

# Rana intervencija usmjerena na obitelj

---

**Validžić Požgaj, Ana**

**Professional thesis / Završni specijalistički**

**2018**

*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://um.nsk.hr/um:nbn:hr:158:523601>

*Rights / Prava:* [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

*Download date / Datum preuzimanja:* **2025-03-13**



*Repository / Repozitorij:*

[Faculty of Education and Rehabilitation Sciences - Digital Repository](#)



SVEUČILIŠTE U ZAGREBU  
Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet

Poslijediplomski specijalistički studij  
Rana intervencija u edukacijskoj rehabilitaciji

Ana Validžić Požgaj

**RANA INTERVENCIJA USMJERENA NA  
OBITELJ: KAKO JU VIDE STRUČNJACI, A  
KAKO RODITELJI**

SPECIJALISTIČKI RAD

Zagreb, svibanj 2018.

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU  
Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet

Poslijediplomski specijalistički studij  
Rana intervencija u edukacijskoj rehabilitaciji

Ana Validžić Požgaj

**RANA INTERVENCIJA USMJERENA NA  
OBITELJ: KAKO JU VIDE STRUČNJACI, A  
KAKO RODITELJI**

SPECIJALISTIČKI RAD

Mentor:

Prof.emerita dr.sc.Marta Ljubešić

Zagreb, svibanj 2018.



SVEUČILIŠTE U ZAGREBU

EDUKACIJSKO-REHABILITACIJSKI FAKULTET

Na temelju članka 42. Statuta Edukacijsko-rehabilitacijskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, Fakultetsko vijeće Edukacijsko-rehabilitacijskog fakulteta na **6.** redovitoj sjednici održanoj dana 26. ožujka 2018. godine donijelo je odluku o imenovanju **Povjerenstva za ocjenu specijalističkog rada** u sastavu:

1. **Izv.prof.dr.sc. Ana Wagner Jakab**, izvanredna profesorica Edukacijsko – rehabilitacijskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu predsjednica
2. **Prof.emer. Marta Ljubešić**, professor emerita Edukacijsko – rehabilitacijskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu vanjska članica i
3. **Prof.dr.sc. Dubravka Miljković**, redovita profesorica Učiteljskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu vanjska članica

Fakultetsko vijeće Edukacijsko-rehabilitacijskog fakulteta prihvatilo je pozitivno izvješće **Povjerenstva za ocjenu specijalističkog rada** studentice **Ane Validžić Požgaj** pod naslovom „Rana intervencija usmjerena na obitelj: kako ju vide stručnjaci, a kako roditelji“ na **7.** redovitoj sjednici održanoj dana 23. travnja 2018. godine te imenovalo **Povjerenstvo za obranu specijalističkog rada** u sastavu:

1. **Izv.prof.dr.sc. Ana Wagner Jakab**, izvanredna profesorica Edukacijsko – rehabilitacijskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, predsjednica
2. **Prof.emer. Marta Ljubešić**, professor emerita Edukacijsko – rehabilitacijskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, vanjska članica i
3. **Prof.dr.sc. Dubravka Miljković**, redovita profesorica Učiteljskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, vanjska članica

Specijalistički rad uspješno je obranjen dana **7. svibnja 2018. godine** na Edukacijsko-rehabilitacijskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu.

## **ZAHVALA**

Zahvaljujem svojoj mentorici prof.emerita dr.sc. Marti Ljubešić na strpljenju, pomoći, korisnim diskusijama i vodstvu pri izradi ovog specijalističkog rada.

Zahvaljujem svim roditeljima koji su se odazvali ovom istraživanju i kolegama stručnjacima.

Hvala mojim kolegicama i prijateljicama koje su prošle ovaj studij sa mnom, na nesebičnoj pomoći i vremenu u razgovorima koji su mi pomogli zaokružiti ovo istraživanje.

Najviše se zahvaljujem svojoj obitelji – mami koja mi je dala krila i podršku u ostvarivanju svih pothvata, mojim kćerima i suprugu koji su pokazali strpljenje i razumijevanje u svim fazama.

## SAŽETAK

### **Rana intervencija usmjerena na obitelj: kako ju vide stručnjaci, a kako roditelji**

Rana intervencija u djetinjstvu se definira kao proces pružanja podrške i specijaliziranih usluga djeci s razvojnim odstupanjima i teškoćama od rođenja do najčešće 6 godine života, te obitelji u svrhu optimalizacije razvoja, obiteljskog sklada i uspješne inkluzije u zajednicu. Temeljni cilj ovog rada je saznati kako roditelji i stručnjaci vide ranu intervenciju kroz usporedbu samoevaluacije stručnjaka i roditeljskih procjena na istih devet domena kompetencija za rad u području rane intervencije. Evaluacija se provela na razini skupina, na uzorku od 60 ispitanika (30 roditelja i 30 stručnjaka). Dobiveni podaci pružaju informacije kako stručnjaci i roditelji vide pojedine domene stručnosti u različitim područjima rane intervencije. Rezultati su pokazali da i roditelji i stručnjaci visoko procjenjuju profesionalne kompetencije pružatelja usluga, ali i da su stručnjaci sustavno kritičniji. Njihove su prosječne ocjene numerički niže u svih 9 domena, a u 6 domena su razlike statistički značajne uz  $p \leq 0,01$ . U tim su domenama analizirane prosječne ocjene u pojedinačnim česticama. Rezultati su također pokazali da postoje statistički značajne razlike između stručnjaka u samoprocjenama kompetencija s obzirom na dužinu profesionalnog iskustva. Stručnjaci s više profesionalnog iskustva imali su pozitivnije samoprocjene, a statistički značajne razlike dobivene su u šest od devet ispitanih domena.

**Ključne riječi:** samoevaluacija, profesionalne kompetencije, rana intervencija u djetinjstvu

## **ABSTRACT**

### **Early intervention focused on the family: perceived by the experts, on one hand and the parents, on the other hand**

Early intervention in the childhood is defined as the process of providing support and specialized services to children with developmental disabilities and difficulties from birth to 6 years of age (most often) and families in order to optimize development, family harmony and successful inclusion in the community. The basic aim of this paper is – by comparing the self-evaluation of experts with their own competence with the parental experience of their competence – to gain insight into how both of these groups see early intervention. Evaluation was performed at the group level, on a sample of 60 respondents (30 parents and 30 experts). The results provides information that experts and parents see specific domains of expertise in different areas of early intervention. The results have shown that both parents and professionals value high professional competences, but experts are systematically more critical. Their average scores are lower in all 9 domains, and in the 6 domains there are statistically significant differences with  $p \leq 0.01$ . In these domains, the average scores were analyzed in individual statements. The results also showed that there are statistically significant differences between self-assessments of competence according to the length of professional experience. Experts with more professional experience had more positive self-assessments, and statistically significant differences were obtained in six out of nine tested domains.

**Key words: self-evaluation, professional competences, early childhood intervention**

# SADRŽAJ

1. UVOD .....	2
1.1. Rana intervencija u djetinjstvu .....	2
1.2. Timski pristup u ranoj intervenciji .....	4
1.3. Roditeljski model naspram edukacijskog modela u ranoj intervenciji .....	6
1.4. Obitelj u ranoj intervenciji .....	9
1.5. Obilježja stručnjaka u ranoj intervenciji .....	12
1.6. Samoevaluacija stručnjaka .....	16
2. CILJ RADA .....	18
2.1. Istraživačka pitanja .....	18
3. METODA .....	19
3.1. Sudionici .....	19
3.1.1. Uzorak roditelja .....	20
3.1.2. Uzorak stručnjaka .....	21
3.2. Mjerni instrument i način prikupljanja podataka .....	23
3.3. Metode obrade podataka .....	25
4. REZULTATI ISTRAŽIVANJA I RASPRAVA .....	26
4.1.1. Samoevaluacija profesionalnih kompetencija stručnjaka .....	26
4.1.2. Samoevaluacija profesionalnih kompetencija stručnjaka obzirom na godine iskustva .....	35
4.2. Roditeljske procjene profesionalnih kompetencija stručnjaka .....	37
4.3. Usporedba roditeljskih procjena i samoprocjena stručnjaka .....	45
4.4. Ograničenja istraživanja .....	53
5. ZAKLJUČNA RAZMATRANJA .....	55
6. LITERATURA .....	57
7. PRILOZI .....	64



# 1. UVOD

## 1.1. Rana intervencija u djetinjstvu

Znanstveni i stručni interes u području ranog dječjeg razvoja u iznimnom je porastu tijekom posljednjih nekoliko desetljeća. U zadnjih tridesetak godina različita znanstvena istraživanja i analize dostupnih teorija u društvenim i medicinskim znanostima, dovele su do novih koncepata u ranoj intervenciji u kojima je naglašena upravo međusobna isprepletenost usluga i specifičnih stručnih znanja iz područja zdravstva, obrazovanja i socijalne skrbi koji time i dijele odgovornost za uspješnu implementaciju usluga rane intervencije u djetinjstvu. U zakonski sustav Republike Hrvatske rana intervencija uvrštena je prvi put 2011. godine Zakonom o socijalnoj skrbi koji ju definira kao stručnu poticajnu pomoć djeci i stručnu i savjetodavnu pomoć njihovim roditeljima, uključujući druge članove obitelji te udomitelje za djecu, kod nekog utvrđenog razvojnog rizika ili razvojne teškoće djeteta. Također je definirano da se rana intervencija pruža djetetu kod kojeg je u ranoj dobi utvrđeno odstupanje u razvoju, razvojni rizik ili razvojne poteškoće, u pravilu do navršene 3. godine života, a najdulje do navršene 7. godine života djeteta (Zakon o socijalnoj skrbi, 2012., članak 84, st.1 i 2).

Rana intervencija u djetinjstvu kao proces u kojem se pružaju stručne usluge najčešće se vremenski definira za razdoblje do treće godine života (SAD, Kanada) što ima svoje uporište u neurobiološkim postavkama i razvojnim teorijama. Međutim, stavljajući ranu intervenciju u pravni, obrazovni i socijalni okvir svake zemlje – posebice u europskim zemljama, ta granica provođenja usluge rane intervencija podrazumijeva dob do uključivanja u školski sustav, najdulje do 7 godine života. Unatoč različitom tumačenju i rasponu dobi do koje se proteže provođenje rane intervencije u djetinjstvu, ono što je u svim sustavima naglašeno kao najvažnije i ishodišna točka jest da se s odgovarajućim uslugama treba početi što prije budući je program rane intervencije najučinkovitiji ako se s njim počne odmah po utvrđivanju rizika ili odstupanja od urednog razvoja. Obzirom na detekciju i uključivanje djece s razvojnim rizikom ili odstupanjem u program rane intervencije razvijeni su različiti načini i sustavi koji se razlikuju od zemlje do zemlje. U Velikoj Britaniji, primjerice, postoji nacionalni probirni („screening“) program s pripadajućim protokolima koji pokušava osigurati detekciju i upućivanje već u rodilištima, klinikama ili drugim zdravstvenim centrima u svim lokalnim zajednicama. Na Malti postoji jedinstvena Agencija (CDAU) kojoj se upućuju djeca

na procjenu iz svih rodilišta i drugih zdravstvenih ustanova, dok u Austriji svaka regija ima različiti način detekcije i upućivanja.

Bez obzira na razlike u pojedinim zemljama i sustavima, svima je zajedničko da su zemlje prihvatile novi koncept koji se temelji na razvoju djeteta i utjecaju socijalnih interakcija na njegov razvoj. Takav pristup nazivamo ekološko - sistemskim pristupom koji sadrži sistematično analiziranje, razumijevanje i bilježenje onoga što se događa djeci i obiteljima unutar konteksta okoline u kojoj žive ( Horwath, 2000).

U ranoj dobi, od rođenja do treće godine, a naročito tijekom prve godine života, djeca se najintenzivnije razvijaju na različitim područjima. Dijete uči prve pokrete, prve korake, uči izgovarati glasove i riječi, te pridodavati tim riječima značenje. Uči se razumijevati raspoloženja i osjećaje osoba koje ga okružuju, te i samo postaje svjesno i trudi se nositi s različitim emocijama koje mu se javljaju. Sav razvoj koji primjećujemo, koji je vidljiv, ne bi se mogao odvijati bez unutarnjeg razvoja na biološkoj razini. Maturacijom živčanog sustava dijete stječe preduvjete za svladavanje različitih razvojnih zadataka. Biološki promatrano ishod intervencije ovisi o sposobnosti živčanog sustava (na staničnoj, metaboličkoj i anatomskoj razini) da se modificira ovisno o iskustvu. Ovaj proces, koji nazivamo plasticitetom, često je ograničen vremenom jer postoje tzv. prozori mogućnosti, ili kritični periodi, za mijenjanje neurološke funkcije. Nadalje, postoje dokazi kako su kritični periodi i neurološki sustavi u interakciji s individualnim obilježjima. Iako stručnjaci često navode kako su za ranu intervenciju prve tri godine života najvažnije bitno je naglasiti da neurorazvojna plastičnost te mogućnost utjecaja na kvalitetu razvoja postoje i nakon treće godine života djeteta (Košiček, Kobetić, Stančić i Joković Oreb, 2009). Međutim promjene ovise itekako i o okolinskim utjecajima, prvenstveno obilježjima obitelji, jer je rani razvoj djeteta u velikoj mjeri određen kontekstom u kojem odrasta. Obiteljsku dinamiku roditeljstva djece u riziku je možda najlakše interpretirati kroz sistemski pristup Michaela Guralnicka. Osnovica je razvijen teorijski okvir koji služi za kreiranje modela prakse. Kroz teorijski prikaz opisuju se složeni uzajamni obrasci postojećih utjecaja na razvoj, pri čemu se jasno razdvajaju rizični, ali i zaštitni čimbenici koji djeluju na tri razine; socijalne i kognitivne kompetencije djeteta, obiteljske obrasce interakcije i postojeće obiteljske resurse. Sam autor tvrdi da uspravo sistemski pristup razjašnjava zašto rana intervencija djeluje i pruža smjernice koje bi je trebale učiniti čak učinkovitijom (Guralnick, 2011).

## 1.2. Timski pristup u ranoj intervenciji

U skrbi za djecu s razvojnim teškoćama ili rizicima za njihov nastanak, danas susrećemo velik broj stručnjaka različitih profesija. Djeca rođena s faktorom neurorizika s obzirom na osjetljivost razvoja središnjeg živčanog sustava i nepredvidive kliničke slike zahtijevaju tim stručnjaka koji svojim znanjem i suradnjom s drugim članovima tima omogućavaju potrebnu skrb za dijete. Osim liječničkog tima kojeg sačinjavaju neonatolozi, neuropedijatri, fizijatri, oftalmolozi, medicinske sestre vrlo važan i neophodan tim stručnjaka dolazi iz područja re/habilitacije. U području neurorehabilitacije nailazimo na tim različitih profila te specijalizacija kojeg čine rehabilitatori, psiholozi, fizioterapeuti, radni terapeuti, logopedi, kineziolozi, socijalni radnici i drugi. Prepoznavanje i praćenje neurorizične djece važno je za rano otkrivanje neurorazvojnih odstupanja kao i za ranu primjenu terapijskih postupaka koji mogu pospješiti proces plastičnosti mozga i unaprijediti rano učenje. Na osnovu procjene te djetetovih potreba dijete se uključuje u specifične modele terapijske intervencije.

Kompleksnost kliničke slike djeteta zahtijeva kvalitetan pristup različitih struka te stručnjaka educiranih u području rane edukacije i razvojne rehabilitacije, odnosno složenom području rane intervencije. Područje rane intervencije u svom radu zahtijeva visoko strukturirane oblike timske suradnje. U radu s djecom s razvojnim teškoćama kao i s djecom s detektiranim neurorizicima za razvoj potencijalnih razvojnih poteškoća ističe se važnost suradnje članova tima neovisno o postavljenom modelu ustanove. Modeli timske suradnje u području rane intervencije (multidisciplinarni, interdisciplinarni i transdisciplinarni) razlikuju se po stručnosti i educiranosti članova tima te načinu i količini suradnje stručnjaka uključenih u rad s djecom s poteškoćama u razvoju i njihovim obiteljima.

Multidisciplinarni model timskog rada zastupljen u procesu dijagnostike i/ili terapijske intervencije djeteta s visokim faktorom rizika za neurorazvojna odstupanja je najjednostavniji model koji se zasniva na usporednom, ali nezavisnom djelovanju stručnjaka u područjima procjene i izrade plana i programa terapije (Briggs, 1997). Više terapeuta je uključeno u rad s istim djetetom, na individualnoj bazi te svaki od njih prati i potiče svoje primarno područje rada. Timska suradnja između članova tima uključenih u rad s djetetom je formalna te se bazira na jednotjednim ili jednomjesečnim sastancima gdje svaki član tima daje podatke o razvoju djeteta te planira terapijski plan, ali samo za svoje područje rada. Preporuka modela je kvalitetna komunikacija svih stručnjaka zbog što optimalnijeg pružanja usluga djetetu te

njegovoj obitelji. Na taj način se prevenira mogućnost ponavljanja istih procjena te poticanja istih aktivnosti od strane svih stručnjaka. Osnovna značajka multidisciplinarnog modela timske suradnje u području je samostalnost u djelovanju stručnjaka u okviru vlastite stručne spreme.

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

Transdisciplinarni model timske suradnje temelji se na opsežnoj procjeni stanja korisnika i njegovih potreba, postavljanju ciljeva te izradi individualnog plana i programa terapije (Colling, 1991). To je model usluga gdje jedna ili dvije stručne osobe primarno sudjeluju u procesu procjene i/ili re/habilitacije djetetovog razvoja, dok su drugi potrebni stručnjaci uključeni u proces kroz potrebna savjetovanja. Danas je poznat model „procjena u areni“ u području neuropedijatrije koji se zasniva na transdisciplinarnom modelu timske suradnje. U centru promatranja je dijete koje u aktivnost uvodi jedna ili dvije osobe dok drugi stručnjaci su aktivni promatrači te procjenjuju djetetove reakcije na osnovu kojih kasnije sa svim članovima tima kreiraju individualni plan i program rada. Kroz takav jedan segment profesionalnog funkcioniranja svaki član transdisciplinarnog tima je uvijek razinu više usmjeren na rješavanje zadanog cilja. Transdisciplinarni timski rad omogućava svakom članu tima učenje novih, više učinkovitih načina rješavanja problema, planiranja, povezivanja, donošenja odluka te međusobnog dijeljenja informacija unutar tima.

U suvremenom pristupu u ranoj intervenciji od izrazite je važnosti suradnja između stručnjaka, odnosno transdisciplinarni model gdje tim stručnjaka djeluje transdisciplinarno, te je na taj način u mogućnosti pružiti usluge koje su usmjerenije na obitelj i dijete, usluge koje su koordinirane i integrirane kako bi se što bolje odgovorilo na kompleksne potrebe djece s poteškoćama i njihovih obitelji (Carpenter, 2001).

Proučavajući literaturu, uočava se da većina istraživanja na temu evaluacije rane intervencije uglavnom dolazi s američkog kontinenta i zapadnih zemalja. U Hrvatskoj su vrijedno istraživanje proveli Milić Babić, Franc i Leutar (2013) pod nazivom „Iskustva s ranom intervencijom roditelja djece s teškoćama u razvoju“ što je kvalitativno istraživanje provedeno s 13 roditelja. Njihovi rezultati uputili su na roditeljima važna područja za uspješnost rane intervencije: interdisciplinarni pristup, kompetentnost i motiviranost stručnjaka te suradni odnos s obitelji a kao teškoće su naveli: izostanak pravovremene podrške i informiranja, neprofesionalnost i organizacijske teškoće. Motivaciju stručnjaka uključenog u rad s djetetom roditelji smatrali su značajnom za ishod intervencije te razvijanje suradnog odnosa stručnjak-roditelj (Milić Babić, Franc i Leutar, 2013).

### **1.3. Roditeljski model naspram edukacijskog modela u ranoj intervenciji**

Uspješni programi rane intervencije moraju biti usmjereni na potrebe obitelji, utemeljeni u lokalnoj zajednici i biti u stanju temeljito i učinkovito integrirati doprinose brojnih disciplina, te moraju imati sposobnost planiranja i koordiniranja potpora i usluga iz brojnih službi (Ljubešić, 2003). Pozitivni ishodi razvoja uvelike ovise o ranoj identifikaciji poremećaja i brzom upućivanju u primjerene programe rane intervencije. U današnje vrijeme najuspješnija praksa ukazuje na važnost sudjelovanja obitelji u ranim interventnim programima. Dunst (2007) navodi da rana intervencija uključuje roditelje ili druge primarne skrbnike koji svojim iskustvima i mogućnostima osiguravaju djeci razvoj i stjecanje kompetencija koja će ih osposobiti da smisleno sudjeluju u svakodnevnim aktivnostima u okolini.

Bailey i sur. (2006) predlažu sljedeće poželjne ishode koje bi programi rane intervencije trebali polučiti: obitelj može prepoznati i shvatiti djetetove snage, sposobnosti i potrebe; obitelj poznaje svoja prava i prava djeteta te učinkovito zagovara ta prava; obitelji

imaju dostupan sustav formalne i neformalne podrške što uključuje podršku stručnjaka u jačanju socijalne mreže obitelji djece s teškoćama u razvoju; obitelj ima pristup željenim uslugama i aktivnostima dostupnim u zajednici.

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

Roditelji u procesu rane intervencije predstavljaju partnere stručnjacima u procesu pružanja rane podrške djetetu te interdisciplinarnost i transdisciplinarnost nadopunjuju svakodnevnom aktivnom skrbi o djetetu te roditeljskom brigom. Analizirajući kontekst interdisciplinarnosti i transdisciplinarnosti unutar sustava rane intervencije, potrebno je identificirati i potaknuti na aktivno sudjelovanje sve osobe koje su uključene u rani dječji razvoj (Ivšac Pavliša, 2010; Ljubešić, 2012).

Teorijska ishodišta različitih modela rane intervencije počivaju na mnogobrojnim rezultatima istraživanja ranog razvoja, odnosno utjecaja socijalnog, psihološkog i biološkog konteksta na razvojni ishod. Kroz većinu njih uvažava se stajalište da je obitelj primarni kontekst djetetovog razvoja, pri čemu razvoj nije isključivo biološki određen već na njega veliki utjecaj ima okolina (Swick, Reginald 2006). Veliki broj istraživanja provedenih u osamdesetim godinama 20.stoljeća ističe u svojim rezultatima kako obiteljski resursi, pogotovo stabilnost psihosocijalnih i ekonomskih faktora, pozitivno korelira sa djetetovim socioemotivnim i spoznajnim razvojem (Hauser-Cram, Warfield, Shonkoff, Krauss 2001). Već šezdestih godina prošlog stoljeća zamijećuje se nagli porast programa usmjerenih prema jačanju obitelji, prvenstveno osnaživanju uloge roditelja u skrbi, ali i edukaciji (Weissbourd, Kagan 1989). Tu svakako treba spomenuti američki Part C (Program za osobe s poteškoćama prema edukacijskom zakonu iz 1990) jedan od najvećih nacionalnih programa rane intervencije za djecu mlađu od 3 godine starosti . U 2010. godini , dio C s je u svom programu imao 2.8 % djece pokrivajući sve države i nadležnosti u SAD – u.

Od 90-ih godina 20.stoljeća zamijećuju se promjene u konceptu programa rane intervencije, sa mijenjanjem usmjerenosti intervencije s djeteta, odnosno edukacijskog modela prema razvoju programa koji je usmjeren prema obitelji. Tako Goodman (1992) uvodi

termin *model usmjeren na roditelja (parenting model)* za one pristupe i kurikulume rane intervencije, koji više nisu isključivo usmjereni na postupke poučavanja djeteta, već na osnaživanje i poučavanje roditelja. U literaturi se često taj pristup naznačava kao pristup usmjeren na odnos-*relationship focused* (Mahoney, Robinson, Powell, 1992). Unutar mnogobrojnih istraživanja navodi se kako razvojni ishodi koje će dosegnuti djeca s razvojnim teškoćama nisu uvjetovani isključivo neurobiologijom razvojnog poremećaja, već su i pod utjecajem roditeljskih postupaka i promjena (Guralnick, 2011., Sameroff, 2010.).

Kao jedan od najznačajnijih pristupa ovdje svakako treba spomenuti *responzivno poučavanje* kao primjer intervencije usmjerene na promjenu odnosa roditelj/dijete u poticanju djetetovog komunikacijskog, spoznajnog i socioemotivnog funkcioniranja (Mahoney, 1998). Pristup je analiziran kroz mnogobrojne studije koje su došle do zaključka kako je roditeljska odgovorljivost jedan od glavnih čimbenika koji utječe na djetetov razvojni ishod (Mahoney, Nam, 2001).

Stručnjak u ranoj intervenciji u radu s djetetom u obitelji uspostavlja odnos trijade koji bi trebao biti okarakteriziran topline, povjerenjem, otvorenim komunikacijom i međusobnim uvažavanjem. Pristup prema obitelji, tzv. roditeljski model je mnogo više od pružanja podrške roditeljima i kreiranja plana i aktivnosti za dijete.

Edukacijski model u ranoj intervenciji proizlazi iz teorije učenja (Bijou, Ghezzi 1999.) i nametnuo se kao glavni okvir većine ranointerventnih pristupa, u kojima se polazi od postavki kako je nemogućnost djeteta da dosegne određeni razvojni miljokaz, posljedica njegovih limitiranih mogućnosti učenja i sve treba biti usmjereno direktnom poučavanju. U takvim pristupima nerijetko se od roditelja očekuje svakodnevno izvođenje strukturiranih terapijskih postupaka koji vrlo često narušavaju prirodne oblike interakcija roditelj/dijete.

Prema pojedinim studijama (Cielinski, Vaughn, Seifer i Contreras, 1995; Beeghly, Weiss-Perry i Ciccechetti, 1989; Roach, Barratt, Miller i Leavitt, 1998) majke djece s razvojnim poteškoćama u komparativnim studijama s majkama djece tipičnog razvoja, imaju puno nižu razinu responzivnosti, a puno višu razinu dominacije i direktivnosti u svakodnevnom ophođenju s djetetom. Novije studije dolaze do rezultata kako niska, odnosno slaba razina interakcija između roditelja i djeteta, može imati značajne negativne učinke na razvoj djeteta, dok visoke frekvencije interakcija roditelj/dijete nemaju znatno veći utjecaj na razvoj od umjerenih frekvencija interakcija (Hart, Risley 2006). U većini studija responzivnost i prilagodljiva interakcija roditelj – dijete se mjeri brojem uspješnih izmjena tj. odgovora roditelja na djetetove signale.

U edukacijskom modelu usmjerenom na dijete stručnjaci su ti koji odlučuju što je za dijete najbolje, a u modelu usmjerenom prema roditelju, roditelji su ravnopravni partneri u procesu i potiče ih se da zajedno sa stručnjacima definiraju ciljeve i aktivnosti. Umjesto rascjepkanosti usluga i specijaliziranih postupaka i aktivnosti nastoje se provoditi integrirani postupci temeljeni na transdisciplinarnom pristupu. Osim dobro razvijenog pristupa značajne su i kompetencije stručnih djelatnika uključenih u proces rane intervencije, motivacija i suradnički odnos.

Obitelj uključena u program rane intervencije treba emotivnu i financijsku podršku te pristup relevantnim informacijama. Pod emotivnom podrškom koju osigurava pružatelj usluge, podrazumijevaju se pozitivno usmjereni stavovi o djetetovim mogućnostima i roditeljskim resursima (McWilliam, Tocci, Harbin 1998).

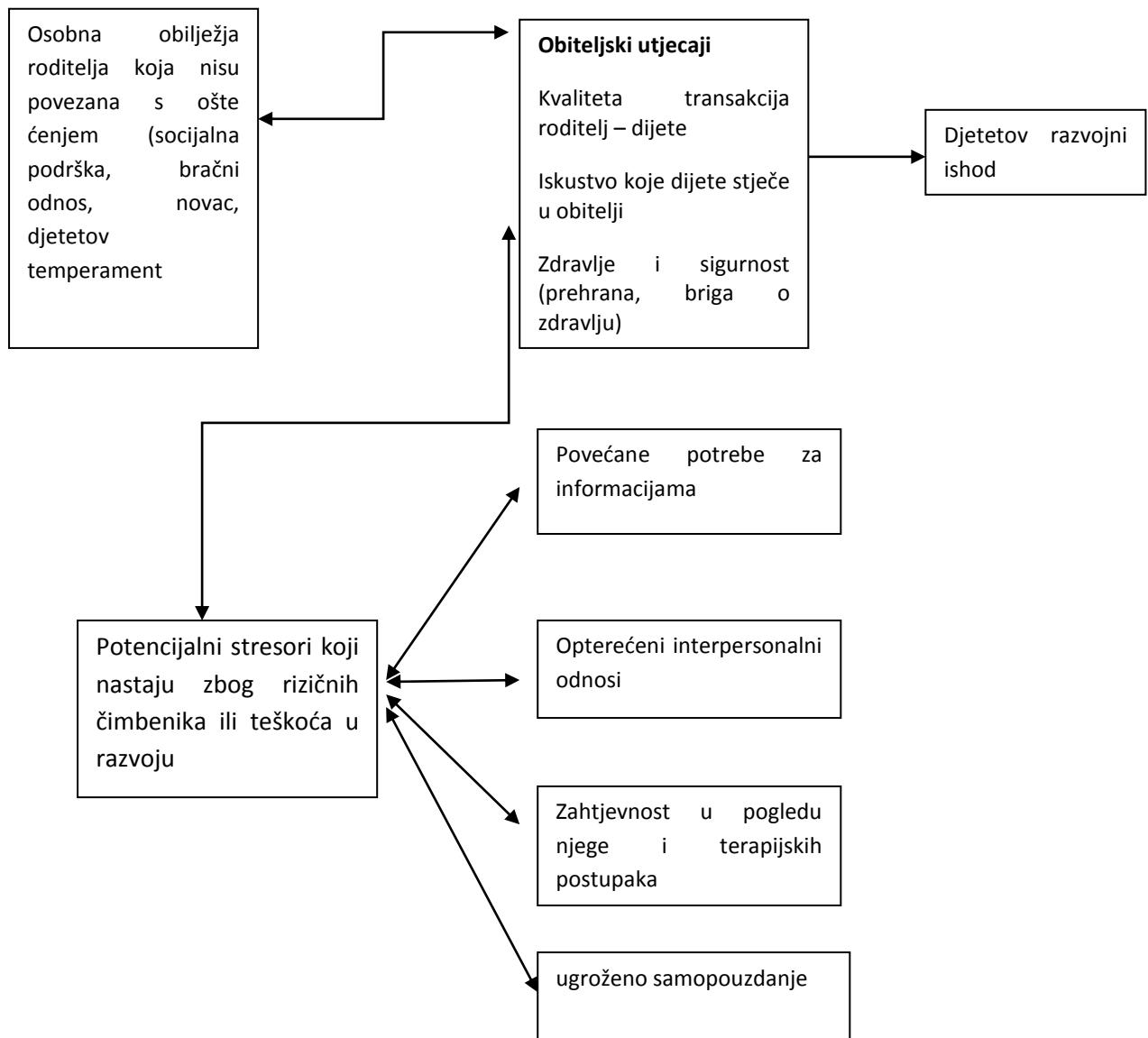
#### **1.4. Obitelj u ranoj intervenciji**

Vodeći računa da je djetetov primarni kontekst razvoja njegova obitelj, u procesu rada s djetetom važno je imati na umu da promjene koje se odvijaju kod pojedinog člana u toj obitelji utječu na sve ostale članove i na obitelj u cjelini.

Kontekstualni, ekološki pristup razvoju uzima u obzir karakteristike okruženja u kojem dijete živi, odnosno odnose između djeteta (njegovih bioloških, psiholoških i genetskih osobina) i njegove okoline (roditelja, braće i sestara, obiteljskih odnosa, zajednice u kojoj živi i šireg sociokulturalnog konteksta) te specifične načine na koje ti faktori djeluju i oblikuju jedan drugoga u funkciji razvoja. Čimbenik rizika predstavlja svako stanje ili okolnost koji povećavaju vjerojatnost da se razvije određeni poremećaj. Nasuprot rizičnim čimbenicima, zaštitni čimbenici su svi oni mehanizmi koji ublažavaju reakcije na stresna stanja, dovode do uspješnog izlaska iz stresne situacije i/ili kriznog događaja kao i oni mehanizmi koji utječu na razvoj otpornosti obitelji. U interpretaciji ranog razvoja danas prevladava sistemska perspektiva, odnosno složeni teorijski okvir hijerarhijskih odnosa različitih čimbenika koji utječu na obitelj. Osnovu okvira čini hijerarhijska organizacija razvoja kojeg karakteriziraju stalne rekombinacije i usložnjavanje obrazaca djetetovog ponašanja prema složenijim obrascima napredovanja. Razvoj je dinamičan proces u kojem sudjeluju i dijete i njegova okolina i to na način da oboje selektiraju utjecaj onog drugog, što dovodi do razvoja u



određenom smjeru. Ključni segment predstavlja definiranje procesa u kojima biološki mehanizimi uvjetovani različitim prenatalnim, perinatalnim i postnatalnim čimbenicima pod utjecajem okolinskih čimbenika oblikuju razvoj sastavnica modela. Pažnja u ranoj intervenciji ne smije biti isključivo fokusirana na dijete, jer upravo interakcije između djeteta i roditelja kao i različiti čimbenici uže i šire obitelji utječu na razvojne mijene.



*Slika 1.* Guralnick M.J. (1997). The Effectiveness Of Early Intervention

Model suvremenog pristupa u ranoj intervenciji, gore prikazan na slici 1, poduprt je mnogobrojnim istraživanjima, i sa velikim autoritetom identificira okolinske čimbenike koji mijenjaju razvojnu putanju djetetovih kognitivnih i socioemotivnih postignuća. Ključ uspjeha

rane intervencije je u identificiranju onih rizičnih čimbenika ili neadekvatnih obiteljskih resursa potrebnih za pružanje optimalne intervencije važne za djetetov razvojni ishod.

U programu rane intervencije važno je biti upoznat s konceptima rizika i zaštite, kao i s konceptom otpornosti obitelji jer nam poznavanje i prepoznavanje navedenih činitelja pomaže u procesu osnaživanja obitelji, kroz koji se radi na jačanju već postojećih zaštitnih činitelja pojedinih obitelji i vodi ih se u korištenju obiteljskih resursa. Tako se može djelotvorno utjecati na razvoj otpornih obitelji koje će se uspješno nositi sa stresnim i kriznim situacijama u kojima se nađu. Osnaživanje roditeljskog samopouzdanja i kompetencija kroz procese edukacije i savjetovanja jedan je od načina na koji se djetetova dobrobit ostvaruje uključivanjem i drugih, njemu bitnih osoba, u proces rane intervencije, jer roditelji koji imaju više znanja i vještina, učinkovitije mogu poticati rast i razvoj svojeg djeteta (Majnemer, 1998).

Prilagodba na okolnost podizanja djeteta s razvojnim teškoćama je aktivni proces u kojem roditelj prihvaća nove okolnosti i pronalazi učinkovite načine za rješavanje svakodnevnih problema. To je dinamičan proces koji traje koliko i samo roditeljstvo. Prema Miller (1984) prilagodba kroz koju prolazi obitelj može se pratiti kroz četiri faze; od faze preživaljavanja, preko faza traganja i smještavanja, pa do faze odvajanja.

Navedene faze slijede jedna za drugom, ali ne pravocrtno. Kroz proces prilagodbe dolazi do preklapanja pojedinih faza, vraćanja iz jedne faze u drugu i/ili preskakanja pojedinih faza. Bitno je znati da svaka obitelj ima svoj tempo i svoj način prelaska iz jedne faze u drugu. Ne postoji vremensko ograničenje koliko traje pojedina faza i koliko se puta može vraćati u određene faze tijekom procesa prilagodbe.

Stručnjacima je važno znati koja su obilježja pojedinih faza kako bi u radu s roditeljima djeteta s teškoćama mogli prepoznati u kojoj se fazi nalazi roditelj, što možemo očekivati od njega i što roditelj treba od stručnjaka koji radi s njegovim djetetom .

Ono što roditeljima može olakšati proces prilagodbe su otvoreni razgovori i konzultiranje s članovima unutar svoje bliže obitelji i prijateljima te nadasve intenzivna i kontinuirana edukacijska i savjetovališna podrška. Istraživanje Pelchat, Bissonna i Ricarda (1999) provedeno među roditeljima djece s teškoćama u razvoju ukazalo je na bolju prilagodbu djetetovoj dijagnozi kod roditelja koji su bili uključeni u programe rane intervencije u odnosu na roditelje koji nisu pohađali takve programe. Roditelji uključeni u navedeno istraživanje su imali manju razinu stresa povezanog s roditeljstvom te pozitivniju

percepciju i stavove vezane uz djetetove razvojne teškoće. Imali su više povjerenja u vlastite resurse te su pozitivnije procjenjivali podršku koju primaju od partnera.

Vezano uz nove trendove rada s obiteljima, Walsh i Rolland (2006) temeljem koncepta obiteljske otpornosti predlažu „*pristup obiteljske otpornosti*“ (eng. *Family Resilience Approach*) koji je usmjeren na prepoznavanje ključnih obiteljskih procesa koji omogućavaju obitelji da se uspješno nosi sa stresom i oporavi nakon kriznog razdoblja. To je oblik intervencije kojim se ne rješavaju samo aktualni problemi, nego se obitelj ujedno priprema za suočavanje s novim životnim teškoćama i promjenama kroz jačanje vlastitih resursa kao što su međusobna podrška i kvalitetna komunikacija između članova obitelji.

Novi oblici rada s obiteljima postavljaju i nove zahtjeve pred stručnjake. Stručnjak koji radi u obitelji bi trebao imati visoku razinu stručnosti i vladati recentnim znanjima i spoznajama iz ranog razvoja te biti motiviran i otvoren za samoevaluaciju svojih profesionalnih kompetencija.

### **1.5. Obilježja stručnjaka u ranoj intervenciji**

Znanje, obrazovanje i cjeloživotno učenje su temeljni pokretači razvoja svakog pojedinca i društva u cjelini. Cjeloživotno učenje usmjereno je prema osobi i njenim individualnim sposobnostima, poboljšanju njenog ponašanja, raspolaganju informacijama, povećanju znanja, razumijevanju, novim stavovima. Pojam cjeloživotno učenje je i mogli širi pojam od cjeloživotnog obrazovanja, jer uz obrazovanje pretpostavlja konutinuirano situacijsko učenje i rad na sebi (Pastuović, 2006).

Stručnjaci koji rade u sustavu rane intervencije uz dobro poznavanje matične discipline moraju raspoložiti i dopunskim znanjima i vještinama te se oni u zapadnim zemljama uključuju u odgovarajuće sveučilišne diplomatske i poslijediplomske programe. U Hrvatskoj stručnu podršku u obitelji djece od rođenja do treće godine života, provode stručnjaci (rehabilitatori, logopedi, psiholozi, radni terapeuti, fizioterapeuti), bez ili s dodatnim usavršavanjem iz područja rane intervencije stečenim kroz poslijediplomski studij iz rane intervencije u djetinjstvu, edukacije, tečajeve stručnog usavršavanja i slično). Stručnjak koji provodi stručnu podršku u obitelji odgovoran je uspostaviti odnos povjerenja, informirati, pružiti kvalitetnu uslugu (utemeljenu na relevantnim znanstvenim istraživanjima) te ju prilagoditi individualnim potrebama obitelji. Korfmacher i suradnici (2008) navode kako

postoji vrlo malo istraživanja koja su posvećena obilježjima stručnjaka te izdvaja četiri obilježja koja utječu na razinu obiteljske uključenosti u program, a to su: obrazovanje stručnjaka, odgovarajući program rane intervencije, odgovarajuća kombinacija korisnika i pružatelja usluge te supervizija.

Stručnjaci u radu s djecom, mladima, roditeljima i drugim korisnicima usluga (iz sustava socijalne skrbi, zdravstvenih i drugih savjetovališta...) često savjetovanjem pružaju podršku osobi u suočavanju i prevladavanju teškoća i ostvarivanju pozitivnih životnih promjena.

U većini suvremenih pristupa, pod terminom kompetencija podrazumijeva se sklop ponašanja koja podupiru uspješno obavljanje određenih aktivnosti, ne samo specifikacija vještina i znanja, već način primjene tih vještina i znanja u obavljanju profesionalne djelatnosti (Kurz i Bartram, 2002). Prema tome profesionalna kompetencija je ona koja proizlazi iz prirode pojedine struke. Suvremeni pristupi definiranja i razvoja profesija temelje se na određivanju općih i specifičnih kompetencija potrebnih za uspješan rad u praksi (Huić, Ricijaš i Branica, 2010). No tu se otvaraju posve nova pitanja. Koje psihologijske konstrukte kompetencije zahvaćaju? Postoje li generičke, opće kompetencije ili su one sve specifične za pojedinu djelatnost? Mogu li se naučiti (podložne su razvoju) ili su diskriminativne (mogu se koristiti u selekciji)? Također autori koji daju preglede radova o kompetencijama grupiraju definicije u dvije glavne skupine. Prvu čine one definicije koje se odnose na kvalifikacije ili standarde obavljanja posla. Druga skupina definicija odnosi se na visoku uspješnost na poslu ili superiorno obavljanje posla. Prema gore navedenom *competence* se prevodi kao stručnost, a termin označava uspješnost prema unaprijed određenom i definiranom standardu. Kurz i Bartram (2002) definiraju stručnost kao “sposobnost primjene znanja, razumijevanja i vještina u obavljanju aktivnosti prema standardima koji se očekuju unutar pojedine struke“. Stručnost se uvijek odnosi na postignuće, odnosno stečena znanja, vještine i kvalifikacije ustvari predstavljaju ono što je osoba postigla, no ne govore o tome što bi sve još mogla postići. *Competency* prevodimo kao kompetenciju. U tom se smislu odnosi na ponašanja koja podupiru uspješno obavljanje određenih radnih aktivnosti; ne na specifikaciju vještina i znanja, već na način primjene, kako se te vještine i znanja koriste pri obavljanju aktivnosti. Kaslow (2004) navodi da su kompetencije razvojne prirode, odnosno ovise o stupnju profesionalnog razvoja pojedinca.

U postojećim radovima unutar kojih se analizira profesionalni razvoj stručnjaka u ranoj intervenciji, posebna se pažnja usmjerava na identifikaciju i detaljan opis osnovnih

kompetencija/vještina i znanja vezanih uz profesiju te dodatnih kompetencija potrebnih za rad s djecom rane razvojne dobi i njihovim obiteljima (vladanje teorijom i suvremenim spoznajama o ranom dječjem razvoju, procjeni, timskom radu i radu usmjerenom na obitelj.)

Od 1986. do 1991. u anglosaksonskim zemljama se u literaturi i preglednim člancima posebna pažnja posvećuje identifikaciji temeljnih odrednica kompetencija stručnjaka koji rade u postojećim sustavima rane intervencije (Thorp i McCollum, 1998; Bailey, 1989; Winton, 1990). *Carolina istraživački institut pri Sveučilištu Sjeverne Caroline* je proveo seriju istraživanja čiji je cilj bila analiza povezanosti i usklađenosti fakultetskog obrazovanja i kasnije specijalizacije sa očekivanim kompetencijama potrebnim za rad stručnjaka u programu rane intervencije. Kvaliteta stručnog osposobljavanja koja je bila dostupna, okarakterizirana je kao neujednačena, nepredvidljiva i općenito neučinkovita s obzirom na očekivane ishode (Winton i McCollum, 2008).

Na temelju gore navedenog uvidjela se potreba za stvaranjem sveobuhvatnog sustava osobnog razvoja stručnjaka (Comprehensive Systems of Personnel Development) čiji je glavni imperativ reforma osposobljavanja stručnjaka u ranoj intervenciji. Kroz 21 poglavlje teksta *Priprema osoblja za rad u ranoj intervenciji* (Winton, McCollum i Catlett 1997) opisuju se modeli i praktične strategije te identificiraju kritične točke i dijelovi procesa potrebni da unaprijede praksu i rad stručnjaka. Kao jedan od postulata teksta se iznosilo kako više razine formalne edukacije, pogotovo specijalizirana znanja iz područja radnog razvoja visoko koreliraju sa kvalitetom programa rane intervencije i podrazumijevaju bogate interakcije na relaciji stručnjak – roditelj – dijete.

Međutim novije sveobuhvatne analize nekolicine različitih studija, pronalaze malu povezanost između razine profesionalnog usavršavanja na stručnjakove kompetencije i kvalitetu rada (Fukkink i Lont 2007).

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

Suvremeni ponašajni model kompetencija predstavili su Robertson, Callinen i Bertram (2002) u kojem su izdvojena 4 ključna faktora za učinkovitost stručnjaka;

- a. *Kompetencijski potencijal* – osobine pojedinca i postignuća ovisno o kontekstu situacije
- b. *Kompetencije* – sklop poželjnih vještina
- c. *Rezultat*
- d. *Ishodi* – krajnji cilj koji usmjerava pojedinca u daljnjem razvijanju kompetencija

Prema autorici Bouillet (2010) kao značajne kompetencije stručnjaka u radu s djecom s razvojnim poteškoćama navode se: (a) razumijevanje socijalnog i emocionalnog razvoja djece; (b) razumijevanje individualnih razlika u procesu učenja djece; (c) komunikacijske vještine (u odnosu s djecom, roditeljima, drugim stručnjacima i kolegama); (e) poznavanje učinkovitih tehnika podučavanja (uključujući individualne instrukcije i iskustveno učenje); (f) poznavanje specifičnosti pojedinih teškoća u razvoju i drugih teškoća socijalne integracije djece; (g) sposobnost identifikacije teškoća u razvoju i drugih posebnih potreba; (h) poznavanje didaktičko-metodičkog pristupa i planiranja prilagođenog kurikulumu; (i) poznavanje dostupnih didaktičko-metodičkih metoda, sredstava i pomagala (uključujući informatičku tehnologiju); (j) poznavanje savjetodavnih tehnika rada; (k) praktično iskustvo u odgoju i obrazovanju djece s pojedinim teškoćama, te (l) spremnost na timski rad, suradnju i cjeloživotno obrazovanje.

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

Možemo zaključiti kako su neizostavne kompetencije stečene tijekom fakultetskog obrazovanja koje moraju obuhvaćati široki spektar (poznavanje i razumijevanje etiologije razvojnih teškoća ili rizika za nastanak istih, razumijevanje ranog razvoja i problematike postojećeg rizika, izgradnja odnosa s obitelji, pisanje nalaza i mišljenja, izrada edukacijsko-rehabilitacijskih programa i sl.) uz nadogradnju cjeloživotnim učenjem i stručnim usavršavanjem putem specijalističkih ili poslijediplomskih studija te stručnih usavršavanja.

## 1.6. Samoevaluacija stručnjaka

Profesionalni identitet stručnjaka u ranoj intervenciji nije još uvijek moguće u potpunosti definirati, jer je riječ o mladoj profesiji koja se izgrađuje i definira, a i sami stručnjaci koji se usavršavaju prema njoj dolaze s već definiranim profesionalnim identitetom svoje struke. Ono što je potrebno jest definiranje minimalne poželjne razine profesionalne kompetentnosti stečene fakultetskim obrazovanjem, odnosno onog temelja na kojem će se dalje nadograđivati sve kasnije edukacije potrebne za rad u ranoj intervenciji. Osim razvoja profesionalnih kompetencija potrebnih za rad s obiteljima i djecom u ranoj intervenciji, usporedo bi trebalo razvijati i osobne kompetencije, odnosno ona uvjerenja i očekivanja stručnjaka koja mu omogućuju profesionalni rast i razvoj.

Kroz pregled literature ne pronalazi se puno studija koje analiziraju procjenu profesionalnih kompetencija od strane samih stručnjaka. Većina istraživanja je usmjerena prema pronalazenju povezanosti između stručnjakovih kompetencija na jačanje roditeljskih vještina. Malo je prikupljenih podataka, time i zaključaka o važnosti profesionalne kompetencije stručnjaka u jačanju roditeljskih kompetencija i općenitom zadovoljstvu sudjelovanja u programu rane intervencije (Brown, Knoche, Edwards i Sheridan, 2009). Dall`Alba i Sandberg (2006) među prvima u recentnoj literaturi kontekstualno objašnjavaju razvoj profesionalnih kompetencija kao kontinuirani proces međusobnog prožimanja znanja dobivenih formalnim obrazovanjem i praktičnih iskustva u svakodnevnom radnom okruženju. Motivacija je odavno prepoznata kao jedna od najvažnijih odrednica akademskih i profesionalnih postignuća u perspektivi profesionalnog usavršavanja, a poima se kao unutarnje stanje koje izaziva, održava i usmjerava ponašanje pojedinca ka postizanju cilja. U tom se smislu čini važnim prihvaćati suvremenije teorije motivacije za stručnjake u području rane intervencije, koje ističu važnost povoljnog socio-emocionalnog okružja koje podržava samousmjereno učenje, visoku regulaciju kontrole, odnosno, autonomnost pojedinca pri obavljanju nekoga zadatka ili aktivnosti (Ryan i Deci, 2000).

Prepoznata je i prihvaćena konstatacija da su za učinkovit program rane intervencije, neophodni profesionalci kompetentni za rad u tom području. Upravo iz toga proizlaze i potrebe za istraživanjima o kompetencijama stručnjaka, jer su izazovi postavljeni pred njih kompleksni i zahtijevaju visoku razinu prilagodbe, planiranja i rješavanja problema uz istovremeno izgrađivanje odnosa povjerenja i podrške.

Programi sveučilišnih obrazovanja u zapadnim zemljama već godinama provode evaluacije u kojima nastoje proniknuti, u kojoj su mjeri postignuti ciljevi uz razvoj profesionalnih kompetencija putem studijskih programa. Posljednjih godina sve je veći broj istraživanja koji se bave upravo utjecajem profesionalnih kompetencija stručnjaka na kvalitetu programa rane intervencije (Bruder, Mogro – Wison, Stayton i Dietrich, 2009; Buysee i Hollingsworth, 2009; Snyder i sur. 2011). Najčešće se kroz pitanja evaluacije nastoje dobiti odgovori na sljedeća pitanja; a) što sve ulazi u profesionalne kompetencije stručnjaka u ranoj intervenciji, b) identifikacija procesa nužnih za ostvarivanje kvalitetne i učinkovite intervencije i c) definiranje teorije koja je u podlozi, a utječe na procese između stručnjaka i obitelji. Jedno od istraživanja koje je analiziralo samoprocjene stručnjaka u profesionalnim kompetencijama je ono Kwong i Kwong (2000) koji iznose kako premda kroz pristupe i modele rane intervencije prevladava teroetska podloga u kreiranju modela i pristupa, sami stručnjaci više ocjenjuju i vrednuju praktična iskustva i sposobnost prilagodbe u različitim situacijama.

Pri evaluaciji profesionalne kompetentnosti prevladava pristup samoprocjene, pri čemu odmah treba napomenuti da je to izazovan proces, jer je riječ o subjektivnom doživljaju vlastitih kompetencija, primjerice „ja to dobro radim“ ili „ja sam uspješan u tome“ (Žižak 1997; prema: Ricijaš i Dodig, 2011). S obzirom da su i stručnjaci koji rade u području rane intervencije u Hrvatskoj različitih profesija za očekivati je i da se međusobno razlikuju s obzirom na svoj doživljaj kompetentnosti.



## 2. CILJ RADA

Cilj ovog rada je usporediti samoevaluaciju kompetencija stručnjaka s roditeljskim doživljajem njihovih kompetencija kako bi se stekao uvid u njihovo viđenje različitih domena u djelovanju stručnjaka u ranoj intervenciji u djetinjstvu. Kroz vrednovanje kompetencija jednim dijelom sudionici vrednuju i samu uslugu rane intervencije. Evaluacija je provedena na razini skupina s ciljem uvida u pitanje koja područja kompetencija roditelji najviše, a koja najniže procjenjuju, te kako stručnjaci procjenjuju svoje profesionalne kompetencije u istim tim područjima. Zastupljena su ona područja kompetencija koja su važna u ranoj intervenciji usmjerenoj na obitelj: *znanja o razvoju i potrebama djeteta, procjena, usmjerenost i podrška prema obitelji, individualni obiteljski plan podrške, koordinacija, stručni postupci, timski rad, poznavanje zakonske regulative i profesionalnost.*

### 2.1. Istraživačka pitanja

U skladu s ciljevima formirana su sljedeća istraživačka pitanja:

1. Kako stručnjaci procjenjuju različita područja svojih profesionalnih kompetencija i da li na njihovu samprocjenu utječu godine iskustva?
2. Kako roditelji procjenjuju različita područja profesionalnih kompetencija stručnjaka u ranoj intervenciji?
3. Postoji li statistički značajna razlika na razini dviju skupina (roditelji i stručnjaci) u prosječnim vrijednostima procjene različitih aspekata kompetencija za ranu intervenciju u djetinjstvu?

### 3. METODA

#### 3.1. Sudionici

Istraživanje je provedeno na dvije skupine ispitanika. Prvu skupinu činili su roditelji djece u dobi do 6 godina starosti, uključeni u program rane intervencije na području grada Zagreba i okolice. Kriterij za odabir sudionika uz roditeljstvo djetetu s teškoćama jest uključenost u sustav rane intervencije najmanje 6 mjeseci. Roditelji u uzorku koristili su usluge rane intervencije u Centru za rehabilitaciju - podružnica Sloboština, Dnevnom centru „Mali dom Zagreb“, Centru za odgoj i obrazovanje „Vinko Bek“, Centru za odgoj i obrazovanje „Slava Raškaj“, Poliklinici za rehabilitaciju slušanja i govora SUVAG te u HURID – u.

Drugu skupinu sudionika činili su stručnjaci različitih profila koji u istim ustanovama na području Zagreba rade u segmentu rane intervencije. Drugim riječima, imali smo uvijek jednak broj sudionika iz svake od navedenih ustanova u uzorku stručnjaka i u uzorku roditelja. Kriterij za odabir skupine stručnjaka je bio iskustvo u radu u području rane intervencije od najmanje 6 mjeseci.

Obje skupine sudionika su prigodni uzorci ispitanika. U tablici 1 prikazana je raspodjela prema spolu.

*Tablica 1*  
Sudionici istraživanja prema spolu

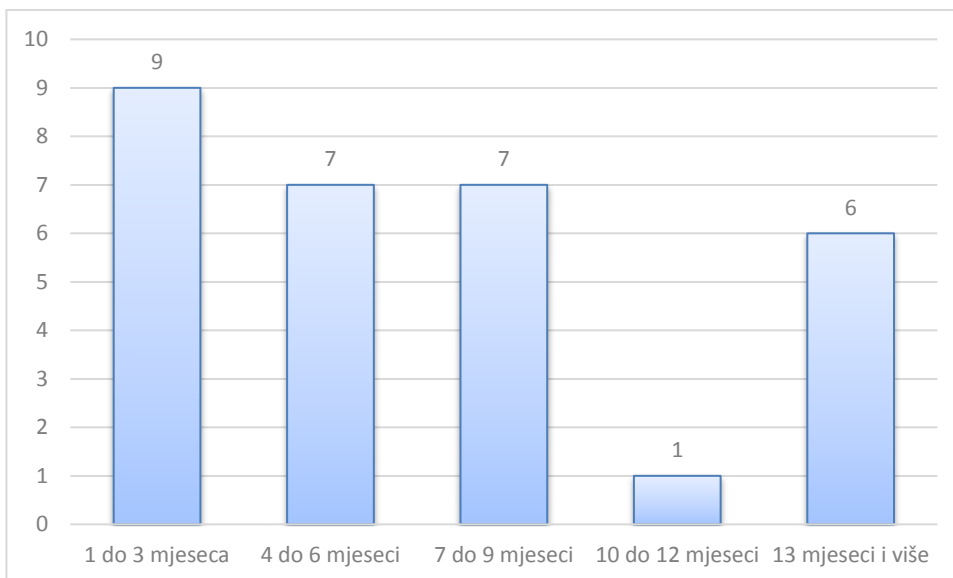
	SPOL		Total
	ženski	muški	
RODITELJ	30	0	30
STRUČNJAK	28	2	30
UKUPNO	58	2	60

### 3.1.1. Uzorak roditelja

U istraživanju je sudjelovalo 30 roditelja. Svi roditelji su bili ženskog spola. Promatrajući bračni status u uzorku ima 27 roditelja u braku i 3 samohrana roditelja. Raspon dobi kretao se od 25 do 44 godine, a prosječna dob je iznosila 34 godine. Dob djece uključene u program rane intervencije je iznosila od 9 mjeseci do 5, 5 godina, a prosječna dob je iznosila 2 godine i 4 mjeseca. U 10 obitelji je dijete uključeno u program rane intervencije, jedino dijete u obitelji, dok 11 obitelji ima dvoje djece, a 9 obitelji troje ili više djece.

Djeca roditelja iz uzorka imala su različite dijagnoze. Roditelji su naveli: oštećenje vida (N=7), razvojno odstupanje uslijed visokog prematuriteta (N=13), poremećaj socijalne komunikacije (N=5), višestruke razvojne poteškoće (N=12), govorno-jezični poremećaj (N=2) te opće zaostajanje vezano uz Downov sindrom (N=4). Roditelji su u demografskom upitniku imali ponuđene mogućnosti vezane uz prisutne teškoće, ali je ostavljena i mogućnost nadopunjavanja s obzirom da određeni broj djece još nije imao postavljene dijagnoze. Iz tog razloga su roditelji zaokruživali više mogućnosti i sami dodavali termin razvojno odstupanje. Najveći broj djece jesu činila prijevremeno rođena djeca visokog neurorizika koja su imala odstupanja u dva ili više razvojna područja pa su roditelji uz odstupanje u razvoju uz visoki prematuritet označavali i višestruke razvojne poteškoće.

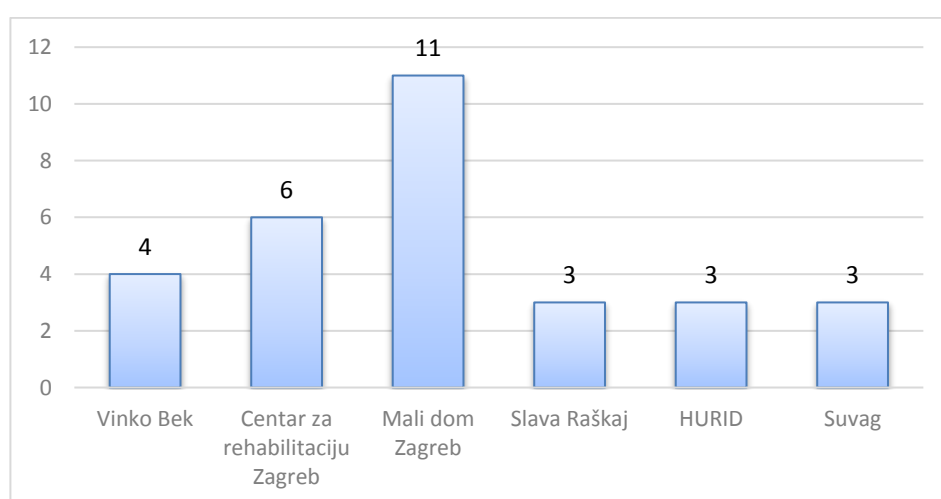
U upitniku su roditelji također označavali koliko je vremena proteklo od uspostavljanja dijagnoze do uključanja u program rane intervencije, a ponuđeni su odgovori bili; manje od mjesec dana, 1 do 3 mjeseca, 4 do 6 mjeseci, 7 do 9 mjeseci, 10 do 12 mjeseci i više od 13 mjeseci. Nitko od sudionika nije zaokružio prvu mogućnost (manje od mjesec dana do uključanja u ranu intervenciju), a ostali su odgovori prikazani na Slici 2.



**Slika 2.** Prikaz proteklog vremena u mjesecima od uspostave dijagnoze do uključenja u RI

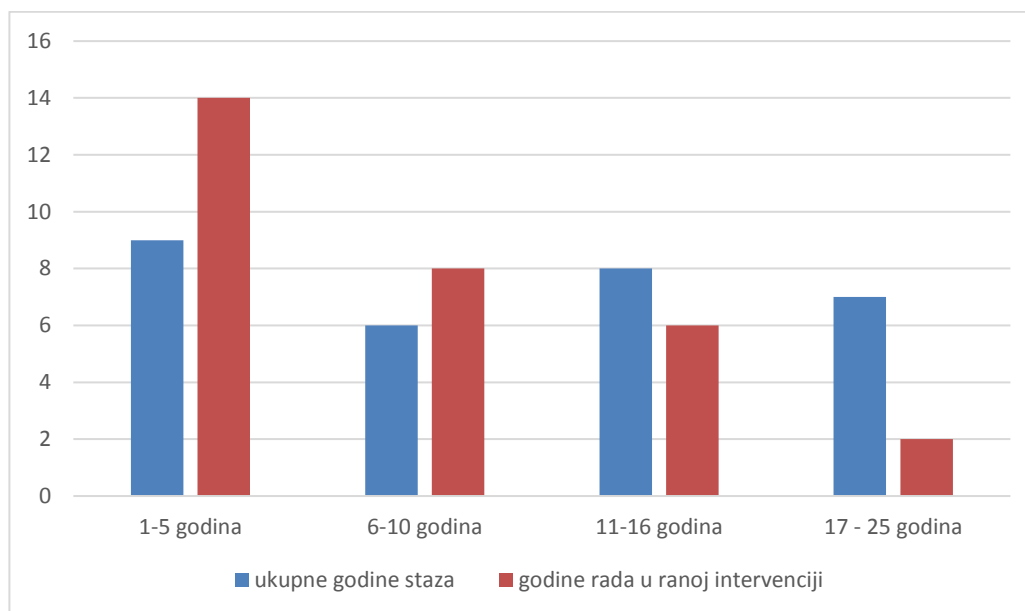
### 3.1.2. Uzorak stručnjaka

U uzorku stručnjaka bilo je 28 žena i 2 muškarca. U uzorku su bile zastupljene sljedeće profesije; logopedi (N=6), psiholozi (N=2), edukacijski rehabilitatori (N=14), radni terapeuti (N=3), fizioterapeuti (N=3) i socijalni radnici (N=2). Najveći broj stručnjaka u istraživanju dolazio je iz Dnevnog centra „Mali dom Zagreb“, dok je manji broj bio iz ostalih pružatelja usluge, što je i prikazano na slici 3.



**Slika 3.** Distribucija stručnjaka prema mjestu zaposlenja

Preduvjet stručnjacima za sudjelovanje u istraživanju je bio minimalno 6 mjeseci radnog iskustva. Stručnjaci u uzorku su imali od 1 godine do 25 godina radnog iskustva, a prosjek radnog iskustva na razini cijele skupine je 10 godina. Raspon radnog iskustva u području rane intervencije se također kreće od 1 do 25 godina, no tu je prosjek nešto niži i iznosi 8 godina.



**Slika 4.** Godine staža i godine staža u ranoj intervenciji stručnjaka u istraživanju

Uz pitanje *Gdje su stekli kompetencije za rad s djecom rane razvojne dobi i obiteljima* stručnjacima su bila ponuđena 4 odgovora uz mogućnost opisnog proširenja. Ponuđeni odgovori su bili: diplomski studij, poslijediplomski stručni studij, poslijediplomski znanstveni studij i stručna usavršavanja putem raznih radionica, tečajeva, seminara i slično. Stjecanje znanja samo na diplomskom studiju su označila samo 3 ispitanika, dok je poslijediplomski specijalistički studij „Rana intervencija u edukacijskoj rehabilitaciji“ označilo 11 ispitanika. Samo jedan ispitanik je označio poslijediplomski znanstveni studij. Čak 21 sudionik istraživanja je označio stjecanje znanja na stručnim usavršavanjima putem radionica i seminara. Ovi podaci upućuju na zaključak da uzorak čine dobro obrazovani stručnjaci koji vjerojatno nadilaze prosjek pružatelja usluge stručne potpore u obitelji u RH.

### 3.2. Mjerni instrument i način prikupljanja podataka

Za potrebe ovog istraživanja kreirana su dva demografska upitnika ( Prilog 1 - Demografski upitnik za roditelje, Prilog 2 - Demografski upitnik za stručnjake). Upitnik sociodemografskih obilježja za roditelje sadržavao je pitanja; dob roditelja, spol roditelja, dob djeteta uključenog u program rane intervencije, ukupan broj djece u obitelji, vrsta razvojne teškoće uslijed koje je dijete uključeno u program rane intervencije te vremenski period koji je protekao od utvrđivanja razvojne teškoće/odstupanja do uključanja u adekvatni program rane intervencije.

Upitnik sociodemografskih podataka za stručnjake sadržavao je pitanja vezana uz spol, dob, profesiju, dodatna usavršavanja vezana za rad u području rane intervencije, godine staža u ranoj intervenciji i ukupne godine staža.

Za potrebe istraživanja korištena je adaptirana ljestvica samoprocjene (Prilog 3) originalnog naziva Early Intervention Specialist Self-Evaluation Form (*Massachusetts Department of Public Health, Early Intervention Services, 2002*) Nakon što je ljestvica prevedena s engleskog na hrvatski jezik, odabrane su one tvrdnje koje su primjenjive cilju istraživanja, odnosno one na koje odgovoriti mogu i roditelji, a ne samo stručnjaci. Ispitanici su svoje samoprocjene, odnosno procjene izražavali na ljestvici od 1-5. Niži rezultati na pojedinoj podljestvici označavaju nižu razinu kompetentnosti, dok viši rezultati označavaju zadovoljavajuću ili izvrsnu razinu kompetentnosti. Instrument se sastoji se od 9 skupina pitanja:

- a) *Znanja o razvoju i potrebama djeteta* – domena koja se sastojala od 7 tvrdnji u kojima se procjenjivalo ocjenama od 1 ( uopće nije prisutno) do 5 (u potpunosti prisutno) znanje o suvremenim spoznajama o dječjem razvoju i odstupanjima u razvoju, odnosno uzrocima odstupanja i rizičnim čimbenicima na daljni razvoj i obiteljsku dinamiku, povezivanje sa literaturom i recentnim istraživanjima te prilagodba u kreiranju interventnih postupaka prema potrebi.
- b) *Procjena* – domena u kojoj se unutar 5 tvrdnji ocjenama od 1 do 5 procjenjuje stručnjakovo poznavanje svrhe i funkcije mjernih instrumenata i skala procjene te njihova interpretacija u svrhu izrade plana za dijete i obitelj.

- c) *Usmjerenost i podrška prema obitelji* - domena koja kroz 3 tvrdnje ocjenama od 1 do 5 procjenjuje razumijevanje obiteljske dinamike, odnosa, potreba te sukladno tome adekvatno pružanje podrške obitelji u skladu s potrebama
- d) *Individualni obiteljski plan podrške* – kroz 5 tvrdnji procjenjuje se jasnoća i temeljitost u pripremi, izradi, prezentaciji i evaluaciji postavljenih ciljeva.
- e) *Koordinacija* – domena koja kroz samo 3 pitanja nastoji obuhvatiti promišljanje i pripremljenost stručnjaka za međuresornu suradnju uz poštivanje i podržavanje prava i potreba obitelji.
- f) *Stručni postupci* – domena koja kroz 9 tvrdnji ispituje stručne kompetencije, znanja i vještine i njihovu primjenu u direktnom radu s djecom i obiteljima.
- g) *Timska suradnja* – domena u kojoj se unutar 4 tvrdnje ponovno istim rasponom ocjena nastoji utvrditi stručnjakovo razumijevanje uloga članova tima i sposobnost timskog rada.
- h) *Poznavanje zakonske regulative* - kroz dvije tvrdnje, nastoji se procijeniti stručnjakovo poznavanje zakona i zakonskih regulativa vezanih uz zaštitu djeteta i njegovih prava.
- i) *Profesionalnost* – posljednja je skupina od 5 tvrdnji, a odnosi se na stručnjakovo usavršavanje, profesionalne kompetencije i odgovornost u radu.

Istraživanje se provodilo od rujna 2015. godine do prosinca 2016. godine. Etički aspekt istraživanja uključivao je upoznavanje svih sudionika sa svrhom i ciljem istraživanja putem kratke pisane obavijesti te je zatražena i pisana suglasnost. Sudionicima je ostavljena mogućnost daljnjeg informiranja o tijeku istraživanja i o dobivenim rezultatima ukoliko za to postoji interes. Svi anketni upitnici su bili anonimni i šifrirani, a obje skupine su ih dobile u kuvertama te je osiguran anonimna način dostave. Skupina roditelja i istraživača izvan Dnevnog centra „Mali dom Zagreb“ je dobila kuvertirane upitnike sa povratnom adresom prema istraživaču, a skupina roditelja i stručnjaka iz matične ustanove istraživača („Mali dom Zagreb“) je bila obaviještena na kojem punktu, posebno osmišljenom za tu prigodu, mogu ostaviti svoje upitnike u zatvorenoj kuverti.

### 3.3. Metode obrade podataka

U ovom radu korištene su sljedeće statističke metode obrade podataka:

1. Metode deskriptivne statistike (frekvencije odgovora, aritmetička sredina, standardna devijacija )
2. Neparametrijske statističke metode su korištene zbog malog uzorka, pri čemu se za utvrđivanje razlika između skupina koristio Mann – Whitney U test.

Statistička obrada je provedena korištenjem programskog paketa SPSS 20.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, SAD).

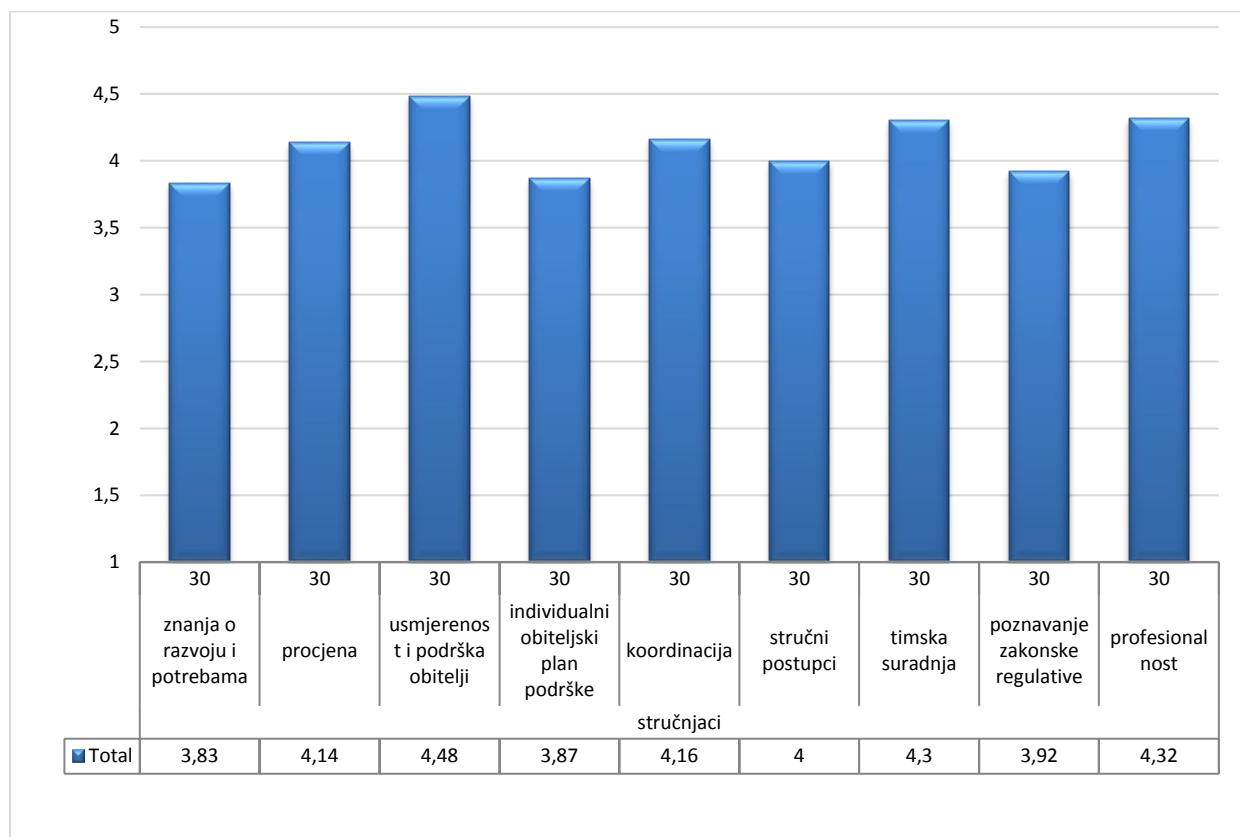
Budući da je upitnik prvi put korišten, provjerena je njegova pouzdanost utvrđivanjem unutarnje dosljednosti. Vrijednost Cronbach-ova alfa iznosi 0,894 što je prihvatljivo. Opće prihvaćeni standardi su da se testovi koji imaju Cronbachov  $\alpha$  veći od 0,9 smatraju vrlo visoko pouzdanim, iznad 0.8 visoko pouzdanim. Koeficijent unutarnje konzistencije dobiva se na osnovi interkorelacija čestica.



## 4. REZULTATI ISTRAŽIVANJA I RASPRAVA

### 4.1.1. Samoevaluacija profesionalnih kompetencija stručnjaka

Samoevaluacija kompetencija u 9 različitih domena stručnosti u ranoj intervenciji u djetinjstvu koju su dali ispitanici pružatelji stručne podrške u obitelji njihov je pogled u različite aspekte vlastite osposobljenosti za posao koji obavljaju i temeljen je na njihovom iskustvu te ga možemo tretirati i kao njihovo viđenje rane intervencije u nas. Domene u kojima su samoevaluacije stručnjaka visoke možemo smatrati profesionalno dobro odrađenima za razliku od onih gdje su samoevaluacije niže. Od stručnjaka koji rade u ovom zahtjevnom poslu očekuje se da kritički evaluiraju svoj rad kako bi se neprekidno usavršavali. Kao mjera samoprocjene kompetentnosti stručnjaka korištena je prosječna vrijednost na pojedinoj domeni, odnosno ukupan prosječni rezultat temeljem tvrdnji koje ta domena sadrži. Rezultati pokazuju da prosječne vrijednosti za pojedine dimenzije kompetencije imaju mali raspon i kreću se od 3,83 do 4,48 (mogući raspon je od 1-5) i govore u prilog tome da stručnjaci generalno visoko procjenjuju svoje profesionalne kompetencije ali ne i posve ujednačeno po domenama.



Slika 5. Samoprocjena kompetencija stručnjaka u svih 9 domena

Kao što je vidljivo na Slici 5, usporedba prosječnih vrijednosti na svih 9 domena kompetencije pokazuje da se stručnjaci najkompetentnijima procjenjuju u domenama *Usmjerenost i podrška obitelji* (4,48) te *Profesionalnost* (4,32). U sljedećim tablicama (Tablici 2 i Tablici 3) prikazane su frekvencije odgovora na svakoj od čestica u dvije navedene domene.

Tablica 2

Samoprocjena stručnjaka u domeni *Usmjerenost i podrška obitelji*

	<i>Uopće nije prisutno</i>	<i>Uglavnom nije prisutno</i>	<i>Niti je prisutno niti odsutno</i>	<i>Djelomično prisutno</i>	<i>U potpunosti prisutno</i>
Razumijevanje uloga, odgovornosti i odnosa u obitelji s uvažavanjem kulturnoloških razlika	<b>0</b> %	<b>0</b> %	<b>1</b> (3,3 %)	<b>10</b> (33,3 %)	<b>19</b> (63,3 %)
Pružanje podrške obitelji i razumijevanje trenutnih obiteljskih potreba	<b>N</b> %	<b>N</b> %	<b>2</b> (6,7 %)	<b>14</b> (46,7 %)	<b>14</b> (46,7 %)
Sažeto i objektivno iznošenje informacija te pružanje podrške roditelju u donošenju odluke	<b>N</b> %	<b>N</b> %	<b>1</b> (3,3 %)	<b>14</b> (46,7 %)	<b>15</b> (50 %)

Stručnjaci se ocjenjuju visoko kompetentnim u pružanju podrške u obitelji, što se i očekivalo, jer u ispitanom uzorku su stručnjaci dobro educirani za područje rane intervencije (svi su visokoobrazovni, a 21 ima i dodatne stručne edukacije). Osim toga u ovo područje rada u pravilu kreću raditi stručnjaci intrinzično motivirani za rad s roditeljima i spremni za izazove koje taj rad u sebi sadrži. U sve tri tvrdnje najveći broj odgovora se nalazi u kategoriji „u potpunosti prisutno“, a niti jedan ispitanik nije smjestio svoj odgovor u kategorije „uopće nije prisutno“ i „djelomično nije prisutno“.

Slična distribucija frekvencije odgovora nalazi se i u Tablici 3 koja prikazuje kako se stručnjaci samoprocjenjuju u domeni *Profesionalnost*.

Tablica 3

Samoprocjena stručnjaka u domeni *Profesionalnost*

	<i>Uopće nije prisutno</i>	<i>Uglavnom nije prisutno</i>	<i>Niti je prisutno niti odsutno</i>	<i>Djelomično prisutno</i>	<i>U potpunosti prisutno</i>
Kontinuirano stručno usavršavanje na seminarima, edukacijama, treninzima iz područja rane intervencije	%	<b>1</b> (3,3 %)	<b>7</b> (23,3 %)	<b>9</b> (30 %)	<b>13</b> (43,3 %)
Visoka razina odgovornosti, samostalnosti i pridržavanja u vremenskim rokovima	%	%	<b>1</b> (3,3 %)	<b>10</b> (33,3 %)	<b>19</b> (63,3 %)
Uvažavanje drugačijih pristupa i stajališta pojedinih stručnjak	%	%	%	<b>11</b> (36,7 %)	<b>19</b> (63,3 %)
Fleksibilnost u novim i nepoznatim situacijama	%	%	%	<b>12</b> (40 %)	<b>18</b> (60 %)
Konzultiranje literature kako bi se riješio specifični problem ili unaprijedila svakodnevna praksa	%	%	<b>2</b> (6,7 %)	<b>8</b> (26,7 %)	<b>18</b> (60 %)

Ponovno, niti jedan stručnjak se na zadanim tvrdnjama ne ocijenjuje u kategoriji „uopće nije prisutno“. Najveći broj odgovora se nalazi u kategoriji „u potpunosti prisutno“ što

ukazuje da su stručnjaci svjesni kako su kompetencije razvojne prirode te da ih je bitno usavršavati tijekom radnog vijeka. Ispitani stručnjaci u prosjeku imaju 8 godina radnog iskustva u području rane intervencije. Znakovite su nešto slabije samoprocjene u tvrdnji „Kontinuirano stručno usavršavanje na seminarima, edukacijama i treninzima iz područja rane intervencije“. I to je očekivani rezultat s obzirom na to da je primjerice studij rane intervencije u edukacijskoj rehabilitaciji u Hrvatskoj započeo 2006. godine. Navedeni poslijediplomski studij najčešće upisuju i završavaju edukacijski – rehabilitatori i logopedi. S obzirom da rad s obiteljima i djecom rane razvojne dobi zahtijeva nadogradnju specifičnih vještina u izgradnji kompetencija dio stručnjaka se trudi iste izgraditi putem kratkotrajnijih oblika stručnog usavršavanja (seminari, radionice, simpoziji, treninzi praktičnih vještina, supervizije), ali takvih edukacija zasad nema mnogo. Stručnjaci u ranoj intervenciji u Hrvatskoj, različitih su profesija, a problematika rada s djecom rane razvojne dobi i obiteljima zahtijeva široki raspon vještina i teorijskih znanja. Također mnoga profesionalna okruženja nisu u mogućnosti osigurati financijsku potporu stručnjacima za usavršavanja pa i ova činjenica objašnjava dobiveni rezultat. Nažalost, stručno usavršavanje često postaje dio osobne i profesionalne odgovornosti samog stručnjaka i najčešće doprinosi padu motivacije i bržem sagorijevanju.

Analiza domena s najnižim prosječnim samoprocjenama, onima u kojima je prosječna ocjena niža od 4 pokazuje da se stručnjaci najniže samoprocjenjuju u domenama *Znanja o razvoju i potrebama djeteta (3,83)*, *Individualni obiteljski plan podrške (3,87)* i *Poznavanje zakonske regulative (3,92)*. Distribucija rezultata prikazana je u Tablicama 4, 5 i 6. Ovo su sve izuzetno važna područja u njihovom radu i vjerojatno se na dnevnoj osnovi susreću s izazovima u tim područjima te su stoga kritičniji prema svojim kompetencijama i procjenjuju ih niže od ostalih.

U domeni *Znanja o razvoju i potrebama djeteta* (Tablica 4) dobivene su najniže prosječne vrijednosti jer u tim varijablama najveći broj odgovora nije u kategoriji „potpuno prisutno“ nego u kategoriji „djelomično prisutno“, a tvrdnja „Vladanje znanjima o biološkim, medicinskim, obiteljskim i okolinskim čimbenicima na rast i razvoj djeteta“ ima dominantnu vrijednost u kategoriji „djelomično nije prisutno“. Time jasno iskazuju potrebu za daljnjim usavršavanjem u tom području.

Tablica 5

Samoprocjena stručnjaka u domeni *Znanja o razvoju i potrebama djeteta*

	<i>Uopće nije prisutno</i>	<i>Uglavnom nije prisutno</i>	<i>Niti je prisutno niti odsutno</i>	<i>Djelomično prisutno</i>	<i>U potpunosti prisutno</i>
Suvereno vladanje znanjima o dječjem razvoju i odstupanjima	<b>1</b> <b>(3,3 %)</b>	%	<b>1</b> <b>(3,3 %)</b>	<b>21</b> <b>(70%)</b>	<b>7</b> <b>(23,3%)</b>
Poznavanje uzroka odstupanja i razvojnih teškoća, na rani razvoj i obiteljsku interakciju	%	%	<b>1</b> <b>(3,3%)</b>	<b>19</b> <b>(63,3%)</b>	<b>9</b> <b>(30%)</b>
Poznavanje rizičnih čimbenika vezanih uz prijevremeno rođenje	%	%	<b>1</b> <b>(3,3 %)</b>	<b>19</b> <b>(63,3%)</b>	<b>10</b> <b>(33,3%)</b>
Vladanje znanjima o biološkim, medicinskim, obiteljskim i okolinskim čimbenicima na rast i razvoj djeteta	<b>11</b> <b>(36,7%)</b>	<b>16</b> <b>(53,3%)</b>	<b>2</b> <b>(6,7%)</b>	%	<b>1</b> <b>(3,3%)</b>
Poznavanje istraživanja i suvremenih znanja o utjecaju neurobiologije i plasticiteta na rani razvoj i učenje	<b>1</b> <b>(3,3%)</b>	<b>2</b> <b>(6,7%)</b>	<b>7</b> <b>(23,3%)</b>	<b>12</b> <b>(40%)</b>	<b>8</b> <b>(26,7%)</b>
Svestrano razumijevanje djetetove igre unutar različitih razvojnih područja	<b>1</b> <b>(3,3%)</b>	%	<b>1</b> <b>(3,3%)</b>	<b>14</b> <b>(46,7%)</b>	<b>14</b> <b>(46,7%)</b>
Uključivanje roditelja podjednako tijekom planiranja intervencijskih postupaka	<b>1</b> <b>(3,3%)</b>	%	<b>2</b> <b>(6,7%)</b>	<b>14</b> <b>(46,7%)</b>	<b>13</b> <b>(43,3%)</b>

Stručnjaci tako smatraju da djelomično vladaju znanjima vezanim uz različita razvojna odstupanja, odnosno njih 19 se tako izjašnjava na tvrdnjama „Poznavanje uzroka odstupanja i

razvojnih teškoća“ i „Poznavanje rizičnih čimbenika vezanih uz prijevremeno rođenje“. Kao što je već navedeno, najslabije se stručnjaci samoprocijenjuju u tvrdnji „Znanja o biološkim, medicinskim, obiteljskim i okolinskim čimbenicima na rast i razvoj djeteta“ gdje 11 stručnjaka smatra da uopće nema usvojena opisana znanja, njih 16 uglavnom nema, a samo 1 ispitanik smatra da je u potpunosti vlada takvim znanjima. Stručnjaci pokazuju kritičnost u odnosu na svoje znanje i svijest da ne znaju sve, što se može smatrati njihovom vrlinom. Ovaj rezultat se može objasniti i različitošću struka zastupljenih u uzorku, te područjem rada koje je najčešće ograničeno na jednu populaciju djece (npr. djece s oštećenjima vida), jer su ustanove tako definirale svoj djelokrug rada.

Naime, postupak i mjesto uključivanja djece u program rane intervencije najčešće je određen prirodom razvojne teškoće, što znači da djeca s oštećenjem vida su uključena u program rane intervencije Centra za odgoj i obrazovanje „Vinko Bek“, djeca s intelektualnim teškoćama u Centar za rehabilitaciju, djeca s govorno-jezičnim teškoćama i poremećajima komunikacije u Suvag, djeca s višestrukim razvojnim teškoćama ili razvojnim odstupanjem u Mali dom. Sustav pružanja podrške djeci kroz uslugu rane intervencije u Hrvatskoj nije ujedinjen, ne postoji ažurirana baza podataka o pružateljima usluga i listama čekanja, a često se i čeka postavljanje dijagnoze da bi se dijete uputilo prema odgovarajućem pružatelju, umjesto da se promišlja o preventivnom segmentu i djelovanju unaprijed kako bi se otpimalizirao razvojni ishod i minimalizirale razvojne teškoće.

U domeni *Poznavanje zakonske regulative* (Tablica 5) u obje ispitane tvrdnje o poznavanju zakonskih regulativa vezanih uz ranu intervenciju stručnjaci se smatraju djelomično kompetentnim, odnosno u toj kategoriji se vidi gotovo polovica ispitanika, što i nije iznenađujući rezultat s obzirom na vrlo kompliciranu regulativu koja definira različita prava kako djeteta tako i roditelja.

Tablica 5

Samoprocjena stručnjaka na domeni *Poznavanje zakonske regulative*

	<i>Uopće nije prisutno</i>	<i>Uglavnom nije prisutno</i>	<i>Niti je prisutno niti odsutno</i>	<i>Djelomično prisutno</i>	<i>U potpunosti prisutno</i>
Poznavanje zakona i zakon. regulativa uz područja rane intervencije	<b>2</b> (6,7%)	<b>4</b> (13,3%)	<b>6</b> (20%)	<b>13</b> (43,3%)	<b>4</b> (13,3%)
Poznavanje zakona uz zaštitu djeteta i njegova prava	<b>1</b> (3,3%)	<b>3</b> (10%)	<b>8</b> (26,7%)	<b>13</b> (43,3%)	<b>4</b> (13,3%)

Usluga rane intervencije je regulirana zakonom o socijalnoj skrbi i time je socijalna usluga, ali usluge koje idu u domenu rane intervencije se u Hrvatskoj pružaju u različitim sustavima od zdravstva, prosvjete, privatnih kabineta i sl., a nedostaje mjesto koje bi sve to ujedinilo i koordiniralo. Djetetova i roditeljska prava definirana su u većem broju zakona i podzakonskih akata, koji se često mijenjaju i snalaženje u njima je vrlo zahtjevno i nije neobično da samo 4 od 30 ispitanih stručnjaka smatraju da u potpunosti vladaju znanjima o zakonskoj regulativi.

Nešto slabije su i ocjene u domeni *Individualni obiteljski plan podrške* što je i vidljivo prema Tablici 6.

Individualni obiteljski plan podrške (IOPP) je dokument koji dokumentira rano intervencijski proces te služi kao vodilja obitelji djeteta s posebnim potrebama. Kroz kreiranje tog dokumenta članovi obitelji i stručnjaci koji pružaju usluge rane intervencije rade kao tim kako bi planirali, implementirali i evaluirali usluge krojene prema specifičnim potrebama, prioritetima i resursima obitelji. Prema Zakonu o socijalnoj skrbi iz 2011., u Pravilniku o vođenju dokumentacije, Individualni plan se navodi kao dio obvezne dokumentacije, a s obzirom da je rana intervencija usluga iz sustava socijalne skrbi, dokument bi trebao biti obvezan. No ne postoji jedinstvena forma samog dokumenta, tako da postoje razlike u formi i sadržaju kod različitih pružatelja usluga. Vrlo česti je primjer da dijete koje koristi usluge rane intervencije kod više pružatelja usluga često ima i različite individualne edukacijske planove ne samo u formi, nego i sadržaju što je zabrinjavajuća praksa.

Tablica 6

Samoprocjena stručnjaka u domeni *Individualni obiteljski plan podrške*

	<i>Uopće nije prisutno</i>	<i>Djelomično nije prisutno</i>	<i>Niti je prisutno niti odsutno</i>	<i>Djelomično prisutno</i>	<i>U potpunosti prisutno</i>
Jasno elaboriranje procesa izrade individualnog edukacijskog plana podrške s aktiviranjem obiteljskih resursa	2 (6,7%)	%	6 (20%)	9 (30%)	12 (40%)
Sustavno i temeljito vođenje zapisnika sa zajedničkih planiranja o ciljevima i postupcima vezanim uz dijete	2 (6,7%)	%	6 (20%)	11 (36,7%)	11 (36,7%)
Vladanje vještinama i znanjima potrebnim za postavljanje ciljeva i kreiranjem strategija koji će dovesti do njihovog dostizanja	1 (3,3%)	1 (3,3%)	5 (16,7%)	10 (33,3%)	13 (43,3%)
Sustavno pripremanje obitelji i članova tima na evaluaciju	2 (6,7%)	1 (3,3%)	7 (23,3%)	14 (46,7%)	6 (20%)
Sustavno pripremanje ostalih članova tima na evaluaciju	2 (6,7%)	2 (6,7%)	9 (30%)	10 (33,3%)	7 (23,3%)

Kroz sve tvrdnje se može primjetiti raznolikost u samoevaluacijama stručnjaka u svim kategorijama, te su individualni obiteljski planovi podrške, te njihova evaluacija zasigurno slaba točka u našem sustavu podrške. Najveći broj rezultata se nalazi u kategoriji „djelomično prisutno“. Tijekom svoje izobrazbe stručnjaci se ne susreću s takvim vidom planiranja i dokumentiranja samog procesa, a način kreiranja i evaluiranja ciljeva je različit od ustanove do ustanove. Promatrajući rezultate u domeni, najbolje je ocjenjena tvrdnja „Vladanje



vještinama i znanjima potrebnim za postavljanje ciljeva i kreiranje strategija koje dovode do postizanja istih“ u kojoj 13 ispitanika smješta svoj odgovor u kategoriju „u potpunosti prisutno“, a 10 ispitanika „djelomično prisutno“. Stručnjaci tijekom svog obrazovanja stječu znanja koja su potrebna za izradu individualnih programa podrške te su svjesni važnosti dokumentiranja cijelog procesa. Najslabije se stručnjaci ocjenjuju u tvrdnjama koje opisuju „Sustavno pripremanje obitelji na evaluaciju“ i „Sustavno pripremanje članova tima na evaluaciju“. Rezultati se mogu opisati činjenicom da je rana intervencija u Hrvatskoj još uvijek najviše orijentirana na dijete, a odnos roditelj – stručnjak još uvijek je više priutan kao ekspertni model u kojem je sva odgovornost na stručnjaku. Roditelji su najčešće pasivni sudionici u kreiranju programa za svoje dijete, a ako i imaju prilike sudjelovati u evaluacijama i kreiranju novih planova, to je češće iznimka, nego pravilo. Uz to i evaluacija se provodi nesustavno, te je i to domena koja je prema viđenju stručnjaka nedostavno odrađivana te bi je valjalo unaprijediti.

Vezano za timsku suradnju u evaluaciji i kreiranju programa, najveća prepreka prema autoričinom iskustvu je nedostatak vremena koje stručnjaci imaju na raspoloženju za zajedničke sastanke i dogovore te stoga vrlo često ti procesi postaju odgovornost jedne osobe.

#### 4.1.2. Samoevaluacija profesionalnih kompetencija stručnjaka obzirom na godine iskustva

Obzirom na iskustvo stručnjaka u ranoj intervenciji, promatrane su razlike u samoprocjeni stručnjaka koji imaju manje od 8 godina iskustva u ranoj intervenciji (N=17; 56,7%) te stručnjake s 8 ili više godina iskustva u ranoj intervenciji (N=13; 43,3%). Granica od 8 godina je izabrana iz razloga što je to ujedno i prosječna vrijednost u skupini stručnjaka kada se oni promatraju s obzirom na godine iskustva. Kako bi se uvrđilo postoje li razlike između stručnjakovih samoprocjena kompetencija s obzirom na godine iskustva u radu u području rane intervencije, korišten je Mann Whitney U test. Dobivena je statistički značajna razlika u domenama ( $p \leq 0.005$ ) *Znanja o razvoju i potrebama djeteta*, *Procjena*, *Individualni obiteljski plan podrške*, *Koordinacija*, *Stručni postupci* i *Profesionalnost*. Rezultati su prikazani u Tablici 7.

Tablica 7

*Razlike u samoprocjeni stručnjaka obzirom na godine iskustva u ranoj intervenciji*

Domene	Iskustvo u RI	Srednji rang	Mann Whitney U	P
Znanja o razvoju i potrebama djeteta	< 8 g.	11.06	35	<b>0.001</b>
	>= 8 g.	21.31		
Procjena	< 8 g.	11.32	39.5	<b>0.003</b>
	>= 8 g.	20.96		
Usmjerenost i podrška prema obitelji	< 8 g.	14.62	95.5	0.518
	>= 8 g.	16.65		
Individualno obiteljski plan podrške	< 8 g.	11.15	36.5	<b>0.002</b>
	>= 8 g.	21.19		
Koordinacija	< 8 g.	9.97	16.5	<b>0.000</b>
	>= 8 g.	22.73		
Stručni postupci	< 8 g.	10.38	23.5	<b>0.000</b>
	>= 8 g.	22.19		
Timska suradnja	< 8 g.	12.12	53	0.014
	>= 8 g.	19.92		
Poznavanje zakonske regulative	< 8 g.	12.65	62	0.035
	>= 8 g.	19.23		
Profesionalnost	< 8 g.	10.26	21.5	<b>0.000</b>
	>= 8 g.	22.35		

U svim navedenim domenama u kojima je uočena razlika u samoprocjenama, stručnjaci s više od 8 godina staža u ranoj intervenciji se procijenjuju bolje, odnosno većina njihovih odgovora je u kategorijama „djelomično prisutno“ i „u potpunosti prisutno“. Stručnjaci sa manje od 8 godina staža se samoprocijenjuju s nižim ocjenama. Može se postaviti pitanje jesu li razlike povezane s većom kritičnošću ispitanika s manje radnog iskustva ili doista sa različitom samopercepcijom vještina u pojedinim domenama. Kada bi se radilo o većoj kritičnosti ispitanika s kraćim radnim iskustvom onda bi se razlike pokazale na svim domenama. Kako to nije slučaj, zaključujemo da doista postoje domene stručnosti na koje utječe dužina radnog staža, te su stoga samoevaluacije na njima statistički značajno različite.

Najveće razlike se mogu primjetiti u domenama *Koordinacija i Stručni postupci* što je i logično jer se kompetencije u navedenim domenama najviše produbljuju upravo kroz iskustvo. Sličan raspon i razlika u ocjenama, odnosno statistički značajna razlika je prisutna u domenama *Znanja o razvoju i potrebama djeteta, Procjena i Individualni obiteljski plan podrške* u smjeru da se stručnjaci s više godina staža procijenjuju kompetentnijim. Ponovno se može zaključiti kako iskustvo u radu utječe na navedene domene, a i u pojedinim ustanovama je upravo radno iskustvo i preduvjet za pojedine segmente stručnog rada. Tako primjerice u Dnevnom centru Mali dom Zagreb u segmentu procjene stručnjaci kreću raditi nakon najmanje 5 godina staža i kasnije. Također valja osvijestiti da pružatelji usluga unutar kojih rade stručnjaci zastupljeni u uzorku, imaju jasno postavljene kriterije s kojom vrstom razvojnih teškoća rade tako da svi stručnjaci u uzorku i nemaju iskustva rada sa svim razvojnim teškoćama, pa shodno tome su u ranijoj fazi rada toga svjesni i kritičniji.

Što se tiče razlika u samoprocjenama specifičnih profesionalnih kompetencija stručnjaka s dužim odnosno kraćim stažem, rezultati su pokazali kako u domenama *Usmjerenost i podrška prema obitelji, Timska suradnja i Poznavanje zakonske regulative* nema statistički značajnih razlika između promatranih skupina sudionika, tj. oni s kraćim i dužim radnim iskustvom se ne razlikuju.

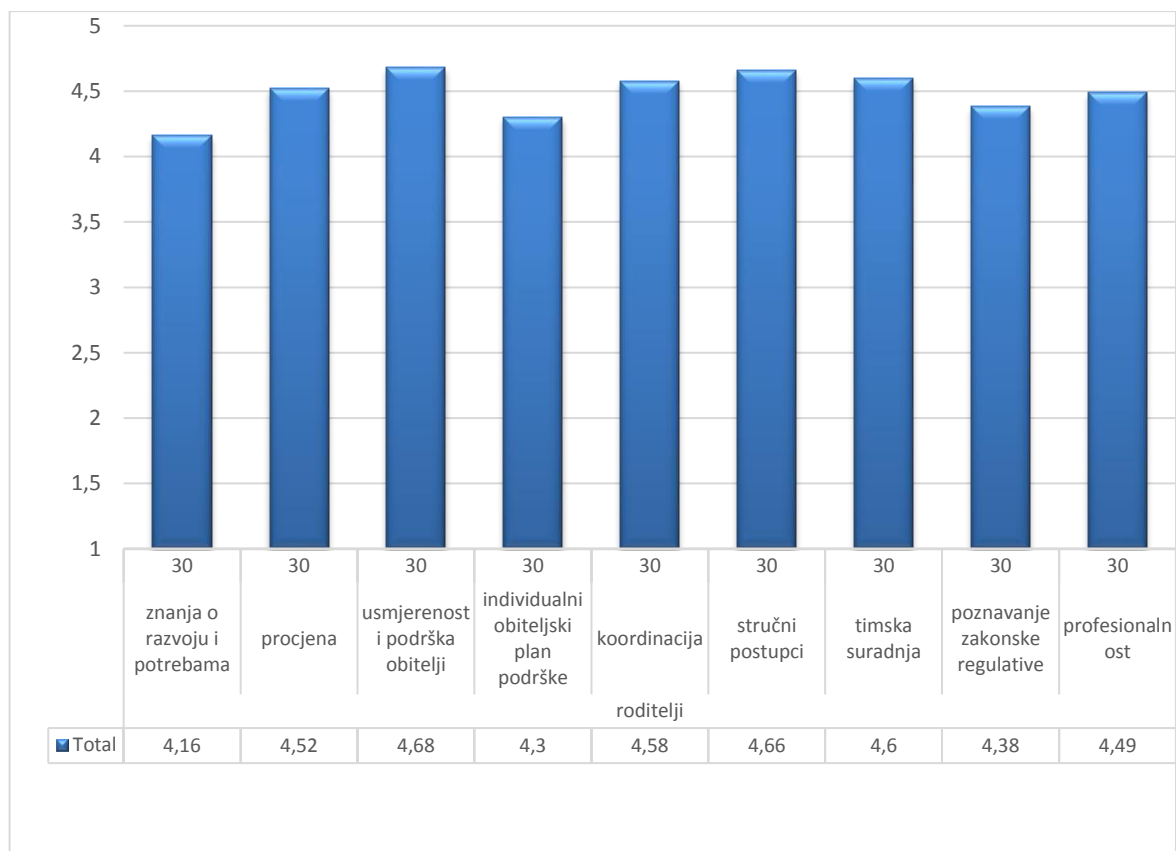
## 4.2. Roditeljske procjene profesionalnih kompetencija stručnjaka

Drugi dio temeljnog cilja ovog rada čini stjecanje uvida u procjenu kompetencija stručnjaka u ranoj intervenciji od strane roditelja. To također možemo smatrati roditeljskim viđenjem različitih domena rane intervencije. Pretpostavlja se da upravo kroz pozitivni doživljaj stručnjakovih kompetencija roditelji pozitivno vrednuju uslugu rane intervencije, jer vrlo često upravo stručnjaka s kojim surađuju identificiraju s uslugom koju stručnjak predstavlja. Pregledom literature ne pronalazi se mnogo istraživanja u kojima roditelji vrednuju stručnjakove kompetencije i može se postaviti pitanje koliko je to uopće opravdano jer su roditelji laici i nisu u stanju objektivno procijeniti stručne kompetencije osoba koje im pružaju podršku. Autorica je pri planiranju istraživanja bila potpuno svjesna ove činjenice. Međutim iskustvo govori da roditelji komentiraju različite aspekte rada stručnjaka koji pružaju podršku njihovoj djeci i da o tome imaju mišljenje. Tako je i u primjeni upitnika interes bio usmjeren na to kako roditelji procjenjuju stručnjake ponajprije kroz vlastiti doživljaj različitih aspekata stručne osposobljenosti za usluge koje dobivaju. Stručnjacima je korisno i zanimljivo dobiti ovakav uvid u roditeljsku percepciju različitih aspekata kompetencije stručnjaka, a osobito je interesantno dobiti podatke o tome tko je kritičniji u procjeni: roditelji ili stručnjaci.

U Hrvatskoj su Milić Babić i suradnici (2013) proveli kvalitativno istraživanje sa 13 roditelja pod nazivom „Iskustva s ranom intervencijom roditelja djece s teškoćama u razvoju“. Rezultati su izdvojili roditeljima važna područja za uspješnost rane intervencije: interdisciplinarni pristup, kompetentnost i motiviranost stručnjaka te partnerski odnos sa obitelji, dok se kao teškoće navode: izostanak pravovremene podrške i informiranja, neprofesionalnost i organizacijske teškoće. Motivaciju stručnjaka uključenog u rad s djetetom roditelji su smatrali značajnom za ishod intervencije te razvijanje partnerskog odnosa na relaciji stručnjak – roditelj.

U ovom istraživanju roditelji su procjenjivali intenzitet prisustva specifičnih kompetencija stručnjaka s kojima su imali iskustvo u ranoj intervenciji. Kao mjera roditeljskih procjena kompetentnosti stručnjaka korištena je prosječna vrijednost na pojedinoj domeni, odnosno ukupan prosječni rezultat temeljem tvrdnji koje ta domena sadrži. Iz rezultata koji su detaljno prikazani (Slika 3), vidljivo je da prosječne vrijednosti za pojedine dimenzije kompetencije

imaju vrlo mali raspon i kreću se od 4,16 do 4,68 i govore u prilog tome da roditelji sve tvrdnje visoko vrednuju, odnosno stručnjake procjenjuju visoko kompetentnima.



**Slika 3.** Prikaz roditeljskih procjena stručnjakovih kompetencija u svih 9 domena

Iz rezultata je vidljivo kako roditelji visoko vrednuju stručnjake u gotovo svim domenama, a najviše ocjene su u domenama *Stručni postupci* i *Usmjerenost i podrška obitelji*. U Tablicama 8 i 9 prikazane su frekvencije odgovora na svakoj od čestica u dvije navedene domene.

Tablica 8

Roditeljska procjena stručnjaka u domeni *Usmjerenost i podrška obitelji*

	<i>Uopće nije prisutno</i>	<i>Uglavnom nije prisutno</i>	<i>Niti je prisutno niti odsutno</i>	<i>Djelomično prisutno</i>	<i>U potpunosti prisutno</i>
Razumijevanje uloga, odgovornosti i odnosa u obitelji s uvažavanjem kulturnoloških razlika	%	%	2 (6,7%)	4 (13,3%)	22 (73,3%)
Pružanje podrške obitelji i razumijevanje trenutnih obiteljskih potreba	%	1 (3,3%)	1 (3,3%)	5 (16,7%)	23 (76,7%)
Sažeto i objektivno iznošenje informacija te pružanje podrške roditelju u donošenju odluke	%	1 (3,3%)	1 (3,3%)	4 (13,3%)	23 (76,7%)

U sve tri tvrdnje koje ispituju kompetencije stručnjaka u domeni *Usmjerenost i podrška prema obitelji*, roditelji smještaju vrednovanja u kategorije „u potpunosti prisutno“ ili „djelomično prisutno“. Imajući na umu da suvremeni pristup u ranoj intervenciji pretpostavlja usmjerenost stručnjaka na cijelu obitelj, a ne samo dijete, prikazani rezultati govore u prilog tome, odnosno roditelji prepoznaju nastojanja stručnjaka u obiteljskom okruženju i visoko vrednuju njihovo stručno djelovanje. Upravo podržavajući odnos koji stručnjak uspije razviti sa roditeljem u ranoj intervenciji je korak prema uspješnom programu rane intervencije, jer obitelj je primarno i najvažnije mjesto u djetetovom životu, a roditelj je glavni nositelj aktivnosti s djetetom.

Tablica 9

Roditeljska procjena stručnjaka na domeni Stručni postupci

	<i>Uoče nije prisutno</i>	<i>Uglavnom nije prisutno</i>	<i>Niti je prisutno niti neprisutno</i>	<i>Djelomično prisutno</i>	<i>U potpunosti prisutno</i>
Kreiranje okruženja u kojem dijete boravi s ciljem povećanja prilika za učenje	%	%	<b>1</b> (3,3%)	<b>7</b> (23,3%)	<b>22</b> (73,3%)
Kreiranje aktivnosti koje se lako integriraju u svakodnevne aktivnosti	%	<b>1</b> (3,3%)	<b>1</b> (3,3%)	<b>3</b> (10%)	<b>25</b> (83,3 %)
Primjena postupaka i aktivnosti koji polaze od djetetovih jakih strana	%	%	<b>1</b> (3,3%)	<b>3</b> (10%)	<b>26</b> (86,7%)
Posjete planirane u skladu s dnevnim rutinama	%	%	<b>1</b> (3,3%)	<b>7</b> (23,3%)	<b>22</b> (73,3%)
Dnevne rutine se koriste u tjednim zadacima	%	%	%	<b>5</b> (16,7%)	<b>25</b> (83,3%)
Visoka razina znanja u radu s djecom s motor. teškoćama	<b>1</b> (3,3%)	<b>1</b> (3,3%)	<b>2</b> (6,7%)	<b>4</b> (13,3%)	<b>22</b> (73,3%)
Visoka razina znanja u radu sa djecom sa senz. teškoćama	%	<b>1</b> (3,3%)	<b>1</b> (3,3%)	<b>7</b> (23,3%)	<b>21</b> (70%)
Visoka razina znanja sa djecom s teškoćama u području učenja	%	<b>1</b> (3,3%)	<b>1</b> (3,3%)	<b>9</b> (30%)	<b>18</b> (60%)
Sustavno poučavanje tijekom kućnih posjeta u primjeni intervencije	%	%	%	<b>8</b> (26,7%)	<b>22</b> (73,3%)

Kao što je vidljivo prema rezultatima u Tablici 9, domeni *Stručni postupci*, roditelji stručnjake u najvećem broju vrednuju u kategoriji „u potpunosti prisutno“. U navedene tvrdnje roditelji imaju možda i najbolji uvid, jer vrednuju ono što vide kroz susrete sa stručnjakom. Navedene tvrdnje opisuju stručnjakove vještine u radu, a i stručnjaci u provođenju usluge rane intervencije nastoje pristupiti sveobuhvatno, promatranjem djeteta u

svim razvojnim domenama, u interakciji sa roditeljem i u prirodnom okruženju što predstavlja odmak od medicinskog modela. Najbolje je ocijenjena tvrdnja „Primjenjivanje postupaka i aktivnosti koji polaze od jakih strana djeteta“, za koju čak 26 roditelja u istraživanju smatra da je u potpunosti prisutna. Upravo ta tvrdnja nam možda i najviše govori o stručnjakovim kompetencijama u individualnom pristupu prema svakom djetetu ponaosob i nastojanju da se kroz djetetove potrebe i sposobnosti otpimalizira svakodnevno funkcioniranje u obitelji. Slično su ocijenjene tvrdnje koje ocjenjuju sposobnosti i vještine stručnjaka da svakodnevne rutine i aktivnosti prilagode intervenciji. U kategoriji „djelomično prisutno“ je nešto više vrednovanja u tvrdnjama „visoka razina znanja i sposobnosti u radu s djecom sa motoričkim teškoćama“ i „visoka razina znanja i sposobnosti u radu s djecom sa senzoričkim teškoćama“ u odnosu na ostale tvrdnje, što se opet može protumačiti i različitim strukama stručnjaka s kojima se roditelji susreću tijekom intervencije, a i njihovim iskustvima u radu s djecom s navedenim razvojnim teškoćama.

Roditelji kompetencije stručnjaka najslabije procijenjuju u domenama *Znanja o razvoju i potrebama djeteta (4,16)* i *Individualni obiteljski plan podrške (4,3)*, što su ujedno bile i najslabije samoprocijenjene domene od strane stručnjaka. Međutim kada se pogleda prosječna ocjena zaključujemo kako je i dalje riječ o visokom prosjeku.

U domeni *Znanja o razvoju i potrebama djeteta* dobivene su najniže prosječne vrijednosti jer u pojedinim tvrdnjama roditelji smještaju odgovore u kategorije „uopće nije prisutno“, „djelomično nije prisutno“, „niti prisutno, niti odsutno“.

Detaljna distribucija rezultata prema frekvencijama odgovora za ovu domenu prikazana je u Tablici 10.



Tablica 10

Roditeljska procjena stručnjaka u domeni Znanja o razvoju i potrebama djeteta

	<i>Uopće nije prisutno</i>	<i>Uglavnom nije prisutno</i>	<i>Niti je prisutno niti odsutno</i>	<i>Djelomično prisutno</i>	<i>U potpunosti prisutno</i>
Suvereno vladanje znanjima o dječjem razvoju i odstupanjima	%	%	%	<b>8</b> <b>(26,7%)</b>	<b>22</b> <b>(73,3%)</b>
Poznavanje uzroka odstupanja i razvojnih teškoća, na rani razvoj i obiteljsku interakciju	%	%	<b>1</b> <b>(3,3%)</b>	<b>7</b> <b>(23,3%)</b>	<b>21</b> <b>(70%)</b>
Poznavanje rizičnih čimbenika vezanih uz prijevremeno rođenje	<b>2</b> <b>(6,7%)</b>	%	%	<b>5</b> <b>(16,7%)</b>	<b>23</b> <b>(76,7%)</b>
Vladanje znanjima o biološkim, medicinskim, obiteljskim i okolinskim čimbenicima na rast i razvoj djeteta	<b>23</b> <b>(76,7%)</b>	<b>6</b> <b>(20%)</b>	<b>1</b> <b>(3,3%)</b>	%	%
Poznavanje istraživanja i suvremenih znanja o utjecaju neurobiologije i plasticiteta na rani razvoj i učenje	%	%	<b>4</b> <b>(13,3%)</b>	<b>6</b> <b>(20%)</b>	<b>20</b> <b>(66,7%)</b>
Svestrano razumijevanje djetetove igre unutar različitih razvojnih područja	%	<b>1</b> <b>(3,3%)</b>	%	<b>6</b> <b>(20%)</b>	<b>23</b> <b>(76,7%)</b>
Uključivanje roditelja podjednako tijekom planiranja intervencijskih postupaka	%	<b>1</b> <b>(3,3%)</b>	%	<b>6</b> <b>(20%)</b>	<b>23</b> <b>(76,7%)</b>

Veoma slično kao i stručnjaci, roditelji u domeni *Znanja o razvoju i potrebama* najslabije ocjenjuju kompetencije stručnjaka u tvrdnji „Znanja o biološkim, medicinskim, obiteljskim i okolinskim čimbenicima na rast i razvoj djeteta“ pri čemu 23 roditelja daje najnižu ocjenu („uopće nije prisutno“) dok njih 6 smatra da su stručnjaci „uglavnom“ nekompetentni u tom aspektu stručnosti. Nasuprot tome 20 roditelja stručnjake smatra u potpunosti kompetentnim u tvrdnji „Poznavanje istraživanja i suvremenih znanja o utjecaju neurobiologije i plasticiteta na rani razvoj i učenje“. Dobiveni rezultati su interesantni, ali izazovni za interpretaciju. Roditelji procijenjuju da su stručnjaci upoznati sa suvremenim istraživanjima i teorijskim znanjima iz neurobiologije plasticiteta u ranom razvoju, no smatraju da nemaju usvojena znanja o utjecajima različitih čimbenika na razvoj djeteta. Autorica smatra da je na ovakve rezultate utjecala činjenica da su stručnjaci oprezni u iznošenju prognoza i izbjegavaju rasprave oko mogućih teškoća koje proizlaze iz dijagnoza jer su svjesni da dijagnoza ne definira razvojni ishod i da su kliničke slike varijabilne. Medicinski aspekt dijagnoze i činjenice vezane uz prirodu utvrđene teškoće su najčešće već izrečene roditeljima od strane liječnika i roditelji su svoja znanja u tom pogledu dopunili iz puno različitih izvora, no najviše s interneta. Oni doista o medicinskim aspektima razvojne teškoće koju ima njihovo dijete znaju mnogo, ali stručnjaci u pravilu o tome ne razgovaraju s njima. Možda roditelji stoga zaključuju da oni takva znanja nemaju. Ujedno istraživanja pokazuju da roditelji vrlo često zamjeraju stručnjacima netaktičnost, davanje informacija koje nisu jasne te nedovoljnu usmjerenost prema strategijama za buduće korake. Drugim riječima ove rezultate dovodimo u vezu s obilježjima komunikacije roditelja i stručnjaka, a ne u vezu sa stvarnim kompetencijama stručnjaka.

Ovi podaci su bitni u kontekstu unaprijeđivanja sveučilišnih programa, jer s obzirom na sve složeniju problematiku s kojom se stručnjaci susreću, ali i na izazove obitelji usmjerenog pristupa trebalo bi ojačati znanja o sve kompleksnijoj problematici djetetovih razvojnih teškoća te njihovom utjecaju na obiteljsku dinamiku, ali i na jačanje komunikacijskih vještina stručnjaka za rad s roditeljima.

Kao i u prethodnim domenama, u domeni *Individualni obiteljski plan podrške* (Tablica 11), roditelji svoje odgovore uglavnom smještaju u kategorije „u potpunosti pristuno“ i „djelomično prisutno“.

Tablica 11

Roditeljska procjena stručnjakovih kompetencija u domeni *Individualni obiteljski plan podrške*

	<i>Uopće nije prisutno</i>	<i>Uglavnom nije prisutno</i>	<i>Niti je prisutno niti odsutno</i>	<i>Djelomično prisutno</i>	<i>U potpunosti prisutno</i>
Jasno elaboriranje procesa izrade individualnog edukacijskog plana podrške s aktiviranjem obiteljskih resursa		<b>3</b> <b>(10%)</b>	<b>1</b> <b>(3,3%)</b>	<b>8</b> <b>(26,7%)</b>	<b>18</b> <b>(60%)</b>
Sustavno i temeljito vođenje zapisnika sa zajedničkih planiranja o ciljevima i postupcima vezanim uz dijete	<b>1</b> <b>(3,3%)</b>	<b>2</b> <b>(6,7%)</b>	<b>3</b> <b>(10%)</b>	<b>6</b> <b>(20%)</b>	<b>18</b> <b>(60%)</b>
Vladanje vještinama i znanjima potrebnim za postavljanje ciljeva i kreiranjem strategija koji će dovesti do njihovog dostizanja	<b>1</b> <b>(3,3%)</b>	<b>2</b> <b>(6,7%)</b>	<b>2</b> <b>(6,7%)</b>	<b>4</b> <b>(13,3%)</b>	<b>21</b> <b>(70%)</b>
Sustavno pripremanje obitelji i članova tima na evaluaciju	<b>1</b> <b>(3,2%)</b>	<b>3</b> <b>(10%)</b>	<b>3</b> <b>(10%)</b>	<b>3</b> <b>(10%)</b>	<b>20</b> <b>(66,7%)</b>
Sustavno pripremanje ostalih članova tima na evaluaciju	<b>1</b> <b>(3,3%)</b>	<b>2</b> <b>(6,7%)</b>	<b>5</b> <b>(16,7%)</b>	<b>4</b> <b>(13,3%)</b>	<b>18</b> <b>(60%)</b>

Roditelji su izrazito zadovoljni stručnjakovim znanjima u postavljanju ciljeva i vještinama u kreiranju strategija za njihovo postizanje, jer čak 21 roditelj svoje ocjene smješta u kategoriju „u potpunosti prisutno“. Manji broj roditelja ipak u tvrdnji „Sustavno pripremanje obitelji i članova tima na evaluaciju“ smješta odgovore u niže kategorije što ukazuje kako roditelji nisu u potpunosti zadovoljni suradnjom tijekom kreiranja programa i evalaucije.

### 4.3. Usporedba roditeljskih procjena i samoprocjena stručnjaka

Treće istraživačko pitanje odnosilo se na usporedbu između dvije skupine, odnosno koliko se skupina roditelja i skupina stručnjaka razlikuju u procjenama kompetencija. Kako bi se dobio uvid u razlike između skupine roditelja i stručnjaka primijenjen je Mann-Whitney U test.

Tablica 12

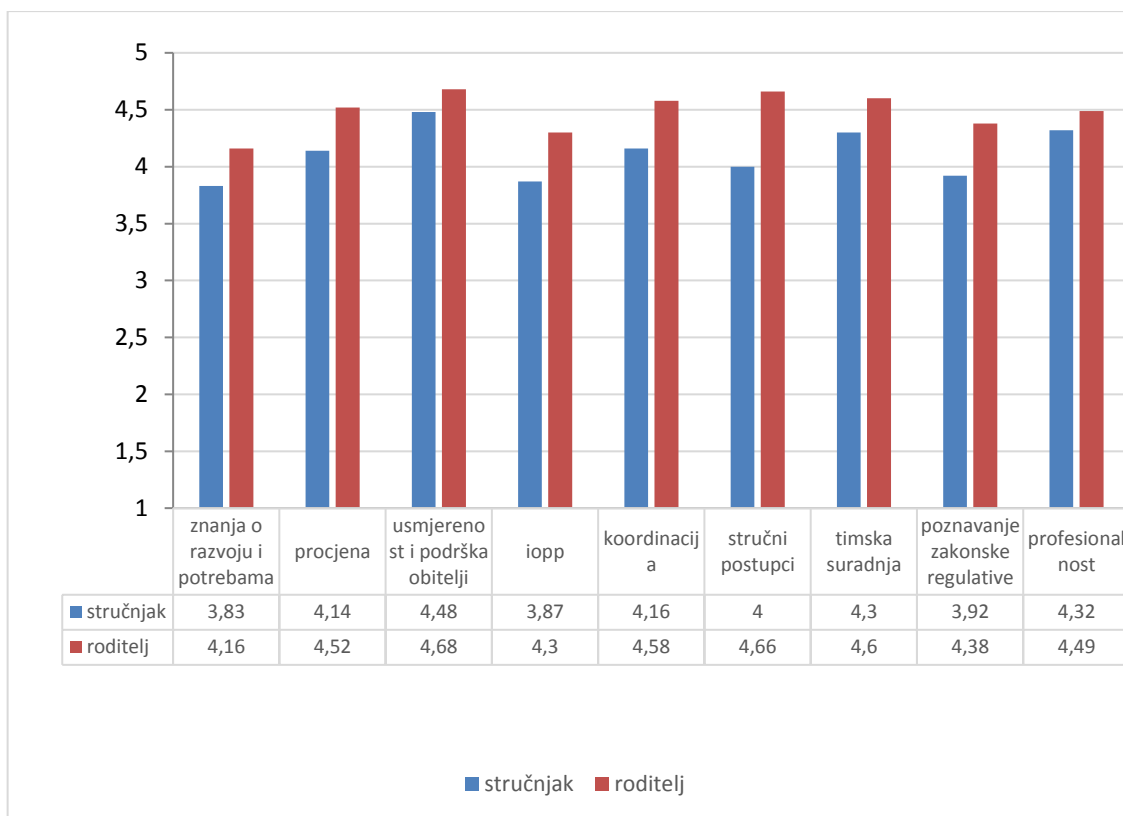
Usporedba rezultata procjena stručnjaka i roditelja u svih 9 domena

Varijabla	Profil	M	SD	Mann Whitney U	p
Znanja o razvoju i potrebama djeteta	Roditelji	32,5	3,44	207,000	<b>0,000</b>
	Stručnjaci	29,13	4,37		
Procjena	Roditelji	22,6	3,53	280,500	<b>0,011</b>
	Stručnjaci	20,73	4,82		
Usmjerenost i podrška prema obitelji	Roditelji	13,4	3,21	340,000	0,086
	Stručnjaci	13,47	1,35		
Individualni obiteljski plan podrške	Roditelji	21,5	5,14	293,500	<b>0,019</b>
	Stručnjaci	19,23	5,10		
Koordinacija	Roditelji	13,77	2,12	258,000	<b>0,003</b>
	Stručnjaci	12,5	1,83		
Stručni postupci	Roditelji	46,63	4,98	185,500	<b>0,000</b>
	Stručnjaci	40,17	8,68		
Timska suradnja	Roditelji	18,2	3,75	332,500	0,075
	Stručnjaci	17,17	2,56		
Zakonski akti	Roditelji	8,5	2,28	264,500	<b>0,005</b>
	Stručnjaci	7,17	2,16		
Profesionalnost	Roditelji	22,47	4,28	394,000	0,400
	Stručnjaci	22,63	2,37		

Tablica 12 pokazuje da su roditeljske procjene bez iznimke više od samoprocjena stručnjaka, što je za stručnjake ohrabrujuća informacija koja govori u prilog tome da su na dobrom putu u stvaranju kvalitetnog profesionalnog identiteta i da sustavno roditelji visoko procjenjuju njihova znanja i vještine u različitim domenama rane intervencije, čak više negoli oni sami. Statistički značajno se procjene roditelja i samoprocjene stručnjaka razlikuju u 6 domena: *Znanja o razvoju i potrebama djeteta*, *Procjena*, *Individualni obiteljski plan*

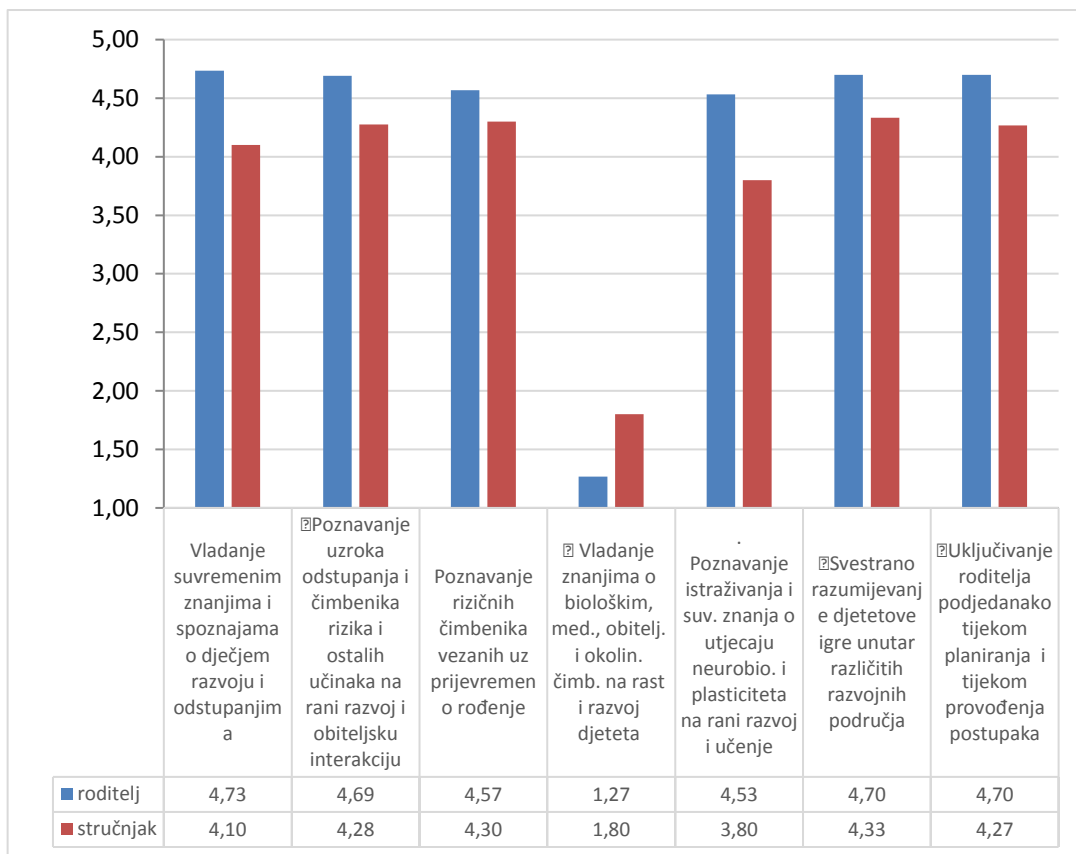
*podrške, Koordinacija, Stručni postupci i Poznavanje zakonske regulative* te ćemo njih detaljnije prikazati na Slikama 8-13.

U domenama *Usmjerenost i podrška prema obitelji, Timska suradnja i Profesionalnost* nije utvrđena statistički značajna razlika između dvije skupine ispitanika.



**Slika 7.** Prikaz rezultata usporedbe samoprocjene stručnjaka i roditeljske procjene stručnjakovih kompetencija

Promatrajući prvu domenu na kojoj postoji statistički značajna razlika, *Znanja o razvoju i potrebama djeteta* vidljivo kako su roditeljske procjene stručnjaka, s prosječnom vrijednošću 4,16 više negoli li samoprocjene stručnjaka na istim tvrdnjama, s obzirom da je prosječna vrijednost kod njih 3,83.



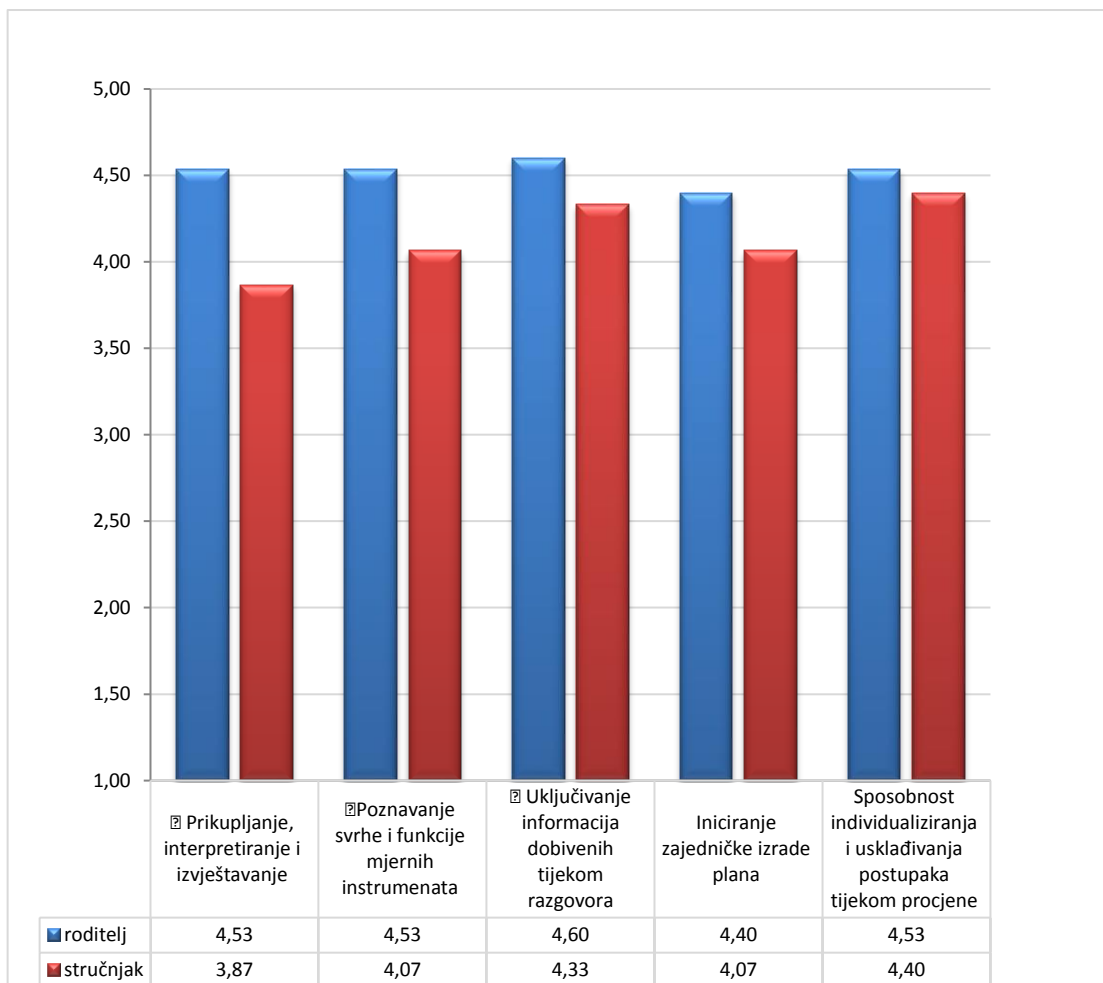
**Slika 8.** Usporedba rezultata skupine roditelja i skupine stručnjaka na domeni Stručnjakova znanja

Detaljni prikaz ove domene je na Slici 8 i kroz sve ispitane čestice, uz jednu iznimku, prosječna ocjena je viša u roditeljskim procjenama, dok su samoevalaucije stručnjaka nešto kritičnije. Gledajući raspon ocjena, gotovo na svim tvrdnjama je riječ o visokim ocjenama, osim na tvrdnji „Vladanje znanjima o biološkim, medicinskim, obiteljskim i okolinskim čimbenicima na rast i razvoj djeteta“. Zanimljivo je da je to jedina tvrdnja u kojoj roditelji ocjenjuju stručnjake lošije (1,27), negoli što se samoprocjenjuju stručnjaci (1,80), a ujedno i za jedne i druge to je tvrdnja s najnižom prosječnom ocjenom.

Stručnjaci u ovoj domeni imaju kritičan samouvid u svoja znanja o složenoj problematici rizičnih čimbenika, no roditelji su u svojim ocjenama još kritičniji. Jedna od mogućih interpretacija počiva i na činjenici da objašnjavanje različitih bioloških i medicinskih čimbenika na razvojni ishod je područje kojem ispitani stručnjaci s oprezom pristupaju u razgovorima s roditeljima, jer ne vladaju svi istim znanjima i iskustvima, a i profesionalna etika kod nalaže da ne ulaze u područja izvan svojeg obrazovanja. Naime, pružatelji stručne potpore u obitelji su stručnjaci obrazovani u društvenim znanostima (rehabilitatori, psiholozi, logopedi i sl.), a ne liječnici ili medicinske sestre.. S druge strane, roditelji od stručnjaka

imaju visoka očekivanja i očekuju informacije i odgovore koji su za njihovu obitelj od izrazite važnosti. Često postavljaju pitanja na koja stručnjaci ne mogu znati odgovor u danom trenutku kao npr. o dugoročnim razvojnim ishodima. Stručnjaci se u takvoj situaciji mogu osjećati bespomoćnima i nedovoljno iskusnima za suočavanje s tim intenzivnim roditeljskim reakcijama. Tijekom formalnog obrazovanja ne uspiju svi stručnjaci steći kompetencije za profesionalnu komunikaciju u stresnim situacijama. Također u većini radnih okruženja nedostatna je podrška stručnjacima u vidu supervizija, što stručnjake čini dodatno ranjivim i potom nesigurnim u stresnim situacijama.

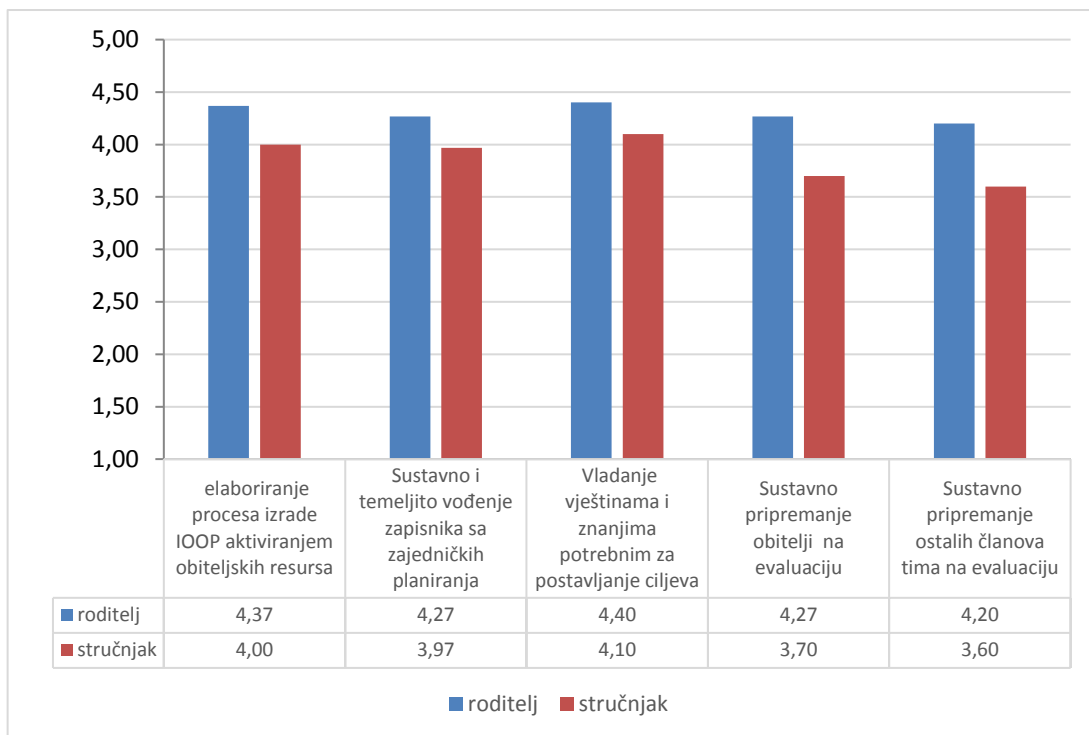
U sljedećoj domeni u kojoj postoji statistički značajna razlika između procjena roditelja i stručnjaka, *Procjena*, promatrajući rezultate (Slika 9), možemo zaključiti da su obje skupine generalno visoko ocijenile sve tvrdnje. U svim tvrdnjama su roditeljske procjene stručnjakovih kompetencija nešto više negoli stručnjačke samoprocjene istih. Možemo pretpostaviti da su roditelji generalno zadovoljni procjenama koje dobivaju od stručnjaka u ranoj intervenciji, a i sami stručnjaci su svjesni važnosti procesa procjene u zajedništvu s roditeljem u svrhu kreiranja kvalitetnog programa podrške. Takav pristup procjeni prati postulate rane intervencije usmjerene na obitelj.



**Slika 9.** Usporedba rezultata skupine roditelja i skupine stručnjaka na domeni *Procjena*

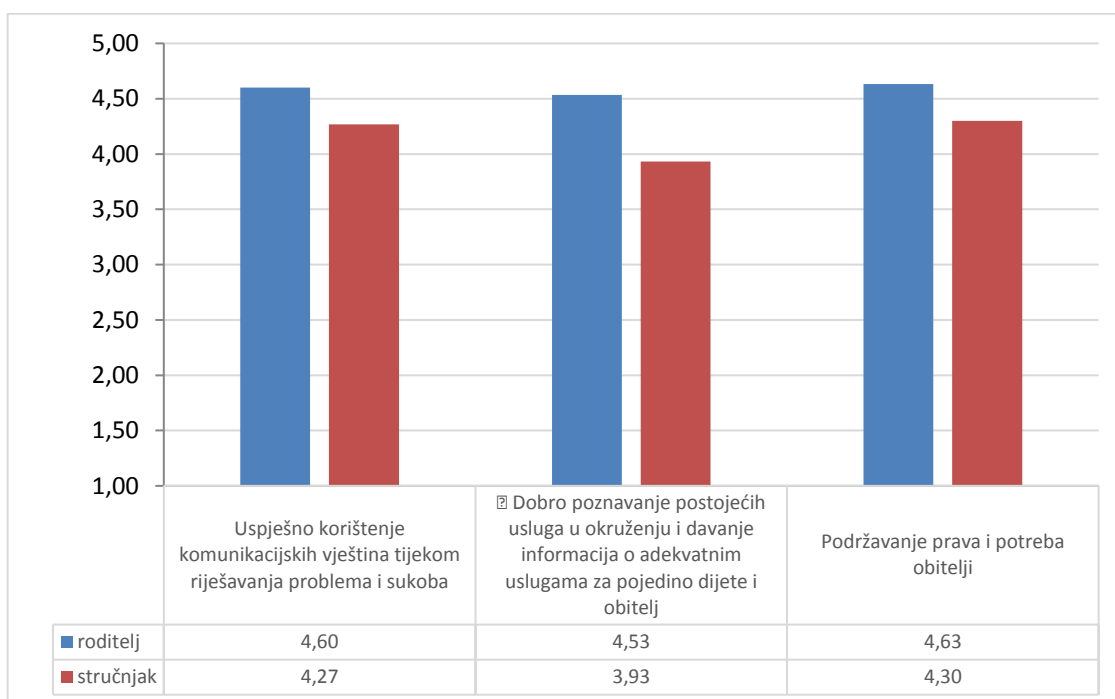
Razlike između skupina su statistički značajne i u domeni *Individualni obiteljski plan podrške* (Slika 10) u kojoj su stručnjaci ponovno kritičniji u samoprocjenama. Kroz ovu domenu možemo dobiti uvid koliko obje skupine kroz obilježja kompetencija stručnjaka vrednuju i ranu intervenciju usmjerenu ne samo na dijete, nego i prema obitelji. Upravo izrada Individualnog obiteljskog plana podrške je jedna od najvažnijih odrednica programa usmjerenog prema obitelji, jer se ne promišlja o kreiranju razvojno primjerenog programa prema razvojnoj teškoći, već individualizaciji prema potrebama i snagama djeteta i obitelji u kojoj dijete živi. Najveće razlike se uočavaju u tvrdnji „Sustavno pripremanje obitelji na evaluaciju“ i „Sustavno pripremanje ostalih članova tima na evaluaciju“. To su ujedno i najslabije ocijenjene tvrdnje u domeni za obje skupine. Iako stručnjaci vladaju znanjima i sustavni su i temeljiti u planiranju, još uvijek je nedostatna suradnja sa obitelji tijekom planiranja, a i nedostaje često i timski pristup ostalih stručnjaka uključenih u rad u zajedničke aktivnosti planiranja i evaluacije napretka.





**Slika 10.** Usporedba dvije skupine na domeni Individualni obiteljski plan podrške

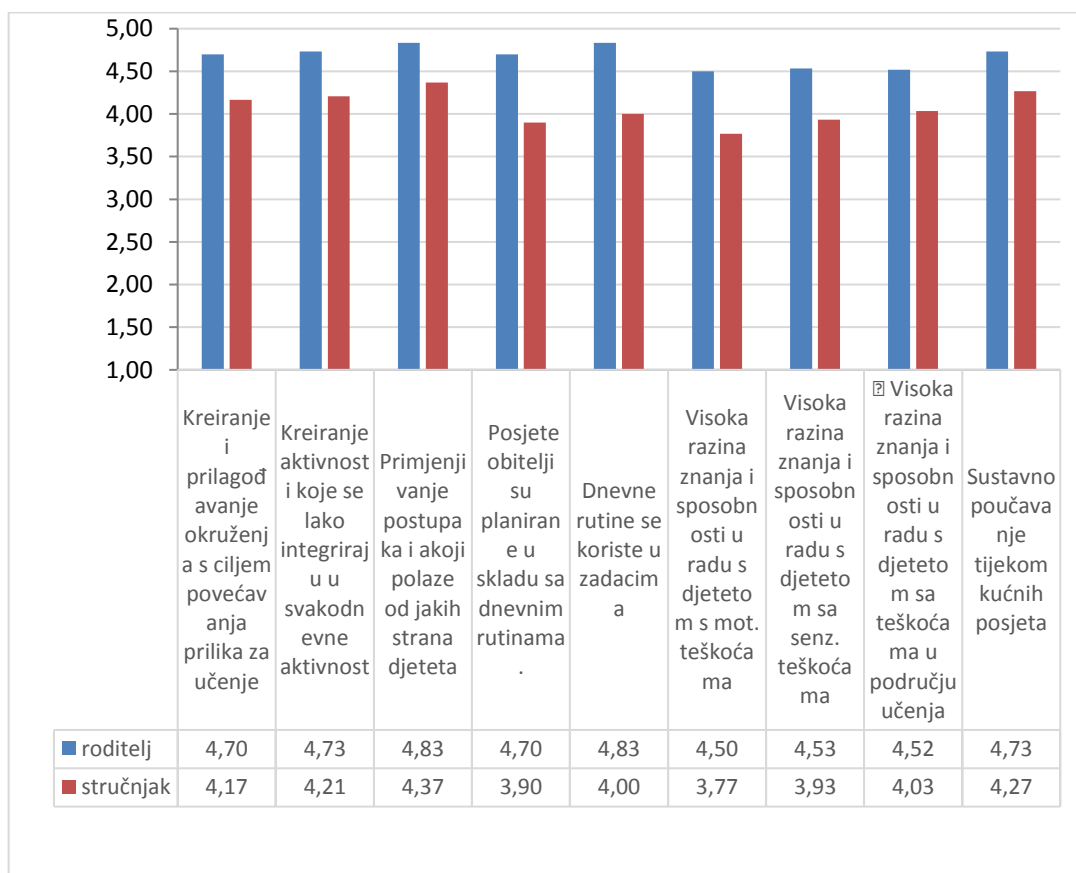
Kao i u prethodno prikazanim domenama, slične razlike se uočavaju u domeni *Koordinacija* (Slika 11).



**Slika 11.** Usporedba rezultata dvije skupine u domeni Koordinacija

Roditelji sustavno povoljnije procjenjuju tvrdnje u navedenoj domeni. Najveće razlike su u tvrdnji „Dobro poznavanje postojećih usluga u okruženju i davanje informacija o adekvatnim uslugama za pojedino dijete i obitelj“. Problem manjka suradnje je prepoznat među stručnjacima, no u zadnje vrijeme sve je više nastojanja u stvaranju stručnjačke mreže kako bi se izbjegla dupliciranja usluge rane intervencije u sustavu i time ujednačio način pružanja usluge. Koordinacija i suradnja između različitih stručnjaka važna je jer integracija i koordinacija različitih usluga dovode do boljih ishoda rane intervencije (Bruder i Dunst, 2008). To je potvrđeno rezultatima brojnih istraživanja koja ukazuju da dobra koordinacija i suradnja stručnjaka ima za učinak bolju dostupnost usluga roditeljima, bolji protok informacija prema roditeljima, poboljšanu kvalitetu pruženih usluga te pozitivno utječe na kvalitetu života obitelji (Dunst, Trivette, Hamby i Bruder 2006; Spittle, Orton i Doyle 2007).

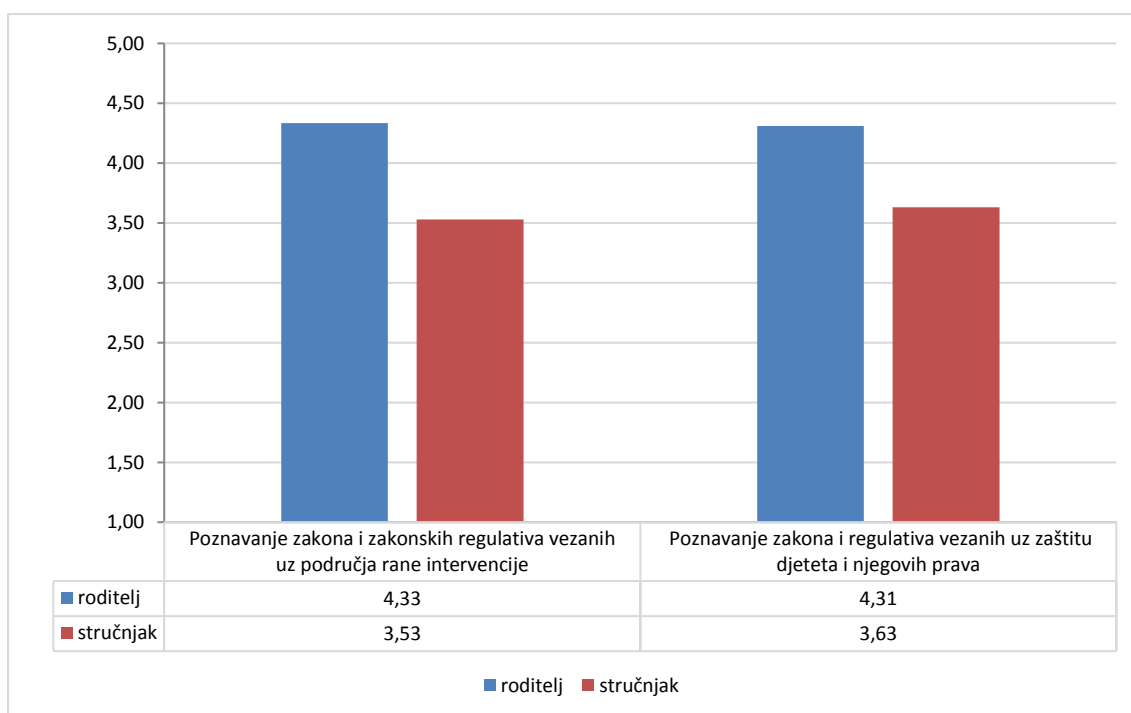
Iduća domena u kojoj postoji statistički značajna razlika između dvije skupine ispitanika je domena *Stručni postupci* (Slika 12).



**Slika 12.** Usporedba dvije skupine na domeni *Stručni postupci*

Ponovno uočava obrazac u kojem su procjene i dalje visoke, pogotovo kod roditelja i malo variraju. Važno je da se usluge pružaju u domu obitelji jer to je i prirodno okruženje za djetetov razvoj i učenje. Ispitani stručnjaci su svjesni koliko je za pristup usmjeren prema obitelji važno uskladiti posjete rasporedu i rutinama obitelji, stoga i ne iznenađuje što kroz svoja unutrašnja promišljanja kritičnije pristupaju organizaciji usluga rane intervencije unutar svoje ustanove. Postavlja se pitanje koliko se ovi rezultati mogu generalizirati na ostale pružatelje usluga u našoj zemlji. Treba napomenuti da nije praksa u svim ustanovama, za što postoje objektivni razlozi organizacijske i financijske prirode, da se rana intervencija pruža u domu obitelji. Logistika oko prijevoza i pokrivanja različitih terena ograničava stručnjake u takvom pružanju podrške i često je financijski isplativije pružanje usluga rane intervencije unutar ustanove. Takav vid vrlo često ne može biti prilagođen djetetovom ritmu, okruženje poučavanja nije prirodno i nedostaje uvid u spontane obiteljske interakcije.

U posljednjoj domeni sa statistički značajnim razlikama između roditeljskih i stručnjačkih procjena - *Poznavanje zakonske regulative* (Slika 13) se ponavlja obrazac u kojem su stručnjaci kritičniji u samoprocjenama negoli roditelji, ali su razlike male.



**Slika 13.** Usporedba stručnjaka i roditelja u domeni *Poznavanje zakonskih regulativa*

#### 4.4. Ograničenja istraživanja

Ovo istraživanje ima nekoliko ograničenja koje treba napomenuti. Prvo ograničenje odnosi se na uzorak ispitanika koji je malen i prigodan i u skupini stručnjaka i u skupini roditelja. U uzorak stručnjaka su odabrani stručnjaci koji u svojem radnom okruženju najveći dio radnog vremena rade u području rane intervencije i veliki broj njih kontinuirano radi na svom daljnjem profesionalnom usavršavanju upravo u tom području. Riječ je o izrazito motiviranoj skupini, koja nije reprezentativni uzorak i samim time ne možemo iznositi zaključak primjenjiv na sve stručnjake i općenito uslugu rane intervencije. Roditelje su izabrali stručnjaci u istraživanju, i uglavnom je bila riječ o motiviranim obiteljima i uglavnom zadovoljnim pruženim uslugama u tom trenutku. Ograničenje je i nedovoljno opširan demografski upitnik za obje skupine, jer dodatni podaci bi možda dali više mogućnosti za tumačenje dobivenih rezultata.

Nadalje, korišten je inozemni mjerni instrument kreiran za potrebe samoevaluacije stručnjaka, nestandardiziran i bez podataka o njegovim primjenama u ovakvim istraživanjima. U radu je instrument modificiran na način da se može upotrijebiti i za roditeljske procjene kompetencija stručnjaka, tj. na ista pitanja odgovarali su i roditelji i stručnjaci. Kasnijim promišljanjima se ipak pokazuje da postoje ograničenja u razumijevanju mnogih pitanja za roditelje, odnosno roditelji teško da mogu imati uvida u pojedina područja koja su trebali procijeniti. Pojedina pitanja su možda i zahtijevala dodatna objašnjenja, ali ispunjavanje je bilo anonimno i iako je postojala mogućnost da roditelji zatraže dodatna objašnjenja, nitko nije iskoristio tu mogućnost.

Tijekom oblikovanja istraživačkih pitanja, logika koja je prevladala bila je ta da stjecanjem uvida u vrednovanje kompetencija stručnjaka u ranoj intervenciji se stječe ujedno i uvid u kvalitetu same usluge rane intervencije. Iako su pitanja detaljna i daju dobar presjek tvrdnji koje opisuju suvremeni pristup ranoj intervenciji usmjerenoj ka obitelji, riječ je o subjektivnim doživljajima kako skupine roditelja, tako i skupine stručnjaka.

Za buduća promišljanja trebalo bi uzeti u obzir kodiranje upitnika za stručnjake i roditelje na način da ih je moguće upariti, tj. da se na razini pojedinca mogu usporediti stručnjačka samoevaluacija i roditeljska procjena kompetencija iste osobe što bi mogao poslužiti kao jedan vid evaluacije usluge rane intervencije kod određenog pružatelja usluge.

Također treba naglasiti kako se ovo istraživanje u potpunosti oslonilo na metodu subjektivne procjene i samoprocjene i samim time ne pruža podatke o stvarnoj usvojenosti znanja i vještina. Usprkos tome izuzetno je važno da stručnjaci reflektiraju o svojim vještinama. Na taj način oni evaluiraju stručne izazove na koje nailaze u dnevnom radu i načine kako su ih rješavali te koliko su u tome bili uspješni. Na taj način uočavaju i područja osobnog i profesionalnog razvoja kojima se trebaju više posvetiti u daljnjem stručnom usavršavanju. Na percepciju profesionalne kompetentnosti utječe i percepcija osobne kompetentnosti tako da u daljnjim istraživanjima bi svakako trebalo uključiti i mjeru opće osobne kompetentnosti kao kontrolnu mjeru doživljaja profesionalne kompetentnosti (Ričijaš, Hujčić i Branica, 2010).

## 5. ZAKLJUČNA RAZMATRANJA

Namjera ovog istraživanja je bila, kroz evaluaciju stručnjakovih kompetencija od strane roditelja i stručnjakovih samoevaluacija vlastitih kompetencija, dobiti uvid u to kako jedni i drugi vide pojedina područja rada u ranoj intervenciji. Dobiveni rezultati pokazuju kako i stručnjaci i roditelji visoko procjenjuju različite domene profesionalnih kompetencija stručnjaka u ranoj intervenciji što zapravo govori u prilog kvalitete stručnjaka, ali i programa koji se provode. Govoreći o kvaliteti stručnjaka, govorimo ujedno i o različitim segmentima njegovog rada koji predstavljaju uslugu rane intervencije koju stručnjak pruža. Stručnjaci su ti koji najčešće kreiraju programe i na osnovu svojih iskustava i promišljanja utječu na razvoj prakse.

Iako su roditeljske procjene stručnjaka nešto više, ne treba smetnuti s uma da je riječ o subjektivnim doživljajima roditelja o segmentima s kojima imaju iskustva. Obje skupine ispitanika najbolje ocjenjuju stručnjakove kompetencije u domeni *Usmjerenost i podrška prema obitelji* što nas navodi na zaključak kako su stručnjaci na dobrom putu stvaranja kvalitetne prakse u ranoj intervenciji, usmjerene prema potrebama obitelji. Interesantna je činjenica da su obje skupine, najslabije vrednovale kompetencije stručnjaka opet u istoj domeni – *Znanja o razvoju i potrebama djeteta*. Raznolikost potreba djeteta s teškoćama u razvoju i teškoća s kojima se susreću roditelji može se olakšati uključivanjem kompetentnih specijaliziranih stručnjaka (Guralnick, 2011.). Nešto su slabiji i rezultati u domeni *Individualni obiteljski plan podrške* u obje skupine, pogotovo u tvrdnjama koje opisuju komunikaciju i interdisciplinarnost stručnjaka u procesu, što može dovesti do lošeg informiranja roditelja i u konačnici izostanka kvalitetne rane intervencije u tom segmentu. Iako su prosječne ocijene i dalje visoke u obje skupine, pružaju stručnjacima u praksi važne informacije o segmentima rane intervencije u kojima ima prostora za napretak.

Rana intervencija u Hrvatskoj je posljednjih godina prošla kroz mnoge promjene u pogledu zakonodavnog i stručnog poimanja prema suvremenom shvaćanju koncepta koji nije samo usmjeren na dijete, nego na cijelu obitelj. Sa sve većom potrebom za većim brojem pružatelja usluge u ranoj intervenciji i stručnjacima kompetentnim za rad u tom području, raste i svijest o profesionalnom razvoju stručnjaka u ranoj intervenciji. Razvoj prakse u ranoj intervenciji u Hrvatskoj se može promatrati na kontinuumu promjena od tradicionalno edukacijskog usmjerenja preko interdisciplinarnosti s društvenim, humanističkim i

biomedicinskim znanostima do novih pogleda na profesionalni identitet stručnjaka u području rane intervencije. Promatrajući zasebno skupinu stručnjaka s obzirom na iskustvo, dobiveni su rezultati u kojima se stručnjaci sa više godina staža bolje procjenjuju, a ovaj rezultat je očekivan i govori u prilog razvojne prirode kompetencija gdje Kaslow (2004) navodi kako kompetencije ovise o stupnju profesionalnog razvoja pojedinca.

Rezultati istraživanja govore u prilog tome, stručnjaci prepoznaju da je potrebno cjeloživotno učenje i profesionalno usavršavanje u izgradnji profesionalnog identiteta, no nameće se ideja o stvaranju jedinstvenog okvira naobrazbe za stručnjake u tom području. Kvalitetno školovanje stručnjaka koje se bazira na ujednačenim kriterijima predstavlja osnovu za profesionalan razvoj visokokvalitetnih stručnjaka (Winton, McCollum, 2008)

Svaki stručnjak koji radi u području rane intervencije svoj profesionalni razvoj treba shvatiti kao kontinuirani proces koji zahtjeva unapređivanje vlastitih kompetencija, znanja i vještina. Kvalitetno stručno usavršavanje podrazumijeva osuvremenjivanje teorijskih znanja i usavršavanje praktičnih vještina u skladu sa usvojenim, vodeći računa o tome da kvalitetna praksa uvijek mora biti utemeljena na dokazima. Dobivene podatke (rezultate) bi uvijek trebalo usporediti sa vrednovanjem drugih sudionika i rezultatima vanjskog vrednovanja. Preduvjet uspješne samoevaluacije leži u osviještenosti stručnjaka o značenju procesa samopažanja i samospoznaje što točno doprinosi stvaranju povoljnog ozračja za samoevaluaciju.

## 6. LITERATURA

Bailey, D.B. (1989). Issues and directions in preparing professionals to work with young handicapped children and their families. U Gallagher, J.J., Trohanis, P.L. i Clifford, R.M. (Ur.), *Policy implementation and Planning for young children with special needs* (str. 97 – 132), Baltimore; MD: Brookes.

Bailey, D. B., Jr., Bruder, M.-B., Hebbeler, K., Carta, J., Defosset, M. i Greenwood, C. (2006). Recommended outcomes for families of young children with disabilities. *Journal of Early Intervention*, 28, 227–251.

Beeghly, M., Weiss – Perry, B.W. i Cicchetti, D. (1989). Structural and affective dimensions of play development in young children with Down syndrome. *International Journal of Behavioral Development*, 12, 257 – 277.

Bijou, S. W. i Ghezzi, P. M. (1999). The behavior interference theory of autistic behavior in young children. U Ghezzi, P.M., Williams, W.L., Carr, J.E. (Ur.), *Autism: Behavior analytic perspectives* (str. 33-43), Reno; NV Context Press.

Briggs, M. (1997). *Building early interventions teams: Working together for the families and children*. Baltimore: Aspen.

Bouillet, D. (2010). *Izazovi integriranog odgoja i obrazovanja*. Zagreb: Školska knjiga.

Bruder, M.B. i Dunst, C.J. (2008). Factors related to the scope of early intervention service coordinator practices. *Infants and Young Children*, 21 (3), 176-185.



Bruder, M.B., Mogro – Wilson, C., Stayton, V.D. i Dietrich, S.L. (2009). The national status of in-service professional development system for early intervention and early childhood special education practitioners. *Infants & Young Children*, 22, 13-20.

Bruder, M.B. (2000). Family-centered early intervention: Clarifying our values for the new millennium. *Topics in Early Childhood Special Education*, 20(2), 105-115.

Buysee, V., Castro, D.C. i Peisner-Feinberg, E. (2010). Effects of a professional development program on classroom practices and outcomes for Latino dual language learners. *Early Childhood Research Quarterly*, 25, 194 – 206.

Carpenter, B. (2001). Families in context: Emerging trends in early intervention and family support. London: David Fulton Publishers.

Cielinski, K.L., Vaughn, B.E., Seifer, R. i Contreras, J. (1995). Relations among sustained engagement during play, quality of play, and mother-child interaction in samples of children with Down syndrome and normally developing toddlers. *Infant Behavior and Development*, 18, 163 – 176.

Colling, M.C. (1991). Developing Integrated Programs – A transdisciplinary approach for early intervention. Tucson: Therapy Skill Builders.

Dall'Alba, G. i Sandberg, J. (2006). Unveiling Professional Development: A critical Review of Stage Models, *Review of Educational Research*, 76 (3).

Dunst, C.J. (2007). Early intervention for infants and toddlers with developmental disabilities. U Odom, S., Horner, R.H., Snell, M.E., Blacher, J.B. (Ur.), Handbook of developmental disabilities (str.161-180). New York: Guilford.

Dunst, C.J., Trivette, C.M., Hamby, D.W. i Bruder, M.B. (2006). Influences of contrasting natural learning environment experiences on child, parent and family well-being. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 18 (2), 235 - 250.

Espe-Sherwindt, M. (2008). Family-centred practice: collaboration, competency and evidence, *Support for Learning*, 23(3), 136–143.

Fleet, A. i Patterson, C. (2001). Professional Growth Reconceptualized: Early Childhood Staff Searching for Meaning, *Early Childhood Research and Practice*, 3(2)

Friedrich, W.N. i Greenberg, M.T. (1983). Adaptation of families with mentally retarded children: A model of stress, coping, and family ecology. *American Journal of Mental Deficiency*, 88(2), 125-138.

Fukkink, R.G. i Lont, A. (2007). Does training matter? A meta-analysis and review of caregiver training studies. *Early Childhood Research Quarterly*, 22, 294 – 311.

Goodman, J.F. (1992) When slow is fast enough: Educating the delayed preschool child. New York, NY: Guilford Press.

Guralnick, M.J. (2011). Why Early Intervention Works: A Systems Perspective. *Infants & Young Children*, 24 (1), 6–28.

Hart, B. i Risley, T. R. (1992). American parenting of language-learning children: Persisting differences in family-child interactions observed in natural home environments. *Developmental Psychology*, 28, 1096 - 1105.

Hauser – Cram, P., Warfield, M.E., Shonkoff, J.P., Krauss, M.W., Sayer, A. i Upshur, C.C. (2001). Children with disabilities: a longitudinal study of child development and parent well-being. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 66 (3), 1-114.

Huić, A., Ricijaš, N. i Branica, V. (2010). Kako definirati i mjeriti kompetencije studenata-validacija skale percipirane kompetentnosti za psihosocijalni rad. *Ljetopis socijalnog rada*, 17(2), 195-221.

Horwath, M. (2000). Identifying and implementing pathways for organizational change, *Child and Family Social Work*, 5 (3), 245 – 254.

Ivšac Pavliša, J. (2010). Atipični komunikacijski razvoj i socioadaptivno funkcioniranje u ranoj dobi, *Društvena istraživanja*, 1-2 (105-106), 279-303.

Kaslow, N. (2004). Competencies in Professional Psychology. *American Psychologist*, 59(8), 774-781.

Korfmacher, J., Green, B.L., Staerkel, F., Peterson, C., Cook, G., Roggman, L., Faldowski, R. i Schiffman, R. (2008). Parent involvement in early childhood home visiting. *Child and Youth Care Forum*, 37, 171-196.

Košiček, 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.

Kurz, R. i Bartram, D.(2002). The Great Eight competencies: a criterion – centric approach to validation. *Journal of Applied Psychology*, 2, 55 – 62.

Kwong, M.L. i Kwong, M.W. (2000). Making sense of teaching and learning: Kindergarten teachers as researchers. Paper presented at the Inaugural Pacific Early Childhood Education Research Association Conference, Kobe, Japan.

Ljubešić, M. (2012). Rana intervencija kod komunikacijskih i jezično-govornih odstupanja, *Paediatrica Croatica*, 56, 202- 206.

Ljubešić, M. (2003). Od teorijskih ishodišta do primjene: Model dijagnostičko-savjetodavnog praćenja ranoga dječjega razvoja i podrške obitelji s malom djecom. U M. Ljubešić (Ur.), *Biti roditelj: Model dijagnostičko-savjetodavnog praćenja ranoga dječjeg razvoja i podrške obitelji s malom djecom* (str. 7-27). Zagreb: Državni zavod za zaštitu obitelji, materinstva i mladeži.

Mahoney, G.J. (1988). Communication patterns between mothers and developmentally delayed infants, *First Language*, 8, 157-172.

Mahoney, G., Robinson, C. i Powell, A. (1992). Focusing on Parent – Child Interaction: The Bridge to Developmentally Appropriate Practices, *Topics in Early Childhood Special Education*, 12 (1), 105 – 120.

Mahoney, G. i Nam, S. (2011). The parenting model of developmental intervention, *International Review of Research on Mental Retardation*, 73–125.

Majnemer, A. (1998). Benefits of early intervention for children with developmental disabilities. *Pediatric Neurology*, 62 – 69.

McWilliam, R.A., Tocci, L. i Harbin, G.L. (1998). Family-centered services: Service providers discourse and behavior. *Topics in Early Childhood Special Education*, 17, 477-493.

Milić Babić, M. (2013). Neke odrednice doživljaja roditeljske kompetentnosti u obiteljima djece s teškoćama u razvoju, *Napredak: časopis za teorijsku pedagogiju i praksu*, 154 (1), 83-102.

Milić Babić, M., Franc, I. i Leuter, Z. (2013). Iskustva s ranom intervencijom roditelja djece s teškoćama u razvoju, *Ljetopis socijalnog rada*, 20 (3), 453 - 480.

Pastuović, N. (2006). Kako do društva koje uči, *Odgovorne znanosti*, 8 (2), 421- 444.

Pelchat, D., Bisson, J. i Ricard, N. (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.

Ricijaš, N., Hujčić, A. i Branica, V. (2006). Zadovoljstvo studijem i samoprocjena kompetentnosti studenata nekih pomagačkih profesija. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 42 (2), 51 – 68.

Roach, M.A., Barratt, M.S., Miller, J.F. i Leavitt, J.A. (1998). The structure of mother – child play: young children with Down syndrome and typically developing children. *Developmental Psychology*, 34, 77 - 87.

Robertson, I.T., Callinan, M. i Bartram, D. (2002). *Organizational Effectiveness: The Role of Psychology*. John Wiley & Sons.

Ryan, R.M. i Deci, E.L. (2000). Intrinsic and Extrinsic Motivations: Classic Definitions and New Directions. *Contemporary Educational Psychology*, 25, 54 – 67.

Sameroff, A. (2010) A united theory of development: A dialectic integration of nature and nurture, *Child development*, 81 (1) , 6-22.

Snyder, P., Hemmetet, M.L., Artman, K., Kinder, K., Pasia, C. i McLaughlin, T. (2011). Early childhood professional development: Categorical framework and systematic review of the literature.

Spittle, A.J., Orton, J. i Doyle, L.W. (2007). Early developmental intervention programs post hospital discharge to prevent motor and cognitive impairments in preterm infants. *Cochrane database Syst.Rev.*, 18(2).

Swick, K.J. i Williams, R.D. (2006). An analysis of Bronfenbrenner`s Bio-Ecological Perspective for Early Childhood Educators: Implications for Working with Families Experiencing Stress, *Early Childhood Education Journal*, 33(5), 371 – 378.

Thorpe, E.K. i McCollum, J.A. (1988). Defining the infant specijalizacija in early childhood specijal education. U Jordan, J.B., Gallagher, J.J., Hutinger, P.L. i Kernes, M.B. (Ur.), *Early childhood special education: Birth to three* (str. 148-161). Reston, V.A.: Council for Exceptional Children and Division for Early Childhood.

Walsh, F. i Rolland, J. (2006). Facilitating family resilience with childhood illness and disability. *Current Opinon in Pediatrics*, 18(5), 527-538.

Weissbourd, B. i Kagam, S.L. (1989) Family support programs: Catalysts for change, *American Journal of Ortopsychiatriy*, 59 (1), 20 -31.

Winton, P.J. (1990). A systematic approach for planning inservice training related to Public Law 99-457. *Infants and Young Children*, 3, 51 – 60.

Winton, P.J., McCollum, J.A. i Catlett, C. (1997). Reforming personnel orepation in early intervention: Issues, models and practical strategies. Baltimore, MD: Brookes.

Winton, P. i McCollum, J. (2008). Preparing and Supporting High-Quality Early Childhood Practitioners: Issues and Evidences, Practical Approaches to Early Childhood Professional Development. Washington DC: Zero to three.

Žižak, A. (1997). Elementi profesionalne kompetentnosti socijalnih pedagoga. *Kriminologija i socijalna integracija*, 5 (1-2), 1-10.

## 7. PRILOZI

### *Prilog 1 Sociodemografski podaci za roditelje*

1. Dob: Imam \_\_\_\_\_ godina

2. Spol: Žensko

Muško

3. Vaša bračni status:

Udana/ oženjen

Samohrani roditelj

Ostalo

4. Broj djece u obitelji:

Naša obitelj ima \_\_\_\_\_ djece.

5. Dob djeteta koje je uključeno u program rane intervencije: \_\_\_\_\_

6. Koje teškoće i/ili dijagnozu ima Vaše dijete:

-

---

---

---

---

---

---

---

---

7. Koliko dugo je prošlo od dijagnostike ili utvrđivanja teškoće do Vašeg uključivanja u program rane intervencije?

Manje od mjesec dana

1-3 mjeseca

3-6 mjeseci

6-9 mjeseci

9-12 mjeseci

Više od 12 mjeseci

## ***Prilog 2 Sociodemografski podaci za stručnjake***

1. DOB\_\_\_\_\_
2. SPOL M Ž
3. GODINE RADA U STRUCI
4. GODINE RADA U RANOJ INTERVENCIJI
5. KOMPETENCIJE ZA RAD S OBITELJIMA I DJECOM RANE RAZVOJNE OBITELJI SU  
STEČENE
  - 5.1. NA DIPLOMSKOM STUDIJU
  - 5.2. NA POSLIJEDIPLOMSKOM STRUČNOM STUDIJU (navesti koji)
  - 5.3. NA POSLIJEDIPLOMSKOM ZNANSTVENOM STUDIJU (navesti koji)
  - 5.4. NA STRUČNOM USAVRŠAVANJU PUTEM RAZNIH RADIONICA I SEMINARA
6. KOJE STE PROFESIJE
  - 6.1. REHABILITATOR
  - 6.2. LOGOPED
  - 6.3. PSIHOLOG
  - 6.4. RADNI TERAPEUT
  - 6.5. FIZIOTERAPEUT
  - 6.6. SOCIJALNI RADNIK
7. MJESTO ZAPOSLENJA



### Prilog 3 Skala za procjenu/samoprocjenu stručnjakovih kompetencija

Uz svako pitanje stavit ćete znak + u kolonu koja označava vaše uvjerenje u odnosu na konkretno pitanje.

Legenda:

**1 uopće nije prisutno**

**2 uglavnom nije prisutno**

**3 niti da niti ne**

**4 uglavnom prisutno**

**5 u potpunosti prisutno**

<b>1. RAZINA STRUČNJAKOVIH ZNANJA O RAZVOJU I POTREBAMA DJETETA</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
1.1. Suvereno vladanje suvremenim znanjima i spoznajama o dječjem razvoju i odstupanjima					
1.2. Poznavanje uzroka odstupanja i razvojnih teškoća, čimbenika rizika i ostalih učinaka na rani razvoj i obiteljsku interakciju					
1.3. Poznavanje rizičnih čimbenika vezanih uz prijevremeno rođenje					
1.4. Vladanje znanjima o biološkim, medicinskim, obiteljskim i okolinskim čimbenicima na rast i razvoj djeteta (prema potrebi povezivanje s literaturom i drugim izvorima informacija)					
1.5. Poznavanje istraživanja i suvremenih znanja o utjecaju neurobiologije i plasticiteta na rani razvoj i učenje					
1.6. Svestrano razumijevanje djetetove					

igre unutar različitih razvojnih područja i sposobnost kreiranja intervencije po potrebi					
1.7. Uključivanje roditelja podjednakom tijekom planiranja intervjuskih postupaka i tijekom provođenja istih					

<b>2. PROCJENA</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
2.1. Prikupljanje, interpretiranje i izvještavanje o podacima iz dostupnih stručnih izvora					
2.2. Poznavanje svrhe i funkcije različitih mjernih instrumenata i skala procjene					
2.3. Uključivanje informacija dobivenih tijekom razgovora s roditeljom u sveobuhvatnu (timsku) procjenu					
2.4. Iniciranje zajedničke izrade plana podrške za dijete i obitelj					
2.5. Sposobnost individualiziranja i usklađivanja postupaka tijekom procjene kako bi se zadovoljile djetetove specifične potrebe					

<b>3. USMJERENOST I PODRŠKA PREMA OBITELJI</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
3.1. Razumijevanje uloga, odgovornosti i odnosa u obitelji s uvažavanjem kulturnoloških razlika					
3.2. Pružanje podrške obitelji i razumijevanje trenutnih obiteljskih potreba					
3.3. Sažeto i objektivno iznošenje informacija te pružanje podrške roditelju u donošenju odluke					

<b>4. INDIVIDUALNI OBITELJSKI PLAN PODRŠKE</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
4.1. Jasno elaboriranje procesa izrade individualnog edukacijskog plana podrške s aktiviranjem obiteljskih resursa					
4.2. Sustavno i temeljito vođenje zapisnika sa zajedničkih planiranja o ciljevima i postupcima vezanim uz dijete					
4.3. Vladanje vještinama i znanjima potrebnim za postavljanje ciljeva i kreiranjem strategija koji će dovesti do njihovog dostizanja					
4.4. Sustavno pripremanje obitelji i članova tima na evaluaciju					
4.5. Sustavno pripremanje ostalih članova tima na evaluaciju					

<b>5. KOORDINACIJA</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
5.1. Uspješno korištenje komunikacijskih vještina tijekom rješavanja problema i sukoba					
5.2. Dobro poznavanje postojećih usluga u okruženju i davanje informacija o adekvatnim uslugama za pojedino dijete i obitelj					
5.3. Podržavanje prava i potreba obitelji					

<b>6. STRUČNI POSTUPCI</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
6.1. Kreiranje i prilagođavanje okruženja u kojem dijete boravi sa ciljem povećavanja prilika za učenje					
6.2. Kreiranje aktivnosti koje se lako integriraju u svakodnevne aktivnosti i rutine					
6.3. Primjenjivanje postupaka i aktivnosti koji polaze od jakih strana djeteta					
6.4. Posjete obitelji i djetetu su planirane u skladu sa optimalnim dnevnim rutinama.					
6.5. Dnevne rutine se koriste kako bi se potaklo i olakšalo ostvarenje postavljenih tjednih zadataka					
6.6. Visoka razina znanja i sposobnosti u radu s djetetom s motoričkim teškoćama					
6.7. Visoka razina znanja i sposobnosti u radu s djetetom sa senzoričnim teškoćama					
6.8. Visoka razina znanja i sposobnosti u radu s djetetom sa teškoćama u području učenja					
6.9. Sustavno poučavanje tijekom kućnih posjeta kako primjeniti određenu intervenciju u kojoj se potiče razvoj vještine i aktivno sudjelovanje djeteta					

<b>7. TIMSKA SURADNJA</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
7.1. Poznavanje uloga i funkcija različitih članova tima					
7.2. Sudjelovanje u timskom radu sa preuzimanjem odgovornosti za vlastite zadatke					
7.3. Uspješna razina suradnje sa stručnjacima iz drugih ustanova					
7.4. Kontinuirano praćenje potreba obitelji i djeteta te razumijevanje uloge pojedinog stručnjaka u određenom trenutku					

<b>8. POZNAVANJE ZAKONSKE REGULATIVE</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
8.1. Poznavanje zakona i zakonskih regulativa vezanih uz područja rane intervencije					
8.2. Poznavanje zakona i regulativa vezanih uz zaštitu djeteta i njegovih prava					

<b>9. PROFESIONALNOST</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
9.1. Kontinuirano stručno usavršavanje na seminarima, edukacijama, treninzima iz područja rane intervencije					
9.2. Visoka razina odgovornosti, samostalnosti i pridržavanja u vremenskim rokovima					
9.3. Uvažavanje drugačijih pristupa i stajališta pojedinih stručnjaka					
9.4. Fleksibilnost u novim i nepoznatim situacijama					
9.5. Konzultiranje literature kako bi se riješio specifični problem ili unaprijedila svakodnevna praksa					

