

Informiranost audiologa, otorinolaringologa i pedijatarata o ranoj intervenciji kod djece s oštećenjem sluha

Šarić, Martina

Master's thesis / Diplomski rad

2022

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:158:496246>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-04-02**



Repository / Repozitorij:

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



Sveučilište u Zagrebu
Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet

Diplomski rad

**Informiranost audiologa, otorinolaringologa i pedijatara o ranoj
intervenciji kod djece s oštećenjem sluha**

Martina Šarić

Zagreb, rujan 2022.

Sveučilište u Zagrebu
Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet

Diplomski rad

**Informiranost audiologa, otorinolaringologa i pedijatara o ranoj
intervenciji kod djece s oštećenjem sluha**

Martina Šarić

Zagreb, rujan 2022.

IZJAVA O AUTORSTVU RADA

Potvrđujem da sam osobno napisala rad „**Informiranost audiologa, otorinolaringologa i pedijatara o ranoj intervenciji kod djece s oštećenjem sluha**“ i da sam njegova autorica. Svi dijelovi rada, nalazi ili ideje koje su u radu citirane ili se temelje na drugim izvorima jasno su označeni kao takvi te su adekvatno navedeni u popisu literature.

Martina Šarić,

Zagreb, rujan 2022.

SAŽETAK

Naslov: Informiranost audiologa, otorinolaringologa i pedijatara o ranoj intervenciji kod djece s oštećenjem sluha

Studentica: Martina Šarić

Mentor: doc.dr.sc. Iva Hrastinski

Program/modul: Odsjek za logopediju

Oštećenje sluha najčešći je senzorni poremećaj, a rano oštećenje sluha često ima negativan utjecaj na razvoj komunikacije, jezika i govora te psihosocijalni razvoj djeteta. Rana detekcija, identifikacija i (re)habilitacija ključne su kako bi se ovaj negativan utjecaj oštećenja sluha umanjio. Dijete je potrebno uključiti u program rane intervencije, koji se definira se kao proces pružanja širokog spektra usluga i podrške djeci i njihovim obiteljima. Preduvjeti za kvalitetnu realizaciju programa rane intervencije su pravovremeno uključivanje, dostupnost usluga, orijentiranost na obitelj, suradnja među stručnjacima, koordinacija usluga te stručno informiranje i usmjeravanje roditelja. Stručnjaci koji imaju ključnu ulogu u početnim točkama rane intervencije kod djece s oštećenjem sluha su audiolozi, otorinolaringolozi i pedijatri, a upravo u tim točkama postoji najveći rizik za propuste u informiranju i usmjeravanju obitelji. Cilj ovog rada je stjecanje uvida u percepciju vlastitog znanja audiologa, otorinolaringologa i pedijatara o ranoj intervenciji kod djece s oštećenjem sluha, u percepciju informiranosti o ulogama različitih stručnjaka u multidisciplinarnom timu rane intervencije, u percepciju informiranosti o pojmovima vezanima za ranu intervenciju te u percepciju vlastite uloge u ranoj intervenciji kod djece s oštećenjem sluha. Za potrebe istraživanja kreiran je online upitnik koji se sastoji od 32 pitanja koja su raspoređena u 3 odjeljka. U istraživanju je sudjelovalo ukupno 64 sudionika koji su zaposleni na području Republike Hrvatske – 49 pedijatara i 15 audiologa i otorinolaringologa. Rezultati istraživanja ukazuju na potrebu dodatnog educiranja audiologa, otorinolaringologa i pedijatara o ranoj intervenciji kod djece s oštećenjem sluha, s obzirom da svoje znanje o ranoj intervenciji percipiraju kao nedovoljno, a vlastitu upoznatost s pojmovima koji su važni za ranu intervenciju te s ulogama većine drugih stručnjaka koji su uključeni u ranu intervenciju percipiraju kao površnu.

Ključne riječi: oštećenje sluha u djece, rana intervencija, informiranost liječnika

ABSTRACT

Title: Awareness of audiologists, otorhinolaryngologists and pediatricians regarding early intervention for children with hearing loss

Student: Martina Šarić

Mentors: doc.dr.sc. Iva Hrastinski

Program/module: Department of Speech and Language Pathology

Early onset hearing loss, the most common sensory disorder, often has a negative impact on the development of communication, language and speech, and the child's-psychosocial development. Early detection, identification and (re)habilitation are crucial in order to minimize this negative impact of hearing loss. The child must be included in the early intervention program, which is defined as the process of providing a wide range of services and support to children and their families. Prerequisites for quality implementation of early intervention programs are timely inclusion, availability of services, family orientation, cooperation among experts, coordination of services, and professional counseling and guidance of parents. Audiologists, otorhinolaryngologists and pediatricians are experts who have the key role in the beginning stages of the early intervention process for children with hearing loss. The greatest risk for omissions in informing and guiding the families is precisely at these initial stages of early intervention. The aim of this work is to gain insight into the perception of audiologists, otorhinolaryngologists and pediatricians' own knowledge about early intervention for children with hearing loss, into the perception of their familiarity with the roles of different experts in a multidisciplinary early intervention team, into the perception of their familiarity about terms related to early intervention and into perception of one's own role in early intervention for children with hearing loss. For the purposes of the research, an online questionnaire was created consisting of 32 questions. A total of 64 participants took part in the research - 49 pediatricians and 15 audiologists and otolaryngologists. The results of the research pointed to the need for additional education of audiologists, otolaryngologists and pediatricians about early intervention in children with hearing loss, given that they perceive their knowledge about early intervention as insufficient and their familiarity with the terms that are important for early intervention and with the roles of most others experts who are involved in early intervention are perceived as superficial.

Key words: childhood hearing loss, early intervention, physician awareness

Sadržaj

1. Uvod.....	1
1.1. O ranoj intervenciji.....	1
1.2. Rana intervencija kod djece s oštećenjem sluha	2
1.2.1. <i>Probir na oštećenje sluha u Republici Hrvatskoj</i>	4
1.2.2. <i>Smjernice za ranu intervenciju kod djece s oštećenjem sluha</i>	5
1.2.3. <i>Tim za ranu intervenciju</i>	6
1.2.4. <i>Pristupi u (re)habilitaciji</i>	10
1.3. Izazovi u provedbi rane intervencije kod djece s oštećenjem sluha	13
1.3.1. <i>Odaziv roditelja na drugi stupanj probira</i>	13
1.3.2. <i>Pravovremeno uključivanje i dostupnost usluga</i>	14
1.3.3. <i>Timski rad i partnerski odnos roditelja i stručnjaka</i>	15
1.3.4. <i>Informiranje roditelja</i>	16
1.4. Informiranost audiologa, otorinolaringologa i pedijatarata o ranoj intervenciji.....	18
2. Cilj istraživanja, problem i hipoteze	24
2.1. Cilj i problem istraživanja	24
2.2. Hipoteze istraživanja	25
3. Metode istraživanja	26
3.1. Sudionici istraživanja	26
3.2. Mjerni instrument.....	26
3.3. Način provođenja istraživanja.....	28
4. Rezultati istraživanja i rasprava	29
4.1. Audiolozi i otorinolaringolozi	31
4.2. Pedijatri.....	47
4.3. Uočene razlike između audiologa/otorinolaringologa i pedijatarata	63
4.4. Nedostaci istraživanja i buduća istraživanja.....	67
5. Verifikacija hipoteza	68
6. Zaključak.....	70
7. Literatura:	72
Prilozi.....	81

1. Uvod

1.1. O ranoj intervenciji

Tijekom posljednjih nekoliko desetljeća u zemljama zapadnog svijeta došlo je do intenzivnog porasta znanstvenog i stručnog interesa u području ranog dječjeg razvoja (Milić Babić i sur., 2013). Moderna znanost dokazala je izuzetni potencijal ranog djetinjstva. Čovjek se oblikuje kroz proces učenja koji započinje već u prenatalno doba, a najintenzivniji i najformativniji je upravo u ranom djetinjstvu (Ljubešić, 2012). Za ranu intervenciju, prve tri godine života su najvažnije jer tada postoje jedinstvene mogućnosti utjecanja na djetetov razvoj (Spiker i sur., 2005; Ljubešić, 2012). Krovno američko udruženje logopeda ASHA (American Speech-Language-Hearing Association) definira ranu intervenciju kao proces pružanja usluga i podrške djeci i njihovim obiteljima kada dijete kasni u razvoju, ima zdravstveno stanje ili teškoće koje mogu utjecati na uredan razvoj i učenje, ili kad kod djeteta postoji određeni rizik za nastanak teškoća ili razvojnog kašnjenja. Cilj rane intervencije je smanjiti negativne učinke teškoće na razvoj djeteta, na način da se identificiraju i obuhvate djetetove potrebe u svih pet razvojnih područja: kognitivni razvoj, komunikacijski razvoj, tjelesni razvoj (uključujući vid i sluh), socio-emocionalni razvoj te adaptivni razvoj (ASHA, n.d.). Još uvijek ne postoje ujednačena načela u provođenju rane intervencije, kao niti jednaka dostupnost rane intervencije za svu djecu u zemljama u kojima se ona provodi, no ono što jest uvriježeno je razdoblje u kojem se provodi rana intervencija, a koje obuhvaća period od rođenja do polaska u školu (Košiček i sur., 2009).

Godine 2011., Zakonom o socijalnoj skrbi, u zakonski sustav Republike Hrvatske prvi put je uvrštena rana intervencija kao „stručna poticajna pomoć djeci i stručna i savjetodavna pomoć njihovim roditeljima, uključujući i druge članove obitelji te udomitelje za djecu, kod nekog utvrđenog razvojnog rizika ili razvojne teškoće djeteta“ (Zakon o socijalnoj skrbi, 2012., čl. 91, st.1). U istom zakonu navodi se da se „usluga rane intervencije 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“ (Zakon o socijalnoj skrbi, 2012., čl. 91, st.

3). Prema ASHA-i (n.d.) pet je principa koji bi trebali biti niti vodilje prilikom provođenja postupaka rane intervencije:

- Usluge su orijentirane prema obitelji;
- Usluge su kulturološki i jezično osjetljive;
- Usluge podržavaju razvoj i promoviraju sudjelovanje djece u njihovom prirodnom okolišu;
- Usluge su sveobuhvatne, koordinirane i timski utemeljene;
- Usluge su utemeljene na dostupnim dokazima najviše kvalitete.

Ključni princip po kojemu se suvremeni oblik rane intervencije razlikuje od starog koncepta upravo je usmjerenost na obitelj. Obitelj je primarno okruženje svakog djeteta u kojem se dijete razvija i uči. Rane interakcije između roditelja i djeteta izrazito su važne za djetetov razvoj, stoga je osnaživanje roditelja u tim interakcijama te stvaranje partnerstva između stručnjaka i roditelja ključno za učinkovitu ranu intervenciju (Ljubešić, 2012). Program rane intervencije mora biti strogo individualiziran proces za dijete te polaziti od djetetovih sposobnosti i jakih strana, ali u središtu mora imati obitelj i prilagoditi se njihovom stilu života (Klein i Gilkerson, 2000). 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 podrške koji uključuje podršku stručnjaka;
- obitelj ima pristup željenim uslugama i aktivnostima koje su dostupne u zajednici.

Jedan od ciljeva programa rane intervencije je poboljšanje kvalitete života cijele obitelji. Kroz prava i usluge koje se nude u sklopu rane intervencije, obitelj djeteta povećava svoje kapacitete i mogućnosti za pružanjem adekvatne podrške djetetovu razvoju, što u konačnici dovodi i do poboljšanja kvalitete života (Epley i sur., 2011).

1.2. Rana intervencija kod djece s oštećenjem sluha

Osim općih principa suvremene rane intervencije, postoji i niz specifičnosti u pružanju usluga koje ovise o osobitosti pojedinog poremećaja (Ljubešić, 2012). Oštećenje sluha najčešći je

senzorni poremećaj - preko 5% svjetske populacije (432 milijuna odraslih i 34 milijuna djece) treba (re)habilitaciju oštećenja sluha (WHO, 2021). Trajno oštećenje sluha javlja se u 1 do 2 djece na 1000 novorođenih, što je češće od mnogih drugih prirodnih oštećenja (Marn, 2012). Težina, tj. stupanj oštećenja sluha i vrijeme nastanka imaju najviše utjecaja na posljedice koje oštećenja sluha ima na komunikaciju osobe (Bradarić-Jončić i Mohr, 2010). Tri su moguća razdoblja pojave oštećenja sluha: prenatalno razdoblje u kojem nastaje 60% svih oštećenja sluha, perinatalno u kojem nastaje 10% i postnatalno u kojem nastaje 30% oštećenja sluha (Bradarić-Jončić i Mohr, 2010), a oštećenje sluha s obzirom na dob pri nastanku može se kategorizirati kao prelingvalno i postlingvalno (Grosjean, 2010). Najopćenitija podjela prema težini oštećenja sluha je na naglušost i gluhoću, a oslanjanje na vid u komunikaciji raste proporcionalno s težinom oštećenja sluha (Bradarić-Jončić i Mohr, 2010).

Fetus može čuti već od 27. tjedna trudnoće, a slušni put, ukoliko je stimuliran zvukom, razvija se tijekom prve godine života (Mahulja-Stamenković, 2005). Ranija pojava oštećenja sluha znači i kraće razdoblje za razvoj slušnih puteva i slušnih centara, stoga rano oštećenje sluha često ima negativan utjecaj na razvoj jezika i govora jer se slušanjem uči značenje govornih signala, usvaja govor te ujedno uči govorni jezik (Chu i sur., 2003; Cole i Flexer, 2015). Prije uvođenja novorođenačkog probira na oštećenje sluha, glavni uzrok propuštenih prilika i zakašnjele rehabilitacije bila je kasna detekcija (prepoznavanje) oštećenja sluha, što je u konačnici dovodilo do kašnjenja i teškoća u jeziku, govoru i komunikaciji (Hall i sur., 2019). Izgubljeno vrijeme teško je nadoknaditi jer zbog nedostatka stimulacije propadaju i one slušne strukture koje su inače bile uredne i u mogućnosti prihvatiti i obraditi akustičke podražaje (Marn, 2012). Učestalost prirodnog oštećenja sluha i činjenica da intervencija prije šestog mjeseca života značajno poboljšava adaptaciju osoba oštećenog sluha, razlog su poticanja što ranije i preciznije dijagnostike (Joint Committee on Infant Hearing, 2000). Što ranija identifikacija je ključan faktor u smanjivanju negativnih posljedica koje prirodno ili rano stečeno oštećenje sluha ima na razvoj djeteta, a probir novorođenčadi na oštećenje sluha jedini je način na koji se može omogućiti dijagnostika oštećenja do 6 mjeseci starosti (Yoshinaga-Itano i sur., 1998). Europskim konsenzusom iz 1998. sveobuhvatni probir novorođenčadi na oštećenje sluha (SPNOS) navodi se kao najbolji način ranog otkrivanja prirodnog oštećenja sluha (Grandori i Lutman, 1999). Naziv sveobuhvatni odnosi se na ranu provjeru sluha u sve djece, a ne samo u djece koja su rizična. Na taj način

oštećenje sluha moguće je vrlo rano otkriti u sve novorođene djece i time što prije dijete uvesti sve postupke koji slijede ukoliko se oštećenje potvrdi (Marn i Kekić, 2016).

1.2.1. Probir na oštećenje sluha u Republici Hrvatskoj

Hrvatska je bila među prvim europskim državama koje su na nacionalnoj razini uvele sveobuhvatni probir novorođenčadi na oštećenje sluha (SPNOS), čime se prosječna dob otkrivanja oštećenja sluha spustila s dvije do tri godine na 6 mjeseci (Marn, 2005). SPNOS je u Republici Hrvatskoj započeo u rodilištu bolnice "Sv Duh", u veljači 2002., a u većini ostalih rodilišta krajem 2002. godine (Marn, 2005). Akcijom „Dajmo da čuju“ kupljeni su aparati za ispitivanje sluha metodom tranzitorne otoakustične emisije (OAE) za sva rodilišta u Hrvatskoj. Kupljeno je i osam aparata za automatsko ispitivanje akustičnog odgovora moždanog debla (A-ABR) za audiološke ambulante KBC „Sestre milosrdnice“, KBC Zagreb, Poliklinike SUVAG, KDB Zagreb, KBC Osijek, KBC Split i KBC Rijeka, a naknadno i za Polikliniku za rehabilitaciju u Splitu (Marn i Kekić, 2016). Hrvatska udruga za ranu dijagnostiku oštećenja sluha (HURDOS) 2003. godine potaknula je postupak za ozakonjenje programa probira, a Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi RH u 11. mjesecu 2006. godine propisalo je program obveznim za sva rodilišta u Hrvatskoj pa su od tada sva rodilišta u Hrvatskoj dužna provoditi probir na oštećenje sluha (Marn, 2012). Stvoren je postupnik probira za Hrvatsku (Marn i Kekić, 2016):

1. Na prvom stupnju sluh se provjerava putem OAE. Ispitivanje provode educirane medicinske sestre, drugi dan nakon poroda ili prije otpusta iz rodilišta. Ukoliko je dijete nakon prvog stupnja ispitivanja sluha pozitivno na oštećenje, naručuje se na ponovno ispitivanje za mjesec dana.

2. Kako bi se izbjeglo putovanje daleko od mjesta rođenja, u gradovima gdje ne postoje audiološke ambulante s A-ABR-om, drugi stupanj probira ponovno se provodi metodom OAE u rodilištu u kojem je dijete rođeno.

3. U slučaju da dijete ne prođe drugi stupanj probira, naručuje se na A-ABR u dogovorenu audiološku ambulantu.

Nakon postavljanja dijagnoze oštećenja sluha, ukoliko stručnjaci procijene da je potrebno s obzirom na vrstu i stupanj samog oštećenja sluha, djetetu se dodjeljuje slušno pomagalo od kojeg će imati najviše benefita. U nekim slučajevima dodjeljuje se klasično slušno pomagalo, a u drugim slučajevima preporučuje se ugradnja kohlearnog implantata. Prve implantacije u Hrvatskoj izvedene su 1996. godine, u početku samo odraslima, a danas i djeci staroj godinu dana (Bradarić-Jončić i Mohr, 2010). Vrijeme nastanka gluhoće, dob u kojoj je došlo do implantacije, trajanje gluhoće, preostala vlakna slušnog živca, rehabilitacija i vrsta implantata su čimbenici koji utječu na uspjeh implantacije i nijedan implantat ne vraća normalan sluh (Ivasović, 2002). Rano implantirana djeca (do druge godine života) postižu najveći napredak u komunikaciji, no određeni broj rano implantirane gluhe djece ipak ne uspije razviti govor i usvojiti jezik (Bradarić-Jončić i Mohr, 2010). Kohlearni implantat nije čarobno rješenje samo po sebi - ugradnja je tek početak nakon koje odmah treba uslijediti intenzivna (re)habilitacija (Ivasović, 2002).

1.2.2. Smjernice za ranu intervenciju kod djece s oštećenjem sluha

Program rane slušne detekcije i intervencije (The Early Hearing Detection and Intervention - EHDI) čine tri glavne komponente: probir na oštećenje sluha, identifikacija oštećenja sluha i rana intervencija. Da bi program bio učinkovit, sve tri komponente trebale bi započeti u strogo određenom vremenskom periodu i slijediti jedna drugu. Postoje jasni vremenski okviri za provođenje navedenih komponenti:

- 1) svoj novorođenčadi treba biti omogućen probir na oštećenje sluha najkasnije do 1. mjeseca starosti;
- 2) novorođenčad koja ne prođe inicijalni probir na oštećenje sluha treba proći naknadne provjere kako bi se oštećenje sluha potvrdilo najkasnije do 3. mjeseca starosti;
- 3) novorođenčadi s potvrđenim trajnim oštećenjem sluha treba omogućiti usluge rane intervencije do/prije navršenih 6 mjeseci starosti (Joint Committee on Infant Hearing, 2007).

Svrha ovih vremenskih okvira je osigurati da se kod novorođenčadi što ranije identificira oštećenje sluha te pravovremeno implementiraju protokoli i usluge kojima se potiču jezični i komunikacijski razvoj (Joint Committee on Infant Hearing, 2019). Rehabilitacijske usluge omogućuju

novorođenčadi sa značajnim oštećenjem sluha usvajanje jezika u okvirima urednog jezičnog razvoja (Finitzo i Crumley, 1999).

U Austriji je 2012. godine organizirana panel diskusija čiji rezultat je konsenzus o načelima rane intervencije kod djece s oštećenjem sluha:

1. Pristup uslugama treba biti rani, pravovremen i nepristran.
2. Potrebno je ostvariti partnerski odnos između obitelji i pružatelja usluga.
3. Izbori i odluke trebaju biti informirani.
4. Obitelji treba pružiti socijalnu i emocionalnu potporu.
5. Potrebno je podržati interakcije između djeteta i obitelji.
6. Potrebno je koristiti asistivnu tehnologiju i podržavajuće oblike komunikacije.
7. Pružatelji usluga moraju biti kvalificirani.
8. Potrebno je osigurati timsku suradnju među stručnjacima koji su uključeni u ranu intervenciju (Moeller i sur., 2013).

1.2.3. Tim za ranu intervenciju

Europska agencija za razvoj obrazovanja djece s posebnim obrazovnim potrebama 2003. godine napravila je pregled aktualne situacije glede rane intervencije, u kojem navodi timski rad kao jednu od važnih komponenti kvalitetne realizacije rane intervencije. Pritom naglašava kako izgradnja pravog timskog rada nije jednostavna jer zahtjeva interdisciplinarni rad i suradnju, ne samo sa stručnim članovima tima, nego i s roditeljima (European Agency for Development in Special Needs Education, 2005).

Postoji više modela prema kojima se može organizirati timski rad u području rane intervencije. Multidisciplinarni model je oblik suradnje među stručnjacima kojim se održavaju granice između pojedinih disciplina. Stručnjaci različitih discipline rade zajedno, ali dolazi do podjele rada, te različiti disciplinarni okviri istražuju zasebne aspekte iste cjeline (Cerovac, 2013). Finkelman (2006) navodi prednosti rada u multidisciplinarnom timu: stručnjaci su bolje upoznati s

ulogama drugih stručnjaka, a to pozitivno utječe na međusobnu komunikaciju; bolje surađuju, a to poboljšava kvalitetu pruženih usluga; imaju širi repertoar znanja i vještina, što također poboljšava kvalitetu usluga i imaju veću mobilnost i prilike u karijeri. U okviru interdisciplinarnog timskog rada, stručnjaci različitih disciplina rade zajedno u područjima koja se preklapaju i grade zajednički model za discipline koje su uključene (Cerovac, 2013). Transdisciplinarni pristup, u usporedbi s multidisciplinarnim i interdisciplinarnim, ima najveći potencijal odgovora na sve veće zahtjeve jer je zapravo kombinacija ta dva pristupa - od multidisciplinarnog je preuzeta kompartmentalizacija znanja, a od interdisciplinarnog povezivanje disciplina (Cerovac, 2013)

Tim za ranu intervenciju uvijek se formira na osnovi potreba djeteta i fleksibilno je organiziran (Strauss, 2006). Moeller i sur. (2013) kao članove tima navode stručnjake ovih profila: učitelji djece koja su gluha ili nagluha, logopedi, otorinolaringolozi, audiolozi, gluhi/nagluhi mentori, učitelji znakovnog jezika, psiholozi, socijalni radnici, pedijatri, doktori obiteljske medicine, radni terapeuti, fizioterapeuti, ostali liječnici specijalisti, npr. neurolozi i psihijatri. Liječnici, a posebno pedijatri, doktori obiteljske medicine i otorinolaringolozi, predstavljaju vitalne članove stručnog tima za uspješan novorođenački probir sluha te program rane detekcije i intervencije (Yoshinaga-Itano, 2004).

Strauss (2006) opisuje uloge stručnjaka u timu koji se brine za djecu s oštećenjem sluha:

- Pedijatar – liječnik koji se brine za cjelokupno zdravlje djeteta. Pruža zdravstvene usluge koje su kontinuirane, koordinirane, sveobuhvatne, orijentirane obitelji i kulturalno osjetljive, te priprema globalni plan zdravstvene i rehabilitacijske skrbi za određeno dijete.
- Audiolog – uključen je u sve komponente programa rane intervencije te u kontinuirane audiološke procjene. Pomaže obitelji u učinkovitoj tranziciji od probira do rehabilitacije. Sudjeluje u podešavanju amplifikacijskih i slušnih pomagala. Procjenjuje kvalitetu programa. Educira i savjetuje roditelje. Sudjeluje u kreiranju terapijskog plana, koordinira usluge i pruža izravne rehabilitacijske usluge. Sudjeluje u procjeni za dodjelu kohlearnog implantata. Evaluira pravovremenost i adekvatnost usluga.
- Otorinolaringolog – liječnik čija specijalnost uključuje identifikaciju, evaluaciju i tretiranje bolesti uha i sindroma povezanih sa oštećenjem sluha. Određuje etiologiju oštećenja sluha, prisutnost čimbenika rizika za oštećenje sluha, potrebu za medicinskim i/ili kirurškim

intervencijama, informira o oštećenju sluha i sudjeluje u procjeni za dodjelu amplifikacijskih i slušnih pomagala te kohlearnog implantata.

- Logoped – procjenjuje jezik, govor i komunikaciju i provodi terapiju jezičnih, govornih i komunikacijskih teškoća.
- Edukator djece s oštećenjem sluha (eng. Educator of children with hearing loss) – integrira razvoj komunikacijske kompetencije s cjelokupnim razvojem djeteta, uključujući socijalni, jezični i akademski kontekst.
- Ostali stručnjaci – trebaju biti educirani u području slušnog, govornog i jezičnog razvoja te komunikacijskih pristupa za djecu i roditelje.

Prema Early Childhood Intervention (2005), dio stručnog tima za ranu intervenciju su još i:

- Psiholog - procjenjuje i evaluira djetetov razvoj, pruža psihološku i socijalnu podršku, daje pedagoške smjernice i osigurava povezanost sa socijalnom službom i resursima.
- Socijalni radnik – pruža socijalnu podršku i rješava socijalno rizične situacije te povezuje primatelje usluga s drugim strukama koje su im potrebne.
- Edukacijsko-rehabilitacijski stručnjak (eng. early childhood educator) – provodi ranu procjenu djetetova razvoja, prati tijek programa rane intervencije, provodi razvojni program, surađuje s medicinskim sestrama i njegovateljima.
- Medicinska sestra – uključena je u zdravstvenu prevenciju i skrb te informiranje o zdravstvenim pitanjima; U našem zdravstvenom sustavu educirane medicinske sestre putem OAE provode prvi stupanj probira (Marn i Kekić, 2016).

Postoje razlike u organiziranosti zdravstvenih i ostalih sustava između različitih zemalja, pa se tako i zdravstveni sustav u Hrvatskoj te uloge stručnjaka u njemu donekle razlikuju od onih koje je opisala Strauss. Naziv audiolog ne odnosi se na otorinolaringologa sa subspecijalizacijom audiologije, kao što je to slučaj u hrvatskom zdravstvenom sustavu, već na stručnjaka čije se obrazovanje uvelike preklapa s onim u logopeda, ali je specijaliziran za oštećenja sluha. Audiolozi i logopedi u SAD-u su stručnjaci dvije različite struke koje su snažno povezane. Audiolozi se specijaliziraju za dijagnostiku, prevenciju i terapiju problema slušanja i ravnoteže, a logopedi za dijagnostiku i terapiju poremećaja jezika, govora i gutanja. S obzirom da se oštećenja sluha obično

odražavaju i na jezične sposobnosti, ovi stručnjaci vrlo često i vrlo usko surađuju (Audiologist & Speech-Language Pathologist (SLP) Programs, 2022) .

U nekim ustanovama u Hrvatskoj, kao što su Poliklinika Suvag i Centar za odgoj i obrazovanje Slave Raškaj Zagreb, u (re)habilitaciju kod oštećenja sluha uključeni su i fonetičari/audiorehabilitatori. To su stručnjaci koji su, nakon završenog prediplomskog sveučilišnog studija, završili diplomski studij Fonetike, smjer Rehabilitacija slušanja i govora. Audiorehabilitatori provode rehabilitaciju poremećaja slušanja i govora te ispravljaju govorne pogreške govornika – dikciju, intonaciju i naglaske te potiču razvoj slušanja i komunikacije kod korisnika s oštećenjem sluha (e-Usmjeravanje - Fonetičar/Fonetičarka, 2022). Postoje određena preklapanja u opisu uloge logopeda i fonetičara/audiorehabilitatora, pa njihovo zaposlenje, opseg posla i usluge koje pružaju uvelike ovise o načinu organizacije same ustanove te o (re)habilitacijskom pristupu koji se provodi u toj ustanovi. Primjerice, u Centru za odgoj i obrazovanje Slave Raškaj Zagreb, audiorehabilitator koji provodi audiorehabilitaciju može biti stručnjak sa završenim sveučilišnim studijem logopedije ili fonetike, dok logopedsku terapiju poremećaja jezika, komunikacije i govora različitih populacija može provoditi samo stručnjak sa završenim sveučilišnim studijem logopedije.

U nekim ustanovama u ranu intervenciju djece s oštećenjem sluha uključen je i radni terapeut. Radna terapija namijenjena je osobama čije su sposobnosti obavljanja aktivnosti koje se tiču osobne njege, zaposlenja i slobodnog vremena narušene zbog oštećenja, bolesti, poremećaja u razvoju ili fizičke ozljede. Terapija koju radni terapeut provodi usmjerena je na poticanje pacijenata na samostalno izvođenje za život potrebnih vještina. Radni terapeut najčešće radi kao jedan od članova stručnog tima u bolnicama, rehabilitacijskim ustanovama, domovima umirovljenika i ustanovama za osobe s teškoćama u razvoju (e-Usmjeravanje – Radni terapeut, 2022).

Stručnjak, čija je uloga u ranoj intervenciji također bitna je odgojitelj. Uloga odgojitelja u ranoj intervenciji djece s oštećenjem sluha je provedba određenih prilagodbi koje bi djeci s oštećenjem sluha barem donekle omogućile ravnopravno sudjelovanje u vrtičkim skupinama. Stoga odgojitelji trebaju biti odgovarajuće informirani o djetetovom oštećenju sluha, slušnim pomagalicama koje djeca koriste, djetetovoj komunikaciji i potrebama za prilagodbu (Hranić, 2017). S obzirom da odgojitelji provode iznimno mnogo vremena s djecom u njihovoj ranoj i predškolskoj

dobi, ukoliko su adekvatno educirani, u poziciji su primijetiti oštećenje sluha koje je ostalo neotkriveno te je jako bitno da ih se informira o oštećenju sluha kod djece.

Važno je naglasiti ulogu pedijatra u ranoj intervenciji kod djece s oštećenjem sluha. Pedijatar redovito viđa novorođenčad i roditelje, a roditelji od pedijatra često traže informacije o zdravstvenim i razvojnim potrebama svog djeteta (Moeller i sur., 2006a). Pedijatar se brine za cjelokupno zdravstveno stanje djeteta, provodi sistematske preglede i upućuje dijete drugim stručnjacima ovisno o potrebi. Uloga pedijatra je i praćenje obitelji djece kojoj iz nekog razloga nije učinjen probir ili je im je potrebno učiniti naknadnu provjeru sluha, zatim poticanje roditelja da se s djetetom odazovu na provjeru sluha u bolnicu, upućivanje djeteta na audiološku obradu i savjetovanje obitelji kroz cijeli proces (Finitzo i Crumley, 1999). Pedijatri su ključni i u pravovremenom prepoznavanju ranih postnatalnih trajnih oštećenja sluha koja nisu bila prisutna u vrijeme provođenja novorođenačkog probira (Marn i sur., 2017). Naime, u novorođenačkom razdoblju prisutna je većina svih trajnih oštećenja sluha (oko 70%), no za ranu detekciju najproblematičnija su ona koja nastaju naknadno u djetinjstvu (oko 30%) (Morton i Nance, 2006). Kako navode Marn i sur. (2017), u Hrvatskoj ne postoji sustavna provjera sluha u predškolskoj dobi, stoga se problem prekasne detekcije ovih oštećenja pokušao riješiti na način da se roditelji senzibiliziraju za odstupanja slušanja i govora putem brošura u kojima su navedeni miljkazi urednog razvoja od rođenja do 5. godine života. U praksi se pokazalo da to nije dovoljno i da je za problem naknadnih i progresivnih oštećenja sluha potrebno senzibilizirati i pedijatre u primarnoj zaštiti. Preporuka je da pedijatri, tijekom sistematskih pregleda dojenčadi starije od 6 mj. i male djece, provjere prisutnost refleksnih reakcija na izvor zvuka te upute dijete na audiološku obradu ukoliko uoče neadekvatne reakcije (Marn i sur., 2017). To bi pomoglo sniziti prosječnu dob u kojoj se dijagnosticiraju ova oštećenja i omogućilo ranije uključivanje obitelji ove djece u rehabilitaciju, čime bi se preveniralo veliko zaostajanje u jeziku i govoru koje je inače roditeljima prvi znak upozorenja da nešto nije u redu (Marn i sur., 2017).

1.2.4. Pristupi u (re)habilitaciji

U ustanovama u kojima se provode i dijagnostika i rehabilitacija oštećenja sluha i koje u stručnom timu imaju i logopeda, roditelji u teoriji vrlo brzo mogu doći do informacija o svim

(re)habilitacijskim mogućnostima, ukoliko logoped sudjeluje u informiranju roditelja i ukoliko ih adekvatno informira o svim opcijama. No, u našem zdravstvenom sustavu, nakon provedenog probira i potvrđenog oštećenja sluha, roditelje o oštećenju sluha njihova djeteta i (re)habilitacijskim mogućnostima obično informiraju audiolozi ili otorinolaringolozi. Liječnici roditelje obično usmjeravaju na oralni pristup u (re)habilitaciji prema kojem je, uz pomoć slušnih pomagala ili kohlearnog implantata, fokus na vještinama slušanja i govornom jeziku (Carrigan i Coppola, 2020). Prilikom informiranja roditelja rijetko se spominje varijabilnost uspjeha kohlearne implantacije i njezinih posljedica na jezični razvoj, a znakovni jezik najčešće se niti ne uzima u obzir (Carrigan i Coppola, 2020). To najčešće rezultira orijentacijom roditelja na oralni pristup i usmjerenošću na govor. No, zbog varijabilnosti u stupnjevima, dobi nastanka i vrsti oštećenja sluha te varijabilnosti u optimalnosti samih slušnih pomagala, govorni jezik nije uvijek u potpunosti dostupan djeci s oštećenjem sluha (Clark i sur., 2020). Heterogenost dječje populacije s oštećenjem sluha, nemogućnost predviđanja koje dijete će profitirati od slušnih tehnologija i usmjerenost na oralni pristup vode do široke varijabilnosti u jezičnim sposobnostima među djecom te na kraju mnoga djeca jezično kasne za svojim čujućim vršnjacima (Greene-Woods, 2020). Jezični razvoj ima veliki utjecaj na ostala razvojna područja pa zanemarivanje jezičnog razvoja sa sobom nosi rizik za nepovoljne psihosocijalne i razvojne ishode (Humphries i sur., 2014).

Kako bi se osigurao adekvatan jezični razvoj, uz pristup govornom jeziku pomoću kohlearne implantacije, sva gluha djeca trebala bi dobiti potpuni pristup znakovnom jeziku (Humphries i sur., 2014). Unutar zajednice Gluhih postoji bimodalna dvojezičnost, vrsta dvojezičnosti u kojoj članovi zajednice usvajaju i koriste znakovni jezik (jezik manjine stanovništva) i govorni jezik (jezik većine stanovništva) u govornom ili pisanom obliku (Grosjean, 2010). Gluhim osobama znakovni jezik služi kao sredstvo komunikacije između članova zajednice Gluhih, a govorni jezik većinske zajednice potreban im je za svakodnevno funkcioniranje izvan zajednice Gluhih (Grosjean, 2010). Znakovni jezik direktno i indirektno potiče razvoj govornog jezika (Grosjean, 2010). Direktan utjecaj prvog jezika (znakovnog jezika) na usvajanje drugog jezika (govornog jezika) potvrđuje „Hipotezu međusobnog razvojnog odnosa“ (engl. developmental interdependence hypothesis), unutar koje se tvrdi da razvoj kompetencija u drugom jeziku značajno ovisi o kompetenciji prvog jezika, jer će razina jezične kompetencije prvog jezika omogućiti razvoj vještina potrebnih za dostizanje sličnih razina jezične kompetencije drugog jezika (Cummins, 1979). Prema navedenoj hipotezi, može se zaključiti da znakovni jezik, koji

dijete u bimodalno dvojezičnom pristupu usvaja kao prvi jezik, neće usporiti razvoj govornog jezika, već će ga olakšati. Mnoge obitelji potvrdile su da je, u slučajevima u kojima je oralni pristup bio nedovoljno uspješan, učenje znakovnog jezika njihovom gluhom djetetu s vremenom omogućilo pristup i govornom jeziku (Hamilton i Clark, 2020). Aktualna istraživanja pokazala su da se bimodalno dvojezičnim pristupom uvelike izbjegavaju jezična kašnjenja i postižu bolji jezični i kognitivni ishodi nego li s intervencijama koje su orijentirane samo na govor i govorni jezik (Davidson i sur., 2014). Za uspješnu ranu intervenciju ključno je roditelje informirati o svim (re)habilitacijskim mogućnostima i njihovim posljedicama na psihosocijalni razvoj te razvoj komunikacije, jezika i govora, a vrlo korisno bi u informiranje bilo uključiti odrasle gluhe osobe koje su bimodalno dvojezične kako bi roditeljima mogle poslužiti kao jezični model (Hamilton i Clark, 2020).

Neki programi rane, obitelji usmjerene rane intervencije za gluhi i nagluhu djecu nude u sklopu svojih usluga i programe „Gluhog mentora“. Gluhi Mentor je gluha ili nagluha osoba koja je aktivno uključena u zajednicu Gluhih, fluentna u znakovnom jeziku, educirana o principima rane intervencije te koja čujućim roditeljima gluhe i nagluhe djece služi kao primjer uspješne, samostalne i neovisne gluhe ili nagluhe odrasle osobe kakvom i njihovo dijete može postati. Gluhi Mentor čujuće roditelje upoznaje s kulturom i jezikom Gluhih, informira ih o mogućim opcijama i daje im strategije i savjete kako bi se lakše prilagodili svom djetetu i podržali ga. Gluhi Mentor izravno radi s gluhim djetetom, služeći kao jezični model i uči obitelj i dijete kako učinkovito komunicirati te održava kontakt s ostalim stručnjacima koji čine tim za ranu intervenciju (SKI HI Deaf Mentor Program, 2020). Gluhi Mentori pohađaju trodnevne radionice nacionalnog Sensory Kid Impaired Home Intervention (SKI HI) programa, putem kojih se educiraju kako čujućim obiteljima pružiti znanje o američkom znakovnom jeziku (ASL) te strategije kojima mogu podržati engleski jezik svog gluhog djeteta. Na ovaj način gluha djeca postaju dvojezična jer uče ASL i engleski jezik, što im daje podlogu za akademski uspjeh i mogućnost komunikacije i sa čujućima i sa gluhima (Watkins i sur., 1998). Uključivanjem Gluhog Mentora u tim koji informira roditelje, neposredno nakon što je njihovom djetetu potvrđena gluhoća, može pružiti roditeljima psihološko olakšanje jer vide uspješnu odraslu gluhu osobu koja im može poslužiti kao primjer svega onoga što i njihovo dijete može postići (Hamilton i Clark, 2020). Obitelji gluhe djece koje su uključene u ovaj program smatraju da im program pruža holistički pristup koji pokriva sva područja oko kojih su bili zabrinuti i daje im sigurnost da i njihovo dijete može biti uspješno (Hamilton i Clark,

2020). Watkins i sur. (1998) su eksperimentalnim projektom „Glui Mentor“, ispitivali učinkovitost usluga ovog programa za gluhu djecu od 0 do 5 godina i njihove obitelji. Projekt se provodio kroz 3 godine, na SKI-HI institutu. Glui mentori redovito su posjećivali obitelji i poučavali ih znakovnom jeziku i kulturi Gluih. Obitelji su također posjećivali savjetnici za roditelje koji su s roditeljima radili na djetetovim slušnim vještinama, engleskom jeziku i pismenosti. Ovi posjeti gluih mentora i savjetnika za roditelje rezultirali su stvaranjem dvojezično-bikulturalne okoline za dijete. Djeca koja su bila uključena u ovaj program uspoređena su s djecom koja nisu imala gluhog mentora, već samo savjetnika za roditelje. Djeca koja su odrastala u dvojezično-bikulturalnoj okolini imala su bolja jezična znanja, veći rječnik, bolju komunikaciju i bolju sintaksu engleskog jezika od djece koja su odrastala u jednojezičnoj-monokulturalnoj okolini (Watkins i sur., 1998).

1.3. Izazovi u provedbi rane intervencije kod djece s oštećenjem sluha

1.3.1. Odaziv roditelja na drugi stupanj probira

Jedan od najvećih izazova u ranoj intervenciji kod djece s oštećenjem sluha je uvjeravanje roditelja da se odazovu na naknadnu provjeru sluha koja je nužna kako bi se djetetu identificiralo oštećenje sluha i kako bi ga se što prije uključilo u rehabilitaciju (Finitzo i Crumley 1999). Četiri su razloga zašto se organizira naknadna provjera sluha: 1) probir iz bilo kojeg razloga nije učinjen u rodilištu; 2) dijete nije prošlo na prvom stupnju probira; 3) dijete je rizično za razvoj odgođenog ili progresivnog oštećenja sluha ; 4) probir u rodilištu bio je nepotpun (Finitzo i Crumley, 1999).

Rezultati istraživanja, koje su 2016. godine proveli Marn i Kekić, pokazali su da se na drugi stupanj probira od 2003. do 2014. godine u prosjeku odazvalo 81,4% djece koja nisu prošla na prvom stupnju probira. Odaziv ovisi o brojnim čimbenicima kao što su opće djetetovo stanje i pridružene bolesti, informiranost roditelja, dostupnost stručnog osoblja i informiranost pedijatara u primarnoj zdravstvenoj zaštiti (Marn i Kekić, 2016). Kako bi se osigurao zadovoljavajući odaziv roditelja na naknadne provjere sluha, ključni su pravilno i sistematično vođenje dokumentacije probira, edukacija medicinskih tehničara o informacijama koje roditeljima trebaju prenijeti nakon probira, te angažiranje pedijatara da prate i usmjeravaju roditelje djece kojima probir nije učinjen

ili kojima treba učiniti naknadnu provjeru sluha (Finitzo i Crumley, 1999). Mnogi roditelji djece s oštećenjem sluha smatraju kako postoji preveliki vremenski razmak između inicijalnog probira i naknadnih pretraga i kako im nije naglašena važnost naknadnih pretraga sluha (Arnold i sur., 2006). Bolji odaziv moguće je postići boljim informiranjem roditelja kod otpusta iz rodilišta i provjerom otpusnog pisma iz rodilišta kad patronažna služba posjeti dijete, ili kada dijete dođe na pregled kod pedijatra. (Marn i Kekić, 2016).

1.3.2. Pravovremeno uključivanje i dostupnost usluga

Nakon identifikacije oštećenja sluha, ostaje problem pravovremenog uključivanja u rehabilitaciju. Uu praksi se rijetko prate smjernice koje je 2007. godine izdao Joint Committee on Infant Hearing, prema kojima se novorođenčadi s potvrđenim trajnim oštećenjem sluha trebaju omogućiti usluge rane intervencije prije navršenih 6 mjeseci starosti. Vrijeme od dijagnoze do početka sustavnog rada s djetetom, po procjeni roditelja, kreće se između 6 i 24 mjeseca (Mihaljević, 2016). Preduge su liste čekanja na uključivanje i prekasno se započinje s provedbom intervencije (Ljubešić, 2004). Prema izvještaju Centra za kontrolu i prevenciju bolesti, neka djeca kojima je identificirano oštećenje sluha uopće se ne uključe u rehabilitaciju, što potvrđuje činjenica da je 2017. godine zabilježeno je samo 65.1% djece koje se uključilo u program rane intervencije nakon što im je identificirano oštećenje sluha. Rana detekcija oštećenja sluha bez uključivanja u (re)habilitaciju nema smisla jer se time poništava sam smisao rane detekcije, a to je što ranije uključivanje u terapiju i pružanje podrške obitelji (Finitzo i Crumley, 1999). S obzirom da se 96% gluhe djece rodi čujućim roditeljima koji većinom nikad nisu upoznali gluhu osobu, uključivanje obitelji u sustav rane intervencije osobito je bitno kako bi roditelji naučili kako komunicirati s djetetom i kako poticati njegov cjelokupni razvoj (Mitchell i Karchmer, 2004). Roditelji koji su uključeni u programe rane intervencije bolje su se prilagođavali djetetovoj dijagnozi u odnosu na roditelje koji nisu pohađali takve programe (Pelchat i sur, 1999). Izvještavali su o manjoj razini stresa povezanog s roditeljstvom, imali su pozitivniju percepciju i stavove koji se tiču djetetove teškoće i više povjerenja u vlastite resurse (Pelchat i sur, 1999).

U Hrvatskoj ne postoje usustavljeni podaci o programima rane intervencije i načinima njihove realizacije, kao niti programi za evaluaciju i praćenje rada savjetovališta, udruga i centara

koji provode ranu intervenciju (Košiček i sur., 2009). Roditelji nastoje djetetu osigurati najbolju moguću podršku, ali su suočeni sa sustavom rane intervencije koji u Hrvatskoj još nije zaživio u punom smislu (Milić Babić i sur., 2013). Nepostojanje mreže rane intervencije rezultira nedovoljnom informiranošću roditelja koji su zbunjeni i preplašeni nerijetko prepušteni sami sebi pa dragocjeno vrijeme gube lutajući između sustava (Košiček i sur., 2009; Ljubešić, 2012). U Hrvatskoj programi rane intervencije postoje samo u velikim gradovima, dok u manjim gradovima ne postoje ni dijagnostičke ni savjetodavne usluge za ranu intervenciju (Ljubešić, 2004; Košiček i sur., 2009). Obitelji su primorane putovati u veće gradove, a nerijetko i preseliti se kako bi svojoj djeci omogućile adekvatnu podršku. Uz nedostatke ustanova za rehabilitaciju u manjim sredinama, prisutan je i manjak specijaliziranog stručnog osoblja koje bi provodilo usluge rane intervencije, a posebno osoblja različitih disciplina koje bi moglo oformiti multidisciplinarni tim za ranu intervenciju (JCIH, 2007; Ljubešić, 2004).

1.3.3. Timski rad i partnerski odnos roditelja i stručnjaka

Meisels i Shonkoff (1990) identificirali su 4 izazova koja treba prevladati kako bi se poboljšao sustav rane intervencije: preoblikovanje sustava pružanja usluga, odmak od tradicionalnog promišljanja o granicama između struka, promjena odnosa između roditelja i stručnjaka i usklađenost ciljeva usluga s potrebama korisnika. Ovi izazovi su i dalje aktualni i problematični u stvaranju i provedbi učinkovitih programa rane intervencije, a najveće razočaranje su nedostatak timskog rada među stručnjacima i koordinacije u pružanju usluga (Harbin i sur., 2000). Ideja koordinacije i suradnje između različitih stručnjaka temelji se na pretpostavci da integracija i koordinacija različitih usluga dovodi do boljih ishoda rane intervencije (Dunst i Bruder, 2002). Probleme u učinkovitom radu stručnog tima i koordiniranju usluga mogu uzrokovati neki od navednih čimbenika: netočne informacije, manjak povjerenja, nejasni opisi uloga stručnjaka u timu, pogrešno razumijevanje uloga i odgovornosti, nejasni ili suprostavljajući ciljevi, neadekvatno planiranje, manjak vodstva, nestabilno vodstvo ili više voditelja programa, manjak fleksibilnosti te ograničavanje sudjelovanja članova tima u donošenju odluka (Ndoro, 2014). Neučinkovita suradnja i konflikti među članovima tima mogu negativno utjecati na pružanje usluga i produljiti vrijeme donošenja bitnih odluka (Finkelman, 2006). Ukoliko se ne poboljša integracija aktivnosti između stručnjaka koji pružaju usluge, neće biti moguće djeci i

njihovim obiteljima pružiti podršku kakva im je potrebna za maksimalno poticanje djetetovog razvoja (Harbin i sur., 2000). Potrebno je otvoriti linije za komunikaciju, utvrditi uloge stručnjaka u timu te dijeliti odgovornosti i informacije među članovima tima (Danahauer i sur., 2006). Zadatak stručnjaka iz domene rane intervencije je poboljšanje međusobne suradnje i povećanje utjecaja na kreatore javnih politika kako bi se stvorili uvjeti za najbolje moguće ishode intervencije za djecu s razvojnim rizicima i razvojnim teškoćama (Ljubešić, 2012).

Rana negativna iskustva roditelja imaju značajnu ulogu u formiranju negativnih stavova o stručnjacima i ranoj intervenciji, te su povezana s roditeljskim stresom i osjećajem nekompetentnosti u roditeljskoj ulozi (Sarimski i sur., 2013). Zato je ključno da prvi susreti roditelja i stručnjaka prođu u ugodnom ozračju kako bi se mogli postaviti temelji dobrog suradničkog odnosa na relaciji roditelj-stručnjak. Cilj obitelji orijentirane rane intervencije za djecu s oštećenjem sluha je razvoj uravnoteženog partnerskog odnosa između obitelji i stručnjaka koji im pružaju podršku. Karakteristike tog partnerskog odnosa trebaju biti uzajamno povjerenje, poštovanje, iskrenost, suradnja i otvorena komunikacija, a stručnjaci trebaju biti osjetljivi na kulturološke različitosti (Moeller i sur., 2013). Ipak, roditelje se nerijetko zanemaruje i nedovoljno ih se uključuje kao partnere i ravnopravne članove tima (Košiček i sur., 2009). Stručnjaci prepoznaju važnost partnerskog odnosa s roditeljima, no u praksi ga teže ostvaruju (Blue-Banning i sur., 2004). Središnji problemi u uspostavljanju partnerstva između roditelja i stručnjaka su nedostatak suradnje, povjerenja i osnaživanja roditelja kroz edukaciju (Blue-Banning i sur., 2004). Osnaživanje roditeljskog samopouzdanja i kompetencija kroz procese edukacije i savjetovanja ključno je za uspješnu ranu intervenciju jer roditelji koji imaju više znanja i vještina učinkovitije mogu poticati razvoj svog djeteta (Majnemer, 1998).

1.3.4. Informiranje roditelja

Stručnjaci uključeni u detekciju oštećenja sluha i ranu intervenciju informiraju i usmjeravaju roditelje kroz cijeli proces. Roditelji smatraju da je optimalno vrijeme za informiranje o postupku novorođenačkog probira na oštećenje sluha treći semestar trudnoće, a ne neposredno nakon poroda jer su tada nisu u mogućnosti percipirati i obraditi sve informacije (Arnold i sur., 2006). Uz razgovor sa stručnjacima trebalo bi roditeljima ponuditi i pisane informacije, kao

nadopunu za što uspješnije informiranje. Na taj način bi se smanjio pritisak da moraju upamtiti veliku količinu važnih informacija (Laugen, 2013). Brošure koje na sažet i jasan način pružaju sve bitne informacije, i koje bi liječnici u primarnoj zdravstvenoj zaštiti mogli podijeliti roditeljima, bile bi od velike pomoći u kvalitetnom informiranju roditelja (Moeller i sur., 2006a). Roditelji žele kratke i jasne informacije o tome što rezultat probira znači te žele da im se naglasi važnost nakadnih provjera sluha (Arnold i sur., 2006).

Bitno je da su tijekom razgovora sa stručnjakom, koji ih informira o oštećenju sluha njihova djeteta i daljnjim rehabilitacijskim opcijama, prisutna oba roditelja . U suprotnom se roditelj koji nije prisutan može osjećati izostavljeno i neinformirano te kriviti partnera za zaboravljanje bitnih informacija, a roditelj koji je prisutan može osjećati veliki pritisak da, u ionako stresnoj situaciji, upamti i prenese veliku količinu informacija i pita sva važna pitanja (Laugen, 2013). Ukoliko su prisutna oba roditelja, svaki ima mogućnosti informacije čuti iz prve ruke i postaviti sva pitanja koja mu padnu na pamet, a uz to su jedno drugom emocionalna potpora (Laugen, 2013). Roditelji su izrazili želju za jasnim odgovorima na pitanja, posebno oko uzroka i karakteristika oštećenja sluha njihova djeteta, utjecaja oštećenja sluha na razvoj djeteta, o uslugama i pravima namijenjenim njihovoj djeci te informacije o miljokazima jezičnog i govornog razvoja (Laugen, 2013; Iversen i sur., 2003; Arnold i sur., 2006). S obzirom da je teško predvidjeti razvojne ishode malog djeteta s oštećenjem sluha, roditeljima se često ne mogu dati točni i precizni odgovori. Bitno je roditeljima objasniti zašto neke informacije nisu jasne i precizne jer inače roditelji mogu pretpostaviti da stručnjak nije kompetentan ili da mu nije stalo da istraži i pronađe odgovore na njihova pitanja (Laugen, 2013).

Uz kvalitetniju informiranost, roditelji bolje razumiju svoje dijete te smirenije i realnije gledaju na djetetovu budućnost (Brozović, 2003). Laugen (2013) je navela smjernice koji su od pomoći prilikom informiranja obitelji djeteta s oštećenjem sluha: 1) objasniti razlog nejasnoće informacija; 2) izbjegavati selektivne informacije; 3) pružiti informacije i u pisanom obliku i kroz razgovor; 4) detaljnije pojasniti nejasne informacije; 5) informirati oba roditelja; 7) poticati samostalno traženje informacija.

1.4. Informiranost audiologa, otorinolaringologa i pedijatarata o ranoj intervenciji

Dužnost liječnika je pomoći obiteljima djece s trajnim oštećenjem sluha da dobiju pravovremene i primjerene usluge probira, dijagnostike i rane intervencije (Munoz i sur., 2009). Liječnici koji su najvažniji za ranu intervenciju kod djece s oštećenjem sluha su specijalisti otorinolaringologije, subspecijalisti audiologije te specijalisti pedijatrije, posebice oni u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Pedijatri u primarnoj zaštiti redovito viđaju djecu, osobito tijekom prve dvije godine života, provode sistematske preglede, često kontaktiraju s obiteljima, a roditelji ih doživljavaju kao primarni izvor informacija (Matthews i sur., 2009; Young i sur., 1998). No, prosječni pedijatar u tijeku svoje kliničke prakse vidi samo oko dvanaestero gluhe djece pa je to niže na njihovoj listi prioriteta nego li neka druga zdravstvena stanja s kojima se češće susreću (Moeller i sur., 2006a). Audiolozi i otorinolaringolozi imaju ključnu ulogu u postavljanju definitivne dijagnoze oštećenja sluha, uključivanju djece u ranu intervenciju i sprječavanju da se djeca i obitelji izgube u procesu naknadnih provjera i upućivanja različitim stručnjacima (Bower i St John, 2014.; Danhauer i sur., 2006). Kako bi kvalitetno informirali roditelje, liječnici i sami moraju biti dobro informirani o ranoj intervenciji. Znanje i stavovi pedijatarata i otorinolaringologa presudni su u pravovremenom upućivanju u ranu intervenciju, stoga je nužno da ovi liječnici razumiju ciljeve programa rane detekcije i intervencije (Yoshinaga-Itano, 2004). Nažalost, vrlo malo informacija je sustavno prikupljeno i analizirano kako bi se saznalo što ovi liječnici znaju o ranoj intervenciji, a o čemu ih treba dodatno educirati (Moeller i sur., 2006a). Za uspješnost programa probira i rane intervencije nužno je konstantno nadziranje na lokalnoj i nacionalnoj razini te procjenjivanje znanja, sudjelovanja i stavova liječnika koji su uključeni u ove programe (Johnson i sur., 2009).

Sustavni pregled literature o istraživanjima znanja, prakse i stavova liječnika o sveobuhvatnom probiru novorođenčadi na oštećenje sluha te ranoj intervenciji iz 2009. godine obuhvatio je devet istraživanja iz SAD-a, a pregledni rad iz 2018. godine dvadeset istraživanja s engleskog govornog područja (Johnson i sur., 2009; Ravi i sur., 2018). Većina istraživanja uključivala je pedijatre, a nekolicina i otorinolaringologe. Rezultati svih istraživanja obuhvaćenih studijom iz 2009. godine ukazali su na nedostatke u znanju liječnika o dijagnosticiranju i ranoj intervenciji kod novorođenčadi s oštećenjem sluha, te potvrdili potrebu za boljim informiranjem ovih stručnjaka, baš kao i rezultati većine istraživanja obuhvaćenih studijom iz 2018. godine, koji su ukazali na nedostatke u znanju stečenom tijekom fakulteta i specijalizacije/subspecijalizacije,

nedostatnu informiranost o točnim koracima probira, o uzrocima oštećenja sluha u novorođenčadi, procedurama, stručnjacima i ustanovama kojima je potrebno uputiti djeca nakon što nisu prošla na prvom stupnju probira, o smjernicama i protokolima postupanja te zakonskim obavezama i regulacijama (Johnson i sur., 2009; Ravi i sur., 2018).

Većina liječnika imala je neka osnovna znanja o novorođenačkom probiru na oštećenje sluha i pozitivan stav o probiru i ranoj intervenciji, no dio pedijatara u fokus grupama nije znao koji stručnjaci provode probir i jesu li te osobe adekvatno educirane (Moeller i sur., 2006a). U petine liječnika kroz istraživanja koja su obuhvaćena preglednim radom iz 2009. godine, primijećen je nedostatak osnovnih znanja vezanih za smjernice koje je propisao JHIC. To posebice vrijedi za 1-3-6 pravilo kojim se preporučuje učiniti probir na oštećenje sluha najkasnije do 1. mjeseca starosti, potvrditi oštećenje sluha do 3. mjeseca i uključiti dijete u ranu intervenciju najkasnije do 6. mjeseca starosti (Johnson i sur., 2009). Većina pedijatara nije znala da novorođenčadi staroj svega par mjeseci može biti definitivno potvrđeno oštećenje sluha, dodijeljeno slušno pomagalo te da odmah mogu biti uključena u ranu intervenciju, a više od četvrtine pedijatrijskih otorinolaringologa bili su pogrešno informirani o smjernicama propisanim od strane JHIC, te su mislili kako oštećenje sluha treba biti potvrđeno do 6. mjeseca starosti (Brown i sur., 2006; Danhauer i sur., 2006). Slične rezultate dobili su i Bush i sur. (2015) koji su ispitivali informiranost pedijatara u primarnoj zaštiti u ruralnim područjima, u kojima je situacija dodatno otežana manjkom stručnjaka i ustanova za ranu intervenciju, prevelikim brojem pacijenata na jednog liječnika te još rjeđim susretanjem djece koja su gluha ili teško nagluha u kliničkoj praksi. Polovica pedijatara u ruralnim područjima nije bilo informirano o razvojnim miljokazima i smjernicama koje je propisao JHIC, posebice o smjernicama za dijagnosticiranje oštećenja sluha do 3. mjeseca starosti, te o prikladnoj dobi i uvjetima za kohlearnu implantaciju. Zabrinjava i podatak u istraživanju u kojem se provjeravala informiranost otorinolaringologa i u kojem je 15% otorinolaringologa izjavilo da im uopće nije poznat dokument kojeg je 2000. godine izdao JHIC (Danhauer i sur., 2006).

Samo polovica liječnika uključenih u istraživanje osjećala se sigurno u svoju sposobnost objašnjavanja probira roditeljima, a samo petina ih je smatrala kako ih je edukacija tijekom stjecanja specijalizacije pripremila za pružanje adekvatne podrške djeci s oštećenjem sluha (Brown i sur., 2006). Pedijatri i otorinolaringolozi većinom smatraju kako nemaju dovoljno znanja za

informiranje i upućivanje roditelja o postupcima koji slijede nakon probira, a pedijatri navode kako su najviše nesigurni u objašnjavanju uzroka i posljedica oštećenja sluha, komunikacijskih opcija i kohlearnih implantata roditeljima (Dorros i sur., 2007; Moeller i sur., 2006a). Većina pedijatara znala je da teška naglušnost i gluhoća imaju negativne posljedice na govor i jezik, ali nisu bili sigurni kakve posljedice imaju jednostrana i blaga oštećenja sluha te su izrazili potrebu za dodatnim informiranjem o ovoj temi kako bi mogli bolje savjetovati obitelji (Moeller i sur., 2006a). Pedijatri su se složili kako su im potrebne novije informacije o razvojnim miljkazima vezanima za slušanje, jezik i govor kako bi mogli bolje pratiti djetetov cjelokupni razvoj (Moeller i sur., 2006b). Neki pedijatri iskazali su potrebu za informacijama o tome kako pružiti podršku obitelji kada dijete ne prođe na probiru za oštećenje sluha te potrebu za instrumentima kojima bi mogli vršiti probir za postnatalna oštećenja sluha (Moeller i sur., 2006a).

Rezultati istraživanja koje su proveli Dorros i sur. (2007) pokazali su nedovoljnu informiranost pedijatara o slušnim pomagalicama te nerazumijevanje načina na koji ona funkcioniraju. Čak dvije petine pedijatara mislilo je kako slušna pomagala poboljšavaju sluh na isti način na koji naočale poboljšavaju vid, isti broj pedijatara složio se s izjavom da kohlearni implantati vraćaju normalan sluh, a mnogi nisu znali niti koji su kriteriji za dodjelu kohlearnih implantata (Dorros i sur., 2007). U istraživanju koje su proveli Moeller i sur. (2006a) trećina pedijatara se izjasnila da se ne osjećaju dovoljno sigurno u svoje znanje o kohlearnim implantatima te da izbjegavaju savjetovanje roditelja o ovoj temi. Pogrešna uvjerenja i nedovoljna informiranost ovih liječnika o slušnim pomagalicama može u roditeljima pobuditi stvaranje nerealnih očekivanja, s posljedicom prekasnog uključivanja djeteta u rehabilitaciju slušanja, jezika i govora ukoliko smatraju da sama dodjela slušnog pomagala rješava problem (Johnson i sur., 2009).

Pregledne studije iz 2009. te 2018. godine ukazale su na nedostatak ključnih znanja o rehabilitacijskim opcijama koja su potrebna kako bi pedijatri i otorinolaringolozi mogli kvalitetno informirati i voditi djecu s oštećenjem sluha i njihove roditelje (Johnson i sur., 2009; Ravi i sur., 2018). Ove skupine liječnika se ne osjećaju dovoljno sigurno u svoje znanje o različitim komunikacijskim modalitetima i smatraju kako ne mogu adekvatno savjetovati roditelje o ovoj temi (Moeller i sur., 2006a). Nedostatci u informiranosti pedijatara prisutni su i vezano za utjecaj koji znakovni jezik i kultura Gluhih imaju na živote gluhe djece i njihovih obitelji (Carron i sur., 2006). Bitno je adekvatno informirati pedijatre o ovim temama kako bi mogli objektivno i

nepristrano informirati roditelje o svim mogućim opcijama i vidovima podrške koju mogu dobiti (Johnson i sur., 2009). No, kad se u obzir uzme da se radi o vrlo kompleksnim temama te da pedijatri imaju prevelik broj pacijenata, a premalo vremena te da se u kliničkoj praksi rijetko susreću s djecom koja su gluha, nije realistično očekivati da će se tako detaljno educirati o ovim temama da će biti u mogućnosti samostalno savjetovati obitelji. Realističniji cilj je pružiti im osnovne činjenice o komunikacijskim modalitetima te o uvjetima koji trebaju biti ispunjeni da bi se neko dijete smatralo kandidatom za kohlearnu implantaciju, a najbitnije ih je informirati kojim stručnjacima mogu uputiti roditelje kako bi došli do potpunih i nepristranih informacija (Moeller i sur., 2006b; Munoz i sur., 2009).

Većina liječnika imala je pozitivan stav o probiru i ranoj intervenciji, no skoro 25% pedijatara nije bilo sigurno je li probir financijski isplativ, a neki pedijatri smatrali su da su lažno pozitivni rezultati probira jako visoki te su roditeljima umanjivali značaj ovih rezultata, dajući im lažni osjećaj sigurnosti (Brown i sur., 2006; Arnold i sur., 2006). Ovi rezultati pokazali su da pedijatre treba upozoriti na posljedice umanjivanje značaja pozitivnog rezultata, tj. pada na novorođenačkom probiru jer to može smanjiti vjerojatnost da se roditelji odazovu na drugi stupanj probira ukoliko smatraju da je većina rezultata ionako lažno pozitivna (Johnson i sur., 2009). U većini istraživanja obuhvaćenih preglednim radom iz 2018. godine, liječnici su se izjasnili da smatraju kako upravo oni imaju ključnu ulogu u probiru i ranoj intervenciji kod djece s oštećenjem sluha. Savjetovanje i informiranje roditelja, osiguranje da se odazovu na naknadne provjere sluha, dijagnosticiranje oštećenja sluha te upućivanje drugim stručnjacima su uloge koje su najčešće navodili kao vlastite (Ravi i sur., 2018). Pedijatri su se izjasnili kako svoje obaveze kroz process probira i rane intervencije najviše vide kroz četiri uloge: briga o cjelokupnom zdravlju djeteta, savjetovanje te educiranje obitelji djeteta s oštećenjem sluha, primjereno upućivanje djeteta drugim stručnjacima te kontinuirano praćenje djetetova razvoja (Moeller i sur., 2006b). No, dio pedijatara u fokus grupama žalio se da uopće ne dobiju rezultate probira za sve pacijente pa ne znaju koga sve treba pratiti i tko se treba odazvati na drugi stupanj probira, a čak 25% pedijatara izjasnilo se da djecu s oštećenjem sluha ne upućuju stručnjacima koji pružaju usluge rane intervencije (Moeller i sur., 2006a). Bitno je da liječnici razumiju da su logopedi od iznimne važnosti za obitelji s djecom koja imaju trajno oštećenje sluha i zabrinjavajući je podatak da zapravo mali broj pedijatara, liječnika obiteljske medicine i otorinolaringologa prepoznaje potrebu za upućivanjem djeteta s oštećenjem sluha logopedu (Moeller i sur., 2006a; Munoz i sur., 2009).

Prema istraživanju koje su proveli Moeller i sur. (2006a), ni godine radnog iskustva, ni broj djece s oštećenjem sluha s kojom su se susreli tijekom svoje kliničke prakse nisu utjecali na točnost odgovora pedijataru o probiru i ranoj intervenciji. Rezultati istraživanja koje su proveli Danhauer i sur. (2009) pokazali su da pedijatri nisu bilo dovoljno svjesni svog nedostatka znanja jer je, unatoč netočnim odgovorima u upitniku, manje od polovice pedijataru navelo kako smatraju da ih je potrebno bolje informirati o ranoj intervenciji kod djece s oštećenjem sluha. Brown i sur. (2006) dobili su pozitivnije rezultate, te je većina liječnika bila svjesna da im znanja koje su stekli tijekom specijalizacije i kroz kliničku praksu nisu dostatna te da nisu dovoljno informirani o probiru, dijagnostici i ranoj intervenciji kod djece s oštećenjem sluha. Liječnici smatraju da ih treba dodatno educirati o komunikacijskim modalitetima, ulogama drugih stručnjaka, metodama kojima mogu sami provjeriti sluh djeteta na sistematskim pregledima, slušnim pomagalicama i kohlearnim implantatima, etiologiji oštećenja sluha i smjernicama za informiranje roditelja o probiru i ranoj intervenciji (Moeller i sur., 2006b). Također, smatraju da je nužno izraditi protokole po kojima trebaju postupati nakon probira i educirati ih o različitim opcijama u ranoj intervenciji, te da im je potrebno omogućiti lakši pristup najbitnijim informacijama i stručnjacima koje mogu kontaktirati za dodatne informacije (Brown i sur., 2006). Otorinolaringolozi su izrazili najveću potrebu za dodatnim informiranjem o programima i mogućnostima rane intervencije, a pedijatri za donošenjem algoritama po kojima trebaju postupati kod djece s oštećenjem sluha (Danhauer i sur., 2006; Moeller i sur., 2006a). Dorros i sur. (2007) su nakon dobivenih rezultata zaključili da motivacija za pružanje adekvatne podrške među liječnicima postoji, ali praksa zaostaje i potrebno je uložiti dodatan trud u njihovo educiranje kako bi se poboljšale koordinacija i kvaliteta pruženih usluga.

S obzirom na organizaciju zdravstvenog sustava u SAD-u, stručnjaci koji bi najbolje mogli informirati liječnike o ranoj intervenciji kod djece s oštećenjem sluha su audiolozi (Johnson i sur., 2009). Kao što je već navedeno, pritom se ne misli na otorinolaringologe sa subspecijalizacijom iz audiologije, već na zaseban profil stručnjaka kojima su u našem zdravstvenom sustavu najbliži logopedi koji su se usmjerili i educirali za rad s djecom s oštećenjem sluha. Audiolozi i njihove organizacije trebali bi kontaktirati liječnike koji imaju važnu ulogu u ranoj intervenciji kod djece s oštećenjem sluha i pokušati ih informirati o najnovijim smjernicama i najvažnijim informacijama kako bi se ojačale veze među stručnjacima koji su dio tima za ranu intervenciju i povećala uspješnost ovih programa (Johnson i sur., 2009). Moeller i sur. (2006b) navode savjete za

audiologe pri informiranju liječnika koje bi mogle poslužiti i logopedima u RH pri informiranju svojih kolega liječnika u ustanovama u kojima rade:

1. Potrebno je u obzir uzeti vremenska ograničenja dnevne prakse i rijetkost susretanja pedijatara u primarnoj zaštiti s novorođenčadi s trajnim oštećenjem sluha. Iz tih razloga korisnije ih je informirati kako pristupiti relevantnim i praktičnim smjernicama u trenutku kada su im one potrebne, nego li ih obasuti s opsežnim i kompleksnim informacijama o svim aspektima rane intervencije.

2. Informacije koje se pružaju liječnicima moraju biti temeljene na dokazima ukoliko je to moguće, trebaju ciljano pokrivati područja u kojima su detektirani nedostaci u znanju, a stručni jezik potrebno je prilagoditi na način da je razumljiv medicinskim stručnjacima.

2. Cilj istraživanja, problem i hipoteze

2.1. Cilj i problem istraživanja

Za uspješnu ranu intervenciju kod djece s oštećenjem sluha ključna je adekvatna educiranost stručnjaka, njihova međusobna suradnja te stručno informiranje i vođenje roditelja. Roditelji se nerijetko žale da su informacije koje su im potrebne nakon što je njihovom djetetu utvrđeno oštećenje sluha često nejasne, nepotpune te teško dostupne. Audiolozi i otorinolaringolozi prvi su stručnjaci koji informiraju roditelje nakon utvrđivanja oštećenja sluha kod djeteta, a ujedno ih i usmjeravaju na uključivanje u ranu intervenciju. Pedijatri su prvi stručnjaci koji mogu posumnjati na oštećenje sluha ukoliko ono nije bilo prisutno ili nije bilo otkriveno prilikom novorođenačkog probira. Njihova je uloga da dalje upućuju dijete drugim stručnjacima, kontinuirano ga prate i savjetuju roditelje kroz cijeli proces. Ove skupine stručnjaka izabrane su kao sudionici istraživanja upravo zbog ključne uloge koju imaju u početnim točkama rane intervencije jer tu postoji najveći rizik za propuste u informiranju, usmjeravanju i savjetovanju roditelja. Uvid u percepciju vlastite informiranosti audiologa, otorinolaringologa i pedijataru o ranoj intervenciji kod djece s oštećenjem sluha koristan je jer može osvjetliti područja o kojima bi ove stručnjake trebalo dodatno educirati kako bi mogli što kvalitetnije informirati i usmjeravati roditelje.

Cilj ovog istraživanja je stjecanje uvida u percepciju vlastitog znanja audiologa, otorinolaringologa i pedijataru o ranoj intervenciji kod djece s oštećenjem sluha, u percepciju vlastite upoznatosti s ulogama različitih stručnjaka u multidisciplinarnom timu rane intervencije za djecu s oštećenjem sluha, u percepciju vlastite upoznatosti s pojmovima vezanima za ranu intervenciju te stjecanje uvida u percepciju vlastite uloge u ranoj intervenciji kod djece s oštećenjem sluha.

U skladu s ciljem istraživanja postavljena su sljedeća problemska pitanja:

- 1) Smatraju li audiolozi, otorinolaringolozi i pedijatri da su tijekom stjecanja statusa specijalista/subspecijalista stekli dovoljno znanja o ranoj intervenciji kod djece s oštećenjem sluha?
- 2) Kako audiolozi, otorinolaringolozi i pedijatri percipiraju poznavanje uloga različitih stručnjaka u multidisciplinarnom timu rane intervencije za djecu s oštećenjem sluha?

3) Kako audiolozi, otorinolaringolozi i pedijatri percipiraju vlastitu upoznatost s pojmovima vezanima za ranu intervenciju kod djece s oštećenjem sluha?

2.2. Hipoteze istraživanja

S obzirom na postavljeni cilj istraživanja i problemska pitanja, postavljene su sljedeće hipoteze istraživanja:

H1: Audiolozi, otorinolaringolozi i pedijatri smatraju da tijekom stjecanja statusa specijalista/subspecijalista nisu stekli dovoljno znanja o ranoj intervenciji kod djece s oštećenjem sluha.

H2: Audiolozi, otorinolaringolozi i pedijatri vlastitu upoznatost s ulogama stručnjaka u multidisciplinarnom timu rane intervencije percipiraju kao površnu.

H3: Audiolozi, otorinolaringolozi i pedijatri vlastitu upoznatost s pojmovima vezanima za ranu intervenciju kod djece s oštećenjem sluha percipiraju kao površnu.

3. Metode istraživanja

3.1 Sudionici istraživanja

Istraživanje je provedeno na uzorku od ukupno 64 sudionika: 4 audiologa, 11 otorinolaringologa i 49 pedijataru na području Republike Hrvatske. Postavljeni uvjeti bili su aktivni radni staž i mjesto zaposlenja u Republici Hrvatskoj. Od ukupnog broja sudionika, 47 osoba bile su pripadnice ženskog spola, a ostalih 17 osobe muškog spola. Najviše sudionika zaposleno je u Gradu Zagrebu (26), zatim u Splitsko-dalmatinskoj (8) i Zadarskoj županiji (8), Osječko-baranjskoj (6), Dubrovačko-neretvanskoj (4), Primorsko-goranskoj (3), Zagrebačkoj (2), Vukovarsko-srijemskoj (2), Međimurskoj (2), te po jedan ispitanik u svakoj od sljedećih županija: Karlovačkoj, Varaždinskoj i Požeško-slavonskoj. Najviše sudionika, njih 38 (59.3%), radi u bolnici, 19-ero (29.7%) u domu zdravlja, 6-ero (9.4 %) u privatnoj ordinaciji, a jedna osoba (1.6%) radi u otorinolaringološkoj ambulanti. Postotci broja sudionika po godinama radnog iskustva prikazani su u tablici 1.

Tablica 1. *Grupe sudionika po godinama radnog iskustva*

Radno iskustvo	Broj sudionika	Postotak
Do 15 godina	42	65.6%
16-30 godina	13	20.3%
Iznad 30 godina	9	14.1%

3.2. Mjerni instrument

U svrhu prikupljanja podataka za ovo istraživanje, u aplikaciji za online izradu upitnika „Google obrasci“, kreiran je upitnik pod nazivom *Informiranost audiologa, otorinolaringologa i pedijataru o ranoj intervenciji kod djece s oštećenjem sluha*. Pitanja upitnika odabrana su tako da odražavaju percepciju upoznatosti audiologa, otorinolaringologa i pedijataru s ciljevima i

komponentama rane intervencije kod djece s oštećenjem sluha, percepciju upoznatosti s ulogama stručnjaka koji su uključeni u ranu intervenciju te percepciju o vlastitoj ulozi u ranoj intervenciji.

Upitnik je anonimn, a za njegovo ispunjavanje potrebno je 10-ak minuta. Sadrži ukupno 32 pitanja od kojih je 24 zatvorenog tipa, a 8 otvorenog tipa. Neka pitanja sadrže više podčestica na kojima se odgovor odabire na Likertovoj skali od 5 stupnjeva (ocjene od 1 do 5). Pitanja su raspoređena u 3 dijela: podaci o sudioniku, odjeljak za audiologe i otorinolaringologe te odjeljak za pedijatre.

Prvi dio upitnika (podaci o sudioniku) sadrži ukupno 13 pitanja, od kojih je 8 zatvorenog, a 5 otvorenog tipa. U tom dijelu upitnika prikupljaju se opći podaci o sudionicima kao što su dob, spol, godine radnog iskustva, trenutno mjesto zaposlenja, obrazovanje, dosadašnje edukacije o ranoj intervenciji kod djece s oštećenjem sluha, zadovoljstvo stečenom razinom znanja na specijalizaciji, zadovoljstvo informativnošću medicinske literature o ranoj intervenciji kod djece s oštećenjem sluha te postojanje logopeda u stručnom timu ustanove u kojoj rade. Zadnje pitanje ovog dijela upitnika odnosi se na odabir specijalizacije, tj. subspecijalizacije. Ukoliko sudionici odaberu opcije *Audiolog* ili *Otorinolaringolog*, preusmjerava ih se na drugi dio upitnika (odjeljak za audiologe i otorinolaringologe), a ukoliko odaberu opciju *Pedijatar*, preusmjerava ih se na treći dio upitnika (odjeljak za pedijatre).

Drugi dio upitnika (odjeljak za audiologe i otorinolaringologe) čini 17 pitanja, od kojih je 14 zatvorenog, a 3 otvorenog tipa. Treći dio upitnika (odjeljak za pedijatre) također čini 17 pitanja, od kojih je 14 zatvorenog, a 3 otvorenog tipa. Ukupno 15 pitanja u drugom i trećem dijelu upitnika ista su za obje skupine sudionika, a u svaki odjeljak dodana su po 2 pitanja koja su specifična za svaku skupinu liječnika. Zadnja dva pitanja u drugom i trećem dijelu upitnika otvorenog su tipa, gdje sudionici mogu izraziti svoje mišljenje o problemima u provođenju rane intervencije: *Prema Vašem mišljenju, koji su najveći problemi u Hrvatskoj u provođenju učinkovite rane intervencije nakon dijagnosticiranja oštećenja sluha kod djece?*, te navesti ako smatraju da postoji još neka tema koja je važna za ranu intervenciju: *Ukoliko želite bilo što dodati ili smatrate da postoji tema važna za ranu intervenciju kod djece s oštećenjem sluha, a nije obuhvaćena ovim upitnikom, možete napisati u dolje ponuđen prostor.*

Odjeljak za audiologe i otorinolaringologe sadrži 2 pitanja specifična za ovu grupu sudionika. Tim pitanjima ispituju se teme o kojima ovi stručnjaci informiraju roditelje nakon što

je njihovom djetetu postavljena dijagnoza oštećenja sluha: *Ocjenom od 1 (nikad) do 5 (uvijek) procijenite o kojim temama informirate roditelje nakon što je njihovom djetetu dijagnosticirano oštećenje sluha.* Kod ovog pitanja sudionici trebaju odabrati jednu od ponuđenih ocjena za svaku od 4 ponuđene čestice: *audiološke pretrage, njihova svrha i rezultati; tehnološke opcije, načini njihove primjene, korištenje i održavanje; dostupne komunikacijske opcije za gluho/nagluho dijete; uloge različitih stručnjaka u intervenciji i ustanove gdje rade.* Drugim pitanjem ispituje se prisutnost jednog ili oba roditelja prilikom informiranja nakon što je njihov djetetu dijagnosticirano oštećenje sluha.

Odjeljak za pedijatre sadrži 2 pitanja specifična za ovu grupu sudionika. Jednim od tih pitanja ispituje se zainteresiranost pedijataru za ovo područje: *Većina pedijataru zainteresirana je za temu rane intervencije kod djece s oštećenjem sluha,* na koje sudionici trebaju odabrati jednu od ponuđenih ocjena od 1 (*uopće se ne slažem*) do 5 (*u potpunosti se slažem*), Drugim pitanjem ispituje se učestalost iniciranja kontakta s audiologom i otorinolaringologom: *Ocjenom od 1 (nikad) do 5 (uvijek) procijenite koliko često inicirate kontakt s otorinolaringologom i audiologom u procesu rane intervencije kod pojedinog djeteta s oštećenjem sluha.*

3.3. Način provođenja istraživanja

Kako bi se prikupili podaci, upitnik se slao na e-mail adrese bolnica, domova zdravlja i privatnih ordinacija na području Republike Hrvatske. Na početku upitnika bila je objašnjena svrha provedbe ovog istraživanja i navedeni kriteriji za pristup upitniku. Sudionici su upitniku mogli pristupiti dobrovoljno, a osigurana im je anonimnost prikupljenih podataka. Ispitivanje je provedeno tijekom srpnja i kolovoza 2022. godine.

3.5. Metode obrade podataka

Prikupljeni podaci analizirani su na deskriptivnoj razini, a prikazani su pomoću tablica i grafičkih prikaza, koristeći izvozne opcije programa Google obrasci te MS Excel i Word.

4. Rezultati istraživanja i rasprava

Na pitanje jesu li tijekom stjecanja statusa specijalista/subspecijalista slušali kolegij tijekom kojeg se obrađivala tema rane intervencije kod djece s oštećenjem sluha, 43,8% sudionika odgovorilo je potvrdno, dok se više od polovice sudionika izjasnilo niječno (56,2%).

Na pitanje o pohađanju edukacija nakon stjecanja statusa specijalista/subspecijalista u okviru kojih se dodatno obrađivala tema rane intervencije kod djece s oštećenjem sluha, 20.3% sudionika izjasnilo se potvrdno, a 79.7% sudionika izjasnilo se niječno. Temeljem dobivenih podataka može se zaključiti kako se većina sudionika nije naknadno educirala o temi rane intervencije kod djece s oštećenjem sluha. Sudionici koji su se izjasnili potvrdno u vezi pohađanja edukacija navode da su se o ovoj temi dodatno informirali na stručnim skupovima, simpozijima, kongresima, tečajevima stručnog usavršavanja, tečajevima trajne edukacije, e-edukacijama, webinarima, radionicama, u sklopu akcije "Dajmo da čuju", tijekom sudjelovanja u pokretanju Sveobuhvatnog probira na oštećenja sluha u rodilištima u RH, na godišnjem sastanku Hrvatskog društva za audiologiju i fonijatriju te u sklopu pedijatrijske sekcije i seminara.

Po pitanju percepcije vlastitog znanja o ranoj intervenciji kod djece s oštećenjem sluha koje su stekli tijekom specijalizacije/subspecijalizacije, 51.6% sudionika izjasnilo se da se uglavnom ili uopće ne slaže da su stekli dovoljno znanja, 18.7% sudionika se uglavnom ili u potpunosti slaže da su stekli dovoljno znanja.

Po pitanju percepcije informativnosti medicinske literature, 50% sudionika označilo je kako se ne slaže da medicinska literatura sadrži dovoljno informacija o ranoj intervenciji kod djece s oštećenjem sluha, dok se 20.3% sudionika slaže da medicinska literatura sadrži dovoljno informacija o ranoj intervenciji kod djece s oštećenjem sluha. Rezultati su prikazani u tablici 2.

Tablica 2. *Percepcija stečenog znanja i informativnosti medicinske literature*

Tvrdnja Razina slaganja (%)	Smatram da sam tijekom stjecanja statusa specijalista/subspecijalista stekao/stekla dovoljno znanja o ranoj intervenciji kod djece s oštećenjem sluha	Medicinska literatura sadrži dovoljno informacija o ranoj intervenciji kod djece s oštećenjem sluha
Uopće se ne slažem	20.3%	14.1%
Uglavnom se ne slažem	31.3%	35.9%
Niti se slažem, niti se ne slažem	29.7%	29.7%
Uglavnom se slažem	10.9%	12.5%
U potpunosti se slažem	7.8%	7.8%

Temeljem dobivenih podataka može se zaključiti kako većina sudionika smatra da nisu stekli dovoljno znanja o ranoj intervenciji kod djece s oštećenjem sluha, što se podudara s rezultatima istraživanja koje su proveli Brown i sur. (2006), a koji su pokazali kako je većina liječnika bila svjesna da im znanja koje su stekli tijekom specijalizacije nisu dostatna te da nisu dovoljno informirani o ranoj intervenciji kod djece s oštećenjem sluha. Važno je primijetiti da udio sudionika koji se ne slažu da su stekli dovoljno znanja o ranoj intervenciji nije jako velik i čini tek nešto iznad polovice sudionika, što je iznenađujući podatak jer je na ovom pitanju očekivan viši postotak onih koji se u potpunosti ili uglavnom ne slažu. Po pitanju percepcije o informativnosti medicinske literature o ovoj temi, više ih je na strani koja se uopće ili uglavnom ne slaže, nego li na strani koja se u potpunosti ili uglavnom slaže. No, udio onih koji se u potpunosti ili uglavnom ne slažu kako medicinska literatura sadrži dovoljno informacija o ranoj intervenciji kod djece s oštećenjem sluha čini samo polovicu sudionika, što je također iznenađujući podatak jer je očekivan viši postotak sudionika koji se ne slažu s ovom tvrdnjom. Skoro trećina sudionika ostala je indiferentna i po pitanju procjene znanja i po pitanju informativnosti medicinske literature, a

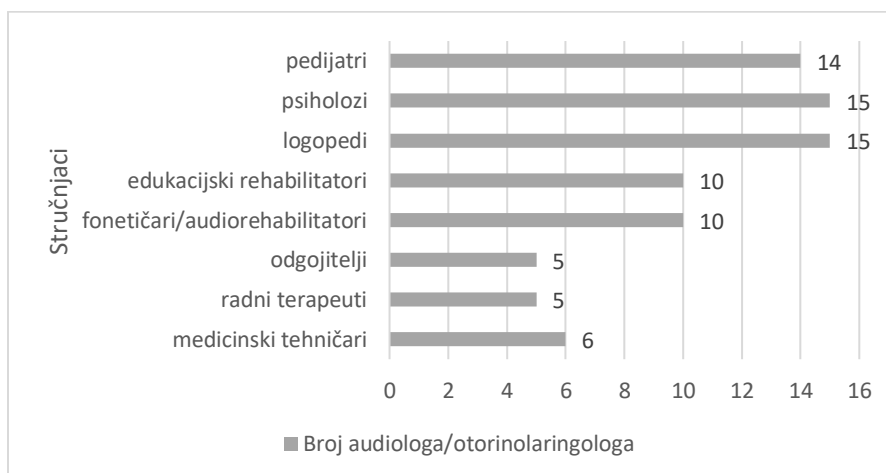
moгуće objašnjenje za to je da sudionici nisu sigurni što sve trebaju znati o ovoj temi i koje informacije su im uopće potrebne pa nisu niti dovoljno svjesni nedostatka u znanju. Ovo objašnjenje podudara s nalazom istraživanja kojeg su proveli Danhauer i sur. (2009), u kojem je zaključeno kako liječnici nisu bili dovoljno svjesni svog nedostatka znanja.

Na pitanje o postojanju logopeda u timu stručnjaka ustanove u kojoj su zaposleni, 59.4% sudionika odgovorilo je potvrdno, a 40.6% sudionika niječno. S obzirom da je logoped neizostavan dio tima za ranu intervenciju, pozitivan je podatak što većina sudionika ipak ima logopeda u stručnom timu, no valja primijetiti kako više od trećine sudionika nema pristup logopedu u ustanovi u kojoj rade.

4.1. Audiolozi i otorinolaringolozi

Svi audiolozi i otorinolaringolozi smatraju da, osim stručnjaka njihovog profila, u ranoj intervenciji sudjeluju psiholozi i logopedi, 93.3 % sudionika smatra da sudjeluju pedijatri, 66.7% sudionika smatra da sudjeluju edukacijski rehabilitatori i fonetičari/audiorehabilitatori, 40% smatra da sudjeluju medicinski tehničari, a 33.3% smatra da sudjeluju odgojitelji i radni terapeuti. Rezultati su prikazani grafikonom 1.

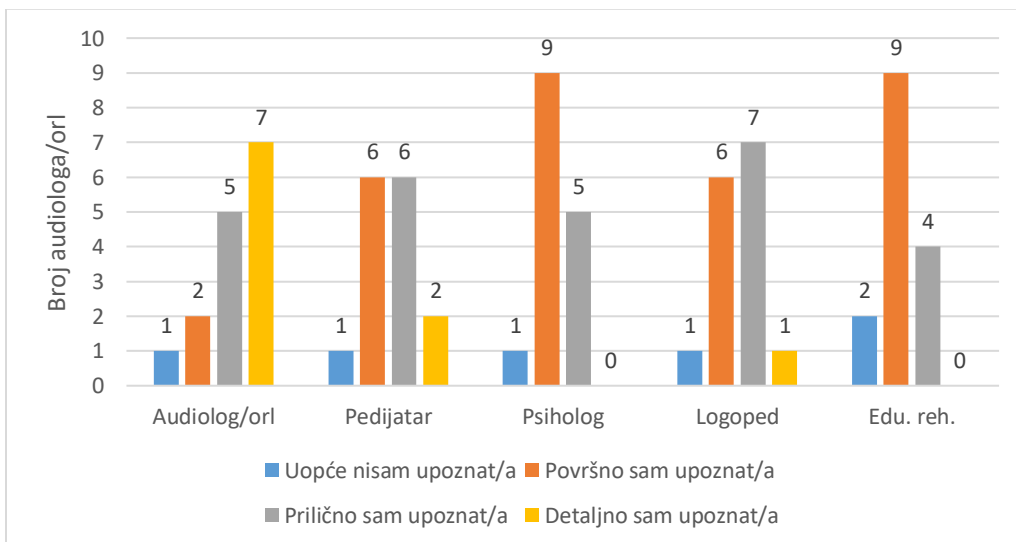
Grafikon 1. Percepcija audiologa i otorinolaringologa o sudjelovanju stručnjaka drugih profila u ranoj intervenciji kod djece s oštećenjem sluha



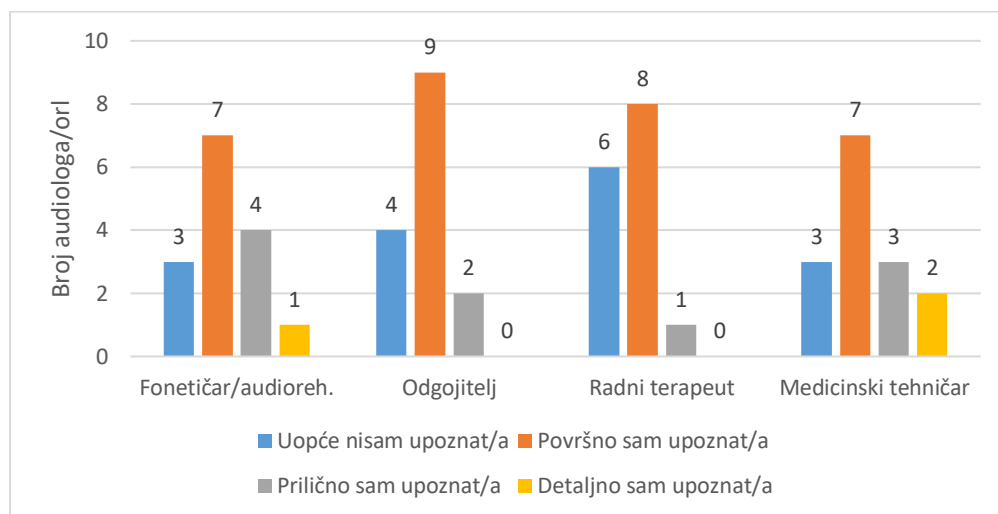
Temeljem navedenih podataka može se zaključiti kako većina audiologa i otorinolaringologa smatra da, osim stručnjaka njihovog profila, među stručnjake koji sudjeluju u ranoj intervenciji s oštećenjem sluha pripadaju logopedi, psiholozi, pedijatri, edukacijski rehabilitatori i fonetičari/audiorehabilitatori. Audiolozi i otorinolaringolozi koji smatraju da u ranoj intervenciji kod djece s oštećenjem sluha sudjeluju i medicinski tehničari, odgojitelji i radni terapeuti su u manjini, a moguće objašnjenje za to je da im je manje poznata uloga ovih stručnjaka u ranoj intervenciji. Iznenađuje podatak kako samo nešto više od trećine audiologa i otorinolaringologa smatra da medicinski tehničari sudjeluju u ranoj intervenciji kod djece s oštećenjem sluha, s obzirom na ulogu koju educirani medicinski tehničari imaju u provođenju prvog stupnja probira.

Rezultati procjene vlastite upoznatosti s ulogama različitih stručnjaka u ranoj intervenciji kod djece s oštećenjem sluha prikazani su dvama grafikonima – grafikonom 2.a i grafikonom 2.b, a nazivi nekih stručnjaka skraćeni su radi bolje preglednosti grafikona.

Grafikon 2.a *Upoznatost s ulogama različitih stručnjaka*



Grafikon 2.b *Upoznatost s ulogama različitih stručnjaka*



Većina audiologa i otorinolaringologa smatra kako nisu dobro poznati s ulogom radnog terapeuta (93.3%), odgojitelja (86.6%), edukacijskog rehabilitatora (73.3%), medicinskog tehničara (66.7%), fonetičara/audiorehabilitatora (66.7%) i psihologa (66.7%). Većina ih smatra da su dobro poznati s vlastitom ulogom (80%), a podijeljena su mišljenja oko upoznatosti s ulogom pedijatra i logopeda. Ohrabrujući je visoki postotak sudionika koji smatraju da su dobro poznati s vlastitom ulogom, no iznenađuje visoki postotak onih koji nisu dobro poznati s ulogom medicinskog tehničara, s obzirom da educirani medicinski tehničari provode prvi stupanj probira na oštećenje sluha u rodilištima te informiraju roditelje o postupku i rezultatima probira. Iznenađuje i postotak audiologa i otorinolaringologa koji smatraju da nisu dobro poznati s ulogom pedijatra i logopeda s obzirom da, uz same audiologe i otorinolaringologe, upravo ovi stručnjaci imaju ključnu ulogu u ranoj intervenciji kod djece s oštećenjem sluha. Kako većina audiologa i otorinolaringologa smatra da nisu dobro poznati s ulogama većine stručnjaka uključenih u ranu intervenciju, očita je potreba dodatnog educiranja ovih liječnika kako bi mogli kvalitetno informirati roditelje i surađivati s drugim članovima tima, posebice kad se u obzir uzme da su upravo oni prvi stručnjaci koji razgovaraju s roditeljima i informiraju ih nakon što je njihovom djetetu dijagnosticirano oštećenje sluha. Površna upoznatost ovih liječnika s ulogama većine stručnjaka u skladu je s rezultatima vanjskih istraživanja (Johnson i sur., 2009; Ravi i sur., 2018).

Od sudionika se tražilo da procijene vlastitu ulogu u ranoj intervenciji kod djece s oštećenjem sluha, na način da odaberu razinu slaganja od 1 (uopće nije moja uloga) do 5 (u potpunosti je moja uloga). Dobiveni rezultati prikazani su u tablici 3.

Tablica 3. Percepcija vlastite uloge* u ranoj intervenciji

Razina slaganja (%) Uloga	Uopće nije moja uloga	Uglavnom nije moja uloga	Niti je, niti nije moja uloga	Uglavnom je moja uloga	U potpunosti je moja uloga
Dijagnosticiranje oštećenja sluha	6.7%	6.7%	6.7%	53.3%	26.7%
Informiranje o oštećenju sluha	6.7%	6.7%	13.3%	53.3%	20%
Informiranje o slušnim pomagalima	13.3%	13.3%	6.7%	40%	26.7%
Informiranje o kohlearnom implantatu	20%	0%	13.3%	40%	26.7%
Informiranje o rehabilitacijskim ustanovama	13.3%	13.3%	20%	40%	13.3%
Informiranje o poticanju vještina slušanja	13.3%	33.3%	13.3%	33.3%	6.7%
Informiranje o ravoju jezika i govora	13.3%	20%	33.3%	33.3%	0%
Informiranje o modalitetima komunikacije	13.3%	26.7%	40%	20%	0%
Informiranje o znakovnom jeziku	20%	33.3%	26.7%	20%	0%
Informiranje o grupama podrške	13.3%	33.3%	26.7%	26.7%	0%

Informiranje o socijalnim pravima	33.3%	20%	20%	20%	6.7%
Savjetovanje o psihološkoj podršci	13.3%	40%	13.3%	26.7%	6.7%
Suradnja s drugim stručnjacima	13.3%	20%	13.3%	33.3%	20%
Kontinuirano praćenje djeteta	13.3%	20%	13.3%	20%	33.3%

**Opisi uloga su skraćeni radi preglednosti tablice*

Više od polovice audiologa i otorinolaringologa smatra kako je njihova uloga dijagnosticiranje oštećenja sluha (80%), informiranje roditelja o oštećenju sluha (73.3%), informiranje roditelja o slušnim pomagalicama i tehnološkim opcijama (66.7%), informiranje roditelja djeteta s oštećenjem sluha o procesu ugradnje kohlearnih implantata te mogućim rizicima i komplikacijama (66.7%), informiranje roditelja djeteta s oštećenjem sluha o ustanovama u kojima se provodi (re)habilitacija slušanja, jezika i govora i stručnjacima koji rade u njima (53.3%), kontinuirano praćenje djeteta s oštećenjem sluha (53.3%) te suradnja s drugim stručnjacima (53.3%). Više od polovice ih smatra kako njihova uloga nije informiranje roditelja o znakovnom jeziku (53.3%), informiranje roditelja o ostvarivanju socijalnih prava (53.3%) te savjetovanje roditelja o traženju psihološke podrške (53.3%).

Bitno se osvrnuti na skoro trećinu audiologa i otorinolaringologa koja se ne slaže kako je informiranje roditelja o ustanovama u kojima se provodi (re)habilitacija slušanja, jezika i govora i o stručnjacima koji rade u tim ustanovama njihova uloga, što je zabrinjavajući podatak s obzirom da su ove skupine liječnika stručnjaci koji prvi razgovaraju s roditeljima nakon postavljene dijagnoze oštećenja sluha i upućuju ih u daljnje procedure i mogućnosti. Zabrinjava i podatak da se skoro trećina ne slaže da je njihova uloga suradnja s drugim stručnjacima s obzirom da su timski rad i koordinacija usluga ključne za uspješnu ranu intervenciju. Audiolozi i otorinolaringolozi podijeljena su mišljenja oko informiranja roditelja o poticanju vještina slušanja, informiranja roditelja o razvoju jezika i govora, informiranja roditelja o različitim modalitetima komunikacije te o informiranju roditelja o grupama podrške. Najviše odgovora „uglavnom je moja uloga“ i „u

potpunosti je moja uloga“ bilo je u kategorijama *dijagnosticiranje oštećenja sluha* te *informiranje roditelja o oštećenju sluha njihova djeteta*, što je i očekivano s obzirom da su te dvije kategorije primarno u domeni audiologa/otorinolaringologa. Najviše odgovora „uopće nije moja uloga“ i „uglavnom nije moja uloga“ bilo je u kategorijama *informiranje o znakovnom jeziku*, *informiranje o socijalnim pravima* i *savjetovanje o psihološkoj podršci*, što je razumljivo jer ove kategorije ne pripadaju izravno u domenu znanja ovih liječnika. No, kao što je već navedeno, audiolozi/otorinolaringolozi su prvi stručnjaci koji razgovaraju s roditeljima nakon što je njihovom djetetu potvrđeno oštećenje sluha, te su ujedno i prvi izvor informacija za roditelje koji su nerijetko u stanju šoka i žalovanja, pa bi im informacije o dostupnoj psihološkoj podršci mogle biti od velike pomoći, kao i informacije o znakovnom jeziku kao opciji koja im može omogućiti komunikaciju s njihovim djetetom i osigurati njihovom djetetu cjeloviti jezični input.

Od sudionika se tražilo da ocjenom od 1 (nikad) do 5 (uvijek) procijene učestalost informiranja roditelja o navedenim temama. Rezultati su prikazani u tablici 4.

Tablica 4. *Teme* o kojima informiraju roditelje nakon što je njihovom djetetu dijagnosticirano oštećenje sluha*

Učestalost Teme	Nikad	Gotovo nikad	Ponekad	Gotovo uvijek	Uvijek
Audiološke pretrage	6.7%	0%	6.7%	13.3%	73.3%
Tehnološke opcije	13.3%	6.7%	20%	20%	40%
Komunikacijske opcije	13.3%	20%	26.7%	13.3%	26.7%
Uloge stručnjaka i ustanove	13.3%	13.3%	26.7%	26.7%	20%

*Nazivi tema su skraćeni radi preglednosti tablice

Temeljem navedenih podataka, može se zaključiti da audiolozi i otorinolaringolozi roditelje djeteta s oštećenjem sluha najčešće informiraju o audiološkim pretragama, njihovoj svrsi i rezultatima (86.7%), te o dostupnim tehnološkim opcijama, načinima njihove primjene, korištenju i održavanju (60%). Podijeljeni su oko učestalosti informiranja o temi dostupnih komunikacijskih opcija za gluho/nagluho dijete, te informiranja o ulogama različitih stručnjaka u intervenciji i ustanovama u kojima rade, što se podudara i s rezultatima procjene vlastite uloge u ranoj intervenciji. O dostupnim komunikacijskim opcijama za gluho/nagluho dijete, roditelje uvijek ili gotovo uvijek informira 40% audiologa i otorinolaringologa, dok ih se trećina izjasnila da nikad ili gotovo nikad ne informiraju roditelje o ovoj temi. O ulogama različitih stručnjaka u intervenciji i ustanovama u kojima ti stručnjaci rade, roditelje uvijek ili gotovo uvijek informira skoro polovica audiologa i otorinolaringologa, dok ih se otprilike četvrtina izjasnila da nikad ili gotovo nikad ne informiraju roditelje o ovoj temi. Moguće objašnjenje zašto sudionici s manjom učestalošću informiraju roditelje o komunikacijskim opcijama je nedovoljna upoznatost s tom temom, s obzirom da to ulazi u domenu stručnjaka koji se tijekom obrazovanja educiraju o komunikaciji osoba s oštećenjem sluha, dakle u domenu logopeda. Manja učestalost informiranja roditelja o ulogama različitih stručnjaka u intervenciji i ustanovama u kojima ti stručnjaci rade vjerojatno je posljedica nedovoljne upoznatosti s ulogama tih stručnjaka i uslugama koje pružaju djeci s oštećenjem sluha te njihovim roditeljima. U prilog ovim objašnjenjima govore rezultati istraživanja koje su proveli Moeller i sur. (2006a), a koji su ukazali na nedovoljnu informiranost liječnika o ulogama stručnjaka uključenih u ranu intervenciju te o komunikacijskim opcijama.

Na pitanje jesu li u većini slučajeva prisutna oba roditelja kada ih se nakon postavljene dijagnoze oštećenja sluha informira o daljnjim opcijama za njihovo dijete, većina audiologa i otorinolaringologa odgovara potvrdno (73.3%). Ovo su pozitivni podaci, s obzirom da se roditelj koji nije prisutan prilikom informiranja može osjećati izostavljeno i kriviti partnera da nije postavio važna pitanja ili da je zaboravio prenijeti važne informacije, a roditelj koji je prisutan može osjećati veliki pritisak da, u vrlo stresnom i emocionalnom razdoblju života, upamti i točno prenese veliku količinu važnih informacija (Laugen, 2013).

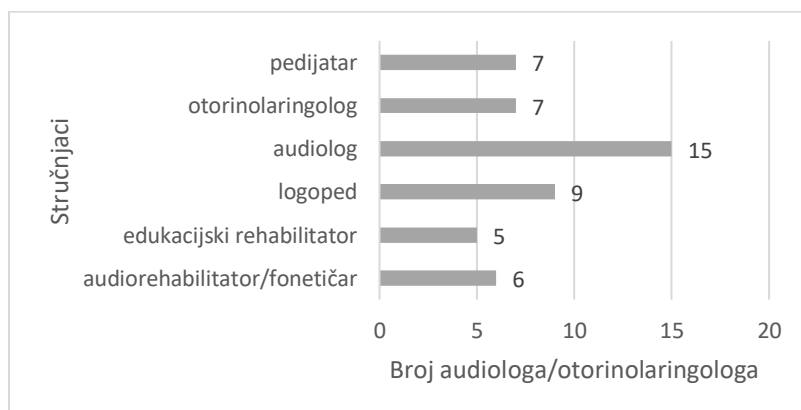
Na pitanje upućuju li roditelje djeteta s oštećenjem sluha u ustanove gdje se provodi (re)habilitacija, dvije trećine audiologa i otorinolaringologa odgovara da se u potpunosti slažu s tom tvrdnjom, a trećina odgovara da se uglavnom slaže s tom tvrdnjom. Nijedan ispitanik nije se

izjasnio da se ne slaže ili da je indiferentan. S obzirom da su u našem zdravstvenom sustavu upravo audiolozi i otorinolaringolozi stručnjaci koji roditeljima daju prve informacije nakon što je njihovom djetetu potvrđeno oštećenje sluha, ovo su ohrabrujući podaci i ne podudaraju se s rezultatima vanjskih istraživanja u kojima se navodi zabrinjavajući podatak da zapravo mali broj pedijatar, liječnika obiteljske medicine i otorinolaringologa prepoznaje potrebu za upućivanjem djeteta s oštećenjem sluha logopedu (Moeller i sur., 2006a; Munoz i sur., 2009).

Na pitanje u koje (re)habilitacijske ustanove upućuju roditelje djece s oštećenjem sluha, većina audiologa i otorinolaringologa navodi Polikliniku Suvag u Zagrebu, a neki navode još i Polikliniku za rehabilitaciju osoba sa smetnjama u razvoju u Splitu, KBC Zagreb te Dnevni centar za rehabilitaciju "Slava Raškaj" Rijeka. Iz navedenog se može zaključiti kako svi audiolozi i otorinolaringolozi roditelje djece s oštećenjem sluha upućuju u rehabilitacijske ustanove u velikim gradovima. Objašnjenje za to je činjenica da programi rane intervencije i postoje samo u velikim gradovima (Ljubešić, 2004). To posebno vrijedi za ranu intervenciju kod djece s oštećenjem sluha jer je na razini Hrvatske jako malo ustanova koje pružaju usluge za ovu populaciju.

Prilikom odabira stručnjaka koji bi trebao informirati roditelje o daljnjim (re)habilitacijskim mogućnostima nakon postavljene dijagnoze oštećenja sluha, sudionici su mogli odabrati više odgovora. Svi audiolozi i otorinolaringolozi smatraju da bi taj stručnjak trebao biti audiolog, većina ih smatra kako bi to trebao biti i logoped (60%), dok su u manjini oni koji smatraju da bi i ostali stručnjaci trebali informirati roditelje o ovoj temi. Navedeni podaci prikazani su u grafikonu 3.

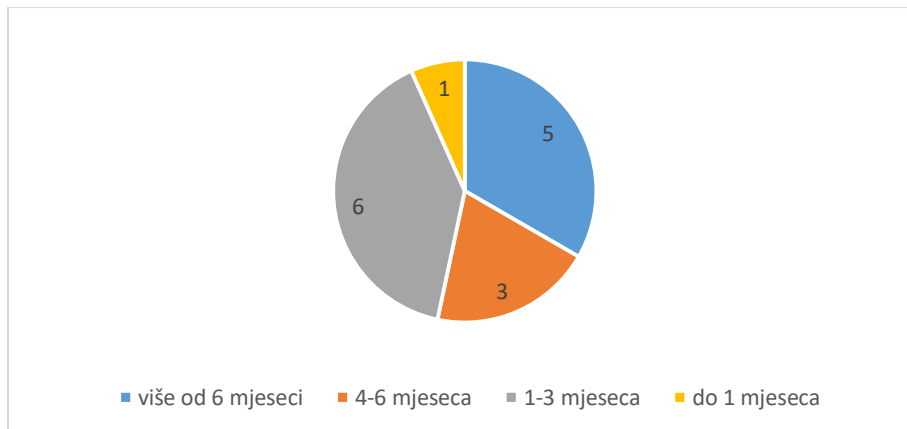
Grafikon 3. *Stručnjak koji bi trebao informirati roditelje o daljnjim (re)habilitacijskim mogućnostima nakon postavljene dijagnoze oštećenja sluha*



Iz navedenih podataka može se zaključiti kako većina audiologa i otorinolaringologa smatra kako bi audiolog i logoped trebali biti stručnjaci koji informiraju roditelje o daljnjim (re)habilitacijskim mogućnostima nakon postavljene dijagnoze oštećenja sluha. Kao što je već navedeno, s obzirom da su u našem sustavu audiolozi prvi stručnjaci s kojima se roditelji susreću kad je njihovom djetetu dijagnosticirano oštećenje sluha, jasno je da bi trebali uputiti roditelje u proces koji slijedi nakon postavljene dijagnoze. No, istraživanja su ukazala na nedostatak ključnih znanja o rehabilitacijskim opcijama koja su potrebna kako bi ovi liječnici mogli kvalitetno informirati i usmjeravati djecu s oštećenjem sluha i njihove roditelje (Johnson i sur., 2009; Ravi i sur., 2018). S obzirom da znanja o komunikacijskim modalitetima te jezičnom razvoju i govoru ove populacije nisu područje stručnosti audiologa i otorinolaringologa već logopeda, pozitivan je rezultat što većina audiologa i otorinolaringologa smatra kako bi logoped također trebao biti stručnjak koji informira roditelje o daljnjim (re)habilitacijskim mogućnostima.

Na pitanje koliko vremena prođe od dijagnosticiranja oštećenja sluha kod djeteta do uključivanja u rehabilitaciju (terapiju) slušanja i govora, samo jedan sudionik smatra da prođe do jednog mjeseca, 40% audiologa i otorinolaringologa smatra da prođe od 1 do 3 mjeseca, petina ih smatra da prođe od 4 do 6 mjeseci, a trećina ih smatra da prođe više od 6 mjeseci. Rezultati su prikazani u grafikonu 4.

Grafikon 4. Procjena vremena koje prođe od dijagnoze do uključivanja u rehabilitaciju



Vrijeme od dijagnoze do početka sustavnog rada s djetetom, po procjeni roditelja, kreće se između 6 i 24 mjeseca (Mihaljević, 2016). Iz tog razloga iznenađuje podatak da 40% audiologa i otorinolaringologa procjenjuje da između postavljanja dijagnoze oštećenja sluha i uključivanja djeteta u rehabilitaciju prođe od 1 do 3 mjeseca. Moguće objašnjenje je da neki od audiologa i otorinolaringologa, koji su vremenski period između ove dvije točke procijenili na 1-3 mjeseca, rade u ustanovama u kojima se provode i dijagnostika i rehabilitacija pa je kraće vrijeme čekanja između postavljanja dijagnoze i uključivanja u terapiju.

Prilikom procjene učestalosti iniciranja kontakta s drugim stručnjacima koji su uključeni u ranu intervenciju, većina audiologa i otorinolaringologa (73.4%) izjasnila se da uvijek ili gotovo uvijek iniciraju kontakt s logopedom, dok ih 60% nikad ili gotovo nikad ne inicira kontakt s edukacijskim rehabilitatorom i audiorehabilitatorom/fonetičarom. Navedeni rezultati prikazani su u tablici 5.

Tablica 5. *Iniciranje kontakta s ostalim stručnjacima*

Stručnjak Učestalost	Logoped	Edukacijski rehabilitator	Audiorehabilitatorom/ fonetičar
Nikad	0%	20%	33.3%
Gotovo nikad	13.3%	40%	26.7%
Ponekad	13.3%	20%	6.7%
Gotovo uvijek	46.7%	13.3%	13.3%
Uvijek	26.7%	6.7%	20%

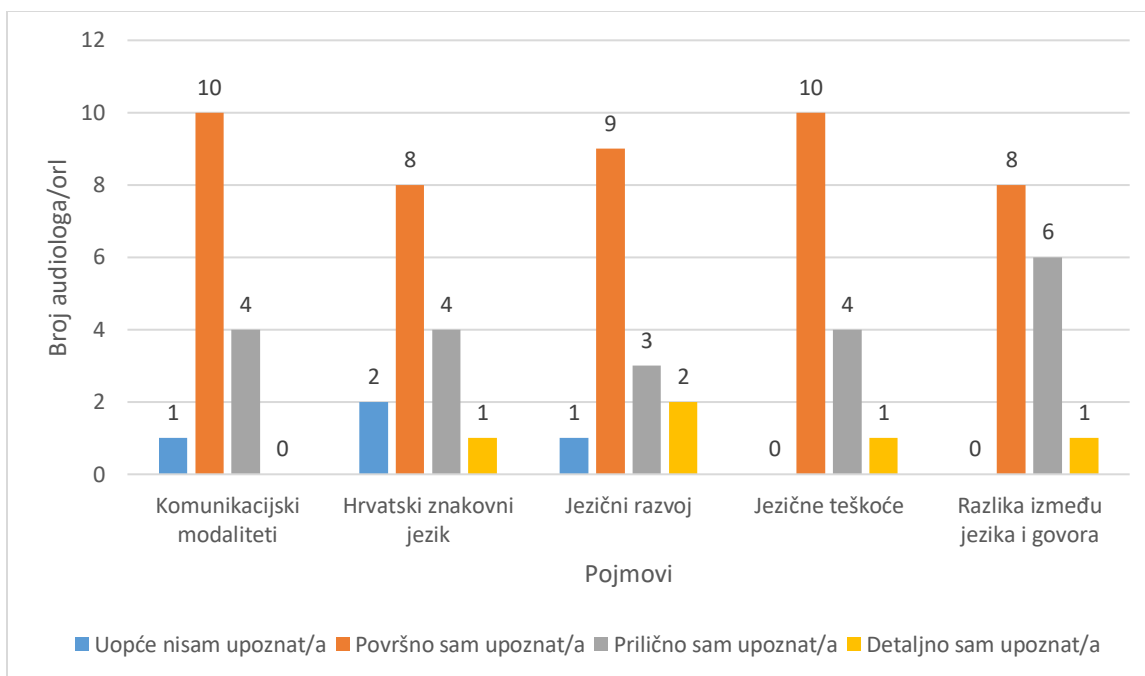
Temeljem navedenih podataka, može se zaključiti da audiolozi i otorinolaringolozi najčešće iniciraju kontakt s logopedom. Ohrabrujući je rezultat što većina audiologa i otorinolaringologa inicira kontakt s logopedom, budući da je suradnja i koordinacija između ova dva profila stručnjaka jako bitna za pravovremeno uključivanje u ranu intervenciju nakon postavljanja dijagnoze oštećenja sluha. No, zabrinjava mali postotak audiologa i otorinolaringologa koji iniciraju kontakt

s edukacijskim rehabilitatorom te audiorehabilitatorom/fonetičarom jer ova dva profila stručnjaka također imaju važnu ulogu u ranoj intervenciji s oštećenjem sluha. S obzirom da se većina sudionika izjasnila da u stručnom timu ustanove u kojoj rade postoji logoped, moguće objašnjenje za veliku razliku u učestalosti iniciranja kontakta s logopedom u odnosu na iniciranje kontakta s edukacijskim rehabilitatorom te audiorehabilitatorom/fonetičarom može biti upravo veća dostupnost logopeda u ustanovi u kojoj rade u odnosu na ostala dva stručnjaka.

Procjenjujući koliko često savjetuju roditelje o važnosti psihološke podrške, manje od polovice audiologa i otorinolaringologa izjasnilo se da to čine uvijek ili gotovo uvijek, a otprilike četvrtina ih to ne čini nikad ili gotovo nikad. Zabrinjavajući je podatak da tek nešto manje od polovice ovih liječnika savjetuju roditelje o psihološkoj podršci s obzirom da su roditelji nakon postavljene dijagnoze nerijetko u stanju šoka i emocionalne ranjivosti pa ih je vrlo bitno informirati o ustanovama i profesionalcima kojima se mogu obratiti za psihološku pomoć (Moeller i sur., 2013).

Prilikom procjene upoznatosti s pojmovima/konceptima koji su bitni za ranu intervenciju kod djece s oštećenjem sluha, najveći broj audiologa i otorinolaringologa svoju upoznatost s komunikacijskim modalitetima i jezičnim teškoćama percipira kao površnu (66.7%), kao i upoznatost s jezičnim razvojem (60%), te hrvatskim znakovnim jezikom i razlikom između jezika i govora (53.3%). Rezultati su prikazani grafikonom 5.

Grafikon 5. *Procjena upoznatosti s pojmovima/konceptima koji su bitni za ranu intervenciju kod djece s oštećenjem sluha*



Temeljem navedenih rezultata, može se zaključiti kako većina audiologa i otorinolaringologa percipira da je površno upoznata sa svih pet pojmova. Percipirani nedostatak znanja o komunikacijskim modalitetima podudara se s istraživanjima Dorros i sur. (2007) te Moeller i sur. (2006a) u kojima liječnici navode upravo ovaj pojam kao svoju slabu točku jer smatraju kako nisu dovoljno educirani da bi savjetovali roditelje o ovoj temi. Zabrinjavajući je podatak što čak 60% audiologa i otorinolaringologa svoju upoznatost s jezičnim razvojem procjenjuje kao površnu s obzirom da su oni prvi stručnjaci koji razgovaraju s roditeljima nakon postavljene dijagnoze i odgovaraju na razna pitanja koja im roditelji postavljaju o utjecaju oštećenja sluha na razvoj njihova djeteta, između ostalog i na razvoj jezika i govora. Zanimljiv je podatak da je najviše odgovora *prilično sam upoznat/a* bilo kod percepcije upoznatosti s razlikom između jezika i govora, pogotovo kad se u obzir uzme da se pojmovi jezik i govor često rabe s preklapajućim značenjima (Ljubešić, 2012). Upravo je neinformiranost o jezičnom razvoju te razlici između jezika i govora jedan od uzroka problema u ranoj intervenciji jer se zanemaruje važnost jezičnog inputa za dijete i sav fokus stavlja na razvoj govora koji nije uvijek u potpunosti dostupan djeci s oštećenjem sluha (Clark i sur., 2020). Isključiva usmjerenost na oralni pristup u rehabilitaciji nerijetko za posljedicu ima jezično kašnjenje kod mnoge djece s oštećenjem sluha, a s obzirom da jezični razvoj ima veliki utjecaj na ostala razvojna područja, njegovo zanemarivanje sa sobom nosi rizik za nepovoljne psihosocijalne i razvojne ishode (Greene-Woods, 2020;

Humphries i sur., 2014). Zabrinjava i podatak što većina audiologa i otorinolaringologa upoznatost sa pojmom hrvatskog znakovnog jezika percipira kao površnu jer su ovi stručnjaci u poziciji da odmah nakon dijagnoze roditelje informiraju kako je znakovni jezik opcija koja njihovom djetetu može osigurati adekvatan jezični razvoj i olakšati razvoj govornog jezika (Humphries i sur., 2014). To je potvrdilo i istraživanje koje su proveli Hamilton i Clark (2020), u kojem su mnoge obitelji potvrdile da je, u slučajevima u kojima je oralni pristup bio nedovoljno uspješan, učenje znakovnog jezika njihovom gluhom djetetu s vremenom omogućilo pristup i govornom jeziku. Valja napomenuti da su ovi rezultati očekivani jer znanja o ovim pojmovima ne ulaze izravno u područje stručnosti ovih liječnika, no bitno je da ipak imaju neka temeljna znanja kako roditeljima ne bi prenijeli pogrešne informacije na koje će se roditelji usmjeriti pa, ili neće tražiti dodatna objašnjenja, ili neće prihvaćati nešto što izlazi iz okvira informacije koja im je prvotno rečena. Prema Laugen (2013) otvorenost u komunikaciji poboljšava komunikaciju i povjerenje između roditelja i stručnjaka pa je jako važno da liječnici roditeljima otvoreno kažu ukoliko ne znaju odgovore na neka njihova pitanja. Ukoliko se ta pitanja odnose na razvoj komunikacije, jezika i govora, bitno je da roditelje upute logopedu koji im može dati potpune, točne i detaljne informacije. S obzirom da se, u odabiru stručnjaka koji bi trebao roditelje informirati o daljnjim (re)habilitacijskim opcijama, većina audiologa i otorinolaringologa izjasnila kako bi to trebali biti audiolog i logoped, povezujući to s rezultatima na ovom pitanju i rezultatom da većina audiologa i otorinolaringologa učestalo inicira kontakt s logopedom, može se zaključiti da su liječnici u ovoj skupini svjesni nedostatka znanja o ključnim pojmovima rane intervencije te da logopeda vide kao stručnjaka koji ima ta znanja i koji bi trebao biti uključen u informiranje roditelja nakon što je njihovom djetetu potvrđeno oštećenje sluha.

Od sudionika se tražilo da odrede razinu slaganja od 1 (uopće se ne slažem) do 5 (u potpunosti se slažem) s tvrdnjama kojima se provjeravaju neka znanja o ranoj intervenciji bitna za informiranje roditelja. Rezultati su prikazani grafikonom 6. Tvrdnje glase:

a) *Oštećenje sluha često otežava učenje materinskog jezika.*

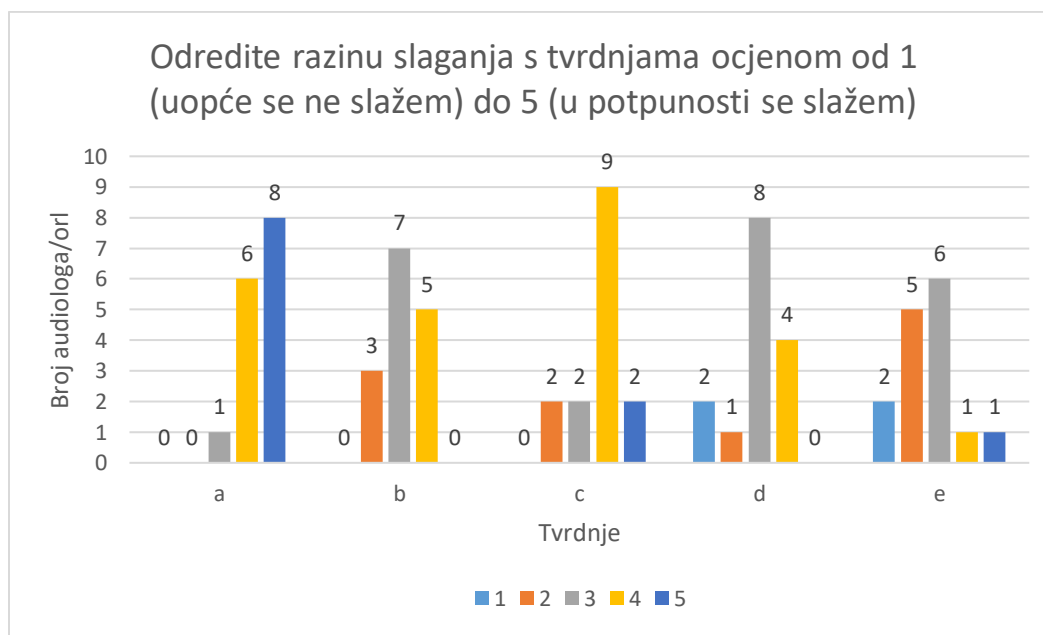
b) *Nakon opremanja djeteta slušnim pomagalom, slušanje se nastavlja razvijati kao kod uredno čujuće djece.*

c) Glavni fokus rane intervencije kod djece kojima je potvrđena dijagnoza oštećenja sluha trebao bi biti razvoj govora.

d) Dijete može imati uredan jezični razvoj iako ne govori.

e) Učenje znakovnog jezika usporava razvoj govora.

Grafikon 6. Određivanje razine slaganja s tvrdnjama



S tvrdnjom *Oštećenje sluha često otežava učenje materinskog jezika*, 93.5% audiologa i otorinolaringologa u potpunosti ili uglavnom slaže. Ova tvrdnja je istinita jer čujuća djeca slušanjem uče značenje govornih signala, usvajaju govor te ujedno uče jezik pa rano oštećenje sluha često ima negativan utjecaj na razvoj jezika i govora (Cole i Flexer, 2015; Chu i sur., 2003). Iz tog razloga ovo je pozitivan podatak jer ukazuje kako je većina liječnika iz ove skupine svjesna da oštećenje sluha često vodi u jezično kašnjenje za čujućim vršnjacima.

S tvrdnjom *Nakon opremanja djeteta slušnim pomagalom, slušanje se nastavlja razvijati kao kod uredno čujuće djece*, najveći broj audiologa i otorinolaringologa (nešto manje od polovice) ostao je indiferentan, trećina se slaže, a petina se ne slaže. Slušno pomagalo može biti od velike pomoći, ali da bi osoba izvukla maksimum iz te pomoći, nužna je podrška stručnjaka i uključivanje u (re)habilitaciju kako bi dijete naučilo slušati (Bonetti i sur., 2012). Nemogućnost

predviđanja koje dijete će profitirati od slušnih tehnologija vodi do velikih razlika u jezičnim sposobnostima među djecom s oštećenjem sluha (Greene-Woods, 2020). Stoga podatak da se samo troje audiologa i otorinolaringologa ne slaže s ovom tvrdnjom nije pozitivan jer su roditelji često pogrešno informirani i misle kako će slušno pomagalo samo po sebi riješiti problem. Ovi rezultati podudaraju se s rezultatima istraživanja koje su proveli Dorros i sur. (2007), a koji su pokazali nedovoljnu informiranost liječnika o razvoju slušanja nakon dodjele slušnog pomagala te nerazumijevanje načina na koji ona funkcioniraju. Pogrešna uvjerenja i nedovoljna informiranost liječnika o slušnim pomagalima može u roditeljima stvoriti nerealna očekivanja, s posljedicom prekasnog uključivanja djeteta u rehabilitaciju slušanja, jezika i govora ukoliko smatraju da sama dodjela slušnog pomagala rješava problem (Johnson i sur., 2009).

Većina audiologa i otorinolaringologa (60%) se slaže s tvrdnjom *Glavni fokus rane intervencije kod djece kojima je potvrđena dijagnoza oštećenja sluha trebao bi biti razvoj govora*. Prema Mauldin (2016), liječnici roditeljima nerijetko naglašavaju važnost učenja govora, ali ne i jezika stoga su ovi rezultati očekivani i u skladu s tendencijom liječnika da preferiraju oralni pristup u rehabilitaciji. No, kao što je već napomenuto, govorni jezik nije uvijek u potpunosti dostupan djeci s oštećenjem sluha, a aktualna istraživanja pokazala su da se implementacijom bimodalno dvojezičnog pristupa postižu bolji ishodi nego li sa intervencijama koje su orijentirane samo na govor (Clark i sur., 2020; Davidson i sur., 2014).

Kod tvrdnje *Dijete može imati uredan jezični razvoj iako ne govori*, više od pola audiologa i otorinolaringologa ostalo je indiferentno, otprilike četvrtina ih se slaže, a petina ih se ne slaže. S obzirom da postoje gluha djeca kojima je znakovni jezik prvi jezik i koja imaju uredan jezični razvoj, ali ne govore, nije ohrabrujući podatak da nitko od sudionika nije izabrao opciju u *popunosti se slažem*. Moguće je da ne prepoznaju da i znakovni jezik može pružiti priliku za uredan jezični razvoj, već su usmjereni na govoreni jezik kao jedinu opciju urednog razvoja. Ovi rezultati su očekivani s obzirom da su audiolozi i otorinolaringolozi svoju upoznatost s pojmovima znakovnog jezika i jezičnog razvoja procijenili kao površnu, te s obzirom da se radi o vrlo kompleksnom području o kojemu se ovi liječnici obično ne educiraju u tijeku svojeg obrazovanja. Liječnike je bitno educirati o ovoj temi, ali od njih se ne očekuje da postanu stručnjaci u ovom području već da imaju osnovne informacije te da redovito upućuju obitelji stručnjacima koji su detaljno upoznati s ovim područjem (Moeller i sur., 2006b).

S tvrdnjom *Učenje znakovnog jezika usporava razvoj govora* manje od polovice audiologa i otorinolaringologa se ne slaže, što nije ohrabrujući podatak s obzirom da su istraživanja pokazala da znakovni jezik direktno i indirektno potiče razvoj govornog jezika (Grosjean, 2010). No, ovi rezultati su očekivani i u skladu s percipiranom površnom upoznatošću ovih liječnika s pojmovima jezičnog razvoja i znakovnog jezika. Liječnici ponekad roditeljima pogrešno savjetuju da izbjegavaju znakovni jezik jer na taj način mogu usporiti razvoj govora kod njihova djeteta (Mauldin, 2016). To je nerijetko izvor velikih problema u ranoj intervenciji kod djece s oštećenjem sluha jer se time roditelje isključivo usmjerava na oralni pristup koji za mnogu djecu nije dovoljan i ne omogućava im adekvatan jezični razvoj (Davidson i sur., 2014). Roditelji liječnike vide kao glavni izvor informacija i često njihovo mišljenje stavljaju ispred mišljenja drugih stručnjaka, stoga je bitno da su liječnici svjesni postojanja nedostatka znanja o nekom području te da znaju prepoznati koji stručnjak može roditeljima ponuditi potrebne i provjerene informacije (Moeller i sur., 2006a; Munoz i sur., 2009). Temeljem ovih rezultata može se zaključiti kako je većina audiologa i otorinolaringologa upoznata s negativnim utjecajem oštećenja sluha na usvajanje jezika, no nisu dovoljno upoznati s razvojem slušanja nakon dodjele slušnog pomagala, kao ni s mogućnošću da se putem znakovnog jezika djetetu osigura uredan jezični razvoj i olakša razvoj govora, te su i dalje fokusirani na oralni pristup u rehabilitaciji i razvoj govora kao glavni cilj rane intervencije.

Valja još jednom napomenuti kako su rezultati slaganja s ovim tvrdnjama očekivani jer su u tvrdnjama sadržana znanja koja su usko vezana za područje rehabilitacije slušanja, jezika i govora, o kojima se audiolozi i otorinolaringolozi ne educiraju. To je područje stručnosti logopeda koji bi trebao čim prije doći u kontakt s roditeljima djeteta s oštećenjem sluha kako bi ih mogao uputiti u sve rehabilitacijske opcije. No, s obzirom na neorganiziranost i nedostupnost usluga rane intervencije izvan većih gradova, manjak stručnog osoblja koje ih provodi, nedostatka timskog rada i koordinacije usluga, roditelji često gube dragocjeno vrijeme lutajući između sustava (Ljubešić, 2012).

Sudionicima je također dana mogućnost da sami identificiraju najveće probleme u provođenju učinkovite rane intervencije nakon dijagnosticiranja oštećenja sluha. Audiolozi i otorinolaringolozi očekivano navode nedostatak stručnog osoblja koje provodi ranu intervenciju, posebice stručnjaka koji provode rehabilitaciju, zatim nedostupnost rehabilitacijskih ustanova te

mali broj centara u kojima se uopće provodi rehabilitacija male djece, duge liste čekanja, manjak informiranosti i edukacije liječnika, slabu informiranost roditelja i javnosti, manjak komunikacije između različitih struka te prekasno dijagnosticiranje blažih i umjerenih oštećenja sluha.

Kao temu važnu za ranu intervenciju kod djece s oštećenjem sluha, a koja nije obuhvaćena ovim upitnikom, sudionici navode nepostojanje probira na oštećenja sluha nakon novorođenačke dobi, što je u skladu s opservacijama u članku kojeg su napisali Marn i njegovi kolege, u kojem navode kako bi se postnatalna oštećenja mogla ranije otkriti kada bi u Hrvatskoj postojala sustavna provjera sluha u predškolskoj dobi i kada bi se za ovaj problem senzibiliziralo pedijatre u primarnoj zdravstvenoj zaštiti (Marn i sur., 2017).

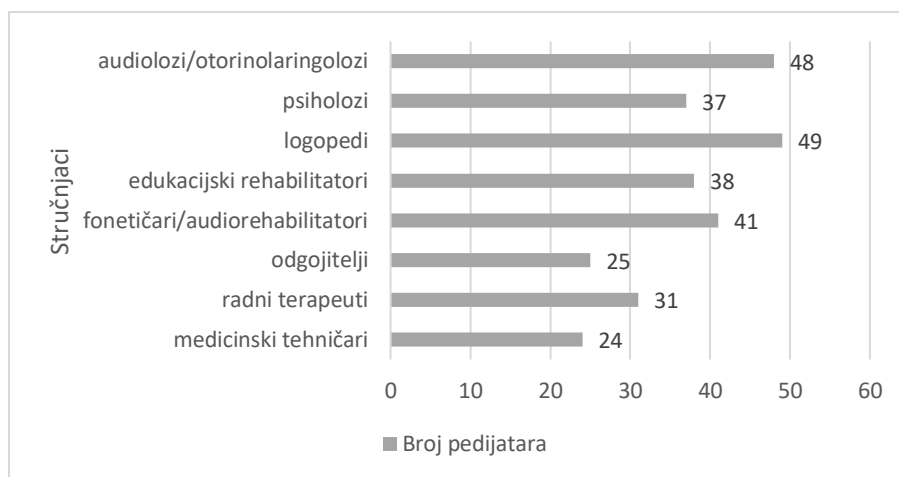
4.2. Pedijatri

S tvrdnjom *Većina pedijatara zainteresirana je za temu rane intervencije kod djece s oštećenjem sluha za temu rane intervencije kod djece s oštećenjem sluha*, više od polovice pedijatara (53.1%) se izjasnilo da se uglavnom ili u potpunosti slaže najviše, 34.7% pedijatara ostalo je indiferentno, a 12.2% se izjašnjava da se uglavnom ne slaže. Može se zaključiti kako većina sudionika smatra da su pedijatri zainteresirani za ovu temu, no, interpretaciji i generalizaciji ovih rezultata treba pristupiti s oprezom jer je moguće da su pedijatri koji su dobrovoljno ispunili upitnik u startu više zainteresirani za ovu temu od kolega koji upitnik nisu ispunili. Važno je primijetiti i da je postotak sudionika koji smatraju da su pedijatri zainteresirani za ovu temu tek nešto veći od 50%, a s obzirom da se trećina pedijatara izjasnila kao indiferentna, može se zaključiti kako rana intervencija kod djece s oštećenjem sluha ipak nije vrlo visoko na njihovoj listi prioriteta. Ovaj nalaz može se potkrijepiti i istraživanjem Moellera i sur. (2006a), u kojem su se pedijatri izjasnili kako u kliničkoj praksi rijetko susreću djecu s teškim oštećenjem sluha te se stoga više interesiraju i educiraju o drugim stanjima s kojima se češće susreću.

Pedijatre se pitalo da, osim stručnjaka njihovog profila, odaberu sve stručnjake koji sudjeluju u ranoj intervenciji kod djece s oštećenjem sluha. Svi pedijatri smatraju da u ranoj intervenciji kod ove populacije sudjeluje logoped, 98% ih smatra da sudjeluje audiolog/otorinolaringolog, 83.7% smatra da sudjeluje fonetičar/audiorehabilitator, 77.6% ih smatra da sudjeluje edukacijski rehabilitator, 75.5% ih smatra da sudjeluje psiholog, 63.3% ih

smatra da sudjeluje radni terapeut, 51% ih smatra da sudjeluje odgojitelj, a manje od polovice (49%) ih smatra da sudjeluje medicinski tehničar. Rezultati su prikazani grafikonom 7.

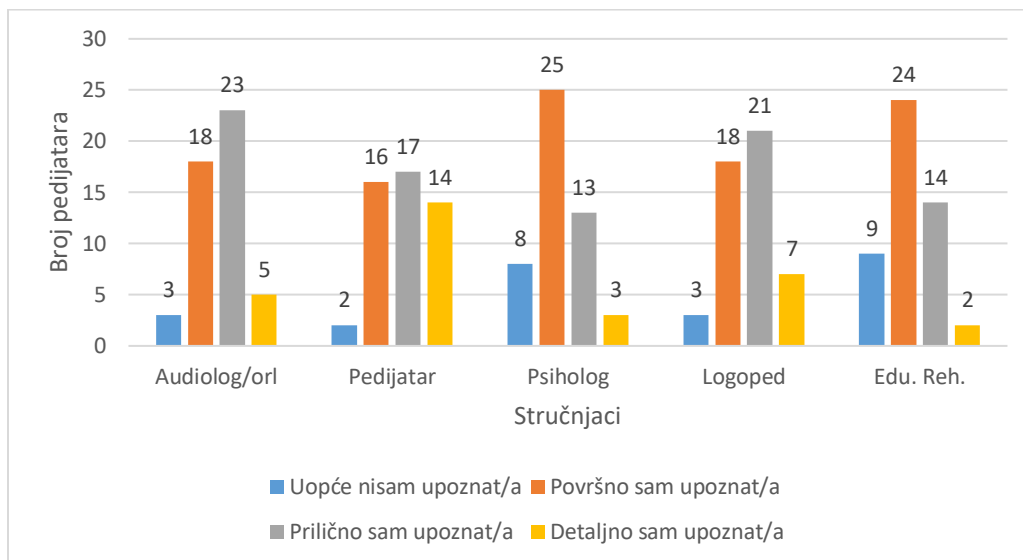
Grafikon 7. *Percepcija pedijatara o sudjelovanju stručnjaka drugih profila u ranoj intervenciji kod djece s oštećenjem sluha*



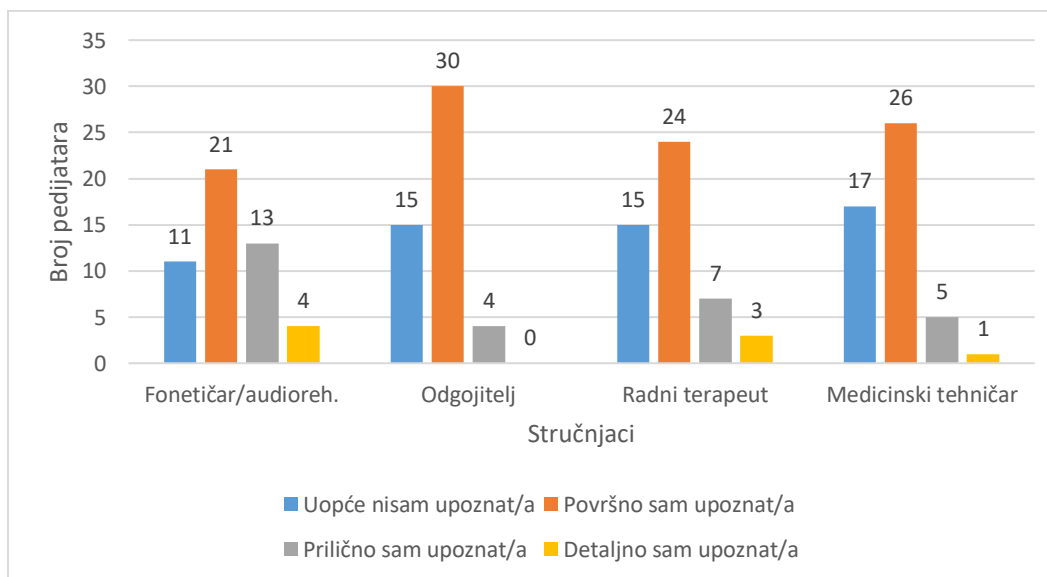
Temeljem dobivenih rezultata može se zaključiti kako više od polovice pedijatara smatra da su u rano intervenciju kod djece s oštećenjem sluha uključeni svi navedeni stručnjaci osim medicinskog tehničara. Ovo je iznenađujući podatak s obzirom na ulogu koju educirani medicinski tehničari imaju u provedbi prvog stupnja probira. Objašnjenje za ove rezultate možda leži u nedovoljnoj informiranosti ovih liječnika o samom postupku probira, što se podudara s rezultatima istraživanja u kojem dio pedijatara u fokus grupama nije znao koji stručnjaci provode probir i jesu li te osobe adekvatno educirane (Moeller i sur., 2006a). Ohrabrujući je podatak što svi pedijatri smatraju kako u ranoj intervenciji kod ove populacije sudjeluje logoped s obzirom na važnost uloge logopeda za djecu s trajnim oštećenjem sluha.

Rezultati koji se odnose na procjenu vlastite upoznatosti s ulogama različitih stručnjaka u ranoj intervenciji kod djece s oštećenjem sluha prikazani su dvama grafikonomima – grafikonom 8.a i grafikonom 8.b, a neki nazivi stručnjaka skraćeni su radi preglednosti grafikona.

Grafikon 8.a *Upoznatost s ulogama različitih stručnjaka*



Grafikon 8.b *Upoznatost s ulogama različitih stručnjaka*



Većina pedijatara smatra kako nisu dobro poznati s ulogom odgojitelja (91.8%), medicinskog tehničara (87.8%), radnog terapeuta (79.6%), psihologa (67.3%), edukacijskog rehabilitatora

(67.3%) te fonetičara/ audiorehabilitatora (65.3%). Više od polovice (57.1%) pedijataru smatra kako su dobro poznati s ulogom audiologa/otorinolaringologa, no čak 42.9 % smatra kako nisu dobro poznati s ulogom koju taj stručnjak ima u ranoj intervenciji kod djece s oštećenjem sluha. Većina pedijatra (61.2%) smatra da su dobro poznati s vlastitom ulogom u ranoj intervenciji djece s oštećenjem sluha, no otprilike trećina (36.7%) ih smatra kako nisu dobro poznati s vlastitom ulogom. Više od polovice ih smatra da su dobro poznati s ulogom logopeda, ali skoro polovica (42.9%) ih smatra kako nisu dobro poznati s ulogom tog stručnjaka. Temeljem navedenih rezultata može se zaključiti kako pedijatri smatraju da nisu dobro poznati s ulogama većine stručnjaka uključenih u ranu intervenciju kod djece s oštećenjem sluha. Rezultati su očekivani u slučaju procjene upoznatosti s ulogom radnog terapeuta, edukacijskog rehabilitatora te fonetičara/ audiorehabilitatora, s obzirom da su ovi profili stručnjaka nešto manje dostupni pedijatrima, osim ukoliko su zaposleni u većim klinikama ili bolnicama. Neočekivan je ovako visoki postotak pedijataru koji smatraju kako nisu dobro poznati s ulogom odgojitelja, s obzirom da je to stručnjak koji provodi jako puno vremena s djetetom i u prilici je primijetiti oštećenja sluha koja su prošla ispod radara ili su se javila postnatalno, a zadužen je i za provedbu određenih prilagodbi kako bi dijete s oštećenjem sluha moglo sudjelovati u grupnim aktivnostima. Iznenaduje i podatak da većina pedijataru smatra kako nisu dobro poznati s ulogom medicinskih tehničara koji u našem zdravstvenom sustavu obavljaju prvi stupanj probira te informiraju roditelje o rezultatima probira i daljnjim postupcima. Ovaj podatak produbljuje sumnju u upoznatost pedijataru s postupkom probira na oštećenje sluha koja se otvorila nakon što većina pedijataru nije odabrala medicinske tehničare kao stručnjake koji sudjeluju u ranoj intervenciji kod djece s oštećenjem sluha. Bitno je i primijetiti da skoro polovica pedijataru smatra kako nisu dobro poznati s ulogom audiologa/otorinolaringologa te logopeda, što nije ohrabrujuće s obzirom da je za kvalitetno informiranje roditelja i pravovremeno uključivanje u ranu intervenciju nužna koordinacija i suradnja između pedijatra i audiologa/otorinolaringologa te pedijatra i logopeda. Nepoznavanje uloge logopeda i neprepoznavanje važnosti upućivanja djeteta s oštećenjem sluha logopedu podudara se s rezultatima istraživanja koje su proveli Moeller i sur. (2006a) u kojem se čak četvrtina pedijataru izjasnila se da djecu s oštećenjem sluha ne upućuju stručnjacima koji pružaju usluge rane intervencije. Od svih ovih rezultata najviše zabrinjava podatak da čak trećina pedijataru smatra kako nisu dobro poznati s vlastitom ulogom u ranoj intervenciji, što ukazuje na potrebu dodatnog educiranja pedijataru o važnosti njihove uloge i obavezama koje imaju prema

informiranju i praćenju obitelji djeteta s oštećenjem sluha. Može se zaključiti kako, osim potrebe educiranja o vlastitoj ulozi, postoji potreba dodatnog educiranja pedijatara o stručnjacima koji su uključeni u ranu intervenciju te o podjeli uloga između tih stručnjaka kako bi pedijatri mogli adekvatno informirati i upućivati roditelje i pratiti ih kroz cijeli proces, od probira i postavljanja dijagnoze do uključivanja u ranu intervenciju te kroz daljnju rehabilitaciju.

Od pedijatara se dalje tražilo da procijene vlastitu ulogu u ranoj intervenciji kod djece s oštećenjem sluha na način da odaberu razinu slaganja od 1 (uopće nije moja uloga) do 5 (u potpunosti je moja uloga). Rezultati su prikazani u tablici 6.

Tablica 6. *Percepcija vlastite uloge* u ranoj intervenciji*

Razina slaganja (%) Uloga	Uopće nije moja uloga	Uglavnom je moja uloga	Niti je, niti nije moja uloga	Uglavnom nije moja uloga	U potpunosti je moja uloga
Dijagnosticiranje oštećenja sluha	4.1%	2%	30.6%	34.7%	28.6%
Informiranje o oštećenju sluha	2%	4.1%	28.6%	36.7%	28.6%
Informiranje o slušnim pomagalima	22.4%	22.4%	24.5%	22.4%	8.2%
Informiranje o kohlearnom implantatu	36.7%	26.5%	16.3%	10.2%	10.2%
Informiranje o rehabilitacijskim ustanovama	8.2%	10.2%	32.7%	24.5%	24.5%
Informiranje o poticanju vještina slušanja	10.2%	18.4%	36.7%	22.4%	12.2%
Informiranje o razvoju jezika i govora	6.1%	18.4%	32.7%	28.6%	14.3%
Informiranje o modalitetima komunikacije	14.3%	18.4%	32.7%	20.4%	14.3%

Informiranje o znakovnom jeziku	24.5%	26.5%	24.5%	12.2%	12.2%
Informiranje o grupama podrške	14.3%	26.5%	26.5%	16.3%	16.3%
Informiranje o socijalnim pravima	20.4%	18.4%	24.5%	14.3%	22.4%
Savjetovanje o psihološkoj podršci	8.2%	10.2%	34.7%	22.4%	24.5%
Suradnja s drugim stručnjacima	4.1%	10.2%	18.4%	30.6%	36.7%
Kontinuirano praćenje djeteta	10.2%	12.2%	24.5%	24.5%	28.6%

**Opisi uloga su skraćeni radi preglednosti grafikona*

Temeljem dobivenih podataka može se zaključiti kako više od polovice pedijatar smatra da u njihovu ulogu u ranoj intervenciji kod djece s oštećenjem sluha ulazi sljedeće: suradnja s drugim stručnjacima koji su uključeni u ranu intervenciju (67.3%), informiranje roditelja o oštećenju sluha njihova djeteta (65.3%), dijagnosticiranje oštećenja sluha (63.3%), te kontinuirano praćenje djeteta s oštećenjem sluha (53.1%). Ovi rezultati uvelike se podudaraju sa stranim istraživanjima u kojima su pedijatri izjavili kako kao svoju ulogu najviše vide brigu o cjelokupnom zdravlju djeteta, savjetovanje te educiranje obitelji djeteta s oštećenjem sluha, primjereno upućivanje djeteta drugim stručnjacima te kontinuirano praćenje djetetova razvoja (Moeller i sur., 2006b). Očekivani je rezultat što je većina pedijatar izabrala suradnju s drugim stručnjacima kao svoju ulogu jer su pedijatri nadležni za korodiniranje usluga i upućivanje djeteta drugim stručnjacima, pa je kontaktiranje i suradnja s drugim stručnjacima važno kako bi se djetetovim teškoćama pristupalo timski. Pozitivan je podatak što većina pedijatar smatra kako je informiranje roditelja o oštećenju sluha njihova uloga jer pedijatri redovito viđaju djecu i često kontaktiraju s obiteljima, a roditelji ih doživljavaju kao primarni izvor informacija (Matthews i sur., 2009; Young i sur., 1998). Ohrabruje podatak što je skoro dvije trećine pedijatar izabralo dijagnosticiranje oštećenja sluha kao svoju ulogu jer se na temelju toga može zaključiti da među velikim brojem

pedijataru postoji svijest o vlastitoj ulozi u detektiranju oštećenja sluha koja su prošla nezapaženo na probiru ili koja u vrijeme probira još nisu bila prisutna. Pedijatri su ključni u pravovremenom prepoznavanju ranih postnatalnih trajnih oštećenja sluha koja nisu bila prisutna u vrijeme provođenja novorođenačkog probira, a uključivanje provjere refleksnih reakcija na izvor zvuka u sistematske preglede koje provode pedijatri pomoglo bi u ranijoj dijagnostici ovih oštećenja sluha (Marn i sur., 2017). Svjesnost pedijataru o važnosti njihove uloge u otkrivanju postnatalnih oštećenja sluha potvrdilo je i istraživanje koje su proveli Moeller i sur. (2006a), u kojem pedijatri iskazuju potrebu za boljim informiranjem o etiologiji i posljedicama oštećenja sluha, posebno oštećenja koja se događaju nakon probira, te potrebu za educiranjem na koje načine mogu provjeriti sluh tijekom sistematskih pregleda (Moeller i sur., 2006a). Očekivan je rezultat da će većina pedijataru kao svoju ulogu odabrati kontinuirano praćenje djece s obzirom da su pedijatri liječnici koji su zaduženi za nadziranje cjelokupnog zdravlja djeteta te obavljanje sistematskih pregleda kako bi pratili djetetov rast i razvoj (Moeller i sur., 2006a). No, valja primijetiti da je udio pedijataru koji smatraju da je kontinuirano praćenje djece njihova uloga tek nešto veći od polovice, što je zabrinjavajući podatak.

Manje od polovice pedijataru (49%) smatra da je informiranje roditelja djeteta s oštećenjem sluha o ustanovama u kojima se provodi (re)habilitacija slušanja, jezika i govora i stručnjacima koji rade u njima njihova uloga, što je zabrinjavajući podatak s obzirom da roditelji od pedijatra često traže informacije o razvojnim potrebama svog djeteta i mjestu gdje mogu dobiti takvu vrstu podrške, stoga se od pedijataru očekuje da informiraju roditelje o ovoj temi (Moeller i sur., 2006a).

Manje od polovice pedijataru (46.9%) smatra kako je savjetovanje roditelja djeteta s oštećenjem sluha o traženju psihološke podrške njihova uloga, što je zabrinjavajući podatak jer su pedijatri stručnjaci koji redovito viđaju novorođenčad i roditelje i koji bi mogli roditeljima pružiti prijeko potrebne informacije o psihološkoj pomoći (Moeller i sur., 2013).

Manjak informiranosti o jezičnom razvoju možda može objasniti zašto se tek manje od polovice pedijataru (42.9%) slaže da je informiranje roditelja djeteta s oštećenjem sluha o razvoju jezika i govora kod djece s oštećenjem sluha njihova uloga. U istraživanju koje su proveli Moeller i sur. (2006a), pedijatri su se složili kako su im potrebne novije informacije o razvojnim miljokazima vezanima za slušanje, jezik i govor kako bi mogli bolje pratiti djetetov cjelokupni razvoj te da nisu dovoljni informirani o ovoj temi.

Više od polovice pedijatara (51%) pedijatara smatra kako informiranje roditelja djeteta s oštećenjem sluha o znakovnom jeziku nije njihova uloga, a samo 24.4% ih smatra da jest. Ovi rezultati također se mogu objasniti manjkom informiranosti o ovoj temi, što se može potkrijepiti istraživanjem koje su proveli Carron i sur. (2006), a čiji rezultati su pokazali nedostatke u informiranosti pedijatara o znakovnom jeziku i kulturi Gluhih.

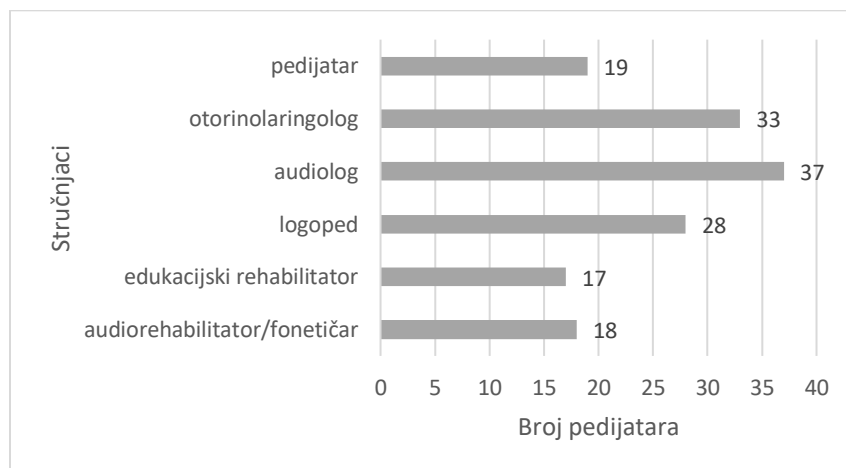
Oko procjene je li informiranje roditelja djeteta s oštećenjem sluha o slušnim pomagalicama i tehnološkim opcijama njihova uloga, pedijatri su podijeljena mišljenja, međutim više ih je u skupini koja se uopće ili uglavnom ne slaže da je to njihova uloga (44.8%), od onih koji se uglavnom ili u potpunosti slažu da je to njihova uloga (30.6%). Ovi rezultati mogu se objasniti nedovoljnom informiranosti pedijatara o slušnim pomagalicama, što se može potkrijepiti istraživanjima koje su proveli Dorros i sur. (2007) i koji su pokazali nedovoljnu informiranost pedijatara o slušnim pomagalicama te nerazumijevanje načina na koji ona funkcioniraju. S tim je u skladu i podatak da većina pedijatara (63.2%) smatra kako informiranje roditelja djeteta s oštećenjem sluha o procesu ugradnje kohlearnih implantata nije njihova uloga. Rezultati istraživanja koje su proveli Moeller i sur. (2006a), pokazali su da pedijatri smatraju kako nemaju dovoljno znanja o ovoj temi te da im je nelagodno o tome savjetovati roditelje. Čak dvije petine pedijatara u istraživanju koje su proveli Dorros i sur. (2007) složilo se s izjavom da kohlearni implantati vraćaju normalan sluh, a mnogi nisu znali niti koji su kriteriji za dodjelu kohlearnih implantata. U istraživanju koje su proveli Moeller i sur. (2006a), trećina pedijatara se izjasnila da se ne osjećaju dovoljno sigurno u svoje znanje o kohlearnim implantatima te da izbjegavaju savjetovanje roditelja o ovoj temi.

Pedijatri su podijeljena mišljenja oko toga je li informiranje roditelja djeteta s oštećenjem sluha o različitim modalitetima komunikacije njihova uloga – približno trećina ih se slaže da je to njihova uloga, isti udio sudionika se ne slaže s time, a pedijatri koji su ostali indiferentni također čine trećinu pa se na temelju ovih rezultata ne može odrediti kojoj strani se priklonilo više sudionika. Moguće objašnjenje za ovakvu podijeljenost mišljenja može biti svjesnost o važnosti vlastite uloge u informiranju roditelja jer ih roditelji doživljavaju kao primarni izvor informacija, uz istovremenu svjesnost o nedostatku znanja o ovom području, što je potvrdilo i istraživanje Moeller i sur. (2006a), u kojem su pedijatri izjavili kako se ne osjećaju sigurno u savjetovanju roditelja o različitim komunikacijskim modalitetima jer nisu dovoljno educirani o toj temi.

Pedijatri su podijeljena mišljenja oko toga jesu li informiranje roditelja djeteta s oštećenjem sluha o poticanju vještina slušanja kod djece s oštećenjem sluha, o grupama podrške te o ostvarivanju socijalnih prava njihova uloga, a moguće objašnjenje je također postojanje svjesnost o važnosti vlastite uloge u informiranju roditelja uz istovremenu svjesnost o manjku vlastite informiranosti i nemogućnosti da roditeljima pruže potrebne informacije.

Prilikom izbora stručnjaka koji bi trebali informirati roditelje o daljnjim (re)habilitacijskim mogućnostima nakon postavljene dijagnoze oštećenja sluha, sudionici su mogli odabrati više odgovora. Najveći broj pedijatara (75.5%) smatra da bi audiolog trebao biti jedan od stručnjaka koji informira roditelje o (re)habilitacijskim mogućnostima nakon postavljene dijagnoze oštećenja sluha, oko dvije trećine pedijatara smatra da je to uloga i otorinolaringologa, a više od polovice pedijatara smatra da bi i logopeda trebao biti među stručnjacima koji informiraju o daljnjim (re)habilitacijskim mogućnostima. Samo oko trećina pedijatara smatra da bi oni trebali biti jedan od stručnjaka koji informiraju roditelje o (re)habilitacijskim mogućnostima nakon postavljene dijagnoze oštećenja sluha, a približan broj ih to isto smatra za audiorehabilitatora/fonetičara (36.7%) te za edukacijskog rehabilitatora (34.7%). Rezultati su prikazani grafikonom 9.

Grafikon 9. *Stručnjak koji bi trebao informirati roditelje o daljnjim (re)habilitacijskim mogućnostima nakon postavljene dijagnoze oštećenja sluha*

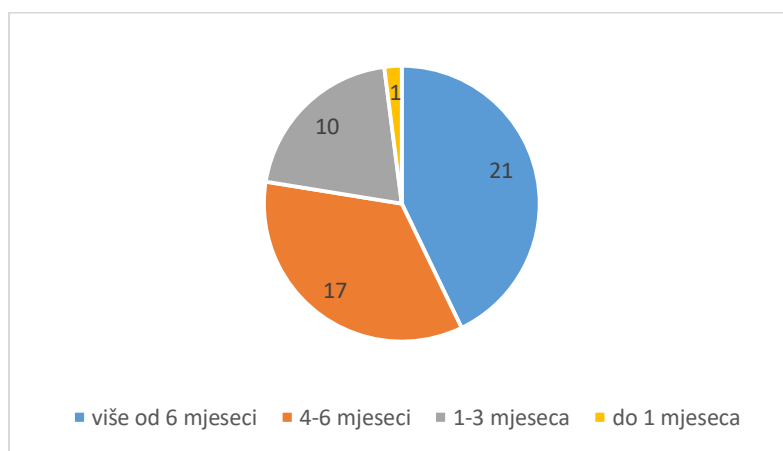


Temeljem dobivenih podataka može se zaključiti kako više od polovice pedijatara smatra kako bi audiolog, otorinolaringolog i logoped trebali biti stručnjaci koji informiraju roditelje o daljnjim (re)habilitacijskim mogućnostima nakon postavljene dijagnoze oštećenja sluha. Zabrinjava podatak da samo trećina pedijatara smatra kako bi i oni trebali informirati roditelje o daljnjim

možnostima nakon dijagnoze oštećenja sluha budući da su upravo oni stručnjaci koji imaju glavnu ulogu u praćenju i savjetovanju roditelja i djeteta kroz čitav proces i kojima se roditelji najviše obraćaju u potrazi za informacijama (Matthews i sur., 2009; Young i sur., 1998).

Na pitanje koliko vremena prođe od dijagnosticiranja oštećenja sluha kod djeteta do uključivanja u rehabilitaciju (terapiju) slušanja i govora, 42.9% pedijatara smatra da prođe više od 6 mjeseci, 34.7% smatra da prođe od 4 do 6 mjeseci, 20.4% smatra da prođe od 1-3 mjeseca i 2% smatra da prođe do 1 mjeseca, što je prikazano grafikonom 10.

Grafikon 10. Procjena vremena koje prođe od dijagnoze do uključivanja u rehabilitaciju



Na pitanje upućuju li roditelje u ustanove u kojima se provodi (re)habilitacija, najveći broj pedijatara (69.4%) odgovorio je da se u potpunosti ili uglavnom slaže, dok ih se samo 14.3% uglavnom ili uopće ne slaže. S obzirom na navedene rezultate, može se zaključiti da većina pedijatara upućuje roditelje u ustanove u kojima se provodi (re)habilitacija, što je jako bitno s obzirom da su pedijatri liječnici čija je uloga upućivanje djeteta drugim stručnjacima koordiniranje usluga. Ovi rezultati pozitivniji su od onih koje su dobili Moeller i sur. (2006a), u čijem se istraživanju 25% pedijatara izjasnilo da djecu s oštećenjem sluha ne upućuju stručnjacima koji pružaju usluge rane intervencije.

Većina pedijatara navodi Polikliniku Suvag u Zagrebu kao ustanovu u koju upućuju djecu s oštećenjem sluha na (re)habilitaciju. Neki navode još i KBC Zagreb, KBC Split, Polikliniku za rehabilitaciju osoba sa smetnjama u razvoju Split, Suvag Osijek, Specijalnu bolnicu Goljak u

Zagrebu, Dnevni centar za rehabilitaciju Slava Raškaj Rijeka te Dječju bolnicu Srebrnjak u Zagrebu. Ustanove koje su naveli pedijatri podudaraju se s ustanovama koje su naveli audiolozi i otorinolaringolozi jer su te ustanove u velikim gradovima gotovo jedina mjesta gdje se nude usluge rane intervencije za djecu s oštećenjem sluha. Zanimljivo je primijetiti da nitko od pedijatara, audiologa i otorinolaringologa nije naveo da roditelje djece s oštećenjem sluha upućuje u Centar za rehabilitaciju Edukacijsko-rehabilitacijskog fakulteta. U Centru se, unutar Kabineta za oštećenje sluha, pružaju usluge habilitacije jezika, slušanja i govora kod djece s oštećenjem sluha, potiču komunikacijske vještine na hrvatskom znakovnom jeziku (HZJ), potiče komunikacija manualnim znakovima te savjetuju obitelji djece s prirođenim/rano stečenim oštećenjem sluha. Moguće objašnjenje je da liječnici većinom nisu upoznati s radom Centra za rehabilitaciju i mogućnošću da tamo upute roditelje djeteta s oštećenjem sluha.

Prilikom procjene učestalosti iniciranja kontakta s drugim stručnjacima koji su uključeni u ranu intervenciju, 53% pedijatara izjasnila se da redovito iniciraju kontakt s logopedom, a nešto manje od polovice ih redovito inicira kontakt audiologom ili otorinolaringologom. S druge strane, polovica ih nikad ili gotovo nikad ne inicira kontakt s edukacijskim rehabilitatorom i audiorehabilitatorom, tj. fonetičarom. Rezultati su prikazani u tablici 7.

Tablica 7. Iniciranje kontakta s ostalim stručnjacima

Stručnjak Razina slaganja (%)	Logoped	Edukacijski rehabilitator	Audiorehabilitator / fonetičar	Audiolog / otorinolaringolog
Nikad	14.3%	26.5%	36.7%	12.2%
Gotovo nikad	24.5%	26.5%	20.4%	20.4%
Ponekad	8.2%	22.4%	22.4%	20.4%
Gotovo uvijek	22.4%	12.2%	10.2%	12.2%

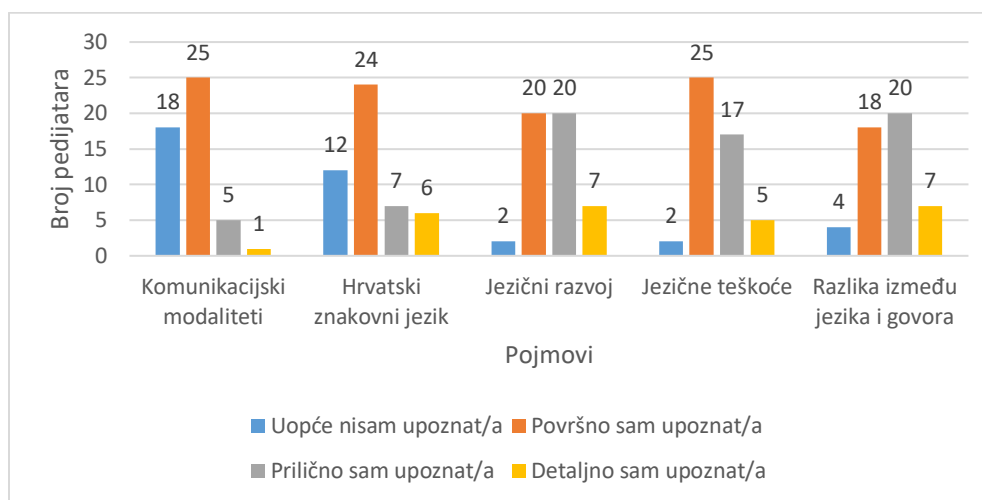
Uvijek	30.6%	12.2%	10.2%	34.7%
--------	-------	-------	-------	-------

Iz navedenih podataka može se zaključiti da pedijatri, baš kao i audiolozi i otorinolaringolozi, od ponuđenih stručnjaka najčešće iniciraju kontakt s logopedom, a puno rjeđe s audiorehabilitatorom/fonetičarom i edukacijskim rehabilitatorom. Razlika u učestalosti iniciranja kontakta s logopedom i kontakta s ostalim stručnjacima također se može objasniti većom dostupnošću logopeda s obzirom da se većina sudionika izjasnila da imaju logopeda u timu ustanove koje rade. Rezultat da većina pedijatara inicira kontakt s logopedom je pozitivan jer je upućivanje djeteta s oštećenjem sluha i suradnja između pedijatra i logopeda iznimno bitna za uspješnu ranu intervenciju, no zabrinjava podatak da ih manje od polovice redovito inicira kontakt s audiologom/otorinolaringologom jer je suradnja između ova dva stručnjaka i upućivanje djeteta audiologu ključna za dijagnosticiranje oštećenja sluha, posebice onih postnatalnih koja nisu bila prisutna u vrijeme probira.

Procjenjujući koliko često savjetuju roditelje o važnosti psihološke podrške nakon što je njihovom djetetu postavljena dijagnoza oštećenja sluha, više od polovice pedijatara (53.1%) izjasnilo se da to čine uvijek ili gotovo uvijek, dok se njih 28.5% izjasnilo da to ne čine nikad ili gotovo nikad. Temeljem dobivenih podataka može se zaključiti kako većina pedijatara ipak savjetuje roditelje o ovoj temi, što je pozitivan podatak jer pedijatri redovito viđaju roditelje i u najboljoj su poziciji da ih upute na mjesto gdje mogu dobiti psihološku pomoć, s obzirom da je dijagnoza oštećenja sluha obično vrlo šokantna i emocionalno teška za roditelje.

Prilikom procjene svoje upoznatosti s pojmovima koji su bitni za ranu intervenciju kod djece s oštećenjem sluha, oko polovice pedijatara procjenjuje da je površno upoznato s pojmom komunikacijskih modaliteta (51%), s pojmom jezičnih teškoća (51%), te s pojmom hrvatskog znakovnog jezika (49%). Rezultati pokazuju da su pedijatri različito upoznati s pojmom jezičnog razvoja, neki smatraju da su površno upoznati s tim pojmom, dok jednaki broj pedijatara smatra da dobro razumiju taj pojam. Čak 55% pedijatara smatra da su dobro upoznati s razlikom između jezika i govora, no njih 45% smatra da ne zna razliku između ta dva koncepta. Rezultati su prikazani grafikonom 11.

Grafikon 11. Procjena upoznatosti s pojmovima/konceptima koji su bitni za ranu intervenciju kod djece s oštećenjem sluha

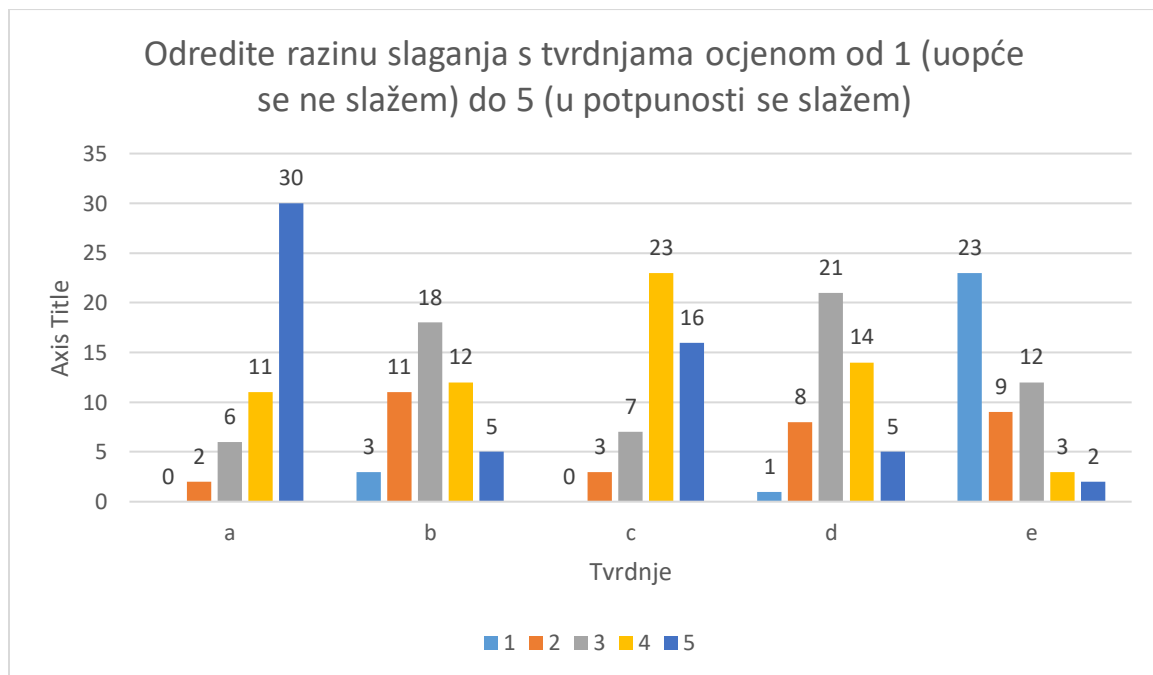


Temeljem navedenih podataka može se zaključiti kako pedijatri svoju upoznatost s većinom ovih pojmova percipiraju kao površnu. Iako više od polovice pedijatara smatra kako su dobro upoznati s pojmovima jezičnog razvoja te s razlikom između jezika i govora, čak 45 % ih smatra kako nisu dovoljno upoznati s ovim pojmovima, što je prilično veliki postotak kad se u obzir uzme da je poznavanje tih pojmova ključno za savjetovanje roditelja o rehabilitacijskim opcijama i pristupima. Ovi rezultati podudaraju se s rezultatima istraživanja u kojima su pedijatri naveli kako smatraju da nisu dovoljno upoznati s komunikacijskim modalitetima, razvojnim miljkazima za jezik, govor i komunikaciju te sa znakovnim jezikom (Moeller i sur., 2006a; Dorros i sur., 2007; Carron i sur., 2006). S obzirom da većina pedijatara smatra kako su nisu dobro upoznati s pojmom hrvatskog znakovnog jezika i komunikacijskih modaliteta, ne čudi što se većinom nisu slagali kako je informiranje roditelja o ovim temama njihova uloga. Veliki postotak pedijatara koji procjenjuje da nije dobro upoznati s pojmom jezičnog razvoja te s razlikom između jezika i govora može ukazati zašto više od polovice pedijatara ne misli da je informiranje roditelja o razvoju jezika i govora kod djece s oštećenjem sluha njihova uloga.

Od sudionika se tražilo da odrede razinu slaganja od 1 (uopće se ne slažem) do 5 (u potpunosti se slažem) s tvrdnjama kojima se provjeravaju neka znanja o ranoj intervenciji bitna za informiranje roditelja. Rezultati su prikazani grafikonom 12. Tvrdnje glase:

- a) *Oštećenje sluha često otežava učenje materinskog jezika.*
- b) *Nakon opremanja djeteta slušnim pomagalom, slušanje se nastavlja razvijati kao kod uredno čujuće djece.*
- c) *Glavni fokus rane intervencije kod djece kojima je potvrđena dijagnoza oštećenja sluha trebao bi biti razvoj govora.*
- d) *Dijete može imati uredan jezični razvoj iako ne govori.*
- e) *Učenje znakovnog jezika usporava razvoj govora.*

Grafikon 12. *Određivanje razine slaganja s tvrdnjama*



Većina pedijatara (83.7 %) slaže se s tvrdnjom kako *Oštećenje sluha često otežava učenje materinskog jezika*, što je pozitivan rezultat jer ukazuje da su pedijatri svjesni negativnog utjecaja oštećenja sluha na usvajanje jezika.

Čak trećina pedijatara slaže se s tvrdnjom *Nakon opremanja djeteta slušnim pomagalom, slušanje se nastavlja razvijati kao kod uredno čujuće djece*, a tek nešto manje od trećine se ne slaže. Ovo je zabrinjavajuće visoki postotak pedijatara koji nisu dovoljno informirani o razvijanju slušanja i

slušnim pomagalicama. Ovi rezultati u skladu su sa rezultatima istraživanja koje su proveli Dorros i sur. (2007), prema kojima dvije petine pedijatara smatra kako slušna pomagala poboljšavaju sluh na isti način na koji naočale poboljšavaju vid, a isti broj ih smatra da kohlearni implantati vraćaju normalan sluh. Pogrešna uvjerenja i nedovoljna informiranost ovih liječnika o slušnim pomagalicama može u roditeljima pobuditi stvaranje nerealnih očekivanja, s posljedicom prekasnog uključivanja djeteta u rehabilitaciju slušanja, jezika i govora ukoliko smatraju da sama dodjela slušnog pomagala rješava problem (Johnson i sur., 2009).

S tvrdnjom *Glavni fokus rane intervencije kod djece kojima je potvrđena dijagnoza oštećenja sluha trebao bi biti razvoj govora*, slaže se čak 79.6% pedijatara, iz čega se vidi se tendencija ka oralnom pristupu u rehabilitaciji, kao i kod audiologa i otorinolaringologa, koji za mnogu djecu nije dostatan jer govorni jezik nije uvijek u potpunosti dostupan djeci s oštećenjem sluha, a aktualna istraživanja pokazala su da se putem bimodalno dvojezičnog pristupa postižu puno bolji ishodi nego li sa intervencijama koje su orijentirane samo na govor (Clark i sur., 2020; Davidson i sur., 2014).

Nešto više od trećine pedijatara slaže se s tvrdnjom da *Dijete može imati uredan jezični razvoj iako ne govori*, stoga se može zaključiti kako većina pedijatra nije upoznata s činjenicom da dijete koje ne govori i kojemu je prvi jezik znakovni jezik može imati uredan jezični razvoj. S obzirom na ove rezultate može se zaključiti kako su pedijatri, kao i audiolozi i otorinolaringolozi, usmjereni na govoreni jezik kao jedinu opciju urednog razvoja.

Udio pedijatara koji se ne slažu s tvrdnjom kako *Učenje znakovnog jezika usporava razvoj govora* čini 65%, no temeljem ovih rezultata može se zaključiti kako otprilike trećina pedijatara ipak nije upoznata s činjenicom kako znakovni jezik neće usporiti razvoj govornog jezika, već ga može olakšati (Grosjean, 2010).

Temeljem navedenih rezultata može se zaključiti kako većina pedijatara shvaća negativan utjecaj koje oštećenje sluha može imati na jezični razvoj te shvaća kako učenje znakovnog jezika ne usporava razvoj govora, no većina ih nije dovoljno sa činjenicom da znakovni jezik može osigurati uredan jezični razvoj, te su i dalje orijentirani na oralni pristup u ranoj intervenciji i razvoj govora kao glavni cilj te intervencije, a također nisu dovoljni upoznati ni s razvojem slušanja nakon dodjele slušnih pomagala.

S obzirom da veliki broj pedijatara ne smatra kako su dobro upoznati s pojmovima vezanima za ranu intervenciju, rezultati slaganja s ovim tvrdnjama zapravo su očekivani i u skladu su s njihovom procjenom upoznatosti s pojmovima jezičnog razvoja i znakovnog jezika. Ove teme su kompleksne, a liječnici se o njima obično ne educiraju u tijeku svojeg obrazovanja što ih postavlja u neugodnu ulogu jer su u poziciji u kojoj se očekuje da savjetuju roditelje koji se obično prvo njima obraćaju sa svim pitanjima vezanima za zdravlje i razvoj svoga djeteta, ali im fale neka temeljna znanja da bi roditelje mogli adekvatno informirati o ovim temama. Pedijatre je bitno educirati, ali nerealistično je od njih očekivati da postignu razinu znanja dovoljnu za detaljno informiranje roditelja o jeziku, govoru i komunikaciji kod djece s oštećenjem sluha. Bitno im je omogućiti pristup provjerenim ključnim informacijama kako se ne bi dogodilo da roditelje pogrešno savjetuju, te ih informirati kojim stručnjacima i u koje ustanove mogu uputiti roditelje kako bi dobili detaljnije informacije (Moeller i sur., 2006b).

Pedijatri, slično kao i audiolozi i otorinolaringolozi, kao najveće probleme u provođenju rane intervencije nakon dijagnosticiranja oštećenja sluha navode nedostatak stručnih timova i timske obrade, nedostatak samih stručnjaka koji su uključeni u ranu intervenciju (posebice logopeda i rehabilitatora), manjak specijaliziranih ustanova u kojima se provodi rehabilitacija i nedostupnost usluga, nedovoljnu svijest i educiranost javnosti o problemu i mogućnostima koje pruža zdravstveni sustav, lošu educiranost pedijatara, slabu organiziranost, nesustavnost i nepostojanje univerzalnih algoritama za ranu intervenciju, preduge liste čekanja za pregled i rehabilitaciju, predugo vrijeme od dijagnoze do uključivanja u terapiju, kasno otkrivanje oštećenja te nedostatak financiranja. Navode potrebu za donošenjem smjernica za ranu intervenciju kod djece s oštećenjem sluha, što se podudara s rezultatima istraživanja koje su proveli Moeller i sur. (2006a), u kojem pedijatri također izražavaju potrebu za donošenjem općih smjernica i algoritama postupanja. Pedijatri još navode i potrebu pružanja dijagnostičkih i terapijskih usluga te timske obrade u istoj ustanovi i problem nepostojanja stručne trijaže pri ustanovama koje se bave rehabilitacijom slušanja i govora. Kao veliki problem u provođenju rane intervencije navode i propuste u otkrivanju oštećenja sluha koja nastanu nakon probira, dakle postnatalno, što je pozitivan podatak jer govori u prilog postojanju svjesnosti o važnosti uloge pedijatra u otkrivanju postnatalnih oštećenja sluha.

Kad se u obzir uzmu svi rezultati, čini se da sudionici ne smatraju da imaju dovoljno znanja o ranoj intervenciji, niti da su detaljno upoznati s ulogama drugih stručnjaka te s pojmovima koji su bitni za informiranje i savjetovanje roditelja.

4.3. Uočene razlike između audiologa/otorinolaringologa i pedijatara

Uvidom u pojedinačne odgovore na pitanje o pohađanju edukacija u okviru kojih se obrađivala tema rane intervencije kod djece s oštećenjem sluha, utvrđeno je da se 40% audiologa i otorinolaringologa i 14.3% pedijatara izjasnilo potvrdno. Oštećenja sluha su domena specijalista otorinolaringologije i subspecijalista audiologije, pa je i očekivano da će u toj skupini biti više liječnika koji su se dodatno educirali o ovom području. Moguće objašnjenje za vrlo niski postotak pedijatara koji su se dodatno educirali o ovoj temi je taj što u svakodnevnoj praksi rijetko susreću djecu s trajnim oštećenjem sluha, pa je informiranje o oštećenju sluha niže na njihovoj listi prioriteta nego li druga zdravstvena stanja s kojima se susreću na dnevnoj bazi (Moeller i sur., 2006a).

Na pitanje koji stručnjaci sudjeluju u ranoj intervenciji kod djece s oštećenjem sluha, većina audiologa i otorinolaringologa smatra da, osim stručnjaka njihovog profila, u ranoj intervenciji sudjeluju logopedi, psiholozi, pedijatri, edukacijski rehabilitatori i fonetičari/audiorehabilitatori. Razlika između pedijatra te audiologa/otorinolaringologa je u tome što većina pedijatara smatra da su u ranu intervenciju uključeni i odgojitelji i radni terapeuti. Moguće objašnjenje za ovu razliku među sudionicima možda je u tome što su pedijatri liječnici koji se brinu za cjelokupno zdravlje i razvoj djeteta, kontinuirano prate dijete i upućuju ga drugim stručnjacima pa su više informirani o svim profilima stručnjaka koji su u kontaktu s djetetom i uključeni u ranu intervenciju.

Prilikom procjene upoznatosti s ulogama različitih stručnjaka koji su uključeni u ranu intervenciju kod djece s oštećenjem sluha, čak trećina pedijatara izjasnila se kako smatraju da nisu dobro upoznati s vlastitom ulogom, dok 80% audiologa i otorinolaringologa smatra kako su dobro upoznati s vlastitom ulogom. Moguće objašnjenje za ovu razliku u percepciji upoznatosti s vlastitom ulogom između pedijatara te audiologa i otorinolaringologa možda je u tome što područje oštećenja sluha pripada u domenu stručnosti audiologa i otorinolaringologa pa je i njihova

uloga u tom području bolje definirana. To potkrepljuju i strana istraživanja u kojima se navodi kako audiolozi i otorinolaringolozi imaju ključnu ulogu u postavljanju definitivne dijagnoze oštećenja sluha i uključivanju djece u ranu intervenciju i sprječavanju da se djeca i obitelji izgube u procesu naknadnih provjera i upućivanja različitim stručnjacima (Bower i St John, 2014.; Danhauer i sur., 2006). Podrazumijeva se da uloga audiologa i otorinolaringologa primarno obuhvaća dijagnosticiranje oštećenja sluha pacijentima te informiranje o dijagnozi, a u postupku novorođenačkog probira na oštećenje sluha točno je određena točka u kojoj se audiolozi uključuju u proces. Za ulogu pedijataru u ranoj intervenciji kod djece s oštećenjem sluha u našem sustavu ne postoje točno određene i jasne smjernice, već se na to područje preslikavaju uloge i obaveze koje pedijatri inače imaju, a to je kontinuirano praćenje djeteta, koordinacija usluga i upućivanje djeteta drugim stručnjacima po potrebi, savjetovanje roditelja, obavljanje sistematskih pregleda te briga o cjelokupnom zdravlju djeteta. Kad se u obzir uzme nepostojanje jasnih smjernica i protokola kojim se propisuje postupanje pedijataru nakon probira, mala učestalost susretanja s djecom s oštećenjem sluha u kliničkoj praksi, nedostatnost znanja koje su o ovom području stekli tijekom obrazovanja te mali broj pedijataru koji se dodatno educirao o ovom području, zaista ne čudi što tako veliki udio pedijataru nije siguran što sve ulazi u njihovu ulogu kad se radi o djeci s oštećenjem sluha. U mnogim stranim istraživanjima pedijatri su također iskazali veliku potrebu za donošenjem smjernica i algoritama po kojima će postupati kod djece s oštećenjem sluha.

U istraživanju koje su proveli Moeller i sur. (2006b), pedijatri su se izjasnili kako svoje obaveze kroz proces probira i rane intervencije najviše vide kroz četiri uloge: briga o cjelokupnom zdravlju djeteta, savjetovanje i educiranje obitelji djeteta s oštećenjem sluha, upućivanje djeteta drugim stručnjacima te kontinuirano praćenje djetetova razvoja. Većina pedijataru u ovom istraživanju na sličan način procijenila je svoje uloge - smatraju da u njihovu ulogu ulazi suradnja s drugim stručnjacima koji su uključeni u ranu intervenciju, informiranje roditelja o oštećenju sluha njihova djeteta, dijagnosticiranje oštećenja sluha, te kontinuirano praćenje djeteta s oštećenjem sluha. Audiolozi i otorinolaringolozi smatraju da u njihovu ulogu ulazi dijagnosticiranje oštećenja sluha, informiranje roditelja o oštećenju sluha, informiranje roditelja o slušnim pomagalicama i tehnološkim opcijama, informiranje roditelja djeteta s oštećenjem sluha o procesu ugradnje kohlearnih implantata te mogućim rizicima i komplikacijama, informiranje roditelja djeteta s oštećenjem sluha o ustanovama u kojima se provodi (re)habilitacija slušanja, jezika i govora i stručnjacima koji rade u njima, kontinuirano praćenje djeteta s oštećenjem sluha

te suradnja s drugim stručnjacima. Usporedbom uloga između ove dvije skupine vidljiva su određena preklapanja, a ono u čemu se razlikuju su informiranje roditelja o slušnim pomagalicama i tehnološkim opcijama, informiranje roditelja djeteta s oštećenjem sluha o procesu ugradnje kohlearnih implantata te mogućim rizicima i komplikacijama i informiranje roditelja djeteta s oštećenjem sluha o ustanovama u kojima se provodi (re)habilitacija slušanja, jezika i govora i stručnjacima koji rade u njima. Rezultati istraživanja koje su proveli Dorros i sur. (2007), te Moeller i sur. (2006a) pokazala su nedovoljnu informiranost pedijatara o slušnim pomagalicama i kohlearnim implantatima, što je moguće objašnjenje zašto pedijatri većinom nisu smatrali kako je informiranje roditelja o ovim temama njihova uloga. Objašnjenje zašto se većina pedijatara nije složila kako je informiranje roditelja djeteta s oštećenjem sluha o ustanovama u kojima se provodi (re)habilitacija slušanja, jezika i govora i stručnjacima koji rade u njima dio njihove uloge, možda je također u nedostatnoj informiranosti pedijatara o ovoj temi, što su pokazala i brojna istraživanja obuhvaćena preglednim studijama iz 2009. i 2018. godine (Johnson i sur., 2009; Ravi i sur., 2018). No, moguće objašnjenje možda je i u tome što nakon potvrđene dijagnoze oštećenja sluha roditelji prvo razgovaraju s audiologom/otorinolaringologom koji ih najčešće i upućuju u ustanove u kojima se provodi rana intervencija. Iz tog razloga je moguće da je većina pedijatara mislila kako je ovo primarno uloga audiologa/otorinolaringologa. U prilog ovom objašnjenju govori i to što je većina pedijatara kao stručnjake koji roditelje trebaju informirati o daljnjim (re)habilitacijskim opcijama, izabirala audiologe, otorinolaringologe i logopede, a samo trećina pedijatara je tu ubrojila i stručnjake vlastitog profila.

Na pitanje koliko vremena prođe od dijagnosticiranja oštećenja sluha kod djeteta do uključivanja u rehabilitaciju slušanja i govora, najviše audiologa i otorinolaringologa smatra da prođe od 1 do 3 mjeseca, dok najviše pedijatara smatra kako prođe više od 6 mjeseci. Moguće objašnjenje za razliku u percepciji vremena koje prođe od dijagnoze do uključivanja u ranu intervenciju možda je činjenica da je većina sudionika iz skupine otorinolaringologa i audiologa zaposlena u bolnicama u većim gradovima koje vjerojatno imaju stručnjake za ranu intervenciju. Moguće je da je vrijeme čekanja u tim ustanovama iz tog razloga kraće, dok je većina sudionika iz skupine pedijatara zaposlena u domovima zdravlja, a mnogi su iz manjih mjesta i gradova u kojima niti ne postoje ustanove koje pružaju usluge rane intervencije za djecu s oštećenjem sluha, već njihovi pacijenti moraju putovati u druge gradove pa su samim time vjerojatno i liste čekanja u tim ustanovama duže. Vremenska procjena pedijatara bliža je procjeni roditelja iz istraživanja

koje je provela Mihaljević (2016), a u kojem se procijenjeni vremenski raspon od dijagnoze do početka sustavnog rada s djetetom kreće između 6 i 24 mjeseca.

Procjenjujući koliko često savjetuju roditelje o važnosti psihološke podrške nakon što je njihovom djetetu postavljena dijagnoza oštećenja sluha, tek nešto manje od polovice audiologa i otorinolaringologa se izjasnilo da to čine uvijek ili gotovo uvijek, dok se više od polovice pedijatarai zjasnilo se da to čine uvijek ili gotovo uvijek. Moguće objašnjenje zašto nešto veći postotak pedijatar savjetuje roditelje o važnosti psihološke podrške vjerojatno je taj što pedijatri roditelje puno češće viđaju i s njima kontaktiraju nego li audiolozi i otorinolaringolozi pa imaju više prilike za razgovor i savjetovanje.

Prilikom procjene upoznatosti s pojmovima važnima za ranu intervenciju, većina audiologa i otorinolaringologa svoju upoznatost sa svih pet pojmova procijenila je kao površnu. Većina pedijataru svoju upoznatost s pojmovima komunikacijskih modaliteta, jezičnih teškoća te hrvatskog znakovnog jezika procijenili su kao površnu, a nešto pozitivnije su procijenili upoznatost s pojmom jezičnog razvoja i razlike između jezika i govora. Što se tiče pojma jezičnog razvoja, neki pedijatri smatraju da su površno upoznati s tim pojmom, dok jednaki broj pedijataru smatra da dobro razumiju taj pojam. Više od polovice pedijataru smatra da su dobro upoznati s razlikom između jezika i govora, no njih 45% smatra da ne zna razliku između ta dva koncepta. Moguće objašnjenje zašto su pedijatri nešto pozitivnije procijenili svoju upoznatost s jezičnim razvojem i razlikom jezika i govora možda je u tome što tijekom sistematski pregleda ukratko procjenjuju razvoj govora i jezika djeteta kako bi se uočila eventualna kašnjenja, a dijete uputilo logopedu. Valja napomenuti da ove razlike u procjeni upoznatosti s pojmovima vezanima za ranu intervenciju između audiologa/otorinolaringologa i pedijatra zaista nisu velike, ali iznenađuje podatak da su pedijatri svoju upoznatost s nekim pojmovim procijenili pozitivnije nego li audiolozi i otorinolaringolozi s obzirom da se više audiologa i otorinolaringologa nego pedijatra izjasnilo kako su pohađali edukacije u okviru kojih se obrađivala rana intervencija kod djece s oštećenjem sluha. Rezultati istraživanja koje su proveli Danhauer i sur. (2009) pokazali su da pedijatri nisu bilo dovoljno svjesni svog nedostatka znanja pa i to može biti jedno od mogućih objašnjenja zašto su pedijatri, unatoč manjem broju edukacija, svoju upoznatost s ovim pojmovima procijenili pozitivnije nego li audiolozi i otorinolaringolozi.

Temeljem rezultata procjene slaganja s tvrdnjama u kojima su sadržane točne ili netočne informacije bitne za ranu intervenciju, uočena razlika između audiologa i otorinolaringologa u odnosu na pedijatre, sadržana je u postotcima slaganja s tvrdnjom *Učenje znakovnog jezika usporava razvoj govora*: veći je postotak (65%) pedijatara koji se ne slažu se s ovom tvrdnjom, dok se tek nešto manje od polovice (46.6%) audiologa i otorinolaringologa ne slaže s ovom tvrdnjom. Iznenadujuće je da su pedijatri bolje upoznati s činjenicom da znakovni jezik neće usporiti razvoj govora, s obzirom da se audiolozi i otorinolaringolozi više educiraju o ranoj intervenciji kod djece s oštećenjem sluha nego li pedijatri. Moguće objašnjenje za ovakav rezultat je usmjerenost audiologa i otorinolaringologa na dijagnostiku oštećenja sluha pa obično nemaju previše doticaja sa samom habilitacijom. Za razliku od njih, pedijatri kontinuirano prate svoje pacijente kroz razvoj pa su možda tim putem imali priliku vidjeti slučajeve u kojima je znakovni jezik nekim njihovim pacijentima olakšao razvoj govora ili su možda više kontaktirali sa stručnjacima koji provode habilitaciju i koji su ih informirali o ovoj temi.

4.4. Nedostaci istraživanja i buduća istraživanja

Nedostatci ovog istraživanja su mali uzorak (posebno u skupini audiologa i otorinolaringologa) koji nije ujednačen po dobi, spolu, godinama radnog iskustva, mjestu/gradu zaposlenja i ustanovama zaposlenja te koji obuhvaća samo dobrovoljce koji su pristali ispuniti online anketu. S obzirom na navedene razloge, rezultati dobiveni na ovom uzorku ne mogu se generalizirati na populacije audiologa, otorinolaringologa i pedijatara u Hrvatskoj.

Buduća istraživanja informiranosti o ranoj intervenciji kod djece s oštećenjem sluha trebala bi obuhvatiti i liječnike obiteljske medicine, s obzirom da, zbog nedostatka pedijatara u našem zdravstvenom sustavu, djeca u nekim sredinama s navršениh pet godina prelaze u njihovu nadležnost. U upitnik bi trebalo postaviti eliminacijsko pitanje kojim bi se iz istraživanja isključili liječnici koji ne rade s djecom, kao i eliminacijsko pitanje za otorinolaringologe kako bi se iz istraživanja isključili otorinolaringolozi koji se u kliničkoj praksi ne bave sluhom. Time bi se dobio reprezentativniji uzorak liječnika koji su uključeni u ranu intervenciju kod djece s oštećenjem sluha. Također, u ovom istraživanju nema podataka o učestalosti s kojom se ovi sudionici u kliničkoj praksi susreću s djecom s oštećenjem sluha, što obično utječe na motivaciju liječnika da

se educiraju o određenoj bolesti ili stanju pa bi to bio vrijedan podatak za traženje povezanosti između učestalosti susretanja djece s oštećenjem sluha i pohađanja edukacija o ranoj intervenciji kod djece s oštećenjem sluha. Tome u prilog govori i istraživanje Moellera i sur. (2006a), u kojemu su se pedijatri izjasnili kako rijetko susreću djecu s oštećenjem sluha u kliničkoj praksi pa se više dodatno educiraju o onome s čime se sureću češće. Ovim istraživanjem se ispitivala percepcija vlastite informiranosti o ranoj intervenciji, a sljedeći korak koji bi pomogao rasvijetliti slabe točke u ranoj intervenciji kod djece s oštećenjem sluha trebao bi biti objektivno ispitivanje informiranosti, uz koju bi korisno bilo ispitati i uobičajenu kliničku praksu u postupanju s djecom s oštećenjem sluha te stavove o ranoj intervenciji kod djece s oštećenjem sluha.

5. Verifikacija hipoteza

Prva hipoteza istraživanja (H1) glasi : *Audiolozi, otorinolaringolozi i pedijatri smatraju da tijekom stjecanja statusa specijalista/subspecijalista nisu stekli dovoljno znanja o ranoj intervenciji kod djece s oštećenjem sluha.*

Većina audiologa, otorinolaringologa i pedijatara izjasnila se da se uglavnom ili u potpunosti ne slažu da su tijekom stjecanja statusa specijalista/subspecijalista stekli dovoljno znanja o ranoj intervenciji kod djece s oštećenjem sluha. Većina sudionika izjasnila se da tijekom stjecanja statusa specijalista ili subspecijalista nisu slušali kolegij, niti naknadno pohađali edukacije u okviru kojih se obrađivala tema rane intervencije kod djece s oštećenjem sluha. Također, većina sudionika se uglavnom ili uopće ne slaže da medicinska literatura sadrži dovoljno informacija o ranoj intervenciji kod djece s oštećenjem sluha. Temeljem navedenog, **prva se hipoteza istraživanja (H1) može u potpunosti prihvatiti.**

Druga hipoteza istraživanja (H2) glasila je: *Audiolozi, otorinolaringolozi i pedijatri vlastitu upoznatost s ulogama stručnjaka u multidisciplinarnom timu rane intervencije percipiraju kao površnu.*

Većina audiologa i otorinolaringologa smatra da su detaljno upoznati s vlastitom ulogom, podjednak broj je onih koji smatraju da su prilično upoznati s ulogom pedijatra, kao i onih koji smatraju da su površno upoznati s ulogom pedijatra, većina ih smatra da su prilično upoznati s ulogom logopeda te da su površno upoznati s ulogom psihologa, edukacijskog rehabilitatora,

fonetičara/audiorehabilitatora, odgojitelja, radnog terapeuta i medicinskog tehničara. Većina pedijatara smatra da su dobro upoznati s vlastitom ulogom, ulogom audiologa/otorinolaringologa i logopeda te površno upoznati s ulogom psihologa, edukacijskog rehabilitatora, fonetičara/audiorehabilitatora, odgojitelja, radnog terapeuta i medicinskog tehničara. Zaključno, audiolozi, otorinolaringolozi i pedijatri smatraju da su površno upoznati s ulogama većine stručnjaka uključenih u ranu intervenciju, stoga se **druga hipoteza istraživanja (H2) može djelomično prihvatiti.**

Treća hipoteza istraživanja (H3) glasila je: *Audiolozi, otorinolaringolozi i pedijatri vlastito poznavanje pojmova vezanih za ranu intervenciju kod djece s oštećenjem sluha percipiraju kao površno.*

Većina audiologa i otorinolaringologa svoju upoznatost sa svih pet pojmova vezanih za ranu intervenciju percipira kao površnu. Većina pedijatara smatra da su prilično upoznati s razlikom između jezika i govora, površno upoznati s pojmom komunikacijskih modaliteta, hrvatskog znakovnog jezika te jezičnih teškoća, dok je podjednak broj onih koji smatraju da su prilično upoznati, kao i onih koji smatraju da su površno upoznati s pojmom jezičnog razvoja. Temeljem navedenog, **treća hipoteza istraživanja (H3) može se djelomično prihvatiti.**

6. Zaključak

Rezultati istraživanja pokazali su kako većina audiologa, otorinolaringologa i pedijatarata ne smatra da su tijekom stjecanja statusa specijalista/subspecijalista stekli dovoljno znanja o ranoj intervenciji kod djece s oštećenjem sluha. Percipirani nedostaci u znanju podudaraju se s istraživanjem Brown i sur. (2006) u kojem se većina liječnika izjasnila kako im znanja koje su stekli tijekom specijalizacije i kroz kliničku praksu nisu dostatna, te da nisu dovoljno informirani o ranoj intervenciji kod djece s oštećenjem sluha.

Većina pedijatarata, audiologa i otorinolaringologa smatra da su površno upoznati s ulogom većine stručnjaka u ranoj intervenciji, izuzevši vlastitu ulogu, međusobne uloge te ulogu logopeda. Površna upoznatost ovih liječnika s ulogama većine stručnjaka u skladu je s rezultatima istraživanja obuhvaćenih preglednim studijama (Johnson i sur., 2009; Ravi i sur., 2018). Zabrinjavajući podatak je što čak trećina pedijatarata procjenjuje da je površno upoznata s vlastitom ulogom u ranoj intervenciji kod djece s oštećenjem sluha, što je vjerojatno posljedica nepostojanja univerzalnih smjernica i algoritama postupanja u ranoj intervenciji kod djece s oštećenjem sluha. Mnogi sudionici upravo to navode kao jedan od glavnih problema u ranoj intervenciji, a taj nalaz potkrepljuju i rezultati istraživanja koje su proveli Moeller i sur. (2006a), u kojem pedijatri iskazuju najveću potrebu za donošenjem univerzalnih smjernica i algoritama kako bi znali koje su im obaveze i što im je činiti u ranoj intervenciji kod djece s oštećenjem sluha.

Pedijatri smatraju da u njihovu ulogu u ranoj intervenciji kod djece s oštećenjem sluha ulazi dijagnosticiranje oštećenja sluha, informiranje roditelja o oštećenju sluha njihova djeteta, suradnja s drugim stručnjacima koji su uključeni u ranu intervenciju te kontinuirano praćenje djeteta. Ti rezultati se u većoj mjeri podudaraju s istraživanjem koje su proveli Moller i sur. (2006b), prema kojemu pedijatri kao svoje uloge u ranoj intervenciji navode brigu o cjelokupnom zdravlju djeteta, savjetovanje i educiranje obitelji djeteta s oštećenjem sluha, upućivanje djeteta drugim stručnjacima te kontinuirano praćenje djetetova razvoja. Audiolozi i otorinolaringolozi smatraju da u njihovu ulogu ulazi sve što su naveli pedijatri, uz dodatak informiranja roditelja o slušnim pomagalicama i tehnološkim opcijama, informiranja roditelja o procesu ugradnje kohlearnih implantata, mogućim rizicima i komplikacijama te informiranja roditelja o ustanovama u kojima se provodi (re)habilitacija slušanja, jezika i govora i stručnjacima koji rade u njima. Mogući razlog

zašto većina pedijatara nije navela da je informiranje roditelja o ovim temama i njihova uloga upravo je nedovoljna informiranost pedijatara o slušnim pomagalicama, kohlearnim implantatima i ulogama drugih stručnjaka, što su pokazali i rezultati stranih istraživanja (Dorros i sur., 2007; Moeller i sur., 2006a; Carron i sur., 2006).

Većina sudionika ovog istraživanja izjasnila se kako redovito iniciraju kontakt s logopedom, što je ohrabrujuće jer je timski rad između liječnika i stručnjaka za ranu intervenciju ključan za pravovremeno uključivanje u ranu intervenciju i njenu uspješnost. Uzimajući u obzir redovitu učestalost iniciranja kontakta s logopedom, mišljenje većine sudionika kako bi logoped trebao biti jedan od stručnjaka koji informira roditelje o daljnjim (re)habilitacijskim opcijama, procjenom većine sudionika kako su dobro upoznati s ulogom logopeda, te izjavom većine sudionika kako upućuju obitelji u ustanove u kojima se provodi rana intervencija, može se zaključiti kako ovi liječnici ipak prepoznaju važnost logopeda u ranoj intervenciji kod djece s oštećenjem sluha. Ovaj nalaz je ohrabrujući i ne podudara se sa zabrinjavajućim nalazom do kojeg su došli Moeller i sur. (2006a) te Munoz i sur. (2009) da zapravo mali broj pedijatara, liječnika obiteljske medicine i otorinolaringologa prepoznaje potrebu za upućivanjem djeteta s oštećenjem sluha logopedu.

Većina sudionika svoju upoznatost s pojmovima komunikacijskih modaliteta, jezičnog razvoja, jezičnih teškoća, hrvatskog znakovnog jezika te razlike između jezika i govora percipira kao površnu. Temeljem rezultata dobivenih pri slaganju s tvrdnjama koje sadrže točne ili netočne informacije za ranu intervenciju kod djece s oštećenjem sluha, može se zaključiti kako je većina liječnika upoznata s negativnim utjecajem oštećenja sluha na usvajanje jezika, no nisu dovoljno upoznati s razvojem slušanja nakon dodjele slušnog pomagala, kao ni s mogućnošću da se putem znakovnog jezika djetetu osigura uredan jezični razvoj i olakša razvoj govora, te su i dalje fokusirani na oralni pristup u rehabilitaciji i razvoj govora kao glavni cilj rane intervencije. Ovi rezultati većinom se podudaraju s vanjskim istraživanjima u kojima je ukazano na nedostatke u znanju liječnika o komunikacijskim modalitetima, miljokazima jezičnog i govornog razvoja, utjecaju oštećenja sluha na jezični i govorni razvoj, razvoju slušanja nakon dodjele slušnog pomagala, znakovnom jeziku te različitim rehabilitacijskim pristupima (Moeller i sur., 2006a; Dorros i sur., 2007; Carron i sur., 2006).

Zaključno, rezultati istraživanja ukazuju na potrebu dodatnog educiranja audiologa, otorinolaringologa i pedijataru o ranoj intervenciji kod djece s oštećenjem sluha, s obzirom da svoje znanje o ranoj intervenciji percipiraju kao nedovoljno, a vlastitu upoznatost s pojmovima koji su važni za ranu intervenciju te s ulogama većine drugih stručnjaka koji su uključeni u ranu intervenciju percipiraju kao površnu.

Ovim istraživanjem ispitivala se percepcija vlastite informiranosti o ranoj intervenciji, a budućim istraživanjima trebala bi se objektivno ispitati informiranost liječnika o ranoj intervenciji kod djece s oštećenjem sluha, usmjeriti se na liječnike u primarnoj zaštiti te obuhvatiti i liječnike obiteljske medicine. Uz informiranost korisno bi bilo ispitati i uobičajenu kliničku praksu u postupanju s djecom s oštećenjem sluha te stavove o ranoj intervenciji kod djece s oštećenjem sluha.

7. Literatura:

- 1) American Speech-Language-Hearing Association (n.d.). *Early Intervention*. (Practice Portal). Posjećeno: 25.06. 2022. na mrežnoj stranici: www.asha.org/Practice-Portal/Professional-Issues/Early-Intervention/.
- 2) American Speech-Language-Hearing Association. (2008). *Guidelines for audiologists providing informational and adjustment counseling to families of infants and young children with hearing loss birth to 5 years of age* [Guidelines]. Posjećeno 25.06.2022. na mrežnoj stranici: www.asha.org/policy.
- 3) Arnold C.L., Davis T.C., Humiston S.G., Bocchini J.A. Jr., Bass P.F. 3rd, Bocchini A., Kennen E.M., White K., Forsman I. (2006). Infant hearing screening: stakeholder recommendations for parent-centered communication. *Pediatrics*. 117(2), 341-54.
- 4) Bailey, D. B., Jr., Bruder, M. B., Hebbeler, K., Carta, J., Defosset, M., Greenwood, C., Kahn, L., Mallik, S., Markowitz, J., Spiker, D., Walker, D., Barton, L. (2006). Recommended Outcomes for Families of Young Children with Disabilities. *Journal of Early Intervention*, 28(4), 227–251

- 5) Blue-Banning, M., Summers, J. A., Frankland, H.C., Nelson, L. L., Beegle, G. (2004): Dimensions of Family and Professional Partnerships: Constructive Guidelines for Collaboration, *Council for Exceptional Children*, 70, 2, 167-184.
- 6) Bonetti, L., Kuhn, N., Franić, J. (2012): Ostanite uključeni – tribina o podršci osobama sa stečenim oštećenjem sluha. Zagreb, Hrvatska, 25. svibnja 2012.
- 7) Bower C.M., St John R. (2014). The otolaryngologist's role in newborn hearing screening and early intervention. *Otolaryngol Clin North Am.*, 47(5), 631-49.
- 8) Bradarić-Jončić, S., Mohr, R. (2010): Uvod u problematiku oštećenja sluha, *Vjesnik bibliotekara Hrvatske*, 53(2), 55-62
- 9) Brown N.C., James K., Liu J., Hatcher P.A., Li Y. (2006). Newborn hearing screening. An assessment of knowledge, attitudes, and practice among Minnesota physicians. *Minn Med*, 89(12), 50–54
- 10) Brozović, B. (2003). Roditeljska škola: Kako pomoći roditeljima da bolje razumiju svoje dijete. U: Ljubešić M. (ur.), *Biti roditelj*. Zagreb: DZZOMM; 309-313
- 11) Bush M.L., Alexander D., Noblitt B., Lester C., Shinn J.B. (2015). Pediatric Hearing Healthcare in Kentucky's Appalachian Primary Care Setting. *J Community Health.*, 40(4), 762-8.
- 12) Carrigan, E., Coppola, M. (2020). Delayed Language Exposure Has a Negative Impact on Receptive Vocabulary Skills in Deaf and Hard of Hearing Children despite Early Use of Hearing Technology, *Proceedings of the 44th Boston University Conference on Language Development*, 63-76. Somerville, MA: Cascadilla Press.
- 13) Carron J.D., Moore R.B., Dhaliwal A.S. (2006). Perceptions of pediatric primary care physicians on congenital hearing loss and cochlear implantation. *J Miss State Med Assoc.*, 47, 35– 41
- 14) Centers for Disease Control and Prevention. (2017). Data and statistics about hearing loss in children. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention.
- 15) Cerovac, K. (2013). Transdisciplinarni pristup učenju i istraživanju na sveučilištu. *Metodički ogleđi*, 20 (1), 15-31. Preuzeto s <https://hrcak.srce.hr/109485>

- 16) Chu K., Elimian A., Barbera J., Ogburn P., Sitzer A., Quirk JG. (2003). Antecedents of newborn hearing loss. *Obstet Gynecol*; 101:584–8
- 17) Clark, M.D., Cue, K.R., Delgado, N.J., Greene-Woods, A. N., Wolsey, J.-L. A. (2020). Early Intervention Protocols: Proposing a Default Bimodal Bilingual Approach for Deaf Children. *Matern Child Health J* 24, 1339–1344 (2020)
- 18) Cole, E. B., Flexe, C. (2015): Children With Hearing Loss: Developing Listening and Talking, Birth to Six. Plural Publishing Inc.
- 19) Danhauer, J., David, K., Johnson, C., Meyer, D. (2009). Survey of Pediatricians and Early Hearing Detection and Identification Programs at a Precise Local Level: An Academic Medical Center. *Seminars in Hearing.*, 30(03), 165-183.
- 20) Danhauer J.L., Johnson C.E., Finnegan D., Lamb M., Lopez I.P., Meuel C., Pecile A., Williams V., Gavin R.B., Karns S.R., Latiolais L.N. (2006). A national survey of pediatric otolaryngologists and early hearing detection and intervention programs. *J Am Acad Audiol.*, 17(10), 708-21.
- 21) Davidson, K., Lillo-Martin, D., Chen-Pichler, D. (2014). Spoken English language development among native signing children with cochlear implants. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 9(2), 238–250
- 22) Dorros C., Kurtzer-White E., Ahlgren M., Simon P., Vohr B. (2007). Medical home for children with hearing loss: physician perspectives and practices. *Pediatrics*, 120, 288–294
- 23) Dunst, C. J., Sukkar, H., Kirkby, J. (2017). Contributions of family systems and family-centred practices for informing improvements in early childhood intervention. In H. Sukkar, C. J. Dunst, J. Kirkby (Eds.), *Early childhood intervention: Working with families of young children with special needs* (pp. 239–256). Routledge/Taylor & Francis Group.
- 24) Dunst C.J., Trivette C.M., Hamby D.W. (2007). Meta-analysis of family-centered helping practices research. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev.*13(4):370-8.
- 25) Early Childhood Intervention. (2005). Analysis of Situations in Europe, Key Aspects and Recommendations, Summary Report. Posjećeno 25.06.2022. na mrežnoj stranici:

<https://www.european-agency.org/resources/publications/early-childhood-intervention-analysis-situations-europe-key-aspects-and>

26) E-usmjeravanje.hzz.hr. 2022. *e-Usmjeravanje - Fonetičar/Fonetičarka*. [online] Posjećeno 17.08.2022. na mrežnoj stranici: <https://e-usmjeravanje.hzz.hr/foneticar>

27) E-Usmjeravanje.hzz.hr. 2022. *e-Usmjeravanje – Radni terapeut*. [online] Posjećeno 17.08.2022. na mrežnoj stranici: <https://e-usmjeravanje.hzz.hr/radniterapeut>

28) European Agency for Development in Special Needs Education (2005). *Early Childhood Intervention, Analysis of Situation in Europe, Key Aspects and Recommendations, Summary Report*, urednik: Soriano, V., Brussels

29) Finitzo T., Crumley W.G. (1999). The role of the pediatrician in hearing loss. From detection to connection. *Pediatr Clin North Am.* 46(1):15-34

30) Finkelman A.W. (2006) *Leadership and Management in Nursing*. Prentice Hall, Upper Saddle River, NJ

31) Grandori F., Lutman M. (1999). The European consensus development conference on neonatal hearing screening. *American Journal of Audiology*;8:19–20.

32) Grosjean, F. (2010). Biligualism, biculturalism, and deafness. *International Journal of Bilingual Education and Bilingualism*, 13(2), 133-145.

33) Hall, W. C., Levin, L. L., Anderson, M. L. (2017). Language deprivation syndrome: A possible neurodevelopmental disorder with sociocultural origins. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52(6), 761–776.

34) Hamilton, B., Clark, M. D. M. (2020). The Deaf Mentor Program: Benefits to Families. *Psychology*, 11, 713-736.

35) Harbin, G. L., McWilliam, R. A., Gallagher, J. J. (2000). Services for young children with disabilities and their families. In J. P. Shonkoff & S. J. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (pp. 387–415). Cambridge University Press.

- 36) Harmon, K. (2013). Growing up to become hearing: Dreams of 'passing' in oral deaf education. In J. Brune, D. Wilson (Eds.), *Disability and passing: Blurring the lines of identity* (pp. 167– 198). Philadelphia, PA: Temple University Press
- 37) Holcomb, T. (2010). Deaf Epistemology: The Deaf Way of Knowing. *American Annals of the Deaf*, 154, 471-478
- 38) Hranić, V. (2017). *Informiranost i stavovi odgojitelja i učitelja osnovnih škola o inkluziji djece s oštećenjem sluha* (Diplomski rad)
- 39) Humphries, T., Kushalnagar, P., Mathur, G., Napoli, D.J., Padden, C., Rathmann, C, Smith, S. (2014). Biligualism: A pearl to overcome certain perils of cochlear implants. *Journal of medical speech- language pathology*, 21(2), 107-125.
- 40) Ivasović, V. (2002): Psihološke implikacije kohlearne implantacije. *Suvremena psihologija*, 5(1), 85-104.
- 41) Iversen, D. M., Poulin Shimmel, J., Ciacera, S. L., Prabhakar, M. (2003). Creating a family-centered approach to early intervention services: Perceptions of parents and professionals. *Pediatric Physical Therapy*, 15, 23-31.
- 42) Johnson, C., Danhauer, J., Granali, A., Ross, M., Harrison, J., Cresawn, C. (2009). Systematic Review of Physicians' Knowledge of, Participation in, and Attitudes toward Newborn Hearing Screening Programs. *Seminars In Hearing*, 30(03), 149-164.
- 43) Joint Committee on Infant Hearing. Year 2019 position statement: Principles and guidelines for early hearing detection and intervention programs. *Journal of Early Hearing Detection and Intervention*, 4(2), 1–44.
- 44) Joint Committee on Infant Hearing. Year 2007 position statement: Principles and guidelines for early hearing detection and intervention programs. *Pediatrics*, 120, 898–921.
- 45) Joint Committee on Infant Hearing: Year 2000 position statement: Principles and guidelines for early hearing detection and intervention programs. *Pediatrics*;106:798–817.

- 46) Klein, N., Gilkerson, L. (2000). Personnel Preparation for Early Childhood Intervention Programs. U J. Shonkoff, S. Meisels (ur.), Handbook of Early Childhood Intervention (str. 454-478). United Kingdom, Cambridge University Press
- 47) Košiček, T., Kobetić, D., Stančić, Z., Joković Oreb, I. (2009). Istraživanje nekih aspekata rane intervencije u djetinjstvu. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 45 (1), 1-14.
- 48) Laugen, N.J. (2013). Providing Information to Families in Newborn Hearing Screening Follow-Up: Professional Challenges. *Seminars in Hearing*, 34, 011-018.
- 49) Ljubešić, M. (2004): Suvremeni koncept rane intervencije za neurorizičnu djecu, *Gynaecologia et perinatologia - Journal for gynaecology, perinatology, reproductive medicine and ultrasonic diagnostics*, 13, 2, 57-60.
- 50) Ljubešić, M. (2012). Rana intervencija kod komunikacijskih i jezično-govornih odstupanja. *Paediatrica Croatica*, 56, 202-206.
- 51) Mahulja-Stamenković V., Prpić I., Zaputović S. (2005). Incidencija oštećenja sluha utvrđena sustavnim probirom novorođenčadi u riječkoj regiji. *Paediatrica Croatica*; Vol. 49; No 4.
- 52) Majnemer, A. (1998). Benefits of early intervention for children with developmental disabilities. *Seminars in Pediatric Neurology*, 1, 62-69
- 53) Marn, B., Babić, I., Vlahović, S., Žulj, I., Ivković, M., Dawidowsky, K. (2017). Rana postnatalna trajna oštećenja sluha u Hrvatskoj i važnost pedijatra u ranom prepoznavanju // *Paediatrica Croatica. Supplement*, 61 Supl 1; 142-146
- 54) Marn B., Kekić B. (2016). Praćenje ishoda sveobuhvatnog probira novorođenčadi na oštećenje sluha u Hrvatskoj od 2003. do 2014. godine. *Paediatrica Croatica*. 60:9-15
- 55) Marn, B. (2012). Rano otkrivanje oštećenja sluha u djece u Hrvatskoj - probir i dijagnostika. *Paediatrica Croatica*; 56 (Supl 1): 195-201
- 56) Marn, B. (2005). Probir na oštećenje sluha u novorođenčadi – postupnik i prvi rezultati novog preventivnog programa u Hrvatskoj, *Hrvatski časopis za javno zdravstvo*, 1, 2.

- 57) Matthews M.R., Johnson C.E., Danhauer J.L. (2009). Pediatricians' knowledge of, experience with, and comfort levels for cochlear implants in children. *Am J Audiol.*, 18(2), 129-43.
- 58) Mauldin, L. (2016). *Made to Hear: Cochlear Implants and Raising Deaf Children*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- 59) MTS. 2022. *Audiologist & Speech-Language Pathologist (SLP) Programs*. [online] Posjećeno 21.07.2022. na mrežnoj stranici:
<https://www.medicaltechnologyschools.com/audiologist-and-speech-language-pathologist>
- 60) Meisels, S. J., Shonkoff, J. P. (Eds.). (1990). *Handbook of early childhood intervention*. Cambridge University Press.
- 61) Mihaljević, P. (2016). *Mišljenje roditelja djece s oštećenjem sluha o podršci dobivenoj tijekom rane intervencije* (Diplomski rad)
- 62) Milić Babić, M., Franc, I., Leutar, Z. (2013). Iskustva s ranom intervencijom roditelja djece s teškoćama u razvoju. *Ljetopis socijalnog rada*, 20 (3), 453-480.
- 63) Mitchell, R. E., Karchmer, M. (2004). Chasing the mythical ten percent: Parental hearing status of deaf and hard of hearing students in the United States. *Sign Language Studies*, 4(2), 138–163
- 64) Moeller M.P., Carr G., Seaver L., Stredler-Brown A., Holzinger D. (2013). Best practices in family-centered early intervention for children who are deaf or hard of hearing: an international consensus statement. *J Deaf Stud Deaf Educ*, 18(4), 429-45.
- 65) Moeller M.P., White K.R., Shisler L. (2006a). Primary care physicians' knowledge, attitudes, and practices related to newborn hearing screening. *Pediatrics*, 118(4), 1357-70.
- 66) Moeller M.P., Eiten L., White K., Shisler L. (2006b). Strategies for Educating Physicians about Newborn Hearing Screening. *J Acad Rehabil Audiol.*, 39, 11-32.
- 67) Morton C.C., Nance E.W. Newborn Hearing Screening - A Silent Revolution (2006). *N Engl J Med*. 354, 2151-64.

- 68) Munoz, K., Shisler, L., Moeller, M. P., & White, K. R. (2009). Improving the quality of early hearing detection and intervention services through physician outreach. *Seminars in Hearing*, 30(3), 184-192.
- 69) Nastavno-klinički centar Edukacijsko-rehabilitacijskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu. Posjećeno 17.08.2022. na mrežnoj stranici: <https://centar.erf.unizg.hr/usluge-2/#kabinet-za-ostecenja-sluha>
- 70) National Center for Hearing Assessment and Management. (2019). EHDI legislation: Overview. Logan: National Center for Hearing Assessment and Management
- 71) Nodoro, S. (2014): Effective multidisciplinary working: the key to high-quality care, *British Journal of Nursing*, 23, 13, 724-727.
- 72) Pelchat, D., Bisson, J., Ricarda, N., Perreault, M., Bouchard, J. M. (1999). Longitudinal effects of an early family intervention programme on the adaptation of parents of children with a disability. *International Journal of Nursing Studies*, 36, 465-477.
- 73) Plan i program mjera zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja: Narodne novine, 126/2006
- 74) Pollock Prezant, F., Marshak, L. (2006). Helpful actions seen through the eyes of parents of children with disabilities. *Disability & Society*, 1, 31-45
- 75) Ravi, R., Gunjawate, D., Yerraguntla, K., Rajashekhar, B. (2018). Systematic review of knowledge of, attitudes towards, and practices for newborn hearing screening among healthcare professionals. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 104, 138-144
- 76) Sarimski, K., Hintermair, M., Lang, M. (2013). Parent stress and satisfaction with early intervention services for children with disabilities – A longitudinal study from Germany. *European Journal of Special Needs Education*, 28 (3), 362-373.
- 77) SKI HI Deaf Mentor Program (2020). Posjećeno 15.07.2022. na mrežnoj stranici: <https://deaf-mentor.skihi.org/>

- 78) Spiker, D., Hebbeler, K., Mallik, S. (2005). Developing and implementing early intervention programs for children with established disabilities. In: Guralnick, M. J. (eds.), *The developmental systems approach to early intervention*. Baltimore: Paul H. Brookes, 305–349.
- 79) Strauss, S. (2006): Early hearing intervention and support services provided to the paediatric population by South African audiologists. Doktorska disertacija. Odjel za komunikacijsku patologiju Filozofskog fakulteta Sveučilišta u Pretoriji.
- 80) Watkins, S., Pittman, P., Walden, B. (1998). The Deaf Mentor Experimental Project for Young Children Who Are Deaf and Their Families. *American Annals of the Deaf*, 143, 29-34
- 81) WHO (2021): Deafness and hearing loss. Posjećeno 10.08.2022. na mrežnoj stranici: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/deafness-and-hearing-loss>
- 82) Yoshinaga-Itano, C., Sedey, A. L., Coulter, D. K., Mehl, A. L. (1998): Language of early- and later identified children with hearing loss, *Pediatrics*, 102, 5, 1161-1172.
- 83) Yoshinaga-Itano, C. (2004). Levels of evidence: Universal newborn hearing screening (UNHS) and early hearing detection and intervention systems (EHDI). *Journal of Communication Disorders*, 37, 451–465.
- 84) Young, K. T., Davis, K., Schoen, C., & Parker, S. (1998). Listening to parents: A national survey of parents of young children. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 152, 255–262.
- 85) Zaitoun M., Alqudah S., Nuseir A. (2022). Knowledge, Attitude, and Practice of Hearing Loss Among Physicians in Jordan. *Am J Audiol.*, 31(2), 370-379.
- 86) Zakon o socijalnoj skrbi: Narodne novine, 33/2012

Prilozi

Prilog 1. Upitnik o informiranosti audiologa, otorinolaringologa i pedijatara o ranoj intervenciji kod djece s oštećenjem sluha

Odjeljak 1 od 4

Informiranost audiologa, otorinolaringologa i pedijatara o ranoj intervenciji kod djece s oštećenjem sluha

Poštovani,

pred Vama se nalazi upitnik sastavljen u svrhu provedbe istraživanja u sklopu izrade diplomskog rada naziva "Informiranost audiologa, otorinolaringologa i pedijatara o ranoj intervenciji kod djece s oštećenjem sluha", pod mentorstvom doc.dr.sc. Ive Hrastinski. Namijenjeno je audiolozima, otorinolaringolozima i pedijatrima koji rade u Republici Hrvatskoj. Cilj istraživanja je ispitati informiranost audiologa, otorinolaringologa i pedijatara o pravovremenom uključivanju djece s oštećenjem sluha u postupke rane intervencije, o ciljevima i komponentama rane intervencije, ulogama pojedinih stručnjaka u timu koji provodi ranu intervenciju te u načine na koje informiraju roditelje.

Sudjelovanje je u potpunosti dobrovoljno te u svakom trenutku možete od njega odustati zatvaranjem anketnog preglednika. Sudjelovanje je u potpunosti anonimno, a rezultati istraživanja bit će prikazani samo na razini ukupnih podataka te se nikada neće opisivati rezultati pojedinaca.

Za ispunjavanje upitnika potrebno je izdvojiti 10 minuta.

Za sva dodatna pitanja o pojedinostima istraživanja ili uvid u rezultate istraživanja možete se javiti putem e-mail adrese: saricma@erf.hr

Nastavkom ispunjavanja ovog upitnika dajete svoju suglasnost za sudjelovanje u istraživanju i potvrđujete da ste upoznati s uvjetima sudjelovanja.

Unaprijed zahvaljujem,

Martina Šarić,

studentica 2. godine diplomskog studija Logopedija na Edukacijsko-rehabilitacijskom fakultetu u Zagrebu

1. Molimo označite pristajete li na ispunjavanje ankete i sudjelovanje u istraživanju. Ako ne pristajete, molimo Vas da označite odgovor i zatvorite anketni preglednik.

*

pristajem

ne pristajem

Nakon odjeljka 1

Odjeljak 2 od 4

Podaci o sudioniku

Opis (po izboru)

1. Dob

*

2. Spol

*

M

Ž

3. Koliko godina radite u struci?

*

4. Vaše radno mjesto je

*

Bolnica

Dom zdravlja

Privatna ordinacija

Negdje drugdje

5. Ukoliko je Vaš odgovor na prethodno pitanje bio "Negdje drugdje", napišite gdje:

6. Navedite grad ili mjesto Vašeg zaposlenja:

*

7. Jeste li ikada tijekom stjecanja statusa specijalista/subspecijalista slušali kolegij tijekom kojeg se obrađivala tema rane intervencije kod djece s oštećenjem sluha?

*

Da

Ne

8. Jeste li ikada nakon stjecanja statusa specijalista/subspecijalista pohađali edukaciju/e u okviru koje se dodatno obrađivala tema rane intervencije kod djece s oštećenjem sluha?

*

Da

Ne

9. Ukoliko je Vaš odgovor na prethodno pitanje bio "Da", navedite na koji način ste se dodatno informirali o ranoj intervenciji kod djece s oštećenjem sluha:

10. Smatram da sam tijekom stjecanja statusa specijalista/subspecijalista stekao/stekla dovoljno znanja o ranoj intervenciji kod djece s oštećenjem sluha.

*

uopće se ne slažem

1

2

3

4

5

u potpunosti se slažem

11. Medicinska literatura sadrži dovoljno informacija o ranoj intervenciji kod djece s oštećenjem sluha.

*

uopće se ne slažem

1

2

3

4

5

u potpunosti se slažem

12. Postoji li u timu stručnjaka ustanove u kojoj radite i logoped?

*

Da

Ne

13. Označite Vašu specijalizaciju/subspecijalizaciju:

*

Audiolog

Otorinolaringolog

Pedijatar

Nakon odjeljka 2

Odjeljak 3 od 4

Odjeljak za audiologe i otorinolaringologe

14. Osim stručnjaka Vašeg profila, koji sve stručnjaci sudjeluju u ranoj intervenciji kod djece s oštećenjem sluha (moguće je odabrati više odgovora)?

*

audiolozi/otorinolaringolozi

pedijatri

psiholozi

logopedi

edukacijski rehabilitatori

fonetičari/audiorehabilitatori

odgojitelji

radni terapeuti

medicinski tehničari

15. Procijenite koliko ste upoznati s ulogama različitih stručnjaka u ranoj intervenciji kod djece s oštećenjem sluha:

*

Uopće nisam upoznat/a Površno sam upoznat/a Prilično sam upoznat/a
 Detaljno sam upoznat/a

Audiolog/otorinolaringolog

Pedijatar

Psiholog

Logoped

Edukacijski rehabilitator

Fonetičar/Audiorehabilitator

Odgojitelj

Radni terapeut

Medicinski tehničar

16. Ocjenom od 1 (uopće nije moja uloga) do 5 (u potpunosti je moja uloga) procijenite vlastitu ulogu u ranoj intervenciji kod djece s oštećenjem sluha:

Opis (po izboru)

a) dijagnosticiranje oštećenja sluha

*

uopće nije moja uloga

1

2

3

4

5

u potpunosti je moja uloga

b) informiranje roditelja o oštećenju sluha njihova djeteta

*

uopće nije moja uloga

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

u potpunosti je moja uloga

c) informiranje roditelja djeteta s oštećenjem sluha o slušnim pomagalicama i tehnološkim opcijama

*

uopće nije moja uloga

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

u potpunosti je moja uloga

d) informiranje roditelja djeteta s oštećenjem sluha o procesu ugradnje kohlearnih implantata te mogućim rizicima i komplikacijama

*

uopće nije moja uloga

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

u potpunosti je moja uloga

e) informiranje roditelja djeteta s oštećenjem sluha o ustanovama u kojima se provodi (re)habilitacija slušanja, jezika i govora i stručnjacima koji rade u njima

*

uopće nije moja uloga

1

2

3

4

5

u potpunosti je moja uloga

f) informiranje roditelja djeteta s oštećenjem sluha o poticanju vještina slušanja kod djece s oštećenjem sluha

*

uopće nije moja uloga

1

2

3

4

5

u potpunosti je moja uloga

g) informiranje roditelja djeteta s oštećenjem sluha o razvoju jezika i govora kod djece s oštećenjem sluha

*

uopće nije moja uloga

1

2

3

4

5

u potpunosti je moja uloga

h) informiranje roditelja djeteta s oštećenjem sluha o različitim modalitetima komunikacije

*

uopće nije moja uloga

1

2

3

4

5

u potpunosti je moja uloga

i) informiranje roditelja djeteta s oštećenjem sluha o znakovnom jeziku

*

uopće nije moja uloga

1

2

3

4

5

u potpunosti je moja uloga

j) informiranje roditelja djeteta s oštećenjem sluha o grupama podrške

*

uopće nije moja uloga

1

2

3

4

5

u potpunosti je moja uloga

k) informiranje roditelja djeteta s oštećenjem sluha o ostvarivanju socijalnih prava

*

uopće nije moja uloga

1

2

3

4

5

u potpunosti je moja uloga

l) savjetovanje roditelja djeteta s oštećenjem sluha o traženju psihološke podrške

*

uopće nije moja uloga

1

2

3

4

5

u potpunosti je moja uloga

lj) suradnja s drugim stručnjacima koji su uključeni u ranu intervenciju kod djece s oštećenjem sluha

*

uopće nije moja uloga

1

2

3

4

5

u potpunosti je moja uloga

m) kontinuirano praćenje djeteta s oštećenjem sluha

*

uopće nije moja uloga

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

u potpunosti je moja uloga

17. Ocjenom od 1 (nikad) do 5 (uvijek) procijenite o kojim temama informirate roditelje nakon što je njihovom djetetu dijagnosticirano oštećenje sluha.

Opis (po izboru)

a) audiološke pretrage, njihova svrha i rezultati

*

nikad

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

uvijek

b) tehnološke opcije, načini njihove primjene, korištenje i održavanje

*

nikad

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

uvijek

c) dostupne komunikacijske opcije za gluho/nagluho dijete

*

nikad

1

2

3

4

5

uvijek

d) uloge različitih stručnjaka u intervenciji i ustanove gdje rade

*

nikad

1

2

3

4

5

uvijek

18. Kad informirate roditelje o daljnjim opcijama za njihovo dijete nakon dijagnoze oštećenja sluha, jesu li u većini slučajeva prisutna oba roditelja?

*

Da

Ne

19. Upućujete li roditelje djeteta s oštećenjem sluha u ustanove gdje se provodi (re)habilitacija?

*

uopće se ne slažem

1

2

3

4

5

u potpunosti se slažem

20. Ukoliko je Vaš odgovor na prethodno pitanje bio potvrđan, napišite u koje (re)habilitacijske ustanove upućujete roditelje djece s oštećenjem sluha.

21. Koji stručnjak bi, prema Vašem mišljenju, trebao informirati roditelje o daljnjim (re)habilitacijskim mogućnostima nakon postavljene dijagnoze oštećenja sluha (moguće je odabrati više odgovora)?

*

pedijatar

otorinolaringolog

audiolog

logoped

edukacijski rehabilitator

audiorehabilitator/fonetičar

22. Procijenite koliko vremena prođe od dijagnosticiranja oštećenja sluha kod djeteta do uključivanja u rehabilitaciju (terapiju) slušanja i govora?

*

do 1 mjeseca

1-3 mjeseca

4-6 mjeseci

više od 6 mjeseci

23. Ocjenom od 1 (nikad) do 5 (uvijek) procijenite koliko često inicirate kontakt s logopedom u procesu rane intervencije kod djeteta s oštećenjem sluha:

*

nikad

1

2

3

4

5

uvijek

24. Ocjenom od 1 (nikad) do 5 (uvijek) procijenite koliko često inicirate kontakt s edukacijskim rehabilitatorom u procesu rane intervencije kod djeteta s oštećenjem sluha:

*

nikad

1

2

3

4

5

uvijek

25. Ocjenom od 1 (nikad) do 5 (uvijek) procijenite koliko često inicirate kontakt s audiorehabilitatorom/fonetičarom u procesu rane intervencije kod pojedinog djeteta s oštećenjem sluha:

*

nikad

1

2

3

4

5

uvijek

26. Ocjenom od 1 (nikad) do 5 (uvijek) procijenite koliko često roditelje savjetujete o važnosti psihološke podrške nakon što je njihovom djetetu postavljena dijagnoza oštećenja sluha:

*

nikad

1

2

3

4

5

uvijek

27. Procijenite Vašu upoznatost sa sljedećim pojmovima/konceptima:

*

Uopće nisam upoznat/a Površno sam upoznat/a Prilično sam upoznat/a
Detaljno sam upoznat/a

Komunikacijski modaliteti

Hrvatski znakovni jezik

Jezični razvoj

Jezične teškoće

Razlika između jezika i govora

28. Procijenite stupanj slaganja sa sljedećim tvrdnjama, ocjenama od 1 (uopće se ne slažem) do 5 (potpuno se slažem)

Opis (po izboru)

a) Oštećenje sluha često otežava učenje materinskog jezika

*

uopće se ne slažem

1

2

3

4

5

u potpunosti se slažem

b) Nakon opremanja djeteta slušnim pomagalom, slušanje se nastavlja razvijati kao kod uredno čujuće djece.

*

uopće se ne slažem

1

2

3

4

5

u potpunosti se slažem

c) Glavni fokus rane intervencije kod djece kojima je potvrđena dijagnoza oštećenja sluha trebao bi biti razvoj govora.

*

uopće se ne slažem

1

2

3

4

5

u potpunosti se slažem

d) Dijete može imati uredan jezični razvoj iako ne govori.

*

uopće se ne slažem

1

2

3

4

5

u potpunosti se slažem

e) Učenje znakovnog jezika usporava razvoj govora.

*

uopće se ne slažem

1

2

3

4

5

u potpunosti se slažem

29. Prema Vašem mišljenju, koji su najveći problemi u Hrvatskoj u provođenju učinkovite rane intervencije nakon dijagnosticiranja oštećenja sluha kod djece?

30. Ukoliko želite bilo što dodati ili smatrate da postoji tema važna za ranu intervenciju kod djece s oštećenjem sluha, a nije obuhvaćena ovim upitnikom, možete napisati u dolje ponuđen prostor.

Nakon odjeljka 3

Odjeljak 4 od 4

Odjeljak za pedijatre

14. Većina pedijatara zainteresirana je za temu rane intervencije kod djece s oštećenjem sluha:

*

uopće se ne slažem

1

2

3

4

5

u potpunosti se slažem

15. Osim stručnjaka Vašeg profila, koji sve stručnjaci sudjeluju u ranoj intervenciji kod djece s oštećenjem sluha (moguće je odabrati više odgovora)?

*

audiolozi/otorinolaringolozi

pedijatri

psiholozi

logopedi

edukacijski rehabilitatori

fonetičari/audiorehabilitatori

odgojitelji

radni terapeuti

medicinski tehničari

16. Procijenite koliko ste upoznati s ulogama različitih stručnjaka u ranoj intervenciji kod djece s oštećenjem sluha:

*

Uopće nisam upoznat/a Površno sam upoznat/a Prilično sam upoznat/a
Detaljno sam upoznat/a

Audiolog/otorinolaringolog

Pedijatar

Psiholog

Logoped

Edukacijski rehabilitator

Fonetičar/Audiorehabilitator

Odgojitelj

Radni terapeut

Medicinski tehničar

17. Ocjenom od 1 (uopće nije moja uloga) do 5 (u potpunosti je moja uloga) procijenite vlastitu ulogu u ranoj intervenciji kod djece s oštećenjem sluha:

Opis (po izboru)

a) dijagnosticiranje oštećenja sluha

*

uopće nije moja uloga

1

2

3

4

5

u potpunosti je moja uloga

b) informiranje roditelja o oštećenju sluha njihova djeteta

*

uopće nije moja uloga

1

2

3

4

5

u potpunosti je moja uloga

c) informiranje roditelja djeteta s oštećenjem sluha o slušnim pomagalicama i tehnološkim opcijama

*

uopće nije moja uloga

1

2

3

4

5

u potpunosti je moja uloga

d) informiranje roditelja djeteta s oštećenjem sluha o procesu ugradnje kohlearnih implantata te mogućim rizicima i komplikacijama

*

uopće nije moja uloga

1

2

3

4

5

u potpunosti je moja uloga

e) informiranje roditelja djeteta s oštećenjem sluha o ustanovama u kojima se provodi (re)habilitacija slušanja, jezika i govora i stručnjacima koji rade u njima

*

uopće nije moja uloga

1

2

3

4

5

u potpunosti je moja uloga

f) informiranje roditelja djeteta s oštećenjem sluha o poticanju vještina slušanja kod djece s oštećenjem sluha

*

uopće nije moja uloga

1

2

3

4

5

u potpunosti je moja uloga

g) informiranje roditelja djeteta s oštećenjem sluha o razvoju jezika i govora kod djece s oštećenjem sluha

*

uopće nije moja uloga

1

2

3

4

5

u potpunosti je moja uloga

h) informiranje roditelja djeteta s oštećenjem sluha o različitim modalitetima komunikacije

*

uopće nije moja uloga

1

2

3

4

5

u potpunosti je moja uloga

i) informiranje roditelja djeteta s oštećenjem sluha o znakovnom jeziku

*

uopće nije moja uloga

1

2

3

4

5

u potpunosti je moja uloga

j) informiranje roditelja djeteta s oštećenjem sluha o grupama podrške

*

uopće nije moja uloga

1

2

3

4

5

u potpunosti je moja uloga

k) informiranje roditelja djeteta s oštećenjem sluha o ostvarivanju socijalnih prava

*

uopće nije moja uloga

1

2

3

4

5

u potpunosti je moja uloga

l) savjetovanje roditelja djeteta s oštećenjem sluha o traženju psihološke podrške

*

uopće nije moja uloga

1

2

3

4

5

u potpunosti je moja uloga

lj) suradnja s drugim stručnjacima koji su uključeni u ranu intervenciju kod djece s oštećenjem sluha

*

uopće nije moja uloga

1

2

3

4

5

u potpunosti je moja uloga

m) kontinuirano praćenje djeteta s oštećenjem sluha

*

uopće nije moja uloga

1

2

3

4

5

u potpunosti je moja uloga

18. Koji stručnjak bi, prema Vašem mišljenju, trebao informirati roditelje o daljnjim (re)habilitacijskim mogućnostima nakon postavljene dijagnoze oštećenja sluha (moguće je odabrati više odgovora)?

*

pedijatar

otorinolaringolog

audiolog

logoped

edukacijski rehabilitator

audiorehabilitator/fonetičar

19. Procijenite koliko vremena prođe od dijagnosticiranja oštećenja sluha kod djeteta do uključivanja u rehabilitaciju (terapiju) slušanja i govora?

*

do 1 mjeseca

1-3 mjeseca

4-6 mjeseci

više od 6 mjeseci

20. Upućujete li roditelje djeteta s oštećenjem sluha u ustanove gdje se provodi (re)habilitacija?

*

uopće se ne slažem

1

2

3

4

5

u potpunosti se slažem

21. Ukoliko je Vaš odgovor na prethodno pitanje bio potvrđan, napišite u koje (re)habilitacijske ustanove upućujete roditelje djece s oštećenjem sluha.

22. Ocjenom od 1 (nikad) do 5 (uvijek) procijenite koliko često inicirate kontakt s otorinolaringologom i audiologom u procesu rane intervencije kod pojedinog djeteta s oštećenjem sluha.

*

nikad

1

2

3

4

5

uvijek

23. Ocjenom od 1 (nikad) do 5 (uvijek) procijenite koliko često inicirate kontakt s logopedom u procesu rane intervencije kod djeteta s oštećenjem sluha:

*

nikad

1

2

3

4

5

uvijek

24. Ocjenom od 1 (nikad) do 5 (uvijek) procijenite koliko često inicirate kontakt s edukacijskim rehabilitatorom u procesu rane intervencije kod djeteta s oštećenjem sluha:

*

nikad

1

2

3

4

5

uvijek

25. Ocjenom od 1 (nikad) do 5 (uvijek) procijenite koliko često inicirate kontakt s audiorehabilitatorom/fonetičarom u procesu rane intervencije kod pojedinog djeteta s oštećenjem sluha:

*

nikad

1

2

3

4

5

uvijek

26. Ocjenom od 1 (nikad) do 5 (uvijek) procijenite koliko često roditelje savjetujete o važnosti psihološke podrške nakon što je njihovom djetetu postavljena dijagnoza oštećenja sluha:

*

nikad

1

2

3

4

5

uvijek

27. Procijenite Vašu upoznatost sa sljedećim pojmovima/konceptima:

*

Uopće nisam upoznat/a Površno sam upoznat/a Prilično sam upoznat/a
Detaljno sam upoznat/a

Komunikacijski modaliteti

Hrvatski znakovni jezik

Jezični razvoj

Jezične teškoće

Razlika između jezika i govora

28. Procijenite stupanj slaganja sa sljedećim tvrdnjama, ocjenama od 1 (uopće se ne slažem) do 5 (potpuno se slažem)

Opis (po izboru)

a) Oštećenje sluha često otežava učenje materinskog jezika

*

uopće se ne slažem

1

2

3

4

5

u potpunosti se slažem

b) Nakon opremanja djeteta slušnim pomagalom, slušanje se nastavlja razvijati kao kod uredno čujuće djece.

*

uopće se ne slažem

1

2

3

4

5

u potpunosti se slažem

c) Glavni fokus rane intervencije kod djece kojima je potvrđena dijagnoza oštećenja sluha trebao bi biti razvoj govora.

*

uopće se ne slažem

1

2

3

4

5

u potpunosti se slažem

d) Dijete može imati uredan jezični razvoj iako ne govori.

*

uopće se ne slažem

1

2

3

4

5

u potpunosti se slažem

e) Učenje znakovnog jezika usporava razvoj govora.

*

uopće se ne slažem

1

2

3

4

5

u potpunosti se slažem

29. Prema Vašem mišljenju, koji su najveći problemi u Hrvatskoj u provođenju učinkovite rane intervencije nakon dijagnosticiranja oštećenja sluha kod djece?

30. Ukoliko želite bilo što dodati ili smatrate da postoji tema važna za ranu intervenciju kod djece s oštećenjem sluha, a nije obuhvaćena ovim upitnikom, možete napisati u dolje ponuđen prostor.

.