Sustavi rane podrške djeci s teškoćama u razvoju iz perspektive roditelja i stručnjaka

Šarčević Ivić-Hofman, Katarina

Doctoral thesis / Disertacija

2022

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, Faculty of Education and Rehabilitation Sciences / Sveučilište u Zagrebu, Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:158:267914

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-03-29**

Repository / Repozitorij:

Faculty of Education and Rehabilitation Sciences - Digital Repository

Sveučilište u Zagrebu

Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet

Katarina Šarčević Ivić-Hofman

SUSTAVI RANE PODRŠKE DJECI S TEŠKOĆAMA U RAZVOJU IZ PERSPEKTIVE RODITELJA I STRUČNJAKA

DOKTORSKI RAD

Zagreb, 2022.

Sveučilište u Zagrebu

Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet

Katarina Šarčević Ivić-Hofman

SUSTAVI RANE PODRŠKE DJECI S TEŠKOĆAMA U RAZVOJU IZ PERSPEKTIVE RODITELJA I STRUČNJAKA

DOKTORSKI RAD

Mentorice:

Izv.prof.dr.sc. Ana Wagner Jakab

Prof.dr.sc. Lelia Kiš-Glavaš

Zagreb, 2022.

University of Zagreb

Faculty of Education and Rehabilitation Sciences

Katarina Šarčević Ivić-Hofman

EARLY SUPPORT SYSTEMS FOR CHILDREN WITH DISABILITIES FROM THE PERSPECTIVE OF PARENTS AND PROFESSIONALS

DOCTORAL DISSERTATION

Supervisor(s):

Ana Wagner Jakab, PhD, Associate Professor

Prof.dr.sc. Lelia Kiš-Glavaš, PhD, Full Professor

Zagreb, 2022.

INFORMACIJE O MENTORICI

Izv.prof.dr.sc. Ana Wagner Jakab

Ana Wagner Jakab rođena je 15. ožujka 1973. godine u Zagrebu, hrvatska je državljanka. Diplomirala je, magistrirala i doktorirala na Edukacijsko-rehabilitacijskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu. Zaposlena je na fakultetu od 1998. godine, a od 2018. je u znanstveno-nastavnom zvanju izvanredne profesorice Sudjelovala je kao istraživač na jedanaest znanstvenih projekata (šest domaćih i pet međunarodnih) od kojih na jednom u svojstvu voditeljice. Nositeljica je dva obvezna (*Teškoće učenja i Višestruke teškoće*) i jednog izbornog kolegija (*Praktikum iz rada s obitelji*). Sudjeluje i u izvođenju nastave na izvanrednom studiju Edukacijsko-rehabilitacijskog fakulteta, kao i na poslijediplomskom specijalističkom studiju Rana intervencija. Nositeljica je više obveznih kolegija na studiju Edukacijske-rehabilitacije na Fakultetu prirodoslovno-matematičkih i odgojnih znanosti Sveučilišta u Mostaru.

Mentorica je i sumentorica više diplomskih radova, specijalističkih radova te sumentor tri doktorska rada.

Autorica je 21 objavljenog znanstvenog rada te je u svojstvu autora i suautora prezentirala 33 puta na međunarodnim i domaćim skupovima, od čega su dva pozvana plenarna predavanja. Bila je članica organizacijskog (tajnica) i tri programska odbora međunarodnih znanstvenih skupova te predsjednica programskog odbora znanstvenog međunarodnog simpozija te jedna od urednica dva zbornika sažetaka. Suautorica je tri znanstvene knjige i jedna od urednica jedne od njih.

Obavljala je tijekom šest godina funkciju ECTS-koordinatora i bila pročelnica Odsjeka za Inkluzivnu edukaciju i rehabilitaciju na Edukacijsko-rehabilitacijskom fakultetu.

Stručnim radom bavi se kroz sudjelovanje u nizu edukacija za učitelje, odgojitelje, vjeroučitelje i srednjoškolske profesore, organiziranih i financiranih iz europskih projekata. Aktivna je u akcijama i projektima pokrenutim iz nevladinog sektora te je bila voditeljica, a sada je članica Kabineta za psihoterapiju u Centru za rehabilitaciju, Edukacijsko-rehabilitacijskog fakulteta. Završila je nekoliko međunarodnih, višegodišnjih edukacija od kojih se može istaknuti Edukacija iz Montessori predškolske pedagogije u organizaciji MEPI- Montessori Educational

Programs International i edukacija iz Gestalt psihoterapije u organizaciji IGW- Institut fur Integrative Gestalttherapie Wurzburg. Suautorica je nekoliko stručnih priručnika.
Tijekom godina, kontinuirano se kroz stručni, ali i istraživački rad bavila obiteljima djece s teškoćama u razvoju i osoba s invaliditetom, s naglaskom na sestre i braću djece s teškoćama u razvoju.

Bila je članica je IASSID (International Association for the Scientific Study of Intellectual Disabilities) i SIRG (Special Interest Research Group) Quality of life, Hrvatske udruge za ranu intervenciju (HURID), Udruge edukacijskih-rehabilitatora, Zagreb, Centra inkluzivne podrške-IDEM te je bila predsjednica Udruge Korablja koja je članica međunarodne organizacije Arka.

Udana je i majka djevojke i dječaka.

INFORMACIJE O MENTORICI

Prof.dr.sc. Lelia Kiš-Glavaš

Prof. dr. sc. Lelia Kiš-Glavaš rođena je 1965. godine, diplomirala je, magistirala i doktorirala na Edukacijsko-rehabilitacijskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu (ERF).

U statusu je redovite profesorice u trajnom zvanju, a obnaša funkciju Koordinatorice za studente s invaliditetom ERF-a (od 2007. godine) i članica je Odbora za znanstvenoistraživačku djelatnost te je od 2004. do 2009. godine obnašala funkciju Prodekanice za znanost. Od 2009. do 2011. godine bila je Voditeljica međunarodne suradnje na ERF-u, a od 2012. do 2014. godine Voditeljica studijskih programa Rehabilitacija i Edukacijska rehabilitacija.

Na Sveučilištu u Zagrebu od 2008. do 2016. godine bila je predsjednica Povjerenstva za studente s invaliditetom, kao i UNICA-ina koordinatorica za studente s invaliditetom i članica radne skupine „Equal Opportunities“, a bila je i voditeljica sveučilišnog Tempus projekta „Education for Equal Opportunities at Croatian Universities – EduQuality“ (2010. – 2013.).

Članica je brojnih stručnih udruga i povjerenstava, a sudjelovala je u izradi nekoliko zakona i podzakonskih akata. Trenutno je članica Povjerenstva Vlade Republike Hrvatske za osobe s invaliditetom te, do 2021. godine, Nacionalne skupine za unapređenje socijalne dimenzije visokog obrazovanja.

Nositeljica je i izvoditeljica nastavnih predmeta na preddiplomskom, diplomskom i poslijediplomskim (doktorski i specijalistički) studijima ERF-a, kao i na preddiplomskom i diplomskom studiju Edukacijske rehabilitacije na Fakultetu prirodoslovno-matematičkih i odgojnih znanosti na Sveučilištu u Mostaru te prethodno i na Diplomskom specijalističkom stručnom studiju Fizioterapije na Zdravstvenom veleučilištu u Zagrebu kao i na Edukacijsko-rehabilitacijskom fakultetu Univerziteta u Tuzli, Bosna i Hercegovina. Nositeljica je i izvoditeljica sveučilišnog izbornog kolegija Vršnjačka potpora studentima s invaliditetom koji se nudi na svim studijskih programima Sveučilišta u Zagrebu.

Područja znanstvenog interesa prof. dr. sc. Lelie Kiš-Glavaš pokrivaju sustav potpore studentima s invaliditetom u visokom obrazovanju u Republici Hrvatskoj (implementacija i razvoj, evaluacija učinkovitosti i zadovoljstvo sudionika procesa), profesionalna rehabilitacija i zapošljavanje osoba s invaliditetom (dobrobiti zapošljavanja osoba s invaliditetom, motiviranost osoba s invaliditetom za zapošljavanje i stavovi poslodavaca, analiza uspješnosti procesa), stanje ljudskih prava osoba s invaliditetom, edukacijska integracija (prije svega u sustavu visokog obrazovanja te edukacija nastavnog osoblja u primarnom i sekundarnom obrazovanju), nepoželjna ponašanja, rehabilitacija putem pokreta i bazična perceptivno-motorička stimulacija.

Do danas je bila voditeljica tri znanstvena projekta, suradnica na 13 znanstvenih projekata, supervizorica i savjetnica jednog znanstvenog projekta, kao i suradnica na 13 stručnih projekata, od kojih sedam međunarodnih i voditeljica jednog međunarodnog stručnog projekta te koordinatorica partnerske institucije na jednom međunarodnom projektu. Bila je mentorica u izradi 55 diplomskih, dva specijalistička i tri znanstvena magistarska rada te sumentorica u izradi tri doktorska rada.

Godine 2007. godine dobila je nagradu „Ivančica“ za značajan doprinos razvoju sustava profesionalne rehabilitacije u Republici Hrvatskoj.

Udana je i majka dvoje odrasle djece.

ZAHVALA

Ovaj rad posvećujem svom djedu Đuri i sinu Josipu koji su me zadužili da promičem plemenitost, poštenje i vjeru u ljude!

U trenutcima pisanja ove zahvale na um mi dolaze svi ljudi koji su mi pružali podršku tijekom pisanja ovog doktorskog rada, kojima se nadam zahvaliti u godinama koje slijede.

Zahvalnost za potporu prilikom izrade ovog doktorskog rada prvo želim izraziti svojim mentoricama izv. prof. dr.sc. Ani Wagner Jakab i prof. dr. sc. Leliji Kiš-Glavaš za iznimnu podršku i vjeru u mene te su me svojim savjetima usmjerile na pravi put.

Također zahvaljujem svim sudionicima, jer bez njih ne bi ni bilo ovog doktorskog rada.

Najviše hvala mojim roditeljima Miri i Željku koji su mi uvijek bili bezuvjetna podrška, kako u školovanju, tako i cjelokupnom životu. Također hvala seki Alki i nećakinji Dori koje su uvijek bile ovdje kada je trebalo.

Hvala mojim prijateljicama Andrei i Martini, koje su me podupirale do samog kraja, kao i svim bivšim i sadašnjim kolegicama i kolegama.

I naposljetku, najviše hvala sinu Josipu i suprugu Igoru koji su me uvijek podržavali i vjerovali u mene i radovali se svakom mojem uspjehu. Hvala na strpljivom podnošenju svih mojih „mana″ tijekom pisanja te bodrenju u najtežim trenutcima.

Hvala svima na razumijevanju i strpljivosti kako bi ovaj doktorski rad ugledao svjetlo dana!

SAŽETAK

Rana intervencija u djetinjstvu obuhvaća širok spektar postupaka, od rođenja djeteta do polaska u školu, s ciljem poboljšanja zdravlja i dobrobiti djece, njihovih kompetencija, minimiziranja razvojnih teškoća, ublažavanja postojećih teškoća, prevencije funkcionalnog pogoršanja, promoviranja adaptivnog roditeljstva i poboljšanja funkcioniranja obitelji (Pinjatela i Joković Oreb, 2010). Uključuje pružanje podrške obitelji (djeci, njihovim roditeljima te drugim članovima obitelji), informiranje, rehabilitaciju i savjetovanje (Košićek i sur., 2009), u smislu rješavanja problema u vezi zdravstvene skrbi, odgoja i obrazovanja, obiteljskih i društvenih pitanja.

Cilj ovog istraživanja bio je utvrditi informiranost, zadovoljstvo i očekivanja roditelja i stručnjaka sustavom usluga rane podrške djeci s teškoćama u razvoju i njihovim obiteljima u Brodsko-posavskoj i Istarskoj županiji, od kojih je Brodsko-posavska na nižem, a Istarska županija na višem stupnju razvijenosti.

Uzorak obuhvaća152 roditelja djece s teškoćama u razvoju u dobi od rođenja do polaska u školu i 82 stručnjaka iz područja zdravstva, socijalne skrbi te ranog i predškolskog odgoja i obrazovanja iz Brodsko-posavske i Istarske županije. Korištena su dva mjerna instrumenta koja su osmišljena u svrhu ovog istraživanja (Šarčević Ivić-Hofman, Wagner Jakab i Kiš-Glavaš, 2015). Jedan upitnik namijenjen je roditeljima djece s teškoćama u razvoju, a drugi je namijenjen stručnjacima koji rade s djecom s teškoćama u razvoju i njihovim obiteljima.

Važno je istaknuti sljedeće:

1. Rezultati o percipiranoj socijalnoj podršci pokazuju da većina roditelja prima usluge rane podrške, a veću podršku primaju iz formalnih izvora, nego neformalnih izvora mreže podrške.
2. Rezultati o informiranosti roditelja uslugama rane podrške govore da roditelji najviše poznaju i koriste uslugu pedijatra iz doma zdravlja te usluge stručnjaka iz dječjeg vrtića. S obzirom na nalaze regresijske analize, roditelji koji imaju višu stručnu spremu bili su i bolje informirani uslugama rane podrške $(\beta = .25, p < .01)$.
3. Rezultati o zadovoljstvu roditelja uslugama rane podrške pokazuju da je najviše roditelja zadovoljno uslugama koje nude dječji vrtići (uključivanje djece s teškoćama u razvoju i savjetodavna podrška stručnjaka, posebno odgojitelja i edukacijskog rehabilitatora) te savjetodavnom podrškom pedijatra iz doma zdravlja. Rezultati regresijske analize pokazali su da se nijedno sociodemografsko obilježje nije pokazalo prediktorom zadovoljstva roditelja uslugama rane podrške.

4. Rezultati o očekivanjima roditelja od usluga rane podrške pokazuju kako su dva sociodemografska obilježja statistički značajno povezana s očekivanjima roditelja o formalnoj podršci, a to su samoprocjena materijalnog stanja i stupanj obrazovanja.
5. Rezultati o informiranosti stručnjaka uslugama rane podrške pokazuju da najviše stručnjaka poznaje savjetodavnu podršku pedijatra iz doma zdravlja te uslugu uključivanja djece s teškoćama u razvoju u dječji vrtić. Rezultati regresijske analize pokazali su da sociodemografska obilježja, samoprocjena educiranosti stručnjaka za rad s djecom s teškoćama u razvoju i samoprocjena znanja o djeci s teškoćama u razvoju nisu se pokazali značajnim prediktorom informiranosti stručnjaka uslugama rane podrške.
6. Rezultati o zadovoljstvu stručnjaka uslugama rane podrške govore da je najviše stručnjaka zadovoljno uslugama savjetodavne podrške pedijatra iz doma zdravlja i uključivanja djece s teškoćama u razvoju u dječji vrtić. Rezultati su pokazali kako stručnjaci koji imaju više znanja o djeci s teškoćama u razvoju bit će zadovoljniji svojom profesionalnom ulogom i podrškom koju pružaju roditeljima djece s teškoćama u razvoju.
7. Rezultati o očekivanjima stručnjaka o doprinosu roditelja, sustručnjaka, institucija i aktera socijalne politike kvaliteti provedbe usluga rane podrške pokazuju da je stručnjacima najvažnija suradnja roditelja sa stručnjacima u svrhu napretka djeteta, pružanje razumljivih informacija roditeljima od strane stručnjaka, odnos temeljen na povjerenju i poštenju te bolja informiranost o uslugama rane podrške i pravima djece s teškoćama u razvoju. Stručnjaci od institucija očekuju omogućavanje pružanja podrške od strane različitih stručnjaka, a od aktera socijalne politike omogućavanje učinkovitog sustava usluga rane podrške već od samog rođenja djeteta i izjednačavanje dostupnosti ustanova, stručnjaka i usluga u velikim urbanim i malim sredinama.

Prikupljeni podatci su koristan izvor informacija o informiranosti, zadovoljstvu i očekivanjima uslugama rane podrške od strane i roditelja i stručnjaka.

Ključne riječi: *roditelji djece s teškoćama u razvoju, stručnjaci, usluge rane podrške, informiranost, zadovoljstvo, očekivanja*

EXTENDED SUMMARY

Modern science has proven the exceptional potential of early childhood, which indicates the need for special care for children, especially when developmental disabilities are identified early or a neurodevelopmental risk for their development is determined (Ljubešić, 2012). This potential of early childhood is extremely important for gaining early experience and the development of the brain as a whole (Joković-Turalija & Pajca, 1999; according to Košićek, et al., 2009).

Early childhood intervention includes a wide range of procedures, from childbirth to school, with the aim of improving children's health and well-being, their competencies, minimizing developmental disabilities, mitigating existing difficulties, preventing functional deterioration, promoting adaptive parenting and improving family functioning (Pinjatela & Joković Oreb, 2010). This includes providing support to families (children, their parents and other family members), informing, rehabilitation and counseling (Košićek et al., 2009), in terms of solving problems related to medical care, education, family and social issues.

The modern understanding of early intervention takes into account the procedures aimed at the child and the family on its adaptation to the new situation and the procedures for optimal encouragement of child development (Milić Babić et al., 2013). It focuses on close and quality interactions between families and professionals in planning and implementing support. Experts encourage families to make decisions about support services based on parenting opportunities and priorities in everyday life (Summers et al., 2005; Brotherson et al., 2008; Lee, 2015).

Support systems can be as informal as those offered in everyday family-friend environments, or as formal as the support systems provided by the health, education, social welfare, justice and others. Informal forms of support relate to a network of friends, family and widely available information (media, literature, internet) and are based on solidarity and emotional connection and complement institutionalized services (Žganec, 1995; Wall et al., 2001). Formal forms refer to a network of professionals and public policies / laws in society that should respond effectively and timely to the needs of parents (Redmond et al., 2002), and is defined as a relationship with professionals in which the expert helps the parent based on education and experience (Jones et al., 2009).

Formal - professional support is important because it gives parents the opportunity to empower in targeted areas of life, as well as support for the development and maintenance of personal capacities in overcoming the stresses they have in daily care, care and upbringing of their child, which, in addition to the usual development tasks, also has developmental disabilities (Wallander &Varni, 1998). If it's quality and relevant, formal - professional support increases the resilience of the whole family for overcoming the challenges posed by the child's developmental disabilities (Schembri & Abela, 2016).

Early support to parents should be provided by various systems in society: educational, health and social systems and cooperation with other participants within the community such as associations and religious communities and other participants in the development of a particular local community (Leutar & Oršulić 2015).

Social support for parenting implies the availability of resources in the environment to provide support to parents in everyday life and crisis situations (Dobrotić & Laklija, 2012). Leutar et al. (2008) state that the available social support is especially important for the parents of a child with health problems precisely because of frequent visits to doctors, demanding treatment and rehabilitation processes and meeting the child's needs through daily activities.

The need for information is most pronounced need for support from parents of children with disabilities. The Standards for the Quality of Social Services in social care (Ministry of Health and Social Welfare, 2010) include the availability of information as the first quality standard. Integration and coordination of services and professionals from health, education, social care are critical to effective service provision (Underwood & Frankel, 2012). Coordination of services is defined as a set of activities carried out by a service coordinator, which enable the child and his family to exercise their rights and access the necessary early intervention services (Bruder, 2005). This includes coordinating all services the child receives and making contacts to help the family facilitate support and access to services (Dunst & Bruder, 2002; Alliston, 2007; Chang, 2007; Spittle et al., 2012). Good coordination and cooperation of professionals has the effect of better access to services for parents (Iversen et al., 2003), better flow of information needed by parents (Scarborough et al., 2004; Moeller, 2007), improved quality of services provided (Spittle et al., 2012), better parent-professional relationships (Franz, 2000) and has a positive impact on familys quality of life (Dunst & Trivette, 1997; Epley et al., 2010).

Transdisciplinarity also plays an important role as a model of teamwork, and aims to simplify and speed up the process of obtaining appropriate support for children and families. Parents are participants who present themselves as partners to experts in the process of providing early support (Milić Babić et al., 2013) and complement interdisciplinarity and transdisciplinarity with daily active child care and parental care. Analyzing the context of interdisciplinarity and transdisciplinarity within the early intervention system, it is necessary to identify all persons involved in early childhood development and encourage active participation (Ivšac Pavliša, 2010; Ljubešić, 2012).

If parents do not receive adequate support from professionals, they rely on themselves or other parents with the same problems, in terms of informing about the child's health, rights of the child and family, referring parents to appropriate support services. Iversen et al. (2003) point out that parents of children with disabilities express the need to be better informed about the support systems offered in the community, including teamwork with the child.

Parents involved in the early support system are more satisfied with their role as parents and at the same time more satisfied with the support system. Research shows that parents want clear and useful information from professionals and work with parents on self-confidence in their own ability to cope with parenting challenges (Iversen et al., 2003; Bailey et al., 2004).

All professionals can enable parents to be accepted as equal participants in the implementation of support services, because the role of experts in working with parents is an important and valuable resource of social support, which can reduce family stress (Leutar & Štambuk, 2007). Protective factors in parents' adaptation to the child's developmental disabilities are understanding and support of the environment, quality of professional care and use of more effective coping strategies (Denona & Batinić, 2002; according to Leutar & Štambuk, 2007). Hanson et al. (2000) report that experts in early intervention programs play a key role in guiding the family by providing information, organizing meetings, and facilitating communication between different institutions. Korfmacher et al. (2008) state that there is very little research on the characteristics of professionals that affect the level of family involvement in an early intervention program and highlight 4 characteristics: education of professionals, appropriate early intervention program, appropriate combination of users and providers and supervision.

The presented research deals with the system of early support services, data on information, satisfaction and expectations of professionals from early and preschool education institutions,

associations for early development and support of children with disabilities, health institutions and Centers for Social Welfare and parents who are participated in the research in Brod-Posavina and Istria counties.

At the level of the Republic of Croatia, the availability and quality of early support services is different, given the development of individual regions. This research will present the above through a comparison of two counties, of which Brod-Posavina county is at a lower level, and Istria county at a higher level of development. Data on regional differences by counties according to GDP, unemployment rate, average net salary are presented, which indicate the difference between Brod-Posavina and Istria counties. Although there are positive developments in the regional development of Brod-Posavina county, Istria county is still economically more advanced. Given that the availability and quality of early support services is most prevalent in the City of Zagreb, it was interesting to examine the situation of early support services in the other two counties with regard to their development.

One of the bigger problems is the insufficient informing of parents and professionals about support services, which creates additional concerns for parents and some parents do not find out about support services on time, which calls into question their success. The contribution of the research is that the obtained data will document the amount and availability of existing support services for children with disabilities, from birth to starting school, satisfaction of families and professionals with support services and will provide guidelines for improving early support services in these two counties.

The aim of this research was to determine the information, satisfaction and expectations of parents and professionals in the system of support services for children with disabilities and their families in Brod-Posavina and Istria counties, of which Brod-Posavina County is lower and Istria County is higher.

In accordance with the objective, the following research problems were set:

1. To determine the perception of parents of children with disabilities about source and way of informing, level and importance of support for children with disabilities and their families.
2. To determine the information of parents of children with disabilities with the early support services for children with disabilities in early and preschool age and their families with regard to socio-demographic characteristics.

3. To determine the satisfaction of parents of children with disabilities with the early support services for children with disabilities in early and preschool age and their families with regard to socio-demographic characteristics.
4. To determine the expectations of parents of children with disabilities with the early support services for children with disabilities in early and preschool age and their families with regard to socio-demographic characteristics.
5. To determine the information of professionals with the early support services for children with disabilities in early and preschool age and their families with regard to socio-demographic characteristics, self-assessment of education for working with children with disabilities and self-assessment of knowledge about children with disabilities.
6. To determine the satisfaction of professionals with the early support services for children with disabilities in early and preschool age and their families with regard to socio-demographic characteristics, self-assessment of education for working with children with disabilities and self-assessment of knowledge about children with disabilities.
7. To determine the expectations of experts on the contribution of parents, co-workers, institutions and social policy actors to the quality of the implementation of early support services.

The sample includes 152 participants (parents of children with disabilities from birth to starting school) and 82 participants (experts in the field of health, social care and early and preschool education from Brod-Posavina and Istria counties).

Two measuring instruments designed for the purpose of this research were used (Šarčević Ivić-Hofman, Wagner Jakab & Kiš-Glavaš, 2015). One questionnaire is intended for parents of children with disabilities, the other is intended for professionals working with children with disabilities and their families. The questionnaires collected data on the socio-demographic characteristics of the respondents and examined their information, expectations and satisfaction with support services for children with disabilities and their families.

Based on the descriptive data obtained, it can be concluded that there are no major differences between the two counties, but the results provide a source of information on early support services. Data on receiving formal support show that most children with disabilities are included in some forms of support, which is in favor of the Istria county, where according to the data all children from the research are included in various early support services. It is a positive fact that parents know and use the services of counseling pediatricians from the health center and

the inclusion of children in kindergarten. There are some minor differences, such as the number of professionals represented in the workplace, the experience of working with children and the training offered to professionals related to working with children with disabilities. In Brod-Posavina county there are more experts employed in health care institutions, while in Istria the number of employees in the field of health and education is almost equal. Differences can also be seen in the experience of working with children with disabilities, so experts from Brod-Posavina county show that they have more experience in working with children with deafblindness than experts from Istria county. It is also interesting to note that a smaller number of experts from Istria county believe that training is insufficient, so it can be assumed that in Istria county offers more training for experts in this field than in Brod-Posavina county.

A) Awareness of parents of children with disabilities about early support services

Parents stated the ways of informing about support services and the largest part of parents (f = 115, 75.7%) stated a visit to an expert as the most common way of informing. Children born with neurorisk were referred to neuropediatricians and pediatricians, and since deviations in motor development are most noticeable, it is also understandable that children were referred to both a physiatrist and a physiotherapist.

The results of the regression analysis showed that the only statistically significant, positive predictor of parental information was the level of education, i. e. parents who had higher education were also better informed $(\beta = .25, p = <.01)$.

B) Satisfaction of parents of children with disabilities about early support services

This research shows that most parents are satisfied with the services offered by the kindergarten, from the inclusion of children with disabilities (82,2%) and the services of experts offered in the kindergarten, namely: counseling support of educators (77%), educational rehabilitator (59,9%), speech therapist (48%), psychologist (42,8%). Also, the individual work of educational rehabilitator/speech therapist can be singled out (67,8%). When it comes to services in health care institutions, most parents assessed satisfaction with the pediatric counseling support in the health center (71,7%), and when it comes to services from social care centers, most parents assessed satisfaction with social worker services (41,4%).

The results of the regression analysis show that none of the variables showed a statistically significant predictor of satisfaction, i. e. the extent to which parents are satisfied with the service they use.

Also, the results of regression analysis show that no variable proved to be a statistically significant predictor of parental satisfaction with the quality of relationships with professionals.

C) Expectations of parents of children with disabilities about early support services

Some socio-demographic characteristics are statistically significantly related to expectations of formal support, such as education level and financial situation. Parents with higher education are more likely to expect formal support in relation to timely communication of the diagnosis, while parents with lower education mostly expect formal support in relation to informing about the rights of the child and family and ways to achieve them. Parents who have great financial difficulties expect mostly formal support in the form of information about the rights of the child and family and ways to achieve them.

D) Awareness of professionals on early support services

The results showed how much professionals know about early support services and which early support services they refer to parents of children with disabilities.

The largest percentage of professionals know the services of counseling support of pediatricians in the health center (95,1%) and inclusion of the children with disabilities in the kindergarten (91,5%). The results of the regression analysis show that no variable showed a statistically significant predictor of information.

E) Professional's satisfaction with early support services

This study shows that professionals out of the services of the education system are satisfied with the services offered by the kindergarten, from the inclusion of children with disabilities (80,5%) and the services of professional's offered in the kindergarten, which are: counseling support of educators (78,0%), psychologists (61,0%), educational rehabilitators (56,1%), speech therapists and pedagogues (51,2%). Of the services from health institutions, most professionals assess satisfaction with the advisory support of a pediatrician in a health center (85,4%), followed

by treatment by an educational rehabilitator and / or speech therapist (61%), treatment by a psychologist (56.1%), early intervention in the maternity ward (52,4%), treatment by a physiotherapist (50%), treatment by a psychiatrist (47,6%), treatment by an occupational therapist (34,1%).

Regarding services from the social care center, most professionals assessed satisfaction with the work of social workers (51,2%), followed by lawyers (39%), psychologists (34,1%) and only then social pedagogues (22%) from social care centers.

The results of the regression analysis show that no variable showed a statistically significant predictor of satisfaction (ratio of information and satisfaction of professionals).

The results show that self-assessment of knowledge about children with disabilities is a significant predictor of satisfaction with the professional role $(\beta = .47, p < .01)$ and satisfaction of professionals with support $(\beta = .34, p < .01)$. Professionals who self-assess their knowledge as greater are more satisfied with their professional role and support.

F) Professional's expectations from early support services

Professionals have assessed what they expect from parents, other professionals, institutions (health, social and educational institutions) and social policy actors (Ministry of Health, Ministry of Labor, Pensions, Family and Social Policy, Ministry of Science and Education) to ensure early care support services were of the highest quality.

The results show that the most important thing for professionals is the cooperation of parents with professionals for the purpose of the child's progress, providing understandable information to parents by experts, trust and honesty and better information about early support services and the rights of children with disabilities.

Furthermore, professionals expect from institutions to provide professional support by various professionals, and from social policy actors to provide an effective system of support services from the very birth of a child and equalize the availability of institutions, professionals and services in large urban and small communities.

The research provided guidelines on what could be improved in the early support system, what barriers both parents and professionals should consider, and how to reduce or mitigate them. Obstacles encountered by professionals in their work are *insufficient number of experts* (72%), *overcrowding of experts* (72%), *lack of support services in the place of residence* (61%), *long*

waiting lists for services (51,2%), *insufficient cooperation and networking between professionals and institutions* (46,3%), *lack of investment in support services* (43,9%), *poor coordination of service providers* (30,5%), *poor education of professionals* (22%), *lack of evaluation of the quality and effectiveness of support services* (22%) and the *financial situation of parents* (1,2%).

Parents stated the reasons for not using early support services, such as *the lack of support services in the local community, lack of knowledge of the service and the lack of need for support services.* For these reasons, it is very important to inform parents of children with disabilities about community-based early support services and the professionals who provide these services, so that children can enter the early support system properly.

According to the results on informing, satisfaction and expectations of parents of children with disabilities and professionals on early support services, it is evident that early support services should be available in the local community.

Future research should try to include other counties in the Republic of Croatia and include other parameters, such as stress level, experience of parental competence and parental stress, and some characteristics of the professionals who provide formal support (efficiency - how much and how experts experience early support services to be efficient; personal impact - how and to what extent participants can influence the quality of early support services).

The data collected is a useful source of information on informing, satisfaction and expectations about early support services from both parents and professionals.

Keywords: *parents of children with disabilities, professionals, early support services, information, satisfaction and expectations*

SADRŽAJ

1. UVOD 1

1.1. SUSTAV USLUGA RANE PODRŠKE 1

1.1.1. Koncept rane intervencije 1

1.1.2. Sustav usluga rane podrške u Republici Hrvatskoj 4

1.1.3. Obilježja neformalne i formalne socijalne podrške 10

1.2. IZAZOVI RODITELJSTVA DJETETA S TEŠKOĆAMA U RAZVOJU U SUSTAVU USLUGA RANE PODRŠKE 13

1.2.1. Izazovi obitelji djeteta s teškoćama u razvoju 13

1.3. USLUGE SUSTAVA RANE PODRŠKE IZ PERSPEKTIVE RODITELJA I STRUČNJAKA 17

1.3.1. Usluge sustava rane podrške iz perspektive roditelja 17

1.3.2. Usluge sustava rane podrške iz perspektive stručnjaka 21

1.4. REGIONALNE RAZLIKE PREMA ŽUPANIJAMA U REPUBLICI HRVATSKOJ 23

1.4.1. Regionalne stope rasta 24

1.4.2. Ekonomski i demografski podatci u Brodsko posavskoj županiji 38

1.4.3. Sustavi usluga rane podrške u Brodsko-posavskoj županiji 42

1.4.4. Ekonomski i demografski podatci u Istarskoj županiji 47

1.4.5. Sustavi usluga rane podrške u Istarskoj županiji 50

2. PROBLEM I CILJEVI STRAŽIVANJA 54

3. HIPOTEZE ISTRAŽIVANJA 57

4. METODE RADA 59

4.1. UZORAK SUDIONIKA (RODITELJI) 59

4.2. UZORAK SUDIONIKA (STRUČNJACI) 65

4.3. MJERNI INSTRUMENTI 71

4.4. NAČIN PROVOĐENJA ISTRAŽIVANJA 75

4.5. METODE OBRADE PODATAKA 77

5. REZULTATI I RASPRAVA 79

5.1. PRIKAZ REZULTATA ZA SUDIONIKE (RODITELJI) 79

5.1.1. Percepcija roditelja o izvoru i načinu informiranja, razini, važnosti, mogućnosti, učestalosti i dostupnosti usluga rane podrške za djecu s teškoćama u razvoju i njihove obitelji……...79

5.1.2. Informiranost roditelja djece s teškoćama u razvoju o uslugama rane podrške…..94

5.1.2.1. Deskriptivni podatci o informiranosti roditelja djece s teškoćama u razvoju uslugama rane podrške……. 94

5.1.2.2. Rezultati interkorelacije i regresijske analize o predviđanju informiranosti roditelja djece s teškoćama u razvoju o uslugama rane podrške s obzirom na sociodemografska obilježja…….98

5.1.3. Zadovoljstvo roditelja djece s teškoćama u razvoju uslugama rane podrške…...100

5.1.3.1. Deskriptivni podatci o zadovoljstvu roditelja djece s teškoćama u razvoju uslugama rane podrške……..100

5.1.3.2. Rezultati regresijskih analiza o zadovoljstvu roditelja djece s teškoćama u razvoju uslugama rane podrške s obzirom na sociodemografska obilježja…….111

5.1.4. Očekivanje roditelja djece s teškoćama u razvoju od usluga rane podrške..……120

5.1.4.1. Deskriptivni podatci o očekivanjima roditelja djece s teškoćama u razvoju od usluga rane podrške .....……120

5.1.4.2. Rezultati testiranja razlika u očekivanjima roditelja od usluga rane podrške s obzirom na sociodemografska obilježja.....125

5.2. PRIKAZ REZULTATA SUDIONIKA (STRUČNJACI)……130

5.2.1. Informiranost stručnjaka o uslugama rane podrške……..130

5.2.1.1. Deskriptivni podatci o informiranosti stručnjaka uslugama rane podrške ……130

5.2.1.2. Rezultati interkorelacije i regresijske analize o predviđanju informiranosti stručnjaka uslugama rane podrške s obzirom na sociodemografska obilježja, samoprocjenu educiranosti za rad s djecom s teškoćama u razvoju i samoprocjenu znanja o djeci s teškoćama u razvoju.....138

5.2.2. Zadovoljstvo stručnjaka uslugama rane podrške.....140

5.2.2.1. Deskriptivni podatci o zadovoljstvu stručnjaka uslugama rane podrške ……140

5.2.2.2. Rezultati interkorelacije i regresijskih analiza o predviđanju zadovoljstva stručnjaka uslugama rane podrške s obzirom na sociodemografska obilježja, samoprocjenu educiranosti za rad s djecom s teškoćama u razvoju i samoprocjenu znanja o djeci s teškoćama u razvoju.....148

5.2.3. Očekivanja stručnjaka od usluga rane podrške……154

5.2.3.1. Deskriptivni podatci o očekivanjima stručnjaka od usluga rane podrške……..154

6. PREGLED PO ŽUPANIJAMA.....160

6.1. PRIKAZ DESKRIPTIVNIH PODATAKA O USLUGAMA RANE PODRŠKE U BRODSKO-POSAVSKOJ I ISTARSKOJ ŽUPANIJI IZ PERSPEKTIVE RODITELJA ……160

6.2. PRIKAZ DESKRIPTIVNIH PODATAKA O USLUGAMA RANE PODRŠKE U BRODSKO-POSAVSKOJ I ISTARSKOJ ŽUPANIJI IZ PERSPEKTIVE STRUČNJAKA.....165

7. VERIFIKACIJA HIPOTEZA.....169

8. SMJERNICE ZA POBOLJŠANJE USLUGA RANE PODRŠKE 174

9. ZAKLJUČNA RAZMATRANJA 176

10. ZAKLJUČAK……...187

11. ZNANSTVENI DOPRINOS I OGRANIČENJA ISTRAŽIVANJA 190

11.1. ZNANSTVENI DOPRINOS 190

11.2. OGRANIČENJA ISTRAŽIVANJA 191

LITERATURA 192

PRILOZI 217

ŽIVOTOPIS.....261

1. UVOD

1.1. SUSTAV USLUGA RANE PODRŠKE

1.1.1. KONCEPT RANE INTERVENCIJE

Razdoblje ranog djetinjstva vrijeme je najintenzivnijeg tjelesnog i psihičkog razvoja, vrijeme kada dijete najbrže i najlakše uči. O razvoju djeteta, a posebno o razvoju djeteta s teškoćama u razvoju, razmišljamo kao o procesu u kojemu je dijete aktivni sudionik svog vlastitog razvoja. Moderna znanost dokazala je izuzetni potencijal ranog djetinjstva što ukazuje na potrebu posebne skrbi za djecu, osobito onda kad su već rano utvrđene teškoće u razvoju ili je ustanovljen neurorazvojni rizik za njihov nastanak (Ljubešić, 2012). Taj potencijal ranog djetinjstva iznimno je važan za stjecanje ranog iskustva i razvoj mozga u cijelosti (Joković-Turalija i Pajca, 1999; *prema* Košićek i sur. 2009). *Europska mreža za ranu intervenciju* definira ranu intervenciju kao sve oblike poticanja koji se primjenjuju kao posredne i neposredne posljedice nekog utvrđenog razvojnog uvjeta, a usmjereni su prema roditeljima (Ljubešić, 2003). Rana intervencija u djetinjstvu obuhvaća širok spektar postupaka, od rođenja djeteta do polaska u školu, s ciljem poboljšanja zdravlja i dobrobiti djece, njihovih kompetencija, minimiziranja razvojnih teškoća, ublažavanja postojećih teškoća, prevencija funkcionalnog pogoršanja, promoviranja adaptivnog roditeljstva i poboljšanja funkcioniranja obitelji (Pinjatela i Joković Oreb, 2010). Uključuje pružanje podrške obitelji (djeci, njihovim roditeljima te drugim članovima obitelji), informiranje, rehabilitaciju i savjetovanje (Košićek i sur., 2009), u smislu rješavanja problema u vezi medicinske skrbi, obrazovanja, obiteljskih i društvenih pitanja. Novim Zakonom o socijalnoj skrbi (NN 46/22) mijenja se termin rane intervencije u termin rana razvojna podrška.[1] Isti Zakon navodi da usluge rane razvojne podrške obuhvaćaju stručnu poticajnu pomoć djeci te stručnu i savjetodavnu pomoć njihovim roditeljima, uključujući druge članove obitelji te udomitelje za djecu, kod nekog utvrđenog razvojnog rizika ili razvojne teškoće djeteta.

Stručnjaci još uvijek nisu složni oko cjelokupnog trajanja rane intervencije, iako se većina stručnjaka ipak slaže u mišljenju da su prve tri godine života najvažnije za intervenciju. Pojedini

[1] Budući da je do promjene došlo prilikom završetka pisanja doktorskog rada, u radu će se koristiti termin rana intervencija.

stručnjaci smatraju da rana intervencija obuhvaća period od rođenja do treće godine života (Nelson, 2000), drugi smatraju da traje do djetetove sedme godine (NN 46/22), odnosno do polaska u osnovnu školu, dok treći smatraju da se rana intervencija odvija i do petnaeste godine djetetova života (Bouillet, 2015). Iako stručnjaci često navode kako su za ranu intervenciju prve tri godine života najvažnije te je treba započeti prije stvaranja patoloških obrazaca ponašanja i pokreta (Košiček i sur., 2009), odnosno odmah po utvrđivanju odstupanja ili otkrivanju teškoće u razvoju (Wrightslaw, 2008), važno je naglasiti da neurorazvojna plastičnost te mogućnost utjecaja na kvalitetu razvoja postoje i nakon treće godine djetetovog života (Nelson, 2000; Košiček i sur., 2009).

Suvremeno shvaćanje rane intervencije podrazumijeva postupke usmjerene na dijete s teškoćama u razvoju i njegovu obitelj, obiteljsku prilagodbu na novonastalu situaciju te optimalno poticanje razvoja djeteta (Milić Babić i sur., 2013). Fokusira se na bliske i kvalitetne interakcije između obitelji i stručnjaka u planiranju i provođenju podrške. Stručnjaci potiču obitelj u donošenju odluka u vezi usluga podrške s obzirom na roditeljske mogućnosti i prioritete u svakodnevici (Summers i sur., 2005; Brotherson i sur., 2008; Lee, 2015).

Rana intervencija treba se temeljiti na promišljenoj i realnoj politici i praksi, koje moraju biti u skladu s postojećim resursima, biti osjetljive na pojedinačne obitelji, imati učinkovite programe profesionalne i paraprofesionalne izobrazbe te postojeće znanje primjenjivati u praksi (Guralnick i Albertini, 2006). Sloper (1999) navodi važnost holističkog pristupa procjeni i ispunjavanju obiteljskih potreba, izgradnji odnosa roditelja i stručnjaka, fleksibilnog i individualiziranog pristupa, usredotočenosti na roditeljske interese i prepoznavanje važnosti roditeljske percepcije hijerarhije, njihovih potreba te prepoznavanje i priznavanje roditeljske stručnosti s obzirom na dijete i obitelj. Bailey i suradnici (2012), kako je navedeno u radu Watson i Gati (2012), govore u svojim istraživanjima da usluge usmjerene na obitelj doprinose pozitivnim ishodima i za djecu i njihovu obitelj. Istraživanja o kvaliteti skrbi za djecu, koja su proveli Bailey i suradnici (1999), ukazuju da su kvalitetnija okruženja za skrb o djeci povezana s boljim razvojnim ishodom djeteta. Iako navedena istraživanja predstavljaju vrijedan teorijski okvir za konceptualizaciju kvalitete ranih intervencija, jedinstvene potrebe djece s teškoćama u razvoju i njihovih obitelji te različite značajke ranog sustava usluga podrške, ujedno ograničavaju koliko se taj okvir može generalizirati na cijelu populaciju djece s teškoćama u razvoju.

Guralnick (2011) naglašava tri vrste interakcija koje utječu na djetetova razvojna obilježja, a to su: transakcije roditelj – dijete, obiteljsko organiziranje djetetovih iskustava te briga o zdravlju i sigurnosti djeteta. Određeni rizik u razvoju i/ili teškoće u razvoju bitno utječu na obilježja tih ranih interakcija. Roditelji mijenjaju svoje prirodne interakcijske obrasce pod utjecajem djetetovih razvojnih obilježja te povećanog stresa zbog postojanja teškoće, što negativno utječe na djetetov razvoj. Ponovnim uspostavljanjem obrazaca primjerenih djetetovoj razvojnoj razini i mogućnostima, utječemo na razvojne ishode. U tom smislu, rana intervencija djeluje preventivno jer je njezin cilj sprječavanje teškoća koje se mogu pojaviti u kasnijoj dobi (Guralnick, 2013).
Andazi i Amwe (1995; *prema* Fareo, 2015) naglasili su potrebu intervencijskih programa za obitelji djece s teškoćama u razvoju putem savjetovanja, socijalne podrške, edukacije obitelji, osposobljavanja roditelja za vještine zagovaranja za prava i potrebe djeteta s teškoćama u razvoju i njegove obitelji.

Budući da se u ovome radu govori o djeci s teškoćama u razvoju, od rođenja do polaska u osnovnu školu, vrijedno je osvrnuti se i na same definicije djece s teškoćama u razvoju. Prema Zakonu o socijalnoj skrbi (NN 46/22), dijete s teškoćama u razvoju je dijete koje zbog tjelesnih, senzoričkih, komunikacijskih, govorno-jezičnih ili intelektualnih teškoća, treba dodatnu podršku za učenje i razvoj kako bi ostvarilo najbolji mogući razvojni ishod i socijalnu uključenost. Prema članku 4. Državnog pedagoškog standarda (Ministarstvo znanosti, obrazovanja i sporta, 2008) djecom s teškoćama u razvoju smatraju se:

- djeca s oštećenjem vida
- djeca s oštećenjem sluha
- djeca s poremećajima govorno-glasovne komunikacije
- djeca s promjenama u osobnosti uvjetovanim organskim čimbenicima ili psihozom
- djeca s poremećajima u ponašanju
- djeca s motoričkim oštećenjima
- djeca sniženih intelektualnih sposobnosti
- djeca s autizmom
- djeca s višestrukim teškoćama
- djeca sa zdravstvenim teškoćama i neurološkim oštećenjima (dijabetes, astma, bolesti srca, alergije, epilepsija i slično).

Prikazano istraživanje bavi se sustavom usluga rane podrške, dobiveni su podatci o informiranosti, zadovoljstvu i očekivanjima stručnjaka iz ustanova ranog i predškolskog odgoja, udruga za rani razvoj i podršku djece s teškoćama u razvoju, zdravstvenih ustanova i centara za socijalnu skrb te samih roditelja koji su sudjelovali u istraživanju, u Brodsko-posavskoj i Istarskoj županiji te se prikupio podatak o 103-oje djece s teškoćama u razvoju, u razdoblju od godine dana do polaska u osnovnu školu.

U poglavlju koje slijedi, prikazat će se sustav usluga rane podrške u Republici Hrvatskoj te jake i slabe strane sustava, kao i njegovu dostupnost i kvalitetu. Također će se ukazati i na probleme koji postoje u sustavu te njihova moguća rješenja.

1.1.2. SUSTAV USLUGA RANE PODRŠKE U REPUBLICI HRVATSKOJ

Analiza stanja u Republici Hrvatskoj, provedena 2019. godine od strane UNICEF-a, pokazala je da u Hrvatskoj ne postoji strategija niti akcijski plan rane intervencije. Također se ukazalo na to da nedostaje pravna osnova za usluge rane intervencije, odnosno programi rane intervencije koriste različite definicije. Nadalje, zaključci analize pokazuju kako ne postoji integrirani nacionalni organizacijski okvir rane intervencije koji obuhvaća sve sustave, razine vlasti i programe rane intervencije. Institucije koje pružaju podršku obiteljima ograničene su zakonskim okvirima i procedurama.

Republika Hrvatska je 2001. godine donijela Zakon o Hrvatskom registru o osobama s invaliditetom za planiranje programa za djecu s teškoćama u razvoju i starije osobe s invaliditetom te Registar vodi Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Podatci se prikupljaju iz brojnih izvora, a dostupne su i ograničene informacije o vrstama invaliditeta. Međutim, mala je pozornost usmjerena djeci od rođenja do pete godine života te sva djeca s teškoćama u razvoju još uvijek nisu uključena u Registar (Unicef, 2020).

Jedan od većih problema nedostatak je nacionalnog programa razvojnog probira, odnosno nacionalne baze podataka na državnoj, županijskoj i lokalnoj razini o djeci s razvojnim rizicima, teškoćama u razvoju te potrebama u području ponašanja i mentalnog zdravlja. Lokalni podatci postoje u sustavima koji provode programe rane intervencije te službama socijalne i zdravstvene skrbi, no nema međusobne povezanosti između sustava na svim razinama, a jedinstveni sustav upravljanja informacijskim sustavom rane intervencije ne postoji (Unicef, 2020).

Na međunarodnoj razini, pravni okvir za nacionalni sustav rane intervencije osigurava Konvencija Ujedinjenih naroda o pravima djeteta (KPD) koju je Hrvatska ratificirala 1992. godine te Konvencija Ujedinjenih naroda o pravima osoba s invaliditetom (KPOI) koja je ratificirana 2007. godine.

U Republici Hrvatskoj postoji nekoliko nacionalnih dokumenata koji definiraju usluge rane intervencije. *Zakon o socijalnoj skrbi* (NN 46/22) navodi ranu razvojnu podršku kao socijalnu uslugu koja obuhvaća stručnu, poticajnu pomoć djeci i stručnu i savjetodavnu pomoć njihovim roditeljima, uključujući i druge članove obitelji, kad je kod djeteta u ranoj dobi utvrđeno odstupanje u razvoju, razvojni rizik ili razvojne teškoće. Kao što je već navedeno, novim Zakonom mijenja se termin rane intervencije u termin rana razvojna podrška.

Strategija borbe protiv siromaštva i socijalne isključenosti u Republici Hrvatskoj (2014. – 2020.) ukratko spominje „usluge rane dijagnostike i rane intervencije“ u okviru *Plana deinstitucionalizacije i transformacije domova socijalne skrbi* u „centre za pružanje usluga u zajednici“ (Vlada Republike Hrvatske, 2014).

Nacionalna strategija za prava djece u Republici Hrvatskoj za razdoblje od 2014. do 2020. godine iznosi nekoliko točaka koje su važne za pružanje usluga rane intervencije, a odnose se na:

- poticanje i razvijanje programa rane intervencije u lokalnoj zajednici, tretmanske programe i socijalne usluge obitelji/roditeljima u riziku s ciljem preveniranja negativnih razvojnih ishoda za dijete i/ili izdvajanja djeteta iz obitelji
- donošenje konkretnih mjera o razvoju kriterija za procjenu rizika i postupanje u cilju standardizacije provođenja mjera rane intervencije
- osiguravanje socijalnih usluga koje su ravnomjerno raspoređene, ciljane i prilagođene specifičnim potrebama djece
- izrada kataloga osnovnih socijalnih usluga
- razvijanje i unaprjeđivanje standarda kvalitete socijalnih usluga te osiguranje dovoljnog broja stručnjaka
- razvijanje pravovremene, sveobuhvatne i dostupne usluge rane intervencije djeci u razvojnom riziku i djeci s teškoćama u razvoju uključujući servise i usluge za jačanje resursa obitelji za skrb o djetetu s teškoćama u razvoju u lokalnoj zajednici (Vlada republike Hrvatske, 2014).

Nacionalna strategija izjednačavanja mogućnosti za osobe s invaliditetom od 2017. do 2020. godine izrađena je 2016. godine, ali je Ministarstvo zdravstva nije službeno usvojilo, već je uzelo na znanje preporuke Odbora KPD u pogledu uvođenja većega broja usluga rane intervencije (NN 42/17).

Ažurirani *Plan deinstitucionalizacije, transformacije te prevencije institucionalizacije 2018. – 2020. godine* ističe stalnu potrebu za povećanjem broja usluga rane intervencije, psihosocijalne podrške i integriranih usluga za djecu s teškoćama u razvoju ili razvojnim rizicima širom Hrvatske (Ministarstvo za demografiju, obitelj, mlade i socijalnu politiku, 2018).

Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012. – 2020. ne spominje identifikaciju i pružanje usluga djeci s razvojnim rizicima, razvojnim odstupanjima ili teškoćama u razvoju. Također *Protokol o postupanju u slučaju zlostavljanja i zanemarivanja djece 2014.* ne spominje ranu intervenciju u djetinjstvu. *Akcijski plan za integraciju osoba,* kojima je odobrena međunarodna zaštita za razdoblje od 2017. do 2019. godine, ne spominje ranu intervenciju ni djecu s teškoćama u razvoju (Unicef, 2020).

Važno je istaknuti da je 2019. godine osnovano Povjerenstvo za ranu intervenciju u djetinjstvu pod vodstvom Ministarstva zdravstva. Donošenjem ove Odluke osnovano je Upravljačko tijelo za ranu intervenciju kao tijelo odgovorno za usmjeravanje i koordiniranje procesa izrade Nacionalnog strateškog plana za stvaranje sustava rane intervencije u djetinjstvu te za pružanje podrške razvoju Akcijskog plana, smjernica, standarda i procedura za usluge rane intervencije (Pravobranitelj za osobe s invaliditetom, bez. dat.)[2].

Hrvatska udruga za ranu intervenciju u djetinjstvu više godina organizira simpozije o ranoj intervenciji u djetinjstvu pa su slijedom toga doneseni i određeni zaključci.

Zaključci četvrtog simpozija o ranoj intervenciji u djetinjstvu (Hrvatska udruga za ranu intervenciju u djetinjstvu, 2015) istaknuli su kako proaktivan rad stručnjaka u stvaranju javnih politika dovodi do kvalitete, dostupnosti i održivosti rane intervencije u lokalnoj zajednici. Zaključci pokazuju i slabe strane prakse, a to su: regionalna neujednačenost, nedovoljna usmjerenost na potrebe korisnika, fragmentiranost, preveliko oslanjanje na inicijativu pojedinaca

[2] Pravobranitelj za osobe s invaliditetom (2019). https://posi.hr/osnovano-povjerenstvo-za-ranu-intervenciju-u-djetinjstvu/

financijski nesigurni i vremenski ograničeni projekti civilnog društva, zastarjele temeljne teorijske koncepte proizašle iz medicinskog modela pristupa invaliditetu, nedostatna suradnja između stručnjaka i različitih resora, nedovoljna pluridisciplinarnost i transdisciplinarnost te educiranost stručnjaka, kao i nedostatna usmjerenost na potrebe obitelji, pri čemu nema koordinacije između pružatelja usluga koje dobiva pojedina obitelj (Ljubešić, 2004; Matijaš i sur., 2014).

Postoje različiti problemi u sustavu usluge rane podrške koji mogu biti sljedeći:

a) Pretpostavka kako stručnjaci znaju koje usluge i programi će biti najbolji za svaku pojedinu obitelj, ne uključujući obitelj u donošenje odluka.
b) Fragmentiranost i opterećenost sustava administracijom koji samo djelomično odgovara na potrebe obitelji, a postojeći oblici podrške često nisu dostupni (Farmer i sur., 2004).
c) Kronični nedostatak komunikacije, koordinacije i suradnje između pružatelja usluge podrške u zajednici jer je cjelokupni sustav podrške osmišljen unutar pojedinih manjih sustava - sustav zdravstva, odgoja i obrazovanja, socijalne skrbi, pravosuđa (Bryant i Cohen, 2003; Farmer i sur., 2004).
d) Stalan nedostatak učinkovite komunikacije između državnih i privatnih institucija koje nude različite oblike podrške pa je i često dupliciranje dostupnih oblika podrške, dok su neki oblici podrške slabo razvijeni ili uopće nisu razvijeni (Hoolani sur., 2011; MacCourt, 2013; National Collaboration for Integrated Care and Support, 2013).

Svi su navedeni problemi još uvijek prisutni u praksi, ali postoje određene smjernice koje bi omogućile da sustav podrške usluga bude učinkovitiji, što se opisuje u daljnjem tekstu, u terminu „sustav podrške za obitelj“. Sustav podrške usmjeren obitelji zahtjeva holistički i sveobuhvatan pristup u pružanju podrške, u smislu pružanja različitih usluga i programa te naglašava sudjelovanje korisnika u svim segmentima. Ovakvim pristupom roditelja se prepoznaje kao osobu koja ima ključnu ulogu u razumijevanju i prepoznavanju potreba svoga djeteta te naglašava ulogu obitelji u donošenju odluka o obliku podrške koja je potrebna djetetu i obitelji.

Termin ″sustav podrške za obitelj″ koristi se kako bi se opisale sve usluge i programi kroz koje se pruža podrška obiteljima u različitim razvojnim fazama obitelji i u zadovoljavanju njezinih različitih potreba te podrazumijeva sve usluge i/ili programe koji su dostupni obiteljima u zajednici.

Sustav podrške za obitelj još uvijek je osmišljen tako da djeluje reaktivno, a ne proaktivno. Proaktivan pristup karakterizira svijest o važnosti podrške roditeljima djece rane i predškolske dobi te sposobnost roditelja da se zauzimaju za svoje probleme i nude vlastite ideje akterima socijalne politike za poboljšanje sustava usluga rane podrške. Podrška obitelji treba biti usmjerena preventivnim aktivnostima te usluge namijenjene djece i njihovim obiteljima trebaju biti važan prioritet u lokalnim zajednicama (Pećnik, 2013).

Kao što je navedeno, sustav podrške za obitelj zahtijeva holistički pristupi čiji su ključni elementi rad s obitelji kao sustavom, mogućnost izbora za obitelji, snage obitelji, odnos obitelj-stručnjak i individualizirani pristupi u pružanju podrške obiteljima (Epley i sur., 2010). Holistički pristup osigurava standard prakse koji rezultira visokom kvalitetom pružene podrške (Duenas i sur., 2012). Naglašava suradnju između roditelja i pružatelja usluga/programa (Raghavendra i sur., 2007; Carlson i sur., 2010), poštivanje vrijednosti svake obitelji, dijeljenje informacija/resursa/vještina, promoviranje snage obitelji, socijalnu pravdu i transparentnost (Carlson i sur., 2010). Hammond (2010) ističe kako pristup usmjeren na snage ne ignorira probleme ili teškoće s kojima se obitelj susreće već pokušava identificirati resurse koje obitelj ima i koje treba razviti te naglašava snage koje postaju polazišna točka za suočavanje s izazovima do kojih je došlo zbog različitih problema i/ili teškoća.

Sveobuhvatni pristup odgovara na potrebe svih obitelji jer se pokazalo kako pristup koji je usmjeren na rizik i/ili probleme nije u stanju osigurati dobrobit djece i obitelji (Farmer i sur., 2004; Hoolan i sur., 2011). Kako bi sustav podrške bio sveobuhvatan, treba razviti sustav podrške koji je temeljen na lokalnom kontekstu te može odgovoriti na promjenjive potrebe obitelji i rizike s kojima se obitelj suočava - zdravstvene, obrazovne, psihosocijalne, duhovne, pravne i ekonomske (Wakhweya i sur., 2008, Canavan i sur., 2009; Cook i Kilmer, 2012; *prema* Oswald, 2009). National Collaboration for Integrated Care and Support (2013) navodi kako sveobuhvatni oblici podrške trebaju biti što dostupniji u svakoj zajednici, a javne politike trebaju podržavati tu dostupnost jer se podrška događa u zajednici u kojoj obitelj živi. Sustav podrške treba biti praćen od strane zajednice, što omogućava prilagodbu sustava potrebama obitelji u zajednici i učinkovitiju raspodjelu resursa (Oswald, 2009). Praksa pokazuje da usluge rane intervencije u Hrvatskoj nisu u jednakoj mjeri dostupne i kvalitetne u svim regijama i da su u velikoj mjeri centralizirane u Zagrebu.

Cook i Kilmer (2012) navode kako je važno da je sustav podrške osjetljiv na kulturalne, rasne i etničke razlike obitelji u zajednici, kao i na specifične potrebe nekih skupina roditelja (npr. jednoroditeljske obitelji, obitelji s djecom s teškoćama u razvoju). Nadalje, također je osjetljiv na različitosti, naročito kada se govori o marginaliziranim skupinama (National Collaboration for Integrated Care and Support, 2013) kako bi mogao odgovoriti na te potrebe.

Sustav podrške treba biti održiv, a za to je potrebno ulaganje u ljudske resurse putem edukacija, a stalna edukacija stručnjaka osigurava i održivost javnih politika i oblika podrške za obitelji koji su se razvili (SAMHSA, 2010; National Collaboration for Integrated Care and Support, 2013). Sustav podrške treba biti usmjeren na suradnju između institucija koje pružaju podršku, što podrazumijeva da su sve relevantne organizacije koje pružaju podršku obiteljima uključene u razvoj i evaluaciju javnih politika ili oblika podrške koje mogu odgovoriti na potrebe svih obitelji (Anderson-Butcher i Ashton, 2004; Bloom 2009; Langford, 2009; SAMHSA, 2010; National Collaboration for Integrated Care and Support, 2013; MacCourt, 2013). Suradnički pristup pretpostavlja uključivanje državnih institucija na nacionalnoj, regionalnoj i lokalnoj razini, nevladin sektor, vjerske institucije i privatni sektor (Oswald, 2009).

Zaključci petog Hrvatskog simpozija o ranoj intervenciji u djetinjstvu, održanog 2019. godine navode sljedeće:

- u sustavu visokog obrazovanja postoje pozitivne promjene u odnosu na uvođenje obrazovnih programa pojedinih preddiplomskih i diplomskih studija s većim naglaskom na ranu dob, otvaranje poslijediplomskog specijalističkog studija rane intervencije te uvođenje specijalizacije iz dječje psihijatrije
- u sustavu ranog i predškolskog odgoja i obrazovanja razvijene su procedure prilikom upisa u vrtić za uočavanje odstupanja kod djece prilikom inicijalnog intervjua te se roditelje upućuje na odgovarajuće stručnjake
- stručnjaci u sustavu socijalne skrbi iznijeli su primjer transformacije jedne ustanove koja je prepoznala važnost sustava rane intervencije te važnost povezivanja pružatelja usluga iz sustava zdravstva i nevladinih organizacija te ustanova za rani i predškolski odgoj i obrazovanje
- sustav zdravstva ima dugu tradiciju sveobuhvatne pedijatrijske skrbi, ali i visoku razinu opterećenosti koja ne dopušta brzu prilagodbu na specifične potrebe djece s poremećajima iz spektra autizma

- u organizacijama civilnog društva vlada raznolikost u inicijativama i pristupima, no postoji financijska nesigurnost zbog projektnog financiranja
- o radu u privatnom sektoru navedeni su primjeri dobre prakse otvaranjem privatnih kabineta koji surađuju sa stručnjacima iz drugih sustava, uz privolu roditelja.

Također je upozoreno na nedovoljno poštivanje prava djeteta, brojna administrativna ograničenja, nepostojanje evaluacije niti zaštite od samoprozvanih stručnjaka i primjene znanstveno neutemeljenih postupaka, kojima smo i sami svjedoci posljednjih godina. Kao problem i dalje se ističe neprepoznavanje roditelja kao partnera od strane stručnjaka u procesu otkrivanja, dijagnostike i intervencije te nedovoljno razumijevanje za sve potrebe koje imaju kao roditelji.

Zbog svega navedenog, fokus sljedećeg simpozija bit će obitelj djeteta rane dobi s razvojnim rizicima i teškoćama u razvoju (Hrvatska udruga za ranu intervenciju u djetinjstvu, 2019), a rezultati ovog istraživanja mogli bi pridonijeti upoznavanju situacije o uslugama rane podrške u Brodsko-posavskoj i Istarskoj županiji.

1.1.3. OBILJEŽJA NEFORMALNE I FORMALNE SOCIJALNE PODRŠKE

Sustavi podrške mogu biti neformalni, poput onih koji se nude u svakodnevnim okruženjima obitelji – prijatelji, ili formalni, poput sustava podrške koje pruža sustav zdravstva, odgoja i obrazovanja, socijalne skrbi, pravosuđa i drugih. Neformalni oblici podrške podrazumijevaju mrežu prijatelja, obitelji i široko dostupnih informacija (mediji, literatura, internet) te su zasnovani na solidarnosti i emocionalnoj povezanosti i dopunjuju formalne oblike podrške (Žganec, 1995; Wall i sur., 2001). Formalni oblici odnose se na mrežu stručnjaka i javnih politika/zakona u društvu koji bi trebali učinkovito i pravovremeno odgovoriti na potrebe roditelja (Redmond i sur., 2002), a definiraju se kao odnos s profesionalcima u kojima stručnjak na temelju obrazovanja i iskustva pruža podršku roditelju (Jones i sur., 2009).

Formalna - stručna podrška važna je jer osnažuje roditelje u ciljanim područjima života te pruža oslonac za razvoj i održavanje osobnih kapaciteta u prevladavanju stresova koje imaju u svakodnevnoj brizi, skrbi i odgoju svoga djeteta s teškoćama u razvoju (Wallander i Varni, 1998). Kvalitetna i relevantna, formalna - stručna podrška povećava otpornost cijele obitelji za prevladavanje izazova koje nosi djetetova teškoća u razvoju (Schembri i Abela, 2016).

Iako su formalni oblici podrške jako važni, učestalost korištenja različitih oblika neformalne podrške je zastupljenija, što i navodi sljedeće istraživanje. Istraživanje koje je provedeno u Hrvatskoj u vezi s potrebama za podrškom u roditeljstvu, pokazalo je kako je za roditelje djece u razdoblju ranog djetinjstva (roditelji djece bez i s teškoćama u razvoju) najpoželjniji izvor savjetodavne podrške partner/partnerica (87%), bliski prijatelji koji imaju djecu (55%), vlastiti roditelji (54%), liječnik pedijatar (38%) i drugi članovi obitelji (27%) te naposljetku, stručnjaci različitih profila - odgojiteljice u vrtiću (15%), psiholog (7%), pedagog (6%), dok logopeda, edukacijskog rehabilitatora i zdravstvenu voditeljicu u svega (2%) slučajeva (Pećnik i Pribela-Hodap, 2013). Dobiveni rezultati navedenog istraživanja sukladni su rezultatima istraživanja Pećnik i Raboteg-Šarić (2005) kako roditelji, kao najpoželjnije izvore savjetodavne podrške, biraju članove obitelji, zatim druge roditelje, a tek onda stručnjake. Za obraćanje stručnjacima za savjete, roditelji su naveli da su se najviše javljali pedijatru (53%) te psihologu (15%) i odgojiteljicama (13%), što također potvrđuju rezultati istraživanja Girio-Herrera i suradnici (2013) koji navode da roditelji najčešće traže podršku liječnika i stručnih suradnika u odgojno-obrazovnim ustanovama. Traženje formalne podrške obilježeno je percepcijom roditelja kako im neformalna podrška nije dovoljna s izazovima koji su pred njima. Prema rezultatima istraživanja Akister i Johnsona (2004), roditelji od stručnjaka najčešće traže podršku (71%), savjet (57%), djelovanje (21%) te informacije (21%).

Roditelji djece s teškoćama u razvoju primarno žele pravodobno zadovoljavanje razvojnih potreba djece. Brojni nepoželjni događaji, od raspada obitelji, psihosomatskih i neurotskih poremećaji kod roditelja, smanjivanje njihove radne sposobnosti, institucionalizacija djeteta, dovode do povećanog stresa te je potreban rani sustav podrške (Ljubešić, 2009).

Socijalne veze i njihova učinkovitost u obliku socijalne podrške važan su izvor resursa pa su važne za područje socijalne politike. Socijalne su mreže objektivni pokazatelji socijalnih odnosa, koji pokazuju s kime pojedinac održava veze, ali ne pokazuju kvalitetu odnosa, koja se najčešće procjenjuje konceptom socijalne podrške (Antonucci, 2001). Antonucci (1985) tvrdi kako socijalne mreže tvore strukturu kroz koju se socijalna podrška razmjenjuje te čine polje formalnih i neformalnih odnosa pojedinca, unutar kojih se omogućuje razmjena usluga, informacija i drugih dobara (Mandič i Hlebec, 2005), dok socijalna podrška podrazumijeva potporne društvene interakcije.

U literaturi nalazimo različite klasifikacije oblika socijalne podrške. Pećnik (2003) navodi financijsku podršku, materijalne darove, praktičnu i emocionalnu podršku, Goldsmith (2004) razlikuje emocionalnu podršku (iskazi pažnje, briga, empatija i potvrđivanje vrijednosti), informacijsku podršku (pružanje informacija, savjeta i novog kuta gledanja na neki problem) te materijalnu podršku (ponuda robe i usluga). Neufeld i Harrison (2009) predlažu klasifikaciju podrške na emocionalnu, informacijsku, instrumentalnu i financijsku.

Istraživanjem, koje je provedeno u Dubrovačko-neretvanskoj županiji na uzorku od 161 roditelja djece s teškoćama u razvoju, nastojalo se dobiti uvid u dobivanje podrške za djecu s teškoćama u razvoju i njihove obitelji te u neke vidove roditeljstva. Istraživanje je pokazalo važnost svih oblika podrške, kao što su: emocionalna, financijska, praktična i savjetodavna podrška unutar obitelji, a supružnička podrška prikazana je kao najvažnija i najizraženija. Nešto je manje prisutna neformalna podrška, kao i zadovoljstvo roditelja takvom podrškom, a najmanje je zastupljena formalna podrška koju roditelji najmanje traže i najmanje su njome zadovoljni (Leutar i Oršulić, 2015).

Socijalna podrška je ključan koncept u proučavanju funkcioniranja obitelji, a može obuhvaćati podršku bračnog partnera, skupine za potporu, susjeda, prijatelja, profesionalaca i/ili baka i djedova (Milić Babić, 2012). Važan izvor informacija upravo su grupe podrške temeljene na iskustvima roditelja sa stručnjacima, programima i kreatorima politike, koje mogu utjecati na smanjenje broja stresora u obitelji.

Sljedeće poglavlje govori o izazovima roditelja djece s teškoćama u razvoju te njihovim roditeljskim kompetencijama, koje kod obitelji djece s teškoćama u razvoju ovise i o pružanju usluga rane podrške, bilo one pružene iz formalne ili neformalne mreže sustava podrške.

1.2. IZAZOVI RODITELJSTVA DJETETA S TEŠKOĆAMA U RAZVOJU U SUSTAVU USLUGA RANE PODRŠKE

1.2.1. IZAZOVI OBITELJI DJETETA S TEŠKOĆAMA U RAZVOJU

Obitelj se, kao nerazdvojiv dio društva, može promatrati kroz prizmu povijesnih razdoblja, društvenih uređenja, političkih sustava, ideologija te zakonodavstva određenog društva (Ljubetić, 2006). Transformacije koje su se događale, ali i događaju u društvu, mijenjaju obitelj koja se prilagođava društvenim zahtjevima i potrebama. Uvjet koji je neophodno zadovoljiti kako bi obitelj obnašala svoje temeljne zadaće, upravo su roditelji koji će moći osigurati nesmetan razvoj svih potencijala članova obitelji (Karpowitz, 2001; Geary i Flinn, 2001). Obitelj je prirodni socijalni sustav sa svojom strukturom, funkcijama, pravilima, ulogama, načinima komuniciranja, načinima suočavanja s problemima i njihovim rješavanjem te u kontekstu socijalnog razvoja djeteta upravo ta obitelj predstavlja važan čimbenik. Rođenjem, dijete je usmjereno isključivo na obitelj u čijem okruženju može zadovoljiti sve svoje razvojne potrebe te se u ranom djetinjstvu najčešće veže za jednu osobu, a to je u većini slučajeva majka, međutim, uspostavlja odnos privrženosti i s ostalim članovima obitelji kao što su otac, braća i sestre (Klarin, 2006).

U razdoblju ranog djetinjstva roditelji su glavni odgojitelji svoje djece. Upravo članak 18. Konvencije o pravima djeteta (2001) naglašava načelo da su oba roditelja zajednički odgovorna za odgoj i razvoj djeteta te obvezuje zemlje potpisnice na odgovarajuću podršku roditeljima u ispunjavanju njihove roditeljske odgovornosti. S obzirom na promjene u suvremenoj obitelji, od društva se očekuje pružanje podrške roditeljima u kvalitetnom obavljanju roditeljske funkcije.
Najveća je želja roditelja tijekom trudnoće rođenje zdravog djeteta, a najdublji su nesvjesni strahovi koji potječu od fantazija rođenja djeteta s teškoćama u razvoju (Milić Babić, 2012). Odgajanje djeteta s teškoćama u razvoju donosi izazov za roditelje, ali i druge članove obitelji pa je obiteljska kohezivnost ključna za uspješan rast i razvoj djeteta s teškoćama u razvoju. Kohezivnost obitelji može varirati od ekstremno niske do visoke, a zdrav rast i razvoj omogućuje srednja razina obiteljske kohezivnosti. Ona podrazumijeva da član obitelji može biti i neovisan o obitelji, ali i povezan s njom toliko da mu to omogućava zdravo funkcioniranje (Zeiltin i sur., 1999 *prema* Milić Babić, 2012). Roditeljsko ponašanje i aktivnosti se mijenjaju zbog prisutnosti djeteta u obitelji, što izaziva snažne pozitivne, ali i negativne osjećaje, mijenja njihovu vlastitu sliku o sebi i sliku koju o njima ima okolina. Milić Babić (2012) proučavajući obiteljsku koheziju, navodi da se može

utvrditi kako obitelj funkcionira i koliko su njezini članovi zadovoljni obiteljskom klimom. Obiteljska kohezivnost uključuje emocionalnu povezanost i osjećaj bliskosti između članova obitelji. Povezana je sa zdravom i poticajnom obiteljskom klimom, a upravo za zdrave uvjete za razvoj samopoštovanja djeteta zaslužna je kvaliteta veze između članova obitelji. Obiteljska kohezivnost očuvana je u onim obiteljima koje su sposobne prilagoditi se različitim životnim okolnostima i uspješno funkcionirati.

Kada je u pitanju rođenje djeteta s teškoćama u razvoju, obitelj se suočava s brojnim stresovima koji ovise o kapacitetima obitelji, njezinom otpornošću i strategijama nošenja sa stresom, crtama ličnosti njezinih članova i prilagođavanju uloga u obitelji novonastaloj situaciji.

U današnjici digitalne tehnologije roditeljima se nameće niz savjeta kako biti uspješan roditelj. Roditelji pokušavaju na različite načine što uspješnije obnašati roditeljsku ulogu, za što im je potreban osjećaj kompetentnosti za tu ulogu, za koju trebaju posjedovati primjerena znanja, sposobnosti i vještine. Kuhn i Carter (2006) navode da doživljaj kompetentnosti u roditeljskoj ulozi uvelike određuje roditeljsko samopoimanje te je povezano s dobrobiti roditelja i pozitivnim ishodima roditeljstva u obiteljima djece s teškoćama u razvoju. Zadovoljstvo roditelja u roditeljskoj ulozi pozitivno je povezano s kvalitetom interakcija s djetetom te posredno i s djetetovim razvojnim ishodima (Almand, 2004). Stres koji roditelj osjeća doprinosi i osjećaju roditeljske nekompetentnosti (Kuhn i Carter, 2006).

Pojedina istraživanja pokazuju da sociodemografska obilježja kao socioekonomski status roditelja, razina obrazovanja, dob, spol te zdravlje roditelja utječu na doživljaj stresa kod roditelja i to se može povezati s doživljajem roditeljstva.

Rezultati istraživanja Raikes i Thompson (2005) na uzorku majki s niskim prihodima, upućuju na to da majke koje sebe doživljavaju nekompetentnima, ujedno izražavaju viši stupanj stresa, neovisno o materijalnim prilikama. Webster i suradnici (2008) te Conrad i suradnici (1992) proveli su istraživanja koja upućuju na povezanost roditeljskog obrazovanja i stresa u obitelji, tako da je viša razina roditeljskog obrazovanja povezana s nižom razinom roditeljskog stresa i zadovoljavajućom percepcijom obiteljske kohezivnosti. Dob majke, stupanj obrazovanja i prihod koji ostvaruje povezani su s majčinim doživljajem roditeljstva i obitelji. Također, zdravlje roditelja može biti značajna komponenta obiteljske klime jer stresna situacija može biti dodatno otežana lošim zdravstvenim stanjem roditelja. Tosevski i Milovančević (2006) navode da loše fizičko zdravlje može uzrokovati stres zbog kojega se može pojačati ranjivost članova obitelji.

Leutar i Raić (2002) te Leutar i Starčić (2007) ukazuju na to da su očekivanja roditelja od nerođenog djeteta različita i često ovise o društvenom statusu obitelji. Smatraju da viši društveni slojevi imaju veća očekivanja te zaključuju: što su veća očekivanja roditelja, to je veće njihovo razočaranje u slučaju rođenja djeteta s intelektualnim teškoćama.

Lin i suradnici (2009) opisuju istraživanje provedeno u Tajvanu s primarnim skrbnicama djece s ADHD-om (majke, bake, pomajke) i navode odražavanje emocionalnog tereta nošenja sa situacijom u osjećajima frustriranosti, bespomoćnosti, ljutnje i zabrinutosti. Najistaknutije i najzabrinjavajuće je ljutnja usmjerena na samo dijete i trajna zabrinutost za budućnost djeteta. Belzer i Roll (1997; prema Leutar i Oršulić, 2015) ističu da se rođenjem djeteta s intelektualnim teškoćama kod očeva javljaju različiti osjećaji: potpuno razočaranje s obzirom na tradicionalnu ulogu oca i perspektivu života djeteta s intelektualnim teškoćama, osjećaj neupotrebljivosti, držanja na distanci, povećava se profesionalna angažiranost oca s ciljem kompenzacije i bijega od kognitivnog i emocionalnog opterećenja te osjećaj ljubomore zbog povećane angažiranosti supruge za dijete. Martinac Dorčić (2008) utvrdila je u svom istraživanju, na uzorku od 58 bračnih parova djece s cerebralnom paralizom, kako se oni ne razlikuju u ukupnom intenzitetu roditeljskog stresa, ali se razlikuju u pojedinim izvorima stresa, pri čemu majke doživljavaju veći stres uslijed opterećenosti zahtjevima roditeljske uloge, dok očevi veće razine stresa doživljavaju uslijed opterećenja drugim životnim ulogama.

Rezultati istraživanja Milić Babić (2012), provedenog na uzorku od 308 roditelja djece s teškoćama u razvoju iz Zagreba, pokazuju da će se zadovoljnijima u roditeljskoj ulozi i efikasnijima u roditeljstvu osjećati oni roditelji koji nemaju osjećaj stresa vezan uz roditeljstvo.

Međutim, postoje i starija i novija istraživanja koja ukazuju i na pozitivne aspekte rođenja djeteta s teškoćama u razvoju u obitelji, kako u svijetu tako i u Hrvatskoj.

Neke obitelji djece s teškoćama u razvoju ne pokazuju više problema od ostalih obitelji (Seligman, 1997). Također, spominje da su neki brakovi pod stresom, no ostaju netaknuti, dok neki propadnu, a drugi prežive te još ojačaju (Seligman, 1997, str.102). Leutar i Raić (2002) u svom radu spominju istraživanja (Herzig, 1993; Kallenbach, 1997) koja ukazuju na to da dijete s intelektualnim teškoćama u obitelji ne donosi samo krize, nego i roditeljima pruža povoljne šanse za emocionalnu privrženost, jačanje roditeljstva i otvorene komunikacije unutar obitelji.

Svaki se roditelj individualno suočava sa sustavnim promjenama, nastojeći se prilagoditi novonastaloj situaciji. Važno je informirati roditelje i cjelokupnu obitelji i pomoći im u suočavanju

s ulogom u kojoj su se našli. Dijagnoza vezana uz teškoće u razvoju djeteta kod roditelja izaziva mnoštvo emocija. Pojedine će obitelji na dijagnozu gledati kao na nepravdu, ali će se usmjeriti na pozitivnosti koje je dijete s teškoćama u razvoju unijelo u njihovu obitelj, dok će pojedine obitelji na to gledati kao na teret, krizu i dodatni stres za fizičko, emocionalno i financijsko funkcioniranje obitelji. Roditelji često prelaze svoje mogućnosti nošenja sa stresom te zanemaruju osobne potrebe (Gwendolin, 2002).

Obitelj kao dinamičan socijalni sustav izgrađuje jedinstvenu ravnotežu svojih članova i odnosa između njih i upravo o tome ovisi način kako će obitelj reagirati u stresogenim uvjetima. Roditelji trebaju prepoznati, razumjeti i pravodobno reagirati na potrebe svoje djece, uključujući potrebe vezane za teškoće u razvoju, što zahtijeva nova znanja, vještine i sposobnosti roditelja. Obitelj se osjeća nekompetentno u sustavu koji je prečesto usmjeren na teškoću djeteta te je važno usmjeriti se na snagu obitelji. Njihovo mišljenje i ideje važni su za promicanje suradničkog načina rada sa stručnjacima i pružanje bolje usluge djetetu, jer bez povezivanja s roditeljima, nema djelotvorne rane intervencije (McWilliam, 2010). Kraljević (2011) ukazuje na značaj kvalitetne rane podrške roditeljima što u konačnici unaprjeđuje roditeljske kompetencije i vještine nošenja sa svakodnevnim izazovima roditeljstva. Pružanje neformalne i formalne podrške ima za svrhu jačanje kompetentnosti roditelja kako bi djetetu pružili optimalne uvjete za razvoj njegovih potencijala (Pećnik, 2013). Pojedini se roditelji osjećaju kompetentnima i žele biti uključeni u sve vidove rane intervencije, dok pojedini, odluke prepuštaju stručnjacima (DesJardin, 2003). Visoka uključenost roditelja i djece u program rane intervencije doprinijela je da su upravo ta djeca najviše napredovala (Moeller, 2000). Zadovoljstvo socijalnom podrškom može pomoći roditeljima u prevladavanju izazova roditeljstva (Ghorbani i sur., 2014), jer kako Cohen i Wills (1985) navode, podrška je amortizer stresa. Waisbren i suradnici (2004) utvrdili su da roditelji koji su zadovoljni primljenom socijalnom podrškom izražavaju niži stupanj stresa te lakše zadovoljavaju potrebe djeteta. Dokazana je i povezanost socijalne podrške s roditeljskim kompetencijama, prema kojoj socijalna podrška usmjerena na potrebe roditelja jača roditeljski doživljaj vlastite kompetencije, što doprinosi unaprjeđenje razvoja djeteta (Keen i sur., 2010). Podrška roditeljima može utjecati na roditeljsku kompetenciju kojom se povećava vjerojatnost kako će se roditelji odnositi prema djetetu na način koji podupire djetetov optimalni psihosocijalni razvoj (Trivette i Dunst, 2005).

Međusobno razumijevanje i podrška partnera potrebni su kako bi obitelj što kvalitetnije funkcionirala te u skladu s tim, kako bi se roditelji osjećali kompetentnijima za odgoj svoga djeteta.

1.3. USLUGE SUSTAVA RANE PODRŠKE IZ PERSPEKTIVE RODITELJA I STRUČNJAKA

1.3.1. USLUGE SUSTAVA RANE PODRŠKE IZ PERSPEKTIVE RODITELJA

Rana podrška roditeljima treba biti pružena od različitih sustava u društvu: odgojno-obrazovnog, zdravstvenog i socijalnog sustava te suradnje s drugim sudionicima unutar zajednice kao što su udruge i vjerske zajednice te ostali sudionici u razvoju određene lokalne zajednice (Leutar i Oršulić 2015). Istraživanje provedeno u Hrvatskoj i Bosni i Hercegovini (Bećirević i Dowling, 2012) navodi kako je 89 roditelja percipiralo suradnju i podršku od strane stručnjaka te da je dijagnostički proces bio stresno iskustvo zbog načina priopćavanja dijagnoze. Stručnjaci ističu da prvotna rana negativna iskustva roditelja sa stručnjacima imaju značajnu ulogu u formiranju negativnih roditeljskih stavova prema stručnjacima (Bailey i sur., 1999; Kraljević, 2011).

Socijalna podrška roditeljstvu podrazumijeva dostupnost resursa u okolini za pružanje podrške roditeljima u svakodnevnom životu te kriznim situacijama (Dobrotić i Laklija, 2012.). Unaprjeđenje zajedništva između članova obitelji može biti dodatno potaknuto zadovoljstvom roditelja neposrednom socijalnom podrškom, čija kvaliteta i dostupnost pridonosi osjećaju sigurnosti u obitelji i povezanosti njezinih članova (Greer i sur.; 2006 *prema* Lovell i Mason, 2012).

Potreba za informacijama najizraženija je potreba za podrškom koja se pojavljuje kod roditelja djece s teškoćama u razvoju. U Standarde kvalitete socijalnih usluga u djelatnosti socijalne skrbi (Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi, 2010), uvrštena je dostupnost informacija kao prvi standard kvalitete. Istraživanje koje su proveli Košićek i suradnici (2009) pokazuje da roditelji navode postojanje nedovoljne suradnje između stručnjaka, iz čega proizlazi i nedovoljna informiranost samih stručnjaka o radu stručnjaka drugih struka. Naime, to dovodi do nedovoljnog i neodgovarajućeg informiranja roditelja koji imaju dijete s teškoćama u razvoju, a Sloper (1999) smatra da je odnos roditelja i stručnjaka presudan aspekt učinkovitosti usluga.

Integracija i koordinacija usluga i profesionalaca iz zdravstva, obrazovanja i socijalne skrbi kritični su za djelotvorno pružanje usluga (Underwood i Frankel, 2012). Koordinacija usluga definira se kao skup aktivnosti koje provodi koordinator usluga, a koje omogućavaju djetetu i njegovoj obitelji ostvarivanje prava i pristup potrebnim uslugama rane intervencije (Bruder, 2005). To uključuje koordinaciju svih usluga koje dijete prima i ostvarivanje kontakata kako bi se

pomoglo obitelji radi lakšeg ostvarivanja podrške i pristup uslugama (Dunst i Bruder, 2002; Alliston, 2007; Chang, 2007; Spittle i sur., 2012). Dobra koordinacija i suradnja stručnjaka ima za učinak bolju dostupnost usluga roditeljima (Iversen i sur., 2003), bolji protok informacija potrebnih roditeljima (Scarborough i sur., 2004; Moeller, 2007), poboljšanu kvalitetu pruženih usluga (Spittle i sur., 2012), bolje odnose roditelja i stručnjaka (Franz, 2000) te pozitivno utječe na kvalitetu života obitelji (Dunst i Trivette, 1997; Epley i sur., 2010).

Brojna su se istraživanja, u zadnja tri desetljeća, (Harbin i sur., 2000; Johnson i sur., 2003; Park i Turnbull, 2003; *prema* Bruder, 2005) usmjeravala na pronalaženje faktora koji djeluju kao facilitatori koordinacije i integracije usluga. Harbin i suradnici (2000) izdvojili su sljedeće faktore usluga: država i lokalna zajednica, državna politika, model usluga, vodstvo, karakteristike i vještine pružatelja usluga, karakteristike obitelji, odnos obitelj – pružatelj usluga. Faktori vodstvo i pružanje usluga, timski pristup, programska filozofija i klima te osobne karakteristike pružatelja usluga (uključujući radno iskustvo te pohađanje treninga i edukacija) identificirani su i od strane obitelji i od strane koordinatora usluga kao važni facilitatori koordinacije usluga (Dinnebeil i sur., 1999; Jung i Baird, 2003). Efikasna koordinacija i integracija usluga gradi se na temelju dobre suradnje svih uključenih u sam proces (obitelj i pružatelji usluga rane intervencije).

Razumijevanje obiteljskih vrijednosti, uvjerenja i prioriteta potrebni su kako bi stručnjaci i roditelji tražili kreativna rješenja za probleme i individualizirane pristupe pružanju usluga i podrške obitelji (Ali i sur., 2009; *prema* Underwood i Frankel, 2012). Usklađenost rada roditelja i stručnjaka te primjerena obostrana komunikacija važni su preduvjeti za skladan razvoj djeteta te je na odraslima odgovornost za postupanje u najboljem interesu za dijete. Roditelji mogu i trebaju tražiti i dobiti informacije i/ili stručne savjete vezane uz djetetov rast i razvoj, terapeutske postupke i način rada s djetetom. Kvalitetna i recipročna komunikacija roditelja i stručnjaka omogućuje zajedničko razumijevanje djece i razvoj odgovarajućih načina rada s djetetom, usklađenih s njegovim individualnim i razvojnim posebnostima.

Komunikacijski proces između liječnika i roditelja djeteta s teškoćama u razvoju i zadovoljstvo s priopćavanjem dijagnoze, intenzivno je istraživano te pokazuje da je zadovoljstvo vrlo nisko: više od 50% majki (f=16) nezadovoljno je načinom priopćenja djetetove dijagnoze (Quine i Pahl, 1987; Sloper i Turner, 1993; Quine i Rutter, 1994; Pearson, 1999; *prema* Graungard i Skov, 2006). Roditelji koji su mislili da liječnici ne razumiju njihove potrebe često smatraju da liječnici ne razumiju ni potrebe njihove djece (Wharton i sur., 1996; *prema* Graungard i Skov,

2006). Bradford (1991; *prema* Graungard i Skov, 2006) je utvrdio da medicinsko osoblje podcjenjuje roditeljski emocionalni stres i potrebu za informacijom tijekom prijema njihovog djeteta s kroničnom bolešću. Landsman (2005) navodi kako liječnici nemaju dovoljno vremena s djetetom napraviti točnu procjenu, jer je dijete prilikom procjene sramežljivo i umorno te ne pokazuje određena ponašanja i sposobnosti kao kod kuće. Studije pokazuju da samo 20% specijalizanata pedijatrije (f=33) radi odgovarajući screening te na taj način mogu propustiti otkrivanje suptilnijih oštećenja (Ramey i Ramey, 1992; *prema* Bauer i sur., 2009). Prevalencija razvojnih kašnjenja iznosi oko 10%, a programi rane intervencije obuhvaćaju 2-3% djece mlađe od tri godine (Sices, 2007). Fordham i suradnici (2011) ističu da obitelji, koje su primale stručnu podršku u ranom djetinjstvu djeteta, izvještavaju o pozitivnijim iskustvima pružene podrške, od obitelji koje nisu primale tu vrstu podrške.

Važnu ulogu ima i transdisciplinirano kao model timskog rada, a za cilj ima pojednostaviti i ubrzati proces dobivanja odgovarajuće podrške za dijete i obitelj. Roditelji su sudionici koji se predstavljaju kao partneri stručnjacima u procesu pružanja rane podrške (Milić Babić i sur., 2013) te interdisciplinarnost i transdisciplinarnost nadopunjuju svakodnevnom skrbi o djetetu. Analizirajući kontekst interdisciplinarnosti i transdisciplinarnosti unutar sustava rane intervencije, potrebno je sve osobe koje su uključene u rani dječji razvoj identificirati i potaknuti na aktivno sudjelovanje (Ivšac Pavliša, 2010; Ljubešić, 2012).

Roditelji trebaju biti aktivni sudionici u sustavu usluga rane podrške jer su oni ti koji odgajaju i skrbe za dijete, uz stručnjake koji pružaju usluge te uz podršku onih koji donose političke i financijske odluke u stvaranju uvjeta za postizanje maksimuma djetetova razvojnog potencijala. Samo zajedničkom suradnjom jednih i drugih mogu se postići pozitivni rezultati koji će utjecati na razvoj djeteta, ali i obitelji u cjelini.

Ako roditelji ne dobivaju odgovarajuću podršku od strane stručnjaka, oslanjaju se sami na sebe ili druge roditelje s istim problemima, u smislu informiranja o zdravstvenom stanju djeteta, pravima djeteta i obitelji, upućivanju roditelja na odgovarajuće usluge podrške. Iversen i suradnici (2003) ističu da roditelji djece s teškoćama u razvoju iskazuju potrebu da ih se bolje informira o sustavima usluga podrške koji se nude u zajednici, uključujući i timski rad s djetetom. Brajša-Žganec i suradnici (2011) navode kako je nedovoljna informiranost roditelja rezultat nepostojanje mreže rane intervencije u Hrvatskoj u odgovarajućem opsegu. Istraživanje kojemu je bio cilj istražiti odjeke suvremenih događanja rane intervencije na području Zagreba, zaključuje kako roditelji

djece s teškoćama u razvoju ukazuju na manjak suradnje između stručnjaka različitih struka, tj. na manjak suradnje i timskog pristupa u ranoj intervenciju (Košiček i sur., 2009).

Često se događa da roditelji posjećujući brojne stručnjake i pseudostručnjake te obilazeći različite ustanove i nevladine organizacije u potrazi za primjerenom i sveobuhvatnom razvojnom podrškom, izgube mnogo vremena (HURID, 2015).

Roditelji koji su uključeni u sustav usluga rane podrške, zadovoljniji su svojom ulogom roditelja, u odnosu na roditelje koji nisu uključeni. Istraživanje Pelchat i suradnici (1999) provedeno na uzorku roditelja djece s teškoćama u razvoju, navodi kako su roditelji uključeni u programe rane intervencije imali bolju prilagodbu na djetetovu dijagnozu, nego roditelji koji nisu. Roditelji su izvijestili o manjoj razini stresa povezanog s roditeljstvom, pozitivnijoj percepciji i stavovima u vezi s djetetovom teškoćom te su imali više povjerenja u vlastite resurse, kao i u pomoć koju im mogu pružiti. Istraživanja pokazuju da roditelji žele jasne i korisne informacije od stručnjaka te rad stručnjaka s roditeljima na jačanju samopouzdanja u roditeljske sposobnosti za nošenje s izazovima koje nosi roditeljstvo (Iversen i sur., 2003; Bailey i sur., 2004). No, postoje i istraživanja koja pokazuju nezadovoljstvo roditelja s pruženim uslugama podrške. Košiček i suradnici (2009) i Ivšac Pavliša (2010) navode da neka istraživanja pokazuju roditeljsko izražavanje nezadovoljstva lošom dostupnosti informacija pa nailaze na teškoće pronalaženja relevantnih i korisnih informacija. Košiček i suradnici (2009) utvrdili su visoku razinu nezadovoljstva roditelja pruženim informacijama o mogućnostima rehabilitacije te nezadovoljstvo suradnjom i komunikacijom između stručnjaka jer 54 % ispitanih (f=82) nakon postavljene dijagnoze, nije dobilo informacije o mogućnostima rehabilitacije, nego su se sami morali informirati putem knjiga i interneta.

Među razloge otežanog dolaženja do informacija, navodi se sljedeće:

„Nepostojanje sustava rane intervencije, premalo stručnjaka specijaliziranih za rani razvoj, nedovoljna obaviještenost medicinskih struka o razvojnim fenomenima, nedostatak cjeloživotnog obrazovanja stručnjaka, centraliziranost savjetodavnih i terapijskih usluga u glavnim gradovima.“(Ivšac Pavliša, 2010, str. 280).

Situaciju dodatno pogoršava (pre)velik vremenski razmak između roditeljske zabrinutosti i obraćanja stručnjaku. Roditelji koji imaju pozitivno mišljenje o uslugama podrške i samom procesu savjetovanja, skloniji su potražiti usluge podrške (Pećnik i Pribela-Hodap, 2013; Godoy i sur., 2014; Oh i Bayer, 2015). Pećnik i Pribela-Hodap (2013) u svom istraživanju navode da čak 85 % roditelja smatra traženje usluga podrške znakom roditeljske odgovornosti, dok njih 78 % smatra da

bi im stručnjaci mogli pomoći. Nadalje, većina roditelja koji su koristili usluge podrške stručnjaka imaju pozitivna iskustva te bi ih preporučili roditeljima u sličnim situacijama (88%). Slično potvrđuju Godoy i suradnici (2014) te ističu da je namjera za traženjem usluga rane podrške pozitivno povezana s uvjerenjima o uslugama podrške, a uvjerenja su pozitivno povezana s primanjem usluga. Oh i Bayer (2015) smatraju da roditelji češće ostvare podršku ako ju žele tražiti, za razliku od roditelja koji su ambivalentni u svojoj namjeri. Roditelji od stručnjaka očekuju empatičnost, razumijevanje, suradnju, komunikativnost te spremnost da odgovore na sva pitanja koja ih zanimaju (Pollock Prezant i Marshak, 2006). Isti su autori proveli istraživanje na uzorku od 120 roditelja djece s različitim teškoćama u razvoju i zaključuju da su roditelji isticali važnost podrške stručnjaka cijeloj obitelji, poticanje inkluzije i integracije te navode visoka očekivanja stručnjaka od djeteta i kontinuirani rad na jačanju samopouzdanja djeteta. Roditelji su navodili da cijene stručnjake koji se dodatno uključuju u rad s djecom, educiraju roditelje te zagovaraju djetetova prava.

1.3.2. USLUGE SUSTAVA RANE PODRŠKE IZ PERSPEKTIVE STRUČNJAKA

Istraživanja (Wesley i sur., 2005; Baker-Ericzén i sur., 2009) pokazuju da stavovi stručnjaka koji rade s djecom s teškoćama u razvoju rane dobi, prema uključivanju djece u različite sustave, variraju ovisno o tome koliko stručnjaci imaju znanja i iskustva u radu s djecom s teškoćama. Ljubešić (2017) navodi kako u Hrvatskoj raste broj stručnjaka različitih profesija koji pokazuju interes za usavršavanje u području rane intervencije. Usluge rane intervencije u djetinjstvu provode edukacijski rehabilitatori, logopedi, socijalni pedagozi, psiholozi, radni terapeuti, fizioterapeuti i odgojitelji koji posjeduju različite dodatne edukacije, znanja i iskustva.

Pretpostavlja se kako stručnjaci nemaju dovoljno znanja/volje/resursa da se podjednako usmjere i na djetetove razvojne mogućnosti i na potrebe obitelji. Roditelji su i dalje neinformirani o različitim uslugama, iako se neki stručnjaci dodatno educiraju i specijaliziraju za rad s najmlađom djecom i njihovim obiteljima (Košiček i sur., 2009; Ljubešić, 2009). Stručnjaci ističu da su roditelji nespremni zatražiti usluge podrške, što zbog nerazumijevanja djetetovih potreba i nedostatnog uvida u učinke vlastitih roditeljskih postupaka, što zbog neinformiranosti o postojanju usluga te straha od stigmatizacije. Navode i kako im se roditelji katkad obraćaju isključivo na nečiji poticaj ili zato što su ih na to prisilili institucija/stručnjak koji se brinu o zaštiti djetetove dobrobiti (Pećnik, 2013). Stručnjaci koji imaju slabije vještine i znanja u radu s djecom s teškoćama u razvoju,

osjećaju se manje spremnima za prihvaćanje djece s teškoćama u razvoju te je potrebno voditi računa o edukaciji svih uključenih u proces rane intervencije (Hanson, 2005). Nadalje, stručnjaci koji su educirani za pružanje usluge na način da poštuju specifičnost obitelji, stvorit će uspješan komunikacijski model (Guralnick, 2005). Kalmanson i Seligman (1992) naglašavaju da uspjeh svih intervencija počiva na kvaliteti odnosa pružatelj usluga (stručnjak) – primatelj usluga (obitelj). Profesionalni stavovi i vrijednost te filozofija usmjerena na obitelj poboljšat će suradnju i odnose u kontekstu rane intervencije (McWilliam i sur., 1998).

Svi stručnjaci mogu omogućiti roditeljima da budu prihvaćeni kao ravnopravni sudionici u provedbi usluga podrške, jer uloga stručnjaka u radu s roditeljima predstavlja važan i vrijedan resurs socijalne podrške, što može smanjiti stres obitelji (Leutar i Štambuk, 2007). Zaštitni su faktori u prilagodbi roditelja na djetetove teškoće u razvoju razumijevanje i podrška okoline, kvaliteta profesionalne brige i korištenje efikasnijih strategija suočavanja sa stresom (Denona i Batinić, 2002; *prema* Leutar i Štambuk, 2007). Hanson i suradnici (2000) izvještavaju kako stručnjaci u programima rane intervencije imaju ključnu ulogu te vode obitelj na način da daju informacije, organiziraju sastanke i olakšavaju komunikaciju između različitih ustanova. Korfmacher i suradnici (2008) navode kako postoji vrlo malo istraživanja posvećenih obilježjima stručnjaka koja utječu na razinu obiteljske uključenosti u program rane intervencije te ističu 4 obilježja: obrazovanje stručnjaka, odgovarajući program rane intervencije, odgovarajuća kombinacija korisnika i pružatelja usluge te supervizija.

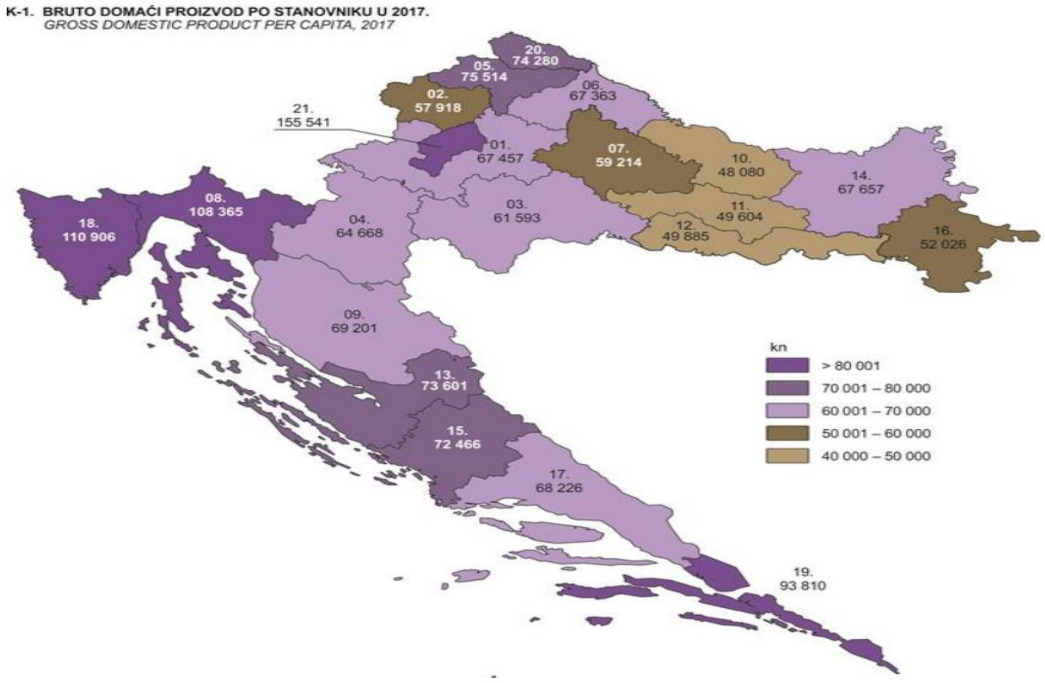
Budući da svaka osoba ima pravo na život u obitelji i život u zajednici, potrebno je usmjeriti pozornost na podršku roditeljstvu, ali i na obitelj u cjelini. Obitelji djece s teškoćama u razvoju i osoba s invaliditetom suočavaju se s različitim izazovima koje nosi sama teškoća u razvoju i invaliditet te je važno cijeloj obitelji osigurati materijalnu i psihološku podršku, počevši od prvotnog suočavanja s dijagnozama i promjenama koje ti izazovi donose za cijelu obitelj.

Uključenost roditelja u usluge rane podrške moguća je kroz suradnju sa stručnjacima te taj odnos treba biti ravnopravan, uz međusobno poštivanje, uvažavanje mišljenja, stavova, osjećaja. Sebald i Lucker (2007) smatraju da je cilj uspostaviti pozitivan i dugotrajan odnos s obzirom da suradnja traje duži niz godina.

1.4. REGIONALNE RAZLIKE PREMA ŽUPANIJAMA U REPUBLICI HRVATSKOJ

Na razini Republike Hrvatske različita je dostupnost i kvaliteta usluga rane podrške, ovisno o razvijenosti pojedinih regija. U ovom istraživanju prikazat će se navedeno usporedbom dviju županija, od kojih je Brodsko-posavska županija na nižem, a Istarska županija na višem stupnju razvijenosti. U ovom dijelu poglavlja prikazat će se podatci o regionalnim razlikama po županijama prema BDP-u, stopi nezaposlenosti, prosječnoj neto plaći koji ukazuju na razliku između Brodsko-posavske i Istarske županije. Iako postoje pozitivni pomaci u regionalnom razvoju Brodsko-posavske županije i dalje je Istarska županija gospodarski naprednija. S obzirom da je dostupnost i kvaliteta usluga rane podrške najzastupljenija u Gradu Zagrebu, zanimljivo je bilo ispitati situaciju o uslugama rane podrške u drugim dvjema županijama s obzirom na njihovu razvijenost.

Slika 1 prikazuje razvijenost županija Republike Hrvatske prema BDP-u po stanovniku prema zadnjim dobivenim podatcima iz Državnog zavoda za statistiku Republike Hrvatske te je vidljivo kako Brodsko-posavska županija ima manji BDP po stanovniku, odnosno 49 885 kuna, u odnosu na Istarsku županiju gdje BDP iznosi 110 906 kuna.



Izvor: Državni zavod za statistiku Republike Hrvatske, 2020.

Slika 1: *Razvijenost županija Republike Hrvatske prema BDP po stanovniku u 2017. godini*

1.4.1. REGIONALNE STOPE RASTA

Ratna događanja, osiromašenje u ekonomskom i društvenom pogledu, politike višestranačkih sustava, dovele su do toga da se u zemljama u tranziciji, pa tako i u Hrvatskoj, sve češće obitelj i obiteljski odgoj zanemaruju, zapostavljaju ili ignoriraju, kao temelj prosperiteta i napretka čovječanstva. U vrijeme smjene dvaju političkih sustava, tranzicija koja se dogodila, dovela je do promjena koje su zahvatile sva područja i sfere društvenog života: ekonomiju, socijalne odnose, pravo, moral, političku racionalnost, ideologije, vrijednosne orijentacije te kulturne paradigme (Kalanj, 1995). Postojanjem demokratskog političkog sustava, suvremena hrvatska obitelj suočila se s mnogobrojnim problemima kao što su: promjena društvenog standarda, ratna stradanja i poraće, progonstva i raseljavanja, problemi suživota povratnika, privatizacija, rastuća nezaposlenost, posljedice ratnih trauma kod djece i odraslih, rastući broj samoubojstava i nasilničkih ponašanja, emigracije i slično (Kalanj, 1995).

Pojedine regije u Republici Hrvatskoj bile su zahvaćenije ratom od drugih, kao recimo Brodsko-posavska županija u odnosu na Istarsku županiju, što i danas utječe na ekonomsko stanje pojedinih županija, tako i na kvalitetu života stanovništva te ekonomsku situaciju same županije.

Varijacije u regionalnim stopama rasta obilježavaju proces gospodarskog razvoja svake zemlje, što u nekim zemljama ima za posljedicu prisutnost izuzetno velikih gospodarskih i socijalnih razlika. Pitanja smanjenja tih regionalnih razlika od prvorazredne je političke i društvene važnosti, što rezultira u brojnim slučajevima značajnim ulaganjima usmjerenim k smanjivanju razlika. Prema svjetskim okvirima, Republika Hrvatska mala je zemlja po svojim osnovnim gospodarskim, geografskim, demografskima i mnogim drugim obilježjima. Međutim, to ne znači da u njoj ne postoje značajne regionalne razlike u stupnju razvijenosti, odnosno da pitanje varijacija u regionalnim stopama rasta nije od važnosti za tako malu zemlju. Podatci ukazuju kako je Hrvatska primjer male zemlje s naglašenim regionalnim razlikama u stupnju razvijenosti. Gospodarski razvoj Hrvatske tijekom 90-ih godina prošlog stoljeća je, uz tranzicijske procese, dodatno obilježen specifičnostima koje su vezane za posljedice ratne agresije i poslijeratne obnove područja istočne Slavonije i Baranje. Ta područja su prije rata pripadala razvijenijim područjima, ali su posljedice rata ostavile značajne razvojne teškoće te ih svrstala među najslabije razvijena područja Republike Hrvatske (Puljiz, 2009).

Regionalne su razlike prema znatne u bruto domaćem proizvodu po županijama. Bruto domaći proizvod je najsveobuhvatniji i najčešće korišteni pokazatelj stanja gospodarstva i na

nacionalnoj i na regionalnoj razini. Bruto domaći proizvod po glavi stanovnika (*per capita*) pokazuje razinu proizvodne razine razvijenosti pojedine države ili regije. Podatci o BDP-u *per capita* na razini županija Republike Hrvatske prema zadnjim dostupnim podatcima iz 2017. godine, pokazuju izrazito velike razlike u razini razvijenosti pojedinih županija. Pet gospodarski najjačih županija ostvaruje oko 63% ukupnog BDP-a Hrvatske, dok istodobno pet gospodarski najslabijih županija zajedno stvara tek 6,6% nacionalnog BDP-a. Najrazvijeniji Grad Zagreb bio je 1,75 puta razvijeniji od prosjeka Hrvatske. Prisutan je veliki utjecaj Grada Zagreba na prosječnu razinu razvijenosti Hrvatske zbog velike koncentracija gospodarskih aktivnosti u glavnom gradu. U Hrvatskoj su četiri regije bile razvijenije od prosjeka Republike Hrvatske: Grad Zagreb, Istarska županija, Primorsko-goranska i Dubrovačko-neretvanska županija, dok se preostalih 17 županija nalazilo ispod tog prosjeka. Karakteristična je i niska razina razvijenosti Slavonije, jer čak četiri od pet slavonskih županija nalaze se na razini ispod 60 posto prosječne razine razvijenosti Republike Hrvatske te zauzimaju četiri posljednja mjesta na ljestvici razvijenosti županija. U ovim županijama zabilježeni su relativno nepovoljni trendovi u odnosu na druge regije Hrvatske, odnosno porast je bio nizak te ujedno niži od onog na nacionalnoj razini, prosjek razine razvijenosti slavonskih županija pao je sa 65% prosjeka RH u 2008. na 60% u 2017. godini. Takve brojke otkrivaju da su u Hrvatskoj prisutne velike razlike u regionalnoj razini razvijenosti. Prema zadnjim podatcima, Brodsko-posavska županija je u 2015. i 2016. godini bila na predzadnjem mjestu, a u 2017. na 19. mjestu od 21 županije prema BDP-u. Istarska županija je na 3. mjestu prema BDP-u (Hrvatska gospodarska komora, 2020).

Gospodarska snaga (rast/smanjivanje) vidi se po kretanju BDP-a po godinama, pri čemu se eliminira utjecaj inflacije, odnosno govori se o realnim stopama rasta BDP-a. Stope pokazuju negativan utjecaj globalne i domaće krize na pad proizvodnih aktivnosti. Zbog šestogodišnje krize i smanjenja realne vrijednosti BDP-a tijekom tog razdoblja, realni je BDP na nacionalnoj razini u 2018. godini i dalje bio oko 1% manji nego u predkriznoj 2008. godini. Na razini županija ne objavljuju se realne stope rasta, ali je nominalni BDP u 2016. godini (posljednji raspoloživi podatci) u 12 županija bio manji nego u 2008. godini, a tek u devet županija veći (Hrvatska gospodarska komora, 2019). Tek je u 2017. godini nominalni rast BDP-a ponovo zabilježen kod svih županija (Hrvatska gospodarska komora, 2020). Zbog različitih trendova po županijama, kriza je u manjoj mjeri poremetila i odnose snage njihovih gospodarstava te su krizom najviše pogođene gospodarski slabije županije (pet slavonskih županija te Ličko-senjska županija). Tih šest županija

u 2008. godini stvaralo 14,2% nacionalnog BDP-a, 2014. godine 12,7%, a prema posljednjim podatcima za 2017. godinu, 12,3%.

U ovome će se poglavlju za potrebe ovoga rada, tablično prikazati podatci dviju županija koje sudjeluju u istraživanju te za Grad Zagreb kao pokazatelj najbogatije županije.

Tablica 1 prikazuje BDP u tekućim cijenama po županijama u 2015., 2016. i 2017. godini.

Tablica 1. *Bruto domaći proizvod u tekućim cijenama po županijama, u mil. HRK*

ŽUPANIJA	BDP			
	2015. (u mil. HRK)	2016. (u mil. HRK)	2017. (u mil. HRK)	Prosječna stopa rasta 2015.-2017. (u %)
GRAD ZAGREB	115.731	119.096	125.020	3,6
ISTARSKA ŽUPANIJA	20.903	22.185	23.092	4,3
BRODSKO-POSAVSKA ŽUPANIJA	6.689	6.904	7.187	1,9

Izvor: DZS; obrada: HGK, Zagreb, rujan 2020.

Prema podatcima u Tablici 1, Istarska je županija 2017. godine imala BDP 23.092 mil. HRK te stopu rasta od 4,3%, što je dva puta veći BDP od BDP-a Brodsko-posavske županije koji iznosi 7.187 mil. HRK. Prema navedenim podatcima, vidljivo je da je stopa rasta u Istarskoj županiji, u razdoblju od 2015. do 2017. godine, bila veća i od stope rasta u Gradu Zagrebu.

Tablica 2 prikazuje BDP u tekućim cijenama po stanovniku u 2015., 2016. i 2017. godini.

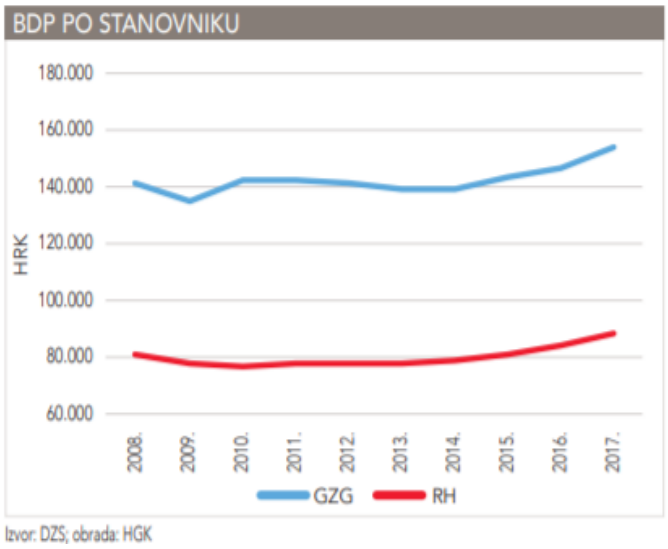
Tablica 2. *Bruto domaći proizvod po stanovniku u tekućim cijenama (ESA 2010) po županijama, u HRK*

ŽUPANIJA	BDP po stanovniku		
	2015. (u HRK)	2016. (u HRK)	2017. (u HRK)
GRAD ZAGREB	144.542	148.407	155.541
ISTARSKA ŽUPANIJA	100.447	106.646	110.906
BRODSKO-POSAVSKA ŽUPANIJA	44.213	46.638	49.885

Izvor: DZS; obrada: HGK, Zagreb, rujan 2020.

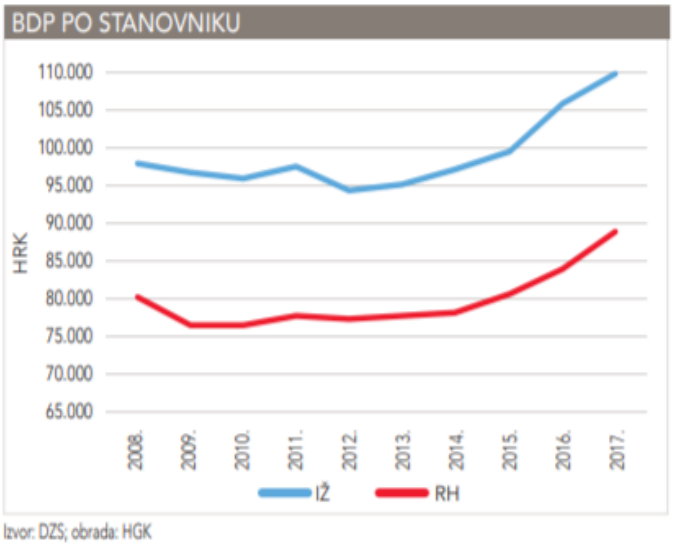
Prema podatcima u Tablici 2, Istarska je županija 2017. godine imala BDP po stanovniku 110.906 HRK, što je gotovo dva puta veći BDP od BDP-a Brodsko-posavske županije koji je iznosio 49.885 HRK. Vidljiva je i velika razlika između Brodsko-posavske županije i Grada Zagreba, čiji je BDP gotovo tri puta veći (Hrvatska gospodarska komora, 2020).

Slijede slikovni prikazi BDP-a po stanovniku u Gradu Zagrebu, Istarskoj i Brodsko-posavskoj županiji.



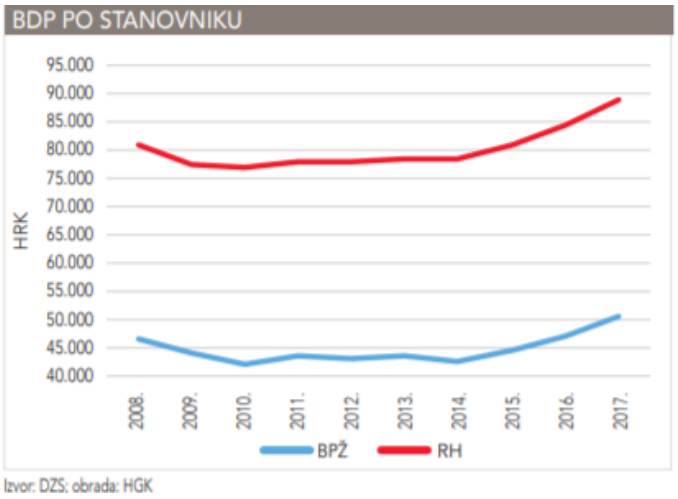
Izvor: DZS; obrada: HGK, Zagreb, rujan 2020.

Slika 2. *BDP po stanovniku – Grad Zagreb*



Izvor: DZS; obrada: HGK, Zagreb, rujan 2020.

Slika 3. *BDP po stanovniku – Istarska županija*



Izvor: DZS; obrada: HGK, Zagreb, rujan 2020.

Slika 4. *BDP po stanovniku – Brodsko-posavska županija*

U promatranom su razdoblju razlike između hrvatskih županija produbljene, odnosno u razdoblju od 2015. do 2017. godine najrazvijenija i najmanje razvijena županija imaju isti položaj (Brodsko-posavska županija u 2017. godini je na 19. mjestu) a njihova je razlika povećana. Tako je u razdoblju od 2015. do 2017. godine Grad Zagreb imao stopu rasta 1,9 puta veću u odnosu na Brodsko-posavsku županiju. Budući da je Istarska županija na 3. mjestu prema razvijenosti, vidljivo je kako su velike razlike između ovih dviju odabranih županija – Brodsko-posavske i Istarske.

Što se tiče nezaposlenosti, najniža je stopa nezaposlenosti do 2019. godini zabilježena u Istarskoj županiji, čime je prvi put nakon 2006. godine ova županija imala najnižu administrativnu stopu od svih županija, no u 2019. je povećan broj nezaposlenih. Brodsko-posavska županija je u 2018. i 2019. godini na 17. mjestu prema broju nezaposlenih. To je još jedan pokazatelj ekonomske razvijenosti Istarske županije, koja je u 2018. godini imala drugu najnižu stopu nezaposlenosti, a u 2019. treću najnižu stopu u Republici Hrvatskoj.

U Tablici 3 prikazana je stopa registrirane nezaposlenosti u 2019. godini za Grad Zagreb, Istarsku i Brodsko-posavsku županiju.

Tablica 3. *Stopa registrirane nezaposlenosti, stanje 31. ožujka 2019. godine, u %*

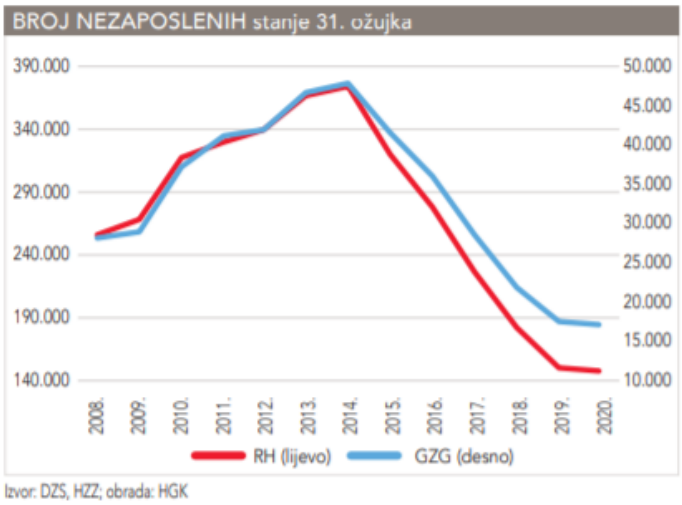
ŽUPANIJA	Stopa nezaposlenosti			
	2008. (u %)	2018. (u %)	2019. (u %)	2019.-2018. u postupnom opadanju (u %)
GRAD ZAGREB	6,2	4,7	3,7	-1,0
ISTARSKA ŽUPANIJA	6,7	4,9	4,6	-0,3
BRODSKO-POSAVSKA ŽUPANIJA	24,7	19,9	15,7	-4,2

Izvor: DZS; obrada: HGK, Zagreb, rujan 2018., 2020.

Stopa nezaposlenosti u 2019. godini za Istarsku je županiju iznosila 4,6%, što je 3,4 puta manje u odnosu na Brodsko-posavsku županiju, čija je stopa iznosila 15,7%. Ovo je ujedno i pokazatelj ekonomske razvijenosti pojedine županije, ali prema vidljivim podatcima u tablici, vidi se da postoji postupno opadanje po stopi nezaposlenosti. U Brodsko-posavskoj županiji ta je stopa nešto veća u odnosu na Istarsku županiju, iako i dalje Brodsko-posavska županija ima veću stopu nezaposlenosti od Istarske županije. Također je vidljivo da Grad Zagreb ima stopu nezaposlenosti 3,7% u 2019. godini, što je relativno manji postotak u odnosu na Istarsku županiju, ali u odnosu na Brodsko-posavsku županiju manji je gotovo pet puta.

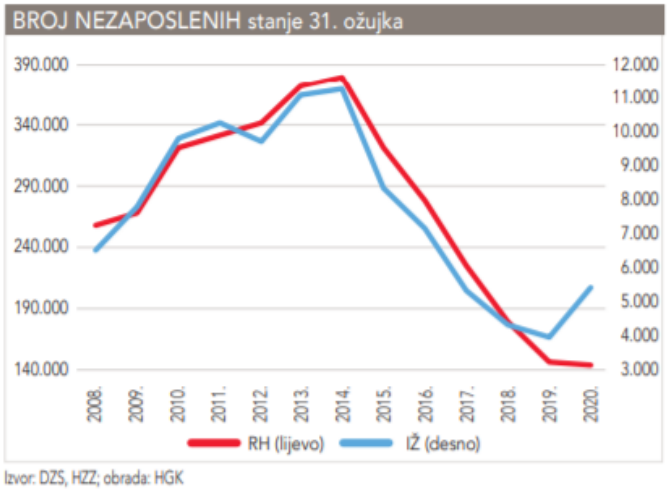
Budući da Državni zavod za statistiku objavljuje podatak o broju zaposlenih po županijama samo jednom godišnje, i to na dan 31. ožujka (što iskrivljuje sliku u županijama koje imaju najizraženije sezonske oscilacije zbog velike važnosti turističke djelatnosti), pouzdaniji je podatak koji oslikava područje zaposlenosti o broju osiguranika mirovinskog osiguranja, iako se taj broj ne može poistovjetiti s brojem zaposlenih (Hrvatska gospodarska komora, 2020).

Slijede slikovni prikazi broja nezaposlenih u Gradu Zagrebu, Istarskoj i Brodsko-posavskoj županiji.



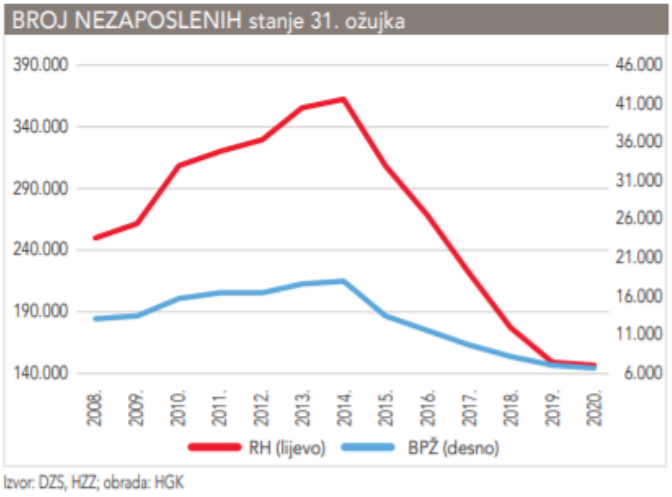
Izvor: DZS; obrada: HGK, Zagreb, rujan 2020.

Slika 5. *Broj nezaposlenih – Grad Zagreb*



Izvor: DZS; obrada: HGK, Zagreb, rujan 2020.

Slika 6. *Broj nezaposlenih - Istarska županija*



Izvor: DZS; obrada: HGK, Zagreb, rujan 2020.

Slika 7. *Broj nezaposlenih - Brodsko-posavska županija*

Tablica 4 prikazuje broj osiguranika u sustavu Hrvatskog zavoda za mirovinsko osiguranje u Gradu Zagrebu, Istarskoj i Brodsko-posavskoj županiji.

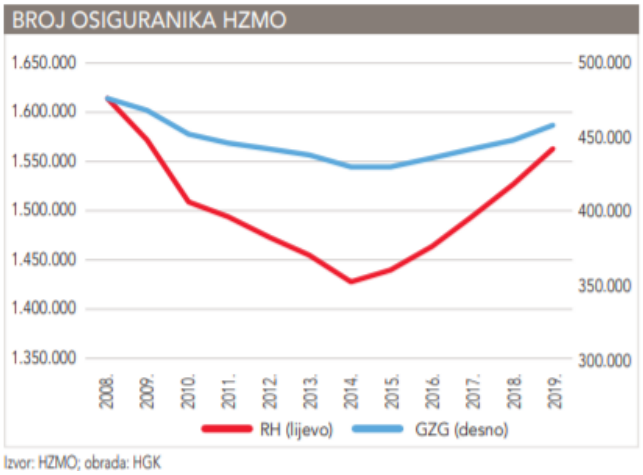
Tablica 4. *Broj osiguranika u sustavu HZMO*

ŽUPANIJA	Osiguranici HZMO			
	2008. (N)	2018. (N)	2019. (N)	Stope rasta 2019.-2018. (u %)
GRAD ZAGREB	457,586	446,567	456,752	2,3
ISTARSKA ŽUPANIJA	91,741	90,953	93,097	2,4
BRODSKO-POSAVSKA ŽUPANIJA	42,477	38,245	39,203	2,5

Izvor: DZS; obrada: HGK, Zagreb, rujan 2018., 2019.

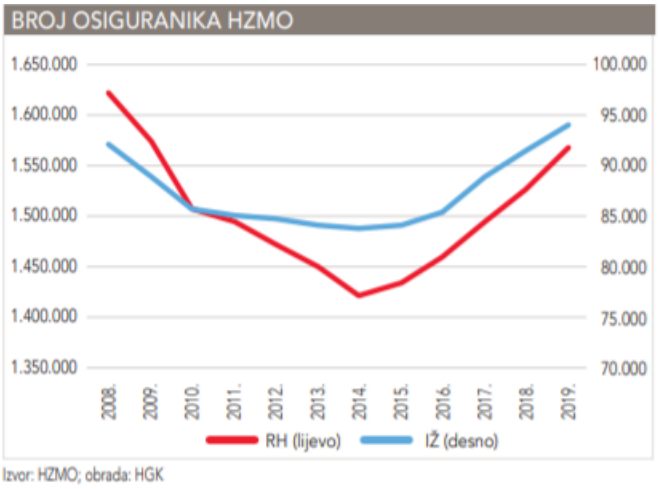
Iz Tablice 4 vidljivo je da je stopa rasta osiguranika u sustavu Hrvatskog zavoda za mirovinsko osiguranje bila nešto malo veća u Brodsko-posavskoj, nego u Istarskoj županiji, i to za 0,1%, dok u Gradu Zagrebu za 0,2% te tu nisu vidljive razlike po županijama.

Navedeno slijedi u slikovnim prikazima za Grad Zagreb, Istarsku i Brodsko-posavsku županiju.



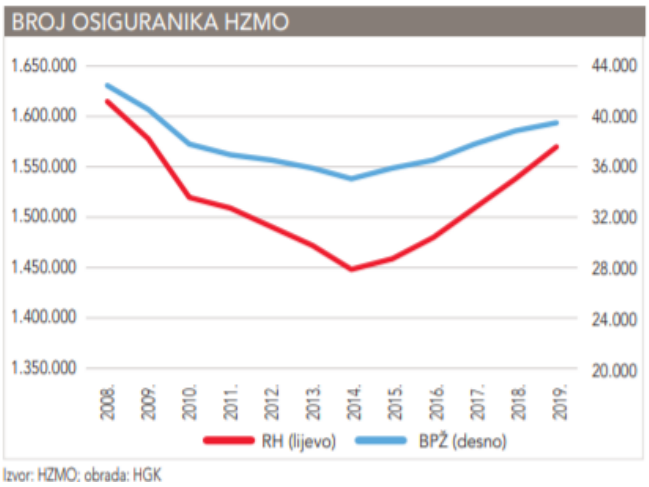
Izvor: DZS; obrada: HGK, Zagreb, rujan 2020.

Slika 8. *Broj osiguranika HZMO – Grad Zagreb*



Izvor: DZS; obrada: HGK, Zagreb, rujan 2020.

Slika 9. *Broj osiguranika HZMO – Istarska županija*



Izvor: DZS; obrada: HGK, Zagreb, rujan 2020.

Slika 10. *Broj osiguranika HZMO – Brodsko-posavska županija*

Regionalna nejednakost vidljiva je i u kretanju prosječne mjesečne neto plaće po županijama, Razlika između regionalne jedinice s najvišom i najnižom neto plaćom u 2018. godini iznosila je 42,4%. U 2017. su godini sve županije zabilježile rast prosječne nominalne neto plaće po zaposlenom, koji se kretao u rasponu od 1,4% u Brodsko-posavskoj do 7,9% u Zagrebačkoj županiji. U 2018. godini u svim je županijama realiziran godišnji rast vrijednosti neto plaća; to je bila druga uzastopna godina da je rast zabilježen baš u svim županijama. Podatci o neto plaćama na razini županija kasne za ostalim podatcima s tržišta rada pa su posljednji dostupni za 2018. godinu, i to samo za stanje 31. ožujka.

U sljedećoj tablici bit će prikazani podatci za prosječnu neto plaću za Grad Zagreb, Istarsku i Brodsko-posavsku županiju.

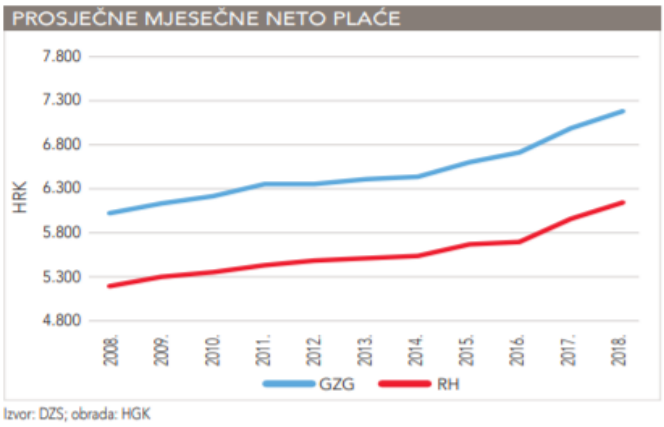
Tablica 5. *Prosječna mjesečna neto plaća u pravnim osobama, u HRK*

ŽUPANIJA	Prosječna neto plaća			
	2008. (u HRK)	2017. (u HRK)	2018. (u HRK)	Stopa rasta 2018./2017. (u %)
GRAD ZAGREB	6.040	6.990	7.187	2,8
ISTARSKA ŽUPANIJA	5.106	5.911	6.109	3,3
BRODSKO-POSAVSKA ŽUPANIJA	4.464	5.221	5.428	4,0

Izvor: DZS; obrada: HGK, Zagreb, rujan 2018., 2020.

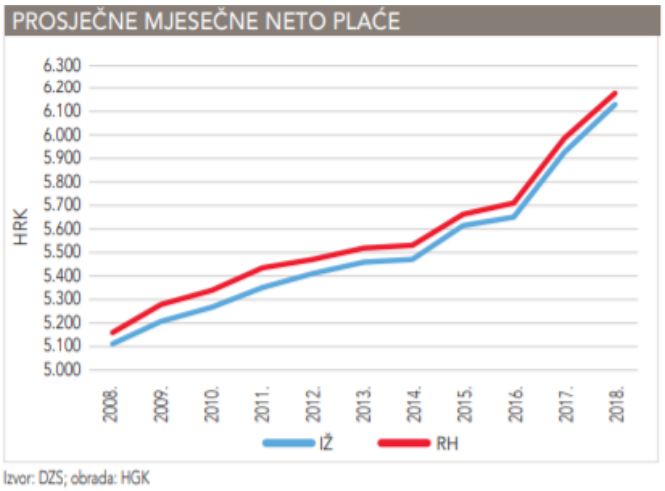
Iz Tablice 5 vidljivo je kako prosječna neto plaća u Istarskoj županiji 2018. godine iznosi 6.109 HRK, a u Brodsko-posavskoj županiji 5.428 HRK, što i nije pokazatelj različitosti po županijama prema navedenom kriteriju jer razlika iznosi samo nešto više od 600 HRK. Prema stopi rasta u 2017. godini, u Istarskoj je županiji ona narasla za 4,7% u odnosu na 2016. godinu, dok je u Brodsko-posavskoj županiji za 1,4%. Prema podatcima u tablici, vidljivo je da se ta stopa promijenila u odnosu na ove dvije županije i to u korist Brodsko-posavske županije. S obzirom na Grad Zagreb ta je stopa nešto niža (2,8%).

Slijede slikovni prikazi prosječne neto plaće u Gradu Zagrebu, Istarskoj i Brodsko-posavskoj županiji.



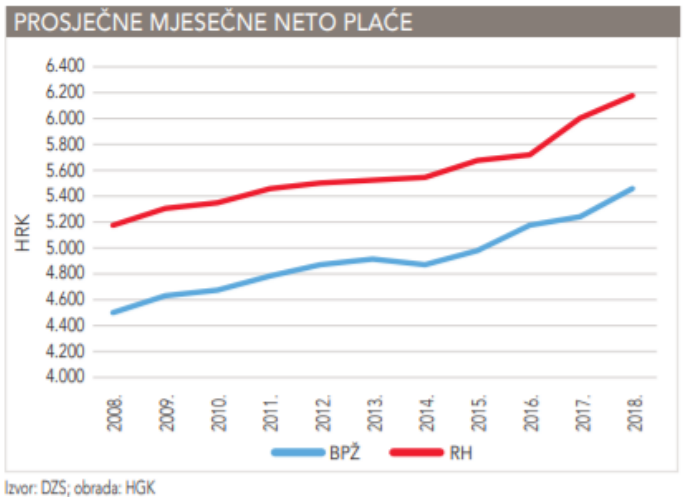
Izvor: DZS; obrada: HGK, Zagreb, rujan 2020.

Slika 11. *Prosječna mjesečna neto plaća – Grad Zagreb*



Izvor: DZS; obrada: HGK, Zagreb, rujan 2020.

Slika 12. *Prosječna mjesečna neto plaća – Istarska županija*



Izvor: DZS; obrada: HGK, Zagreb, rujan 2020.

Slika 13. *Prosječna mjesečna neto plaća – Brodsko-posavska županija*

Vremenskim serijama gospodarske statistike i različitih pokazatelja o općem razvoju, treba pridodati nezaobilazni i ključni čimbenik, a to je stanovništvo. U Hrvatskoj već desetljećima postoje negativne sastavnice kretanja ukupnog broja stanovnika: prirodno kretanja i migracijski saldo. Od 1991. godine, svake godine Hrvatska ima prirodno smanjenje – broj umrlih nadvisuje broj živorođenih – s tendencijom porasta, a samo se u posljednjih nekoliko godina iz Hrvatske, prema podatcima zemalja useljavanja, iselilo više od 200 tisuća stanovnika. Tako je u 2017. godini broj odseljenih u inozemstvo bio 272,9% veći u odnosu na one u 2011. godini, dok je broj odseljenih u drugu županiju bio 6,7% veći. Povećanje broja odseljenih u inozemstvo rezultat je trenda koji kontinuirano traje u većini županija od 2013. godine, tj. godine kada je Hrvatska postala članicom Europske unije. U većini županija taj je trend zaustavljen u 2018. godini pa je gotovo u svim županijama, izuzev Krapinsko-zagorske, Međimurske, Zadarske i Istarske, broj odseljenih u inozemstvo bio manji u odnosu na 2017. godinu. Ipak, 2019. godina opet bilježi trend povećanja broja odseljenog stanovništva. Zabilježeno je povećanje broja odseljenog stanovništva u drugu županiju (deset županija), jednako kao i porast broja odseljenog stanovništva u inozemstvo, također zabilježen u deset županija.

U Tablici 6 prikazan je broj odseljenog stanovništva po godinama u drugu županiju i inozemstvo.

Tablica 6. *Odseljeno stanovništvo*

ŽUPANIJA	U drugu županiju (po godinama)			U inozemstvo (po godinama)		
	2011.	2018.	2019.	2011.	2018.	2019.
GRAD ZAGREB	6.788	6.193	6.573	1.999	6.569	7.257
ISTARSKA ŽUPANIJA	889	996	1.145	946	1.852	2.582
BRODSKO-POSAVSKA ŽUPANIJA	1.240	1.384	1.320	325	2.258	2.073

Izvor: DZS; obrada: HGK, Zagreb, rujan 2018., 2020.

Iz Tablice 6 vidljivo je da je u 2019. godini iz Istarske županije iselilo 1.145 stanovnika u drugu županiju (0,5%), a 2.582 (1,2%) u inozemstvo. U Brodsko-posavskoj županiji odseljeno je 1.320 stanovnika u drugu županiju (0,9%), a 2.073 u inozemstvo (1,5%), a s obzirom na 2018. godinu taj je odljev stanovništva smanjen. Godine 2019. iz Grada Zagreba odselilo se 6.573 stanovnika u drugu županiju (0,8%) te 7.257 u inozemstvo (0,9%).

Prema prikazu rezultata vidljivo je da je samo u Brodsko-posavskoj županiji smanjen broj odseljenog stanovništva, kako u drugu županiji, tako i u inozemstvo.

Gustoća poduzeća vrlo je koristan pokazatelj razvoja gospodarstva. U Slavoniji su uglavnom smještene županije koje imaju najnižu gustoću poduzeća, dok primorske županije, uz grad Zagreb, uglavnom bilježe iznadprosječne razine gustoće. Najdinamičnije županije u pogledu rasta broja poduzeća su primorske županije, dok je najslabiji rast zabilježen u slavonskim županijama. Stoga je i za očekivati da je puno veći broj poduzeća u primorskim županijama, i to prije svega malih, usmjerenih na pružanje usluga vezanih za turizam. U ukupnim gospodarskim aktivnostima u slavonskim županijama više je zastupljen sektor poljoprivrede s izraženim brojem individualnih poljoprivrednika, dok je sektor turizma još uvijek vrlo malo zastupljen. Ako se izuzme grad Zagreb, Istarska i Primorsko-goranska županija imaju najrazvijenije „domaće“ gospodarstvo, s tim da su rezultati poduzeća bolji u Istarskoj županiji. U Slavoniji su gospodarski najslabije razvijene županije, s izuzetkom Osječko-baranjske županije. Najveće regionalne razlike zabilježene su u pogledu prosječne godišnje stope promjene ukupnih gubitaka poduzeća, a najmanje prema rastu prihoda. Ovo je također isto jedan pokazatelj regionalne nejednakosti između županija.

Brojna su empirijska istraživanja na nacionalnoj i regionalnoj razini potvrdila važnost obrazovanja kao jednog od ključnog faktora gospodarskog razvoja, stoga se obrazovanost može smatrati jednim od važnih čimbenika regionalnog rasta, odnosno regionalnih razlika prema razvijenosti (Puljiz, 2009).

Tablica 7 prikazuje stanje obrazovanosti po županijama u odnosu na diplomirane studente.

Tablica 7. *Diplomirani studenti*

ŽUPANIJA	Broj diplomiranih studenata				
	2018.	2019.	Stopa 2019./2018. u %	Na 1000 stanovnika 2019.	Udio u RH 2019., %
GRAD ZAGREB	6.591	6.990	6,1	8,7	21,3
ISTARSKA ŽUPANIJA	1.235	1.329	7,6	6,3	4,0
BRODSKO-POSAVSKA ŽUPANIJA	1.109	1.109	0,0	8,1	3,4

Izvor: DZS; obrada: HGK, Zagreb, rujan 2018., 2020.

Prema Tablici 7 vidljivo je kako je mala razlika u udjelu diplomiranih studenata za 2019. godinu između Brodsko-posavske i Istarske županije u odnosu na Grad Zagreb. Broj diplomiranih studenata znatno se razlikuje po županijama, što je u velikoj korelaciji s brojem stanovnika. Zato je broj diplomiranih studenata Grada Zagreba očekivano veći, nego u preostalim dvjema županijama.

Ovi su podatci o regionalnim razlikama uvršteni u rad jer se u odnosu na spomenute regionalne razlike između Brodsko-posavske i Istarske županije mogu očekivati razlike koje su zastupljene i u uslugama rane podrške u opisanim županijama.

Tablica 8. *Objedinjeni rezultati prema zadnjim objavljenim podatcima*

ŽUPANIJE	BRODSKO-POSAVSKA	ISTARSKA
	2017	
BDP po županiji (mil.HRK)	7.187	23.092
BDP po stanovniku (HRK)	49.885	110.906
	2018	
Prosjek mjesečne neto place (HRK)	5.428	6.109
	2019	
Stopa nezaposlenosti (%)	15,7	4,6
Broj osiguranika u sustavu HZMO	39.203	93.097
Odseljeno stanovništvo (u drugu županiju)	1.320	1.145
Odseljeno stanovništvo (u inozemstvo)	2.258	2.073
Diplomirani studenti	1.109	1.329

Izvor: DZS; obrada: HGK, Zagreb, rujan 2018., 2020.

Iz Tablice 8 vidljivo je da je prema podatcima iz razdoblja 2017. do 2019. godine Istarska županija razvijenija od Brodsko-posavske županije, prema pokazateljima koji govore u tome u prilog (stopa BDP -a po županiji i po stanovniku te prosječnoj mjesečnoj neto plaći).

U daljnjem tekstu slijedi prikaz regionalnih razlika u Brodsko-posavskoj i Istarskoj županiji.

1.4.2. EKONOMSKI I DEMOGRAFSKI PODATCI U BRODSKO POSAVSKOJ ŽUPANIJI

Brodsko-posavska županija podijeljena je na dva grada: Slavonski Brod, kao središte županije i Novu Gradišku te 26 općina. Površina Brodsko-posavske županije iznosi 2030 km², tj. 3,6% u ukupnom udjelu Republike Hrvatske.

Izvor: DZS, HNB, FINA, HZMO; obrada HGK, 2020.

Slika 14. *Prikaz Brodsko-posavske županije*

Tablica 9 prikazuje ekonomske i demografske pokazatelje u Brodsko-posavskoj županiji.

Tablica 9. *Karta ekonomskih i demografskih pokazatelja u Brodsko-posavskoj županiji*

Pokazatelj	Vrijednost	Udio u RH, u %
Površina, u km²	2.030	3,6
Broj stanovnika (2019.)	137.487	3,4
BDP (2017.), u tis. HRK	7.186.996	2,0
BDP (2017.) p/c, u HRK	49.885	–
Prosječna mjesečna neto plaća (2018.), u HRK	5.428	–
Broj osiguranika HZMO (prosjek 2019.)	39.203	2,5
Broj nezaposlenih (prosjek 2019.)	5.820	4,5
Stopa nezaposlenosti (31. ožujak 2019.), u %	15,7	–
Prihodi poduzetnika (2019.), u tis. HRK	10.408.562	1,3
Dobit poduzetnika (2019.), u tis. HRK	252.445	0,8
Robni izvoz (2019.), u tis. HRK	2.386.860	2,1
Robni uvoz (2019.), u tis. HRK	1.786.490	1,0
FDI (1993. – 2019.), u mil. EUR	165	0,5

Izvor: DZS, HNB, FINA, HZMO; obrada: HGK, Zagreb, rujan 2020.

Prema popisu stanovništva iz 2011. godine u Brodsko-posavskoj županiji živi 158.575 stanovnika. Godine 2017. ta brojka iznosi 143.827, a 2018. iznosi 140.072, što znači da je prema procjenama u godini dana u toj županiji 3000 stanovnika manje. Prema popisu stanovništva iz 2021. godine Brodsko-posavska županija ima 130.782 stanovnika, što je za 27.793 stanovnika ili 17,53 % manje u odnosu na 2011. godinu[3]. Od ukupnog stanovništva Brodsko-posavske županije, 46,26% stanovnika (73.370) smatra se urbanim stanovništvom (prema stupnju urbanizacije), a 53,74% (85.205) ruralnim stanovništvom. Dva grada Brodsko-posavske županije imaju veliku ulogu u ravnomjernom razvoju i povezivanju urbanih i ruralnih područja. Prosječna starost stanovništva 2018. godine u Brodsko-posavskoj županiji iznosi 43,4 godine. Iako se može zaključiti kako demografske promjene na području ove županije upućuju na pad nataliteta i sve

[3] Popis stanovništva 2021. (bez dat.). https://popis2021.hr/

starije stanovništvo, ona se nalazi među 6 županija (Međimurska, Grad Zagreb, Splitsko-dalmatinska, Zagrebačka, Dubrovačko-neretvanska) s najmanjim indeksom starenja, promatrajući u odnosu na Kontinentalnu Hrvatsku (Hrvatska gospodarska komora, 2018; 2019).

Rezultat nepovoljnih učinaka na potrošnju, produktivnost i niži ekonomski rast nego prijašnjih godina prisustvo je negativnog prirodnog kretanja stanovništva. Povezani problem veći su teret radno-aktivnom stanovništvu u okviru međugeneracijskih transfera (potpore, porezi) zbog nedostatka radne snage, moguće pojave inflacije, povećanih izdataka mirovinskog i zdravstvenog sustava i povećanja cijene skrbi za starije. Nejednaka naseljenost unutar Brodsko-posavske županije upućuje na izraženu centralizaciju te je potrebno usmjeriti socioekonomski razvoj kroz djelatnosti i područja razvoja koja pogoduju ruralnim i marginaliziranim područjima (Lokalno partnerstvo za zapošljavanje Brodsko-posavske županije, 2017).

U Brodsko-posavskoj je županiji, dana 9. rujna 2021., stanje sljedeće: živi 19064 osoba s invaliditetom, od kojih su 12114 muškarac (64%) i 6950 žena (36%) te na taj način osobe s invaliditetom čine 13,9% ukupnog stanovništva Brodsko-posavske županije. U dobnoj skupini od 0 do 19 prisutan je 8% (Hrvatski zavod za javno zdravstvo, 2021).

Tablica 10 prikazuje vrstu oštećenja prema podatcima dobivenim iz Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo za 2017. i 2021. godinu. Budući da su u podatcima obuhvaćena sva djeca, broj djece od 0 do 8 godina ponešto se razlikuje, što je navedeno u tablici.

Tablica 10. *Prikaz vrste oštećenja kod djece iz Brodsko-posavske i Istarske županije temeljem Zakona o hrvatskom registru o osobama s invaliditetom*

VRSTA OŠTEĆENJA	2017.		2021.	
	BPŽ	IŽ	BPŽ	IŽ
Oštećenja središnjeg živčanog sustava	35	35	174	142
Višestruka oštećenja	47	64	134	104
Oštećenja govorno-glasovne komunikacije	16	20	120	93
Oštećenja drugih organa i organskih sustava, kromosomopatije, prirođene anomalije i rijetke bolesti	52	91	78	81
Poremećaji iz spektra autizma	3	14	47	40
Mentalna oštećenja	5	3	29	21
Intelektualna oštećenja	32	20	14	12
Oštećenja vida	9	11	12	13
Oštećenja sluha	9	10	12	8
Oštećenja lokomotornog sustava	4	6	11	12
Oštećenja perifernog živčanog sustava	1	2	8	5
SVEUKUPNO DJECA OD 0 DO 19 GODINA	213	276	639	531
UKUPNO DJECA OD O DO 8 GODINA	96	120	553	417

Prema Tablici 10 vidljiv je prikaz vrsta oštećenja kod djece u Brodsko-posavskoj i Istarskoj županiji. Vidljivo je značajno povećanje broja djece s teškoćama u razvoju 2021. godine u odnosu na 2017. godinu. Jedan od razloga može biti i bolja transparentnost i praćenje djece s teškoćama u razvoju te evidencija u Registru. Značajan porast vidljiv je kod oštećenja središnjeg živčanog sustava, oštećenje govorno-glasovne komunikacije, poremećaja iz spektra autizma te mentalnih poremećaja.

1.4.3. SUSTAVI USLUGA RANE PODRŠKE U BRODSKO-POSAVSKOJ ŽUPANIJI

Mreža dječjih vrtića na području Brodsko-posavske županije prema podatcima Ministarstva znanosti i obrazovanja (zadnja promjena 8.4.2022.) obuhvaća 4 matična objekta čiji su osnivači gradovi i općine. U Novoj Gradiški 1 matični vrtić broji 5 područnih odjela te u Slavonskom Brodu 2 matična vrtića broje 12 područnih odjela. Općina Oriovac i općina Rešetari imaju po jedan matični vrtić. Novoizgrađeni vrtići nalaze se u općinama Sibinj, Podcrkavlje i Garčin. Osim javnih vrtića, u županiji djeluje jedan privatni vrtić i jedan vrtić čiji je osnivač Franjevački samostan.[4]

U ustanovama koje provode program ranog i predškolskog odgoja (Dječji vrtić Ivana Brlić Mažuranić Slavonski Brod, Dječji vrtić Potjeh, Dječji vrtić Ivančica, Dječji vrtić Cekin, Centar za predškolski odgoj Nova Gradiška) ostvaruju se Programi za djecu rane i predškolske dobi s teškoćama u razvoju. Cilj je programa uključiti djecu s teškoćama u razvoju u zajedničke aktivnosti s drugom djecom kako bi nesmetano napredovala u skladu s vlastitim mogućnostima, sposobnostima i potrebama. U gradskim vrtićima zaposlen je jedan psiholog, a u Dječjem vrtiću Ivančica radi edukacijski rehabilitator i psiholog kao vanjski suradnici. Dječji vrtić Cekin ima zaposlenog edukacijskog rehabilitatora i psihologa.

U sklopu općih bolnica djeluju ambulante koje pružaju zdravstvene usluge za djecu s teškoćama u razvoju.

U Općoj bolnici „Dr. Josip Benčević“ u sklopu odjela pedijatrije djeluje, uz ostale ambulante, opća pedijatrijska ambulanta, neonatološka ambulanta, ambulanta za neurorazvojne poremećaje dojenačke dobi, neurološka ambulanta gdje se provode pedijatrijski EKG, EEG, UZV, psihologijska i rehabilitacijska dijagnostika i tretmani. Opća bolnica ima zaposlenog jednog edukacijskog rehabilitatora i psihologa u sklopu odjela pedijatrije te dva logopeda.[5]

U Općoj bolnici Nova Gradiška[6], u sklopu odjela pedijatrije, djeluju hitna pedijatrijska ambulanta, specijalistička pedijatrijska ambulanta i neonatološka ambulanta. Opća bolnica ima zaposlenog edukacijskog rehabilitatora, psihologa i logopeda.

---

[4] Ministarstvo znanosti i obrazovanja (bez dat.). http://mzos.hr/dbApp/pregled.aspx?appName=Vrtici/
[5] Opća bolnica ″Dr. Josip Benčević″ (bez dat.). <https://www.bolnicasb.hr/
[6] Opća bolnica Nova Gradiška (bez dat.). <https://www.bolnicang.hr/

Centar Zlatni cekin[7] provodi edukacijsko-rehabilitacijske programe za djecu s teškoćama u razvoju rane, predškolske i školske dobi. Naglasak je stavljen na ranu dijagnostiku, ranu rehabilitaciju i na ranu socijalizaciju. U sklopu Zlatnog cekina registrirane su i rade: poliklinika, dječji vrtić, tjedni smještaj s poludnevnim boravkom, povremenim boravkom te pružanje individualne psihosocijalne podrške u obitelji (patronaža). U sklopu poliklinike djeluju pedijatrijska ambulanta, fizikalna medicina i rehabilitacija, kabinet logopeda, kabinet edukacijskog rehabilitatora i kabinet psihologa. U pedijatrijskoj se ambulanti radi kompletni neuropedijatrijski pregled, procjena psihomotoričkog razvoja, ultrazvuk mozga, snimanje mozga te savjetovanje roditelja. Unutar odjela fizikalne medicine i rehabilitacije terapeuti su prvenstveno educirani za provođenje Neurorazvojne terapije po Vojti i po Bobathu i imaju certifikate Internacionalnog Vojta udruženja. U kabinetu logopeda s djecom rane i predškolske dobi provodi se logopedska procjena, logopedsko savjetovanje i logopedske terapije. U kabinetu edukacijskog rehabilitatora provodi se poticanje razvoja manipulativnih, perceptivnih, kognitivnih, ekspresivnih i socijalnih vještina djeteta. Cilj je rehabilitacije poticanje pravilnog razvoja djeteta i sprječavanje eventualnih posljedica oštećenja. U kabinetu psihologa provodi se psihodijagnostika, savjetovanja i tretmani, edukacije, istraživanja i evaluacije odgojnih i rehabilitacijskih postupaka koji se primjenjuju.

Ustanove socijalne skrbi (centri za socijalnu skrb, centri za pružanje usluga u zajednici, domovi socijalne skrbi, obiteljski centri) osiguravaju široku ponudu usluga usmjerenih poboljšanju kvalitete života obitelji, što uključuje i pružanje savjetodavne i stručne podrške obiteljima. Veliku ulogu imaju i nevladine organizacije koje, u suradnji s tijelima državne uprave, kao i jedinicama lokalne i regionalne samouprave, provode niz projekata i programa usmjerenih na podršku obitelji i promicanje prava djece.

Tijekom zadnjih godina dolazi do poboljšanja u smislu pružanja usluga rane podrške za djecu s teškoćama u razvoju i njihove obitelji, osnivanjem udruga i privatnih kabineta.

Udruga za ranu intervenciju u djetinjstvu (Ok-urid)[8] neprofitna je organizacija čija je svrha promicanje dobrobiti sve djece u Brodsko-posavskoj županiji, posebno one s biološkim ili socijalnim rizikom za optimalni razvoj. U okviru udruge otvoren je i Kabinet Sinapsa – kabinet za

---

[7] Zlatni cekin – ustanova za rehabilitaciju djece (bez dat.). https://zlatni-cekin.hr/

[8] OK –udruga za ranu intervenciju u djetinstvu (bez dat.). https://hr-hr.facebook.com/pages/category/Nonprofit-Organization/OK-udruga-za-ranu-intervenciju-u-djetinjstvu-1504858603093826/

razvojnu procjenu i podršku. Udruga provodi mnogobrojne projekte s ciljem podizanja kvalitete življenja djece s teškoćama u razvoju, u suradnji s drugim udrugama i ustanovama te su sufinancirani od grada Slavonskog Broda i Brodsko-posavske županije:

- *Velike aktivnosti od malih stvari* - ciklus radionica za roditelje, odgojitelje i učitelje
- *Priprema, pozor…INKLUZIJA kreni!* – podrška inkluziji djece s teškoćama u razvoju u ruralnim područjima Brodsko-posavske županije
- *Interaktivna inkluzivna Ivana* – interaktivna, senzorna izložba taktilnih objekata
- *Seka i braco* – podrška braći i sestrama djece s teškoćama u razvoju
- *Subotnji tren(k)utak* – igraonice za djecu s teškoćama u razvoju subotom
- *ReKo UKLJUČI!* – promoviranje inkluzije putem umjetničkih medija.

Kabinet Sinapsa[9] okuplja stručnjake različitih profila s ciljem pružanja psihosocijalnih usluga usmjerenih na (re)habilitaciju djece s teškoćama u razvoju, osoba s invaliditetom te osoba kojima je u pojedinim periodima života potrebna psihosocijalna podrška. Organiziraju PECS edukacije u suradnji s *Pyramid Educational Consultants UK Ltd* čiji su certifikati priznati širom svijeta. Za stručnjake se organiziraju kraće edukacije, prilagođene njihovim potrebama (vrtić, škola, domovi za starije i dr.). Usluge podrške koje se provode za djecu su edukacijsko rehabilitacijska procjena, izrada individualnog plana i programa rada, individualni edukacijsko rehabilitacijski rad, savjetovanje, uvođenje PECS sustava komunikacije, izrada individualiziranih PECS komunikacijskih knjiga, priprema za školu, pomoć u učenju, Neurofeedback trening.

Udruga za razvojnu podršku Točkica[10] osnovana je s ciljem poticanja zdravog razvoja djece, poboljšanja kvalitete života djece s teškoćama u razvoju te promicanja, unaprjeđenja i razvitka stručnog rada s djecom s teškoćama u razvoju. Usluge podrške koje udruga nudi su edukacijsko-rehabilitacijska procjena i tretman djece, dijagnostika i terapija senzorne integracije, DIRFloortime – procjena i terapija, neuro-senzo-motorna integracija refleksa prema Massgutovoj metodi, pomoć u učenju, savjetodavni i edukacijski rad s roditeljima, edukacija i podrška stručnjaka u odgojno-obrazovnom radu.

---

[9] Sinapsa (bez dat.). http://sb-sinapsa.hr/
[10] Udruga za razvojnu podršku Točkica (bez dat.). https://hr-hr.facebook.com/udruga.tockica/

Dječji centar „Logos”[11] osnovan je 2006. godine s ciljem provedbe različitih preventivnih, edukacijskih i rehabilitacijskih programa s djecom rane, predškolske i školske dobi. Interes za djelatnošću proizašao je iz važnosti rane intervencije u cjelokupnom razvoju djeteta, osobito u razvoju komunikacije, kao i činjenica da djeca Brodsko-posavske županije nemaju dostupnog logopeda unutar sustava ranog i predškolskog odgoja i obrazovanja.

Najveći dio aktivnosti u *Logosu* usmjeren je na prevenciju odstupanja govorno-jezičnog razvoja u vidu provođenja igraonica za poticanje razvoja govora i predčitalačkih vještina namijenjenih djeci predškolske i rane školske dobi. Kraći program za poticanje razvoja jezika, govora i predčitačkih vještina postao je prepoznatljiv program koji se kontinuirano provodi u *Logosu* od samog osnivanja, a verificirala ga je Agencija za odgoj i obrazovanje. Od samog osnivanja udruge, Grad Slavonski Brod podržava aktivnosti u vidu financijske potpore projekata (*Logopedsko savjetovalište, Mala škola za roditelje, Kreativnost u komunikaciji*). S ustanovom Dječji vrtić Ivana Brlić-Mažuranić u Slavonskom Brodu, koja odgojno-obrazovnim radom obuhvaća više od dvije tisuće djece, započela je suradnja tijekom 2011. godine u obliku provođenja edukacijskih predavanja i radionica za odgojitelje, koje su provele stručne suradnice udruge. Iste je godine zajednički prijavljen projekt „Igrom do govora” na Natječaj „Integracija skupina u nepovoljnom položaju u redoviti odgojno obrazovni sustav” te je u tijeku nastavak projekta „Igrom do govora 2“ čiji je cilj pružanje logopedskih, rehabilitacijskih i psiholoških tretmana za djecu koja pohađaju dječje vrtiće.

Centar Niteo[12] za cilj ima osnovno djelovanje koje je usmjereno na unaprjeđenje života cijele populacije. S obzirom na to da su aktivni članovi udruge rehabilitatori i logoped, psiholozi, učitelji i odgojitelji, većina aktivnosti koje se planiraju i provode namijenjene su poticanju razvojnih potencijala djece s teškoćama u razvoju. Udruga je osnovana 2019. godine. Sve navedene udruge djeluju u Slavonskom Brodu.

Udruga Plavi cvijet[13] je dobrovoljna i neprofitna udruga roditelja i djece s poremećajem iz spektra autizma te članova njihovih obitelji, skrbnika kao i ostalih zainteresiranih građana koji svojim radom i znanjem žele pomoći unapređivanju kvalitete života.

---

[11] Centar Logos (bez dat.). http://www.centar-logos.hr/
[12] Centar Niteo (bez dat.). http://centar-niteo.hr/
[13] Udruga Plavi cvijet (bez dat.). https://www.plavicvijet.hr/

Psihološko-edukativni centar Razvoj[14] provodi psihološku procjenu djece i mladih, savjetovanje djece, mladih, njihovih roditelja i obitelji te grupne programe za djecu i odrasle. Kroz individualno ili grupno savjetovanje te grupne programe za djecu i odrasle, usmjereni su na pružanje podrške u prevladavanju kriza i stresnih događaja, razumijevanju njihova učinka na naše cjelokupno funkcioniranje i mentalno zdravlje, osnaživanju strategija suočavanja sa životnim problemima te jačanju otpornosti djeteta i obitelji. Redovito surađuju s edukacijskim rehabilitatorima i logopedima te predmetnim učiteljima u osnovnim školama.

[14] Psihološko-edukativni centar Razvoj (bez dat.). https://www.pec-razvoj.hr/

1.4.4. EKONOMSKI I DEMOGRAFSKI PODATCI U ISTARSKOJ ŽUPANIJI

Istarsku županiju čine jedinice lokalne samouprave: 10 gradova i 31 općina. Gradovi koji se nalaze u Istarskoj županiji su Pula, kao središte županije, Buje, Buzet, Labin, Novigrad, Pazin, Poreč, Rovinj, Umag i Vodnjan. Površina Istarske županije iznosi 2.813 km², što čini 5% od ukupno udjela Republike Hrvatske.

Izvor: DZS, HNB, FINA, HZMO; obrada: HGK; rujan 2020.

Slika 15. *Prikaz Istarske županije*

Tablica 11 prikazuje ekonomske i demografske pokazatelje u Istarskoj županiji.

Tablica 11. *Karta ekonomskih i demografskih pokazatelja u Istarskoj županiji*

Pokazatelj	Vrijednost	Udio u RH, u %
Površina, u km²	2.813	5,0
Broj stanovnika (2019.)	209.573	5,2
BDP (2017.), u tis. HRK	23.092.305	6,3
BDP (2017.) p/c, u HRK	110.906	–
Prosječna mjesečna neto plaća (2018.), u HRK	6.109	–
Broj osiguranika HZMO (prosjek 2019.)	93.097	6,0
Broj nezaposlenih (prosjek 2019.)	3.819	3,0
Stopa nezaposlenosti (31. ožujak 2019.), u %	4,6	–
Prihodi poduzetnika (2019.), u tis. HRK	35.696.725	4,5
Dobit poduzetnika (2019.), u tis. HRK	1.353.340	4,3
Robni izvoz (2019.), u tis. HRK	5.723.591	5,1
Robni uvoz (2019.), u tis. HRK	5.762.832	3,1
FDI (1993. – 2019.), u mil. EUR	2.293	7,2

Izvor: DZS, HNB; FINA; HZMO; obrada: HGK, Zagreb, rujan 2020.

Prema Popisu stanovništva iz 2011. godine u Istarskoj županiji bilo je 208.055 stanovnika (4,9% stanovništva Republike Hrvatske). Iz podataka je vidljivo da je 2017. godine bilo 208.229 stanovnika, a 2018. godine 208.765 stanovnika. Prema popisu stanovništva iz 2021. godine taj broj iznosi 195.794[15], što je 6% manje stanovnika nego 2011. godine. Prosječna je starost stanovništva Istarske županije u 2018. godini bila 45,6 godina. U Republici Hrvatskoj (43,4 g.) samo je 5 županija (Ličko-senjska, Šibensko-kninska, Karlovačka, Primorsko-goranska, Sisačko-moslavačka) imalo veću prosječnu starost stanovnika od Istarske županije, što također ukazuje da je Istarska županija među županijama sa starijim stanovništvom (Hrvatska gospodarska komora 2018; 2019). Povoljan geografski položaj i prometna povezanost sa zemljama Europske unije čine Istarsku županiju privlačnim odredištem za poduzetničke poduhvate. Brzu integraciju novih investicija u gospodarski život županije omogućuje stoljetna tradicija u turizmu i industriji, prirodni okoliš, kulturno-povijesne karakteristike te radna etika i razvijeni poduzetnički duh (Hrvatska

[15] Popis stanovništva 2021. (bez dat.). https://popis2021.hr/

gospodarska komora, 2018). U Istarskoj županiji, dana 9. rujna 2021., stanje je sljedeće: živi 19461 osoba s invaliditetom, od čega su 10591 muškarca (54%) i 8870 žena (46%) te na taj način osobe s invaliditetom čine 9,3% ukupnog stanovništva županije. U dobnoj skupini od 0 do 19 prisutan je u 11%. Ako se razmotri kako je udio osoba s invaliditetom u ukupnom stanovništvu županije 9,3%, a 14,4% u ukupnom stanovništvu Republike Hrvatske, dolazi se do podatka da Istarska županija ima, u odnosu na ostale županije, najmanji udio osoba s invaliditetom u ukupnom stanovništvu županije, što je ispod prosjeka u svim navedenim dobnim skupinama kako se vidi iz priložene tablice (Hrvatski zavod za javno zdravstvo, 2021).

Tablica 12 prikazuje udjel osoba s invaliditetom u ukupnom stanovništvu županije.

Tablica 12. *Prikaz udjela osoba s invaliditetom u ukupnom stanovništvu županije - prevalencija invaliditeta na 100 stanovnika*

Županija prebivališta	Prevalencija invaliditeta (%)
ŠIBENSKO-KNINSKA	18,6
KRAPINSKO-ZAGORSKA	17,5
SISAČKO-MOSLAVAČKA	17,5
POŽEŠKO-SLAVONSKA	17,3
BJELOVARSKO-BILOGORSKA	16,5
VIROVITIČKO-PODRAVSKA	15,5
KOPRIVNIČKO-KRIŽEVAČKA	15,3
LIČKO-SENJSKA	15,3
SPLITSKO-DALMATINSKA	15,1
KARLOVAČKA	15,0
VARAŽDINSKA	14,6
OSJEČKO-BARANJSKA	14,6
VUKOVARSKO-SRIJEMSKA	14,2
BRODSKO-POSAVSKA	13,9
MEĐIMURSKA	13,4
GRAD ZAGREB	13,0
ZAGREBAČKA	12,7
ZADARSKA	11,8
PRIMORSKO-GORANSKA	10,7
DUBROVAČKO-NERETVANSKA	10,5
ISTARSKA	9,3
Republika Hrvatska	14,4

Izvor: HZJZ, Zagreb, rujan 2021.

1.4.5. SUSTAVI USLUGA RANE PODRŠKE U ISTARSKOJ ŽUPANIJI

U Istarskoj županiji aktivan je širok spektar vrtića, kako javnih koje su osnovale općine ili gradovi, tako i privatnih, vjerskih te vrtića socijalnih ustanova. Mreža dječjih vrtića na području Istarske županije prema podatcima Ministarstva znanosti i obrazovanja (zadnja promjena 8. svibnja 2021), obuhvaća 57 javnih i 1 privatni matični objekt sa 137 područna odjela. U skladu sa značajnim udjelom talijanske nacionalne manjine, u Istarskoj županiji također djeluju i vrtići u kojima se programi u potpunosti ili djelomično održavaju na talijanskome jeziku. Usto, postoji i vrtić za djecu romske pripadnosti, koji je osnovala Udruga Roma. U javnim vrtićima provodi se program za djecu s teškoćama u razvoju rane i predškolske dobi te u pojedinim privatnim vrtićima. U gradskim vrtićima djeluju stručne službe sastavljene od članova stručnog tima: edukacijski rehabilitator, logoped, psiholog, pedagog i zdravstveni voditelj.

U sklopu Opće bolnice Pula[16] djeluju ambulante koje pružaju zdravstvene usluge za djecu s teškoćama u razvoju. Na odjelu pedijatrije provodi se specijalistička konzilijarna zaštita putem pedijatrijske ambulante (opća, neurorazvojna), pedijatrijske neurorazvojne ambulante te specijalističke dijagnostike (EEG, EKG, UZV). U odjelni i klinički rad uključen je i klinički psiholog (Opća bolnica Pula, bez dat.).

Specijalna bolnica za ortopediju i rehabilitaciju „Martin Horvat“[17] 2018. godine osnovala je Centar za ranu intervenciju u djetinjstvu. Uveden je sustav pružanja podrške obiteljima djece s razvojnim rizicima i teškoćama u razvoju od multidisciplinarnog tima koji se sastoji od fizijatra, pedijatra, edukacijskog rehabilitatora, psihologa, logopeda i radnog terapeuta.

Dnevni centar za rehabilitaciju Veruda, Pula[18] javna je ustanova socijalne skrbi koja od 2000. godine djeluje kao Dnevni centar za rehabilitaciju djece, mladeži i odraslih osoba s teškoćama u razvoju. Ustanova kroz svoja dva odjela i šest odsjeka, korisnicima s područja cijele Istarske županije pruža usluge dijagnostike, rane intervencije, rehabilitacije, odgoja i obrazovanja djece predškolske dobi, psihosocijalne podrške, uključivanje u redovan sustav odgoja i obrazovanja te poludnevni smještaj. Primatelji usluga u Centru su djeca rane i predškolske dobi koja odstupaju

---

[16] Opća bolnica Pula (bez dat.). https://www.obpula.hr/

[17] Specijalna bolnica za ortopediju i rehabilitaciju ″Martin Horvat″ (bez dat.). https://www.bolnica-rovinj.hr/index.php/o-nama/tim-za-ranu-intervenciju/

[18] Dnevni centar za rehabilitaciju Veruda (bez dat.). https://dczr-veruda.hr/

u neuoromotoričkom i psihomotoričkom razvoju, učenici s neuromotoričkim odstupanjima, djeca školske dobi s motoričkim i utjecajnim teškoćama u razvoju te mladež i odrasle osobe s motoričkim i utjecajnim smetnjama (Dnevni centar za rehabilitaciju Veruda, bez dat.).

Centar za rehabilitaciju Down syndrom centar Pula[19] osnovan je 2005. godine te pruža usluge korisnicima od ranog djetinjstva pa do odrasle dobi. Aktivnosti i tretmani pružaju se putem multidisciplinarnog pristupa i individualnog rada s korisnikom te uz aktivno uključenje roditelja u sam proces rehabilitacije. Rehabilitacijski proces okrenut je jačanju svih mogućnosti djeteta te socijalizaciji korisnika i integraciji u život u lokalnoj zajednici u najvećoj mogućoj mjeri, od uključenja u jaslički i vrtićki sustav do uključenja u redovne škole (Centar za rehabilitaciju Down sindrom centar Pula, bez dat.).

Kao i u Brodsko-posavskoj županiji, u Istarskoj županiji djeluju i mnogobrojne udruge koje pružaju usluge podrške za djecu s teškoćama u razvoju i njihove obitelji

Udruga roditelja djece s teškoćama u razvoju „Hoću-mogu″ Pazin“[20] registrirana je u siječnju 2015. godine, a osnovana je od strane roditelja djece s različitim teškoćama u razvoju s područja cijele Istarske županije. Program Udruge obuhvaća prioritetne potrebe djece s teškoćama u razvoju i njihovih obitelji, s ciljem podizanja kvalitete života te osvješćivanja društva radi boljeg suživota u zajednici (Udruga roditelja djece s teškoćama u razvoju „Hoću-mogu“ Pazin, bez dat.).

Udruga Philipos[21] osnovana je s ciljem poticanja, promicanja i razvijanja svih aktivnosti povezanih s terapijskim jahanjem, hipoterapijom i alternativnim oblicima ekološkog odgoja i obrazovanja, posebice aktivnosti čiji su krajnji korisnici djeca, mladež i odrasle osobe različitih vrsta i stupnjeva razvojnih teškoća (Udruga Philipos, bez dat.).

Udruga za autizam Istra[22] dio je Saveza udruga za autizam Hrvatske, čijim se zalaganjem oformila posebna skupina djece s poremećajima iz spektra autizma s mogućnostima integracije u redovnu skupinu. Ciljevi Udruge usmjereni su ka poboljšanju kvalitete života i promicanju prava i interesa djece s poremećajem iz spektra autizma i njihovih obitelji (Udruga za autizam Istra, bez dat.).

---

[19] Down syndrome centar Pula (bez dat.).https://www.downcentar.hr/hr/
[20] Udruga roditelja djece s teškoćama u razvoju ″Hoću-mogu″ Pazin (bez dat.).https://hocu-mogu.hr/
[21] Udruga Philipos (bez dat.). https://www.facebook.com/udrugaPhilipos/
[22] Udruga za autizam Istra (bez dat.). http://www.autism-istria.org/

Centar za inkluziju i podršku u zajednici[23] organizacija je civilnog društva čije su aktivnosti usmjerene djeci s teškoćama u razvoju te osobama s intelektualnim teškoćama s ciljem unaprjeđenja kvalitete života korisnika i integriranja u život i rad zajednice. Centar za inkluziju i podršku u zajednici osnovan je 2005. godine i provodi niz projekata u više sredina Istarske županije koji unaprjeđuju kvalitetu života odraslih osoba s intelektualnim teškoćama (Centar za inkluziju i podršku u zajednici, bez dat.).

Udruga za pomoć roditeljima i djeci s teškoćama u razvoju Avanti BC[24] osnovana je u Rovinju s ciljem promicanja, razvitka i unaprjeđenja rada s djecom s teškoćama u razvoju i njihovim roditeljima. Provode se edukacije za roditelje o načinu rada i učenja s djecom koja imaju teškoće u razvoju, savjetovanja roditelja u poboljšanju kvalitete života, rane intervencije i rehabilitacije te suradnja s drugim udrugama istih interesa (Udruga za pomoć roditeljima i djeci s teškoćama u razvoju Avanti BC, bez dat.).

Udruga Visoki jablani[25] osnovana je s misijom unaprjeđenja kvalitete života te stvaranja uvjeta za osnaživanje, rast i razvoj, prvenstveno socijalno osjetljivih društvenih skupina, ali i šire zajednice, kroz zajedničko djelovanje s drugim organizacijama civilnog društva, javnim i gospodarskim sektorom (Udruga Visoki jablani, bez dat.).

EDURI[26] je skraćen naziv za edukaciju i ranu intervenciju, a čini ga skupina profesionalaca koji osmišljavaju i provode projekte za djecu s teškoćama u razvoju. Svojim angažmanom osnažuju najranjiviju populaciju u društvu, djecu s teškoćama u razvoju i njihove obitelji. Cilj je omogućiti djeci korištenje nužno potrebnih terapija, omogućiti im korištenje suvremenih tehnoloških proizvoda i rehabilitacijskih pomagala (Eduri, bez dat.).

Art studio, udruga za promicanje stvaralaštva[27] osnovana je u Puli u veljači 2008. godine s ciljem poticanja slobodnog, kreativnog i kulturnog izražavanja djece, mladeži, zaposlenih i nezaposlenih, umirovljenika, djece s teškoćama u razvoju te osoba s invaliditetom (Art studio, udruga za promicanje stvaralaštva, bez dat.).

---

[23] Centar za inkluziju i podršku u zajednici (bez dat.).http://www.centar-podrske.hr/
[24] Udruga za pomoć roditeljima i djeci s teškoćama u razvoju Avanti BC (bez dat.). https://www.fininfo.hr/Poduzece/Pregled/udruga-za-pomoc-roditeljima-i-djeci-s-teskocama-u-razvoju-avanti-bc/Detaljno/736281/
[25]Udruga Visoki jablani (bez dat.).http://visoki-jablani.org/pages/o-nama/
[26] EDURI (bez dat.).https://hr-hr.facebook.com/edurikastav/
[27] Art studio, udruga za promicanje stvaralaštva (bez dat.).https://www.artstudio-pula.hr/

Studio za logopedsku terapiju LogoTera[28] nudi usluge inicijalne procjene, dijagnostike i logopedske terapije kod poremećaja jezično-govorne komunikacije i unaprjeđivanju govorno-jezične komunikacije kod djece s Downovim sindrom i poremećajima iz spektra autizma.

Sudeći prema navedenim podatcima, postoji cijeli spektar usluga za djecu s teškoćama u razvoju, u različitim ustanovama. Međutim, i dalje nisu sva djeca ušla u sustav rane podrške. Razlog može biti ili preopterećenost stručnjaka i duge liste čekanja ili roditelji nisu upućeni u usluge. Pregledom HURID–ove platforme rani KLIK[29] (tražilica koja omogućuje roditeljima pronalaženje ustanova koje pružaju usluge rane podrške djeci s teškoćama u razvoju), uočava se kako nisu uvrštene sve usluge koje postoje u Brodsko-posavskoj i Istarskoj županiji. Tražilica je bila postavljena na internetskim stranicama, no roditelji ne znaju kome se obratiti za podršku, naročito roditelji čija djeca nisu uključena u predškolske ustanove. Orijentirani sami na sebe te traženje informacija istraživanjem internet stranica, postaju zbunjeni i zabrinuti za budućnosti svoga djeteta. Stoga je potrebno već pri ranom uočavanju određenih razvojnih problema kod djeteta, roditelje upućivati stručnjacima te poticati njihovo uključivanje u programe ranog i predškolskog odgoja.

[28] Logopedski studio LogoTera (bez dat.).https://logoteracom.wordpress.com/
[29] Rani KLIK (bez dat.) https://www.raniklik.hr/

2. PROBLEMI I CILJEVI ISTRAŽIVANJA

U Republici Hrvatskoj usluge podrške su više usmjerene na djetetove slabe strane, bez prepoznavanja djetetovih snaga te su fragmentirane i neravnomjerno raspoređene na teritoriju Republike Hrvatske pa ih roditelji teško pronalaze. Koordinacija i povezanost između stručnjaka je nedostatna. U većini slučajeva roditelji se sami snalaze u mreži različitih propisa nastojeći utvrditi kako doći do određene usluge podrške. Duge liste čekanja na tretman, nedostupnost određene usluge u lokalnoj zajednici, neprepoznavanje teškoće u razvoju djeteta od strane pojedinih stručnjaka, nedovoljan broj stručnjaka te mnogi drugi problemi dovode do toga da su roditelji često primorani tražiti usluge podrške izvan svoje lokalne zajednice ili čak izvan granica Republike Hrvatske. Često zbog dugih lista čekanja u zdravstvenom sustavu, roditelji koriste usluge podrške od pružatelja usluga iz privatnog sektora, što nosi financijska opterećenja.

Budući da pružanje usluga rane podrške iziskuje dodatne financijske troškove, pretpostavlja se da će roditelji koji imaju viši socioekonomski status brže i kvalitetnije doći do navedenih usluga. S obzirom da je dostupnost i kvaliteta usluga rane podrške najzastupljenija u Gradu Zagrebu, u ovom istraživanju htjelo se ispitati situaciju o uslugama rane podrške u Brodsko-posavskoj i Istarskoj županiji. U ovom istraživanju opisat će se stanje dvije županije, od kojih je Brodsko-posavska županija na nižem, a Istarska županija na višem stupnju razvijenosti (Hrvatska gospodarska komora, 2020).

Također, ne postoji jedinstveno mjesto pristupa u sustav rane intervencije pa roditelji s djecom rane i predškolske dobi dugo traže pojedine usluge, a mnoga djeca ostaju i neobuhvaćena. Roditelji izvještavaju o problemima nedovoljne informiranosti, probleme financijske prirode, količinu vremena koje provedu tražeći usluge rane podrške te neorganiziranost sustava iz čega proizlazi roditeljski stres i njihovo nezadovoljstvo. Roditelji često izjavljuju kako su pod pritiskom da djetetov napredak ovisi upravo o tome koliko će oni s djetetom pratiti upute stručnjaka u radu kod kuće (HURID, bez.dat.)[30].

[30] HURID (bez.dat.). https://hurid.hr/rana-intervencija-u-djetinjstvu/

Polazeći od problema istraživanja, postavljeno je sedam ciljeva i iz kojih proizlaze hipoteze istraživanja.

Prvi problem istraživanja usmjeren je na percepciju roditelja o izvoru i načinu informiranja, razini, važnosti, mogućnosti, učestalosti i dostupnosti usluga rane podrške djeci s teškoćama u razvoju i njihovim obiteljima. Iz njega proizlazi sljedeći cilj:

Cilj 1: Ispitati percepciju roditelja o izvoru i načinu informiranja, razini, važnosti, mogućnosti, učestalosti i dostupnosti usluga rane podrške djeci s teškoćama u razvoju i njihovim obiteljima.

Drugi problem istraživanja usmjeren je na informiranost roditelja djece s teškoćama u razvoju o uslugama rane podrške te iz toga proizlazi sljedeći cilj:

Cilj 2: Ispitati informiranost roditelja djece s teškoćama u razvoju o uslugama rane podrške s obzirom na sociodemografska obilježja.

Treći problem istraživanja usmjeren je na zadovoljstvo roditelja djece s teškoćama u razvoju uslugama rane podrške te iz toga proizlazi sljedeći cilj:

Cilj 3: Ispitati zadovoljstvo roditelja djece s teškoćama u razvoju uslugama rane podrške s obzirom na sociodemografska obilježja.

Četvrti problem istraživanja usmjeren je na očekivanja roditelja djece s teškoćama u razvoju od usluga rane podrške te iz toga proizlazi sljedeći cilj:

Cilj 4: Ispitati očekivanja roditelja djece s teškoćama u razvoju od usluga rane podrške s obzirom na sociodemografska obilježja.

Peti problem istraživanja usmjeren je informiranost stručnjaka o uslugama rane podrške te iz toga proizlazi sljedeći cilj:

Cilj 5: Ispitati informiranost stručnjaka o uslugama rane podrške s obzirom na sociodemografska obilježja, samoprocjenu educiranosti za rad s djecom s teškoćama u razvoju i samoprocjenu znanja o djeci s teškoćama u razvoju.

Šesti problem istraživanja usmjeren je na zadovoljstvo stručnjaka uslugama rane podrške te iz toga proizlazi sljedeći cilj:

Cilj 6: Ispitati zadovoljstvo stručnjaka uslugama rane podrške s obzirom na sociodemografska obilježja, samoprocjenu educiranosti za rad s djecom s teškoćama u razvoju i samoprocjenu znanja o djeci s teškoćama u razvoju.

Sedmi problem istraživanja usmjeren je na očekivanja stručnjaka o doprinosu roditelja, sustručnjaka, institucija i aktera socijalne politike kvaliteti provedbe usluga rane podrške. Iz toga proizlazi sljedeći cilj:

Cilj 7: Ispitati očekivanja stručnjaka o doprinosu roditelja, sustručnjaka, institucija i aktera socijalne politike kvaliteti provedbe usluga rane podrške.

3. HIPOTEZE ISTRAŽIVANJA

Iz postavljenih ciljeva istraživanja proizlaze sljedeće hipoteze:

H1 Zbog nedovoljne istraženosti percepcije roditelja o izvoru i načinu informiranja, razini, važnosti, mogućnosti, učestalosti i dostupnosti usluga rane podrške djeci s teškoćama u razvoju i njihovim obiteljima postavlja se nedirektivna hipoteza i pristupa joj se eksplorativno.

H2 Sociodemografska obilježja (dob, spol, samoprocjena materijalnog stanja, stupanj obrazovanja, dob djeteta, vrsta teškoća djeteta i prebivalište) su statistički značajni prediktori informiranosti roditelja djece s teškoćama u razvoju o uslugama rane podrške.

H3 Sociodemografska obilježja (dob, spol, samoprocjena materijalnog stanja, stupanj obrazovanja, dob djeteta, vrsta teškoća djeteta i prebivalište) su statistički značajni prediktori zadovoljstva roditelja djece s teškoćama u razvoju uslugama rane podrške.

H4 Postoji statistički značajna razlika u očekivanjima roditelja djece s teškoćama u razvoju od usluga rane podrške za djecu s teškoćama u razvoju s obzirom na sociodemografska obilježja.

H4.1 Postoji statistički značajna razlika u očekivanjima roditelja djece s teškoćama u razvoju od usluga rane podrške za djecu s teškoćama u razvoju s obzirom na dob sudionika.

H4.2 Postoji statistički značajna razlika u očekivanjima roditelja djece s teškoćama u razvoju od usluga rane podrške za djecu s teškoćama u razvoju s obzirom na spol sudionika.

H4.3 Postoji statistički značajna razlika u očekivanjima roditelja djece s teškoćama u razvoju od usluga rane podrške za djecu s teškoćama u razvoju s obzirom na samoprocjenu materijalnog stanja sudionika.

H4.4 Postoji statistički značajna razlika u očekivanjima roditelja djece s teškoćama u razvoju od usluga rane podrške za djecu s teškoćama u razvoju s obzirom na stupanj obrazovanja sudionika.

H4.5 Postoji statistički značajna razlika u očekivanjima roditelja djece s teškoćama u razvoju od usluga rane podrške za djecu s teškoćama u razvoju s obzirom na dob djeteta.

H4.6 Postoji statistički značajna razlika u očekivanjima roditelja djece s teškoćama u razvoju od usluga rane podrške za djecu s teškoćama u razvoju s obzirom na prebivalište sudionika.

H5 Sociodemografska obilježja (godine radnog staža, struka i županija zaposlenja), samoprocjena educiranosti za rad s djecom s teškoćama u razvoju i samoprocjena znanja o djeci s teškoćama u razvoju su statistički značajni prediktori informiranosti stručnjaka o uslugama rane podrške.

H6 Sociodemografska obilježja (godine radnog staža, struka i županija zaposlenja), samoprocjena educiranosti za rad s djecom s teškoćama u razvoju i samoprocjena znanja o djeci s teškoćama u razvoju su statistički značajni prediktori zadovoljstva stručnjaka uslugama rane podrške.

H7 Zbog nedovoljne istraženosti očekivanja stručnjaka o doprinosu roditelja, sustručnjaka, institucija i aktera socijalne politike kvaliteti provedbe usluga rane podrške postavlja se nedirektivna hipoteza i pristupa joj se eksplorativno.

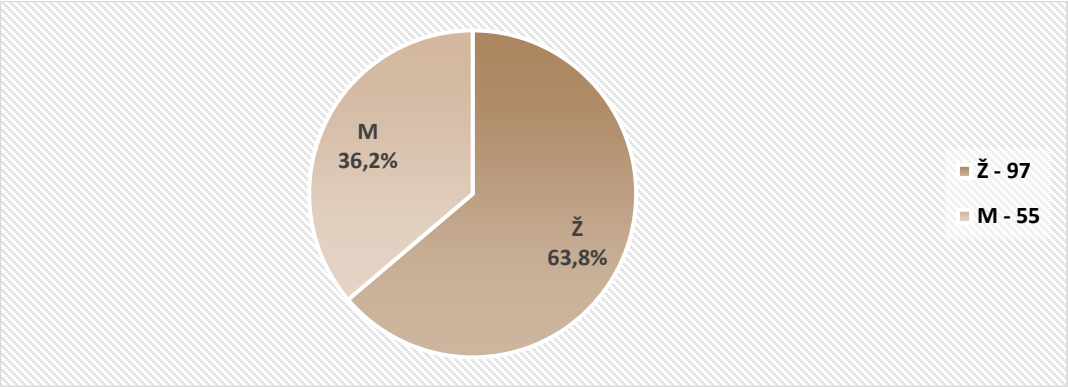
4. METODE RADA

4.1. UZORAK SUDIONIKA (RODITELJI)

U istraživanju je korišten prigodni uzorak koji obuhvaća 152 sudionika roditelja djece s teškoćama u razvoju u dobi od rođenja do polaska u školu iz Brodsko-posavske i Istarske županije. Ove dvije županije su izabrane s obzirom na njihovu razvijenost, s time da je Brodsko-posavska županija na nižem, a Istarska na višem stupnju razvijenosti.

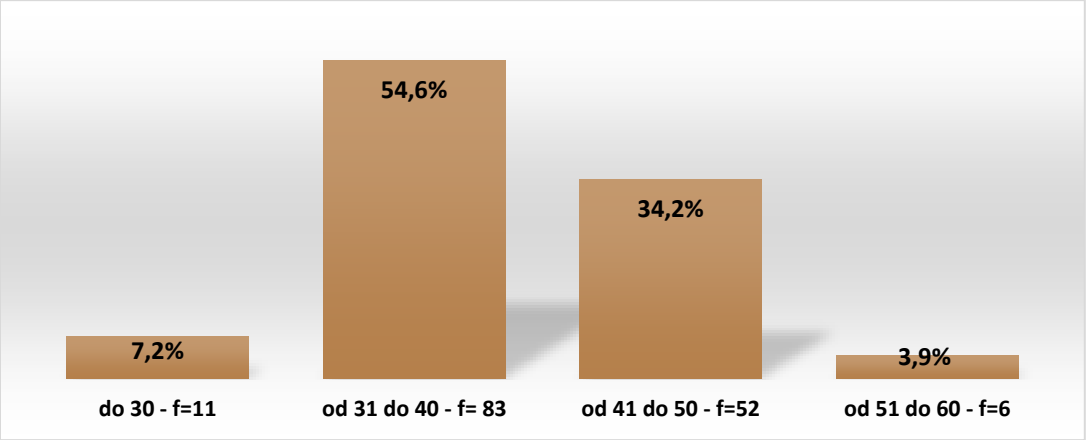
Prije samog istraživanja prikupljen je podatak o broju ustanova – potencijalnih sudionika istraživanja (ustanove ranog i predškolskog odgoja i obrazovanja (dječji vrtići), nevladine organizacije, poliklinike za djecu, dnevni centri za rehabilitaciju). Podatci o broju roditelja djece s teškoćama u razvoju po županijama prikupljeni su iz Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, dječjih vrtića, nevladinih organizacija te Upravnog odjela za zdravstvo i socijalnu skrb.

Na Slici 16 vidljiv je uzorak sudionika roditelja u odnosu na spol.



Slika 16. *Uzorak sudionika roditelja u odnosu na spol*

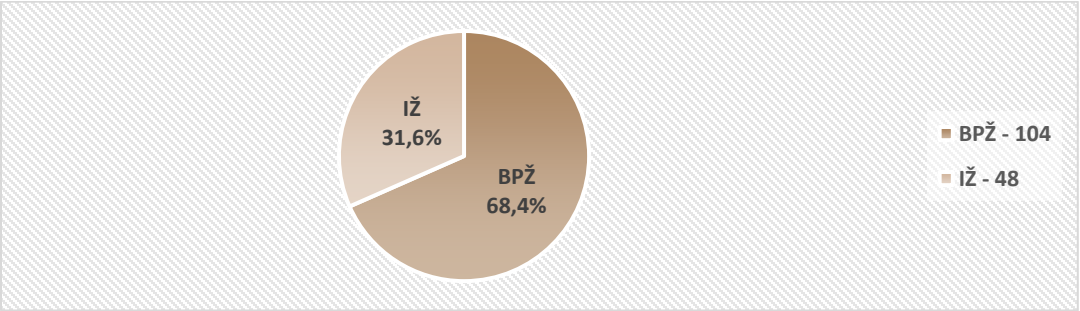
Na Slici 17 vidljiv je uzorak sudionika roditelja u odnosu na dob.



Slika 17. *Uzorak sudionika roditelja u odnosu na dob*

Na Slici 16 vidljivo je da je u istraživanju sudjelovalo 152 roditelja, od toga 63,8% majki i 36,2% očeva djece s teškoćama u razvoju. Iz pojedinih obitelji sudjelovala su oba roditelja. Prosječna dob roditelja je 38 godina *(M = 37,6, SD = 6,3)* te je vidljivo da je najviše roditelja sudjelovalo u dobi od 31 do 40 godina (Slika 17). Vrlo je zanimljiv podatak da je u ovom istraživanju sudjelovao veći broj očeva, što je inače rijetko. Prema analizi stanja u Republici Hrvatskoj u ranoj intervenciji iz 2019. godine, od 183 sudionika istraživanja, 89% posto bile majke, 10% očevi te 1% staratelji (Unicef, 2020).

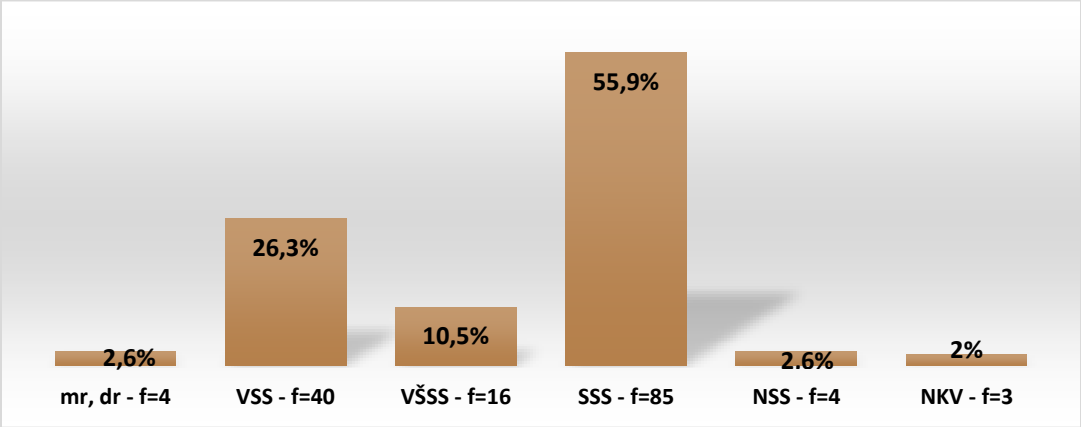
Slika 18 prikazuje uzorak sudionika roditelja u odnosu na prebivalište.



Slika 18. *Uzorak sudionika roditelja u odnosu na prebivalište*

Na Slici 18 prikazan je uzorak roditelja u odnosu na prebivalište te je vidljivo kako je u istraživanju sudjelovalo 68,4% roditelja iz Brodsko-posavske županije i 31,6% roditelja iz Istarske županije.

Slika 19 prikazuje uzorak sudionika roditelja u odnosu na stupanj obrazovanja.



Slika 19. *Uzorak sudionika roditelja u odnosu na stupanj obrazovanja*

Na Slici 19 prikazan je uzorak roditelja u odnosu na stupanj obrazovanja te se uočava da je najviše roditelja koji imaju srednju stručnu spremu (55,9%), a najmanje je roditelja koji su nekvalificirani radnici (2,0%).

Tablica 13 prikazuje dob djeteta roditelja koji su sudjelovali u istraživanju.

Tablica 13. *Dob djeteta (N=103)*

DOB DJETETA	f	%
od 0 do 1 god	2	1,9
od 1 do 2 god	0	0,0
od 2 do 3 god	7	6,8
od 3 do 4 god	8	7,8
od 4 do 5 god	19	18,4
od 5 do 6 god	15	14,6
od 6 do 7 god	26	25,2
od 7 do 8 god	26	25,2

Iz Tablice 13 vidljiv je uzorak roditelja u odnosu na dob djeteta te se može uočiti kako je 50,4% roditelja djece u dobi od šeste do osme godine života, a kod 40,8% djece otkrivene su teškoće u najranijoj dobi (do godinu dana života). Iako se možda čini da aktualna dob djece iz uzorka izlazi iz okvira rane intervencije, uzorak je obuhvaćao roditelje djece s teškoćama u razvoju od rođenja do polaska u školu. Naime, djeca koja su uključena u rehabilitacijske postupke za koje stručnjak procijeni da će značajno utjecati na njegov psihofizički razvoj imaju pravo na odgodu upisa u prvi razred osnovne škole. Nadalje, prema Pravilniku o postupku utvrđivanja psihofizičkog

stanja djeteta, učenika te sastavu stručnih povjerenstava, djeca s višestrukim teškoćama imaju pravo na privremeno oslobađanje od upisa u prvi razred osnovne škole (NN 67/14). Iako Zakon o socijalnoj skrbi (NN 46/22) navodi da se rana razvojna podrška pruža do sedme godine, suvremena istraživanja pokazuju da neurorazvojna plastičnost nikada ne prestaje te je postojana tijekom čitavog života pojedinca (Cai i sur., 2014). Mehanizmi neurorazvojne plastičnosti su najaktivniji tijekom ranog djetinjstva koji se nazivaju kritična razdoblja, no koncept kritičnog razdoblja ne implicira da neurorazvojna plastičnost završava u određenoj dobi. Nakon završetka kritičnog perioda isti stupanj nije moguć, ali varirajući stupnjevi neurorazvojne plastičnosti mogu se odvijati tijekom života pojedinca. U literaturi se pronalaze različite definicije rane intervencije (rana razvojna podrška), od shvaćanja da je ona usmjerena samo na neurorizičnu djecu i djecu s teškoćama u razvoju, do shvaćanja gdje je ona usmjerena prema djeci i mladima različite dobi (Bouillet, 2015). Nastavno tome, trebalo bi razmišljati u smjeru kakva podrška se nudi djeci s teškoćama u razvoju koja su oslobođena polaska u osnovnu školu za godinu dana.

Tablica 14 prikazuje procjenu roditelja u odnosu na socioekonomski status koji je prikazan kroz mjesto stanovanja, samoprocjenu primjerenosti smještaja i samoprocjenu materijalnog stanja.

Tablica 14. *Uzorak roditelja u odnosu na socioekonomski status (N=152)*

MJESTO STANOVANJA	**f**	**%**
vlastiti stambeni prostor bez kredita	55	36,2
vlastiti stambeni prostor s kreditom	58	38,2
podstanari	13	8,6
stambeni prostor kod vlastitih roditelja	26	17,1
PRIMJERENOST SMJEŠTAJA	**f**	**%**
nije uopće primjereno	7	4,6
uglavnom primjereno	53	34,9
potpuno primjereno	92	60,5
SAMOPROCJENA MATERIJALNOG STANJA	**f**	**%**
velike financijske poteškoće	12	7,8
povremene financijske poteškoće	70	46,1
nema financijskih poteškoća	70	46,1

Iz Tablice 14 vidljivo je da najviše sudjelovalo roditelja koji su sudjelovali ima vlastiti stambeni prostor s kreditom (38,2%) te vlastiti stambeni prostor bez kredita (36,2%), a najmanje

onih koji su podstanari (8,6%). 60,5% roditelja smatra kako im je smještaj potpuno primjeren, a 4,6% smatraju kako uopće nije primjeren uvjetima života. Podjednak postotak (46,1%) roditelja smatra da imaju ili povremene ili nemaju teškoće vezane uz vlastito materijalno stanje. Njih 7,9% smatra da ima velike financijske poteškoće.

Tablica 15 prikazuje dob u kojoj su kod djeteta otkrivene teškoće u razvoju.

Tablica 15. *Dob djeteta kad su otkrivene teškoće (N=103)*

DOB DJETETA BROJ	f	%
od 0 do 1 god	42	40,8
od 1 do 2 god	11	10,7
od 2 do 3 god	21	20,4
od 3 do 4 god	16	15,5
od 4 do 5 god	8	7,8
od 5 do 6 god	4	3,9
od 6 do 7 god	1	1,0

Iz Tablice 15 vidljivo je u kojoj su dobi kod djeteta otkrivene teškoće. U istraživanju su sudjelovali pojedini očevi i majke iz iste obitelji te je uzorak djece manji od uzorka roditelja. Od 103 djeteta, najviše je teškoća otkriveno kod djece u najranijoj dobi (40,8%), a samo kod jednog djeteta u dobi do 7 godine, točnije (1%) te su sva djeca bila uključena u neki oblik podrške. Kod 34-ero djece su pri rođenju otkrivene teškoće u razvoju, a kod 8-ero djece u prvih godinu dana života.

Iz Tablice 16 vidljiv je uzorak teškoća u razvoju kod djece: oštećenje vida, oštećenje sluha, gluhosljepoća, poremećaj govorno-glasovne komunikacije, poremećaj u ponašanju, poremećaj u osobnosti, motoričko oštećenje, snižene intelektualne sposobnosti, poremećaj iz spektra autizma, zdravstvene teškoće. Također su navedena i djeca kod kojih još nisu utvrđene teškoće u razvoju, ali razvoj nije tekao uredno.

Tablica 16. *Uzorak djece s teškoćama u razvoju*

TEŠKOĆE U RAZVOJU	f	%
Oštećenje vida	14	13,6
Oštećenje sluha	2	1,9
Gluhosljepoća	1	1,0
Poremećaj govorno-glasovne komunikacije	67	65,0
Poremećaj u ponašanju	21	20,4
Poremećaj u osobnosti	1	1,0
Motoričko oštećenje	29	28,2
Snižene intelektualne sposobnosti	14	13,6
Poremećaj iz spektra autizma	14	13,6
Zdravstvene teškoće	18	17,5
Razvoj nije uredan	11	10,7

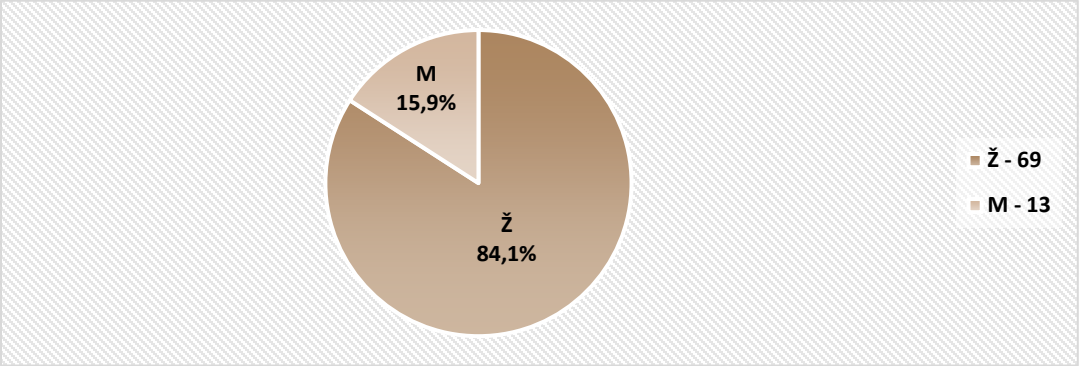
U Tablici 16, u kojoj je bilo moguće odabrati više ponuđenih odgovora, odnosno navesti više teškoća djeteta, prikazane su frekvencije pojavljivanja teškoća kod djece. Prema dodatnim analizama, sva djeca su imala dvije ili više vrsta teškoće, samo jedno dijete je imalo samo gluhosljepoću.

U cjelokupnom subuzorku djece s teškoćama u razvoju, roditelji navode sljedeće teškoće: poremećaj govorno-glasovne komunikacije (65%), motorička oštećenja (28,2%), poremećaji u ponašanju (20,4%), zdravstvene teškoće (17,5%), snižene intelektualne sposobnosti (13,6%), poremećaj iz spektra autizma (13,6%), oštećenje vida (13,6%), oštećenje sluha (1,9%), poremećajem osobnosti (1%) te jedno dijete s gluhosljepoćom. Kod 10,7% djece roditelji navode kako razvoj nije uredan, ali djeca još nemaju dijagnozu.

4.2. UZORAK SUDIONIKA (STRUČNJACI)

U istraživanju je korišten prigodni uzorak koji obuhvaća 82 sudionika stručnjaka iz područja zdravstva, socijalne skrbi te ranog i predškolskog odgoja i obrazovanja iz Brodsko-posavske i Istarske županije. U skladu s tim, uzorak je planiran temeljem uvida u podatke o broju stručnjaka u navedenim institucijama koji rade s djecom s teškoćama u razvoju i njihovim obiteljima.

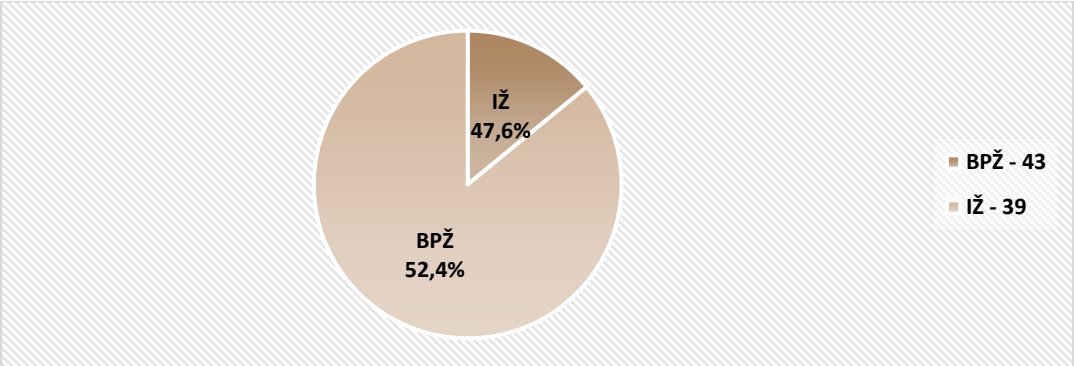
Iz Slike 20 vidljiv je uzorak sudionika stručnjaka u odnosu na spol.



Slika 20. *Uzorak sudionika stručnjaka u odnosu na spol*

Od ukupno 82 stručnjaka, ženskog spola je 84,1% , a muškog spola je 15,9% stručnjaka.

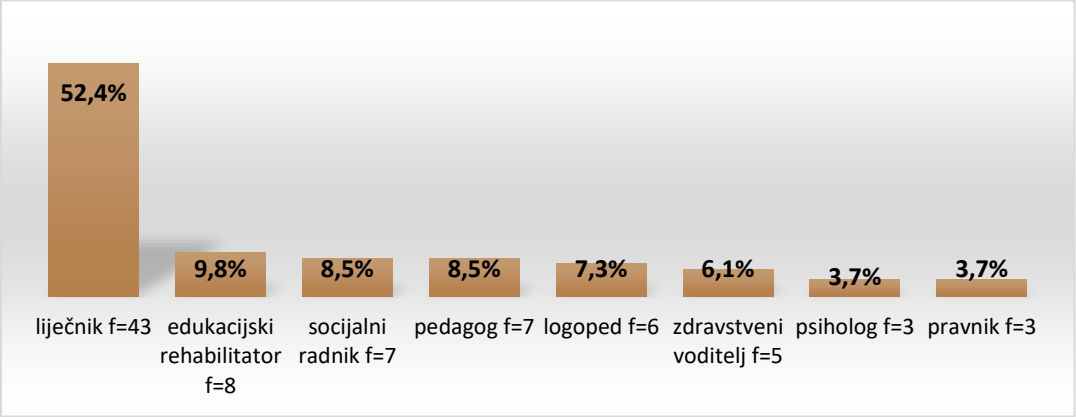
Iz Slike 21 vidljiv je uzorak sudionika stručnjaka u odnosu na prebivalište.



Slika 21. *Uzorak sudionika stručnjaka u odnosu na prebivalište*

Iz uzorka od 82 stručnjaka, iz Brodsko-posavske županije je 52,4% i 47,6% stručnjaka iz Istarske županije.

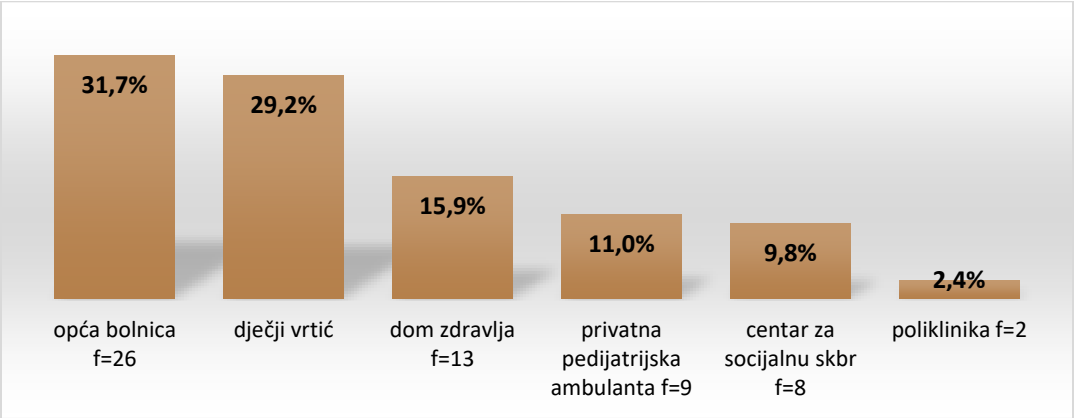
Slika 22 prikazuje uzorak sudionika stručnjaka u odnosu na zanimanje.



Slika 22. *Uzorak sudionika stručnjaka u odnosu na zanimanje*

Iz Slike 22 vidljivo je kako je najveći broj stručnjaka iz područja zdravstva, odnosno liječnika (52,4%) te najmanje psihologa i pravnika (3,7%) koji su sudjelovali u istraživanju.

Iz Slike 23 vidljiv je uzorak sudionika stručnjaka u odnosu na mjesto zaposlenja.



Slika 23. *Uzorak sudionika stručnjaka u odnosu na mjesto zaposlenja*

Prema mjestu zaposlenja najviše je sudjelovalo stručnjaka koji rade u općim bolnicama (31,7%), zatim dječjim vrtićima (29,2%), domovima zdravlja (15,9%), u privatnim pedijatrijskim ambulantama (11,0%), centrima za socijalnu skrb (9,8%), a najmanje u poliklinici (2,4%). Najviše je stručnjaka zaposleno u sustavu zdravstva (60,9%), u sustavu odgoja i obrazovanja (29,3%) te u sustavu socijalne skrbi (9,8%).

Iz Tablice 17 vidljiv je uzorak sudionika stručnjaka u odnosu na radni staž na trenutnom zaposlenju.

Tablica 17. *Uzorak sudionika stručnjaka u odnosu na radni staž na trenutnom poslu (N=82)*

RADNI STAŽ	f	%
od 1 do 5 god	20	24,4
od 6 do 10 god	9	11,0
od 11 do 15 god	12	14,6
od 16 do 20 god	17	20,7
21 i više god	24	29,3

Najviše stručnjaka (29,3%) ima 21 i više godina staža, a najmanje je onih (11,0%) koji imaju od 6 do 10 godina staža na trenutnom poslu.

Tablica 18 prikazuje uzorak sudionika stručnjaka u odnosu na njihovo iskustvo u radu s djecom s određenom vrstom teškoće u razvoju te su slijedom u tablici navedene teškoće. Stručnjaci su mogli označiti više vrsta teškoća.

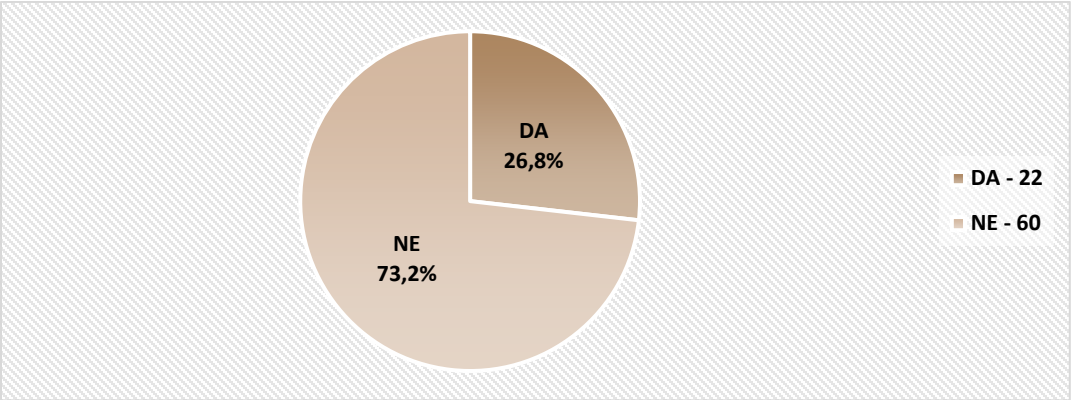
Tablica 18. *Uzorak sudionika stručnjaka u odnosu na iskustvo stručnjaka u radu s djecom s određenom vrste teškoće u razvoju (N=82)*

TEŠKOĆE U RAZVOJU	f	%
Oštećenje vida	62	75,6
Oštećenje sluha	61	74,4
Gluhosljepoća	27	32,9
Poremećaj govorno-glasovne komunikacije	71	86,6
Poremećaj u ponašanju	74	90,2
Poremećaj u osobnosti	34	41,5
Motoričko oštećenje	75	91,5
Snižene intelektualne sposobnosti	70	85,4
Poremećaj iz spektra autizma	69	84,1
Zdravstvene teškoće	68	82,9

Iz Tablice 18 vidljivo je da je većina stručnjaka imala iskustva u radu s djecom s različitim vrstama teškoća te ih je nešto manje imalo iskustvo u radu s djecom s gluhosljepoćom (32,9%) i djecom s poremećajem osobnosti (41,5%). Sudionici istraživanja imaju manje iskustva rada s djecom s gluhosljepoćom i poremećajem osobnosti zbog manjeg broja ove djece u populaciji djece s teškoćama u razvoju

Prema Tablici 10 (*Prikaz vrste oštećenja kod djece temeljem Zakona o hrvatskom registru o osobama s invaliditetom,* str. 42*)* nije naveden podatak o djeci s gluhosljepoćom, a broj djece s mentalnim poremećajima, u što ulazi i poremećaj osobnosti, u 2017. godini iznosio je sveukupno osmero djece u Brodsko-posavskoj (N=5) i Istarskoj županiji (N=3). U 2021. godini taj broj iznosio je sveukupno 50-ero djece u Brodsko-posavskoj (N=29) i Istarskoj županiji (N=21).

Slika 24. prikazuje uzorak stručnjaka u odnosu na edukacije vezane za rad s djecom s teškoćama u razvoju.



Slika 24. *Uzorak sudionika stručnjaka u odnosu na dodatne edukacije vezane za rad s djecom s teškoćama u razvoju*

Od ukupnog broja stručnjaka, njih 73,2% navodi da nisu pohađali dodatne edukacije vezane za rad s djecom s teškoćama u razvoju, a 26,8% potvrđuje da su se dodatno educirali. Od 22 stručnjaka koji su naveli da su se dodatno educirali, devet je liječnika, pet edukacijskih rehabilitatora, pet logopeda, dva pravnika i jedan psiholog koji su naveli dodatne edukacije koje su vidljive u Tablici 19.

Tablica 19. *Dodatne edukacije koje su pohađali stručnjaci (N=82)*

NAZIV EDUKACIJE	f	%
nema odgovora	64	78,0
specijalistički studij	7	8,5
Munchenska dijagnostika	1	1,2
pristupi djeci s teškoćama u razvoju	3	3,7
simpoziji rane intervencije	3	3,7
edukacije Centra za rehabilitaciju ERF	1	1,2
različite edukacije (Marta meo, Floortime, Brain gym)	1	1,2
kongresi	1	1,2
razvojna procjena djece	1	1,2

Većina stručnjaka (78,%) nije odgovorila na ovo pitanje, što se vidi iz Tablice 19, odnosno njih 73,2% odgovorilo je da se nisu dodatno educirali u vezi rada s djecom s teškoćama u razvoju. Od 22 stručnjaka koji su naveli da su prošli dodatne edukacije, 4 stručnjaka nije navelo naziv edukacije, a ostali navode sljedeće edukacije: *edukacije kroz specijalistički studij, simpoziji o ranoj*

intervenciji, edukacije o pristupima djeci s teškoćama u razvoju i razvojnoj procjeni djeteta, Munchenska dijagnostika, Marta Meo, Floortime, Brain Gym.

U Tablici 20 prikazani su razlozi needuciranja stručnjaka.

Tablica 20. *Razlog needuciranja stručnjaka (N=82)*

RAZLOG NEEDUCIRANJA	f	%
nema odgovora	38	46,3
nedovoljan broj edukacija	36	43,9
nedostatak vremena i prostora	3	3,7
stalno učenje	1	1,2
financijski razlozi	1	1,2
nezainteresiranost za temu	1	1,2
nisam imao/la mogućnosti	2	2,4

Od ukupnog broja stručnjaka, najviše njih (46,3%) nije navelo razlog needuciranja. Od ostalih 44 stručnjaka, 43,9% ih je navelo nedovoljan broj edukacija kao razlog needuciranja, dok su ostali pojedinačno navodili sljedeće razloge: *nedostatak vremena i prostora, nije bilo mogućnosti, stalno učenje, financijski razlozi i nezainteresiranost za temu.*

4.3. MJERNI INSTRUMENTI

U ovom istraživanju korištena su dva mjerna instrumenta osmišljena u svrhu provedbe ovog istraživanja (Šarčević Ivić-Hofman, Wagner Jakab i Kiš-Glavaš, 2015). Jedan anketni upitnik namijenjen je roditeljima djece s teškoćama u razvoju, drugi je namijenjen stručnjacima koji rade s djecom s teškoćama u razvoju i njihovim obiteljima. Upitnicima su se prikupili podatci o sociodemografskim obilježjima sudionika te se ispitala njihova informiranost, zadovoljstvo i očekivanja od usluga rane podrške koje se pružaju djeci s teškoćama u razvoju i njihovim obiteljima. Sudionici su imali mogućnost odgovarati na pitanja otvorenog i zatvorenog tipa.

I - Upitnik informiranosti, zadovoljstva i očekivanja roditelja ranom podrškom djeci s teškoćama u razvoju i njihovim obiteljima – (UR-IZO) osmišljen je za roditelje djece s teškoćama u razvoju od rođenja do polaska u školu. (Prilog I)

Prvim dijelom upitnika prikupljaju se podatci o sociodemografskim obilježjima roditelja: spol, dob, mjesto življenja, radni status, stručna sprema, bračni status, broj djece u obitelji, broj članova u kućanstvu, stambene prilike, ekonomski status, dob djeteta, dob otkrivanja teškoće kod djeteta i vrsta teškoća djeteta.

Drugim dijelom upitnika prikupljaju se podatci o: percipiranoj socijalnoj podršci, informiranosti, zadovoljstvu i očekivanjima roditelja od usluga rane podrške djeci s teškoćama u razvoju i njihovim obiteljima. Roditelji su za 30 različitih usluga podrške označavali s +/- sljedeće 3 kategorije: poznavanje navedene usluge i korištenje te zadovoljstvo korištenom uslugom, pri čemu je ″+″označavao da roditelji poznaju i koriste navedenu uslugu, i jesu li zadovoljni, dok je ″-″ označavao suprotno. Ako navedenu uslugu roditelji ne koriste, trebali su navesti odgovarajući razlog radi kojeg to ne čine, pri čemu im je ponuđeno 11 razloga te mogućnost da sami navedu o kojemu se razlogu radi.

Rezultat na skali informiranosti roditelja djece s teškoćama u razvoju o uslugama rane podrške formiran je kao zbroj usluga koje su roditelji označili da poznaju. Mogući raspon rezultata je od 0 do 30 *(M=14.15; SD=5.87).* Cronbach alfa iznosi 0,852 i ukazuje na to da *skala informiranosti roditelja* ima vrlo dobru pouzdanost.

Zadovoljstvo roditelja djece s teškoćama u razvoju uslugama rane podrške operacionalizirano je na dva načina: *rezultat na skali zadovoljstvo kao omjer korištenja i zadovoljstva uslugama* te *zadovoljstvo kvalitetom odnosa roditelja i stručnjaka.*

Rezultat na skali zadovoljstvo kao omjer korištenja i zadovoljstva uslugama formiran je kao omjer broja usluga koje su roditelji označili da koriste i broja usluga koje su roditelji označili da su zadovoljni njima. Cronbach alfa iznosi 0,634 i ukazuje na to da *skala zadovoljstvo kao omjer korištenja i zadovoljstva uslugama* ima osrednju pouzdanost. Deskriptivni pokazatelji skale su: *M=1.05; SD=.86.*

Za mjerenje zadovoljstva roditelja kvalitetom odnosa sa stručnjacima korištena je skala Zadovoljstvo roditelja kvalitetom odnosa sa stručnjacima. Sastoji se od pet čestica, s ponuđenom skalom odgovora Likertovog tipa od 1 do 7, gdje 1 znači „izrazito se ne slažem“, a 7 „u potpunosti se slažem“, s tim da veći rezultat ukazuje na veći stupanj zadovoljstva. Primjer čestice je *„Redovito sam u kontaktu sa stručnjacima“* ili *„Stručnjaci poznaju moje dijete i njegove potrebe“*. Cronbach alpha za navedenu skalu iznosi 0,910 i ukazuje na izvrsnu pouzdanost skale. Deskriptivni pokazatelji skale su: *M=28.03; SD=5.94.*

II - Upitnik informiranosti, zadovoljstva i očekivanja stručnjaka ranom podrškom djeci s teškoćama u razvoju i njihovim obiteljima – (US-IZO) osmišljen je za stručnjake različitih profila (liječnici, socijalni radnici, socijalni pedagozi, psiholozi, pravnici, edukacijski rehabilitatori, logopedi, pedagozi, zdravstveni voditelji) zaposlenih u sustavima zdravstva, socijalne skrbi te ranog i predškolskog odgoja i obrazovanja. (Prilog II)

Prvim djelom Upitnika prikupljaju se podatci o sociodemografskim obilježjima stručnjaka: spol, struka, mjesto zaposlenja, radni staž na navedenom radnom mjestu, iskustvo rada s djecom s teškoćama u razvoju, samoprocjena educiranosti za rad s djecom s teškoćama u razvoju i samoprocjena znanja o djeci s teškoćama u razvoju.

Drugim dijelom upitnika prikupljaju se podatci o: percipiranoj socijalnoj podršci, informiranosti, zadovoljstvu i očekivanjima stručnjaka od usluga rane podrške djeci s teškoćama u razvoju i njihovim obiteljima. Stručnjaci su za 30 različitih usluga podrške označavali s +/- sljedeće 3 kategorije: poznavanje navedene usluge, upućivanje roditelja u usluge te zadovoljstvo uslugom koju poznaju, pri čemu je ″+″označavao da stručnjaci poznaju i upućuju u navedenu uslugu te zadovoljstvo uslugom, dok je ″–″ označavao suprotno. Ukoliko stručnjaci ne upućuju roditelje u navedenu uslugu, trebali su navesti odgovarajući razlog, pri čemu im je ponuđeno 11 odgovora te mogućnost da sami navedu radi li se o nekom drugom razlogu.

Rezultat na skali informiranosti stručnjaka o uslugama rane podrške formiran je kao zbroj usluga koje su stručnjaci označili da ih poznaju. Mogući raspon rezultata je od 0 do 30 *(M=19.15;*

SD=6.85). Cronbach alfa iznosi 0,900 i ukazuje na to da *skala informiranosti stručnjaka* ima vrlo dobru pouzdanost.

Zadovoljstvo stručnjaka uslugama rane podrške operacionalizirano je na 3 načina: *rezultat na skali zadovoljstvo kao omjer informiranosti i zadovoljstva stručnjaka, zadovoljstvo profesionalnom ulogom i zadovoljstvo pruženom podrškom roditeljima.*

Rezultat na skali zadovoljstvo kao omjer informiranosti i zadovoljstva uslugama formiran je kao omjer broja usluga koje su stručnjaci označili da poznaju i broja usluga koje su stručnjaci označili da su zadovoljni njima. Cronbach alfa iznosi 0,850 i ukazuje na to da *skala zadovoljstvo kao omjer informiranosti i zadovoljstva uslugama* ima vrlo dobru pouzdanost. Deskriptivni pokazatelji skale su: *M=1.13; SD=.62.*

Za mjerenje zadovoljstva stručnjaka profesionalnom ulogom korištena je skala Zadovoljstvo profesionalnom ulogom. Sastoji se od pet čestica, s ponuđenom skalom odgovora Likertovog tipa od 1 do 7, gdje 1 znači „izrazito se ne slažem“, a 7 „u potpunosti se slažem“, s tim da veći rezultat ukazuje na veći stupanj zadovoljstva. Primjer čestice je *„Redovito sam u kontaktu s roditeljima“* ili *„Prepoznajem djetetove potrebe“*. Cronbach alpha navedene skale iznosi 0.825 i ukazuje na vrlo dobru pouzdanost skale. Deskriptivni pokazatelji skale su: *M=27.81; SD=4.85.*

Za mjerenje zadovoljstva stručnjaka pruženom podrškom korištena je skala Zadovoljstvo pruženom podrškom roditeljima. Sastoji se od četiri čestice, s ponuđenom skalom odgovora Likertovog tipa od 1 do 7, gdje 1 znači „izrazito se ne slažem“, a 7 „u potpunosti se slažem“, s tim da veći rezultat ukazuje na veći stupanj zadovoljstva. Primjer čestice je *„Zadovoljan/na sam sa svojim odnosom s roditeljima i djecom“* ili *„Zadovoljan/na sam svojim mogućnostima pružanja informacija roditeljima“*. Cronbach alpha navedene skale iznosi 0.872 i ukazuje na vrlo dobru pouzdanost skale. Deskriptivni pokazatelji skale su: *M=20.72; SD=4.88.*

Popis usluga rane podrške koje su navedene u oba upitnika sastavljen je na osnovu pretraživanja literature i osobnim kontaktima djelatnika ustanova koji pružaju usluge rane podrške i roditelja djece s teškoćama u razvoju. Navedene usluge podrške koje su roditelji i stručnjaci procjenjivali su sljedeće:

- Rana podrška u rodilištu
- Savjetodavna podrška pedijatra u domu zdravlja
- Uključivanje djece s teškoćama u razvoju u dječji vrtić
- Savjetodavna podrška psihologa u dječjem vrtiću

- Savjetodavna podrška logopeda u dječjem vrtiću
- Savjetodavna podrška edukacijskog rehabilitatora u dječjem vrtiću
- Savjetodavna podrška pedagoga u dječjem vrtiću
- Savjetodavna podrška zdravstvenog voditelja u dječjem vrtiću
- Savjetodavna podrška odgojitelja u dječjem vrtiću
- Individualni rad edukacijskog rehabilitatora i/ili logopeda u dječjem vrtiću
- Individualni rad psihologa u dječjem vrtiću
- Pomoćnik u vrtiću
- Tretman fizioterapeuta
- Tretman radnog terapeuta
- Tretman psihijatra
- Tretman edukacijskog rehabilitatora i/ili logopeda u bolnici
- Tretman psihologa u bolnici
- Terapije (razvojna gimnastika za bebe, masaža za bebe, terapija neurofeedbackom, terapijsko jahanje, senzorna integracija, terapija igrom, likovna terapija, glazboterapija, kineziterapija, fizioterapija)
- Usluge pravnika u centru za socijalnu skrb
- Usluge socijalnog radnika u centru za socijalnu skrb
- Usluge psihologa u centru za socijalnu skrb
- Usluge socijalnog pedagoga u centru za socijalnu skrb
- Igraonice za djecu s teškoćama u razvoju
- Radionice za djecu s teškoćama u razvoju
- Stručna podrška s djecom u obitelji (edukacijski rehabilitator, logoped, fizioterapeut, psiholog)
- Grupe za podršku roditeljima djece s teškoćama u razvoju
- Savjetovalište za roditelje (logopedsko, rehabilitacijsko, psihološko savjetovalište) - obiteljski centri, udruge, vjerske organizacije, predškolske ustanove
- Edukacije za roditelje
- Telefonsko savjetovanje
- Organizirani prijevoz djece od mjesta stanovanja do pružatelja usluga

4.4. NAČIN PROVOĐENJA ISTRAŽIVANJA

Etičko povjerenstvo Edukacijsko-rehabilitacijskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu dalo je pozitivno mišljenje o provedbi istraživanja te je ono provedeno sukladno Etičkom kodeksu Sveučilišta u Zagrebu (2009)[31]. Nakon dobivenog pozitivnog mišljenja krenulo se u realizaciju istraživanja.

Istraživanje je provedeno u Brodsko-posavskoj i Istarskoj županiji tijekom 2017. godine. Prvo je prikupljen podatak o broju ustanova – potencijalnih sudionika istraživanja (domovi zdravlja, opće bolnice, centri za socijalnu skrb, ustanove ranog i predškolskog odgoja i obrazovanja (dječji vrtići), nevladine organizacije, poliklinike za djecu, dnevni centri za rehabilitaciju). Podatci su dobiveni putem ureda za društvene djelatnosti, internetskih stranica ustanova i internetskih stranica Ministarstva odgoja i obrazovanja. Na preporuku Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo (HZJZ) dobivena je suglasnost Ministarstva socijalne skrbi koja je upućena ravnateljima centara za socijalnu skrb za uključivanjem djelatnika u istraživanje. Podatci o broju roditelja djece s teškoćama u razvoju po županijama prikupljeni su iz HZJZ, dječjih vrtića, nevladinih organizacija te Upravnog odjela za zdravstvo i socijalnu skrb. Podatci o broju stručnjaka iz zdravstvenih ustanova, dječjih vrtića i ustanova socijalne skrbi prikupljeni su iz HZJZ, Upravnog odjela za zdravstvo i socijalnu skrb Istarske županije, Domova zdravlja Brodsko-posavske i Istarske županije te dječjih vrtića obje županije.

Prije provedbe istraživanja sudionicima je objašnjena svrha istraživanja. Ravnatelji ustanova dobili su zamolbu istraživačice s opisom istraživanja putem e-pošte, uz potporno pismo dekanice Edukacijsko-rehabilitacijskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, Ministarstva socijalne skrbi Republike Hrvatske te HZJZ.

Etička povjerenstva Opće bolnice u Slavonskom Brodu i Istarskih domova zdravlja dala su suglasnost za provođenje istraživanja, dok su ravnateljice Doma zdravlja u Slavonskom Brodu i Opće bolnice Pula dale pismenu suglasnost. Ravnateljice dječjih vrtića dale su pismenu i usmenu suglasnost za provođenje istraživanja (Prilog III). Nakon odobrenja provedbe istraživanja, sudionicima su poslani anketni upitnici e-poštom ili putem pošte te se tražila njihova pismena suglasnost za sudjelovanje u istraživanju, s opisom istraživanja.

---

[31] Etički kodeks (bez dat.). http://www.unizg.hr/o-sveucilistu/dokumenti-i-javnost-informacija/propisi/

Istraživačica je u ustanovama (domovi zdravlja, opće bolnice, centri za socijalnu skrb, dječji vrtići, nevladine organizacije, poliklinike za djecu, dnevni centri za rehabilitaciju) prikupila podatke u suradnji sa stručnim službama ustanova.

Dostava anketnih upitnika dogovorena je u vremenskom roku od dva tjedna te su ispunjeni anketni upitnici vraćeni istraživačici putem e-pošte ili poštom.

4.5. METODE OBRADE PODATAKA

Kako bi se provjerila prva hipoteza postavljena u ovom istraživanju:

(*H1 Zbog nedovoljne istraženosti percepcije roditelja o izvoru i načinu informiranja, razini, važnosti, mogućnosti, učestalosti i dostupnosti usluga rane podrške djeci s teškoćama u razvoju i njihovim obiteljima postavlja se nedirektivna hipoteza i pristupa joj se eksplorativno)*, rezultati su prikazani deskriptivno.

Kako bi se provjerila druga hipoteza postavljena u ovom istraživanju:

(H2 Sociodemografska obilježja (dob, spol, samoprocjena materijalnog stanja, stupanj obrazovanja, dob djeteta, vrsta teškoće djeteta i prebivalište) su statistički značajni prediktori informiranosti roditelja djece s teškoćama u razvoju o uslugama rane podrške), prikazani su rezultati provedene regresijske analize u kojoj je informiranost kriterij, a navedena sociodemografska obilježja su prediktori.

Kako bi se provjerila treća hipoteza postavljena u ovom istraživanju:

(H3 Sociodemografska obilježja (dob, spol, samoprocjena materijalnog stanja, stupanj obrazovanja, dob djeteta, vrsta teškoća djeteta i prebivalište) su statistički značajni prediktori zadovoljstva roditelja djece s teškoćama u razvoju uslugama rane podrške), prikazani su rezultati provedene regresijske analize u kojoj je zadovoljstvo kriterij, a navedena sociodemografska obilježja su prediktori.

Kako bi se provjerila četvrta hipoteza i pripadajuće podhipoteze postavljene u ovom istraživanju:

(H4 Postoji statistički značajna razlika u očekivanjima roditelja djece s teškoćama u razvoju od usluga rane podrške za djecu s teškoćama u razvoju s obzirom na sociodemografska obilježja.

H4.1 Postoji statistički značajna razlika u očekivanjima roditelja djece s teškoćama u razvoju od usluga rane podrške za djecu s teškoćama u razvoju s obzirom na dob sudionika.

H4.2 Postoji statistički značajna razlika u očekivanjima roditelja djece s teškoćama u razvoju od usluga rane podrške za djecu s teškoćama u razvoju s obzirom na spol sudionika.

H4.3 Postoji statistički značajna razlika u očekivanjima roditelja djece s teškoćama u razvoju od usluga rane podrške za djecu s teškoćama u razvoju s obzirom na samoprocjenu materijalnog stanja sudionika.

H4.4 Postoji statistički značajna razlika u očekivanjima roditelja djece s teškoćama u razvoju od usluga rane podrške za djecu s teškoćama u razvoju s obzirom na stupanj obrazovanja sudionika.

H4.5 Postoji statistički značajna razlika u očekivanjima roditelja djece s teškoćama u razvoju od usluga rane podrške za djecu s teškoćama u razvoju s obzirom na dob djeteta.

H4.6 Postoji statistički značajna razlika u očekivanjima roditelja djece s teškoćama u razvoju od usluga rane podrške za djecu s teškoćama u razvoju s obzirom na prebivalište sudionika) u svrhu testiranja pretpostavljenih razlika u očekivanjima roditelja, korišteni su neparametrijski postupci *Hi kvadrat* i *Mann Whitney test*.

Kako bi se provjerila peta hipoteza postavljena u ovom istraživanju:

(H5 Sociodemografska obilježja (godine radnog staža, struka i županija zaposlenja), samoprocjena educiranosti za rad s djecom s teškoćama u razvoju i samoprocjena znanja o djeci s teškoćama u razvoju su statistički značajni prediktori informiranosti stručnjaka o uslugama rane podrške), prikazani su rezultati provedene regresijske analize u kojoj je informiranost kriterij, a navedene varijable su prediktori.

Kako bi se provjerila šesta hipoteza postavljena u ovom istraživanju:

(*H6 Sociodemografska obilježja (godine radnog staža, struka i županija zaposlenja), samoprocjena educiranosti za rad s djecom s teškoćama u razvoju i samoprocjena znanja o djeci s teškoćama u razvoju su statistički značajni prediktori zadovoljstva stručnjaka uslugama rane podrške)*, prikazani su rezultati provedene regresijske analize u kojoj je zadovoljstvo kriterij, a navedene varijable su prediktori.

Kako bi se provjerila sedma hipoteza postavljena u ovom istraživanju:

(H7 Zbog nedovoljne istraženosti očekivanja stručnjaka o doprinosu roditelja, sustručnjaka, institucija i aktera socijalne politike kvaliteti provedbe usluga rane podrške postavlja se nedirektivna hipoteza i pristupa joj se eksplorativno), rezultati su prikazani deskriptivno.

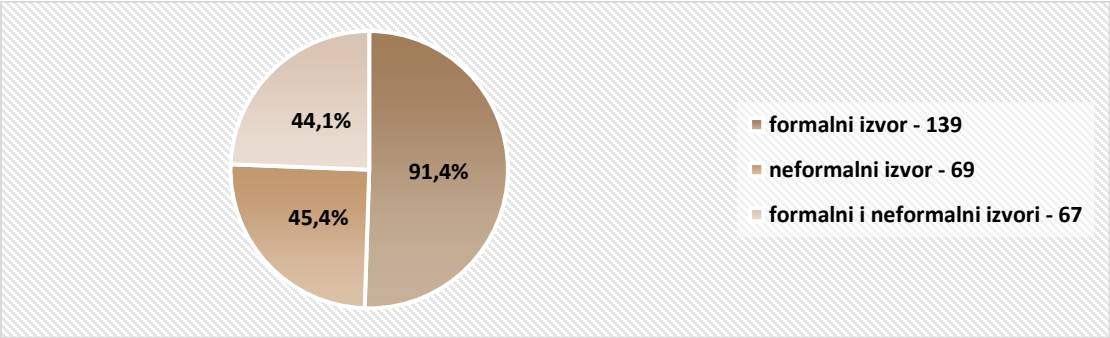
5. REZULTATI I RASPRAVA

5.1. PRIKAZ REZULTATA ZA SUDIONIKE (RODITELJI)

5.1.1. PERCEPCIJA RODITELJA O IZVORU I NAČINU INFORMIRANJA, RAZINI, VAŽNOSTI, MOGUĆNOSTI, UČESTALOSTI I DOSTUPNOSTI USLUGA RANE PODRŠKE DJECI S TEŠKOĆAMA U RAZVOJU I NJIHOVIM OBITELJIMA

Prvi cilj istraživanja odnosio se na percepciju roditelja o izvoru i načinu informiranja, razini, važnosti, mogućnosti, učestalosti i dostupnosti usluga rane podrške djeci s teškoćama u razvoju i njihovim obitelji te su prikazani deskriptivni podatci.

U istraživanju su roditelji navodili iz kojih izvora mreže podrške (formalne i neformalne) primaju pomoć.

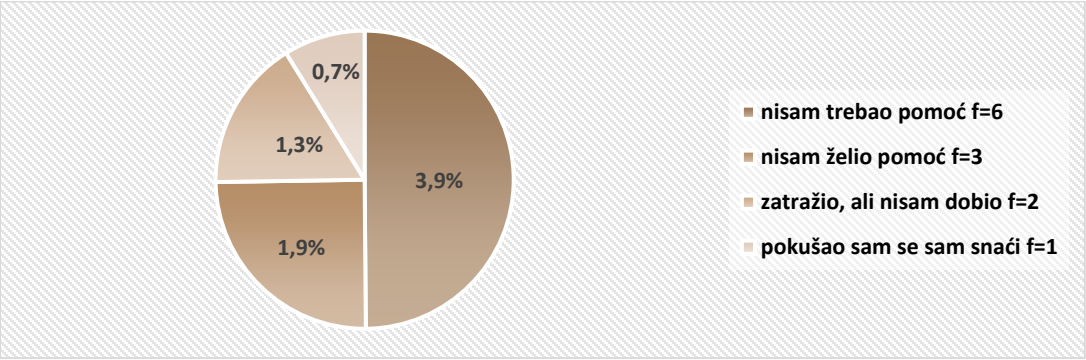


Slika 25. *Formalni i neformalni izvori podrške*

Prema Slici 25 vidljivo je da 139 (91,4%) roditelja traži podršku iz formalnih, a 69 (45,4%) roditelja iz neformalnih izvora mreže podrške. Roditelji su imali mogućnost označiti obje vrste podrške te je 67 (44,1%) roditelja odabralo obje vrste podrške (i formalnu i neformalnu). Dodatna analiza utvrdila je da 50% roditelja sa srednjoškolskim obrazovanjem prima formalnu podršku te 37% roditelja s višim i visokoškolskim obrazovanjem. Nadalje, neformalnu podršku prima 24,7% roditelja sa srednjoškolskim obrazovanjem, a 19,7% je roditelja s višim i visokoškolskim obrazovanjem. Najviše roditelja u dobi do 40. godine (49,3%) prima formalnu podršku, a 28,3% prima neformalnu podršku.

S obzirom na spol, formalnu podršku prima 57,9% majki i 33,6% očeva, dok 32,2% majki i 13,2% očeva prima neformalnu podršku. Iz prikazanog se vidi da više majke primaju i jednu i drugu vrstu podrške. Pretpostavlja se da su majke sklonije tražiti podršku, što potvrđuju i nalazi istraživanja Pećnik i Pribela Hodap (2013) da majke imaju pozitivnije stavove o traženju podrške.

Dvanaest roditelja (7,9%) odgovorilo je da ne primaju podršku (roditelji s VSS – f=4, roditelji sa SSS – f=8). Razlozi zbog kojih roditelji nisu primali podršku navedeni su na Slici 26.



Slika 26. *Razlog izostanka usluga rane podrške*

Razlozi izostanka podrške vidljivi su na Slici 26. Od 12 roditelja, šestero roditelja (3,9%) navodi kako nije trebalo pomoć, troje roditelja (1,9%) nije željelo pomoć, dvoje roditelja je zatražilo, ali nije dobilo pomoć (1,3%) te jedan roditelj (0,7%) navodi da se htio sam snaći. Razlog izostanka podrške može se interpretirati i s neinformiranošću roditelja o potrebama njihove djece te mogućnostima primanja usluga rane podrške. Potrebno je približiti i dodatno informirati roditelje o uslugama koje nude stručnjaci roditeljima. Nadalje, financijska situacija može ovisiti o tome primaju li roditelji podršku ili ne. Dodatna analiza utvrdila je da osmero roditelja koji su naznačili da ne primaju podršku imaju povremene ili velike financijske poteškoće. Slično navode i autorice Pećnik i Pribela-Hodap (2013) da su neka sociodemografska obilježja roditelja, kao niži socioekonomski status, život u ruralnoj sredini, činitelji rizika za manju dostupnost usluga za podršku roditeljstvu.

U Tablici 21 slijedi prikaz izvora informiranja o uslugama rane podrške. Roditelji su mogli označiti više odgovora.

Tablica 21. *Izvor informiranja o uslugama rane podrške (N=152)*

IZVOR INFORMIRANJA	f	%
Osoblje rodilišta	10	6,6
Pedijatar	66	43,4
Fizijatar	20	13,2
Fizioterapeut	28	18,4
Logoped	53	34,9
Edukacijski rehabilitator	50	32,9
Psiholog	24	15,8
Socijalni radnik	16	10,5
Roditelj djeteta s teškoćama u razvoju	40	26,3
Stručnjaci izvan lokalne zajednice	1	0,7
Dječji psihijatar	1	0,7
Oftalmolog	1	0,7
Odgojitelj	5	3,3
Internet	11	7,2
Udruga	1	0,7

Istraživanja pokazuju da roditelji potražuju različite izvore podrške (Mackintosh i sur., 2005; Johnston i sur., 2013) koji se mogu svrstati u profesionalne resurse (formalna podrška), resurse povezane s drugim roditeljima i resurse povezane s javnošću – internet, popularni mediji (neformalna podrška) (Redmon i sur., 2002; Attree, 2005; Serpentine i sur., 2011).

U ovom istraživanju roditelji su navodili različite stručnjake u lokalnoj i izvanlokalnoj zajednici, druge roditelje te internet stranice i nevladine organizacije kao izvore informiranja o uslugama podrške. Roditelji su mogli označiti više odgovora.

152 roditelja je prema učestalosti navelo sljedeće stručnjake kao izvore informiranje: *pedijatar* (f=66, 43.4%), *logoped* (f=53, 34.9%), *edukacijski rehabilitator* (f=50, 32.9%), *fizioterapeut* (f=28, 18.4%), *psiholog* (f=24, 15.8%), *fizijatar* (f=20, 13.2%), *socijalni radnik* (f=16, 10.5%), *osoblje u rodilištu* (f=10, 6.6%), *odgojitelj* (f=5, 3.3%) te *dječji psihijatar* (f=1,

0.7%) i *oftalmolog* (f=1, 0.7%). Samo je jedan roditelj naveo kao izvor informiranja stručnjaka izvan lokalne zajednice. Iz sljedećeg je vidljiva važnost liječnika specijalista pedijatra, logopeda i edukacijskog rehabilitatora jer je 66 roditelja (43,4%) navelo pedijatra, 53 roditelja (34,9%) logopeda, a 50 roditelja (32,9%) edukacijskog rehabilitatora kao izvor informiranja. Ostale liječnike različite specijalnosti roditelji su navodili u manjem broju, vjerojatno prema djetetovoj vrsti teškoće u razvoju te ovisno o tome kada i koliko im je bila potrebna podrška određenog stručnjaka. Samo 16-ero roditelja je navelo kao izvor informiranja socijalnog radnika, a upravo su ti stručnjaci koji roditeljima mogu dati pravodobne informacije o ostvarivanju prava djeteta s teškoćama u razvoju i njegove obitelji. Pretpostavlja se da razlog može biti i nedostatak navedenih stručnjaka u centrima za socijalnu skrb u Brodsko-posavskoj i Istarskoj županiji, stoga roditelji nisu ni upoznati s uslugama koje pružaju socijalni radnici. U ustanovama socijalne skrbi posao socijalnog radnika temelji se prvenstveno na Zakonu o socijalnoj skrbi (NN 46/22), koji navodi da osnovne životne potrebe djece s teškoćama u razvoju obuhvaćaju i dodatne potrebe koje proizlaze iz njihovih teškoća. U zadovoljenju tih potreba upravo jednu od uloga ima i socijalni radnik (Buljevac i Filipaj, 2021).

Četrdeset roditelja (26,3%) označava da im je izvor informiranja bio drugi roditelj djeteta s teškoćama u razvoju, što je i uobičajeno jer se roditelji povezuju s roditeljima s istim ili sličnim problemima te im je na taj način lakše razgovarati s osobama koje se nalaze u istoj situaciji. Rezultati istraživanja koje je provela Nenadić - Bilan (2015), na uzorku od 350 roditelja djece predškolske dobi, pokazali su da roditelji lošeg materijalnog statusa statistički značajno češće koriste razne oblike usluga podrške (financijsku, materijalnu, praktičnu i emocionalnu), pod pretpostavkom da materijalna nesigurnost opterećuje roditelje dodatnom brigom i neizvjesnošću, pa različiti oblici podrške mogu ublažiti svakodnevne probleme. S obzirom na veličinu aktivne mreže društvene podrške, sudionici su u prosjeku navodili po jedan izvor iz kojega dobivaju traženi oblik podrške i to uglavnom roditelje. Sudionici koji su navodili neformalne izvore podrške najčešće su naznačili druge roditelje, užu rodbinu i prijatelje kao izvore podrške te značajnu ulogu, osim roditelja, imaju i drugi članovi uže obitelji, a učestalost podrške od strane supružnika u većini je slučajeva manja, nego od ostalih neformalnih izvora. Od nerodbinskih veza najveću podršku pružaju prijatelji, dok susjedi vrlo neznatno pomažu. Iz formalnih izvora podrške najučestalija je financijska pomoć države i grada. Također, navode podršku odgojiteljica i psihologa u dječjim vrtićima, pomoć psihoterapeuta i psihijatara, Caritasovih obiteljskih savjetnika te vjerske zajednice

i nevladinih udruga, iako nisu značajnije nazočni u odgovorima sudionika (Nenadić-Bilan, 2015). Suprotno tome, rezultati ovog istraživanja govore da više od polovice roditelja ne prima podršku od strane obitelji, prijatelja, susjeda ili drugih osoba, dok većina roditelja prima podršku od strane stručnjaka.

Kada se djetetu dijagnosticira stupanj i vrsta teškoće u razvoju, obitelj očekuje od stručnjaka empatičnost, dostupne informacije i praktičnu pomoć. Roditelji dolaze u kontakt sa stručnjacima kada se utvrde teškoće ili dodatne potrebe kod njihovog djeteta (Canary, 2008), tako da je logično da su stručnjaci izvor informiranja za roditelje o djetetovom stupnju i vrsti teškoće i uslugama rane podrške (Canary i McPhee, 2009; Cooley i sur., 2009).

Iako su stručnjaci pouzdan izvor informiranja, roditeljima to mogu biti i roditelji sa sličnim problemima, ne samo za dobivanje informacija, već i savjeta osnovanih na iskustvu, što potvrđuju Mackintosh i suradnici (2005), koji su u svom istraživanju na uzorku od 498 roditelja djece s poremećajima iz spektra autizma izvijestili da su roditelji dobivali informacije najviše od drugih roditelja. Roditelji traže podršku drugih roditelja koji imaju slična iskustva (Ablon, 1982; Ablon, 2000; Aytch i sur., 2001; Fisher, 2001) te od njih dobivaju tumačenje informacija o medicinskim pitanjima, svojim pravima i mogućnostima uključivanja u usluge rane podrške u lokalnoj zajednici (Hartman i sur., 1992; Adesida i Foreman, 1999).

Zabrinjavajuće je to da je najčešća roditeljska nezadovoljena potreba upravo pristup informacijama, bez obzira što se govori o važnosti roditeljskog sudjelovanja u uslugama rane podrške i osnaživanju pristupa usmjerenog na obitelj (Bailey i Powell, 2005; Ellis i sur., 2002). Čini se da je potreba za informacijama važnija, nego sama usluga rane podrške i financijska pomoć (Tracey i sur., 2018). Potreba za informacija nije važnija od samih usluga rane podrške, ali je vrlo važno pravovremeno dobivanje točnih informacija kako bi djeca u ranoj dobi što prije mogla biti uključena u ranu intervenciju.

Jung (2010) je istraživao ovaj problem te otkrio da obitelji imaju potrebe za informacijama iz četiri područja: teškoće u razvoju njihovog djeteta, dostupne usluge rane podrške, opći razvoj djeteta i strategije koje će koristiti u radu sa svojim djetetom.

Pojedina istraživanja (Smith i sur., 2006 *prema* Milić Babić i Laklija, 2013) navode da roditelji, od različitih strategija suočavanja, najmanje koriste strategije traženja podrške iz okoline, što autori objašnjavaju time da roditelji ne znaju kome se obratiti za pomoć, nemaju vremena ili smatraju da im dostupni izvori podrške ne mogu koristiti. Strategije suočavanja mogu se definirati „kao trajno

promjenjivo kognitivno i bihevioralno nastojanje izlaženja na kraj sa specifičnim vanjskim i/ili unutarnjim zahtjevima koji su procijenjeni kao opterećujući tako da nadilaze resurse kojima osoba raspolaže.“ (Milić Babić i Laklija, 2013, 215). „Važnost korištenja izvora podrške iz okoline naglašena je poticanjem aktivne potrage za podrškom od strane roditelja, ali i poticanjem pružatelja usluga na ranu podršku.“ (Milić Babić i Laklija, 2013, 222).

Tablica 22 prikazuje na koji način su se roditelji informirali o uslugama rane podrške. Roditelji su mogli označiti više odgovora.

Tablica 22. *Način informiranja o uslugama rane podrške (N=152)*

NAČIN INFORMIRANJA O USLUGAMA PODRŠKE	f	%
pretraživanje internet stranica	83	54,6
telefonski kontakt sa stručnjakom	20	13,2
posjet stručnjaku	115	75,7
putem stručnih tekstova	35	23,0
posjet stručnjaku izvan lokalne zajednice	1	0,7
razgovor s drugim roditeljima	16	10,5
putem edukacije	2	1,3
putem usluga dječjeg vrtića	2	1,3
putem usluga nevladinih organizacija	2	1,3

Roditelji su navodili načine informiranja putem kojih su se informirali o uslugama rane podrške. Najveći dio roditelja (f=115, 75.7%) je naveo *posjet stručnjaku* kao najčešći način informiranja, zatim slijedi *pretraživanje internet stranica* (f=83, 54.6%) *i stručnih tekstova* (f=35, 23%), zatim *putem telefonskog kontakta* (f=20, 13.2%) te *razgovora s drugim roditeljima* (f=16, 10.5%). Roditelji su, kao najrjeđi način informiranja, naveli informiranje *putem edukacija* (f=2, 1.3%), *usluga dječjeg vrtića* (f=2, 1.3%) i *nevladinih organizacija* (f=2, 1.3%) te je samo jedan roditelj naveo posjet stručnjaku izvan lokalne zajednice kao način informiranja.

Roditelji pretražuju različite tiskane i/ili elektronske članke jer ih mogu koristiti kada im trebaju te tako lakše dolaze do određenih informacija. Postoje i prednosti i nedostaci takvog načina primanja informacija. Jedna od prednosti je i privatnost takvog načina informiranja jer ono uključuje najmanji rizik stigmatizacije, a nedostatak je u tome da su informacije u člancima nužno

više uopćene i sadržavaju opće upute. Takav način informiranja može trenutno zadovoljiti potrebu roditelja za dobivanjem više informacija o onome što ih zanima, ali ne mogu zamijeniti osobni odnos sa stručnjakom. Ujedno je i takav način brži i jednostavniji za dobivanje informacija, a sam posjet stručnjaku zahtijeva organizaciju vremena roditelja tijekom kojeg mogu naići na određene prepreke (duge liste čekanja, nedostatan broj stručnjaka, prijevoz do usluga i slično). Rezultati istraživanja (Pećnik, 2013) pokazuju da bi većina roditelja htjela kontaktnu podršku stručnjaka, kada bi ona bila besplatna, kvalitetna i pružala roditeljima punu diskreciju. Dio usluga rane podrške već je i sada besplatan, no prema iskustvu pružatelja usluga one često nisu i dovoljno iskorištene od strane roditelja (Pećnik, 2013). Prema Milić Babić i suradnicama (2013) roditelji navode kako je za uspješnost pružanja usluga rane podrške važan interdisciplinarni pristup, kompetentnost i motiviranost stručnjaka. Roditelji kao teškoće vide izostanak pravovremene podrške i informiranja, neprofesionalnost i organizacijske poteškoće. Tracey i suradnici (2018: 7) u svom istraživanju, na uzorku od 291-og roditelja, o načinima dobivanja informacija za dijete s teškoćama u razvoju, navode da su prva tri navedena izvora informiranja za roditelje u vezi teškoće u razvoju njihovog djeteta bili:

1.) stručnjaci, 2.) internet i 3.) drugi roditelji djece s teškoćama u razvoju.

Pedeset šest roditelja iz fokus grupa potvrdilo je važnost komunikacije licem u lice te je najviše cijenjena od roditelja djeteta s teškoćama u razvoju i stručnjaka koji poznaju njihovo dijete.

Niebor i suradnici (2011) tvrde da informacije trebaju davati stručnjaci kroz obiteljski usmjeren pristup, umjesto putem drugih izvora, recimo internetskih stranica, što je osobito važno za roditelje različitog kulturno-jezičnog podrijetla i one roditelje koji nemaju pristup internetu (Laragy i sur., 2016).

Iz Tablice 23 vidljivo je što roditelji smatraju da je najvažnije za dobivanje informacija o uslugama rane podrške.

Tablica 23. *Značajke informiranja o uslugama rane podrške (N=152)*

ZNAČAJKE INFORMIRANJA	f	%
Oblik informiranja	17	11,2
Mjesto informiranja	57	37,5
Način informiranja	25	16,4
Vrijeme informiranja	53	34,9

Roditelji kao najvažniju značajku informiranja navode *mjesto informiranja* - rodilište, pedijatrijske ambulante, dječje vrtiće, centre za socijalnu skrb i sl. (f=57, 37.5%) i *vrijeme informiranja* - pravovremenost dobivanja informacija (f=53, 3.9%). *Način informiranja* (pisane smjernice, izravan kontakt sa stručnjakom, telefonski kontakt) je na trećem mjestu (f=25, 16.4%), a na zadnjem mjestu je *oblik informiranja* - internet, kontakt sa stručnjakom, stručni tekstovi (f=17, 11.2%). Roditelji navode kako im je najvažnije mjesto i vrijeme informiranja, odnosno gdje su dobili informacije i jesu li te informacije bile pravovremene.

Informacije trebaju biti dostupne, različitog oblika, načina, izvora i mjesta informiranja, ciljane za različitu populaciju, dosljedne i pravodobne, iz pouzdanog i neovisnog izvora, kulturalno prikladne, aktivno promovirane ″teško dostupnim skupinama″ te primjerene spolu (Laragy i sur., 2016). Što se tiče resursa povezanih s javnošću, internetske stranice mogu roditeljima brzo, povoljno i privatno pružiti informacije (Porter i Edirippulige, 2007; Zaidman-Zait i Jamieson, 2007) te većina roditelja djece s teškoćama u razvoju koristi internet kao glavni izvor informacija (Mackintosh i sur., 2005; Turnbull i sur., 2010; Johnston i sur., 2013). Međutim, informacije na internetu mogu zbuniti roditelje jer ondje postoje različiti izvori koji ne moraju biti relevantni. Baza dokaza koja podupire informacije objavljene na internetskim stranicama može biti sumnjiva i time može ugroziti korisnost i prikladnost informacija za roditelje koji ne prilaze kritički određenom sadržaju (Turnbull i sur., 2010). Također, informacije su u pisanom obliku pa ostaje na razmišljanje jesu li razumljive svim roditeljima (Sanders i sur., 2009) te se tako dostupnost informacija dovodi u pitanje. Internet može biti vrijedan izvor informiranja, posebno roditeljima zbog brzo dostupnih informacija te udaljenih usluga rane podrške (Konrad, 2007), ali može doći do marginaliziranja

onih roditelja zbog nemogućnosti korištenja interneta zbog financijskih razloga, niske razine pismenosti te nedostatka tehnoloških vještina (Laragy i sur., 2016; Tracey i sur., 2018).

U Tablici 24 prikazana je razina primljene neformalne i formalne podrške, odnosno količina primljene podrške od strane obitelji, prijatelja, susjeda ili drugih osoba te od strane stručnjaka.

Tablica 24. *Razina (količina) primljene neformalne i formalne podrške (N=152)*

RAZINA NEFORMALNE I FORMALNE PODRŠKE	RN[1] (f)	%	RF[2] (f)	%
Nemam podršku	83	54,6	13	8,6
Vrlo niska	2	1,3	3	2,0
Niska razina	5	3,3	10	6,6
Niti visoka niti niska	8	5,3	25	16,5
Visoka	15	9,9	37	24,3
Vrlo visoka	20	13,2	41	27,0
Izuzetno visoka	19	12,5	23	15,1

[1] razina neformalne podrške
[2] razina formalne podrške

Osamdeset tri roditelja (54,6%) navelo je da ne primaju neformalnu podršku. Od 69-ero roditelja koji primaju neformalnu podršku, 7-ero roditelja (10,1% od onih koji primaju) označava ju je kao vrlo nisku i nisku, 54-ero roditelja (78,3%) označava je kao visoku, vrlo visoku i izuzetno visoku razinu primanja neformalne podrške. Osam roditelja (11,6%) smatra da je razina primljene neformalne podrške niti visoka, niti niska.

Što se tiče primljene formalne podrške, najveći dio roditelja (72,7%), od njih 139-ero koji primaju formalnu podršku, označava razinu primanja formalne podrške kao visoku, vrlo visoku i izuzetno visoku, a 13-ero roditelja (9,4%) označava je kao vrlo nisku i nisku razinu. Trinaest roditelja (8,6%) navodi da nemaju podršku iz formalnih izvora, a 25 roditelja (17,9%) smatra da je razina formalne podrške niti visoka, niti niska.

Prema navedenim rezultatima vidljivo je da više od polovice roditelja ne prima neformalnu podršku (od strane obitelji, prijatelja, susjeda ili drugih osoba), a oni roditelji koji je primaju ocjenjuju je kao visoku. Većina roditelja prima usluge podrške iz formalnih izvora (stručnjaci) i smatra da je razina te podrške visoka. Vidljivo je kako roditelji u većoj mjeri dobivaju podršku od strane stručnjaka.

Iz sljedeće tablice vidljiva je važnost primljene neformalne i formalne podrške od strane roditelja.

Tablica 25. *Važnost primanja neformalne i formalne podrške*

VAŽNOST NEFORMALNE I FORMALNE PODRŠKE	NP[1] (f)	%	FP[2] (f)	%
Nije važna	2	1,3	1	0,7
Vrlo malo važna	4	2,6	1	0,7
Malo važna	8	5,3	3	2,0
Niti važna niti nevažna	22	14,5	15	9,9
Važna	24	15,8	30	19,7
Vrlo važna	39	25,7	43	28,3
Izuzetno važna	53	34,9	59	38,8

[1] neformalna podrška
[2] formalna podrška

Roditelji su navodili i važnost primanja neformalne i formalne podrške. Što se tiče neformalne podrške, 116 roditelja (76,4%) smatra je važnom, vrlo i izuzetno važnom, dok ju 12 roditelja (7,9%) smatra vrlo malo i malo važnom. Dvadeset dva roditelja (14,5%) srednjom ocjenom procjenjuje važnost podrške, a samo dva roditelja (1,3%) smatra kako im neformalna podrška nije važna.

Što se tiče formalne podrške, 132 roditelja (86,8%) smatra je važnom, vrlo i izuzetno važnom, a samo četiri roditelja (2,7%) malo i vrlo malo važnom. Petnaest roditelja (9,9%) smatra je niti važnom niti nevažnom, a samo jedan roditelj (0,7%) da mu formalna podrška nije važna.

Iz rezultata je vidljivo da većina roditelja visoko procjenjuje važnost primanja i neformalne i formalne podrške, ali ih više procjenjuje važnost formalne podrške.

Tablica 26 prikazuje kolike su mogućnosti primanja usluga rane podrške u lokalnoj zajednici za dijete s teškoćama u razvoju i njegovu obitelj.

Tablica 26. *Mogućnost primanja usluga rane podrške (N=152)*

MOGUĆNOST PRIMANJA USLUGE RANE PODRŠKE	f	%
vrlo velike	7	4,6
velike	25	16,4
niti velike, niti male	71	46,7
male	28	19,1
vrlo male	17	11,2
nemam mogućnosti	4	2,6

Roditelji su također navodili i mogućnost primanja usluga rane podrške u svojoj lokalnoj zajednici te najviše roditelja, odnosno 71 roditelj (46,7%), smatra tu mogućnost niti malom niti velikom.

Trideset i dva roditelja (21,0%) navodi vrlo velike i velike mogućnosti primanja usluga, a 46 roditelja (30,3%) kao male i vrlo male. Četiri roditelja (2,6%) navode kako u svojoj lokalnoj zajednici nemaju mogućnosti primanja usluga rane podrške.

Prema dobivenim podatcima, vidljivo je da nešto manje od polovice roditelja (46,7%) označava primanje usluga rane podrške u lokalnoj zajednici kao niti veliku niti malu mogućnost. Također, nešto malo više roditelja (30,3%) smatra da su te mogućnosti ili male ili vrlo male, u odnosu na one koji smatraju da su te mogućnosti veće (21%), što navodi na razmišljanje da usluge rane podrške nisu u većoj mjeri razvijene u lokalnim zajednicama ili postoje određene prepreke zbog kojih roditelji ne mogu doći do željenih usluga za svoje dijete.

Tablica 27 prikazuje učestalost primanja usluga rane podrške.

Tablica 27. *Učestalost primanja usluga rane podrške (N=152)*

UČESTALOST PRIMANJA USLUGA RANE PODRŠKE	f	%
1 do 2 puta tjedno	85	55,9
1 do 2 puta u mjesec dana	19	12,5
1 do 2 puta u dva tjedna	15	9,9
1 do 2 puta u tri tjedna	6	3,9
3 puta tjedno	6	3,9
svakodnevno	5	3,3
kontrole 1 do 2 puta godišnje	4	2,6
nemam mogućnosti	4	2,6
prema dogovoru	2	1,3
po potrebi	2	1,3
1 puta u tri mjeseca	2	1,3
3 do 4 puta tjedno	1	0,7
4 do 5 puta tjedno	1	0,7

Iz Tablice 27 vidljivo je da su roditelji navodili i učestalost primanja usluga podrške te samo četiri roditelja (2,6%) da nije imalo tu mogućnost. Najviše roditelja (f=85, 55,9%) navodi da su primali usluge rane podrške jednom do dva puta tjedno, što je pozitivan podatak koji ukazuje da su djeca s teškoćama u razvoju i njihove obitelji „pokriveni“ uslugama rane podrške svaki tjedan, a pojedina djeca i do dva puta tjedno. Može se pretpostaviti da je povećanje broja nevladinih organizacija i privatnih kabineta, koji provode usluge rane podrške, zaslužno za ovaj broj pružanja usluga budući da roditelji tim putem dođu prije do određene usluge.

Manji je broj roditelja (f=5, 3,3%) naveo da svakodnevno primaju usluge podrške, a osam je roditelja (4,6%) navelo da ih primaju više puta tjedno (3 do 5 puta).

Četrdeset je roditelja (26,3%) navelo da primaju podršku jednom do dva puta u dva ili tri tjedna. Dvoje je roditelja (1,3%) navelo da primaju podršku jednom u tri mjeseca, što je vrlo rijetko primanje usluga rane podrške, ali zadovoljavajući je podatak što je samo dvoje sudionika to navelo.

Rezultati istraživanja, koje su provele Vlah i suradnice (2019) na 102 roditelja djece s teškoćama u razvoju o uvjerenjima o traženju stručne podrške te procjene učestalosti i zadovoljstva dobivenom stručnom podrškom, upućuju da roditelji nisu u dovoljnoj mjeri spremni tražiti podršku. S obzirom da su dobivenu podršku roditelji procijenili srednjom ocjenom i osrednje su zadovoljni

njome, autorice zaključuju kako nije čudno da roditelji nisu u dovoljnoj mjeri spremni tražiti podršku. One smatraju da, ako roditeljima nije visoko učestalo pružena podrška niti su visoko zadovoljni njome, vjerojatno neće biti motivirani aktivno tražiti podršku kada im je potrebna.

Podatci istraživanja prikazani u ovom doktorskom radu zaključuju pozitivne podatke u vezi primanja usluga podrške, jer nešto više od polovice roditelja (55,9%) navodi da su djeca primala usluge rane podrške jednom do dva puta tjedno.

Tablica 28 prikazuje što roditelji smatraju da je važno za dostupnost i primjerenost usluga rane podrške.

Tablica 28. *Dostupnost i primjerenost usluga rane podrške (N=152)*

DOSTUPNOST I PRIMJERENOST	f	%
Dostupni pružatelji usluga u hitnim i kriznim situacijama	71	46,7
Dostupne usluge prema potrebama djeteta i obitelji	124	81,6
Informacije o vrsti i sadržaju usluga podrške	123	80,9
Prostor pružatelja usluga dostupan javnom prijevozu	37	24,4
Oprema prilagođena djetetovim potrebama	99	65,2

Iz Tablice 28 vidljivo je kako najviše roditelja smatra važnim dostupnost usluga rane podrške prema potrebama djeteta i obitelji, odnosno dostupnost usluga u vrijeme koje zadovoljava potrebe djeteta i njegove obitelji (f=124, 81.6%).

Nadalje, ono što je roditeljima važno za dostupnost i primjerenost usluga rane podrške je *primanje informacija o vrsti i sadržaju usluga rane podrške* (f=123, 80.9%), *oprema prilagođena djetetu i njegovim specifičnim potrebama* (f=99, 65.2%), na što može utjecati kreativnost i domišljatost stručnjaka kako prilagoditi postojeću opremu za rad s djecom s teškoćama u razvoju te jesu li u mogućnosti nabaviti odgovarajuću opremu. Mnogi stručnjaci iz vlastitih sredstava opremaju svoje prostore ili donose vlastitu opremu (posebno edukacijski rehabilitatori, odgojitelji, odnosno stručnjaci koji rade u odgojno-obrazovnim ustanovama). Specifična oprema i materijal (oprema za medicinsku, logopedsku i psihološku dijagnostiku) je izrazito skupa, ali u zdravstvenim ustanovama je zastupljena, a nevladine organizacije za rad s djecom s teškoćama u razvoju kroz različite projekte na razini lokalne zajednice ili iz projekata koje financiraju Europski fondovi, opremaju svoje prostore.

Skoro polovica roditelja, njih 46,7% (f=71), smatra važnim da *pružatelji usluga rane podrške budu dostupni u hitnim i kriznim situacijama* te 24,4% roditelja (f=37) smatra da *prostor pružatelja usluga treba biti na lokaciji koja je dostupna javnom prijevozu* jer jedan dio roditelja ima problem s organiziranjem prijevoza i smatra to kao prepreku za primanje usluga rane podrške. Od 152 roditelja u ovom istraživanju, njih 132 označilo je da ne koristi uslugu organiziranog prijevoz i navodi razloge nekorištenja usluge: nepoznavanje usluge (57,8%), nepostojanje potrebe (18,2%), nepostojanje usluge u lokalnoj zajednici (13,6%), nedostatnost usluga (5,3%), trenutno nekorištenje (2,3%), neinformiranost o tome kome se treba obratiti za uslugu (1,5%), problem zakazivanja termina (1,5%). U Brodsko-posavskoj županiji postoji usluga organiziranog prijevoza u ustanovi Zlatni cekin za djecu koja koriste usluge rane podrške u toj ustanovi.[32] Dodatna analiza je pokazala da, od 132 roditelja koji ne koriste ovu uslugu, 37,9% roditelja je iz Brodsko-posavske županije. Može se pretpostaviti da roditelji nisu dovoljno informirani o toj usluzi, bez obzira što je prikazana javno na internetskoj stranici ustanove.

Rezultati istraživanja Pećnik (2013) pokazuju učestalost korištenja usluga zdravstvenih djelatnika (pedijatri i patronažne sestre), dok su usluge ostalih stručnjaka manje korištene, što autorica smatra da je to zbog njihove slabije dostupnosti. U manjim sredinama značajno je manje dostupno zdravstvenih i ostalih stručnjaka iz primarne zdravstvene zaštite. Utvrđene su i regionalne razlike u percipiranoj dostupnosti stručnjaka za skrb o zdravlju majke i djeteta te ih je manje dostupno u Istri, Primorju i Gorskom kotaru te Lici i Banovini, nego u Zagrebu i Sjevernoj Hrvatskoj. Za roditelje niskog socioekonomskog statusa, u odnosu na druge roditelje, utvrđena je značajno slabija dostupnost individualnog savjetovanja roditelja i djeteta s pedijatrom/djetetovim liječnikom i onda kada dijete nije bolesno, individualnog savjetovanja roditelja s psihologom ili razvojne gimnastike za roditelje i bebe, grupe za majke i bebe te igraonice za djecu. Na granici značajnosti bila je i razlika u dostupnosti grupa za podršku roditeljima djece s teškoćama u razvoju. Ove razlike autorica tumači dijelom zbog nedostatne mogućnosti roditelja niskog socioekonomskog statusa korištenjem prijevoza osobnim automobilom do usluga, što ne objašnjava značajnu razliku na manju pristupačnost dolazaka stručnjaka u obitelj (Pećnik, 2013).

[32] Zlatni Cekin (bez dat). https://zlatni-cekin.hr/prijevoz-djece/

Rezultati o percipiranoj socijalnoj podršci ukazuju da većina roditelja prima usluge rane podrške te više primaju podršku iz formalnih izvora, nego neformalnih izvora mreže podrške. Većina roditelja kao najvažnije izvore informiranja od formalne podrške prepoznaje stručnjake pedijatre, logopede i edukacijske rehabilitatore, a od neformalne podrške, druge roditelje djece s teškoćama u razvoju.

5.1.2. INFORMIRANOST RODITELJA DJECE S TEŠKOĆAMA U RAZVOJU O USLUGAMA RANE PODRŠKE

5.1.2.1. Deskriptivni podatci o informiranosti roditelja djece s teškoćama u razvoju uslugama rane podrške

Drugi cilj istraživanja bio je ispitati informiranost roditelja o uslugama rane podrške s obzirom na sociodemografska obilježja. U nastavku slijede deskriptivni podatci, rezultati interkorelacije i regresijske analize.

Od roditelja se u ovom istraživanju očekivalo da navedu usluge rane podrške koje poznaju, što je prikazano u Tablici 29.

Roditelji su trebali označiti sve ponuđene usluge rane podrške u svojoj okolini koje poznaju.

Tablica 29. *Poznavanje usluga rane podrške*

Usluge rane podrške	Poznavanje usluge
	f (%)
Rana podrška u rodilištu	80 (52,6 %)
Savjetodavna podrška pedijatra u domu zdravlja	137 (90,1%)
Stručna podrška s djecom u obitelji	72 (47,4%)
Uključivanje djece s teškoćama u razvoju u dječji vrtić	138 (90,8%)
Savjetodavna podrška psihologa u dječjem vrtiću	102 (67,1%)
Savjetodavna podrška logopeda u dječjem vrtiću	106 (69,7%)
Savjetodavna podrška edukacijskog rehabilitatora u dječjem vrtiću	109 (71,7%)
Savjetodavna podrška pedagoga u dječjem vrtiću	55 (36,2%)
Savjetodavna podrška zdravstvenog voditelja u dječjem vrtiću	64 (42,1%)
Savjetodavna podrška odgojitelja u dječjem vrtiću	126 (82,9%)
Individualni rad edukacijskog rehabilitatora i/ili logopeda u dječjem vrtiću	120 (78,9%)
Individualni rad psihologa u dječjem vrtiću	71 (46,7%)
Pomoćnik u vrtiću	47 (30,9%)
Tretman fizioterapeuta	80 (52,6%)
Tretman radnog terapeuta	48 (31,6%)
Tretman psihijatra	42 (27,6%)
Tretman edukacijskog rehabilitatora i/ili logopeda u bolnici	80 (52,6%)
Tretman psihologa u bolnici	72 (47,4%)
Terapije	105 (69,1%)

Usluge pravnika u CZSS	50 (32,9%)
Usluge socijalnog radnika u CZSS	97 (63,8%)
Usluge psihologa u CZSS	30 (19,7%)
Usluge socijalnog pedagoga u CZSS	22 (14,5%)
Igraonice za djecu s teškoćama u razvoju	40 (26,3%)
Radionice za djecu s teškoćama u razvoju	43 (28,3%)
Grupe za podršku roditeljima	39 (25,7%)
Savjetovalište za roditelje	64 (42,1%)
Edukacije za roditelje	53 (34,9%)
Telefonsko savjetovanje	14 (9,2%)
Organizirani prijevoz djece od mjesta stanovanja do pružatelja usluge	45 (29,6%)

Očekivano je da je najviše odgovora bilo u prilog poznavanja usluga pedijatra u domu zdravlja te stručnjaka iz dječjih vrtića (odgojitelja, edukacijskog rehabilitatora, logopeda, psihologa). Može se pretpostaviti da su roditelji više upoznati i uključeni u navedene usluge jer prvi kontakt ostvaruju s pedijatrima primarne zdravstvene zaštite zbog praćenja razvoja svoje djece. Ono što je značajno, nešto manje od polovice roditelja (47,4%) označilo je da poznaju stručnu podršku s djecom u obitelji koja je vrlo važna usluga jer je poznato da rana intervencija počinje od rane dobi. Jako je važno što ranije uključivanje stručnjaka u rad s djetetom u njegovom domu, jer se time stručnjak uključuje u svakodnevni život obitelji i bolje upoznaje dijete i samu obitelj. Poznavanje obiteljske rutine djeteta s teškoćama u razvoju može pridonijeti kvalitetnijem pružanju usluga podrške od ranih dana.

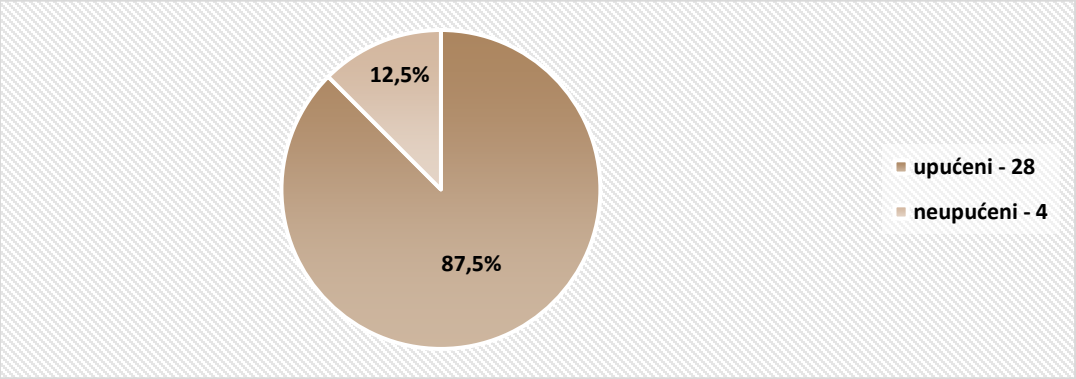
Također, vidljivo je da su djeca uključena u dječje vrtiće, što je pozitivan podatak. Budući da su usluge rane podrške namijenjene djeci rane i predškolske dobi i njihovim obiteljima, dječji vrtići su dio sustava tih usluga jer je razdoblje ranog razvoja osjetljivo i važno za djetetove dugoročne ishode (Ljubešić, 2014; Pećnik, 2013). Stručnjaci zaposleni u dječjim vrtićima različitog su obrazovnog profila te surađuju s ostalim stručnjacima iz sustava odgoja i obrazovanja, zdravstva te socijalne skrbi, što osigurava kontinuitet u odgoju i obrazovanju, ali i pružanju usluga rane podrške. Partnerski odnosi roditelja i stručnjaka imaju veliku ulogu u pružanju usluga rane podrške, jer ako postoji obostrana spremnost za suradnju i djetetove potrebe, one se mogu na odgovarajući način zadovoljiti.

Sustav ranog i predškolskog odgoja i obrazovanja u Republici Hrvatskoj karakteriziraju regionalne razlike što se tiče pokrivenosti djece ranim i predškolskim programima i njihove

kvalitete (u smislu omjera djece i odgojitelja, ekipiranosti stručnog tima, odnosno poštivanja Državnog pedagoškog standarda) te u modalitetima njihova sufinanciranja. Sve skupa utječe na mogućnost omogućavanja ravnopravnog pristupa ranom i predškolskom odgoju i obrazovanju svoj djeci (Pećnik, 2013), bez obzira na socioekonomski status, stupanj i vrstu teškoće u razvoju i slično. Iako je jedan od problema s kojima se suočavaju roditelji djece s teškoćama u razvoju upis djeteta u dječji vrtić (Ivšac Pavliša, 2010) u pojedinim lokalnim zajednicama, problem nije ništa manji ni ako se teškoće prepoznaju tijekom boravka u dječjem vrtiću, što nije slučaj u ovom istraživanju. Istraživanje Lulić (2012) upozorava na taj problem jer je 86,3% djece uključeno bez dodatne podrške, a tek oko polovice dječjih vrtića koji uključuju djecu s teškoćama u razvoju roditeljima pružaju uslugu savjetovanja od strane stručnjaka. Suprotno tome, nalazi ovog istraživanja govore da roditelji imaju veću podršku od strane stručnjaka iz dječjeg vrtića, posebno savjetodavnu podršku odgojitelja (77,6%), edukacijskog rehabilitatora (61,2%), logopeda (52%) i psihologa (46,7%) (Tablica 29).

Rana intervencija treba započeti od rođenja djeteta te se u ovom radu htjelo uvidjeti koliko je djece rođeno s neurorizikom te jesu li roditelji upućivani u usluge rane podrške od strane osoblja u rodilištu.

Slika 27 prikazuje upućenost djece rođene s neurorizikom u daljnje usluge rane podrške



Slika 27. *Upućenost djece rođene s neurorizikom u daljnje usluge rane podrške*

Slika 27 prikazuje da od ukupnog broja djece iz uzorka, 32-oje djece (31,1%) rođeno je s neurorizikom. Od toga je 28-ero djece (87,5%) upućeno na daljnje usluge, što pokazuje visoku razinu upućivanja u daljnje usluge u navedenim županijama.

Tablica 30 prikazuje kojim stručnjacima su upućena djeca s neurorizikom od strane osoblja iz rodilišta.

Tablica 30. *Upućivanje djece s neurorizikom u usluge rane podrške od strane osoblja u rodilištu (N=32)*

USLUGE PODRŠKE	f	%
Pedijatar	11	10,7
Neuropedijatar	15	14,6
Neonatolog	11	10,7
Fizijatar	10	9,7
Fizioterapeut	7	6,8
Edukacijski rehabilitator	2	1,9
Socijalni radnik	1	1,0

Iz Tablice 30 vidljivo je da su djeca s neurorizikom najviše upućivana neuropedijatru (f=15, 14.6%), pedijatru (f=11, 10.7%), neonatologu (f=11, 10.7%), fizijatru (f=10, 9.7%), fizioterapeutu (f=7, 6,8%) te manje edukacijskom rehabilitatoru (f=2, 1,9%) i socijalnom radniku (f=1, 1%). Navedeni podatci ukazuju da su djeca najviše upućivana neuropedijatrima i pedijatrima. Budući da su odstupanja u motoričkom razvoju najuočljivija, razumljivo je da su djeca upućivana fizijatru i fizioterapeutu. Iz navedenog se može uvidjeti da još uvijek nije prepoznata uloga edukacijskog rehabilitatora u ranom razvoju djeteta, koji provode rane rehabilitacijske programe, od strane osoblja u rodilištu.

Podatci koji su prikupljeni od roditelja djece s teškoćama u razvoju, neurorizicima i kroničnim bolestima upućuju na potrebu uspostavljanja suradnje između rodilišta i pružatelja usluga. Osiguravanje ranog otkrivanja djece s teškoćama u razvoju i pružanje pravodobne podrške zahtijeva sustav multidisciplinarnog nadzora za razvojna odstupanja, ali i više uključivanje roditelja, koji prvi primijete odstupanja u razvoju svoga djeteta (Pećnik, 2013).

5.1.2.2. Rezultati interkorelacije i regresijske analize o predviđanju informiranosti roditelja djece s teškoćama u razvoju o uslugama rane podrške s obzirom na sociodemografska obilježja

Varijabla *Informiranost roditelja djece s teškoćama uslugama rane podrške* formirana je putem 30 čestica koje označavaju poznavanje pojedine usluge.

Prije provođenja regresijske analize između potencijalnih prediktora i kriterija informiranosti roditelja djece s teškoćama u razvoju uslugama rane podrške (Tablica 31), utvrđena je povezanosti između informiranosti roditelja i sociodemografskih obilježja te rezultati ukazuju da postoji statistički značajna, ali niska povezanost informiranosti roditelja djece s teškoćama u razvoju i stupnja obrazovanja *(r = .27, p < .01).*

Tablica 31. *Informiranost roditelja djece s teškoćama u razvoju o uslugama rane podrške s obzirom na sociodemografska obilježja: Rezultati regresijske analize*

Prediktori	B	SE B	ß	R^2
Dob roditelja	.08	.08	.08	
Spol roditelja	.93	1.01	.08	
Samoprocjena materijalnog stanja	.28	.85	.02	
Stupanj obrazovanja	1.40	.47	.25**	.10*
Dob djeteta	.02	.02	.10	
Vrsta teškoće	-.05	.15	-.03	
Prebivalište	-1.10	1.11	-.09	

Napomena: N=151, *p<.05 **p<.01
Legenda: B – nestandardizirani koeficijent, SE B – pogreška nestandardiziranog koeficijenta, ß -standardizirani beta koeficijent, R^2 - koeficijent multiple determinacije

Tablica 31 pokazuje rezultate predviđanja informiranosti roditelja na osnovu dobi i spola roditelja, samoprocjene materijalnog stanja, stupnja obrazovanja, dobi djeteta, vrste teškoće djeteta i prebivališta. Rezultati su pokazali da je jedino stupanj obrazovanja značajni pozitivni prediktor informiranosti *(ß = .25, p < .01).* To znači da su roditelji koji imaju viši stupanj obrazovanja, odnosno višu stručnu spremu, informiraniji uslugama rane podrške.

Rezultati ukazuju da se na temelju navedenih prediktora može objasniti ukupno 10% varijance informiranosti roditelja djece s teškoćama u razvoju uslugama rane podrške.

Roditelji koji su obrazovaniji vjerojatno pronalaze više izvora informacija te su usmjereniji na dobivanje informacija u vezi djetetovih teškoća te načinima postupanja u radu s djetetom. Prema

istraživanju autorice Pećnik (2013), roditelji djece s teškoćama u razvoju koji su informiraniji o postojanju usluga za djecu i roditelje, više su koristili usluge, ali je uglavnom riječ o uslugama namijenjenim djetetu s teškoćama u razvoju, a vrlo rijetko onima namijenjenim osnaživanju samih roditelja. Pretpostavlja se da će roditelji koji su informiraniji o uslugama rane podrške te informacije iskoristiti za traženje savjeta i podrške stručnjaka.

Kada govorimo o sociodemografskim obilježjima i pružanju podrške, većina istraživanja usmjerena je na roditelje koji nemaju djecu s teškoćama u razvoju. Zanimljivo je prikazati i te rezultate upravo zbog navedenih sociodemografskih obilježja koja se spominju u ovom istraživanju. Pećnik (2013) navodi da roditelji osnovnoškolskog obrazovanja, srednjeg socioekonomskog statusa i roditelji iz Slavonije i Sjeverne Hrvatske rjeđe biraju stručnjake kao najpoželjnije izvore podrške po pitanjima roditeljstva. Relativno je više očeva, roditelja osnovnoškolskog obrazovanja te mlađih od 25 godina koji nemaju potrebu za savjetom stručnjaka. Addis i Mahalik (2003) navode kako su jasne rodne razlike koje pokazuju da su žene spremnije potražiti podršku nego muškarci, što se pokazalo i u ovom istraživanju (str. 80). Što se tiče razine obrazovanja roditelji sa završenom višom školom i fakultetom, češće su pomislili na savjet stručnjaka, u odnosu na roditelje sa završenom osnovnom školom, dok nalazi ovog istraživanja idu u prilog roditelja sa srednjom stručnom spremom (str. 79).

Podatci o informiranosti roditelja djece s teškoćama u razvoju uslugama rane podrške govore da roditelji najviše poznaju usluge pedijatra iz doma zdravlja te usluge stručnjaka iz dječjeg vrtića. S obzirom na sociodemografska obilježja, roditelji koji imaju višu stručnu spremu su bili i bolje informiraniji uslugama rane podrške.

5.1.3. ZADOVOLJSTVO RODITELJA DJECE S TEŠKOĆAMA U RAZVOJU USLUGAMA RANE PODRŠKE

5.1.3.1. Deskriptivni podatci o zadovoljstvu roditelja djece s teškoćama u razvoju uslugama rane podrške

Treći cilj istraživanja bio je ispitati zadovoljstvo roditelja djece s teškoćama u razvoju uslugama rane podrške s obzirom na sociodemografska obilježja. U nastavku slijede deskriptivni podatci i rezultati interkorelacija i regresijskih analiza.

U ovom istraživanju roditelji su navodili koje usluge rane podrške koriste te s kojim su uslugama zadovoljni (Tablici 32).

Roditelji su trebali označiti sve ponuđene usluge rane podrške u svojoj okolini koje koriste i s kojima su zadovoljni.

Tablica 32. *Zadovoljstvo roditelja korištenim uslugama rane podrške (N=152)*

Usluge rane podrške	Korištenje usluga	Zadovoljstvo uslugama
	f (%)	f (%)
Rana podrška u rodilištu	46 (30,3%)	45 (29,6%)
Savjetodavna podrška pedijatra u domu zdravlja	128 (84,2%)	109 (71,7%)
Stručna podrška s djecom u obitelji	58 (38,2%)	55 (36,2%)
Uključivanje djece s teškoćama u razvoju u dječji vrtić	132 (86,8%)	125 (82,2%)
Savjetodavna podrška psihologa u dječjem vrtiću	71 (46,7%)	65 (42,8%)
Savjetodavna podrška logopeda u dječjem vrtiću	79 (52%)	73 (48,0%)
Savjetodavna podrška edukacijskog rehabilitatora u dječjem vrtiću	93 (61,2%)	91 (59,9%)
Savjetodavna podrška pedagoga u dječjem vrtiću	29 (19,1%)	28 (18,4%)
Savjetodavna podrška zdravstvenog voditelja u dječjem vrtiću	49 (32,2%)	49 (32,2%)
Savjetodavna podrška odgojitelja u dječjem vrtiću	118 (77,6%)	117 (77,0%)
Individualni rad edukacijskog rehabilitatora i/ili logopeda u dječjem vrtiću	107 (70,4%)	103 (67,8%)
Individualni rad psihologa u dječjem vrtiću	46 (30,3%)	41 (27,0%)
Pomoćnik u vrtiću	24 (15,8%)	24 (15,8%)
Tretman fizioterapeuta	64 (42,1%)	57 (37,5%)
Tretman radnog terapeuta	31 (20,4%)	32 (21,1%)
Tretman psihijatra	17 (11,2%)	14 (9,2%)
Tretman edukacijskog rehabilitatora i/ili logopeda u bolnici	54 (35,5%)	51 (33,6%)
Tretman psihologa u bolnici	43 (28,3%)	32 (21,1%)

Terapije	84 (55,3%)	82 (53,9%)
Usluge pravnika u CZSS	15 (9,9%)	11 (7,2%)
Usluge socijalnog radnika u CZSS	74 (48,7%)	63 (41,4%)
Usluge psihologa u CZSS	3 (2,0%)	3 (2,0%)
Usluge socijalnog pedagoga u CZSS	2 (1,3%)	2 (1,3%)
Igraonice za djecu s teškoćama u razvoju	15 (9,9%)	15 (9,9%)
Radionice za djecu s teškoćama u razvoju	16 (10,5%)	15 (9,9%)
Grupe za podršku roditeljima	23 (15,1%)	23 (15,1%)
Savjetovalište za roditelje	52 (34,9%)	49 (32,3%)
Edukacije za roditelje	34 (22,4%)	34 (22,4%)
Telefonsko savjetovanje	4 (2,6%)	4 (2,6%)
Organizirani prijevoz djece od mjesta stanovanja do pružatelja usluge	20 (13,2%)	20 (13,2%)

Iz Tablice 32 vidljivo je da najviše roditelja koriste usluge uključivanja djece s teškoćama u razvoju u dječji vrtić te savjetodavne podrške pedijatra iz doma zdravlja. Navedenim uslugama su skoro podjednako i zadovoljni. Slično potvrđuje i Pećnik (2013) te navodi da je najčešće korištena usluga uključivanje djece s teškoćama u razvoju u dječji vrtić, ali iza toga slijedi usluga razvojne gimnastike. Zadovoljstvo roditelja raznovrsnošću usluga je osrednje, a razina uključenosti u korištenje usluga je relativno niska. Roditelji djece s teškoćama u razvoju manje spominju postojanju usluga za osnaživanje roditeljstva, a usluge koje značajnije spominju su terapije namijenjene djetetu s teškoćama u razvoju (Pećnik, 2013), dok nalazi ovog istraživanja pokazuju da 55,3% roditelja označuje da djeca koriste raznovrsne terapije.

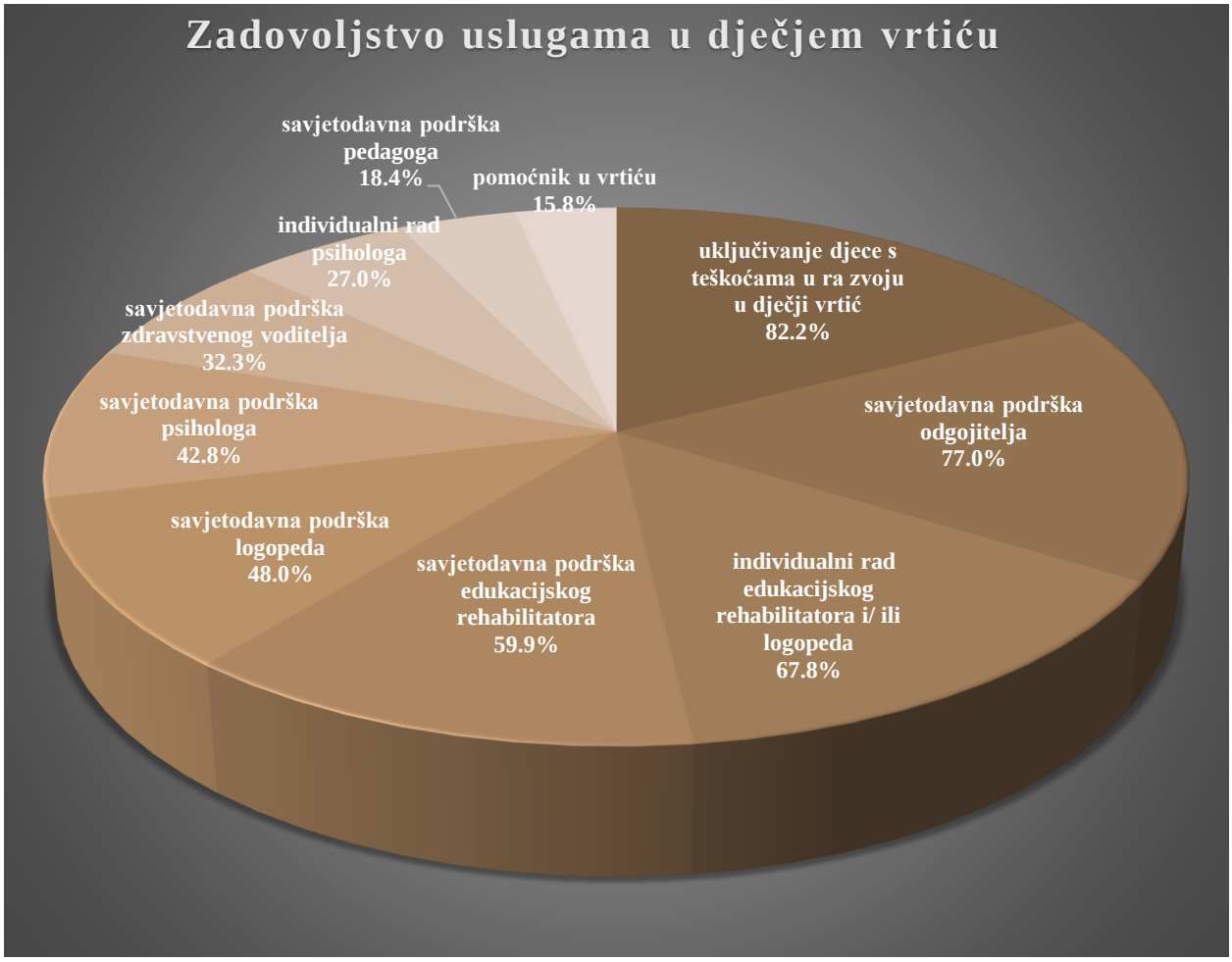
Pećnik (2013) također navodi da roditelji radije biraju one stručnjake s kojima su već imali kontakt, koji su im dostupni i koji poznaju njihovo dijete te njegovu obitelj. Savjetodavnu podršku pedijatra više biraju roditelji nižega socioekonomskog statusa, a odgojiteljice u vrtiću roditelji višeg statusa. Autorica pretpostavlja da je to posljedica toga da djeca iz obitelji s višim socioekonomskim statusom češće pohađaju dječji vrtić pa je odgojiteljica dostupniji izbor (Pećnik, 2013). S druge pak strane, dječji vrtići nude različite financijske potpore roditeljima niskog socioekonomskog statusa, a djeca s teškoćama u razvoju i djeca pripadnici nacionalnih manjina imaju izravan upis te mogućnost sufinanciranja programa (NN 98/19). Prema istom istraživanju, samo manji broj roditelja bi se obratio stručnjacima koji su bazično stručnjaci za rast i razvoj djece, odnosno kojima je savjetovanje roditelja istaknuto područje profesionalne uloge: pedagog, psiholog i edukacijski rehabilitator (Pećnik, 2013).

Rezultati ovog istraživanje upravo govore suprotno te roditelji najviše koriste savjetodavne usluge odgojitelja, edukacijskog rehabilitatora, psihologa i logopeda iz vrtića (Tablica 32).
Roditelji su također u ovom istraživanju navodili i razloge nekorištenja usluga rane podrške koje se mogu tumačiti i kao prepreke u primanju usluga rane podrške.
Na izbor su dobili 19 različitih razloga nekorištenja usluga te mogućnost da sami navedu pojedine razloge. Roditelji su naveli još tri nova razloga, koje su označavali pod odgovorima ″nešto drugo″.

Rezultati su pokazali da su roditelji naveli različite razloge nekorištenja usluga prema vrsti usluge. Najčešći razlozi su: *nepostojanje usluge podrške u lokalnoj zajednici, nepoznavanje usluge te nepostojanje potrebe za uslugama podrške.* Zbog navedenih razloga važno je proširiti usluge rane podrške, pravovremeno informirati roditelje o postojećim uslugama i voditi računa da su usluge podrške u skladu s potrebama djece s teškoćama u razvoju i njihove obitelji. Roditelji kao teškoće u sustavu usluga rane podrške navode izostanak pravovremene podrške (nedostupnost psihološke podrške, instrumentalne podrške, duge liste čekanja, rijetki termini usluga) i informiranja (izostanak stručnih i odgovarajućih informacija, ograničenost izvora informacija na internetu), neprofesionalnost (izostanak suradnje i prihvaćanja, prisutnost stigmatizacije) i organizacijske teškoće (izostanak kontinuiteta u provođenju rane intervencije, učestala promjena stručnjaka, spora i neučinkovita administracija, nedostatak educiranih stručnjaka) (Milić Babić i sur., 2013). Nepostojanje, financijske poteškoće i nepristupačnost usluga, odnosno nedostatak informacija koje bi roditeljima omogućile da im pristupe, Pećnik (2013) navodi kao prepreke pristupu potrebnim uslugama podrške, što je slično i nalazima ovog istraživanja. Rezultati istraživanja autora Bragadottir i suradnika (2007), na uzorku od 422 roditelja, ukazuju na veliko zadovoljstvo uslugama rane podrške, ali upućuju i na područja koja treba unaprijediti (oprema, suradnja između osoblja, suradnja između osoblja i roditelja, pružanje informacija i podrška roditeljima).

Kako bi se osiguralo zadovoljstvo roditelja i spriječilo njihovo nezadovoljstvo, pružatelji usluga rane podrške trebali bi voditi računa o smanjenju dugih lista čekanja, pružati poštovanje i podršku te osigurati koordinirane usluge.

Slijede slikovni prikazi zadovoljstva roditelja uslugama rane podrške prema ustanovama - dječji vrtići, zdravstvene ustanove, centri za socijalnu skrb (od Slike 28 do Slike 30).



Slika 28. *Zadovoljstvo roditelja uslugama u dječjem vrtiću*

Prema Slici 28 vidljivo je da je najviše roditelja zadovoljno uslugama ranog i predškolskog odgoja i obrazovanja, od samog *uključivanja djece s teškoćama u razvoju* (f=125, 82.2%) te uslugama stručnjaka koje se nude u dječjem vrtiću: *savjetodavna podrška odgojitelja* (f=117, 77%), *savjetodavna podrška edukacijskog rehabilitatora* (f=91, 59.9%), *savjetodavna podrška logopeda* (f=73, 48%) i *savjetodavna podrška psihologa* (f=65, 42.8%). Nešto manje ih je zadovoljno *savjetodavnom podrškom zdravstvenog voditelja* (f=49, 32.2%) i *savjetodavnom podrškom pedagoga* (f=28, 18.4%), a razlog može biti što su edukacijski rehabilitatori, logopedi i psiholozi uključeni u neposredni rad s djetetom s teškoćama u razvoju i njegovom obitelji. Od usluga u dječjem vrtiću roditelji izdvajaju i usluge *individualnog rada edukacijskog rehabilitatora*

i/ili logopeda (f=103, 67.8%) i *individualnog rada psihologa* (f=41, 27%). Samo 24 roditelja (15,8%) navode slugu *pomoćnika u vrtiću*, no tome može voditi podatak da nisu u sve vrtiće ili skupine uključeni pomoćnici u vrtiću. U Brodsko-posavskoj županiji usluga pomoćnika u vrtiću nije postojala dugi niz godina, tek se unazad nekoliko godina ta usluga uvodi u vidu odgojitelja pripravnika ili u zadnjih godinu dana kao pomoćnika za njegu, skrb i pratnju.

Slika 29. *Zadovoljstvo roditelja uslugama u zdravstvenim ustanovama*

Kada je riječ o uslugama u zdravstvenim ustanovama, najviše roditelja navelo je zadovoljstvo *savjetodavnom podrškom pedijatra u domu zdravlja* (f=109, 71.7%), zatim *tretmanom fizioterapeuta* (f=57, 37.5%), *tretmanom edukacijskog rehabilitatora i/ili logopeda* (f=51, 33.6%), podjednako *tretmanom radnog terapeuta i tretmanom psihologa* (f=32, 21.1%) i *tretmanom psihijatra* (f=14, 9.2%). Pod *terapijama* su se podrazumijevale sljedeće usluge: razvojna gimnastika za bebe, masaža za bebe, terapija neurofeedbackom, terapijsko jahanje, senzorna integracija, terapija igrom, likovna terapija, glazboterapija, kineziterapija, fizioterapija te je 82-oje roditelja (53,9%) označilo zadovoljstvo tim uslugama. Samo 45-ero (29,6%) roditelja

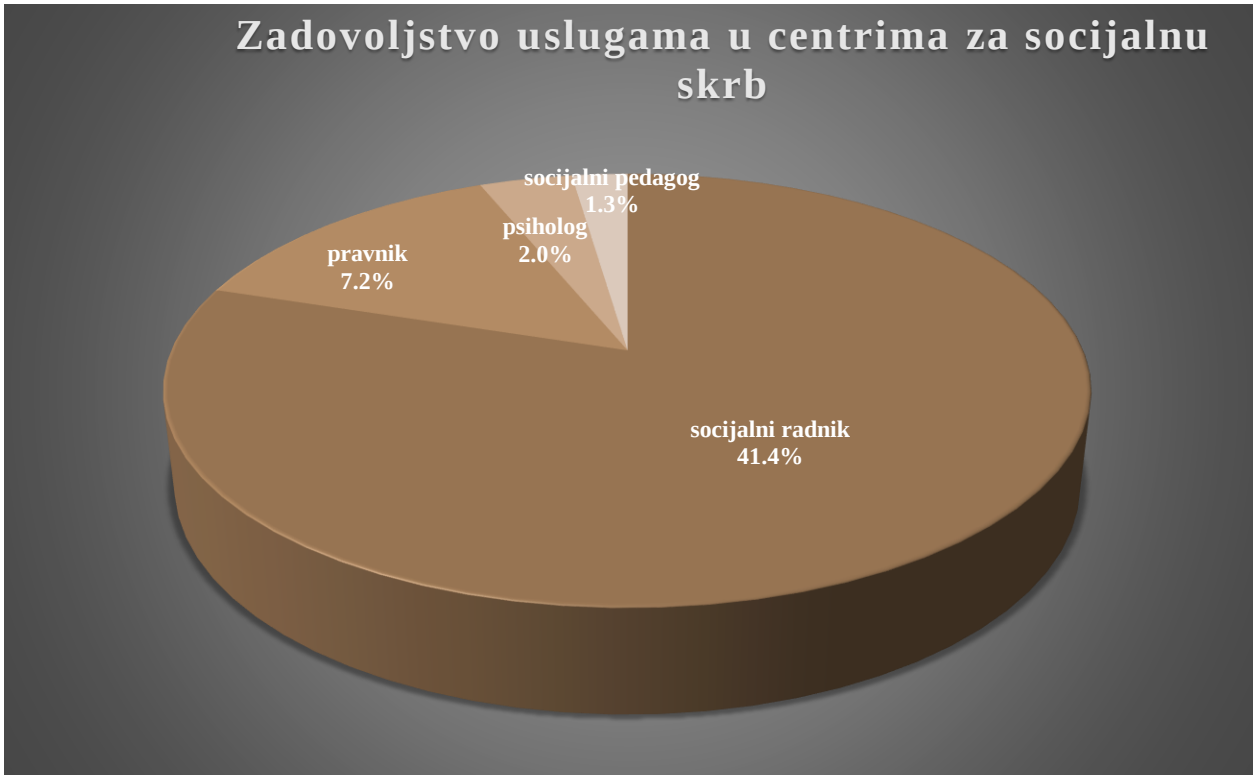
izdvaja da su zadovoljni uslugama *rane podrške u rodilištu* što se može potkrijepiti s time da nisu sva djeca rođena s neurorizikom pa nisu ni trebala usluge rane podrške u rodilištu. Iz ovog istraživanja vidljiv je podatak da od 103 djeteta (68,9%), 32-oje djece rođeno je kao neurorizično dijete. Od 32-oje djece, 28-ero ih je (27,2%) upućeno u daljnje usluge rane podrške (Slika 27, str. 96). Jako je važno da sva djeca koja su prepoznata kao neurorizična djeca budu upućena u daljnje usluge. Prepoznavanje i praćenje djece s neurorizikom važno je za pravovremeno uključivanje djece u usluge rane podrške i rad stručnjaka.

Iako su roditelji u ovom istraživanju zadovoljni savjetodavnom podrškom pedijatra iz doma zdravlja (f=109, 71.7%), suprotno tome Schall (2000) ističe da roditelji često navode kako liječnici primarne zdravstvene zaštite umanjuju ili odbacuju roditeljsku zabrinutost o primijećenim odstupanjima u razvoju svoga djeteta. Sve to rezultira dugim periodom nesigurnosti u kojem se roditelji ustručavaju potražiti stručnu podršku te čekaju na razvoj određenih vještina bez odgovarajućeg oblika usluga rane podrške. Nadalje, Volker (1991) prema Leutar i Štambuk (2007) ističe da su stav zdravstvenih i prosvjetnih djelatnika i način njihove komunikacije bitni čimbenici u poboljšanju ili pogoršanju problema koje nosi teškoća djeteta. Nezadovoljavajuća dostupnost zdravstvenih djelatnika, nefleksibilnost u načinu funkcioniranja zdravstvenih ustanova i neodgovarajući odnos zdravstvenih djelatnika mogu uzrokovati da djeca i roditelji znatno teže dolaze do zadovoljavajućih zdravstvenih usluga (Filej i sur., 2009; Cazin i sur., 2014).

Iako i danas liječnici mogu reagirati na način da umanjuju ili odbacuju roditeljsku zabrinutost za njihovo dijete, pozitivan je podatak iz ovog istraživanja kako su roditelji ipak zadovoljni uslugama liječnika pedijatra.

Neki autori ispitivali su čimbenike s kojima su roditelji zadovoljni. King i suradnici (2001) u svojoj su studiji o zadovoljstvu i nezadovoljstvu roditelja uslugama službe za dječju rehabilitaciju, na uzorku od 231-og roditelja djece s teškoćama u razvoju (130 vrlo zadovoljnih i 101 relativno nezadovoljan roditelj), tvrdili sljedeće: zadovoljni roditelji najčešće su komentirali poštivajuću i podržavajuću uslugu (interpersonalne vještine stručnjaka, stručnjak poznaje dijete i roditelja), stručnost osoblja, dostupnost usluga (dostupne su željene usluge, usluge se pružaju na željenoj lokaciji) i pružanje općih informacija (o vrsti teškoće u razvoju, opremi, programima, dostupni tiskani materijali, informacije su pravodobne), dok su nezadovoljni roditelji najčešće komentirali nedostatak poštivajuće i podržavajuće usluge (ali i prisutnost iste), nedostatak kontinuiteta i koordinacije dobivanja usluga (pružatelji usluga mijenjaju se tijekom vremena,

osoblje nije dobro poznato obiteljima, usluge nisu koordinirane između različitih pružatelja, nedostatak suradnje između stručnjaka) te neugodnosti koje su doživljavali prilikom pristupa uslugama (nedostatak fleksibilnosti stručnjaka u dogovaranju termina, duge liste čekanja, udaljenost od stanovanja prema mjestu pružanja usluga).

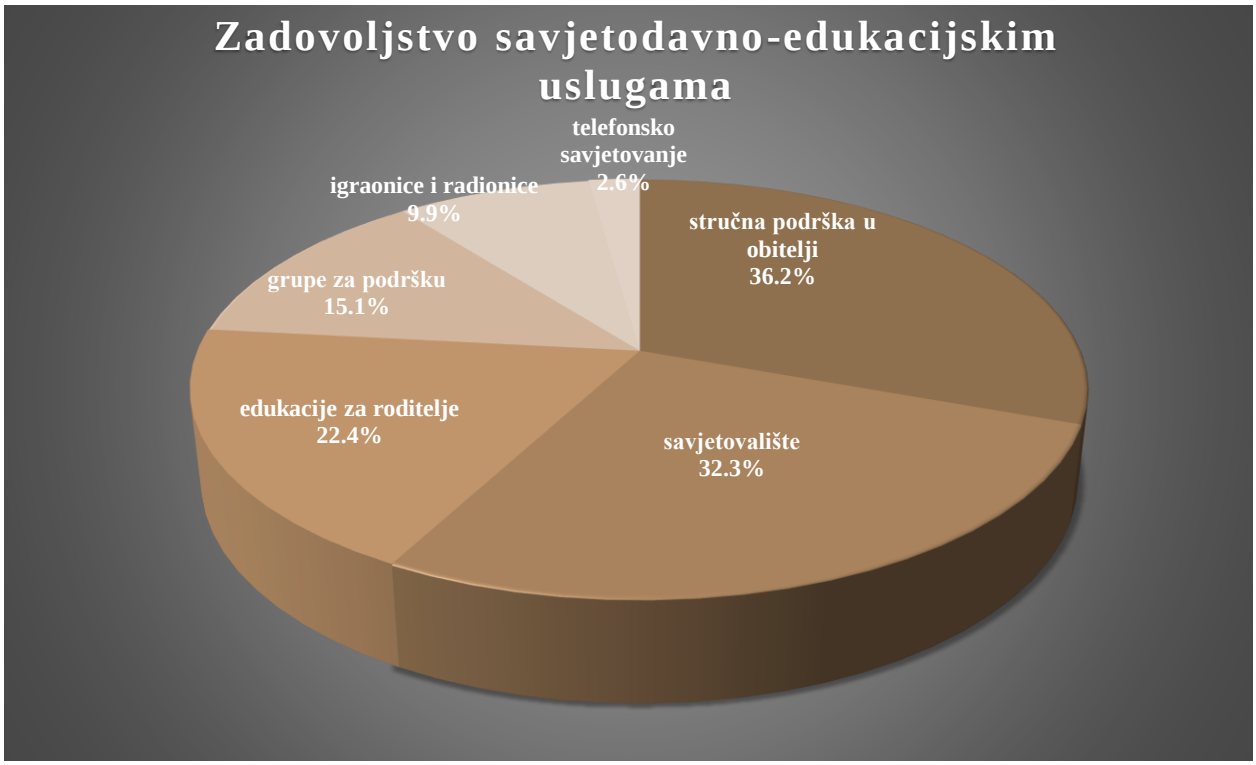


Slika 30. *Zadovoljstvo roditelja uslugama u centrima za socijalnu skrb*

Kada je riječ o uslugama iz centara za socijalnu skrb, najviše je roditelja navelo zadovoljstvo uslugama *socijalnog radnika* (f=63, 41.4%), zatim *pravnika* (f=11, 7.2%), *psihologa* (f=3, 2%) te *socijalnog pedagoga* (f=2, 1.3 %). Može se pretpostaviti da je zadovoljstvo psihologom i socijalnim pedagogom manje zbog manjeg broja zaposlenih stručnjaka u centrima za socijalnu skrb. Na odjelu za djecu, mlade i obitelj centara za socijalnu skrb, socijalni radnici pružaju usluge obitelji djece s teškoćama u razvoju. Prema dobivenim informacijama od ravnatelja centara, u Brodsko-posavskoj županiji na navedenom radnom mjestu zaposlen je jedan socijalni radnik, a u Istarskoj županiji njih pet te su svi sudjelovali u ovom istraživanju. Jedna socijalna radnica iz Brodsko-posavske županije u međuvremenu je otišla u mirovinu.

Pružanje usluga od strane socijalnog radnika vrlo je važno za roditelje, jer od tog stručnjaka dobivaju potrebne pravne informacije iz područja socijalne skrbi i zdravstva te o mogućnostima i načinu uključivanja djeteta u proces odgovarajuće rehabilitacije (Buljevac i Filipaj, 2021).
To se također vidi i u ulozi same struke socijalnog rada u sustavu usluga rane podrške, koja je upravo pružanje socijalne podrške kroz pružanje pravovremenih informacija, savjetovanja, usmjeravanja i povezivanja s drugim stručnjacima. Nažalost, postoji i nezadovoljstvo roditelja s navedenim stručnjakom, koje roditelji opisuju kroz svoja iskustva u dobivanju informacija, odnosa sa stručnjacima i organizacijom rada, ali uviđaju važnost njihove uloge te vide socijalnog radnika kao koordinatora sustava usluga rane podrške (Milić Babić i sur., 2013). Leutar i Štambuk (2007) pokazuju da roditelji ističu važnost socijalne podrške kako bi prevladali postojeće poteškoće, no još uvijek se one pojavljuju zbog loše ili nedovoljne organiziranosti socijalne službe.

Slijedi slikovni prikaz zadovoljstva roditelja savjetodavno-edukacijskim uslugama (Slika 31).



Slika 31. *Zadovoljstvo roditelja savjetodavno-edukacijskim uslugama*

Od ponuđenih savjetodavno-edukacijskih usluga najviše roditelja navelo je svoje zadovoljstvo *stručnom podrškom u obitelji* (f=55, 36.2%), zatim *savjetovalištem za roditelje* (f=49, 32.3%), *edukacijama za roditelje* (f=34, 22.4%), *grupama za podršku* (f=23, 15.1%) *te igraonicama i radionicama za djecu s teškoćama u razvoju* (f=15, 9.9%). Samo četvero roditelja (2,6%) koji su koristili uslugu telefonskog savjetovanja označavaju da su s njome zadovoljni, što može upućivati na to da je mali broj roditelja upoznat s ovom uslugom. Prema podatcima ovog istraživanja, samo je 14-ero roditelja (9,2%) upoznato s uslugom telefonskog savjetovanja te je od njih 14-ero navedenu uslugu koristilo četiri roditelja.

Osim navedenih usluga roditelji su označavali i uslugu organiziranog prijevoza od mjesta stanovanja do pružatelja usluga te je 20 roditelja (13,2%) označilo zadovoljstvo uslugom. Pojedina istraživanja (Pećnik, 2013) upravo naglašavaju ovaj problem jer roditelji u većini slučajeva moraju putovati do pružatelja usluga. Pećnik (2013) navodi da roditelji upozoravaju na činjenicu kako u velikoj mjeri sami plaćaju usluge koje su potrebne za poticanje razvoja djece. Roditelji moraju do pružatelja usluga putovati jer postoje duge liste čekanja u državnim institucijama te većinu programa podrške provode nevladine organizacije i/ili privatni kabineti. Roditelji su svjesni da sustav rane intervencije nije uspostavljen kako treba i da time njihova djeca nemaju jednake razvojne mogućnosti. Vrlo mali dio roditelja sudjelovao je u grupama za podršku roditeljima djece s teškoćama u razvoju u istraživanju koje je provela Pećnik (2013). Autorica navodi da su od 39 organizatora podrške roditeljima djece s teškoćama u razvoju samo tri bile pojedine ustanove (po jedna iz sustava socijalne skrbi, zdravstva i lokalne zajednice), a sve ostalo su bile nevladine organizacije. Nevladine organizacije mogu biti kvalitetni pružatelji usluga ako pružaju usluge koje udovoljavaju standardima kvalitete i imaju kontinuitet, no problem se ogleda u nesigurnom financiranju (Pećnik, 2013). Nevladine organizacije često moraju prijavljivati različite projekte na natječaje kako bi osigurale financijska sredstva koja bi omogućila provođenje različitih programa za djecu i roditelje. Na takav način nevladine organizacije mogu pružati kvalitetne i dostupne usluge rane podrške.

Kumar (1999) navodi da nevladine organizacije u pružanju podrške obiteljima trebaju omogućiti roditeljima sagledavanje cjelokupne situacije kroz edukacije i interakciju. Vrlo je važno da obitelj bude aktivna jer se jedino tako može osigurati kvaliteta života djeteta s teškoćama i njegove obitelji.

Kako bi se spoznalo koje usluge rane podrške roditelji smatraju najkorisnijima, od ponuđenih usluga roditelji su odabrali pet usluga za koje smatraju da su najkorisnije za dijete i njegovu obitelj te su ih poredali prema važnosti. Daljnjom analizom svakoj odabranoj usluzi dodana je određena vrijednost. Svakoj biranoj prvorangiranoj usluzi dodana je vrijednost pet, drugorangiranoj vrijednost četiri, trećerangiranoj vrijednost tri, četvrtorangiranoj vrijednost dva i petorangiranoj vrijednost jedan. Na temelju toga dobivene su ukupne vrijednosti za svaku biranu uslugu što je prikazano u Tablici 33.

Tablica 33. *Najkorisnije usluge rane podrške prema odabiru roditelja (N=152)*

Usluge podrške	**Najkorisnije usluga rane podrške prema odabiru roditelja**
	Vrijednost
Individualni rad edukacijskog rehabilitatora i/ili logopeda u dječjem vrtiću	278
Savjetodavna podrška logopeda u dječjem vrtiću	228
Uključivanje djece s teškoćama u razvoju u dječji vrtić	189
Savjetodavna podrška pedijatra u domu zdravlja	181
Tretman fizioterapeuta	141
Terapije	124
Savjetodavna podrška psihologa u dječjem vrtiću	121
Rana intervencija u rodilištu	118
Savjetodavna podrška odgojitelja u dječjem vrtiću	114
Savjetodavna podrška edukacijskog rehabilitatora u dječjem vrtiću	88
Igraonice za djecu s teškoćama u razvoju	80
Tretman edukacijskog rehabilitatora i/ili logopeda u bolnici	68
Stručna podrška s djecom u obitelji	58
Radionice za djecu s teškoćama u razvoju	52
Pomoćnik u vrtiću	51
Savjetovalište za roditelje	49
Edukacije za roditelje	46
Tretman radnog terapeuta	43
Grupe za podršku roditeljima	40
Individualni rad psihologa u dječjem vrtiću	28
Savjetodavna podrška zdravstvenog voditelja u predškolskoj ustanovi	23
Usluge socijalnog radnika u CZSS	14
Tretman psihologa u bolnici	14
Tretman psihijatra	13

Organizirani prijevoz djece od mjesta stanovanja do pružatelja usluge	12
Usluge pravnika u CZSS	5
Savjetodavna podrška pedagoga u predškolskoj ustanovi	1
Telefonsko savjetovanje	1

Roditelji su kao najkorisnije usluge naveli usluge koje se pružaju u dječjem vrtiću: individualni rad edukacijskog rehabilitatora i/ili logopeda, savjetodavna podrška logopeda i uključivanje djece s teškoćama u razvoju. Nakon toga, slijedi usluga savjetodavna podrška pedijatra iz doma zdravlja. Najmanje je roditelja procijenilo uslugu telefonskog savjetovanja i savjetodavnu podršku pedagoga kao najkorisnijim uslugama te ih je prema rezultatima izabrao samo po jedan roditelj. Navedeni rezultati mogu se objasniti činjenicom da je većina djece iz uzorka uključena u dječji vrtić pa su i roditelji upoznati s uslugama koje pružaju edukacijski rehabilitator i logoped u dječjem vrtiću. Ujedno, sva su djeca od rođenja pod praćenjem liječnika pedijatra, posebno u prvoj godini života te su roditelji općenito upoznati s uslugama navedenog stručnjaka. Kako bi roditelji bili bolje upoznati s uslugama rane podrške te iste i koristili, moraju biti upoznati i informirani o uslugama rane podrške u lokalnoj zajednici i stručnjacima koji te usluge pružaju.

Roditelji trebaju informacije kako bi mogli sami donositi odluke za svoje dijete, preuzeti kontrolu nad situacijom i pristupiti podršci. Kako i kada su informacije i podrška pružene, vjerojatno će utjecati na to kako će se obitelj prilagoditi i snaći. Boreći se za pronalazak informacija roditelji se mogu osjećati zbunjeno, tjeskobno i otuđeno od drugih, a neshvatljive informacije ih mogu činiti uplašenima i obespravljenima. Informacije se trebaju prenositi na razumljiv način i to i usmenim i pisanim putem (Davies i Hall, 2005). Stavovi stručnjaka prema uslugama rane podrške kreću se od onih u kojima dominira stručnjak kao „paternalistički“ profesionalac spram roditelja, prema modelu osnaživanja u kojem se roditelja prihvaća kao partnera. Paternalizam je stanje uma u kojemu stručnjak misli da zna što je najbolje za roditelje te tako ih ne tretira kao jednake partnere. Način na koji stručnjaci komuniciraju s roditeljima može prenositi skrivene poruke ostavljajući roditelje u uvjerenju kako nisu sposobni sudjelovati u donošenju odluka te da to moraju prepustiti drugima. Tretirajući roditelje kao jednake, poštujući njihovo znanje o njihovom djetetu, uvažavajući njihovu želju da postanu svjesni stanja svoga djeteta, priznavajući teškoće s kojima se susreću te želju za sudjelovanjem u dijalogu, stručnjaci promiču osjećaj kontrole roditelja. Pravi partneri koriste pregovore u donošenju zajedničke odluke u pitanjima od zajedničkog interesa (Davies i Hall, 2005).

5.1.3.2. Rezultati regresijskih analiza o predviđanju zadovoljstva roditelja uslugama rane podrške s obzirom na sociodemografska obilježja

Konstrukt „zadovoljstvo“ teško je definirati i izmjeriti te se često različito operacionalizira (McNaughton, 1994). Mjere zadovoljstva često se kritiziraju jer su rezultati na testu visoki i ne diskriminiraju dobro razlike između ljudi i programa (Larsen i sur., 1979; Mitcjell-DiCenso i sur., 1996). Mali broj istraživača uzima u obzir stanje nezadovoljstva, možda zbog visokih rezultata zadovoljstva na testu koji otežavaju izoliranje grupa onih koji iskazuju nezadovoljstvo (King i sur., 2001). U istraživanju koje su proveli King i suradnici (2001) sudjelovali su vrlo zadovoljni i relativno nezadovoljni roditelji djece s teškoćama u razvoju koji primaju usluge rane podrške. Analiziranje ekstremnih skupina omogućilo im je da ispitaju ključne elemente pružanja usluga rane podrške na temelju roditeljskog zadovoljstva i nezadovoljstva. Istražujući elemente na kojima se temelji zadovoljstvo i nezadovoljstvo, autori su usvojili višedimenzionalni pogled na zadovoljstvo (King i sur, 2001), što su također usvojili i neki raniji autori (Hall i Dornan, 1988; Lewis, 1994), dok su drugi autori usvojili globalni pogled na zadovoljstvo (Larsen i sur., 1979; Street, 1991). Međutim, rezultati na testu globalnog zadovoljstva nisu posebno korisni o informiranju pružatelja usluga o slabostima sustava usluga rane podrške (Lewis, 1994).

Literatura je prilično nejasna po pitanju konstrukta zadovoljstva budući da istraživači ispituju različite vidove i elemente zadovoljstva. Izuzetak je pojam „poštivajuća i podržavajuća podrška“ što jest element međuljudskog procesa obuhvaćen gotovo svim mjerama zadovoljstva, a tiče se percepcije korisnika usluga o tome kako se prema njima odnose pružatelji usluga rane podrške (Lewis, 1994).

Prema Donabedianu (1988) zadovoljstvo je posljedica cjelokupnog iskustva podrške – reakcija na strukturu, proces i ishod, iako je ključni aspekt zadovoljstva međuljudski proces. Struktura se odnosi na atribute postavki u kojima se odvija usluga, proces na ono što je zapravo učinjeno u davanju i primanju usluge, a ishod se odnosi na učinke usluge na korisnika.

Postoje starija istraživanja koja ukazuju na to kako su istraživači ispitivali elemente zadovoljstva. Zyzanski i suradnici (1974) ispitivali su tri elementa zadovoljstva mjernom skalom „Zadovoljstvo zdravstvenom skrbi“: profesionalna kompetencija (procesni element), osobne kvalitete (proces), cijena usluge ili pogodnost (strukturni element). Dutton i suradnici (1985) ispitivali su ista tri elementa (kompetencija, ljubaznost i trošak), ali se također gledalo i na vrijeme čekanja na uslugu,

atmosferu i osobnu brigu. Ware i Snyder (1975) ispitivali su ponašanje liječnika i trošak, ali su dodali i dva nova elementa: dostupnost usluga i kontinuitet ili pogodnost.

Zadovoljstvo roditelja djece s teškoćama u razvoju uslugama rane podrške operacionalizirano je na dva načina: *zadovoljstva kao omjer korištenja i zadovoljstva uslugama* te *zadovoljstvo kvalitetom odnosa stručnjaka i roditelja*.

Tablica 34 prikazuje rezultate regresijske analize zadovoljstva kao omjera korištenja i zadovoljstva uslugama roditelja s obzirom na sociodemografska obilježja.

Tablica 34. *Zadovoljstvo kao omjer korištenja i zadovoljstva uslugama roditelja s obzirom na sociodemografska obilježja: Rezultati regresijske analize*

Prediktori	B	SE B	ß	R^2
Dob roditelja	.00	.00	.10	
Spol roditelja	.00	.04	.01	
Samoprocjena materijalnog stanja	.04	.03	.12	
Stupanj obrazovanja	.00	.02	.01	.06
Dob djeteta	.00	.00	.03	
Vrsta teškoća djeteta	-.00	.01	-.134	
Prebivalište	.01	.04	.030	

Napomena: N=148, *p<.05 **p<.01
Legenda: B – nestandardizirani koeficijent, SE B – pogreška nestandardiziranog koeficijenta, ß -standardizirani beta koeficijent, R^2 - koeficijent multiple determinacije

Tablica 34 pokazuje rezultate predviđanja zadovoljstva roditelja na osnovu dobi i spola roditelja, samoprocjene materijalnog stanja, stupnja obrazovanja, dobi djeteta, vrsti teškoća djeteta i prebivališta.

Navedeno nisu prediktori zadovoljstva roditelja uslugama rane podrške, odnosno u kojoj mjeri su roditelji zadovoljni korištenim uslugama rane podrške.

Suprotno ovim nalazima, pojedini autori ispitivali su zadovoljstvo roditelja nekim područjima usluga rane podrške te došli do sljedećih rezultata:

McCormick i suradnici (2008) su u studiji iz Kalifornije, na uzorku 644 roditelja novorođene djece, ispitivali zadovoljstvo roditelja neonatalnom skrbi (usluga podrške). Glavni prediktori zadovoljstva bile su sociodemografska obilježja, povijest liječenja neplodnosti i ocjena zdravlja

djeteta tri mjeseca nakon otpusta. Autori su utvrdili da je glavni prediktor zadovoljstva roditelja neonatalnom intenzivnom njegom bilo zdravlje djeteta u vrijeme intervjua, praćeno sociodemografskim obilježjima i prethodnim liječenjem neplodnosti. Objašnjena varijanca bila je ograničena (19%) pa autori smatraju da su potrebna dodatna istraživanja čimbenika koji utječu na zadovoljstvo. Otkrili su i da su stupanj obrazovanja majke i etnička pripadnost, značajni prediktori zadovoljstva. Starije, obrazovanije majke i bjelkinje bile su zadovoljnije zdravstvenom skrbi, dok su autori Wong i suradnici (2011) na sličnoj studiji u Kanadi, koja je uključivala 218 majki i 215 visokorizične djece, utvrdili da dob i stupanj obrazovanja majki nisu značajno povezani sa zadovoljstvom. Tsironi i suradnici (2012) u svojoj studiji koja uključuje 550 roditelja (297 majki i 253 oca) čija su djeca bila hospitalizirana u jedinicama za intenzivnu njegu novorođenčadi, utvrdili da su spol roditelja i vrijeme hospitalizacije najznačajniji čimbenici roditeljskog zadovoljstva uslugama zdravstvene skrbi. Mlađe žene, s osnovnom obrazovnom razinom, koje žive u ruralnim područjima i čija su djeca bila kraće hospitalizirana, izrazile su višu razinu zadovoljstva s uslugama zdravstvene skrbi kao dijela usluge rane podrške.

Drugi pak autori, kao što su Hagen i suradnici (2019) u svojoj su studiji, koja uključuje 568 roditelja, utvrdili da su podrška obitelji i prijatelja, dob novorođenčadi, dob roditelja, zdravlje djece i obrazovanje roditelja najvažniji prediktori zadovoljstva.

Slijede rezultati regresijske analize o zadovoljstvu roditelja kvalitetom odnosa sa stručnjacima s obzirom na sociodemografska obilježja prikazani u Tablici 35.

Tablica 35. *Zadovoljstvo roditelja kvalitetom odnosa sa stručnjacima s obzirom na sociodemografska obilježja: Rezultati regresijske analize*

Prediktori	B	SE B	ß	R^2
Dob roditelja	-.02	.08	-.02	
Spol roditelja	-.51	1.00	-.04	
Samoprocjena materijalnog stanja	-.69	.84	-.08	.03
Stupanj obrazovanja	.23	.46	.04	
Dob djeteta	-.03	.02	-.13	
Vrsta teškoće djeteta	-.04	.14	-.03	
Prebivalište	1.20	1.10	.10	

Napomena: N=151, *p<.05 **p<.01
Legenda: B – nestandardizirani koeficijent, SE B – pogreška nestandardiziranog koeficijenta, ß -standardizirani beta koeficijent, R^2 - koeficijent multiple determinacije

Tablica 35 pokazuje rezultate predviđanja zadovoljstva roditelja kvalitetom odnosa sa stručnjacima na osnovu dobi i spola roditelja, samoprocjene materijalnog stanja, stupnja obrazovanja, dobi djeteta, vrste teškoće djeteta i prebivališta. Rezultati su pokazali da navedena sociodemografska obilježja nisu prediktori zadovoljstva roditelja kvalitetom odnosa sa stručnjacima. Prije regresijske analize utvrđivano je postoji li povezanost između navedenih varijabli, ali su rezultati pokazali da nema statistički značajne povezanosti.

Pojedina istraživanja bavila su se ispitivanjem utjecaja spola na zadovoljstvo roditelja stručnjacima (Cazin i sur., 2014; Jönsson i sur., 2015), a pojedina istraživanja ukazivala su na povezanost drugih čimbenika, kao što su suradnja, komunikacija, odnos sa stručnjacima i slično.

Cazin i suradnici (2014) u svom istraživanju, u kojem su ispitivali odnos zdravstvenih djelatnika prema roditeljima djece s teškoćama u razvoju, utvrdili su da ne postoji razlika između majki i očeva u zadovoljstvu pruženim informacijama dobivenim od liječnika o zdravstvenom stanju svoga djeteta. U studiji koji su proveli Jönsson i suradnici (2015), u kojoj je bilo uključeno 69 roditelja djece s dijabetesom tipa 1, nisu utvrdili značajnu razliku u zadovoljstvu uslugom zdravstvene skrbi između majki i očeva.

Krahn i suradnici (1990) ispitivali su zadovoljstvo roditelja klinikom za usluge rane podrške djeci s kombiniranim teškoćama u razvoju (intelektualne teškoće i motorička oštećenja). Roditeljima se najviše svidjela jasnoća komunikacije, kratkotrajno čekanje na usluge te sama učinkovitost pružanja usluga rane podrške. Niz studija također pokazuje da je zadovoljstvo roditelja djece s motoričkim oštećenjima povezano s uslugama usmjerenim na obitelj (King i sur., 1996; King i sur., 1998; King i sur., 1999). McKay i Hensey (1990) u svojoj studiji, u kojoj su sudjelovali roditelji djece s cerebralnom paralizom, navode kako su roditelji nezadovoljni svojim odnosom sa zdravstvenim radnicima. Posebno je to izraženo pri prvim kontaktima roditelja sa stručnjacima dok im još nije objašnjeno stanje njihovog djeteta ili razlog ponovnog susreta sa stručnjakom.

Odnosi između roditelja i stručnjaka su ključni čimbenici zadovoljstva uslugama rane podrške što potvrđuju i studije koje su se bavile istraživanjem o uslugama zdravstvene zaštite na intenzivnim neonatalnim jedinicama. Roditelji trebaju informacije o stanju svog djeteta, kontinuitet i dostupnost usluga, stručnjake koji slušaju njihove potrebe, što potvrđuju i mnogobrojni autori (Jenkinson i sur., 2002; Sawyer i sur., 2013; Martin i sur., 2016).

Prema literaturi, komunikacija medicinskih sestara s roditeljima čija su djeca na jedinicama pedijatrijskih odjela, ključan je čimbenik roditeljske percepcije o zdravstvenoj skrbi za njihovo dijete (Matziou i sur., 2011).

U Grčkoj su u zadnja tri desetljeća provedene dvije studije kako bi se ocijenilo roditeljsko zadovoljstvo pedijatrijskom skrbi. Matziou i suradnici (2006) utvrdili su da je 93,9% roditelja smatralo skrb o djetetu u bolnici vrlo dobrom do izvrsnom dok su za razliku od tih autora, Moumtzoglou i suradnici (2000) izvijestili su da je na uzorku od 240 roditelja samo njih 45% zadovoljno.

Također, u literaturi postoje i istraživanja koja govore o zadovoljstvu roditelja socijalnim radnicima.

Milić Babić i suradnice (2013) navode da obilježja pozitivnog iskustva roditelja sa socijalnim radnicima uključuju zadovoljstvo kvalitetom dobivenih informacija te navode podatak da je samo troje od deset roditelja imalo pozitivno iskustvo, posebno sa smjernicama i informacijama. Istraživanje o perspektivi savjetovanja u području socijalnog rada ukazuje na preopterećenost stručnjaka drugim poslovima, birokratizaciju profesije i izostajanje uvjeta za provođenjem savjetodavnog rada (Vuksan Perović, 2013). Roditelji vide nedostatke u neodgovarajućem i nepravovremenom informiranju roditelja o pravima djeteta i obitelji, nezadovoljstvu odnosom, nezadovoljstvu organizacijom rada koji se očituju u slabijoj povezanosti stručnjaka, neučinkovitoj administraciji, neujednačenosti u kriterijima dodjeljivanja prava (Milić Babić i sur., 2013). Middleton (1998) navodi da roditelji ističu potrebu za potporom socijalnih radnika koja neće biti samo financijske prirode, već i pružanje emocionalne, savjetodavne podrške te usmjeravanja.

Autoricu je u istraživanju zanimalo postoji li povezanost između zadovoljstva korištenjem usluga (omjer korištenja i zadovoljstva uslugama) te formalne i neformalne podrške pa je izračunat Pearsonov koeficijent korelacije.

Tablica 36. *Povezanost zadovoljstva korištenjem usluga te formalne i neformalne podrške: Pearsonov koeficijent korelacije*

	Zadovoljstvo korištenjem usluga podrške	Razina neformalne podrške	Važnost neformalne podrške	Važnost formalne podrške
Razina neformalne podrške	.03			
Važnost neformalne podrške	-.11	.68**		
Važnost formalne podrške	-.11	.29**	.52**	
Razina formalne podrške	.24**	.24**	.11	.42**

Napomena: *p<.05 **p<.01

Iz Tablice 36 vidljiva je povezanost između zadovoljstva korištenjem usluga rane podrške te razine i važnosti formalne i neformalne podrške, a rezultati su sljedeći:

a) Postoji statistički značajna, ali niska povezanost između zadovoljstva korištenjem usluga podrške i razine formalne podrške (podrške koju pružaju stručnjaci). Zadovoljstvo korištenja usluga podrške veće je što je razina formalne podrške veća *(r = .24, p < .01).*
b) Postoji statistički značajna visoka povezanost između razine neformalne podrške i važnosti neformalne podrške, odnosno što je razina neformalne podrške veća, veća je i važnost neformalne podrške *(r = .68, p = .00).*
c) Postoji statistički značajna, ali niska povezanost između razine neformalne podrške i važnosti formalne podrške, odnosno što je razina neformalne podrške veća, veća je i važnost formalne podrške *(r = .29, p = .00).*
d) Postoji niska povezanost između razine neformalne podrške i razine formalne podrške. Što je razina neformalne podrške veća, veća je i razina formalne podrške *(r = .24, p < .01).*
e) Postoji umjerena povezanost između važnosti neformalne podrške i važnosti formalne podrške. Što je važnost neformalne podrške veća, veća je i važnost formalne podrške *(r = .52, p = .00).*
f) Postoji umjerena povezanost između važnosti formalne podrške i razine formalne podrške. Što je važnost formalne podrške veća, veća je i razina formalne podrške *(r = .42, p = .00).*

Rezultati pokazuju da od 152 roditelja iz ovog istraživanja, 139 ih izjavljuje da primaju podršku iz formalnih izvora (stručnjaci), a njih 69 iz neformalnih izvora - obitelj, prijatelji, susjedi i slično (Slika 25, str. 79). Pedeset i četiri roditelja smatra razinu primanja neformalne podrške kao

visoku (izuzetno visoka, vrlo visoka, visoka), a 101 roditelj (72,7%) smatra razinu primanja formalne podrške kao visoku (Tablica 24, str. 87).

Sto šesnaest roditelja označuje visoko važnost neformalne podrške (važna, vrlo i izuzetno važna), dok 132-oje roditelja (86,8%) visoko označuje važnost formalne podrške (Tablica 25, str. 88).

Prema rezultatima, vidljivo je da su važnost i razina primanja neformalne i formalne podrške povezani. Većina roditelja procjenjuje visoko na ljestvici razinu primanja formalne podrške. Također, većina roditelja procjenjuje visoko na ljestvici važnost primanja neformalne i formalne podrške. Iz roditeljske perspektive, i formalna i neformalna podrška jako su važne obiteljima djece s teškoćama u razvoju, ali i obiteljima neurorizične djece. Upravo obje vrste podrške pomažu roditeljima nositi se i prilagoditi u kriznim situacijama, kao što je rođenje djeteta s teškoćama u razvoju. Socijalna podrška je prema mnogim istraživanjima važan činitelj zaštite od štetnih učinaka stresa na roditeljstvo (Pećnik, 2003; Pećnik i Raboteg-Šarić, 2006), ali i u svakodnevnom životu (Milić Babić, 2019). Roditelji djece s teškoćama u razvoju, u odnosu na roditelje djece urednog razvoja, izražavaju veću potrebu za uslugom rane podrške i pozitivnije stavove prema traženju iste, više se njome koriste, a kad bi ta podrška bila besplatna i kvalitetna, gotovo bi se svi njome koristili (Pećnik, 2013).

Autoricu je zanimalo postoji li povezanost između zadovoljstva korištenjem usluga podrške (omjer korištenja i zadovoljstva usluga) te mogućnosti i učestalosti primanja usluga rane podrške u zajednici pa je izračunat Pearsonov koeficijent korelacije.

Tablica 37. *Povezanost zadovoljstva korištenjem usluga podrške te mogućnosti i učestalosti primanja usluga rane podrške u zajednici: Pearsonov koeficijent korelacije*

	Zadovoljstvo korištenjem usluga podrške	Mogućnost primanja usluge podrške u zajednici
Mogućnost primanja usluge podrške u zajednici	-.19*	
Učestalost primanja usluge podrške u zajednici	.03	-.03

Napomena: *p<.05 **p<.01

Uočava se da postoji statistički značajna, ali jako niska, negativna povezanost između zadovoljstva korištenjem usluga rane podrške i mogućnosti primanja podrške u zajednici *($r = -.19$, $p < .05$)*. Rezultat ukazuje da što je veća mogućnost dobivanja podrške u zajednici, to je manje zadovoljstvo korištenjem usluga podrške, odnosno što je manja mogućnost dobivanja podrške u zajednici, to je veće zadovoljstvo korištenjem usluga podrške.

Iako nam prethodni rezultati ukazuju da je zadovoljstvo roditelja veće, ako je razina primanja podrške veća (Tablica 36), vjerojatno je da zadovoljstvo korištenjem usluga rane podrške ne ovisi samo o mogućnostima primanja usluga, već i kvaliteti same usluge. Može se pretpostaviti da što roditelji imaju više mogućnosti u izboru usluga, imaju i više mogućnosti te usluge uspoređivati. Moguće da razina kritičnosti roditelja prema pojedinim uslugama raste pa sukladno tome i njihovo nezadovoljstvo istim.

Zadovoljstvo roditelja uslugama rane podrške može ovisiti i o pristupačnosti samih usluga, broju stručnjaka, o sadržajima koji se nude u sklopu usluga (jesu li dovoljni i potrebni njihovoj djeci), odnosno cjelokupnom sustavu usluga. Također, na zadovoljstvo roditelja mogu utjecati i drugi čimbenici (trenutna situacija u zajednici, psihološko stanje roditelja) pa bi daljnja istraživanja mogla biti usmjerena na istraživanja utjecaja psiholoških čimbenika na zadovoljstvo roditelja uslugama rane podrške.

Roditelji imaju visoka očekivanja od stručnjaka, što može utjecati na njihovo zadovoljstvo pruženim uslugama rane podrške. U nastavku rada (Tablica 38) prikazana su očekivanja roditelja o pružateljima formalne podrške te 75,7% roditelja očekuje *pravovremenu dijagnozu*, 53,3% *individualni rad s djetetom*, 52,7% *upućivanje na različite sustave usluga*, 48% *predlaganje tretmana* te 46,7% *informiranje o pravima djeteta i obitelji*. Ovi rezultati ukazuju na visoki postotak očekivanja roditelja od usluga rane podrške i stručnjaka koji ju pružaju pa se može pretpostaviti da roditelji bez obzira na mogućnost primanja usluga podrške u zajednici, nisu zadovoljni korištenjem svih usluga (r = -.19*).

U ovom istraživanju nije utvrđena povezanost između učestalosti dobivanja usluga rane podrške i zadovoljstva korištenjem usluga rane podrške, ali su Vlah i suradnice (2019) utvrdile da su učestalost dobivene socijalno-stručne podrške i procijenjeno zadovoljstvo dobivenom podrškom negativno povezani s većim nepovjerenjem prema traženju podrške. Kod roditelja starije djece uočava se manje spremnosti i više nepovjerenja za traženje socijalno-stručne podrške. Autorice smatraju da je teško reći razlog za to, ali se pozivaju na istraživanje Pećnik i Pribela-Hodap (2013) koje navodi kako je moguće da prethodne generacije stručnjaka nisu upoznate s novih zahtjevima koji se stavljaju pred pojedine roditelje.

Rezultati ovog dijela istraživanja pokazuju da je najviše roditelja zadovoljno uslugama koje nudi dječji vrtić (uključivanje djece s teškoćama u razvoju, savjetodavna podrške odgojitelja i individualni rad edukacijskog rehabilitatora i/ili logopeda) te savjetodavnom podrškom pedijatra

iz doma zdravlja. Rezultati regresijske analize pokazali su da se nijedno sociodemografsko obilježje nije pokazalo prediktorom zadovoljstva roditelja djece s teškoćama u razvoju uslugama rane podrške.

5.1.4. OČEKIVANJA RODITELJA DJECE S TEŠKOĆAMA U RAZVOJU OD USLUGA RANE PODRŠKE

5.1.4.1. Deskriptivni podatci o očekivanjima roditelja djece s teškoćama u razvoju od usluga rane podrške

Četvrti cilj istraživanja bio je ispitati očekivanja roditelja djece s teškoćama u razvoju od usluga rane podrške s obzirom na sociodemografska obilježja. U nastavku slijede deskriptivni podatci i rezultati Hi kvadrat testa.

Roditelji su u ovom istraživanju iskazivali svoja očekivanja vezana uz pružatelje formalne i neformalne podrške te navodili što je potrebno za realizaciju kako bi sustav usluga rane podrške bio što učinkovitiji.

Tablica 38 prikazuje očekivanja roditelja od pružatelja neformalne podrške (obitelj, prijatelji, susjedi, drugi roditelji i slično). Od pet ponuđenih odgovora (*upućivanje na usluge rane podrške u zajednici, razgovor kada se loše osjećaju, savjet o rješavanju problema, pomoć u radu s djetetom i materijalna potpora*), roditelji su imali mogućnost izabrati tri koja im najviše odgovaraju.

Tablica 38. *Očekivanja roditelja od pružatelja neformalne podrške (obitelj, susjedi, drugi roditelji, poznanici)*

VRSTA NEFORMALNE PODRŠKE	f	%
Upućivanje na usluge podrške u zajednici	91	59,9
Razgovor kad se loše osjećam	86	56,6
Savjet o rješavanju problema	136	89,5
Pomoć u radu s djetetom	123	80,9
Materijalna potpora	19	12,5

Od pružatelja neformalne podrške, 136-ero roditelja (89,5%) očekuje *savjet o rješavanju problema*, 123-oje roditelja (80,9%) *pomoć u radu s djetetom*, 91 roditelj (59,9%) *upućivanje na usluge podrške u zajednici,* 86 roditelja (56,6%) *razgovor kada se loše osjećaju* te njih 19-ero (12,5%) *materijalnu potporu*. Prema rezultatima vidljivo je da roditelji najviše očekuju od pružatelja neformalne podrške savjet o rješavanju problema i pomoć u radu s djetetom. Sami roditelji, ali drugi članovi obitelji i stručnjaci očekuju od roditelja da budu intenzivno uključeni u rad s djetetom, što je vrlo iscrpljujuće za same roditelje pa je i očekivano da roditelji trebaju pomoć

u radu. Roditelji djece s teškoćama u razvoju međusobno se povezuju u grupe i na taj način lakše razmjenjuju informacije. Može se pretpostaviti da im podrška bliskih osoba pruža osjećaj sigurnosti i smanjuje osjećaj bespomoćnosti. Nakon dobivanja dijagnoze i perioda prilagodbe, roditeljima je vrlo važno primati podršku u smislu savjeta u vezi rada s djetetom od njima bliskih osoba. Te bliske osobe ne moraju biti samo drugi roditelji djece s teškoćama u razvoju, već i rodbina, prijatelji, susjedi ili poznanici.

Tablica 39 prikazuje očekivanja roditelja od pružatelja formalne podrške (stručnjaci). Od šest ponuđenih odgovora (*pravovremena dijagnoza, informiranje o pravima djeteta i obitelji, upućivanje na različite sustave usluga, upućivanje na prepoznavanje djetetovih potreba, predlaganje tretmana i individualni rad s djetetom*) roditelji su imali mogućnost izabrati tri odgovora koja im najviše odgovaraju.

Tablica 39. *Očekivanja roditelja od pružatelja formalne podrške*

VRSTA FORMALNE PODRŠKE	f	%
Pravovremena dijagnoza	115	75,7
Informiranje o pravima djeteta i obitelji	71	46,7
Upućivanje na različite sustave usluga	80	52,7
Informiranje i educiranje o prepoznavanju djetetovih potreba	36	23,6
Predlaganje tretmana	73	48,0
Individualni rad s djetetom	81	53,3

Od pružatelja formalne podrške, 115 roditelja (75,7%) *očekuje pravovremenu dijagnozu*, 81 roditelj (53,3%) *individualni rad s djetetom*, 80 roditelja (52,7%) *upućivanje na različite sustave usluga*, 73 roditelja (48%) *predlaganje tretmana* te njih 71 (46,7%) *informiranje o pravima djeteta i obitelji*. Samo 36 roditelja očekuju *informiranje i educiranje o prepoznavanju djetetovih potreba*. Rezultati pokazuju kako roditelji od stručnjaka najviše očekuju pravovremenu dijagnozu jer na osnovu dijagnoze mogu dalje tražiti usluge rane podrške za dijete i obitelj te obitelj očekuje od stručnjaka dostupne informacije i praktičnu pomoć. Budući da je način prijenosa dijagnoze vrlo važan, u nastavku teksta osvrnut će se i na taj proces.

Stručnjaci trebaju roditeljima prenijeti informacije o dijagnozi djeteta na način koji će uvažavati roditeljske emocije, usto i biti informativni kako bi roditelji mogli donositi određene odluke (Gattellari i sur., 1999). Svaka informacija koja negativno i ozbiljno utječe na budućnost pojedinca,

može se definirati kao neželjena vijest (Buckman i Kason, 1992), ali i ona može biti prenesena na podržavajući način kako bi se smanjile negativne emocije koje roditelji osjećaju prilikom dobivanja dijagnoze svoga djeteta. Način priopćavanja dijagnoze i komunikacijske vještine stručnjaka ključni su faktor u dijagnostičkom postupku (Nissenbaum i sur., 2002). Roditelji često prilikom izricanja dijagnoze ne mogu zapamtiti sve informacije od stručnjaka koje su dobili (Grubić i sur., 2013) pa im je potrebno nakon izricanja dijagnoze ponuditi još jedan termin za razgovor (Nissenbaum i sur., 2002; Austin i sur., 2014). National Collaborating Centre for Mental Health (2011) postavio je smjernice za stručnjake o postupku priopćavanja dijagnoze, a to su: dovoljno vremena za čitav postupak priopćavanje zaključaka na blag i podržavajući, ali direktan način, objašnjenje dijagnoze i davanje pisanih uputa. Informacije je potrebno prilagoditi kapacitetima roditelja i njihovoj razini razumijevanja (Girgis i Sanson-Fisher, 1995) te koristiti razumljiv i jasan jezik sa što manje stručnih izraza (Baile i sur., 2000). Važni čimbenici prilikom priopćavanja „loših vijesti“ su i obilježja fizičkog okruženja u kojem je vijest izrečena (Baile i sur., 2000; Nissenbaum i sur., 2002), osiguravanje privatnosti uz smanjenje ometajućih faktora, dostupnost papirnatih maramica i prisustvo bliske osobe (Girgis i Sanson-Fisher, 1995; Baile i sur., 2002), prisustvo oba roditelja radi pružanja međusobne potpore i zapamćivanje što više informacija (Grubić i sur., 2013). Stručnjaci svojim načinom komunikacije mogu utjecati na to kako će se roditelji osjećati (Brogan i Knussen, 2003).

Roditeljsko istraživanje preferiranih izvora informiranja i njihova sposobnost pronalaženja odgovarajućih informacija, prilikom donošenja odluka za njihovo dijete, prvi je korak u informiranju. Ono što im je potrebno, pružatelji su usluga koji posjeduju odgovarajuće komunikacijske strategije i prepoznaju potrebu roditelja za podrškom (Tracey i sur., 2018).

Roditelji često sami prepoznaju odstupanja u razvoju svoga djeteta te im je važna dob djeteta u kojoj mu je postavljena dijagnoza kako bi što ranije mogli započeti s uslugama rane podrške, ali i samim procesom suočavanja s dijagnozom (Midence i O’Neill, 1999), a često do postavljanja dijagnoze prođe i nekoliko godina. Roditelji također navode kako u prosjeku prije postavljanja dijagnoze posjete četiri do pet različitih stručnjaka (Siklos i Kerns, 2007) te se veći broj posjećenih stručnjaka dovodi u vezu s višom kronološkom dobi djeteta, samim time i smanjenim zadovoljstvom roditelja. Matijaš i suradnici (2014) spominju problem informiranja roditelja o stanju djeteta koji se uglavnom odnosi na postupak dijagnosticiranja. Zbog nedostatka

timske suradnje ili nesigurnosti dijagnostičara, roditelje se često šalje na timsku obradu u veće centre u Republici Hrvatskoj koja je pretežno dostupna u Zagrebu.

Rezultati istraživanja Akister i Johnsona (2004) navode da roditelji od stručnjaka najčešće traže podršku (71%), savjet (57%), djelovanje (21%) te informacije (21%).

Nalazi ovog istraživanja prikazuju slične rezultate, te da roditelji i od formalnih i neformalnih pružatelja podrške očekuju sličnu vrstu podrške, kao što *su rad s djetetom, upućivanje na usluge podrške, informiranje o pravima, odnosno savjetodavnu pomoć* (Tablica 38 i 39). Roditelji očekuju da podrška bude dostupna i pravovremena kako bi napredak djeteta bio učinkovitiji. Oni bi od prvog dana trebali biti informirani o pravima djeteta s teškoćama u razvoju i njegove obitelji te što prije upućeni stručnjacima u centre za socijalnu skrb. Informiranjem roditelja pruža se mogućnost za lakše pronalaženje usluga rane podrške koje su potrebne njihovoj djece pa i cijeloj obitelji. Upravo zbog toga važna je suradnja svih sudionika sustava usluga rane podrške kako bi one bile kvalitetnije.

Milić Babić i suradnice (2013) u svom kvalitativnom istraživanju, na uzorku od 13 roditelja, utvrdile su da roditelji od sustava usluga rane intervencije očekuju interdisciplinarnu suradnju, kompetentan tim stručnjaka, educiranost članova stručnog tima, specifična znanja o pojedinoj teškoći te modalitetima pojedine stručne podrške. Istraživanja pokazuju kako na razvojnu prognozu i ishode kod djeteta utječu očekivanja i mišljenja roditelja. Roditelji često očekuju bolje i brže rezultate, nego što ih dijete može postići, posebno kad je riječ o obrazovnim ishodima, zbog nedovoljnog razumijevanja prirode djetetovih teškoća (Chandramuki i sur., 2012).

Slijede podatci očekivanja roditelja o realizaciji učinkovitog sustava prikazani u Tablici 40. Od šest ponuđenih odgovora *(učinkovitiji pravni sustav - omogućiti bolji i lakši pristup informacijama o pravima djece s teškoćama u razvoju i načinima njihovog ostvarivanja; financijska pomoć države u korištenju usluga podrške; razvijanje usluge podrške u zajednici - centar za dijagnostiku, predškolske ustanove, rehabilitacijski centri i slično; educiranje stručnjaka u pogledu identifikacije teškoća, postavljanja dijagnoze i predlaganja tretmana; povećanje koordiniranosti i suradnje između stručnjaka različitih profila i ustanova; poboljšanje suradnje između davatelja (stručnjaci) i primatelja (roditelji) usluga podrške*), roditelji su imali mogućnost sami upisati odgovor te su pojedinačno naveli još tri dodatna odgovora (*brzina administracije,*

češći individualni tretman s djetetom, osvješćivanje društva). Od ponuđenih odgovora roditelji su izabrali tri najvažnija.

Tablica 40. *Očekivanja roditelja o realizaciji učinkovitog sustava podrške*

Elementi učinkovitog sustava usluga rane podrške	f	%
Učinkoviti pravni sustav	98	64,5
Financijska potpora	67	44,1
Razvijanje usluga u zajednici	100	65,8
Educiranje stručnjaka	69	45,4
Povećanje koordiniranosti i suradnje između stručnjaka	71	46,7
Poboljšanje suradnje između davatelja i primatelja usluga	47	31,0
Brzina administracije	1	0,7
Češći individualni tretmani s djetetom	2	1,3
Osvješćivanje društva	1	0,7

Rezultati ponuđenih odgovora prikazuju da je 100 roditelja (65,8%) odabralo *razvijanje usluga u zajednici*, 98-ero roditelja (64,5%) *učinkoviti pravni sustav*, 71 roditelj (46,7%) *povećanje koordiniranosti i suradnje između stručnjaka*, 69-ero roditelja (45,4%) *educiranje stručnjaka*, 67-ero roditelja (44,1%) *financijsku potporu*, 47-ero roditelja (31%) *poboljšanje suradnje između davatelja i primatelja usluga.*

Od odgovora što su roditelji sami ponudili, dvoje roditelja (1,3%) navelo je *češće individualne tretmane s djetetom*, a po jedan roditelj (0,7%) *brzinu administracije i osvješćivanje društva.*

Najviše roditelja smatra da je za realizaciju učinkovitog sustava usluga rane podrške važno razvijati te usluge u lokalnoj zajednici i ujedno razvijati učinkoviti pravni sustav. Osiguravanjem uvjeta za razvijanjem usluga rane podrške, otvara se mogućnost dostupnijih i pravovremenih usluga rane podrške u lokalnoj zajednici. Pravovremena podrška i kvalitetne usluge koje se pružaju djeci s teškoćama u razvoju omogućuju razvoj njihovih sposobnosti i sudjelovanje u svakodnevnom životu. Neosiguravanje primjerene podrške djeci s teškoćama u razvoju i njihovim obiteljima predstavlja nepoštivanje Konvencije o pravima osoba s invaliditetom i Konvencije o pravima djeteta, ali i diskriminaciju djece s teškoćama u razvoju. Pravni sustav treba biti učinkovit kako bi se regulirala prava djece s teškoćama u razvoju na usluge rane podrške i na lokalnoj, ali i regionalnoj i državnoj razini.

Samo dvoje roditelja je navelo češće individualne tretmane s djecom, kao elemente za realizaciju učinkovitog sustava usluga. Navedeno se može objasniti da su roditelji relativno zadovoljni s učestalošću primanja usluga u svojoj lokalnoj zajednici, ali globalno razmišljajući, smatraju da taj sustav općenito treba biti razvijeniji. Sustav usluga rane podrške treba biti dostupan i visoko funkcionalan u lokalnoj zajednici djeteta s teškoćama u razvoju (Pećnik, 2013), odnosno da roditelji ne moraju koristiti usluge rane podrške izvan svoje lokalne zajednice pa čak i izvan granica Republike Hrvatske.

5.1.4.2. Rezultati testiranja razlika u očekivanjima roditelja djece s teškoćama u razvoju od usluga rane podrške s obzirom na sociodemografska obilježja

U ovoj analizi korišteni su Mann Whitney test i Hi kvadrat test. Za ispitivanje razlika u očekivanjima roditelja od usluga rane podrške s obzirom na dob roditelja i dob djeteta koristio se Mann Whitney test. Rezultati Mann Whitney testa pokazali su da nema razlike u očekivanjima roditelja od formalne podrške s obzirom na dob roditelja i dob djeteta u odnosu na *pravovremenu dijagnozu, informacije o pravima djeteta i obitelji, upućivanje na usluge rane podrške, upućivanje na prepoznavanje djetetovih potreba, predlaganje tretmana i individualni rad s djetetom.*

Za ispitivanje razlika u očekivanjima roditelja s obzirom na različita sociodemografska obilježja (*spol, samoprocjena materijalnog stanja, stupanj obrazovanja i prebivalište)* koristio se Hi kvadrat test.

Rezultati Hi kvadrat testa pokazali su da nema razlike u očekivanjima roditelja od formalne podrške s obzirom na spol i prebivalište roditelja u odnosu na *pravovremenu dijagnozu, informacije o pravima djeteta i obitelji, upućivanja na usluge rane podrške, informiranje i educiranje o prepoznavanju djetetovih potreba, predlaganje tretmana i individualni rad s djetetom.*

U ovom istraživanju rezultati ukazuju da su pojedina sociodemografska obilježja statistički značajno povezana s očekivanjima o formalnoj podršci, a to su samoprocjena materijalnog stanja i stupanj obrazovanja. U nastavku rada slijede tablice u kojima rezultati pokazuju statistički značajnu razliku u očekivanjima formalne podrške s obzirom na samoprocjenu materijalnog stanja i stupanj obrazovanja.

Tablica 41. *Razlike u očekivanjima formalne podrške roditelja s obzirom na samoprocjenu materijalnog stanja roditelja: Hi kvadrat test*

Očekivanje formalne podrške						
	Samoprocjena materijalnog stanja	Ne očekuju	Očekuju	χ^2	df	p
Pravovremena dijagnoza	Velike financijske poteškoće	4	8	.61	2	.737
	Povremene financijske poteškoće	17	53			
	Nema financijskih poteškoća	16	54			
	UKUPNO	37	115			
Informacije o pravima djeteta	Velike financijske poteškoće	1	11	12.33	2	.002
	Povremene financijske poteškoće	39	31			
	Nema financijskih poteškoća	44	26			
	UKUPNO	84	68			
Upućivanje na usluge rane podrške	Velike financijske poteškoće	7	5	4.10	2	.129
	Povremene financijske poteškoće	38	32			
	Nema financijskih poteškoća	27	43			
	UKUPNO	72	80			
Informiranje i educiranje o prepoznavanju djetetovih potreba	Velike financijske poteškoće	10	2	4.31	2	.116
	Povremene financijske poteškoće	48	22			
	Nema financijskih poteškoća	58	12			
	UKUPNO	116	36			
Predlaganje tretmana	Velike financijske poteškoće	7	5	.33	2	.850
	Povremene financijske poteškoće	37	33			
	Nema financijskih poteškoća	35	35			
	UKUPNO	79	73			
Individualni rad s djetetom	Velike financijske poteškoće	8	4	2.34	2	.310
	Povremene financijske poteškoće	33	37			
	Nema financijskih poteškoća	30	40			
	UKUPNO	71	81			

Rezultati Hi kvadrat testa pokazali su da nema razlike u očekivanjima roditelja od formalne podrške s obzirom na samoprocjenu materijalnog stanja roditelja u odnosu na *pravovremenu dijagnozu, upućivanja na usluge rane podrške, informiranje i educiranje o prepoznavanju djetetovih potreba, predlaganje tretmana i individualni rad s djetetom.* Vidljivo je da rezultati pokazuju statistički značajnu razliku u očekivanju formalne podrške s obzirom na *učestalost informiranja roditelja o pravima djeteta* u odnosu na samoprocjenu materijalnog stanja. Najveći udio roditelja s velikim financijskim poteškoćama, očekuje pružanje formalne podrške s obzirom na informiranje o pravima djeteta i obitelji te načinima njihova ostvarivanja (Tablica 41). Vrlo je važna financijska situacija roditelja jer djeca s teškoćama u razvoju i njihove obitelji većinu usluga rane podrške primaju upravo preko privatnih kabineta, koje se većinom naplaćuju. Roditelji trebaju biti upoznati sa svojim pravima i pravima djeteta s teškoćama u razvoju te činjenicom da na osnovi teškoće djeteta mogu ostvarivati različita prava: status roditelja njegovatelja, pravo na socijalne usluge – psihosocijalna podrška, rana intervencija, pomoć pri uključivanju u programe odgoja i obrazovanja (NN 46/22).

Tablica 42. *Razlike u očekivanjima formalne podrške roditelja s obzirom na stupanj obrazovanja roditelja: Hi kvadrat test*

Očekivanje formalne podrške						
	Stupanj obrazovanja	Ne očekuju	Očekuju	χ^2	df	p
Pravovremena dijagnoza	*Visoka stručna sprema	7	53	20.25	2	.000
	Srednja stručna sprema	24	61			
	**Niža stručna sprema	6	1			
	UKUPNO	37	115			
Informacije o pravima djeteta	*Visoka stručna sprema	39	21	11.13	2	.004
	Srednja stručna sprema	45	40			
	**Niža stručna sprema	0	7			
	UKUPNO	84	68			
Upućivanje na usluge rane podrške	*Visoka stručna sprema	27	33	1.48	2	.477
	Srednja stručna sprema	43	42			
	**Niža stručna sprema	2	5			
	UKUPNO	72	80			
	*Visoka stručna sprema	44	16	.72	2	.697

Informiranje i educiranje o prepoznavanju djetetovih potreba	Srednja stručna sprema	66	19			
	**Niža stručna sprema	6	1			
	UKUPNO	116	36			
Predlaganje tretmana	*Visoka stručna sprema	31	29	1.13	2	.569
	Srednja stručna sprema	43	42			
	**Niža stručna sprema	5	2			
	UKUPNO	79	73			
Individualni rad s djetetom	*Visoka stručna sprema	33	27	3.23	2	.199
	Srednja stručna sprema	36	49			
	**Niža stručna sprema	2	5			
	UKUPNO	71	81			

Legenda:
*Visoka stručna sprema (poslijediplomski studij, visoka i viša stručna sprema)
**Niža stručna sprema(niža stručna sprema, kvalificirani i nekvalificirani radnici)

Rezultati Hi kvadrat testa pokazali su da nema razlike u očekivanjima roditelja od formalne podrške s obzirom na stupanj obrazovanja roditelja u odnosu na *upućivanje na usluge rane podrške, informiranje i educiranje o prepoznavanju djetetovih potreba, predlaganje tretmana i individualni rad s djetetom.* Vidljivo je da rezultati pokazuju statistički značajnu razliku u očekivanju formalne podrške s obzirom na *primanje pravovremene dijagnoze i učestalost informiranja roditelja o pravima djeteta i obitelji* u odnosu na stupanj obrazovanja roditelja. Najveći udio roditelja s visokom stručnom spremom očekuje formalnu podršku u odnosu na primanje pravovremene dijagnoze. Također, rezultati pokazuju da svi roditelji s nižom stručnom spremom očekuje formalnu podršku u odnosu na informiranje o pravima djeteta (Tablica 42).

Pretpostavlja se da su visoko obrazovani roditelji informiraniji, što govore i nalazi ovog istraživanja (Tablica 31), stoga traže informacije iz različitih izvora. Ujedno očekuju pravovremenu dijagnozu kako bi što prije dijete krenulo s ranom intervencijom. Roditelji s nižom stručnom spremom i manjim financijskim primanjima više očekuju informiranje o pravima djeteta i obitelji, vjerojatno zbog toga što na različite načine mogu ostvariti prava iz sustava socijalne skrbi, kao što su: osobna invalidnina, doplatak za pomoć i njegu, status roditelja njegovatelja, psihosocijalna podrška, rana intervencija.

Očekivanja potiču i imaju utjecaj na pojedinca kroz njegove interakcije sa socijalnom okolinom. Kulturne vrijednosti utjecat će na uvjerenja na kojima se temelje očekivanja te će kroz razvoj i pregled očekivanja osoba bolje razumjeti svoja iskustva. Ako je interakcija između roditelja i stručnjaka iskrena, otvorena i puna povjerenja, obje strane u interakciji mogu biti ono što druga strana očekuje od njih (Russell, 2003). Dale (1996) sugerira poticanje roditelja djece s teškoćama na razgovor sa stručnjacima o svojim pitanjima, idejama i očekivanjima kako bi roditelji mogli imati aktivnu ulogu u odnosu koji se razvija između njih.

Za ostvarenje prava djece s teškoćama u razvoju i njihove obitelji roditelji moraju dobivati pravodobne i provjerene informacije o djetetovu razvojnom profilu, izvorima informacija, dostupnim oblicima podrške, informacije o svojim prava, mogućnostima uključivanja u rani i predškolski odgoj i obrazovanje te daljnje školovanje, a uz to i podršku roditeljstvu. Za ostvarenje navedenog potrebna je međusobna suradnja roditelja i stručnjaka iz različitih sustava.
Otvorena i ravnopravna komunikacija potrebna je kako bi se postigao suradnički odnos.

Od stručnjaka se očekuje sagledavanje problema iz perspektive roditelja, prihvaćanja njihovih ideja, stavova i razmišljanja, poštivanje znanja i iskustva koja roditelj ima sa svojom djecom, kao i njihove odgojne postupke (Rosić i Zloković, 2003). Očekivani ishodi usluga rane podrške usmjerene prema obitelji podrazumijevaju pružanje podrške obitelji djeteta s teškoćama u razvoju kako bi stekli pozitivan pogled na stručnjake i sustav usluga te poticanje suradnje u svrhu dogovaranja usluga. Rana intervencija treba uključivati roditelje kao partnere u svim svojim segmentima s kojima će se roditelji susretati tijekom djetetova odrastanja (Blue-Banning i sur., 2004). Istraživanje koje su provele Milić Babić i suradnice (2013) pokazalo je da roditelji od rane intervencije očekuju interdisciplinarni pristup, kompetentne i motivirane stručnjake te suradnički odnos s obiteljima.

Rezultati o očekivanjima roditelja djece s teškoćama u razvoju od usluga rane podrške pokazuju kako su financijska situacija i stupanj obrazovanja statistički značajno povezani s očekivanjima roditelja o formalnoj podršci.

5.2. PRIKAZ REZULTATA SUDIONIKA (STRUČNJACI)

5.2.1. INFORMIRANOST STRUČNJAKA O USLUGAMA RANE PODRŠKE

5.2.1.1. Deskriptivni podatci o informiranosti stručnjaka uslugama rane podrške

Peti cilj istraživanja bio je ispitati informiranost stručnjaka uslugama rane podrške s obzirom na sociodemografska obilježja, samoprocjenu educiranosti za rad s djecom s teškoćama u razvoju i samoprocjenu znanja o djeci s teškoćama u razvoju. U nastavku slijedi deskriptivni opis podataka, rezultati interkorelacije i regresijske analize.

Od stručnjaka u ovom istraživanju očekivalo se da navedu usluge rane podrške koje poznaju i u koje upućuju roditelje djece s teškoćama u razvoju.

Stručnjaci su trebali označiti sve ponuđene usluge rane podrške u svojoj okolini koje poznaju i na koje upućuju roditelje (Tablica 43).

Tablica 43. *Prikaz odgovora stručnjaka s obzirom na poznavanje i upućivanje različitim uslugama podrške (N=82)*

Usluge podrške	Poznavanje usluge	Upućivanje u usluge
	f (%)	f (%)
Rana podrška u rodilištu	47 (57,3%)	37 (45,1%)
Savjetodavna podrška pedijatra u domu zdravlja	78 (95,1%)	64 (78,0%)
Stručna podrška s djecom u obitelji	48 (58,5%)	36 (43,9%)
Uključivanje djece s teškoćama u razvoju u dječji vrtić	75 (91,5%)	70 (85,4%)
Savjetodavna podrška psihologa u dječjem vrtiću	63 (76,8%)	53 (64,6%)
Savjetodavna podrška logopeda u dječjem vrtiću	58 (70,7%)	47 (57,3%)
Savjetodavna podrška edukacijskog rehabilitatora u dječjem vrtiću	62 (75,6%)	51 (62,2%)
Savjetodavna podrška pedagoga u dječjem vrtiću	56 (68,3%)	45 (54,9%)
Savjetodavna podrška zdravstvenog voditelja u dječjem vrtiću	57 (69,5%)	41 (50,0%)
Savjetodavna podrška odgojitelja u dječjem vrtiću	73 (89,0%)	65 (79,3%)
Individualni rad edukacijskog rehabilitatora i/ili logopeda u dječjem vrtiću	69 (84,1%)	60 (73,2%)
Individualni rad psihologa u dječjem vrtiću	52 (63,4%)	40 (48,8%)
Pomoćnik u vrtiću	34 (41,5%)	20 (24,4%)
Tretman fizioterapeuta	59 (72,0%)	44 (53,7%)
Tretman radnog terapeuta	44 (53,7%)	31 (37,8%)
Tretman psihijatra	53 (64,6%)	42 (51,2%)
Tretman edukacijskog rehabilitatora i/ili logopeda u bolnici	67 (81,7%)	58 (70,7%)

Tretman psihologa u bolnici	66 (80,5%)	52 (63,4%)
Terapije	70 (85,4%)	56 (68,3%)
Usluge pravnika u CZSS	46 (56,1%)	35 (42,7%)
Usluge socijalnog radnika u CZSS	61 (74,4%)	50 (61,0%)
Usluge psihologa u CZSS	41 (50,0%)	27 (32,9%)
Usluge socijalnog pedagoga u CZSS	30 (36,6%)	18 (22,0%)
Igraonice za djecu s teškoćama u razvoju	37 (45,1%)	24 (29,3%)
Radionice za djecu s teškoćama u razvoju	36 (43,9%)	22 (26,8%)
Grupe za podršku roditeljima	41 (50,0%)	29 (35,4%)
Savjetovalište za roditelje	45 (54,9%)	37 (45,1%)
Edukacije za roditelje	38 (46,3%)	27 (32,9%)
Telefonsko savjetovanje	21 (25,6%)	16 (19,5%)
Organizirani prijevoz djece od mjesta stanovanja do pružatelja usluge	44 (53,7%)	29 (35,4%)

Najveći udio stručnjaka poznaje usluge *savjetodavna podrška pedijatra u domu zdravlja* (95,1%) i *uključivanje djece s teškoćama u razvoju u dječji vrtić* (91,5%). Najmanje stručnjaka poznaje uslugu *telefonskog savjetovanja* (25,6%). Od navedenih usluga najviše stručnjaka upućuje roditelje i dijete na usluge *uključivanja djece s teškoćama u razvoju u dječji vrtić* (85,4%) i *savjetodavnu podršku pedijatra u domu zdravlja* (78%).

Podatci su očekivani s obzirom na poznavanje i upućivanje u određene usluge rane podrške. Liječnici pedijatri prvi uočavaju razvojna odstupanja te upućuju dijete u daljnju sveobuhvatnu dijagnostiku i, paralelno s tim, u sustav usluga rane podrške za dijete i roditelje (Hurid, bez dat)[33]. Također, djeca s teškoćama u razvoju imaju prednost upisa u vrtić te su u današnje vrijeme sve više uključena u redovne skupine u dječjim vrtićima pa su i stručnjaci sve više upoznati s ovom uslugom. Stručna podrška u obitelji je vrlo važna usluga te je prepoznaje 58,5% stručnjaka, a 43,9% stručnjaka upućuje roditelje na tu uslugu. Većina teškoća djeteta ne bude prepoznata u prvoj godini života. Uključivanjem djeteta u jaslice, odnosno vrtić, pruža se mogućnost prepoznavanja odstupanja u razvoju djeteta, ako postoji, od strane stručnjaka u vrtiću (odgojitelji, stručno-razvojna služba). Navedeno pruža mogućnost upućivanja roditelja na druge stručnjake te dobivanje stručne podrške u obitelji.

[33] HURID (bez.dat.). https://hurid.hr/rana-intervencija-u-djetinjstvu/

Za osiguravanje pravodobnog otkrivanja i pravodobne podrške djeci s teškoćama u razvoju i njihovim obiteljima, stručnjaci se ne mogu osloniti samo na zdravstveno praćenje u okviru kojeg lako mogu promaknuti rani znakovi različitih razvojnih teškoća. Kako bi se pravodobno otkrile sve teškoće u razvoju, treba postojati timska razvojna procjena u kojoj će surađivati stručnjaci različitih struka. Upućivanje djece s teškoćama u razvoju i neurorazvojnim rizicima isključivo na zdravstvene pretrage i medicinske djelatnike, posebno liječnike, govori o dobro razvijenoj zdravstvenoj skrbi, ali i o medicinskom modelu razumijevanja teškoća u razvoju. Potrebno je educirati medicinske djelatnike o razvojnim potrebama djece i učincima rane intervencije te o socijalnom modelu razumijevanja teškoća u razvoju (Pećnik, 2013).

U ovom istraživanju stručnjaci su također navodili i svoje razloge neupućivanja u usluge rane podrške. Stručnjaci imali su mogućnost birati između 16 odgovora te su i sami ponudili osam vlastitih razloga za neupućivanje koji su proizašli iz vlastitog iskustva.

Rezultati pokazuju da su stručnjaci naveli različite razloge za nekorištenje usluga prema vrsti usluge. Najčešći razlozi su: *nepostojanje usluge podrške u lokalnoj zajednici te nepoznavanje usluge podrške.*

Budući da usluge nisu ravnomjerno raspoređene u Republici Hrvatskoj, te je većina usluga koncentrirana u glavnom gradu, roditelji su usmjereni potražiti podršku izvan svoje lokalne zajednice.

Prepreke u svom radu na koje nailaze stručnjaci iz ovog istraživanja su *nedovoljan broj stručnjaka* (72%), *preopterećenost stručnjaka* (72%), *manjak usluga podrške u mjestu stanovanja* (61%), *duge liste čekanja na uslugu* (51,2%), *nedovoljna suradnja i umreženost između stručnjaka i ustanova* (46,3%), *manjak investiranja u usluge podrške* (43,9%), *slaba koordiniranost pružatelja usluga* (30,5%), *slaba educiranost stručnjaka* (22%), *nedostatak evaluacije kvalitete i učinkovitosti usluga podrške* (22%) i *financijska situacija roditelja* (1,2%). Slične rezultate navodi i Pećnik (2013) navodeći da stručnjaci različitih profila, kao glavne prepreke pristupu uslugama rane podrške, identificiraju nedostatak stručnjaka, manjak učinkovitih usluga i programa namijenjenih osnaživanju roditelja za odgovorno roditeljstvo koje nije jednako izraženo u svim lokalnim zajednicama, nego je promjenjivo s obzirom na grad i županiju iz koje stručnjak dolazi. Također kao prepreka je prepoznata i roditeljska nespremnost u traženju podrške od stručnjaka što se može pripisati roditeljskim obilježjima, poput nedostatnog uvida u djetetove potrebe i učinke vlastitih

roditeljskih postupaka, neinformiranosti o uslugama i davateljima usluga te strah od stigmatizacije (Pećnik, 2013).

Kako bi se uvidjelo koje usluge rane podrške stručnjaci smatraju najkorisnijima, od ponuđenih usluga, stručnjaci su odabrali pet usluga za koje smatraju da su najkorisnije za dijete i njegovu obitelj te su ih poredali prema važnosti. Daljnjom analizom svakoj odabranoj usluzi dodana je određena vrijednost. Svakoj biranoj prvorangiranoj usluzi dodana je vrijednost pet, drugorangiranoj vrijednost četiri, trećerangiranoj vrijednost tri, četvrtorangiranoj vrijednost dva i petorangiranoj vrijednost jedan. Na temelju toga dobivene su ukupne vrijednosti za svaku biranu uslugu što je prikazano u Tablici 44.

Tablica 44. *Najkorisnije usluge rane podrške prema odabiru stručnjaka*

Usluge podrške	**Najkorisnija usluga rane podrške prema odabiru stručnjaka**
	Vrijednost
Individualni rad edukacijskog rehabilitatora i/ili logopeda u vrtiću	181
Terapije	137
Rana podrška u rodilištu	117
Savjetodavna podrška pedijatra u domu zdravlja	117
Uključivanje djece s teškoćama u razvoju u dječji vrtić	113
Tretman edukacijskog rehabilitatora i/ili logopeda u bolnici	90
Savjetovalište za roditelje	78
Stručna podrška s djecom u obitelji	61
Tretman fizioterapeuta	56
Grupe za podršku roditeljima	38
Edukacije za roditelje	35
Tretman psihologa u bolnici	29
Savjetodavna podrška psihologa u dječjem vrtiću	26
Savjetodavna podrška logopeda u dječjem vrtiću	22
Savjetodavna podrška edukacijskog rehabilitatora u dječjem vrtiću	14
Tretman radnog terapeuta	16
Tretman psihijatra	14
Savjetodavna podrška odgojitelja u dječjem vrtiću	13
Igraonice za djecu s teškoćama u razvoju	13
Pomoćnik u vrtiću	12
Individualni rad psihologa u dječjem vrtiću	8
Radionice za djecu s teškoćama u razvoju	8
Savjetodavna podrška pedagoga u dječjem vrtiću	7
Organizirani prijevoz djece od mjesta stanovanja do pružatelja usluge	6
Usluge pravnika u CZSS	5
Usluge socijalnog radnika u CZSS	3
Telefonsko savjetovanje	3
Savjetodavna podrška zdravstvenog voditelja u dječjem vrtiću	1
Usluge psihologa u CZSS	1

Prema rezultatima odgovora stručnjaka, najkorisnija je usluga *individualnog rada edukacijskog rehabilitatora i/ili logopeda u vrtiću.* Prema njihovim odgovorima, najmanje je korisna *savjetodavna podrška zdravstvenog voditelja i usluga psihologa u centru za socijalnu skrb.* Rezultati pokazuju procjenu stručnjaka najkorisnijih usluga za djecu s teškoćama u razvoju, ali o stručnjaku ovisi i njihova upućenost koje usluge su najprikladnije za dijete i obitelj.

Stručnjaci, kao i roditelji, navode da su za djecu najkorisnije usluge individualnog rada koje pružaju edukacijski rehabilitator i logoped u vrtiću. Pretpostavlja se da je razlog uključenost djece s teškoćama u razvoju u dječje vrtiće pa su većem broju djece dostupne usluge individualnog rada navedenih stručnjaka. Stručnjaci koji rade s djecom s teškoćama u razvoju (iz zdravstvenih ustanova i centara za socijalnu skrb) upoznati su s tim jesu li djeca uključena u vrtić te u individualne programe rada pa prema tome je ovo očekivani rezultat. Također, ovi stručnjaci su i najzastupljeniji u radu s djecom s teškoćama u razvoju kada se kod djeteta otkriju teškoće te liječnici sve više upućuju roditelje na edukacijskog rehabilitatora i logopeda.

Rezultati istraživanja Pećnik (2018) upućuju na nedovoljnu prepoznatost potreba roditelja djece u dobi od rođenja do polaska u školu za podrškom u roditeljstvu od strane stručnjaka, ali isto tako i na nedovoljnu dostupnost stručnjaka u području skrbi za djecu s teškoćama u razvoju. Intervjuirani stručnjaci iz svih obiteljskih centara i liječnici pedijatri, istaknuli su i to da su roditelji djece s teškoćama u razvoju ili kroničnim bolestima skupina roditelja za koju nedostaje usluga i koji trebaju dodatnu i specifičnu podršku.

Tablica 45. *Usporedba prikaza najkorisnijih usluga rane podrške iz perspektive roditelja i stručnjaka*

Usluge podrške	Najkorisnija usluga rane podrške prema odabiru roditelja	Najkorisnija usluga rane podrške prema odabiru stručnjaka
	Vrijednost	Vrijednost
Individualni rad edukacijskog rehabilitatora i logopeda u vrtiću	278	181
Savjetodavna podrška logopeda u dječjem vrtiću	228	22
Uključivanje djece s teškoćama u razvoju u dječji vrtić	189	113
Savjetodavna podrška pedijatra u domu zdravlja	181	117
Tretman fizioterapeuta	141	56
Terapije	124	137
Savjetodavna podrška psihologa u dječjem vrtiću	121	26
Rana podrška u rodilištu	118	117
Savjetodavna podrška odgojitelja u dječjem vrtiću	114	13
Savjetodavna podrška edukacijskog rehabilitatora u dječjem vrtiću	88	14
Igraonice za djecu s teškoćama u razvoju	80	13
Tretman edukacijskog rehabilitatora i/ili logopeda u bolnici	68	90
Stručna podrška s djecom u obitelji	58	61
Radionice za djecu s teškoćama u razvoju	52	8
Pomoćnik u vrtiću	51	12
Savjetovalište za roditelje	49	78
Edukacije za roditelje	46	35
Tretman radnog terapeuta	43	16
Grupe za podršku roditeljima	40	38
Individualni rad psihologa u dječjem vrtiću	28	8
Savjetodavna podrška zdravstvenog voditelja u dječjem vrtiću	23	1
Usluge socijalnog radnika u CZSS	14	3
Tretman psihologa u bolnici	14	29
Tretman psihijatra	13	14

Organizirani prijevoz djece od mjesta stanovanja do pružatelja usluge	12	6
Usluge pravnika u CZSS	5	5
Savjetodavna podrška pedagoga u dječjem vrtiću	1	7
Telefonsko savjetovanje	1	3
Usluge psihologa u CZSS	/	1

Iz Tablice 45 vidljiva je usporedba rezultata o najkorisnijim uslugama rane podrške iz perspektive roditelja i stručnjaka. Rezultati prikazuju da i roditelji i stručnjaci kao najkorisniju uslugu biraju individualni rad edukacijskog rehabilitatora i logopeda u vrtiću. Roditelji i stručnjaci najviše se slažu u vezi usluga: rana podrške u rodilištu, terapije, stručna podrška s djecom u obitelji, edukacije za roditelje, grupe za podršku roditeljima, tretman psihijatra i usluga pravnika u centru za socijalnu skrb, ali treba naglasiti da je broj sudionika u uzorcima različit (roditelji: N = 152; stručnjaci: N = 82).

Stručnjaci su u ovom istraživanju također naveli različite profile stručnjaka kojima upućuju roditelje djece s teškoćama u razvoju te su rezultati sljedeći. Od 82-oje stručnjaka, njih 80 (97,6%) odgovorilo je kako preporučuju usluge rane podrške roditeljima djece s teškoćama u razvoju. Iz rezultata je vidljivo kako skoro svi stručnjaci preporučuju roditeljima djece s teškoćama u razvoju usluge rane podrške, što je pozitivan rezultat te može ukazivati kako su stručnjaci svjesni važnosti rane podrške u djetinjstvu (Tablica 46).

Tablica 46. *Upućivanje roditelja na druge stručnjake (bez obzira na mjesto rada) od strane stručnjaka*

STRUČNJACI	f	%
Neuropedijatar	40	48,8
Genetičar	2	2,4
Oftalmolog	4	4,9
Otorinolaringolog	13	15,9
Dijabetolog	1	1,2
Fizijatar	10	12,2
Neurolog	2	2,4
Dječji psihijatar	5	6,1
Edukacijski rehabilitator	63	76,8
Psiholog	64	78,0
Logoped	62	75,6
Fizioterapeut	45	54,9
Radni terapeut	33	40,2
Socijalni radnik	19	23,2

Iz podataka u Tablici 46 vidljivo je kojim stručnjacima se upućuju roditelji djece s teškoćama u razvoju. Budući da se djeca razlikuju prema dijagnozama, djeca se upućuju prema različitim profilima stručnjaka. Stručnjaci su roditelje najviše upućivali psihologu (78%), edukacijskim rehabilitatorima (76,8%) i logopedima (75,6%). Što se tiče stručnjaka medicinskog profila, 48,8% stručnjaka upućuje neuropedijatru, a njih 54,9% fizioterapeutu. Skoro trećina stručnjaka, točno 40,2%, upućuje roditelje radnom terapeutu. Manji broj stručnjaka navodi ostale stručnjake kojima su upućeni, a to su: socijalni radnik (23,2%), otorinolaringolog (15,9%), fizijatar (12,2%), dječji psihijatar (6,1%), oftalmolog (4,9%), genetičar i neurolog (1,3%).

Za očekivati je kada se djetetu uspostavi dijagnoza da se djeca s teškoćama u razvoju upućuju na stručnjake koji rade izravno s djecom rane i predškolske dobi, a to su psiholog, edukacijski rehabilitator i logoped. Navedeni stručnjaci rade na cjelokupnom razvoju djeteta pa je i za očekivati da su najzastupljeniji u radu s djecom s teškoćama u razvoju. Određeni dio djece ima motorička oštećenja pa se pretpostavlja da je zato nešto manji broj upućen fizioterapeutu. Ovisno o vrsti dijagnoze i teškoće u razvoju kod djeteta, roditelji i djeca se upućuju u rad navedenih stručnjaka.

5.2.1.2. Rezultati interkorelacije i regresijske analize o predviđanju informiranost stručnjaka o uslugama rane podrške

U ovom istraživanju varijabla *Informiranost stručnjaka* formirana je putem 30 čestica koje označavaju poznavanje pojedine usluge.

Prije provođenja regresijske analize između potencijalnih prediktora i kriterija informiranosti uslugama rane podrške, utvrđene su povezanosti između informiranosti stručnjaka i sociodemografskih obilježja te samoprocjene educiranosti za rad s djecom s teškoćama u razvoju i samoprocjena znanja o djeci s teškoćama u razvoju. U Tablici 47 prikazani su statistički značajni rezultati.

Tablica 47. *Povezanost informiranosti stručnjaka o uslugama rane podrške te samoprocjene educiranosti za rad s djecom s teškoćama u razvoju i samoprocjene znanja o djeci s teškoćama u razvoju: Pearsonov koeficijent korelacije*

	Informiranost stručnjaka	Samoprocjena educiranosti za rad s djecom s TUR
Samoprocjena educiranosti za rad s djecom s TUR	.10	
Samoprocjena znanja o djeci s TUR	.11	.51**

Napomena: *p<.05 **p<.01

Rezultati ukazuju na povezanost između promatranih varijabli te navode da postoji statistički značajna, umjerena povezanost između samoprocjene educiranosti za rad s djecom s teškoćama u razvoju i samoprocjene znanja stručnjaka o djeci s teškoćama u razvoju *($r = .51$, $p < .01$)*. Stručnjaci koji procjenjuju da su educirani za rad s djecom s teškoćama u razvoju, ujedno svoje znanje o djeci samoprocjenjuju kao više. Dodatna analiza pokazala je da od 22 stručnjaka koji su procijenili da su educirani, njih 77,3% procjenjuje svoje znanje kao vrlo dobro.

Iako postoji povezanost između samoprocjene educiranosti i samoprocjene znanja, u ovom istraživanju 26,9% stručnjaka (liječnici – 11% / nemedicinski djelatnici – 15,9%) procijenilo je da je dovoljno educirano. Ukupno 40,3% stručnjaka (liječnici – 18,3% / nemedicinski djelatnici – 22%) ocijenilo je svoje znanje osrednjim. Nalazi istraživanja Pećnik (2013) navode da pedijatri izražavaju potrebu za dodatnim edukacijama za rad s djecom s teškoćama u razvoju, ali i da dodatne edukacije ne mogu zamijeniti dostupnost stručnjaka drugih profesija, kao što su psiholog, edukacijski rehabilitator ili logoped. Zdravstveni djelatnici trebaju imati odgovarajući stupanj znanja te spremnost za rad s djecom s teškoćama u razvoju (Baraban i sur., 2004).

Stručnjaci su ljudi koji posjeduju vrhunske vještine i znanja u svom području. Obično imaju dugo radno iskustvo i sposobni su svoje profesionalne sposobnosti koristiti u praksi (Eteläpelto, 1992). Pregledom literature, pronađeno je najviše istraživanja koja su usmjerena na odgojno-obrazovne djelatnike, posebno učitelje, te inozemna istraživanja pokazuju nedovoljno znanje učitelja o karakteristikama učenika s teškoćama u razvoju i nedostatne vještine potrebne za njihovo poučavanje (Movkebaieva i sur., 2013). Blažević (2015) potvrđuje da učitelji procjenjuju nedovoljno znanje na području rada s djecom s teškoćama u razvoju.

S obzirom na nalaze ovoga istraživanja, stručnjaci koji procjenjuju da su educirani za rad s djecom s teškoćama u razvoju, procjenjuju i više svoje znanje o djeci s teškoćama u razvoju.

Tablica 48. *Informiranost stručnjaka o uslugama rane podrške s obzirom na sociodemografska obilježja te samoprocjenu educiranosti za rad s djecom s teškoćama u razvoju i samoprocjenu znanja o djeci s teškoćama u razvoju: Regresijska analiza*

Prediktori	B	SE B	ß	R^2
Radni staž na trenutnom radnom mjestu	.39	.56	.09	
Struka*	.62	1.79	.04	
Samoprocjena educiranosti za rad s djecom s TUR	-.27	2.13	-.02	.05
Samoprocjena znanja o djeci s TUR	-.91	.89	-.14	
Županija zaposlenja	1.52	1.73	0.11	

Napomena: N=76, *p<.05 **p<.01
*Struka - liječnici i ostali sustručnjaci (edukacijski rehabilitatori, logopedi, socijalni radnici, psiholozi, pravnici, pedagozi, zdravstveni voditelji vrtića)
Legenda: B – nestandardizirani koeficijent, SE B – pogreška nestandardiziranog koeficijenta, ß -standardizirani beta koeficijent, R^2 - koeficijent multiple determinacije

Tablica 48 pokazuje rezultate predviđanja informiranosti stručnjaka uslugama rane podrške na osnovu radnog staža na trenutnom radnom mjestu, struke, samoprocjene educiranosti za rad s djecom s teškoćama u razvoju, samoprocjene znanja o djeci s teškoćama u razvoju i županiji zaposlenja. Navedeno nisu prediktori informiranosti stručnjaka uslugama rane podrške.

Prema saznanjima autorice, pregledom literature nisu pronađena istraživanja o utjecaju sociodemografskih obilježja na informiranost stručnjaka uslugama rane podrške.

5.2.2. ZADOVOLJSTVO STRUČNJAKA USLUGAMA RANE PODRŠKE

5.2.2.1. Deskriptivni podatci o zadovoljstvu stručnjaka uslugama rane podrške

Šesti cilj istraživanja bio je ispitati zadovoljstvo stručnjaka uslugama rane podrške s obzirom na sociodemografska obilježja, samoprocjenu educiranosti za rad s djecom s teškoćama u razvoju i samoprocjenu znanja o djeci s teškoćama u razvoju. U nastavku su prikazani deskriptivni podatci, rezultati interkorelacije i regresijskih analiza.

Stručnjaci su navodili svoje zadovoljstvo uslugama rane podrške, što je prikazano u Tablici 49. Stručnjaci su trebali označiti s kojim uslugama rane podrške su zadovoljni, a s kojima nisu zadovoljni. Usluge s kojima stručnjaci nisu upoznati, stručnjaci nisu označavali.

Tablica 49. *Zadovoljstvo stručnjaka uslugama rane podrške (N=82)*

Usluge podrške	**Zadovoljstvo uslugama**
	f (%)
Rana podrška u rodilištu	43 (52,4%)
Savjetodavna podrška pedijatra u domu zdravlja	70 (85,4%)
Uključivanje djece s teškoćama u razvoju u dječji vrtić	66 (80,5%)
Savjetodavna podrška psihologa u dječjem vrtiću	50 (61,0%)
Savjetodavna podrška logopeda u dječjem vrtiću	42 (51,2%)
Savjetodavna podrška edukacijskog rehabilitatora u dječjem vrtiću	46 (56,1%9
Savjetodavna podrška pedagoga u dječjem vrtiću	42 (51,2%)
Savjetodavna podrška zdravstvenog voditelja u dječjem vrtiću	38 (46,3%)
Savjetodavna podrška odgojitelja u dječjem vrtiću	64 (78,0%)
Individualni rad edukacijskog rehabilitatora i/ili logopeda u dječjem vrtiću	55 (67,1%)
Individualni rad psihologa u dječjem vrtiću	36 (43,9%)
Pomoćnik u vrtiću	18 (22,0%)
Tretman fizioterapeuta	41 (50,0%)
Tretman radnog terapeuta	28 (34,1%)
Tretman psihijatra	39 (47,6%)
Tretman edukacijskog rehabilitatora i/ili logopeda u bolnici	50 (61,0%)
Tretman psihologa u bolnici	46 (56,1%)
Terapije	51 (62,2%)
Usluge pravnika u CZSS	32 (39,0%)
Usluge socijalnog radnika u CZSS	42 (51,2%)
Usluge psihologa u CZSS	28 (34,1%)

Usluge socijalnog pedagoga u CZSS	18 (22,0%)
Igraonice za djecu s teškoćama u razvoju	23 (28,0%)
Radionice za djecu s teškoćama u razvoju	20 (24,4%)
Stručna podrška s djecom u obitelji	33 (40,2%)
Grupe za podršku roditeljima	27 (33%)
Savjetovalište za roditelje	34 (41,5%)
Edukacije za roditelje	25 (30,5%)
Telefonsko savjetovanje	14 (17,1%)
Organizirani prijevoz djece od mjesta stanovanja do pružatelja usluge	26 (31,7%)

Slijede slikovni prikazi zadovoljstva stručnjaka pruženim uslugama rane podrške za djecu s teškoćama u razvoju i njihove obitelji od strane različitih sustava: odgoj i obrazovanje, zdravstvo, socijalna skrb (od Slike 32 do Slike 34).

Slika 32. *Zadovoljstvo stručnjaka uslugama u dječjem vrtiću*

Od ponuđenih usluga iz sustava odgoja i obrazovanja najviše je stručnjaka zadovoljno uslugama koje nudi vrtić, od samog *uključivanja djece s teškoćama u razvoju* (f=66, 80.5%) te uslugama stručnjaka koje se nude u vrtiću, a to su: *savjetodavna podrška odgojitelja* (f=64, 78%), *psihologa* (f=50, 61%), *edukacijskog rehabilitatora* (f=46, 56.1%), *logopeda i pedagoga* (f=42, 51.2%). Nešto manje ih je zadovoljno *savjetodavnom podrškom zdravstvenog voditelja* (f=38, 46.3%). Od usluga u vrtiću stručnjaci izdvajaju i usluge *individualnog rada edukacijskog rehabilitatora i/ili logopeda* (f=55, 67.1%) i *psihologa* (f=36, 43.9%). Samo 18-ero stručnjaka (22%) navodi *uslugu pomoćnika u vrtiću.*

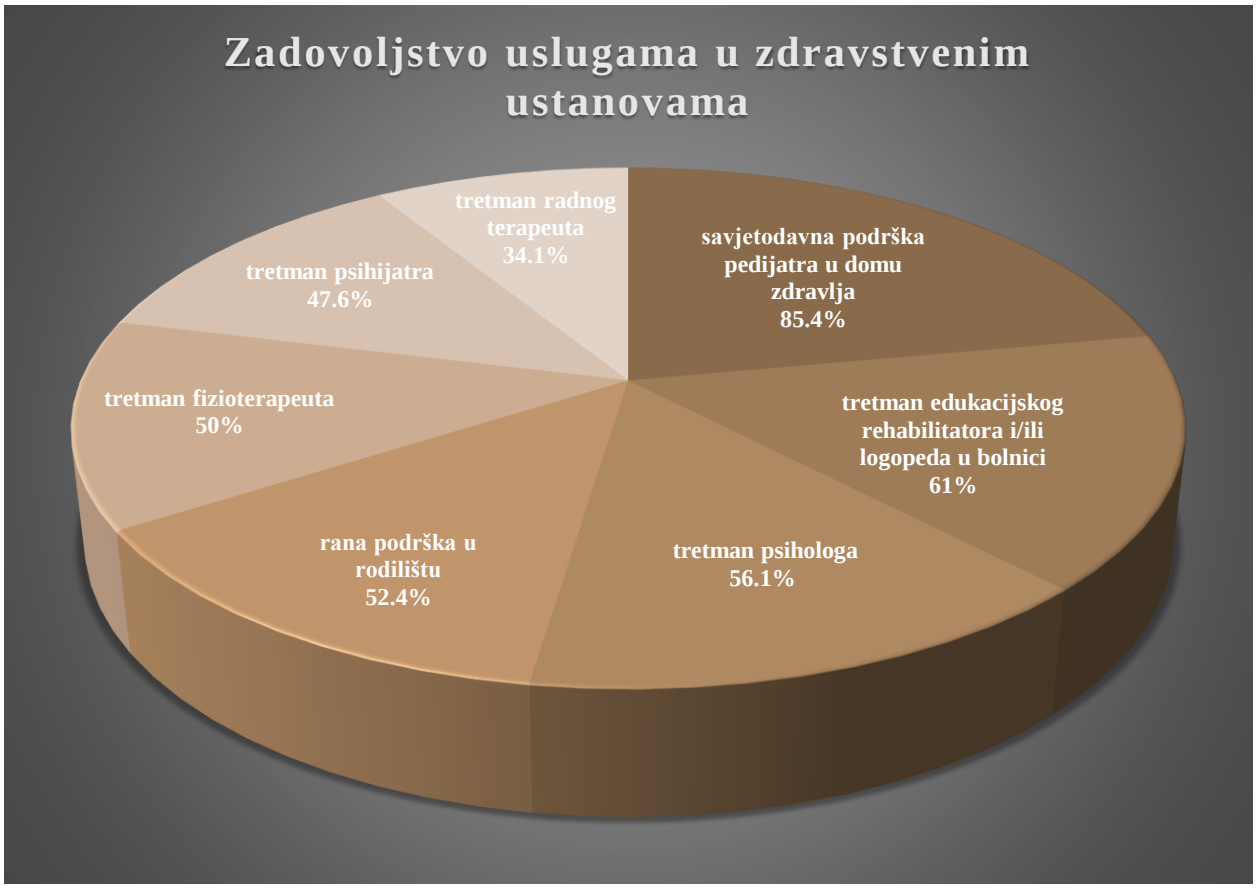
Rezultati pokazuju da je najviše stručnjaka zadovoljno savjetodavnom podrškom odgojitelja i individualnim radom edukacijskog rehabilitatora i/ili logopeda. Ovakav je rezultat i očekivan jer su djeca, koja su uključena u vrtić, svakodnevno u kontaktu s odgojiteljima. Također i u individualnom radu s edukacijskim rehabilitatorom i logopedom prema dogovoru, ako su spomenuti zaposleni u vrtiću. Sukladno tome, stručnjaci su upoznati s radom stručnjaka iz dječjeg vrtića. Osamnaest stručnjaka navodi uslugu pomoćnika u vrtiću, što je vrlo nizak rezultat, ali primjeri iz prakse govore kako vrlo malo djece s teškoćama u razvoju imaju pomoćnike u vrtiću. Posljednjih godina ova usluga provodi se putem odgojitelja pripravnika ili trećeg odgojitelja. Zadnjih godinu dana vrtići zapošljavaju pomoćnike za njegu, skrb i pratnju kao pomoćnike u vrtiću[34].

Prethodni rezultati o zadovoljstvu roditelja uslugama rane podrške iz različitih sustava pokazali su slične rezultate. Najviše roditelja i stručnjaka zadovoljno je uslugama uključivanja djece s teškoćama u razvoju te savjetodavnom podrškom odgojitelja. Roditelji su zadovoljniji savjetodavnom podrškom edukacijskog rehabilitatora (59,9%), nego psihologa (42,8%), dok je rezultat kod stručnjaka obrnut. Rezultati se slažu i kod odabira usluge individualnog rada edukacijskog rehabilitatora i/ili logopeda te psihologa. Također obje skupine sudionika najmanje izdvajaju uslugu pomoćnik u vrtiću (Slika 28).

Navedeno se može povezati i s tim u kojoj mjeri stručnjaci poznaju navedene usluge pa ako poznaju i upućuju roditelje u usluge, mogu i izraziti svoje zadovoljstvo, odnosno nezadovoljstvo uslugama.

---

[34] Dječji vrtić Ivana Brlić Mažuranić Slavonski Brod (25.8.2021). https://www.djecji-vrtici-sb.hr/index.php/natjecaji/1311-natjecaj-za-prijem-u-radni-odnos-radnika-62/



Slika 33. *Zadovoljstva stručnjaka uslugama u zdravstvenim ustanovama*

Prema Slici 33 vidljivo je da najviše stručnjaka iskazalo zadovoljstvo *savjetodavnom podrškom pedijatra u domu zdravlja* (f=70, 85.4%), potom *tretmanom edukacijskog rehabilitatora i/ili logopeda* (f=50, 61%), *tretmanom psihologa* (f=46, 56.1%), *ranom podrškom u rodilištu* (f=43, 52.4%), *tretmanom fizioterapeuta* (f=41, 50%), *tretmanom psihijatra* (f=39, 47.6%), *tretmanom radnog terapeuta* (f=28, 34.1%). Liječnici u primarnoj zdravstvenoj zaštiti imaju posebnu odgovornost jer prate djecu rane i predškolske dobi. Prvi uočavaju razvojna odstupanja, otkrivaju zdravstvena ili socijalna stanja koja ih mogu prouzročiti ili dobivaju informaciju od roditelja o zabrinjavajućim osobitostima u razvoju djeteta. Pedijatri ili liječnici obiteljske medicine, upućuju dijete u daljnju sveobuhvatnu dijagnostiku i, paralelno s tim, u sustav usluga rane podrške za dijete i roditelje (Hurid, bez dat)[35].

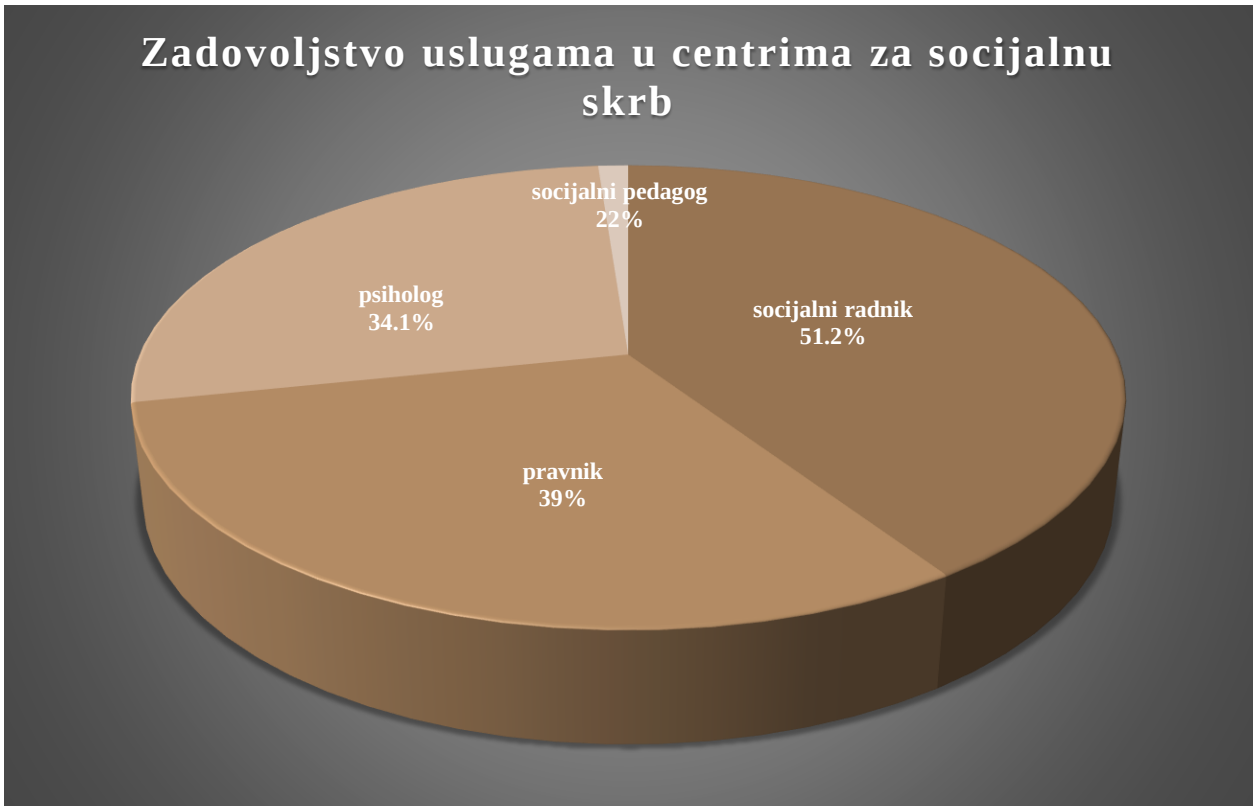
[35] HURID (bez.dat.). https://hurid.hr/rana-intervencija-u-djetinjstvu/

Na rezultate može ukazivati činjenica koliko su stručnjaci upoznati s djelokrugom ostalih stručnjaka, jer su sustručnjaci kao edukacijski rehabilitatori, logopedi, psiholozi i radni terapeuti zaposleni u vrlo malom broju u zdravstvenim ustanovama. U zdravstvenim ustanovama premalo je zaposlenih stručnjaka koji se bave ranom intervencijom pa su tako u općoj bolnici u Slavonskom Brodu i Puli zaposlena po dva logopeda i psihologa. Jedan edukacijski rehabilitator zaposlen je u Općoj bolnici u Slavonskom Brodu, a od 2018. godine u Specijalnoj bolnici za ortopediju i rehabilitaciju u Rovinju osnovan je Centar za ranu intervenciju u djetinjstvu, u čijem timu sudjeluju neonatolog, edukacijski rehabilitator, psiholog i logoped[36]

Također, u Općoj bolnici Slavonski Brod zaposlen je jedan radni terapeut na mjestu fizioterapeuta koji radi s djecom rane i predškolske dobi te jedan radni terapeut u Poliklinici Zlatni Cekin, što upućuje na vrlo mali broj tih zaposlenih stručnjaka. Također, s populacijom djece s teškoćama u razvoju na razini bolnice radi samo jedan psihijatar, a budući da je tek od 2012. godine uvedena specijalizacija iz dječje psihijatrije (Hurid, 2019), pitanje je koliko je taj profil liječnika educiran u vezi rane intervencije i djece s teškoćama u razvoju.

O kvaliteti zdravstvenih usluga ovisi opće zdravstveno stanje, razvoj i dobrobit djeteta, a odgovarajuća zdravstvena skrb prevenira nastanak, smanjuje obim ili poboljšava funkcionalne sposobnosti djece s teškoćama u razvoju.

[36] Specijalna bolnica za ortopediju i rehabilitaciju Rovinj. https://www.bolnica-rovinj.hr/index.php/o-nama/tim-za-ranu-intervenciju/



Slika 34. *Zadovoljstva stručnjaka uslugama u centrima za socijalnu skrb*

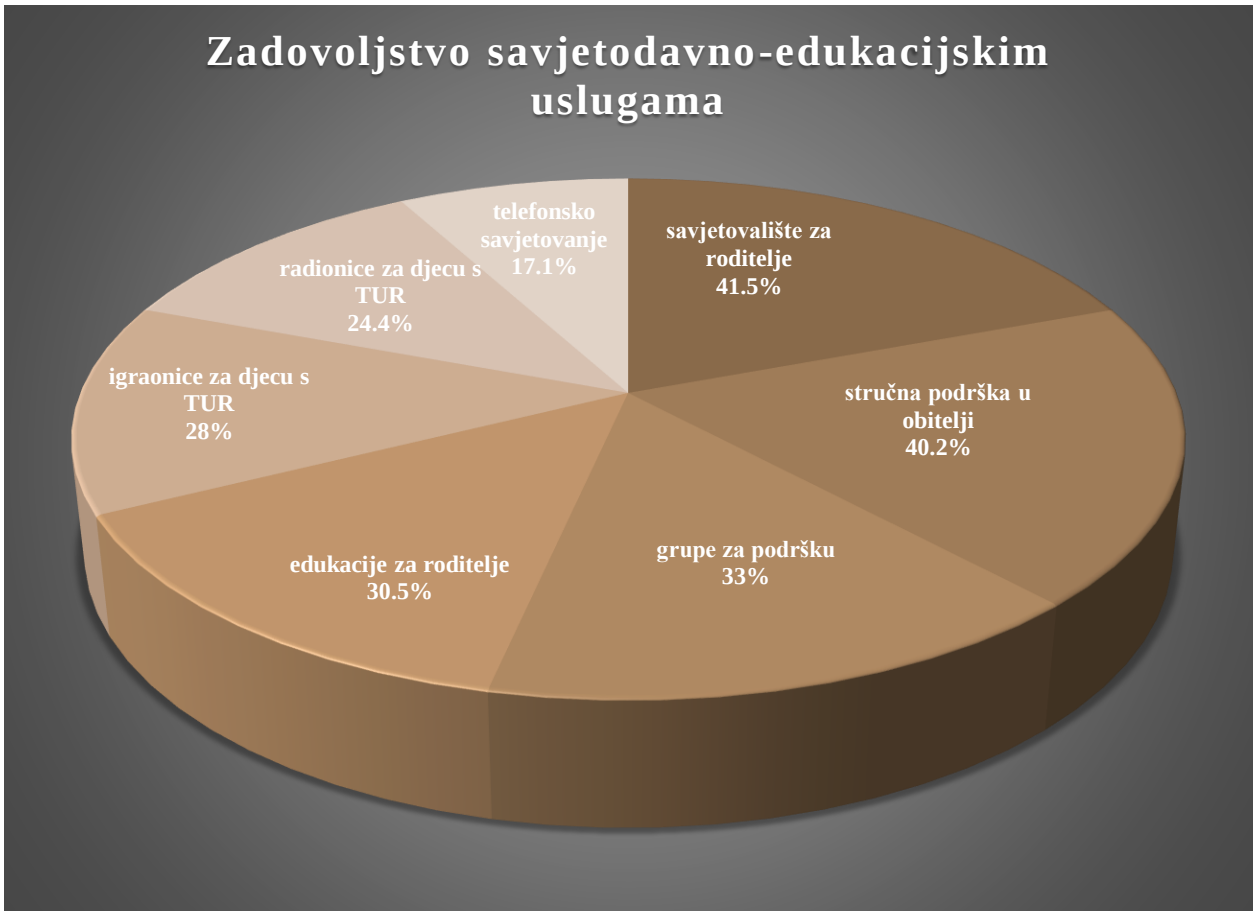
Najviše stručnjaka iskazalo je zadovoljstvo radom *socijalnog radnika* (f=42, 51.2%), zatim *pravnika* (f=32, 39%), *psihologa* (f=28, 34.1%) pa *socijalnog pedagoga* (f=18, 22%) iz centara za socijalnu skrb. Najviše stručnjaka navodi svoje zadovoljstvo uslugama koje pruža socijalni radnik. Upravo je socijalni radnik stručnjak koji ima ključnu ulogu informiranja roditelja o pravima i uslugama koje dijete s teškoćama u razvoju i njegova obitelj može i treba ostvariti. Također rad socijalnog radnika podrazumijeva savjetovanje u vezi ostvarivanja prava na formalnu podršku (Filipaj i Buljevac, 2021).

No, istraživanja pokazuju kako sami socijalni radnici izvještavaju o mnogim profesionalnim izazovima s kojima se susreću u svome radu (Middleton, 1998; Sivrić i Leutar, 2010; Vuksan Perović, 2013), što se može vidjeti i u nedavnim tragičnim događajima u Hrvatskoj koji upravo u fokus stavljaju izazove s kojima se susreću socijalni radnici.

Sivrić i Leutar (2010) navode da su socijalni radnici u svom radu ograničeni zakonskim odredbama, jer je zakonski sustav često rigidan i nije prilagođen stvarnim situacijama što otežava podršku korisnicima. Otežanu okolnost predstavlja spor i neučinkovit pravni sustav. Veliki problemi na koje nailaze socijalni radnici su loša komunikacija s državnim ustanovama, neodgovarajući uvjeti

rada, preveliki broj korisnika i radna preopterećenost, teškoće u suradnji s lokalnom zajednicom, financijski problemi, nedostatak kvalitetnih edukacija i cjeloživotnog obrazovanja. Prema Middleton (1998) i Vuksan Perović (2013) socijalni radnici ističu da je socijalni rad puno više birokratska aktivnost, nego savjetovani rad s obitelji. Također smatraju da su, kao i roditelji, zbunjeni što sve pripada u njihovoj nadležnosti zbog stalnih pomicanja granica u kompetencijama i nadležnostima različitih profesija.

Roditelji svoje nezadovoljstvo sustavom često prenose na socijalne radnike, opravdavajući to činjenicom da nisu pravovremeno informirani o svojim pravima pa su prisiljeni sami potražiti podršku i usluge rane podrške za dijete. Roditelji često ne žele da je dijete evidentirano u sustavu socijalne skrbi (Filipaj i Buljevac, 2021) zbog bojazni od etiketiranja, a to se događa zbog nedovoljne informiranosti roditelja o njihovim pravima.



Slika 35. *Zadovoljstvo stručnjaka savjetodavno-edukacijskim uslugama*

Najviše je stručnjaka iskazalo zadovoljstvo *savjetovalištem za roditelje* (f=34, 41.5%) i *stručnom podrškom u obitelji* (f=33, 40.2%), zatim *grupama za podršku* (f=27, 33%), *edukacijama za roditelje* (f=25, 30.5%), *igraonicama* (f=23, 28%), *radionicama za djecu s teškoćama u razvoju* (f=20, 24.4%) i *telefonskim savjetovanjem* (f=14, 17.1%)

Sve se više pridaje pažnja savjetodavnom radu s roditeljima. Nevladine organizacije koje provode programe usluga rane podrške za djecu s teškoćama u razvoju u sklopu svoga rada imaju i savjetovališta za roditelje. U Brodsko-posavskoj županiji te se usluge provode u centru Logos, udruzi Točkica te Psihološko-edukativnom centru Razvoj.

U Istarskoj županiji savjetovalište provodi Dnevni centar Veruda te Obiteljski centar Istarske županije, koji od 2015. godine djeluje pod nazivom Centar za socijalnu skrb Pazin.

5.2.2.2. *Rezultati interkorelacije i regresijskih analiza o predviđanju zadovoljstva stručnjaka uslugama rane podrške s obzirom na sociodemografska obilježja, samoprocjenu educiranosti za rad s djecom s teškoćama u razvoju i samoprocjenu znanja o djeci s teškoćama u razvoju*

U ovoj analizi konstrukt zadovoljstvo je promatran kao tri varijable: zadovoljstvo kao omjer informiranosti i zadovoljstva stručnjaka uslugama rane podrške, zadovoljstvo profesionalnom ulogom te zadovoljstvo pruženom podrškom roditeljima.

Prije provođenja regresijske analize između potencijalnih prediktora i kriterija zadovoljstva uslugama rane podrške, utvrđivane su povezanosti između zadovoljstva stručnjaka i sociodemografskih obilježja te samoprocjene educiranosti za rad s djecom s teškoćama u razvoju i samoprocjena znanja o djeci s teškoćama u razvoju. U Tablici 50 prikazani su statistički značajni rezultati.

Tablica 50. *Povezanost zadovoljstva (zadovoljstvo kao omjer informiranosti i zadovoljstva, zadovoljstvo profesionalnom ulogom te zadovoljstvo pruženom podrškom) te samoprocjene educiranosti za rad s djecom s teškoćama u razvoju i samoprocjene znanja stručnjaka o djeci s teškoćama u razvoju): Pearsonov koeficijent korelacije*

	Zadovoljstvo kao omjer informiranosti i zadovoljstva	Zadovoljstvo profesionalnom ulogom	Zadovoljstvo pruženom podrškom	Samoprocjena educiranosti za rad s djecom s TUR
Zadovoljstvo profesionalnom ulogom	-.09			
Zadovoljstvo pruženom podrškom	.09	.65**		
Samoprocjena educiranosti za rad s djecom s TUR	.14	.38**	.22*	
Samoprocjena znanja o djeci s TUR	.01	.47**	.34**	.53**

Napomena: *p<.05 **p<.01

Iz Tablice 50 vidljivo je da postoji statistički značajna, visoka povezanost između zadovoljstva pruženom podrškom i zadovoljstva profesionalnom ulogom *(r = .65, p < .01)*, što znači da su stručnjaci, koji su zadovoljniji pruženom podrškom, zadovoljniji svojom profesionalnom ulogom.

Također, postoji statistički značajna, ali niska povezanost između samoprocjene educiranosti za rad *(r = .38, p < .01)* i umjerena povezanost samoprocjene znanja o djeci s teškoćama u razvoju

(r = .47, p < .01) sa zadovoljstvom profesionalnom ulogom. Stručnjaci koji imaju višu samoprocjenu o educiranosti i višu samoprocjenu o znanju, imaju veće zadovoljstvo svojom profesionalnom ulogom.

Također, postoji statistički značajna, ali niska povezanost samoprocjene znanja stručnjaka *(r = .34, p < .01)* i samoprocjene educiranosti stručnjaka s pruženom podrškom *(r = .22, p < .01).* Stručnjaci koji su educiraniji i svoje znanje procjenjuju kao više, zadovoljniji su podrškom koju pružaju.

Kao što je prije navedeno u prethodnim rezultatima, postoji umjerena povezanost samoprocjene znanja i samoprocjene educiranosti (Tablica 47).

Stručnjaci koji su više educirani, imaju i više znanja te ovo istraživanje pokazuje kako su samoprocjena educiranosti i znanja povezani s većim zadovoljstvom profesionalnom ulogom i zadovoljstvo pruženom podrškom. Daljnja istraživanja mogla bi se usmjeriti na ispitivanje zadovoljstva stručnjaka u odnosu na određena područja znanja o djeci s teškoćama u razvoju (prepoznavanje određene vrste teškoće kod djeteta, rad s djetetom s određenom vrstom teškoća, prilagodba rada u odnosu na teškoću djeteta i slično).

Istraživanje Validžić Požgaj (2018), koje se bavilo procjenom kompetencija stručnjaka iz područja rane intervencije od strane samih stručnjaka i roditelja korisnika usluga, pokazuje da su obje skupine sudionika najslabije procijenile kompetencije stručnjaka u domeni znanja o razvoju i potrebama obitelji. Također, rezultati govore da stručnjaci s više profesionalnog iskustva imali su pozitivnije samoprocjene u domenama - Znanja o razvoju i potrebama djeteta.

Tablica 51 prikazuje rezultate regresijske analize zadovoljstva stručnjaka uslugama rane podrške s obzirom na sociodemografska obilježja, samoprocjenu educiranosti za rad s djecom s teškoćama u razvoju i samoprocjenu znanja o djeci s teškoćama u razvoju, pri čemu je zadovoljstvo stručnjaka (omjer informiranosti i zadovoljstva stručnjaka) kriterijska varijabla, a sociodemografska obilježja, samoprocjena znanja i samoprocjena educiranosti su prediktorske varijable.

Tablica 51. *Zadovoljstvo stručnjaka (omjer informiranosti i zadovoljstva stručnjaka) uslugama rane podrške s obzirom na sociodemografska obilježja, samoprocjenu educiranosti za rad s djecom s teškoćama u razvoju i samoprocjenu znanja o djeci s teškoćama u razvoju: Regresijska analiza*

Prediktori	B	SE B	ß	R^2
Radni staž na trenutnom radnom mjestu	-.03	-.08	-.08	
Struka*	.17	.13	.13	
Samoprocjena educiranosti za rad s djecom s TUR	.27	.20	.20	.05
Samoprocjena znanja o djeci s TUR	-.05	-.08	-.08	
Županija zaposlenja	-.11	-.09	-.09	

Napomena: N=76, *p<.05 **p<.01
*Struka - liječnici i ostali sustručnjaci (edukacijski rehabilitatori, logopedi, socijalni radnici, psiholozi, pravnici, pedagozi, zdravstveni voditelji vrtića)
Legenda: B – nestandardizirani koeficijent, SE B – pogreška nestandardiziranog koeficijenta, ß -standardizirani beta koeficijent, R^2 - koeficijent multiple determinacije

Tablica 51 pokazuje rezultate predviđanja zadovoljstva stručnjaka (*omjer informiranosti i zadovoljstva stručnjaka*) na osnovu radnog staža na trenutnom radnom mjestu, struke, samoprocjene educiranosti za rad s djecom s teškoćama u razvoju, samoprocjene znanja o djeci s teškoćama u razvoju i županije zaposlenja. Rezultati pokazuju da navedeno nisu prediktori zadovoljstva stručnjaka, kao omjera informiranosti i zadovoljstva stručnjaka.

Slijede rezultati regresijske analize o zadovoljstvu stručnjaka svojom profesionalnom ulogom prikazani u Tablici 52.

Tablica 52. *Zadovoljstvo profesionalnom ulogom s obzirom na sociodemografska obilježja, samoprocjenu educiranosti za rad s djecom s teškoćama u razvoju i samoprocjenu znanja o djeci s teškoćama u razvoju: Regresijska analiza*

Prediktori	B	SE B	ß	R^2
Radni staž na trenutnom radnom mjestu	.38	.35	.12	
Struka*	-.37	1.10	-.04	
Samoprocjena educiranosti za rad s djecom s TUR	2.21	1.32	.20	.28**
Samoprocjena znanja o djeci s TUR	1.77	.58	.37**	
Županija zaposlenja	.82	1.10	.08	

Napomena: N=75, *p<.05 **p<.01
*Struka - liječnici i ostali sustručnjaci (edukacijski rehabilitatori, logopedi, socijalni radnici, psiholozi, pravnici, pedagozi, zdravstveni voditelji vrtića)
Legenda: B – nestandardizirani koeficijent, SE B – pogreška nestandardiziranog koeficijenta, ß -standardizirani beta koeficijent, R^2 - koeficijent multiple determinacije

Tablica 52 pokazuje rezultate predviđanja zadovoljstva profesionalnom ulogom na osnovu radnog staža na trenutnom radnom mjestu, struke, samoprocjene educiranosti za rad s djecom s teškoćama u razvoju, samoprocjene znanja o djeci s teškoćama u razvoju i županije zaposlenja. Rezultati su pokazali da je jedino samoprocjena znanja o djeci s teškoćama u razvoju značajni pozitivni prediktor zadovoljstva profesionalnom ulogom stručnjaka *(β = .37, p < .01)*.
Rezultati ukazuju kako se na temelju navedenih prediktora može objasniti ukupno 28% varijance zadovoljstva profesionalnom ulogom. Stručnjaci koji samoprocjenjuju svoje znanje kao veće, zadovoljniji su svojom profesionalnom ulogom (Tablica 50).

Zadovoljstvo profesionalnom ulogom može se promatrati kroz kontekst zadovoljstva poslom, koje je definirano kao ugodno emocionalno stanje povezano s procjenom posla pojedinca i afektivnim reakcijama na posao te stavovima prema poslu (Platsidou, 2010). Mnogobrojni faktori utječu na zadovoljstvo poslom, djeluju interaktivno i mijenjaju se ovisno o pojedincu kao što je radna situacija, karakteristike organizacije, odnos s nadređenima i slično. Zaposlenici mogu biti zadovoljni samo suradnjom sa suradnicima i međusobnim odnosima, a nezadovoljni drugim područjem, kao što je plaća ili mjesto rada (Žužić i Miljković Krečar, 2014). Zadovoljstvo poslom smatra se važnim faktorom osiguravanja kvalitete usluga. Osobna uvjerenja i vjerovanje pojedinca imaju važnu ulogu u procjeni faktora i doživljaju zadovoljstva poslom. Shodno tome, Kabeel i Eisa (2017) smatraju profesionalni identitet kao jedan od faktora koji će uvijek djelovati na procjenu zadovoljstva poslom. Definicija profesionalnog identiteta podrazumijeva doživljaj sebe i vlastite uloge u nekoj profesiji (Kabeel i Eisa, 2017). Zadovoljstvo poslom je stav koji zaposlenici oblikuju o svom poslu tako što uspoređuju svoje osjećaje, vjerovanja i ponašanja (Weiss, 2002; *prema* Platsidou, 2010).

Puno čimbenika očito utječe na višu razinu zadovoljstva profesionalnom ulogom, a u ovom istraživanju upravo se samoprocjena znanja pokazala jednim od tih čimbenika.

Slijede rezultati regresijske analize o zadovoljstvu pruženom podrškom od strane stručnjaka prikazani u Tablici 53.

Tablica 53. *Zadovoljstvo pruženom podrškom s obzirom na sociodemografska obilježja, samoprocjenu educiranosti za rad s djecom s teškoćama u razvoju i samoprocjenu znanja o djeci s teškoćama u razvoju: Regresijska analiza*

Prediktori	B	SE B	ß	R^2
Radni staž na trenutnom radnom mjestu	.47	.38	.14	
Struka*	.59	1.20	.06	
Samoprocjena educiranosti za rad s djecom s TUR	.44	1.43	.04	.14
Samoprocjena znanja o djeci s TUR	1.39	.63	.29*	
Županija zaposlenja	.23	1.20	.02	

Napomena: N=75, *p<.05 **p<.01
*Struka - liječnici i ostali sustručnjaci (edukacijski rehabilitatori, logopedi, socijalni radnici, psiholozi, pravnici, pedagozi, zdravstveni voditelji vrtića)
Legenda: B – nestandardizirani koeficijent, SE B – pogreška nestandardiziranog koeficijenta, ß -standardizirani beta koeficijent, R^2 - koeficijent multiple determinacije

Tablica 53 pokazuje rezultate predviđanja zadovoljstva stručnjaka pruženom podrškom roditeljima na osnovu radnog staža na trenutnom radnom mjestu, struke, samoprocjene educiranosti za rad s djecom s teškoćama u razvoju, samoprocjene znanja o djeci s teškoćama u razvoju i županije zaposlenja. Rezultati su pokazali da je jedino samoprocjena znanja o djeci s teškoćama u razvoju značajni pozitivni prediktor zadovoljstva stručnjaka pruženom podrškom roditeljima *(β = .29, p < .05)*. Na temelju navedenih prediktora može se objasniti ukupno 14% varijance zadovoljstva profesionalnom ulogom. Stručnjaci koji samoprocjenjuju svoje znanje kao veće, zadovoljniji su pruženom podrškom roditeljima (Tablica 50).

Budući da postoji vrlo malo istraživanja o zadovoljstvu stručnjaka uslugama rane podrške, u daljnjem pregledu objasnit će se odnos između roditelja i stručnjaka. Jedna od čestica varijable zadovoljstvo podrškom je i čestica zadovoljstvo odnosom s roditeljima i djecom.

Ako roditelji i stručnjaci ostvaruju kvalitetan odnos, razumljivo je da će podrška biti kvalitetnija te će obje strane biti zadovoljnije. Potrebna je i uspješna realizacija sustava usluga rane podrške te su rezultati sljedeći.

Za uspješnu realizaciju sustava usluga rane podrške 65,8% roditelja smatra da treba *razvijati usluge u zajednici*, 64,5% *učinkoviti pravni sustav*, 46,7% *povećanje koordiniranosti i suradnje između stručnjaka*, 45,4% *educiranje stručnjaka*, 44,1% *financijsku potporu*, a 31% roditelja smatra da treba *poboljšati suradnju između davatelja i primatelja usluga* (Tablica 40). Slično navode i Milić Babić i suradnice (2013) kako roditelji, kao važno područje za uspješnost rane intervencije, navode suradnički odnos stručnjaka i obitelji. Odnosi između roditelja i stručnjaka ključni su čimbenici zadovoljstva uslugama rane podrške što potvrđuju i studije koje su se bavile istraživanjem o uslugama zdravstvene zaštite na intenzivnim neonatalnim jedinicama jer roditelji trebaju informacije o stanju svog djeteta, kontinuitet i dostupnost usluga, stručnjake koji slušaju njihove potrebe, što potvrđuju i mnogobrojni autori (Jenkinson i sur., 2013; Martin i sur., 2016).

U ovom istraživanju stručnjaci su također navodili što smatraju da je potrebno za kvalitetno pružanje usluga te navode sljedeće: *kvalitetan odnos stručnjaka i roditelja* (91,5%), *educiranost stručnjaka* (69,5%), *redovite kontrole i termini* (68,3%), *razumljivost informacija* (63,4%), *kvalitetan odnos između stručnjaka* (52,4%), *dostupnost stručnjaka* (2,4%), *umreženost stručnjaka i ustanova* (1,2%), *motiviranost stručnjaka i roditelja* (1,2%), *podrška okoline* (1,2%).

Stručnjaci kao najvažniju stavku ističu kvalitetan odnos stručnjaka i roditelja. Taj odnos treba biti ravnopravan, uz međusobno poštivanje, uvažavanje mišljenja, stavova i osjećaja. Cilj je uspostaviti pozitivan i dugotrajan odnos, s obzirom da suradnja traje više godina (Sebald i Lucker, 2007).

Rezultati o zadovoljstvu stručnjaka govore da je najviše stručnjaka zadovoljno uslugama savjetodavne podrške pedijatra iz doma zdravlja i uključivanjem djece s teškoćama u dječji vrtić. Rezultati su pokazali da su stručnjaci, koji imaju više znanja o djeci s teškoćama u razvoju, zadovoljniji svojom profesionalnom ulogom i podrškom koju pružaju roditeljima djece s teškoćama u razvoju.

5.2.3. OČEKIVANJA STRUČNJAKA OD USLUGA RANE PODRŠKE

5.2.3.1. *Deskriptivni podatci o očekivanjima stručnjaka od usluga rane podrške*

Sedmi cilj istraživanja bio je ispitati očekivanja stručnjaka o doprinosu roditelja, sustručnjaka, institucija i aktera socijalne politike kvaliteti provedbe usluga rane podrške. U nastavku slijede deskriptivni podatci.

Stručnjaci su u ovom istraživanju navodili svoja očekivanja od strane samih roditelja, sustručnjaka, institucija i aktera socijalne politike.

Tablica 54 prikazuje tko sve treba osiguravati usluge rane podrške iz perspektive stručnjaka.

Tablica 54. *Osiguravatelji usluga rane podrške prema očekivanjima stručnjaka (N=82)*

OSIGURAVATELJI USLUGE PODRŠKE	f	%
Država	73	89,0
Regionalna i lokalna zajednica	73	89,0
Neprofitne organizacije	41	50,0
Privatni pružatelji	19	23,2

Stručnjaci su u ovom istraživanju navodili koji sustavi trebaju osigurati usluge rane podrške te je, od 82 stručnjaka, njih 73-oje (89%) odgovorilo da su to država te regionalna i lokalna zajednica. Četrdeset i jedan stručnjak (50%) odgovorio je da smatra da su to nevladine organizacije, a samo je 19-ero (23,2%) stručnjaka odgovorilo da to trebaju biti privatni pružatelji usluga. Većina stručnjaka smatra da država i regionalna zajednica treba osigurati usluge rane podrške roditeljima i djeci s teškoćama u razvoju.

Slijedi prikaz očekivanja stručnjaka o doprinosu roditelja, sustručnjaka, institucija i aktera socijalne politike kvaliteti provedbe usluga rane podrške (od Tablice 55 od Tablice 58).

Stručnjaci su navodili što roditelji mogu ponuditi kako bi usluge rane podrške bile kvalitetnije. Od šest ponuđenih odgovora (*otvorena komunikacija, odnos temeljen na povjerenju i poštenju, realna očekivanja, poštivanje dogovorenih termina susreta, suradnja sa stručnjacima u svrhu postizanja napretka djeteta, motiviranost za suradnju i rad s djetetom),* stručnjaci su trebali izabrati tri odgovora te ih označiti brojkama od 1 do 3, pri čemu brojka 1 predstavlja najvažnije, a

brojka 3 najmanje važno očekivanje. Daljnjom analizom svakom prvorangiranom odgovoru dodana je vrijednost tri, drugorangiranom vrijednost dva, trećerangiranom vrijednost jedan. Temeljem toga dobivene su ukupne vrijednosti što je prikazano u Tablici 55.

Tablica 55. *Očekivanja stručnjaka o poboljšanju usluga rane podrške od strane roditelja*

Očekivanja stručnjaka o poboljšanju usluga rane podrške od strane roditelja	Vrijednost
Suradnja sa stručnjacima	110
Realna očekivanja	101
Odnos temeljen na povjerenju i poštenju	96
Motiviranost za suradnju i rad	89
Otvorena komunikacija	67
Poštivanje dogovorenih termina susreta	28

Iz rezultata je vidljivo da je stručnjacima najvažnija *suradnja roditelja sa stručnjacima u svrhu napretka djeteta*, a najmanje *poštivanje dogovorenih termina* za poboljšanje usluga rane podrške. Za napredak djeteta vrlo je važna suradnja između roditelja i stručnjaka različitih profila iz područja odgoja i obrazovanja, zdravstva i socijalne skrbi.

Peck i suradnici (2015) utvrdili su u kojoj su mjeri zadovoljene emocionalne potrebe obitelji i stručnjaka tijekom kućnih posjeta stručnjaka te koji su čimbenici doprinijeli ili utjecali na međusobno pružanje emocionalne podrške. Izražena je potreba za emocionalnom podrškom u vezi osjećaja nade u djetetov napredak, osjećaja žurnosti u smislu pravovremenog započinjanja s uslugama rane podrške, stresa koji proizlazi iz složenih izazova s kojima se suočavaju obitelji djece s teškoćama u razvoju te osjećaja preopterećenja kod stručnjaka. Emocionalna podrška potrebna je i roditeljima i stručnjacima. Roditeljima kako bi se potakla ravnopravna uključenost u donošenje odluka i zadovoljavanje djetetovih potreba, a stručnjacima kako bi ojačali i istaknuli svoje vještine te odgovorili na svoje emocionalne potrebe te emocionalne potrebe obitelji (Peck i sur., 2015).

Partnerstvo roditelja i stručnjaka treba se temeljiti na uvažavanju različitosti i toleranciji, odnosno na kvalitetnoj komunikaciji koja vodi ostvarivanju zajedničkih ciljeva (Burcar, 2005). Sušanj Gregorović (2017) ističe kako su roditelji i odgojitelji najvažnije osobe u djetetovu životu pa je važna međusobna suradnja jer odgojitelji svojim stručnim znanjem mogu savjetovati roditelje, dok roditelji mogu prenijeti odgojiteljima vrlo korisne informacije o djetetovim navikama, jakim stranama, slabostima, potrebama te na temelju tih informacija i praćenja djeteta, mogu osigurati najbolji uvjeti za njegov razvoj, a time i pružanje kvalitetnih usluga rane podrške.

Purcell i sur., (2007) su u kvalitativnoj studiji predškolskih inkluzivnih programa utvrdili da su suradnički odnosi izuzetno važno područje. Svi sudionici izvijestili su da su surađivali s pojedinim stručnjakom, grupom stručnjaka i agencijama koje osiguravaju podršku djeci s teškoćama u razvoju. Conderman i Johnston-Rodriguez (2009) navode kako odgojitelji i edukacijski rehabilitatori međusobno surađuju u vezi djetetovih potreba, rješavanja problema, demonstracije tehnika, vode i sudjeluju u stručnom usavršavanju, dijele izvore podrške i povezuju se s ostalim stručnjacima. Upravo je ta suradnja važna komponenta uspješnih inkluzivnih programa (Odom i Diamond, 1998).

Popa i suradnici (2012) navode da su roditelji uglavnom spremni aktivno sudjelovati u ranom poticanju djetetovog razvoja, ali je stručnjak najodgovorniji za napredak djeteta (posebno ako dijete ne napreduje), odnosno roditelji još uvijek nisu dovoljno upoznati sa zadaćama i mogućnostima stručnjaka niti znaju uspostaviti suradnju sa stručnjacima.

Stručnjaci su navodili što drugi stručnjaci mogu ponuditi kako bi usluge rane podrške bile kvalitetnije. Od 12 ponuđenih odgovora (*otvorena komunikacija, odnos temeljen na povjerenju i poštenju, suosjećanje, realna očekivanja, informacije razumljive roditeljima, pružanje pravodobnih informacija o rođenju i napretku djeteta, pružanje podrške i uvažavanje roditelja, više edukativnih radionica o pružanju odgovarajuće skrbi za dijete, bolja informiranost o uslugama podrške i pravima djece s teškoćama u razvoju, kvalitetnija komunikaciju sa stručnjacima iz različitih sustava, suradnja između stručnjaka zbog kvalitetnijeg rada s djetetom, brošure za roditelje, stručne emisije, edukativni programi, stručni članci u časopisima,)* stručnjaci su trebali izabrati tri odgovora te ih označiti brojkama od 1 do 3, pri čemu brojka 1 predstavlja najvažnije, a brojka 3 najmanje važno očekivanje. Daljnjom analizom svakom prvorangiranom odgovoru dodana je vrijednost tri, drugorangiranom vrijednost dva, trećerangiranom vrijednost jedan.

Temeljem toga dobivene su ukupne vrijednosti što je prikazano u Tablici 56.

Tablica 56. *Očekivanja stručnjaka o poboljšanju usluga rane podrške od strane drugih stručnjaka*

Očekivanja o poboljšanju usluga rane podrške od strane drugih stručnjaka	Vrijednost
Razumljive informacije	70
Odnos temeljen na povjerenju i poštenju	63
Bolja informiranost o pravima i uslugama	63
Suradnja između stručnjaka	58
Pružanje pravodobnih informacija	54
Edukativne radionice	50
Kvalitetnija komunikacija sa sustručnjacima iz različitih sustava	36
Pružanje podrške i uvažavanje roditelja	29
Suosjećanje	9
Stručne emisije i članci	5
Brošure za roditelje	3

Iz rezultata je vidljivo da je stručnjacima najvažnije da drugi stručnjaci *pružaju razumljive informacije roditeljima* o njihovom djetetu (dijagnozi, načinu rada, napretku i slično) te podjednako očekuju *odnos temeljen na povjerenju i poštenju* i *bolju informiranost o uslugama podrške i pravima djece s teškoćama u razvoju* kako bi se poboljšale usluge rane podrške. Najmanje od drugih stručnjaka očekuju pripremu stručnih emisija i članaka te brošura za roditelje.

Stručnjaci trebaju informirati roditelje o njihovim pravima i pravima njihove djece, upućivati ih na druge stručnjake, biti senzibilizirani za potrebe roditelja na koje odgovaraju kontinuiranom, podržavajućom i iskrenom komunikacijom, intrinzično motivirani za unaprjeđivanje partnerskih odnosa s ciljem ostvarivanja dobrobiti djeteta, ali i s ciljem unaprjeđenja vlastitih kompetencija (Ljubetić, 2014).

Stručnjaci su navodili što institucije mogu ponuditi kako bi usluge rane podrške bile kvalitetnije. Od sedam ponuđenih odgovora (*pružanje stručne podrške od strane različitih stručnjaka; veće razumijevanje za potrebe djeteta - prednost upisa djeteta s teškoćama u razvoju u predškolsku ustanovu, učestaliji termini pružanja usluga za dijete; veća ponuda savjetovališta za roditelje djece s teškoćama u razvoju u sklopu redovitih pregleda, kod liječnika osigurati suradnju i pregled drugih stručnjaka - prilikom vještačenja ili pregleda za školu djece s teškoćama u razvoju osigurati suradnju s edukacijskim rehabilitatorom i psihologom iz predškolske ustanove u kojoj dijete boravi; osiguravanje stručne podrške u obitelji djeteta, a ne samo u ustanovi kraće vrijeme*

postupka vještačenja; educiranje stručnjaka o novim stručnim i znanstvenim dostignućima u radu s djecom s teškoćama u razvoju), stručnjaci su trebali izabrati tri odgovora te ih označiti brojkama od 1 do 3, pri čemu brojka 1 predstavlja najvažnije, a brojka 3 najmanje važno očekivanje. Daljnjom analizom svakom prvorangiranom odgovoru dodana je vrijednost tri, drugorangiranom vrijednost dva, trećerangiranom vrijednost jedan. Temeljem toga dobivene su ukupne vrijednosti što je prikazano u Tablici 57.

Tablica 57. *Očekivanja stručnjaka o poboljšanje usluga rane podrške od strane ostalih institucija*

Očekivanja o poboljšanju usluga rane podrške od ostalih institucija	Vrijednost
Stručna podrška	153
Ponuda savjetovališta	77
Suradnja i pregled drugih stručnjaka	74
Razumijevanje potreba djeteta	57
Stručna podrška u obitelji	53
Educiranje stručnjaka	49
Kraće vrijeme postupka vještačenja	25

Iz rezultata je vidljivo da je stručnjacima najvažnije da druge institucije omoguće *pružanje stručne podrške od strane različitih stručnjaka*, a najmanje smatraju važnim *skraćivanje vremena postupka vještačenja* kako bi se poboljšale usluge rane podrške.

Stručnjaci smatraju da je za ostvarivanje kvalitetne usluge rane podrške najbitnije pružanje podrške od strane stručnjaka različitih profila. Timskim radom stručnjaci različitih profesionalnih orijentacija svojim znanjem i iskustvom mogu doprinijeti napretku djeteta. Rana podrška treba roditeljima biti pružena iz različitih sustava (odgojno-obrazovnog, zdravstvenog i socijalnog sustava).

Stručnjaci su navodili što akteri socijalne politike mogu ponuditi kako bi usluge rane podrške bile kvalitetnije. Od šest ponuđenih odgovora (*davanje više medijskog prostora stručnjacima (radio emisije, televizijske emisije, natpisi u tisku); dostupnije usluge podrške u mjestu stanovanja; organizirani prijevoz do mjesta pružanja usluga podrške za djecu i roditelje koji nemaju vlastiti automobil; izjednačavanje dostupnosti ustanova, stručnjaka i usluga u velikim urbanim i malim sredinama; kvalitetno organiziran, pravodoban, učinkovit sustav usluga podrške već od samog rođenja djeteta; otvaranje i rad centra za savjetovanje te usmjeravanje i upućivanje roditelja na korištenje usluga podrške),* stručnjaci su trebali izabrati tri odgovora te ih označiti brojkama od 1 do 3, pri čemu brojka 1 predstavlja najvažnije, a brojka 3 najmanje važno

očekivanje. Daljnjom analizom svakom prvorangiranom odgovoru dodana je vrijednost tri, drugorangiranom vrijednost dva, trećerangiranom vrijednost jedan. Temeljem toga dobivene su ukupne vrijednosti što je prikazano u Tablici 58.

Tablica 58. *Očekivanja stručnjaka o poboljšanje usluga rane podrške od aktera socijalne politike*

Očekivanja o poboljšanju usluga rane podrške od aktera socijalne politike	Vrijednost
Sustav usluga podrške od samog rođenja djeteta	138
Izjednačavanje dostupnosti ustanova, stručnjaka i usluga	128
Dostupnije usluge u mjestu stanovanja	109
Centar za savjetovanje	45
Medijski prostor	35
Organizirani prijevoz	28

Iz rezultata je vidljivo da je stručnjacima najvažnije da akteri socijalne politike omoguće *učinkovit sustav usluga podrške već od samog rođenja djeteta* i *izjednačavanje dostupnosti ustanova, stručnjaka i usluga u velikim urbanim i malim sredinama,* a najmanje smatraju važnim *organizirani prijevoz do mjesta pružanja usluga podrške za djecu i roditelje koji nemaju vlastiti automobil* kako bi se poboljšale usluge rane podrške.

Stručnjaci smatraju da je potreban učinkovit sustav usluga rane podrške od samog rođenja djeteta. Proaktivan rad stručnjaka u stvaranju javnih politika poboljšava kvalitetu, dostupnost i održivost sustava usluga rane podrške u lokalnoj zajednici.

Podatci o očekivanju stručnjaka o doprinosu roditelja, sustručnjaka, institucija i aktera socijalne politike kvaliteti provedbe usluga rane podrške donose niz preporuka za poboljšanje usluga rane podrške. Iz rezultata je vidljivo da je stručnjacima najvažnija suradnja roditelja sa stručnjacima u svrhu napretka djeteta, pružanje razumljivih informacija roditeljima o njihovom djetetu (dijagnozi, načinu rada, napretku i slično) od strane stručnjaka te podjednako očekuju odnos temeljen na povjerenju i poštenju te bolju informiranost o uslugama podrške i pravima djece s teškoćama u razvoju. Također, ističu da bi institucije trebale omogućiti pružanje stručne podrške od strane različitih stručnjaka, a od aktera socijalne politike očekuju omogućavanje učinkovitog sustava usluga podrške već od samog rođenja djeteta i izjednačavanje dostupnosti ustanova, stručnjaka i usluga u velikim urbanim i malim sredinama.

6. PREGLED PO ŽUPANIJAMA

6.1. PRIKAZ DESKRIPTIVNIH PODATAKA O USLUGAMA RANE PODRŠKE U BRODSKO-POSAVSKOJ I ISTARSKOJ ŽUPANIJI IZ PERSPEKTIVE RODITELJA

Usluge rane podrške pružaju se u većini dijelova Republike Hrvatske, ali postoje određene regionalne razlike u njihovoj dostupnosti, kvaliteti pružanja, broju stručnjaka i slično.
Za potrebe ovog istraživanja prikazana je situacija o uslugama rane podrške u dvjema županijama s obzirom na njihovu regionalnu razvijenost.
Rezultati istraživanja nisu pokazali razlike između ovih dviju županija te se može reći da regionalna razvijenost Istarske županije ne utječe na veću dostupnost i kvalitetu usluga rane podrške te mogućnost razvijanja samih usluga rane podrške u zajednici, u odnosu na Brodsko-posavsku županiju. Rezultati se mogu sagledati i iz druge perspektive da broj dostupnih usluga može ovisiti i o broju stručnjaka različitih profila koji putem djelovanja nevladinih organizacija unaprjeđuju ponudu usluga rane podrške.

U ovom istraživanju sudjelovala su 104 roditelja iz Brodsko-posavske županije i 48 roditelja iz Istarske županije. Prilikom prikupljanja podataka o uzorku, zainteresiranost za sudjelovanje u istraživanju bila je puno veća, posebno u Istarskoj županiji. Upitnici su podijeljeni putem stručnih službi ustanova i odgojiteljica iz vrtića. Pojedini roditelji nisu se odazvali istraživanju ili su odustali.

Iz Brodsko-posavske županije najviše je sudjelovalo roditelja djece u osmoj godini života (20.6%), a u Istarskoj županiji roditelji djece u petoj i sedmoj godini života (8,8%).

Djeca s teškoćama u razvoju otkrivaju se sve ranije te su rana dijagnostika i rana intervencija iznimno važne. Podatci pokazuju da su kod 30% djece, čiji su roditelji bili uključeni u istraživanje, teškoće otkrivene u dobi do godinu dana, što je trećina djece iz uzorka.

Istraživanje je obuhvatilo 103 djeteta, od toga 72-oje djece (69,9%) iz Brodsko-posavske, a 31 (30,1%) iz Istarske županije.

Od ukupno 42-oje djece kod kojih su otkrivene teškoće do godinu dana života, u Brodsko-posavskoj županiji ih je 31 (73,8%), a u Istarskoj 11-ero (26,2%). Većina teškoća kod ove djece otkrivena je već pri rođenju (f=33, 78.6%). U Brodsko-posavskoj županiji kod 24-ero (72,7%) djece otkrivene su teškoće pri rođenju, a u Istarskoj županiji kod 9-ero (27,3%).

Od sveukupno 28-ero neurorizične djece koja su upućena u daljnje usluge nakon rođenja, 20-ero (71,4%) djece je iz Brodsko-posavske, a osmero (28,6%) iz Istarske županije. S obzirom na veličinu uzorka u pojedinoj županiji, može se reći da je sličan postotak neurorizične djece koja su upućena u daljnje usluge s obzirom na cjelokupni uzorak djece (BPŽ - 27.8% / IŽ – 25.8%).

U Brodsko-posavskoj županiji podjednako su djeca s neurorizikom upućivana u usluge drugih stručnjaka. Nešto veći broj djece je upućen neuropedijatru i neonatologu (7,7%), najmanje edukacijskom rehabilitatoru i socijalnom radniku (1%). U Istarskoj županiji najviše ih je upućeno neuropedijatru (14,6%). S obzirom na županijsku zastupljenost, može se reći je veći postotak djece iz Istarske županije upućen neuropedijatru.

Od 139 roditelja koji primaju formalnu podršku, 91 roditelj je iz Brodsko-posavske županije (65,5%), a njih 48 (34,5%) je iz Istarske županije. Gledajući uzorak iz svake županije podatci govore da svi roditelji iz Istarske županije primaju formalnu podršku, a iz Brodsko-posavske županije njih 87,5%. Od 69 roditelja koji primaju neformalnu podršku, njih 49 (71,0%) je iz Brodsko-posavske županije, a 20 (29%) iz Istarske županije.

Dvanaest roditelja iskazalo je da ne primaju podršku te su svi roditelji iz Brodsko-posavske županije, što iznosi 7,9% roditelja od ukupnog uzorka roditelja, a 11,5% od uzorka roditelja iz Brodsko-posavske županije.

Podrška i informiranje ovisi i o njihovom načinu pružanja kako bi roditelji bili kompetentniji u svojoj roditeljskoj ulozi te se nosili sa životnim situacijama koje su pred njima.

Roditeljima iz obje županije najvažniji je izravan posjet stručnjaku (BPŽ - 65,2% / IŽ – 34,8%). S obzirom na županijsku zastupljenost, skoro je svim roditeljima iz Istarske županije najvažniji posjet stručnjaku (83,3%). Posjet stručnjaku izvan lokalne zajednice naveo je samo jedan roditelj iz Brodsko-posavske županije. Roditelji su, kao najrjeđi način informiranja, naveli informiranje putem edukacija (oba sudionika su iz Brodsko-posavske županije), informiranje putem usluga vrtića (po jedan sudionik u svakoj od županija) i informiranje putem nevladinih organizacija (oba sudionika iz Istarske županije).

Svrha pružanja podrške roditeljima jačanje je roditeljskih kompetencija kako bi omogućili djetetu optimalne uvjete za njegov razvoj pa se to i očekuje od neformalne i formalne podrške.

Roditelji od neformalne podrške (podrška od strane prijatelja, susjeda, kolega) najviše očekuju savjet u vezi rješavanja problema (BPŽ – 69% / IŽ – 31%). S obzirom na županijsku zastupljenost, većina roditelja iz Brodsko-posavske (90,4%) i Istarske županije (87,5%) očekuju savjet. Roditelji od neformalne podrške najmanje očekuju materijalnu potporu.

Roditelji od formalne podrške najviše očekuju dobivanje pravovremene dijagnoze za svoje dijete (BPŽ – 67,8% / IŽ – 32,2%). S obzirom na županijsku zastupljenost, pravovremenu dijagnozu očekuje 75% roditelja iz Brodsko-posavske županije i 77% iz Istarske. Najmanje očekuju informiranje i educiranje o prepoznavanje djetetovih potreba (f=36), a s obzirom na subuzorak, 21,1% roditelja je iz Brodsko-posavske, a 29,2% iz Istarske županije.

Roditeljima su vrlo važne pravovremene i točne informacije kako bi znali što se događa s njihovim djetetom. Ako kod djeteta postoje određene teškoće ili sumnje na pojedinu teškoću, roditeljima je potrebna podrška u smislu dobivanja informacija.

S obzirom na izvor informiranja o uslugama rane podrške, najviše je roditelja izjavilo da je pedijatar izvor informacija (BPŽ – 74,2% / IŽ – 25,8%). Samo po jedan roditelj je, kao izvor informiranja, naveo stručnjake izvan lokalne zajednice (BPŽ), dječjeg psihijatra, oftalmologa (BPŽ) te nevladinu organizaciju, (IŽ) prema čemu se može zaključiti da lokalna zajednica pokriva potrebe informiranja roditelja djece s teškoćama u razvoju.

Logopeda kao izvor informiranja navodi 53 roditelja (BPŽ – 67,9% / IŽ – 32,1%).

S obzirom da uključivanje djece s teškoćama u razvoju u dječje vrtiće u Republici Hrvatskoj karakteriziraju regionalne razlike, može se utvrditi da u ove dvije ispitane županije nema razlike. Naime, većina je ispitanika iz ovog istraživanja upoznata s uslugom uključivanja djece s teškoćama u razvoju u dječji vrtić te istu uslugu i koriste. Navedeno se može povezati s tim da regionalna razvijenost Istarske županije ne utječe na razvoj pojedine usluge, kako je prvotno procijenjeno prilikom postavljanja nacrta istraživanja. S obzirom da smo svjedoci različitih medijskih natpisa u zadnje vrijeme u vezi uključivanja djece s teškoćama u razvoju u dječji vrtić, odnosno odbijanja dječjeg vrtića za uključivanjem djece s teškoćama u razvoju, ovo je istraživanje pokazatelj dobre prakse u ovim dvjema županijama, budući da su djeca, koja su obuhvaćena u ovom istraživanju, uključena u dječji vrtić te ostale usluge rane podrške.

Od usluga rane podrške koje se nude u lokalnoj zajednici, najviše roditelja je navelo kako poznaje usluge savjetodavne podrške pedijatra iz doma zdravlja (BPŽ – 71% / IŽ – 29%) i uključivanje djece s teškoćama u razvoju u dječji vrtić (BPŽ – 67% / IŽ – 33%). S obzirom na županijsku zastupljenost, većina roditelja, odnosno 93,3% roditelja iz Brodsko-posavske i 83,3 % roditelja iz Istarske županije, navelo je da poznaju uslugu savjetodavne podrške pedijatra iz doma zdravlja. Uslugu uključivanja djece s teškoćama u razvoju u dječji vrtić poznaje 88,5% roditelja iz Brodsko-posavske i 95,8% roditelja iz Istarske županije. Također, te dvije usluge roditelji najviše i koriste.

Najmanje roditelja navodi poznavanje usluge telefonskog savjetovanja (f=14, BPŽ – 9 / IŽ =5). Najmanje roditelja koristi usluge socijalnog pedagoga u centru za socijalnu skrb te su oba roditelja iz Brodsko-posavske županije. Usluge socijalnog pedagoga i psihologa iz centra za socijalnu skrb te uslugu telefonskog savjetovanja ne koristi niti jedan roditelj iz Istarske županije

Najviše je roditelja zadovoljno uslugom uključivanja djece s teškoćama u razvoju u dječji vrtić (BPŽ – 64% / IŽ – 36%). S obzirom na županijsku zastupljenost, navedenom uslugom zadovoljno je 76,9% roditelja iz Brodsko-posavske županije i 93,8% roditelja je iz Istarske županije, što dovodi do zaključka da su skoro sva djeca iz istraživanja iz Istarske županije uključena u vrtić. Svoje zadovoljstvo uslugom savjetodavne podrške pedijatra iz doma zdravlja navodi 75% roditelja iz Brodsko-posavske županije, a 85,4% roditelja iz Istarske županije procjenjuje zadovoljstvo uslugom individualnog rada edukacijskog rehabilitatora i logopeda u vrtiću.

Usluge savjetodavna podrška zdravstvenog voditelja u dječjem vrtiću, pomoćnik u vrtiću, savjetodavna podrška psihologa i socijalnog pedagoga u centru za socijalnu skrb, igraonica za djecu s teškoćama u razvoju, grupe za podršku roditeljima, savjetovalište, edukacije, telefonsko savjetovanje i organizirani prijevoz su usluge koje roditelji manje poznaju i koriste, no svi roditelji koji koriste te usluge su njima zadovoljni u objema županijama.

Prema rezultatima, roditelji su u Istarskoj županiji također zadovoljni uslugama koje su naveli da poznaju i koriste, a to su: savjetodavna podrška odgojitelja u dječjem vrtiću, individualni rad edukacijskog rehabilitatora i logopeda, tretman radnog terapeuta, psihijatra, edukacijskog rehabilitatora i logopeda u bolnici, usluge terapije te stručna podrška u obitelji.

Slijedi prikaz stanja u Brodsko-posavskoj i Istarskoj županiji u odnosu na usluge rane podrške iz perspektive roditelja (Tablici 59).

Tablica 59. *Prikaz stanja u Brodsko-posavskoj i Istarskoj županiji u odnosu na usluge rane podrške iz perspektive roditelja*

Varijable	BPŽ		IŽ	
	f	%	f	%
Broj roditelja	104	68,4	48	31,6
Broj djece	72	69,9	31	30,1
Teškoće otkrivene do godinu dana	31	73,8	11	26,2
Teškoće otkrivene pri rođenju	24	72,7	9	27,3
Broj neurorizične djece upućen u daljnje usluge rane podrške	20	71,4	8	28,6
Primanje formalne podrške	91	65,5	48	34,5
Očekivanje od formalne podrške – dobivanje pravovremene dijagnoze	78	67,8	37	32,2
Primanje neformalne podrške	49	71,0	20	29,0
Očekivanje od neformalne podrške – savjet u vezi rješavanja problema	94	69,1	42	30,9
Neprimanje podrške	10	9,7	/	/
Način informiranja o uslugama rane podrške – izravan posjet stručnjaku	75	65,2	40	34,8
Izvor informiranja				
- pedijatar	49	74,2	17	25,8
- logoped	36	67,9	17	32,1
Upoznatost s uslugama				
- Savjetodavna podrška pedijatra iz doma zdravlja	97	70,8	40	29,2
- Uključivanje djece s teškoćama u razvoju u dječji vrtić	92	66,6	46	33,3
Zadovoljstvo uslugom				
- Uključivanje djece s teškoćama u razvoju u dječji vrtić	80	64,0	45	36,0

Podatci o primanju formalne podrške govore da je većina djece s teškoćama u razvoju uključena u neke od oblika podrške, odnosno 65,5% roditelja iz Brodsko-posavske i 34,5% iz Istarske županije prima formalnu podršku. Najviše roditelja od stručnjaka očekuje dobivanje pravovremene dijagnoze. Od roditelja koji primaju neformalnu podršku, 71% ih je iz Brodsko-posavske, a 29% iz Istarske županije. Najviše roditelja od neformalne podrške očekuje savjet u vezi rješavanja problema. Pozitivan je podatak što roditelji najviše poznaju i koriste usluge savjetodavna podrška pedijatra iz doma zdravlja i uključivanje djece s teškoćama u razvoju u dječji vrtić. S djelokrugom rada pedijatra roditelji su dobro upoznati jer se u prvoj godini života intenzivno prati dječji razvoj. Prema rezultatima ovoga istraživanja, može se zaključiti da je većina djece s teškoćama u razvoju pokrivena uslugom uključivanja djece s teškoćama u razvoju.

6.2. PRIKAZ DESKRIPTIVNIH PODATAKA O USLUGAMA RANE PODRŠKE U BRODSKO-POSAVSKOJ I ISTARSKOJ ŽUPANIJI IZ PERSPEKTIVE STRUČNJAKA

Svrha je ovog dijela istraživanja dobiti uvid u iskustvo različitih profila stručnjaka iz područja zdravstva, socijalne skrbi te odgoja i obrazovanja o uslugama rane podrške za djecu s teškoćama u razvoju u kontekstu dviju različito regionalno razvijenih županija.

U istraživanju je sudjelovalo 82 stručnjaka, odnosno 43 stručnjaka iz Brodsko-posavske (28 liječnika, 3 edukacijska rehabilitatora, 3 logopeda, 3 zdravstvena voditelja, 2 socijalna radnika, 2 pedagoga, 1 psiholog i 1 pravnik) i 39 (15 liječnika, 5 edukacijskih rehabilitatora, 5 socijalnih radnika, 5 pedagoga, 3 logopeda, 2 psihologa, 2 pravnika i 2 zdravstvena voditelja) iz Istarske županije koji su zaposleni u sustavu zdravstva, socijalne skrbi te odgoja i obrazovanja.

Kada pogledamo uzorak stručnjaka u odnosu na mjesto zaposlenja, 50 je stručnjaka (61%) iz područja zdravstva (opće bolnice, domovi zdravlja), 24 (29,2%) iz područja odgoja i obrazovanja (predškolske ustanove) te 8 (9,8%) stručnjaka iz područja socijalne skrbi (centri za socijalnu skrb). U Brodsko-posavskoj županiji 41,5% stručnjaka je iz područja zdravstva, zatim 8,5% stručnjaka je iz područja odgoja i obrazovanja, a samo 2,5% iz područja socijalne skrbi. U Istarskoj županiji 19,5% je stručnjaka iz područja zdravstva, 20,7% iz područja odgoja i obrazovanja, a 7,3% iz područja socijalne skrbi.

Stručnjaci su najviše imali iskustvo u radu s djecom s motoričkim oštećenjima (f=75, 91,5%): 47,6% stručnjaka iz Brodsko-posavske županije, a 43,9% iz Istarske županije .

Stručnjaci navode da najmanje iskustva imaju u radu s djecom s gluhosljepoćom (f=27): od toga je 66,7% stručnjaka iz Brodsko-posavske županije i 33,3% iz Istarske županije.

Podjednak broj stručnjaka (f=37) iz obaju županija je navelo iskustvo s djecom s poremećajima u ponašanju.

Budući da je profesionalna kompetentnost pružatelja usluga rane podrške povezana s njihovim obrazovanjem, u istraživanju se utvrđivala i educiranost stručnjaka za rad s djecom s teškoćama u razvoju.

Od 22 stručnjaka (26,8%) koji su naveli da su dovoljno educirani za rad s djecom s teškoćama u razvoju, njih 54,5% je iz Brodsko-posavske, a 45,5% iz Istarske županije. Kada se promatra ukupni uzorak, vrlo je nizak postotak educiranih stručnjaka za rad s djecom s teškoćama

u razvoju. Rezultati se mogu tumačiti iz perspektive da su većina stručnjaka liječnici koji u svom formalnom obrazovanju nisu imali kolegije vezane za djecu s teškoćama u razvoju. Rezultati istraživanja koje je proveo Unicef (2013) ukazuju na to da sami pedijatri iskazuju potrebu za edukacijom u radu s djecom s teškoćama u razvoju i suradnju s drugim stručnjacima (Pećnik, 2013).

Što se tiče razloga needuciranja, najviše stručnjaka navodi da postoji nedovoljan broj edukacija. Od 36 stručnjaka iz obje županije njih 63,9% je iz Brodsko-posavske, a 36,1% je iz Istarske županije. Iz navedenog se može pretpostaviti da se stručnjacima u Istarskoj županiji nudi više edukacija. Rezultati Unicefovog istraživanja pokazuju da pružatelji usluga u Istarskoj županiji koriste više supervizija (Pećnik, 2013).

Najviše je stručnjaka navelo kako poznaju usluge savjetodavna podrška pedijatra iz doma zdravlja (BPŽ – 52,6% / IŽ – 47,4%) i uključivanje djece s teškoćama u razvoju u dječji vrtić (BPŽ – 50,7% / IŽ – 49,3%). Također, stručnjaci najviše upućuju roditelje u navedene usluge.

Najmanje stručnjaka navodi kako poznaju uslugu telefonskog savjetovanja te najmanje i upućuju u navedenu uslugu. Pojedinačno, stručnjaci iz Istarske županije najmanje upućuju roditelje u usluge radionica i igraonica za djecu s teškoćama u razvoju, a stručnjaci iz Brodsko-posavske županije u usluge socijalnog pedagoga u centru za socijalnu skrb. Moguće je da stručnjaci nisu upoznati s djelovanjem rada igraonica. Što se tiče usluge socijalnog pedagoga, pretpostavlja se da stručnjaci nisu upoznati s njihovom ulogom i djelokrugom rada.

Najviše stručnjaka je zadovoljno uslugom savjetodavna podrška pedijatra iz doma zdravlja (BPŽ – 52,9% / IŽ – 47,1%). S obzirom na županijsku zastupljenost skoro je podjednak postotak u zadovoljstvu stručnjaka u objema županijama (BPŽ - 86% / IŽ - 84,6%).

Sljedeća usluga s kojom su stručnjaci najviše zadovoljni je usluga uključivanje djece s teškoćama u razvoju u dječji vrtić (BPŽ – 48,5% / IŽ – 51,5%). S obzirom na županijsku zastupljenost, nešto je veći postotak zadovoljstva stručnjaka Istarske županije navedenom uslugom (BPŽ - 74,4% / IŽ - 87,2%).

Stručnjaci su najmanje zadovoljni uslugama: pomoćnik u vrtiću, savjetodavna podrška socijalnog pedagoga u centru za socijalnu skrb i telefonsko savjetovanje.

U istraživanju je sudjelovalo najviše stručnjaka iz područja zdravstva (61%) te je za očekivati da su stručnjaci najviše upoznati i zadovoljni uslugom savjetodavna podrška pedijatra iz doma zdravlja. Stručnjaci iskazuju da imaju najviše iskustva u radu s djecom s motoričkim oštećenjem (Tablica 18, str. 67), što nije čudno jer se u prvoj godini života najviše posvećuje pažnja

upravo motoričkom razvoju djeteta pa su i djeca s određenim motoričkim odstupanjima upućenija u daljnje usluge. Razvojem djeteta uviđaju se odstupanja i u drugim razvojnim područjima djeteta. Kako bi rana intervencija bila uspješnija, treba sagledati dječji razvoj u cjelini te pružati podršku u svim područjima djetetovog razvoja pa je potreban transdisciplinarni tim stručnjaka za pružanje podrške.

S obzirom na edukacije stručnjaka u području rane intervencije i rada s djecom s teškoćama u razvoju, izrazito je mali postotak stručnjaka koji se nakon formalnog obrazovanja dodatno educirao (26,8%). Rezultati prikazuju da je manji postotak stručnjaka iz Istarske županije koji navode da imaju nedovoljan broj edukacija, što može upućivati na to da se u Istarskoj županiji provodi ili pruža više edukacija u vezi rada s djecom s teškoćama u razvoju. Na rezultat može utjecati i broj liječnika u uzorku (f=43) jer su liječnici bili najzastupljenija populacija u uzorku. Samo njih devet (21%) se dodatno educiralo za ovo područje. Svrha edukacije stručnjaka jačanje je njihovih kompetencija za rad u obitelji s djecom s teškoćama u razvoju rane i predškolske dobi. Edukacije trebaju uključivati teme o pravima djece s teškoćama u razvoju i njihove obitelji, standarde kvalitete u radu s djecom s teškoćama u razvoju, način rada u programu stručne podrške u obitelji (patronaža), osobitosti razvoja djece s teškoćama u razvoju, poticanje dječjeg razvoja putem igre, augmentativne i alternativne komunikacijske tehnike i slično[37].

[37] Djeca s teškoćama u razvoju (bez dat.). https://www.unicef.hr/

Slijedi sažeti prikaz stanja u Brodsko-posavskoj i Istarskoj županiji u odnosu na usluge rane podrške iz perspektive stručnjaka (Tablica 60).

Tablica 60. *Prikaz stanja u Brodsko-posavskoj i Istarskoj županiji u odnosu na usluge rane podrške iz perspektive stručnjaka*

Varijable	BPŽ		IŽ	
	f	%	f	%
Broj stručnjaka	43	52,4	39	47,6
Mjesto zaposlenja - zdravstvene ustanove - ustanove za odgoj i obrazovanje - ustanove iz socijalne skrbi	 34 7 2	 41,5 8,5 2,5	 16 17 6	 19,5 20,7 7,3
Iskustvo u radu s djecom - motorička oštećenja	 39	 47,6	 36	 43,9
Dovoljna educiranost	12	54,5	10	45,5
Razlog needuciranja - nedovoljan broj edukacija	 23	 63,9	 13	 36,1
Upoznatost s uslugama - savjetodavna podrška pedijatra iz doma zdravlja - uključivanje djece s teškoćama u razvoju u dječji vrtić	 41 38	 52,6 50,7	 37 37	 47,4 49,3
Zadovoljstvo uslugom - uključivanje djece s teškoćama u razvoju u dječji vrtić	 37	 52,9	 33	 47,1

Na osnovu dobivenih deskriptivnih podataka može se zaključiti da ne postoje velike razlike između dviju županija. Ipak, rezultati daju izvor informacija o uslugama rane podrške. Postoji određene manje razlike, kao primjerice u broju zastupljenih stručnjaka prema radnom mjestu, iskustvu rada s djecom te u edukacijama koje se nude stručnjacima vezano za rad s djecom s teškoćama u razvoju.

U Brodsko-posavskoj županiji više je stručnjaka zaposlenih u zdravstvenim ustanovama, dok je u Istarskoj broj zaposlenih u području zdravstva te odgoja i obrazovanja gotovo podjednak.

Razlike se vide i u iskustvu u radu s djecom s teškoćama u razvoju pa tako stručnjaci iz Brodsko-posavske županije iskazuju da imaju više iskustva u radu s djecom s gluhosljepoćom, nego stručnjaci iz Istarske županije.

Zanimljiv je i podatak da manji broj stručnjaka iz Istarske županije smatra da su edukacije nedovoljne pa se može pretpostaviti da se u Istarskoj županiji nudi veći broj edukacija za stručnjake u vezi ovog područja, od onoga koji se nudi u Brodsko-posavskoj županiji. Stručnjaci su podjednako upoznati s uslugom pedijatra iz doma zdravlja i uključivanjem djece s teškoćama u razvoju u dječji vrtić.

7. VERIFIKACIJA HIPOTEZA

H1 Zbog nedovoljne istraženosti percepcije roditelja o izvorima i načinu informiranja o uslugama rane podrške te razini i važnosti podrške za djecu s teškoćama u razvoju i njihove obitelji postavlja se nedirektivna hipoteza i pristupa joj se eksplorativno.

Deskriptivni podatci o percipiranoj socijalnoj podršci ukazuju da većina roditelja prima usluge rane podrške iz formalnih izvora, nego neformalnih izvora mreže podrške. Većina roditelja kao najvažnije izvore informiranja prepoznaje pedijatre, logopede i edukacijske rehabilitatore, odnosno druge roditelje koji isto imaju dijete s teškoćama u razvoju.

H2 Sociodemografska obilježja (dob, spol, samoprocjena materijalnog stanja, stupanj obrazovanja, dob djeteta, vrsta teškoća djeteta i prebivalište) su statistički značajni prediktori informiranosti roditelja djece s teškoćama u razvoju o uslugama rane podrške.

Interes za testiranje prve hipoteze proizašao je iz pretpostavke da su sociodemografska obilježja (dob, spol, samoprocjena materijalnog stanja, stupanj obrazovanja, dob djeteta, vrsta teškoće djeteta i prebivalište) značajni prediktori informiranosti roditelja djece s teškoćama u razvoju uslugama rane podrške.

Rezultati regresijske analize pokazali su da je jedino stupanj obrazovanja roditelja statistički značajan, pozitivni prediktor informiranosti roditelja.

H2 hipoteza prihvaća se u dijelu da je stupanj obrazovanja roditelja statistički značajan prediktor informiranost roditelja djece s teškoćama u razvoju uslugama rane podrške.

H3 Sociodemografska obilježja (dob, spol, samoprocjena materijalnog stanja, stupanj obrazovanja, dob djeteta, vrsta teškoća djeteta i prebivalište) su statistički značajni prediktori zadovoljstva roditelja djece s teškoćama u razvoju uslugama rane podrške.

Interes za testiranje druge hipoteze proizašao je iz pretpostavke da su sociodemografska obilježja (dob, spol, samoprocjena materijalnog stanja, stupanj obrazovanja, dob djeteta, vrsta teškoće djeteta i prebivalište) značajni prediktori zadovoljstva roditelja djece s teškoćama u razvoju uslugama rane podrške.

Zadovoljstvo roditelja operacionalizirano je na dva načina: *zadovoljstvo kao omjer korištenja i zadovoljstva uslugama* te *zadovoljstvo kvalitetom odnosa stručnjaka i roditelja*.

Rezultati regresijske analize pokazuju da se niti jedno sociodemografsko obilježje nije pokazalo statistički značajnim prediktorom zadovoljstva, odnosno u kojoj mjeri su roditelji zadovoljni korištenim uslugama rane podrške. Također, niti jedno sociodemografsko obilježje nije se pokazalo statistički značajnim prediktorom zadovoljstva roditelja kvalitetom odnosa sa stručnjacima.

Zaključno, sukladno dobivenim rezultatima hipoteza H3 se odbacuje jer se sociodemografska obilježja (dob, spol, samoprocjena materijalnog stanja, stupanj obrazovanja, dob djeteta, vrsta teškoće djeteta i prebivalište) nisu pokazala značajnim prediktorima zadovoljstva roditelja djece s teškoćama u razvoju uslugama rane podrške.

H4 Postoji statistički značajna razlika u očekivanjima roditelja djece s teškoćama u razvoju od usluga rane podrške za djecu s teškoćama u razvoju s obzirom na sociodemografska obilježja.

H4.1 Postoji statistički značajna razlika u očekivanjima roditelja djece s teškoćama u razvoju uslugama rane podrške za djecu s teškoćama u razvoju s obzirom na dob sudionika.

H4.2 Postoji statistički značajna razlika u očekivanjima roditelja djece s teškoćama u razvoju uslugama rane podrške za djecu s teškoćama u razvoju s obzirom na spol sudionika.

H4.3 Postoji statistički značajna razlika u očekivanjima roditelja djece s teškoćama u razvoju uslugama rane podrške za djecu s teškoćama u razvoju s obzirom na samoprocjenu materijalnog stanja sudionika.

H4.4 Postoji statistički značajna razlika u očekivanjima roditelja djece s teškoćama u razvoju uslugama rane podrške za djecu s teškoćama u razvoju s obzirom na stupanj obrazovanja sudionika.

H4.5 Postoji statistički značajna razlika u očekivanjima roditelja djece s teškoćama u razvoju uslugama rane podrške za djecu s teškoćama u razvoju s obzirom na dob djeteta.

H4.6 Postoji statistički značajna razlika u očekivanjima roditelja djece s teškoćama u razvoju uslugama rane podrške za djecu s teškoćama u razvoju s obzirom na prebivalište sudionika.

Interes za ispitivanjem ove hipoteze proizašao je iz pretpostavke da postoji statistički značajna razlika u očekivanjima roditelja djece s teškoćama u razvoju od usluga rane podrške s obzirom na sociodemografska obilježja roditelja.

U ovom istraživanju rezultati ukazuju kako su pojedina sociodemografska obilježja statistički značajno povezana s očekivanja od formalne podrške, a to su samoprocjena materijalnog stanja i stupanj obrazovanja roditelja. Najveći udio roditelja koji su u velikim financijskim poteškoćama očekuju pružanje formalne podrške u vezi informiranja o pravima djeteta i obitelji te načinima njihova ostvarivanja. Što se tiče stupnja obrazovanja, najveći udio roditelja s visokom stručnom spremom očekuje formalnu podršku u obliku primanja pravovremene dijagnoze, a svi

roditelji s nižom stručnom spremom očekuje formalnu podršku vezanu uz informiranje o pravima djeteta.

Zaključno prema rezultatima mogu se prihvatiti podhipoteze:

H4.3 Postoji statistički značajna razlika u očekivanjima roditelja djece s teškoćama u razvoju od usluga rane podrške za djecu s teškoćama u razvoju s obzirom na samoprocjenu materijalnog stanja sudionika.

H4.4 Postoji statistički značajna razlika u očekivanjima roditelja djece s teškoćama u razvoju od usluga rane podrške za djecu s teškoćama u razvoju s obzirom na stupanj obrazovanja sudionika.

H5 Sociodemografska obilježja (radni staž na trenutnom radnom mjestu, struka i županija zaposlenja) samoprocjena educiranosti za rad s djecom s teškoćama u razvoju i samoprocjena znanja o djeci s teškoćama u razvoju su statistički značajni prediktori informiranosti stručnjaka o uslugama rane podrške.

Interes za ispitivanjem ove hipoteze proizašao je iz očekivanja da se na temelju sociodemografskih obilježja, samoprocjene educiranosti za rad djecom s teškoćama u razvoju i samoprocjene znanja o djeci s teškoćama u razvoju može predvidjeti informiranost stručnjaka uslugama rane podrške. Međutim, rezultati regresijske analize pokazali su da niti jedna varijabla nije značajan prediktor informiranosti stručnjaka o uslugama rane podrške.

Zaključno, sukladno dobivenim rezultatima, hipoteza H5 se odbacuje jer se sociodemografska obilježja, samoprocjena educiranosti stručnjaka za rad s djecom s teškoćama u razvoju i samoprocjena znanja stručnjaka o djeci s teškoćama u razvoju nisu pokazali značajnim prediktorima informiranosti stručnjaka o uslugama rane podrške.

H6 Sociodemografska obilježja (radni staž na trenutnom radnom mjestu, struka i županija zaposlenja) samoprocjena educiranosti za rad s djecom s teškoćama u razvoju i samoprocjena znanja o djeci s teškoćama u razvoju su statistički značajni prediktori zadovoljstva stručnjaka uslugama rane podrške.

Interes za ispitivanjem ove hipoteze proizašao je iz pretpostavke da se na temelju sociodemografskih obilježja, samoprocjene educiranosti za rad s djecom s teškoćama u razvoju i samoprocjene znanja o djeci s teškoćama u razvoju može predvidjeti zadovoljstvo stručnjaka uslugama rane podrške.

Zadovoljstvo stručnjaka operacionalizirano je na tri načina: *zadovoljstvo kao omjer informiranosti i zadovoljstva stručnjaka uslugama rane podrške*, *zadovoljstvo profesionalnom ulogom* te *zadovoljstvo pruženom podrškom roditeljima.*

Rezultati regresijske analize pokazuju da se niti jedna od spomenutih varijabli nije pokazala statistički značajnim prediktorom zadovoljstva (omjer informiranosti i zadovoljstva stručnjaka) stručnjaka uslugama rane podrške.

S druge strane, rezultati pokazuju da se samoprocjena znanja o djeci s teškoćama u razvoju pokazala značajnim prediktorom zadovoljstva profesionalnom ulogom stručnjaka i zadovoljstva stručnjaka pruženom podrškom roditeljima.

Sukladno rezultatima, može se potvrditi da je znanje o djeci s teškoćama u razvoju jedini statistički značajni prediktor zadovoljstva profesionalnom ulogom stručnjaka i zadovoljstva stručnjaka pruženom podrškom roditeljima.

H6 hipoteza prihvaća se u dijelu kojim se ukazuje da je samoprocjena znanja stručnjaka o djeci s teškoćama u razvoju statistički značajan prediktor zadovoljstva profesionalnom ulogom stručnjaka i zadovoljstvo stručnjaka pruženom podrškom roditeljima.

H7 Zbog nedovoljne istraženosti očekivanja stručnjaka o doprinosu roditelja, sustručnjaka, institucija i aktera socijalne politike kvaliteti provedbe usluga rane podrške postavlja se nedirektivna hipoteza i pristupa joj se eksplorativno.

Rezultati pokazuju da je stručnjacima najvažnija suradnja roditelja sa stručnjacima u svrhu napretka djeteta, pružanje razumljivih informacija roditeljima o njihovom djetetu (dijagnozi, načinu rada, napretku i slično) od strane stručnjaka, odnos temeljen na povjerenju i poštenju te bolja informiranost o uslugama rane podrške i pravima djece s teškoćama u razvoju. Također, stručnjacima je važno da institucije omoguće pružanje stručne podrške od strane različitih stručnjaka, a od aktera socijalne politike očekuju omogućavanje učinkovitog sustava usluga podrške već od samog rođenja djeteta i izjednačavanje dostupnosti ustanova, stručnjaka i usluga u velikim urbanim i malim sredinama.

8. SMJERNICE ZA POBOLJŠANJE USLUGA RANE PODRŠKE

Temeljna je svrha ovog istraživanja pružiti pregled usluga rane podrške u Brodsko-posavskoj i Istarskoj županiji iz perspektive roditelja i stručnjaka te su iz toga proizašle određene smjernice koje će biti navedene u nastavku rada. Rezultati istraživanja pokazali su informiranost, zadovoljstvo i očekivanja od usluga rane podrške iz perspektive roditelja i stručnjaka u Brodsko-posavskoj i Istarskoj županiji. Unatoč tome što se rezultati ne mogu generalizirati na populaciju cijele županije, niti Republike Hrvatske, podatci nam govore što roditelji i stručnjaci smatraju da je važno za primanje i pružanje usluga rane podrške. Temeljem toga proizašle su opće smjernice koje mogu pomoći pri poboljšavanju usluga rane podrške.

1. **UPUĆIVANJE DJECE S TEŠKOĆAMA U RAZVOJU OD RANE DOBI**

- upućivanje u usluge rane podrške od strane stručnjaka u ustanovama iz sustava odgoja i obrazovanja, zdravstva i socijalne skrbi

2. **POBOLJŠANJE KVALITETE USLUGA RANE PODRŠKE**

- omogućiti dostupnost usluga rane podrške na razini lokalne zajednice uz osiguravanje javnog i dostupnog prijevoza
- omogućiti roditeljima niskog socioekonomskog statusa besplatne usluge rane podrške
- pružati stručnu podršku svoj djeci s teškoćama u razvoju od strane različitih stručnjaka
- osiguravati stručnu podršku u obitelji svoj djeci, ne samo u institucijama koje pružaju usluge rane podrške
- osigurati umreženost stručnjaka iz različitih institucija
- povećavati broj stručnjaka iz sustava odgoja i obrazovanja, zdravstva i socijalne skrbi
- osigurati redovite kontrole i termine pregleda, odnosno smanjiti liste čekanja na usluge
- investirati u različite programe na razini lokalne zajednice (radionice, igraonice, programe udruga)
- povećati medijski prostor stručnjacima radi osvješćivanja javnosti o djeci s teškoćama u razvoju i važnosti pružanja usluga rane podrške
- informirati roditelje o mogućnosti organiziranog prijevoza do pružatelja usluga (ukoliko postoji navedena usluga)

3. **OSTVARIVANJE KVALITETNOG ODNOSA IZMEĐU RODITELJA I STRUČNJAKA**

- poticati otvorenu komunikaciju i odnos temeljen na povjerenju i poštivanju
- pružati pravodobne i razumljive informacije o napretku djeteta
- pravodobno informirati roditelje o pravima djeteta s teškoćama u razvoju i njegove obitelji
- dobivati pravodobnu i pravovremenu dijagnozu kako bi dijete s teškoćama u razvoju što prije bilo uključeno u usluge rane podrške
- povećati suradnju između pružatelja i primatelja usluga rane podrške

4. **OSTVARIVANJE KVALITETNOG ODNOSA IZMEĐU STRUČNJAKA**

- poticati otvorenu komunikaciju i odnos temeljen na povjerenju i uzajamnom poštivanju
- povećati koordinaciju i suradnju između stručnjaka
- poticati visoku razinu profesionalnosti unutar svake struke

5. **POTICANJE CJELOŽIVOTNO OBRAZOVANJE STRUČNJAKA**

- osigurati cjeloživotnu edukaciju stručnjaka od strane stručnjaka različitih profila koji rade s djecom s teškoćama u razvoju i njihovim obiteljima

U Hrvatskoj još uvijek ne postoji jedinstveni i sveobuhvatni sustav rane intervencije koji pokriva nacionalnu, regionalnu i lokalnu sredinu. Na nacionalnoj razini prioritet je stvaranje politika koje bi kroz realizaciju obvezujuće suradnje između ministarstava, regionalnih i lokalnih uprava te nevladinog sektora, rješavala pitanja pravednog i održivog financiranja sustava.

Na regionalnoj razini potrebno je omogućiti sveobuhvatnu i učinkovitu implementaciju sustava rane intervencije, a na lokalnoj razini operacionalizirati na način da usluge budu dostupne, koordinirane, temeljene na dokazima, usklađene s potrebama korisnika te inkluzivne. Nadalje, potrebno je ojačati i poticati transdisciplinarni pristup u ranoj intervenciji s obzirom na kompleksnost potreba djece s teškoćama u razvoju i obitelji te uključenost stručnjaka različitih profila.

9. ZAKLJUČNA RAZMATRANJA

Pravo je svakog djeteta s teškoćama u razvoju razvijati svoje potencijale, stoga se od zajednice očekuje da radi na njihovom ostvarivanju i podržavanju roditelja u njihovoj roditeljskoj ulozi. Prioritetne potrebe roditelja djece s teškoćama u razvoju usmjerene su na probleme u pravodobnom zadovoljavanju razvojnih potreba djece, ograničene kapacitete postojećih usluga, nedostatak dovoljnog broja stručnjaka i informacija, administraciju, etiketiranje i diskriminaciju djece te na odsutnost usluga rane podrške. Glavna je potreba za većom transparentnošću i boljom koordiniranošću usluga koje dolaze iz sustava zdravstva, odgoja i obrazovanja i socijalne skrbi. Usluge rane podrške ne zadovoljavaju u dovoljnoj mjeri potrebe roditelja svojom dostupnošću, sadržajem ili pristupom, zbog čega je potrebno uložiti sredstva u razvoj i provedbu usluga koje će odgovoriti na roditeljske potrebe ili treba prilagoditi postojeće usluge. Kako bi se to ostvarilo, potrebna je suradnja primatelja i pružatelja usluga, donositelja politika i znanstvenika koji se bave istraživanjima u području usluga rane podrške, koja će omogućiti da sve obitelji imaju pristup odgovarajućim oblicima podrške. Jača mreža usluga nije samo pod utjecajem ekonomskih činitelja, nego je i rezultat zajedničkog socijalnog planiranja i kontinuiranog truda i suradnje širokog kruga sudionika u područjima zdravstva, socijalne skrbi te odgoja i obrazovanja (Pećnik, 2013).

Rana dob djeteta od velikog je značenja za razvoj sve djece, a ponajviše za djecu s teškoćama u razvoju. Odnosi s drugima, ali u početku s roditeljima i obitelji, sastavni su dijelovi zdravog razvoja. Odnosi obitelji s njihovim susjedstvom i zajednicom su važne za dobrobit i zdravlje svih članova obitelji, ne samo za djecu (Centre for Community Child Health, 2002).

Istraživanje za potrebe ovog doktorskog rada bilo je usmjereno na ispitivanje informiranosti, zadovoljstva i očekivanja od usluga rane podrške djeci s teškoćama u razvoju i njihovim obiteljima, od strane roditelja djece s teškoćama u razvoju i stručnjaka koji pružaju usluge rane podrške. Istraživanje je bilo provedeno u dvjema županijama, Brodsko-posavskoj i Istarskoj županiji, kako bi se uvidjele moguće razlike u pružanju usluga rane podrške u navedenim županijama.

Na osnovu dobivenih deskriptivnih podataka može se zaključiti da ne postoje velike razlike između ovih dviju županija, ali rezultati daju izvor informacija o uslugama rane podrške. Podatci o primanju formalne podrške govore da je većina djece s teškoćama u razvoju uključena u neke od oblika podrške, što je posebno vidljivo u Istarskoj županiji, gdje su prema podatcima sva djeca iz

uzorka ovog istraživanja uključena u različite usluge rane podrške. Pozitivan je podatak što roditelji najviše poznaju i koriste usluge savjetodavne podrške pedijatra iz doma zdravlja te uključivanje djece s teškoćama u razvoju u dječji vrtić. Postoje određene manje razlike, kao primjerice u broju zastupljenosti stručnjaka prema radnom mjestu, u iskustvu rada s djecom te u edukacijama koje se nude stručnjacima vezane za rad s djecom s teškoćama u razvoju. U Brodsko-posavskoj županiji više je stručnjaka zaposlenih u zdravstvenim ustanovama, dok je u Istarskoj broj zaposlenih u području zdravstva te odgoja i obrazovanja gotovo podjednak. Razlike se vide i u iskustvu u radu s djecom s teškoćama u razvoju. Tako stručnjaci iz Brodsko-posavske županije iskazuju da imaju više iskustva u radu s djecom s gluhosljepoćom, nego li stručnjaci iz Istarske županije. Zanimljiv je i podatak da manji broj stručnjaka iz Istarske županije smatra da su edukacije nedovoljne pa se može pretpostaviti da se u Istarskoj županiji nudi veći broj edukacija za stručnjake u vezi ovog područja, od onoga koji se nudi u Brodsko-posavskoj županiji.

Uzorak obuhvaća 152-oje roditelja djece s teškoćama u razvoju, u dobi od rođenja do polaska u školu, te 82-oje stručnjaka iz područja zdravstva, socijalne skrbi te ranog i predškolskog odgoja i obrazovanja iz Brodsko-posavske i Istarske županije.

U ovom istraživanju korištena su dva mjerna instrumenta osmišljena u svrhu ovog istraživanja (Šarčević Ivić-Hofman, Wagner Jakab i Kiš-Glavaš, 2015). Jedan upitnik namijenjen je roditeljima djece s teškoćama u razvoju, drugi je namijenjen stručnjacima koji rade s djecom s teškoćama u razvoju i njihovim obiteljima. Upitnicima su prikupljeni podatci o sociodemografskim obilježjima sudionika, percepciji o uslugama rane podrške te su ispitana njihova informiranost, zadovoljstvo i očekivanja od usluga rane podrške djeci s teškoćama u razvoju i njihovim obiteljima.

Pojedine regije u Republici Hrvatskoj bile su zahvaćenije ratom od drugih, tako i Brodsko-posavska županija u odnosu na Istarsku županiju, što danas i dalje utječe na ekonomsko stanje pojedinih županija: kvalitetu života stanovništva te ekonomsku situaciju same županije. Očekivalo se da će usluge rane podrške biti razvijenije u Istarskoj županiji i da će biti razlika u primanju i pružanju navedenih usluga. Tijekom istraživanja, u Brodsko-posavskoj županiji došlo je do povećanja broja nevladinih organizacija koje provode usluge rane podrške te se time povećala mogućnost pružanja usluga rane podrške u toj županiji.

U nastavku slijedi sažeti prikaz rezultata.

a) Percepcija roditelja o izvoru i načinu informiranja, razini, važnost, mogućnosti, učestalosti i dostupnosti usluga rane podrške za djecu s teškoćama u razvoju i njihove obitelji

U ovom istraživanju promatrana je percepcija roditelja o uslugama rane podrške za djecu s teškoćama u razvoju i njihove obitelji.

Rezultati ovoga istraživanja govore da su djeca s teškoćama u razvoju i njihove obitelji, iz uzorka roditelja obuhvaćenih ovim istraživanjem, uključeni u usluge rane podrške jer se vrlo mali broj roditelja izjasnio o nekorištenju usluga rane podrške. Većina roditelja (43,4%) vidi *liječnika specijalista pedijatra, logopeda* (34,9%) i *edukacijskog rehabilitatora* (32,9%) kao najvažnije izvore informiranja o uslugama rane podrške. Ostale liječnike različite specijalnosti roditelji su navodili u manjem broju, vjerojatno prema vrsti teškoće u razvoju njihovog djeteta te ovisno o tome kada i koliko im je bila potrebna podrška određenog specijaliziranog stručnjaka. Usluge socijalnog radnika iz Centra za socijalnu skrb koristilo je 74 roditelja (48,7%) pa je zabrinjavajući podatak da je samo 16-ero roditelja navelo socijalnog radnika kao izvor informiranja, zbog toga što bi od tih stručnjaka roditelji trebali dobiti pravodobne informacije o ostvarivanju prava djeteta s teškoćama u razvoju i njegove obitelji. Razlog može biti i da roditelji nisu dobili potrebne informacije koje su očekivali. Svaki Centar za socijalnu skrb ima nadležnog socijalnog radnika za ovo područje, no sve je veći broj djece s teškoćama u razvoju, posebno u ranoj dobi. Kao izvor informiranja roditelji navode i oblike neformalne podrške, odnosno 40-ero roditelja (26,3%) navodi da im je izvor informiranja bio drugi roditelj djeteta s teškoćama u razvoju, što je i uobičajeno jer se roditelji u moru različitih informacija povezuju s roditeljima s istim ili sličnim problemima te im je lakše razgovarati s osobama koje se nalaze u istoj situaciji. Roditelji su navodili načine informiranja o uslugama podrške te je najveći udio roditelja (75,7%) naveo *posjet stručnjaku* kao najčešći način informiranja.

b) Informiranost roditelja djece s teškoćama u razvoju o uslugama rane podrške

Očekivano je da roditelji najviše poznaju usluge pedijatra iz domova zdravlja jer su pedijatri ti koji prate razvoj djeteta. Također, roditelji su upoznati sa stručnjacima iz dječjih vrtića (odgojitelj, edukacijski rehabilitator, logoped, psiholog), što je vrlo pozitivan podatak jer ukazuje da su roditelji upoznati s radom navedenih stručnjaka. Djeca koja su rođena s neurorizikom upućivana su neuropedijatrima i pedijatrima, a kako su odstupanja u motoričkom razvoju

najuočljivija, razumljivo je da su djeca upućivana i fizijatru i fizioterapeutu. Iz navedenog se može zaključiti da stručnjaci još uvijek ne poznaju ulogu edukacijskog rehabilitatora u ranoj intervenciji jer ne upućuju roditelje djece s neurorizikom odmah u usluge edukacijskog rehabilitatora.

Roditelji su također navodili i razloge nekorištenja usluga, a najčešći razlozi su *nepostojanje usluge podrške u lokalnoj zajednici, nepoznavanje usluge te nepostojanje potrebe za uslugama podrške.*

Rezultati regresijske analize pokazali su da je jedini statistički značajan, pozitivni prediktor informiranosti roditelja stupanj obrazovanja, odnosno roditelji koji su imali višu stručnu spremu, bili su i bolje informirani. Pretpostavlja se da su obrazovaniji roditelji snalažljiviji u pronalaženju informacija te su time više u mogućnosti tražiti kvalitetnije usluge rane podrške.

c) Zadovoljstvo roditelja djece s teškoćama u razvoju uslugama rane podrške

Iz ovog istraživanja vidljivo je da je najviše roditelja zadovoljno uslugama koje nudi dječji vrtić, od samog *uključivanja djece s teškoćama u razvoju* (82,2%) te uslugama stručnjaka koje se nude u dječjem vrtiću, a to su: *savjetodavna podrška odgojitelja* (77%), *savjetodavna podrška edukacijskog rehabilitatora* (59,9%), *savjetodavna podrška logopeda* (48%) te *savjetodavna podrška psihologa* (42,8%). Nešto manje ih je zadovoljno *savjetodavnom podrškom zdravstvenog voditelja* (32,2%) i *pedagoga* (18,4%), a razlog može biti taj što su edukacijski rehabilitatori, logopedi i psiholozi uključeni u neposredni rad s djecom s teškoćama u razvoju i njihove obitelji. Od usluga u dječjem vrtiću roditelji izdvajaju i usluge *individualnog rada stručnjaka edukacijskog rehabilitatora i/ili logopeda* (69,1%) te *individualnog rada psihologa* (27%). Samo 24-ero roditelja (15,8%) navodi uslugu *pomoćnika u vrtiću*, što se može objasniti podatkom da pomoćnici u vrtiću nisu uključeni u sve vrtićke skupine.

U Brodsko-posavskoj županiji ta usluga nije postojala niz godina, tek unatrag nekoliko godina ta se usluga uvodi u vidu odgojitelja pripravnika ili u zadnjih godinu dana kao pomoćnika za njegu, skrb i pratnju. Budući da su roditelji zadovoljni navedenim stručnjacima iz ranog i predškolskog odgoja i obrazovanja, može se pretpostaviti da uslugu uključivanje djece s teškoćama u razvoju u dječji vrtić roditelji smatraju vrlo važnom uslugom rane podrške.

Od stručnjaka iz zdravstvenih ustanova najviše je roditelja istaknulo svoje zadovoljstvo *savjetodavnom podrškom pedijatra u domu zdravlja* (71,7%), zatim *tretmanom fizioterapeuta* (37,5%), *tretmanom edukacijskog rehabilitatora i/ili logopeda* (33,6%), *tretmanom radnog*

terapeuta i psihologa (21,1%) te *tretmanom psihijatra* (9,2%). Pod terapijama su se podrazumijevale sljedeće usluge: razvojna gimnastika za bebe, masaža za bebe, terapija neurofeedbackom, terapijsko jahanje, senzorna integracija, terapija igrom, likovna terapija, glazboterapija, kineziterapija, fizioterapija te je 82-oje roditelja (53,9%) istaknulo zadovoljstvo uslugama terapije. Od 46 roditelja koji su naveli da su koristili usluge rane podrške u rodilištu, 45-ero (97,8%) roditelja navodi da su zadovoljni uslugama rane podrške u rodilištu, s time da je 35 (76,1%) roditelja iz Brodsko-posavske, a 10 roditelja (21,7%) iz Istarske županije.

Od stručnjaka iz centara za socijalnu skrb, najviše je roditelja istaknulo svoje zadovoljstvo *uslugama socijalnog radnika* (41,4%), zatim *pravnika* (7,2%), *psihologa* (2%), *socijalnog pedagoga* (1,3 %). Može se pretpostaviti da je zadovoljstvo psihologom i socijalnim pedagogom manje zbog manjeg broja tih stručnjaka u centrima za socijalnu skrb.

Od savjetodavno-edukacijskih usluga, najviše je roditelja navelo svoje zadovoljstvo *stručnom podrškom u obitelji* (36,2%), zatim *savjetovalištem za roditelje* (32,3%), *edukacijama za roditelje* (22,4%), *grupama za podršku* (15,1%) te *igraonicama i radionicama* za djecu s teškoćama u razvoju (9,9%). Samo su četiri roditelja (2,6%) istaknula da su zadovoljni uslugom *telefonskog savjetovanja,* što može upućivati na to da je mali broj roditelja uopće upoznat s ovom uslugom. Dvadeset je roditelja (13,2%) istaknulo zadovoljstvo uslugom *organiziranog prijevoza od mjesta stanovanja do pružatelja usluga*.

Rezultati regresijske analize pokazuju da se niti jedna varijabla nije pokazala statistički značajnim prediktorom zadovoljstva, odnosno u kojoj mjeri su roditelji zadovoljni korištenim uslugama rane podrške.

Također, rezultati regresijske analize pokazuju da se niti jedna varijabla nije pokazala statistički značajnim prediktorom zadovoljstva roditelja kvalitetom odnosa sa stručnjacima.

Prema rezultatima povezanosti zadovoljstva korištenjem usluga rane podrške te formalne i neformalne podrške, vidljivo je da većina roditelja procjenjuje razinu primanja formalne podrške visokom. Također, većina roditelja procjenjuje važnost primanja neformalne i formalne podrške.

Rezultati povezanosti zadovoljstva korištenjem usluga podrške te mogućnosti i učestalosti primanja usluga rane podrške pokazali su da postoji statistički značajna, negativna povezanost između zadovoljstva korištenjem usluga rane podrške i mogućnosti dobivanja podrške u zajednici kod roditelja. Što je veća mogućnost primanja podrške u zajednici, to je manje zadovoljstvo roditelja korištenjem usluga rane podrške. Iako nam prethodni rezultati ukazuju da je zadovoljstvo

roditelja veće, ako je razina (količina) primanja podrške veća, zadovoljstvo korištenjem usluga rane podrške očito ne ovisi samo o mogućnostima primanja usluga, već i kvaliteti same usluge.

d) Očekivanja roditelja djece s teškoćama u razvoju od usluga rane podrške

Rezultati ukazuju na to da su pojedina sociodemografska obilježja statistički značajno povezana s očekivanjima formalne podrške, a to su stupanj obrazovanja i samoprocjena materijalnog stanja. Roditelji s visokom stručnom spremom učestalije očekuju pružanje formalne podrške u odnosu na pravovremeno priopćavanje dijagnoze, dok svi roditelji s nižom stručnom spremom očekuje pružanje formalne podrške u odnosu na informiranje o pravima djeteta i obitelji te načinima njihovog ostvarivanja. Najveći udio roditelja koji imaju velike financijske poteškoće očekuje pružanje formalne podrške u vidu informiranja o pravima djeteta i obitelji te načinima njihova ostvarivanja.

e) Informiranost stručnjaka o uslugama rane podrške

Rezultati su pokazali koliko stručnjaci poznaju usluge rane podrške te u koje usluge rane podrške upućuju roditelje djece s teškoćama u razvoju.

Najveći postotak stručnjaka poznaje usluge *savjetodavne podrške pedijatra u domu zdravlja* (95,1%) te *uključivanje djece s teškoćama u razvoju u dječji vrtić* (91,5%). Najmanje stručnjaka poznaje uslugu telefonskog savjetovanja (25,6%). Od navedenih usluga najviše stručnjaka (34-ero liječnika, 7-ero edukacijskih rehabilitatora, 6-ero logopeda, 6-ero socijalnih radnika, 6-ero pedagoga, 5-ero zdravstvenih voditelja, 3-oje psihologa i 3-oje pravnika) upućuje u uslugu uključivanja djece s teškoćama u razvoju u dječji vrtić (85,4%) i savjetodavnu podršku pedijatra u domu zdravlja (32-oje liječnika, 6-ero edukacijskih rehabilitatora, 7-ero socijalnih radnika, 5-ero logopeda, 4-ero pedagoga, 5-ero zdravstvenih voditelja, 3-oje psihologa i 2-oje pravnika (78,0%).

Stručnjaci su također naveli određene razloge neupućivanja djece i njihovih roditelja u usluge rane podrške, a to su: *nepostojanje usluge podrške u lokalnoj zajednici te nepoznavanje usluge podrške.*

Prepreke u radu koje navode stručnjaci u ovom istraživanju su *nedovoljan broj stručnjaka* (72%), *preopterećenost stručnjaka* (72%), *manjak usluga podrške u mjestu stanovanja* (61%), *duge liste čekanja na uslugu* (51,2%), *nedovoljna suradnja i umreženost između stručnjaka i*

ustanova (46,3%), *manjak investiranja u usluge podrške* (43,9%), *slaba koordiniranost pružatelja usluga* (30,5%), *slaba educiranost stručnjaka* (22%), *nedostatak evaluacije kvalitete i učinkovitosti usluga podrške* (22%), *financijska situacija roditelja* (1,2%).

Rezultati regresijske analize pokazuju da se niti jedna varijabla nije pokazala statistički značajnim prediktorom informiranosti.

Također, postoji statistička značajna pozitivna povezanost između samoprocjene educiranosti za rad s djecom s teškoćama u razvoju i samoprocjene znanja o djeci s teškoćama u razvoju. Stručnjaci koji svoju educiranost za rad s djecom s teškoćama u razvoju samoprocjenjuju kao visoku, ujedno svoje znanje o djeci samoprocjenjuju kao visoko.

f) Zadovoljstvo stručnjaka uslugama rane podrške

Iz ovog istraživanja vidljivo je da su stručnjaci od usluga iz sustava odgoja i obrazovanja zadovoljni uslugama koje nudi vrtić, od samog *uključivanja djece s teškoćama u razvoju* (80,5%) te uslugama stručnjaka koje se nude u vrtiću, a to su: *savjetodavna podrška odgojitelja* (78%), *savjetodavna podrška psihologa* (61%), *savjetodavna podrška edukacijskog rehablitatora* (56,1%), *savjetodavna podrška logopeda i pedagoga* (51,2%). Nešto manje ih je zadovoljno *savjetodavnom podrškom zdravstvenog voditelja* (46,3%). Od usluga u vrtiću stručnjaci navode i usluge *individualnog rada edukacijskog rehabilitatora i/ili logopeda* (67,1%) te *psihologa* (43,9%). Samo 18 stručnjaka (22%) navodi uslugu *pomoćnika u vrtiću*, što se može povezati s tim da ova usluga nije još u potpunosti zaživjela u ranom i predškolskom odgoju i obrazovanju te nije zakonski regulirana. Novi Zakon o ranom i predškolskom odgoju i obrazovanju uvodi ovu uslugu.

Slični rezultati dobiveni su i kod roditelja, što se može povezivati i s poznavanjem i upućivanjem u navedene usluge podrške od strane stručnjaka.

Od usluga iz zdravstvenih ustanova, najviše je stručnjaka navelo svoje zadovoljstvo uslugom *savjetodavne podrške pedijatra u domu zdravlja* (85,4%), zatim *tretmanom edukacijskog rehabilitatora i/ili logopeda* (61%), *tretmanom psihologa* (56,1%), *ranom podrškom u rodilištu* (52,4%) *tretmanom fizioterapeuta* (50%), *tretmanom psihijatra* (47,6%) i *tretmanom radnog terapeuta* (34,1%).

Od usluga u centrima za socijalnu skrb, najviše je stručnjaka navelo svoje zadovoljstvo uslugama *socijalnog radnika* (51,2%), zatim *pravnika* (39%), *psihologa* (34,1%) i *socijalnog pedagoga* (22%).

Od savjetodavno-edukacijskih usluga, najviše stručnjaka navodi svoje zadovoljstvo *savjetovalištem za roditelje* (41,5%), zatim *stručnom podrškom u obitelji* (40,2%), *grupama za podršku* (33%), *edukacijama za roditelje* (30,5%), *igraonicama* (28%), *radionicama za djecu s teškoćama u razvoju* (24,4%) i *telefonskim savjetovanjem* (17,1%).

Rezultati regresijske analize pokazuju da se niti jedna varijabla nije pokazala statistički značajnim prediktorom zadovoljstva (omjer informiranosti i zadovoljstva stručnjaka).

Rezultati pokazuju da je samoprocjena znanja o djeci s teškoćama u razvoju značajan prediktor zadovoljstva profesionalnom ulogom stručnjaka i zadovoljstva stručnjaka pruženom podrškom. Pokazalo se da su stručnjaci, koji samoprocjenjuju svoje znanje kao veće, zadovoljniji svojom profesionalnom ulogom i podrškom koju pružaju.

Postoji visoka povezanost između zadovoljstva pruženom podrškom i zadovoljstva profesionalnom ulogom ($r = .65, p < .01$). Što je veće zadovoljstvo pruženom podrškom, veće je i zadovoljstvo profesionalnom ulogom.

Također, postoji statistički značajna, ali niska povezanost između samoprocjene educiranosti za rad ($r = .38, p < .01$) i statistički značajna, ali umjerena povezanost samoprocjene znanja o djeci s teškoćama u razvoju ($r = .47, p < .01$) sa zadovoljstvom profesionalnom ulogom. Stručnjaci koji imaju višu samoprocjenu o educiranosti i višu samoprocjenu o znanju, imaju veće zadovoljstvo svojom profesionalnom ulogom.

Također, postoji statistički značajna, ali niska povezanost samoprocjene znanja stručnjaka i pruženom podrškom ($r = .34, p < .01$). Stručnjaci koji svoje znanje procjenjuju kao više, zadovoljniji su podrškom koju pružaju.

Ovo istraživanje pokazuje da znanje utječe na zadovoljstvo profesionalnom ulogom i zadovoljstvo pruženom podrškom. Što stručnjaci imaju više znanja, bit će zadovoljniji sobom kao profesionalcem te podrškom koju pružaju roditeljima i djeci s teškoćama u razvoju.

g) Očekivanja stručnjaka od usluga rane podrške

Stručnjaci su navodili što očekuju od roditelja, drugih stručnjaka, institucija (zdravstvene, socijalne i ustanove odgoja i obrazovanja) i aktera socijalne politike (Ministarstvo zdravstva, Ministarstvo rada, mirovinskog sustava, obitelji i socijalne politike, Ministarstvo znanosti i obrazovanja) kako bi usluge rane podrške bile što kvalitetnije te su rangirali ponuđene odgovore.

Iz rezultata je vidljivo da je stručnjacima najvažnija *suradnja roditelja sa stručnjacima u svrhu napretka djeteta*, *pružanje razumljivih informacija roditeljima od strane stručnjaka*, *odnos temeljen na povjerenju i poštenju* te *bolja informiranost o uslugama rane podrške i pravima djece s teškoćama u razvoju* kako bi se poboljšale usluge rane podrške. Kako bi suradnja između roditelja i stručnjaka bila kvalitetnija, komunikacija između njih treba biti dvosmjerna. Stručnjaci od drugih stručnjaka više očekuju objektivnost prema roditeljima, u smislu davanja točnih i razumljivih informacija, nego empatičnost. Rezultat se može povezati i s profilom pojedinog stručnjaka i njegovim područjem rada budući da je psiholog jedini stručnjak koji smatra da je suosjećanje važno za pružanje kvalitetne usluge rane podrške.

Nadalje, stručnjaci od institucija očekuju omogućavanje *pružanja stručne podrške od strane različitih stručnjaka*, a od aktera socijalne politike omogućavanje *učinkovitog sustava usluga podrške već od samog rođenja djeteta* i *izjednačavanje dostupnosti ustanova, stručnjaka i usluga u velikim urbanim i malim sredinama.*

Iz navedenog istraživanja proizašle su smjernice o tome što bi se moglo poboljšati u sustavu usluga rane podrške, o kojim preprekama trebaju razmišljati i roditelji i stručnjaci te na koji način ih smanjivati ili ublažavati. Prepreke na koje nailaze stručnjaci u svom radu su *nedovoljan broj stručnjaka* (f=59, 72%), *preopterećenost stručnjaka* (f=59, 72%), *manjak usluga podrške u mjestu stanovanja* (f=50, 61%), *duge liste čekanja na uslugu* (f=42, 51.2%), *nedovoljna suradnja i umreženost između stručnjaka i ustanova* (f=38, 46.3%), *manjak investiranja u usluge podrške* (f=36, 43.9%), *slaba koordiniranost pružatelja usluga* (f=25, 30.5%), *slaba educiranost stručnjaka* (f=18, 22%), *nedostatak evaluacije kvalitete i učinkovitosti usluga podrške* (f=18, 22%) i *financijska situacija roditelja* (f=1, 1.2%). Roditelji su naveli razloge nekorištenja usluga rane podrške kao što su *nepostojanje usluge podrške u lokalnoj zajednici, nepoznavanje usluge te nepostojanje potrebe za uslugama podrške.* Zbog navedenih razloga vrlo je važno informirati roditelje djece s teškoćama u razvoju o uslugama rane podrške u zajednici i stručnjaka koji te usluge pružaju, kako bi pravovremeno djeca ušla u sustav usluga rane podrške.

Ovo istraživanje ukazalo je i na važnost educiranja stručnjaka za rad s djecom s teškoćama u razvoju te na to da bi trebalo razmišljati o uvođenju kolegija o djeci s teškoćama u razvoju u većoj mjeri kod formalnog obrazovanja stručnjaka koji se bazično ne bave djecom s teškoćama u razvoju.

U Hrvatskoj postoji problem koordinacije i povezanosti različitih stručnjaka, pružatelja usluga rane podrške i različitih sustava koji pokrivaju područje usluga rane podrške (zdravstvo, socijalna skrb, odgoj i obrazovanje, nevladine organizacije). Problem je prepoznat i od strane stručnjaka te se sve više govori o tome da u Hrvatskoj postoje brojne dobre karike (pojedini pružatelji usluga), ali ne i sustav koji ima definiranu organizacijsku strukturu u kojoj te karike djeluju (Ljubešić, 2017).

Akteri socijalnih politika i pružatelji usluga rane podrške trebaju pomoći roditeljima da donose informirane odluke, što mogu na način da informacije koje prenose budu korisne i dostupne (Baxter i Glendinning, 2011), što potkrepljuje i rezultate ovog istraživanja. Kvalitetne i pravodobno organizirane usluge rane podrške su dobra investicija u roditeljsko buduće funkcioniranje i socijalnu uključenost te investicija u razvoj djeteta i u njegovu budućnost (Bruder, 2010). Treba imati uvid u dostupnost, korištenje i zadovoljstvo kvalitetom usluga koje roditeljima već stoje na raspolaganju. Informacija koja može objasniti specifičnosti o ranoj intervenciji ima mnoge prednosti jer će dovesti do razumnije dodjele ograničenih interventnih sredstava, proizvoditi bolju povezanost između intervencijskih strategija i potreba djece i obitelji, smanjiti lažna očekivanja i, možda od najveće važnosti, potaknuti nove pristupe i razmišljanja za poboljšanje ishoda za one koji su bili esencijalno neosjetljivi ili minimalno osjetljivi na postojeće intervencijske napore (Guralnick, 2005).

Prema rezultatima o informiranosti, zadovoljstvu i očekivanjima roditelja djece s teškoćama u razvoju i stručnjaka uslugama rane podrške, vidljivo je da usluge rane podrške trebaju biti dostupne u lokalnoj zajednici.

U budućim istraživanjima trebalo bi pokušati obuhvatiti i ostale županije u Republici Hrvatskoj te uključiti i druge parametre, npr. razinu stresa, doživljaj roditeljske kompetentnosti i roditeljskog stresa te neka obilježja samih stručnjaka koji osiguravaju formalnu podršku (učinkovitost – koliko i kako stručnjaci doživljavaju pružene usluge rane podrške učinkovitima; osobni utjecaj – kako i koliko sudionici mogu utjecati na kvalitetno pružanje usluga rane podrške).

Prikupljeni podatci su koristan izvor informacija o informiranosti, zadovoljstvu i očekivanjima o uslugama rane podrške od strane i roditelja i stručnjaka.

10. ZAKLJUČAK

Rezultati istraživanja nisu pokazali regionalne razlike u dvije odabrane županije, ali su dali uvid u dostupnost usluga rane podrške u lokalnoj zajednici te u informiranost, zadovoljstvo i očekivanja roditelja djece s teškoćama u razvoju i stručnjaka o uslugama rane podrške.

U ovom istraživanju postavljeno je sedam ciljeva istraživanja te su dobiveni sljedeći rezultati kako je vidljivo dalje u tekstu.

Prvi cilj bio je ispitati percepciju roditelja o izvoru i načinu informiranja, razini, važnosti, mogućnosti, učestalosti i dostupnosti usluga rane podrške za djecu s teškoćama u razvoju i njihove obitelji.

Dobiveni rezultati ukazuju da:

- većina roditelja prima usluge rane podrške iz formalnih izvora
- većina roditelja kao najvažnije izvore informiranja prepoznaje pedijatre, logopede i edukacijske rehabilitatore, odnosno druge roditelje koji isto imaju dijete s teškoćama u razvoju.

Drugi cilj bio je ispitati informiranost roditelja djece s teškoćama u razvoju o uslugama rane podrške.

Dobiveni rezultati ukazuju da:

- stupanj obrazovanja roditelja je statistički značajan, pozitivni prediktor informiranosti roditelja o uslugama rane podrške.

Treći cilj bio je ispitati zadovoljstvo roditelja djece s teškoćama u razvoju uslugama rane podrške.

Dobiveni rezultati ukazuju da:

- najviše roditelja je zadovoljno uslugom *uključivanja djece s teškoćama u razvoju u dječji vrtić* (82,2%) te uslugom *savjetodavne podrške odgojitelja* (77%)
- od usluga iz zdravstvenih ustanova najviše roditelja je zadovoljno *savjetodavnom podrškom pedijatra u domu zdravlja* (71,7%)
- od usluga iz centara za socijalnu skrb najviše je roditelja zadovoljno *uslugom socijalnog radnika* (41,4%)
- od savjetodavno-edukacijskih usluga najviše je roditelja zadovoljno *stručnom podrškom u obitelji* (36,2%)

- niti jedna varijabla nije se pokazala statistički značajnim prediktorom zadovoljstva roditelja korištenim uslugama
- niti jedna varijabla nije se pokazala statistički značajnim prediktorom zadovoljstva roditelja kvalitetom odnosa sa stručnjacima
- većina roditelja procjenjuje razinu primanja formalne podrške visokom
- većina roditelja visoko procjenjuje važnost primanja i neformalne i formalne podrške, ali ih više procjenjuje važnost formalne podrške.

Četvrti cilj bio je ispitati očekivanja roditelja djece s teškoćama u razvoju od usluga rane podrške.
Dobiveni rezultati pokazuju da:

- pojedina sociodemografska obilježja su statistički značajno povezana s očekivanjima formalne podrške, a to su stupanj obrazovanja i samoprocjena materijalnog stanja.

Peti cilj bio je ispitati informiranost stručnjaka o uslugama rane podrške.
Dobiveni rezultati ukazuju da:

- niti jedna varijabla nije se pokazala statistički značajnim prediktorom informiranosti
- stručnjaci koji svoju educiranost za rad s djecom s teškoćama u razvoju samoprocjenjuju kao visoku, ujedno svoje znanje o djeci samoprocjenjuju visokom.

Šesti cilj bio je ispitati zadovoljstvo stručnjaka uslugama rane podrške.
Dobiveni rezultati ukazuju da:

- od usluga iz zdravstvenih ustanova najviše je stručnjaka zadovoljno *savjetodavnom podrškom pedijatra u domu zdravlja* (85,4%)
- od usluga iz sustava odgoja i obrazovanja najviše je stručnjaka zadovoljno uslugom *uključivanja djece s teškoćama u razvoju u dječji vrtić* (80,5%)
- od usluga u centrima za socijalnu skrb najviše je stručnjaka zadovoljno uslugom *socijalnog radnika* (51,2%)
- od savjetodavno-edukacijskih usluga najviše je stručnjaka zadovoljno *savjetovalištem za roditelje* (41,5%)
- niti jedna varijabla nije se pokazala statistički značajnim prediktorom zadovoljstva (omjer informiranosti i zadovoljstva stručnjaka).
- stručnjaci koji samoprocjenjuju svoje znanje kao veće zadovoljniji su svojom profesionalnom ulogom i podrškom koju pružaju djeci s teškoćama u razvoju i njihovim roditeljima.

Sedmi cilj bio je ispitati očekivanja stručnjaka od usluga rane podrške.

Dobiveni rezultati ukazuju da:

- stručnjacima je najvažnija *suradnja roditelja sa stručnjacima u svrhu napretka djeteta, pružanje razumljivih informacija roditeljima od strane stručnjaka*, odnos temeljen *na povjerenju i poštenju* te *bolja informiranost o uslugama rane podrške i pravima djece s teškoćama u razvoju*
- stručnjaci od institucija očekuju omogućavanje *pružanja stručne podrške od strane različitih stručnjaka,* a od aktera socijalne politike omogućavanje *učinkovitog sustava usluga podrške već od samog rođenja djeteta* i *izjednačavanje dostupnosti ustanova, stručnjaka i usluga u velikim urbanim i malim sredinama.*

Istraživanje pokazuje pozitivne podatke u smislu da većina roditelja djece s teškoćama u razvoju prima usluge rane podrške u lokalnoj zajednici. To ne znači da se usluge ne trebaju dalje razvijati i unaprjeđivati, ali pruža nadu u svjetliju budućnost za djecu s teškoćama u razvoju i njihove obitelji.

11. ZNANSTVENI DOPRINOS I OGRANIČENJA ISTRAŽIVANJA

11.1. ZNANSTVENI DOPRINOS

Ovim istraživanjem nastojalo se pokazati važnost usluga rane podrške kroz izradu preglednog teorijskog prikaza usluga rane podrške u Hrvatskoj i svijetu, osmišljavanjem novih mjernih instrumenata, otkrivanjem prediktora za kvalitetan sustava usluga rane podrške (vrsta usluge podrške, dostupnost usluga podrške), prikazom i usporedbom modela rane podrške u odnosu na socioekonomske razlike dviju županija – Brodsko posavska i Istarska te prikaz smjernica za daljnje unaprjeđenje prakse temeljeno na rezultatima znanstvenog istraživanja.

Ovo istraživanje prvo je istraživanje ovakve vrste u Republici Hrvatskoj, koje je za cilj imalo istražiti informiranost, zadovoljstvo i očekivanja roditelja i stručnjaka uslugama rane podrške. Postoje pojedina istraživanja o informiranosti roditelja o uslugama rane podrške, ali vrlo malo je istraživano zadovoljstvo i očekivanja roditelja i stručnjaka uslugama rane podrške.

Dobiveni rezultati poslužili su za izradu smjernica za poboljšanje sustava usluga rane podrške, u smislu njegove učinkovitosti, mogućnosti i dostupnosti roditeljima djece s teškoćama u razvoju.

Doprinos ovoga istraživanje je i osmišljavanje dvaju novih mjernih instrumenata:

Upitnik o informiranosti, zadovoljstvu i očekivanjima roditelja ranom podrškom djeci s teškoćama u razvoju i njihovim obiteljima i *Upitnik o informiranosti, zadovoljstvu i očekivanjima stručnjaka ranom podrškom djeci s teškoćama u razvoju i njihovim obiteljima.*

Istraživanje može biti poticaj za provođenje ovakvog istraživanja u cijeloj Hrvatskoj kako bi se dobili potpuniji podatci o sustavu usluga rane podrške iz perspektive roditelja i stručnjaka te kako bi se proširio uzorak stručnjaka na ostale profesije (medicinske sestre, odgojitelji, učitelji) koje se u svom radu susreću s djecom s teškoćama u razvoju i njihovim obiteljima.

11.2. OGRANIČENJA ISTRAŽIVANJA

Navedeno istraživanje ima svoja metodološka ograničenja, čime se između ostalog generiraju smjernice za buduće znanstveno-istraživačke pothvate.

Mogućnost generalizacije rezultata ograničava prigodni uzorak - veličina i vrsta uzorka. Ograničenje je vidljivo u uzorku roditelja prema pojedinoj županiji jer je u istraživanju, od ukupno 152 roditelja, njih 104-ero bilo iz Brodsko-posavske, a 48 iz Istarske županije te su u uzorku stručnjaka najzastupljeniji bili liječnici.

Budući da su istraživanjem obuhvaćene samo dvije županije, ne može se govoriti o zastupljenosti različitih područja Republike Hrvatske.

LITERATURA

1. Abbott, M., Bernard, P. & Forge, J. (2012). Communicating a diagnosis of autism spectrum disorder – a qualitative study of parent's experiences. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 18 (3), 370–382. https://doi.org/10.1177/1359104512455813
2. Ablon, J. (1982). The parents'auxiliary of little people of America: a self-help model of social support for families of short-statured children. *Prevention in human services*, 1 (3), 31-46. https://doi.org/10.1300/J293v01n03_04
3. Ablon, J. (2000). Parents' responses to their child's diagnosis of neurofibromatosis 1. *American Journal of Medical Genetics*, 93 (2), 136-142. https://doi.org/10.1002/1096-8628(20000717)93:2<136::AID-AJMG11>3.0.CO;2-L
4. Ablon, O. & Foreman, D. (1999). A support group for parents of children with hyperkinetic disorder: an empowerment model. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 4 (4), 567-578. https://doi.org/10.1177/1359104599004004012
5. Addis, M. E. & Mahalik, J. R. (2003.). Men, masculinity and contexts of help seeking. American Psychologist, 58 (1), 5-14. https://doi.org/10.1037/0003-066X.58.1.5
6. Akister, J. & Johnson, K. (2004). The Parenting Task: Parents'concerns and where they would seek help. *Journal of Family Social Work*, 8 (2), 53-64. https://doi.org/10.1300/J039v08n02_03
7. Alliston, L. (2007) Principles and practices in early intervention: A literature review for the Ministry of Education. New Zealand: The Ministry of Education. https://www.educationcounts.govt.nz/__data/assets/pdf_file/0005/22595/EILR_FINAL_24July2007wmac.pdf
8. Almand, C. S. (2004). *Parenting daily hassles of children with disabilities: relationships to maternal efficacy, maternal satisfaction, and social support*. Doctoral dissertation, The University of Georgia. https://getd.libs.uga.edu
9. Anderson-Butcher, D. & Ashton, D. (2004). Innovative Models of Collaboration to Serve Children, Youths, Families and Communities. *Children and Schools*, 26 (1), 39-53. https://doi.org/10.1093/cs/26.1.39

10. Antonucci, T. C. (1985). Personal Characteristics, Social Support, and Social Behaviour. U: R. H. Binstock i E. Shanas (ur.), *Handbook of Aging and the Social Sciences* (str. 94-128). Van Nostrand 54 Reinhold Company.
11. Antonucci, T. C. (2001). Social Relations an Examination of Social Networks Social Support and Sense of Control. U: J. E. Birren i K.W. Schaie (ur.), *Handbook of the Psychology of Aging* (str. 427-453). Academic Press.
12. Attree, P. (2005). Parenting support in the context of poverty: a menta-synthessis of the qualitative evidence. U: Health and Care in the Community, 13 (4), 330-337. https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2005.00562.x
13. Austin, H., Katz, T. & Reyes, J.P.M. (2014). *A clinician`s guide to providing effective feedback to families affected by autism. An Autism Speaks*. https://www.autismspeaks.org/tool-kit/atnair-p-guide-providing-feedback-families-affected- autism.
14. Aytch, L. S., Hammond, R. & White, C. (2001). Seizures in infants and young children; An exploratory study of family experiences and needs for information and support. *Journal of neuroscience nursing*, 33 (5), 278-285. https://www.proquest.com/openview/f9e8403628400c4303ecb83efd25f7ca/1?pq-origsite=gscholar&cbl=48278
15. Bailey, D. B., Aytch, L. S., Odom, S. L., Symons, F. & Wolery, M. (1999). Early Intervention as We Knov It. *Mental retardation and Developmental Disabilities* 5 (1), 11-20. https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-2779(1999)5:1<11::AID-MRDD2>3.0.CO;2-U
16. Bailey, D. B., Hebbeler, K., Scarborough, A., Spiker, D. & Mallik, S. (2004). First experiences with early intervention: A national perspective. *Pediatrics*, 113 (4), 886-897. https://doi.org/10.1542/peds.113.4.887
17. Bailey, D. B. & Powell, T. (2005) 'Assessing the information needs of families in early intervention.' In M. J. Guralnick (Eds), *The Developmental Systems Approach to Early Intervention*, (pp. 151–183). Paul H. Brookes.
18. Baile, W. F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, R., Beale, E. A. & Kudelka, A. P. (2000). SPIKES – A six-step protocol for delivering bad news: Application to the patient with cancer. *The Oncologist*, 5 (4), 302–311. https://doi.org/10.1634/theoncologist.5-4-302

19. Baker-Ericzén, M., Mueggenborg, M.G. & Mueggenborg, M. (2009). Impact of trainings on child care providers' attudes and perceived coopetence toward inclusion: What factors are associated with change? *Tipics in early chilhood special education,* 28 (4), 196-208. https://doi.org/10.1177/0271121408323273
20. Baraban D, Mandić Z. & Majdandžić M. (2004). Stupanj zadovoljstva roditelja bolničkom skrbi djece. *Paediatria Croatica,* 48 (3), 14-24.
21. Bauer, S. C., Smith, P. J., Chien, A. T., Berry, A. D. & Msall, M. E. (2009). Educating Pediatric Residents About Developmental and Social-Emotional Health. *Infants and Young Children,* 22 (4), 309-320. https://doi: 10.1097/IYC.0b013e3181bc4da0
22. Baxter, K. & Glendinning, C. (2011). Making choices about support services: disabled adults' and older people's use of information. *Health & social care in the community,* 19 (3), 272-279. https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2010.00979.x
23. Bećirević, M. & Dowling, M. (2012). *Parent's participation in the social inclusion of children with disabilities in Bosnia and Herzegovina and Croatia*. The Open Society Foundation. http://oro.open.ac.uk/33183/
24. Blažević, I. (2015). Suvremeni kurikul i kompetencijski profil učitelja. U. A. Jakir (Ur.), *Zbornik radova filozofskog fakulteta u Splitu,* 6/7 (str. 119-131). Sveučilište u Splitu.
25. Blue-Banning, M., Summers, J. A., Frankland, H. C., Nelson, L. L. & Beegle, G. (2004). Dimensions Of Family and Professional Partnerships: Constructive Guidelines for Collaboration. *Exceptional Children,* 70 (2), 167–184. https://doi.org/10.1177/001440290407000203
26. Bloom, E. (2009). The Effectiveness of Community Support Systems and Psychosocial Rehabilitation Services for Mentally Ill Children and their Families. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation,* 14 (1), 4-20.
27. Bouillet, D. (2015). *Razvoj modela rane odgojno-obrazovne intervencije u osnovnoj školi: od ideje do evaluacije.* Forum za slobodu odgoja.
28. Bragadóttir, H., Sigurðardóttir, R., Gunnarsdóttir, H., Ragnarsdóttir, A. & Sigurðardóttir, A. Ó. (2007). Ánægja foreldra með þjónustu á barnadeildum Barnaspítala Hringsins. [Parental Satisfaction with Services in Pediatric Units at the Childrens's Hospital] (in Icelandic). *Icelandic Journal Articles,* 3 (83), 38-48. https://www.hirsla.lsh.is/handle/2336/12727

29. Brajša-Žganec, A., Franc, R., Merkaš, M., Radačić, I., Šerić, M. & Šikić-Mićanović, J. (2011). *Analiza stanja prava djece u Republici Hrvatskoj*. UNICEF, Ured za Hrvatsku.
30. Brogan, C. A. & Knussen, C. (2003). The disclosure of a diagnosis of an autistic spectrum disorder: Determinants of satisfaction in a sample of Scottish parents. *Autism*, 7 (1), 31-46. https://doi.org/10.1177/1362361303007001004
31. Brotherson, M. J., Cook, C. C., Erwin, E. J. & Weigel, C. J. (2008). Understanding self-determination and families of young children with disabilities in home environments. *Journal of Early Intervention*, 31 (1), 22-43. https://doi.org/10.1177/1053815108324445
32. Bruder, M.B. (2005). Service coordinaton and integraton in a Developmental systems approach to early intervention. In. M.J. Guralnick (Eds), *The developmental systems appraach to early intervention* (pp. 29-58). Brookes intervention.
33. Bruder, M. B. (2010.). Early childhood intervention: A promise to children and families for their future. *Exceptional Children*, 76 (3), 339 – 355. https://doi.org/10.1177/001440291007600306
34. Buckman, R. & Kason, Y. (1992). How to Break Bad News–a Protocol for Healthcare Professionals. Toronto University Press.
35. Burcar, Ž. (2005). Što roditelji očekuju od škole kada ih se pozove na suradnju. U H. Vrgoč (Ur.). *Učenici, učitelji i roditelji zajedno na putu uspješnog odgoja i obrazovanja,* (str. 118- 123). Hrvatski pedagoško-književni zbor.
36. Bryant, E. & Cohen, C. (2003). State Networks of Local Comprehensive Community Collaborative. Financing and Governance Strategies. Financing Strategies Series. The finance project.
37. Cai, L., Chan, J.S., Yan, J.H. & Peng, K. (2014). Brain plasticity and motor practice in cognitive aging. *Frontiers in aging neuroscience*, 6, 31.

https://doi.org/10.3389/fnagi.2014.00031

38. Canary, H. E. (2008) ″Creating supportive connections: a decade of research on support for families of children with disabilities.″ *Health Communication*, 23 (5), 413–26. https://doi.org/10.1080/10410230802342085
39. Canary, H. E. & McPhee, R. D. (2009) ″The meditation of policy knowledge: an interpretive analysis of intersecting activity systems.″ *Management Communication Quarterly*, 23 (2), 147–87. https://doi.org/10.1177/0893318909341409

40. Canavan, J., Coen, L., Dolan, P. & Whyte, I. (2009). Privileging practice: Facing the challenge of integrated working outcomes for children. *Children and Society*, 25 (3), 377-388. https://doi.org/10.1111/j.1099-0860.2009.00230.x

41. Carlson, G., Armitstead, C., Rodger, S. & Liddle, G. (2010). Parents' Experiences of the Provision of Community-Based Family Support and Therapy Services Utilizing the Strengths Approach and Natural Learning Environments. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 23 (6), 560–572. https://doi.org/10.1111/j.1468-3148.2010.00562.x

42. Cazin, K., Cindrić, Ž. i Pišćenec, I. (2014). Roditelji djece s poteškoćama u razvoju; stupanj zadovoljstva suradnjom sa zdravstvenim djelatnicima. *Sestrinski glasnik*, 19 (3), 178-182. https:// doi.org/10.11608/sgnj.2014.19.039

43. Centre for Community Child Health (2002). Indicators for child health development and wellbeing. https://ww2.rch.org.au

44. Chandramuki, Venkatakrishnashastry, I. & Vranda, M.N. (2012). Attitudes of Parents towards Children with Specific Learning Disabilities. *Disability, CBR and Inclusive Development*, 23 (1), 63-69.

45. Chang, C. L. (2007) A study of applying data mining to early intervention for developmentally-delayed children. *Expert Systems with Applications*, 33 (2), 407–412. https://doi.org/10.1016/j.eswa.2006.05.007

46. Cohen, S. & Wills, T.A. (1985). Stress, social support and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98 (2), 310-357. https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.310

47. Conderman, G. & Johnston-Rodriguez, S., Hartman, P. (2009). Communicating and Collaborating in Co-Taught Classrooms. *Teaching Exceptional Children Plus*, 5 (5), n5. https://eric.ed.gov/?id=EJ967751

48. Conrad, B., Gross, D., Fogg, L. & Ruchala, R. (1992). Maternal confidence, knowledge, and quality of mother-toddler interactions. A preliminary study, *Infant Mental Health Journal*, 13 (4), 353-362. https://doi.org/10.1002/1097-0355(199224)13:4<353::AID-IMHJ2280130410>3.0.CO;2-%23

49. Cooley Hidecker, M. J., Jones, R. S., Imig, D. R. i Villarruel, F. A. (2009) ″Using family paradigms to improve evidence-based practice.″ *American Journal of Speech-Language Pathology*, 18 (3), 212–221. https://doi.org/10.1044/1058-0360(2009/08-0011)

50. Cook, J. R. & Kilmer, R. P. (2012). System of Care: New Partnership for Community Psychology. *American Journal of Community Psychology*, 49 (3-4), 393-403. https://doi.org/10.1007/s10464-012-9516-8

51. Dale, N (1996). *Working with families of children with special needs: partnership and practice.* Routledge.

52. Davies, S. & Hall, D. (2005). ″Contact A Family″: professionals and parents in partnership. *Archives of disease in childhood*, 90 (10), 1053-1057. http://dx.doi.org/10.1136/adc.2004.070706

53. Desjardin, J. L. (2003). Assessing Parental Perceptions of Self-Efficacy and Involvement in Families of Young Children with Hearing Loss. *Volta Review*, 103 (4).

54. Dinnebeil, L.A., Hale, L.M. & Rule, S. (1999), Early interventon prograo practces that support collaboraton. *Tipics in early childhiid special educatin*, 19 (4), 225-235. https://doi.org/10.1177/027112149901900403

55. Dobrotić, J. i Laklija, M. (2012), Patterns of Sociability and Perception of Informal Social Support in Croatia. *Social research*, 21 (1), 39-58. https:/doi.org/10.5559/di.21.1.03

56. Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? Journal of the American Medical Association, 260 (12), 1743–1748. https://doi:10.1001/jama.1988.03410120089033

57. Državni zavod za zaštitu obitelji, materinstva i mladeži (2001, bez dat). *Konvencija UN-a i pravima djeteta.* https://www.unicef.hr

58. Državni zavod za statistiku Republike Hrvatske, (2020). https://www.dzs.hr/

59. Duenas, J., Landry, L. & Torok, S. (2012). *Effective Practice in Providing Family Support: Making It Real for Families of Infants and Toddlers with Disabilities*. Early Start California. https://scholarworks.lib.csusb.edu/osr/vol5/iss1/350

60. Dunst, C. J. & Bruder, M. B. (2002), Valued outcomes of service coordination, early intervention, and natural environments. *Exceptional Children*, 68 (3), 361-375. https://doi.org/10.1177/001440290206800305

61. Dunst, C. J. & Trivette, C. M. (1997). Early intervention with young at-risk children and their families. *Handbook of prevention and treatment with children and adolescents: Intervention in the real world*, 157-180.

62. Dutton, D. B., Gomby, D. & Fowles, J. (1985). Satisfaction with children's medical care in six different ambulatory settings. *Medical Care,* 23 (7) 894–912. https://www.jstor.org/stable/3764801

63. Ellis, J. T., Luiselli, J. K., Amirault, D., Byrne, S., O'Malley-Cannon, B., Taras, M., Wolongevicz, J. & Sisson, R. W. (2002) ″Families of children with developmental disabilities: assessment and comparison of self-reported needs in relation to situational variables.″ *Journal of Developmental and Physical Disabilities,* 14 (2), 191–202. https://www.researchgate.net/publication/256685616_Family_and_parental_functioning_in_parents_of_disabled_children

64. Epley, P., Gotto, G. S., Summers, J. A., Brotherson, M. J., Turnbull, A. P. & Friend, A. (2010), Supporting families of young children with disabilities: Examining the role of administrative structures. *Topics in Early Childhood Special Education*, 30 (1), 20-31. https://doi.org/10.1177/0271121410363400

65. Eteläpelto, A. (1997). Asiantuntijuuden muuttuvat määritykset [The Changing Definitions of Professionalism]. In J. Kirjonen, P. Remes, & A. Eteläpelto (Eds.), Muuttuva asiantuntijuus [Changing Professionalism] (pp. 86-102). Jyväskylä, Finland: Finnish Institute for Educational Research.

66. Fareo, D.O. (2015). Counselling Intervention and Support Programmes for Families of Children with Special Educational Needs. *Journal of Education and Practice,* 6 (10), 103-109. https://files.eric.ed.gov

67. Farmer, J. E., Clark, M. J. & Marien, W.E. (2004). Building Systems of Care for Children With Chronic Health Conditions. *Rehabilitation Psychology*, 48 (4), 242–249.

68. Filej B, Skela-Savić, B., Vičić-Hudorović V. & Hudorović N. (2009). Necessary organizational changes according to Burke–Litwin model in the head nurses system of management in healthcare and social welfare institutions - The Slovenia experience. *Health Policy*, 90 (2-3), 166-174. https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2008.09.013

69. Filipaj, A. i Buljevac, M. (2021). Pružanje socijalnih usluga djeci s teškoćama u razvoju: uloga socijalnog radnika zaposlenog u ustanovi socijalne skrbi. *Ljetopis socijalnog rada*, 28 (1), 257-271. https://doi.org/10.3935/ljsr.v28i1.418

70. Fisher, H. R. (2001). The needs of parents with chronically sick children: a literature review. *Journal of advanced nursing*, 36 (4), 600-607. https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.02013.x

71. Fordham, L., Gibson, F. & Bowes, J. (2011). Information and professional support: key factors in the provision of family-centred early childhood intervention services. *Child: care, health and development*, 38 (5), 647-653. https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2011.01324.x

72. Franz, P. (2000). The best quality cooperation beetwen parents and experts in early intervention. *Infants and young children*, 12 (3), 32-45.

73. Gattellari, M., Butow, P. N., Tattersall, M. H. N., Dunn, S. M. & MacLeod, C. A. (1999). Misunderstanding in cancer patients: Why shoot the messenger? *Annals of Oncology*, 10 (1), 39–46. https://doi.org/10.1023/A:1008336415362

74. Geary, C. D., Flinn, M. V. (2001). Evolution of Human Parental Behavior and the Human Family. *Parenting: Science and practice*, 1 (1-2), 5-61. https://doi.org/10.1080/15295192.2001.9681209

75. Ghorbani, M., Dolatian, M., Shams, J. & Alavi-Majd, H. (2014). Anxiety, Post-Traumatic Stress Disorder and Social Supports Among Parents of Premature and Full-Term Infants. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 16 (3), e13461. https://doi.org/10.5812/ircmj.13461

76. Girgis, A. & Sanson-Fisher, R. W. (1995). Breaking bad news: consensus guidelines for medical practitioners. *Journal of Clinical Oncology*, 13 (9), 2449–2456.

77. Girio-Herrera, E., Owens J. S. & Langberg J. M. (2013). Perceived barriers to help-seeking among parents of at-risk kindergarteners in rural communities. *Journal of Clinical Child Adolescent Psychology*, 42 (1), 68-77. https://doi.org/10.1080/15374416.2012.715365

78. Godoy, L., Mian, N. D., Eisenhower, A. S. & Carter, A. S. (2014). Pathways to Service Receipt: Modeling Parent Help-Seeking for Childhood Mental Health Problems. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 41 (4), 469-479. https://link.springer.com/article/10.1007/s10488-013-0484-6

79. Goldsmith, D.J. (2004). Communicating Social Support. University Press.

80. Granguard, A. H. & Skov, L. (2006). Why do we need a diagnosis? A qualitative study of parent´s experience, coping and needs, when the newborn child is severely disabled. *Blackwell Publishing Ltd.* 33 (3), 296-307. https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2006.00666.x

81. Grubić, M., Ljubešić, M., Filipović-Grčić, B., Ivković, Đ. i Marković, M. (2012). *Kako reći neželjenu vijest. Komunikacija zdravstvenih djelatnika i ostalih stručnjaka s roditeljima teško bolesne djece i djece s razvojnim rizicima i teškoćama u razvoju.* Medicinska naklada.

82. Guralnick, M.J. (2005). *The Develipmental systems appriach ti early intervention.* Paul H. Brookes Publishing Co.Inc.

83. Guralnick, M. & Albertini, G. (2006). Early Intervention in an International Perspective. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities,* 3 (1), 1-2.

84. Guralnick M. J. (2011). Why Early Intervention Works: A Systems Perspective. *Infants and young children*, 24 (1), 6–28. https://doi.org/10.1097/IYC.0b013e3182002cfe

85. Guralnick M. J. (2013). Developmental Science and Preventive Interventions for Children at Environmental Risk. *Infants and young children*, 26 (4), 270-285. https:/doi.org/10.1097/IYC.0b013e3182002cfe

86. Gwendolin, A.P. (2002). *Parenting styles, maternal efficacy, and impact of childhood disability on the family in mothers of children with disabilities.* Athens. https://getd.libs.uga.edu

87. Hagen, I. H., Iversen, V. C., Nesset, E., Orner, R. & Svindseth, M. F. (2019). Parental satisfaction with neonatal intensive care units: a quantitative cross-sectional study. *BMC health services research*, 19 (1), 1-12. https://doi.org/10.1186/s12913-018-3854-7

88. Hammond, W. (2010). Principles of strength-based practice. *Resilience initiatives,*12 (2), 1-7.

89. Hall, J. A. & Dornan, M. C. (1988). What patients like about their medical care and how often they are asked: A meta-analysis of the satisfaction literature. Social Science and Medicine, 27 (9), 935–939. https://doi.org/10.1016/0277-9536(88)90284-5

90. Hanson, M.J., Lieber, J., Horn, E., Beckman, P. (2000). *Gatekeeping. Presentaton to the Council for Exceptonal Children`s division of early childhood annual internatonal early childhood conference on children with special needs*. NM.

91. Hanson, M.J. (2005). Ensuring Efectve Transitons in Early Interventon. U M.J. Guralnick (Ed), *The developmental systems approach to early intervention.* Brookes.

92. Harbin, G.L., McWilliam, R.A. & Gallagher, J.J. (2000). Services for young children with disabilites and their faoilies. U J.P. Shonkof i S.J. Meisels (Ur), *Handbook of early childhood intervention* (387-415). Cambridge University Press.

93. Hartman, A. F., Radin, M. B. & McConnell, B. (1992). Parent-to-parent support: a critical component of health care services for families. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 15 (1), 55-67. https://doi.org/10.3109/01460869209078240

94. Herzig, J. (1993). Zur Lebenssituation von Vätern körperbehinderter Kinder. Behinderte in Familie, *Schule und Gesellschaft,* 16 (2), 43-50.

95. Hoolan Putti, M. & Brady, B. (2011). From Tea and Sympathy to Optimal Matching of Need: Developing a Shared Vision for Community-based Family Support Services. *Child Care in Practice*, 17 (3), 271 – 284. https://doi.org/10.1080/13575279.2011.581650

96. Hrvatska gospodarska komora (2018, bez dat). *Županije - razvojna raznolikost i gospodarski potencijali.* https://www.hgk.hr

97. Hrvatska gospodarska komora (2019, bez dat). *Županije - razvojna raznolikost i gospodarski potencijali.* https://www.hgk.hr

98. Hrvatska gospodarska komora (2020, bez dat). *Županije - razvojna raznolikost i gospodarski potencijali.* https://www.hgk.hr

99. Hrvatska udruga za ranu intervenciju (2015, bez dat). Četvrti hrvatski simpozij o ranoj intervenciji u djetinjstvu. https://hurid.hr/events/cetvrti-hrvatski-simpozij-o-ranoj-intervenciji-u-djetinjstvu/

100. Hrvatska udruga za ranu intervenciju (2019, bez dat). Peti hrvatski simpozij o ranoj intervenciji u djetinjstvu. https://hurid.hr/events/peti-hrvatski-simpozij-o-ranoj-intervenciji-u-djetinjstvu/

101. Hrvatska udruga za ranu intervenciju u djetinjstvu (2015, bezdat) Završetak projekta „Izjednači!". http://hurid.hr/uncategorized/zavrsetak-projekta-izjednaci/

102. Hrvatski zavod za javno zdravstvo (2021, 9. rujna). Izvješće o osobama s invaliditetom u Republici Hrvatskoj.

103. Iversen, D. M., Poulin Shimmel, J., Ciacera, S. L. & Prabhakar, M. (2003). Creating a family-centered approach to early intervention services: Perceptions of parents and professionals. *Pediatric Physical Therapy***,** 15 (1), 23-31. https://doi.org/ 10.1097/01.PEP.0000051694.10495.79
104. Ivšac Pavliša, J. (2010). Atipični komunikacijski razvoj i socioadaptivno funkcioniranje u ranoj dobi. *Društvena istraživanja***,** 1-2 (105-106), 279-303. https://hrcak.srce.hr/52207
105. Jenkinson C, Coulter A, Bruster S, Richards N & Chandola T. (2002). Patients' experiences and satisfaction with health care: results of a questionnaire study of specific aspects of care. *Qual Saf Health Care*, 11 (4), 335–339. https://doi.org/10.1136/qhc.11.4.335
106. Jones, L., Rowe, J. & Becker, T. (2009). Appraisal, coping and social support as predictors of psychological distress and parenting efficacy in parents of premature infants. *Children's Health Care*, 38 (4), 245-262. https://doi.org/10.1080/02739610903235976
107. Johnston, C., Tracey, D., Mahmic, S. & Papps, F. (2013). *Getting the Best from DisabilityCare Australia: Families, Information and Decision Making: Report of a Project Undertaken for the Practical Design Fund Department of Families, Housing, Community Services and Indigenous Affairs, Practical Design Fund (Australian Department of Families, Housing, Community Services and Indigenous Affairs.* http://www.ndis.gov.au/sites/default/files/documents/Johnston%20Tracey%20Papps%20and%20Mahmic%20PDF%20Report.pdf
108. Jönsson, L., Lundqvist, P., Tiberg, I., Hallström, I. (2015). Type 1 diabetes–impact on children and parents at diagnosis and 1 year subsequent to the child's diagnosis. *Scandinavian journal of caring sciences*, 29 (1), 126-135. https://doi.org/10.1111/scs.12140
109. Jung, L. A. (2010). ″Identifying families' supports and other resources.″ In R. A. McWilliam (Eds.), *Working with Families of Young Children with Special Needs*, (pp. 9–26). The Guildford Press.
110. Jung, L. A. & Baird, S. M. (2003). Effects of service coordinator variables on individualized family service plans. *Journal of Early Intervention*, 25 (3), 206-218.

111. Kabeel, A. R. A. & Eisa, S. A. E. M. M. (2017). Relationship between job satisfaction and professional identity among psychiatric nurses. *Egyptian nursing journal*, 14 (1), 9-16. https://doi.org/10.4103/2090-6021.206939
112. Kalanj, R. (1995). Kulturna tranzicija. *Revija za sociologiju*, 26 (3-4), 231-240.
113. Kallenbach, K. (1997). Väter schwerstbehinderter Kinder. Waxmann.
114. Kalmanson, B. & Seligman, S. (1992). Family – provider relatonships: The basis of all intervention. *Infants and yiung Children*, 4 (4), 46-52. https://doi.org/10.1097/00001163-199204000-00007
115. Karpowitz, D. H. (2001). American familyes in the 1990 s and Beyond. In Fine, M. J. & Lee, S. W. (Eds.) *Handbook of Diversity in Parent Education*. Accademic Press.
116. Keen, D., Couzens, D., Muspratt, S. & Rodger, S. (2010). The effects of a parent – focused intervention for children with a recent diagnosis of autisam spectrum disorder on parenting stress and competence. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 4 (2), 229-241. https://www.academia.edu/1899165/The_effects_of_a_parent_focused_intervention_for_children_with_a_recent_diagnosis_of_autism_spectrum_disorder_on_parenting_stress_and_competence
117. King, S. M., Rosenbaum, P. L. & King, G. A. (1996). Parents' perceptions of caregiving: Development and validation of a measure of processes. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 38 (9), 757–772. https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.1996.tb15110.x
118. King, G., Law, M., King, S. & Rosenbaum, P. (1998). Parents' and service providers' perceptions of the family-centredness of children's rehabilitation services. *Physical and Occupational Therapy in Pediatrics*, 18 (1), 21–40. https://doi.org/10.1080/J006v18n01_02
119. King, G., King, S., Rosenbaum, P. & Goffin, R. (1999). Family-centred caregiving and well-being of parents of children with disabilities: Linking process with outcome. *Journal of Pediatric Psychology*, 24 (1), 41–53. https://www.academia.edu/24842457/Family-centered_caregiving_and_wellbeing_of_parents_of_children_with_disabilities_linking_process_with_outcome
120. King, G., Cathers, T., King, S. & Rosenbaum, P. (2001). Major elements of parents' satisfaction and dissatisfaction with pediatric rehabilitation services. *Children's Health Care*, 30 (2), 111-134. https://doi.org/10.1207/S15326888CHC3002_3

121. Klarin, M. (2006). *Razvoj djece u socijalnom kontekstu (roditelji, vršnjaci, ucitelji, kontekst razvoja djeteta).* Naklada Slap.

122. Konrad, S. C. (2007). ″What parents of seriously ill children value: parent-to-parent connection and mentorship.″ *Journal of Death and Dying*, 55 (2), 117–30.

123. Korfmacher, J., Green, B.L., Staerkel, F., Peterson, C., Cook, G., Roggman, L., Faldowski, R. Schiffman, R. (2008). Parent involvment in early childhood home visiting. *Child and Youth Care Forum*, 37 (4), 171-196. https://doi.org//10.1007/s10566-008-9057-3

124. Košićek, T., Kobetić, D., Stančić, Z. i Joković Oreb, I. (2009). Istraživanje nekih aspekata rane intervencije u djetinjstvu. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja.* 45 (1), 1-14. https://hrcak.srce.hr/44904

125. Krahn, G. L., Eisert, D. & Fifield, B. (1990). Obtaining parental perceptions of the quality of services for children with special health needs. *Journal of Pediatric Psychology*, 15 (6), 761-774. https://doi.org/10.1093/jpepsy/15.6.761

126. Kraljević, R. (2011). Neki indikatori promjena nakon podrške roditeljima djece s posebnim potrebama primjenom integrativnog Gestalt pristupa. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 47 (1), 41-48. https://hrcak.srce.hr/63441

127. Kuhn, J. C. & Carter, A. S. (2006). Maternal Self-Efficacy and Associated Parenting Cognitions Among Mothers of Children With Autism. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76 (4), 564-575. https://doi.org/10.1037/0002-9432.76.4.564

128. Kumar, G. (1999.). Obitelj i cerebralna paraliza. U: Pospiš, M. (ur.), *Znanjem do izjednačavanja mogućnosti za osobe s invaliditetom* (str. 70-72). Hrvatski savez udruga cerebralne i dječje paralize.

129. Landsman, G. (2005). Mothers and Models of Disability. *Journal of Medical Humanities,* 26 (2/3), 121-139. https://doi.org/10.1007/s10912-005-2914-2

130. Langford, J. (2009). The role of family support in an integrated early childhood system: Helping families get what they need to support their children's development. Center for the Study of Social Policy.

131. Laragy, C., David, C. & Moran, N. (2016) ″A framework for providing information in Individualised funding programmes.″ *Qualitative Social Work,* 15 (2), 190–208. https://doi.org/10.1177/1473325015589402

132. Larsen, D. L., Attkisson, C. C., Hargreaves, W. A. & Nguyen, T. D. (1979). Assessment of client/patient satisfaction: development of a general scale. *Evaluation and program planning*, 2 (3), 197-207. https://doi.org/10.1016/0149-7189(79)90094-6
133. Lee, Y.H. (2015). The meaning of early intervention: A parent's experience and reflection on interactions with professionals using a phenomenological ethnographic approach. *International Journal of Quallitative Studies and Health Well-being*, 10 (1), 25891. https://doi.org/10.3402/qhw.v10.25891
134. Leutar, Z. i Raić, I. (2002). Dijete s mentalnom retardacijom u obitelji. *Ljetopis Studijskog centra socijalnog rada*, 9 (1), 29-47.
135. Leutar, Z. i Starčić, T. (2007). partnerski odnosi i dijete s poteškoćama u razvoju. *Ljetopis socijalnog rada*, 14 (1), 27-58. https://hrcak.srce.hr/11493
136. Leutar, Z. i Štambuk, A. (2007). Invaliditet u obitelji i izvori podrške. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja,* 43 (1), 47-61. https://hrcak.srce.hr/22099
137. Leutar, Z. i Oršulić, V. (2015). Povezanost socijalne podrške i nekih aspekata roditeljstva u obiteljima s djecom s teškoćama u razvoju. *Revija za socijalnu politiku*, 22 (2), 153-176. https://doi.org/10.3935/rsp.v22i2.1219
138. Lewis, J. R. (1994). Patient views on quality care in general practice: literature review. *Social science & medicine*, 39 (5), 655-670. https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)90022-1
139. Lin, M. J., Huang, X. Y. & Hung, B. J. (2009). The experiences of primary caregivers raising school-aged children with attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of clinical nursing*, 18 (12), 1693-1702. https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02604.x
140. Lokalno partnerstvo za zapošljavanje Brodsko-posavske županije. (2017, bez dat). Strategija razvoja ljudskih potencijala Brodsko-posavske županije 2016.-2020. https://www.bpz.hr
141. Lovell, A. & Mason, T. (2012). Caring for child with a learning disability born into the family unit: Women´s recollections over time. *Scandinavian Journal of Disabiliti Research***,** 14 (1), 15-23. https://doi.org/10.1080/15017419.2010.540827
142. Lulić, S. (2012). *Stvaranje baze podataka o servisima rane intervencije u dječjim vrtićima u Republici Hrvatskoj*. [Specijalistički rad, Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet]. Edukacijsko rehabilitacijski fakultet u Zagrebu.

143. Ljubešić, M. (2003). *Biti roditelj – Model dijagnostičko-savjetodavnog praćenja ranog dječjeg razvoja i podrške obitelji s malom djecom*. Državni zavod za zaštitu obitelji, materinstva i mladeži.
144. Ljubešić, M. (2004). Suvremeni koncept rane intervencije za neurorizičnu djecu. *Glynaecol Perinatol*, 13 (2), 57-60.
145. Ljubešić, M. (2009). Rana intervencija u djetinjstvu: Gdje smo i kamo idemo? U M. Cepanec (Ur.), *Zbornik sažetaka 1. hrvatskog simpozija o ranoj intervenciji u djetinjstvu* (str. 71). Hrvatska udruga za ranu intervenciju u djetinjstvu.
146. Ljubešić, M. (2012). Rana intervencija kod komunikacijskih i jezično-govornih odstupanja. *Paediatria Croatica*, 56 (1), 202-206. https://hpps.kbsplit.hr
147. Ljubešić, M. (2017). Predgovor – rana intervencija kod višestrukih rizika. U M. Ljubešić (Ur.) *Rana intervencija u djetinjstvu: dobar start za sve* (str. 5-11). Hrvatska udruga za ranu intervenciju.
148. Ljubetić, M. (2006). Obitelj u povijesnom i suvremenom kontekstu. Filozofski fakultet. https://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Finet1.ffst.hr%2Fimages%2F50013806%2FLjubetic_022006.pdf&clen=377007&chunk=true
149. Ljubetić, M. (2014). Od suradnje do partnerstva obitelji, odgojno-obrazovne ustanove i zajednice. Element.
150. Mackintosh, V. H., Myers, B. J. & Goin-Kochel, R. P. (2005) ″Sources of information and support used by parents of children with autism spectrum disorders.″ *Journal of Developmental Disabilities*, 12 (1), 42–51. https://oadd.org
151. MacCourt, P. (2013). *National Guidelines for a Comprehensive Service System to Support Family Caregivers of Adults with Mental Health Problems and Illnesses*. Mental Health Commission of Canada. https://www.mentalhealthcommission.ca
152. Mandič, S. i Hlebec, V. (2005). Socialno omrežje kot okvir upravljanja s kakovostjo življenja in sprmemebe v Sloveniji med letoma 1987 in 2002. *Družboslovne razprave*, 21 (49/50), 263-285. http://dk.fdv.uni-lj.si/dr/dr49-50MandicHlebec.PDF
153. Martin, A. E., D'Agostino, J. A., Passarella, M. & Lorch, S. A. (2016). Racial differences in parental satisfaction with neonatal intensive care unit nursing care. *Journal of Perinatology*, 36 (11), 1001-1007. https://doi./org10.1038/jp.2016.142

154. Martinac Dorčić, T. (2008). Razlike između majki i očeva djece s cerebralnom paralizom u rizičnim i zaštitnim faktorima te prilagodbi. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja,* 44 (2), 63-78. https://hrcak.srce.hr/30720

155. Matijaš, T., Ivšac Pavliša, J. i Ljubešić, M. (2014). Sustav zdravlja u području rane intervencije u djetinjstvu. *Paediatria Croatica,* 58 (4), 303-309. http://dx.doi.org/10.13112/PC.2014.54

Matziou, V., Boutopoulou, B., Chrysostomou, A., Vlachioti, E., Mantziou, T. & Petsios, K. (2011). Parents' satisfaction concerning their child's hospital care. *Japan Journal of Nursing Science,* 8 (2), 163-173. https://doi.org/10.1111/j.1742-7924.2010.00171.x

156. Matziou, V., Galanis, P., Alexopoulou, D., Vlachioti, E. & Tsoumakas, C. (2006). How do parents evaluate the health care provided to their hospitalized children? *Nosileftiki*, 45, 92– 97.

157. McCormick MC., Escobar GJ., Zheng Z. & Richardson DK. (2008). Factors influencing parental satisfaction with neonatal intensive care among the families of moderately premature infants. *Pediatrics.* 121 (6),1111–1118. https://doi.org/10.1542/peds.2007-1700

158. McKay, M. & Hensey, O. (1990). From the other side: Parents' views of their early contacts with health professionals. *Child: Care, Health and Development*, 16 (6), 373–381. https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.1990.tb00670.x

159. McNaughton, D. (1994). Measuring parent satisfaction with early childhood intervention programs: Current practice, problems, and future perspectives. Topics in Early Childhood Special Education, 14 (1), 26–48. https://doi.org/10.1177/027112149401400106

160. McWilliam, R.A., Tocci, L. & Harbin, G.L. (1998). Family- centered services: Service providers` discourse and behaviour. *Tipics in early childhiid special educatin,* 18 (4), 206-221. https://doi.org/10.1177/027112149801800404

161. McWilliam, R. A. (2010): Working with families of young children with special needs. Guilford Press.

162. Middleton, L. (1998). Services for disabled children: Integrating the perspective of social workers. *Child and Family Social Work*, 3, 239-246. https://doi.org/10.1046/j.1365-2206.1998.00078.x

163. Midence, K. & O'Neill, M. (1999). The experience of parents in the diagnosis of autism. *Autism*, 3 (3), 273–285. https://doi.org/10.1177/1362361399003003005
164. Milić Babić, M. (2012). Neke odrednice doživljaja roditeljske kompetentnosti u obiteljima djece s teškoćama u razvoju. *Napredak*, 154 (1-2), 83-102. https://hrcak.srce.hr/138786
165. Milić Babić, M., Franc, I. i Leutar, Z. (2013). Iskustva s ranom intervencijom roditelja djece s teškoćama u razvoju. *Ljetopis socijalnog rada*, 20 (3), 453-480. https://hrcak.srce.hr/118484
166. Milić Babić, M. i Laklija, M. (2013). Strategije suočavanja kod roditelja djece predškolske dobi s teškoćama u razvoju. *Socijalna psihijatrija*, 41 (4), 0-225. https://hrcak.srce.hr/157157
167. Milić Babić, M. (2019). Socijalna podrška i roditeljstvo. *Socijalne teme*, 1 (6), 13-26. https://hrcak.srce.hr/233278
168. Ministarstvo za demografiju, obitelj, mlade i socijalnu politiku (2018, bez dat). *Plan deinstitucionalizacije, transformacije te prevencije institucionalizacije 2018. – 2020.* https://mrosp.gov.hr/UserDocsImages/dokumenti/MDOMSP%20dokumenti/Plan%202018-2020.pdf
169. Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi (2010, bez dat). *Standardi kvalitete socijalnih usluga u djelatnosti socijalne skrbi.* Vlada Republike Hrvatske, Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi. https://vlada.gov.hr
170. Mitchell-DiCenso, A., Guyatt, G., Paes, B., Blatz, S., Kirpalani, H., Fryers, M., Hunsberger, M., Pinelli, J., Van Dover, L., Southwell, D. (1996). A new measure of parent satisfaction with medical care provided in the neonatal intensive care unit. *Journal of Clinical Epidemiology*, 49 (3), 313–318.
171. Moeller, M. P. (2000). Early intervention and language development in children who are deaf and hard of hearing. *Pediatrics*, 106 (3), e43-e43. https://doi.org/10.1542/peds.106.3.e43
172. Moeller, M.P. (2007). Current state of knowledge: Psychosocial development in children with hearing impairment. *Ear and hearing*, 28 (6), 729-739. doi: https://doi.org/10.1097/AUD.0b013e318157f033

173. Moumtzoglou, A., Dafogianni, C., Karra, V., Michailidou, D., Lazarou, P. & Bartsocas, C. (2000). Development and application of a questionnaire for assessing parent satisfaction with care. International Journal for Quality in Health Care, 12 (4), 331–337. https://doi.org/10.1093/intqhc/12.4.331

174. Movkebaieva, Z., Oralkanova, Z. & Uaidullakyzy, E. (2013).The professional competence of teachers in inclusive education. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 89, 549 –554. https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2013.08.892

175. National Collaborating Centre for Mental Health. (2011, n.d.). *The management and support of children and young people on the autism spectrum. National Clinical Guideline Number 170.* The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists.

176. National Collaboration for Integrated Care and Support (2013, n.d.). Integrated Care and Support: Our Shared Commitment. https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/198748/DEFINITIVE_FINAL_VERSION_Integrated_Care_and_Support_-_Our_Shared_Commitment_2013-05-13.pdf

177. Narodne novine (2017). *Nacionalna strategija izjednačavanja mogućnosti za osobe s invaliditetom od 2017. do 2020.* https://narodnenovine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2017_04_42_967.html

178. Narodne novine (2014). *Pravilnik o postupku utvrđivanja psihofizičkog stanja djeteta, učenika te sastavu stručnih povjerenstava.* https://narodnenovine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2014_06_67_1279.html

179. Nelson, C. A. (2000). The neurobiological bases of early intervention. In J. P. Shonkoff & S. J. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (pp. 204-227). Cambridge University Press.

180. Nenadić-Bilan, D. (2015). Društvena potpora roditeljima djece predškolske dobi. *Školski vjesnik: časopis za pedagogijsku teoriju i praksu*, 64 (1), 45-63. https://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Fhrcak.srce.hr%2Ffile%2F212244&clen=393189&pdffilename=D.NENADIC_BILAN.pdf

181. Neufeld, A. & Harrison, M. (2009). *Nursing and Family Caregiving-Social Support and Nonsupport.* Springer Publishing Company.

182. Nieboer, A. P., Cramm, J. M., Van Der Meij, B. & Huijsman, R. (2011). ″Choice processes and satisfaction with care according to parents of children and young adults with intellectual disabilities in the Netherlands.″ Journal of Intellectual & Developmental Disability, 36 (2), 127–36.

183. Nissenbaum, M. S., Tollefson, N. & Reese, R. M. (2002). The interpretative conference: Sharing a diagnosis of autism with families. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 17 (1), 30–43. https://doi.org/10.1177/108835760201700103

184. Odom, S. L. & Diamond, K. E. (1998). Inclusion of young children with special needs in early childhood education: The research base. *Early Childhood Research Quarterly*, 13 (1), 3-25. https://doi.org/10.1016/S0885-2006(99)80023-4

185. Oh, E. & BayerJ. K. (2015). Parents' help-seeking processes for early childhood mental health problems. *Child and Adolescent Mental Health*, 20 (3), 149-154. https://doi.org/10.1111/camh.12081

186. Oswald, E. (2009). Because We Care: Programming Guidance for Children Deprived of Parental Care. California: World Vision International. https://resourcecentre.savethechildren.net/node/5996/pdf/5996.pdf

187. Peck, N. F., Maude, S. P. & Brotherson, M. J. (2015). Understanding preschool teachers' perspectives on empathy: A qualitative inquiry. *Early Childhood Education Journal*, 43 (3), 169-179. https://link.springer.com/article/10.1007/s10643-014-0648-3

188. Pećnik, N. (2003). Izvori socijalne podrške i zadovoljstvo podrškom. U Z. Raboteg-Šarić; N. Pećnik; V. Josipović (Ur.), *Jednoroditeljske obitelji: osobni doživljaj i stavovi okoline* (str.170-191). Državni zavod za zaštitu obitelji, materinstva i mladeži.

189. Pećnik, N. (2013). Podrška roditeljstvu u razdoblju ranog razvoja djeteta. U: N. Pećnik (ur.), *Kako roditelji i zajednica brinu o djeci najmlađe dobi u Hrvatskoj* (28-31). Zagreb: Ured UNICEF-a za Hrvatsku. http://www.unicef.hr/upload/file/380/190366/FILENAME/PUBLIKACIJA.pdf

Pećnik, N. i Pribela Hodap, S. (2013). Stručna podrška u rješavanju roditeljskih pitanja. U N. Pećnik (Ur.), *Kako roditelji i zajednice brinu o djeci najmlađe dobi u Hrvatskoj* (str. 108-123). Ured UNICEF-a za Hrvatsku. http://www.unicef.hr/upload/file/380/190366/FILENAME/PUBLIKACIJA.pdf

190. Pećnik, N. i Raboteg-Šarić, Z. (2005). Neformalna i formalna podrška jednoroditeljskim i dvoroditeljskim obiteljima. *Revija za socijalnu politiku*, 12 (1), 1-21. https://doi.org/10.3935/rsp.v12i1.18
191. Pećnik, N. i Raboteg-Šarić, Z. (2006). Bračni status, financijske poteškoće i socijalna podrška kao odrednice roditeljske depresivnosti i odgojnih postupaka. *Društvena istraživanja*, 15 (6), 961-985. https://hrcak.srce.hr/18343
192. Pelchat, D., Bisson, J., Ricarda, N., Perreaulta, M. & Bouchard, J. M. (1999.) Longitudinal effects of an early family intervention programme on the adaptation of parents of children with a disability. *International Journal of Nursing Studies***,** 36 (6), 465-477. https://doi.org/10.1016/S0020-7489(99)00047-4
193. Pinjatela, R. i Joković Oreb, I. (2010). Rana intervencija kod djece visokorizične za odstupanja u motoričkom razvoju. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 46 (1), 80-102. https://hrcak.srce.hr/56853
194. Platsidou, M. (2010). Trait emotional intelligence of Greek special education teachers in relation to burnout and job satisfaction. *School Psychology International*, 2(16), 167-183. https://doi.org/10.1177/0143034309360436
195. Pollock Prezant, F. & Marshak, L. (2006). Helpful actions seen through the eyes of parents of children with disabilities. *Disability & Society*, 21 (1), 31-45. https://doi.org/10.1080/09687590500373767
196. Popa, M., Gliga, F. & Michel, T. (2012). The perception of parents on the issue of early intervention in child development. Procedia – Social and Behavioral Sciences, 33, 303-307. https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2012.01.132
197. Porter, A. & Edirippulige, S. (2007) 'Parents of deaf children seeking hearing loss-related information on the Internet: the Australian experience.' *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 12 (4), 518–29. https://doi.org/10.1093/deafed/enm009
198. Puljiz, J. (2009). Čimbenici regionalnog razvoja i regionalnih nejednakosti u republici hrvatskoj. [Doktorska disertacija, Sveučilište u Splitu].
199. Purcell, M. L., Horn, E., Palmer, S. (2007). A qualitative study of the initiation and continuation of preschool inclusion programs. *Exceptional Children*, 74 (1), 85-99. https://doi.org/10.1177/001440290707400105

200. Raghavendra, P., Murchland, S., Bentley M., Wake-Dyster, W. & Lyons T. (2007). Parents' and Service Providers' Perceptions of Family-centered Practice in a Community-based Pediatrics Disability service in Australia. *Child: Care, Health and Development*, 33 (5), 586–592. https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2007.00763.x

201. Raikes, H. A. & Thompson, R. A. (2005). Efficacy and social support as predictors of parenting stress among families in poverty. *Infant Mental Health Journal*, 26 (3), 177–190. https://doi.org/10.1002/imhj.20044

202. Redmond, C., Spoth, R. & Trudeau, L. (2002). Family and Community Level Predictors of Parent Support Seeking. *Journal of Community Psychology*, 30 (2), 153-171. https://doi.org/10.1002/jcop.10002

203. Rosić, V. i Zloković, J. (2003). *Modeli suradnje obitelji i škole*. ″Tempo″ d.o.o. Đakovo.

204. Russell, F. (2003). The expectations of parents of disabled children. *British Journal of Special Education*, 30 (3), 144-149. https://doi.org/10.1111/1467-8527.00300

205. SAMHSA (2010). *Comprehensive Community Mental Health Services for Children and Their Families Program.* Evaluation Findings: Annual Report to Congress 2010. Center for Mental Health Services Substance Abuse and Mental Health Services Administration, U.S. Department of Health and Human Services. https://store.samhsa.gov

206. Sanders, L. M., Federico, S., Klass, P., Abrams, M. A. & Dreyer, B. (2009). ″Literacy and child health: a systematic review.″ *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 163 (2), 131-40. https://doi.org/10.1001/archpediatrics.2008.539

207. Sawyer, A., Rabe, H., Abbott, J., Gyte, G., Duley, L., Ayers, S. & ″The Very Preterm Birth Qualitative Collaborative Group. (2013). Parents' experiences and satisfaction with care during the birth of their very preterm baby: a qualitative study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 120 (5), 637-643. http://dx.doi.org/10.1136/ bmjopen-2012-002487

208. Scarbarough, A.A., Spiker, D., Mallik, S., Hebbeler, K., Bailey, D., Simeonsson, R.J. (2004). A national look at children and families entering early intervention. *Exceptional children*, 70 (47), 469-83.

209. Schall, C. (2000). Famil perspectives on raising a child with autism. *Journal of Child and Family Studies*, 9 (4), 409–423. https://doi.org/10.1023/A:1009456825063

210. Schembri Lia, E.& Abela, A. (2016). Not Broken but Strengthened: Stories of Resilience by Persons with Acquired Physical Disability and Their Families. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*. 37 (3), 400–417. https://www.um.edu.mt/library/oar//handle/123456789/5866

211. Sebald, A. & Lucker, J. (2007). Successful Partnerships with Families of Children Who are Deaf, Teaching Exeptional Children, 39 (3), 54-60. https://doi.org/10.1177/004005990703900308

212. Seligman, M. (1997). *Ordinary families, special children: a systems approach to childhood disability*. The Guilford Press.

213. Serpentine, E. C., Tarni, B., Drager, K. D. R. & Finke, E. H. (2011). ″Decision making of parents of children with autism spectrum disorder concerning augmentative and alternative communication in Hungary.″ *Communication Disorders Quarterly*, 32 (4), 221–31. https://doi.org/10.1177/1525740109353938

214. Sices, I. (2007). Developmental screening in primary care: The effectiveness of current practice and recommendations for improvment. Boston Medical Center/Boston University School of Medicine. https://www.commonwealthfund.org .

215. Siklos, S. & Kerns, K. A. (2007). Assessing the diagnostic experiences of a small sample of parents of children with autism spectrum disorders. *Research in Developmental Disabilities*, 28 (1), 9–22. https://doi.org/10.1016/j.ridd.2005.09.003

216. Sivrić, M. & Leutar, Z. (2010). Socijalni rad s osobama s invaliditetom u neprofitnom sektoru. *Ljetopis Socijalnog Rada/Annual of Social Work*, 17 (2), 241-262. https://hrcak.srce.hr/58907

217. Sloper, P. (1999). Models of service support for parents of disabled children. What do we know? What do we need to know? *Blackwell Science Ltd,* 25 (2), 85-99. https://doi.org/10.1046/j.1365-2214.1999.2522012.x

218. Spittle, A. J., Orton, J., Boyd, R. & Doyle, L. W. (2012). *Early developmental intervention programs post hospital discharge to prevent motor and cognitive impairments in preterm infants.* Cochrane Database Syst Rev. John Wiley & Sons, Ltd.

219. Street, R. L., Jr. (1991). Physicians' communication and parents' evaluations of pediatric consultations. *Medical Care*, 29 (11), 1146–1152. https://www.jstor.org/stable/3765744

220. Summers, J. A., Hoffman, L., Marquis, J., Turnbull, A. & Poston, D. (2005). Relationship between parent satisfaction regarding partnerships with professionals and age of child. *Topics in early childhood special education*, 25 (1), 48-58. https://doi.org/10.1177/02711214050250010501

221. Sušanj Gregorović, K. (2017). Dobrobiti roditeljske uključenosti u obrazovanje djeteta. Napredak: časopis za pedagogijsku teoriju i praksu, 159 (1-2), 101-113. https://hrcak.srce.hr/202777

222. Tosevski, D. L. Milovancevic, M. P. (2006). Stressful life events and physical health. *Current Opinion in Psychiatry*, 19 (2), 184-189. https://doi.org/10.1097/01.yco0000214346.44625.57

223. Tracey, D., Johnston, C., Papps, F. A. & Mahmic, S. (2018). How do parents acquire information to support their child with a disability and navigate individualised funding schemes? *Journal of Research in Special Educational Needs*, 18 (1), 25-35. https://doi.org/10.1111/1471-3802.12390

224. Trivette, C. & Dunst, C. (2005). Community-based parent support programs. In R. Tremblay, R. Barr & R. Peters (Eds.), *Encyclopedia on Early Childhood Development.* Centre of Excellence for Early Childhood Development.

225. Tsironi, S., Bovaretos, N., Tsoumakas, K., Giannakopoulou, M. & Matziou, V. (2012). Factors affecting parental satisfaction in the neonatal intensive care unit. *Journal of Neonatal Nursing*, 18 (5), 183-192. https://doi.org/10.1016/j.jnn.2011.11.005

226. Turnbull, A., Zuna, N., Hong, J. Y., Hu, X., Kyzar, K., Obremski, S., Summers, J. A., Turnbull, R. & Stowe, M. (2010). ″Knowledge-to-action guides: preparing families to be partners in making educational decisions.″ *Teaching Exceptional Children*, 42 (3), 42–53. http://hdl.handle.net/1808/5900

227. Underwood, K. & Frankel, E.B. (2012). The Developmental Systems Approach to Early Intervention in Canada. *Infants and Young children*, 25 (4), 286-296. https://doi-org/10.1097/IYC.0b013e3182673dfc

228. UNICEF (2018, bez dat). *Nacionalni okvir za probir i dijagnostiku poremećaja iz spektra autizma u djece dobi 0-7 godina u Republici Hrvatskoj*. Ministarstvo zdravlja, Ministarstvo socijalne politike i mladih, Ministarstvo znanosti, obrazovanja i sporta.

https://www.unicef.org/croatia/izvjesca/nacionalni-okvir-za-probir-i-dijagnostiku-poremecaja-iz-spektra-autizma-u-djece-dobi-0-7

229. UNICEF (2020,). *Rana intervencija u djetinjstvu. Analiza stanja u Republici Hrvatskoj*. https://unicef.org/croatia/izvjesca/rana-intervencija-u-djetinjstvu

230. Validžić Požgaj, A. (2018). *Rana intervencija usmjerena na obitelj: kako ju vide stručnjaci, a kako roditelji* [Završni specijalistički, Sveučilište u Zagrebu]. Repozitorij Sveučilišta u Zagrebu. https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:158:523601

231. Vlah, N., Ferić, M. i Raguz, A. (2019). Nepovjerenje, spremnost i nelagoda roditelja djece s teškoćama u razvoju prilikom traženja socijalno-stručne pomoći. *Jahr: Europski časopis za bioetiku*, 10 (1), 75-97. https://doi.org/10.21860/j.10.1.4

232. Vlada Republike Hrvatske (2014). *Strategija borbe protiv siromaštva i socijalne isključenosti u Republici Hrvatskoj.* https://vlada.gov.hr

233. Vlada Republike Hrvatske (2014). *Nacionalna strategija za prava djece u Republici Hrvatskoj za razdoblje od 2014.-2020. godine*. https://vlada.gov.hr

234. Vuksan Perović, V. (2013.) *Iskustva socijalnih radnika u savjetovališnom radu s obitelji.* [Diplomski rad, Sveučilište u Zagrebu].

235. Zaidman-Zait, A. & Jamieson, J. R. (2007). ″Providing web-based support for families of infants and young children with established disabilities.″ *Infants & Young Children*, 20 (1), 11-25. https://journals.lww.com/iycjournal/Fulltext/2007/01000/Providing_Web_based_Support_for_Families_of.3.aspx

236. Zakon o socijalnoj skrbi. *Narodne novine*, 157/2013, 152/2014, 99/2015, 52/2016, 16/2017, 130/2017, 98/2019, 138/2020, 81/2022). https://www.zakon.hr

237. Zakon o predškolskom odgoju i obrazovanju. *Narodne novine*, 10/1997, 107/2007, 94/2013, 98/2019). https://www.zakon.hr

238. Zyzanski, S. J., Hulka, B. S. & Cassel, J. C. (1974). Scale for measurement of satisfaction with medical care: Modifications in content, format and scoring. *Medical Care*, 12 (7), 611–620. https://www.jstor.org/stable/3763408

239. Žganec, N. (1995). Obitelj – socijalna mreža – socijalni rad. *Društvena istraživanja,* 4 (4-5), 503-515. https://hrcak.srce.hr/32354

240. Žužić, I. i Miljković Krečar, I. (2014). Zadovoljstvo poslom kod nastavnika privatnog i javnogvisokog učilišta. *Napredak*, 155 (1/2), 119-138. https://hrcak.srce.hr/138835

241. Waisbren, S. E., Rones, M., Read, C. Y., Marsden, D. & Levy, H. L. (2004). Brief report: Predictors of parenting stress among parents of children with biochemical genetic disorders. *Journal of Pediatric Psychology*, 29 (7), 565- 570. https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsh058

242. Wall, K., Aboim, S., Cunha, V. & Vasconcelos, P. (2001). Families and Informal Support Networks in Portugal: The Reproduction of Inequality. *Journal of European Social Policy*, 11 (3), 213-233. https://www.academia.edu/22986742/Families_and_Informal_Support_Networks_in_Portugal_The_Reproduction_of_Inequality

243. Wallander, J. L. & Varni, J. W. (1998). Effects of Pediatric Chronic Physical Disorders on Child and Family adjustment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39 (1), 29-46. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9534085/

244. Ware, J. E., Jr. & Snyder, M. K. (1975). Dimensions of patient attitudes regarding doctors and medical care services. Medical Care, 13 (8), 669–682. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1152557/

245. Watson, C. & Gatti, S.N. (2012). Professional Development Through Reflective Consultation in Early Intervention. *Infants and Young children*, 25 (2), 109-121. http://dx.doi.org/10.1097/IYC.0b013e31824c0685

246. Webster, R.I., Majnemer, A. Platt, R.W. & Shevell, M.I. (2008). Child Health and Parental Stress in School-Age Children With a Preschool Diagnosis of Developmental Delay, *Journal of Child Neurology*, 23 (1), 32-38. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18184941/

247. Wesley, P., Buysse, V. & Keyes L. (2000). Comfort zone revisited: child charahteristc and professional coofort with consultaton. *Jurnal of Early Intervention*, 23 (2), 106-115. http://jei.sagepub.com/cgi/content/abstract/23/2/106

248. Wong, S. E., Butt, M. L., Symington, A. & Pinelli, J. (2011). Parental satisfaction with quality of care in neonatal follow-up programs. *Journal of Neonatal Nursing*, 17 (6), 222-232. https://doi.org/10.1186/s12913-018-3854-7

249. Wrightslaw (2008). Early Intervention (Part C of IDEA). http://www.wrightslaw.com/info/ei.index.htm

PRILOZI

Prilog I

UPITNIK O INFORMIRANOSTI, ZADOVOLJSTVU I OČEKIVANJIMA RODITELJA RANOM PODRŠKOM DJECI S TEŠKOĆAMA U RAZVOJU I NJIHOVIM OBITELJIMA

I. DIO
OPĆI PODATCI

1. Spol (zaokružite): Ž M

2. Dob: _____ godina

3. Prebivalište: _____

4. Radni status:
a) zaposlen kod poslodavca
b) samostalno zaposlen – slobodne profesije
c) samostalno zaposlen – vlasnik/ica poljoprivrednog gospodarstva
d) samostalno zaposlen – vlasnik/ica poduzeća ili obrta
e) nezaposlen
f) umirovljenik/ca.

5. Stručna sprema:
a) magisterij, doktorat
b) VSS
c) VŠS
d) SSS
e) NSS
f) kvalificirani radnik
g) nekvalificirani radnik
h) nešto drugo: _____.

6. Bračni status:
a) samohrani roditelj
b) u braku
c) u izvanbračnoj zajednici
d) razveden/a
e) udovac/ica
f) nešto drugo: _____.

7. Broj djece u obitelji: _____.

8. Broj članova u kućanstvu: _____.

9. Stambene prilike

1. Gdje stanujete Vi i Vaša obitelj?

a) U vlastitoj kući/stanu za koji ne otplaćujemo kredit.
b) U vlastitoj kući/stanu za koji otplaćujemo kredit.
c) Podstanari smo.
d) Živimo u kući/stanu kod roditelja ili rodbine.
e) U socijalnom stanu/stanu ustupljenom na korištenje.
f) nešto drugo: _____

2. Kako biste ocijenili primjerenost Vašeg smještaja, odnosno uvjete stanovanja?

a) Smještaj nije uopće primjeren za moju obitelj.
b) Smještaj je uglavnom primjeren za moju obitelj.
c) Smještaj je potpuno primjeren za moju obitelj.

10. Ekonomski status

1. Što posjedujete od navedenoga u svom kućanstvu?

Moguće je zaokružiti više odgovora.

a) automobil
b) autosjedalicu za dijete
c) televizor
d) telefon
e) priključak za internet
f) mobitel
g) osobno računalo
h) perilicu za rublje
i) perilicu za posuđe
j) nešto drugo: _____

2. Kako biste opisali Vaš ukupni obiteljski prihod?

a) daleko iznad prosjeka
b) iznad prosjeka
c) prosječan
d) ispod prosjeka
e) daleko ispod prosjeka

3. Kakva je bila financijska situacija u Vašoj obitelji u proteklih godinu dana?

a) Imali smo velike financijske poteškoće.
b) Imali smo povremene financijske poteškoće.
c) Nismo imali financijskih poteškoća.

11. Dob djeteta (godina i mjesec): _____

12. U kojoj dobi djeteta su otkrivene teškoće u razvoju? _____

13. Djetetove teškoće u razvoju*

1. Koju razvojnu teškoću ima Vaše dijete?

Možete zaokružiti više odgovora.

a) oštećenje vida
b) oštećenje sluha
c) gluhosljepoća
d) poremećaj govorno-glasovne komunikacije
e) poremećaj u ponašanju
f) promjene u osobnosti uvjetovane organskim čimbenicima ili psihozom
g) motoričko oštećenje
h) snižene intelektualne sposobnosti
i) autizam
j) zdravstvene teškoće i neurološka oštećenja (dijabetes, astma, bolesti srca, alergije, epilepsija)
k) dijete još nema dijagnozu, ali razvoj nije uredan

* Republika Hrvatska, Ministarstvo znanosti, obrazovanja i športa, Državni pedagoški standard, 2008.

2. Je li Vaše dijete nakon poroda ocijenjeno kao neurorizično dijete?

a) da, kao visokorizično
b) da, kao niskorizično
c) ne

II. DIO

1. Iz kojih izvora mreže socijalne podrške dobivate pomoć?
Moguće je zaokružiti više odgovora.
a) formalni (stručnjaci iz različitih ustanova, udruga i sl.)
b) neformalni (članovi obitelji, susjedi, prijatelji ili druge osobe)
c) ne dobivam pomoć

2. Ukoliko ne dobivate socijalnu podršku, navedite razlog tome:
a) Nisam trebao/la pomoć.
b) Nisam želio/ljela pomoć.
c) Pokušao/la sam se sam/a snaći.
d) Nisam znao/la kome se obratiti za pomoć.
e) Zatražio/la sam pomoć, ali nisam ju dobio/la.

3. Na koji način ste dobili najviše informacija o uslugama podrške?
Moguće je zaokružiti više odgovora.
a) pretraživanjem internetskih/mrežnih stranica
b) telefonskim kontaktom sa stručnjacima
c) posjetom stručnjacima
d) kroz stručne tekstove u časopisima, knjigama i slično
e) nešto drugo: _____

4. Koju vrstu podrške očekujete od strane obitelji, susjeda, prijatelja ili drugih roditelja?
Zaokružite 3 odgovora.
a) upućivanje na usluge podrške u zajednici
b) razgovor kada se loše osjećam
c) savjet o rješavanju problema
d) pomoć u radu s djetetom i brizi za njega
e) materijalnu potporu
f) nešto drugo: _____

5. Koju vrstu podrške očekujete od strane stručnjaka?
Zaokružite 3 odgovora.
a) pravovremeno priopćavanje dijagnoze i informacije o zdravstvenom stanju djeteta
b) informiranje o pravima djeteta i obitelji te načinima njihovog ostvarivanja
c) upućivanje na različite sustave usluga podrške i stručnjaka
d) upućivanje roditelja na prepoznavanje dječjih snaga, sposobnosti i potreba
e) predlaganje tretmana i načina rada s djetetom
f) individualni rad s djetetom
g) nešto drugo: _____

6. Procijenite razinu podrške koja se pruža Vašoj obitelji tako da zaokružite brojku koja najbolje opisuje Vaše mišljenje.

Brojke označavaju sljedeće:
0 - nemam podršku
1 - vrlo niska razina podrške
2 - niska razina podrške
3 - niti visoka, niti niska razina podrške
4 - visoka razina podrške

5 - vrlo visoka razina podrške
6 - izuzetno visoka razina podrške

Razina podrške od strane obitelji, prijatelja, susjeda ili drugih osoba	0 1 2 3 4 5 6
Razina podrške od strane stručnjaka	0 1 2 3 4 5 6

7. Procijenite važnost podrške koja se pruža Vašoj obitelji tako da zaokružite brojku koja najbolje opisuje Vaše mišljenje.

Brojke označavaju sljedeće:
0 - nije važna
1 - vrlo mala
2 - mala
3 - niti velika, niti mala
4 - velika
5 - vrlo velika
6 - izuzetno velika

Razina podrške od strane obitelji, prijatelja, susjeda ili drugih osoba	0 1 2 3 4 5 6
Razina podrške od strane stručnjaka	0 1 2 3 4 5 6

8. Od koga ste čuli za usluge podrške koje koristite?
Moguće je zaokružiti više odgovora.
a) od osoblja u rodilištu
b) od pedijatra
c) od fizijatra
d) od fizioterapeuta
e) od logopeda
f) od edukacijskog rehabilitatora – defektologa
g) od psihologa
h) od socijalnog radnika
i) od nekog drugog: _____

9. Što mislite da bi bilo potrebno realizirati kako bi sustavi usluga podrške bili učinkovitiji?
Zaokružite 3 odgovora.
a) učinkovitiji pravni sustav (omogućiti bolji i lakši pristup informacijama o pravima djece s teškoćama u razvoju i načinima njihovog ostvarivanja)
b) financijska pomoć države u korištenju usluga podrške
c) razvijanje usluge podrške u zajednici (centar za dijagnostiku, predškolske ustanove, rehabilitacijski centri i slično)
d) educiranje stručnjaka u pogledu identifikacije teškoća, postavljanja dijagnoze i predlaganja tretmana
e) povećanje koordiniranosti i suradnje između stručnjaka različitih profila i ustanova
f) poboljšanje suradnje između davatelja (stručnjaci) i primatelja (roditelji) usluga podrške
g) nešto drugo: _____

10. Ukoliko je Vaše dijete rođeno s neurorizikom, jesu li Vas u rodilištu uputili ili Vam preporučili daljnje usluge podrške?
a) da
b) ne

Ukoliko ste odgovorili negativno, prijeđite na pitanje broj 12.

11. Označite kome su Vas uputili u rodilištu:
a) pedijatru
b) neuropedijatru
c) neonatologu
d) fizijatru
e) fizioterapeutu
f) edukacijskom rehabilitatoru - defektologu
g) socijalnom radniku
h) nekome drugome: _____.

12. Kolike su mogućnosti u Vašoj lokalnoj zajednici da dobijete usluge podrške koje su Vam potrebne?
Zaokružite jedan odgovor.
a) vrlo velike mogućnosti
b) velike mogućnosti
c) niti velike, niti male mogućnosti
d) male mogućnosti
e) vrlo male mogućnosti
f) nemam mogućnosti

13. Kolika je učestalost dobivanja usluga podrške za Vaše dijete?
Zaokružite jedan odgovor.
a) 1 do 2 puta tjedno
b) 1 do 2 puta u dva tjedna
c) 1 do 2 puta u tri tjedna
d) 1 do 2 puta u mjesec dana
e) nešto drugo: _____

14. U tablici označite sve ponuđene usluge stručne podrške u svojoj okolini koje poznajete i sve koje koristite.

Usluge stručne podrške s čijom kvalitetom pružanja usluga ste zadovoljni označite znakom plus (+), a s kojima niste zadovoljni znakom minus (-).

U slučaju da ne koristite neku od usluga podrške, u tablici označite razloge nekorištenja slovima od A do S kako slijedi (moguće je označiti više odgovora):

A) nepostojanje usluge podrške na mom području (u lokalnoj zajednici)
B) izostanak rane podrške obitelji u suočavanju s dijagnozom djeteta
C) nepravovremene i nepotpune informacije o zdravstvenom stanju djeteta, njegovim pravima i slično
D) nedovoljan broj stručnjaka
E) slaba educiranost stručnjaka za rad s djecom s teškoćama u razvoju
F) duge liste čekanja na uslugu
G) usluge podrške su udaljene od mjesta stanovanja
H) problem prijevoza (nedostatak automobila, slaba prometna povezanost javnim

prijevozom)
I) problem zakazivanja termina (ne odgovara nam termin pružanja usluga)
J) spora i neučinkovita administracija
K) nezadovoljan/na sam kvalitetom usluga podrške
L) manjak usluga podrške
M) nedovoljna umreženost i suradnja između ustanova i stručnjaka
N) slaba koordiniranost između pružatelja usluga
O) nisu mi razumljive informacije koje dobivam od stručnjaka
P) ne znam kome se trebam obratiti za uslugu podrške
R) manjak investiranja u usluge podrške u dovoljnoj mjeri
S) ne poznajem uslugu
T) nešto drugo (navedite što).

TABLICA USLUGA STRUČNE PODRŠKE

R.B.	USLUGE STRUČNE PODRŠKE	POZNAJEM	KORISTIM	RAZLOG NEKORIŠTENJA USLUGA	ZADOVOLJAN/NA / NEZADOVOLJAN/NA
1.	rana podrška u rodilištu				
2.	savjetodavna podrška pedijatra u domu zdravlja				
3.	uključivanje djece s teškoćama u razvoju u dječji vrtić				
4.	savjetodavna podrška psihologa u dječjem vrtiću				
5	savjetodavna podrška logopeda u dječjem vrtiću				
6.	savjetodavna podrška rehabilitatora u dječjem vrtiću				
7.	savjetodavna podrška pedagoga u dječjem vrtiću				
8.	savjetodavna podrška zdravstvenog voditelja u dječjem vrtiću				
9.	savjetodavna podrška odgojitelja u dječjem vrtiću				
10.	individualni rad edukacijsko-rehabilitacijskih stručnjaka s				

	djetetom (edukacijski rehabilitator, logoped) u dječjem vrtiću				
11.	individualni rad psihologa u dječjem vrtiću				
12.	pomoćnik u vrtiću				
13.	tretman fizioterapeuta				
14.	tretman radnog terapeuta				
15.	tretman psihijatra				
16.	tretman edukacijsko-rehabilitacijskih stručnjaka (rehabilitator, logoped) u bolnici				
17.	tretman psihologa u bolnici				
18.	terapije (razvojna gimnastika za bebe, masaža za bebe, terapija neurofeedbackom , terapijsko jahanje, senzorna integracija, terapija igrom, likovna terapija, glazboterapija, kineziterapija, fizioterapija)				
19.	usluge pravnika u centru za socijalnu skrb				
20.	usluge socijalnog radnika u centru za socijalnu skrb				
21.	usluge psihologa u centru za socijalnu skrb				
22.	usluge socijalnog pedagoga u centru za socijalnu skrb				
23.	igraonice za djecu s				

	teškoćama u razvoju				
24.	radionice za djecu s teškoćama u razvoju				
25.	stručna podrška s djecom u obitelji (edukacijski rehabilitator, logoped, fizioterapeut, psiholog)				
26.	grupe za podršku roditeljima djece s teškoćama u razvoju				
27.	savjetovalište za roditelje (logopedsko, rehabilitacijsko, psihološko savjetovalište) - obiteljski centri, udruge, vjerske organizacije, predškolske ustanove				
28.	edukacije za roditelje				
29.	telefonsko savjetovanje				
30.	organizirani prijevoz djece od mjesta stanovanja do pružatelja usluge				
31.	nešto drugo (navedite što)				

15. Od prethodno ponuđenih usluga odaberite 5 usluga stručne podrške za koje smatrate da su najkorisnije za dijete i Vašu obitelj.
Poredajte usluge po značajnosti od 1 do 5, pri čemu brojka 1 predstavlja *najviše korisna*, a brojka 5 *najmanje korisna*, bez obzira koristite li ih Vi ili Vaše dijete.
(Usluge podrške možete navesti prema njihovim rednim brojevima u tablici.)
1.) _____
2.) _____
3.) _____
4.) _____
5.) _____

16. Od prethodno ponuđenih usluga odaberite 5 usluga stručne podrške s kojima ste u najvećoj mjeri zadovoljni.
Poredajte usluge po značajnosti od 1 do 5, pri čemu brojka 1 predstavlja *najviše zadovoljni,* a brojka 5 *najmanje zadovoljni,* bez obzira koristite li ih Vi ili Vaše dijete.
(Usluge podrške možete navesti prema njihovim rednim brojevima u tablici.)
1.) _____
2.) _____
3.) _____
4.) _____
5.) _____

17. Što smatrate da je važno za suradnju između stručnjaka i roditelja?
Zaokružite 3 odgovora.
a) suradnja stručnjaka s drugim stručnjacima radi omogućavanja pristupa roditelja različitim uslugama podrške
b) upućivanje i poticanje roditelja na korištenje svih dostupnih usluga podrške
c) procjenjivanje djetetovog stanja u suradnji s roditeljem
d) upućivanje od strane stručnjaka na način rada s djetetom kod kuće
e) otvorena komunikacija i međusobno poštivanje
f) pravo na privatnost i povjerenje prilikom prikupljanja informacija o djetetu i obitelji

18. Što smatrate da je najvažnije za dobivanje informacija o uslugama podrške?
Zaokružite jedan odgovor.
a) oblik informiranja - internet, kontakt sa stručnjakom, stručni tekstovi
b) mjesto informiranja - rodilište, ambulante, vrtići, centri za socijalnu skrb i sl.
c) način informiranja - pisane smjernice, izravan kontakt sa stručnjakom, telefonski kontakt
d) vrijeme informiranja - pravovremenost dobivanja informacija
e) nešto drugo:_____

19. Što smatrate da je važno za dostupnost i primjerenost usluga podrške?
Zaokružite 3 odgovora.
a) Pružatelji usluga trebaju biti dostupni u hitnim i kriznim situacijama.
b) Usluge trebaju biti dostupne u vrijeme koje zadovoljava potrebe djeteta i njegove obitelji.
c) Roditelji trebaju dobivati informacije o vrsti i sadržaju usluga podrške.
d) Prostor pružatelja usluga podrške treba se nalaziti na lokaciji koja je dostupna javnim prijevozom.
e) Oprema za rad s djetetom treba biti prilagođena djetetu i njegovim specifičnim potrebama.

20. Molim Vas procijenite koliko ste zadovoljni kvalitetom odnosa stručnjaka prema Vama tako da zaokružite brojku koja najbolje opisuje Vaše mišljenje.
Brojke označavaju sljedeće:
1 - izrazito se ne slažem
2 - djelomično se ne slažem
3 - ne slažem se
4 - niti se slažem, niti se ne slažem
5 - djelomično se slažem
6 - slažem se
7 - u potpunosti se slažem

Redovito sam u kontaktu sa stručnjacima.	1 2 3 4 5 6 7
Stručnjaci poznaju moje dijete i njegove potrebe.	1 2 3 4 5 6 7
Stručnjaci mi pomažu oko pitanja i nedoumica.	1 2 3 4 5 6 7

Stručnjaci su kompetenti i educirani za potrebe mojeg djeteta.	1 2 3 4 5 6 7
Stručnjaci su spremni na suradnju.	1 2 3 4 5 6 7

21. Procijenite od 0 do 5 koji su Vam stručnjaci pružili odgovarajuću stručnu podršku za Vaše dijete i obitelj te zaokružite brojku koji najbolje opisuje Vaše mišljenje o tome pri čemu brojke znače sljedeće:

0 - nije bilo podrške
1 - nezadovoljavajuća stručna podrška
2 - zadovoljavajuća stručna podrška
3 - dobra stručna podrška
4 - vrlo dobra stručna podrška
5 - izvrsna stručna podrška.

pedijatar	0 1 2 3 4 5
fizijatar	0 1 2 3 4 5
edukacijski rehabilitator	0 1 2 3 4 5
logoped	0 1 2 3 4 5
psiholog	0 1 2 3 4 5
fizioterapeut	0 1 2 3 4 5
socijalni radnik	0 1 2 3 4 5
pravnik	0 1 2 3 4 5
netko drugi:_____	0 1 2 3 4 5

22. Zaokružite sve tvrdnje za koje smatrate da su točne na razini Vaše lokalne zajednice:

a) Usluge podrške koje su pružene mojem djetetu su dovoljno kvalitetne.
b) Usluge podrške koje su pružene mojem djetetu su dovoljno sveobuhvatne.
c) Usluge podrške koje su ponuđene mojem djetetu su dostatne.
d) Smjernice koje dobivam od stručnjaka pomogle su mi da bolje razumijem potrebe i mogućnosti svojeg djeteta.
e) Raznovrsnost i raspoloživost usluga omogućavaju mi da uvidim koje od njih najbolje odgovaraju mojem djetetu.
f) Vrijeme i mjesto na kojem se pružaju usluge podrške usklađene su s mojim radnim vremenom i/ili s potrebama moje obitelji i djeteta.
g) Kada je potrebno, vrijeme pružanja usluga podrške se prilagođava roditeljima.
h) Usluge podrške su individualizirane i pružene prema potrebama djeteta.
i) ništa od navedenog

23. Tko prema Vašem mišljenju treba osigurati usluge podrške u Vašoj zajednici?

Moguće je zaokružiti više odgovora.

a) država – ministarstva iz različitih sustava
b) regionalna i lokalna zajednica
c) udruge
d) privatni pružatelji usluga
e) netko drugi: _____

24. Što bi Vi kao roditelj trebali ponuditi kako bi usluge podrške za Vas i Vaše dijete bile kvalitetnije? Odaberite tri odgovora i označite ih brojkama od 1 do 3, pri čemu brojka 1 predstavlja najvažnije, a brojka 3 najmanje važno.

a) otvorenu komunikaciju
b) odnos temeljen na povjerenju i poštovanju
c) realna očekivanja
d) poštivanje dogovorenih termina susreta
e) suradnja sa stručnjacima u svrhu postizanja napretka djeteta
f) motiviranost za suradnju i rad s djetetom
g) nešto drugo: _____

25. Što bi stručnjaci trebali ponuditi kako bi usluge podrške za Vas i Vaše dijete bile kvalitetnije? Odaberite tri odgovora i označite ih brojkama od 1 do 3, pri čemu brojka 1 predstavlja najvažnije, a brojka 3 najmanje važno.

a) otvorenu komunikaciju s roditeljima
b) odnos temeljen na povjerenju i poštovanju
c) suosjećanje
d) informacije razumljive roditeljima
e) pružanje pravodobnih informacija o rođenju i napretku djeteta
f) pružanje podrške i uvažavanje roditelja
g) više edukativnih radionica o pružanju odgovarajuće skrbi za dijete
h) bolju informiranost o uslugama podrške i pravima djece s teškoćama u razvoju
i) kvalitetniju komunikaciju sa stručnjacima iz različitih sustava
j) suradnju između stručnjaka zbog kvalitetnijeg rada s djetetom
k) brošure za roditelje
l) stručne emisije, edukativne programe, stručne članke u časopisima
m) nešto drugo: _____

26. Što bi institucije (bolnica, CZSS, vrtić) trebali ponuditi kako bi usluge podrške za Vas i Vaše dijete bile kvalitetnije?
Odaberite tri odgovora i označite ih brojkama od 1 do 3, pri čemu brojka 1 predstavlja najvažnije, a brojka 3 najmanje važno.

a) pružanje stručne podrške od strane različitih stručnjaka
b) veće razumijevanje za potrebe djeteta
(npr. prednost upisa djeteta s teškoćama u razvoju u predškolsku ustanovu, učestaliji termini pružanja usluga za dijete)
c) veća ponuda savjetovališta za roditelje djece s teškoćama u razvoju
d) u sklopu redovitih pregleda kod liječnika osigurati suradnju i pregled drugih stručnjaka
(npr., prilikom vještačenja ili pregleda za školu djece s teškoćama u razvoju osigurati suradnju s rehabilitatorom i psihologom iz predškolske ustanove u kojoj dijete boravi)
e) osiguravanje stručne podrške u obitelji djeteta, a ne samo u ustanovi
f) kraće vrijeme postupka vještačenja
g) educiranje stručnjaka o novim stručnim i znanstvenim dostignućima u radu s djecom s teškoćama u razvoju
h) nešto drugo: _____

27. Što bi akteri socijalne politike (ministarstva, regionalna i lokalna zajednica, udruge) trebali ponuditi kako bi usluge podrške za Vas i Vaše dijete bile kvalitetnije? Odaberite tri odgovora i označite ih brojkama od 1 do 3, pri čemu brojka 1 predstavlja najvažnije, a brojka 3 najmanje važno.

a) davanje više medijskog prostora stručnjacima (radio emisije, televizijske emisije, natpisi u tisku)

b) dostupnije usluge podrške u mjestu stanovanja ☐
c) organizirani prijevoz do mjesta pružanja usluga podrške za djecu i roditelje koji nemaju vlastiti automobil ☐
d) izjednačavanje dostupnosti ustanova, stručnjaka i usluga u velikim urbanim i malim sredinama ☐
e) kvalitetno organiziran, pravodoban, učinkovit sustav usluga podrške već od samog rođenja djeteta ☐
f) otvaranje i rad centra za savjetovanje te usmjeravanje i upućivanje roditelja na korištenje usluga podrške ☐
g) nešto drugo: _____ ☐

HVALA NA SUDJELOVANJU!

Prilog II

UPITNIK O INFORMIRANOSTI, ZADOVOLJSTVU I OČEKIVANJIMA STRUČNJAKA RANOM PODRŠKOM DJECI S TEŠKOĆAMA U RAZVOJU I NJIHOVIM OBITELJIMA

I. DIO
OPĆI PODATCI

1. Spol (zaokružite): Ž M

2. Struka:
a) liječnik (navedite specijalnost): _____
b) edukacijski rehabilitator
c) logoped
d) socijalni radnik
e) socijalni pedagog
f) psiholog
g) pravnik
h) nešto drugo _____.

3. Mjesto zaposlenja:
a) opća bolnica
b) dom zdravlja
c) centar za socijalnu skrb
d) predškolska ustanova
e) nešto drugo _____.

4. Radni staž na trenutnom radnom mjestu:
a) od 1 do 5 godina staža
b) od 6 do 10 godina staža
c) od 11 do 15 godina staža
d) od 16 do 20 godina staža
e) 21 i više godina staža.

5. Iskustvo s djecom s teškoćama u razvoju
Moguće je zaokružiti više odgovora.

1. Gdje ste se susreli s djecom s teškoćama u razvoju?
a) na radnom mjestu
b) u obiteljskom okruženju
c) u okruženju prijatelja i poznanika
d) nemam to iskustvo

2. S kojim teškoćama u razvoju kod djece ste se susretali u svom poslu? *
a) oštećenje vida
b) oštećenje sluha
c) gluhosljepoća
d) poremećaj govorno-glasovne komunikacije

e) poremećaj u ponašanju
f) promjene u osobnosti uvjetovane organskim čimbenicima ili psihozom
g) motoričko oštećenje
h) snižene intelektualne sposobnosti
i) autizam
j) zdravstvene teškoće i neurološka oštećenja (dijabetes, astma, bolesti srca, alergije, epilepsija)
k) nešto drugo _____

* Republika Hrvatska, Ministarstvo znanosti, obrazovanja i sporta, Državni pedagoški standard, 2008.

6. Edukacija za rad s djecom s teškoćama u razvoju

1. Jeste li se tijekom svoje formalne edukacije dovoljno educirali za rad s djecom s teškoćama u razvoju?
a) da
b) ne

1.1. Ukoliko ste odgovorili DA, navedite nazive edukacija koje ste pohađali:_____
_____.

1.2. Ukoliko ste odgovorili NE, navedite razloge: _____
_____.

2. Prema Vašem mišljenju koliko je Vaše znanje o djeci s teškoćama u razvoju?
a) izvrsno
b) vrlo dobro
c) dobro
d) dovoljno
e) nedovoljno

II. DIO

1. Što je prema Vašem mišljenju važno za napredak djeteta s teškoćama u razvoju?
Moguće je zaokružiti 3 odgovora.
a) stupanj i vrsta teškoća u razvoju
b) motivacija djeteta
c) prihvaćanje od strane vršnjaka
d) zainteresiranost stručnjaka za rad s djetetom
e) educiranost stručnjaka
f) suradnja s ostalim stručnjacima (navedite kojim):
_____
g) suradnja s roditeljima
h) zalaganje roditelja
i) nešto drugo: _____

2. Koji su prema vašem mišljenju razlozi javljanja roditelja stručnjacima?
Moguće je zaokružiti više odgovora.
a) potrebe roditelja za rješavanjem problema u području djetetovog ponašanja, razvoja ili zdravlja
b) upućivanje od strane drugih stručnjaka
c) dobivanje informacija o stanju i napretku djeteta
d) nešto drugo: _____

3. Preporučujete li roditeljima djece s teškoćama u razvoju dodatne usluge ili usluge drugih stručnjaka?
a) da
b) ne

3.1. Ukoliko ste odgovorili DA, navedite kome ih najčešće upućujete (moguće je zaokružiti više odgovora):

a) liječnicima (navedite specijalnost): _____
b) edukacijskim rehabilitatorima - defektolozima
c) psiholozima
d) logopedima
e) fizioterapeutima
f) radnim terapeutima
g) socijalnim radnicima.

4. Što je prema Vašem mišljenju važno u kvalitetnom pružanju usluga podrške?
Moguće je zaokružiti više odgovora.
a) razumljivost informacija o stanju i napretku djeteta
b) redovite kontrole i tretmani
c) kvalitetan odnos i suradnja između stručnjaka
d)kvalitetan odnos i suradnja između stručnjaka i roditelja (otvorena komunikacija, povjerenje, poštivanje, suosjećanje)
e) educiranost stručnjaka o pojedinim teškoćama u razvoju kod djece
f) nešto drugo: _____

5. Na koje prepreke nailazite u svom radu s djecom s teškoćama u razvoju?
Moguće je zaokružiti više odgovora.
a) nedovoljan broj stručnjaka različitih profila
b) duge liste čekanja na usluge
c) slaba educiranost stručnjaka u radu s djecom s teškoćama u razvoju
d) preopterećenost stručnjaka (preveliki broj djece na jednog stručnjaka)
e) manjak usluga podrške u mjestu stanovanja djeteta
f) nedovoljna umreženost i suradnja između ustanova i stručnjaka
g) slaba koordiniranost između pružatelja usluga
h) nedostatak evaluacije kvalitete i učinkovitosti usluga podrške
i) manjak investiranja u razvoj usluga podrške u dovoljnoj mjeri
j) nešto drugo:_____

6. Kakve su mogućnosti u Vašoj lokalnoj zajednici da roditelji koriste usluge podrške koje su im potrebne?
Zaokružite jedan odgovor.
a) vrlo velike mogućnosti
b) velike mogućnosti
c) niti velike, niti male mogućnosti
d) male mogućnosti
e) vrlo male mogućnosti
f) nema mogućnosti

7. U tablici označite sve ponuđene usluge stručne podrške u svojoj okolini koje poznajete i na koje upućujete roditelje.
Usluge stručne podrške s čijom kvalitetom pružanja usluga ste zadovoljni označite znakom plus (+), a s kojima niste zadovoljni znakom minus (-).

U slučaju da ne upućujete roditelje u neke od usluga podrške, u tablici označite razloge neupućivanja slovima od A do R kako slijedi (moguće je označiti više odgovora):

A) nepostojanje usluge podrške na mom području
B) izostanak rane podrške obitelji u suočavanju s dijagnozom djeteta
C) nepravovremene i nepotpune informacije o zdravstvenom stanju djeteta, njegovim pravima i sl.
D) nedovoljan broj stručnjaka
E) slaba educiranost stručnjaka za rad s djecom s teškoćama u razvoju
F) duge liste čekanja na uslugu
G) usluge podrške su udaljene od mjesta stanovanja roditelja
H) problem prijevoza (nedostatak automobila, slaba prometna povezanost javnim prijevozom)
I) problem ugovaranja termina (roditeljima ne odgovara termin pružanja usluga)
J) spora i neučinkovita administracija
K) nezadovoljan/na sam kvalitetom usluga podrške
L) manjak usluga podrške
M) nedovoljna umreženost i suradnja između ustanova i stručnjaka
N) slaba koordiniranost između pružatelja usluga
O) manjak investiranja u usluge podrške u dovoljnoj mjeri
P) ne poznajem uslugu podrške
R) nešto drugo (navedite što).

TABLICA USLUGA STRUČNE PODRŠKE

R.B.	USLUGE PODRŠKE	POZNAJEM	UPUĆUJEM	RAZLOG NEUPUĆIVANJA	ZADOVOLJAN/NA / NEZADOVOLJAN/NA
1.	rana podrška u rodilištu				
2.	savjetodavna podrška pedijatra u domu zdravlja				
3.	uključivanje djece s teškoćama u razvoju u dječji vrtić				
4.	savjetodavna podrška psihologa u dječjem vrtiću				
5	savjetodavna podrška logopeda u dječjem vrtiću				
6.	savjetodavna podrška edukacijskog rehabilitatora u dječjem vrtiću				
7.	savjetodavna podrška pedagoga u dječjem vrtiću				
8.	savjetodavna podrška zdravstvenog voditelja u dječjem vrtiću				
9.	savjetodavna podrška odgojitelja u dječjem vrtiću				
10.	individualni rad edukacijsko-rehabilitacijskih stručnjaka s djetetom (edukacijski rehabilitator, logoped) u dječjem vrtiću				
11.	individualni rad psihologa u dječjem vrtiću				
12.	pomoćnik u vrtiću				
13.	tretman fizioterapeuta				
14.	tretman radnog terapeuta				
15.	tretman psihijatra				

16.	tretman edukacijsko-rehabilitacijskih stručnjaka (edukacijski rehabilitator, logoped) u bolnici				
17.	tretman psihologa u bolnici				
18.	terapije (razvojna gimnastika za bebe, masaža za bebe, terapija neurofeedbackom, terapijsko jahanje, senzorna integracija, terapija igrom, likovna terapija, glazboterapija, kineziterapija, fizioterapija)				
19.	usluge pravnika u centru za socijalnu skrb				
20.	usluge socijalnog radnika u centru za socijalnu skrb				
21.	usluge psihologa u centru za socijalnu skrb				
22.	usluge socijalnog pedagoga u centru za socijalnu skrb				
23.	igraonice za djecu s teškoćama u razvoju				
24.	radionice za djecu s teškoćama u razvoju				
25.	stručna podrška s djecom u obitelji (edukacijski rehabilitator, logoped, fizioterapeut, psiholog)				
26.	grupe za podršku roditeljima djece s teškoćama u razvoju				

27.	savjetovalište za roditelje (logopedsko, rehabilitacijsko, psihološko savjetovalište) - obiteljski centri, udruge, vjerske organizacije, predškolske ustanove				
28.	edukacije za roditelje				
29.	telefonsko savjetovanje				
30.	organizirani prijevoz djece od mjesta stanovanja do pružatelja usluge				
31.	nešto drugo (navedite što)				

8. Od prethodno ponuđenih usluga odaberite 5 usluga stručne podrške za koje smatrate da su najkorisnije za dijete i njegovu obitelj.
Poredajte usluge po važnosti pri čemu brojka 1 *predstavlja* najviše korisna, a brojka 5 *predstavlja* najmanje korisna, bez obzira koristi li ih dijete ili njegova obitelj.
(Usluge podrške možete navesti prema njihovim rednim brojevima u tablici.)
1.) _____
2.) _____
3.) _____
4.) _____
5.) _____

9. Od prethodno ponuđenih usluga odaberite 5 usluga stručne podrške s čijom kvalitetom usluga ste zadovoljni kao stručnjak.
Poredajte usluge po važnosti pri čemu brojka 1 *predstavlja* najviše zadovoljan, a brojka 5 *predstavlja* najmanje zadovoljan, bez obzira koristi li ih dijete ili njegova obitelj.
(Usluge podrške možete navesti prema njihovim rednim brojevima u tablici.)
1.) _____
2.) _____
3.) _____
4.) _____
5.) _____

10. Što smatrate da je najvažnije za dobivanje informacija o uslugama podrške?
Zaokružite 1 odgovor.
a) oblik informiranja - internet, kontakt sa stručnjakom, stručni tekstovi
b) mjesto informiranja - rodilište, ambulante, vrtići, centri za socijalnu skrb i sl.
c) način informiranja - pisane smjernice, izravan kontakt sa stručnjakom, telefonski kontakt
d) vrijeme informiranja - pravovremenost dobivanja informacija
e) nešto drugo: _____

11. Što smatrate da je bitno za dostupnost i primjerenost usluga podrške?
Zaokružite 3 odgovora.
a) Pružatelji usluga trebaju biti dostupni u hitnim i kriznim situacijama.
b) Usluge trebaju biti dostupne u vrijeme koje zadovoljava potrebe djeteta i njegove obitelji.
c) Roditelji trebaju dobivati informacije o vrsti i sadržaju usluga podrške.
d) Prostor pružatelja usluga podrške treba se nalaziti na lokaciji koja je dostupna javnom prijevozu.
e) Oprema za rad s djetetom treba biti prilagođena djetetu i njegovim specifičnim potrebama.

12. Što smatrate da je važno za suradnju između stručnjaka i roditelja?
Zaokružite 3 odgovora.
a) suradnja s drugim stručnjacima u svrhu omogućavanja pristupa roditelja različitim uslugama podrške
b) upućivanje i poticanje roditelja na korištenje svih dostupnih usluga podrške
c) procjenjivanje djetetovog stanja u suradnji s roditeljem
d) upute za način rada s djetetom
e) otvorena komunikacija i međusobno poštivanje
f) pravo na privatnost i povjerenje prilikom prikupljanja informacija o djetetu i obitelji

13. Procijenite koliko ste zadovoljni svojom ulogom kao stručnjaka u odnosu s roditeljima tako da zaokružite brojku koja najbolje opisuje Vaše mišljenje.
Brojevi označavaju sljedeće:
1 - izrazito se ne slažem
2 - djelomično se ne slažem
3 - ne slažem se
4 - niti se slažem, niti se ne slažem
5 - djelomično se slažem
6 - slažem se
7 - u potpunosti se slažem

Redovito sam u kontaktu s roditeljima.	1 2 3 4 5 6 7
Prepoznajem djetetove mogućnosti i njegove potrebe.	1 2 3 4 5 6 7
Pomažem roditeljima u vezi njihovih pitanja i nedoumica.	1 2 3 4 5 6 7
Kompetentan i educiran sam za potrebe pojedinog djeteta.	1 2 3 4 5 6 7
Spreman sam na suradnju.	1 2 3 4 5 6 7

14. Znate li za neke usluge podrške u svojoj zajednici za koje smatrate da su potrebne djeci s teškoćama u razvoju i njihovim obitelji, a ne koriste ih?
a) da
b) ne

14.1. Ukoliko ste odgovorili DA, molim navedite koje su to usluge podrške te razloge zašto ih obitelj ne koristi:_____
_____
_____.

15. Procijenite pojedine elemente stručne podrške koju pružate djetetu i njegovoj obitelji tako da zaokružite brojku koja najbolje opisuje Vaše mišljenje.

Brojevi označavaju sljedeće:
1 - izrazito se ne slažem
2 - djelomično se ne slažem
3 - ne slažem se
4 - niti se slažem, niti se ne slažem
5 - djelomično se slažem
6 - slažem se
7 - u potpunosti se slažem

Zadovoljan/na sam sa svojim odnosom s roditeljima i djecom.	1 2 3 4 5 6 7
Zadovoljan/na sam svojim mogućnostima pružanja informacija roditeljima.	1 2 3 4 5 6 7
Zadovoljan/na sam osobnim vještinama pružanja informacija.	1 2 3 4 5 6 7
Zadovoljan/na sam učestalošću pružanja usluga stručne podrške.	1 2 3 4 5 6 7

16. Zaokružite tvrdnje za koje smatrate da su točne na razini Vaše lokalne zajednice:

a) Usluge podrške koje se pružaju djeci i roditeljima su dovoljno kvalitetne.
b) Usluge podrške koje se pružaju djeci i roditeljima su dovoljno sveobuhvatne.
c) Usluge podrške koje su ponuđene su dostatne.
d) Smjernice koje roditelji dobivaju od stručnjaka pomažu im da bolje razumiju potrebe i mogućnosti svojeg djeteta.
e) Raznovrsnost i raspoloživost usluga omogućava roditeljima uvidjeti koje od njih najbolje odgovaraju njihovom djetetu.
f) Vrijeme i mjesto na kojem se pružaju usluge podrške usklađene su s roditeljevim radnim vremenom ili s potrebama njihove obitelji i djeteta.
g) Kada je potrebno, vrijeme pružanja usluga podrške se prilagođava roditeljima.
h) Usluge podrške su individualizirane i pružene prema potrebama djeteta.

17. Što mislite da bi bilo potrebno realizirati kako bi sustavi usluga podrške bili učinkovitiji? *Zaokružite 3 odgovora.*

a) učinkovitiji pravni sustav (bolji i lakši pristup informacijama o pravima djece s teškoćama u razvoju i načinima njihovog ostvarivanja)
b) financijska pomoć države u korištenju usluga podrške
c) razvijanje usluge podrške u zajednici (centar za dijagnostiku, predškolske ustanove, rehabilitacijski centri i slično)
d) educiranje stručnjaka u pogledu identifikacije teškoća, postavljanja dijagnoze i predlaganja tretmana
e) povećanje koordiniranosti i suradnje između stručnjaka različitih profila i ustanova
f) poboljšanje suradnje između davatelja (stručnjaci) i primatelja (roditelji) usluga podrške
g) nešto drugo: _____

18. Tko prema Vašem mišljenju treba osigurati usluge podrške u Vašoj zajednici?

Moguće je zaokružiti više odgovora.

a) država – ministarstva iz različitih sustava
b) regionalna i lokalna zajednica
c) udruge
d) privatni pružatelji usluga
e) netko drugi (navedite tko): _____

19. Što bi roditelji trebali ponuditi kako bi usluge podrške bile kvalitetnije?
Odaberite tri odgovora i označite ih brojkama od 1 do 3, pri čemu brojka 1 predstavlja najvažnije, a brojka 3 najmanje važno.

a) otvorenu komunikaciju
b) odnos temeljen na povjerenju i poštovanju
c) realna očekivanja
d) poštivanje dogovorenih termina susreta
e) suradnja sa stručnjacima u svrhu postizanja napretka djeteta
f) motiviranost za suradnju i rad s djetetom
g) nešto drugo: _____

20. Što bi stručnjaci trebali ponuditi kako bi usluge podrške bile kvalitetnije?
Odaberite tri odgovora i označite ih brojkama od 1 do 3, pri čemu brojka 1 predstavlja najvažnije, a brojka 3 najmanje važno.

a) otvorenu komunikaciju s roditeljima
b) odnos temeljen na povjerenju i poštovanju
c) suosjećanje
d) informacije razumljive roditeljima
e) pružanje pravodobnih informacija o rođenju i napretku djeteta
f) pružanje podrške i uvažavanje roditelja
g) više edukativnih radionica o pružanju odgovarajuće skrbi za dijete
h) bolju informiranost o uslugama podrške i pravima djece s teškoćama u razvoju
i) kvalitetniju komunikaciju sa stručnjacima iz različitih sustava
j) suradnju između stručnjaka zbog kvalitetnijeg rada s djetetom
k) brošure za roditelje
l) stručne emisije, edukativni programi, stručni članci u časopisima
m) nešto drugo: _____

21. Što bi institucije (bolnica, CZSS, vrtić) trebale ponuditi kako bi usluge podrške bile kvalitetnije?
Odaberite tri odgovora i označite ih brojkama od 1 do 3, pri čemu brojka 1 predstavlja najvažnije, a brojka 3 najmanje važno.

a) pružanje stručne podrške od strane različitih stručnjaka
b) veće razumijevanje za potrebe djeteta
(npr. prednost upisa djeteta s teškoćama u razvoju u predškolsku ustanovu, učestaliji termini pružanja usluga za dijete)
c) veća ponuda savjetovališta za roditelje djece s teškoćama u razvoju
d) u sklopu redovitih pregleda kod liječnika osigurati suradnju i pregled drugih stručnjaka
(npr. prilikom vještačenja ili pregleda za školu djece s teškoćama u razvoju osigurati suradnju s rehabilitatorom i psihologom iz predškolske ustanove u kojoj dijete boravi)
e) osiguravanje stručne podrške u obitelji djeteta, a ne samo u ustanovi
f) kraće vrijeme postupka vještačenja
g) educiranje stručnjaka o novim stručnim i znanstvenim dostignućima u radu s djecom s teškoćama u razvoju
h) nešto drugo: _____

22. Što bi akteri socijalne politike (ministarstva, regionalna i lokalna zajednica, udruge) trebali ponuditi kako bi usluge podrške bile kvalitetnije?
Odaberite tri odgovora i označite ih brojkama od 1 do 3, pri čemu brojka 1 predstavlja najvažnije, a brojka 3 najmanje važno.

a) davanje više medijskog prostora stručnjacima (radio emisije, televizijske emisije, natpisi u tisku) ☐
b) dostupnije usluge podrške u mjestu stanovanja ☐
c) organizirani prijevoz do mjesta pružanja usluga podrške za djecu i roditelje koji nemaju vlastiti automobil ☐
d) izjednačavanje dostupnosti ustanova, stručnjaka i usluga u velikim urbanim i malim sredinama ☐
e) kvalitetno organiziran, pravodoban, učinkovit sustav usluga podrške već od samog rođenja djeteta ☐
f) otvaranje i rad centra za savjetovanje te usmjeravanje i upućivanje roditelja na korištenje usluga podrške ☐
g) nešto drugo: _____ ☐

HVALA NA SUDJELOVANJU!

Prilog III

- Zamolba za suradnjom u provođenju istraživanja za izradu doktorske disertacije na temu ″Sustavi rane podrške djeci s teškoćama u razvoju iz perspektive roditelja i stručnjaka″ (Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet)
- Potporno pismo Ministarstva socijalne politike i mladih na zamolbu HZJZ
- Mišljenje Etičkog povjerenstva Istarskih domova zdravlja
- Mišljenje Etičkog povjerenstva Opće bolnice ″Dr. Josip Benčević″
- Pismena suglasnost ravnatelja Doma zdravlja Slavonski Brod
- Pismena suglasnost ravnatelja Dječjeg vrtića Ivana Brlić Mažuranić Slavonski Brod
- Dragovoljni pristanak sudionika

Sveučilište u Zagrebu
Edukacijsko-rehabilitacijski
fakultet

Zagreb, 16.studenoga 2016.

Predmet: Zamolba za suradnjom u provođenju istraživanja za izradu doktorske disertacije na temu ″Sustavi rane podrške djeci s teškoćama u razvoju iz perspektive roditelja i stručnjaka″

Poštovani,

Katarina Šarčević Ivić-Hofman je doktorandica na Edukacijsko-rehabilitacijskom fakultetu, Sveučilišta u Zagrebu, doktorski studij ″Prevencijska znanost i studij invaliditeta″. Trenutno je u procesu provedbe terenskog istraživanja koje će prikazati u doktorskoj disertaciji.
Plan istraživanja, odnosno teze obranila je pred stručnim povjerenstvom Edukacijsko-rehabilitacijskog fakulteta te ih je nakon toga prihvatilo i Povjerenstvo za doktorske radove Sveučilišta u Zagrebu. Isto tako planirano istraživanje odobrilo je i Etičko povjerenstvo Edukacijsko-rehabilitacijskog fakulteta.

Ovim putem Vam šaljemo zamolbu za sudjelovanjem u istraživanju za izradu doktorske disertacije Katarine Šarčević Ivić-Hofman pod mentorstvom doc.dr.sc. Ane Wagner Jakab i prof.dr.sc. Lelie Kiš-Glavaš s Edukacijsko-rehabilitacijskog fakulteta, Sveučilišta u Zagrebu.

U središtu znanstvenog interesa doktorandice su usluge podrške (zdravstvene, socijalne usluge te usluge ranog odgoja i obrazovanja) za djecu s teškoćama u razvoju i čimbenici neurorizika od rođenja do polaska u školu, odnosno 7. godine života kao i za njihove roditelje.

Cilj je ovim istraživanjem utvrditi informiranost, očekivanja i zadovoljstvo roditelja i stručnjaka Brodsko-posavske i Istarske županije uslugama rane podrške djeci s teškoćama u razvoju i njihovim obiteljima. Usluge su namijenjene zaštiti djetetovog zdravlja, ranom odgoju i obrazovanju, poticanju psihofizičkog razvoja te posredno podupiru ispunjavanje roditeljske odgovornosti.
Očekuje se da bi dobiveni podatci u istraživanju dokumentirali količinu i dostupnost postojećih usluga podrške za djecu s teškoćama u razvoju, u dobi od rođenja do polaska u školu, zadovoljstvo obitelji i stručnjaka uslugama podrške te dali smjernice za daljnje unaprjeđenje usluga.

Sveučilište u Zagrebu, Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet
Znanstveno-učilišni kampus Borongaj, Borongajska cesta 83f, HR - 10000 Zagreb
Tel. +385 (0)1 245 7500, Fax: +385 (0)1 245 7559
MB: 3219780, OIB: 34967762426, www.erf.unizg.hr

Uzorak ispitanika obuhvatit će uzorak roditelja djece s teškoćama u razvoju, u dobi od rođenja do polaska u školu te uzorak stručnjaka (liječnici specijalisti pedijatrije iz domova zdravlja i općih bolnica; socijalni pedagozi, socijalni radnici, psiholozi i pravnici s odjela za djecu, mlade i obitelj centara za socijalnu skrb te stručnjaci iz stručnih timova predškolskih ustanova - edukacijski rehabilitator, logoped, pedagog i zdravstveni voditelj) iz Brodsko-posavske i Istarske županije.

Za potrebe ovog istraživanja izrađeni su upitnici za roditelje i stručnjake koji predstavljaju uzorak ispitanika. Molimo Vas da omogućite Katarini Šarčević Ivić Hofman da u suradnji s Vama organizira i provede anketiranje ispitanika koji su zaposlenici ustanove čiji ste ravnatelj/ica.

Prilikom istraživanja doktorandica se, kao i njezine mentorice, pismeno obvezala djelovati u skladu s etičkim načelima u istraživanju koji su propisani Etičkim kodeksom istraživanja s djecom i Etičkim kodeksom Odbora za etiku u znanosti i visokom obrazovanju o čemu će, prethodno istraživanju, biti informirani sudionici te će potpisati dobrovoljni informirani pristanak za sudjelovanjem u istraživanju.

Ovim putem molimo Vas za suradnju i sudjelovanje u istraživanju te unaprijed zahvaljujemo. Nadamo se Vašem pozitivnom odgovoru nakon što Vas Katarina Šarčević Ivić-Hofman kontaktira.

S poštovanjem,

Prodekanica za znanost

Izv.prof.dr.sc. Snježana Sekušak Galešev

REPUBLIKA HRVATSKA
MINISTARSTVO SOCIJALNE POLITIKE
I MLADIH

Klasa: 555-05/17-01/53
Ur.broj: 519-03-2-2/1-17-2
Zagreb, 7. veljače 2017.

HRVATSKI ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVSTVO
10 000 Z A G R E B
Rockefellerova 7

n/r ravnatelja doc. dr. sc. Krunoslava Capaka, prim. dr. med.

PREDMET: Zamolba za odobrenje i pisanu potporu istraživanja o sustavima rane podrške djeci s teškoćama u razvoju iz perspektive roditelja i stručnjaka u Istarskoj i Brodsko-posavskoj županiji,
- suglasnost, daje se

Veza: Vaš dopis – klasa: 641-01/17-03/1, ur.broj: 381-03-351-17-1 od 27. siječnja 2017.

Poštovani,

U vezi s Vašom zamolbom obavještavamo Vas da ovo Ministarstvo sa zadovoljstvom podržava i daje suglasnost za provedbu istraživanja koje bi obuhvatilo sustave rane podrške djeci s teškoćama u razvoju iz perspektive roditelja i stručnjaka.

Mišljenja smo da će navedeno istraživanje koristiti i ovom Ministarstvu pri unapređenju usluge rane intervencije u sustavu socijalne skrbi te Vam unaprijed zahvaljujemo što ćete nam dostaviti rezultate Vašeg istraživanja.

S poštovanjem,

MINISTRICA
Nada Murganić

REPUBLIKA HRVATSKA MINISTARSTVO ZA DEMOGRAFIJU, OBITELJ, MLADE I SOCIJALNU POLITIKU ZAGREB

Istarski domovi zdravlja
Case della salute dell'Istria
Flanatička 27, Pula

KLASA: 023-01/17-01/08
URBROJ: 2168/01-59-49-01-1/800-17-8
Pula, 12.05.2017.

Etičko povjerenstvo zdravstvene ustanove Istarski domovi zdravlja – Case della salute dell´ Istria, temeljem zamolbe Katarine Šarčević Ivić – Hofman, mag.rehab.educ., na sjednici održanoj 05. svibnja 2017. godine, donijelo je

O D L U K U

1. Daje se suglasnost Katarini Šarčević Ivić – Hofman, mag.rehab.educ. za sudjelovanjem u istraživanju za izradu doktorske disertacije na temu "Sustavi rane podrške djeci s teškoćama u razvoju iz perspektive roditelja i stručnjaka", zajedno s mentorima, na području Brodsko – posavske i Istarske županije.

Predsjednik Etičkog povjerenstva

Ivenko Srdoč, dr. med.spec.kirurg

Dostaviti:

- Katarini Šarčević Ivić-Hofman
- Pismohrana

Opća bolnica "Dr. Josip Benčević" Slavonski Brod
Nastavna baza Medicinskog fakulteta Sveučilišta J.J. Strossmayera Osijek

OIB: 91554844265 • Žiro račun: 2484008-1100801711 RBA • tel. 035 201-201 lokal 610, 611, 612 • fax.415-633

Etičko povjerenstvo

Opća bolnica "Dr. Josip Benčević"

Ul. Andrije Štampara 42

Slavonski Brod: 08.04.2017.

Predmet: Suglasnost Etičkog povjerenstva za provođenje istraživanja pod naslovom: "Sustavi rane podrške djeci s teškoćama u razvoju iz perspektive roditelja i stručnjaka". Istraživanje služi za izradu doktorske disertacije Katarine Šarčević Ivić-Hofman, mag.rehab.educ., pod mentorstvom doc.dr.sc. Ane Wagner Jakab i prof. dr.sc. Lelie Kiš-Glavaš s Edukacijsko-rehabilitacijskog fakulteta, Sveučilišta u Zagrebu.

Obrazloženje: U središtu znanstvenog interesa su usluge podrške (zdravstvene, socijalne, te usluge ranog odgoja i obrazovanja) za djecu s poteškoćama u razvoju i čimbenici neurorizika od rođenja do polaska u školu, odnosno do 7. godine života kao i za njihove roditelje.

Cilj istraživanja je utvrditi informiranost, očekivanja i zadovoljstvo roditelja i stručnjaka Brodsko-posavske i Istarske županije uslugama rane podrške djeci s teškoćama u razvoju i njihovim obiteljima. Usluge su namijenjene zaštiti djetetovog zdravlja, ranom odgoju i obrazovanju, poticanju psihofizičkog razvoja te posredno podupiru ispunjavanje roditeljske odgovornosti.

Dobiveni podatci u istraživanju bi dokumentirali količinu i dostupnost postojećih usluga podrške za djecu s teškoćama u razvoju, zadovoljstvo obitelji i stručnjaka uslugama podrške, te dali smjernice za dalje unapređenje usluga. Za potrebe ovog istraživanja izrađeni su upitnici za roditelje i stručnjake koji predstavljaju uzorak ispitanika.

Svi podatci prikupljeni za vrijeme istraživanja služit će samo u svrhu izrade teme doktorskog rada, a identitet svih ispitanika ostat će strogo povjerljiv i zaštićen. Istraživanje će se provesti u skladu sa svim Etičkim načelima, čiji je cilj osigurati pravilno provođenje i sigurnost osoba koje sudjeluju u ovom istraživanju, uključujući Osnove dobre kliničke prakse, Helsinšku deklaraciju, Zakon o zdrvastvenoj zaštiti Republike Hrvatske i Zakon o pravima pacijenata Republike Hrvatske.

Temeljem priložene dokumentacije Etičko povjerenstvo je zaključilo da nema etičkih zapreka za provođenje navedenog istraživanja.

OPĆA BOLNICA "Dr. Josip Benčević" SLAVONSKI BROD

Predsjednik Etičkog povjerenstva:

Prof. prim. dr. sc. Ivo Matić, dr. med.

DOM ZDRAVLJA
SLAVONSKI BROD
Borovska 7
35000 Slavonski Brod
Broj: 205 /017.g.
Dana: 05.05.2017.g.

Katarina Šarčević Ivić-Hofman
Petra Krešimira IV 36
35 000 Slavonski Brod

Predmet: zamolba za suradnjom u provođenju istraživanja za izradu doktorske disertacije na temu "Sustavi rane podrške djeci s poteškoćama u razvoju iz perspektive roditelja i stručnjaka" -suglasnost, daje se

Poštovana!

U vezi vaše zamolbe od 10. travnja 2017. godine za suradnjom u provođenju istraživanja, a koje se odnosi na sustave rane podrške djeci s teškoćama u razvoju iz perspektive roditelja i stručnjaka, ovim putem vas obavještavam da smo suglasni s provedbom predmetnog istraživanja.

S poštovanjem,

DOM ZDRAVLJA SLAVONSKI BROD – Slavonski Brod, Borovska 7 – 53

v.d.ravnateljica:

Sanja Matić,dr.med.spec.ob.med.

Sanja Matić

DJEČJI VRTIĆ IVANA BRLIĆ MAŽURANIĆ SLAVONSKI BROD
35 000 Slavonski Brod, Naselje A. Hebranga b.b.
Tel.035 44 60 14, fax.035 40 81 66
www.djeci-vrtici-sb.hr e-mail:dv-slav.brod@sb.t-com.hr

Ur.broj: 1100/2013.
Slavonski Brod, 19. rujna 2013. godine

ODLUKA O SUGLASNOSTI ZA DOBIVANJE PODATAKA

Na temelju uvida u Zamolbu za dobivanjem brojčanih podataka o djeci s teškoćama u razvoju i čimbenicima neurorizika, a u svrhu dobivanja uzorka za istraživanje u sklopu doktorske dizertacije pod mentorstvom prof.dr.sc. Ane Wagner Jakab i prof.dr.sc. Lelie Kiš-Glavaš s Edukcijsko-rehabilitacijskog fakulteta, Sveučilišta u Zagrebu, potvrđujem da se doktorandici KATARINI ŠARČEVIĆ odobrava korištenje navedenih podataka.

Doktorandica se obvezuje da će poštivati sva etička načela tijekom istraživanja te štititi prava, sigurnost i dobrobit svih sudionika uključenih u istraživanje.

Ravnateljica:
Zorana Butorac, prof.

DRAGOVOLJNI PRISTANAK ISPITANIKA NA SUDJELOVANJE U ISTRAŽIVANJU TEMELJEN NA POZNAVANJU I RAZUMIJEVANJU SVIH RELEVANTNIH PODATAKA O ISTRAŽIVANJU

Tema: Sustavi rane podrške djeci s teškoćama u razvoju iz perspektive roditelja i stručnjaka

Istraživač: Katarina Šarčević Ivić-Hofman

Opće i posebne koristi istraživanja:

Dobiveni podatci u istraživanju dokumentirali bi količinu i kvalitetu postojećih usluga rane podrške za djecu s teškoćama u razvoju i njihove obitelji te dali smjernice za daljnje unaprjeđenje usluga.

Rizici: Vjerojatnost pojavljivanja neugode koja se može predvidjeti u istraživanju nije veća od one koja se uobičajeno doživljava u svakodnevnom životu.

Vrsta i trajanje istraživanja: Znanstveno istraživanje, tijekom šest mjeseci

Povjerljivost dobivenih podataka: Svrha zaštite osobnih podataka je zaštita privatnog života i ostalih ljudskih prava te temeljnih sloboda u prikupljanju, obradi i korištenju osobnih podataka. Podatke će prikupljati i obrađivati istraživač. Obvezujem se da ću dobivene podatke koristiti u svrhu znanstvenog istraživanja, izrade doktorskog rada te objavljivanja znanstvenih radova.

Zaštita privatnosti sudionika: Tijekom istraživanja u sklopu istraživanja identitet sudionika će ostati anoniman.

Dragovoljnost sudjelovanja: Svi sudionici dragovoljno pristupaju istraživanju te daju pismenu suglasnost za istraživanje.

Pravo na odustanak u sudjelovanju u istraživanju: Osobe od kojih se dobije pismena suglasnost mogu u svako doba, bez obrazloženja, odustati od sudjelovanja u istraživanju.

Uvod:

Istraživanje će se provoditi u dječjim vrtićima, domovima zdravlja, općim bolnicama te centrima za socijalnu skrb Brodsko-posavske i Istarske županije. Cilj je ovim istraživanjem utvrditi informiranost, očekivanja i zadovoljstvo roditelja i stručnjaka Brodsko-posavske i Istarske županije uslugama rane podrške djeci s teškoćama u razvoju i njihovim obiteljima. Planira se istraživanje s roditeljima djece s teškoćama u razvoju, u dobi od rođenja do polaska u školu te sa stručnjacima iz područja zdravstva, socijalne skrbi te ranog i predškolskog odgoja i obrazovanja u Brodsko-posavskoj i Istarskoj županiji.

Usluge su namijenjene zaštiti djetetovog zdravlja, ranom odgoju i obrazovanju, poticanju psihofizičkog razvoja te posredno podupiru ispunjavanje roditeljske odgovornosti.

Način provođenja istraživanja:

Istraživačica će u ustanovama prikupiti podatke od ispitanika anketnim upitnikom u suradnji sa stručnim timom ustanove. Jedan broj podataka također će se prikupiti i distribuirati elektronskim putem.

Prije ispunjavanja anketnih upitnika sudionicima će se objasniti svrha istraživanja te se tražiti njihova pismena suglasnost za sudjelovanje u istraživanju, u čiju svrhu je izrađena izjava o suglasnosti. Prilikom istraživanja vodit će se računa o etičkim načelima opisanim u Etičkom kodeksu istraživanja s djecom i Etičkom kodeksu odbora za etiku u znanosti i visokom obrazovanju.

Rezultati istraživanja:

Dobiveni podatci interpretirat će se u svrhu analize postojećih usluga rane podrške za djecu s teškoćama u razvoju i njihovim obiteljima. Prilikom prikazivanja rezultata vodit će se računa o zaštiti podataka temeljem etičkih načela Etičkog kodeksa istraživanja s djecom i Etičkog kodeksa odbora za etiku u znanosti i visokom obrazovanju.

Prava ispitanika:

Ispitanici nemaju nikakvih materijalnih dobitaka od sudjelovanja u istraživanju te imaju pravo u svakom trenutku odustati od istraživanja ili zahtijevati da njihovi podatci ne budu upotrijebljeni u daljnjim mogućim istraživanjima.

Suglasnost i potpis:

Nakon upoznavanja s ciljem i načinom provođenja istraživanja ″Sustavi rane podrške djeci s teškoćama u razvoju iz perspektive roditelja i stručnjaka″ suglasan/a sam da se dobiveni podatci ustupe, pohrane i koriste u svrhu navedenog istraživanja i prikazivanja rezultata. Odričem se svih materijalnih i drugih prava koja bi mogla proizaći iz ovog istraživanja, a u svakom trenutku imam pravo odustati od sudjelovanja u istraživanju.

Potpis ispitanika:

Datum:

Prilog IV

- Lista tablica
- Lista slika

Lista tablica

Tablica 1. Bruto domaći proizvod u tekućim cijenama po županijama, u mil. HRK *26*

Tablica 2. Bruto domaći proizvod po stanovniku u tekućim cijenama (ESA 2010) po županijama, u HRK *26*

Tablica 3. Stopa registrirane nezaposlenosti, stanje 31. ožujka 2019. godine, u % *29*

Tablica 4. Broj osiguranika u sustavu HZMO *31*

Tablica 5. Prosječna mjesečna neto plaća u pravnim osobama, u HRK *33*

Tablica 6. Odseljeno stanovništvo *36*

Tablica 7. Diplomirani studenti *37*

Tablica 8. Objedinjeni rezultati prema zadnjim objavljenim podatcima *37*

Tablica 9. Karta ekonomskih i demografskih pokazatelja u Brodsko-posavskoj županiji *39*

Tablica 10. Prikaz vrste oštećenja kod djece iz Brodsko-posavske i Istarske županije temeljem Zakona o hrvatskom registru o osobama s invaliditetom *41*

Tablica 11. Karta ekonomskih i demografskih pokazatelja u Istarskoj županiji *48*

Tablica 12. Prikaz udjela osoba s invaliditetom u ukupnom stanovništvu županije - prevalencija invaliditeta na 100 stanovnika *49*

Tablica 13. Dob djeteta *61*

Tablica 14. Uzorak roditelja u odnosu na socioekonomski status *62*

Tablica 15. Dob djeteta kad su otkrivene teškoće *63*

Tablica 16. Uzorak djece s teškoćama u razvoju *64*

Tablica 17. Uzorak sudionika stručnjaka u odnosu na radni staž na trenutnom poslu *67*

Tablica 18. Uzorak sudionika stručnjaka u odnosu na iskustvo stručnjaka u radu s djecom s određenom vrste teškoće u razvoju *68*

Tablica 19. Dodatne edukacije koje su pohađali stručnjaci *69*

Tablica 20. Razlog needuciranja stručnjaka *70*

Tablica 21. Izvor informiranja o uslugama podrške *81*

Tablica 22. Način informiranja o uslugama podrške *84*

Tablica 23. Značajke informiranja o uslugama rane podrške *86*

Tablica 24. Razina (količina) primljene neformalne i formalne podrške *87*

Tablica 25. Važnost primanja neformalne i formalne podrške *88*

Tablica 26. Mogućnost primanja usluga rane podrške *89*

Tablica 27. Učestalost primanja usluga rane podrške *90*
Tablica 28. Dostupnost i primjerenost usluga rane podrške *91*
Tablica 29. Poznavanje usluga rane podrške *94*
Tablica 30. Upućivanje djece rođene s neurorizikom u usluge rane podrške od strane osoblja u rodilištu *97*
Tablica 31. Informiranost roditelja djece s teškoćama u razvoju o uslugama rane podrške s obzirom na sociodemografska obilježja: Rezultati regresijske analize *98*
Tablica 32. Zadovoljstvo roditelja korištenim uslugama rane podrške *100*
Tablica 33. Najkorisnije usluge rane podrške prema odabiru roditelja *109*
Tablica 34. Zadovoljstvo kao omjer korištenja i zadovoljstva uslugama roditelja s obzirom na sociodemografska obilježja: Rezultati regresijske analize *112*
Tablica 35. Zadovoljstvo roditelja kvalitetom odnosa sa stručnjacima: Rezultati regresijske analize *113*
Tablica 36. Povezanost zadovoljstva korištenjem usluga te formalne i neformalne podrške: Pearsonov koeficijent korelacije *116*
Tablica 37. Povezanost zadovoljstva korištenjem usluga rane podrške te mogućnosti i učestalosti primanja usluga podrške u zajednici: Pearsonov koeficijent korelacije *117*
Tablica 38. Očekivanja roditelja od izvora neformalne podrške (obitelj, susjedi, drugi roditelji, poznanici) *120*
Tablica 39. Očekivanja roditelja od izvora formalne podrške *121*
Tablica 40. Očekivanja roditelja o realizaciji učinkovitog sustava podrške *1244*
Tablica 41. Razlike u očekivanjima formalne podrške roditelja s obzirom na financijsku situaciju roditelja: Hi kvadrat test *126*
Tablica 42. Razlike u očekivanjima formalne podrške roditelja s obzirom na stupanj obrazovanja roditelja: Hi kvadrat test *127*
Tablica 43. Prikaz odgovora stručnjaka s obzirom na poznavanje i upućivanje različitim uslugama podrške *130*
Tablica 44. Najkorisnije usluge rane podrške prema odabiru stručnjaka *133*
Tablica 45. Usporedba prikaza najkorisnijih usluga rane podrške iz perspektive roditelja i stručnjaka *135*

Tablica 46. Upućivanje roditelja na druge stručnjake (bez obzira na mjesto rada) 137
Tablica 47. Povezanost informiranosti stručnjaka o uslugama rane podrške te samoprocjene educiranosti za rad s djecom s teškoćama u razvoju i samoprocjene znanja o djeci s teškoćama u razvoju: Pearsonov koeficijent korelacije 138
Tablica 48. Informiranost stručnjaka o uslugama rane podrške s obzirom na sociodemografska obilježja, samoprocjenu educiranosti za rad s djecom s teškoćama u razvoju i samoprocjenu znanja o djeci s teškoćama u razvoju: Regresijska analiza 139
Tablica 49. Zadovoljstvo stručnjaka uslugama rane podrške 140
Tablica 50. Povezanost zadovoljstva (zadovoljstvo kao omjer informiranosti i zadovoljstva, zadovoljstvo profesionalnom ulogom te zadovoljstvo pruženom podrškom) i samoprocjene educiranosti za rad s djecom s teškoćama u razvoju i samoprocjene znanja o djeci s teškoćama u razvoju): Pearsonov koeficijent korelacije 148
Tablica 51. Zadovoljstvo stručnjaka (omjer informiranosti i zadovoljstva stručnjaka) uslugama rane podrške s obzirom na sociodemografska obilježja, samoprocjenu educiranosti za rad s djecom steškoćama u razvoju i samoprocjenu znanja o djeci s teškoćama u razvoju: Regresijska analiza 150
Tablica 52. Zadovoljstvo profesionalnom ulogom s obzirom na sociodemografska obilježja, samoprocjenu educiranosti za rad s djecom s teškoćama u razvoju i samoprocjenu znanja o djeci s teškoćama u razvoju: Regresijska analiza……..150
Tablica 53. Zadovoljstvo pruženom podrškom s obzirom na sociodemografska obilježja, samoprocjenu educiranosti za rad s djecom s teškoćama u razvoju i samoprocjenu znanja o djeci s teškoćama u razvoju: Regresijska analiza.....152
Tablica 54. Osiguravatelji usluga rane podrške prema očekivanjima stručnjaka……..154
Tablica 55. Očekivanja stručnjaka o poboljšanju usluga rane podrške od strane roditelja 155
Tablica 56. Očekivanja stručnjaka o poboljšanju usluga rane podrške od strane drugih stručnjaka 157
Tablica 57. Očekivanja stručnjaka o poboljšanju usluga rane podrške od strane ostalih institucija 158
Tablica 58. Očekivanja stručnjaka o poboljšanju usluga rane podrške od strane aktera socijalne politike.....159

Tablica 59. Prikaz stanja u Brodsko-posavskoj i Istarskoj županiji u odnosu na usluge rane podrške iz perspektive roditelja *164*
Tablica 60. Prikaz stanja u Brodsko-posavskoj i Istarskoj županiji u odnosu na usluge rane podrške iz perspektive stručnjaka *168*

Lista slika

Slika 1: Razvijenost županija Republike Hrvatske prema BDP po stanovniku u 2017. godini 23
Slika 2. BDP po stanovniku – Grad Zagreb 27
Slika 3. BDP po stanovniku – Istarska županija 27
Slika 4. BDP po stanovniku – Brodsko-posavska županija 28
Slika 5. Broj nezaposlenih – Grad Zagreb 30
Slika 6. Broj nezaposlenih - Istarska županija 30
Slika 7. Broj nezaposlenih - Brodsko-posavska županija 31
Slika 8. Broj osiguranika HZMO – Grad Zagreb 32
Slika 9. Broj osiguranika HZMO – Istarska županija 32
Slika 10. Broj osiguranika HZMO – Brodsko-posavska županija 33
Slika 11. Prosječna mjesečna neto plaća – Grad Zagreb 34
Slika 12. Prosječna mjesečna neto plaća – Istarska županija 34
Slika 13. Prosječna mjesečna neto plaća – Brodsko-posavska županija 35
Slika 14. Prikaz Brodsko-posavske županije 38
Slika 15. Prikaz Istarske županije 47
Slika 16. Uzorak sudionika roditelja u odnosu na spol 59
Slika 17. Uzorak sudionika roditelja u odnosu na dob 60
Slika 18. Uzorak sudionika roditelja u odnosu na prebivalište 60
Slika 19. Uzorak sudionika roditelja u odnosu na stupanj obrazovanja 61
Slika 20. Uzorak sudionika stručnjaka u odnosu na spol 65
Slika 21. Uzorak sudionika stručnjaka u odnosu na prebivalište 65
Slika 22. Uzorak sudionika stručnjaka u odnosu na zanimanje 66
Slika 23. Uzorak sudionika stručnjaka u odnosu na mjesto zaposlenja 66
Slika 24. Uzorak sudionika stručnjaka u odnosu na dodatne edukacije vezane za rad s djecom s teškoćama u razvoju 69
Slika 25. Formalni i neformalni izvori podrške 79
Slika 26. Razlog izostanka usluga rane podrške 80
Slika 27. Upućenost djece rođene s neurorizikom u daljne usluge rane podrške 96
Slika 28. Zadovoljstvo roditelja uslugama u dječjem vrtiću 103
Slika 29. Zadovoljstvo roditelja uslugama u zdravstvenim ustanovama 104

Slika 30. Zadovoljstvo roditelja uslugama u centrima za socijalnu skrb.....106
Slika 31. Zadovoljstvo roditelja savjetodavno-edukacijskim uslugama…….107
Slika 32. Zadovoljstvo stručnjaka uslugama u dječjem vrtiću.....141
Slika 33. Zadovoljstvo stručnjaka uslugama u zdravstvenim ustanovama……...143
Slika 34. Zadovoljstva stručnjaka uslugama u centrima za socijalnu skrb……..145
Slika 35. Zadovoljstvo stručnjaka savjetodavno-edukacijskim uslugama……146

Prilog V

POPIS I KONTAKTI USTANOVA KOJE PRUŽAJU USLUGE RANE PODRŠKE

Brodsko-posavska županija

Institucije u sustavu odgoja i obrazovanja

1. Dječji vrtić Ivana Brlić Mažuranić Slavonski Brod
   Naselje Andrije Hebranga 11/1
2. Dječji vrtić Potjeh
   Moslavačka 42
3. Dječji vrtić cekin
   Vinogorska 115
4. Dječji vrtić Nova gradiška
   Trg dr. Franje Tuđmana 2

Institucije u sustavu zdravstva

1. Opća bolnica ″Dr. Josip Benčević″
   Odjel pedijatrije
   Andrije Štampara 42
2. Opća bolnica Nova Gradiška
   Odjel pedijatrija
   Josipa Jurja Strossmayera 15
3. Centar Zlatni cekin
   Vinogorska ul. 115

Institucije u sustavu socijalne skrbi

1. Centar za socijalnu skrb Slavonski Brod
   Naselje Slavonija 1 bb
2. Centar za socijalnu skrb Nova Gradiška
   Karla Dieneša 4

Nevladine organizacije

1. Udruga za ranu intervenciju u djetinjstvu
2. Kabinet Sinapsa
   Ljudevita Gaja 2

3. Udruga za razvojnu podršku Točkica

   Petra Krešimira IV 36

4. Dječji centar ″Logos″

   Matije Mesića 11

5. Centar Niteo

   Mikrorajon 1a

6. Udruga Plavi cvijet

   Slavonska 71

7. Psihološko-edukativni centar Razvoj

   Ul. 30. svibnja 1990. 22

Istarska županija

Institucije u sustavu odgoja i obrazovanja

1. Dječji vrtići u Istarskoj županiji

Institucije u sustavu zdravstva

1. Opća bolnica Pula

   Zagrebačka 30

2. Specijalna bolnica za ortopediju i rehabilitaciju ″Martin Horvat ″Rovinj

   Luigi Monti 2

Institucije u sustavu socijalne skrbi

1. Dnevni centar za rehabilitaciju Veruda Pula

   Pina Budicina 23, Pula

2. Centar za socijalnu skrb Pula

   Ulica Sergijevaca 2, Pula

3. Centar za socijalnu skrb Poreč

   Maura Gioseffia 2B

4. Centar za socijalnu skrb Buzet

   Ulica II Istarske Brigade 11

5. Centar za socijalnu skrb Pazin

   Pro. Otokara Keršovanija 2,

6. Centar za socijalnu skrb Buje

   Rudine 1

7. Centar za socijalnu skrb Rovinj

   Carera 21

8. Centar za socijalnu skrb Labin

   Istarska 1

Nevladine organizacije

1. Centar za rehabilitaciju Down syndrome centar Pula

   Ljudevita Gaja 14, Pula

2. Udruga roditelja djece s teškoćama u razvoju ″Hoću-mogu″ Pazin

   Stancija Pataj 58, Pazin

3. Udruga Philipos

   Radićeva 40, Pula

4. Udruga za autizam Istra

   Gajeva 3, Pula

5. Centar za inkluziju i podršku u zajednici

   Ujevićeva 1, Pula

6. Udruga za pomoć roditeljima i djeci s teškoćama u razvoju Avanti BC

   Stjepana Radića 2, Rovinj

7. Udruga Visoki jablani

   Bilice 37, Rovinjsko selo

8. EDURI

   Spinčići 172 A, Kastav

9. Art studio, udruga za promicanje stvaralaštva

   Šijanska cesta 6, pula

10. Logopedski studio LogoTera

    Anke Butorac 22, Poreč

ŽIVOTOPIS

Katarina Šarčević Ivić-Hofman rođena je 5. srpnja 1979. u Moersu, u Republici Njemačkoj. Nakon završene osnovne, glazbene škole i gimnazije „Matija Mesić“ u Slavonskom Brodu, upisuje studij Fizioterapije na Visokoj zdravstvenoj školi u Zagrebu te nakon završenog pripravničkog staža upisuje Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet Sveučilišta u Zagrebu.

Završila je edukacije iz Montessori pedagogije, senzorne integracije i PECS programa te Unicefovu edukaciju „Rastimo zajedno za podršku roditeljima rane i predškolske dobi“.

Radno iskustvo stekla je kao fizioterapeut u Općoj bolnici „Dr. Josip Benčević“, stručni suradnik edukacijski rehabilitator u Dječjem vrtiću Ivana Brlić Mažuranić Slavonski Brod i učitelj edukacijski rehabilitator u Osnovnoj školi Milan Amruš. Položila je stručni ispit za stručnog suradnika edukacijskog rehabilitatora u predškolskoj ustanovi i učitelja edukacijskog rehabilitatora.

Godine 2019. izabrana je za vanjskog suradnika na dislociranom studiju Ranog i predškolskog odgoja i obrazovanja u Slavonskom Brodu, Sveučilišta Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku. Od ožujka 2021. godine zaposlena je kao asistentica na Odjelu društveno-humanističkih znanosti (Odsjek za izobrazbu učitelja i odgojitelja) Sveučilišta u Slavonskom Brodu.
Sudjeluje u izvođenju nastave na kolegijima *Pedagogija djece s posebnim potrebama, Alternativne škole, Nenasilna komunikacija i Metodologija pedagoškog istraživanja*.

Koordinatorica je projekta „Živjeti zdravo“- Volonteri u Parku za Brodsko-posavsku županiju od 2018. godine.

Članica je Hrvatske komore edukacijskih rehabilitatora u kojoj aktivno djeluje te je članica Povjerenstva za usporedbu stručnih kvalifikacija i provjeru kompetentnosti.

Aktivno je sudjelovala na više znanstvenih i stručnih konferencija, simpozija, skupova i radionica u zemlji i inozemstvu. Autorica je i suautorica više znanstvenih i stručnih radova.

Udana je i majka jednog djeteta.

OBJAVLJENI ZNANSTVENI RADOVI U ČASOPISIMA

1. Šarčević Ivić-Hofman, K., Veseličić, B. i Smolčić Jerković, I. (2021). Experiencing of emotional changes in disabled people during the COVID-19 pandemic. *Specijalna edukacija i rehabilitacija,* 21 (1), 1-13. https://doi.org/ 10.5937/specedreh21-34554

STRUČNI RADOVI U POSTUPKU OBJAVLJIVANJA U ČASOPISIMA

1. Šarčević Ivić-Hofman, K., Benzon Milić, A. i Gašpar Čičak, A. (2021) Early intervention of children with disabilities in preschool institutions in Croatia. *Suvremene Teme u edukaciji i rehabilitaciji*. (prihvaćen)

ZNANSTVENI RADOVI S KONFERENCIJA

1. Sarcevic Ivic-Hofman, K. & Vukasinovic, A. (2021). Science popularization and public outreach activities. U L. Gomez Chova, A. Lopez Martinez, I. Candel Torres (Ur.), *Inted 2021: 15th International Technology, Education and Development Conference* (str. 2056-2065). IATED Academy. https://doi.org/10.21125/inted.2021
2. Wagner Jakab, A., Šarčević Ivić-Hofman, K. i Kiš-Glavaš, L. (2021). Doživljaj suradnje majki djece s teškoćama u razvoju i stručnjaka. U M. Nikolić i M. Vantić-Tanjić (Ur.), *Tematski zbornik II dio: Unapređenje kvalitete života djece i mladih* (str. 535-548). Udruženje za podršku i kreativni razvoj djece i mladih.
3. Benzon Milić, A., Šarčević Ivić-Hofman, K. i Ćošić, N. (2021). Disability arts as empowerment of persons with disabilities. U M. Sabljar, J. Šulentić Begić i T. Ileš (Ur.), *Zbornik radova 1. Međunarodna umjetnička i znanstvena konferencija Osobe s invaliditetom u umjetnosti, odgoju i obrazovanju* (str. 32-33). Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Akademija za umjetnost i kulturu u Osijeku.
4. Sarcevic Ivic-Hofman, K., Benzon, A. & Uzelac, S. (2020). Komunikacija i međuljudski odnosi u odgojno-obrazovnim ustanovama. U M. Nikolić i M. Vantić-Tanjić (Ur.), *Tematski zbornik II dio: Unapređenje kvalitete života djece i mladih* (str. 655-664). Udruženje za podršku i kreativni razvoj djece i mladih.
5. Sarcevic Ivic-Hofman, K. & Benzon, A. (2019). Kvaliteta života djeteta s intelektualnim teškoćama u obitelji. U M. Nikolić i M. Vantić-Tanjić (Ur.), *Tematski zbornik: Unapređenje kvalitete života djece i mladih* (str. 429-438). Udruženje za podršku i kreativni razvoj djece i mladih.

6. Šarčević Ivić-Hofman, K. i Benzon Milić, A. (2019). Kvaliteta života djeteta s intelektualnim teškoćama u obitelji. U M. Nikolić i M. Vantić-Tanjić (Ur.), *Tematski zbornik: Unapređenje kvalitete života djece i mladih* (str. 429-438). Udruženje za podršku i kreativni razvoj djece i mladih.
7. Benzon, A. & Sarcevic Ivic-Hofman, K. (2018). Civil society organization's contribution on the exercise of voting right for persons deprived of legal capacity. In G. Ajdinski i O. Rashikj-Canevska (Eds.), *Conferences proceeding: Transformation towards sustainable and Resilient Society for Persons with Disabilites.* Faculty of Philosophy, Institute of Special Education and Rehabilitation.

STRUČNI RADOVI U ČASOPISIMA

1. Šarčević Ivić-Hofman, K. (2021). The rights of children with disabilities to upbringing and education in Croatia – from the categorization to the inclusion. *Research ine educationa and rehabilitation*, 4 (2), 120-133.

STRUČNI RADOVI U ZBORNICIMA SKUPOVA

1. Šarčević Ivić-Hofman, K., Benzon Milić, A. i Uzelac, S. (2020). Komunikacija i međuljudski odnosi u odgojno-obrazovnim ustanovama. U:M. Nikolić i M. Vantić-Tanjić (Ur.), *Tematski zbornik: Unapređenje kvalitete života djece i mladih* (str. 655-664). Udruženje za podršku i kreativni razvoj djece i mladih.

SAŽETCI U ZBORNICIMA I ČASOPISIMA

1. Šarčević Ivić-Hofman, K., Veseličić, B. i Smolčić Jerković, I. (2021). Povezanost socijalne podrške i otpornosti osoba s invaliditetom u doba pandemije sa zadovoljstvom životom i nadom u budućnost. U J. Mehulić (Ur.), *Dani Ramira i Zorana Bujasa* (str. 179-179). Odsjek za psihologiju, Filozofski fakultet, Sveučilište u Zagrebu.
2. Šarčević Ivić-Hofman, K., Wagner Jakab, A. i Kiš-Glavaš, L. (2021). Formalni i neformalni oblici podrške u sustavu usluga rane podrške. U M. Sabljar, J. Šulentić Begić i T. Ileš (Ur.), *Knjiga sažetaka 2. Međunarodna umjetnička i znanstvena konferencija Osobe s invaliditetom u umjetnosti, odgoju i obrazovanju* (str. 173-174). Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Akademija za umjetnost i kulturu u Osijeku.

3. Gvozdanović Debeljak, A., Gašpar Čičak, A. i Šarčević Ivić-Hofman, K. (2019). Terapijsko jahnje kao podrška osobama s multiplom sklerozom. U M. Sabljar, J. Šulentić Begić i T. Ileš (Ur.), *Knjiga sažetaka 2. Međunarodna umjetnička i znanstvena konferencija Osobe s invaliditetom u umjetnosti, odgoju i obrazovanju* (str. 78-78). Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Akademija za umjetnost i kulturu u Osijeku.
4. Benzon Milić, A., Šarčević Ivić-Hofman, K. i Ćošić, N. (2019). Umjetničko stvaralaštvo i pristup kulturnim resursima za osobe s invaliditetom. U M. Sabljar, J. Šulentić Begić i T. Ileš (Ur.), *Knjiga sažetaka 2. Međunarodna umjetnička i znanstvena konferencija Osobe s invaliditetom u umjetnosti, odgoju i obrazovanju* (str. 32-33). Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Akademija za umjetnost i kulturu u Osijeku.
5. Benzon Milić, A., Šarčević Ivić-Hofman, K. i Ćošić, N. (2019). Umjetničko stvaralaštvo i pristup kulturnim resursima za osobe s invaliditetom. U M. Sabljar, J. Šulentić Begić i T. Ileš (Ur.), *Knjiga sažetaka 2. Međunarodna umjetnička i znanstvena konferencija Osobe s invaliditetom u umjetnosti, odgoju i obrazovanju* (str. 194-195). Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Akademija za umjetnost i kulturu u Osijeku.

KONFERENCIJE

1. Dani Ramira i Zorana Bujasa, Zagreb, 30.9.-2.10.2021. Organizatori: Odsjek za psihologiju, Filozofski fakultet
2. Međunarodna umjetnička i znanstvena konferencija Osobe s invaliditetom u umjetnosti, odgoju i obrazovanju, Osijek, 2.-3.12.201. Organizatori: Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Akademija za umjetnost i kulturu u Osijeku
3. INTED2021, Valencia, Španjolska, 8.-9.3.2021. Organizator: International Academy of Technology, Education and Development

DRUGA SUDJELOVANJA NA SKUPOVIMA

1. Šarčević Ivić-Hofman, K. i Benzon Milić, A. (2018). Važnost tjelesnog vježbanja u ranoj i predškolskoj dobi kod djece s poremećajima iz autističnog spektra. // 47. simpozij hrvatskog društva za dječju neurologiju Požega, Hrvatska, 2018. str. 28-29 (poster, sažetak, stručni)

FESTIVAL ZNANOSTI

1. Katarina Šarčević Ivić-Hofman: Pregled modela odnosa društva prema djeci s teškoćama u razvoju i osobama s invaliditetom, poster (Odjel društveno-humanističkih znanosti/Odsjek za izobrazbu učitelja i odgojitelja, 11.5. i 14.5.2021., održano za studente druge i pete godine Integriranog preddiplomskog i diplomskog Učiteljskog studija.