:* aktivnosti podrške djetetu i obitelji iz ustanova koje djeca pohađaju. One obavljaju ključnu ulogu u prevenciji razvojnih poremećaja za visokorizične populacije. Nude stabilno i poticajno okruženje dijelu dječje populacije koji često pati od nepovoljnih uvjeta u obitelji (GAT, 2005; Gómez Artiga & Viger Seguí, 2007; Serra Desfilis, 2007; Viger Seguí & Gómez Artiga, 2007).

3.1.2. Sekundarna prevencija u ranoj skrbi

Sekundarna prevencija u zdravstvu temelji se na ranom otkrivanju bolesti, poremećaja ili rizičnih situacija. Provodi se kroz posebne programe namijenjene skupinama koje su identificirane kao rizične, kao što su: nedonoščad rođena s manje od 32 tjedna ili s manje od 1500 grama; obitelji s adolescentnim trudnoćama mlađih od 18 godina, s rizikom od disfunkcionalnih odnosa; obitelji s trudnoćama od 35. godine života, s rizikom od kromosomskih abnormalnosti; djeca sa spastičnom tetraplegijom i rizikom od dislokacije kuka (GAT, 2005; Gómez Artiga & Viger Seguí, 2007).

3.1.2.1. Detekcija

Otkrivanje mogućih promjena u razvoju djeteta temeljni je aspekt rane intervencije te omogućuje provedbu mehanizama djelovanja zajednice. Što se prije otkrije, to je veća vjerojatnost sprječavanja dodatnih patologija, postizanja funkcionalnih poboljšanja i omogućavanja bolje prilagodbe za djecu i njihovu okolinu (GAT, 2005; Serra Desfilis, 2007).

Rano otkrivanje poremećaja u razvoju djeteta ključno je za dijagnostiku i terapijsku skrb. Rano otkrivanje bitno je za utjecaj na stadij u kojem je plastičnost živčanog sustava na vrhuncu, a terapijske mogućnosti pokazuju najveću učinkovitost.

Poremećaje u razvoju djece potrebno je otkriti u trenutku kada se pojave prvi znakovi (GAT, 2005; Gómez Artiga & Viguer Seguí, 2007; Serra Desfilis, 2007).

U otkrivanju razvojnih poremećaja ili rizičnih situacija možemo razmotriti različite faze i čimbenike (GAT, 2005):

a) Prenatalna faza. Sekundarnu prevenciju poremećaja u razvoju djeteta treba započeti u porodničkoj službi, putem skrbi o trudnicama od strane zdravstvenih djelatnika (liječnika opstetricije i primalja). Ti su stručnjaci odgovorni za otkrivanje rizičnih situacija i pružanje informacija, podrške i smjernica za buduće majke (GAT, 2005; Gómez Artiga GAT, 2005 Viguer Seguí, 2007; Serra Desfilis, 2007).

b) Perinatalna faza. Djeca s visokim rizikom od nedostataka, poremećaja ili promjena u razvoju zbog određenih genetskih uvjeta i nepovoljnih situacija u biološkoj ili organskoj sferi dobivaju skrb u neonatološkim jedinicama ili službama: intrauterine infekcije, mala težina, hipoksija, cerebralna krvarenja, postnatalne infekcije. Kada postoje znakovi kompatibilni s razvojnim poremećajem, provode se odgovarajuće terapijske mjere, uvijek prilagođene situaciji djeteta (GAT, 2005; Gómez Artiga GAT, 2005 Viguer Seguí, 2007; Serra Desfilis, 2007).

c) Postnatalna faza. Pedijatrijski tim je glavni nositelj ranog otkrivanja kroz redovite posjete djeteta u prvim godinama života i programe kontrole zdravog djeteta. **Izravno promatranje** djece i informacije koje daju roditelji omogućuju potvrdu normalnog razvoja djeteta ili sumnju na odstupanje od njega. Ova razina otkrivanja je ključna, budući da djeca s ozbiljnim razvojnim problemima često imaju povijest prenatalne ili perinatalne patologije i često postoje posebni programi praćenja koje bi trebali pohađati. Otkrivanje u tim slučajevima treba biti u okviru redovitih pedijatrijskih konzultacija (GAT, 2005; Gómez Artiga & Viguer Seguí, 2007; Serra Desfilis, 2007; Saiz Manzanares & Escolar-Llamazares, 2013; Saiz Manzanares i sur., 2019; Sarriá Sanchez, 2010).

d) Obrazovna faza. Dječji vrtić, učitelji i odgajatelji važni su čimbenici detekcije. U ovoj fazi problemi se mogu uočiti u osnovnim sposobnostima i ponašanjima prilikom učenja: motoričkim vještinama, socijalizaciji, jeziku, teškoćama pažnje i percepcije te kognitivnim ili emocionalnim ograničenjima, koja nisu prethodno otkrivena. Uvjeti dječjeg vrtića i interakcije koje se događaju u vrtićkom kontekstu razlikuju se od onih u obiteljskom okruženju te otkrivaju odstupanja u razvojnom procesu, neravnoteže u psiho-afektivnom razvoju djeteta ili promjene u ponašanju. Ova odstupanja mogu lako proći nezapaženo od strane roditelja i zdravstvenog osoblja i možda se neće otkriti dok dijete ne pristupi obrazovnom kontekstu (GAT, 2005; Gómez Artiga GAT, 2005 Viguer Seguí, 2007; Serra Desfilis, 2007).

Kad odgajatelji/učitelji otkriju mogući poremećaj, svoje sumnje prenose obitelji. Na temelju podataka dobivenih od strane vrtića ili škole i obiteljske okoline treba uspostaviti smjernice za koordinirano promatranje i postupanje uz upućivanje pedijatru i Centru za ranu skrb. Cilj je postaviti potpunu dijagnozu i započeti odgovarajuću terapijsku intervenciju (GAT, 2005; Sarriá Sánchez & Brioso Díez, 2010; Saiz Manzanares & Escolar-Llamazares, 2013; Saiz Manzanares i sur., 2019; Sarriá Sanchez, 2010).

e) Obiteljsko okruženje. Obitelj je važno detekcijsko okruženje jer često roditelji u svakodnevnoj interakciji u prirodnom okruženju uočavaju odstupanja u ponašanju svog djeteta i ponašanja druge djece. Veća briga i informiranost roditelja omogućuje ranije otkrivanje poremećaja u razvoju (GAT, 2005; Gómez Artiga & Viguer Seguí, 2007; Serra Desfilis, 2007).

f) Socijalne službe. Zbog svog odnosa s obiteljima s psiho-socijalnim problemima i sa zajednicom općenito, socijalne službe su u vrlo dobroj poziciji za otkrivanje socijalnih čimbenika rizika u razvoju djeteta, kao što su situacije vrlo niskih obiteljskih prihoda, majke tinejdžerice, ovisnosti o drogama, društvene marginalizacije obitelji itd. (GAT, 2005).

3.1.2.2. Dijagnoza

Dijagnoza se sastoji od pronalaženja dokaza o promjenama u razvoju, kao i saznanja o njihovim uzrocima, što omogućuje početak odgovarajuće terapijske intervencije. S obzirom na sumnju na poremećaj u razvoju djeteta, nužno je predložiti široku dijagnostiku koja razmatra različita područja i razine. Problem u većini slučajeva nije ograničen na jedan aspekt. Obično utječe na različita područja i ima višefaktorsko podrijetlo: međudjelovanje genetskih čimbenika, zdravstvenih aspekata, psiho-afektivne skrbi i okolišnih uvjeta općenito (GAT, 2005; Viguer Seguí & Gómez Artiga, 2007).

Dijagnostika u ranoj skrbi mora se baviti biološkim, psihološkim, socijalnim i obrazovnim područjima, zahtijevajući suradnju stručnjaka iz različitih disciplina: medicine, psihologije, pedagogije i društvenih znanosti.

Dijagnostika razvojnih poremećaja razmatra tri dijagnostičke razine: funkcionalnu, sindromsku i etiološku:

1.) *Funkcionalna dijagnoza*. Kvalitativno i kvantitativno utvrđuje poremećaje ili disfunkcije. Predstavlja osnovne informacije za razumijevanje djetetovih problema, s obzirom na interakciju obitelji i njihove kulturne sredine te njihovih sposobnosti i mogućnosti. Funkcionalna dijagnoza ključna je za izradu ciljeva i strategija intervencije.

2.) *Sindromska dijagnoza*. Skup znakova i simptoma koji definiraju određeni patološki entitet. Identifikacija sindroma omogućuje određivanje struktura (neuroloških, psihičkih ili socijalnih) odgovornih za poremećaj i pruža smjernice o njegovoj etiologiji. Sindromska dijagnoza upućuje i na područja koja zahtijevaju više informacija za postavljanje etiološke dijagnoze. Također, pomaže utvrditi radi li se o stabilnoj, prolaznoj ili razvojnoj patologiji, s pretežno organskom ili okolišnom osnovom.

3.) *Etiološka dijagnoza* izvještava o uzrocima — biološke ili psiho-socijalne prirode — funkcionalnih poremećaja ili identificiranog sindroma (GAT, 2005; Viquer Seguí i Gómez Artiga, 2007).

U svim slučajevima pokušava se utvrditi etiologija različitih identificiranih poremećaja, uvijek uzimajući u obzir njihovu vjerojatnu multifaktorijalnu prirodu. To je širok pristup koji razmatra biološke, psihološke, obrazovne i okolišne aspekte (GAT, 2005).

Jedno važno pitanje u ranoj intervenciji je pravilna komunikacija utvrđenih informacija o dijagnozi s roditeljima u situaciji kada postoji rizik ili vjerojatna prisutnost razvojnog poremećaja u njihovog djeteta. Ovakva informacija kod roditelja izaziva emocionalni šok, tjeskobu, strah, odbijanje i poricanje. To često može pokrenuti obiteljske svađe. Potreban je oprez tijekom ovog procesa davanja informacija i načina na koji se to radi. Dobra informiranost olakšava obitelji da razumiju i prihvate stvarnost svog djeteta te da svoju okolinu prilagode djetetovim potrebama (GAT, 2005; Viquer Seguí & Gómez Artiga, 2007).

Informacija o dijagnozi poremećaja uvijek bi trebala biti popraćena informacijama za obitelj o terapijskim, socijalnim, obrazovnim i ekonomskim resursima, između ostalog. Slično tome, važno je da roditelji znaju kako pristupiti resursima, kao i postojanje grupa podrške. Od vitalne je važnosti osigurati koordinaciju između stručnjaka i institucija te ponuditi podršku tijekom cijelog procesa (GAT, 2005; Serra Desfilis, 2007; Viquer Seguí i Gómez Artiga, 2007).

3.1.3 Tercijarna prevencija

Tercijarna prevencija se u zdravstvu odnosi na akcije usmjerene na sanaciju stanja biopsihosocijalne krize. Primjeri su rođenje djeteta s invaliditetom ili pojava poremećaja u razvoju. EC je zadužen za pokretanje procesa reorganizacije, rad s djecom, obiteljima i sredinom u kojoj žive. Složenost ovih situacija zahtijeva intervenciju multidisciplinarnog tima (GAT, 2005; Gómez Artiga & Viquer Seguí, 2007).

Tercijarna prevencija u ranoj intervenciji objedinjuje sve aktivnosti usmjerene prema djeci i njihovoj okolini kako bi se poboljšali njihovi razvojni uvjeti. Obraća pažnju na djecu, njihove obitelji i njihovu okolinu. Cilj joj je ublažiti ili prevladati razvojne poremećaje ili disfunkcije, spriječiti sekundarne poremećaje i modificirati čimbenike rizika u djetetovom neposrednom okruženju (GAT, 2005; Serra Desfilis, 2007; Viguer Seguí & Gómez Artiga, 2007.)

Drugi temeljni cilj intervencije je osigurati da obitelj zna i razumije stvarnost svog djeteta, njegove sposobnosti i ograničenja. Na taj način obitelji mogu djelovati kao agenti koji poboljšavaju razvoj djece, mijenjajući njihovu okolinu prema njihovim fizičkim, mentalnim i društvenim potrebama, osiguravajući njihovu dobrobit i olakšavajući njihovu društvenu integraciju. Intervencija zahtijeva globalno, interdisciplinarno planiranje, uzimajući u obzir dječje sposobnosti i poteškoće u različitim područjima razvoja te njihovu povijest i razvojne procese. Također mora uzeti u obzir mogućnosti i potrebe ostalih članova obitelji zajedno s raspoloživim resursima te znanjem i djelovanjem u društvenom okruženju (GAT, 2005; Serra Desfilis, 2007; Viguer Seguí & Gómez Artiga, 2007).

3.2. GLAVNA PODRUČJA DJELOVANJA

3.2.1. Centri za razvoj djeteta i ranu skrb (Centri za ranu intervenciju)

Centri za razvoj djeteta i ranu skrb (španjol. Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (CDIAT), engl. Child Development and Early Care Centers) su autonomne službe čiji je cilj skrb za djecu od 0-6 godina koja imaju ili su u riziku od razvojnog poremećaja. Njihov glavni cilj je pružiti skrb potrebnu svoj djeci koja imaju poremećaje ili disfunkcije u svom razvoju, ili koja su u situaciji biološkog, psihološkog ili socijalnog rizika. Ovaj model pokriva skrb o djeci s različitim patologijama ili poremećajima u razvoju (GAT, 2005; Gómez Artiga & Viguer Seguí, 2007).

Timovi koji djeluju u sklopu centara za razvoj djeteta i ranu skrb su multiprofesionalni, interdisciplinarni i holistički orijentirani, s obzirom na to da intervencije pokrivaju intrapersonalne, biološke, psihološke, socijalne i obrazovne aspekte koji su specifični za svakog pojedinca, uz interpersonalne aspekte vezane uz vlastitu okolinu, poput obitelji, škole i kulture. Tim će se sastojati od stručnjaka za ranu intervenciju iz medicinskog, psihološkog, obrazovnog i socijalnog područja (GAT, 2005; Gómez Artiga & Viguer Seguí, 2007; Viguer Seguí & Gómez Artiga, 2007).

3.2.1.1. Primarna i sekundarna prevencija

Funkcije centara za razvoj djeteta i ranu skrb uključuju svjesnost, prevenciju i otkrivanje. Centar za ranu intervenciju surađivat će s institucijama, skupinama pacijenata i drugim stručnjacima u razvoju programa osvješćivanja opće populacije u aspektima prevencije vezanim uz razvoj djeteta (GAT, 2005; Gómez Artiga & Viguer Seguí, 2007; Viguer Seguí & Gómez Artiga, 2007).

3.2.1.2. Tercijarna prevencija

Intervencije će se planirati i programirati individualno, uvažavajući potrebe i mogućnosti svakog djeteta u svakom području razvoja, situaciju, te mogućnosti njegove obitelji i školskog okruženja. Program mora uključivati vremenski raspored ciljeva, metodološki modalitet i evaluaciju predloženih ciljeva ili rezultata primjene programa. Intervencija u Centru za ranu intervenciju započinje kada zaprimi zahtjev obitelji ili bilo kojeg drugog stručnjaka ili ustanove. Ova se intervencija sastoji od različitih trenutaka: početne procjene, terapijske intervencije, praćenja i kontrole te izvješćivanja (GAT, 2005; Gómez Artiga Viguer Seguí, 2007; Viguer Seguí & Gómez Artiga, 2007):

A) Proces početne procjene. Uključuje sveobuhvatno, dubinsko proučavanje djetetova razvoja, individualne i obiteljske povijesti te okoline. Za to je potrebna suradnja stručnjaka iz različitih disciplina, kao i suradnja i koordinacija institucija koje su pokrenule slučaj. Četiri su koraka u početnoj procjeni: 1) Prikupljanje informacija, 2) Procjena djeteta i njegove okoline, 3) Stvaranje dijagnostičkih hipoteza i plana intervencije i 4) Ponovni razgovor s obitelji (GAT, 2005; Gómez Artiga & Viguer Seguí, 2007; Viguer Seguí & Gómez Artiga, 2007).

A1). Prikupljanje informacija. Ispravno prikupljanje informacija najvažniji je element dijagnostičkog procesa i instrument koji usmjerava daljnje korake u procesu evaluacije. Informacije se prikupljaju putem inicijalnog prijama/pregleda i *sustavnog prikupljanja podataka* te kroz doprinos različitih stručnjaka (Saiz Manzanares, & Escolar-Llamazares, 2013; Saiz Manzanares i sur., 2019; Sarriá Sanchez, 2010).

1.1. Pregled/prijam je prvi kontakt s obitelji, u kojem stručnjak sluša i prikuplja razloge za zabrinutost, prošle obiteljske događaje i sjećanja, očekivanja i poteškoće roditelja u vezi s njihovim djetetom. Ovaj razgovor dobrodošlice, osim što je važan alat za početnu procjenu, uspostavlja prve smjernice za dizajn intervencije (GAT, 2005; Gómez Artiga & Viguer Seguí, 2007; Serra Desfilis, 2007; Viguer Seguí & Gómez Artiga, 2007).

1.2. Sustavno prikupljanje podataka. Na temelju informacija iz prijemnog razgovora prikupljaju se podaci koje obitelj nije spontano dala, ali koji su nužni za

pravilno razumijevanje razvoja djeteta i točaka u njegovom razvoju, kao i mogućih uzroka promjene (GAT, 2005; Saiz Manzanares & Escolar-Llamazares, 2013; Saiz Manzanares i sur., 2019; Sarriá Sanchez, 2010).

1.3. Informacije od drugih stručnjaka. Informacije se dobivaju od drugih stručnjaka—kao što su pedijatri, školski psiholozi, odgojitelji, socijalni radnici itd. —putem pisanih izvješća ili razgovora. Podaci će biti organizirani u zajedničku povijest odnosno karton/portfolio (GAT, 2005; Gómez Artiga & Viguer Seguí, 2007; Serra Desfilis, 2007; Viguer Seguí & Gómez Artiga, 2007).

A2). Procjena djeteta i njegove okoline. Postoje različiti instrumenti za procjenu djece i njihove okoline koji se koriste različito za svako dijete ponaosob, na temelju početnih hipoteza temeljenih na njihovoj povijesti: – Promatranje spontanog ponašanja i reakcija na određene prikazane situacije i podražaje; - Odnos s roditeljima i stručnjakom koji provodi evaluaciju; – Odnos s drugom djecom i s odgajateljem tijekom boravka u školi; – Fizikalni pregled te neurološka i funkcionalna procjena djeteta; – Standardizirani testovi; – Promatranje u kućnom okruženju; – Dopunski ispiti, specijalističke konzultacije. Ove tehnike daju informacije o djetetovom općem i specifičnom funkcioniranju na fizičkoj i emocionalnoj razini. Ove informacije će ukazati na moguća ograničenja i nedostatke djeteta, zajedno s njegovim sposobnostima i potencijalima (GAT, 2005; Gómez Artiga i Viguer Seguí, 2007; Saiz Manzanares and Escolar-Llamazares, 2013; Saiz Manzanares i sur., 2019; Sarria Sanchez, 2010).

A3). Izrada dijagnostičkih hipoteza i plana intervencije. Nakon završetka faze prikupljanja informacija, svaki će stručnjak dati podatke i zaključke iz svojih procjena kako bi zajednički uspostavili —uzimajući u obzir sve bio-psiho-socijalne čimbenike —dijagnoze ili dijagnostičke hipoteze na tri razine: funkcionalnoj, sindromskoj i etiološkoj. Utvrdit će se potrebe djeteta i obitelji te postojeći resursi u zajednici. Važno je utvrditi prioritete djelovanja te moguće kratkoročne, srednjoročne i dugoročne prognoze. Ciljevi terapijske intervencije bit će specificirani, poredani po prioritetima i vremenski određeni, određujući stručnjaka ili stručnjake koji će biti odgovorni za svaki dio (GAT, 2005; Gómez Artiga & Viguer Seguí, 2007; Serra Desfilis, 2007; Viguer Seguí & Gómez Artiga, 2007).

A4). Povratni intervju. U povratnom razgovoru roditeljima se nude dijagnostičke informacije koje je pripremio tim, koristeći odgovarajući jezik koji razumiju. Te bi im informacije trebale omogućiti da razumiju situaciju svog djeteta, moguće buduće izglede i terapijska sredstva koja centar može pružiti (GAT, 2005; Gómez Artiga & Viguer Seguí, 2007; Serra Desfilis, 2007; Viguer Seguí & Gómez Artiga, 2007).

B) Terapijska intervencija. Intervencija objedinjuje sve aktivnosti usmjerene na dijete i njegovu okolinu kako bi se poboljšali uvjeti za njihov razvoj. Područja djelovanja i vrsta intervencije utvrdit će se na temelju dobi djeteta, karakteristika i potreba, vrste i stupnja poremećaja, obitelji, samog tima i moguće suradnje s drugim resursima zajednice. Intervencija će se planirati i programirati globalno i individualno, s posebnim smjernicama prilagođenim potrebama svakog djeteta i potrebama svake obitelji u svakom od područja razvoja. Program mora uključivati vremenske okvire ciljeva, kao i evaluaciju i način na koji ih postići (GAT, 2005; Gómez Artiga & Viguer Seguí, 2007; Serra Desfilis, 2007; Viguer Seguí & Gómez Artiga, 2007).

C) Evaluacija i praćenje. Evaluacija mora obuhvatiti sve aspekte intervencije i može se razmatrati kroz dvije faze: a) Kontinuirana evaluacija, koja će omogućiti da se program prilagodi potrebama i modificira po potrebi; b) Konačna evaluacija, koja utvrđuje jesu li ispunjeni ciljevi postavljeni na početku intervencije i koja služi za precizno utvrđivanje smatra li se intervencija dovršenom (GAT, 2005; Gómez Artiga & Viguer Seguí, 2007; Serra Desfilis, 2007; Viguer Seguí & Gómez Artiga, 2007).

D) Završetak i izvještaj. Razdoblje skrbi za dijete u službi rane intervencije završava kada više ne treba ovu uslugu ili, zbog dobi ili dodatnih vještina, mora nastaviti sa skrbi iz drugog izvora. U oba slučaja obitelj ima pravo dobiti usmene informacije i pismeno izvješće u kojem su sažeti djetetov napredak i trenutna situacija, kao i potrebe koje se smatraju optimalnima (GAT, 2005; Gómez Artiga & Viguer Seguí, 2007; Serra Desfilis, 2007; Viguer Seguí & Gómez Artiga, 2007).

3.2.2. Zdravstvene usluge

a). Služba porodništva. Preventivni rad ovih stručnjaka, uglavnom u primarnoj prevenciji, odvija se kroz: Detekciju i dijagnostiku čimbenika rizika prije trudnoće; Skrb za trudnice s visokim biološkim, psihološkim ili socijalnim rizikom; Savjetovanja za pripremu poroda gdje se budućim roditeljima daju informacije o normalnom razvoju djeteta, kao i o mogućim znakovima upozorenja; Detekciju mogućih rizičnih situacija u porodu i odgovarajuće njege; U slučaju prenatalne dijagnoze poremećaja, roditelji - osobito majke - trebaju preventivnu psihološku skrb od samog početka, zbog mogućih učinaka na vezu majka-dijete (GAT, 2005; Serra Desfilis, 2007; Viguer Seguí & Gómez Artiga, 2007).

b). Služba koja brine o novorođenčadi. U perinatalnom okruženju često nalazimo djecu s visokim rizikom od pojave poremećaja, u slučaju nedonoščadi, niske porođajne težine ili drugih nasljednih ili pre-perinatalnih čimbenika. Između 10 i 12% novorođenčadi prolazi kroz "jedinicu za neonatalnu skrb", a za 3% do 5% novorođenčadi smatra se da imaju psihoneurosenzorični rizik. Sve ovo čini neonatološke usluge važnim alatom za primarnu prevenciju. Također, obavljaju važan posao sekundarne prevencije otkrivanjem i dijagnosticiranjem patoloških stanja, već

utvrđenih pri rođenju, koja su povezana s razvojnim poremećajima (GAT, 2005; Serra Desfilis, 2007; Viguer Seguí & Gómez Artiga, 2007).

c). Pedijatrijska služba. Riječ je o zdravstvenim radnicima koji su u redovnom kontaktu s djecom i njihovim obiteljima te su referentna točka roditeljima. Pedijatri su ključni za pravilno otkrivanje i upućivanje djece na dijagnozu, praćenje i intervencijske centre. Primarna prevencija u pedijatriji provodi se kroz program zdravstvene kontrole zdravog djeteta. *Detekcija* podrazumijeva zdravstveni pregled djeteta, uz primjenu objektivnih metoda probira i metoda promatranja za otkrivanje znakova upozorenja na poremećaje u razvoju. Podatke koje nudi obitelj treba procijeniti i dati im posebnu važnost (GAT, 2005; Serra Desfilis, 2007; Saiz Manzanares & Escolar-Llamazares, 2013; Saiz Manzanares i sur., 2019; Sarriá Sanchez, 2010).

d). Neuropedijatrijska služba. Neuropedijatrijske službe interveniraju u ranoj skrbi u različitim područjima: • Djeluju zajedno sa stručnjacima jedinice za novorođenčad u smislu otkrivanja, dijagnoze i terapijske skrbi potrebne novorođenčadi pod rizikom; • Sudjeluju u programima praćenja razvoja kao dio tima za brigu o djeci koja se smatraju visoko bio-psiho-socijalnim rizičnom; • Otkrivaju znakove upozorenja i dijagnosticiraju neurološke poremećaje; Neuropedijatri postavljaju funkcionalnu, sindromsku i etiološku dijagnozu djece s poremećajima u razvoju i to u organskim procesima (GAT, 2005; Gómez Artiga & Viguer Seguí, 2007; Serra Desfilis, 2007).

e). Služba za rehabilitaciju djece. Rehabilitacijske usluge povezane su s tri vrste iskustava: 1. Bolničko iskustvo, u kojem prevladavaju fizikalne terapijske radnje i liječenje "akutnih patologija"; 2. Iskustvo iz socijalnih službi, kroz personalizirane programe za odgovor na potrebe socijalne integracije i autonomije osoba s invaliditetom; 3. Iskustvo grupa za podršku pacijentima kroz specijalizirane centre za sveobuhvatno, intenzivno liječenje određenih patologija. Za djecu od 0 do 6 godina, timovi u ovakvim centrima su vrlo važan dio promicanja programa rane intervencije i rane skrbi. Posebni centri grupa za podršku pacijentima često preuzimaju mjesto centara za skrb o djeci s teškoćama u razvoju, osobito u ranom djetinjstvu (GAT, 2005; Serra Desfilis, 2007).

f). Službe za mentalno zdravlje. Stručnjaci u jedinicama za mentalno zdravlje djece uključeni su na svim razinama rane skrbi. Opće mjere primarne prevencije mentalnog zdravlja djece uključuju: • Koordinaciju i razvoj programa s drugim zdravstvenim, obrazovnim, socijalnim i pravosudnim službama; • Suradnju u preventivnim programima za otkrivanje psiholoških čimbenika rizika; • Sudjelovanje u programima edukacije i koordinacije s drugim stručnjacima primarne zdravstvene zaštite.

Terapeutska intervencija u jedinicama za mentalno zdravlje djece pokriva različite načine djelovanja: • Izravne intervencije s djecom pojedinačno ili u manjim grupama, u slučajevima teške rane psihopatologije, u osnovi psihoza, autizma, razvojnih disharmonija i dr. • Obiteljske intervencije kako bi se obiteljima olakšalo da razumiju dječje poremećaje, poteškoće i važnost prilagodbe obiteljskog okruženja njihovim potrebama; • Aktivnosti koordinacije s drugim srodnim službama i stručnjacima (GAT, 2005; Gómez Artiga & Viguer Seguí, 2007; Serra Desfilis, 2007; Viguer Seguí & Gómez Artiga, 2007).

3.2.3. Socijalna služba

S obzirom na važnost društvenog konteksta i uvjeta okoline u slučaju deficita u razvoju ili u riziku da se on može pojaviti, socijalne službe imaju ulogu i odgovornost kako u programima prevencije tako i u otkrivanju, dijagnostici i intervenciji. Socijalne službe i njihovi stručnjaci interveniraju na svim razinama primarne zdravstvene zaštite. Njihovo djelovanje u ranoj skrbi od vitalne je važnosti i provodi se kroz socijalnu skrb obitelji te kroz programe prevencije i intervencije (GAT, 2005; Gómez Artiga & Viguer Seguí, 2007).

a). Promicanje socijalne skrbi obitelji. Rana intervencija pridonijela je prepoznavanju važnosti čimbenika za razvoj djeteta, poput: afektivna privrženost; ekonomska dostatnost; stabilnost radnog mjesta; stabilnost obiteljskih odnosa; razvijenost socijalnih mreža i dosljednost obrazovnih stilova. Briga o prvim odnosima između roditelja i djece mora biti društveni prioritet. To znači potrebu za opsežnijim mjerama koje, temeljene na poštivanju kulturne raznolikosti, potiču, osposobljavaju i pomažu roditelje u onome što rade te im omogućuju usklađivanje poslovnog i obiteljskog života. (GAT, 2005; Gómez Artiga & Viguer Seguí, 2007; Serra Desfilis, 2007; Viguer Seguí & Gómez Artiga, 2007).

b). Programi prevencije. Prevencija može se provoditi kroz intervencije, bilo individualno ili u grupi, usmjerene na različita okruženja "sa socijalnim poteškoćama/rizikom" kao i kroz projekte zajednice usmjerene na promicanje dobrobiti i sveobuhvatnog zdravlja u ranom djetinjstvu. Programi sekundarne prevencije na temelju pokazatelja socijalnog rizika imaju za cilj otkrivanje obiteljskih situacija te okolišnih i društvenih čimbenika koji mogu utjecati na pojavu poremećaja u razvoju djeteta ili povećanja rizika za isti (GAT, 2005; Gómez Artiga & Viguer Seguí, 2007).

c). Programi rane intervencije u psihosocijalnom području. Ciljevi ovih programa su: a. rekonstrukcija i reorganizacija izvorne obitelji; b. zaštita i praćenje promjena kada dođe do prekida obiteljskih veza ili uspostave novih; c. reintegracija obitelji,

udomiteljstvo ili posvajanje; d. zaštita i praćenje institucionalizirane djece bez drugih mogućnosti ili obiteljskih okruženja; i e. Rano liječenje bilo kojeg razvojnog poremećaja koji se može otkriti (GAT, 2005; Gómez Artiga & Viguer Seguí, 2007).

3.2.4. Obrazovne službe

Škola je važna prekretnica u procesu integracije i socijalizacije djece, vrlo je značajna kod djece s poteškoćama u razvoju. Odgoj i obrazovanje u ranom djetinjstvu posebno je važno jer su prve godine života ključne za skladan fizički i psihički razvoj djece, kao i za formiranje njihovih intelektualnih sposobnosti i razvoj njihove osobnosti. Obrazovanje u ovoj dobi ima izrazit preventivno-kompenzacijski karakter, zbog važnosti rane intervencije u izbjegavanju problema u razvoju kako u općoj populaciji, tako i posebno u djece s posebnim obrazovnim potrebama. Obrazovanje u ranom djetinjstvu uspostavlja niz općih ciljeva kako bi djeca razvila vještine kao što su: poznavanje vlastitog tijela, odnos prema drugima kroz različite oblike izražavanja i komunikacije, stjecanje određene autonomije u svojim uobičajenim aktivnostima te promatranje i istraživanje okoline, obitelji i društvenog okruženja (GAT, 2005; Gómez Artiga & Viguer Seguí, 2007; Serra Desfilis, 2007; Viguer Seguí & Gómez Artiga, 2007).

a). Primarna prevencija. Važno je istaknuti odgojno-obrazovni karakter kao posrednika i pomoćnika prilikom učenja tijekom cijelog školskog razdoblja. Obrazovanje u ranom djetinjstvu treba pridonijeti emocionalnom, fizičkom, socijalnom i moralnom razvoju djece (GAT, 2005; Gómez Artiga & Viguer Seguí, 2007; Serra Desfilis, 2007; Viguer Seguí & Gómez Artiga, 2007).

b). Sekundarna prevencija. Detekcija mogućih posebnih odgojno-obrazovnih potreba djece jedna je od funkcija učitelja, u suradnji s psihopedagoškim timovima. Ti će timovi biti zaduženi za procjenu dječjih potreba, kao i za pitanja vezana uz njihovo školovanje, prilagodbe nastavnog plana i programa i sva tehnička pomagala koja bi im mogla zatrebati (GAT, 2005; Serra Desfilis, 2007; Viguer Seguí & Gómez Artiga, 2007).

c). Tercijarna prevencija. Unutar faze ranog obrazovanja, školovanje za učenike s posebnim obrazovnim potrebama treba započeti u što normalnijem kontekstu kako bi se podržao i potaknuo razvoj i proces učenja. To znači da bi ti učenici u praksi trebali biti u redovnim školama. To znači da se kurikulum prilagođava potrebama svakog učenika, ostavljajući školovanje u posebnim obrazovnim jedinicama ili centrima za situacije u kojima učenici trebaju značajne ili ekstremne prilagodbe redovnom kurikulumu, kao i osobne i materijalne mjere koje nisu uobičajene u redovnim školama (GAT, 2005; Serra Desfilis, 2007; Viguer Seguí & Gómez Artiga, 2007).

4. CILJNA SKUPINA RANE SKRBI O DJECI

EC je namijenjen svojoj djeci od 0 do 6 godina koja pokazuju neku vrstu nedostatka te uključuje djecu s visokim biološkim, psihološkim ili društvenim rizikom koji može utjecati na njihov razvoj (Gútiez, 2005; Robles-Bello & Sánchez-Teruel, 2013).

Prva skupina (*biološki rizik*) odnosi se na djecu koja pate od dokumentiranih promjena ili invaliditeta (poremećaji u motoričkom, kognitivnom, jezičnom, senzornom, općem razvoju, ponašanju, emocionalnom, somatskom izražavanju, evolucijski poremećaji itd.) Druga skupina (*psihološki rizik*) odnosi se na djecu koja su tijekom svog prije, peri ili postnatalnog razdoblja ili tijekom ranog razvoja bila podvrgnuta situacijama koje bi mogle promijeniti njihov proces sazrijevanja, kao što su nedonoščad, mala težina ili anoksija pri rođenju (GAT, 2005; Robles-Bello & Sánchez-Teruel, 2013).

Konačno, djeca u *psihosocijalnom riziku* su ona koja žive u nepovoljnim društvenim uvjetima, kao što su nedostatak skrbi, neadekvatna interakcija s roditeljima i obitelji, loše postupanje, zanemarivanje ili zlostavljanje, što može promijeniti njihov proces sazrijevanja (GAT, 2011.; Ananas, 2007.). Ponekad roditelji te djece mogu pokazivati stavove da su programi EC-a odgovorni za smanjenje ili modificiranje ponašanja i ispunjavanje posebnih potreba njihove djece. Uvijek se nastoji poboljšati razvoj djeteta ili barem osigurati da se smanji negativan utjecaj na njegov razvoj (GAT, 2005; Gómez Artiga & Viguer Seguí, 2007; Robles-Bello & Sánchez-Teruel, 2013).

Trenutno postoje specifični, dogovoreni, zajednički dijagnostički kriteriji unutar EC koji omogućuju izvođenje epidemioloških studija, planiranje istraživanja, poduzimanje preventivnih mjera, ugovorene oblike djelovanja i uspostavljanje zajedničkog jezika među profesionalcima uključenim u EC iz različitih disciplina. Riječ je o Dijagnostičkoj organizaciji za ranu skrb (ODAT) (FEAPAT, 2004., 2008.) koja na temelju prethodnih međunarodnih klasifikacija omogućuje prepoznavanje ne samo razvojnih poremećaja ili poteškoća, već i etioloških čimbenika koji ih uzrokuju bilo biološke, psihološke i/ili društvene prirode (GAT, 2005; Robles-Bello & Sánchez-Teruel, 2013).

Ovaj sustav klasifikacije organiziran je u niz osi koje su modelirane tako da sadrže popise različitih aspekata biološke, psihološke i socijalne prirode, a također uključuje kontinuum koji predstavljaju: detekcija, dijagnoza i liječenje.

Struktura ima tri razine:

Prva razina opisuje čimbenike rizika za razvojne poremećaje u različitim kontekstima, dijete, obitelj i okolina. Uključuje:



1. Biološke čimbenike rizika.
2. Obiteljske čimbenike rizika.
3. Čimbenike rizika iz okoline.

Druga razina opisuje vrstu poremećaja ili disfunkcija koje se mogu dijagnosticirati kod djeteta u interakciji s obitelji i obilježjima okoline. Uključuje:

1. Poremećaje u razvoju.
2. Obitelj.
3. Okolinu.

Treća razina uključuje resurse raspoređene u tri osi koje se odnose na dijete, obitelj i okolinu. Liječenje se provodi u centrima za razvoj i ranu skrb o djeci, koji odgovaraju na potrebu zajednice da promiče aktivnosti povezane s odgojem, obrazovanjem i socijalizacijom na svim razinama prevencije (Robles-Bello & Sánchez-Teruel, 2013; Serra Desfilis, 2007; Viguer Seguí & Gómez Artiga, 2007).

5. ZAKLJUČCI

Postignut je veliki napredak u razvoju programa usmjerenih na djecu, roditelje i zajednicu u pitanjima prevencije, otkrivanja, liječenja i informiranja o EC. Ovaj napredak ostvaren je posebno zahvaljujući skupinama roditelja pogođene djece i stručnjacima iz različitih područja koji su se uključili u razvoj ovih akcija (Robles-Bello & Sánchez-Teruel, 2013; Serra Desfilis, 2007; Viguer Seguí & Gómez Artiga, 2007).

Prema Bijeloj knjizi o ranoj intervenciji (GAT, 2000., 2005., 2011.) istraživanje je neophodno za razvoj intervencijskih programa. Istraživanja u području psihologije ranog razvoja djece poslužit će za unaprijeđenje znanja o karakteristikama različitih teškoća i razvojnih poremećaja, njihovim reperkusijama na obiteljsku dinamiku i izvore stresa, kao i za procjenu koji su modaliteti intervencije najučinkovitiji. Dugo su istraživanja Europske komisije bila usredotočena gotovo isključivo na dokazivanje učinkovitosti bilo koje intervencije naspram nikakve intervencije. Trenutno postoji potreba da se pokaže koji su specifični pristupi intervencije najučinkovitiji, koji posebni aspekti svakog oblika intervencije dovode do boljih ishoda za djecu, koje su karakteristike programa najučinkovitije i koje karakteristike pristupa djetetu i obitelji doprinose najboljim rezultatima (Robles-Bello & Sánchez-Teruel, 2013; Serra Desfilis, 2007; Viguer Seguí & Gómez Artiga, 2007).

U tom smislu, nužno je provesti interdisciplinarna istraživanja koja omogućuju srednjoročno i dugoročno praćenje razvoja djece. Rezultate je potrebno prodiskutirati sa službama nositeljima programa koji inicijalno zadovoljavaju potrebe djece i njihovih obitelji kako bi se mogli procijeniti stvarni učinci pojedinih resursa i promicati poboljšanja kvalitete svih usluga (Robles-Bello & Sánchez-Teruel, 2013; Serra Desfilis, 2007; Viguer Seguí & Gómez Artiga, 2007).

Evaluacija programa intervencije EC ima dva cilja: razumijevanje, s jedne strane, dječjih kapaciteta i sposobnosti i, s druge strane, obiteljskog života i organizacije. S tim saznanjima moći će se za svako dijete u obitelji osigurati najprikladniji individualni program tretmana (Meisels & Shonkoff, 2000; Robles-Bello & Sánchez-Teruel, 2011, 2013).

Evaluacije programa EC-a nastoje utvrditi kako EC funkcionira u smislu broja centara za razvoj djece u ranoj skrbi, zaposlenih stručnjaka, djece, oblika upućivanja i vrste subvencije. Bilo bi vrlo značajno razumjeti koliko su učinkoviti na temelju napretka u razvoju djece koja su podvrgnuta programu (GAT, 2011; Robles-Bello & Sánchez-Teruel, 2013).

Nadalje, i dalje treba bolja koordinacija između različitih čimbenika uključenih u program EC te bolja koordinacija između različitih administrativnih službi (Robles-Bello & Sánchez-Teruel, 2013).

Sažetak

Rana skrb, EC, ima za cilj ponuditi djeci s utvrđenim nedostacima ili onima u riziku od njih niz optimizirajućih i kompenzacijskih radnji koje olakšavaju njihovo pravilno sazrijevanje u svim područjima i koje im omogućuju postizanje najviše razine osobnog razvoja i društvene integracije (GAT, 2005; Serra Desfilis, 2007).

Razvoj djeteta u ranim godinama karakterizira progresivno stjecanje funkcija kao što su posturalna kontrola, autonomija pokreta, komunikacija, verbalni jezik i socijalna interakcija. Ovaj razvoj je povezan s procesom sazrijevanja živčanog sustava te s emocionalnim i mentalnim sazrijevanjem. Zahtijeva i odgovarajuću genetsku podlogu i zadovoljenje osnovnih zahtjeva ljudskog bića na biološkoj i psihoafektivnoj razini (GAT, 2005.; Serra Desfilis, 2007.). Razvoj je dinamički proces međudjelovanja organizma i okoline koji rezultira organskim i funkcionalnim sazrijevanjem živčanog sustava, razvojem psihičkih funkcija i strukturiranjem ličnosti.

Razvojnim poremećajem smatra se značajno odstupanje od tijeka razvoja, zbog zdravstvenih razloga ili razloga koji ugrožavaju biološki, psihološki i društveni napredak. Neka zaostajanja u razvoju mogu se spontano nadoknaditi ili neutralizirati,



te su uz odgovarajuće intervencije prolaznog karaktera (GAT, 2005; Serra Desfilis, 2007).

Glavni cilj EC je promicanje razvoja i dobrobiti djeteta i njegove obitelji, omogućavanje njegove integracije u obiteljsko, školsko i društveno okruženje, kao i njegove osobne autonomije (Candel, 2005). Posljedično, radi se na područjima poput kognitivnih, autonomnih, jezičnih ili komunikacijskih te motoričkih vještina, uz savjetovanje, usmjeravanje i interveniranje pojedinačno i/ili u grupama za obitelji koje imaju dijete s teškoćama u razvoju ili u riziku od istog (State Federation of Associations of Early Care Professionals -FEAPAPT-, 2008; GAT, 2005; Robles-Bello and Sánchez-Teruel, 2013).

Prilikom planiranja intervencije, razvoj i potrebe djeteta moraju se uzeti u obzir u svim područjima, a ne samo u dijelu koji se odnosi na određeni deficit ili invaliditet. U ranoj skrbi dijete se mora promatrati kao cjelina, uzimajući u obzir intrapersonalne, biološke, psihosocijalne i obrazovne aspekte, specifične za svakog pojedinca kao i aspekte povezane s vlastitom okolinom, obitelji, školom, kulturom i društvenim kontekstom (GAT, 2005; Viguer Seguí and Gómez Artiga, 2007).

Slijedom toga, promišlja se niz akcija usmjerenih na populaciju od 0 do 6 godina, ali i na obitelj i zajednicu. Brojne su znanstvene discipline koje podupiru teorijsku osnovu EC, kao što su neurologija, razvojna psihologija i psihologija učenja, pedijatrija, psihijatrija, pedagogija, fizioterapija, logopedija itd. (De Linares i Rodríguez, 2004; Robles-Bello i Sánchez-Teruel, 2013; Viguer Seguí & Gómez Artiga, 2007).

S obzirom da se EC u velikoj mjeri temelji na prevenciji, možemo je povezati i s primarnom, sekundarnom i s tercijarnom prevencijom: - Primarna prevencija u EC djeluje na subjekte s "visokim rizikom" od poremećaja, čak i ako još nisu pokazali simptome ili nisu dijagnosticirani. Riječ je o univerzalnim mjerama, usmjerenim na cjelokupnu populaciju i s namjerom zaštite zdravlja. - Sekundarna prevencija djeluje na izbjegavanje onoga što može dovesti do pojave poremećaja ili deficita, smanjivanje njegovog napredovanja i trajanja ili ublažavanje njegovih učinaka, a sve u cilju smanjenja bolesti u populaciji. U EC se pokušavaju rano otkriti bolesti, poremećaji ili rizične situacije (Robles-Bello & Sánchez-Teruel, 2013.). - Tercijarna prevencija ima za cilj smanjiti učestalost kroničnih invaliditeta u populaciji, nastojeći minimizirati invaliditet uzrokovan bolešću. U EC, on usmjerava svoje akcije kako bi smanjio posljedice deficita ili bolesti, nakon što se jednom dijagnosticiraju. Pokušavaju se ublažiti posljedice proizašle iz metaboličkih, neuroloških, genetskih ili razvojnih poremećaja ili patologija djeteta (Robles-Bello i Sánchez-Teruel, 2013.).

Glavna područja djelovanja obuhvaćaju Centre za razvoj djece i ranu skrb, zdravstvene usluge, socijalne usluge i obrazovne usluge.

Treba istaknuti veliki napredak postignut u razvoju programa usmjerenih na djecu, roditelje i zajednicu u pitanjima prevencije, otkrivanja, liječenja ili informiranja o EC (Robles-Bello i Sánchez-Teruel, 2013.; Serra Desfilis, 2007.; Viguer Seguí i Gómez Artiga, 2007.). Važno je potaknuti i interdisciplinarna istraživanja koja omogućavaju srednjoročno i dugoročno praćenje djetetovog razvoja. S njima treba upoznati službe i intervencijske programe koji su inicijalno zadovoljili potrebe djeteta kao i njihove obitelji, kako bi se procijenili stvarni učinci resursa te promicalo poboljšanje kvalitete svih usluga (Robles-Bello i Sánchez-Teruel, 2013; Serra Desfilis, 2007; Viguer Seguí i Gómez Artiga, 2007).

Rječnik pojmova

Primarna prevencija: Skup je zdravstvenih aktivnosti usmjerenih uglavnom na opću populaciju, sa ciljem sprječavanja nastanka ili pojave bolesti. Cilj je smanjiti učestalost bolesti.

Sekundarna prevencija: Sastoji se od otkrivanja i liječenja bolesti u vrlo ranim fazama. Intervencija se provodi na početku bolesti, a glavni joj je cilj spriječiti ili usporiti njezin razvoj.

Tercijarna prevencija: Nastoji smanjiti stupanj invaliditeta, posljedica i prerane smrti, u slučaju da prethodno nije postignut oporavak od poremećaja ili bolesti.

Genetska osnova: Predstavlja nasljeđe procesa u kojem roditelj prenosi određene gene svom potomstvu.

Čimbenici okoline: Svaki od elemenata okoline koji izravno djeluje na živo biće (ili barem na jednu fazu njegova životnog ciklusa). Okolina je sinonim za prirodno okruženje.

Biološki rizik: Moguća izloženost npr. mikroorganizmima koji mogu uzrokovati bolest.

Socijalni rizik: Pod socijalnim rizikom podrazumijeva se mogućnost da osoba pretrpi štetu koja proizlazi iz utjecaja društva ili socijalnog statusa.

Izravno promatranje: sustavno, validirano i pouzdano bilježenje ponašanja pri čemu istraživač prikuplja podatke vlastitim promatranjem.

Literatura

Alonso, J. M. (1997). Early attention. In S. Alonso and D. Casado (Eds.). *Achievements on Disability in Spain* (p. 45-67). Madrid: Royal Board of Prevention and Care for People with Disabilities.

- Anguera Arginaga, M. T. (2005). La observación. In C. Moreno Rosset (Ed.), *Evaluación psicológica. Concepto, proceso & aplicación en las áreas del desarrollo & de la inteligencia* (pp. 225–291). UNED & Sanz & Torres.
- Candel, I (2005). Elaboración de un programa de Atención Temprana [Elaboration of a program of early intervention]. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 3(3), 151-192.
- Costa, M., & López, E. (1986). *Salud Comunitaria*. Barcelona: Martínez-Roca.
- De Linares, C. & Rodríguez, T. (2004). Bases de la atención familiar en la Atención Temprana. En J. Pérez- López, & A. G. Brito (Eds.), *Manual de Atención Temprana. Psicología*. Madrid: Pirámide.
- Escorcía Mora, Claudia Tatiana, & García Rodríguez (2019) *Prácticas de atención temprana centradas en la familia & en entornos naturales*. Madrid: UNED.
- Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (FEAPAT) (2004). *Organización Diagnóstica para la Atención Temprana. Manual de Instrucciones*. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad.
- Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (FEAPAT) (2008). *Organización Diagnóstica para la Atención Temprana. Manual de Instrucciones*. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad.
- GAT (2011). *La realidad actual de la Atención Temprana en España*. [The current reality in the early intervention in Spain] Madrid: Real Patronato de la Discapacidad.
- Gómez Artiga, A., Viquer Seguí P., & Cantero López, M.J. (2013). *Intervención temprana desarrollo óptimo de 0 a 6 años*. Pirámide.
- Gómez Artiga, A., & Viquer Seguí, P. (2007). Aproximación al estudio de la Intervención Temprana: antecedentes, orígenes y evolución histórica. In A. Gómez Artiga, P. Viquer Seguí, & M. J. Cantero López (Eds.), *Intervención Temprana. Desarrollo óptimo de 0 a 6 aos* (pp. 21–35). Ediciones Pirámide.
- Gútiérrez, P. (Ed.) (2005). *Atención Temprana: prevención, detección e intervención en el desarrollo (0- 6 años) y sus alteraciones*. [Early intervention: prevention, detection and intervention in the development (0- 6 years) and their disorders] Madrid: Editorial Complutense.
- Grupo de Atención Temprana (GAT) (2005).. *Libro Blanco de la Atención Temprana*. In *Real Patronato sobre Discapacidad*. Real Patronato sobre Discapacidad.

- Grupo de Atención Temprana (GAT) (2005). Libro Blanco de la Atención Temprana. In *Real Patronato sobre Discapacidad*. Real Patronato sobre Discapacidad.
- Quirós, V. (2009). Nuevo modelo para la atención temprana en Andalucía: directrices y desafíos. *Revista Iberoamericana de Educación*, 48, 1-8
- Pérez-López, J. y Brito, A. G. (2004). Manual de Atención Temprana. Madrid: Pirámide.
- Pina, J. (2007). Análisis de un modelo de seguimiento en Atención Temprana. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid.
- Pons, A. (2007). Atención Temprana en Andalucía, *Vox Paediatrica*, 15, 26-29.
- Polonio-López, B., Castellanos Ortega, M.C., & Viana Moldes, I. (2008). Terapia Ocupacional en la Infancia: Teoría y Práctica. Madrid: Panamericana.
- San Salvador, J. (1998). Estimulación Precoz. Barcelona: CEAC.
- Sáiz, M.C. Aplicación y Validación de un programa de desarrollo socio-cognitivo en niños con deprivación socio-ambiental. Tesis Doctoral. Valladolid: Secretariado de publicaciones e intercambio científico de la Universidad de Valladolid [Microficha]. [Disponible en el repositorio institucional de la Universidad de Burgos con autorización de la Universidad de Valladolid.
- Saiz Manzanares, M. C., & Escolar-Llamazares, M. C. (2013). *Observación Sistemática e Investigación en Contextos Educativos*. Servicio de Publicaciones e Imagen Institucional de la Universidad de Burgos.
- Saiz Manzanares, M. C., Escolar Llamazares, M. C., & Rodríguez Medina, J. (2019). *Investigación cualitativa. Aplicación de métodos mixtos y de técnicas de minería de datos*. Servicio de Publicaciones e Imagen Institucional Universidad de Burgos.
- Sarriá Sanchez, E. (2010). La observación. In S. Fontes de Gracia, C. García-Gallego, L. Quintanilla Cobián, R. Rodríguez Fernández, P. Rubio de Lemus, & E. Sarriá Sánchez (Eds.), *Fundamentos de investigación en Psicología* (pp. 311–352). Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Sarriá Sánchez, E., & Brioso Díez, Á. (2010). Metodología observacional. In M. J. Navas Ara (Ed.), *Métodos, diseños y técnicas de investigación psicológica* (pp. 439–482). Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Serra Desfilis, E. (2007). Una visión de la Intervención Temprana desde la orientación

del ciclo vital. In A. Gómez Artiga, P. Viguer Seguí, & M. J. Cantero Lòpez (Eds.), *Intervención Temprana. Desarrollo óptimo de 0 a 6 aos* (pp. 53–69).

Viguer Seguí, P., & Gómez Artiga, A. (2007). La Intervención Temprana desde las diferentes escuelas psicológicas. In A. Gómez Artiga, P. Viguer Seguí, & M. J. Cantero Lòpez (Eds.), *Intervención Temprana. Desarrollo óptimo de 0 a 6 años* (pp. 3–750). Ediciones Pirámide.

Osnovna literatura modula

Anguera Arginaga, M. T. (2005). La observación. In C. Moreno Rosset (Ed.), *Evaluación psicológica. Concepto, proceso y aplicación en las áreas del desarrollo y de la inteligencia* (pp. 225–291). UNED y Sanz y Torres.

Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (FEAPAT) (2008). Organización Diagnóstica para la Atención Temprana. Manual de Instrucciones. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad. GAT (2011). La realidad actual de la Atención Temprana en España. [The current reality in the early intervention in Spain] Madrid: Real Patronato de la Discapacidad.

Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (FEAPAT) (2008). Organización Diagnóstica para la Atención Temprana. Manual de Instrucciones. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad. GAT (2011). La realidad actual de la Atención Temprana en España. [The current reality in the early intervention in Spain] Madrid: Real Patronato de la Discapacidad

Sáiz, M.C. Aplicación y Validación de un programa de desarrollo socio-cognitivo en niños con privación socio-ambiental. Tesis Doctoral. Valladolid: Secretariado de publicaciones e intercambio científico de la Universidad de Valladolid [Microficha]. [Disponible en el repositorio institucional de la Universidad de Burgos con autorización de la Universidad de Valladolid.

Viguer Seguí, P., & Gómez Artiga, A. (2007). La Intervención Temprana desde las diferentes escuelas psicológicas. In A. Gómez Artiga, P. Viguer Seguí, & M. J. Cantero Lòpez (Eds.), *Intervención Temprana. Desarrollo óptimo de 0 a 6 años* (pp. 3–750). Ediciones Pirámide.

Specijalizirani trening upotrebom naprednih tehnologija za osposobljavanje i specijalizaciju stručnjaka u području odgoja, obrazovanja i skrbi djece predškolske dobi

Mrežni izvor

- The Educator. Partnerships in Early Intervention. July 2016: http://icevi.org/wp-content/uploads/2017/11/The_Educator_2016_July_Partnerships_in_Early_Intervention_Vol_XXX_Issue_1-1.pdf

