

Povijesni razvoj rane razvojne podrške za djecu s teškoćama u razvoju

Ivančan, Dorotea

Master's thesis / Diplomski rad

2023

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, Faculty of Law / Sveučilište u Zagrebu, Pravni fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:199:262592>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-24**



Repository / Repozitorij:

[Repository Faculty of Law University of Zagreb](#)



DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJI

**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
PRAVNI FAKULTET
STUDIJSKI CENTAR SOCIJALNOG RADA**

Dorotea Ivančan

**POVIJESNI RAZVOJ RANE RAZVOJNE PODRŠKE ZA
DJECU S TEŠKOĆAMA U RAZVOJU**

DIPLOMSKI RAD

Zagreb, 2023.

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
PRAVNI FAKULTET
STUDIJSKI CENTAR SOCIJALNOG RADA
DIPLOMSKI STUDIJ SOCIJALNOG RADA

Dorotea Ivančan

**POVIJESNI RAZVOJ RANE RAZVOJNE PODRŠKE ZA
DJECU S TEŠKOĆAMA U RAZVOJU**

DIPLOMSKI RAD

Mentori: Izv. prof. dr. sc. Marina Milić Babić

Izv. prof. dr. sc. Marko Buljevac

Zagreb, 2023.

SADRŽAJ

1. UVOD	1
2. POJMOVNO ODREĐENJE	2
2.1. Osobe s invaliditetom.....	2
2.2. Djeca s teškoćama u razvoju.....	3
3. POVIJESNI RAZVOJ POLOŽAJA OSOBA S INVALIDITETOM I DJECE S TEŠKOĆAMA U RAZVOJU	6
3.1. Povijesni razvoj položaja osoba s invaliditetom i djece s teškoćama u razvoju u Republici Hrvatskoj	9
4. PRAVNI OVIR	10
4.1. Međunarodni okvir.....	11
4.1.1. Konvencija o pravima osoba s invaliditetom	12
4.1.2. Konvencija o pravima djeteta.....	13
4.2. Pravni okvir Republike Hrvatske	16
5. PREGLED MODELA PRISTUPA KROZ POVIJEST	18
5.1. Model milosrđa/vjerski model	18
5.2. Medicinski model.....	19
5.3. Bio – psiho – socijalni model.....	20
5.4. Socijalni model	21
5.5. Model ljudskih prava.....	21
6. PRAVA DJECE S TEŠKOĆAMA U RAZVOJU	22
7. RANA RAZVOJNA PODRŠKA	23
7.1. Povijesni razvoj rane razvojne podrške u Sjedinjenim Američkim Državama	23
7.2. Povijesni razvoj rane razvojne podrške u Republici Hrvatskoj	26
7.3. Definicija rane razvojne podrške	27
8. RANA RAZVOJNA PODRŠKA I DJECA S TEŠKOĆAMA U RAZVOJU	29
8.1. Djeca s intelektualnim teškoćama	31
8.2. Djeca s oštećenjem vida	32
8.3. Djeca s oštećenjem sluha	34
8.3.1. Gluho-slijepa djeca.....	36
8.4. Djeca s poremećajem glasovno - govorne komunikacije.....	37
8.5. Djeca s poremećajem iz spektra autizma	39
8.6. Djeca s ADHD-om.....	41
9. KONCEPT INTERDISCIPLINARNOSTI I TRANSDISCIPLINARNOSTI U RANOJ RAZVOJNOJ PODRŠCI	42

9.1. Interdisciplinarnost u ranoj razvojnoj podršci.....	42
9.2. Transdisciplinarnost u ranoj razvojnoj podršci.....	44
ZAKLJUČAK	50
POPIS TABLICA	52
POPIS SLIKA	52
LITERATURA	52

Povijesni razvoj rane razvojne podrške za djecu s teškoćama u razvoju

Sažetak

Osobe s invaliditetom i djeca s teškoćama u razvoju bili su kroz cijelu povijest marginalizirani, neuključeni u aktivnosti društva i zajednice, no globalizacijom su se njihova prava poboljšala i unaprijedila. Međunarodnim i nacionalnim zakonodavstvom se kroz povijest i danas nastoji podići razina kvalitete života osoba s invaliditetom, kao i djece s teškoćama u razvoju, kako bi mogli koristiti sva svoja prava i obveze. Različiti modeli invaliditeta kroz povijest definirali su poimanje i shvaćanje invaliditeta, ali i ulogu socijalnog radnika u životu osoba s invaliditetom. Cilj ovoga rada je prikazati povijesni razvoj rane intervencije, odnosno rane razvojne podrške koja se tijekom povijesti, u svijetu i Republici Hrvatskoj, razvijala uz upotrebu stečenih znanja određenih stručnjaka koji su pomogli stvoriti ranu razvojnu podršku kakvu danas poznajemo. Rana razvojna podrška od početka je za cilj imala primjenu naučenog i stečenog znanja u praksi pružanjem podrške obitelji, informiranjem o tijeku postupka rane razvojne podrške i pomoći od socijalnog radnika kao pratitelja na ovome putu. Djeca s različitim razvojnim teškoćama zahtijevaju individualan i usmjeren pristup, uz implementaciju različitih znanja stručnjaka iz brojnih disciplina koje su važne za razvojni put djeteta. Socijalni rad, kao profesija, pomaže roditeljima i cijeloj obitelji u različitim sferama obiteljskog života, a posebice kroz pružanje podrške, informiranje i savjetovanje.

Ključne riječi: Rana razvojna podrška, rana intervencija, povijesni razvoj rane razvojne podrške, djeca s teškoćama u razvoju, interdisciplinarnost, transdisciplinarnost

Historical evolution of early development support for children with developmental disabilities

Abstract

People with disabilities and children with developmental disabilities have been marginalized throughout history, were not included in the activities of society and community but globalization has improved and advanced their rights. International and national legislation throughout history and today exist to raise the quality of life of persons with disabilities, as well as children with developmental disabilities, so that they can use all their rights and obligations. Different models of disability throughout history have defined the concept and understanding of disability, as well as the role of the social worker in the life of people with disabilities. The aim of this work is to show the historical development of early intervention, that is, early development support, which developed throughout history, in the world and in the Republic of Croatia, with the use of the acquired knowledge of certain experts who helped create early development support as we know it today. From the beginning, early development support aimed to apply the learned and acquired knowledge in practice by providing support to the family, informing about the progress of the early development support process and help from a social worker as a companion on this path. Children with various developmental disabilities require an individual and targeted approach, with the implementation of various expert knowledge from numerous disciplines that are important for the child's developmental path. Social work, as a profession, helps parents and the whole family in different spheres of family life, especially through providing support, information and counseling.

Key words: Early developmental intervention, early intervention, historical development of early development support, children with disabilities, interdisciplinary in early intervention, transdisciplinary in early intervention

Izjava o izvornosti

Ja, Dorotea Ivančan pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica diplomskog rada te da u radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova te da se prilikom izrade rada nisam koristio/-la drugim izvorima do onih navedenih u radu.

Ime i prezime: Dorotea Ivančan, v.r.

Datum: 28. kolovoza 2023.godine

1. UVOD

Osobe s intelektualnim teškoćama i djeca s teškoćama u razvoju imaju pravo na iste potrebe kao i osobe bez teškoća, a prava su im dužni osigurati međunarodni i regionalni pravni okviri kojima upravljaju institucije kao provoditelji mjera, programa i aktivnosti. Najpoznatiji međunarodni pravni okviri su: Konvencija o pravima djeteta i Konvencija o pravima osoba s invaliditetom, dok u Republici Hrvatskoj pravni okviri prepoznati su kroz Ustav, kao najviši pravni akt; Zakon o socijalnoj skrbi; Nacionalne strategije izjednačavanja mogućnosti za osobe s invaliditetom od 2007. do 2015. te od 2017. do 2020.; Nacionalni plan 2021.-2027; te institut Pravobranitelja za djecu koji ima obavezu štiti, pratiti te promicati prava i interese djece. Unutar Zakona o socijalnoj skrbi prepoznajemo brojna prava na koja osobe s invaliditetom i djeca s teškoćama u razvoju imaju mogućnost i pravo, a rana razvojna podrška je jedna od njih. Rana se razvojna podrška prema Zakonu o socijalnoj skrbi (NN 18/22, 46/22, 119/22) definira uslugom stručne poticajne pomoći i podrške djetetu i stručne savjetodavne pomoći roditeljima i drugim članovima obitelji ili udomitelju, kad je kod djeteta u ranoj dobi utvrđeno odstupanje u razvoju, razvojni rizik ili razvojne teškoće. UNICEF kao organizacija kroz uslugu rane razvojne podrške uložila je brojna sredstva kako bi roditeljima omogućila prilagodbu na novonastale izazove roditeljstva, a stručnjacima dala nova znanja u radu s roditeljima i djecom s teškoćama u razvoju. Primjenom različitih modela kroz povijest: modela milosrđa, medicinskog modela, bio-psiho-socijalnog modela, socijalnog modela, modela ljudskih prava te socijalnog modela invaliditeta; u ovome je radu omogućen prikaz osoba s invaliditetom te djece s teškoćama u razvoju, kao i uloga socijalnog radnika u navedenim modelima. Svaki od modela pružio je doprinos, a određeni modeli naišli su na kritike – koje su kasnije omogućile napredovanje prava ovih ranjivih skupina. U ovome radu biti će prikazan povijesni razvoj rane razvojne podrške te kako se ista usluga iz sustava socijalne skrbi do danas značajno promijenila. Također, prikazana je uloga osoba s invaliditetom i djece s teškoćama u razvoju u društvu i zajednici. Napravljen je pregled rane razvojne podrške kod djece s različitim teškoćama u razvoju; intelektualnim teškoćama, oštećenjem vida, oštećenjem sluha, poremećajem glasovno-govorne komunikacije, s poremećajem iz spektra autizma te s ADHD-om, a s ciljem omogućavanja perspektive pružanja usluga iz sustava socijalne skrbi te uočavanja (ne)razvijenost istih. Stručnjaci

iz različitih disciplina omogućuju prijenos znanja jedni drugima, a naposljetku i roditeljima. Kako bi se navedni proces ostvarivao stručnjaci sudjeluju unutar multidisciplinarnog, interdisciplinarnog i/ili transdisciplinarnog tima s ciljem razmjene specifičnih znanja specifičnih za neku od disciplina. U ovome radu se navodi uloga različitih stručnjaka, kao i uloga socijalnih radnika u procesu rane intervencije. Socijalni rad se, kao profesija, često zanemaruje, no socijalni radnici ne smiju biti stavljeni po strani jer su ključni unutar procesa rane razvojne podrške.

SKRAĆENICE

ICF – Međunarodna klasifikacija funkcioniranja, nesposobnosti i zdravlja

SAD – Sjedinjene Američke Države

WHO – World Health Organization

2. POJMOVNO ODREĐENJE

Invaliditet se smatra dijelom ljudskog bića i sastavnicom ljudskog iskustva, a nastaje kao rezultat komunikacije između zdravstvenih stanja poput demencije, sljepoće ili ozljede leđne moždine i niza okolišnih i osobnih čimbenika. Međunarodni dan osoba s invaliditetom obilježava se 03. prosinca (WHO, 2022.).

2.1. Osobe s invaliditetom

Leutar i Buljevac (2020.:1) navode kako ne postoji jedna jedinstvena i opće prihvaćena definicija invaliditeta, kao ni osoba s invaliditetom. Također, različiti službeni sustavi podrške daju različite definicije osoba s invaliditetom pa će tako u sustavu socijalne skrbi, sustavu odgoja i obrazovanja, sustavu profesionalne rehabilitacije postojati različite definicije koje ipak imaju sličnu srž (Leutar i Buljevac, 2020.). Prema Zakonu u socijalnoj skrbi (NN 18/22, 46/22, 119/22) osoba s invaliditetom definira se kao *osoba koja ima dugotrajna tjelesna, mentalna, intelektualna ili osjetilna oštećenja koja u međudjelovanju s različitim preprekama mogu sprječavati njezino puno i učinkovito sudjelovanje u društvu na ravnopravnoj osnovi s drugima*. Prema HZJZ (Izvješće o osobama s invaliditetom, 2022.) u Republici Hrvatskoj, po stanju na dan 01.09.2022., živi 624.019 osoba s invaliditetom od čega je 353.550 muškog spola

(56,7%) i 270.469 ženskog spola (43,3%) te na taj način osobe s invaliditetom čine oko 16,0% ukupnog stanovništva RH. U gradu Zagrebu ukupno je 14,5% osoba s invaliditetom, dok je u Zagrebačkoj županiji taj postotak 14% (HZJZ – Izvješće o osobama s invaliditetom, 2022.).

2.2. Djeca s teškoćama u razvoju

Prije definiranja samog pojma rane razvojne podrške, smatram kako je važno napomenuti promjenu u terminologiji donošenjem novijeg Zakona o socijalnoj skrbi (NN 18/22, 46/22, 119/22). Najnoviji Zakon o socijalnoj skrbi (NN 71/23) nije uveo novine u dijelu pružanja usluge rane razvojne podrške, no sukladno Zakonu o socijalnoj skrbi (NN 18/22, 46/22, 119/22) uz noviji termin „*rane razvojne podrške*“ koristila sam i termin „*rane intervencije*.“ Zakon o socijalnoj skrbi (NN 157/2013.) je u pojam rane intervencije uključivao u većini istu definiciju kao i Zakon o socijalnoj skrbi (NN 18/22, 46/22, 119/22, čl.97, st.1), no sa manjim izmjenama. Prema Zakonu o socijalnoj skrbi (NN 157/2013.) ranije je bilo navedeno da se radi o „*socijalnoj usluzi*“ te da se rana intervencija primjenjuje „*kod nekog utvrđenog razvojnog rizika ili razvojne teškoće djeteta*“. Iz Zakona o socijalnoj skrbi (NN 18/2022., čl.97, st.1), vidimo kako je navedena dob i opseg primjene koji je proširen na dio definicije: „*kod djeteta u ranoj dobi utvrđeno odstupanje u razvoju, razvojni rizik ili razvojne teškoće*“.

Prema Zakon u socijalnoj skrbi (NN 18/22, 46/22, 119/22) dijete s teškoćama u razvoju je *dijete koje zbog tjelesnih, senzoričkih, komunikacijskih, govorno-jezičnih ili intelektualnih teškoća treba dodatnu podršku za razvoj i učenje kako bi ostvarilo najbolji mogući razvojni ishod i socijalnu uključenost*. Smatra se da ukoliko teškoće u razvoju nastave biti prisutne i u odrasloj dobi te dovedu do otežavajućih okolnosti u društvu, smanjene funkcionalnosti te gubitka podrške tada govorimo o invaliditetu, odnosno osobi s invaliditetom (Leutar i Buljevac, 2020.). Djetetom s teškoćama u razvoju s neuropedijatrijskog stajališta smatramo dijete koje ima razvojne poremećaje čiji su glavni činitelji disfunkcije koje rezultiraju iz „*statičkog*“ poremećaja središnjeg živčanog sustava, a manifestiraju se u djetinstvu i imaju kronični tijek s visokom vjerojatnošću funkcionalnog ograničenja (Pospiš, 2005.:8). Djeca s teškoćama u

razvoju su djeca kojima je kroz proces vještačenja utvrđena jedna ili više teškoća u razvoju, od kojih to mogu biti oštećenje sluha, govorno-jezična oštećenja, intelektualne teškoće, poremećaji u ponašanju i druga oštećenja (Leutar i Buljevac, 2020.). Teškoće u razvoju ne smiju se promatrati u negativnoj konotaciji, već nazivom koji u sebi uključuje vjerovanje u pozitivan rezultat (Leutar i Buljevac, 2020.). Pospiš (2005.:8) ističe kako nema jedinstvene klasifikacije razvojnih poremećaja. No, osim navedenih klasifikacija, UNICEF (Early Childhood development and Disability, 2012.:7) navodi kako djeca s teškoćama u razvoju uključuju i djecu sa zdravstvenim problemima kao što su cerebralna paraliza, spina bifida, mišićna distrofija, traumatska ozljeda leđne moždine, sindrom Down i djecu sa slušnim, vidnim, fizičkim, komunikacijskim te intelektualnim teškoćama.

WHO (2011.; UNICEF, Early Childhood development and Disability, 2012.:7) i Svjetska banka procjenjuju da više od milijardu ljudi živi s nekim oblikom invaliditeta, što je približno 15% svjetske populacije. Među njima, između 110 milijuna (2,2%) i 190 milijuna (3,8%) odraslih osoba ima značajne poteškoće u funkcioniranju. UNICEF (2013.; Leutar i Buljevac, 2020.:105) navodi kako 5,1% djece na svijetu (u dobi od 0 do 18 godina) su djeca s umjerenim i težim invaliditetom, dok je 0,7 % djece s teškim invaliditetom. Prema navedenim podacima, 2013. godine stvorena je procjena da oko 93 milijuna djece (1 od 20 u dobi do 14 godina) živi s umjerenim ili teškim invaliditetom u svijetu. No, prema najnovijim podacima u svijetu živi od prilike 240 milijuna djece s teškoćama u razvoju – 1 od 10 sve djece na svijetu (UNICEF, Seen, Counted, Included, 2021.).

UNICEF (Seen, Counted, Included, 2021.) navodi kako se Južna Azija nalazi na prvome mjestu po broju djece s teškoćama u razvoju (64,4 milijuna), slijedi je Istočna Azija i Pacifik (43,1 milijuna), a na trećem mjestu nalazi se Zapadna i središnja Afrika (41,1 milijuna), dok u Europi i Centralnoj Aziji živi 1,8 milijuna djece s teškoćama u razvoju. No, moramo imati na umu kako, na žalost, postoji i velika siva brojka djece s teškoćama u razvoju – one djece koja nisu evidentirana kako bi primila nužnu ranu razvojnu podršku.

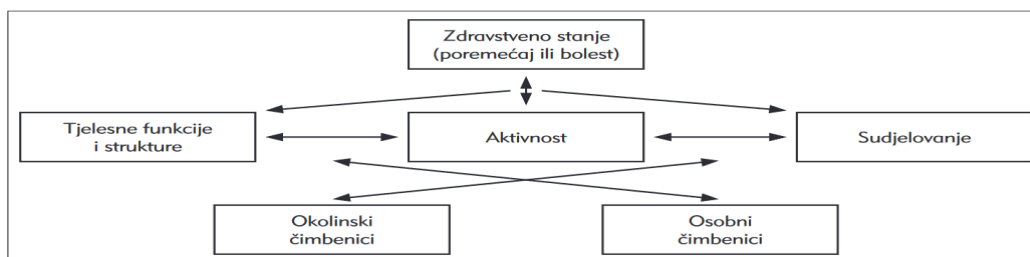
DZS (2021.) u svojem Izvješću pod nazivom „Osnovne škole i dječji vrtići i druge pravne osobe koje ostvaruju programe predškolskog odgoja, kraj školske godine i početak školske/pedagoške godine 2021.“ navodi kako je jasno vidljiva razlika upisane

djece s teškoćama u razvoju u državne (N=6 934) u odnosu na ostale privatne institucije (N=215), odnosno vjerske zajednice (N=62). Vidljivo je i kako je više dječaka s teškoćama u razvoju (N=4 622), neovisno radi li se o državnoj (N=4 434), privatnoj (N=149) ili vjerskoj instituciji (N=39). U dobi od 5 do 7 godina života najveći broj djece s teškoćama u razvoju pohađa dječje vrtiće i druge privatne institucije u školskoj godini 2020./2021, od čega je ukupno 2 250 dječaka i 1 159 djevojčica. Hrvatski registar osoba s invaliditetom na dan 26.01.2017., prikazuje kako je od 511 910 osoba s invaliditetom čak 32 101 djece do navršene 18 godine života, što čini 6,2% od ukupnog broja osoba s invaliditetom (HZJZ, Izvješće o osobama s invaliditetom u Republici Hrvatskoj 2016. godine). Dok je na dan 09.09.2021., bilo prijavljeno 586 153 osoba s invaliditetom u 2021. godini, a od te brojke je 64 063 djece s invaliditetom u dobi od 0 do 19. godine života, odnosno 11% (HZJZ, Izvješće o osobama s invaliditetom u Republici Hrvatskoj 2021. godine). Iz navedenog brojčanog statusa zaključujemo kako je uslijedio porast od 4,8% djece rođene s teškoćama u razvoju od 2017. do 2021. godine.

Međunarodna klasifikacija funkcioniranja, nesposobnosti i zdravlja (eng.skr. ICF) razvijena je sa ciljem unificiranja i standardiziranja jezika za opisivanje i klasifikaciju domena funkcioniranja, nesposobnosti i zdravlja u pojedinaца i na razini populacije (Stucki, 2005.; Grazio, 2010.:40). ICF je temeljen na biopsihosocijalnom principu, stoga sastavnice modela odgovaraju upravo sastavnicama klasifikacije. Sastavnice ICF-a: Tjelesne funkcije, Tjelesne strukture i Aktivnost i sudjelovanje upotpunjene su kontekstualnim sastavnicama, Okolinskim i Osobnim čimbenicima, koji su svi u interakciji. ICF sadrži listu ICF kategorija, koji opisuju sastavnice integrativnog modela Svjetske zdravstvene organizacije. ICF kategorije su organizirane po hijerarhiji i označene su jedinstvenim alfanumeričkim kodovima. Kategorije su složene u shemi debla, grane, lista u sklopu svake sastavnice (Grazio, 2010.:40).

Kvalifikatori (engl. qualifiers) se koriste za označavanje stupnja funkcioniranja i zdravlja ili stupnja težine problema. Svjetska zdravstvena organizacija predlaže da sve kategorije u klasifikaciji budu kvantificirane primjenom uvijek iste generičke ljestvice: 0 - nema problema (bez problema) (0-4%); 1 - blagi problem (5-24%); 2 – umjereni problem (25-49%); 3 - teški problem (50-95%); 4 - potpuni problem (96-100%); 8 - nespecificirano; 9 - nije primjenjivo (Grazio, 2010.:40).

Slika 1 Međunarodna klasifikacija funkcioniranja, nesposobnosti i zdravlja (ICF) - sastavnice i njihovi međuodnosi



Izvor: Grazio, 2010.:40

Prema Welfarehab (2018.; Leutar i Buljevac, 2020.:12-13) dijeli uzroke invaliditeta na one koji nastaju u dječjoj dobi i to na prenatalne, perinatalne te postnatalne. Prenatalni uroci odnose se na vrijeme od začeća do poroda i mogu biti kromosomske abnormalnosti (npr.sindrom Down), genetski uzroci invaliditeta koji se prenose s roditelja na dijete, okolinski uzroci (poput infekcija, toksina, ozljeda, prekomjerenog korištenja alkoholnih pića i sredstava ovisnosti), prehrana trudnice te pušenje. Perinatalni uzroci odnose se na vrijeme neposredno prije i po rođenju djeteta i uključuju prerani porod, ozljede zadobivene tijekom poroda, ostanak djeteta bez kisika tijekom poroda, infekcije tijekom poroda.

Postnatalni uzroci odnose se na vrijeme nakon poroda i uključuju nedovoljnu ishranu dojenčeta tijekom prvih godina života, okolinsku deprivaciju, asfiksiju, teške traume glave, bakterijske i virusne infekcije, traume, trovanja, oštećenja mozga te psihosocijalnu deprivaciju.

3. POVIJESNI RAZVOJ POLOŽAJA OSOBA S INVALIDITETOM I DJECE S TEŠKOĆAMA U RAZVOJU

Povijesni razvoj osoba s invaliditetom sastojao se od prvih uvjerenja da su osobe s invaliditetom nekorisne u društvu jer ne mogu sudjelovati u lovu, aktivnosti koja se smatrala važnom (Leutar i Buljevac, 2020.). U drevnoj Mezopotamiji invaliditet se interpretirao kao volja Bogova (Leutar i Buljevac, 2020.). Često se događalo da ih se oslovljavalo po invaliditetu kojeg su imali, a ne prema osobnom imenu. Za razliku od Mezopotamije, u drevnom Egiptu osobe s invaliditetom bile su pod posebnom zaštitom bogova (Leutar i Buljevac, 2020.:22). Netolerantni stav primjetno su

pokazivali i stari Germani. Tek je u srednjem vijeku došlo do velikih promjena koje su obilježene: netolerantnim stavom utemeljenim na demonološkim uvjerenjima o invaliditetu, razvojem samilosti i razvojem prvih ustanova za osobe s invaliditetom. Katolička crkva je imala važan stav prema osobama s invaliditetom, ali i prema siromašnim osobama te se sukladno tome proširila mogućnost na gradnju domova za siromašne (Leutar i Buljevac, 2020.). No, osim navedenih domova izgradili su se i radni domovi u kojima su se prisilno zapošljavale osobe s invaliditetom (Braddock i Parish, 2001.; Leutar i Buljevac, 2020.). U 17. i 18. stoljeću došlo je do iznimnih promjena u obrazovanju osoba s invaliditetom. Tijekom prosvjetiteljstva javila se ideja opće naobrazbe osoba s invaliditetom i stavljanje naglaska na snagu razuma i njegov razvoj (Leutar i Buljevac, 2020.:25).

Djecu s teškoćama u razvoju smatrali su beskorisnim i neproduktivnim članovima društva društva te su im uskraćivali pravo na život, a najveći razlog bio je kako djeca s teškoćama u razvoju ne bi postala teretom plemenske zajednice ili kako ne bi uzrokovala zlovolju bogova (Bosanac, 1968.; Sunko, 2016.). Autori Ahuya i Reedy (2007.; Sunko, 2016.) navode kako su za vrijeme vladavine Thebesa, još 1500. godine pr.n.e., u Egiptu pronađeni prvi pisani tragovi u kojima se spominju djeca s teškoćama u razvoju. „Theban papyrus“ naziv je dokumenta u kojem se raspravljalo o „iznimnoj djeci“. No, osim o navedenom u istom dokumentu se teškoće definiraju kao invaliditet uma i oštećenje mozga. Sunko (2016.) ističe kako je u antičko doba dominirao netolerantan stav prema djeci s teškoćama u razvoju. Zbog nemogućnosti posjedovanja određenih osobina, snaga, snalažljivosti i zdravlja koje su karakterizirale spremnost za priključenje vojsci, pozivao se bijes bogova te se opravdavalo negiranje prava na život osoba s invaliditetom. Harris (2006.; Harobur i Maulik, 2010.; Sunko, 2016.:603) ističe kako su u doba antike, Stari Grci i Rimljani smatrali da se dijete s teškoćama rodilo zbog bijesa bogova. U 9. stoljeću pr.n.e. Likurgovi zakoni u Sparti propisivali su pregled novorođenog djeteta od najstarijeg u „fili“. Djeca s teškoćama ubijana su bacanjem u strme klance niz gorje Tajget (Sunko, 2016.:603). Zovko (1996.; Donadini, 1991.; Sunko, 2016.) navodi kako se u starom Rimu u zakonu isklesanom na dvanaest ploča svjedočilo o odnosu prema djeci s teškoćama. Sukladno navedenom zakonu, djeca s teškoćama u razvoju ostavljena su na milost i nemilost prirodi nakon što ih je pregledalo petero odraslih susjeda koji su su pristali na ovaj čin (Sunko,

2016.). U 8.stoljeću su u Bagdadu, Fezu i Kairu građene jedne od prvih ustanova za osobe s intelektualnim teškoćama, zvane umobolnice, dok su u Damasku i Aleppu građene u 13. stoljeću (Sunko, 2016.). Arapi su bili uvjerenja kako su teškoće uzrokovane božanskim utjecajem (Aleksander i Selesnick, 1964.; Braddock i Parish, 2001.; Sunko, 2016.). U 11. i 12. stoljeću utemeljene su ustanove za zbrinjavanje siromašnih osoba i osoba s invaliditetom (Leutar i Buljevac, 2020.). Navedene ustanove imale su cilj zbrinuti siromahe i osobe s invaliditetom. Navedene ustanove bile subolnice, azili, sirotišta koja su se gradila pored crkava, katedrala, samostana te su se nazivale milosnicama, božjim kućama, bolnicama, ubožnicama, hotelima (Leutar i Buljevac, 2020.). Arapska osvajanja Francuske i Španjolske imala su velikog utjecaja na promjene u europskoj medicini i filozofiji, koja su do tada bila utemeljena na antičkoj tradiciji (Sunko, 2016.:603). U 16.stoljeću osnovao se Zakon o siromašnima, u koje su spadale i osobe s intelektualnim teškoćama. Albrecht (2016.; Leutar i Buljevac, 2020.:25) navodi kako invaliditet postaje prvi put društvena i politička kategorija. U razdoblju nakon Antike do 18. stoljeća, njega i skrb o djeci s teškoćama u razvoju pružane su u skladu s etičkim shvaćanjima kršćanstva, posebno sa propovijedanjem ljubavi za „bijedne i siromašne duhom“ (Sunko, 2016.:603). Otvaraju se azili, ustanove za jednostavnu pomoć i podmirenje elementarnih životnih potreba u različitim ubožnicama, manastirima, samostanima ovisno o pojedinom crkvenom redu u kojima se s osobama postupalo na različite misteriozne načine (Bosanac, 1968.; Puljiz 1994.; Zovko, 1996; Ibralić i Smajić, 2007.; Vantić - Tanjić i Nikolić 2010.; Sunko, 2016.:603). Bosanac (1968.) navodi da su se djeca s višestrukim i intelektualnim teškoćama smatrala đavoljom djecom, kako su se somatopsihičke teškoće dovodile u vezu s počinjenjem nekog grijeha, zlodjelom same djece ili činom zla predaka – što je postao temelj da navedene osobe moraju ispaštati, biti mučene i u većini slučajeva kažnjene do smrti kroz najteže muke. Postojao je klasni karakter u odnosu s djecom s teškoćama u razvoju. Djeca s teškoćama u razvoju, čiji su roditelji pripadali feudalnom statusu i koji su bili bogati, imali su osiguranu posebnu njegu u vlastitom domu uz plaćenu njegovateljicu, čuvara ili su djeca bila upućena u samostane, no uz odgovarajuću posebnu njegu (Bosanac, 1968.). Sunko (2016.:604) navodi kako se u doba humanizma i renesanse (od 14. stoljeća do početka 16. stoljeća) religijska i filozofska razmatranja sve više se usmjeravaju na čovjeka,

njegove ovozemaljske potrebe, a tako i osobe s invaliditetom postupno postaju sve više predmetom interesa najprije istaknutih pojedinaca, a zatim i društva. Sunko (2016.) navodi kako su u 17. i 18. stoljeću moralnu i indirektnu podršku osobama s invaliditetom pružali filozofski pravci poput racionalizma, s predstavnikom R. Descartes (1569.-1650.) te senzualizam E. B. Condillaca (1715.–1780.). Wright (2001.:23; Buljevac, 2012.; Sunko, 2016.:605) ističe kako su u 18.stoljeću karitativne umobolnice poput St. Luke Hospital (1751.), The York County Asilium (1777.) i Liverpool Asilium (1797.), prezentirane kao ustanove u kojima se provode tretmani i brine o „nesretnim patnicima koji su objekt milosti i nemilosti svih oko sebe“.

Kada govorimo o počecima institucionalnog odgoja i obrazovanja osoba s invaliditetom i djece s teškoćama u razvoju, u 18.stoljeću se osnivaju prve posebne/specijalne škole, u kojima su se školovala djeca s teškoćama u razvoju. 1770.godine u Parizu je osnovana škola za gluhe, a otvorena je i prva javna škola za slijepe. Ostali gradovi slijedili su primjer Pariza i otvorili škole za gluhe i to u Leipzigu (1778.), Rimu (1784.), Berlinu (1788.) itd. (Sunko, 2016.).

3.1. Povijesni razvoj položaja osoba s invaliditetom i djece s teškoćama u razvoju u Republici Hrvatskoj

Prva ustanova na području Republike Hrvatske koja je bila namijenjena brizi i skrbi za malu djecu otvorena je 1432. godine u Dubrovniku (tadašnja Dubrovačka Republika), pod nazivom „Kuća milosrđa“ ili „Dječje nahodište“ (Mendeš, 2015.; Sunko, 2016.:604). Zovko (1996.; Bulevac, 2012.; Leutar i Buljevac, 2020.) ističe kako je prvu školu za gluhe osobe otvorio Adalbert Lampe 1885.godine u Zagrebu, dok se 1895.godine osnovao Vinko Bek, odnosno prva škola na jugu Europe – u Zagrebu, za slijepe osobe i 1931.godine se otvara mogućnost za prvo sustavnije obrazovanje djece s intelektualnim teškoćama. Osobe s invaliditetom su kroz „predstavu nakaza“ dobili mogućnost zapošljavanja gdje ih se prikazivalo kao „nenormalnima“ (Leutar i Buljevac, 2020.). Zovko (1966.; Leutar i Buljevac, 2020.) navodi kako se od druge polovice 19.stoljeća do II.svjetskog rata oformio poseban sustav obrazovanja djece s teškoćama u razvoju, a čija je posljedica bila stvaranje posebnog sustava radnog i profesionalnog osposobljavanja i zapošljavanja osoba s

invaliditetom u ustanovama i pogonima namjenjenim samo njima. Leutar i Buljevac (2020.) ističu kako je sukladno navedenom došlo do smještaja osoba s intelektualnim teškoćama i osoba s duševnim smetnjama u umobolnice. Novi zakon za siromašne donesen je 1834.godine te je bio podloga za institucionalizaciju i segregaciju osoba s invaliditetom (Albrecht, 2006.; Leutar i Buljevac, 2020.). U razdoblju od 1880.do 1923.godine uslijedilo je isključivanje osoba s invaliditetom iz društva razvojem eugenike (Leutar i Buljevac, 2020.). „*Eugenika* (grč. *εὐγενής*: plemenita podrijetla), *znanost o metodama poboljšanja tjelesnih i duševnih osobina pojedinih individua (ljudskih, životinjskih); ispituje uvjete po kojima se nasljedni nedostatci otklanjaju, a korisne osobine potomaka usavršavaju. Osnovno je načelo eugenike poticanje rađanja djece od zdravih i u svakom pogledu dobro razvijenih parova*“ (Enciklopedija, Eugenika, 2023.). Eugenika se provodila tijekom 30-ih i 40-tih godina 20.stoljeća unutar Aktion T4 programa, s ciljem eutanazije osoba s intelektualnim teškoćama (Leutar i Buljevac, 2020.). Rat dovodi do razvoja ortopedskih i protetičkih pomagala zbog činjenice da je veliki broj osoba postaju osobe s invaliditetom (Braddock i Parish, 2001.; Leutar i Buljevac, 2020.), a muškarci s invaliditetom imaju mogućnost nastavka zaposlenja koje su imali prije rata unatoč nastanku invaliditeta. Ovo se razdoblje smatra sustavnim podupiranjem rehabilitacije osoba s invaliditetom od strane države (Albrecht, 2006.; Leutar i Buljevac, 2020.). Dolaskom do modernizacije, pruža se pomoć osobama s invaliditetom kroz omogućavanje korištenja proteza za osobe s motoričkim poteškoćama, naočala (za osobe s vidnim teškoćama), slušnim lijevcima za nagluhe osobe (Sunko, 2016.). „*Odnos prema teškoćama postaje aktivan i predstavlja kvalitativni pomak u odnosu na srednjovjekovnu karitativnu skrb*“ (Sunko, 2016.:608).

4. PRAVNI OVIR

Zemlje imaju obvezu prema međunarodnim zakonima o ljudskim pravima, a u nekim slučajevima i domaćim zakonima, baviti se pitanjima nejednakosti u zdravstvenom stanju s kojima se suočavaju osobe s invaliditetom (WHO, Disability and Health, 2022.).

4.1. Međunarodni okvir

Vijeće Europe posjeduje obavezu u promicanju prava i punopravnom sudjelovanju osoba s invaliditetom u društvu s posebnim fokusom na djecu i mlade s invaliditetom. Mlade osobe s invaliditetom suočavaju se s preprekama pri pronalasku kvalitetnog života kao punopravnih članova društva, a preporuka Vijeća Europe ima ulogu osigurati punu uključenost djece i mladih u društvo (Council of Europe, Children with disabilities, 2022.). Stoga su vlade pozvane od strane odbora ministara na poduzimanje odgovarajućih mjera pri osiguravanju potpunog i jednakog uživanja ljudskih prava (Council of Europe, Children with disabilities, 2022.). Djeca s teškoćama u razvoju posjeduju identična prava i identične potrebe kao i druga djeca. Također, djeca s teškoćama u razvoju imaju pravo na pomoć i zaštitu te na potpuno sudjelovanje u društvu. Osim navedenih prava, pravo na izražavanje vlastitog mišljenja, sudjelovanje u donošenju odluka koje se vežu uz njih, pravo na inkluzivno obrazovanje te zaštitu od zlostavljanja i nasilja su prava koja pripadaju djeci s teškoćama u razvoju (Council of Europe, Children with disabilities, 2022.).

Vijeće Europe izdalo je pravne standarde vezane uz djecu s teškoćama u razvoju:

- a) Preporuka CM/Rec(2013)2 o osiguravanju pune uključenosti djece i mladih u društvo
- b) Preporuka CM/Rec(2010)2 o deinstitutionalizaciji i životu u zajednici djece s teškoćama u razvoju
- c) Preporuka CM/Rec(2009)9 o obrazovanju i socijalnom uključivanju djece i mladih s poremećajima iz autističnog spektra (Council of Europe, Children with disabilities, 2022.).

Međunarodni pravni standardi Vijeća Europe sastoje se od Konvencije o pravima osoba s invaliditetom (Council of Europe, Children with disabilities, 2022.), ali i *Rezolucije Svjetske zdravstvene skupštine WHA74.8 o najvišem dostižnom standardu zdravlja za osobe s invaliditetom* koja poziva države članice da osiguraju osobama s invaliditetom učinkovitost zdravstvenih usluga kao dio univerzalnog zdravstvenog osiguranja; jednaku zaštitu u hitnim slučajevima; te jednak pristup međusektorskim javnozdravstvenim intervencijama (WHO, Disability and Health, 2022.).

Odnos između ovih temeljnih ljudskih prava i djece s teškoćama u razvoju dodatno je pojašnjen i podržan Konvencijom o pravima djeteta i Konvencijom o pravima osoba s invaliditetom (UNICEF, Fact sheet: children with disabilities, 2022.).

4.1.1. Konvencija o pravima osoba s invaliditetom

U sjedištu Ujedinjenih naroda u New Yorku, Konvencija o pravima osoba s invaliditetom i njezin Fakultativni protokol (A/RES/61/106) doneseni su 13. prosinca i stavljeni na raspolaganje za potpisivanje 30. ožujka 2007. godine. Ovo je prva konvencija o ljudskim pravima koja je dostupna za potpisivanje regionalnim integracijskim organizacijama, ali je i prvi sveobuhvatni pakt o ljudskim pravima u 21. stoljeću. Konvencija je 3. svibnja 2008. godine stupila na snagu, a potpisala ju je Republika Hrvatska i još 163 države, dok ju je, uz Republiku Hrvatsku, ratificiralo još 128 država (UN, Department of Economic and Social Affairs Disability, Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD), 2022.). Ratifikacijom Konvencije, Republika Hrvatska se obvezala na uklanjanje prepreka koje dovode do pretvaranja oštećenja u invaliditet te posjeduju obvezu pružanja potpore osobama s invaliditetom kako bi iste mogle ostvariti svoj puni potencijal (UN, Praćenje Konvencije o pravima osoba s invaliditetom, 2010.). Fakultativni protokol potpisala je Republika Hrvatska i još 94 država, dok je Republika Hrvatska i još 75 država ratificiralo protokol (UN, Department of Economic and Social Affairs Disability, Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD), 2022.). Konvencija predstavlja kulminaciju desetljeća napora UN-a u nastojanju promijene percepcija i metoda postupanja s osobama s invaliditetom. Pokret od gledanja na osobe s invaliditetom kao na "objekte" milosrđa, medicinske skrbi i socijalne zaštite prema njihovom promatranju kao "subjektima" s pravima, sposobnima zahtijevati prava, donositi odluke o svojim životima uz njihov slobodni i informirani pristanak i doprinosećih članova društva, podignuta je na novu razinu (UN, Department of Economic and Social Affairs Disability, Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD), 2022.).

Unutar Konvencije o pravima osoba s invaliditetom ističe u članku 7. prava djece s teškoćama u razvoju: „(1) *Države stranke osigurati će sve potrebne mjere kako bi zajamčile djeci s teškoćama u razvoju puno uživanje ljudskih prava i temeljnih sloboda*

ravnopravno s drugom djecom. (2) U svim aktivnostima koje se odnose na djecu s teškoćama u razvoju prvenstveni će značaj biti pridat najboljim interesima djeteta. (3) Države stranke osigurati će da djeca s teškoćama u razvoju imaju pravo slobodno izraziti svoje stavove o svim pitanjima koja ih se tiču, a njihovim će se stavovima dati odgovarajuće značenje sukladno njihovoj dobi i zrelosti, ravnopravno s drugom djecom, a u ostvarivanju tog prava bit će im pružena pomoć u skladu s razinom teškoća u razvoju i uzrastom“ (Zakon o potvrđivanju Konvencije UN-a o pravima osoba s invaliditetom i Fakultativni protokol uz Konvenciju o pravima osoba s invaliditetom (NN, MU, 6/2007., 5/2008.). Prema Zakonu o potvrđivanju Konvencije UN-a o pravima osoba s invaliditetom i Fakultativni protokol uz Konvenciju o pravima osoba s invaliditetom (NN, MU, 6/2007., 5/2008.): „djeca s teškoćama u razvoju bit će evidentirana odmah po rođenju i od rođenja će imati pravo na ime, pravo na stjecanje državljanstva i, u mjeri u kojoj je to ostvarivo, imaju pravo znati tko su im roditelji kao i pravo da roditelji o njima vode brigu.“. Zakon o potvrđivanju Konvencije UN-a o pravima osoba s invaliditetom i Fakultativni protokol uz Konvenciju o pravima osoba s invaliditetom (NN, MU, 6/2007., 5/2008.) navodi u članku 23. kako države stranke moraju osigurati djeci s teškoćama u razvoju jednaka prava u pogledu obiteljskog života. S ciljem ostvarivanja tih prava i da bi se spriječilo sakrivanje, napuštanje, zanemarivanje i segregacija djece s teškoćama u razvoju, države stranke će osigurati rane i sveobuhvatne informacije, usluge i potporu djeci s teškoćama u razvoju i njihovim obiteljima (Zakon o potvrđivanju Konvencije UN-a o pravima osoba s invaliditetom i Fakultativni protokol uz Konvenciju o pravima osoba s invaliditetom, NN, MU, 6/2007., 5/2008.). Prema istom Zakonu, osobe s invaliditetom ne smiju biti isključene iz općeg obrazovnog sustava na osnovi svojeg invaliditeta te djeca s teškoćama u razvoju ne smiju biti isključena iz besplatnog i obveznog osnovnog ili iz srednjeg obrazovanja na osnovi teškoća u razvoju.

4.1.2. Konvencija o pravima djeteta

Vlade imaju presudnu ulogu u uvođenju i provedbi zakonodavnih, administrativnih i obrazovnih mjera zaštite djece s teškoćama u razvoju od svih oblika eksploatacije, nasilja i zlostavljanja pri svim situacijama (UNICEF, Djeca s teškoćama u razvoju,

2013.:22-23). Na visokoj razini trebaju biti omogućeni mehanizmi inkluzivne zaštite koji moraju biti pristupačni i odgovarati svoj djeci, bez stvaranja odijeljenih sustava za djecu s teškoćama u razvoju (UNICEF, Djeca s teškoćama u razvoju, 2013.).

Europska unija u ožujku 2021. donijela je *Strategiju za prava djeteta COM(2021) 142 2021-2024.* (Konvencija o pravima djeteta, 1991). Europska unija se, donošenjem Strategije o pravima djeteta, obvezala kako će unutarnjim i vanjskim djelovanjem te u skladu s načelom supsidijarnosti, djecu i njihove najbolje interese staviti u središte politika EU s ciljem objedinjenja svih novih i trenutnih zakonodavnih, političkih i financijskih instrumenata EU-a u jedinstven sveobuhvatni okvir. Europska komisija je u lipnju 2021. uspostavila Europsko jamstvo za svako dijete, s ciljem sprječavanja siromaštva i socijalne isključenosti osiguranjem pristupa kvalitetnim ključnim uslugama za djecu kojoj je potrebna pomoć (Konvencija o pravima djeteta, 1991).

Konvencija o pravima djeteta usvojena je 1989. za promicanje, zaštitu i ispunjavanje prava sve djece te je najšire ratificirani ugovor o ljudskim pravima (UNICEF, Fact sheet: Children with disabilities, 2022.:7). Konvencija o pravima djeteta je pravni akt koji ima snagu zakona i obvezuje stranke na pridržavanje njezinih odredbi te uključuje pravo nadziranja primjene u državama koje su ju prihvatile i ratificirale, a 20. studenog obilježava se Međunarodni dan djece i Konvencije UN-a o pravima djeteta (UNICEF, Konvencija o pravima djeteta, 2022.). Konvencija je prvi dokument u kojemu se djetetu pristupa kao subjektu s pravima, a ne samo kao osobi koja treba posebnu zaštitu. Također, pravni je akt koji ima snagu zakona i obvezuje stranke na pridržavanje njezinih odredaba te uključuje pravo nadziranja primjene u državama koje su ju prihvatile i ratificirale (UNICEF, Konvencija o pravima djeteta, 2022.). Skup je standarda i obveza u kojima ne postoji mogućnost pregovaranja te je dogovoren univerzalno. Osnovni standardi, koje nazivamo ljudskim pravima, imaju ulogu određivanja minimalnih prava i sloboda koje bi vlade trebale poštovati. Oni se temelje na poštovanju dostojanstva i vrijednosti svakog pojedinca, pritom ne uzimajući u obzir sljedeće čimbenike: rasu, boju kože, spol, jezik, vjeru, mišljenja, podrijetlo, bogatstvo, status rođenja ili sposobnosti i stoga se primjenjuju na svako ljudsko biće, posvuda (ACYP, Office of the advocate for Children and Young people, 2022.).

Sadržaj Konvencije UN-a o dječjim pravima počiva na četiri temeljna načela Konvencije: nediskriminacija, posvećenost najboljem interesu djeteta, pravo na život, opstanak i razvoj te poštovanje stajališta djeteta (ACYP, Office of the advocate for Children and Young people, 2022.). „*Konvencija štiti dječja prava postavljanjem standarda u zdravstvu, obrazovanju te pravnim, civilnim i socijalnim uslugama*“ (ACYP, Office of the advocate for Children and Young people, 2022.).

United Nations (1989.) navodi specifična prava koja su vezana uz djecu s teškoćama u razvoju i to u: članaku 2. koji navodi: „države stranke poštivat će i osigurati prava navedena u ovoj Konvenciji svakom djetetu u njihovoj nadležnosti bez diskriminacije bilo koje vrste, bez obzira na rasu, boju kože, spol, jezik, vjeru, političku ili drugog mišljenja, nacionalnog, etničkog ili socijalnog podrijetla, imovine, *invaliditeta*, rođenja ili drugog statusa.“; članak 23. napominje kako „države stranke priznaju da bi *dijete s psihičkim ili tjelesnim invaliditetom* trebalo uživati pun i pristojan život, u uvjetima koji osiguravaju dostojanstvo, promiču samopouzdanje i olakšavaju djetetovo aktivno sudjelovanje u zajednici.“ No, osim izričito navednih prava, United Nations (1989.) navodi kako djeca s teškoćama u razvoju imaju prema članaku 12. pravo „...oblikovati svoje vlastito stajalište, *pravo na slobodno izražavanje* tih stajališta u svim pitanjima koja se tiču djeteta, pri čemu se djetetovim stajalištima pridaje odgovarajuća važnost u skladu s dobi i zrelošću djeteta.“; članaku 20. koji ističe kako dijete ima pravo na *posebnu skrb*, kao i članaku 31. koji navodi da „...dijete ima pravo...na *odmor i slobodno vrijeme*, na sudjelovanje u *igri* i rekreacijskim aktivnostima primjerenim dobi djeteta te na slobodno sudjelovanje u kulturnom životu i umjetnosti.“

Vijeće Europe je za 20.godišnjicu UN-ove Konvencije o pravima djeteta i 60. godišnjicu Vijeća Europe, razvilo edukativne materijale za djecu s ciljem otkrivanja dječjih prava na njima razumljiv i ugodan način (Council of Europe, Children's rights, 2022.). Izradili su ilustriranu brošuru s tri stranice pod nazivom „Imam prava“ koja predstavlja dječja prava na jeziku prilagođenom djeci stvarajući tri, lako razumljiva, skupa prava. Brošura predstavlja odnos djeteta i njegove države, kao i ulogu međunarodnih organizacija u zaštiti prava djeteta (Council of Europe, Children's rights, 2022.).

4.2. Pravni okvir Republike Hrvatske

Hrvatsko zakonodavstvo sadrži brojne strateške dokumente koji određuju mjere za unaprijeđivanje položaja osoba s invaliditetom i djece s teškoćama u razvoju u Republici Hrvatskoj (Vazdar, 2020.). U Ustavu Republike Hrvatske, kao najvišem pravnom aktu, navodi se kako osobe s invaliditetom i djeca s teškoćama u razvoju imaju pravo na osobitu njegu, obrazovanje i skrb. Time se može uočiti kako pravni dokument RH pruža djeci s teškoćama prava, kao i ostali suvremeni međunarodni dokumenti, pozivajući se na poštivanje njihovih osnovnih prava trudeći se eliminirati diskriminaciju djece s invaliditetom te na poduzimanje pravne zaštite takve djece u slučaju kršenja prava djece s invaliditetom (Vuk, 2020.:12). Za postupak vještačenja važne su: Nacionalna strategija izjednačavanja mogućnosti za osobe s invaliditetom od 2007. do 2015. te Nacionalna strategija izjednačavanja mogućnosti za osobe s invaliditetom od 2017. do 2020., a iste je donijela Vlada Republike Hrvatske (Vazdar, 2020.). No, stvoren je i Nacionalni plan 2021.-2027., a unutar navedenog prvi prioritet je „Inkluzivni odgoj i obrazovanje te zapošljavanje osoba s invaliditetom“, dok je posebni cilj 1. *„Osigurati inkluzivan odgoj i obrazovanje za djecu s teškoćama u razvoju i studente s invaliditetom“* - ističe se obveza uključivanja djece i učenika s teškoćama u razvoju u one programe odgoja i obrazovanja koji odgovaraju njihovim mogućnostima, sposobnostima i specifičnim potrebama kako bi isto bilo usmjereno isključivo ka njihovoj dobrobiti i njihovom najboljem interesu. Nadalje, posebni cilj 3. glasi: *„Unaprijeđen pristup uslugama u sustavu zdravstvene zaštite osobama s invaliditetom“* – unutar njega nalaze se mjere za provedbu posebnog cilja: *„Unaprijediti sustavnu dostupnost rane intervencije i zdravstvene zaštite osoba s invaliditetom i djece s teškoćama u razvoju“* (Nacionalni plan izjednačavanja mogućnosti za osobe s invaliditetom za razdoblje od 2021. do 2027. godine, 2021).

Ministarstvo rada, mirovinskog sustava, obitelji i socijalne politike u Nacionalnom planu izjednačavanja mogućnosti za osobe s invaliditetom za razdoblje od 2021. do 2027. godine ističe kako je uslugu rane intervencije u 2020. godini kroz trogodišnje programe udruga koristilo ukupno 408 djece s teškoćama u razvoju (232 djevojčice, 176 dječaka). U istome planu, vezano uz potrebu unaprijeđivanja sustava probira, rane dijagnostike i rane intervencije za djecu s teškoćama u razvoju, važno je istaknuti da se kontinuirano provodi zdravstvena zaštita djece s teškoćama u razvoju u domeni

obveznog zdravstvenog osiguranja te unutar posebno ugovorenih programa zdravstvene zaštite djece s teškoćama u razvoju i osoba s invaliditetom unutar redovne djelatnosti, sukladno stručnim smjernicama. Povjerenstvo za ranu intervenciju u djetinjstvu, odlukom Vlade Republike Hrvatske od 29. kolovoza 2019. godine osnovano je s ciljem donošenja nacionalnog strateškog plana za ranu intervenciju u djetinjstvu te praćenja njegove provedbe. Tijekom izrade Nacionalnog plana 2021. – 2027. usvojena je Nacionalna razvojna strategija Republike Hrvatske do 2030. godine koja predstavlja najviši hijerarhijski akt strateškog planiranja, odnosno oblikovanja i provedbe razvojnih politika Republike Hrvatske, također usmjerena poboljšanju kvalitete života današnjih i budućih generacija (Nacionalni plan izjednačavanja mogućnosti za osobe s invaliditetom za razdoblje od 2021. do 2027. godine (2021.)).

Zakonodavna regulativa detaljno je uspostavila taj ujednačen, multidisciplinarni i standardiziran pristup osobama s invaliditetom, odnosno djeci s teškoćama u razvoju kroz: Zakon o socijalnoj skrbi (NN 157/13, 152/14, 99/15, 52/16, 16/17, 130/17, 98/19, 64/20); Zakon o jedinstvenom tijelu vještačenja (NN 85/14, 95/15), Zakon o roditeljskim i roditeljskim potporama (NN 85/08, 110/08, 34/11, 54/13, 152/14, 59/17, 37/20); Uredbu o metodologijama vještačenja (NN, 53/14, 108/15) te Zakon o općem upravnom postupku (NN 47/09) (Vazdar, 2020.:12).

Važnu ulogu ima i Pravobranitelj za djecu, koji prema Zakonu o pravobranitelju za djecu (2017.) članku 2. ima ulogu štiti, pratiti i promicati prava i interese djece na temelju Ustava Republike Hrvatske, međunarodnih ugovora, obvezujućih pravnih akata Europske unije i zakona. Pravobranitelj za djecu djeluje neovisno i samostalno, rukovodeći se načelom pravednosti i morala (Zakon o pravobranitelju za djecu, 2017.). Obaveza pravobranitelja za djecu, također je i zalaganje za zaštitu i promicanje prava i interesa djece s teškoćama u razvoju (Zakon o pravobranitelju za djecu, 2017.). Pravobranitelj za djecu ima obvezu podnijeti Hrvatskom saboru redovito godišnje izvješće i to najkasnije do kraja prvog tromjesečja za prethodnu kalendarsku godinu, a na zahtjev Hrvatskoga sabora izvanredno izvješće u roku određenom u zahtjevu (Zakon o pravobranitelju za djecu, 2017.).

Nacionalni plan za prava djece u Republici Hrvatskoj za razdoblje od 2022. do 2026. godine navodi posebne ciljeve, a oni vezani za djecu s teškoćama u razvoju su sljedeći:

osiguranje inkluzivnog odgoja i obrazovanja za djecu s teškoćama u razvoju i studente s invaliditetom te poboljšanje pristupačnosti sadržaja javnog života i jačanje sigurnosti u kriznim situacijama, za djecu s teškoćama u razvoju i osobe s invaliditetom (Pravobranitelj za djecu, Nacionalni planovi, strategije i programi, 2022.).

5. PREGLED MODELA PRISTUPA KROZ POVIJEST

Krajem 80-ih i početkom 90-ih godina 20.stoljeća promjene unutar politike i gospodarstva imale su značajan utjecaj na restrukturiranje položaja pojedinaca u društvenom kontekstu. Globalizacija je doprinijela poboljšanju međuljudskih odnosa te povećanju informiranosti o pravima i slobodama ljudi. U povijesti se osiguravao minimum za osobe s invaliditetom i djecu s teškoćama u razvoju, poput osiguravanja stanovanja u zajednici, no sada navedene ranjive skupine zaslužuju omogućavanje sudjelovanja u svim aktivnostima društva te ostvarivanje svojih ljudskih prava (Leutar i Buljevac, 2020.). Povijest invaliditeta karakteriziraju nekoliko modela, a to su vjerski model/ model milosrđa, medicinski model/ genetski model, a od nedavno društveni model/ model ljudskih prava (BRAIN.HE., 2010.; Mihanović, 2011.:73). Leutar i Buljevac (2020.) navode sljedeće modele koji su ostavili važan trag u razumijevanju invaliditeta:

- medicinski (individualni) model;
- bio-psiho-socijalni model i model deficita;
- socijalni model;
- model ljudskih prava.

Možemo zaključiti kako se medicinski model i model ljudskih prava spominju u obje podjele.

5.1. Model milosrđa/vjerski model

Model milosrđa prepoznaje osobu s invaliditetom žrtvom i tvrdi da, ovisno o invaliditetu, osoba s invaliditetom nisu u mogućnosti hodati, govoriti, vidjeti, učiti ili raditi. Invaliditet se karakterizira kao deficit i osobe s invaliditetom nisu u stanju pomoći same sebi i voditi samostalan život. Smatra se kako osobe s invaliditetom trebaju pomoć, simpatije, ljubavi, milosrđe, posebne usluge i institucije, kao što su

specijalne škole ili domovi. Katkad se dogodi da osobe s invaliditetom implementiraju takav koncept, a što dovodi do osjećaja nemoći (BRAIN.HE., 2010.; Mihanović, 2011.).

5.2. Medicinski model

Medicinski model utemeljen je na medicinskom pristupu liječenja i skrbi (Llewelly i Hogan, 2000.; Leutar i Buljevac, 2020.:35). Jedan od najdominantnijih modela kroz povijest smatrao se medicinski model koji je bio podržan napretkom znanosti i medicine. Medicinska struka je navednim napretkom dobila utjecaj i moć da diktira živote osoba s invaliditetom (Mihanović, 2011.). Medicinski model usmjeren je na medicinske specifičnosti osobe, kao što je njeno specifično oštećenje, te je sklon problematiziranju osobe, gledajući na tu osobu kao na objekt kliničke intervencije (Quinn & Degener, 2002.; Mihanović, 2011.:73). Pojedinac je stavljen u medicinsku kategoriju, služeći za medicinsku korist. Problem se nalazi unutar pojedinca, odnosno osobe s invaliditetom koje zbog njenog oštećenja zahtjeva medicinsku intervenciju kako bi se ona prilagodila društvu (Mihanović, 2011.:73). Bouillet (2010.) navodi kako se unutar medicinskog modela zagovarala zaštita i skrb, ali i izbjegavanje rizika uz uspostavu specijalnih službi, odnosno institucija za uklanjanje teškoća. Djeci su se primarno dijagnosticirali poremećaji, a zatim ih se institucionaliziralo uz krajnji cilj - uklanjanje teškoća. Djeca su bila odvojena od obitelji i zajednice te su socijalni kontakti unutar institucije bili ograničeni samo na komunikaciju sa stručnjacima (Bouillet, 2010.). Leutar i Buljevac (2020.) također, navode kako se smatra da se za mogućnost uključenja u društvo, osobu s invaliditetom treba popraviti i promijeniti. Unutar medicinskog modela razlikuje se biomedicinski pristup, funkcionalni pristup i teorija o osobnoj tragediji, a svaka govori o invaliditetu na svojstven način. Biomedicinski pristup navodi kako su teškoće uzrokovane fizičkim ili psihičkim stanjem koje se može prevenirati ili poboljšati kroz medicinsku intervenciju, poput operacije ili lijekova (Leutar i Buljevac, 2020.:35-36). Funkcionalni pristup smatra kako teškoće proizlaze iz funkcionalnih nedostataka i oštećenja koji se mogu tretirati kroz rehabilitacijske procese (Leutar i Buljevac, 2020.:36). Autori navode kako je cilj liječenja i rehabilitacije uključivanje osobe s invaliditetom u društvo, no ukoliko

navedeno nije moguće, tada se osobu s invaliditetom izdvajanjem iz obitelji smješta u određenu ustanovu. Oliver (1983., 1996.; Leutar i Buljevac, 2020.:36) povezuje individualni model s teorijom o osobnoj tragediji jer je invaliditet smatran užasnom sudbinom koja pogađa rijetke, nesretne pojedince. Medicinski model naišao je na kritiku mnogih aktivističkih skupina koje su se sedamdesetih godina 20.stoljeća borile za ljudska prava, s naglaskom na prava osoba s invaliditetom. Zola (1989.; Leutar i Buljevac, 2020.) navodi kako je vrlo važna uloga socijalnih radnika u pružanju pomoći osobama s invaliditetom pri prilagodbi društvu i njegovim normama, a Kim i Canda (2006.; Leutar i Buljevac, 2020.) socijalni rad gledaju kao važnim dionikom u prilagodbi pojedinca njegovom nedostatku i društvenim normama.

5.3. Bio – psiho – socijalni model

Ovaj model predstavlja prijalaz, odnosno kompromisno rješenje, od medicinskog prema socijalnom modelu zbog činjenice da se invaliditet smatra „kišobran konceptom“ oštećenja, ograničenja aktivnosti i zabrana sudjelovanja (HZJZ i Medicinska naklada, 2011.; Leutar i Buljevac, 2020.:37). U ovome se modelu objedinjuju dva modela (medicinski i socijalni model) invaliditeta s ciljem objedinjavanja i pružanja objedinjenog pregleda zdravlja iz biološke, individualne i društvene domene (Leutar i Buljevac, 2020.). Između 70-ih i 80-ih godina prošlog stoljeća pojavio se model deficita kojim se nastojalo utvrditi i zadovoljiti „posebne potrebe“ osoba s invaliditetom. Bouillet (2010.) navodi kako se predmet modela deficita odnosio na zadovoljavanje i utvrđivanje posebnih potreba djece s teškoćama u razvoju. Model je stvoren uz svrhu normaliziranja života djece s teškoćama u razvoju te s ciljem umanjavanja ili uklanjanja čimbenika koji dovode do stvaranja teškoća. Tijekom ovog razdoblja javio se pojam integracije koji je bio usmjeren na fizičku dimenziju inkluzije u redovan sustav odgoja i obrazovanja. Uvođenjem integracije dogodio se pomak u društvu (Bouillet, 2010.). Model deficita smatra se prethodnikom današnjeg suvremenog pristupa, socijalnog modela, koji je nastao krajem 20. stoljeća. Unutar ovog modela socijalni radnik vidi osobu s invaliditetom samo kroz oštećenje, ograničenja i prepreke na koje nailazi u svojem životu, bez uočavanja sposobnosti i prava koja joj pripadaju (Leutar i Buljevac, 2020.).

5.4. Socijalni model

Rezultat navedenih borbi bilo je uvođenje socijalnog modela, koji će omogućiti premošćivanje „ugnjjetavanja“ i stigmatizacije osoba s invaliditetom (Mihanović, 2011.). Urbanc (2006.; Mihanović, 2011.:74) ističe kako unutar ovog pristupa neovisnost razumijeva osobu koja može sama zadovoljavati svoje potrebe djelotvorno preuzimajući kontrolu nad svojim životom i odabirući kako će taj život izgledati. Socijalni model za razliku od medicinskog modela prebacuje „krivnju“ invaliditeta od osobe s oštećenjem na „nepravedno, okrutno društvo“ (Mihanović, 2011.:74). Bouillet (2010.) ističe kako se u srži socijalnog modela nalaze sposobnosti, interesi, potrebe i prava pojedinca. Socijalni model ističe problem društva u odnosu prema djeci s teškoćama u razvoju, također, iznosi se problem u shvaćanju da oštećenje treba negirati i umanjivati vrijednost samog djeteta. Cilj ovog modela je u izjednačavanju šansi i prava djeteta s pravima ostatka društva (Bouillet, 2010.). Leutar i Buljevac (2020.: 40) navode kako ovaj model služi preveniranju i umanjivanju stigmatizacije, diskriminacije i institucionalnih prepreka kao glavih problema s kojima se osobe s invaliditetom suočavaju u svakodnevnom životu. Autori također, navode kako bi se unutar ovog modela socijalni radnici trebali zalagati za ostvarivanje suradnje s osobama s invaliditetom s glavnim ciljem smanjenja negativnih stavova, diskriminacije, ograničavanja njihovih građanskih prava te omogućavajući pristupanje resursima na koja imaju pravo.

Socijalni model invaliditeta nije tradicionalno dijagramski model kao ni mnogi psihološki i sociološki modeli, ali je progresivni politički koncept koji se protivi medicinskom modelu korištenom najčešće u zdravstvenim zanimanjima (UPIAS, 1976.; BRAIN.HE., 2010.; Mihanović, 2011.:75).

5.5. Model ljudskih prava

Određeni autori smatraju kako se model ljudskih prava smatra nadogradnjom ili modifikacijom socijalnog modela, ali ovaj model predstavlja suvremeni pristup invaliditetu u 2000-oj godini (Mihanović, 2011.). Lawson i Beckett (2021.; Ombla i sur., 2023.) ističu kako je usvajanjem UN-ove Konvencije o pravima osoba s invaliditetom došlo do znatnog razvoja ovog modela. Ovim se modelom naglašava

dostojanstvo ljudskog bića, a sekundarno se evaluira zdravstveno stanje (Lawson i Beckett, 2021.; Ombla i sur., 2023.). Dostojanstvo ljudskog bića, a potom ukoliko je to potrebno, na medicinske značajke pojedinca karakteristike su modela „ljudskih prava“ (Mihanović, 2011.). Četiri vrijednosti – dostojanstvo, autonomija, jednakost i solidarnost (Quinn & Degener, 2002: 14; Žiljak, 2005: 255; Mihanović, 2011.:74) – naročito su važne u kontekstu generaliziranih pojmova u smislu vrijednosti, kao i u kontekstu invaliditeta (Quinn & Degener, 2002.; Mihanović, 2011.:74). Prema modelu ljudskih prava pojedinac ima pravo biti uključen u sve odluke koje ga se tiču, a vezane su uz njega i njegov život (Lawson i Beckett, 2021.; Ombla i sur., 2023.). Navodi se kako svaki pojedinac ima jednaka prava i obveze, a ovaj model ljudskih prava daje svim inividuama mogućnost sudjelovanja u odlučivanju (Leutar i Buljevac, 2020.). Uloga socijalnog radnika prepoznaje se kroz njegovu svjesnost o pravima i obvezama osobe s invaliditetom te njegovo pravo i stvaranje mogućnosti za ostavarivanje navedenih prava, ali i obveza prema zajednici (Leutar i Buljevac, 2020.).

6. PRAVA DJECE S TEŠKOĆAMA U RAZVOJU

Prema Zakonu o socijalnoj skrbi (NN 18/22, 46/22, 119/22) osobe s invaliditetom i djeca s teškoćama u razvoju imaju pravo na sljedeća prava i usluge: Pravo na osobnu invalidninu; Pravo na doplatak za pomoć i njegu; Pravo na status roditelja njegovatelja; Psihosocijalnu podršku; Ranu razvojnu podršku; Pomoć u kući; Boravak; Smještaj; Organizirano stanovanje; Usluge asistencije osobama s invaliditetom; Pomoć pri uključivanju u programe odgoja i redovitog obrazovanja; Naknadu za redovito studiranje; Plaćanje troškova smještaja u učeničkom domu. Nalaz je osnova za ostvarivanje niza prava, a najčešća su: doplatak za pomoć i njegu, pomoć i njega u kući – stručna pomoć u obitelji, pravo na status roditelja njegovatelja, pravo na osobnu invalidninu te skrb izvan vlastite obitelji (Vazdar, 2020.:24). Ovisno o postupcima za ostvarivanje prava, potrebno je obratiti se u sljedeće institucije: u Hrvatskom zavodu za mirovinsko osiguranje podnose se zahtjevi za uvećani dječji doplatak; u Hrvatskom zavodu za zdravstveno osiguranje podnose se zahtjevi za ostvarivanje prava na dopust ili rad u polovici punog radnog vremena radi njege djeteta s težim smetnjama u razvoju i prijenos prava iz Zakona o potporama na jednog roditelja (Vazdar, 2020.:24-25).

7. RANA RAZVOJNA PODRŠKA

7.1. Povijesni razvoj rane razvojne podrške u Sjedinjenim Američkim Državama Shonkoff i Meisels (1990.:5) ističu kako su razvojni pristup G. Stanleya Hall kurikulumu za rano djetinjstvo i pragmatični naglasak Johna Deweya na funkcionalne obrazovne ciljeve bili osobito utjecajni u ranim 1900-tim godinama. Bradbury (1962.; Lesser, 1985.:591; Shonkoff i Meisels, 1990.:7-8) navodi kako je 1912.godine Kongres osnovao „Ured za djecu“ s ciljem istraživanja i izvještavanja o pitanjima koji su povezana sa dobrobiti djece i dječjim životom svih klasa, a povod navedenom bila je rasprostranjenost visokog mortaliteta dojenčadi, loše zdravlje djece te iskorištavanje djece za rad. Ured je u prvom godišnjem izvješću izvjestio kako priznaje odgovornost za svu djecu, no posebna pozornost treba biti usmjerena na djecu koja su „abnormalna ili pate od fizičkih ili mentalnih bolesti“.

Lesser (1985.; Shonkoff i Meisels, 1990.:8) navodi kako temeljem odluke o naglašavanju koncepta prevencije i nakon bavljenja pitanjima o smrtnosti dojenčadi kao predmetom svog prvog istraživanja, Ured za djecu nastavlja s provođenjem ranih studija u takvim područjima kao što su dnevna skrb, institucionalna skrb, mentalna retardacija, zdravlje djece predškolske dobi u odabranim gradovima, te skrb o „osakaćenoj djeci.“ Shonkoff i Meisels (1990.) ističu kako je ured za djecu u svojim prvim studijama prikazao zapanjujuće povezanosti između socio-ekonomskih čimbenika i smrti dojenčadi i majki. Steiner (1976.; Shonkoff i Meisels, 1990.) navode da su ovi nalazi pomogli u pružanju snažnog obrazloženja za programe podržane Sheppard-Townerovim zakonom iz 1920-ih, a koji je poboljšao javnozdravstvene usluge i uspostavio državne odjele za higijenu djece i održavanje zdravlja majki i djece diljem zemlje. Iako je razvoj programa za djecu s teškoćama u razvoju išao sporije od usluga za siromašne ljude, podaci koje je Zavod za djecu prikupio kroz svoja državna istraživanja poslužili su da se istaknu nezadovoljene potrebe u ovom području (Shonkoff i Meisels, 1990.). Konačno, Konferencija o zdravlju i zaštiti djece u Bijeloj kući 1930.godine preporučila je da se savezna sredstva stave na raspolaganje svakoj od država s ciljem uspostavljanja programa za „osakaćenu djecu“, a koji odražavaju suradnju između medicinskih, obrazovnih, socijalnih i profesionalnih rehabilitacijskih agencija za pružiti sveobuhvatan niz dijagnostičkih i tretmanskih usluga (Lesser, 1985.; Shonkoff i Meisels, 1990.:8). Donošenjem Zakona o socijalnom osiguranju

1935.godine važnost dobrobiti djece i majki napokon je stavljena u fokus. Unutar V.glave istog Zakona navedene su tri važne komponente:

- 1) Službe za zdravlje majke i djeteta pružaju usluge za promicanje sveobuhvatnog zdravlja majke i djeteta, s naglaskom na inicijative u ruralnim i ekonomski zaostalim područjima, a sve su javno financirane;
- 2) Usluge za „osakaćenu djecu“ – cilj im je bio pružiti medicinske usluge ciljanim skupinama pacijenata. Zakon je bio pripreman za razvoj sveobuhvatnog sustava usluga uključujući otkrivanje slučajeva, dijagnozu, liječenje i naknadnu skrb. Prevencija bolesti okarakteriziranim kao onesposobljujuće i ublažavanje sekundarnih oštećenja istaknuti su kao ključni ciljevi, a svaka država je imala obvezu poticati suradničke napore između zdravstvenih i socijalnih skupina kako bi se navedeni ciljevi ostvarili;
- 3) Službe za skrb o djeci – dobro je financiranje agencija države za socijalnu skrb uz razvoj programa (osobito u ruralnim područjima) za brigu i zaštitu beskućnika, skrbi ovisne i napuštene djece te onih za koje je identificirano da su u opasnosti od postanka delinkvenata
odobrio je financiranje državnih agencija za socijalnu skrb za razvoj programa (posebice u ruralnim područjima) za skrb i zaštitu beskućnika, zanemarene i djece ovisne o skrbi te djece za koju se smatra da su u opasnosti da postanu delinkventi (Lesser, 1985.; Shonkoff i Meisels, 1990.).

Autori Ramey i Ramey (1998.) smatraju kako se ideja rane intervencije „rodila“ na suđenju „Brown protiv Odbora za obrazovanje“ kojim je Vrhovni sud iz 1954.godine utvrdio slučaj desegregacije i kojim je potvrdio univerzalno pravo svakog djeteta na pristojno obrazovanje. Odvojeni obrazovni sustav kojim se odvaja djecu afroamerikance od bijele djece prikazani su inherentno nejednakima. Grupa eksperimentalno i klinički obučanih psihologa, snažno utemeljenih na teoriji učenja, počela je s istraživanjem uloge i posljedica ranog iskustva. Istaknuti teoretičari ranog iskustva bili su Donald Hebb (1949.), J. McVicker Hunt (1961.) i Harry Harlow (1958.), od kojih su svi naglašavali važnost ranog iskustva za razvoj mozga i ponašanja (Ramey i Ramey, 1998.). Skeels i Dye (1939.; Ramey i Ramey, 1998.) u Iowi su u metodološki kontroverznoj, ali ključnoj studiji pružili dokaze o moći ranog iskustva

prema mogućnosti promjene razvoja inteligencije i krajnjeg životnog tijeka za djecu koja imaju intelektualne teškoće te su institucionalizirana. Rezultati Skeelsa i mnogih drugih (Landesman, 1990.; Ramey i Ramey, 1998.:110), postavili su bazu za sustavne studije rane intervencije koristeći konvencionalno prihvaćene, visokokvalitetne istraživačke dizajne, ponajviše nasumično dodjeljivanje terapijskim i kontrolnim skupinama. Sudionici u randomiziranim ispitivanjima ranog obogaćivanja neproporcionalno su bila djeca nedostavno obrazovanih i siromašnih afroameričkih obitelji (Caldwell, 1973.; Gray, Ramsey, & Klaus, 1982.; Weikart, Bond, & McNeil, 1978.; Ramey i Ramey, 1998.). Ovaj rad postavio je kamen temeljac za projekt „Head Start“, koji je započeo 1964.godine kao nacionalna premijera javnosti s ciljem poboljšanja spremnosti za školu i socijalni razvoj djece u nepovoljnom položaju (Zigler i Muenchow, 1992.; Zigler & Valentine, 1979.; Ramey i Ramey, 1998.). Autori Ramey i Ramey (1998.) navode kako je 1975.godine Kongres donio značajan zakon kojim bi se osiguralo besplatno i odgovarajuće obrazovanje za svu djecu. Izvorno zvan „Zakon o obrazovanju za svu hendikepiranu djecu“ doveo je do stvaranja složenog sustava specijalnog obrazovanja diljem Sjedinjenih Država (Schroeder, Schroeder i Landesman, 1987.; Ramey i Ramey, 1998.:110). Naziv ovog Zakona promijenio se u „Zakon o obrazovanju osoba s invaliditetom ili IDEA“, a uključivao je dramatične reforme (Ramey i Ramey, 1998.:111). Dijelovi reformi sadržavali su sljedeće odredbe, sustavi javnih škola pružali su univerzalno obrazovanje djeci s teškoćama u razvoju, krenuvši od treće godine – što je nekoliko godina ranije od redovnog početka školovanja. Pružena je opcija državama da pružaju usluge djeci od rođenja do treće godine starosti. Navedena reforma dovela je do međugeneracijskog niza usluga u svih 50 država diljem teritorija SAD-a, sa nazivom „sustav rane intervencije“ (Ramey i Ramey, 2018.). U sustav rane intervencije uključena su sva dojenčad i mala djeca s dijagnosticiranim teškoćama u razvoju. Ukoliko se djeca smatraju rizičnima (npr. novorođenčad s vrlo niskom porođajnom težinom, djeca rođena od majki s mentalnom retardacijom, djeca iz multirizičnih obitelji) tada države mogu proširiti potpore rane intervencije (Ramey i Ramey, 2018.). „Ovaj državno inicirani sustav rane intervencije potaknut je zajedničkim naporima roditelja, organizacija za zagovaranje i stručnjaka za rano djetinjstvo koji su prepoznali potrebu i potencijal za sprječavanje

sekundarnih stanja koja se mogu pripisati neadekvatnom liječenju primarnih stanja“ (Ramey i Ramey, 2018.:111).

McWilliam (2016.) navodi kako se u Sjedinjenim Američkim državama (SAD-u), temeljem odlomka 99-452 u Javnom pravu/zakonu („*Public Law*“) iz 1986.godine razvila rana intervencija kakva je poznata dan danas. Navedeni zakon iz 1986.godine nalaže koje su se države uključile u pružanje usluga i što države moraju posjedovati. U smislu pružanja usluga, imaju obvezu ponuditi 14 usluga, ako djeca ispunjavaju uvjete. Države imaju pravo i mogućnost postaviti vlastite kriterije prihvatljivosti, iako se postotak dojenčadi i djece prati od strane Ministarstva obrazovanja SAD-a, kako bi znali koliki broj djece država financira. Djeci i obiteljima upućenim na usluge mora se ponuditi koordinator usluga, procjena u pet domena i individualizirani obiteljski plan usluga (McWilliam, 2016.).

Kao što je već rečeno, da se začetkom moderne rane intervencije smatra odluka SAD-a o pružanju usluga djetetu koje ima određena odstupanja u razvoju, a na snagu stupa 1986. godine (McWilliam, 2016.; Demarin, 2019.:24). Ta je odluka bila poticajna za grupu stručnjaka koji su tada djelovali u Europi, a 1993. godine stvorili su okvir za provođenje rane intervencije (De Moor i sur., 1993.; Demarin, 2019.: 24).

7.2. Povijesni razvoj rane razvojne podrške u Republici Hrvatskoj

Kada govorimo o počecima rane razvojne podrške u Republici hrvatskoj tada govorimo o skupini stručnjaka koja je još davne 1995. godine, u sastavu skupine stručnjaka predvođenih logopedima i psiholozima s Edukacijsko - rehabilitacijskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, započela s osvještavanjem potrebe ranog uočavanja i prepoznavanja razvojnih odstupanja i rizika za njihovo nastajanje, posebno kada se radi o tzv. nevidljivim teškoćama, kao što su komunikacijski i jezično-govorni poremećaji, intelektualne teškoće i sl. (Blaži, 2018.:14).

Autorica Blaži (2018.) navodi kako je Edukacijsko - rehabilitacijski fakultet 1995. godine osnovao kabinet za ranu komunikaciju u kojem su počeli provoditi prve interdisciplinarne procjene djece rane dobi. Rezultat navedenog kliničkog rada i prepoznavanja potreba roditelja s malom djecom kod koje postoje rizici za nastanak razvojnih teškoća ili su one već prisutne (Blaži, 2018.:14). 2000. godine započeo je s provedbom prvi interdisciplinarni pilot-projekt „*Biti roditelj - Model dijagnostičko-*

savjetodavnog praćenja ranoga dječjega razvoja i podrške obitelji s malom djecom“, u suradnji s tadašnjim Državnim zavodom za zaštitu obitelji, materinstva i mladeži (Blaži, 2018.:14). Roditeljska škola organizirana je unutar navednog projekta, a cilj je bio pružanje pomoći roditeljima djece s komunikacijskim i jezično-govornim poremećajima kako bi mogli bolje razumijeti svoje dijete i njegove teškoće te mogli adekvatno odgovoriti na potrebe djeteta. Prva znanstvena monografija sastavljena od radova posvećenih ranom razvoju djeteta i interakciji s okolinom, edukaciji stručnjaka u radu s djecom i naravno, roditeljima, a proizašla je iz navedenog projekta. Navedeno se smatra začetkom uvođenja suvremenog pristupa rane intervencije u Hrvatskoj, a suvremeni koncept rane intervencije u djetinjstvu dobio je veću važnost uvođenjem prvog Sveučilišnog poslijediplomskog specijalističkog studija Rana intervencija u edukacijskoj rehabilitaciji, koji je prve poslijediplomante upisao 2006. godine na Edukacijsko-rehabilitacijskom fakultetu u Zagrebu (Blaži, 2018.). U Republici Hrvatskoj postoje brojne barijere koje ne dopuštaju uspješno i sustavno uspostavljanje modela rane intervencije u djetinjstvu. Jedna od barijera je kasno prepoznavanje simptoma koji bi doveli do uključivanja djece i roditelja u program rane intervencije, kao i zanemarivanje strahova roditelja i osjećaja zabrinutosti za razvoj svojeg djeteta. Druga barijera je nedostatna zakonodavna regulativa u Republici Hrvatskoj, iako se usluga rane intervencije spominje u Zakonu o socijalnoj skrbi, ona se u vrlo malom opsegu spominje i u Zakonu o zdravstvenoj zaštiti. U navedenom Zakonu o zdravstvenoj zaštiti nije dovoljno dobro i jasno definirana, već se podrazumijeva kao dio opće rehabilitacije male djece, što nije dovoljno. Sljedeći problem vidi se u manjku dostupnosti informacija o vrstama i pružateljima usluga rane intervencije pri čemu su stručnjaci iz istog ili različitog resora neumreženi. Problem pristupačnosti uslugama rane intervencije vidi se u manjim mjestima, a financiranje usluga još je jedna od barijera s kojima se cijeli sustav suočava. Država financira trošak javnog sektora (socijalne skrbi, zdravstva, odgoja i obrazovanja) koji je nepristupačan za potrebe djece i obitelji u Republici Hrvatskoj (Blaži, 2018.).

7.3. Definicija rane razvojne podrške

Prema Zakonu o socijalnoj skrbi (NN 18/22, 46/22, 119/22, čl.97) definira se rana razvojna podrška kao usluga stručne poticajne pomoći i podrške djetetu i stručne savjetodavne pomoći roditeljima i drugim članovima obitelji ili udomitelju, kad je kod

djeteta u ranoj dobi utvrđeno odstupanje u razvoju, razvojni rizik ili razvojne teškoće. Zakon također definira kako odstupanje u razvoju, razvojni rizik ili razvojne teškoće Zavod utvrđuje na temelju mišljenja liječnika specijaliste neonatologa ili pedijatra, a iznimno liječnika druge odgovarajuće specijalizacije ili stručne procjene. No, osim zakonske definicije Europska mreža za ranu intervenciju „Earlyaid“ navodi definiciju rane intervencije „kroz sve oblike poticanja usmjerenog prema djeci i savjetovanja usmjerenog prema roditeljima koji se primjenjuju na izravne i neposredne posljedice nekog utvrđenog razvojnog uvjeta. Rana intervencija uključuje dijete, njegove roditelje, obitelj i širu okolinu.“ Rana intervencija se primjenjuje kod djece s biološkim rizikom za nastanak razvojnih poteškoća i djece s razvojnim poteškoćama (Shonkoff i sur.2000.; Pinjatela i Joković Oreb, 2010.:81). Također, na mrežnoj stranici e-građani, (Rana razvojna podrška, 2022.) ističe se kako je rana razvojna podrška usluga koja omogućava stručnu poticajnu pomoć i podršku djetetu te stručnu savjetodavnu pomoć roditeljima i drugim članovima obitelji ili udomitelju, kad je kod djeteta u ranoj dobi utvrđeno odstupanje u razvoju, razvojni rizik ili razvojne teškoće. Prema Zakonu o socijalnoj skrbi (NN 18/22, 46/22, 119/22) pružanje navedene usluga omogućava se djetetu do navršene treće godine, a najdulje do navršene sedme godine, u trajanju do pet sati tjedno. Svrha rane razvojne podrške je da služi poticanju razvoja i inkluziji djeteta u širu društvenu mrežu, a ukoliko se ista usluga ne pruža unutar zdravstvene djelatnosti, temeljem stručne procjene pružatelja usluge o trajanju i učestalosti usluge (e-građani, Rana razvojna podrška, 2022.). Usluge rane intervencije u djetinjstvu podržavaju obitelji djece s razvojnim rizicima ili razvojnim odstupanjima, s teškoćama u razvoju, s potrebama u području ponašanja ili mentalnog zdravlja (UNICEF, Kako UNICEF pomaže djeci s teškoćama i njihovim roditeljima, 2021.). Također, uključuju koordinirane, intenzivne i individualizirane usluge s ciljem unaprijeđenja djetetova razvoja i otpornosti kroz jačanje obiteljskih kompetencija, komunikacije i roditeljskih vještina (UNICEF, Kako UNICEF pomaže djeci s teškoćama i njihovim roditeljima, 2021.).

Način ulaska u program rane razvojne podrške je da roditelj/skrbnik ponese Zahtjev nadležnom Centru za socijalnu skrb; timskom procjenom stručnjaka Centra; komisija za prijem i otpust korisnika; uputicom ili rješenjem nadležnog Centra za socijalnu skrb (Centar Novi Jelkovec, Rana razvojna podrška, 2022.).

Košiček i suradnici (2009.:3; Milić Babić i sur., 2013.:455) iznose kako se stručni timovi koji su uključeni u provođenje rane intervencije mogu se sastojati od: edukacijsko-rehabilitacijskog stručnjaka koji radi ranu procjenu djetetovog razvoja, provodi razvojne programe i prati njihov tijek te surađuje s medicinskim osobljem i uključen je u dnevnu njegu djeteta; liječnika, koji postavlja dijagnozu djeteta, upućuje na specijalne zdravstvene ustanove, medicinski prati dijete, povezan je sa zdravstvenom službom; psihologa, koji daje procjenu djetetovog razvoja, pedagoške smjernice, psihološku i socijalnu podršku, te je povezan sa socijalnom službom i resursima koji se nude u zajednici; socijalnog radnika, čija je uloga pružanje socijalne podrške, informiranje, upućivanje na ostale relevantne aktere, povezivanje s ostalim strukama i pomoć u rješavanju socijalno rizičnih situacija te medicinske sestre, čija je uloga skrb i zdravstvena prevencija te informiranje o zdravstvenim pitanjima.

UNICEF je u 2020. godini razvio online trening za stručnjake koji pružaju usluge rane intervencije na daljinu važnih za obitelji koje nemaju pristup uslugama zbog udaljenosti, troškova prijevoza ili zbog pandemije te je uložio 260.000 kuna u edukaciju 500 stručnjaka za provođenje rane intervencije na daljinu (UNICEF, Kako UNICEF pomaže djeci s teškoćama i njihovim roditeljima, 2021.). Kroz inicijativu „Rodilišta prijatelji djece“ UNICEF podržava dojenje i kontakt koža-na-kožu, što je ključno za razvoj djeteta. Također, podržao je osnivanje Banke humanog mlijeka koja je ključna za osiguravanje optimalne zdravstvene skrbi za prijevremeno rođenu i teško bolesnu djecu koja nemaju mogućnost hraniti se mlijekom vlastite majke (UNICEF, Kako UNICEF pomaže djeci s teškoćama i njihovim roditeljima, 2021.).

8. RANA RAZVOJNA PODRŠKA I DJECA S TEŠKOĆAMA U RAZVOJU

Djeca s teškoćama se unutar Državnog pedagoškog standarda predškolskog odgoja i naobrazbe (NN 63/2008.), članka 4. smatraju: Djeca s oštećenjem vida; djeca s oštećenjem sluha; djeca s poremećajima govorno-glasovne komunikacije; djeca s promjenama u osobnosti uvjetovanim organskim čimbenicima ili psihozom; djeca s poremećajima u ponašanju; djeca s motoričkim oštećenjima; djeca sniženih intelektualnih sposobnosti; djeca s autizmom; djeca s višestrukim teškoćama; djeca sa

zdravstvenim teškoćama i neurološkim oštećenjima (dijabetes, astma, bolesti srca, alergije, epilepsija i slično).

Sljedeća podjela odnosi se na teškoće koje se klasificiraju na sljedeći način:

- a) Prerano rođenje
- b) Genetsko stanje kao što je Downov sindrom
- c) Kromosomsko stanje kao što je Fragile X
- d) Metabolička stanja kao što je funkcija štitnjače
- e) Problemi u trudnoći ili tijekom rođenja kao što su teško krvarenje ili nedostatak kisika za bebu
- f) Gubitak vida ili sluha
- g) Govorne i jezične poteškoće
- h) Ozljede ili infekcije mozga kao što su ozljeda glave ili meningitis
- i) Stalna bolest i dugotrajna hospitalizacija (CPL, Understanding disability -What is global developmental delay, 2023.).

Globalno razvojno usporenje (*Global developmental delay*) definira se kao značajno usporenje obično u dvije ili više standardnih devijacija ispod prosjeka, u dvije ili više domena: grube/fine motorne vještine, kognicija, govor/jezik, socijalne vještine ili aktivnosti dnevnog života (Shevell i sur.,2003.; Pospiš, 2005.:8). Razvojno jezično oštećenje (*developmental language impairment*) odnosi se na izolirano usporenje u odnosu na dob u upotrebi ekspresivnog i/ili receptivnog jezika u odsutnosti kognitivnog oštećenja, oštećenja sluha ili abnormalnih socijalnih interakcija (Nass i Koch, 1992.; Pospiš, 2005.:8-9). Pokazalo se pozitivno djelovanje na unaprjeđenje razvoja pri korištenju rane implementacije rehabilitacijskih intervencija, edukacija te suportivnih sistema (Pospiš, 2005.). Za početak intervencije ne treba se težiti za postavljanjem dijagnoze sindroma (Pospiš, 2005.). Rana intervencija, kao sustav podrške razvoju djece, obuhvaća i roditeljske procjene o dinamici i kvaliteti djetetova razvoja (Romstein, 2017.:57). Stvaranjem podjele na određene vrste teškoća, dotaknuti ću se najvažnijih karakteristika pojedine teškoće te povezati sa uslugom rane razvojne podrške.

8.1. Djeca s intelektualnim teškoćama

Međunarodna klasifikacija bolesti (MKB-10) navodi definiciju intelektualnih teškoća kao stanja zaostalog ili nepotpunog razvoja uma, posebno karakterizirano oštećenjem sposobnosti koje se očituju za vrijeme razvoja, sposobnosti koje pridonose cjelokupnu stupnju razvoja inteligencije, primjerice mišljenje, govor, motorika i sposobnosti ostvarivanja društvenog kontakta (Kocijan-Hercigonja i sur., 2000.). Leutar i Buljevac (2020.:91) navode kako se temeljem utvrđenog kvocijenta inteligencije od 0 do 69 dijele intelektualne teškoće: na lake (IQ 50-95), umjerene (IQ 35-49), teže (IQ 20-34) i teške (IQ ispod 20). Važno je za napomenuti kako se navedene lake, umjerene, teže i teške intelektualne teškoće prvenstveno utvrđuju na osnovi adaptivnog funkcioniranja, a ne isključivo rezultatima postignutim na testovima inteligencije. Američka psihijatrijska udruga (2014.; Kocijan- Hercigonja, 2000.; Leutar i Buljevac, 2020.:92) navodi kako se etiologija intelektualnih teškoća dijeli na prenatalne uzroke (genetski sindromi, urođene greške metabolizma, bolesti majke poput nekvalitetne ishrane, prekomjerno upotrebljavanje sredstava ovisnosti, zatim okolinski utjecaji), perinatalne uzroke (povezane s porođajem odnosno točnije sa hipoksijom, krvarenjem u mozgu, prematuritet te postmaturitet) te postnatalni koji uključuju primjerice hipoksičku ishemijsku ozljedu, traumu mozga, infekcije, socijalnu deprivaciju itd. Rana intervencija smatra se mogućom ključnom osnovom za napredovanje osoba s intelektualnim teškoćama tijekom školovanja jer značajno utječe na njihovo potencijalno samostalnije funkcioniranje u odrasloj dobi (Cvijetić, 2016.; Krstić, Đurić-Zdravković i Roknić, 2021.). Rana intervencija ima značajan utjecaj pri pružanju pomoći djetetu s intelektualnim teškoćama da potakne razvijanje socijalnih vještina, komunikacijskih vještina te vještina igranja koje služe kao baza za daljnje učenje (Krstić, Đurić-Zdravković i Roknić, 2021.).

Pregledni rad Schuengel i sur. (2019.) pokazuje rezultate koji navode kako je, zbog određenih utjecaja okoline, razvoj djece s intelektualnim teškoćama oblikovan na drugačiji način. Rezultati pokazuju kako se tijekom procesa puberteta odvija drugačiji tijek razvoja seksualnosti kod djece s intelektualnim teškoćama nego što je to kod djece bez intelektualnih teškoća. Rezultati pokazuju kako se uvođenje rane intervencije, za ovu skupinu djece s teškoćama u razvoju, smatra važnom od strane roditelja i stručnih suradnika. Autori su se složili kako postoji vrlo mali broj

istraživanja koji se bave ovom temom, odnosno internacionalnim istraživanjem rane razvojne podrške kod djece s intelektualnim teškoćama te je upravo ovdje veliki potencijal za daljnje istraživanje ove tematike. Moj prijedlog bila bi mogućnost primjene, temeljem Zakona o djelatnosti socijalnog rada (NN 16/19, 18/22), sljedeće mjere za poticanje kvalitetnijeg ostvarivanja prava djece s intelektualnim teškoćama; socijalni radnici imali bi značajnu ulogu u *suradnji s nadležnim ministarstvom na unapređivanju mjera socijalne politike*. Točnije, prijedlog bi se sastojao u redefiniranju vremenskog trajanja aktivnosti u Pravilniku o mjerilima za pružanje socijalnih usluga (NN 110/2022, čl.44, st.5). Trenutno su usluge definirane na način da: u obitelji korisnika za djecu u dobi od 0 do 3 godine aktivnosti se pružaju u vremenskom trajanju od 60 minuta; u obitelji korisnika za djecu u dobi od 3 do 7 godina aktivnosti se pružaju u vremenskom trajanju od 90 minuta; kod pružatelja usluge za djecu u dobi od 0 do 3 godine aktivnosti se pružaju u vremenskom trajanju od 90 minuta; kod pružatelja usluge za djecu u dobi od 3 do 7 godine aktivnosti se pružaju u vremenskom trajanju od 120 minuta (Pravilnik o mjerilima za pružanje socijalnih usluga, NN 110/2022). Temelj prijedloga sastoji se u omogućavanju prilagodbe djeteta na novi prostor, stručnog suradnika te ostale okolinske čimbenike koji mogu za dijete predstavljati stresno okruženje.

8.2. Djeca s oštećenjem vida

Slabovidnost ili ambliopija smatra se najčešće oštećenjem vida kod djece (vidne oštine, percepcije kretanja, osjećaja dubine prostora, razlikovanja kontrasta) i vodećim uzrokom sljepoće na jednom oku, bez prisutne vidljive bolesti oka, zbog čega se djeca u pravilu ne žale na smetnje vida (HZJZ, Slabovidnost, 2023.). Podatci Svjetske Zdravstvene Organizacije ukazuju kako je više od 45 % sljepila u djece preventibilno (Childhood Blindness, WHO, 2006.; Gilbert i Foster, 2020.; Pelčić i Balen, 2016.:487). Etiologija slabovidnosti kod djece preventibilna je u velikoj mjeri. Brojne koristi mogu biti uočene pri ranom otkrivanju slabovidnosti i pravovremenoj terapiji u dječjoj dobi (Pelčić i Balen, 2016.). Brojna istraživanja i dalje ne mogu detektirati optimalnu dob djeteta, od rođenja do punoljetnosti, koja bi bila najefektivnija za provođenje probira oštećenja vida (Pelčić i Balen, 2016.). Probir djece na slabovidnost i dalje nije standardiziran te se upravo predlaže uvođenje

standardiziranog probira uz stanje i bolesti koje dovode do slabovidnosti (Pelčić i Balen, 2016.).

Istraživanje autora Kulkarni i sur. (2022.) provedeno je u razdoblju od jedne godine (od prosinca 2018. do prosinca 2019. godine) u centru za pregled očiju u Puneu - Indija, koji ima namjenski odjel za pedijatrijsku njegu očiju i Centar za ranu intervenciju koji ima veliki broj pacijenata - djece s različitim bolestima oka. Uzorak studije prikupljen je iz postojeće evidencije Centra za ranu intervenciju, a odabrana su djeca s teškim oštećenjem vida koja su bila uključena u ranu intervenciju u djetinjstvu i koja su bila najmanje 6 mjeseci praćena unutar programa. U studiju je bilo uključeno ukupno 15 djece, u dobi od 13 mjeseci do 5 godina. Sva djeca uključena u studiju imala su ozbiljno oštećenje vida u djetinjstvu. Tijekom provođenja rane intervencije, većina je djece pokazala dosljedan napredak u različitim aspektima dječjeg razvoja. Prema iskazima roditelja, najkorisnije komponente rane intervencije sadržavale su vježbe vizualne stimulacije, improvizirana metodologija podučavanja i savjetovanje. U studiji provedenoj u Maharashtri, Kulkarni (2019.; Kulkarni i sur., 2022.) objavljeno je kako većina zdravstvenih radnika nije bila svjesna komponenti rehabilitacijskog programa i osjećala se neadekvatnim te nespremnim za savjetovanje ili upućivanje roditelja na ranu intervenciju. U ovoj je studiji prerano rođeno više od dvije trećine uključene djece. Utvrđena je povezanost između prijevremene zrelosti i oštećenja vida (Leung, 2018.; Kulkarni i sur., 2022.). Stopa smrtnosti dojenčadi u Indiji je u padu (Nagarajan, 2015.; Kulkarni i sur., 2022.), a to može značiti sve veći broj prerano rođene djece s poteškoćama vida. Gotovo svi sudionici izjavili su kako su bili emocionalno uznemireni prilikom saznanja za oštećenje djetetovog vida, no pravodobnim savjetovanjem uspjeli su se nositi sa ovom činjenicom (Kulkarni i sur., 2022.). Vlada Indije svojim politikama promiče uključivo obrazovanje (Singh, 2016.; Kulkarni i sur., 2022.). Međutim, nedostatak svijesti od strane roditelja i nedostatak posebnih sadržaja predstavljaju prepreku za školovanje djece s oštećenjem vida. Većina roditelja, koji su sudjelovali u ovoj studiji, izjavili su kako su im smjernice u vezi s obrazovanjem bile od velike pomoći (Kulkarni i sur., 2022.). Aplikativno rješenje sastojalo bi se u ulozi socijalnog radnika da primjenjuje uslugu savjetovanja roditelja, pruža im pomoć prilikom informiranja i služi im kao vodilja u cijelom procesu. Također, uloga socijalnog radnika sastojala bi se u informiranju stručnjaka o važnosti stalnog praćenja

zakonskih okvira, ulaganju u svoje znanje i vještine kako bi bili što kvalitetniji stručnjaci i kako bi što motiviranije dijelili znanje sa korisnicima. Socijalni radnici, u skladu s Etičkim kodeksom socijalnih radnica i socijalnih radnika u djelatnosti socijalnog rada (2014.), imaju važnu ulogu i prilikom uvažavanja visokih standarada u osobnom i profesionalnom ponašanju koje je izravno vezano uz proces informiranja korisnika, odnosno roditelja korisnika.

8.3. Djeca s oštećenjem sluha

Pod pojmom oštećenja sluha podrazumijeva se oštećenje svih lokalizacija i svih intenziteta koje bi moglo imati utjecaj na normalni razvoj govora (Centar za odgoj i obrazovanje Tomislav Špoljar, 2023.). U preventivnom smislu važno je razlikovati pojmove rano i pravodobno otkrivanje oštećenja sluha. Oštećenje sluha najranije se može otkriti u novorođenačkoj dobi – gornja granica je dob od 3 godine, a optimalna dob je 3 mjeseca (Centar za odgoj i obrazovanje Tomislav Špoljar, 2023.). Rano otkrivanje je ono koje je što je moguće bliže vremenu nastanka oštećenja, dok se pravodobnim otkrivanjem smatra razdoblje od časa kada je moguća intervencija do časa gornje granice optimalnog djelovanja (Centar za odgoj i obrazovanje Tomislav Špoljar, 2023.). Znakovi koji nam upućuju na oštećenje sluha kod djeteta su sljedeći: uznemirenost djeteta na glasan zvuk, potom, dijete ne pokazuje nikakvu reakciju na majčin glas u dobi od dva mjeseca starosti, na glasan zvuk u dobi od četiri do pet mjeseci reagira samo pogledom, a tek sa šest mjeseci starosti počinje oponašati zvukove (Dernaj, 2022.:4). Skrining novorođenčadi od 1986. godine ubraja se u obavezne mjere zaštite novorođenčadi. Kako bi se prevenirale posljedice za razvoj i zdravlje djeteta te rano započelo liječenje, 2002.godine uveden je probir sluha. Rani skrining provode primalje u rodilištima, neonatološke i patronažne sestre (Dernaj, 2022.:5). Kongenitalna gluhoća jedna je od najčešćih kroničnih bolesti u djece (Dernaj, 2022.). Kada se jednom utvrdi osnovni gubitak sluha, to usmjerava terapijsko donošenje odluka i prevenciju, kao oblik genetskog savjetovanja. Liječenje uključuje specifičnu antimikrobnu terapiju, kirurško liječenje kraniofacijalnih abnormalnosti te implantacijske ili neimplantacijske uređaje (Korver, Smith, Van Camp, Schleiss, Bitner- Glindzicz, Lustig, 2017.; Dernaj, 2022.:9). Sastavnice sustava rane intervencije uključuju probir i uključivanje, praćenje i nadzor, mjesto pristupa, interdisciplinarnu

procjenu, pravo na usluge, procjenu stresora, razvoj i primjenu sveobuhvatnog plana podrške, praćenje i evaluaciju ishoda te planiranje tranzicije (Dernaj, 2022.:11). Sudjelovanje djeteta i obitelji u aktivnostima zajednice predstavlja najvažniju sastavnicu sustava rane intervencije (Dernaj, 2022.). Pri uključivanju roditelja u određenu stručnu uslugu provođenja rane intervencije, kroz preliminarni ili sveobuhvatni program, od važnosti je procjena stresora te na temelju informacija omogućiti dodatno individualiziranje sveobuhvatnog plana podrške koji uključuje financijske, informacijske i socijalne podrške koje trebaju obitelji. Sve navedeno uklapa se u obiteljsku svakodnevicu i omogućava jačanje njihovog sudjelovanja (Dernaj, 2022.). Kroz praćenje i evaluaciju treba voditi računa o tome jesu li se dosegli ciljevi plana podrške te se procjenjuje je li potrebna daljnja razvojna procjena, poput procjene stresora i slično (Dernaj, 2022.:12).

U preglednom radu Asonye, Emma-Asonye i Edward (2018.) rezultati pokazuju kako u odnosu na gubitak sluha djece u Nigeriji djeluju različite kulturne prakse, koje proučavaju i koriste Nigerijski znakovni jezik za gluha djecu, dok se u Americi koristi američki znakovni jezik. Također, u različitim školama (poput Abuje i Imo) koristi se dodatak znakovnom jeziku – manerizmi. Uočava se nestandardiziranost znakovnih jezika u Nigeriji te posljedice mogu biti dalekosežne. Utjecaj siromaštva utječe na dobivene rezultate koji pokazuju kako bi roditelji koristili bilo kakve vrste pomoći s ciljem „izliječenja“ gluhoće djeteta. Rezultati su pokazali kako sustav rane intervencije nije primijenjen kao program u bolnicama u Nigeriji. U ovome se dijelu vidi aplikativna vrijednost na socijalni rad koja se prepoznaje kroz informiranje javnosti i roditelja te njihovo savjetovanje o procesima primjene rane intervencije koji su primjenjivi, ali i suradnju stručnjaka. Također, rezultati pokazuju kako više od 60% učitelja koji imaju sposobnost čuti, nisu educirani niti su u treningu učenja o znakovnom jeziku. Izoliranost gluhe djece te nedostupnost učenju znakovnog jezika, prepoznato je, također, kao aplikativna vrijednost za socijalni rad. U skladu sa rezultatima preglednog rada, u praksi socijalnog rada, potrebno je informirati javnost o obvezi zdravstvenih djelatnika, roditelja, ali i šire javnosti o prednostima screeninga djeteta u bolnici pri rođenju (Zakon o djelatnosti socijalnog rada, NN 16/19, 18/22). U skladu sa vrijednostima i načelima Etičkog kodeksa socijalnih radnica i socijalnih radnika u djelatnosti socijalnog rada (2014.) obveza je socijalnog radnika da promiče

pozitivne socijalne promjene s ciljem stvaranja povoljnijih situacija za najugroženije i obesnažene članove društva. Također, u skladu sa Zakonom o socijalnoj skrbi (NN 18/22, čl.9.): „Svaka osoba ima pravo na informaciju o naknadama i uslugama u sustavu socijalne skrbi te pravo na podršku u prevladavanju komunikacijskih teškoća koja pridonosi zadovoljavanju osobnih potreba i poboljšanju kvalitete života u zajednici.“ Martinović (1994.) navodi kako postoje tri važna odnosa u školskom socijalnom radu, a to su odnos između roditelja i djece, odnos učitelja i djece te odnos škole i lokalne zajednice. Kako bi se omogućilo djelovanje socijalnog radnika i drugih dionika unutar škole, sukladno Etičkom kodeksu socijalnih radnica i socijalnih radnika u djelatnosti socijalnog rada (2014.), socijalni radnici u svom profesionalnom radu imaju obvezu poticati timski rad te prenositi stečenja znanja i iskustva kolegama. Omogućavanjem prenošenja vlastitih znanja i stečenih kompetencija socijalnog radnika drugim dionicima u navedenom trodiobnom odnosu, omogućuje se olakšavanje pristupa rane intervencije djeci s teškoćama učenja, uz poticanje od strane školskog sustava, obitelji te zajednice u cjelini. U takvim okolnostima školski socijalni rad može pomoći u razvoju novih programa, konzultirati se sa školskim ustanovama i povezati se s individualnim školskim politikama i praksama koje mogu dovesti do pozitivnih promjena (Martinović, 1994.). Prema Zakonu o odgoju i obrazovanju u osnovnoj i srednjoj školi (NN 87/08, 86/09, 92/10, 105/10, 90/11, 5/12, 16/12, 86/12, 126/12, 94/13, 152/14, 07/17, 68/18, 98/19, 64/20, 151/22, čl.100, st.4) *stručnim suradnicima u školskoj ustanovi smatraju se pedagog, psiholog, knjižničar, stručnjak edukacijsko-rehabilitacijskog profila (edukator rehabilitator, logoped i socijalni pedagog)*. Aplikativno rješenje sastojalo bi se od uvođenja socijalnog radnika u stručni tim odgojno – obrazovnog sustava, a ovom bi odlukom uloga socijalnog radnika postala značajnija i važnija s ciljem inkluzivnosti djece s teškoćama u razvoju u predviđene razrede i/ili škole temeljem mišljenja stručnih djelatnika.

8.3.1. Gluho-slijepa djeca

Za gluho-slijepo dijete svijet nema istraživački karakter. U kretanju-baratanju s predmetima svijet dobiva svoje pravo značenje. Kako gluho-slijepo dijete to ne može samo, moramo 100% participirati u svakoj aktivnosti (koaktivnost). Tako se odnos prema sebi i prema svijetu mijenja (Veljačić, 1987.:200). Gluhosljepoća je specifično

i jedinstveno dvostruko senzoričko oštećenje sluha i vida u različitim mogućim kombinacijama intenziteta i to: naglušost i slabovidnost, gluhoća i slabovidnost, sljepoća i naglušost te praktična gluhosljepoća. Gluhosljepoća, koja može nastati zbog različitih uzroka, može biti urođena ili stečena (HZJZ, Gluhosljepoća, 2023.).

Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske je Nacionalnim preventivnim programom ranog otkrivanja slabovidnosti 2018.-2028., osiguralo preventivni pregled svakog djeteta u dobi od četiri godine. Unutar preventivnog programa navodi se kako postoji daljnja obrada djeteta, ukoliko se nakon obavljenog preventivnog pregleda kod djeteta pojavi sumnja na slabovidnost. Kako bi se utvrdila gluho-sljepoća kod djece primjenjuju se odredbe Pravilnika o sastavu i načinu rada tijela vještačenja u postupku ostvarivanja prava iz socijalne skrbi i drugih prava po posebnim propisima (NN 79/2014). Na temelju odredbi iz Zakona o hrvatskom znakovnom jeziku i ostalim sustavima komunikacije gluhih i gluhoslijepih osoba u Republici Hrvatskoj (NN 82/15) gluhim i sluhoslijepim osobama se priznaje pravo na korištenje, informiranje i obrazovanje na hrvatskom znakovnom jeziku, kao i pravo na podršku od komunikacijskog posrednika.

8.4. Djeca s poremećajem glasovno - govorne komunikacije

Pojam „poremećaj izgovora“ se prema I. Posokhovej, sastoji od odstupanja u govoru u kojima dijete zbog različitih razloga ne može pravilno izgovoriti neke glasove, međusobno ih miješa ili sasvim izostavlja, nepravilno izgovara slogove i cijele riječi (Perković, 2017.:5). Perković (2017.) navodi kako se poremećaji izgovora nerijetko nazivaju „artikulacijski poremećaji“ te dislalijski. Javljaju se u tri oblika: a) Izostavljanje ili nečujna realizacija glasa koja se događa kada dijete ne može izgovoriti neki glas; b) zamjena glasa ili supstitucija – dijete zamjenjuje glas ili skupinu glasova koje ne može izgovoriti te c) Nepravilno izgovaranje glasa ili skupine glasova – distorzija (kada dijete izgovara glasove, no zvukovna realizacija glasova nije u skladu sa standardnim izgovorom). Prema glasovnim skupinama, razlikuju se poremećaji poput: sigmatizma, rotacizma, lambdacizma, kapacizma, gamacizma i hitizma, tetacizma i deltacizma te etacizma (Perković, 2017.). Poremećaji jezičnih teškoća se prema Perković (2017.:8) smatraju: usporen razvoj govora, zaostao razvoj govora, nedovoljno razvijen govor,

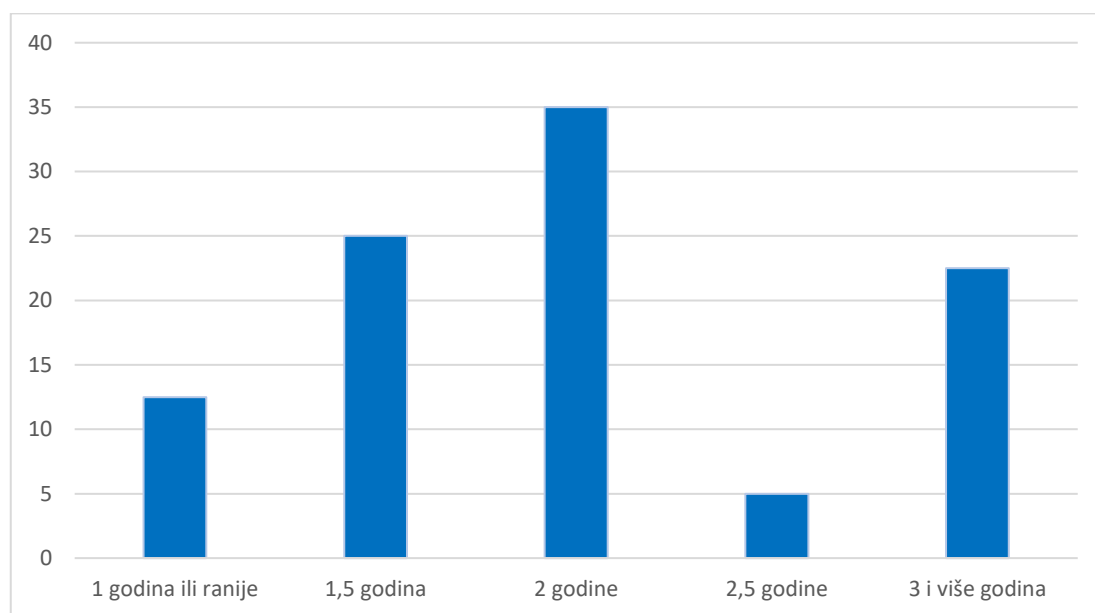
nerazvijen govor ili alalija, govor na granici dislalije i nedovoljno razvijenog govora, posebne jezične teškoće te difazija. Uloga pedijataru i drugih stručnjaka (npr. logopedi, pedagozi, odgojiteljice i medicinske sestre u jaslicama i dječjim vrtićima) trebala bi biti praćenje jezično-govornog razvoja djeteta do 2.godine djetetova života i sukladno tome, razgovarati s roditeljima o njihovim eventualnim zabrinutostima i zapažanjima (Romstein, 2017.).

U istraživanju Matković (2021). sudjelovalo je 96 roditelja djece predškolske dobi (od 3 do 7 godina) na teritoriju grada Splita i okolice te su isti podijeljeni u dvije skupine – skupinu roditelja djece s komunikacijskim, jezičnim i govornim teškoćama (N=47) te skupinu roditelja djece s tipičnim komunikacijskim i jezično-govornim razvojem (N=49). Uočen je najveći broj visoko obrazovanih roditelja kod obje skupine. Od ukupnog broja ispitanika čak je 84,18 % navelo kako bi se obratili stručnjaku u slučaju odstupanja u komunikacijskom i jezično-govornom razvoju djeteta. No, važno je za naglasiti kako postoji veliki postotak roditelja koji iskazuje nedoumicu kada bi dijete trebalo odvesti logopedu, a navedeno upućuje na neupoznatosti s karakteristikama i redoslijedom urednog komunikacijskog i jezično-govornog razvoja, kao i obilježjima odstupanja u istim (Matković, 2021.:44). Također, utvrđeno je kako postoji povezanost između varijable dobi i perspektive roditelja na način da su roditelji starije dobi svjesniji ranih znakova odstupanja u komunikaciji, jeziku i govoru, što je u skladu s rezultatima većine drugih istraživanja (Matković, 2021.:44). Aplikativan prijedlog sastojao bi se od savjetovanja i upućivanja roditelja potrebnim stručnjacima kako bi roditelji pravovremeno dobili potrebnu stručnu pomoć i podršku. Kako bi socijalni radnici mogli kvalitetno pružati svoje stečeno znanje, u skladu s Etičkim kodeksom socijalnih radnica i socijalnih radnika u djelatnosti socijalnog rada (2014.), imaju dužnost kontinuirano razvijati vlastitu kompetenciju kroz osobni rast i razvoj, profesionalnu izobrazbu i cjeloživotno obrazovanje. No, osim pružanja i prijenosa vlastitog znanja, važno je i surađivati sa ostalim disciplinama unutar kojih djeluju stručnjaci sa stečenim znanjem određene discipline.

8.5. Djeca s poremećajem iz spektra autizma

Poremećaj iz spektra autizma (engl. autism spectrum disorder, ASD) smatra se neurorazvojnim poremećajem s anomalijama unutar društvene interakcije, a komunikacijski modaliteti karakteriziraju ograničene, ponavljajuće i stereotipne repertoare interesa i aktivnosti, kao i intelektualni razvoj koji nije jednolik (Kosić i sur., 2021.). Djeca s poremećajem iz spektra autizma pokazuju samostimulirajuće ponašanje (na primjer ljuljanje, pljeskanje dlanovima) te stereotipno ponašanje kao na primjer pružanje potpune pažnje na neke stvari. Također, nerijetko se djeca s autizmom igraju na uvijek isti način (npr. slaganje igračkica na točno određen način) (Kosić i sur., 2021.). Autori Popčević, Ivšac Pavlića i Šimleša (2015.) u svojem su istraživanju pratili položaj djece s autizmom unutar dijagnostičkog, terapijskog i odgojno-obrazovnog sustava u Republici Hrvatskoj. Uzorak za ovo istraživanje uključivao je 40 djece, od čega je 7 djevojčica i 33 dječaka, sudionici su obuhvaćeni psihološko-logopedskom procjenom u Kabinetu za ranu komunikaciju, koja je u sklopu jedinice Centra za rehabilitaciju Edukacijsko-rehabilitacijskog fakulteta u Zagrebu. Osnovni kriterij za odabir sudionika bio je atipični komunikacijski razvoj koji je utvrđen stručnom obradom. Od 40 sudionika, samo 23 udovoljilo je dijagnostičkim kriterijima poremećaja iz spektra autizma. Rezultati su pokazali kako u razdoblju koje prethodi dijagnozi, roditelji su u najvišem postotku (35%) (Slika 2) iskazali kako oko druge godine djetetova života prepoznaju prve simptome teškoća u razvoju. Nešto manji postotak (12,5%) roditelja prije prve godine djetetova života uočava teškoće, to su nerijetko roditelji čija djeca od rođenja pokazuju neurorizičnost, a simptomi nisu povezani uz autizam, već uz druge medicinske dijagnoze (npr. konvulzije). Kod djece koja iskazuju blaže teškoće, a koje nisu vidljive u ranijoj dobi, roditelji (22,5%) ne pokazuju znakove zabrinutosti do treće godine djetetova života jer im simptomi nisu bili uočljivi (Slika 2).

Slika 2 Dob djece u kojoj su roditelji posumnjali na teškoće kod svoga djeteta



Izvor: Popčević, Ivšac Pavlića i Šimleša (2015.:24)

Nakon roditeljskog prepoznavanja u rezultatima je prikazano kako čak 57,5% roditelja iskazuje kako posjećuje prvog stručnjaka nakon prepoznavanja ili nekoliko mjeseci poslije, navedeni se postupak smatra poželjnim za uspješniji daljnji tijek stručne podrške. No, 32,5% roditelja čekaju više od pola godine na prvi pregled, a 10% roditelja čeka i godinu dana. Manjak stručnjaka i specijaliziranih ustanova koje dijagnosticiraju u mjestu stanovanja jedan je od razloga vremenske odgode između prepoznavanja roditelja i prvog odlaska stručnjaku. Upravo navedeno uzrokuje lančanu reakciju – duge liste čekanja. Neznanje i neosviještenost roditelja uz utjecaj okoline dovodi do izostanka traženja stručnog mišljenja. U terapijski sustav djeca ulaze u dobi od dvije i pol godine života (27,5%) te treće godine (27,5%). Rezultati navode kako je potrebno šire uvođenje ranih interventnih programa (Popčević, Ivšac Pavlića i Šimleša, 2015.). Uloga socijalnog rada prepoznaje se u ovome istraživanju te bi aplikativno rješenje sadržavalo stvaranje novih i mobiliziranje postojećih resursa (Zakon o djelatnosti socijalnog rada, NN 16/19, 18/22), čime bi se omogućilo roditeljima i djeci s teškoćama u razvoju stvaranje i naposljetku pružanje psihosocijalnih resursa koji se ogledaju u savjetovanju i pružanju podrške. Osim navedenog, vrlo je važno informiranje roditelja o postupku od zabrinutosti do dijagnosticiranja, pružanju podrške i dijeljenju stečenog znanja. Stoga su socijalni

radnici dužni kontinuirano razvijati vlastite kompetencije kroz osobni rast i razvoj, profesionalnu naobrazbu i cjeloživotno obrazovanje, kako bi korisnicima mogli pružiti najbolju uslugu.

8.6. Djeca s ADHD-om

Poremećaj pažnje i hiperaktivni poremećaj je neurorazvojno stanje, koje karakterizira prekomjerna nepažnja, nemir i impulzivnost (Ladan, 2021.:3). Harpin (2005.) navodi kako je ADHD kronični poremećaj koji može imati određeni utjecaj na brojne aspekte života pojedinca, poput poteškoća u obrazovanju, unutar društvenih aktivnosti te može stvoriti odnose napetosti između roditelja i djeteta. American Psychiatric Association (2014.) navodi kako etiologija ADHD-a i dalje nije poznata, iako se proučava iz različitih gledišta te mnoga istraživanja pokazuju uzročnike nastanka u području: genetike, poremećaja funkcioniranja mozga, neurobiološkim poremećajima, socijalnim poteškoćama i emocionalnim poteškoćama.

U istraživanju autora Smidts i Oosterlaan (2007.) prikupljeni su podaci o predškolarcima i simptomima poremećaja pažnje i hiperaktivnosti pošto su simptomi u ovoj dobnoj skupini djece relativno manje poznati nego kod starije djece školske dobi. U studiji su sudjelovala djeca mlađa od sedam godina koja žive u Nizozemskoj. Drugi cilj istraživanja uključivao je praćanje etiologije ADHD-a. Sudjelovalo je ukupno 652 roditelja djece koja pripadaju dobnoj skupini između tri i šest godina. Roditelji su u istraživanju ispunjavali dva upitnika: a) upitnik o ponašanju njihove djece u predškolskoj dobi i b) upitnik kojim istraživači nastoje dobiti pozadinske informacije o obitelji, a koji je posebno stvoren za potrebe ovog istraživanja. Rezultati su pokazali učestalost simptoma poremećaja pažnje i hiperaktivnosti kod predškolske djece. Oko trećina roditelja uočila je neke od simptoma kod svoje djece, a najčešći su simptomi bili povezani s hiperaktivnosti (u odnosu na simptome narušene pažnje). Navedeni rezultati pokazuju kako je uloga socijalnog radnika vrlo važna u procesu pružanja usluga rane intervencije. U ovom bi primjeru socijalni radnik imao ključnu ulogu u primarnom kontaktu s obitelji, pružanju informacija, savjetovanju te pružanju podrške. No, nastojala bi se i poticati inkluzivnost učenika s teškoćama u razvoju uz informiranje o ranoj intervenciji. Važno je istaknuti prijedlog da socijalni radnik u

suradnji sa lokalnom zajednicom, primjerice s Centrom za djecu, mlade i obitelj, organizira radionice o simptomima, načinu nošenja sa ADHD-om, a iste bi se odvijale pod vodstvom logopeda, socijalnog radnika i volontera Centra za djecu, mlade i obitelj.

9. KONCEPT INTERDISCIPLINARNOSTI I TRANSDISCIPLINARNOSTI U RANOJ RAZVOJNOJ PODRŠCI

Kako bi se omogućio što uspješniji proces u odgovarajućim područjima procjene za svako pojedino dijete, potrebno je od najranije dobi djeteta primijeniti odgovarajući integracijski program (Joković-Turalija, Horvat i Štefanec, 2003.). Potrebno je osigurati provođenje razvojnog tretmana u što ranijoj razvojnoj dobi djeteta, s pretpostavkom da je s istim najbolje krenuti od rođenja, a provođenje treba biti u skladu s principom cjelovitosti (Joković-Turalija, Horvat i Štefanec, 2003.). Složenost problema dječjeg razvoja (Fewell, 1983.; Woodruff i McGonigel, 1988.) i međusobna povezanost područja dojenčeta navodi da praktičari rane intervencije prepoznaju potrebu za timskim radom stručnjaka. Matijaš, Bulić i Kralj (2019.) navode kako u usporedbi s multidisciplinarnim pristupom, gdje stručnjaci različitih profesija djeluju odvojeno, a članovi obitelji odgovorni su za koordinaciju i usklađivanje pojedinačnih informacija dobivenih od stručnjaka, a koje ponekad mogu biti kontradiktorne - interdisciplinarni i transdisciplinarni pristupi izbjegavaju fragmentaciju informacija i pružanje usluga za dobrobit obitelji i uključuju višu razinu suradnje. Cilj svih članova tima za ranu intervenciju je podržati i educirati obitelj i njezine članove o najučinkovitijim načinima pomoći djetetu, s ciljem formiranja interdisciplinarnih ili transdisciplinarnih timova (Unicef, 2020.).

9.1. Interdisciplinarnost u ranoj razvojnoj podršci

Interdisciplinarni pristup podrazumijeva suradnju i zajedničku komunikaciju stručnjaka različitih struka u svrhu razmjene informacija, donošenja zajedničkih zaključaka i praćenja rezultata djetetova razvojnog napredovanja (Woodruff i McGonigel, 1988.). Rumping, Boendermaker i de Ruyter (2019.) navode kako interdisciplinarna suradnja stručnjaka predstavlja određene izazove su socijalnom radu. Autor Bronstein (2003.; Rumping, Boendermaker i de Ruyter, 2019.) ukazuje na

profesionalnu ulogu (npr. norme i vrijednosti socijalnog rada), strukturalna obilježja (poput podrške ili vremena i prostora) te osobne karakteristike (kako ljudi gledaju jedni na druge kada ne obavljaju svoje profesionalne uloge), a sve navedeno može dovesti do negativnog utjecaja na suradnju u socijalnom radu. Fewell (1983.; Peterson, 1987.; Woodruff i McGonigel, 1988.) navode kako se interdisciplinarni timovi sastoje od roditelja i stručnjaka iz različitih disciplina. Razlika između multidisciplinarnih i interdisciplinarnih timova je interakcija između članova tima. Interdisciplinarne timove karakteriziraju formalni komunikacijski kanali koji potiču članove tima na razmjenu informacija i raspravu o pojedinačnim postignućima. Howard (1982.:320; Woodruff i McGonigel, 1988.:6) navodi da kako bi interdisciplinarni tim bio uspješan, članovi moraju prepoznati i prihvatiti međusobne razlike:

To zahtijeva mogućnost: a) prihvaćanja razlika u vještinama ; b) prihvaćanje razlika u pristupu; c) spremnost da se ne može znati sve; d) sposobnost pozivanja drugih stručnjaka u pomoć i na putu znanja; i e) neprijeteće prilike za raspravu u tim područjima.

Bruder (2010.) i drugi američki autori naglašavaju važnost uspostavljanja sveobuhvatnih sustava stručnog usavršavanja i suradnje te povezivanje zdravstvenih, socijalnih i obrazovnih sustava. Cilj je smanjiti broj ljudi koji rade neposredno s djetetom i obitelji, a time i poboljšati kontinuitet i integraciju informacija za obitelj. Pružanjem usluga u djetetovom prirodnom okruženju, intervencije su integrirane u obiteljske rutine i aktivnosti, povećavajući dosljednost usluga i informacija, štedeći obiteljsko vrijeme i povećavajući raznolikost prirodnih, djetetu prilagođenih prilika za učenje (Raver i Childress, 2015.). U Bromleyu (Ujedinjeno Kraljevstvo), koordinator usluga je osoba koja ima primarni kontakt s obitelji i koordinira bilo kakvu dodatnu podršku koja bi obitelji mogla biti potrebna bilo gdje u svijetu. Ovaj pristup povećava učinkovitost, smanjuje stres kod obitelji da znaju kome se obratiti, smanjuje nedosljednosti u informacijama dobivenim od obitelji i omogućava poduzimanje dosljednih radnji na temelju djetetovih potreba (London Borough of Bromley. Children's Prevention and Early Intervention Strategy 2015 – 2018; Matijaš, Bulić i Kralj, 2019.)

Istraživanja i praktična iskustva pokazala su da su nedostaci postojećeg sustava rane intervencije u Hrvatskoj regionalna neujednačenost, nedovoljna suradnja stručnjaka i

različitih resora, nedovoljna multidisciplinarnost i transdisciplinarnost te stručno osposobljavanje, nedovoljna pažnja prema potrebama obitelji bez koordinacije između pružatelja usluga koje dobiva određena obitelj (Ljubešić, 2004.; Zaključci simpozija, Četvrti hrvatski simpozij o ranoj intervenciji u djetinjstvu, Rana intervencija u djetinjstvu: sveobuhvatnost, pravednost i kvaliteta sustava podrške (2015.); Matijaš, Ivšac Pavliša i Ljubešić 2014.; Matijaš, Bulić i Kralj, 2019.) Prema istraživanjima o stavovima roditelja djece s teškoćama u razvoju, roditelji kao važne komponente uspjeha rane intervencije ističu interdisciplinarnost, kompetentnost i motiviranost stručnjaka te suradnju stručnjaka i obitelji (Milić Babić, Franz i Leutar, 2014.; Matijaš, Bulić i Kralj, 2019.).

9.2. Transdisciplinarnost u ranoj razvojnoj podršci

Transdisciplinarni pristup uključuje stručnjake iz nekoliko profesija, ali nastoji prijeći granice pojedinačnih disciplina kako bi se formirao tim koji nadilazi granice određene profesije, čime se maksimizira komunikacija, interakcija i suradnja između članova tima (Woodruff i McGonigel, 1988.). Transdisciplinarna usluga je raspodjela uloga preko granica disciplina kako bi se maksimizirala komunikacija, interakcija i suradnja između članova tima (Davies, 2007.; Johnson et al., 1994.; King i sur., 2009.). Cilj transdisciplinarnog modela prakse uključuje umjeravanje na obitelj, koordinirane i integrirane usluge, a sve kako bi se zadovoljile složene potrebe djece s teškoćama u razvoju i njihovih obitelji (Carpenter, 2005.; King i sur., 2009.). Transdisciplinarnost podrazumijeva da je obitelj dio tima i da su članovi obitelji ravnopravno uključeni u donošenje odluka za dijete (Woodruff i McGonigel, 1988.). Transdisciplinarni pristup smatra se najboljom praksom u ranoj intervenciji (Bruder, 2000.; Guralnick, 2001.; King i sur., 2009.), a mnogi programi rane intervencije prihvaćaju neki od oblika transdisciplinarnosti (Berman, Miller, Rosen, & Bicchieri, 2000.; King i sur., 2009.) Tijekom procjene jedna osoba preuzima ulogu voditelja, a najviše jedna ili dvije osobe komuniciraju s djetetom, dok ostali članovi tima promatraju. Svaka osoba, koja sudjeluje u procjeni ima svoju ulogu, uz roditelje, koji može dati podatke o djetetu i zajedno uz stručnjaka prilagoditi neke aktivnosti s djetetom. Na kraju procjene slijedi kratki razgovor s razmjenom informacija i dojmova kako bi se utvrdile potrebe i učinak usluga (King i sur., 2009.; Matijaš, Bulić i Kralj, 2019.). Za svako dijete, zajedno s

roditeljima, izrađuje se individualni plan podrške kojim se utvrđuju snage, interesi i potrebe djeteta (Matijaš, Bulić i Kralj, 2019.).

Woodruff i McGonigel (1988.; Melnjak 2019.) navode kako u transdisciplinarnom pristupu članovi tima dijele znanja i vještine jedni s drugima te imaju snažan osjećaj zajedničke odgovornosti za sve aktivnosti i funkcije tima. Autorica Melnjak (2019.) identificira glavne prednosti i snage transdisciplinarnog pristupa, navodeći da su roditelji uvijek prisutni prilikom postavljanja dijagnoze i da su upućeni u cijeli proces procjene, objašnjava im se što se procjenjuje kod djeteta, uz isticanje djetetovih jakih strana. Osim toga, provodi se proces savjetovanja i pružanja smjernica, a sve s ciljem podržavanja djeteta do faze uključivanja u program (Melnjak, 2019.).

Tablica 1 Modeli Rane intervencije

	Multidisciplinarni pristup	Interdisciplinarni pristup	Transdisciplinarni pristup
Procjena	Procjene su odvojene od članova tima	Procjene su odvojene od članova tima	Članovi tima i obitelj <i>zajednički</i> provode sveobuhvatnu procjenu razvoja
Sudjelovanje roditelja	Roditelji se sastaju s pojedinim članovima tima	Roditelji se sastaju s timom ili s predstavnikom tima	<i>Roditelji su punopravni, aktivni i sudjeluju u timskom radu</i>
Razvoj plana usluge	Članovi tima razvijaju zasebne planove za svoju disciplinu	Članovi tima dijele svoje zasebne planove jedni s drugima	Članovi tima i roditelji razvijaju plan pružanja usluga <i>temeljem obiteljskih prioriteta, potreba i resursa</i>
Odgovornost za Individualni plan	Članovi tima odgovorni su za provedbu svog dijela plana	Članovi tima međusobno su odgovorni za dijeljenje informacija, kao i za provedbu svog dijela plana	Članovi tima odgovorni su za to kako primarni pružatelj usluga provodi plan
Implementacija Individualnog plana	Članovi tima provode dio plana usluge koji se odnosi na njihovu disciplinu	Članovi tima provode svoj dio plana, ali uključuju i druge dijelove plana, ako je to moguće	Primarni pružatelj usluga dodijeljen je za provedbu plana s obitelji

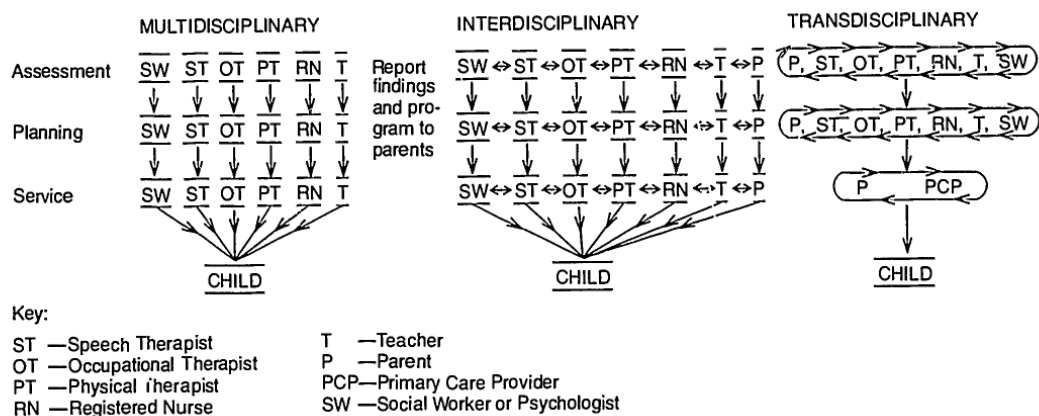
Nivo komunikacije	Neformalno	Periodični tim specifičan za pojedine slučajeve	Redoviti timski sastanci na kojima se <i>kontinuirano prenose informacije, znanje i vještine između članova tima</i>
Vodeća filozofija	Članovi tima prepoznaju važnost doprinosa iz drugih disciplina	Članovi tima voljni su i sposobno razvijati, dijeliti i biti odgovorni za pružanje usluga koje su dio ukupnog plana usluga	Članovi tima predani su podučavati, učiti i <i>zajedno raditi</i> preko disciplinskih granica, s ciljem implementacije plana
Razvoj stručnjaka	Neovisni su unutar svoje discipline	Neovisni su unutar i izvan svoje discipline	Sastavni dio timskih sastanaka je <i>učenje o drugim disciplinama i izgradnji tima</i>

Izvor: Woodruff i Hanson (1987.; Woodruff i McGonigal, 1988.:5)

Transdisciplinarni pristup za cilj ima smanjiti broj različitih ljudi i stručnjaka s kojima dijete i obitelj surađuju, omogućujući bolju koordinaciju usluga (King i sur., 2009.; Matijaš, Bulić i Kralj, 2019.). Program prvenstveno izvodi specijalist za ranu intervenciju pri ulasku u obitelj ili u sklopu Centra za rehabilitaciju Zagreb. Opći cilj je pružiti podršku roditeljima i obiteljima, oslušivati njihove potrebe i razvijati roditeljske vještine. Za djetetov razvoj vrlo je važna obitelj, zajednica u kojoj živi i iz koje dijete uči. Razvoj je dinamičan proces u kojem su dijete i njegova okolina ravnopravno uključeni i utječu jedni na druge (Ljubešić, 2013.; Matijaš, Bulić i Kralj, 2019.). Kvalitetno uspostavljen odnos između roditelja i djeteta koji sadržava osjetljivost roditelja, njegovu uzajamnost, komunikacijske aspekte te afektivnu toplinu stvara presudan utjecaj na razvoj različitih procesa i vještina djeteta (Guralnick, 2011.; Matijaš, Bulić i Kralj, 2019.). Kako bi se održao sklad obitelji potrebno je uz zajedništvo, podršku te afektivnost njegovati zajedničke aktivnosti roditelja i djece (Milić Babić, 2012.; Matijaš, Bulić i Kralj, 2019.). Specijalist rane intervencije igrom nastoji uključiti roditelja kako bi doveo do spontane interakcije te naposljetku i utvrdio snage svojeg djeteta. Roditeljska opterećenost mnogobrojnim zadacima i

vježbama koje su važne za razvoj djeteta dovode do zanemarivanja spontanih interakcija kroz igru i aktivnosti povezanih uz svakodnevni život. Roditelje i/ili članove obitelji se nastoji osnažiti uz pomoć savjetovanja i educiranjem, a sve kako bi se omogućilo poticanje razvoja djeteta uz obavljanje svakodnevnih zadataka i aktivnosti unutar obitelji (Matijaš, Bulić i Kralj, 2019.).

Slika 3. Interakcija između stručnjaka



Izvor: Woodruff i Hanson (1987.; Woodruff i McGonigel, 1988.:8)

Prema Bejarano-Martín i sur. (2020.) stručnjaci imaju ključnu ulogu u procesu rane intervencije poremećaja iz spektra autizma, a isti se mogu podijeliti u skupinu koju uglavnom čine stručnjaci zaposleni u sustavu zaštite mentalnog zdravlja (psihijatri, psiholozi ili terapeuti mentalnog zdravlja), zatim stručnjaci zaposleni u drugim zdravstvenim ustanovama (liječnici opće medicine, pedijatri ili medicinske sestre) i nastavnici, koji predstavljaju obrazovni sustav. Robinson (2008.; Remetić i Kurbašić, 2017.:65) smatra kako pedijatri, kao nerijetko prvi kontaktirani stručnjak, imaju ključnu ulogu u ranom prepoznavanju poremećaja. Logoped se bavi procjenom i poticanjem komunikacijskog i jezično-govornog razvoja. Potiče različite oblike potpomognute komunikacije i razvija strategije kako bi se poboljšale djetetove komunikacijske sposobnosti te pruža potporu i savjetovanje roditeljima (Raver, 2015.; Matijaš, Bulić i Kralj, 2019.). Kroz logopedsko savjetovanište ili terapiju roditeljima se daju detaljne i jasne informacije i upute kako poticati govorno-jezični razvoj i sve korake koji tome predstoje, što uključuje orofacijalnu stimulaciju i proces hranjenja, kao i po potrebi alternativne oblike komunikacije. U sklopu Centra za rehabilitaciju

Zagreb, također postoji Kabinet za senzornu integraciju u kojem se putem materijala i pomagala koja omogućuju pokret, ljuljanje, okretanje, duboki pritisak, vizualne podražaje, različite zvukove, okuse i mirise koje dijete susreće u svojoj okolini, ciljano potiče interakcija djeteta i okoline (Matijaš, Bulić i Kralj, 2019.). Fizioterapeut je stručnjak osposobljen za poticanje, poboljšanje i održavanje motoričkog razvoja. Normalizacija mišićnog tonusa omogućuje normalizaciju razvoja reakcija ravnoteže, pokretljivosti i pravilne motoričke funkcije (King i sur., 2009.). Kao član tima, psiholog procjenjuje psihomotorni razvoj djeteta pomoću standardiziranih psiholoških mjernih alata, sudjeluje u izradi individualnih planova podrške, pruža psihološku podršku i uslugu savjetovanja, a pruža roditeljima uvid u bolje odgojne postupke, posebice u području poremećaja raspoloženja i problema u ponašanju. Roditeljima i članovima obitelji, po ulasku djeteta u program, pruža se sustavna psihološka podrška kroz individualno savjetovanje i educiranje, sukladno njihovim očekivanjima i potrebama, ali i potencijalnim izvorima stresa (Matijaš, Bulić i Kralj, 2019.). U timu je prisutan i socijalni radnik koji pruža socijalnu podršku u području informiranja, upravljanja i rješavanja izazovnih situacija te ujedno djeluje kao posrednik i zagovaratelj za prava i potrebe djeteta (Guralnick, 2000.; Matijaš, Bulić i Kralj, 2019.). Malone i sur. (2000.) navode kako se socijalni rad smatra jednom od disciplina zakonodavstva, a zbog uloge koju socijalni rad ima u zaštiti zdravlja i pružanju usluga ljudima, smatra se disciplinom pružanja usluga usmjerenim na obitelj djece s teškoćama u razvoju. Milić Babić i sur. (2013.:456), također ističu: „*uloga socijalnog rada usmjerena je pružanju socijalne podrške roditeljima i članovima obitelji tako da se pružaju pravovremene informacije, savjetovanje, usmjeravanje i povezivanje s drugim stručnjacima koji su uključeni u sustav rane intervencije.*“ Autori Malone i sur. (2000.) u skladu s navedenim ističu kako socijalni radnici trebaju razviti određena znanja, vještine i stavove potrebne za osiguranje i olakšavanje učinkovite provedbe ranih intervencija i pružanje potpore obiteljima djece s teškoćama u razvoju. Isti autori su se složili kako će se kod socijalnih radnika, koji ulažu u svoje znanje i vještine u područjima: razumijevanja razvojnih problema; politika rane intervencije; obiteljskih sustava i osnaživanja te kompetencija potrebnih za provođenje usluga rane intervencije, steći zahvalnost zbog stupnja složenosti područja rane intervencije te će

isti biti u mogućnosti pružiti učinkovitije usluge te podršku dojenčadi i maloj djeci s teškoćama u razvoju i njihovim članovima obitelji.

ZAKLJUČAK

Osobe s invaliditetom i djeca s teškoćama u razvoju predstavljaju ranjivu skupinu u društvu te trebaju pomoć pred brojnim izazovima s kojima se susreću na putu prema ostvarivanju prava i usluga iz sustava socijalne skrbi, mirovinskog osiguranja te zdravstvenog osiguranja. Stoga su roditelji, ali i stručnjaci u navedenim sustavima primorani tražiti snagu kroz znanja iz međunarodnih pravnih akata ili onih pravnih akata objavljenih unutar Republike Hrvatske. Inkluzivnost, zaštita i dostojanstvo prava su koja trebaju biti omogućena svim osobama, bez obzira na (ne)postojanje invaliditeta. Pravobranitelj za osobe s invaliditetom i Pravobranitelj za djecu nužna su stavka u omogućavanju priznanja istih ili drugih prava koja pripadaju svakom čovjeku, a posebice osobama s invaliditetom i djeci s teškoćama u razvoju, prema Ustavu i ostalim pravnim aktima. Rana razvojna podrška usluga je unutar sustava socijalne skrbi koja omogućuje poticajnu pomoć obitelji i djetetu kod kojeg je utvrđena teškoća, a socijalni radnici u suradnji sa stručnjacima ostalih struka imaju nadasve važnu ulogu u pružanju podrške, informiranju, educiranju i savjetovanju. Kako bi se omogućila što kvalitetnija razmjena informacija između stručnjaka, ali i stvorila podrška za roditelje i obitelj, potrebno je sudjelovanje stručnjaka u jednom od timova – interdisciplinarnom, multidisciplinarnom ili transdisciplinarnom. Svaki od navedenih timova sadrže svoje prednosti, odnosno snage i manjkavosti, odnosno nedostatke – no stručnjaci su se složili kako bi se primjenom transdisciplinarne timske suradnje omogućila vrlo visoka razina razmjene informacija. No, socijalni radnici, osim znanja Zakona i drugih akata, dužni su prema Zakonu o djelatnosti socijalnog rada i u skladu sa vrijednostima i načelima Etičkog kodeksa socijalnih radnica i socijalnih radnika u djelatnosti socijalnog rada unaprijediti svoja znanja i vještine. Upravo se svladavanjem novih vještina, znanja i tehnika te djeljenjem istih sa roditeljima i obitelji djeteta s teškoćama u razvoju omogućuje podizanje kvalitete pružanja usluga rane razvojne podrške. Također, dužnost je socijalnih radnika i radnica predlagati i poduzimati socijalne akcije usmjerene na promicanje prava i interesa korisnika i korisnica, grupa i zajednica u društvu, posebno onih obesnaženih, kao i profesionalne zajednice. Esencijalna je i uloga socijalnog radnika kroz obvezu prema korisnicima, grupama te zajednici da svoja znanja i vještine u predlaganju i poduzimanju socijalnih akcija, s ciljem promicanja prava i interesa korisnika. Sukladno navedenom, uloga socijalnih radnika

sastojala bi se u redefiniranju vremenskog trajanja aktivnosti u gore, već navedenom, Pravilniku. Temelj prijedloga sastoji se u omogućavanju prilagodbe djeteta na novi prostor, stručnog suradnika te ostale okolinske čimbenike koji mogu za dijete predstavljati stresno okruženje, a prijedlog bi bio da se usluge rane razvojne podrške produže za još pola sata uz omogućavanje propisanih pauza. Predložila bih i uvođenje socijalnog radnika u stručni tim odgojno-obrazovnog sustava jer je znanje, stručnost i pristup socijalnog radnika roditeljima djece s teškoćama u razvoju prijeko potreban. Uloga socijalnog radnika u odgojno-obrazovnim institucijama sastojala bi se od pružanja informacija, savjetovanja i upućivanja roditelja djece s teškoćama u razvoju u područja socijalne skrbi i zdravstva u kojima mogu ostvariti određena prava. Nadalje, socijalni radnik integrirao bi djecu s teškoćama u njima prilagođen sustav odgoja i obrazovanja, radio s djecom s teškoćama u razvoju individualno i/ili grupno te se konzultirao sa ostalim djelatnicima odgojno-obrazovnog sustava. Neizmjeran je potencijal prijenosa stečenog znanja od socijalnog radnika prema roditeljima i obitelji djece s teškoćama u razvoju, a u budućnosti se nadam da će se većina gore navedenih prijedloga ostvariti i u praksi.

POPIS TABLICA

Tablica 1 Modeli Rane intervencije.....	45
---	----

POPIS SLIKA

Slika 1 Međunarodna klasifikacija funkcioniranja, nesposobnosti i zdravlja (ICF) - sastavnice i njihovi međudnosi	6
Slika 2 Dob djece u kojoj su roditelji posumnjali na teškoće kod svoga djeteta	40
Slika 3. Interakcija između stručnjaka	47

LITERATURA

1. ACYP (2022). Office of the advocate for Children and Young people. Preuzeto s: <https://www.acyp.nsw.gov.au/about/the-convention-on-the-rights-of-the-child> (31.12.2022.)
2. American Psychiatric Association (2014). Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, Peto izdanje DSM-5. Jastrebarsko: Naklada Slap.
3. Asonye, E. I., Emma-Asonye, E., & Edward, M. (2018). Deaf in Nigeria: a preliminary survey of isolated deaf communities. *SAGE Open*, 8(2), 2158244018786538.
4. Bejarano-Martín, Á., Canal-Bedia, R., Magán-Maganto, M., Fernández-Álvarez, C., Cilleros-Martín, M. V., Sánchez-Gómez, M. C., ... & Posada de la Paz, M. (2020). Early detection, diagnosis and intervention services for young children with autism spectrum disorder in the European Union (ASDEU): Family and professional perspectives. *Journal of autism and developmental disorders*, 50, 3380-3394.
5. Blaži, D. (2018). Uspostavljanje modela rane intervencije kod djece s neurorizikom i razvojnim odstupanjima. *Epoha zdravlja: glasilo Hrvatske mreže zdravih gradova*, 10(1), 13-15.
6. Bouillet, D. (2010). Izazovi integriranog odgoja i obrazovanja. Zagreb. Školska knjiga.
7. Bruder, M. B. (2010). Early childhood intervention: A promise to children and families for their future. *Exceptional children*, 76(3), 339-355
8. Centar Novi Jelkovec (2022). Rana razvojna podrška. Preuzeto s:

- <https://cnjzg.hr/usluge/rana-razvojna-podrska/> (31.12.2022.):
9. Centar za odgoj i obrazovanje Tomislav Špoljar. (2023). Preuzeto s: http://centar-tomislavspoljar.hr/?page_id=358 (25.03.2023.)
 10. Council of Europe (2022). Children with disabilities. Preuzeto s: <https://www.coe.int/en/web/children/children-with-disabilities> (30.12.2022.)
 11. Council of Europe (2022). Children's rights. Preuzeto s: <https://www.coe.int/en/web/children/i-have-rights-you-have-rights-he/she-has-rights-...> (30.12.2022.)
 12. Dernaj, M. (2022). Važnost rane intervencije u probiru sluha novorođenčadi. *Primaljski vjesnik*, (32.), 1-18. Preuzeto s: <https://hrcak.srce.hr/276215>
 13. Državni pedagoški standard predškolskog odgoja i naobrazbe, Narodne novine, NN 63/2008. Preuzeto s: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2008_06_63_2128.html (14.03.2023.)
 14. DZS. (2021.) Osnovne škole i dječji vrtići i druge pravne osobe koje ostvaruju programe predškolskog odgoja, kraj školske godine i početak školske/pedagoške godine 2021., Državni zavod za statistiku. Preuzeto s: https://podaci.dzs.hr/media/0mynolwf/si-1685-osnovne-%c5%a1kole-i-dje%c4%8dji-vrti%c4%87i_web.pdf (28.12.2022.)
 15. E-građani (2022). Pravo na ranu razvoju području. Preuzeto s: <https://gov.hr/hr/rana-razvojna-podrska/732>
 16. Enciklopedija (2023). Eugenika. Preuzeto s: <https://www.enciklopedija.hr/natuknica.aspx?id=18581> (19.06.2023.)
 17. Etički kodeks socijalnih radnica i socijalnih radnika u djelatnosti socijalnog rada (2014).
 18. Grazio, S. (2010). Međunarodna klasifikacija funkcioniranja, nesposobnosti i zdravlja (ICF) i reumatske bolesti. *Reumatizam*, 57(2), 39-49.
 19. Harpin, V.A. (2005). The effect of ADHD on the life of an individual, their family, and community from preschool to adult life. *Archives of Disease in Childhood*, 90, i2– i7.
 20. Hrvatski zavod za javno zdravstvo – Izvješće o osobama s invaliditetom (2022). Preuzeto s:

- https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2022/10/Izvjescje_o_osobama_s_invaliditetom_2022.pdf (28.12.2022.)
21. Hrvatski zavod za javno zdravstvo (2016). Izvješće o osobama s invaliditetom u Republici Hrvatskoj 2016. godine. Preuzeto s:
https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2016/04/Invalidi_2017.pdf
(18.03.2023.)
22. Hrvatski zavod za javno zdravstvo (2021). Izvješće o osobama s invaliditetom u Republici Hrvatskoj 2021. godine. Preuzeto s:
https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2021/10/Invalid_2021.pdf (18.03.2023.)
23. Hrvatski zavod za javno zdravstvo (2023). Gluhosljepoća. Preuzeto s:
<https://www.hzjz.hr/sluzba-javno-zdravstvo/gluhosljepoca-i-taktilno-mirisna-izlozba-zajedno/> (06.06.2023.)
24. Hrvatski zavod za javno zdravstvo (2023). Slabovidnost. Preuzeto s:
<https://www.hzjz.hr/slabovidnost/> (06.06.2023.)
25. Joković-Turalija, I., Horvat, D., & Štefanec, M. (2003). Utjecaj neurorazvojnog tretmana i senzoričke integracije na dijete s oštećenjem središnjeg živčanog sustava. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 39(2), 203-210.
26. Kocijan-Hercigonja, D., Došen, A., Folnegović-Šmalc, V., & Kozarić-Kovačić, D. (2000). *Mentalna retardacija: biologijske osnove, klasifikacija i mentalno-zdravstveni problemi*. Naklada Slap.
27. Konvencija o pravima djeteta (1991). Zagreb: Vlada Republike Hrvatske. Ministarstvo rada, mirovinskog sustava, obitelji i socijalne politike, Preuzeto s:
<https://mrosp.gov.hr/istaknute-teme/obitelj-i-socijalna-politika/obitelj-12037/konvencija-o-pravima-djeteta-12038/12038> (31.12.2022.)
28. Kosić, R., Duraković Tatić, A., Petrić, D., & Kosec, T. (2021). Utjecaj poremećaja iz spektra autizma na obitelj. *Medicina fluminensis*, 57(2), 139-149.
29. King, G., Strachan, D., Tucker, M., Duwyn, B., Desserud, S., & Shillington, M. (2009). The application of a transdisciplinary model for early intervention services. *Infants & Young Children*, 22(3), 211-223.
30. Krstić, S., Đurić-Zdravković, A., & Roknić, A. (2021). Rana intervencija i socijalni razvoj kod dece s intelektualnom ometenošću. *Zbornik radova-Integrisani pristup*

u radu sa predškolskom decom, učenicima i korisnicima u vrtićima, školama i ustanovama socijalne zaštite, 43-52.

31. Kulkarni, S. K., Veer, A. B., Gaikwad, A., & Deshpande, M. (2022). The impact of early intervention on a child with vision loss in infancy-A parental perspective. *Indian Journal of Ophthalmology*, 70(9), 3377.
32. Ladan, T. (2021). *Izraženost simptoma deficita pažnje i hiperaktivnog poremećaja u ranoj i predškolskoj dobi* (Završni rad). Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Učiteljski fakultet. Preuzeto s: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:147:458801>
33. Leutar, Z., Buljevac, M., (2020). Osobe s invaliditetom u društvu. Zagreb: Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu.
34. Malone, D. M., McKinsey, P. D., Thyer, B. A., & Straka, E. (2000). Social work early intervention for young children with developmental disabilities. *Health & Social Work*, 25(3), 169-180.
35. Martinović, M. (1994). DOPRINOS ŠKOLSKOG SOCIJALNOG RADA FUNKCIONIRANJU INTERDISCIPLINARNOG ŠKOLSKOG TIMA. *Ljetopis socijalnog rada*, 1 (1), 43-57. Preuzeto s: <https://hrcak.srce.hr/198075>
36. Matijaš, T., Bulić, D., & Kralj, T. (2019). Timski pristup u ranoj intervenciji u djetinjstvu. *Medicina fluminensis*, 55(1).
37. Matković, M. M. (2021). *Rani znakovi odstupanja u komunikaciji, jeziku i govoru* (Doctoral dissertation, University of Zagreb. Faculty of Education and Rehabilitation Sciences).
38. McWilliam, R. A. (2016). Birth to three: Early intervention. *Handbook of early childhood special education*, 75-88.
39. Melnjak, S. (2019). *Rana intervencija u djetinjstvu* (Završni rad). Koprivnica: Sveučilište Sjever. Preuzeto s: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:122:910804>
40. Mihanović, V. (2011). Invaliditet u kontekstu socijalnog modela. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 47 (1), 72-86. Preuzeto s: <https://hrcak.srce.hr/63444>
41. 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.

42. Nacionalni plan izjednačavanja mogućnosti za osobe s invaliditetom za razdoblje od 2021. do 2027. godine (2021). Zagreb: Vlada Republike Hrvatske. Ministarstvo rada, mirovinskog sustava, obitelji i socijalne politike.
43. Ombla, J., Slišković, A., Ivanišević, M. N., Tokić, A., & Vidaković, M. (2023). Javno mnijenje punoljetnih građana Republike Hrvatske prema pristupima djeci s teškoćama u razvoju. *Socijalna ekologija: časopis za ekološku misao i sociologijska istraživanja okoline*, 32(1), 55-77.
44. Pelčić, G., & Balen, A. (2016). Probir predškolske djece na slabovidnost: treba li uputiti dijete na probir za glaukom?. *Medicina Fluminensis: Medicina Fluminensis*, 52(4.), 486-496.
45. Perković, M. (2017). *Inkluzija djece s poremećajima jezičko-govorne glasovne komunikacije* (Doctoral dissertation, University of Zagreb. Faculty of Teacher Education).
46. Pinjatela, R., & Joković Oreb, I. (2010). Rana intervencija kod djece visokorizične za odstupanja u motoričkom razvoju. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 46(1), 80-102.
47. Popčević, K., Ivšac Pavlića, J. i Šimleša, S. (2015). Razvojna procjena i podrška djeci s poremećajima iz autističnog spektra. *Klinička psihologija*, 8 (1), 19-31.
48. Pospiš, M. (2005). Projekt usmjeren djeci s teškoćama u razvoju. *Priručnik savjetovaništa roditelja djece s teškoćama, Zagreb*.
49. Pravilnik o mjerilima za pružanje socijalnih usluga. Narodne Novine, NN 110/2022.
50. Pravilnik o sastavu i načinu rada tijela vještačenja u postupku ostvarivanja prava iz socijalne skrbi i drugih prava po posebnim propisima. Narodne Novine, NN 79/2014.
51. Pravobranitelj za djecu (2022). Nacionalni planovi, strategije i programi. Preuzeto s: <https://dijete.hr/hr/dokumenti/domaci-propisi/nacionalni-planovi-strategije-i-programi/> (31.12.2022.)
52. Ramey, C. T., & Ramey, S. L. (1998). Early intervention and early experience. *American psychologist*, 53(2), 109.

53. Raver, S. A., & Childress, D. C. (2015). Collaboration and teamwork with families and professionals. *Family-Centered Early Intervention: Supporting Infants and Toddlers in Natural Environments*; Raver, SA, Childress, DC, Eds, 120-130.
54. Remetić, M., & Kurbašić, M. (2017.). Rani skrining na autizam u primarnoj pedijatrijskoj službi. *Child and adolescent psychiatry and psychology in Bosnia and Herzegovina—state and perspectives*, 63.
55. Romstein, K. (2017). Zabrinutost roditelja za jezično-govorni razvoj djece predškolske dobi. *Logopedija*, 7 (2), 56-60.
56. Rumping, S., Boendermaker, L., & de Ruyter, D. J. (2019). Stimulating interdisciplinary collaboration among youth social workers: A scoping review. *Health & Social Care in the Community*, 27(2), 293-305.
57. Shonkoff, J. P., & Meisels, S. J. (1990). Early childhood intervention: The evolution of a concept. *Handbook of early childhood intervention*, 3-31.
58. Schuengel, C., van Rest, M. M., Stanford, C. E., & Hastings, R. P. (2019, May). Impact of research about the early development of children with intellectual disability: a science mapping analysis. In *Frontiers in Education* 4 (41).
59. Smidts, D. P., & Oosterlaan, J. (2007). How common are symptoms of ADHD in typically developing preschoolers? A study on prevalence rates and prenatal/demographic risk factors. *Cortex*, 43(6), 710-717
60. Sunko, E. (2016). Društveno povijesni kontekst odgoja i obrazovanja djece s teškoćama u razvoju. *Školski vjesnik*, 65 (4), 601-620.
61. UNICEF (2013). Djeca s teškoćama u razvoju. Preuzeto s: https://www.unicef.hr/wp-content/uploads/2015/09/Djeca_s_teskocama_HR_6_13_w.pdf (28.12.2022.)
62. UNICEF (2012). Early Childhood development and Disability. Preuzeto s: <https://www.unicef.org/media/126501/file/ECD-and-Disability-WHO-2012.pdf> (28.12.2022.)
63. UNICEF (2022). Fact sheet: Children with disabilities. Preuzeto s: <https://www.unicef.org/media/128976/file/UNICEF%20Fact%20Sheet%20:%20Children%20with%20Disabilities.pdf> (30.12.2022.)
64. UNICEF (2021). Kako UNICEF pomaže djeci s teškoćama i njihovim roditeljima. Preuzeto s: <https://www.unicef.org/croatia/media/7466/file> (31.12.2022.)

65. UNICEF (2022). Konvencija o pravima djeteta. Preuzeto s:
<https://www.unicef.org/croatia/konvencija-o-pravima-djeteta> (31.12.2022.)
66. Unicef (2020). Rana intervencija u djetinstvu. Analiza stanja u Republici Hrvatskoj. Preuzeto s: <https://www.unicef.org/croatia/izvjesca/rana-intervencija-u-djetinjstvu> (26.06.2023.)
67. UNICEF (2021). Seen, Counted, Included: Using data to shed light on the well-being of children with disabilities Seen, Counted, Included. Preuzeto s:
<https://data.unicef.org/topic/child-disability/overview/> (28.12.2022.)
68. United Nations (1989). Convention on the Rights of the Child. Preuzeto s:
<https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-child> (31.12.2022.)
69. United Nations (2022). Department of Economic and Social Affairs Disability, Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD). Preuzeto s:
<https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html> (31.12.2022.)
70. United Nations (2010). Praćenje Konvencije o pravima osoba s invaliditetom. Preuzeto s:
<https://posi.hr/wp-content/uploads/2018/02/Pra%C4%87enje-Konvencije-o-pravima-osoba-s-invaliditetom-Vodi%C4%8D-za-organizacije-koje-prate-ljudska-prava.pdf> (01.01.2023.)
71. Vazdar, B. (2020). *Vještačenje djece s teškoćama u razvoju* (Doctoral dissertation, University of Zagreb. Faculty of Law. In social work).
72. Veljačić, B. (1987). Početna komunikacija u radu s gluho-slijepom djecom. *Defektologija*, 23(1), 197-206.
73. Vuk, L. (2020). *Prikaz djece s teškoćama i osoba s invaliditetom u medijima* (Doctoral dissertation, University of Zagreb. Faculty of Teacher Education. Chair of Pedagogy and Didactics).
74. Zakon o djelatnosti socijalnog rada, NN 16/19, 18/22
75. Zakon o potvrđivanju konvencije o pravima osoba s invaliditetom i Fakultativni protokol uz konvenciju o pravima osoba s invaliditetom, NN, MU, 6/2007., 5/2008.
76. Zakon o pravobranitelju za djecu. Narodne Novine, NN 73/2017.

77. Zakon o socijalnoj skrbi. Narodne Novine, NN 157/2013.
78. Zakon o socijalnoj skrbi. Narodne Novine, NN 18/22, 46/22, 119/22.
79. Zakon o socijalnoj skrbi. Narodne Novine, NN 71/23.
80. Zakon o hrvatskom znakovnom jeziku i ostalim sustavima komunikacije gluhih i gluhoslijepih osoba u Republici Hrvatskoj, NN 82/15.
81. WHO (2022). Disability and Health. Preuzeto s: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health> (31.12.2022.)
82. Woodruff, G., & McGonigel, M. J. (1988). Early Intervention Team Approaches: The Transdisciplinary Model.