



Eurlyaid

THE EUROPEAN ASSOCIATION ON
EARLY CHILDHOOD INTERVENTION

Odporúčané postupy

včasnej intervencie

Príručka pre odborníkov

Čo povedali o publikácii...

Odporúčané postupy **včasnej intervencie**

Príručka pre odborníkov



Vytvorenie Národného systému včasnej intervencie v Portugalsku zakotveného v legislatíve je výnimočným počinom. Príručka pre odborníkov zabezpečí, aby sa služby včasnej intervencie a podpora deťom a rodinám poskytovali čo najkvalitnejšie a najefektívnejšie.

— **Michael J. Guralnick**, konzultant Projektu Im², prezident Medzinárodnej spoločnosti pre včasnú intervenciu, New York, USA.

Portugalsko je jednou z mála európskych krajín, ktoré majú včasnú intervenciu zakotvenú v legislatíve zaručujúcej bezplatný, inkluzívny a prehľadný systém podpory rodín a detí so špeciálnymi potrebami (vo veku 0 – 6 rokov), v snahe v plnom rozsahu zabezpečiť ich práva. Táto publikácia je ďalším mimoriadne dôležitým krokom na ceste, na ktorú sme sa vydali pred 26 rokmi v rámci projektu Coimbra, a ktorá bude pokračovať s cieľom zlepšovať poskytovanie služieb v súlade s odporúčanými a vedecky overenými postupmi.

— **Ana Maria Serrano**, konzultantka Projektu Im², prezidentka Európskeho združenia pre včasnú intervenciu (EURLYAID), Portugalsko.

Už roky sa venujem problematike včasnej intervencie v Portugalsku. Vždy som obdivoval nadšenie a zaoberanosť, s akou sa portugalskí odborníci na včasnú intervenciu venujú deťom a rodinám, s ktorými pracujú; ich činnosť je skutočne zameraná, sústredená a orientovaná na rodinu.

Táto príručka, ktorú navrhli a zostavili poprední portugalskí odborníci na včasnú intervenciu, je určená pracovníkom v oblasti včasnej intervencie, a podporuje ich a podnecuje k tomu, aby stredobodom ich činnosti bolo vždy dieťa a jeho rodina. A aby do svojej práce vkladali srdce.

— **Barry Carpenter**, EURLYAID, držiteľ Radu britského impéria III. triedy, Spojené kráľovstvo.

Súčasťou publikácie Odporúčané postupy včasnej intervencie sú aktuálne informácie a poradenstvo, ktoré pracovníci v oblasti včasnej intervencie potrebujú na rozvoj a prehľbovanie svojich odborných spôsobilostí v oblasti efektívnej práce s malými deťmi a ich rodinami. Tieto usmernenia jednoznačne upevnia dnes už modelový systém včasnej intervencie v Portugalsku a budú slúžiť ako vzor pre ďalšie európske krajiny a inde vo svete.

— **Carl J. Dunst**, riaditeľ a vedúci výskumný pracovník, Orelena Hawkings Puckett Institute, USA.





Táto komplexná príručka včasnej intervencie výrazne prispieva k uplatňovaniu interdisciplinárnej včasnej intervencie zameranej na rodinu v Portugalsku. Túto zásadnú a výhľadovú publikáciu pripravili renomovaní odborníci z vedeckej a praktickej oblasti – zostáva len dúfať, že sa jej na národnej aj medzinárodnej úrovni bude venovať maximálna pozornosť.

– **Franz Peterander**, EURLYAID, Univerzita Ludwiga Maximiliána, Mníchov, Nemecko.

Vstúpiť do života rodiny v období, keď sa jej členovia cítia veľmi zraniteľní, je obrovská zodpovednosť, ktorá si vyžaduje erudovaný a citlivý prístup. Táto príručka – kombinácia vedeckých poznatkov o včasnej intervencii a stratégiách ich uplatňovania v praxi spôsobom zameraným na rodinu – je výsledkom profesionálnej odhodlanosti, celonárodnej spolupráce a medzinárodného líderstva, ktoré Portugalsko dôsledne preukazuje od prvých diskusií o vytvorení systému pre rodiny s malými deťmi so zdravotným postihnutím alebo s deťmi ohrozenými zdravotným postihnutím. Ste pre mňa nekonečnou inšpiráciou a úprimne vám ďakujem za všetko, čo som sa od vás naučila!

– **Marilyn Espe–Sherwindt**, riaditeľka Vzdelávacieho centra pre rodinu a dieťa, Detská nemocnica Akron a Štátna univerzita Kent, USA.

Včasná intervencia v Portugalsku je od svojho vzniku symbolom postupne sa formujúceho záväzku krajiny zabezpečiť potreby a práva malých detí a ich rodín. Táto príručka predstavuje vedecký a praktický základ poskytovania komplexných služieb a podpory rozvoja a blaha detí. Vychádzajú z dynamických a integrovaných metód a je príkladným zdrojovým materiálom pre praktické činnosti na národnej úrovni a zároveň modelom včasnej intervencie na globálnej úrovni.

– **Rune Simeonsson**, Univerzita v Severnej Karolíne v Chapel Hill, USA, Univerzita Jönköping.

Portugalsko je na čele Európy a v podstate väčšiny sveta v oblasti tvorby metód, ktoré by sa mali uplatňovať pri včasnej intervencii u detí vo veku do 6 rokov. Na báze východiskových materiálov predovšetkým z USA, vlastného vynikajúceho výskumu a zvyšovania povedomia prostredníctvom ANIP a siete univerzít ste vytvorili metódy na podporu rodín detí so zdravotným postihnutím, ktoré prezentuje táto príručka.

– **Robin McWilliam**, medzinárodný konzultant pre R. A. McWilliam, LLC, Nashville, USA.

Portugalsko je jednou z mála krajín na svete, ktoré majú včasnú intervenciu zakotvenú v legislatíve. A ani z tých mála krajín neviem o žiadnej, v ktorej by medzirezortná spolupráca formálne prepájala zdravotníctvo, sociálnu politiku a vzdelávanie tak, ako náš systém. Vydaním tejto národnej príručky sme urobili ďalší krok k tomu, aby sme aj naďalej patrili k najlepším v tejto oblasti.

– **José Boavida**, EURLYAID, komisár SNIPI pre zdravotníctvo, Portugalsko.



Odporúčané postupy

včasnej intervencie

Príručka pre odborníkov



Projekt Agora bol podporený z

THE VELUX FOUNDATIONS

VILLUM FONDEN ✕ VELUX FONDEN

Koordinátor projektu Agora



Preklad z anglického prekladu publikácie:

**Recommended Practices in Early Childhood Intervention:
A Guidebook for Professionals**



**ASOCIÁCIA
POSKYTOVATEĽOV
A PODPOROVATEĽOV
VČASNEJ INTERVENČIE**

spájame sa pre rodiny

Pôvodná publikácia: Práticas Recomendadas em Intervenção Precoce na Infância: Um Guia para Profissionais

Vydavateľ: Associação Nacional de Intervenção Precoce, Coimbra, Portugalsko, © 2016

Grafické spracovanie: © BIDL Unipessoal, Lda (BID-lab)

Obálka: © BID-lab

Anglická jazyková verzia: Recommended Practices in Early Childhood Intervention: A Guidebook for Professionals

Vydavateľ: Eurllyaid — The European Association on Early Childhood Intervention (EAECI), © 2019

Preklad: Pedro d'Orey

Grafické spracovanie: © BID-lab

Obálka: © BID-lab

Slovenská jazyková verzia: Odporúčané postupy včasnej intervencie: Príručka pre odborníkov

Vydavateľ: Asociácia poskytovateľov a podporovateľov včasnej intervencie © 2021

Preklad anglickej jazykovej verzie publikácie: © 2021 Tatiana Hičárová

Odborná redakcia: PhDr. Erika Tichá PhD.

Jazyková redakcia: Alexandra Strelková

Grafické spracovanie: © BID-lab

Obálka: © BID-lab

ISBN: 978-80-570-3013-3

Akákoľvek reprodukcia, šírenie, verejné použitie či úprava publikácie podlieha výslovnému súhlasu vydavateľa v súlade s platnou legislatívou.

Vydavateľ nezodpovedá za aktuálnosť hyperlinkových odkazov v publikácii, uvedené sú podobe overenej a funkčnej v čase jej vydania.



Na príprave publikácie **Odporúčané postupy včasnej intervencie: Príručka pre odborníkov (pôvodná verzia) spolupracovali:**

Autori:

Leonor Carvalho	Ana Teresa Brito
Isabel Chaves de Almeida	Carla Lança
Isabel Felgueiras	Júlia Serpa Pimentel
Sara Leitão	Ana Isabel Pinto
José Boavida	Catarina Grande
Paula Coelho Santos	Teresa Brandão
Ana Serrano	Vitor Franco

Pracovná skupina (návrhy a pripomienky všetkých členov pracovnej skupiny boli zapracované do textu):

Operačný tím Projektu Im² - Intervenovať viac, intervenovať lepšie (Projecto Im² – Intervir Mais, Intervir Melhor):

- Leonor Carvalho – ANIP (koordinátorka Projektu Im²)
- Isabel Chaves de Almeida – ANIP
- Isabel Felgueiras – ANIP
- Sara Leitão – ANIP

Národný systém včasnej intervencie (SNIPI)

- José Boavida – Národný koordinačný výbor SNIPI, koordinátor pracovnej skupiny pre prípravu príručky v rámci SNIPI
- Teresa Rogado – Skupina odbornej podpory v SNIPI
- Conceição Menino – Severný regionálny podvýbor
- Rosa Afonso Marques – Severný regionálny podvýbor
- Cristina Miranda – Regionálny podvýbor Alentejo
- Filomena Rosa – Regionálny podvýbor Algarve
- Frederico Duque – Centrálny regionálny podvýbor
- Teresa Nunes Marques – Regionálny podvýbor Lisboa e Vale do Tejo

Vedecký výbor Projektu Im²

- Ana Isabel Pinto – Fakulta psychológie a pedagogických vied, Univerzita v Porte.
- Ana Maria Serrano – Vzdelávací inštitút, Univerzita v Minhe. EURLY AID. ANIP.
- Catarina Grande – Fakulta psychológie a pedagogických vied, Univerzita v Porte.
- Júlia Serpa Pimentel – Univerzitný inštitút psychologických a sociálnych vied a vied o živej prírode [ISPA]. "Associação Pais-em-Rede".
- Paula Coelho Santos – Katedra pedagogiky a psychológie, Univerzita v Aveire. ANIP.
- Teresa Brandão – Fakulta humánnej kinetiky, Lisabonská univerzita.
- Vitor Franco – Univerzita v Évore.

Na základe spolupráce s miestnymi intervenčnými tímami a rodinami sú v príručke uvedené aj konkrétne príklady a praktické skúsenosti s včasnou intervenciou, o ktoré sa s nami pracovníci a rodiny podelili. Vo všetkých prípadoch sme zachovali dôvernosť, okrem prípadov, keď si zainteresovaní výslovne želali zverejnenie osobných údajov.



Obsah

Podakovanie	13
Predslov	15
Preambula – Vyhlásenie o záujmoch	17
Úvod	19

1. časť

Včasná intervencia: od neurónov k rodine a sociálnemu kontextu 27

Kapitoly:

1. Včasná intervencia a jej význam pri podpore vývinu dieťaťa	31
1.1. Čo je to včasná intervencia?	31
1.2. Prečo je včasná intervencia dôležitá?	33
1.3. Ciele včasnej intervencie a prax	50

2. Včasná intervencia v Portugalsku: v nepretržitom vývoji	53
2.1. Od začiatkov k národnému systému včasnej intervencie (SNIPI)	53
2.2. Právny rámec včasnej intervencie v Portugalsku – vládne nariadenie 281/2009	57
2.3. Niekoľko zamyslení nad vládny nariadením 281/2009 a jeho ďalšou operacionalizáciou	63

2. časť

Odporúčané postupy včasnej intervencie

65

Kapitoly:

3.	Prístup zameraný na rodinu: princípy včasnej intervencie	69
3.1.	Prístup zameraný na rodinu: Čo to znamená?	70
3.2.	Prístup zameraný na rodinu: Prečo?	76
3.3.	Prístup zameraný na rodinu: Aký má účel?	80
3.4.	Prístup zameraný na rodinu: Ako sa realizuje?	84
3.5.	Zhrnutie: hlavné princípy pre prax	89

4.	Intervencia zameraná na rodinu	91
4.1.	Cyklus intervencie a efektívne postupy pomoci	91
4.2.	Odporúčanie	98
	ZÁZNAM Z PRAXE	
	Odporúčanie: Zoznámenie s tímom včasnej intervencie	103
4.3.	Prvé kontakty	105
	ZÁZNAM Z PRAXE	
	Výzvy v rámci prvého kontaktu: pohľad odborníka	112
4.4.	Posúdenie v rámci včasnej intervencie	114
	ZÁZNAM Z PRAXE	
	Posúdenie: identifikácia funkčných zručností dieťaťa, charakteristik kontextu, obáv rodiny, jej priorít a zdrojov	142
4.5.	Vypracovanie individuálneho plánu podpory rodiny	144
	ZÁZNAM Z PRAXE	
	Vypracovanie individuálneho plánu podpory rodiny	162
4.6.	Implementácia a monitorovanie intervencie v prirodzenom prostredí detí	164
	ZÁZNAM Z PRAXE	
	Implementácia individuálneho plánu podpory rodiny	188
4.7.	Hodnotenie výsledkov intervencie a spokojnosti rodiny	191
	ZÁZNAM Z PRAXE	
	Hodnotenie výsledkov a spokojnosti rodiny	197

Kapitoly:

4.8.	Proces prechodu do nového prostredia	198
	Príloha 1.A	205
	Príloha 1.B	207
5.	Integrovaný systém včasnej intervencie: medzirezortná a transdisciplinárna spolupráca	213
5.1.	Potrebuje dialóg medzi vedou a tvorbou politik	213
5.2.	Integrovaný systém medzirezortnej spolupráce pri poskytovaní včasnej intervencie	217
5.3.	Transdisciplinárny tím	227
6.	Hodnotenie programov včasnej intervencie	235
6.1.	Prečo hodnotiť programy včasnej intervencie?	235
6.2.	Čo rozumieme pod hodnotením včasnej intervencie?	236
6.3.	Hodnotenie programov včasnej intervencie. Načo?	240
6.4.	Ako hodnotiť programy včasnej intervencie?	241
	Príloha 2.A	251
	Príloha 2.B	257

Part III**Možnosti profesionálneho rastu a rozvoja****263****Kapitoly:**

7.	Odborná príprava – rozvoj vedomostí, kompetencií a postojov smerom k lepšej intervencii	267
7.1.	Odborný profil, odborný rast a príprava v rámci včasnej intervencie	267
7.2.	Odborný rast v oblasti včasnej intervencie	268
7.3.	Zložky odbornej prípravy: „kto“, „čo“ a „ako“	270

Kapitoly:

8. Supervízia — na ceste ku vzťahom založeným na dôvere a podpore rozvoja včasnej intervencie 281

8.1. Úloha supervízie vo včasnej intervencii 281

8.2. Predpoklady supervízie na budovanie vzťahu založenom na dôvere a podporujúcom rozvoj 283

8.3. Stanovenie cieľov supervidovaného a supervízora 284

8.4. Účinné prístupy k supervízii v rámci včasnej intervencie 284

 **Záverečné úvahy** 291

 **Bibliografia** 297

PodĀakovanie

V centre pozornosti filozofie, politik a praktĀiek vĀasnej intervencie (VI) sŀ deti a rodiny, ktorŀm poskytuje pomoc a podporu. Preto naĹe poĀĀakovanie patĀi predovĹetkŀm im. Za vĹetko, Āo nŀs za tie roky nauĀili, za ich pomoc pri spochybŀovanŀ naĹich istŀt, za cesty, na ktorŀ sa s nami ochotne vydali, a za to, ŀe dŀvajú naĹej prŀci zmysel.

Publikŀcia „OdporŀĀanŀ postupy vĀasnej intervencie: PrŀruĀka pre odbornŀkov“ vznikla ŀspeĹnŀm prepojenŀm dlhoroĀnŀho ŀsilia Nŀrodnej asociŀcie pre vĀasnŀ intervenciu (AssociaĀŀo Nacional de IntervenĀŀo Precoce, ANIP) o systematickŀ zlepĹovanie postupov vĀasnej intervencie s dlhodobŀm zŀujmom Nadŀcie Calousta Gulbenkiana (Calouste Gulbenkian Foundation, CGF) o otŀzky vzdelŀvania, ľudskŀch prŀv, osobitnŀch problŀmov ohrozenŀch detŀ a o podporu projektov mimovlŀdnŀch organizŀciŀ. ŀĀakujeme CGF za vynikajŀcu a zanietenŀ spolupŀracu poĀas celŀho Projektu Im² „IntervenovaĹ viac, intervenovaĹ lepĹie“ (Projeto Im² – Intervir Mais, Intervir Melhor). Bez ich podpory by tŀto prŀruĀka nevznikla a nemohli by sa uskutoĀniĹ ani Ĺkolenia a aktivity na zvyĹovanie povedomia verejnosti.

PoĀas tohto dlhŀho obdobia nŀm nadĹene, odhodlane a angaŀovane svoje cennŀ skŀsenosti v oblasti vĀasnej intervencie odovzdŀvali aj odbornŀci miestnych intervenĀnŀch tŀmov, ktorŀ aktŀvne spolupracovali aj na tvorbe prŀruĀky. Konkrŀtne prŀklady uvŀdzanŀ v 2. Āasti sŀ skutoĀnŀ prŀbehy, o ktorŀ sa s nami podelili odbornŀci a rodiny spolupracujŀce v rŀmci vĀasnej intervencie. VĹetkŀm ŀprimne Āakujeme.

Osobitnŀ poĀĀakovanie patĀi Ane Terese Britovej a Carle LanĀaovej, ktorŀ sa sŀce formŀlne na Projekte Im² nepodieľajŀ, ale keĀ sme ich oslovili, okamŀŀite sa do prŀpravy prŀruĀky dobrovoľne zapojili. Ane Terese Āakujeme za vypracovanie 7. kapitoly – Prŀleŀitosti pre odbornŀ rozvoj a za jej zanietenosĹ, kritickŀ prŀstup a kvalitnŀ prŀcu. Carle Āakujeme za spolupŀracu na 4. kapitole – OdporŀĀanŀ postupy v procese hodnotenia a intervencie a za jej podporu a reflexie urĀenŀ vynikajŀcim odbornŀkom, ktorŀ sa v praxi vŀdy usilujŀ o to najlepĹie, ale sŀstavne spochybŀujŀ svoje postupy, aby sa mohli neustŀle zlepĹovaĹ.

NaĹe poĀĀakovanie patĀi aj Cristine Lopesovej, ktorŀ dŀkladne a kriticky zrevidovala celŀ prŀruĀku, aby bola prehľadnŀ, vecnŀ a vyvŀaŀenŀ, nevŀhala skontrolovaĹ pravopis a gramatiku a z vlastnej iniciatŀvy prinŀĹala nŀvrhy na zlepĹenie Źtruktŀry textu.

ĀĀalej Āakujeme vĹetkŀm spolupracovníkom z ANIP-u, ktorŀ s nami zdieľali nielen Źtyri steny, medzi ktorŀmi prŀruĀka vznikala, ale aj nadĹenie, motivŀciu a zanietenosĹ. Āakujeme im za neustŀlu disponibilitu a promptnŀ reakcie na naĹe poŀiadavky, za pomoc pri hľbĹej reflexii a

pochopení dosahu príručky na každodennú činnosť odborníkov, ako aj za pomoc pri realizácii projektu prostredníctvom administratívnych a vzdelávacích služieb.

Ďalšou dôležitou súčasťou Projektu Im² bola spolupráca s tímom BID-Lab, ktorý zodpovedal za jeho komunikačný plán. Ďakujeme kolegom nielen za vynikajúcu a kvalitnú spoluprácu, ale aj za disponibilitu a záujem, entuziazmus a trpezlivosť pri riešení našich pochybností, obáv a mimo-riadnych situácií, ako aj za to, že boli po celý čas na projekt naladení a svoju činnosť vykonávali v jeho duchu. Chceli by sme obzvlášť vyzdvihnúť prácu Andrého Carvalha, ktorý sa „veci ujal“ a vytrval pri nás počas celej prípravy príručky, a to nielen pri tvorbe a revíziách grafického návrhu, ale neúnavne spolupracoval aj na odstraňovaní prípadných chýb či nezrovnalostí.

Spomenúť musíme aj našich projektových partnerov – Národný systém včasnej intervencie (SNIPI), Združenie rodičov „Pais-em-Rede“ (PeR) a univerzitu v Aveire, našu vedeckú radu – univerzity v mestách Minho, Oporto, Aveiro, Lisabon, Évora a univerzitný inštitút ISPA, IP, a našich konzultantov Európsku asociáciu včasnej intervencie (EAECI, Eurllyaid) a Medzinárodnú spoločnosť pre včasnú intervenciu (ISEI). Bez ich skúseností a spolupráce založenej na komplementárnosti, ktorá sa aj napriek časovým obmedzeniam v priebehu procesu postupne vytvárala a zdokonaľovala, by sa nám ani zďaleka nepodarilo dosiahnuť stanovené ciele. Je to konkrétny príklad toho, že spolupráca nie je vždy jednoduchá, ale spoločné úsilie prináša plody.

Dúfame, že sme urobili prvý krok na ceste k vytýčenému cieľu: postupne preklenúť priepasť medzi teóriou a praxou, čiže poskytnúť vedecké poznatky a dôkazy na účely tvorby politik a praktickej činnosti odborníkov s cieľom dosiahnuť kvalitnejšie naplnenie potrieb detí a rodín. Naše úprimné poďakovanie preto patrí všetkým, ktorí sa s nami na túto cestu vydali, a aj tým, ktorí sa k nám v budúcnosti ešte pripoja.

Predslov

Vážení čitatelia,

prinášame Vám slovenský preklad prvej ucelenej publikácie o včasnej intervencii a sprevádzaní rodiny dieťaťa s rizikovým vývinom, zdravotným alebo sociálnym znevýhodnením v ranom veku. Pôvodom portugalská publikácia, samotnými autormi označovaná primárne ako praktická príručka včasnej intervencie, ponúka odbornej verejnosti, ako aj tvorcom sociálnych politík systémový pohľad na včasnú intervenciu v širšom kontexte.

Portugalsko je jednou z mála európskych krajín, v ktorej je možné v priebehu štyridsiatic rokov pozorovať proces zavedenia systémových zmien v oblasti včasnej intervencie. V tejto nevelkej európskej krajine sa spoločným úsilím poskytovateľov včasnej intervencie, akademikov a politikov podarilo dosiahnuť zásadné zmeny v oblasti včasnej intervencie. Kľúčové princípy systémovej zmeny včasnej intervencie sú predstavené v tejto publikácii.

Včasná intervencia predstavuje bio-psycho-sociálny, ekologický a holistický prístup k podpore rodiny dieťaťa v ranom veku a opiera sa o nasledovné východiská:

- včasná intervencia je zameraná na rodinu a je založená na každodenných činnostiach dieťaťa a rodiča;
- včasná intervencia sa realizuje primárne v prirodzenom prostredí dieťaťa a jeho rodiny;
- včasná intervencia je založená na tímovej, podľa možnosti transdisciplinárnej spolupráci odborníkov;
- koordinácia a integrácia služieb a zdrojov prebieha na národnej, regionálnej aj miestnej úrovni.

Publikácia sa opiera o najnovšie vedecké poznatky z oblasti vývinu ľudského mozgu, jeho plasticity, teórií učenia a vývinu sociálnych vzťahov, pričom jej autorom sa podarilo naplniť slová Fernanda Pessou z roku 1926, ktorý povedal: „Každá teória by mala byť formulovaná spôsobom, ktorý umožňuje jej uvedenie do praxe a každý praktický postup by mal vychádzať z teórie. (...) V ideálnom svete sa teória a prax dopĺňajú. Boli pre seba stvorené.“

Preklad publikácie *Odporúčané postupy včasnej intervencie: Príručka pre odborníkov* do slovenského jazyka prinášame v čase, keď na pôde Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny SR vznikla medzirezortná pracovná skupina, ktorej ambicióznym cieľom je pripraviť „Národnú stratégiu rozvoja koordinovaných služieb včasnej intervencie a ranej starostlivosti“ na Slovensku.

Veríme, že táto publikácia bude inšpiráciou a zdrojom, z ktorého budú môcť čerpať odborníci a tvorcovia sociálnych politík aj na Slovensku.

Slovenský preklad publikácie vznikol v rámci projektu AGORA, ktorý v rokoch 2018 – 2021 realizovali európske asociácie EASPD a EURLYAID v spolupráci s národnými partnerskými organizáciami v Bulharsku, Maďarsku, Poľsku, Rumunsku a na Slovensku za podpory dánskej nadácie VELUX (viac na www.eci-agma.eu).

V rámci prekladu tejto publikácie sme sa rozhodli pre používanie generického maskulína, resp. neutralizácie v záujme lepšej zrozumiteľnosti prekladu oproti vyjadreniu rodu explicitne, uvádzaním oboch gramatických tvarov súčasne, či už dvojitým pomenovaním (napr. odborníci a odborníčky) alebo rodovými dvojtvarmi oddelenými lomkou (odborníci/odborníčky, odborníci/-čky) a podobne. Skratky a názvy uvádzané v anglickom preklade uvádzame v pôvodnom znení, v prípade pojmov, ktoré v slovenskej terminológii majú etablovaný adekvátny termín, sme sa priklonili k jeho použitiu. Publikácia súčasne otvára priestor na vytvorenie jednotnej slovenskej odbornej terminológie v oblastiach a pojmoch, ktoré doposiaľ na Slovensku etablované nie sú, a touto publikáciou prinášame určité návrhy riešenia.

Erika Tichá, Vladislav Matej

Asociácia poskytovateľov a podporovateľov včasnej intervencie

Preambula

Vyhlásenie o záujmoch

Cieľom publikácie „Odporúčané postupy včasnej intervencie: Príručka pre odborníkov“ je stať sa užitočným nástrojom pre odborníkov na včasnú intervenciu a zároveň uľahčiť propagáciu a usmerňovanie kvalitných postupov na všetkých úrovniach včasnej intervencie.

Autori publikácie si uvedomujú, že neexistuje jednotný model, ktorý by sa mohol uplatňovať v každej situácii, a že kvalitnú včasnú intervenciu treba prispôbiť individuálnym potrebám konkrétneho dieťaťa a rodiny. Zároveň však ide o plánovaný a integrovaný systém založený na súčinnosti rôznych zainteresovaných subjektov. Táto príručka preto nie je „receptárom“, ale skôr teoretickým rámcom v súčasnosti uznávaných „odporúčaných postupov“ včasnej intervencie obsahujúcim súbor pokynov na ich praktické uplatňovanie.

Uvádzané „odporúčané postupy“ vychádzajú z výskumu a všeobecne uznávaných hodnôt a sú vypracované na základe skúseností rodín a odborníkov na včasnú intervenciu, no nie sú statické, a menia sa v čase v závislosti od rozvoja prístupov a výsledkov výskumu. Ich siločiar sa však od 80. rokov nezmenili. Ide o postupy, ktoré podľa Shonkoffa a Phillipsa (2000) odzrkadľujú prepojenie výsledkov teoretického a empirického výskumu so skúsenosťami z odbornej praxe, pričom dôraz kladú na postupy založené na dôkazoch.

Individualizované, inkluzívne a transdisciplinárne postupy zamerané na rodinu ukotvené v ekosystémových a transakčných vývojových modeloch v súčasnosti odporúčajú mnohé medzinárodne uznávané inštitúcie pôsobiace v oblasti včasnej intervencie, ako napríklad Divízia pre rané detstvo Rady pre výnimočné deti (DEC-CEC), Výskumné a vzdelávacie centrum pre vývin v ranom detstve, Pracovná skupina pre princípy a postupy v prírodnom prostredí, Eurlayid a Európska agentúra pre vývin detí s osobitnými potrebami.

Ako autori si uvedomujeme vysokú mieru dôveryhodnosti vyššie uvedených inštitúcií a to, že ich odporúčania sú výsledkom rozsiahlej práce vychádzajúcej z najnovších vedeckých poznatkov. Preto sme sa rozhodli ich koncepčný rámec a zásady použiť ako východisko na vypracovanie tejto príručky. Zostáva nám len dúfať, že sa nám podarilo sprostredkovať myslenie a rozsiahlu vedeckú činnosť renomovaných odborníkov v tejto oblasti, aby sa publikácia stala užitočným nástrojom pre všetkých, ktorí sa prostredníctvom včasnej intervencie usilujú dať nádej všetkým deťom a ich rodinám, ktoré to potrebujú.



Úvod



(...) podstatné je určiť, ktoré politiky a programy môžu najviac prispieť k tomu, aby sa rodinám podarilo kúza, ktorého sú samy schopné: urobiť a zachovať človeka človekom. (s. 738)

– Urie Bronfenbrenner, 1986

Nesmieme zabúdať na to, že včasná intervencia je predovšetkým organizácia služieb a zdrojov s transdisciplinárnym rozmerom. Bez fungujúceho systému zdravotníctva, ktoré je schopné monitorovať a včas odhaliť zdravotné riziká detí, bez sietí sociálnej podpory, umožnenia práce s rodinami, bez siete podpory komunity a vzdelávacieho systému, ktorý reaguje flexibilne a diferencovane, zostane včasná intervencia len „bezcným zdrapom papiera“.

– Joaquim Bairrão, 2003





Úvod

Publikácia „Odporúčané postupy včasnej intervencie: Príručka pre odborníkov“ je jedným z výstupov Projektu Im² „Intervenovať viac, intervenovať lepšie“ (Projeto Im² „Intervir Mais, Intervir Melhor“), ktorý sa uskutočnil s podporou Národnej asociácie pre včasnú intervenciu (ANIP) a Nadácie Calouste Gulbenkiana (CGF). Ako už vyplýva z názvu, cieľom príručky je stať sa užitočným nástrojom pre odborníkov, ktorí sa v teréne a na ostatných úrovniach systému snažia reagovať na rozmanité a zložité výzvy v oblasti uplatňovania včasnej intervencie v praxi.

Význam včasnej intervencie z hľadiska prevencie a zmierňovania vývinových rizík je dnes už nespochybniteľným faktom a právom všetkých detí, najmä tých najzraniteľnejších. Výskum v oblasti neurológie poukázal na to, že rané skúsenosti zohrávajú dôležitú úlohu pri vývine mozgu, a že rodičia a iní opatrovatelia a kvalita rodinného a sociálneho prostredia dieťaťa majú bezprostredný vplyv na vývin jeho centrálného nervového systému. Existujú dôkazy, že anamnéza prenatálnych, perinatálnych a postnatálnych komplikácií u detí pretrváva na úrovni mozgu a bezprostredne ovplyvňuje ich ďalší vývin.

Cieľom včasnej intervencie je poskytovať podporu a služby rodinám s deťmi od 0 do 6 rokov s oneskoreným vývinom zdravotným postihnutím alebo s rizikom oneskoreného vývinu v dôsledku biologických a/alebo environmentálnych podmienok pri aktívnom zapojení formálnych a neformálnych sietí sociálnej podpory, ktoré budú priamo alebo nepriamo ovplyvňovať fungovanie dieťaťa a rodiny.

Špecifickosť včasnej intervencie spočíva v jej zameraní na podporu vývinu dieťaťa podľa intervenčného plánu, ktorý optimalizuje príležitosti dieťaťa učiť sa v prirodzených situáciách jeho každodenného života. Intervenčný plán sa pripravuje spoločne s rodinou a ostatnými opatrovateľmi dieťaťa.

Najnovšie výskumy poukazujú aj na to, že kvalitná včasná intervencia môže zvýšiť pravdepodobnosť pozitívnych výsledkov z hľadiska budúceho vývinu dieťaťa. Najúspešnejšie sú programy, ktoré sa zameriavajú na rozvoj schopností rodičov a opatrovateľov ako prvoradých sprostredkovateľov pomoci dieťaťu v jeho vývine prostredníctvom intervencie zameranej na optimalizáciu interakcie medzi rodičom a dieťaťom a rozvoj ich emocionálneho vzťahu. Kvalitné programy s jasne definovanými cieľmi majú pozitívny vplyv na zmenu správania rodičov a prispievajú k lepšej interakcii medzi rodičom a dieťaťom (Shonkoff a Phillips, 2000).

Pomocou kvalitných preventívnych programov je možné zamedziť mnohým ďalším zložitejším a finančne náročnejším intervenciám na sekundárnej a terciárnej úrovni. Kvalitné

programy včasnej intervencie skutočne ovplyvňujúce vývin detí sú však len málokedy jednoduché, lacné alebo ľahko realizovateľné. Ich vytvorenie vyžaduje vysokokvalifikovaných odborníkov, a to znamená reálne investície do zvyšovania kompetencií odborníkov na včasnú intervenciu. Existujú jednoznačné dôkazy o tom, že investície do podpory vývinu v ranom veku majú najvyššiu sociálnu a ekonomickú návratnosť (Shonkoff, 2010; Unesco, 2007), a preto sa včasná intervencia v súčasnosti považuje za efektívnu investíciu (Guralnick a Conlon, 2007).

Práve preto ANIP ako referenčná organizácia a jediná asociácia, ktorá sa od roku 1998 venuje výlučne problematike včasnej intervencie, upozorňuje na potrebu kvalitnej prípravy odborníkov na včasnú intervenciu založenej na spoločnej intervenčnej filozofii zohľadňujúcej medzinárodne uznávané postupy vychádzajúce z (empirických a vedeckých) dôkazov.

ANIP pri svojej celonárodnej činnosti uprednostňuje priebežné investície do odborného vzdelávania a supervízie, a to najmä prostredníctvom medzinárodných kontaktov, vďaka ktorým sa domáci aj zahraniční odborníci zúčastňujú na odbornom vzdelávaní, kongresoch a výskumných projektoch realizovaných v tejto oblasti. Zároveň dlhodobo spolupracuje v oblasti odbornej prípravy a výskumu s vysokoškolskými inštitúciami, ktoré dosiahli významné výsledky v oblasti včasnej intervencie.

Okrem vyššie uvedenej teoretickej a vedeckej činnosti sa ANIP už viac než 15 rokov venuje aj praktickým aspektom včasnej intervencie, zapája sa do práce intervenčných tímov a zabezpečuje pre ne odborníkov za základe protokolov o spolupráci vypracovaných Ministerstvom sociálnej politiky. Vďaka priebežnému prepájaniu teórie a praxe ANIP získava dôležité poznatky, ktoré majú zásadný význam pre jej činnosť v oblasti podpory kvalitnej včasnej intervencie v dlhodobom horizonte.

Počas svojej dlhoročnej činnosti nadobudla rozsiahle poznatky o súčasnej úrovni podporných opatrení a praktických postupov uplatňovaných pri práci s deťmi od 0 do 6 rokov a ich rodinami v rôznych častiach krajiny, na základe ktorých priebežne upozorňuje na potrebu explicitného koncepčného referenčného modelu, ktorý by slúžil na usmerňovanie praktickej činnosti miestnych intervenčných tímov (MIT).

V záujme toho treba zabezpečiť odborné vzdelávanie odborníkov na včasnú intervenciu na základe kritérií odporúčaných postupov a pod dohľadom odborníkov, aby sa pri práci s deťmi a rodinami uplatňovali kvalitné postupy včasnej intervencie. Kvalitná odborná príprava a supervízia vyžadujú predovšetkým presnú definíciu spoločného koncepčného modelu, ktorý obsahuje a vysvetľuje odporúčané postupy a vychádza z názorového konsenzu jednotlivých zainteresovaných strán. Sprístupnením všetkým subjektom angažovaným v procese včasnej intervencie môže slúžiť ako základný pilier intervencie u detí a rodín a ako prostriedok vzdelávania a supervízie v rámci včasnej intervencie.

V tejto súvislosti a s týmto cieľom sa vďaka vyššie spomínanej sponzorskej podpore CGF naskytla príležitosť vytvoriť spoločný referenčný rámec usmerňujúci odbornú prípravu. Tento projekt sa realizoval od októbra 2014 do marca 2016 a bol zameraný na podporu kvalitných postupov včasnej intervencie na národnej úrovni prostredníctvom vypracovania príručky pre odborníkov a činností zameraných na zvyšovanie povedomia a ďalších súvisiacich vzdelávacích aktivít v piatich regiónoch krajiny.

Takto vznikla platforma pre spoluprácu medzi ANIP-om, Národným systémom včasnej intervencie (SNIPI), Združením rodičov „Pais-em-Rede“ (PeR), univerzitou v Aveire a ďalšími univerzitami v Portugalsku pôsobiacimi v oblasti včasnej intervencie (Minho, Porto, Lisabon, Évora a ISPA – Univerzitný inštitút psychologických, sociálnych a životných vied).

Organizačné otázky a vypracovanie príručky zabezpečoval ANIP ako vedúci partner projektu v spolupráci s operačným tímom a vedeckou komisiou zloženou z odborníkov zastupujúcich vyššie uvedené univerzity, ktorí počas celého procesu spolupracovali so skupinou pozostávajúcou zo zástupcov SNIPI, PeR, oficiálnych partnerov projektu, pričom konzultovali aj s Eurlayid – Európskou asociáciou včasnej intervencie (EAECI) a Medzinárodnou spoločnosťou včasnej intervencie (ISEI).

Veríme, že sprostredkovaním intervenčnej filozofie vychádzajúcej z medzinárodne uznávaných a odporúčaných postupov včasnej intervencie založených na dôkazoch prispejeme k riešeniu ťažkostí, ktorým čelia odborníci pre nedostatok usmerňujúcej dokumentácie, k širšej spolupráci a konsenzu medzi odborníkmi, ako aj medzi odborníkmi a rodinami, a k tomu, aby sa v každodennej praxi včasnej intervencie uplatňovali efektívnejšie metódy s vyššou mierou participácie zainteresovaných. Je však dôležité zabezpečiť koherentnosť medzi jednotným teoretickým rámcom uvedeným v tejto praktickej príručke a možnosťami vzdelávania a supervízie ponúkanými odborníkom včasnej intervencie v rámci nepretržitého procesu kvalifikačnej praxe.

Naším cieľom je poskytnúť užitočný a dostupný nástroj pre odborníkov včasnej intervencie na rôznych úrovniach systému (experti, supervízori, koordinátori, školitelia), pre rodiny a deti, ktoré včasnú intervenciu potrebujú, a pre každého, kto sa o problematiku včasnej intervencie zaujíma. Pri príprave príručky sme teda čerpali z odbornej referenčnej literatúry a dôkazov v teoretickej časti a z každodenných skúseností odborníkov a rodín v rámci praktickej časti.

Počas uplynulých rokov viaceré organizácie, najmä v USA, ako napríklad Divízia pre rané detstvo (DEC, 2014), vydali publikácie, ktoré uvádzajú „odporúčané postupy“ včasnej intervencie s cieľom poskytnúť odborníkom a rodinám pokyny na dosiahnutie čo najefektívnejších výsledkov pri učení a uľahčiť im pomoc deťom ohrozeným oneskorením vývinu alebo so zdravotným postihnutím. Tieto „odporúčané postupy“ sú pre odborníkov a opatrovateľov dôležitým východiskom, pretože obsahujú všeobecné zásady, umožňujúce im prijímať informované rozhodnutia, ktorými sa môžu riadiť v praxi. V celej príručke sa zdôrazňuje, aby odborníci využívali postupy založené na dôkazoch.

V oblasti včasnej intervencie predstavujú postupy založené na dôkazoch rozhodovací proces, ktorý prepája najspoľahlivejšie dôkazy výskumu s poznatkami a hodnotami odborníkov a rodín (Buysse a Wesley, 2006).

Vychádzajúc z tejto myšlienky sa pri tvorbe príručky zohľadňovali a integrovali rôzne zdroje dôkazov: okrem medzinárodného výskumu a literatúry o najefektívnejších postupoch uplatňovaných v rámci programov včasnej intervencie a politických a legislatívnych smerníc platných na národnej úrovni sa prihliadalo aj na skúsenosti a hodnoty odborníkov a rodín. Prostredníctvom miestnych intervenčných tímov pôsobiacich v krajine, ktoré nám sprostredkoval regionálny podvýbor, sme zozbierali praktické skúsenosti odborníkov a rodín. Súbor týchto praktických skúseností zohral rozhodujúcu úlohu pri voľbe štruktúry príručky, keďže sme chceli, aby odzrkadľovala ich skúsenosti a uspokojovala ich potreby. Preto sa tieto výpovede a praktické skúsenosti objavujú v rôznych častiach príručky ako ilustrácia a doplnenie obsahu s cieľom dosiahnuť efektívne prepojenie teórie a praxe.

Príručka sa skladá z troch samostatných častí. Prvá časť má názov „Včasná intervencia: od neurónov k rodine a sociálnemu kontextu“. Prináša všeobecný úvod do problematiky včasnej intervencie a môže slúžiť ako úvod do 2. a 3. časti. Prvá časť pozostáva z dvoch kapitol: 1. kapitola – „Včasná intervencia a jej význam pri podpore vývinu dieťaťa“ a 2. kapitola – „Včasná intervencia v Portugalsku: v nepretržitom vývoji“. V nich sú rozpracované hlavné

dôvody a teoretické a koncepcné rámce včasnej intervencie zdôrazňujúce rozhodujúcu úlohu raných skúseností vo vývine dieťaťa a zároveň predstavujú historický vývoj včasnej intervencie a súčasný právny rámec v Portugalsku.

Druhá časť príručky tvorí najrozsiahlejšiu časť publikácie a obsahuje štyri kapitoly, ktoré prezentujú a rozpracúvajú „odporúčané postupy včasnej intervencie“. Úvodnou kapitolou 2. časti je kapitola „Prístup zameraný na rodinu: princípy včasnej intervencie“, predstavujúca teoretické princípy, ktorými by sa mala riadiť včasná intervencia v praxi v súlade s prístupom zameraným na rodinu a vychádzajúc z prirodzeného prostredia a komunitných zdrojov založených na činnosti transdisciplinárneho tímu. Popri charakteristike zložiek efektívnych profesionálnych postupov poskytovania pomoci kapitola predstavuje aj kľúčové koncepcie na pochopenie procesu funkčného uplatňovania včasnej intervencie, ktorý je podrobne rozpracovaný v 4. kapitole – „Intervencia zameraná na rodinu“. V tejto kapitole sa hodnotiaci a intervenčný cyklus, ktorý navrhli Simeonsson a kol. (1996), a tri efektívne zložky poskytovania pomoci (Dunst, 1998) považujú za smerodajné kritériá pre charakteristiku odporúčaných postupov v rôznych fázach procesu včasnej intervencie od odporúčania až po vyhodnotenie výsledkov intervencie a zmenu. Obsahuje prehľadne štruktúrovanú praktickú časť a niekoľko ukážok skutočných výpovedí rodín a odborníkov s cieľom ilustrovať odporúčané postupy (alebo motivovať k ich uplatňovaniu). V závere prináša charakteristiku jednotlivých fáz intervenčného cyklu, vrátane témy na zamyslenie a odkazu na tri zložky účinných postupov poskytovania pomoci. Cieľom 5. kapitoly s názvom „Integrovaný systém včasnej intervencie: medzirezortná a transdisciplinárna spolupráca“ je predstaviť odporúčané postupy vychádzajúce z kolaboratívneho modelu organizácie integrovaného systému služieb a zdrojov pri včasnej intervencii ako alternatívy k fragmentovaným rezortným postupom s cieľom umožniť a zaviesť integrovanú a interdisciplinárnu intervenciu. Ide preto o kapitolu užitočnú nielen pre odborníkov pracujúcich v intervenčných tímoch, ale aj pre ďalších odborníkov zodpovedných za plánovanie, organizáciu a koordináciu služieb v oblasti včasnej intervencie. A napokon, 6. kapitola – „Hodnotenie programov včasnej intervencie“ podrobnejšie rozpracúva problematiku významu hodnotenia vo všetkých fázach systému včasnej intervencie od úrovne národnej a regionálnej medziodborovej spolupráce a súčinnosti až po hodnotenie práce v teréne ako faktora neustálej reflexie a zlepšovania. Hodnotenie umožní zabezpečiť implementáciu postupov zameraných na rodinu a kvalitu intervenčných postupov jednotlivých programov včasnej intervencie.

Tretia časť s názvom „Možnosti profesionálneho rastu a rozvoja“ zdôrazňuje význam profesionálneho rozvoja pri hľadaní postupov kvalitnej intervencie a opisuje dva typy príležitostí: vzdelávanie a supervíziu. Siedma kapitola – „Odborná príprava: rozvoj vedomostí, kompetencií a postojov smerom k lepšej intervencii“ odporúča postupy rozvoja a implementácie odbornej prípravy v oblasti včasnej intervencie na rôznych úrovniach (úvodné, špecializované a celoživotné vzdelávanie). Ôsma kapitola – „Supervízia – na ceste ku vzťahom založeným na dôvere a podpore rozvoja včasnej intervencie“ opisuje princípy, procesy a charakteristiky efektívnej odbornej supervízie, t. j. reflektujúcej supervízie, ktorá efektívne vplýva na podporu a propagáciu profesionálneho rastu a rozvoja v oblasti včasnej intervencie, resp. nepriamo v procese posilňovania a budovania kapacít rodiny v prospech priaznivého vývinu detí.

V príručke vychádzame z predpokladu, že odborníci včasnej intervencie sa musia aktívne zamýšľať, rozhodovať a riešiť problémy (McWilliam a Bailey, 1993). Je všeobecne známe, že samotná znalosť teoretických princípov a odporúčaných postupov nestačia nato, aby ich odborníci aj efektívne uplatňovali v každodennej práci s deťmi, rodinami a ostatnými odborníkmi. V odbornej praxi musí byť neustále prítomná reflexia, sebakontrola, kritický prístup a záujem, ale zlepšovanie postupov a zvyšovanie kvalifikácie je možné len v spojení

s pravidelnou účasťou na ďalšom vzdelávaní a efektívnou supervíziou nad ich praktickou činnosťou.

Toto je príručka odporúčaných postupov, nie manuál dobrých postupov. Nedá sa teda považovať za hotový receptár, ale skôr za východisko pre individuálnu a tímovú reflexiu, ktorá povedie k implementácii efektívnejších postupov v oblasti včasnej intervencie. Preto sme do nej zahrnuli aj praktické cvičenia a témy, nad ktorými majú odborníci pouvažovať, hľadať riešenia a integrovať ich do svojej každodennej praxe. Vzhľadom na rôznorodosť včasnej intervencie, ktorú tvoria rodiny, služby a jedinečné a diverzifikované kontexty nie je možné zdefinovať jednoznačný súbor postupov, ktoré by sa mali uplatňovať, ani vytvoriť zjednodušený vzorec na výpočet „správnej odpovede“. Každá situácia je jedinečná a neexistuje postup, ktorý by bol vhodný alebo účinný pre všetky deti a rodiny. Preto neexistujú ani dobré, ani zlé postupy (McWilliam a Bailey, 1993).

Každý odborník by mal starostlivo zvážiť jedinečné vlastnosti a okolnosti každého dieťaťa a jeho rodiny a rozhodnúť, čo je vhodné a efektívne v rámci ich špecifického kontextu. Práve v tom spočíva najväčšia výzva práce v oblasti včasnej intervencie: na základe poznatkov vyplývajúcich z dôkazov a jedinečných okolností každého dieťaťa a rodiny zvoliť najúčinnější spôsob riešenia ich konkrétnych potrieb.

Veríme, že táto príručka je malým krokom smerujúcim ku kvalitným službám včasnej intervencie. Je to zaiste dlhá cesta, ktorá možno nemá ani koniec, pretože ako hovorí Bissel (n. d.): „Podpora zameraná na rodinu nie je ani destináciou, ani niečím, čo môžeme dosiahnuť z minúty na minútu, ale sústavné a nepretržité hľadanie spôsobu ako reagovať na priority a preferencie rodín.“



1. časť

Kapitoly:

- 1 Včasná intervencia a jej význam pri podpore vývinu dieťaťa
- 2 Včasná intervencia v Portugalsku: v nepretržitom vývoji

Včasná intervencia: od neurónov k rodine a sociálnemu kontextu



Každá teória by mala byť formulovaná spôsobom, ktorý umožňuje jej uvedenie do praxe, a každý praktický postup by mal vychádzať z teórie. (...) V ideálnom svete sa teória a prax dopĺňajú. Boli pre seba stvorené.

— Fernando Pessoa, 1926





Včasná intervencia: od neurónov k rodine a sociálnemu kontextu

ÚVOD

Ako sme už uviedli, prvotným cieľom sprievodcu je ponúknuť odbornej verejnosti výsostne praktický pohľad na problematiku včasnej intervencie. O kvalitných postupoch alebo intervencii sa však nedá uvažovať bez jasne štruktúrovaného podporného koncepčného rámca a bez teoreticky ukotvených východiskových materiálov. Slovom Fernanda Pessou (1926): „Každá teória by mala byť formulovaná spôsobom, ktorý umožňuje jej uvedenie do praxe, a každý praktický postup by mal vychádzať z teórie. (...) V ideálnom svete sa teória a prax dopĺňajú. Boli pre seba stvorené“ (str. 2).

Prvá časť publikácie predstavuje celkovú víziu včasnej intervencie, jej základy, teoretické a koncepčné východiská, historický vývoj a existujúci právny rámec v Portugalsku. Otvára brány do 2. a 3. časti, predovšetkým k odporúčaným postupom v rámci včasnej intervencie.

V 1. kapitole objasňujeme koncept „včasnej intervencie“, jej ciele, a prečo je také dôležité zasahovať včas – s ohľadom na formatívnu rolu raného vývinu a vzájomných súvislostí medzi biologickými a environmentálnymi faktormi. Podrobne sa venujeme neurobiologickým východiskám včasnej intervencie, kľúčovému významu raných skúseností, prostrediu podnecujúcemu učenie, vzťahovým vzorcom, vzorcom vzájomných interakcií a hlavne kľúčovej úlohe rodiny vo vývine dieťaťa. Uvádzame aj fakty a dôkazy, o ktoré sa tvrdenia opierajú.

Východiská a hlavné teoretické modely, podopierajúce odporúčané postupy včasnej intervencie, sú vzájomne prepojené, pričom dôraz sa kladie na systémové, bioekologické a transakčné hľadiská (Bronfenbrenner a Morris, 1998; Guralnick, 2005; Sameroff, 2010; Sameroff a Fiese, 2000) a prístup zameraný na rodinu (Dunst, Trivette a Deal, 1988).

Systémové modely, predovšetkým prístup systémových vývinových modelov, podľa Guralnicka (2013) pomáhajú lepšie pochopiť nosné mechanizmy včasnej intervencie a spôsob, akým ovplyvňujú jednotlivca, rodinu a sociálne úrovne. Vďaka tomuto prístupu možno zadať aj usmernenia presadzujúce ucelenejšie, konzistentnejšie a efektívnejšie postupy včasnej intervencie, na ktorých sa v súčasnosti zhoduje medzinárodná komunita. Spomínané usmernenia sa prejavujú v priamej práci odborníkov a tímov s deťmi a rodinami a jednoznačne aj v spôsobe definovania verejných politík a foriem organizácie systémov a služieb včasnej intervencie.

Rámcový pohľad na včasnú intervenciu uzatvára krátky odkaz na jej vývoj a objasnenie právneho modelu fungovania Národného systému včasnej intervencie v Portugalsku (Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância, ďalej „SNIPi“) v 2. kapitole.



V prvej časti prinášame aj relevantný teoretický pohľad. Keďže máte pred sebou praktickú príručku, nie odborný manuál, teórii sa venujeme len stručne a čitatelia si môžu v prípade záujmu dohľadať a podrobnejšie preštudovať uvedené bibliografické odkazy.

Včasná intervencia a jej význam pri podpore vývinu dieťaťa

1. KAPITOLA

1.1. Čo je to včasná intervencia?

Programy včasnej intervencie sa po prvýkrát objavili v Spojených štátoch amerických v šesťdesiatych rokoch 20. storočia. Pôvodne mali podobnú filozofiu ako kompenzačné vzdelávacie programy pre deti zo sociálne znevýhodneného prostredia, napríklad program *Head Start* (Pinto, Grande, Felgueiras, Almeida, Pimentel a Novais, 2009), ktoré sa neskôr začali využívať aj pri práci s deťmi so zdravotným znevýhodnením. Tieto služby a postupy, označované za modely prvej generácie, mali biomedicínsky a terapeutický charakter. Obyčajne sa uplatňovali v špecializovanom prostredí a zameriavali sa na deti s rôznymi druhmi ťažkostí. Keďže išlo o programy zamerané na dieťa, sústredili sa na prevenciu zhoršovania ťažkostí, ich zmiernenie, či dokonca elimináciu cestou monodisciplinárneho prístupu (Bairrão a Almeida, 2003).

1. generácia programov včasnej intervencie

Konceptualizácia a uplatňovanie modelov a postupov včasnej intervencie (ďalej aj „VI“) sa časom vďaka vedeckému pokroku a výskumu v oblasti vývinových, edukačných, spoločenských vied a ďalších súvisiacich oblastí významne rozvinuli. Základy konceptuálneho rámca včasnej intervencie sa zrodili koncom 70. rokov, predovšetkým prostredníctvom teoretických úvah o ekologicko-systémových a bioekologických modeloch (Bronfenbrenner, 1979, 1986; Bronfenbrenner a Morris, 1998, 2007) a prostredníctvom transakčnej perspektívy (Sameroff, 1983; Sameroff a Chandler, 1975). Druhá generácia modelov včasnej intervencie sa zjavila v 80. rokoch, keď sa prax už nesústredila výlučne na dieťa s ťažkosťami a intervencia sa zamerala aj na rodinu a komunitu. Zásadný vplyv mali teórie Carla Dunsta postavené na vedeckých dôkazoch, ktoré pri podpore vývinu dieťaťa, posilňovaní kompetencií a sebavedomia rodičov vyzdvihovali určujúcu rolu sociálnej podpory a podpory od rodiny a komunitných sietí sociálnej podpory.

2. generácia programov včasnej intervencie

V tomto duchu Dunst v roku 1985 definoval včasnú intervenciu ako „formu podpory poskytovanú členmi formálnych a neformálnych sietí podpory rodinám s deťmi v ranom veku (...), ktorá priamym či nepriamym spôsobom ovplyvňuje fungovanie rodičov, rodiny a dieťaťa“ (str. 179). Táto, svojho času prelomová definícia sa riadi novou paradigmou posilňovania kompetencií, t. j. vychádza z modelov „prehlbovania, posilňovania a partnerského prístupu, ktoré sa opierajú o silné stránky, zdroje a prístup zameraný na rodinu“, pričom kľúčovú úlohu pri rozhodovaní odovzdáva do rúk rodiny.

3. generácia programov včasnej intervencie

V roku 1990 prišli programy, ktoré Carl Dunst označuje za tretiu generáciu programov VI a ktorých východiskom boli postupy zamerané na rodinu a jej podporu. Programy boli postavené na nasledovných kľúčových aspektoch (Dunst, 2000; Pinto a kol., 2009):

- príležitosti detí na učenie;
- podpora rodičovských kompetencií;
- dôraz na zdroje v rodine a komunite.

Koncepty a postupy navrhované v rámci tretej generácie programov, koncepčne zarámcované teóriami Dunsta, preskúmame v 2. časti tejto publikácie.

Dostávame sa tak k najnovším definíciám včasnej intervencie, z ktorých sme vybrali nasledovné dve:

Včasná intervencia je kombinácia služieb a opatrení pre veľmi malé deti a ich rodiny, poskytovaná na ich žiadosť a v určitej fáze života dieťaťa, pričom jej súčasťou sú akékoľvek postupy a opatrenia realizované v čase, keď dieťa potrebuje špeciálnu podporu pri:

- zabezpečení a podpore svojho osobného rozvoja,
- posilnení kompetencií rodiny a
- zvýšení miery sociálnej inklúzie rodiny a dieťaťa

Uvedené činnosti treba realizovať v prirodzenom prostredí dieťaťa, najlepšie na miestnej úrovni, formou multidimenzionálneho tímového prístupu zameraného na rodinu. (Európska agentúra pre rozvoj špeciálneho a inkluzívneho vzdelávania, 2005, str. 17)

Každodenné skúsenosti a príležitosti, ktoré dojčatám, batolátam a malým deťom sprostredkujú ich rodičia a iní primárni opatrovatelia v kontexte prirodzene sa vyskytujúcich každodenných príležitostí na učenie a ktorých zámerom je u detí rozvíjať nadobúdanie a používanie behaviorálnych kompetencií, vytvárajúcich a ovplyvňujúcich ich prosociálne interakcie s ľuďmi a materiálmi. (Dunst, Raab, Trivette a Swanson, 2010, str. 62)

Uvedení autori zdôrazňujú, že konceptualizáciou participácie v kontexte aktivít každodenného života prispievame k rozšíreniu príležitostí detí na učenie, na rozdiel od situácie, keď považujeme tieto kontexty za prostredie, v ktorom zasahujú odborníci (Dunst a kol., 2010).

Zo spomínaných definícií, predovšetkým definície Dunsta a jeho spolupracovníkov, vyplýva, že primárnym cieľom včasnej intervencie je posilňovať kompetencie, dôveru a istotu dôležitých dospelých v živote dieťaťa v duchu poskytovania podpory, nie mechanizmu služieb. Dunst (2002) kladie dôraz na to, aby sa k VI pristupovalo ako k vytváraniu príležitostí na učenie s cieľom ovplyvniť správanie a vývin dieťaťa. Jeho poňatie je v protiklade so skorším chápaním VI, podľa ktorého sa vnímala prevažne ako súbor služieb pre deti a rodiny zo strany certifikovaných profesionálov. Guralnick (2008) tiež zdôrazňuje, že hlavným cieľom včasnej intervencie je prispieť k posilňovaniu rodín so zámerom optimalizovať vzorce vzájomných interakcií.

V teórii a praxi včasnej intervencie nastal zásadný posun v myslení odborníkov pôsobiacich v predmetnej oblasti, ich odbornom vzdelávaní a vývoji, a to od sprostredkovateľov priamej intervencie s deťmi k uvedomeniu novej úlohy, pri ktorej sa posilňuje význam kontextov a situácií zahŕňajúcich dieťa a jeho vlastnú participáciu, a ktoré budú pôsobiť ako agensy zmeny. Ide teda o zjavne ekologickejšiu víziu.

Posilňovanie kompetencií a dôvery dôležitých dospelých v živote dieťaťa

Podporiť okolitý kontext fungujúci ako agens zmeny

Cieľom je, aby rodina, komunita a odborníci vytvárali vzťahy a sprostredkúvali skúsenosti a podporu, ktoré deti potrebujú na vývoj funkčných kompetencií, s cieľom umožniť im aktívnu účasť v týchto prostrediach. (Moore, 2012)

Táto zmena naznačuje, že odborníci v oblasti včasnej intervencie sa musia prestať zameriavať na služby a do centra pozornosti musia dať rodinu. Prístup zameraný na rodinu zas prispieje k zmene spôsobu nazerania na rodinu. Prístup zameraný na služby vedie rodiny k tomu, aby vnímali odborníkov ako tých, ktorí vedia dieťaťu najlepšie pomôcť svojou bezprostrednou prácou. Pri prístupe zameranom na rodinu a komunitu si rodiny naopak uvedomujú, že dieťa sa učí v prirodzenom prostredí a toto učenie sa umocňuje spoluprácou s tímom včasnej intervencie (Moore, 2012).

Od prístupu zameraného na služby k prístupu zameranému na rodinu

1.2. Prečo je včasná intervencia dôležitá?

Ako sa presvedčíme v nasledujúcom texte, formovanie prístupov včasnej intervencie zásadným spôsobom ovplyvnilo napredovanie vedeckého poznania o ranom vývine dieťaťa, jeho neurobiologickom základe, význame raných skúseností a interakcií dieťaťa s prostredím, v ktorom žije. V súčasnosti existujú presvedčivé dôkazy o tom, že akákoľvek udalosť v ranom detstve môže určujúcim spôsobom ovplyvniť celý život (Shonkoff, 2009). Z neurobiologického hľadiska to zodpovedá obdobiu, keď sú deti obzvlášť formovateľné a „vnímavé“ voči pozitívnym či negatívnym zmenám, ku ktorým môže dôjsť v ich celkovom vývine.

Slovami Shonkoffa a Phillipsa (2000, str. 32): „Smer, akým sa uberá vývin, sa dá zmeniť v ranom veku efektívnymi intervenciami, ktoré ovplyvnia pomer síl medzi rizikom a ochranou a zmenia znevýhodnenie v prospech lepších výsledkov v rámci adaptácie.“

1.2.1. Neurobiologické základy vývinu

Dotiaľ sa prút ohýba, kým je mladý

Túto rozšírenú predstavu dosvedčujú aj vedecké zistenia, podložené rozsiahlymi empirickými dôkazmi o význame prvých rokov života pri budovaní návyku celoživotného učenia. Zaujímavosťou je, že exponenciálny rozmach hĺbkového výskumu v neurovedách za ostatné desaťročia a stáročia „používania zdravého rozumu“ sa významne prekrýva so základnými princípmi, na ktorých stojí vývin človeka počas prvých rokov života.

Neuroplasticita

Racionálny základ včasnej intervencie v prípade detí s poruchami neurologického vývinu sa úzko spája s konceptom neurálnej plasticity (Johnston, Nishimura, Harum, Pekar a Blue, 2001).

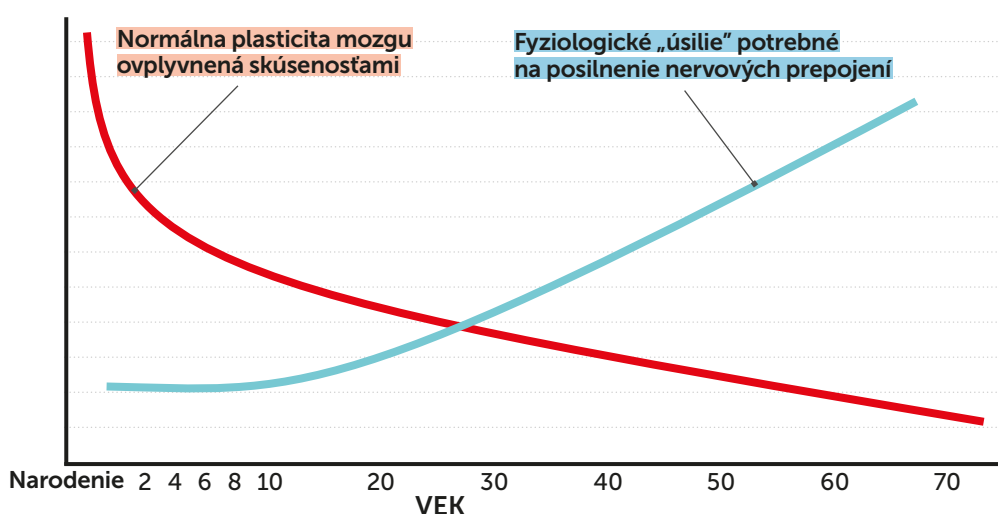
Neuroplasticita je základ opodstatnenosti včasnej intervencie

Neuroplasticita súvisí so schopnosťou nervového systému meniť sa prostredníctvom skúseností na bunkovej, metabolickej alebo anatomickej úrovni. Táto schopnosť sa mení časom a je známe, že čím je dieťa mladšie, tým je väčšia. (Nelson, 2000)

Neuroplasticita nezávisí len od životnej fázy, ale líši sa aj od človeka k človeku v závislosti od nervového systému. Keďže špecifické skúsenosti počas určitých vývinových štádií ovplyvňujú konkrétne mozgové okruhy, je nesmierne dôležité tieto príležitosti na učenie plne využiť. Inými slovami, kvalita prostredia, v ktorom dieťa žije, a dostupnosť vhodných skúseností v správnom čase vývinu môžu zohrávať kľúčovú úlohu pri určovaní sily alebo slabosti funkcií a štruktúry mozgu.

Obrázok 1.1 znázorňuje ako mozog postupnou špecializáciou a nadobúdaním čoraz komplexnejšej funkcionality stráca istú časť kapacity reorganizovať sa a prispôbovať. Postupná strata mozgovej plasticity znamená, že je jednoduchšie a efektívnejšie ovplyvniť vývin mozgovej architektúry dieťaťa, než sa o to snažiť v dospelosti (Center on the Developing Child at Harvard University [Centrum pre rozvoj dieťaťa na Harvardovej univerzite], ďalej aj „CDCHU“, 2015).

Obrázok 1.1 Redukcia mozgovej kapacity vo vzťahu k zmenám a správaniu v čase



Zdroj: Levitt, P. (2009). Zdroj: Center on the Developing Child at Harvard University. Core concepts in the science of early childhood development. <http://www.developingchild.harvard.edu>. Použité so súhlasom autora.

Gény a prostredie

Výskum v neurovedách upozorňuje na to, ako interakcia medzi génmi a ranými skúsenosťami vytvára základ následného vývinu nervovej sústavy a správania.

Vývin architektúry mozgu sa formuje vo veľmi raných fázach života prostredníctvom celej škály vzájomných dynamických vzťahov, pri ktorých prostredie a osobné skúsenosti ovplyvňujú spôsob, akým sa prejaví genetické predispozície. (Post a Weiss, 1997; Fox, Levitt a Nelson, 2010)

Interakcia medzi génmi a prostredím prispieva k štruktúrnemu a funkčnému vývinu mozgu

Vo výsledku sa upustilo od dlho akceptovanej myšlienky, že gény a ich vplyv sú nemenné a sú jediným určujúcim faktorom pre vývin jednotlivca (Meaney, 2010). Z výskumu vyplýva, že environmentálne faktory, predovšetkým počas prenatálneho a raného postnatálneho

obdobia, spúšťajú chemické reakcie v génových štruktúrach bez toho, aby došlo k zmenám v genetickom kóde, no s tým, že dochádza k zmene v expresii génov. Tento fenomén sa nazýva epigenetická modifikácia a čiastočne objasňuje vplyv negatívnych alebo pozitívnych skúseností na vývin mozgu (Meaney, 2010; Szyf, 2009).

Stresové faktory prítomné už vo fetálnom období môžu mať dlhodobý negatívny vplyv a podnetné a pozitívne prostredie môže mať priaznivý a dlhodobý účinok (Nelson, 2000).

Kritické obdobie

Počas prvých troch rokov života je dieťa výnimočne citlivé na vplyvy prostredia. Toto obdobie sa označuje ako kritické alebo citlivé, predstavuje najlepšiu príležitosť na učenie a zohráva rozhodujúcu úlohu pri modelovaní štruktúr a funkcionalít mozgu. (Fox, Levitt, a Nelson, 2010)

Kritické obdobie teda korešponduje s fázou dozrievania, keď niektoré kľúčové skúsenosti zásadne ovplyvňujú vývin alebo získavanie určitej zručnosti či správania. Ak je človek vystavený rovnakej skúsenosti výrazne neskôr než v tomto období, skúsenosť bude mať omnoho menší, ak vôbec nejaký vplyv, pričom môže dôjsť aj k definitívnej strate schopnosti presadzovať zásadné zmeny v neurokonektivite (Mundkur, 2005).

Podľa Halla (2005) niektorí neurovedci spochybňujú fixný, respektíve fixne definovaný charakter kritických období a zdôrazňujú, že korelácia medzi kritickým obdobím a maximálnou kapacitou na učenie bola dokázaná len v prípade zmyslového systému.

Vývin zraku, sluchu, rečových schopností a reaktivity na sociálne stimuly je príkladom silného vplyvu skúseností na vývin nervových okruhov v tejto najdôležitejšej fáze života (Knudsen, 2004).

Vývin dojčiat je kontinuálny proces – od oplodnenia vajíčka k narodeniu nezrelého, ale už výrazne diferencovaného novorodenca. Ide o komplexnú následnosť, ktorá je zároveň určená genetickou reguláciou a vnútromaternicovým prostredím. Diferenciácia ľudského nervového systému sa začína veľmi skoro, približne v 16. deň tehotenstva, a jeho súčasťou je vývin, uzavretie a diferenciácia neurálnej trubice. Počas tehotenstva môže dôjsť k viacerým negatívnym interferenciám, ktoré súvisia s rôznymi léziami a malformáciami nervového systému. K najčastejším patria následky vystavenia radiácii alebo toxickým látkam, prenatalne infekcie, genetické ochorenia alebo podvýživa matky (Anastasiow, 1990; Nelson, 2000).

Neuróny a synapsie

Mozog vo vývine má oproti dospelému mozgu počiatočnú neurálnu rezervu pre prípad výskytu lézií (Anastasiow, 1990). Neuróny sú hlavným typom buniek nervového systému a možno ich považovať za základnú jednotku tejto štruktúry. Vyvíjajúce sa neuróny sa diferencujú prostredníctvom rastu výbežkov v podobe konárov stromu nazývaných axóny a dendritické štruktúry. Tieto výbežky prijímajú elektrické signály a vytvárajú prepojenie s inými neurónmi prostredníctvom štruktúr označovaných ako synapsie (Letourneau, 2008).

Proces proliferácie synapsii sa nazýva synaptogenéza a spúšťa vývin nervových okruhov a následne celej nervovej siete.

Kritické obdobie je príležitosťou na učenie

Základom neuroplasticity je neurálna a synaptická rezerva

V nezrele mozgu dochádza k rozsiahlemu vývinu neurónov a synapsií, z ktorých sa počas procesu dozrievania mnohé eliminujú (Letourneau, 2008). Táto zjavná nervová a synaptická nadbytočnosť (rezerva) tvorí podstatu neuroplasticity. (Greenough, Black a Wallace, 1987)

Rané synaptické prepojenia, ako aj väčšina procesov, ktoré tvoria podstatu dozrievania centrálnej nervovej sústavy, sú geneticky naprogramované, pričom tri štvrtiny vývinu mozgu prebiehajú medzi druhým mesiacom až druhým rokom veku dieťaťa.

Rozlišujeme dva typy synapsií: prvý sa nazýva „synapsie očakávajúce skúsenosť“, ktoré rýchlo proliferujú do všetkých systémov a pripravujú mozog na druho adekvátne skúsenosti. Synaptická aktivácia vedie k jej stabilizácii. Synapsie, ktoré sa v konkrétnom čase nevyužijú, sú „deaktivované“, často nezvratne (Letourneau, 2008). Príklad a praktický následok takéhoto procesu je výskyt amblyopie, t. j. straty zraku jedného oka, tupozrakosti, u neliečených detí do veku štyroch rokov. Mozog eliminuje jeden z dvoch obrazov a následné nedostatočné využívanie jedného oka, ktoré je pri narodení úplne zdravé, počas obdobia plasticity zrakového systému vedie k jeho deaktivácii. Slepota je výsledkom abnormálneho štruktúrovania synaptických vzorcov z dôvodu chýbajúcej aktivácie prostredníctvom skúseností.

Druhý typ prepojenia, ktoré nie je geneticky naprogramované, je tzv. „synapsia závislá od skúseností“. Vzniká prostredníctvom nových aktivít a skúseností, postupov a tiež kompenzáciou po mozgovej lézii (Letourneau, 2008).

Pri dozrievaní nervového systému sú ďalšími dôležitými aspektmi citlivými na stimuláciu proliferácia a migrácia gliálnych buniek (buniek podporujúcich metabolizmus neurónov) a myelinizácia alebo izolácia axónov prostredníctvom ochrannej myelínovej pošvy, ktorá zvyšuje efektívnosť komunikácie medzi neurónmi (Letourneau, 2008). Myelín (izolačná látka tvorená z lipidov a proteínov, zvyšujúca vodivú rýchlosť elektrických impulzov) produkuje špecifický typ gliálnych buniek, tzv. Schwannove bunky. I keď sa proces myelinizácie začína v prenatálnom štádiu a pokračuje do tretej dekády života človeka, výraznejší je v prvom roku života. Zmyslové skúsenosti, stimulácia a vystavenie reči počas prvých rokov života môžu byť určujúce pre synaptogézu, myelinizáciu a neurálnu konektivitu, a tak ovplyvňovať nervový vývin dieťaťa (Volpe, 1995). Rizikové faktory, ako napríklad podvýživa matky počas gravidity a podvýživa dieťaťa, predovšetkým v prvom roku života, môžu zásadným spôsobom ovplyvniť proces myelinizácie mozgu (Volpe, 1995).

Obrázok 1.2 znázorňuje hierarchickú stavbu mozgu zdola nahor, od jednoduchších až po zložitejšie okruhy. Zmyslové dráhy, napríklad dráhy súvisiace s raným zrakom a sluchom, sa vyvíjajú ako prvé, po nich nasledujú rané jazykové zručnosti a neskôr vyššie kognitívne funkcie.

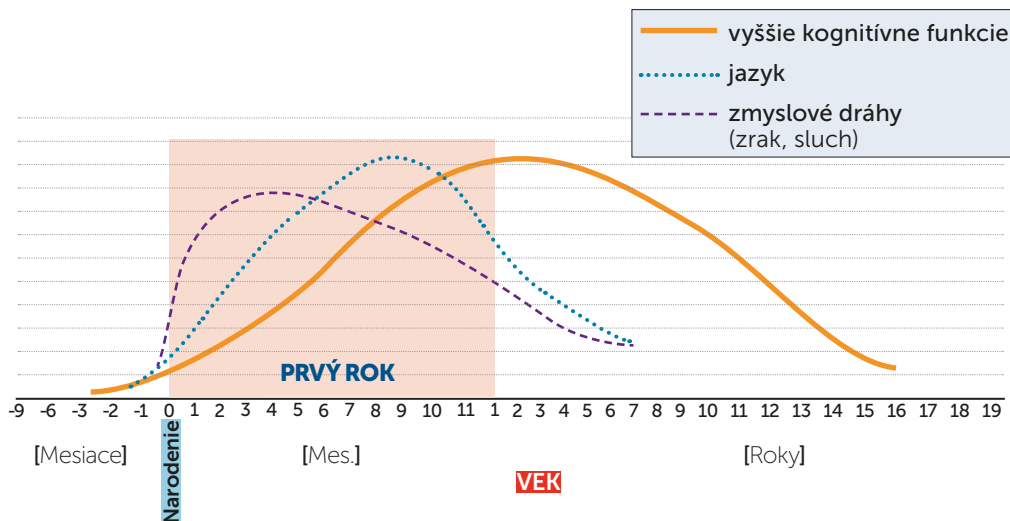
Synaptické
prerezávanie
zvyšuje
efektívnosť
fungovania
mozgu

Neurálne prepojenia proliferujú a miznú podľa geneticky definovaného programu. Nezávisle od toho však typ vytvorených okruhov ovplyvňujú skúsenosti, ktoré určujú, či budú okruhy silné alebo slabé. Mozog nie je nikdy ako „nepopísaná tabuľa“, pretože každá nová zručnosť sa buduje na predchádzajúcej zručnosti (Center on the Developing Child at Harvard University [Centrum pre rozvoj dieťaťa na Harvardskej univerzite], 2015).

Záverom treba podotknúť, že neurálne dozrievanie je mimoriadne komplexný proces. Tvori ho séria geneticky regulovaných, presne naprogramovaných krokov, ktoré však ovplyvňujú intra- a extrauterinálne environmentálne faktory (obrázok 1.2). Skoršie fázy pozostávajú z tvorby a migrácie neurónov a gliálnych buniek, tvorby a stabilizácie synapsií, myelinizácie,

naprogramovanej bunkovej smrti a deaktivácie nadbytočných synapsií. Tento proces sa tiež označuje ako „synaptické prerezávanie“ (Letourneau, 2008).

Obrázok 1.2 Hierarchický vývin mozgu od základných ku komplexnejším okruhom



Zdroj: Nelson, C. (2000). Zdroj: Center on the Developing Child at Harvard University. Core concepts in the science of early childhood development. <http://developingchild.harvard.edu>. Použité so súhlasom autora.

Štúdie na zvieratách

V roku 1947 Donald Hebb zistil, že myši chované ako domáce zvieratá mali lepšie zručnosti pri riešení problémov než myši chované v malých klietkach. Výskum mozgu zvierat chovaných v rôznych prostrediach sa začal realizovať až v 60. rokoch 20. storočia.

Veľa z toho, čo dnes vieme o vplyve skúseností z raného obdobia na architektúru mozgu, sú poznatky získané štúdiami na zvieratách, predovšetkým myšiach a opiciach, zameranými na depriváciu/obohacovanie stimulov na mieste pôvodu.

Mozog zvierat vystavený podnetnému prostrediu bol porovnávaný z funkčného, metabolického a histologického hľadiska s mozgom zvierat žijúcich v deprivovanom prostredí (Krech, Rosenzwei a Bennett, 1960; Rosenzweig, Krech, Bernnet a Diamond, 1962; Altman a Das, 1964; Diamond, Krech a Rosenzweig, 1964).

K hlavným špecifikám mozgu vystaveného podnetnému prostrediu patria:

- hrubšia mozgová kôra s vyšším počtom synapsií (Wallace, Kilman, Withers a Greenough, 1992);
- významný nárast komplexnosti a dĺžky dendritického vetvenia (Kozorovitskiy a kol., 2005);
- zväčšenie synapsií a nárast aktivácie a spotreby energie (Sirevaag a Greenough, 1987);
- vyššia miera vaskularizácie so zvýšenou kapilárnou hustotou a hrúbkou (Borowsky a Collins, 1989);
- vyšší počet a objem gliálnych buniek na neurón a zvýšený počet mitochondrií (bunkových organel produkujúcich energiu) (Diamond a kol., 1966).

Environmentálne manipulačné štúdie na zvieratách pomáhajú porozumieť vplyvu prostredia na vývin

Z behaviorálneho hľadiska je možné konštatovať, že zvieratá chované v podnetnejšom prostredí si rýchlejšie osvojili schopnosť riešiť problémy a vykazovali lepšie spánkové a zdravotné návyky. Okrem toho bola zaznamenaná rýchlejšia biochemická regenerácia mozgu po intenzívnejšej aktivite.

Zvieratá chované v izolácii vykazovali inhibíciu a znížené schopnosti skúmania, slabé spacie návyky a sexuálnu aktivitu, zvláštne správanie a vysokú mieru stresu. Tieto nevhodné vzorce správania bolo ťažké zvrátiť (Anastasiow, 1990; Baroncelli a kol., 2010).

Ďalšie dve relevantné zistenia zo štúdií na zvieratách sú (Greenough, 1978):

1 – vplyv prostredia na mozgové štruktúry bol tým výraznejší, čím mladšie bolo zviera.

2 – zvieratá s chirurgicky navodenými léziami na mozgu sa lepšie zotavili v podnetnom prostredí.

Štúdie na ľuďoch

Zo zjavných dôvodov je výskum na ľuďoch vyžadujúci histologické skúmanie obmedzený. Pitvy realizované po dopravných nehodách však jednoznačne indikujú priamy vzťah medzi úrovňou vzdelania a komplexnosťou dendritických a synaptických sietí (Jacobs, Schall a Scheibel, 1993).

V súčasnosti už vieme, že prvé skúsenosti dieťaťa majú zásadný vplyv na smerovanie jeho budúceho emočného, intelektuálneho a fyzického vývoja. Deti sa vyvíjajú vo vzťahovom prostredí, ktoré sa obyčajne začína vzťahmi v rodine (Moore, 2012).

Proces nadväzovania emočnej väzby medzi dieťaťom a rodinou býva sprostredkovaný nežnou, stimulujúcou a stabilnou interakciou. Tento proces sa zvykne označovať aj ako bezpečná väzba s blízkymi dospelými, obyčajne rodičmi, a vedie k rozvoju empatie, dôvery a zdravia.

Naopak, ochudobnené, zanedbávajúce prostredie, respektíve také, v ktorom dochádza k zneužívaniu, môže spôsobovať ťažkosti pri rozvoji empatie, učení, zvládání emócií alebo vo vývine sociálnych zručností. To môže viesť k zvýšenému riziku problémov s duševným zdravím a vo vzťahoch, k antisociálnemu správaniu a agresivite.

Situácie, keď je dieťa v ranom veku vystavené strachu a stresu, spúšťajú abnormálne neurochemické reakcie prispievajúce k narúšaniu stavby mozgu. Trauma zvyšuje hladinu stresových hormónov, konkrétne kortizolu. To vedie k významnému zníženiu počtu synapsií a k zmenám v časti mozgu súvisiacej s emóciami, pozorovateľným aj na zobrazeniach mozgu. V extrémnych prípadoch je mozog detí vystavených zneužívaniu, resp. násiliu významne menší oproti norme a limbický systém, regulujúci emócie, môže zaznamenať redukciu v rozsahu 20 – 30 % (Perry, 2002; Gunnar a Donzella, 2002).

Obrázok 1.3 jasne ilustruje vplyv zanedbávania na vývin mozgu. Počítačová axiálna tomografia (CAT sken) naľavo zobrazuje mozog zdravého trojročného dieťaťa s obvodom lebky na 50. percentile. Obrázok napravo zobrazuje mozog dieťaťa v rovnakom veku, ktoré bolo v ranom detstve celkovo zanedbávané. Mozog je výrazne menší než priemer pre daný vek a vykazuje abnormálny vývin mozgovej kôry (kortikálnu atrofiu) a ďalšie anomálie naznačujúce abnormálny vývin mozgu (Perry, 2002).

Stres a zneužívanie v ranom veku majú negatívny vplyv na emočný vývin

Obrázok 1.3 Vplyv zanedbávania na vývin mozgu



Zdroj: Perry, B.D. (2002). Childhood experience and the expression of genetic potential: What childhood neglect tells us about nature and nurture. *Brain and Mind* 3: 79-100. Použité so súhlasom autora.

Deti vystavené násiliu a trvalo ohrozujúcemu prostrediu počas prvých rokov života (vystavené tzv. toxickému stresu) vykazujú vyššie hladiny kortizolu a tomu zodpovedajúci nárast aktivity v *locus ceruleus*, mozgovej štruktúre aktivovanej pri ostražitosti a pohotovosti, resp. bdelosti. V neskoršom veku tieto deti reagujú na minimálne hladiny stresu impulzívne, so znepokojením a panickými prejavmi (Perry, Pollard, Blakley, Baker a Vigilante, 1995).

V rámci zdravého vývinu jednotlivca je dôležité naučiť sa narábať s ľahkou a miernou úrovňou stresu. Ak je však reakcia dieťaťa na situáciu vyvolávajúcu stres extrémna, dlhodobá a pokiaľ dieťa nemá podporujúce vzťahy, výsledkom môže byť tzv. toxický stres, ktorý sprevádzajú oslabenie telesných systémov a stavby mozgu a dlhodobé následky na živote dieťaťa (National Scientific Council on the Developing Child [Národná vedecká rada pre vývin dieťaťa, ďalej aj „NSCDC“], 2014).

Ďalšie štúdie objasňujú vplyv prostredia na vývin človeka a jeho správanie. Ide predovšetkým o štúdie realizované v detských domovoch vo východnej Európe v extrémne deprivovanom prostredí s obmedzenými sociálnymi interakciami. Deti vykazovali výrazné oneskorenie v sociálnom a kognitívnom vývine (Kaler a Freeman, 1994). Dvanásť percent z nich, ak boli adoptované po šiestom mesiaci, vykazovalo autistické črty už pred dosiahnutím štvrtého roku života. Lepšie sa zotavovali deti adoptované pred šiestym mesiacom života (Beckett a kol., 2006; Windsor, Glaze a Koga, 2007). V niektorých prípadoch boli zaznamenané závažné rozdiely v mozgových štruktúrach, vrátane prefrontálneho kortexu, amygdaly, hipokampu, temporálneho kortexu a mozgového kmeňa (Chugany a kol., 2001; Eluvathingal a kol., 2006).

Ďalším zdrojom dôkazov o súvislosti medzi prostredím a vývinom centrálného nervového systému je odolnosť mozgu v závislosti od vzdelanostnej úrovne jednotlivca. Početné štúdie ukazujú, že čím viac je človek vystavený kognitívne náročným aktivitám a čím vyššia je jeho vzdelanostná úroveň, tým menej na mozgové funkcie vplyva starnutie (Corral, Rodríguez, Amenedo, Sánchez a Díaz, 2006), demencia (Baroncelli a kol., 2010; Hall a kol., 2007), mozgový infarkt (Elkins a kol., 2006), Alzheimerova choroba (Baroncelli a kol., 2010; Koepsell a kol., 2008; Roe a kol., 2008) a traumatické zranenie (Kesler, Adams, Blasey a Bigler, 2003).

Význam neurobiologického poznania pre včasnú intervenciu

Neurovývinové mechanizmy sú „naformátované“ tak, aby obsiahli široké spektrum skúseností vo vývine mozgových štruktúr. Štúdie na zvieratách túto skutočnosť jednoznačne potvrdzujú a niet dôvodu domnievať sa, že v prípade ľudí, mimoriadne dobre pripravených na adaptáciu a učenie, je mozog menej citlivý na vplyv skúseností.

Stále jednoznačnejšie sa ukazuje, že úspešnosť stratégií včasnej intervencie je do veľkej miery podmienená neurologickou plasticitou. Vzrastá však potreba synergie medzi vývinom v neurovedách a inovatívnou tvorbou verejných politík, práve z dôvodu zlepšovania budúcnosti detí vystavených veľkej nepriazni osudu. (Shonkoff a Levitt, 2010)

Dôkazy v oblasti neurobiológie o vplyve prostredia na vývin a dozrievanie centrálnej nervovej sústavy pripisujú zodpovednosť za zlepšenie životného kontextu detí, ktoré spĺňajú kritériá zaradenia, včasnej intervencii. Prostredie je možné obohacovať podporou rodinám, hlavne rozvíjaním zručností a kompetencií, identifikáciou a koordináciou tých zdrojov v komunite, ktoré reagujú na potreby detí, uvoľňovaním stresu, zlepšovaním stavu a následne interakciou medzi rodičmi a dieťaťom (Shonkoff a Levitt, 2010).

V nasledovnej tabuľke uvádzame niektoré dôvody, z ktorých vyplýva, prečo je včasná intervencia dôležitá:

- 1. Výnimočný vplyv raných skúseností na štruktúru mozgu nás upozorňuje, že z pohľadu neurologického vývinu sú prvé roky života veľkou príležitosťou, no zároveň obdobím veľkej zraniteľnosti;**
- 2. Napriek významu génov neexistuje čosi ako genetická predispozícia, ale skôr dynamická interakcia medzi génmi a prostredím, pričom oba faktory sú zdrojom potenciálu a rastu, ale aj rizík a dysfunkcie;**
- 3. Neuroplasticita a príslušné kritické a citlivé obdobia sa opierajú o neurobiologický základ, ktorý zvyšuje potenciál prostredia generovať zmenu;**
- 4. Rizikové faktory a neurologické poruchy môžu prostredníctvom následného „environmentálneho ochudobnenia“ a výraznej redukcie dostupných skúseností podmieniť ďalšiu dysfunkciu. Napríklad v prípade nekorigovanej nedoslýchavosti dôjde k oneskorenému nadobúdaniu jazykových zručností alebo závažná motorická patológia obmedzí normálnu schopnosť jednotlivca preskúmať prostredie a potenciálne ovplyvní aj iné oblasti vývinu.**

Spôsob konceptualizácie a implementácie včasnej intervencie je z hľadiska pozitívneho prínosu pre deti a rodiny kľúčový. Prirodzený kontext pre učenie, aktivity každodenného života, štandardizované príležitosti, ako aj zapojenie rodín a detí sú jeho kľúčovými a ľahko dostupnými prvkami.

1.2.2. Bioekologický a systémový pohľad na vývin

Pri reflexii vývinu detí so špeciálnymi potrebami alebo s rizikom oneskoreného vývinu treba v prvom rade zohľadniť celkový typ vývinu dieťaťa.

... Kým sa dieťa stane, nezávisí len od dieťaťa samotného, resp. len od jeho zážitkov a skúseností, ale je výsledkom kombinácie jeho individuality a skúseností. Transakčný model vníma dieťa v prostredí, v ktorom dochádza k sociálnym interakciám, ktoré niektoré rané charakteristiky umocňujú a iné zároveň minimalizujú. (Sameroff a Mackenzie, 2003, str. 16)

Prínos vývinových modelov

Mnohí autori konceptualizovali vývinový proces cez ekologickú a bioekologickú perspektívu. Podľa nich práve tieto prístupy začali v 80. rokoch konceptuálne rámcovať postupy včasnej intervencie. Jedným z najrelevantnejších je podľa nás Bronfenbrennerov ekologický model vývinu (1979, 1986), spolu s neskorším bioekologickým modelom (Bronfenbrenner a Morris, 1998, 2007). Hlavný prínos autora spočíva primárne v rozšírení chápania vývinu a vývin ovplyvňujúcich faktorov z interaktívneho procesu medzi dieťaťom a osobami, ktoré sa oň starajú, na široký systém vzájomných vzťahov medzi rôznymi kontextmi, v ktorých sa dieťa a rodina nachádzajú, a v ich usporiadaní do hierarchických a vzájomne prepojených systémov. Bronfenbrenner neskôr model zdokonalil, upozorňujúc na význam biologických, psychologických a behaviorálnych charakteristík osôb, ktoré sa v rámci ekologického systému vyvíjajú, pričom do centra pozornosti dal individuálne vzájomné pôsobenie jednotlivca a jednotlivých častí bezprostredného prostredia a zdôraznil úlohu jednotlivca na formovaní kontextu, na ktorom je účastný.

Ekologické a bioekologické vývojové modely

Ďalším vplyvným autorom v praxi včasnej intervencie je Sameroff. Jeho transakčný model (Sameroff, 1983; Sameroff a Chandler, 1975) navrhuje inovatívnu víziu vývinu. Pripisuje rovnaký význam vplyvu detí na prostredie a vplyvu prostredia na deti, pričom vlastnosti detí môžu byť v ich aktuálnych skúsenostiach určujúce. Výsledky vývinu však nemožno systematicky opísať bez analýzy vplyvov prostredia na deti (Sameroff a Mackenzie, 2003). Sameroff neskôr navrhol zjednotený vývinový model (obrázok 1.4), v ktorom rozličné biologické procesy (súbor prekrývajúcich sa čiernych kruhov) na seba navzájom vplyvujú a spolu s psychologickými procesmi (prekrývajúcimi sa sivými kruhmi), tvoria biopsychosociálny systém jednotlivca. Tento individuálny samoregulačný mechanizmus interaguje s inými regulačnými systémami, ktoré korešpondujú so sociálno-ekologickými kontextmi jednotlivca, predovšetkým rodinou, vzdelávacím kontextom, susedmi, komunitou a geopolitickými súvislosťami, ktoré sa navzájom ovplyvňujú (zobrazené okolitými bielymi kruhmi). Tieto tri súbory navzájom prekrývajúcich sa kruhov predstavujú biopsychosociálne aspekty jednotlivca v kontexte (Sameroff, 2010).

Transakčný model

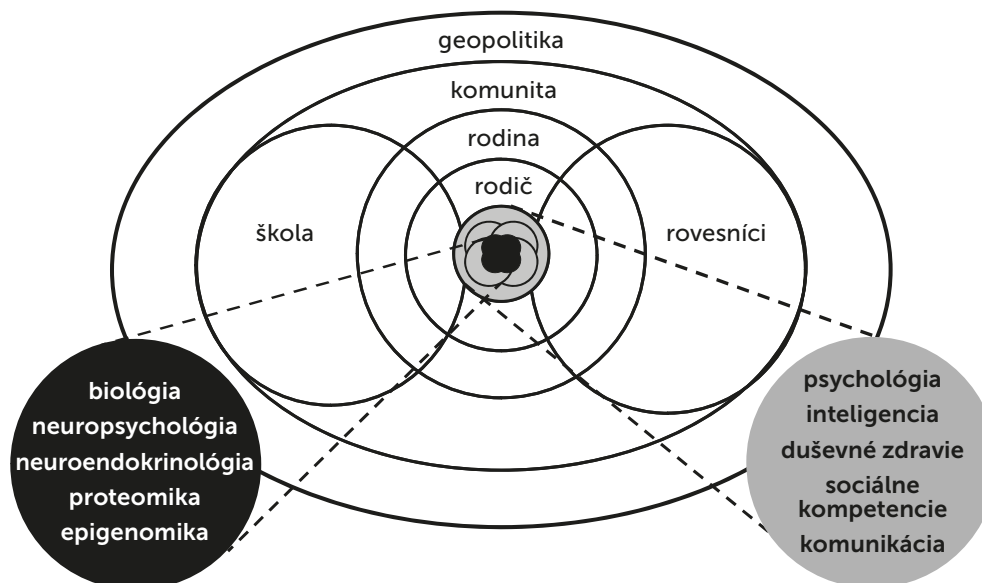
Zjednotený vývojový model

Je preto dôležité porozumieť vzájomným súvislostiam a recipročnej výmene, ku ktorej postupne dochádza medzi jedinečnými a individuálnymi vlastnosťami každého dieťaťa (vrátane napríklad jeho neurobiologických črt) a charakteristikami jednotlivých prostredí, kde dochádza k učeniu, predovšetkým vzťahov vznikajúcich v kontexte života, v ktorom sa dieťa vyvíja.

Vývinové zmeny vo vzťahu medzi dieťaťom a kontextom sa opierajú o dynamický a postupný proces medzi regulačnými mechanizmami nastavovanými zvonka a samoreguláciou, ktorú dieťa postupne nadobúda. (Sameroff, 2010)

Jedným z cieľov včasnej intervencie je podporiť hlavných opatrovateľov dieťaťa a ponúknuť skúsenosti s reguláciou v prirodzenom prostredí, ktoré pomôžu dieťaťu pri posilňovaní jeho vývinu, adaptácie a samoregulačných schopností.

Obrázok 1.4 Ekologicko-biopsychosociálny systém



Zdroj: Sameroff, A. J. (2010). A unified theory of development: A dialectic integration of nature and nurture. *Child development* 81(1), 6-22. Použité so súhlasom autora.

Z praxe vieme, že deti v ranom veku získavajú skúsenosti dôležité pre svoj vývin cez vzájomné kontakty za určitých životných okolností a tým, že sa zapájajú do bežných každodenných činností. Recipročné vzťahy medzi dieťaťom, ľuďmi, objektmi a symbolmi v kontexte každodenného života tvoria ich proximálne procesy, ktoré sú vnímané ako hybná sila v vývinu. Efektivita je dosiahnuteľná, pokiaľ komplexnosť vzťahov narastá a ich prítomnosť je dlhodobá a pravidelná (Bronfenbrenner a Morris, 2007).

Biopsychosociálny prístup a ICF-CY

Pri pohľade na vývin rôznych modelov chápania a prístupov k otázke znevýhodnenia a nespôsobilosti by mal byť v popredí biopsychosociálny model. Nahrádza tradičnú a obmedzenú perspektívu, ktorá sa sústreďuje na nedostatky „v dieťati“ a, ako pri biomedicínskom modeli, zohľadňuje vplyv kontextuálnych, respektíve environmentálnych faktorov.

Biopsychosociálny model prináša konceptuálny rámec, ktorý zohľadňuje a integruje komplexnosť, interaktívny a multidimenzionálny charakter vývinu z biologického, psychologického a sociálneho hľadiska (Felgueiras, 2009; Svetová zdravotnícka organizácia [WHO], Panamerická zdravotnícka organizácia [PAHO] 2004; Simeonsson, Sauer-Lee, Granlund a Björck-Åkesson, 2010).

Svetová zdravotnícka organizácia pôvodne uplatňovala túto paradigmu v rámci Medzinárodnej klasifikácie funkčnej schopnosti, dizability a zdravia, po ktorej v roku 2007 bola zverejnená jej odvodená verzia pre deti a mládež¹ (WHO, 2007). Biopsychosociálny model je interaktívny, funkčný a integrovaný model, ktorý pristupuje k funkčnej schopnosti (pozitívne aspekty) a dizabilite (negatívne aspekty) ako ku kontinuu, pričom tieto aspekty sú výsledkom vzájomných vzťahov medzi rôznymi dimenziami jednotlivca (funkčné a telesné štruktúry, činnosti a participácia) a prostredím (environmentálne faktory) (Felgueiras, 2009; OMS, OPS, 2004).

Na základe uvedených základných konceptov formulovaných biopsychosociálnym a ekologickým prístupom k vývinu (Bronfenbrenner a Morris, 2007; Sameroff, 2010), navrhuje

¹ Medzinárodná klasifikácia funkčnej schopnosti, dizability a zdravia, verzia deti a mladí ľudia: ICF-CY

Svetová zdravotnícka organizácia nový spôsob uplatňovania rôznych dimenzií súvisiacich s vývinom, pričom kladie špeciálny dôraz na environmentálne faktory a participáciu, ktoré umožnia zmapovať procesy evaluácie a intervencie.

Medzinárodná klasifikácia funkčnej schopnosti, dizability a zdravia vo verzii pre deti a mládež (ICF-CY) predstavuje zjednocujúci referenčný rámec, ktorý umožňuje opísať vplyv kontextu na funkčné spôsobilosti detí. Práve vďaka tomu klasifikácia významne prispieva k včasnej intervencii. ICF-CY neumožňuje klasifikáciu detí a stanovovanie diagnóz alebo etiologických záverov, no umožňuje z transdisciplinárneho hľadiska holisticky a interaktívne (Felgueiras, 2009; Rosário, Leal, Pinto a Simeonsson, 2009):

- registrovať funkčné a participačné profily detí na základe ich charakteristík v rôznych oblastiach a životných skúsenostiach (funkčné a telesné štruktúry, aktivity a participácia);
- identifikovať fyzické, sociálne a postojoyé charakteristiky ich okolia (environmentálne faktory) ako facilitátory alebo bariéry participácie a inklúzie dieťaťa.

Kľúčové princípy vývinu

Zámerom tejto kapitoly je pochopiť určujúcu rolu raného vývinu a vzájomnú závislosť medzi biologickými a environmentálnymi faktormi. Sústredí sa na hlavné dôvody, pre ktoré je intervencia potrebná hneď, ako nastane rušivá situácia, alebo v prípade rizika narušenia vývinu vzhľadom na environmentálne alebo sociálne dôvody.

V rámci Výboru pre integrovaný prístup v oblasti raného vývinu detí (Committee on Integrating the Science of Early Childhood Development, USA), poskytujú Shonkoff a Phillips (2000) širokú škálu dôkazov a poznatkov o súvislosti medzi raným vývinom a včasnou intervenciou. Autori zdôrazňujú význam permanentných vzájomných reakcií medzi biologickými a environmentálnymi faktormi a vymenúvajú 10 kľúčových princípov vývinu.

Kľúčové princípy vývinu

1. Ľudský vývin je dôsledkom stáleho a dynamického vzájomného pôsobenia biológie a skúseností.
2. Kultúra ovplyvňuje všetky aspekty vývinu človeka a odzrkadľuje sa v názoroch a názoroch detí a vzdelávacích postupoch zameraných na zdravú adaptáciu.
3. Vývin samoregulácie je základom raného vývinu dieťaťa, pričom samoregulácia je prítomná vo všetkých behaviorálnych oblastiach.
4. Deti sú aktívnymi účastníkmi vlastného vývinu a odzrkadľujú prirodzenú ľudskú tendenciu preskúmať a zvládať svoje prostredie.
5. Medziľudské vzťahy a ich vplyv na vzťahy sú základom zdravého vývinu.
6. Rozmanitosť individuálnych rozdielov medzi deťmi často komplikuje rozlišovanie medzi normálnymi odchýlkami a oneskorením dozrievania, transakčnými zmenami alebo určenými znevýhodneniami.
7. Vývin dieťaťa je individuálny a dá sa charakterizovať plynulosťou a prerušeniami, ako aj sériou významných premien, resp. zvrátov.
8. Pre vývin človeka je typická neustála interakcia medzi faktormi zraniteľnosti a odolnosti.

9. Obdobie nadobúdania raných skúsenosti môže byť dôležité, no dieťa v procese vývinu je často citlivé na riziká a otvorené voči ochranným vplyvom počas prvých rokov života, aj počas dospelosti.
10. Smerovanie vývinu možno v prvých rokoch ovplyvniť efektívnymi intervenciami, ktoré zmenia rovnováhu medzi rizikom a ochranou, čím ovplyvnia pravdepodobnosť v prospech adaptívnejších výsledkov.

(Shonkoff a Phillips 2000, str. 23 – 32)

Tieto princípy predstavujú základy vedy o ranom vývine a zásadne ovplyvňujú súčasné postupy včasnej intervencie.

Aké podmienky sú však potrebné nato, aby bol proces učenia a vývinu pozitívny? Ako upozorňuje Moore (2012), v tomto momente sa treba zamerať na dva kľúčové, navzájom súvisiace aspekty:

- a. prostredie podporujúce učenie v ranom veku;
- b. kľúčová úloha vzťahov.

Posilňovanie prostredia podporujúceho učenie v ranom veku

Význam kontextu alebo prostredia, v ktorom dochádza k vývinu, je teda neodškriepiteľný. Nato, aby sa posilnil vývin dieťaťa a predišlo sa množstvu problémov, sa dôležité skúsenosti spojené s učením musia odohrávať vo vhodnom prostredí – vo výsledku by sme sa mali zamerať na presadzovanie a budovanie prostredia² vhodného na vývin všetkých detí (Biglan, Flay, Embry a Shandler, 2012).

Ako upozorňoval Moore (2012) v revízii literatúry zameranej na ciele, opodstatnenie a efektívnosť postupov včasnej intervencie, opätovne podčiarkujúc význam vhodných intervencií treba zdôrazniť niektoré dôležité otázky, ktoré sa týkajú prostredia a raného učenia.

Vývin a rané skúsenosti

- Človek sa učí od narodenia (Shonkoff a Phillips, 2000) a kompetencie sa vyvíjajú kumulatívne, čím tvoria základ ďalšieho vývinu (Cunha a Heckman, 2006);
- Deti si potrebujú opakovane precvičovať funkčné kompetencie v kontexte bežného života – správanie a fungovanie detí v určitom momente väčšmi ovplyvňuje ich bezprostredné sociálne a fyzické prostredie než ich predchádzajúce skúsenosti (van IJzendoorn a Juffer, 2006);
- Vieme však, že charakteristika prostredia, v ktorom sa deti nachádzajú, sa obyčajne nemení, t. j. je veľmi pravdepodobné, že rovnováha medzi rizikovými a ochrannými faktormi ostáva rovnaká (Sameroff, 2009);
- Ak je dieťa dohodobo vystavené negatívnemu prostrediu, môže to mať dlhodobý škodlivý účinok na jeho vývin a učenie (Sameroff, 2009).

Viacerí z uvedených autorov zdôrazňujú vysokú interaktivitu medzi vývinom dieťaťa/jeho učením a významom raných skúseností, ktoré neskôr vytvoria základ celkového vývinového procesu. Je preto kľúčové zohľadňovať pozitívne alebo negatívne vplyvy priaznivého alebo

² Prostredie vhodné na vývin definujeme ako kontexty, ktoré sú zároveň vhodné z pohľadu typu detí a ich vývinovej fázy.

nepriaznivého kontextu na vývin. Nárast biologických alebo environmentálnych rizikových faktorov zvyšuje pravdepodobnosť potenciálnych problémov, existencia ochranných faktorov ich pravdepodobnosť zasa znižuje. Spomínané typy rizikových faktorov sa môžu vyskytovať dočasne alebo môžu pretrvávať, čo rôznym spôsobom ovplyvňuje vývin dieťaťa. Gabarino a Ganzel (2000) zdôrazňujú negatívny vplyv environmentálnych rizikových faktorov, ktoré generujú sociálnu toxicitu vyplývajúcu okrem iného aj zo sociálnych a ekonomických nerovností, nezamestnanosti a škodlivého vplyvu médií legitimizujúcich násilie alebo rasizmus. Ďalšou príčinou je obmedzená sociálna podpora.

Treba však zdôrazniť, že samostatný vplyv predovšetkým biologických rizikových faktorov nie je rozhodujúci. Životný priestor dieťaťa (rodina, kontext vzdelávania a komunita) charakterizuje vzájomné pôsobenie a kombinovaný účinok stresových a ochranných faktorov, a práve ich pôsobenie má určujúci vplyv na proces vývinu (Guralnick, 2005, 2013; Shonkoff a Phillips, 2000). Pozitívny štart do života sám osebe teda nie je zárukou harmonického vývinu a opačná situácia nemusí nevyhnutne viesť k zmenám v ňom. Počas intervencie preto treba venovať náležitú pozornosť dynamickému procesu medzi uvedenými faktormi, podporovať posilňovanie pozitívnych ochranných faktorov a snažiť sa minimalizovať vplyv rizikových faktorov.

Kľúčová úloha vzťahov

Ako už bolo spomenuté, k vývinu dochádza na základe vzájomného pôsobenia rozličných procesov v rôznych životných situáciách. Kľúčová úloha vzťahov, ako zdôrazňuje Moore (2012), je zreteľnejšia v ranom veku dieťaťa.

Kľúčová úloha vzťahov

- Podľa súčasných poznatkov o neurologickej plasticite v ranom veku môžu vzťahy modifikovať štruktúru aj fungovanie mozgu (Greenough, Black a Wallace, 1987; Letourneau, 2008);
- Úloha externého prostredia, predovšetkým úloha vzťahov s dospelými, je mimoriadne dôležitá, pretože deti ešte nemajú dostatočne vyvinutú kapacitu regulovať svoje správanie na základe vlastného uvažovania a zámerov (Siegel, 1999 citované v: Moore, 2012);
- Citlivé a responzívne vzťahy, ako aj pozitívna väzba s dospelými zohrávajú kľúčovú úlohu v zdravom vývine detí na rôznych úrovniach: neuropsychologickej a psychologickkej, pričom na druhej strane neadekvátne, zanedbávajúce vzťahy a neisté väzby môžu negatívne ovplyvňovať zdravie, vývin, a dokonca aj prežitie detí (NSCDC, 2008, 2010; Richter, 2004).

Ako sme sa už mali možnosť presvedčiť a ako potvrdzuje aj výskum predovšetkým v oblasti neurovedy, sociálnych a behaviorálnych vied, rané skúsenosti a vysoko interaktívny vplyv genetických a environmentálnych faktorov zohrávajú dôležitú úlohu pri vývine mozgu a ľudského správania. Rané vzťahy sú zároveň dôležité aj ako zdroj ochrany a prispôbovania alebo zdroj rizika a dysfunkčnosti (Shonkoff a Phillips, 2000).

Aktívna súčasť týchto skúseností sa opisuje ako vzájomná interakcia medzi dieťaťom a jeho opatrovateľom. Keď sú osoby poskytujúce starostlivosť citlivé a reagujú na signály, ktoré dieťa vysiela, ponúkajú bohatý kontext pre vývin. Existujú však niektoré faktory, napr. depresia matky, ktoré môžu narušiť schopnosť opatrovateľa (systematicky a pravidelne)

**Pozitívne
a rýchle
reakcie medzi
dieťaťom a jeho
opatrovateľom**

ponúkať dieťaťu tieto príležitosti a skúsenosti, a tým nedôjde k riadnemu vytvoreniu prepojení v mozgu. Depresia matky je vzhľadom na jej častý výskyt veľmi znepokojujúca – približne 10 až 20 % matiek môže niekedy v živote zažívať depresiu. Jedno z jedenástich detí čelí situácii, keď je matka v prvom roku života dieťaťa výrazne depresívna, pričom v prípade matiek s predchádzajúcou históriou depresie alebo tých, ktoré sú vystavené ďalším stresujúcim faktorom, napr. finančným ťažkostiam alebo sociálnej izolácii, je toto percento vyššie (CDCHU, 2009). Depresia je obzvlášť prítomná aj v socioekonomicky znevýhodnených skupinách a v domácnostiach, ktoré sa nachádzajú pod hranicou chudoby (CDCHU, 2009), štvrtina matiek malých detí môže zažívať mierne až silné príznaky depresie. Iba 15 % matiek je odporúčaných do rúk odborníkov, respektíve má k takejto starostlivosti prístup. V rámci sledovania duševného zdravia matiek malých detí si táto téma preto rozhodne zasluhuje zvláštnu pozornosť.

Pri prevencii je nevyhnutné zohľadňovať všetky spomínané faktory, špeciálne v prípade zraniteľnejších detí a rodín, pretože, ako hovoria Shonkoff a Phillips (2000), prenatálne zdravie, starostlivosť a sledovanie vývinu dieťaťa v raných rokoch je obvyčajne nedostatočnejšie v prípade ľudí žijúcich v rizikových prostrediach, čo zvyšuje pravdepodobnosť oneskoreného vývinu či dokonca znevýhodnenia (postihnutia) v tejto populácii.

Ako prebieha vývin a učenie detí so špeciálnymi potrebami alebo detí, u ktorých je riziko vývinového oneskorenia?

Moore (2012) zdôrazňuje, že úloha prostredia, v ktorom dochádza k učeniu v ranom veku, a vzťahov je u týchto detí ešte podstatnejšia.

Úloha vzťahov a prostredia podporujúceho učenie

- Aj keď deti so špeciálnymi potrebami alebo ohrozené deti majú rovnaké potreby ako deti so štandardným vývinom, kvalita vzťahov, predovšetkým väzba, zapojenie a rezpozivita, sú pre ich vývin mimoriadne dôležité, pretože vzhľadom na povahu ich problému môžu pribudnúť dodatočné ťažkosti.
- Deti so špeciálnymi potrebami alebo v deti ohrození môžu iniciovať vzájomné väzby zriedkavejšie, respektíve môžu vysielat menej čitateľné alebo len nepatrné, ťažšie interpretovateľné signály. V snahe o kompenzáciu tohto správania majú niektorí rodičia a učitelia predškolských zariadení tendenciu s deťmi nadväzovať kontakt direktívnejším spôsobom; iní zas volia vrúcne a vnímavé interakcie s cieľom posilniť pozitívnu emočnú atmosféru a povzbudiť reakcie dieťaťa.
- Rozhodujúcim cieľom včasnej intervencie je podporiť rodičov, aby sa stali dobrými pozorovateľmi dieťaťa, vedeli rozoznávať spomínané signály a podnety detí a adekvátne na ne reagovať, čím by vytvorili bezpečnú väzbu.

Deti, ktorých vývin ovplyvňujú environmentálne a/alebo biologické riziká, potrebujú zo svojho prostredia získať dodatočnú mieru podpory a obohatenia. Treba im poskytovať dodatočnú starostlivosť, ochranu a podporu podľa ich potrieb, aby sa zamedzilo alebo redukovalo potenciálne znevýhodnenie/ zdravotné postihnutie alebo oneskorenie vo vývine (Simeonsson, 2009). Prístup k vhodnej zdravotnej starostlivosti a k vzdelaniu je podľa definície Dohovoru o právach dieťaťa základným právom každého dieťaťa (UNICEF, 1989).

Systemový vývinový prístup

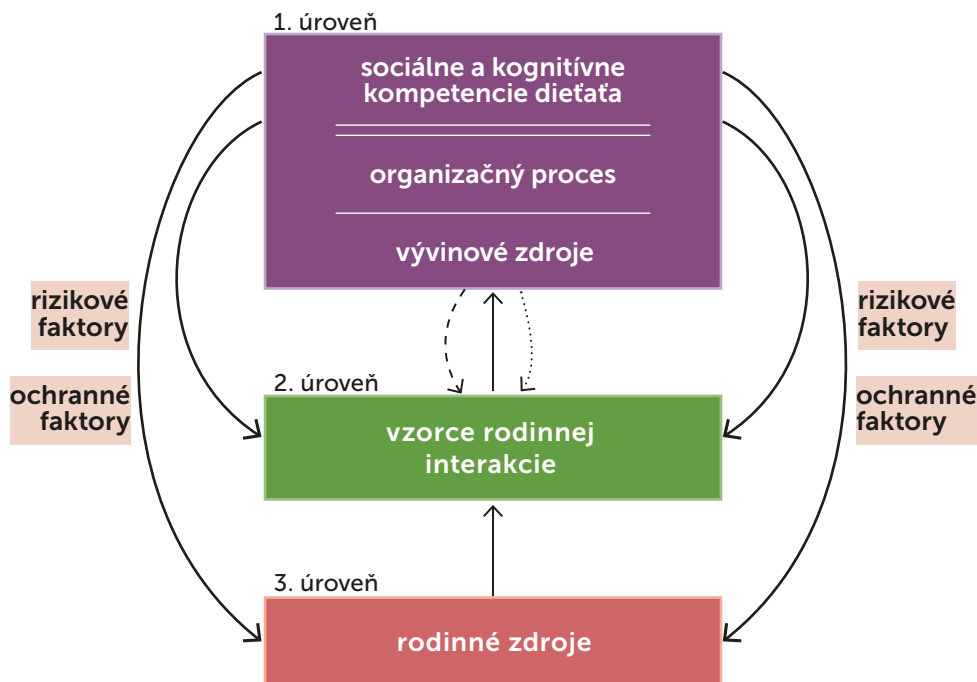
Systemové vízie na jednej strane zásadne prispeli k pochopeniu mechanizmov, o ktoré sa opiera včasná intervencia, vplyvu na úrovni rodiny, jednotlivca a spoločnosti, a zároveň pomohli zdefinovať usmernenia, na ktorých sa v súčasnosti zhoduje medzinárodné spoločenstvo a ktoré zvýšili mieru konzistentnosti a efektívnosti uplatňovania včasnej intervencie. Potenciálne väčším prínosom systémových modelov, ako v prípade systémového vývinového prístupu k včasnej intervencii prezentuje Guralnick, je dôraz na ústrednú úlohu rodiny vo vývinovom procese a na poznanie intervenčných vied v rámci komplexného, pevného a dobre zadaného koncepčného modelu integrujúceho vedecké poznanie o štandardnom vývine, vývinovom zameraní na riziká a znevýhodnení (Guralnick, 1998, 2005, 2008, 2011). Tento rámcový model umožňuje pochopiť súvislosť medzi skúsenosťami previazanými s prostredím a procesmi kľúčovými z hľadiska vývinu dieťaťa a spôsobu ich fungovania tak, aby bolo možné vývin dieťaťa ovplyvniť.

Obrázok 1.5 ponúka vizualizáciu vzájomných vzťahov medzi rôznymi časťami a tromi úrovňami systému (úroveň organizačných procesov a vývinových zdrojov dieťaťa, úroveň vzájomných rodinných vzťahov a úroveň rodinných zdrojov) a recipročný vplyv príslušných rizikových a ochranných faktorov, ktoré spolu prispievajú ku kognitívnym a sociálnym kompetenciám.

Vzájomné vzťahy medzi tromi úrovňami:

- vývinové procesy dieťaťa a zdroje;
- vzorce interakcií v rámci rodiny;
- rodinné zdroje.

Obrázok 1.5 Tri úrovne systémového vývinového prístupu, ich vzájomné pôsobenie, recipročný vplyv a účinok rizikových a ochranných faktorov



Zdroj: Guralnick, M. J. (2011). Why early intervention works? A systems perspective. *Infants & young children*, 24(1), 6-28. Použité so súhlasom autora.

Keď použijeme systémový vývinový prístup ako referenčný rámec, podľa Guralnicka (2011, str. 9) je hlavnou úlohou včasnej intervencie: „(...) vytvoriť a obnoviť vzorce vzájomného pôsobenia v rodine s cieľom dosiahnuť maximálnu pozitívnu úroveň týchto interakcií.“

1.2.3. Včasná intervencia: otázka práv

Ludské práva a špecificky práva detí predstavujú filozofický rámec včasnej intervencie a potvrdzujú právo každej ľudskej bytosti na neobmedzený prístup k rôznym prostrediam a zmysluplnú účasť na spoločnosti; sú základom, ktorého podstatou sú hodnoty a dôstojnosť každej ľudskej bytosti (Simeonsson, 2009).

Princípy uvedených práv sú zadané vo viacerých dohovoroch, legislatívnych dokumentoch a vyhláškach ako: dobročinnosť, dobroprajnosť, sociálna spravodlivosť, integrita a autonómnosť (Simeonsson, 2009). Vzhľadom na ich osobitý význam, považujeme za dôležité upozorniť na Dohovor o právach dieťaťa (UNICEF, 1989) a Dohovor o právach osôb so zdravotným postihnutím (Organizácia spojených národov, OSN, 2009).

Tieto dva dohovory, ktoré Portugalsko ratifikovalo spolu s desiatkami ďalších krajín, sa prekrývajú v snahe posilniť rovnosť príležitostí a rovnosť a garanciu práv detí so zdravotným postihnutím.

Dohovor o právach dieťaťa stanovuje okrem všeobecných práv spoločných pre všetky deti v čl. 23 špecifické práva detí so špeciálnymi potrebami alebo deti v ohrození a v 2. časti definuje ochranu pred diskrimináciou detí so zdravotným postihnutím.

Článok 23 (body 1 a 2)

... duševne alebo telesne postihnuté dieťa má požívať plný a riadny život v podmienkach zabezpečujúcich dôstojnosť, podporujúcich sebadôveru a umožňujúcich aktívnu účasť dieťaťa v spoločnosti;

... uznávajú právo postihnutého dieťaťa na osobitnú starostlivosť ... a ... pomoc zodpovedajúcu stavu dieťaťa a situácii rodičov alebo iných osôb, ktoré sa o dieťa starajú (body 1 a 2);

... pomoc ... sa poskytuje podľa možnosti bezplatne, s ohľadom na finančné zdroje rodičov alebo iných osôb, ktoré sa o dieťa starajú ...

... je určená za zabezpečenie účinného prístupu ... k ... zdravotnej starostlivosti, rehabilitačnej starostlivosti, príprave na zamestnanie a odpočinok, a to spôsobom vedúcim k dosiahnutiu čo najväčšieho zapojenia dieťaťa do spoločnosti a čo najvyššieho stupňa rozvoja jeho osobnosti, včítane jeho kultúrneho a duchovného rozvoja.

(Dohovor o právach dieťaťa)

Dohovor o právach osôb so zdravotným postihnutím nevytvára nové práva, ale potvrdzuje už udelené práva, pripomínajúc povinnosti zmluvných štátov tak, ako v prípade čl. 7, ktorý je špecificky zameraný na deti.

Článok 7

Deti so zdravotným postihnutím

1. Zmluvné strany prijímú všetky nevyhnutné opatrenia, ktorými zabezpečia deťom so zdravotným postihnutím plné využívanie všetkých ľudských práv a základných slobôd na rovnakom základe s ostatnými deťmi;

2. Prvoradým hľadiskom pri každej činnosti týkajúcej sa detí so zdravotným postihnutím je najlepší záujem dieťaťa;
3. Zmluvné strany zabezpečia deťom so zdravotným postihnutím na rovnakom základe s ostatnými deťmi právo slobodne vyjadrovať svoje názory vo všetkých záležitostiach, ktoré sa ich dotýkajú, pričom sa ich názorom musí venovať náležitá pozornosť, zodpovedajúca ich veku a zrelosti, a v záujme uplatňovania tohto práva im poskytujú pomoc primeranú ich veku a zdravotnému postihnutiu.

(Dohovor o právach osôb so zdravotným postihnutím)

Okrem princípov a práv určených týmto dohovorom sú zafinované určité postupy a spôsoby na ich implementáciu. Práve tento krok bol označený za veľmi prínosný. Niektoré články rámcujú a stanovujú včasnú intervenciu ako právo, predovšetkým články zamerané na rodinu (čl. 23), vzdelávanie (čl. 24), zdravie (čl. 25), habilitáciu a rehabilitáciu (čl. 26), a majú nesmierny význam pri zaručení práv zraniteľnejších detí.

Spolu s ekonomickým a sociálnym vývojom obyvateľstva považuje investíciu do prvých rokov života za prioritu aj vedecká komunita a rôzne medzinárodné organizácie zamerané na presadzovanie práv (Britto, Yoshikawa, Van Ravens, Ponguta, Oh, Dimaya a Seder, 2013; Heckman, 2006, 2015; Organizácia pre hospodársku spoluprácu a rozvoj [OECD], 2009; Shonkoff, 2010; UNESCO, 2009; UNICEF, 2014).

Vo svojej správe o kvalite života detí pod názvom *Doing Better for Children* Organizácia pre hospodársku spoluprácu a rozvoj (OECD) uvádza: „Väčšina krajín OECD sa sústreďuje na investície do povinného školského vzdelávania (...), pričom by vlády mali viac investovať do skorších fáz života detí, s cieľom zmenšiť sociálne nerovnosti a pomôcť všetkým deťom, obzvlášť tým najzraniteľnejším, aby mohli žiť šťastnejšie (...)“ (OECD, 2009).

Podľa Heckmana (2006) sú investície do vývinu dieťaťa počas prvých rokov života ekonomicky efektívnou politikou s veľkou mierou návratnosti v budúcnosti. Tiež dodáva, že verejné politiky presadzujúce sociálnu rovnosť a spravodlivosť, ktoré sú zároveň produktívne aj z ekonomického hľadiska, sú zriedkavé. Investovať do sociálne a ekonomicky znevýhodnených detí počas ich prvých rokov života je presne tento typ opatrenia. Investície do programov včasnej intervencie pre spomínané deti garantujú ekonomickú návratnosť vo výške 15 – 17 % (Heckman, 2006).

Americká akadémia pediatriov (Glascoe a Shapiro, 2006) tiež zdôrazňuje, že každý dolár investovaný do programov včasnej intervencie prináša úsporu spoločnosti vo výške sedem dolárov.

O niečo neskôr Heckman (2015) dokonca prezentoval rovnicu zameranú na „vyprodukovanie“ schopnejších, kompetentnejších a produktívnejších občanov.

- Vyššie investície do zdrojov posilňujúcich vývin a vzdelávanie znevýhodnených rodín so zámerom podporiť rovnosť prístupu k úspešnému vývinu jednotlivcov.
- Lepší vývin kompetencií v ranom veku.
- Vyššia udržateľnosť, udržanie prínosov raného vývinu cez efektívne a kontinuálne vzdelávanie až do dospelosti.

1.3. Ciele včasnej intervencie a prax

Ciele včasnej intervencie jednoznačne a priamo súvisia s východiskovými teoretickými modelmi a filozofiou, čo sa následne odzrkadľuje v očakávanej úlohe a výkone odborníkov, úlohe a účasti rodín, individualizovanom plánovaní a intervenčných procesoch s rodinou a dieťaťom i spôsoboch, akým sú služby a zdroje štruktúrované.

Zo súčasného vnímania včasnej intervencie ako prístupu zameraného na rodinu (Dunst, 2012) a Moore (2012) vyplýva, že všeobecným cieľom včasnej intervencie je zabezpečiť, aby rodičia alebo opatrovatelia dieťaťa „boli schopní deťom s vývinovými zmenami alebo oneskorením ponúknuť také vývinové príležitosti a skúsenosti, ktoré prehĺbia získavanie a využívanie kompetencií, umožňujúce im principiálne sa zúčastňovať na kľúčových oblastiach a kontextoch v ich živote“³ (str. 13).

Už v roku 1992 Bailey s Wolerym zadefinovali sedem cieľov včasnej intervencie v súlade so širokým zameraním a integrovanou víziou včasnej intervencie, predovšetkým víziou intervencie zameranej na rodinu.

Ciele včasnej intervencie

1. podporiť rodiny pri dosahovaní ich vlastných cieľov;
2. posilniť zapájanie, nezávislosť a schopnosti detí;
3. posilniť vývin v kľúčových oblastiach;
4. vybudovať a podporiť sociálne zručnosti detí;
5. posilniť zovšeobecnené využívanie zručností;
6. vytvárať normalizované skúsenosti a pripravovať na ne;
7. predchádzať vzniku budúcich problémov alebo znevýhodnení.

(Bailey a Wolery, 1992, str. 35)

Prvý cieľ, podpora rodiny, je hlavným cieľom včasnej intervencie, keďže práve ona môže byť určujúcim faktorom pri dosahovaní zvyšných cieľov, t. j. obohacujúcich skúseností a nových zručností, ktoré rodiny alebo iní hlavní opatrovatelia budú upevňovať v deťoch.

Keď hovoríme o cieľoch intervencie, otvára sa zásadná otázka jej zamýšľaných výstupov.

Zatiaľ čo medzi prvotné ciele včasnej intervencie a jej implementácie patrí zohľadnenie dôkazov o tom, ako sa deti učia, o význame prirodzeného prostredia, bežných návykov a relevantnej úlohy rodín a hlavných opatrovateľov, nesmieme zabúdať na konečný cieľ včasnej intervencie, a to posilniť funkčné schopnosti, ktoré deti s ťažkosťami vo vývine potrebujú na zmysluplné zapojenie sa do bežného prostredia a na zvýšenie kvality života.

Podľa Moora (2012, str. 2):

Zmysluplná účasť je hnacou silou vývinu a kľúčom k dosiahnutiu skutočného zmyslu, spolupatričnosti a uspokojivej kvality života.

³ Pojem „prostredie“ sa vzťahuje na vzájomné pôsobenie, skúsenosti a príležitosti na učenie, ktoré predovšetkým vytvára fyzické a sociálne prostredie (Moore, 2012).

Ako uvidíme v nasledujúcich kapitolách, táto rekonceptualizácia opodstatnenia a cieľov včasnej intervencie ovplyvňuje vzdelávanie a rozvoj odborných profesií, verejnú politiku, financovanie a spôsob štruktúrovania služieb a tímov. Zároveň zásadným spôsobom ovplyvňuje intervenciu v rodine.

Ako zdôrazňujú výskumné a evaluačné štúdie skúmajúce programy včasnej intervencie, v súčasnosti je považovaná za opatrenie s ďalekosiahlymi ekonomickými a sociálnymi dosahmi, ktoré môžu predchádzať vzniku a/alebo zmierniť vplyv primárnych a sekundárnych podmienok poškodzujúcich vývin a kvalitu života detí v ranom veku (so znevýhodnením či postihnutím, nedostatočnou kapacitou alebo vo vysoko rizikových situáciách) a ich rodín.

Včasná intervencia sa preto stáva čoraz väčším predmetom záujmu ako prierezové opatrenie verejnej politiky zamerané na posilnenie práv detí a rodín a ich sociálnu inklúziu. Upozorňujú na to aj kľúčové odporúčania a usmernenia viacerých medzinárodných organizácií.

Je zrejmé, že intervenčné programy nebudú úspešné, pokiaľ sa úsilie zameria len na dieťa. Preto je veľmi dôležité venovať pozornosť ekologickým faktorom, v ktorých deti a ich rodiny žijú, a prispieť k ich zmene tak, aby sa posilnili existujúce zručnosti detí a ich rodín (Sameroff a Fiese, 2000). Ide o psychobioekologický a holistický prístup k včasnej intervencii, ktorého súčasťou sú nasledovné postupy odporúčané na medzinárodnej úrovni:

- intervencie zamerané na rodinu, založené na bežnej praxi;
- intervencie v prirodzenom prostredí, v ktorom dochádza k učeniu;
- tímová práca, podľa možnosti transdisciplinárna;
- koordinácia a integrácia služieb a zdrojov.

Tieto postupy vychádzajú z holistickej a integrovanej vízie vývinu. Zdôrazňujú v prvom rade prirodzený kontext detí a rodín, pričom rátajú s aktívnou úlohou opatrovateľov a novými rolami poskytovateľov služieb.

Pri opise poslania včasnej intervencie zdôrazňuje pracovná skupina *Princípy a postupy v prirodzenom prostredí* (Workgroup on Principles and Practices in Natural Environments, 2008) potrebu poskytovať podporu a zdroje, aby bolo možné pomôcť rodinám a iným osobám poskytujúcim starostlivosť v ich každodenných príležitostiach na učenie. Z tohto hľadiska je včasná intervencia v súčasnosti uznávaná ako podporná modalita orientovaná na dve generácie.

Vplyvom ekosystémových (Bronfenbrenner, 1979; Bronfenbrenner a Morris, 1998) a transakčných modelov vývinu (Sameroff a Fiese, 2000) sa štruktúrovanie včasnej intervencie rozvinulo od interservisného, spolupracujúceho systému pozostávajúceho z transdisciplinárnych tímov smerom k integrovaným a širokospektrálnym programom, kde hlavnú úlohu zohráva zmysluplná účasť rodín a komunit (Almeida, 2002; Felgueiras a kol., 2006).



STRUČNÉ ZHRNUTIE

Na základe stanovísk prezentovaných Moorom (2012) môžeme konštatovať, že včasná intervencia čelí nasledovným aktuálnym kľúčovým výzvam:

- Ako rozvíjať kompetencie dieťaťa?
- Ako rozvíjať kompetencie rodiny?
- Ako rozvíjať kompetencie spoločné pre služby a inštitúcie včasnej intervencie (jasle, predškolské zariadenia, atď.)?
- Ako budovať kompetencie v tímoch a službách včasnej intervencie?

Včasná intervencia v Portugalsku: v nepretržitom vývoji

2. KAPITOLA

2.1. Od začiatkov k národnému systému včasnej intervencie (SNIPI)

Rozvoj oblasti včasnej intervencie v Portugalsku vo všeobecnosti súvisí so vznikom rôznych typov podpory detí vo veku do 6 rokov, predovšetkým určenej deťom so špeciálnymi vzdelávacími potrebami. Jej vývin bezpochyby predurčilo aj formovanie legislatívy v oblasti zdravotnej starostlivosti, vzdelávania a sociálnych politík (Bairrão, 2001).

Portugalské ministerstvo zdravotníctva, ktoré vzniklo v roku 1958, presadilo vznik jasíel a materských škôl až koncom 60. rokov v snahe reagovať na napredujúcu industrializáciu a rastúcu zamestnanosť žien. Potom nasledovali služby starostlivosti o deti do šiestich rokov rodinného typu (Mendes, Neves a Guedes, 2000).

Predškolské vzdelávanie sa stalo integrálnou súčasťou verejného vzdelávacieho systému v pôsobnosti ministerstva školstva až v roku 1973 (Zákon č. 5/73 z 25. júla). K výraznému posilneniu došlo po tzv. Klinčekovej revolúcii 25. apríla 1974. V rokoch 1995 – 96 táto tendencia začala ešte väčšmi silnieť a sieť predškolského vzdelávania zaznamenala rozmach.

V oblasti špeciálneho vzdelávania silnelo hnutie podporujúce inklúziu a významné bolo prijatie Salamanskej deklarácie (Salamanca Statement, UNESCO, 1994), ktorej signatárom bolo aj Portugalsko. Deklarácia znamenala prelom v oblasti pomoci deťom so špeciálnymi vzdelávacími potrebami. Dovtedajší medicínsky model sa zameriaval na špecializované služby orientované na deficit detí a na určovanie diagnózy. Odborná prax sa orientovala prevažne na dieťa, čo viedlo k fragmentácii a segregácii služieb prevencie prehlbovania deficitov, ich obmedzovanie, prípadne elimináciu. Rodiny tak dostávali takmer výlučne finančnú podporu a pomoc v oblasti duševného zdravia (Bairrão, 2001, 2003; EADSNE, 2005). Chýbal integrovaný a celistvý systém služieb a podpory, čo sa odzrkadľovalo v neadekvátnom systéme služieb a vo veľmi stresujúcich situáciách pre rodiny s deťmi so špeciálnymi vzdelávacími potrebami alebo s rizikom vo vývine (Bairrão a Almeida, 2003; Pinto a kol., 2012).

Prvé programy včasnej intervencie s jasne definovanou štruktúrou a koncepčným rámcom sa v Portugalsku objavili až v polovici 80. rokov.

Vývoj
poskytovania
pomoci deťom
vo veku 0 do 6
rokov

Začiatky
včasnej
intervencie
v Portugalsku

Dovtedy sa so stimuláciou v ranom veku pracovalo len veľmi zriedka, napríklad v centrách pre deti s mozgovou obrnou a v rámci tzv. domácich poradenských tímov Regionálneho centra sociálneho zabezpečenia v Lisabone.

Vďaka spolupráci s medzinárodnými expertmi sa v 80. rokoch posilnil vývoj inovatívnych programov včasnej intervencie, zameraných na včasné odhalenie vývinových porúch. Pri práci s rodinami sa dôraz kládol na vzájomné vzťahy medzi biologickými, psychologickými a sociokultúrnymi faktormi a poradenstvo (Bairrão, Felgueiras a Pimentel, 1987). Vyberáme niektoré z nich:

**Inovatívne
programy
včasnej
intervencie
v 80. rokoch
v Portugalsku**

- a. **Program pre rodičov Portage**, korešpondoval s akčným výskumom, ktorý začiatkom 80. rokov realizovalo Riaditeľstvo pre psychologické poradenstvo a intervenciu (Direção de Serviços de Orientação e Intervenção Psicológica, DSOIP), a viedol k adaptácii, evaluácii a rozšírenému uplatňovaniu modelu (Bairrão, 2003). Definíciou kľúčovej úlohy zapojenia rodiča do procesu včasnej intervencie zásadne prispel k posunu paradigmy služieb včasnej intervencie pre deti a ich rodiny (Almeida, 2000; Almeida, Felgueiras a Pimentel, 1997; Bairrão, 2003; Pinto a kol., 2012). Jeho inovatívnosť spočívala v danom období na nasledovných princípoch: (1) individualizované plánovanie cieľov a stratégií intervencie; (2) pyramídový model koordinácie služieb; (3) návštevy v domácom prostredí, odborný rast v rámci poskytovania služieb a modely supervízie otvorené interdisciplinárnej spolupráci (Felgueiras a Breia, 2005). Model Portage kopíroval vývoj včasnej intervencie a zahŕňal najpodstatnejšie aspekty teórie a praxe.
- b. **Integrovaný projekt včasnej intervencie mesta Coimbra (Projecto Integrado de Intervenção Precoce de Coimbra, PIIP)**, sa realizoval v roku 1989. Išlo o komunitne orientovaný program včasnej intervencie zameraný na poskytovanie individualizovaných a komplexných služieb deťom so špeciálnymi potrebami v predškolskom veku a ich rodinám. Formálne prepájal zdravotnú starostlivosť, vzdelávanie a sociálne služby (Boavida a Borges, 1990, 1994). Naštartoval nezvratný proces vývoja včasnej intervencie v Portugalsku. Konceptuálny model bol založený na ekologickej intervencii zameranej na rodinu a štruktúra projektu PIIP prepájala tímy včasnej intervencie na miestnej úrovni, ktoré koordinoval okresný tím. Na oboch úrovniach sú zároveň prítomné prvky miestnej úrovne a úrovne ministerstiev (všetkých troch ministerstiev). Tento model spustil proces paradigmatickej zmeny včasnej intervencie v Portugalsku (Boavida, Espe-Sherwindt a Borges, 2000; Serrano a Boavida, 2011).

Práve tento model včasnej intervencie založený na medzirezortnej spolupráci, komunita a orientácii na rodinu sa stal východiskom pre Spoločnú vyhlášku 891/99 ministerstiev zdravotníctva, školstva a sociálnej politiky z 19. októbra 1999. Neskôr ju 6. októbra 2009 nahradilo vládne nariadenie č. 281/2009, ktoré ustanovilo Národný systém včasnej intervencie – Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (ďalej „SNIPI“).

Najproduktívnejším obdobím v oblasti včasnej intervencie v Portugalsku boli 90. roky 20. storočia. Postupne vznikali viaceré typy programov, zatiaľ čo referenčný rámec vyššie uvedených bioekologických a transakčných vývinových modelov naďalej významne ovplyvňoval spôsob implementácie služieb včasnej intervencie. Začiatkom 90. rokov len veľmi málo služieb vytváralo recipročný vzťah medzi rodinami a odborníkmi, a len pár odborníkov zaujalo rolu konzultanta (Pinto a kol., 2012).

Včasná intervencia v Portugalsku sa progresívne vyvíjala ďalej – od služby poskytovanej v zmysle intervencií zameraných na dieťa, ktorá využívala podobné postupy ako vzdelávacie služby a terapie pre staršie deti, sa posunula k širokej škále individualizovaných rodinných

služieb poskytovaných transdisciplinárnymi tímami na komunitnej úrovni. Vývoj však nebol homogénny a v niektorých regiónoch krajiny prebiehal jednoduchšie než v iných.

Vývoj včasnej intervencie v Portugalsku predstavujeme len stručne, no premietne sa do celého textu. Jeho zásadnejšia časť sa prelína so zmenou paradigmy v predmetnej oblasti, ktorá sa vo väčšej či menšej miere udiala v celom západnom svete. Myslíme tým konkrétne cieľové skupiny, kontext, postupy, ciele, výstupy, úlohu odborníkov a rodín, dynamiku práce v tímoch a usporiadanie (štruktúru) intervenčných služieb (tabuľka 2.1).

Tabuľka 2.1 Vývoj včasnej intervencie v Portugalsku: zmena paradigmy

	V minulosti	V súčasnosti
cieľová populácia	deti vo veku 0 – 3 rokov so „znevýhodnením“	deti vo veku 0 – 6 rokov s vývinovými poruchami a/alebo s rizikom týchto porúch a ich rodiny
prostredie	stimulačné centrá terapeutické centrá inštitúcie	prirodzené prostredie (domov, jasle, materská škola atď.)
postupy	„pripravené na použitie“	„šité na mieru“ individualizované
úloha odborníkov a rodín	odborníci/ludia v rozhodujúcich pozíciách = pasívni prijímatelia služieb	facilitátori = aktívni účastníci/prijímatelia rozhodnutí
ciele/výstupy	vývin dieťaťa	prevencia vývin dieťaťa posilnenie ⁴ /budovanie kapacít rodiny
tímová práca	multi/interdisciplinárna	transdisciplinárna (so zapojením rodiny)
organizačná štruktúra	rezortná (s občasným prepojením medzi rezortmi) fragmentované služby	medzirezortná komunitná integrované služby
filozofia včasnej intervencie	zameraná na dieťa na základe „deficitov“	zameraná na rodinu na základe „silných stránok“

2.1.1. Cieľová populácia, kontext a postupy

Služby sa okrem detí vo veku 0 do 6 rokov so stanovenými ťažkosťami v oblasti neurologického vývinu začali zameriavať aj na deti vystavené vysokej miere biologického alebo environmentálneho rizika.

V súčasnosti nie je bližšie špecifikovaný charakter prostredia vhodného na včasnú intervenciu. Pri výbere optimálneho prostredia na intervenciu s konkrétnym dieťaťom

4 Koncept posilnenia podrobne skúmame v 2. časti.

treba zohľadniť rôzne faktory: typ a závažnosť ťažkostí alebo rizikových faktorov, vrátane existujúcich zdrojov a dostupnosti rodiny. Vhodným miestom môže byť domáce prostredie, predškolské zariadenie, miesto pri pestúnke, zdravotnícke centrum alebo iné miesto v komunite za predpokladu, že ide o prirodzené prostredie (Dunst a kol., 2010).

Každé dieťa má špecifické a jedinečné ťažkosti a potreby a žije v jedinečnej rodine s rôznymi zdrojmi a prioritami. Špecifické zdroje a potreby má aj každá komunita. Na jednotlivé situácie a prípady tak možno adekvátne reagovať len prostredníctvom individualizovaných postupov „šitých na mieru“.

2.1.2. Úloha odborníkov a rodiny, ciele a výstupy

Jedna z hlavných zmien vo filozofii včasnej intervencie súvisí s rastúcou potrebou odklonu od hierarchického vzťahu k hlbšej spolupráci medzi rodičmi a odborníkmi (Campbell a Halbert, 2002). V poslednom období sme zaznamenali zásadnú zmenu tradičnej úlohy odborníkov z prijímateľov rozhodnutí na facilitátorov; z priamych poskytovateľov služieb deťom na poskytovateľov poradenstva a konzultácií pre deti a rodiny (Boavida, Espe-Sherwindt a Borges, 2000; Espe-Sherwindt, 2008).

Zároveň sa vyjasnili očakávané ciele a výstupy včasnej intervencie (ďalej aj „VI“). Prvé programy VI sa takmer výlučne zameriavali na vývin dieťaťa s vedomím, že v prípade detí s vážnejšími ťažkosťami sú merateľné výsledky a pokrok na tejto úrovni v porovnaní s deťmi s ľahšími vývinovými poruchami, žiaľ, relatívne obmedzené. V súčasnosti sa výstupy merajú nielen cez vývin dieťaťa z funkčného hľadiska, ktoré je naďalej v centre záujmu, ale aj cez autonómiu a zručnosti získané rodinou. Treba si uvedomiť, že rodičovské zručnosti nie sú statická a daná veličina, ale dynamický, vyvíjajúci sa proces podobný pokroku vo vývine detí, ktorý môžu rodičia trvalo rozvíjať a skvalitňovať.

2.1.3. Tímová práca, miera zapojenia rodiny a medzirezortná spolupráca

Možnosti podpory si vzhľadom na rôznorodosť ťažkostí detí a variabilitu ich sociálneho a rodinného kontextu vyžadujú tímovú spoluprácu.

Transdisciplinárny model⁵ vytvára funkčnú štruktúru, ktorá sprostredkúva zapojenie rodín ako aktívnych členov a optimalizuje účasť odborníkov z rôznych oblastí a služieb.

Uvedený model umožňuje zdieľať údaje v rámci tímu. Samotnú intervenciu následne realizuje len jeden odborník a ostatní členovia tímu ho podporujú (Serrano a Boavida, 2011).

Rodina, ako hlavný „opatrovateľ“, plní v otázke zdravia a blaha dieťaťa nezastupiteľnú a kľúčovú úlohu, preto by včasná intervencia mala zohľadňovať zásadný vplyv rodinnej jednotky,

⁵ Kapitola v 2. časti ďalej rozvíja koncept „transdisciplinárneho tímu“. Zároveň treba uviesť, že transdisciplinárne tímy tvoria odborníci z rôznych oblastí spolu s rodičmi a zahŕňajú aj špecifickú funkciu kľúčového pracovníka jednotlivých prípadov.

stresových faktorov, ktorým je vystavená (napr. sociálne, finančné alebo psychologické faktory), a jej schopnosť neustále sa prispôbovať novým výzvam.

Odborné služby treba štruktúrovať a koordinovať z pohľadu rodiny, ktorá je v živote dieťaťa konštantná a je hlavným cieľom intervencie. Odborníci by navyše mali vnímať rodinu ako integrálny prvok tímu a mali by zanechať tradičné klinické a preskriptívne modely. Táto logická spolupráca a partnerstvo medzi rodinami a odborníkmi a vytváranie spolupracujúceho systému medzi rôznymi rezortmi (zdravotníctvom, vzdelávaním a sociálnou politikou) na všetkých úrovniach procesu VI je kľúčom k úspešnej realizácii služieb zameraných na rodinu (Boavida a Carvalho, 2003).

Vo včasnej intervencii je rodina neoddeliteľnou súčasťou tímu

2.2. Právny rámec včasnej intervencie v Portugalsku – vládne nariadenie 281/2009

Vládnym nariadením 281/2009 sa formálne ustanovil Národný systém včasnej intervencie (SNIPI). Jeho cieľom je „zabezpečiť vývinové podmienky detí vo veku od 0 do 6 rokov s telesnými funkciami alebo štruktúrami, ktoré obmedzujú ich osobnostný a sociálny rast a účasť na činnostiach primeraných ich veku, ako aj detí s vážnym rizikom vývinového oneskorenia“ (Článok 1, časť 1).

Základným princípom SNIPI je koordinácia činností ministerstva pre sociálnu politiku (MSP), ministerstva zdravotníctva (MZ) a ministerstva školstva (MŠ) so zapojením rodín a komunity (Článok 1, časť 2).

V zmysle uvedeného vládneho nariadenia je včasná intervencia súbor integrovaných podporných opatrení zameraných na dieťa a rodinu (deti vo veku 0 do 6 rokov), vrátane preventívnych a rehabilitačných aktivít, primárne v rámci vzdelávania, zdravotnej starostlivosti a sociálnej politiky (Článok 3, časť 1).

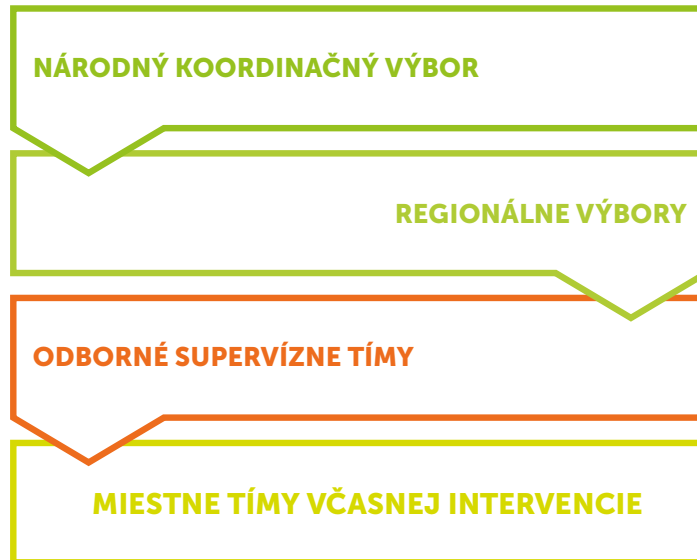
2.2.1. Vybrané zásadné legislatívne aspekty

Niektoré aspekty legislatívnej úpravy si zasluhujú špeciálnu pozornosť. Legislatívna úprava:

- **definuje deti vo veku 0 – 6 rokov a ich rodiny ako cieľovú populáciu včasnej intervencie, pričom ide o deti vo vysoko rizikových situáciách alebo so špeciálnymi potrebami;**
- **definuje VI ako (komunitnú) verejnú službu, do ktorej patria služby a odborníci z oblasti zdravotníctva, vzdelávania a sociálnej politiky, súkromné inštitúcie a neformálne zdroje podpory;**
- **jasne vymedzuje rozsah aktivít VI ako multidisciplinárny a medziinštitucionálny;**
- **identifikuje rodinu ako relevantný prvok pri plánovaní a poskytovaní služieb VI;**

- **definuje národnú štruktúru ako systém založený na koordinácii a vzájomnom prepájaní zdrojov troch ministerstiev a na zdieľaní zodpovednosti (obrázok 2.1).**

Obrázok 2.1 Štruktúra SNIPI



Z funkčného hľadiska sú zreteľné dve roviny: rovina medzirezortnej koordinácie, ktorú predstavuje národný koordináčný výbor a päť regionálnych výborov, a rovina samotnej intervencie založenej na komunitnom princípe, ktorej nositeľmi sú miestne tímy včasnej intervencie. Štruktúru SNIPI ďalej tvorí sieť odborných supervíznych tímov (OST) s pôsobnosťou na úrovni okresov, ktoré napriek svojej formálnej integračnej úlohe pri koordinácii premostujú koordináčnú úroveň s miestnymi tímami včasnej intervencie. Supervízne tímy môžu okrem zástupcov troch uvedených rezortov tvoriť aj odborníci z iných oblastí, primárne akademického sektora, ktorí v danej oblasti dosiahli výsledky rešpektované v odbornej komunite a môžu sa chopiť úlohy prepájania systému s komunitou.

2.2.2. Ciele SNIPI

Vládne nariadenie 281/2009 v článku 4 definuje ciele SNIPI. Ich zhrnutie ponúkame v nasledovnom texte:

- **garantovať deťom ochranu ich práv a rozvoj schopností prostredníctvom aktivít včasnej intervencie na území celého štátu;**
- **identifikovať všetky deti so zmenami v telesných štruktúrach alebo funkciách, ako aj vysoko rizikové situácie z hľadiska vývinových ťažkostí, a odporučiť ich do príslušnej starostlivosti;**
- **realizovať intervenciu po identifikácii potreby a odporučení na služby v závislosti od potrieb rodiny a prostredia, v ktorom dieťa spĺňajúce nárok na podporu žije, s cieľom predísť alebo zmierniť oneskorenie vo vývine;**
- **podporovať prístup rodín k službám a zdrojom priradeným konkrétnej situácii;**

- **zapojiť komunity prostredníctvom jasne špecifikovaných podporných mechanizmov.**

2.2.3. Kompetencie ministerstiev

Zainteresované ministerstvá majú medzirezortné kompetencie, ktoré uplatňujú na všetkých úrovniach systému – na úrovni národného koordinačného výboru, regionálnych výborov a miestnych tímov (obrázok 2.2).

Miestne tímy včasnej intervencie by si mali zachovávať transdisciplinárnu perspektívu a zohľadňovať aspekty zdravotnej starostlivosti, vzdelávania a sociálnej politiky. Zároveň by sa mali aktívne podieľať na tvorbe individuálnych plánov podpory rodiny, prinášať a objasňovať informácie medicínskeho, vzdelávacieho a sociálneho charakteru, optimálne ich kombinovať, a podieľať sa tak na formulácii stratégií, ktoré pomôžu pristupovať k problémom, potrebám a prioritám zadaných rodínou.

Obrázok 2.2 Transverzálny a medzirezortný systém, zahŕňajúci zdravotnú starostlivosť, vzdelávanie a sociálnu politiku



Nižšie upozorňujeme na špecifické a komplementárne aspekty súvisiace s konkrétnymi kompetenciami každého rezortu nad rámec ich právomoci menovať odborníkov, ktorí navzájom integrujú rôzne výbory a tímy:

Ministerstvo pre sociálne politiky zodpovedá za oblasť aktívnej spolupráce so súkromnými inštitúciami sociálnej solidarity a podobnými inštitúciami; uzatvára zmluvy s odborníkmi v oblasti sociálnych služieb, terapeutmi a psychológmi. Zastrešuje a koordinuje celý systém.

Každé z troch
ministerstiev
má špecifické
medzirezortné
kompetencie

Ministerstvo zdravotníctva má v rámci SNIPI špecifické kompetencie. Úlohou primárnej zdravotnej starostlivosti je skrining, identifikácia a odporúčanie detí s nárokom na podporu. V súlade s legislatívou je zdravotná starostlivosť vstupnou bránou do systému a sú to práve zdravotníci, ktorí podľa definovaných kritérií oprávnenosti zodpovedajú za nasmerovanie detí do SNIPI.

Identifikácia vývinových a/alebo biologických alebo environmentálnych rizikových faktorov by mala viesť k odporúčaniam na miestny tím včasnej intervencie a, aj treba, k odporúčaniam na detské vývinové centrá pediatrických oddelení na odborné posúdenie vývinu.

Treba si uvedomiť, že ide o dva nezávislé procesy, a keďže čakacia doba na konzultáciu v centrách pre vývin dieťaťa je obyčajne dlhá, nie je prijateľné akékoľvek oneskorenie počiatkovej intervencie miestneho tímu.

V centrách pre vývin dieťaťa sa sústreďa na etiologickú diagnostiku, doplnkové testy a odporúčanie na iných špecialistov (genetikov, neurológov, ortopédov, rehabilitačných pracovníkov, oftalmológov atď.), alebo na posúdenie nemedicínskymi odborníkmi (terapeutmi, psychologmi, resp. inými odborníkmi), vrátane špecializovanej následnej starostlivosti.

Relevantným aspektom nastavenia portugalskej legislatívy je formálna účasť ministerstva zdravotníctva a jeho odborníkov od koordinácie až po intervenciu. Práve tento aspekt chýba vo väčšine iných krajín, zabezpečujúcich spoluprácu a výmenu údajov len s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti na požiadanie.

Ministerstvo školstva principiálne zodpovedá za vytvorenie siete referenčných skupín škôl pre včasnú intervenciu a sprostredkúva odborníkov na vzdelávanie, ktorých úlohou je integrácia miestnych tímov včasnej intervencie.

Paralelnou úlohou služieb ministerstva školstva je zúčastňovať sa na prechode dieťaťa z jedného stupňa vzdelávania do ďalšieho, zabezpečovať kontinuitu inkluzívneho prístupu a podporovať rodinu pri ujasňovaní práv dieťaťa. Tieto služby majú prevziať rolu „strážcu vzdelávania“ dieťaťa v systéme, do ktorého sa dieťa zaraďuje.

2.2.4. Koordinácia

Článok 6 vládneho nariadenia 281/09 odkazuje na koordinačný výbor SNIPI (v texte uvádzaný ako „výbor“).

V rámci organizačnej štruktúry je predsedom výboru predstaviteľ Ministerstva pre sociálne politiky a každé ministerstvo je v ňom zastúpené dvoma odborníkmi. V pôsobnosti výboru je päť regionálnych výborov (pričom v každom z nich je zastúpené každé ministerstvo), ktoré fungujú ako predĺžená ruka národného koordinačného výboru. Regionálne výbory priamo spolupracujú so supervíznymi tímami.

Základnou úlohou národného koordinačného výboru a regionálnych výborov je:

V dobrom
fungovaní
medzirezortného
systému zohráva
dôležitú úlohu
koordinácia
rôznych úrovní

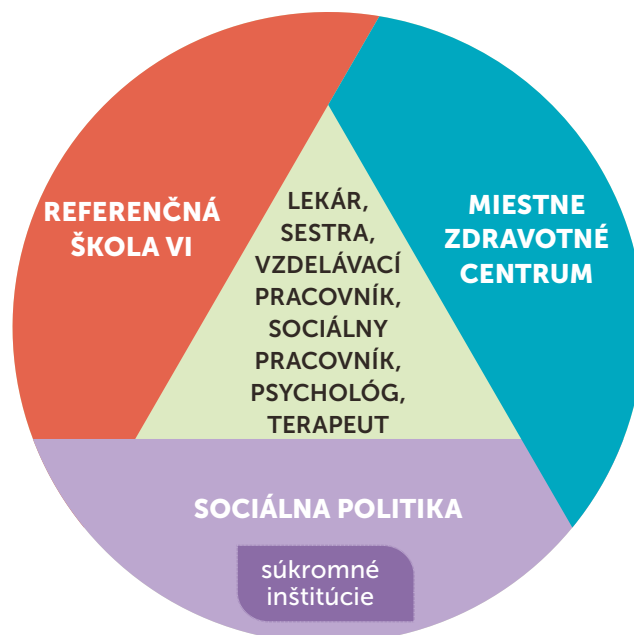
- koordinovať aktivity ministerstiev a regulovať, monitorovať a vyhodnocovať fungovanie SNIPI;
- definovať a implementovať organizačnú štruktúru systému;
- vytvárať regulačné a odborné nástroje intervencie (kritériá oprávnenosti resp. nároku na podporu, protokoly o spolupráci, logo a komunikačné modely, odborný manuál, individuálny proces pre dieťa atď.);
- realizovať školenia a výskum v rámci včasnej intervencie;
- vypracovávať akčné plány a výročné správy o činnosti;
- koordinovať manažment ľudských a materiálnych zdrojov podľa ročného plánu;
- zbierať a aktualizovať dostupné informácie a realizovať prieskum potrieb
- vytvárať a aktualizovať databázy.

2.2.5. Miestne tímy včasnej intervencie

Miestne tímy včasnej intervencie (ďalej „miestne tímy“, „miestne intervenčné tímy“, „MIT“) tvoria funkčný základ systému (článok 7 vládneho nariadenia 281/09). V kombinácii intervencií v prirodzenom prostredí a zapojenia koordinátorov verejného zdravia sa odporúča, aby prioritne fungovali pri miestnych centrách verejného zdravia. Tvoria ich odborníci z rôznych oblastí, napríklad odborný zdravotný personál, pedagógovia určení ministerstvom školstva, sociálni pracovníci a terapeuti, ktorí majú zmluvný vzťah so súkromnými inštitúciami cez finančné dohody s ministerstvom pre sociálne politiky (obrázok 2.3).

Základom SNIPI sú miestne tímy včasnej intervencie

Obrázok 2.3 Miestne tímy včasnej intervencie — medzirezortné a transdisciplinárne tímy



Spomedzi úloh miestnych tímov včasnej intervencie vyberáme nasledovné:

- **identifikácia oprávnených detí podľa stanovených kritérií;**
- **vypracovanie a implementácia individuálnych plánov podpory rodiny;**
- **identifikácia potrieb a zdrojov dostupných v jednotlivých geografických oblastiach;**
- **spolupráca s ďalšími časťami komunity zapojenými do podpory detí a rodín;**
- **príprava prechodu do primárneho vzdelávania.**

V rámci SNIPI majú deti vo veku od 0 do 6 rokov a ich rodiny nárok na podporu po splnení podmienok v nasledovných skupinách:

- 1. skupina – „zmeny v telesných funkciách alebo štruktúre“ obmedzujúce normálny vývin a účasť na bežných aktivitách, po zvážení príslušných vývinových referenčných údajov pre jednotlivé vekové kategórie a sociálneho prostredia;**
- 2. skupina – „vysoké riziko vývinového oneskorenia“ z dôvodu biologických, psychoafektívnych alebo environmentálnych podmienok, pri ktorých je u dieťaťa vysoká pravdepodobnosť vývinových oneskorení.**

K SNIPI majú prístup všetky deti z prvej skupiny a z druhej skupiny tie, u ktorých sú prítomné štyri alebo viac biologických a/alebo environmentálnych rizikových faktorov. Je empiricky dokázané, že tento počet je kľúčovým pre zásadné zvýšenie vplyvov rizika (kumulatívny vplyv rizík).

Spomínané možnosti rozdelené do uvedených dvoch hlavných skupín nájdete na podpornej webstránke SNIPI.

2.2.6. Individuálny plán podpory rodinu

Jadrom procesu včasnej intervencie je vytvorenie, implementácia a pravidelná revízia individuálneho plánu podpory rodiny.

Legislatíva (Článok 8) stanovuje, že plán má vychádzať z posúdenia dieťaťa, rodiny a sociálneho prostredia. Opatrenia a kroky by mali garantovať intervenciu podľa individuálnych charakteristík dieťaťa a rodiny a optimalizovať vzájomnú komplementaritu a prechod medzi rezortmi a inštitúciami.

Individualizovaný plán by mal pozostávať prinajmenšom z nasledovných častí:

- **identifikácia zdrojov a potrieb detí a rodín;**
- **identifikácia príslušnej podpory;**
- **nastavenie začiatku plánu a jeho očakávanej dĺžky**
- **stanovenie frekvencie posudzovania dieťaťa a rodiny na základe úvodných problémov a ich vývinu;**

- pomenovanie postupov súvisiacich s prechodom do školského prostredia, pokiaľ je to relevantné;
- vyhlásenie o súhlase príslušnej rodiny.

2.3. Niekoľko zamyslení nad vládnym nariadením 281/2009 a jeho ďalšou operacionalizáciou

Od začiatku nového milénia si včasná intervencia získava čoraz viac motivovaných pozorovateľov. Poskytovatelia služieb, odborníci a rodiny si plne uvedomujú posun v paradigme, rešpektovaný aj v celej krajine, smerom k inkluzívnej, na rodinu zameranej, ekologickej a komplexnej včasnej intervencii (Boavida, Carvalho a Espe-Sherwindt, 2009).

Ako krajina s obmedzenými ekonomickými zdrojmi si Portugalsko čoskoro uvedomilo, že realistickejšou cestou organizácie služieb včasnej intervencie bude v maximálnej možnej miere využívať existujúce materiálne a ľudské zdroje.

Formálne vzájomné vzťahy a koordinácia inštitúcií rezortu zdravotníctva, školstva a sociálnej politiky v spolupráci so súkromným sektorom boli cestou k poskytovaniu integrovaných služieb, ktoré komplexne reagujú na deti a rodiny, pričom zapájajú aj komunity.

Jedným z odkazov projektu Coimbra z roku 1989 bol predpoklad, že včasná intervencia by sa mala štruktúrovať a implementovať prostredníctvom formálneho koordinovaného zapojenia troch kľúčových rezortov spoločnosti, čo potvrdila spoločná vyhláška 891/1999 a vládne nariadenie 281/2009. V porovnaní s legislatívnymi úpravami v iných európskych a amerických štátoch ide bezpochyby o kľúčovú a špecifickú vlastnosť portugalskej legislatívy.

V portugalskej legislatíve sa podľa správy Európskej agentúry pre rozvoj špeciálneho a inkluzívneho vzdelávania dá jednoznačne identifikovať päť relevantných aspektov pri uplatňovaní modelov včasnej intervencie.

Relevantné aspekty pri uplatňovaní modelov včasnej intervencie:

- dostupnosť: model je dostupný pre všetky deti a rodiny s nárokom na podporu;
- dosah: služby sú decentralizované a zdroje sú prístupné komunitám;
- finančná prístupnosť: včasná intervencia je bezplatná a rodiny finančne nezaťažuje;
- interdisciplinárnosť: miestne tímy včasnej intervencie tvoria odborníci z rôznych oblastí;
- rozmanitosť služieb: odborníci majú rôznorodú špecializáciu a skúsenosti s rôznymi typmi komunitných služieb.

Efektívna koordinácia, odborná kvalifikácia, zapojenie rodiny a monitoring systému sú oblasti, ktoré si v budúcnosti vyžadujú zlepšenie

Sociálne a legislatívne zmeny za uplynulých pár rokov stavajú rodiny, odborníkov, lektorov a ľudí v rozhodovacích pozíciách pred nové výzvy.



Hlavnými prioritami pre nadchádzajúce desaťročia sú odborný rast zapojených odborníkov, aktualizovaná definícia ich špecifického vzdelávania, posilnenie ich zručností pri intenzívnejšom zapájaní rodiny a uplatňovanie kvalitných postupov na národnej úrovni.

Vzhľadom na viacero aspektov relevantných pre implementáciu kvalitných služieb je preto dôležité, aby sa systém SNIPI naďalej rozvíjal a:

- 1. zabezpečoval efektívnu koordináciu**, na všetkých úrovniach, pričom budú jasne definované úlohy a zodpovednosti. Koordinácia by sa nemala sústrediť len na medzirezortné procesy, ale mala by byť prítomná aj v rámci každého rezortu. Národné politiky včasnej intervencie by mali tvoriť všetky tri rezorty spoločne a koordinovane, a to treba neustále prízvukovať;
- 2. zlepšoval vzdelávanie a kvalifikáciu všetkých odborníkov v systéme. Pri plánovaní a štruktúrovaní vzdelávacieho programu v tejto oblasti treba zohľadňovať viaceré kľúčové aspekty** (Boavida a Carvalho, 2003). Odborné vzdelávanie by malo:

- **byť určené pre tím a zmysluplné z hľadiska dennej praxe;**
- **okrem poznatkov a zručností obsahovať koncepčné hodnoty a aspekty;**
- **prinášať spoločnú víziu, filozofiu a obsah pre všetky zapojené strany;**
- **priamo zapájať rodiny;**
- **dosahovať významné a pretrvávajúce zmeny v odborných zručnostiach;**
- **reagovať na potreby identifikované tímom;**
- **presadzovať príležitosti na praktické školenie a reflexiu – v rámci kontextu vzdelávania.**

- 3. bol dostupný pre každého z cieľovej populácie, reagoval na potreby na národnej úrovni bez regionálnych asymetrií;**
- 4. zavádzal postupy upevňujúce zapojenie rodiny, zvyšoval jej participáciu a rodinu vnímal ako spojenca, ktorý má potenciál rozvíjať zručnosti a kompetencie;**
- 5. garantoval štandardy kvality** a zabezpečoval plynulé posudzovanie a monitoring implementácie SNIPI na národnej úrovni.

Včasná intervencia korešponduje s konceptom a praxou, ktoré sa neustále vyvíjajú a reflektujú vôľu a odhodlanie čo najskôr investovať do detí s neurovývinovými ťažkosťami alebo vo vysokej miere ohrozenia, ako aj do ich rodín. My, odborníci, tréneri a školitelia, supervízori, koordinátori a tvorcovia verejných politík sa musíme zodpovedne zhostiť svojej úlohy v procese zdokonaľovania služieb včasnej intervencie.

2. časť

Kapitoly:

- 3 Prístup zameraný na rodinu: princípy včasnej intervencie
- 4 Intervencia zameraná na rodinu
- 5 Integrovaný systém včasnej intervencie: medzirezortná a transdisciplinárna spolupráca
- 6 Hodnotenie programov včasnej intervencie

Odporúčané postupy včasnej intervencie

“

Koherentný koncepčný rámec (...) môže výrazne znížiť rozpor medzi tým, čo vieme, a tým, čo robíme v oblasti včasnej intervencie.

– Michael Guralnick, 2001

”



Odporúčané postupy včasnej intervencie

ÚVOD

V každodennej praxi majú odborníci na včasnú intervenciu pri poskytovaní účinnej podpory deťom a ich opatrovateľom, s ktorými dennodenne spolupracujú, obavy a pocity neistoty. V určitom zmysle ich môžeme považovať za neoddeliteľnú súčasť ich práce. Odborníci, ktorí sa denne stretávajú so zložitými otázkami, pochybnosťami a požiadavkami, ktoré sú vždy iné, pretože rovnako iné a jedinečné sú aj všetky interakcie a skúsenosti odborníkov včasnej intervencie s osobami, s ktorými pracujú vo svojom prostredí. Ak je práve táto sféra najväčším bohatstvom včasnej intervencie, tak práve tu sa objavujú aj najväčšie výzvy, ktoré si od odborníkov a intervenčných tímov vyžadujú príslušné vedomosti a medziludské a funkčné kompetencie.

Znalosť odporúčaných postupov v oblasti včasnej intervencie teda nadobúda zásadný význam, pretože odborníkom dáva pocit istoty. Uvedené postupy sú totiž účinné, založené na dôkazoch, dôveryhodné a medzinárodne uznávané ako postupy kvalitnej intervencie a vymedzujú smer uvažovania a konania, ktorý by mali odborníci počas intervencie dodržiavať. Sú dôležitou referenciou alebo scenárom pre odborníkov, lebo im poskytujú všeobecné usmernenie, ktoré im pomôže prijímať informované rozhodnutia pri vykonávaní ich činnosti. Zároveň sú užitočnými kvalitatívnymi referenciami pre rodiny, pretože ich môžu informovať o právach a povinnostiach súvisiacich s poskytovanou intervenciou.

V 2. časti tejto príručky predstavujeme postupy, ktoré sú vďaka rozsiahlemu výskumu medzinárodne uznávaných organizácií včasnej intervencie v oblasti kvalitatívnych indikátorov preukázaných najnovšími vedeckými poznatkami v súčasnosti konsenzuálne považované za odporúčané postupy efektívneho riadenia včasnej intervencie. Ide o nasledovné postupy:

- **Intervencia zameraná na rodinu na báze rutinných činností;**
- **Intervencia v prirodzenom vzdelávacom prostredí;**
- **Tímová práca, najlepšie transdisciplinárna;**
- **Koordinácia a integrácia služieb a zdrojov.**

Bez ohľadu na to, že v 2. časti príručky sa kladie zvýšený dôraz na odporúčané postupy a vedúcu úlohu odborníkov, je dôležité objasniť aj to, že včasná intervencia si od odborníkov vyžaduje systematický a reflexívny prístup a spochybňovanie, ktoré umožňujú uplatňovať prístup založený na dôkazoch a prijímať informované rozhodnutia v praxi. Preto zdôrazňujeme dôležitosť toho, aby odborníci na včasnú intervenciu uplatňovali postupy

založené na dôkazoch. Spomedzi množstva rôznych definícií chceme vyzdvihnúť nasledovnú: „Rozhodovací proces, ktorý integruje naj dôveryhodnejšie dôkazy z výskumu a poznatky a hodnoty odborníkov a rodín“ (Buysse a Wesley, 2006).

Keď hovoríme o praxi založenej na dôkazoch v kontexte včasnej intervencie, máme na mysli proces, v ktorom sa odborníci snažia identifikovať a prijímať rozhodnutia o najvhodnejších postupoch alebo stratégiách v úzkej spolupráci s rodinami, a to vždy s prihliadnutím na špecifickosť daného intervenčného kontextu. V tomto procese sa zohľadňujú jednotlivé kľúčové zdroje dôkazov (výskumné údaje o účinnosti konkrétnych postupov a intervencií, konfrontácia s poznatkami, skúsenosťami a hodnotami odborníkov a rodín).

Druhá časť sa začína úvodnou kapitolou (3. kapitola), ktorá predstavuje rámec a teoretické princípy prístupu zameraného na rodinu vychádzajúceho z prirodzených kontextov, komunitných zdrojov a spolupráce transdisciplinárneho tímu.

Ďalej nasleduje rozsiahla kapitola venovaná podrobnej operacionalizácii intervenčného procesu zameraného na rodinu (4. kapitola). Musíme zdôrazniť jej výrazne praktický charakter, ktorého cieľom je poskytnúť príklady postupov a stratégií na riešenie konkrétnych situácií a prípadov z praxe. Preto sme zaradili aj príspevky, úvahy a výpovede odborníkov z miestnych intervenčných tímov a rodín zapojených do včasnej intervencie.

Piata kapitola sa podrobne venuje organizácii integrovaného systému služieb a zdrojov včasnej intervencie založenej na medzirezortnej a transdisciplinárnej spolupráci, ktorá umožňuje integrovanú intervenciu ako alternatívu k fragmentovanému prístupu jednotlivých disciplín. Je to kapitola užitočná nielen pre odborníkov pracujúcich v intervenčných tímoch, ale aj pre ďalších odborníkov zodpovedných za plánovanie, organizáciu a koordináciu služieb včasnej intervencie.

Druhú časť uzatvára hodnotenie programov včasnej intervencie (6. kapitola), ktoré reflektuje a opisuje postup a význam hodnotenia v jednotlivých fázach včasnej intervencie ako indikátora reflexie a priebežného zlepšovania, ktoré je pre kvalitu včasnej intervencie mimoriadne dôležité.

Odborníkov, ktorým sa dostáva do rúk súbor odporúčaných postupov, vyzývame, aby sa s jednotlivými postupmi oboznámili, ale aby si ich len neprispôbili a nepoužívali ako receptár. Mali by ich skôr využívať pri systematickom uvažovaní a sústavnom sebaspytovaní v jednotlivých situáciách, s ktorými sa stretávajú v bežnej praxi. Iba týmto spôsobom budú vedieť tieto kapitoly čítať aj nad rámec toho, čo sa zdá zrejme a jednoduché. Pri takomto používaní im pomôžu odhaliť svoj skrytý potenciál, vďaka ktorému budú schopní zlepšiť svoju každodennú prácu s deťmi a ich rodinami.

Prístup zameraný na rodinu: princípy včasnej intervencie

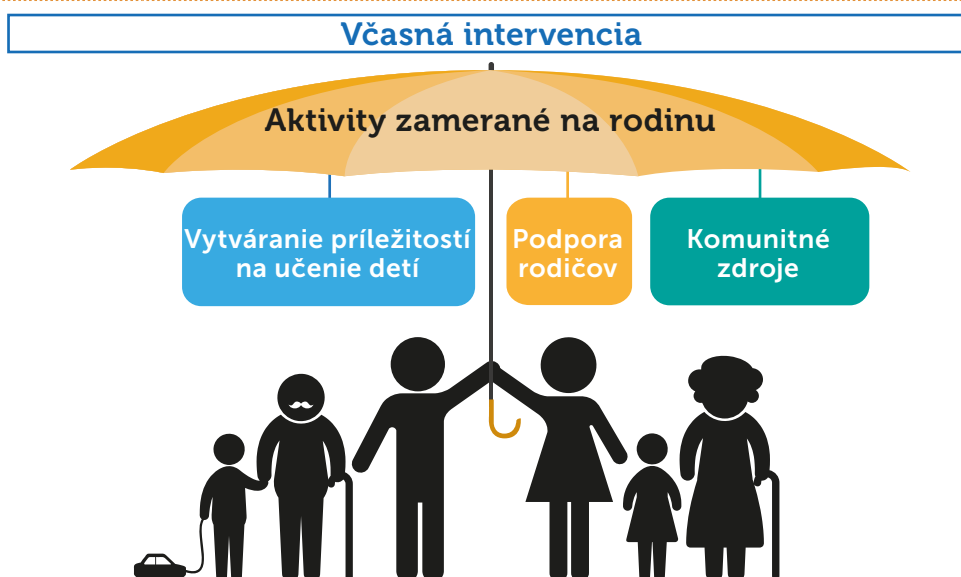
Táto kapitola vymedzuje súbor princípov včasnej intervencie, ktoré sú výsledkom rozsiahleho výskumu a empirického skúmania procesu včasnej intervencie s deťmi a rodinami. Za uplynulých 50 rokov sme zaznamenali výrazný posun v poznatkoch o vývine dojčiat a detí a odporúčané prístupy k včasnej intervencii z nich aj vychádzajú. Hlbšie poznanie schopností dojčiat, detí a vplyvu prostredia na ich zdravie a vývin pomáha objasniť význam počiatkových skúseností detí a vzťahov, ktoré nadväzujú so svojimi prvými a hlavnými opatrovateľmi.

Už viac ako tri desaťročia sa Carl Dunst a jeho spolupracovníci venujú rozsiahlemu výskumu intervencie u detí a ich rodín. Na základe ich činnosti autori publikácie vypracovali model včasnej intervencie uplatňujúci prístup zameraný na rodinu (Dunst, 2000). Ide o integrovaný empirický model, ktorý akcentuje pôsobenie sociálnych systémov a premenných prostredia súvisiacich s podporou rozvoja a posilňovaním rodiny. Podľa Dunstovho modelu, tzv. modelu včasnej intervencie 3. generácie, včasná intervencia ovplyvňuje učenie a vývin detí v širšom kontexte a zahŕňa základné princípy práce s rodinou, ktorých cieľom je zabezpečiť, aby skúsenosti a možnosti prirodzeného prostredia dieťaťa (rodina, jasle, materská škola a pod.) smerovali k podpore a posilneniu kompetencií dieťaťa, jeho opatrovateľov a rodiny. Tento prístup ilustruje obrázok 3.1.

Vývoj
poznatkov a
vplyv včasnej
intervencie

Integrovaný
model včasnej
intervencie

Obrázok 3.1 Ilustrácia integrovaného modelu včasnej intervencie
(prevzaté z Dunst, 2000)



Podľa uvedeného modelu a pri uplatnení prístupu zameraného na rodinu sa za prioritné ciele včasnej intervencie považujú podpora príležitostí dieťaťa na učenie, podpora poskytovaná rodičom a mobilizácia rodinných a komunitných zdrojov. Ide o kľúčové zložky integrovaného modelu včasnej intervencie a podpory rodiny 3. generácie (Dunst, 2000).

Hlavné zložky integrovaného modelu včasnej intervencie a podpory rodiny 3. generácie:

- **Príležitosti dieťaťa na učenie** — Jedným z hlavných cieľov včasnej intervencie je zabezpečiť dieťaťu čo najviac príležitostí na učenie s cieľom podporiť jeho vývin. Takéto príležitosti prinášajú všetky zaujímavé a dôležité činnosti, ktoré dieťa vykonáva, podporujú rozvoj jeho kompetencií a dodávajú mu pocit, že nadobúda určité zručnosti a má svoje prostredie pod kontrolou. Vytvára ich rodinný život (každodenné činnosti, rodinné udalosti, hravé činnosti ako práca v záhrade a pod.), život v komunite (rodinné výlety, spoločenské podujatia, návšteva kostola alebo náboženského spolku, výstavy a pod.), ako aj inštitúcie formálneho vzdelávania (jasle či materské školy);
- **Podpora rodičovstva** — Cieľom včasnej intervencie je aj posilnenie rodičovských kompetencií, podpora príležitostí na nadobúdanie nových poznatkov a zručností, ako aj posilnenie sebadôvery a pocitu efektívnosti u rodičov. Medzi činnosti zamerané na podporu rodičov patrí sprístupňovanie informácií, poradenstvo a usmerňovanie, emočná podpora, profesionálna pomoc, ako aj vzájomná opora medzi rodičmi. Tieto komplementárne formy podpory slúžia na posilnenie existujúcich schopností a kompetencií rodiny nevyhnutných na plnenie rodičovských či opatrovateľských povinností, ako aj na vytváranie príležitostí, pri ktorých sa dieťa môže učiť;
- **Rodinné a komunitné zdroje** — Tretím cieľom intervencie je zabezpečiť rodičom podporu a zdroje nato, aby mali dostatok času a fyzickej aj psychickej energie potrebnej na starostlivosť o deti. Ide o rôzne rodinné a komunitné zdroje, a to neformálne (napr. priatelia) a formálne (napr. služby), ktoré (všetci) rodičia potrebujú na zapojenie do rodičovských a vzdelávacích aktivít voči svojim deťom. Patrí sem napríklad čas venovaný čítaniu príbehov v miestnej knižnici, hodiny plávania v športových kluboch, hudobné alebo dramatické krúžky v centrách voľného času, opatrovateľské služby, jasle, materské školy a pod.

(Dunst, 2000)

V súlade s uvedeným modelom sa stotožňujeme s názorom, že prístup založený na aktivitách zameraných na rodinu musí tvoriť základ, ktorý bude podporovať alebo zastrešovať všetky činnosti realizované v procese včasnej intervencie. Preto v tejto kapitole predstavíme hlavné princípy prístupu zameraného na rodinu s tým, že musia byť zároveň základnými princípmi včasnej intervencie.

3.1. Prístup zameraný na rodinu: Čo to znamená?

V oblasti včasnej intervencie sa od zavedenia prvých programov v USA v 70. rokoch 20. storočia využívalo niekoľko konceptov a modelov s odkazom na intervencie uskutočňované podľa aktuálnych postupov v jednotlivých obdobiach a na rôznych úrovniach rozvoja výskumu a vedeckých poznatkov.

Vďaka pokroku v chápaní procesu učenia detí, zásadného vplyvu rodiny na ich vývin a rozsiahlemu výskumu účinnosti jednotlivých programov včasnej intervencie sa dnes prístup zameraný na rodinu považuje za najvhodnejší, a preto odporúčaný prístup k zabezpečeniu potrieb detí a ich rodín.

Organizácia DEC¹ ho vlastne už od roku 1993 presadzuje ako hlavný odporúčaný prístup v oblasti včasnej intervencie, ktorý má udržateľnejšie strednodobé a dlhodobé účinky (McWilliam a Strain, 1993; Odom a McLean, 1993; Vincent a Beckett, 1993, citovaný v Epley, Summers a Turnbull, 2010).

Prístup zameraný na rodinu je filozofia a súbor metód rešpektujúcich ústredné postavenie rodiny, ktoré podporujú jej kompetencie a schopnosti (Trivette a Dunst, 2005). V súlade s ním sa rodinám poskytuje podpora opatrovateľskej funkcie vychádzajúca z ich silných stránok, ktoré sú jedinečné a diferencované rovnako ako jednotlivci a rodiny. Rešpektuje a uznáva ústrednú úlohu rodiny a považuje ju za hlavnú jednotku intervencie a kľúčovú zložku rozhodovacieho procesu a starostlivosti o dieťa.

Z tohto dôvodu je prístup zameraný na rodinu skôr otázkou toho, „ako“ sa niečo robí, než „čo“ sa robí. Nenahrádza ostatné formy intervencie, ale zaoberá sa ich uplatňovaním a používaním. Môže sa uplatňovať v ktorejkoľvek oblasti intervencie (pri včasnej intervencii, vzdelávaní, terapii, v zdravotníctve a pod.):

Poskytovanie služieb zameraných na rodinu v rôznych disciplínach a podmienkach rešpektuje ústredné postavenie rodiny v živote jednotlivca. Riadi sa plne informovanými rozhodnutiami rodiny a zameriava sa na jej silné stránky a schopnosti (Allen a Petr, 1996, str. 66).

Prístup zameraný na rodinu je základom filozofie starostlivosti, ktorá uznáva a rešpektuje ústrednú úlohu rodiny v živote detí so špeciálnymi potrebami v rovine zdravia. Súčasťou tejto filozofie je názor, že prirodzenú funkciu rodiny ako opatrovateľa a rozhodovateľa treba podporovať prostredníctvom ďalšieho rozvoja jej jedinečnej sily na úrovni jednotlivcov, ale aj rodiny ako celku (Brewer, McPhearson, Magrab a Hutchins, 1989, str. 1055).

Prístupu zameranému na rodinu sa rozsiahlo venuje odborná literatúra, ktorá popisuje viaceré postupy na dosiahnutie jedinečného charakteru intervencie v porovnaní s inými službami. Dunst a jeho kolegovia zásadne sfunkčnili a rozšírili prístup zameraný na rodinu medzi odborníkmi na včasnú intervenciu a sformulovali jeho základné princípy, ktoré uvádzame nižšie.

Desať hlavných princípov prístupu zameraného na rodinu:

1. k rodinám a jej členom sa vždy pristupuje dôstojne a úctivo;
2. odborník citlivo dbá a reaguje na kultúrne, etnické a socioekonomické rozdiely medzi rodinami;
3. rozhodovanie rodiny prebieha na všetkých úrovniach jej zapojenia do procesu intervencie;

¹ Divízia pre rané detstvo Rady pre výnimočné deti (Division for Early Childhood of the Council for Exceptional Children, DEC) je medzinárodne uznávaná americká organizácia združujúca výskumníkov z rôznych krajín, ktorá vypracúva smernice založené na dôkazoch na podporu rodín a vývinu detí vo veku od 0 do 8 rokov ohrozených oneskoreným vývinom a ďalšími vývinovými poruchami (DEC, 2014).

Čo znamená prístup zameraný na rodinu?

Význam toho, „ako“ sa to robí

Desať princípov včasnej intervencie zameranej na rodinu

4. odborníci poskytujú informácie, ktoré rodiny potrebujú na informované rozhodnutia, citlivo, neskreslene a v ich úplnosti;
5. zameranie intervenčných postupov vychádza z túžob, priorít a potrieb rodiny;
6. podpora, zdroje a služby sa poskytujú citlivo, flexibilne a individualizovane;
7. na dosiahnutie výsledkov identifikovaných rodinou sa využíva široká škála neformálnej, komunitnej a formálnej podpory a zdrojov;
8. odborníci stavajú na silných stránkach, zručnostiach a záujmoch dieťaťa, ako aj jeho rodičov a rodiny, ktoré sú základom ďalšieho posilňovania funkcií rodiny;
9. vzťahy medzi odborníkmi a rodinami sú kolaboratívne, založené na vzájomnej dôvere, rešpekte a spoločnom riešení problémov;
10. odborníci používajú postupy poskytovania podpory, posilňujúce fungovanie rodiny.

(Dunst, 1997)

Zavedenie prístupu zameraného na rodinu: zmena paradigmy

Zavedenie prístupu zameraného na rodinu, t. j. umiestnenie rodiny do centra pozornosti intervencie, si vyžaduje zmenu paradigmy oproti tradičnej koncepcii pomoci deťom so zdravotným znevýhodnením. Carvalho (2004) tvrdí, že schopnosť odborníka zameriavať sa na rodinu si vyžaduje zmenu etablovaných modelov a názorov na rodinu bez ohľadu na jeho úlohu poskytovateľa služby.



NA ZAMYSLLENIE

Kopernik urobil prevratnú vec: Vyhlásil, že stredobodom vesmíru nie je Zem, ale Slnko. Jeho výrok vyvolal obrovský šok. Zem už nebola stelesnením stvorenia, ale planéta ako všetky ostatné. Jeho úspešné spochybnenie tradičného systému si vyžiadalo celkovú zmenu filozofickej koncepcie vesmíru. Táto udalosť sa právom nazýva „kopernikánsky obrat“. Zastavme sa na chvíľu a zamyslime sa nad tým, čo by sa stalo, keby sa kopernikánsky obrat uskutočnil aj v oblasti služieb jednotlivcom s postihnutím. Predstavte si nasledovný koncept: rodina je stredobodom vesmíru a systém poskytovania služieb je jednou z mnohých planét, ktoré okolo nej obiehajú. Teraz si predstavte systém poskytovania služieb v centre a rodinu na obežnej dráhe. Vidíte ten rozdiel? Vnímate tú revolučnú zmenu v uhle pohľadu? Toto nie je sémantické cvičenie – takáto revolúcia nás vedie k novému súboru predpokladov a novým možnostiam služieb.

(prevzaté z Turnbull a Summers, 1985)

Včasná intervencia sa v podstate tradične zameriavala výlučne na dieťa a zodpovednosťou odborníkov bolo identifikovať rizikové faktory, navrhovať a implementovať intervencie zamerané na zníženie ich vplyvu na aktuálny a potenciálny vývin dieťaťa. Kým odborníci na včasnú intervenciu sa považovali za expertov na identifikáciu potrieb dieťaťa a plánovanie intervenčných stratégií, rodičia boli v procese intervencie „zaškolení“ a počas vykonávania príslušných intervencií sa riadili pokynmi odborníkov (McWilliam, 2003).

V nasledovnej časti uvádzame a vysvetľujeme niektoré kľúčové aspekty prístupu zameraného na rodinu:

- **Intervenčnou jednotkou je rodina ako celok** — Prístup zameraný na rodinu zohľadňuje potreby členov rodiny vrátane potrieb dieťaťa podľa teórie, že to, čo ovplyvňuje jedného člena rodiny, má vplyv aj na jej ostatných členov (McWilliam, 2010). Preto napríklad, ak sa otec ťažko vyrovnáva s nezamestnanosťou, je pravdepodobné, že to ovplyvní kvalitu jeho interakcie s manželkou a dieťaťom, čo sa môže odraziť aj na vývine dieťaťa.

Intervenčnou jednotkou je celá rodina

Cieľom prístupu zameraného na rodinu je preto reagovať nielen na potreby dieťaťa, ale na potreby celej rodiny, napríklad prostredníctvom podpory rodičov pri hľadaní zamestnania, finančnej podpory, zabezpečenia opatrovateľských služieb, psychologickéj podpory atď.

- **Na rozdiel od modelu „expert verzus rodina“ odborníci a rodina partnersky spolupracujú** — Keďže cieľom prístupu zameraného na rodinu je zhodnotenie silných stránok rodiny a podpora jej pocitu kontroly nad rozhodovacím a intervenčným procesom, úlohou odborníkov je poskytovať rodinám potrebné informácie, aby mohli robiť informované rozhodnutia, a čo je ešte dôležitejšie, rešpektovať ich rozhodnutia počas intervencie (Shelton a Stepanek, 1994). Rodina spolupracuje s odborníkmi vo všetkých fázach intervencie – pri posudzovaní a zadefinovaní priorít medzi navrhovanými cieľmi, zostavovaní intervenčných plánov a implementácii toho, čo považuje za najvhodnejšie pre seba a svoje deti (Noonan a McCormick, 1993). Stručne povedané, rodičia sú aktívnymi partnermi pri plánovaní a implementácii intervenčného procesu, pričom oprávnené preberajú vedúcu úlohu.
- **Intervenčná prax reaguje na priority a ciele rodín** — Prístup zameraný na rodinu presadzuje, aby sa intervencia plánovala na základe cieľov, priorít, záujmov a potrieb rodiny. Identifikácia rodinných priorít a cieľov sa tak stáva prvým krokom. Postup skutočne reagujúci na to, čo rodičia považujú za dôležité pre seba a pre celú rodinu, bude efektívnejší a prinesie lepšie výsledky, pretože k nemu bude rodina pristupovať prirodzene otvorenejšie.
- **Odborníci slúžia ako agenti rodiny** — Cieľom prístupu zameraného na rodinu je pomôcť rodinám reagovať na ich vlastné potreby, ako sme uviedli v predchádzajúcom odseku. Intervencia zameraná na rodinu by preto mala vychádzať z potrieb identifikovaných rodinou, mala by sa „riadiť cieľmi prijímateľa“, a nie potrebami a cieľmi určenými odborníkmi.
- **Intervenčné praktiky sú pre každú rodinu individualizované** — Na základe priorít stanovených rodinou má intervenčný plán odrážať špecifickosť každej rodiny – každá je jedinečná a musí mať posledné slovo pri výbere najlepšej z dostupných služieb (McWilliam, 2003). Intervenčné postupy sa teda nemôžu „konfekčne“ formátovať vopred. Pri prístupe zameranom na rodinu sa „rovnaká veľkosť nehodí pre všetkých“ (McWilliam, 2003), a preto sa intervencia musí individuálne šiť na mieru ako „haute couture“.

Partnerstvo medzi rodinami a odborníkmi

Reaguje na priority a ciele rodiny

Odborníci sú agenti v službách rodiny

Individualizovaná intervencia pre každú rodinu

Podpora zameraná na rodinu nie je ani cieľom, ani niečím, čo by sme mohli dosiahnuť z jedného okamihu na druhý. Je to neustále a nikdy nekončiacie hľadanie schopnosti reagovať na priority a rozhodnutia rodiny.

(Bissell, n.d.)

Je celkom pochopiteľné, že prístup zameraný na rodinu sa v niekoľkých aspektoch odlišuje od iných koncepcií práce s rodinami. Nato, aby sme boli zameraní na rodinu, nestačí s ňou len pracovať. Napríklad intervencia, pri ktorej odborník ignoruje potreby a obavy vyjadrené rodinou, „nariaduje“ stratégie a opatrenia, ktoré rodina nechce, nechápe, nesúhlasí s nimi, a ktoré vôbec nezmiernujú ani nereagujú na jej potreby, nie sú intervenciou zameranou na rodinu.

Aby bol prístup zameraný na rodinu, nestačí len pracovať s rodinou

Na pomenovanie rôznych prístupov k podpore rodiny sa používa viacero termínov. Napríklad Dunst, Johanson, Trivette a Hamby (1991) vymedzili štyri typy, ktoré sa líšia úlohou a úrovňou účasti rodiny: prístupy zamerané na rodinu, sústredené na rodinu, spojené s rodinou a zamerané na odborníka. V tabuľke 3.1 uvádzame porovnanie jednotlivých prístupov.

Čím sa líši prístup zameraný na rodinu od ostatných typov podpory rodiny?

Tabuľka 3.1 Rôzne prístupy k podpore rodiny

Typ prístupu	Typický prístup k rodine	Typický prístup k odborníkovi a intervencii
Zameraný na rodinu	Rodiny sa považujú za schopné prijímať informované rozhodnutia a podľa nich konať.	Odborník je agent a nástroj rodiny. Poskytuje jej potrebné informácie pre informované rozhodnutia a vytváranie príležitostí na posilnenie kompetencií. Intervencia sa zameriava na podporu kompetencií, mobilizáciu zdrojov a podporu rodiny individualizovane, flexibilne a pohotovo.
Sústredený na rodinu	Rodiny sa považujú za schopné robiť rozhodnutia, ale ich možnosti sa obmedzujú na zdroje, podporu a služby, ktoré odborník považuje za najvhodnejšie pre jej potreby; rodina sa považuje za konzumenta služieb.	Odborník rodinu podporuje a radí jej, ako by sa mali intervencie vykonávať a monitoruje, ako využíva služby, ktoré jej poskytuje.
Spojený s rodinou	Rodiny sa považujú za schopné uskutočňovať len minimálne zmeny vo svojom živote, považujú sa za objekt odborníkov.	Odborník určuje interakcie, ktoré považuje za dôležité a potrebné pre rodinu, a od rodiny sa očakáva, že predpísané intervencie bude dodržiavať a rozvíjať.
Zameraný na odborníka	Rodiny sa považujú za nefunkčné až patologické. Sú pasívnymi účastníkmi procesu a ich názory sa nezohľadňujú vôbec alebo len v malom rozsahu.	Odborník určuje potreby rodiny a uskutočňuje intervencie. „Paternalistický“ model podobný modelu uplatňovaného v zdravotníctve.

Zdroj: Dunst, C. J., Johanson, Trivette, C. M. a Hamby, D. (1991). Family oriented early intervention policies and practices: Family-centred or not? *Exceptional children*, 58, 115 – 126. Upravené a prevzaté so súhlasom autorov.

3.1.1. Intervencia zameraná na rodinu vychádzajúca z prirodzených kontextov a komunitných zdrojov

Intervencia zameraná na rodinu zahŕňa viaceré kontexty a opatrovateľov dieťaťa

Jednou z najčastejších mylných predstáv o modeli intervencie zameranej na rodinu je, že sa dá využívať len pri práci s rodinou a prioritne v jej domove. Každá intervencia, či sa realizuje v domácom, vo vzdelávacom prostredí alebo v akomkoľvek inom kontexte, bez ohľadu na to, či sa realizuje za účasti rodičov, opatrovateľov, inštruktorov alebo iných dôležitých opatrovateľov, sa môže (a mala by sa) plánovať tak, aby bola zameraná na rodinu. V rámci tohto modelu optimalizuje príležitosti na učenie a vývin dieťaťa nezávisle od toho, kde sa dieťa počas dňa alebo týždňa zdržiava.

Intervencia zameraná na rodinu nezávisí od kontextu intervencie či domény aktivity, ide skôr o spôsob jej realizácie a jej základnú filozofiu.

Je teda možné a žiaduce uskutočňovať intervencie zamerané na rodinu, ktoré budú rešpektovať všetky princípy uvedeného prístupu, v akomkoľvek prirodzenom kontexte dieťaťa,

napríklad vo vzdelávacom kontexte s predškolským pedagógom, pričom sa celá intervencia realizovaná v tomto kontexte, plánuje a zdieľa s rodinou, s ohľadom na jej záujmy a priority². Intervencia zameraná na rodinu sa v skutočnosti môže (a mala by sa) vykonávať vo všetkých hlavných prirodzených kontextoch života dieťaťa a jeho rodiny.

Ak sa má skutočne podporiť kontrola a autonómia rodín a udržateľnosť intervencie, budú intervencie u veľmi malých detí účinnejšie, ak sa budú realizovať v ich prirodzenom vzdelávacom prostredí, napr. doma, v jasliach, materskej škole a komunite (DEC, 2014).

Intervencia v prirodzenom prostredí dieťaťa a rodiny

V skutočnosti sa veľa vzdelávacích aktivít „jednoducho deje“ a objavuje prirodzene v kontexte rodiny a komunity³. Jedným z najdôležitejších dôvodov intervencie v prirodzenom kontexte je to, že umožňuje využiť všetky príležitosti na vzdelávanie, na ktorých sa dieťa prirodzene zúčastňuje a ktoré majú potenciál podporovať jeho správanie a vývin (Bruder, 2010).

Prirodzené vzdelávacie kontexty sú tie, ktoré poskytujú viac príležitostí na nadobúdanie skúseností a zahŕňajú rodinu, komunitný život alebo materskú školu (Dunst a Bruder, 1999).

Ako uvidíme ďalej, intervencie u veľmi malých detí sú účinnejšie, ak sa realizujú v ich prirodzenom vzdelávacom kontexte, akým je napríklad domov alebo vzdelávacia inštitúcia v súlade s odporúčaním DEC (2014):

Odborníci by mali poskytovať služby a podporu v prirodzenom a inkluzívnom prostredí počas každodenných činností a aktivít, aby tým podporili zapájanie detí do nadobúdania vzdelávacích skúseností (DEC, 2014, str. 9).

Intervencie vychádzajúce z každodennej činnosti detí a rodín

V tejto súvislosti je celkom pochopiteľné, že v prístupe zameranom na rodinu sú všetci členovia siete sociálnej podpory potenciálnymi zdrojmi skúseností, príležitostí, poradenstva alebo usmerňovania s pozitívnym vplyvom na učenie a vývin detí, rodičov a rodiny (Dunst, 2005). Preto intervencia zameraná na rodinu kladie dôraz na posilnenie sociálnej siete každej rodiny a jej využitie ako primárneho zdroja podpory a napĺňania potrieb rodiny.

Intervencia založená na komunitných zdrojoch

Na rozdiel od prístupu založeného na službách, pri ktorom zdroj podpory potrieb rodiny závisí výlučne od odborníkov a nimi poskytovaných služieb, mobilizácia formálnych a neformálnych zdrojov komunitnej podpory zvyšuje účinnosť intervenčných postupov (Trivette, Dunst a Deal, 1997). V porovnaní so službami v rámci formálnych odborných programov, intervencia založená na zdrojoch považuje zdroje poskytované členmi siete sociálnej podpory za dôležité skúsenosti a príležitosti na posilnenie a podporu kompetencií (Dunst, 2000). Vychádza z toho, že by sa pri deťoch mali aktívovať formálne (lekárske a terapeutické služby, vzdelávacie kontexty), neformálne zdroje (priatelia, susedia, príbuzní) a komunitné združenia (hudba, gymnastika, plávanie atď.) či rodičovské alebo dobrovoľnícke skupiny.

Členovia rodiny by sa mali aktívne zúčastňovať na hľadaní a získavaní podpory, a nie prijímať pomoc, ktorá nie je podmienená potrebami a prioritami, ktoré si sami určili. Odborníci síce môžu rodinám, ktoré to potrebujú, poskytovať alebo ponúkať podporu a zdroje (tak, že rodinu nahradia pri identifikácii a určovaní jej priorít a potrieb), no môže sa tým prehĺbiť jej závislosť a môže prísť o príležitosť využívať vlastné schopnosti a získavať nové kompetencie (Skinner, 1978, v citácii v Dunst a Trivette, 2009a).

² 4. kapitola obsahuje podrobnejšiu charakteristiku procesu implementácie a monitorovania intervencií u detí v ich prirodzenom kontexte, t. j. doma a vo vzdelávacej inštitúcii.

³ Podrobné vysvetlenie spôsobu učenia u detí sa nachádza v podkapitole 3.2 (str. 76) „Prístup zameraný na rodinu: Prečo? Ako sa deti učia a rozvíjajú a potenciál rodiny pri intervencii“.

Na rozdiel od prístupu založeného na službách sa v prístupe založenom na zdrojoch považuje každý zdroj komunitnej podpory, formálny aj neformálny, za príležitosť na uspokojenie potrieb detí a ich rodín.

„Dieťa vychováva celá dedina.“

Africké príslovie

Cieľom včasnej intervencie by malo byť využívanie všetkých zdrojov a skúseností „dediny“ (ktorou sa v tomto kontexte chápe každá komunita) na podporu rozvoja kompetencií dieťaťa a rodiny:

Intervenčné postupy v rodinných systémoch pomáhajú zavádzať zdroje podpory, ktoré rodičom poskytujú čas a energiu na interakciu s ich deťmi tak, aby im umožnili získať skúsenosti a vytvárať príležitosti podnecujúce vzdelávanie a rozvoj (Trivette, Dunst a Hamby, 2010, str. 15).



STRUČNÉ ZHRNUTIE

Prístup zameraný na rodinu: čo to je?

- Rodina sa považuje za kľúčový prvok v procese rozhodovania a starostlivosti o dieťa;
- Intervencia je postavená na silných stránkach dieťaťa a rodiny;
- Intervenčnou jednotkou je celá rodina
- Odborníci a rodiny partnersky spolupracujú;
- Intervencia reaguje na priority a ciele rodiny – odborníci sa považujú za agentov podporujúcich rodinu;
- Intervencia je individualizovaná pre každú rodinu;
- Intervencia sa uskutočňuje v prirodzenom prostredí a rutinných činnostiach dieťaťa a rodiny a je založená na mobilizácii existujúcich zdrojov v komunitnej sieti.

3.2. Prístup zameraný na rodinu: Prečo?

Ako sa deti učia a vyvíjajú a dôležitosť rodiny pri intervencii

Význam rodiny pri vývine dieťaťa

Deti čerpajú z rodinného života v rámci každodenných činností bohaté skúsenosti a príležitosti na učenie. Kvalita skúseností, ktoré rodičia deťom poskytnú, má významný vplyv na ich vývin bez ohľadu na množstvo a kvalitu hračiek a materiálnych vecí, ktoré majú deti doma, a bez ohľadu na vzdelávacie a terapeutické služby, ktoré využívajú (Mahoney a MacDonald, 2007).

Rodiny sú v podstate hlavnou organizačnou štruktúrou vývinu dieťaťa (Bronfenbrenner, 1979) a dieťa si vytvára základné predstavy o svete, o sebe a ostatných práve prostredníctvom interakcie so svojim rodinným opatrovateľom.

Mahoney a MacDonald (2007) uvádzajú tri dôvody kľúčového významu rodičov (biologických aj adoptívnych) pre vývin dieťaťa:

1. majú k dieťaťu citovú väzbu, ktorú nemôže nahradiť nikto iný;
2. vzdelávanie a vývin dieťaťa je nepretržitý proces, ktorý sa môže uskutočňovať v každej bežnej situácii, do ktorej je dieťa aktívne zapojené;
3. aj keď majú rodičia pre svoje pracovné a iné povinnosti na dieťa len obmedzený čas, majú stále oveľa viac príležitostí s ním interagovať a podporovať jeho vývin než akýkoľvek iný dospelý alebo odborník.

To isté platí pre rodičov detí so špeciálnymi vzdelávacími potrebami a rodičov detí s rizikovým vývinom, keďže zohrávajú dôležitú úlohu pri ich sociálnom a emocionálnom vývine. A hoci výsledky vývinu detí so špeciálnymi vzdelávacími potrebami sú podmienené charakterom a závažnosťou ich zdravotného postihnutia alebo vývinovej poruchy, výskumy vplyvu interakcie medzi rodičom a dieťaťom poukazujú na to, že rodičia sú hlavným faktorom zmeny u týchto detí a zostávajú ním aj v prípade, že deti dostávajú podporu formou včasnej intervencie (Guralnick, 2011; Mahoney a Nam, 2011; Sameroff, 2010).

Odborníci preto nemôžu zabúdať na to, že za dieťa je zodpovedná jeho rodina, ktorá ho bude životom sprevádzať od narodenia až do dospelosti. Každý odborník, ktorý chce poskytovať službu podporu deťom, si musí stále uvedomovať, že zatiaľ čo rodina je konštantným prvkom v živote dieťaťa, odborníci a systémy poskytovania služieb sa časom menia (Shelton a Stepanek, 1994). Rodičia musia byť preto kľúčovým prvkom všetkých intervencií u detí, lebo len tak sa dajú v strednodobom a dlhodobom horizonte dosiahnuť trvalé výsledky, dokonca aj po ukončení poskytovania odbornej podpory.

Rodina zodpovedá za dieťa po celý život

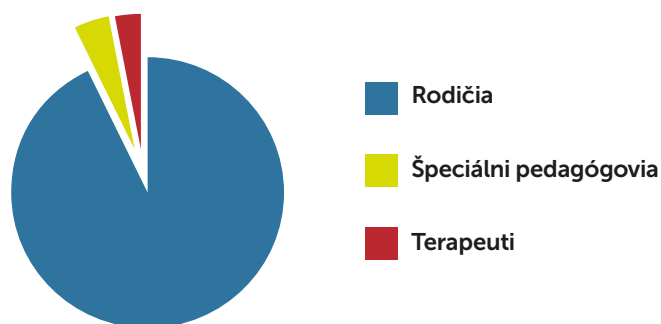
Odborník, ktorý má víziu a poznatky, vie, že každodennú a trvalú zodpovednosť za dieťa majú v skutočnosti otec a matka, ktorých nemôžu nahradiť odborné služby poskytujúce sporadickú a príležitostnú podporu.

(Hobbs, 1975, str. 228-229)

Dunst (2010) uvádza, že včasná intervencia poskytovaná odborníkom bez zapojenia rodičov v umelom prostredí v rozsahu jednej hodiny dvakrát do týždňa v priebehu 50 týždňov predstavuje len 3 – 4 % času bdlosti dvojročného dieťaťa. Intervencie realizované odborníkmi bez hlavných opatrovateľov v skutočnosti predstavujú také malé percento vzdelávacích skúseností, že pravdepodobnosť dosiahnutia výraznej zmeny vo vývine dieťaťa je minimálna, čo ilustrujú aj obrázky 3.2 a 3.3.

Vplyv rodiny na vývin a vzdelávanie dieťaťa

Obrázok 3.2 Kto má najvýraznejší vplyv na vývin dieťaťa?



Zdroj: Mahoney, G. a MacDonald, J. (2007). Autism and developmental delays in young children: The Responsive Teaching curriculum for parents and professionals. Austin, TX: PRO-ED. Použité so súhlasom autorov.

Obrázok 3.3 Spočítajte si to!

DEŇ	SITUÁCIA A	MINÚTY	SITUÁCIA B	MINÚTY
Pondelok			<ul style="list-style-type: none"> • <u>Pomenúva</u> pri obliekaní kusu odevu a jedlo, ktoré raňajkovalo, s matkou. • <u>Spieva</u> s matkou pesničky, kým ona po raňajkách upratuje v kuchyni. • <u>Spieva</u> pesničky a spoločne si prezerá obrázkovú knižku počas poobedňajšieho odpočinku. • <u>Hrá sa</u> po škole so starším bratom. • <u>Porozpráva</u> otcovi rozprávku na dobrú noc. 	<p>10 min</p> <p>15 min</p> <p>10 min</p> <p>15 min</p> <p>10 min</p>
Utorok	Pomenúva obrázky na kartičkách a s pomocou logopéda číta z knižky	30 min	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Pomenúva</u> pri obliekaní časti svojho tela a jedlo, ktoré raňajkovalo, s matkou. • <u>Ukazuje</u> na ľudí a miesta, keď sa s matkou vezie v aute. • <u>Spieva</u> pesničky a spoločne si prezerá obrázkovú knižku počas poobedňajšieho odpočinku. • <u>Hrá sa</u> po škole vonku so starším bratom a <u>pomenúva</u> hračky. • <u>Označuje</u> hračky pri kúpaní. 	<p>10 min</p> <p>15 min</p> <p>10 min</p> <p>15 min</p> <p>10 min</p>
Streda			<ul style="list-style-type: none"> • <u>Pomenúva</u> pri obliekaní časti svojho tela a jedlo, ktoré raňajkovalo, s matkou. • <u>Spieva</u> pesničky spolu s matkou, kým ona po raňajkách upratuje v kuchyni. • <u>Spieva</u> pesničky a spoločne si prezerá obrázkovú knižku počas poobedňajšieho odpočinku. • <u>Hrá sa</u> po škole so starším bratom. • <u>Porozpráva</u> otcovi rozprávku na dobrú noc. 	<p>10 min</p> <p>15 min</p> <p>10 min</p> <p>15 min</p> <p>10 min</p>
Štvrtok	Pomenúva obrázky na kartičkách a s pomocou logopéda číta z knižky	30 min	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Pomenúva</u> pri obliekaní kusu odevu a jedlo, ktoré raňajkovalo, s matkou. • <u>Spieva</u> pesničky spolu s matkou, kým ona po raňajkách upratuje v kuchyni. • <u>Spieva</u> pesničky a spoločne si prezerá obrázkovú knižku počas poobedňajšieho odpočinku. • <u>Hrá sa</u> po škole vonku so starším bratom a <u>pomenúva</u> hračky. • <u>Označuje</u> hračky pri kúpaní. 	<p>10 min</p> <p>15 min</p> <p>10 min</p> <p>15 min</p> <p>10 min</p>
Piatok			<ul style="list-style-type: none"> • <u>Pomenúva</u> pri obliekaní kusu odevu a jedlo, ktoré raňajkovalo, s matkou. • <u>Spieva</u> pesničky spolu s matkou, kým ona po raňajkách upratuje v kuchyni. • <u>Spieva</u> pesničky a spoločne si prezerá obrázkovú knižku počas poobedňajšieho odpočinku. • <u>Hrá sa</u> so starou mamou. • <u>Porozpráva</u> starému otcovi rozprávku na dobrú noc. 	<p>5 min</p> <p>15 min</p> <p>10 min</p> <p>20 min</p> <p>10 min</p>
Celkom		1 hodina		5 hodín

Zdroj: Woods, J. (1999). Who practices his speech more? Do the math [on-line]. Family guided routines-based intervention Website. <http://fgrbi.fsu.edu/approach/approach2.html>. Použitie so súhlasom autorky.

Graf na obrázku 3.2 zodpovedá analýze hypotéz, ktorú uskutočnili Mahoney a MacDonald (2007). Autori analyzovali počet príležitostí na interakciu rôznych dospelých (rodičov, terapeutov a špeciálnych pedagógov) s deťmi a porovnávali ich potenciálny vplyv na ich učenie a vývin. Zistili, že s dieťaťom, ktoré napríklad chodí každý týždeň na polhodinovú terapiu a každý týždeň strávi štyri dopoludnia so špeciálnym pedagógom, aj keď sa mu otec alebo matka venujú po celý rok len jednu hodinu denne, majú jeho rodičia minimálne desaťnásobne viac interakcie ako terapeut a špeciálny pedagóg spolu.

Preto môžeme predpokladať, že aj keď rodičia majú na dieťa len hodinu denne, stále majú najviac príležitostí ovplyvňovať jeho vývin.

Ak okrem množstva interakcií berieme do úvahy aj ich kvalitu (pokiaľ dieťa nadviazalo najdôležitejší vzťah so svojimi rodičmi, a nie s odborníkom), môžeme ľahko zistiť, ktorý zdroj ovplyvňujúci vývin a pohodu dieťaťa je najvýznamnejší.

V dôsledku toho by sa mali odborníci a terapeuti pri podpore vývinu a sociálnej a emocionálnej pohody dieťaťa okrem bezprostrednej práce s ním zamerať aj na poskytovanie podpory rodičom v ich úsilí zameranom na vývin dieťaťa (Mahoney a MacDonald, 2007).

Podobne na obrázku 3.3 vidíme rozdiel v objeme času za týždeň, keď sa dieťa zapája do činností podporujúcich vývin komunikačných a jazykových zručností. Kým v situácii A má dieťa možnosť rozvíjať svoje zručnosti počas dvoch hodín rečovej terapie zodpovedajúcich jednej hodine intervencie za týždeň, v situácii B sú príležitosti získať jazykové kompetencie denno-denne dané a podnecované v jeho prirodzenom prostredí v rámci bežnej činnosti rodiny, čo zodpovedá približne 5 hodinám intervencie za týždeň. To opäť poukazuje na potenciál rodiny výrazne ovplyvňovať proces vzdelávania a vývinu dieťaťa a na to, že úlohou odborníkov je podporovať rodinu v jej fungovaní.

Dospelí a staršie deti sa vedú učiť v krátkych časových intervaloch, vnímať kompaktné informácie a následne ich ľahko zovšeobecňovať a aplikovať v iných súvislostiach, menšie deti túto schopnosť nemajú (McWilliam, 2010).

V súčasnosti vieme, že deti sa v ranom veku učia priebežne a v rámci citového vzťahu ku kľúčovým opatrovateľom (Almeida a kol., 2011). Deti sa o ľuďoch a veciach vo svojom svete učia prostredníctvom opakovanej interakcie s osobami, materiálmi a predmetmi vo svojom prostredí. Preto sa všetky skúsenosti, príležitosti a udalosti podporujúce tieto interakcie môžu považovať za prirodzené kontexty na učenie (Dunst a Bruder, 1999; Dunst a Hamby, 1999).

Proces učenia a vývinu dieťaťa možno podporovať rôznymi spôsobmi, vrátane skúseností v prirodzenom prostredí dieťaťa a každodenných činností v rôznych kontextoch ako domov, jasle, materská škola alebo komunita. Každodenné činnosti môžu byť optimálnou príležitosťou na učenie a vývin dieťaťa, a preto by sa mali pri intervencii využívať. Rutinné činnosti sa nemusia vykonávať doslova každý deň, ale ide o opakujúce sa a predvídateľné udalosti, rituály alebo činnosti, ktoré umožňujú výmenu rolí medzi dieťaťom a opatrovateľom. Aspekt predvídateľnosti je z hľadiska edukácie dieťaťa mimoriadne dôležitý, keďže ho podnecuje k zapájaniu do aktivít s inými osobami a predmetmi a podporuje jeho vývin a nadobúdanie rôznych kompetencií.

Kľúčovým faktorom vzdelávania je aktívna spoluúčasť. McWilliam, de Kruif a Zulli (2002) ju spolu s nezávislosťou a sociálnou interakciou uvádzajú ako zásadný pilier edukácie. Úlohou odborníkov voči rodičom a ďalším opatrovateľom by mala byť pomoc pri plánovaní, vytváraní a maximalizovaní príležitostí, pri ktorých sa deti môžu učiť pri rutinných činnostiach v rôznych

**Význam
intervencie
v rodine**

Ako sa deti učia

**Učenie
prostredníctvom
rutinných činností**

**Tri piliere
učenia dieťaťa:**
• participácia
• nezávislosť
• sociálna
interakcia

prirodených kontextoch umožňujúcich im participáciu, nezávislosť a sociálnu interakciu, ktoré predstavujú najdôležitejšiu hybnú silu procesu edukácie a vývinu detí.

Participácia v kontexte rutinných činností znamená kvalitu zapojenia sa dieťaťa do vykonávania určitých rutinných činností, ktorých súčasťou môže byť nezávislosť a sociálne vzťahy. Tieto tri domény sa navzájom nevyučujú, skôr dopĺňajú (McWilliam, 2010).

Základom intervencie zameranej na rodinu je inklúzia

Intervencia zameraná na rodinu vychádzajúca z rutinných činností a realizovaná v prirodzenom prostredí zároveň podporuje inklúziu detí so špeciálnymi vzdelávacími potrebami. Prijatím skutočnosti, že vývin dieťaťa sa môže (a musí) podporovať prostredníctvom bežných životných skúseností nadobúdaných v prirodzených kontextoch, zároveň uznávame, že deti so špeciálnymi vzdelávacími potrebami majú rovnaké práva a predpoklady na podporu vývinu ako iné deti bez ohľadu na odborné alebo terapeutické služby, ktoré majú možnosť využívať.

Tento prístup vychádza z predpokladu, že každá rodina, pokiaľ má dostatočnú podporu a zdroje, má podmienky nato, aby pozitívne ovplyvňovala vývin svojich detí.

Zjednodušene povedané, výskum potvrdil jednoduchý fakt: rodičia odvádzajú skvelú prácu tým, že svojim deťom vytvárajú rôznorodé príležitosti na každodenné učenie! Všetky kontexty majú potenciál prinášať bohaté edukačné skúsenosti – stačí, ak odborníci pomôžu odhaliť, čo je pre dané dieťa a rodinu najvhodnejšie (Dunst, 2001).

STRUČNÉ ZHRNUTIE

Prístup zameraný na rodinu: Prečo?

- Pretože rodina má prvoradý význam pre vývin a edukáciu dieťaťa.
- Pretože každá rodina môže s dostatočnou podporou a zdrojmi napomôcť učenie a vývin svojich detí.
- Pretože už v ranom veku uplatňuje princíp inklúzie a rešpektuje práva dieťaťa a rodiny.

3.3. Prístup zameraný na rodinu: Aký má účel?

Podpora pocitu spôsobilosti rodiny a jej posilnenie

Vzhľadom na prvoradý význam rodiny pri vývine a učení detí je celkom pochopiteľné, že hlavným cieľom práce s rodinami v rámci včasnej intervencie je podpora a posilnenie schopnosti rodičov poskytovať vzdelávacie skúsenosti a príležitosti nevyhnutné na vývin ich detí, ako sme uviedli v predchádzajúcej časti.

Úlohou odborníkov v oblasti včasnej intervencie pri učení detí prostredníctvom rodičov je podporovať a posilňovať schopnosť rodičov poskytnúť deťom osvedčené skúsenosti a príležitosti (t. j. založené na dôkazoch), ktoré podporujú a posilňujú kompetencie a sebavedomie detí aj rodičov.

(Dunst a kol., 2010, str. 63)

Mahoney a MacDonald (2007) tvrdia, že aj keď deti navštevujú jasle, materské školy alebo terapiu či inú špecializovanú podporu, ktoré samy osebe poskytujú dôležité skúsenosti na učenie a vývin, aké by deti zvyčajne nezískali pri svojich rodičoch, odborníci by mali navrhovať intervencie tak, aby sa v nich mohlo pokračovať počas interakcií a aktivít aj v každodennom živote dieťaťa. To sa môže uskutočniť iba prostredníctvom spolupráce s rodičmi, ktorí majú najväčší vplyv na vývin detí a najviac príležitostí na interakciu s nimi. Preto aj v situáciách, keď je bezprostredná práca s dieťaťom opodstatnená, by mal odborník venovať dostatok času práci s rodičmi a podporovať ich pri podnecovaní vývinu a sociálnej a emocionálnej pohody detí. Autori argumentujú tým, že žiadna intervencia nemôže účinne podporovať učenie a vývin malých detí bez zapojenia rodičov.

McWilliam (2005) vysvetľuje dôležitosť zapojenia opatrovateľov do podpory a vývinu dieťaťa a zdôrazňuje, že skutočná intervencia u dieťaťa prebieha medzi návštevami odborníkov a zabezpečuje ju jeho pravidelný opatrovateľ, ku ktorému má dieťa významný vzťah.

Jedným zo základných predpokladov včasnej intervencie je, aby mali rodiny dostatok síl a schopností stať sa kompetentnejšími pri podpore vývinu a učenia svojich detí za predpokladu, že na to majú potrebné zdroje a podporu. Práca odborníka preto spočíva predovšetkým v podpore rodiny naplno využiť jej potenciál a v rozvoji kompetencií rodiny. To je hlavným cieľom novej paradigmy, ktorú Dunst nazýva budovaním kapacít a ktorú by sme mohli interpretovať aj ako rozvoj kompetencií. Prístup založený na budovaní kapacít predstavuje alternatívu k tradičnému prístupu včasnej intervencie, ktorý vychádza z predpokladu, že deti a rodiny majú určité nedostatky alebo slabé stránky, ktoré musia odborníci odstrániť alebo napraviť (Dunst a Trivette, 2009a).

Paradigma rozvoja kompetencií

Nová paradigma vychádza z predpokladu, že deti a rodiny majú svoje sily a schopnosti (alebo ak ich nemajú, môžu ich nadobudnúť), a cieľom intervencie je podpora budovania kapacít a rozvoj ďalších pozitívnych aspektov fungovania jednotlivých členov rodiny (Dunst a Trivette, 2009a).

Intervencia založená na silných stránkach

Intervencia postavená na existujúcich silných stránkach namiesto nápravy nestabilných oblastí je proaktívny prístup, ktorý kladie väčší dôraz na podporu správania ako na riešenie problémov alebo prevenciu negatívnych vplyvov.

Namiesto úsilia deti a rodiny zmeniť sa snažíme stavať na silných stránkach, s ktorými vstupujú do procesu včasnej intervencie.

Preto by odborník, ktorý podporuje napríklad matku s kognitívnymi obmedzeniami, nemal predpokladať, že má menej kompetencií podporujúcich vývin jej dieťaťa. Namiesto toho by sa mal zamerať na existujúce kompetencie matky a na nich postaviť intervenciu, pričom by mal optimalizovať napríklad jej vytrvalosť a motiváciu, schopnosť organizovať každodenné povinnosti, využiť kontakty s neformálnou podpornou sieťou alebo skutočnosť, že má k svojmu dieťaťu silný láskyplný vzťah.

Intervencia zameraná na silné stránky bola vedecky potvrdená (Dunst a kol. 2010) ako najúčinnější metóda práce s rodinami, ktorá posilňuje ich fungovanie. Rozvoj silných stránok, záujmov a preferencií rodiny je v skutočnosti efektívnejším spôsobom dosiahnutia zmeny v správaní než snaha o odstránenie slabých stránok alebo nedostatkov. Rodiny sú ochotnejšie vyvíjať úsilie na napĺňanie svojich želaní, túžob a potrieb, ak sa pri tom vychádza z činností, ktoré už ovládajú. Takýto prístup im umožňuje pružnejšie reagovať na intervencie

Podpora pocitu efektívnosti a spôsobilosti

a zlepšuje interakciu s odborníkmi, čo zároveň vedie k dosiahnutiu lepších výsledkov dieťaťa aj jednotlivých členov rodiny (Dunst, 2000).

Keď odborníci pri návrhu intervencie vychádzajú zo silných stránok rodiny, v podstate posilňujú jej kompetencie.

Základom intervencie s rodinami by mala byť podpora rodičov pri nadobúdaní pocitu, že sú kompetentní a schopní pozitívne ovplyvňovať učenie a vývin svojich detí.

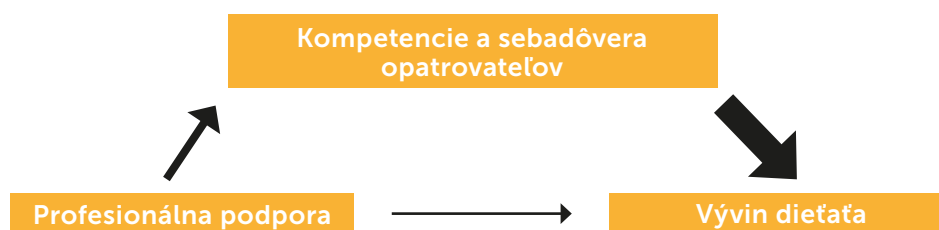
**Paradigma
rozvoja
kompetencií**

Pocit rodičovskej sebestačnosti, čiže vnímanie vlastnej schopnosti pozitívne ovplyvňovať správanie a vývin detí, má bezprostredný vplyv na rodičovské kompetencie a mieru spokojnosti s vlastnými rodičovskými skúsenosťami (Coleman a Karraker, 1997). Ak rodičia nie sú presvedčení o tom, že môžu uskutočniť významné zmeny vo svojom živote, nemajú takmer žiadnu motiváciu ich robiť. Odborníci na včasnú intervenciu by mali rodinám pomáhať pri budovaní sebadôvery a spôsobilosti v súvislosti s aktuálnym a budúcim vývinom a učením ich dieťaťa (Bruder, 2000).

Odborníci na včasnú intervenciu môžu prostredníctvom svojej činnosti výrazne ovplyvniť pocit kompetencie a sebadôvery opatrovateľov (rodičov, pedagógov detí v predškolskom veku, pestúnky a iných).

Z uvedeného vyplýva, že vzhľadom na spôsob učenia mladších detí má včasná intervencia len zanedbateľný vplyv priamo na dieťa, ale môže mať výrazný vplyv na posilnenie kompetencií a zvýšenie sebadôvery rodičov a ďalších opatrovateľov, ktorí zas výrazne ovplyvňujú podporu vývinu dieťaťa (McWilliam, 2010), ako znázorňuje obrázok 3.4. Hrúbka šípok zodpovedá intenzite vplyvu na vývin dieťaťa, rozvoj kompetencií a sebadôveru opatrovateľov.

Obrázok 3.4 Korelácia vplyvu odborníkov na opatrovateľov a vývinu dieťaťa



Zdroj: McWilliam, 2002, cit. v Almeida a kol., (2011). Early childhood intervention practices based on routines. A training and research project. Psychological analysis, 1(29): 83-98. Upravené a použité so súhlasom autora.

Niektorí autori (Trivette, Dunst a Hamby, 2010) poukazujú na to, že sebestačnosť rodičov a ich spokojnosť ovplyvňuje ich interakciu s dieťaťom, ktorá zas vplyva na vývin dieťaťa. Preto by sa včasná intervencia mala zameriavať na podporu pocitov kompetencie a autority rodičov.

Učenie detí sprostredkované rodičmi je účinné, lebo posilňuje sebadôveru a kompetenciu rodičov pri sprostredkovaní skúseností a príležitostí na učenie, ktoré podporujú vývin detí. (Dunst, 2010)

Vďaka tomuto modelu podpory kompetencií, ktorý na rozdiel od preventívnych alebo liečebných modelov vychádza z predpokladu, že poskytovanie služieb rodinnej podpory by

malo rozvíjať jej silné stránky a schopnosť dosahovať pozitívnejšie výsledky, sa rodina bude cítiť zodpovedná za vlastné úspechy a dosiahnuté výsledky (Carvalho, 2004) a dostatočne autonómna a nezávislá na kompetentné riadenie svojho každodenného života.

Hlavným cieľom intervencie zameranej na rodinu je budovanie kapacít a posilnenie rodiny zamerané na jej autonómiu.

Základ slova „posilnenie“ síce tvorí „sila“, ale človek by mal venovať veľkú pozornosť jeho interpretáciám. Niektorí autori zdôrazňujú, že posilnenie/splnomocnenie neznamena dáť ľuďom silu/moc, ale skôr im pomôcť odhaliť silu/schopnosti, ktoré prirodzene majú:

Vzhľadom na súhrn vedomostí a motivácie majú ľudia dostatok síl, aby mohli vynikajúco plniť svoju úlohu. Posilnenie spočíva len v objavení a využití tejto sily... (Ken Blanchard, n.d.).

Posilnenie rodiny v skutočnosti znamená dosiahnutie výsledkov, ktoré umožnia budovanie kompetencií rodiny namiesto vytvorenia závislosti: cieľom intervencie je zvýšiť kompetentnosť rodiny a jej schopnosť mobilizovať zdroje, ktoré môžu pozitívne ovplyvniť fungovanie detí, rodičov a rodiny namiesto toho, aby sa rodina stala závislou od odborníkov a systémov poskytovania pomoci. Poskytnúť alebo ponúknuť rodinám podporu a potrebné zdroje sa môže zdať lákavé, ale odborníci by tým rodiny pripravili o možnosť naučiť sa využívať vlastné kompetencie a nadobúdať nové, čo by mohlo, naopak, dokonca zvýšiť ich odkázanosť na pomoc a profesionálne služby (Skinner, 1978 v citácii v Dunst a Trivette, 2009a).

Hlavným cieľom včasnej intervencie je autonómia, budovanie kapacít a posilnenie rodiny

Budovanie kapacít znamená vytvoriť príležitosti pre jednotlivcov alebo rodiny na získanie kompetencií, ktoré posilňujú fungovanie rodiny.

Posilnenie rodiny je najdôležitejším cieľom účinnej intervencie a spočíva v zlepšení schopnosti rodiny naplňať svoje potreby a aspirácie, aby sa podporil jasný pocit vnútornej kontroly a zvládania dôležitých aspektov fungovania rodiny.

(Dunst, Trivette a Deal, 1988)

Podpora je „aktom posilnenia fungovania rodiny spôsobom, ktorý podnecuje získavanie kompetencií umožňujúcich vyššiu mieru vnútornej kontroly rodiny nad jej budúcimi činnosťami“.

(Dunst, Trivette a Deal, 1994, str. 6)

NA ZAMYSLENIE

- Ako sa líši prístup zameraný na posilnenie rodiny od paternalistického prístupu služieb poskytovania pomoci?
- Koľkokrát sa pri službách poskytovania pomoci rodinám sila odčerpáva namiesto toho, aby sa vytvárali príležitosti, ktoré by odhalili a podnietili ich silné stránky?

Spoločne s tímom popremýšľajte o príkladoch z každodennej praxe, ktoré ilustrujú spomínaný rozdiel medzi postupmi, podporujúcimi posilnenie rodiny, a postupmi, ktoré podporujú závislosť od podporných služieb.





STRUČNÉ ZHRNUTIE

Prístup zameraný na rodinu: Aký má účel?

- Poskytnúť rodinám príležitosť uplatňovať kompetencie, ktoré už majú.
- Podporovať pocit kompetencie a sebavedomia rodín.
- Posilňovať kontrolu rodiny a budovať kapacity pri rozhodovaní a činnostiach.

3.4. Prístup zameraný na rodinu: Ako sa realizuje?

Transdisciplinárny tím a efektívne formy poskytovania podpory

... na spôsobe poskytovania pomoci záleží aspoň tak ako na samotnej pomoci, ak nie ešte viac...

(Dunst, 2000a, str. 100)

Účinky pomoci nezávisia iba od toho, čo sa robí, ale aj od toho, ako sa to robí, je to otázka štýlu pomoci ... a prístupu [praktizujúceho].

(Karuza a Rabinowitz, 1986, str. 380 v citácii v Dunst, 1997, str. 78)

Ako vyplýva z tejto kapitoly, cieľom prístupu zameraného na rodinu by malo byť aktívne zapojenie rodičov a ostatných členov rodiny do zabezpečovania potrebných zdrojov a dosahovania cieľov, ktoré si sami určili.

Spôsob poskytovania intervencie má zásadný vplyv na mieru dosiahnutia intervenčných cieľov ako participácia, pocit kompetencie, budovanie kapacít alebo posilnenie rodiny. Pri intervencii zameranej na rodinu nejde teda len o to, či sú potreby rodiny uspokojené, ale aj o to, ako sú uspokojované (Dunst, Trivette a Deal, 1994).

Nato, aby bola intervencia zameraná na rodinu účinná, je nevyhnutné, aby jej ciele a princípy boli jednoznačne obsiahnuté v organizácii, dynamike a postupoch tímu a odborníkov na intervencie.

V závere tejto kapitoly priblížime niektoré formy uplatňovania filozofie zameranej na rodinu v každodennej praxi včasnej intervencie, konkrétne fungovanie transdisciplinárneho tímu a efektívne metódy poskytovania odbornej pomoci. Podrobnejší opis praktického uplatňovania princípov prístupu zameraného na rodinu v intervenčnom procese, pri koordinácii služieb a posudzovaní programov včasnej intervencie obsahujú nasledujúce kapitoly tejto časti.

3.4.1. Transdisciplinárny tím: úloha kľúčového pracovníka

Aby bolo možné skutočne reagovať na potreby rodiny, treba uplatňovať koordinovaný a koherentný prístup (Carpenter, 2005), ktorý integrovaným spôsobom zohľadní fungovanie rodiny ako celku aj vývin dieťaťa. Na rôznorodé potreby detí a rodín treba reagovať komplexne, čo si môže vyžadovať súčinnosť rôznych profesií. Z toho vyplýva potreba reakcie zo strany služby včasnej intervencie, ktorú nemôže poskytnúť jeden odborník, ale vyžaduje si súčinnosť tímu odborníkov z rôznych odborov ako školstvo, zdravotníctvo či sociálne služby. Je to jeden z predpokladov transdisciplinárneho modelu, ktorý sa v súčasnosti považuje za odporúčanú metódu fungovania služieb včasnej intervencie vzhľadom na jeho holistický a komplexný prístup k dieťaťu a rodine (Almeida, 2009).

Viaceri autori (Briggs, 1997; Bruder, 2000; Carpenter, 2005; Guralnick, 2001; McWilliam, 2010) považujú transdisciplinárny model za najvhodnejší model včasnej intervencie, ktorý odzrkadľuje predstavu intervencie skutočne zameranej na rodinu (Doyle, 1997).

Transdisciplinárny model spočíva v spôsobe fungovania tímu, ktorý pozostáva z odborníkov z rôznych vedných disciplín a vyznačuje sa súčinnosťou a výmenou poznatkov a kompetencií medzi rôznymi oblasťami, spoločným jazykom a vzájomnou dôverou medzi členmi tímu. Hranice medzi disciplínami sa postupne prelínajú a vyžadujú konsenzus medzi členmi tímu vrátane rodiny ako partnera a kľúčového nositeľa rozhodnutí v procese posudzovania a intervencie (Carvalho, 2004). Okrem uvedeného tento model odzrkadľuje názor, že rodina je neoddeliteľnou súčasťou procesu včasnej intervencie, a preto by sa mala považovať za rovnocenného a rešpektovaného člena tímu.

Základné princípy transdisciplinárneho prístupu

- Intervencia u detí sa uskutočňuje medzi návštevami odborníkov a zabezpečujú ju kľúčoví opatrovatelia;
- Malé deti nevedia prenášať/zovšeobecňovať kompetencie zo vzdelávacieho kontextu do svojho každodenného života. Neučia sa prostredníctvom pokusov nahromadených do terapeutických sedení, ale prostredníctvom opakovaných interakcií so svojím prostredím rozložených v čase;
- K podpore vývinu dieťaťa v najväčšej miere prispievajú opatrovatelia, a preto by sa mali stotožňovať s cieľmi intervencie.

(McWilliam, 2003b)

Pri tomto modeli si tím vyberie jedného z odborníkov, ktorý bude udržiavať pravidelný a výhradný kontakt s rodinou a zastupovať ostatných členov tímu. Tento člen tímu sa nazýva kľúčový pracovník⁴ a zodpovedá za implementáciu plánu intervencie, sprostredkovanie kontaktu rodiny s ostatnými členmi tímu a ďalšími službami. Môže sa nazývať aj koordinátorom služieb, pretože s rodinou koordinuje služby a zdroje zodpovedajúce potrebám dieťaťa a rodiny, ktoré sa rodina rozhodla využívať (Almeida, 2009).

Činnosť transdisciplinárneho tímu

Kľúčový pracovník

⁴ Nazýva sa aj manažér, mediátor prípadu alebo koordinátor služieb. V originálnom a anglickom vydaní príručky sa používa označenie mediátor, keďže sa autori domnievajú, že lepšie odzrkadľuje úlohu, ktorú by mal odborník zohrávať a zároveň naznačuje ústrednú úlohu rodiny v súlade s prístupom zameraným na rodinu. Poznámka vydavateľa: V slovenskom kontexte je etablovaný termín „kľúčový pracovník“ (448/2008 Z. z. – Zákon o sociálnych službách), ktorý budeme používať aj v tejto publikácii.

Transdisciplinárny tím tvoria odborníci z rôznych vedných disciplín a ktorýkoľvek člen tímu sa môže stať kľúčovým pracovníkom v konkrétnej rodine. Zodpovedá za väčšinu návštev rodinného alebo iného prostredia, a to bez ohľadu na príležitostné spoločné návštevy alebo stretnutia s členmi tímu z iných vedných disciplín s cieľom konzultácie s rodinou o jej konkrétnych potrebách vyžadujúcich špecializovanú podporu. Na podpore rodiny a dieťaťa sa teda podieľajú všetci členovia, ale za realizáciu samotnej intervencie v rodine je zodpovedný kľúčový pracovník danej rodiny, pričom ostatní členovia tímu mu poskytujú odborné zázemie.

Prostredníctvom takejto formy tímovej práce založenej na osobe kľúčového pracovníka sa zabezpečí jednotnosť informácií, ktoré má tím o dieťati a rodine (Glennen a DeCoste, 1997). Skutočnosť, že pravidelný kontakt s rodinou udržiava v mene celého tímu podľa možnosti len jeden odborník, je zárukou toho, že intervencia bude pre rodinu menej „rušivá“ a rodina si ľahšie vytvorí vzťah dôvery a súčinnosti s odborníkom, ktorý je sprostredkovateľom jej vzťahu k službe včasnej intervencie. Údaje z Národného prieskumu koordinácie služieb včasnej intervencie poukazujú na to, že kým spoluprácu s jedným odborníkom považuje za užitočnú 96 % rodičov, spoluprácu s dvomi odborníkmi považuje za užitočnú 77 % a s tromi odborníkmi už len 69 % rodičov (Dunst a Bruder, 2004, v citácii v Almeida, 2009).

Transdisciplinárnej tímovej práci a implementácii transdisciplinárneho modelu sa budeme podrobnejšie venovať v nasledujúcich kapitolách.

Odborník: efektívna forma poskytovania pomoci

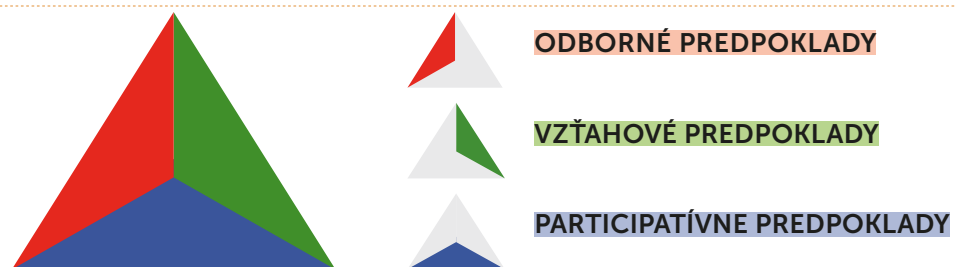
Marcenko, Herman a Hazel (1992), Marcenko a Smith (1992) a Trivette, Dunst a Deal (1997) poukázali na to, že intervenčné programy, ktoré nepodporujú zapojenie rodín do rozhodovania o potrebných službách a podmienkach ich poskytovania, často spôsobujú izoláciu či uzavretie rodiny a majú na ňu negatívny vplyv.

Dunst a Trivette uskutočnili hĺbkový prieskum efektívnych foriem poskytovania odbornej podpory, čiže takej, ktorá na jednej strane zvyšuje kompetencie rodiny, a na druhej strane ju posilňuje (Dunst a Trivette, 1987, 1988, v citácii v Dunst, 1998).

Vyššie uvedení autori vymedzili tri odborné kritériá efektívneho poskytovania podpory, a to odborné predpoklady vzťahové predpoklady a participatívne predpoklady (Dunst, 1998) (obrázok 3.5).

**Kritériá
efektívneho
poskytovania
pomoci**

Obrázok 3.5 Kritériá efektívneho poskytovania podpory



Zdroj: Dunst, C. J. (1998). Corresponsabilização e práticas de ajuda que se revelam eficazes no trabalho com famílias [Empowerment and help-giving practices which reveal to be effective in the work with families]. In L. M. Correia & A. M. Serrano (Org). Envolvimento parental em intervenção precoce: das práticas centradas na criança às práticas centradas na família (pp. 123-138). Porto: Porto Editora. Upravené a použité so súhlasom autora.

- **Odborné predpoklady** — sú súbor teoretických a praktických poznatkov odborníkov z ich oblasti pôsobenia. Sú výsledkom odbornej prípravy a odborných skúseností a zahŕňajú vedomosti, špecializáciu a spôsobilosť odborníkov vrátane praktického vykonávania príslušnej špecializácie.

Odborné predpoklady

Príklady odborných predpokladov v kontexte včasnej intervencie:

- znalosť normatívneho vývinu dieťaťa;
- schopnosť identifikovať a rozpoznávať vývinové špecifiká a odchýlky od vývinu;
- znalosť a schopnosť používať špecifické diagnostické nástroje;
- znalosť postupov založených na dôkazoch a odporúčaných postupov.

- **Vzťahové predpoklady** — zahŕňajú osobnostné charakteristiky a medziľudské vzťahy, ktoré ovplyvňujú vzťahové predpoklady podpory. Patria sem aj interpersonálne správanie, ktoré sa zvyčajne spája s dobrou klinickou praxou, ako aj presvedčenie a dôvera v kompetencie a kapacity rodín (Carvalho, 2004). Vlastnosti ako súcit, aktívne a reflexívne počúvanie, empatia, autenticita, schopnosť porozumenia, náklonnosť, dôveryhodnosť a zdieľanie informácií sú formy správania, ktoré sa zvyčajne spájajú s dobrými komunikačnými schopnosťami a ovplyvňujú vzťahové predpoklady. Tie ďalej zahŕňajú postoje odborníkov vrátane ich presvedčenia o spôsobilosti rodín efektívne riešiť situácie, problémy a dianie každodenného života. Vzťahové predpoklady sú základom profesionálneho uznania a potvrdenia existujúcich silných stránok a umožňujú využívať kapacity jednotlivcov a rodín na zlepšenie ich fungovania (Dunst, Boyd, Trivette a Hamby, 2002). Stručne povedané, vzťahové predpoklady tvoria základ budovania vzťahov.

Vzťahové predpoklady

Príklady vzťahových predpokladov v rámci včasnej intervencie:

- vždy dôstojné a úctivé správanie voči rodine;
- uznávanie a rešpektovanie osobných a kultúrnych postojov a hodnôt rodiny;
- poskytovanie informácií rodine v ich úplnosti a bez predpojatosti;
- uznávanie a rešpektovanie silných stránok jednotlivých členov rodiny.

(Dunst, 2013, str. 23)

- **Participatívne predpoklady** — sú profesionálne postupy zamerané na zapojenie rodinných príslušníkov do rozhodovacieho procesu a procesu informovaného rozhodovania a na využívanie existujúcich silných stránok alebo rozvíjaných kompetencií na získanie zdrojov, podpory a služieb identifikovaných rodinou (Dunst, 2013). Kladú dôraz na zodpovednosť tých, ktorí hľadajú pomoc, za to, aby našli riešenie svojich problémov a získali vedomosti a kompetencie na zlepšenie životných podmienok. Podporujú aktívne a intenzívne zapojenie rodiny do spolupráce s odborníkmi a vyznačujú sa uplatňovaním postupov, ktoré s väčšou pravdepodobnosťou dosiahnu pozitívne hodnotenie schopností rodiny. Posilnenie spolupráce medzi rodinami a odborníkmi zahŕňa postupy, ktoré rodinám dávajú možnosť diskutovať o formách intervencie a získať informácie o realizácii ich rozhodnutí; spolupracovať, spoločne rozhodovať a aktívne sa zapájať do implementácie a plnenia prijatých rozhodnutí. Participatívne predpoklady zahŕňajú aj profesionálne reakcie a flexibilitu pri poskytovaní podpory deťom a rodinám (Dunst, 2013). Stručne povedané sú to predpoklady ktoré podporujú rozhodovanie a aktívnu participáciu rodiny.

Participatívne predpoklady

Príklady participatívnych predpokladov v rámci včasnej intervencie

- Partnerská spolupráca s rodinou pri identifikácii jej potrieb a spolupráca pri získavaní potrebných zdrojov;
- Zapájanie rodiny do informovaného rozhodovania o tom, aké zdroje a typy podpory sú najvhodnejšie na uspokojenie potrieb identifikovaných rodinou;
- Poskytovanie participatívnych príležitostí rodinným príslušníkom na získanie potrebných zdrojov a podpory;
- Podporovanie a rešpektovanie rozhodnutí rodiny aj v prípade, ak sa líšia od navrhovaných riešení poskytovateľa služby včasnej intervencie.

(Dunst, 2013, str. 24)

Participatívne postupy odlišujú intervenciu zameranú na rodinu

Odborné a vzťahové predpoklady sa už v minulosti považovali za dôležité súčasti efektívneho poskytovania služieb podpory. Novinkou vyplývajúcou z najnovších výskumov Dunsta a kol. je zaradenie participatívnych predpokladov medzi nevyhnutné predpoklady efektívnej intervencie zameranej na rodinu s tým, že práve ony odlišujú túto formu intervencie od iných typov prístupu k rodine.

Programy zamerané na rodinu sa vyznačujú výraznejšou participáciou rodičov:

- a. umožňujú rozhodovanie alebo výber z rôznych možností;
- b. vytvárajú príležitosti na zapojenie rodičov do riešenia identifikovaných problémov a umožňujú získavanie vedomostí a kompetencií (Dunst a kol., 2002).

Ako sme už vysvetlili, prístup zameraný na rodinu je špecifickou formou poskytovania podpory, ktorý kladie dôraz na participáciu a posilnenie rodiny ako prvoradej formy podpory a posilnenia jej fungovania (Dunst, 1997). Odborné predpoklady a vzťahové predpoklady môžu byť síce dôležitou podmienkou podpory a interakcie medzi rodinou a odborníkom, ale nestačia na posilnenie kompetencie rodiny, budovanie nových kapacít, ani na pozitívne ovplyvňovanie toho, do akej miery má rodina svoje fungovanie pod kontrolou. K tomu dochádza iba vtedy, keď je rodina aktívnym účastníkom procesu dosahovania svojich cieľov.

Odborníci, ktorí používajú participatívne metódy, zvyčajne vykazujú dobré komunikačné a vzťahové kompetencie, nie vždy však platí opak. Mnohí odborníci majú dobré medziľudské a vzťahové kompetencie, ale vyhýbajú sa metódam, ktoré podporujú participáciu rodín (Dunst, 1998).

STRUČNÉ ZHRNUTIE

Prístup zameraný na rodinu: Ako sa realizuje?

- Prostredníctvom činnosti transdisciplinárneho tímu.
- Vychádzajúc z pevnej odbornej základne odbornej kvality.
- Implementáciou postupov, ktoré budujú autentický vzťah s rodinou (vzťahové predpoklady).
- Implementáciou postupov, ktoré podporujú možnosť voľby, rozhodovaciu právomoc a zapojenie rodiny (participatívne predpoklady).

3.5. Zhrnutie: hlavné princípy pre prax

V tejto kapitole sme predstavili prístup zameraný na rodinu ako „odporúčanú metódu“ pre prácu v službách včasnej intervencie a jej základné princípy, rámec, hlavné ciele a súvisiace praktické činnosti.

Vzhľadom na silný vplyv rodiny na vývin dieťaťa počas celého života musí každá intervencia u detí v ranom veku rešpektovať ústrednú úlohu rodiny, pozitívne hodnotiť jej zapojenie a snažiť sa individuálnym spôsobom reagovať na jej potreby. Prístup zameraný na rodinu pozostáva z filozofie a súboru postupov, ktoré uznávajú rozhodujúce postavenie rodiny a podporujú jej silné stránky a spôsobilosti. Ide skôr o spôsob intervencie („ako“) než o jej obsah („čo“), pričom sa dôraz kladie na zavedenie postupov, ktoré podporujú participáciu rodiny, a tým vytvárajú pocit kompetentnosti, efektívnosti, svojbytnosti a posilnenie rodiny pri podpore vývinu dieťaťa.

Dunstov integrovaný model (2000) predstavený v úvode kapitoly ilustruje spôsob, akým sú postupy zamerané na rodinu konceptualizované v rámci služieb včasnej intervencie upriamených na podporu príležitostí detí na učenie, podporu rodičov a mobilizáciu rodinných a komunitných zdrojov.

Kapitolu uzatvárame praktickým a operatívnym predstavením siedmich kľúčových princípov včasnej intervencie v prirodzených prostrediach, ktoré vypracoval medzinárodný tím renomovaných odborníkov na včasnú intervenciu v rámci pracovnej skupiny pre princípy a praktické postupy v prirodzených prostrediach (2008).

Kľúčové princípy včasnej intervencie v prirodzených prostrediach:

1. dojčatá a batolátá sa najlepšie učia prostredníctvom každodenných skúseností a interakcií so známymi ľuďmi v známych prostrediach;
2. každá rodina môže s potrebnou podporou a zdrojmi podnecovať učenie a vývin svojich detí;
3. pri včasnej intervencii je hlavnou úlohou kľúčového pracovníka spolupracovať s rodinou a jej ďalšími členmi a opatrovateľmi (vychovávateľmi, pestúnkami a pod.) pri životných situáciách dieťaťa;
4. proces včasnej intervencie musí byť od prvých kontaktov až po dosiahnutie zmeny dynamický a individualizovaný tak, aby reflektoval preferencie, štýly učenia a kultúrne postoje dieťaťa a rodiny;
5. ciele individualizovaného plánu podpory rodiny musia byť funkčné a vychádzať z potrieb a priorít dieťaťa a rodiny;
6. zabezpečovanie priorít, potrieb a záujmov rodiny je najúčinnnejšie prostredníctvom kľúčového pracovníka zastupujúceho transdisciplinárny tím, ktorý mu poskytuje podporu;
7. intervencie u malých detí a rodín musia vychádzať z explicitných princípov, overených postupov, najnovších dostupných výsledkov výskumu a príslušných zákonov a predpisov.

(Pracovná skupina pre princípy a praktické postupy v prirodzených prostrediach, 2008)

Na základe uvedených siedmich princípov ľahko pochopíme filozofiu intervencie zameranej na rodinu, ktorej sme sa venovali v tejto kapitole. Je zrejmé, že v každom z nich sa uplatňuje zásada ústredného postavenia rodiny pri intervencii, pričom sa neustále kladie dôraz na zabezpečovanie priorít, potrieb a špecifik každej rodiny. Väčšina z týchto princípov sa týka procesu intervencie a hlavných zásad praktickej realizácie včasnej intervencie, ktorým sa budeme venovať v nasledujúcej kapitole.



NA ZAMYSLENIE

Skúste sa ako odborník na včasnú intervenciu vžiť do situácie rodín, s ktorými spolupracujete. Ako by ste z ich pozície odpovedali na nasledujúce otázky súvisiace s činnosťou odborníka?

- Naozaj si vypočuje moje obavy a požiadavky?
- Vníma moje dieťa a rodinu pozitívnym a zdravým spôsobom?
- Poskytuje mi informácie, ktoré potrebujem na správne rozhodovanie?
- Reaguje na moje žiadosti o radu alebo pomoc?
- Snaží sa skutočne pochopiť situáciu môjho dieťaťa a mojej rodiny?
- Pozná silné stránky môjho dieťaťa a rodiny?
- Pomáha mi aktívne sa zapájať do zabezpečovania zdrojov, ktoré potrebujem?
- Reaguje vždy flexibilne, keď sa zmení situácia mojej rodiny?
- Povzbudzuje ma k získaniu toho, čo chcem pre seba?
- Pristupuje citlivo k mojim názorom?
- Podporuje ma v rozhodovaní?
- Uznáva veci, ktoré robím ako otec/matka dobre?

(prevzaté z Dunst, 2013)

Intervencia zameraná na rodinu

Po všetkom utrpení, ktorým sme si prešli v súvislosti s narodením dieťaťa so špeciálnymi vzdelávacími potrebami, po tých chirurgických zákrokoch a neustálych fyzických ochoreniach nášho dieťaťa sme po prvýkrát uvideli svetlo na konci tunela, teda jeho budúcnosť.

Po prvýkrát sme počuli výraz „intervencia zameraná na rodinu“. Pretože pokiaľ sa rodina zapája a má zodpovednosť, vyrovná sa to nekonečnému počtu hodín intervencie, oproti jednej či dvom hodinám za týždeň.

Konečne sa môžeme pozrieť do budúcnosti s nádejou. Uvedomili sme si, že odo dňa narodenia dieťaťa sme trúchlili, lebo sme boli frustrovaní z nenaplnených snov a vízií pre naše dieťa.

Skúsenosť rodiny

4.1. Cyklus intervencie a efektívne postupy pomoci

Uplatňovanie procesu včasnej intervencie v praxi z transdisciplinárnej perspektívy

Spolupracujúci vzťah medzi odborníkmi a rodinami založený na princípoch prístupu zameraného na rodinu a transdisciplinárnej perspektívy sa buduje cez celkové posúdenie situácie a proces intervencie, od úvodného kontaktu až do momentu, keď sa rodina/dieťa posunie k ďalšej podpornej službe. Rodina, rodičia alebo iní opatrovatelia sú aktívnymi partnermi pri tvorbe a implementácii procesu intervencie a odborníci rodinu podporujú v tom, aby prebrala svoju oprávnenú vedúcu úlohu v celom procese. Preto prístup zameraný na rodinu nie je cieľom, ale cestou k zvýšeniu efektivity posúdenia a procesu intervencie.

Mnohí odborníci sa stotožňujú s princípmi a predpokladmi, na ktorých stojí prístup zameraný na rodinu, ale uviesť ich do praxe je zložité, pretože nie je možné definovať jednoznačný súbor postupov, ktorými sa treba riadiť. V skutočnosti neexistujú „recepty“ ani „prísne pravidlá“, ktoré možno v rámci neho aplikovať (McWilliam, Winton a Crais, 2003), keďže každá situácia je jedinečná a základné princípy treba uplatňovať individuálne, v závislosti od situácie, v ktorej sa ocitáme pri práci s deťmi a rodinami, a rozmanitých kontextov, v ktorých

sa nachádzajú ony. Táto rozmanitosť je však skutočným bohatstvom včasnej intervencie a zároveň aj najväčšou výzvou pre odborníkov, keďže môže vyvolať aj nepohodlie a neistotu!

Zámerom tejto kapitoly je podporiť všetkých odborníkov v oblasti včasnej intervencie v reflexii, ktorá povedie ku skutočne individualizovaným službám, rešpektujúcim jedinečnosť každej rodiny, tímu, komunity, a ktoré budú vychádzať z odporúčaných postupov, teda intervencie zameranej na rodinu, ktorá sa opiera o transdisciplinárne fungujúci tím.

Kvalitné riešenie si vyžaduje, aby odborníci v oblasti včasnej intervencie disponovali špecifickými znalosťami na podporu rodín. Tieto znalosti však musia ísť nad rámec konkrétnej oblasti/témy alebo ich akademického vzdelania. V tom duchu sa transdisciplinárny model tímu volí ako jedna z foriem efektívnej a účinnej reakcie na rozmanité potreby detí a rodín do tej miery, že sa súdržne, koordinovane a integrovane zameriava na sprostredkovanie podpory rodine. Už sme spomínali, že tento model sa opiera o budovanie vzťahu založenom na dôvere medzi jednotlivými členmi tímu a predpokladá, že jeden z odborníkov zaujme rolu tzv. kľúčového pracovníka, ktorý výrazne podporuje rodinu, aby sa necítila preťažená z kontaktov s mnohými odborníkmi. Jeho úlohou je s podporou ostatných členov tímu efektívne, holisticky a integrovane reagovať na mnohoraké a komplexné potreby rodiny. Odborné vlastnosti a postoje môžu predstavovať prediktívne faktory úspešnosti intervencie. S týmto cieľom by mal odborník do každej návštevy v rodine podľa Dunsta a kol. (1996) vniesť tri aspekty efektívneho poskytovania pomoci ako uvádzame nižšie. Pri ich efektívnom uplatňovaní sa významne zvýši prínos podpory, dosiahne sa kumulatívny účinok na úrovni bezpečnosti rodiny, emočnej a psychologickéj pohody, vnímania vlastnej užitočnosti, posilnenia a budovania kapacít.

4.1.1. Cyklus intervencie personalizovaných služieb pre deti a ich rodiny

Cyklus mapovania a intervencie navrhovaný Simeonssonom a kol. (1996) charakterizuje priebežný proces individualizovaných stretnutí v kontexte spolupráce medzi rodinou a odborníkmi a mohol by slúžiť ako návod pre odborné postupy.

**Ukončené a
neukončené
stretnutia**

Simeonsson s kolegami (1996) sa venovali analýze Kemplerovho konceptu „stretnutia“ (1969, 1974, 1981), predstavujúceho základné, reprezentatívne východisko z hľadiska samotnej podstaty, ktorou je kolaboratívny vzťah medzi odborníkom a rodinou v rámci včasnej intervencie zameranej na rodinu. Simeonsson stretnutia považuje za významné skúsenosti, pri ktorých interakcia s druhými prispieva k rozvíjaniu zručností na zvládanie budúcich udalostí. Dôraz sa kladie na budovanie vzťahu, ktorý tieto skúsenosti umožňujú. Preto možno stretnutie vnímať ako určitý výsek zo súvislého sledu skúseností, pričom môže byť pozitívne (úplné stretnutie) alebo negatívne (neúplné stretnutie).

V kontexte rodín s deťmi s vývinovými ťažkosťami alebo s ich rizikom sa koncept úplných alebo neúplných stretnutí vzťahuje na to, či rodiny vnímajú, či a ako sú ich očakávania, obavy a potreby rozpoznané a brané do úvahy.

Z tohto hľadiska je stretnutie pozitívne a vnímané ako „úplné“, keď odborník reaguje na potreby rodiny, odvracia pocit nepohody, strachu alebo úzkosti v rodine a je nastavený počúvať a porozumieť jej obavám.

Keď očakávania a potreby rodiny nie sú pochopené (niekedy dokonca ani nie sú identifikované a brané do úvahy), zážitok zo stretnutia je „neúplný“. Zvyšuje to nepohodlie a úzkosť a v rodine ostávajú bolestné pocity a spomienky, ktoré ovplyvňujú a narúšajú jej pocit pohody/prosperity.

Napriek častým kontaktom rodín s rozličnými službami, ktoré by ich mali podporovať, sú neúplné stretnutia s nenaplnenými očakávaniami a potrebami stále veľmi bežné. Stretnutie zamerané na diagnózu dieťaťa bude síce len prvým z mnohých v rámci včasnej intervencie, ale môže byť aj tým najvýznamnejším a zároveň z pohľadu rodiny neúplným stretnutím.

Z tohto hľadiska a so zreteľom na prístup zameraný na rodinu, ako aj na skutočnosť, že stretnutia majú vplyv na adaptáciu rodiny, je kľúčovým cieľom tímu včasnej intervencie zabezpečiť, aby boli stretnutia s rodinou úplné.

Služba včasnej intervencie je cyklom stretnutí medzi rodinou a odborníkmi. Každý z týchto momentov sa môže stať významnou príležitosťou a skúsenosťou, ktorá prispeje k rozvoju a posilneniu ich zručností.

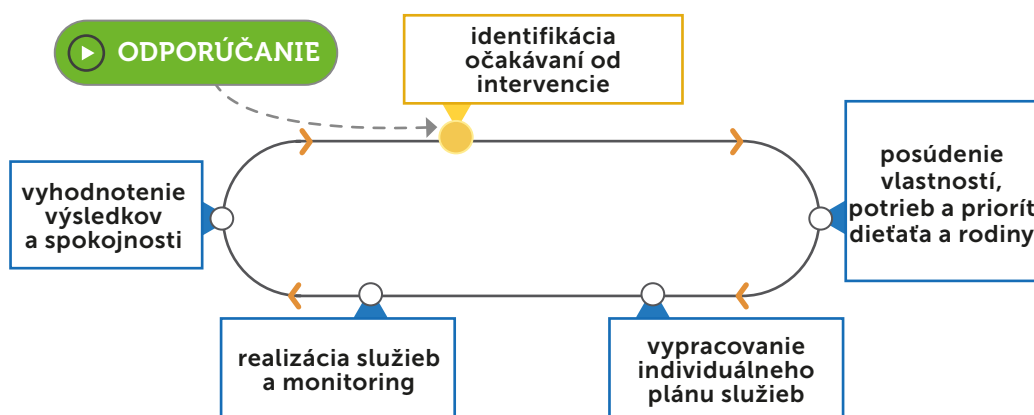
Na základe Simeonssonovho cyklu intervencie sú jednotlivými prvkami cyklu nasledovné fázy s určenou postupnosťou: odporúčanie, posúdenie, plánovanie intervencie, poskytnutie služby, následné kroky a príprava tranzitu. Predstavujú stretnutia dieťaťa a rodiny so systémom služieb.

Cyklus intervencie sa začína v momente odporúčania do systému a jeho fázy sa v čase opakujú, pričom o procese intervencie rozhodujú obavy a priority rodiny. Tento cyklus by sa nemal považovať len za sled jednotlivých fáz, ale skôr za dynamický proces, ktorý zodpovedá jedinečným okolnostiam danej rodiny. Proces intervencie preto predstavuje kontinuum sformulovaných aktivít a každá fáza má jasný cieľ, ktorého mottom je posilniť a budovať kapacity. Obrázok 4.1 ilustruje dynamiku procesu.

Spomínate si na príbehy rodín, s ktorými ste sa stretli, a stretnutia boli príkladom neúplných stretnutí?

Jednotlivé body cyklu predstavujú jedinečnú príležitosť budovania kapacít a posilnenia rodiny

Obrázok 4.1 Proces posudzovania a intervencie



Zdroj: Simeonsson a kol., 1996. Assessment and intervention cycle of personalized services for children and families. Použitie so súhlasom autora.

V procese posudzovania a intervencie majú všetky zdieľané informácie a prijaté postoje spoločný zmysel a cieľ: posilniť fungovanie rodiny na podporu vývinu dieťaťa.

Pri každom novom kroku stanovenej postupnosti, štruktúrovanej ako neprerušovaná cirkulárna línia, sa menia aj okolnosti dieťaťa a rodiny aj vzťah medzi odborníkmi a rodičmi.

Postupy zamerané na rodinu

Užitočné sú všetky zdieľané vedomosti a informácie a mali by sa integrovať do dizajnu intervencie

Ruka v ruke s týmito zmenami sa mení aj spôsob, akým sa rodiny zapájajú do včasnej intervencie.

I keď vo všeobecnosti ide o sekvenčný proces, jeho rôzne momenty sú aj integračné t. j. vymieňané informácie a aktivity realizované v každom momente procesu sa začleňujú do aktivít rozvíjaných v iných momentoch, nelineárne a jedným aj druhým smerom. Treba zohľadniť všetky zdieľané informácie v každom momente. Nemalo by sa na ne nazerať ako na informácie špecifické pre jednotlivé fázy procesu.

V kontexte prístupu zameraného na rodinu sa v každom kroku cyklu všetky uvedené momenty alebo stretnutia definujú v zmysle vzájomných očakávaní, rolí a aktivít rodín a poskytovateľov podpory, výsledkom čoho sú personalizované služby.

Tabuľka 4.1 sumarizuje a usmerňuje odborníkov k tomu, čo sa má dosiahnuť na každom stretnutí s rodinou počas intervencie. Stretnutia sa v kontexte intervencie zameranej na rodinu považujú za vhodné momenty na vzájomné interakcie medzi partnermi, rodičmi a odborníkmi.



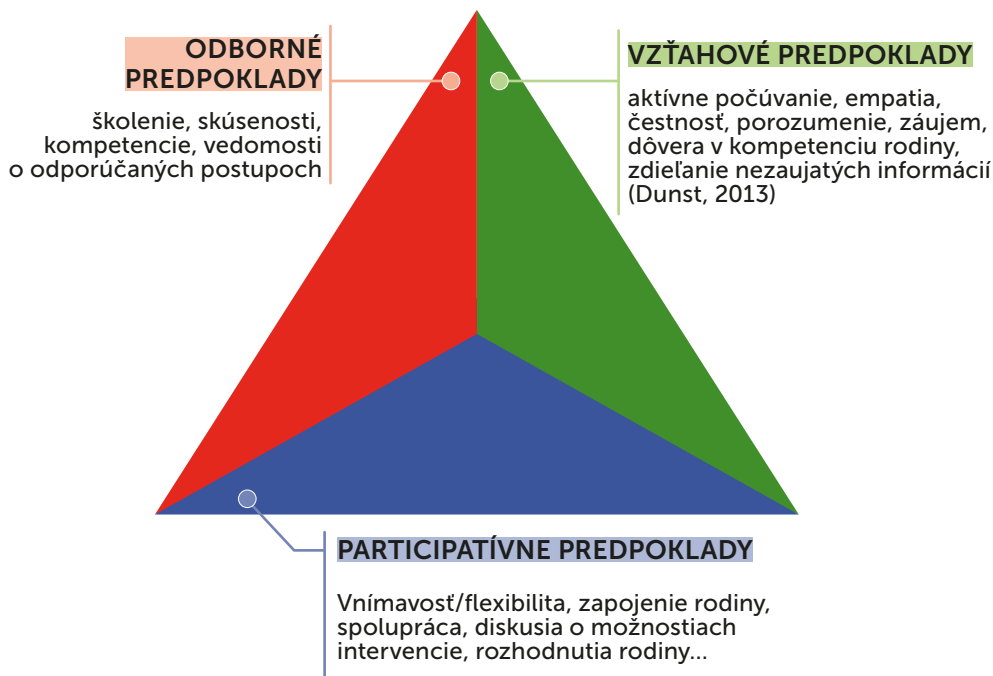
Tabuľka 4.1 Popis rôznych stretnutí počas cyklu intervencie
(prevzaté zo Simeonsson a kol., 1996)

Stretnutie	Očakávania a aktivity
Odporúčanie	Rodina je považovaná za plne spôsobilú robiť informované rozhodnutia a konať na základe toho, čo si zvolila.
Prvé kontakty	Identifikovať, čo rodina od intervencie očakáva.
Posúdenie v rámci včasnej intervencie	Identifikovať obavy, priority a zdroje rodiny a spoznať funkčné zručnosti dieťaťa a charakteristiku kontextu.
Vypracovanie individuálneho plánu podpory rodiny	Definovať ciele, aktivity a zdroje podporujúce očakávania a potreby detí a rodiny.
Implementácia a monitoring	Realizovať stratégie a aktivity v rámci prirodzeného kontextu dieťaťa a rodiny (domov, formálne vzdelávacie prostredie a prostredie, v ktorom dochádza k opatere a starostlivosti), monitorovať intervenciu a proces plánovania.
Vyhodnotenie výsledkov a spokojnosti	Vyhodnotiť výsledky intervencie a mieru spokojnosti rodiny nielen cez dosiahnutie cieľov, ale aj cez mieru kontroly, ktorú má rodina nad procesom, a mieru jej posilnenia.
Prechod	Starostlivo naplánovať a pripraviť zmeny v živote dieťaťa a jeho rodiny, konkrétne keď sa ukončuje program včasnej intervencie a oni sa posúvajú do ďalšieho kontextu alebo služby, aby bol prechod čo najhladší.

4.1.2. Účinné postupy poskytovania podpory v rámci intervenčného cyklu

Trojuholník účinných zložiek postupov podpory, ktoré prezentoval Dunst s kolegami (1996) v predchádzajúcej kapitole, budú zároveň slúžiť ako referenčný bod pre individuálnu alebo tímovú reflexiu o odporúčaných postupoch v rámci včasnej intervencie. V tejto kapitole predstavíme každodenné výzvy pre odborníkov v rôznych fázach včasnej intervencie. Použijeme nato príklady z praxe s komentárom. Na zvýraznenie komponentov účinných postupov poskytovania podpory podľa obrázka 4.2 v rámci jednotlivých prípadov a prostredníctvom komentárov a nadpisov použijeme farebné rozlíšenie. Uvedené svedectvá či skúsenosti ilustrujú pohľad rodiny na všetky tri komponenty.

Obrázok 4.2 Tri komponenty účinných postupov poskytovania podpory (podľa Dunsta, 1998)



Zdroj: Dunst, C. J. (1998). Corresponsabilização e práticas de ajuda que se revelam eficazes no trabalho com famílias [Empowerment and help-giving practices which reveal to be effective in the work with families]. In L. M. Correia & A. M. Serrano (Org). Envolvimento parental em intervenção precoce: das práticas centradas na criança às práticas centradas na família(pp. 123-138). Porto: Porto Editora. Upravené a použité so súhlasom autora.

Odborné predpoklady – Špecializované vedomosti odborníkov (tréning, skúsenosti, kompetencie) využívané v prospech detí a ich rodín

Odborné predpoklady členov tímu a spôsob, akým nám odovzdali informácie, ako nám ich podali a objasnili, vytvorenie pocitu bezpečia a dôvery, že práve toto je ten najlepší odborník, ktorý má ďalej pracovať s našim synom. Dôvera v to, že odborník si stanoví hranice práce z pohľadu rodiny a tá bude jeho usmernenia nasledovať.

Nesmieme zabudnúť ani na to, že nám všetci odborníci boli vždy k dispozícii, pripravení počúvať a objasňovať jednotlivé myšlienky a koncepty.

Svedectvo rodiny





Vzťahové predpoklady – Predpoklady súvisiace so vzťahovými aspektmi poskytovania podpory, ktoré budujú a posilňujú vzťahy – aktívne a reflektívne počúvanie, empatia, autentickosť, dôveryhodnosť, porozumenie, vrúcnosť a záujem. Patrí sem aj osobnosť odborníka, t. j. názory, resp. presvedčenie o kompetenciách rodiny a jej schopnosti aktívne zvládať denné situácie, obavy a túžby.

Pre nás je kľúčové vybudovať si empatický vzťah s tímom, ktorý s nami spolupracuje v následných fázach. Ako rodičia detí so špeciálnymi vzdelávacími potrebami žijeme často v permanentnej úzkosti. Problémy, ktoré sme zažívali kvôli zdravotným ťažkostiam, frustrácii a smútku z nenaplnených očakávaní, vyústili do toho, že nie sme v najlepšom emočnom a psychickom stave. Neustále bojujeme a často je to práve tím včasnej intervencie, ktorý nám poskytuje tak zúfalo potrebnú podporu.

Používanie pozitívneho jazyka je základ. Cítiť, že tím verí v nás aj naše dieťa, pričom nám nedáva falošné nádeje alebo fantazijné predstavy o budúcnosti, ale povzbudzuje nás, aby sme sa posúvali ďalej napriek nezdarom, ktoré neustále zažívame. Práve pozitívny jazyk intervenčného tímu nám pomáha napredovať napriek všetkému, čo nás odrádza.

Svedectvo rodiny



Participatívne predpoklady – Predpoklady, ktoré podporujú informované rozhodnutia rodiny a jej participáciu. Posilňujú kompetencie rodiny, aby rozvíjala nové kapacity, a pozitívne ovplyvňujú mieru kontroly, ktorú rodina cíti v rámci svojho rozvoja. Práve týmto sa prístup zameraný na rodinu líši od iných prístupov, robí ho jedinečným, zvyrazňujúc rodinu ako aktívneho účastníka procesu dosahovania cieľov. V podstate sa posilňujú kompetencie rodín, a nevytvára sa závislosť.

Natrafili sme na zohraný, ochotný a veľmi dobre zorganizovaný tím.

Jeho členovia vždy rešpektovali to, ako si poznáme dcéru. Počúvali nás a radili nám.

Prichádzali s návrhmi a počúvali aj naše návrhy.

Keď bola potrebná zmena, vždy jej boli otvorení a boli pripravení sledovať dcérin vývoj v osobnom živote aj v škole.

Boli to viac než odborníci, spoznala som výnimočné, zaniietené a láskyplné ľudské bytosti s odbornými vedomosťami nevyhnutnými pre inovácie a potrebu prispôbiť sa vždy, keď bolo treba.

Beatriz Sequeirová – Máriina matka, podporovaná SNIPI

V tejto kapitole preskúmame každý bod intervenčného procesu, od intervenčného cyklu Simeonssona a kol. (1996) až po trojuholník jednotlivých komponentov efektívneho poskytovania podpory (Dunst, 1998; Dunst, 2002; Dunst, Trivette a Snyder, 2000), pričom ich považujeme za príležitosť na implementáciu odporúčaných postupov.

Na ilustráciu odporúčaných postupov (alebo ťažkostí či výziev, ktorým ich implementácia čelí) uvádzame úplné či skrátené svedectvá rodín a odborníkov. Sú to príbehy a príklady skutočných životných situácií, často sa objavujúcich v každodennom živote odborníkov zapojených do včasnej intervencie (VI), o ktoré sa podelili miestne intervenčné tímy SNIPI a rodiny so skúsenosťou s VI.

Na základe niektorých zdieľaných skúseností sa dajú analyzovať príklady situácií, keď sa odborníci usilujú uplatňovať odporúčané postupy, pričom sa boria s rôznymi dilemami a zmätočnými situáciami, pri ktorých sa nedá jednoznačne určiť, čo je „to správne riešenie“.

Napriek neistote „čo povedať“ sú odborníci odhodlaní dodržiavať princípy v rámci odporúčaných postupov a učiť sa z vlastných chýb. Takýto postoj posilňuje ich odborný rast. I keď nie sú vždy spokojní s tým, ako sa im podarilo splniť stanovené ciele v rámci týchto náročných situácií, stále sa usilujú poskytovať kvalitné služby.

V iných príbehoch zas cítíme silu rodín v rámci intervencie a vieme pochopiť, z ich vlastných slov a z ich pohľadu, aký je skutočný zmysel odporúčaných postupov – ako v horeuvedených príkladoch, ktoré ilustrujú jednotlivé zložky efektívneho poskytovania podpory. Ich príbehy nás vedú tým správnym smerom: keď odborník porozumie vízii rodiny, vytvára lepšie podmienky na účinnú implementáciu odporúčaných postupov.

Prostredníctvom príkladov chceme ponúknuť realistický rámec rôznych typov situácií, s ktorými sa dennodenne stretávajú odborníci a rodiny na ceste včasnej intervencie, a poukázať na výzvy, ktoré treba v tomto type služby prekonať. Zatiaľ čo v prípade niektorých z nich vieme jednoducho identifikovať a odvodiť nápady a navrhnúť potenciálny postup, iné prípady vzhľadom na svoju komplexnosť predstavujú skutočnú výzvu, ktorá preverí schopnosť každého odborníka riešiť problémy a rozhodovať.

Od odborníkov sa očakáva, že budú v praxi integrovať jednotlivé teórie a koncepcie, no v tejto úlohe im môže pomôcť formulovanie špecifických situácií. Na záver preto uvedieme podrobnejší popis každého momentu intervenčného cyklu a ilustrujeme zásadné aspekty danej fázy, pričom uvedieme témy na zamyslenie s odkazom na tri komponenty efektívnych postupov poskytovania podpory. Veríme, že odborníci sa s týmito výňatkami budú vedieť stotožniť, a poslúžia im ako premostenie medzi teóriou a praxou a umožnia individuálnu reflexiu a tímové diskusie v rámci supervízie.

Čitatelia sa môžu rozhodnúť pre individuálnu prácu a reflexiu uvedených prípadov, no diskusia s tímom môže proces reflexie a ďalšieho vývoja dodatočne obohatiť: každý člen prispieva myšlienkami, ktoré nie sú len výsledkom osobných a odborných skúseností, ale aj vedomostí získaných v rámci odborného vzdelávania. Spoločná reflexia je bezpochyby vynikajúcim spôsobom, ako prispieť k tímovej práci.

Ako sme už spomínali a uvidíme aj v rámci tejto kapitoly, zámerom publikácie nie je ponúkať „recepty“, ale skôr odrazový mostík pre individuálne a tímové reflexie, ktoré povedú k implementácii odporúčaných postupov v kontexte včasnej intervencie.

Individualizované postupy = postupy „haute couture“

Postupy včasnej intervencie zamerané na rodinu nie sú len metodikou, majú tendenciu presadzovať sa skôr ako „modus faciendi“, ktorý je nedeliteľnou súčasťou aktivít odborníkov v oblasti VI a tiež každodenného pôsobenia všetkých tímov, ktoré chcú držať krok s dobou, ruka v ruke s prirodzenými ranami osudu, ktoré prináša realita. Nejde tu o zaujatie pohodlnej pozície tých, ktorí majú vedomosti – to už je umelé a zastaralé.

Takto sa ja vyrovnávam s výzvami, ktoré znamená včasná intervencia. Je to ťažká výzva, no skutočný vývoj nie je možný bez ťažkostí.

Svedectvo odborníka včasnej intervencie

Odborník by mal vždy rozpoznať rôzne charakteristiky rodín, tímov, odborníkov a rôznych kontextov, pričom kľúčom k uplatňovaniu prístupu zameraného na rodinu je individualizácia.

4.2. Odporúčanie

Odporúčanie predstavuje komunikáciu a formalizáciu služieb včasnej intervencie v prípadoch týkajúcich sa detí so zistenými vývinovými ťažkosťami alebo pri rizikových faktoroch, ktoré môžu ohroziť ich vývin. Cieľom je identifikovať vhodné riešenia situácie, ktorá bola odporúčená na včasnú intervenciu.

V prvom rade, a to bez ohľadu na kontakt alebo posúdenie zo strany poskytovateľa služieb, je to práve rodina, ktorá zadá požiadavku a chce postúpiť predmetnú situáciu. Dá sa preto predpokladať, že rodina služby pozná a je prístupná voči intervencii. Pokiaľ službu včasnej intervencie odporúča nejaký odborník (napríklad z oblasti zdravotníctva, vzdelávania atď.), treba sa špeciálne sústrediť na to, aby rodina mala od prvého momentu kontrolu nad svojím vstupom do systému VI.

Ktoré deti majú nárok na včasnú intervenciu?

Podľa portugalskej legislatívy (Vládne nariadenie 281/2009) majú na včasnú intervenciu nárok deti vo veku 0 do 6 rokov, u ktorých sa prejavuje vývinové oneskorenie, ktoré je výsledkom predtým diagnostikovaného poškodenia z bližšie neurčených dôvodov alebo z dôvodu rizikových podmienok ohrozujúcich vývin.

Včasné odporúčanie na služby včasnej intervencie si vyžaduje, aby mali rôzne typy služieb, komunita ako táká a obzvlášť rodiny tieto informácie k dispozícii, resp. k nim mali prístup.

Ako uvidíme v tejto kapitole, spôsob, akým rôzni odborníci odkazujú na služby včasnej intervencie významne ovplyvňuje očakávania rodiny.



Odporúčanie

Proces odporúčania by mal garantovať:

- rodinám – informácie o existencii služieb včasnej intervencie a ich charaktere, aby mohli prijať informované rozhodnutia;
- deťom, ktoré majú na VI nárok – včasný prístup k službám, v súlade s rozhodnutím rodiny;
- tímom – včasné vedomosti o deťoch a rodinách, ktoré majú na VI nárok.

4.2.1. Ako zabezpečiť včasné odporúčanie?

Podľa Guralnicka (2011) by systémy včasnej intervencie mali venovať zvláštnu pozornosť skríningu detí, ktoré majú potenciálne na ňu nárok. Najskoršia možná identifikácia detí, ktoré potrebujú VI, si zároveň vyžaduje vzájomnú komunikáciu poskytovateľov formálnych a neformálnych komunitných služieb.

Komunity však často existenciu služieb VI prehliadajú, keďže aktivity zamerané na zvyšovanie povedomia a šírenia prístupu VI sú obmedzené. Dôsledkom je, že deti vstupujú do systému príliš neskoro, čo ich aj s rodinami poškodzuje.

Podľa portugalskej legislatívy zodpovedá za zabezpečenie skríningu detí a ich odporúčanie do systému, aktiváciu procesu VI ako aj stanovenie diagnózy a poskytnutie špecializovaného usmernenia ministerstvo zdravotníctva.

V komunite s dobre nastavenými inštitúciami dochádza k odporúčaniam ihneď pri podozrení, že niečo nie je v poriadku.

Gašpara odporučilo zdravotnícke zariadenie a vychovávateľka v jasliach, keď mal ešte len dva roky. Dôvodom bolo podozrenie z celkového vývinového oneskorenia, rozsiahlejšieho v jazykovej oblasti, motorike a kognícii, spojené s environmentálnymi rizikovými faktormi.

Simultánne odporúčanie zdravotníckeho centra a jasíel dokazuje, že oba typy služieb pozorne vnímali ťažkosti dieťaťa a jeho kontext. Je dôležité, že k tomuto kroku došlo skoro, keďže to umožnilo správne načasovanie intervencie.

K odporúčaniam však nedochádza vždy v takejto ranej fáze. V prvých rokoch po vzniku miestnych intervenčných tímov sme sa potýkali so skutočnosťou, že väčšina detí bola odporúčaná neskoro, no postupne, aj vďaka osvetovým kampaniam v oblasti zdravotníctva, školstva a sociálnych služieb, si komunity začali stále viac uvedomovať, že existuje včasná intervencia. Vo výsledku bolo do služby odporúčaných viac detí vo veku 0 až 3 roky.

Miestny intervenčný tím

Ako nám ukazuje uvedený príklad, za správne načasovaným odporúčaním na službu vždy stojí informačná kampaň, ktorú realizujú služby a ľudia z komunity. Môžu sa venovať organizovaniu stretnutí medzi službami, šíriť informačné letáky a plagáty, samotný odporúčací formulár atď. Prácu môžu vykonávať rôzne úrovne štruktúry SNIPI – regionálne podvýbory, supervízne tímy alebo miestne intervenčné tímy.

Komunitné služby by mali byť vždy pozorné a schopné identifikovať predmetné situácie alebo situácie, ktoré vyvolávajú pochybnosti. Tiež je namieste, aby mali hlboké vedomosti o podpore VI, boli schopné rozhodovať, či práve ten typ podpory je tým najvhodnejším a v závislosti od toho by mali informovať rodinu. Rodiny sa môžu spojiť s miestnymi intervenčnými tímami (ďalej „MIT“), iba ak sú si vedomé existencie a účelu služieb. Len vtedy sa budú schopné rozhodnúť, či chcú vpustiť VI do svojich životov!

Zásadná úloha tímov pri zvyšovaní povedomia a informovaní komunity o podpore VI

Cieľom rozširovania služieb včasnej intervencie a zvyšovania povedomia v komunite je:

- upozorniť všetkých poskytovateľov služieb a odborníkov napojených na VI na potrebu čo najskoršieho možného odporúčania na službu VI;
- nastaviť formálne kanály intervencie medzi MIT a inými subjektmi, ktoré budú potenciálne odporúčať službu VI;
- poskytovať komunite informácie o fungovaní VI, hlavne službám, ktoré sú v užšom kontakte s deťmi a rodinami (zdravotníctvo, školstvo, sociálna politika), aby sa umožnilo odporúčanie na VI, a nie na jednotlivé izolované služby, ako napríklad logopédiu, fyzioterapiu a iné;
- zabezpečiť zapojenie rodín, pomôcť im pochopiť význam a výhody VI;
- garantovať ochranu práv dieťaťa.

Každý tím pôsobí v jedinečnom a špecifickom kontexte, ktorý môže podporiť včasné odporúčanie do služby. Dôležitým krokom by mohla byť príprava letáka alebo brožúry s písomnými informáciami, ktoré opíšu filozofiu a samotnú službu, zloženie tímu atď.,

a požiadať inštitúcie, ktoré by službu mohli potenciálne odporúčať, aby tieto materiály prezentovali rodinám, ktoré podľa nich spĺňajú kritériá mali by o tieto informácie záujem.



NA ZAMYSLENIE

1. Ako môže váš tím garantovať, že iné služby, odborníci a komunita vo všeobecnosti budú mať adekvátne vedomosti o podpore včasnej intervencie?
2. V akom kontexte (kde a s kým) treba podľa vášho tímu prehľbovať informovanosť/povedomie o podpore VI?
3. Aké informácie sú podľa vášho tímu zásadné, také, o ktoré sa treba podeliť s inými inštitúciami, odborníkmi a komunitou vo všeobecnosti, aby sa zabezpečilo, že rodina, ešte skôr, než tím vyhľadá, bude schopná prijať informované rozhodnutie o podpore VI?
4. Aký akčný plán by mohol váš tím vypracovať, aby bola VI dostupnejšia pre rodiny a komunitu vo všeobecnosti?

4.2.2. Ako odporúčať službu z pohľadu na rodinu zameraného prístupu?

Podľa McWilliamsa, Wintona a Craisa (2003) by bolo ideálne, aby prvý kontakt s tímom VI vyhľadali rodiny samy a požiadali o zaradenie do systému. Pokiaľ povzbudzujú k prvému kontaktu s tímom iné služby alebo odborníci, majú zároveň pomáhať rodine prevziať kontrolu nad procesom odporúčania a rešpektovať jej tempo pri rozhodovaní. Možnosť urobiť informované rozhodnutie rodinu posilní ešte pred samotným vstupom do systému.

Stále však dochádza k odporúčaniam, vychádzajúcim z „pohľadu služieb“, ktoré odhalujú nedostatočné vedomosti o modeli VI a v rodine vyvolávajú falošné očakávania ohľadom podpory poskytovanej v rámci včasnej intervencie:

Dieťa odporúčané klinickým detským psychiатrom, spĺňajúce nasledovné kritériá oprávnenosti: vývinové oneskorenie neznámeho pôvodu v oblasti motoriky, kognitívnych, jazykových a komunikačných zručností a v sociálnej a adaptívnej oblasti. Dieťa bolo odporúčané aj vzhľadom na izoláciu a silné obavy o rodinu. Vzhľadom na funkčný profil dieťaťa a potreby rodiny odporúčaná intervencia, prednostne pracovná terapia.

Miestny intervenčný tím

V čase odporúčania by mala rodina mať možnosť vyjadriť sa, či má alebo nemá záujem, aby sa situácia ich dieťaťa ohlásila službám VI. Uvedomujeme si, že pred prvým kontaktom s odborníkmi v MIT a rodinou sa vyskytnú mnohé udalosti a premenné, ktoré môžu ovplyvniť reakciu rodičov na služby VI a ich budúce vzťahy s tímom odborníkov.

Keď odborník informuje rodinu o tom, že bola odporúčaná na služby včasnej intervencie, často predpokladá, že aj rodina má záujem byť kontaktovaná miestnym intervenčným tímom, no nie vždy to tak je. Možno rodina nemá záujem o včasnú intervenciu „vo svojom živote“, pretože nechce prestať veriť, že jej obavy sú neopodstatnené, a môže sa cítiť pod tlakom VI prijať, aby pred odborníkmi nevyzerala ako rodina, ktorá zanedbáva svoje dieťa.

Je nesmierne dôležité, aby odborník rodine o službe poskytol komplexné informácie, rozptýlil akékoľvek pochybnosti a predovšetkým garantoval, že to je aj vôľa rodiny. Spoločné odporúčanie sa líši od odporúčania, ktoré vykoná len odborník so súhlasom rodiny. Ďalším spôsobom, ako ešte väčšmi posilniť rodinu tesne pred jej vstupom do systému, by malo byť zohľadnenie jej obáv vyplývajúcich zo skúsenosti s predchádzajúcou službou.

Poznanie systému a to, či sa podarí reagovať na potreby rodín, závisí od informácií, ktoré má miestny intervenčný tím k dispozícii, ale aj od vzťahov s inštitúciou/subjektom, ktorý na službu odporúča.

Nasledovné dva prípady, Sofie a Heleny, ktoré obe odporučili odborníci z rovnakého typu inštitúcie – zdravotného strediska, ukazujú, ako rozdielne môžu poskytnuté informácie vplývať na rodinu a ich deti.

Sofiino tehotenstvo a pôrod prebiehali normálne. Zdalo sa, že Leandro je v poriadku, no počas prvých dvoch mesiacov od narodenia si Sofia začala všimnúť rozdiely v jeho vývine: Leandro sa javil „ochabnutý“ a menej „bdelý“ než ostatné bábätká, a tak sa to rodičia rozhodli konzultovať s rodinnou lekárkou v neďalekom zdravotnom stredisku.

Lekárka si Sofiu vypočula a potvrdila jej podozrenie, aj keď si stále nebola istá, aký je dôvod vývinového oneskorenia. Odporúčala rodine vývinovú konzultáciu na detskej klinike. Zároveň informovala matku o tom, že existuje tím včasnej intervencie, ktorý pozostáva z odborníkov z rôznych oblastí poskytujúcich podporu v prostredí a kontexte života dieťaťa, orientuje sa na obavy a priority rodiny a ostatných opatrovateľov, a ktorý by mohol pomôcť Leandrovmu vývinu. Nakoniec sa Sofie opýtala, či by chcela, aby ju tím kontaktoval. Leandrovi rodičia okamžite súhlasili a proces odporúčania prebehol so súhlasom rodiny a, čo je ešte dôležitejšie, na základe ich potrieb.

Skúsenosť odborníka na VI

Toto je príklad dobrej participatívnej praxe, keď rodina súhlasila a dala oprávnenie na odporúčanie! Na jednej strane si uvedomujeme význam vzťahových predpokladov tejto lekárky, schopnosť doceniť matkine obavy, počúvať a vnímať ich význam, ale zároveň aj jej vecnú pripravenosť, pretože vedela o systéme VI a mala o ňom dostatočné informácie, čo umožnilo rodine prístup k službám reagujúcim na jej potreby. Priebeh úvodného momentu významne uľahčil nadviazanie vzťahu medzi odborníkmi na VI a rodinou, a rodina mala nad celým procesom kontrolu od samotného začiatku.

Odporúčanie však niekedy prebieha aj inak, ako to ukazuje Helenina výpoveď:

Približne pred štyrmi rokmi sa po normálnom priebehu tehotenstva v 39. týždni narodil Dávid. Chlapec, ktorý ako väčšina novorodencov, jedol a spal.

O tri mesiace nato Dávid prestal spať, nespál a veľa plakal. Cítila som, že niečo nie je v poriadku, ale všetci to pripisovali mojej úzkosti. Trápila som sa, lebo moja mama bola v terminálnom štádiu rakoviny. Ale ja som vedela, že to nebolo „iba“ to, a „iba“ píšem zámerne v úvodzovkách, pretože to pre mňa skutočne nebolo jednoduché, keď som sa dozvedela, že moja mama tu s nami bude už len pár mesiacov.

Okolo 10. až 12. mesiaca Dávid vyslovil prvých pár slov, a nič viac.

Počas bežnej kontroly v dvoch rokoch som sa v ordinácii v našom zdravotnom stredisku, podelila o svoje veľké obavy z toho, že Dávid tak málo rozpráva, a tiež z jeho ďalších prejavov, ktoré sa mi nezdali primerané pre dvojročné dieťa. Lekár mi povedal, že som príliš úzkostlivá. Z kontroly som odišla neistá, s pocitom, že nikto ani z rodiny, ani spomedzi odborníkov mi nerozumie.

**Význam
vzťahových,
participatívnych
a odborných
predpokladov**

Dva mesiace nato mal Dávid astmatický záchvat. Išli sme na pohotovosť, kde si službukonajúca lekárka, zhodou okolností vývinová detská lekárka, okamžite uvedomila, že sa niečo deje, a to nielen z pozorovania Dávida, ale aj vzhľadom na moje obavy a vyčerpanosť, ktorú som vykazovala, lebo som nevedela, čo so synom je, okrem akútneho stavu, ktorý nás doviedol do nemocnice.

Hodinu sme sa rozprávali a po prehliadke ma lekárka odkázala na vývinového poradcu. Keď sme sa lúčili, vzala ma za ruky a povedala mi: „Odteraz už nie ste sama.“ Musím priznať, že som veľmi netušila, o čom vtedy hovorí.

Na vývinovej konzultácii ma odporučili na konzultáciu ohľadom autizmu a neskôr mi oznámili, že sa so mnou spoja odborníci na včasnú intervenciu. Veľmi sme nerozumeli, čo títo ľudia robia.

Helena – Dávidova matka, podporovaná SNIPI

Na zamyslenie:

Čo podľa vás
v celom procese
prebehlo
správne?
Čo mohlo
prebehnúť inak?

V oboch prípadoch boli matky tými prvými, kto si uvedomil, že na vývine ich dieťaťa je niečo znepokojujúce.

No na rozdiel od Sofie, Helene pri prvom kontakte so zdravotnými službami nikto nepotvrdil obavy, ani nezodpovedal otázky, čo prehĺbilo jej pocit neistoty. Odporúčanie na VI trvalo v jej prípade dlho. Obavy jej uznali až keď mal syn dva roky. Neskôr, po epizóde na pohotovosti, sa vďaka vzťahovým schopnostiam pediatričky – rešpektu, informáciám a ústretovosti – mohla začať cítiť istejšie a pripravovať na budúcu spoluprácu a vytváranie vzťahu so službami VI. Hoci sa už s lekárkou, ktorá ju na služby odporúčala, nikdy viac nestretla, navždy si ju zapamätala ako niekoho, kto ju vypočul a pochopil, a jej slová významne ovplyvnili celú rodinu.

Faktom je, že rozdiel v práci odborníkov v oblasti včasnej intervencie môže spočívať v pár slovách.

**Význam
vzťahových
kompetencií
odborníkov**

4.2.3. Ako pripraviť ďalšie kroky?

I keď miestne intervenčné tímy nemajú kontrolu nad priebehom odporúčania, mali by v rámci komunity zvyšovať povedomie a informovať o podpore VI s cieľom podporovať odporúčania, ktoré rešpektujú vôľu rodiny a ktoré môžu vopred poskytnúť komplexné spoľahlivé informácie, čo posilní informované rozhodovanie.

Len čo MIT dostane odporúčanie, mal by začať organizovať a plánovať ďalšie kroky, medzi ktoré patrí aj forma prvého kontaktu s rodinou. Jeho základom by jednoznačne mal byť na rodinu zameraný prístup, od počiatku orientovaný na jej posilňovanie. V ďalšej časti sa budeme venovať významu prvých momentov s rodičmi alebo inými opatrovateľmi práve z pohľadu uplatňovania prístupu zameraného na rodinu.



ZÁZNAM Z PRAXE

Odporúčanie: Zoznámenie s tímom včasnej intervencie

50-ročný Manuel a 30-ročná Katarína sú rodičmi Mariany. Tím dostal odporúčanie z gynekologicko-pôrodnického oddelenia a naplánoval si prvé stretnutie s rodinou podľa želania rodičov, u nich doma.

Rodina nás privítala s úctou, aj keď sme zachytili isté výhrady zo strany matky, ešte sme však úplne nerozumeli prečo. Matka držala na rukách trojmesačnú Marianu. Ako prvé sa nás Katarína opýtala, či sa chceme pozrieť do detskej izby alebo si prehliadnuť dom. Ihneď sme začali hovoriť o našej úlohe a dôvode prvého stretnutia. Matka nám vysvetlila, že už má pomoc iných služieb, a že „pri ich návštevách si sociálni pracovníci vždy chceli prehliadnuť dom“. Dom sme si nepozreli, ale sedeli sme v obývačke a počúvali sme matku a jej pochybnosti a obavy ohľadom dieťaťa. Mariana bola jej prvé dieťa a mnoho vecí zažívala po prvýkrát. Tiež nám vysvetlila, že podstupuje metadónovú liečbu, ktorú absolvovala aj počas tehotenstva. Ako plynul rozhovor, začala sa uvoľňovať, strácala pocit úzkosti. Kládla množstvo otázok o starostlivosti o dieťa, hovorila o tom, čo už urobila a ako Mariana reagovala. Už uvoľnenejšia Katarína nám povedala, že by nám chcela ukázať detskú izbu a hrdo nás k nej viedla, kladúc množstvo otázok o detskej postielke, o tom, kam by ju mala umiestniť, aby sa dieťaťu ľahšie dýchalo.

Potom prišiel domov Marianin otec a spolu sme si pozreli odporúčanie, aby sme zistili, či sa obavy vyjadrené zdrojom odporúčania zhodujú s obavami rodiny. Keď Manuel čítal žiadosť o podporu, bol mierne otrasený. Keď sme sa pokúšali porozumieť jeho postoj, nahnevane nám vysvetlil, že to, čo podpísal, sa veľmi líšilo od toho, čo mu teraz ukazujeme. Povedal nám, že odborníci, ktorí spisovali odporúčanie mu poradili, aby v Marianinom prípade žiadal o intervenciu s vysvetlením, že by to bolo dobré pre jej vývin. Keďže chcel pre svoju dcéru len to najlepšie, odporúčanie akceptoval. Avšak do odporúčania boli pridané informácie o rodine, ktoré tam v čase jeho súhlasu neboli: „Dieťa v ohrození, prijaté na jednotku intenzívnej starostlivosti v neonatálnom štádiu vzhľadom na depriváčny syndróm (užívanie kokaínu a heroínu počas tehotenstva)“. Cítil sa podvedený, pretože informácie neboli presné (Katarína počas tehotenstva neužívala), a neboli rodine komunikované, a povedal: „Dámy, nemám nič proti vám, ale už nechceme, aby k nám chodili ešte ďalší ľudia. Ale nechám to na mamu...“

Participatívne predpoklady:
Od prvého momentu posilňovať voľbu rodiny.

Vzťahové predpoklady:
Vybudovať základy dôvery a partnerského vzťahu s rodinou, poskytnúť všetky požadované informácie a aktívne počúvať, o čo sa chce rodina podeliť.

Odborné predpoklady:
Vedomosti o vývine detí vo veku 0-6 rokov umožňujú poskytnúť rodine podporu a reagovať na jej pochybnosti.

Participatívne predpoklady:
Vytvoriť rodine priestor, aby robila informované rozhodnutia.

Keď sme objasnili rozsah nami poskytovanej pomoci, návšteva sa skončila a rodina dostala priestor popremýšľať o tom, ako pokračovať ďalej. Mali sme obavy, lebo to vyzeralo, že celá záležitosť sa pre Marianu, jej rodinu a ich podporu stane prekážkou. Neskôr sme Katarínu ešte raz kontaktovali. Povedala nám, že nemajú záujem o ďalšiu podporu, pretože sa domnievajú, že Mariana je v poriadku, ale prisľúbila, že keby mali pocit, že je to potrebné, obrátia sa na službu neskôr. Rodinu sme informovali, že podpora nemôže fungovať bez ich schválenia, a že o ich rozhodnutí budú informovaní tí, ktorí požiadali o včasnú intervenciu.



NA ZAMYSLENIE

Postoje tých, ktorí odporúčajú službu, môžu skomplikovať, ba dokonca aj zabrániť vstupu rodiny do včasnej intervencie!

- Čo nebolo správne na tomto odporúčaní?
- Aké postupy a kompetencie neboli pri ňom uplatnené?
- Ako mohli/mali konať odporúčajúci odborníci, aby predišli takémuto výsledku?
- Čo môžete urobiť v miestnom intervenčnom tíme, aby ste predišli opakovaniu takýchto situácií?

4.3. Prvé kontakty

Prvé kontakty sú séria krokov, ktoré sa realizujú, keď tím odborníkov po prvýkrát osloví rodinu po odporúčaní dieťaťa na službu VI. Vtedy sa začínajú identifikovať očakávania rodiny od intervencie.

V procese zameranom na rodinu majú prvé kontakty nesmierny význam. Práve prvé momenty tvoria základ dôveryhodného a kolaboratívneho vzťahu medzi rodinou a odborníkmi: čo odborník hovorí alebo robí a spôsob, akým vedie prvé stretnutia zanechajú na rodine určitý dojem. Preto je kľúčové zohľadniť rôzne premenné, ktoré prispievajú k vytvoreniu prvého dojmu na oboch stranách – rodiny i odborníkov, predovšetkým ich predošlé skúsenosti, rôzne spôsoby, akými medzi sebou interagujú, ich hodnoty a očakávania.

Môže sa stať, že každodenná rutina poskytovania služieb zapríčini, že odborník sa k tomuto momentu postaví ako k prostému zberu dát o rodine, podľa toho, čo o nej potrebuje vedieť a podvedome sa uchýli k „vopred definovaným postupom skúmania a scenáru“. Takýmto postojom môže u rodiny vyvolať mylný dojem, že proces vedie práve on ako odborník, čím riskuje, že odoberie moc rodine.

Každá rodina je jedinečná! Od prvých kontaktov by odborníci na včasnú intervenciu mali rešpektovať jej špecifické vlastnosti. Práve v tejto fáze sa začína identifikácia priorít rodiny, a tá povedie proces intervencie a jej ciele. Preto musí odborník flexibilne a spôsobom zohľadňujúcim hodnoty, kultúru a preferencie rodiny rešpektovať voľby rodičov ohľadne zapojenia a informácií, o ktoré sú ochotní sa podeliť⁵.

Prvé kontakty rozhodnú o tom, aká bude celá zvyšná skúsenosť so včasnou intervenciou. Preto by mali prebehnúť na rodinu zameraným spôsobom (nie spôsobom zameraným na dieťa), zdôrazňujúc podporu (nie služby).

(McWilliam, 2010, str. 17)

Od prvého momentu odovzdajte kontrolu nad rôznymi aspektmi prijatia do služieb rodinám

4.3.1. Ako postupovať zamerane na rodinu v tejto fáze?

Neexistujú na to pravidlá! Respektíve, jediným pravidlom je, že najlepšie riešenie je to, ktoré si spomedzi celej škály možností zvolí samotná rodina. Ako už bolo spomínané, „ako sa veci robia“ môže byť dôležitejšie než to, „čo sa urobí“.

Po prijatí odporúčania a jeho analýze by sa tím mal zorganizovať a zrealizovať s rodinou prvý kontakt, pričom treba zohľadniť špecifickosť každej situácie.

Vždy, keď je to možné, by sa prvé stretnutie malo dohodnúť telefonicky alebo písomne a voľbu miesta, času a intervenujúcich strán na stretnutí prenechať rodine. V rámci prvého kontaktu by mohlo byť dôležité okamžite ukázať pripravenosť poskytnúť rodine informácie, pokiaľ ich potrebuje, aby sa mohla na stretnutie pripraviť. Takto možno predísť tomu, aby odborník prevzal kontrolu nad procesom, ak sa rodina bude prejavovať pasívne. V ideálnom

Jediným pravidlom je... zapojiť do rozhodovania rodinu

Príprava prvého kontaktu s rodinou

⁵ Podrobné informácie o postupoch v rámci intervenčného procesu odporúčame vyhľadať v McWilliam, Winton a Crais, 1996 a McGonigel, Kaufman a Johnson, 1991.

pripade by rodina mala mať k dispozícii už nejaké písomné informácie pred stretnutím (napríklad leták pripravený tímom) s odpoveďami na jej potenciálne otázky ohľadom prvého stretnutia s tímom.

Prvý telefonát môže ihneď demonštrovať fakt, že práve rodina má kontrolu nad situáciou: napríklad jej možno ponúknuť viaceré možnosti miest, kde by prvý kontakt mohol prebehnúť (doma, v kancelárii tímu, v škôlke atď.), a dať jej tak príležitosť rozhodnúť sa. Podstatné je, aby mala rodina možnosť voľby a mohla sa zamyslieť nad potenciálnym vplyvom miesta prvého stretnutia na jej prvý dojem zo včasnej intervencie, tímu a ľudí/odborníkov, s ktorými sa stretne.

Ak sa napríklad prvé stretnutie môže uskutočniť len v škôlke dieťaťa, dá sa z toho vyčítať, že škôlka je primárny kontext, ktorý môže posilniť rozvoj dieťaťa. Pokiaľ je to kancelária tímu, potenciálnou správou môže byť, že rodina od začiatku vstupuje do „cudzieho teritória“, v ktorom dominujú odborníci. Pokiaľ je to jej domov, môže ísť o to, že sa tam cíti príjemnejšie, alebo, naopak, o pocit nabúrania súkromia. Zdôrazňujeme, že každá rodina je jedinečná a rozhoduje sa na základe svojej jedinečnosti a okolností, v ktorých sa nachádza, kde sa cíti najpohodlnejšie v tomto rozhodujúcom momente života a života svojho dieťaťa.

Bez ohľadu na miesto prvého kontaktu do úvahy treba vziať a predosť každý návrh, aby sa rodina mohla rozhodnúť podľa seba, v čase, ktorý jej vyhovuje. Odborník by mal byť pripravený odovzdať vedenie procesu a priebeh konverzácie do jej rúk, pričom by mal využívať celú škálu rôznych spôsobov nadväzovania vzťahov a dať najavo, že mu na tom záleží, predovšetkým rešpektujúc voľby rodiny a vytvárajúc jej priestor, aby bola sama sebou.

Prvý krok je vedieť, čo rodina od VI očakáva

Od samého začiatku je nesmierne dôležité, aby správanie odborníkov jasne naznačovalo prístup zameraný na rodinu, čo si vyžaduje flexibilitu. V tom duchu, ako už bolo spomínané, prvé kontakty sú momentom budovania základov dôveryhodného vzťahu a partnerstva, nevyhnutných počas celého procesu posudzovania a intervencie.

Preto sa tento proces vyvíja od prvých kontaktov.



Prvé kontakty

Pri prvých kontaktoch by odborník na včasnú intervenciu mal:

- počúvať a chápať, aké sú priority a očakávania rodiny;
- zdieľať informácie s rodinou, informovať ju, kým je a čo robí;
- podporovať rodinu pri rozhodnutiach o ďalších krokoch.

Pocity spojené s týmito momentmi sú natoľko silné, že bez ohľadu na to, či sú pozitívne alebo negatívne, vryjú sa do pamäti rodiny.

Helena, ktorej príbeh sme uviedli, si opätovne pripomína najdôležitejšie aspekty jej cesty včasnou intervenciou:

Zobrala som telefónny zoznam, vzala iniciatívu do svojich rúk a spojila som sa s kanceláriou tímu včasnej intervencie. Na druhom konci linky niekto rozpoznať moje zúfalstvo a povedal mi, že podpora na seba nenechá dlho čakať. O tri dni po telefonáte ma doma navštívili sociálny pracovník, psychológ, logopéd a špeciálny pedagóg.

Rozprávali sme sa tri hodiny. Keď sme zas osameli, s manželom sme mali pocit, že prišiel bod zlomu. Mali sme pocit, že nám niekto rozumie tak, že nás až ohromil pocit úľavy, ktorý sa dá len ťažko vysvetliť. Boli sme hrdí na to, že sme Portugalci, a že žijeme v krajine, kde inštitúcie fungujú a reagujú na potreby tých, ktorí ich vyhľadajú, bez toho, aby tí ľudia museli za to platiť.

Tento pocit úľavy nám umožnil začať sa pozeráť na „veci z inej perspektívy“, dávať na prvé miesto Dávida, a autizmus až na druhé. To je motto, ktorým sa naša rodina riadi dodnes.

Helena – Dávidova matka, podporovaná SNIPI

Na základe tejto výpovede je zjavné, že prvé kontakty môžu byť v rámci prístupu zameraného na rodinu odrazovým mostíkom pre rozvoj trvácneho a podporujúceho vzťahu. Pravdou je, že prvé momenty stretnutia sú základom partnerského vzťahu, o ktorý sa opiera na rodinu zameraná intervencia. Sú vhodnou chvíľou, kedy dať rodine pocítiť, že má nad procesom kontrolu, že ju odborníci a tím rešpektujú a v prípade potreby jej poskytnú okamžitú pomoc.

„Rozhodnutia“ by sa nemali zameriavať na to, „čo“ by sme mali v rámci prvého stretnutia s rodinou urobiť, ale na „reflexiu ako“ to urobíme: ako môžeme prostredníctvom svojho postoja docieľiť, aby mala rodina pocit, že od prvého momentu môže celý proces viesť.

4.3.2. Počúvajte a chápte priority a očakávania rodín

Ako odborník na včasnú intervenciu považujem za jej najlepší nástroj efektívne posúdenie potrieb rodiny, jej priorít a kompetencií, čo podľa mňa možno dosiahnuť, len keď rodinu skutočne počúvate. Presne pochopiť, kedy a načo nás treba, je tou najlepšou cestou, ako poskytnúť zásadné a efektívne nástroje, ktoré prehľbujú budovanie kapacít rodín, ich rast a odolnosť potrebnú na účinné reakcie na rôzne výzvy, ktoré musia denno-denne prekonávať – a to je konečný cieľ včasnej intervencie!

Vyjadrenie odborníka na včasnú intervenciu

Netreba zabudnúť, že aj napriek tomu, že vo väčšine prípadov sa kontakt rodičov so včasnou intervenciou týka vedomej/cielenej žiadosti o pomoc, požiadať o pomoc môže byť pre mnohé rodiny náročné alebo VI nemusia považovať za potrebnú. Pri prvom kroku sa odborník môže snažiť pochopiť, čo rodina chce a prečo sa s ním stretla: Stotožňuje sa s tým, čo je uvedené v žiadosti o podporu? Má rovnaké obavy ako obavy uvedené v správe?

Prvý krok je vedieť, čo si rodina od včasnej intervencie želá

Kultúra, dovtedajší spôsob života a cesta, podporná sieť a osobné hodnoty každej rodiny môžu ovplyvniť to, ako sa postaví k možnosti podania žiadosti o pomoc.

Skúsenosti z minulosti, vrátane odporúčania, ktoré bolo urobené bez súhlasu rodiny, alebo keď rodina súhlasila len preto, aby nevyvolala dojem, že niečo zanedbáva, majú vplyv na jej vnímanie včasnej intervencie.

Preto by prvé kontakty mali byť v zásade o počúvaní a porozumení príbehov a názorov rodín a mali by sa sústrediť na ich najväčšie obavy. Prvé kontakty tiež pomáhajú odborníkovi vyjasniť si východiskové predpoklady – či už správne, alebo nesprávne, čo mu pomôže

nezačať konať na základe falošných predpokladov. Preto je kľúčové umožniť rodine, aby mala priebeh prvého rozhovoru vo svojich rukách a viedla ho.

**Rodina
rozhoduje
o tom, ako a
o čo zo svojho
života sa chce
podeliť so VI**

Výmena informácií medzi rodinou a tímom by sa mala zamerať na jej otázky a odpovede na ne a diskusiu o jej primárnych obavách. Rodina určuje tempo rozhovoru a to, do akej miery je ochotná sa podeliť o svoj život. Pokiaľ na prvom stretnutí dostanú niektoré rodiny otázky ohľadom finančnej situácie, podrobné otázky k tehotenstvu alebo iným osobným informáciám, môžu sa cítiť zastrašene alebo nepríjemne. Keď vezmeme do úvahy, že prvé kontakty sú prvými momentmi budovania vzťahu, odborník týmto typom otázok riskuje, že bude vtieravý a indiskrétny.

Odborníci na včasnú intervenciu si musia vždy klásť nasledovné otázky:

- Aký typ informácií je skutočne potrebný na efektívne poskytovanie služby?
- Je nevyhnutné v tomto momente zbierať dané informácie?

Treba preto dôkladne zvážiť všetky „obyčajne“ kladené otázky a klásť len tie, ktoré sú skutočne opodstatnené a odôvodnené. Rodine treba zároveň objasniť, prečo sa ich pýtame, aby sme sa vyhli pochybnostiam a podozreniu, ktoré môžu narušiť budovanie dôvery plného vzťahu.

**Treba klásť len
tie otázky, ktoré
sú v danom
momente
opodstatnené**

Pozrime sa na matkinu výpoveď o tom, ako vnímala prvý kontakt s miestnym intervenčným tímom (MIT):

Prvé stretnutie s tímom v zdravotnom stredisku bolo vlastne úžasné. Všetci boli priateľskí, veľmi nápomocní a pokúšali sa mi objasniť špecifickú situáciu môjho syna. No v mysli som beztak videla len skupinu žien okolo seba, pýtali sa ma, či mám priateľov, či si rozumiem s matkou alebo svokrou, či otec dieťaťa akceptuje intervenciu tímu, a potom papier s vyjadrením súhlasu na podpis.

Po stretnutí ma prekol pocit, že som skončila, mám postihnutého syna a tak ďalej, nikto nevie, čo mu je, moji rodičia a svokrovci sú vzdialené viac než 100 kilometrov, a ani netušia, kde sa toto zdravotné stredisko nachádza!

Podpísala som papier, ktorý umožňuje skupine cudzích ľudí preveriť môj osobný život a život mojej rodiny a posudzovať moje kompetencie ako matky.

Musela som akceptovať, že tento typ poskytovania pomoci bol podmienený vidinou návštevy v domácnosti... doslova som otvorila dvere svojho domova ľuďom, o ktorých som si stále nebola istá, či ich v živote chcem.

Sónia – Dávidova matka, podporovaná SNIPI

V tomto prípade mali otázky a poznámky odborníkov (bezpochyby „dobre mienené“) na rodinu negatívny vplyv. Nemali by sme zabúdať, že tu ide o prvý kontakt, o prvé stretnutie! Veľa informácií sa dá zozbierať neskôr...

**Očakávania
rodiny**

Netreba zabúdať, že úvodné očakávania rodín ohľadom služieb včasnej intervencie môžu byť značne odlišné. Rodičia môžu očakávať reakcie na diagnostiku alebo prognózy, možno potrebujú emočnú podporu, informácie o vývine alebo dokonca o špecifických službách, napríklad fyzioterapii, logopédii či ďalších službách.

V rámci prvého kontaktu sme si všimli, ako zúfalo sa rodina usilovala nájsť podporu pri starostlivosti o dcéru. Rodičov na službu odkázali z ústrednej nemocnice, kde ich prijali rôzni špecialisti a lekári a odporúčali ich na rôzne typy terapie. Pritom stále nevedeli,

čo vlastne s dcérou nie je v poriadku. Prišli s množstvom otázok a tiež s mnohými požiadavkami.

Skúsenosť MIT

Podľa niektorých rodičov nie je podpora MIT uspokojivá, ani postačujúca, ba dokonca môžu mať pocit, že účasť na SNIPI naruší ich životy.

Počas prvého kontaktu sme si uvedomili, že očakávania rodiny sú dosť špecifické. Rodina dala najavo, že všetky informácie, ktoré jej poskytol miestny intervenčný tím, boli strata času. Tiež povedala, že v kontexte vzdelávania neboli dostupné požadované zdroje, menovite logopédia, a od nášho tímu očakávali, že túto službu zabezpečí.

Skúsenosť MIT

Očakávania a postoje sú rovnako rôznorodé ako rodiny, s ktorými sme v kontakte. Ak vychádzame z tejto rozmanitosti, uvedomíme si, že v rámci prístupu zameraného na rodinu musíme stavať na tom, čo je dôležité z pohľadu rodiny, a nie na tom, čo považujú za dôležité odborníci. Tí musia byť v prvom rade dobrí poslucháči.

Prijatie rozmanitosti ako východisko pre počúvanie rodiny

Otec bol zjavne ustarostený. Hovoril o problémoch dieťaťa a ich vplyve na dynamiku rodiny a pýtal sa na podporu v rámci sociálneho poistenia, keďže miňal veľa peňazí na krémy a lieky. Vyjadril svoje poľutovanie nad tým, že jediný človek, ktorý mu veci vysvetlil a naviedol ho na riešenia včasnej intervencie v komunite, bol pediater so špecializáciou na neurologický vývin. Trvalo to takmer dve hodiny a odborník považoval tento moment za intenzívny – otec sa sťažoval a vyjadroval hnev, hovoril, že je unavený a osamelý, poukazujúc na nedostatočnú podporu z pohľadu špecifických riešení problémov syna. Empatický prístup odborníka bol nesmierne dôležitý nato, aby rodič nadobudol pocit, že sa môže podeliť o svoje skúsenosti. „... Konečne sa mi raz venovali ľudia, s ktorými som sa mohol reálne rozprávať a byť vypočutý.“

Skúsenosť MIT

4.3.3. Zdieľanie informácií s rodinou

Ak chceme, aby sa rodičia rozhodovali a kontrolovali proces intervencie od prvého momentu, musíme im poskytnúť informácie.

V tomto momente môžu odborníci rodine ukázať, kto sú, čo robia a ako funguje služba včasnej intervencie. Môžu jej odovzdať leták, ak nejaký majú k dispozícii. Keď sa chcú vyhnúť riziku, že budú kontrolovať dĺžku trvania stretnutia, vysvetlenie by malo byť krátke, aby mala rodina priestor nastoliť vlastné problémy a otázky. Odborníci by sa na úvod mohli opýtať, čo rodina vie o včasnej intervencii a čo od služby očakáva, a doplniť informácie, ktoré splňajú jej potreby.

Dajte rodine čas, začnite od toho, čo už vie

Úvodné informácie o podpore VI si zo strany tímu vyžadujú starostlivú a premyslenú prípravu, aby nebola poskytnutá limitujúca vízia o službách.

V skutočnosti možno rodinu ľahko ovplyvniť informáciami, ktoré dostane o existujúcich službách a spôsobe ich poskytovania. Pochopenie, o čom je podpora a aká je jej východisková

Filozofiu
služby včasnej
intervencie
odhaľuje
skôr postoj
odborníkov než
vysvetľovanie

filozofia ovplyvňuje spôsob, akým ju tím štruktúruje a prezentuje. Preto spôsob, akým rodina vníma naše služby primárne formuje postoj odborníka, a nie až tak samotné vysvetľovanie podpory VI. Môžeme síce tvrdiť, že „nik nepozná dieťa tak dobre, ako jeho rodičia“, ale ak neskôr nebudeme počúvať, čo rodičia hovoria o kapacite svojho dieťaťa, odovzdáme ambivalentnú, ba dokonca protichodnú informáciu o skutočnej úlohe rodiny.

Odborníci by mali komunikovať rešpekt voči jedinečným charakteristikám rodiny a jej životnému štýlu, prejavíť otvorenosť a ochotu reagovať na priority v jej živote.

V nasledovnej reflexii MIT o prvých kontaktoch si možno všimnúť vyváženosť medzi počúvajúcim postojom odborníka a zdieľaním informácií o službách VI:

V tejto fáze je kľúčové byť pre rodinu dostupný, keďže môže zažívať úzkosť, frustráciu a potenciálne môže z hľadiska riešenia svojho problému vkladať do tímu príliš veľké nádeje. V skúmanom prípade mala rodina očakávania ohľadom možnej reakcie tímu, ako aj rýchlosti, akou bola kontaktovaná (...).

Počas stretnutia boli poskytnuté nejaké informácie o type nasledujúcich krokov MIT a kritériách výberu. Rodina dostala leták, ktorý sa spoločne s ňou preskúmal a zanalyzoval.

Po identifikácii jej najrelevantnejších potrieb/obáv jej bol objasnený proces, ktorý charakterizuje nadväznú kroky MIT, kroky v rámci vzdelávacieho kontextu, ako aj jeho jednotlivé fázy.

Stručne povedané, považujeme za kľúčové začať proces VI vyváženým spôsobom, podľa možnosti vždy určovať krátke lehoty, používať adekvátne a pozitívne postupy, ktoré facilitujú následné fázy. Vnímanie, že rodiny sú veľmi spokojné, keď je kontakt rýchly a keď majú pocit, že sa im dostane možná podpora pri ich obavách/úzkostiach/potrebách, nám ako tímu umožňuje identifikovať indikátory, ktoré sa v rámci celého procesu stanú katalyzátorom dobrých postupov. Podmienkou efektívneho a kvalitného poskytovania služieb rodinám a ich deťom je vzťah s rodinou a ostatnými opatrovatelmi, od samotného začiatku, pričom sú zachované etické rozmery, ako aj predpoklady, ktoré predstavujú odporúčanie na postupy VI.

Skúsenosť MIT

Identifikovať
dostupné
zdroje a služby

Mnohé rodiny nevedia o počte a rozmanitosti dostupných služieb a odborníci by ich preto mali informovať o možnostiach výberu riešení, spôsoboch ich získania a koordinácie v rámci intervenčného procesu. Tiež treba pochopiť, ktoré služby alebo zdroje už rodina využíva a zistiť, čo by VI mohla zlepšiť, prípadne doplniť k už existujúcej podpore.

4.3.4. Rozhodovanie o ďalších krokoch

Na základe všetkých informácií zdieľaných počas prvých kontaktov by sa mal tím rozhodnúť v nasledovných oblastiach:

Dieťa nespĺňa
kritériá na
zaradenie do
služby VI

- **Nárok:** Dieťa a rodina nemusia v čase prvého kontaktu spĺňať kritériá na získanie podpory. Odborníci by však v prípade obáv o ďalší vývin mohli odporučiť, aby v prípade zmeny situácie dieťaťa alebo rodiny došlo k opätovnému posúdeniu.

- **Potreba podpory:** Rodina a tím môžu aj bez opakovaného posúdenia dospieť k rozhodnutiu, že služba VI nie je potrebná. Rodina môže v prípade potreby a v závislosti od obáv identifikovaných v rámci úvodného odporúčania dostať odporúčenie na iné služby;
- **Rozhodnutie rodiny o zapojení VI:** Dieťa môže vykazovať potrebu neskoršieho opätovného posúdenia alebo služby VI, no rodičia sa môžu rozhodnúť, že nemajú o intervenciu záujem. V tom prípade sa tím musí uistiť, že sa rozhodla na základe dostatočného objemu informácií a zvážila všetky aspekty vyplývajúce z rozhodnutia. Rodičov sa treba opýtať, či chcú byť kontaktovaní neskôr, alebo ich informovať o tom, že sa môžu ozvať sami, ak zmenia názor;
- **Plánovanie posúdenia:** Rodina spolu s tímom môžu v procese pokračovať a naplánovať posúdenie⁶, identifikovať typ informácií, ktoré treba získať a spôsob ich zberu (ako, kde a s koho pomocou) a stanoviť úlohu a mieru zapojenia do ďalšieho procesu. Plánovanie má vychádzať zo skriningového posúdenia, správ rodiny alebo predchádzajúceho posúdenia.

Po prvých kontaktoch a ak sa rodina spolu s tímom rozhodnú pokračovať v procese, treba určiť charakter a rozsah služby VI požadovanej pre dieťa a rodinu. Ďalej sa pozrieme na to, ako plánovať a zbierať informácie na vypracovanie primeraného a efektívneho akčného plánu, ktorý vždy vychádza z obáv, zdrojov a priorít rodiny.

NEZABÚDAJTE, ŽE

Je dôležité udržiavať „komunikačné kanály“ so službou alebo odborníkom, ktorý prípad odporúčal, informovať ho o ďalšom vývoji spusteného procesu, ak už bola rodina kontaktovaná, a o tom, ako sa rozhodla ohľadom svojho zapojenia do VI.

Rodina a tím sa rozhodnú, že služba VI nie je potrebná

Rodina sa môže rozhodnúť, že nemá záujem o služby VI

Plánovanie posúdenia: Rodina a tím rozhodujú o potrebe služby VI a posúvajú proces intervencie vpred



Spätná väzba službe/ odborníkovi, ktorý odkázal rodinu na VI

⁶ Posúdenie sa v tomto texte chápe ako porozumenie fungovaniu dieťaťa, zameranie sa na obavy, priority a očakávania rodín. Posúdenie umožní následne spoločne zadefinovať podporu, jej periodicitu a typ. Posúdeniu z pohľadu VI sa budeme venovať v nasledovnom bode.

ZÁZNAM Z PRAXE



Výzvy v rámci prvého kontaktu: pohľad odborníka

Laura už viac ako 10 rokov pracuje ako špeciálna pedagogička a do tímu SNIPI sa pridala pred tromi rokmi. Bez školenia alebo predchádzajúcich skúseností v tejto oblasti sa spoľahla na podporu tímu a na vlastné odhodlanie intenzívne pracovať v prospech rodín. Naučila sa, že základným heslom úspešnej intervencie je vždy si zachovávať prístup „rodina na prvom mieste“.

Na tímovom stretnutí sa rozhodlo, že Laura bude zodpovedná za kontaktovanie Richardovej rodiny, ktorú na službu včasnej intervencie odporučil rodinný lekár. Dôvodom boli vývinové oneskorenia a súvisiace rizikové faktory.

Vzťahové predpoklady:
Spôsob, akým sa objasnia dôvody kontaktovania a služba, môžu prispieť k tomu, aby sa tím s rodinou zladil od prvej chvíle.

Vzťahové predpoklady:
základ partnerského vzťahu založeného na dôvere.

Participatívne predpoklady:
posilniť možnosť voľby rodiny, rešpektovať pre ňu akceptovateľnú mieru: intervenciu vedie rodina.

Participatívne predpoklady:
od prvého momentu dať priestor rodine a povzbudiť ju k informovaným rozhodnutiam.

Laura teda zavolała Márii, matke, v krátkosti službu predstavila a objasnila, že MIT dostal žiadosť o podporu Richarda od rodinného lekára. Vyzeralo to, že matka očakávala, že bude kontaktovaná, ale váhala a Laure sa javilo, že má voči tomuto prístupu nedôveru, respektíve sa necíti uvoľnene. Navrhla stretnutie, kde by sa mohli otvorene a úprimne porozprávať o obavách rodiny a o tom, ako by služby VI na ne mohli podporne reagovať. Zároveň uviedla, že sa rada stretne kdekolvek to matka bude považovať za užitočné a príjemné. Matka váhavo povedala, že by bola rada, aby miesto vybrala Laura, pretože ju predtým nikdy nikto z včasnej intervencie (VI) nekontaktoval. Laura doplnila, že ako odborníčka na VI môže ísť hocikde, kde je to podľa rodiny dôležité. Napríklad do domácnosti rodiny, na miesto, kde sa obyčajne rodina s dieťaťom zdržiava alebo do kancelárie tímu (v zdravotnom stredisku). Laure sa zdalo, že matka sa necíti príjemne, aby rozhodla, a že neuvažovala o stretnutí doma ako o prvej možnosti. Preto sa opýtala, kde Richard obyčajne trávi deň. Mária spomenula, že jej syn navštevuje jasle a obyčajne ho vyzdvihuje popoludní. Laura poznamenala, že to prostredie dobre pozná, že tím už pracoval s deťmi zo spomínaných jaslí a, pokiaľ s tým matka bude súhlasiť, mohli by sa stretnúť tam – tak by sa mohla rovno stretnúť aj s Richardom. Na základe tejto informácie Mária nakoniec zvolila za miesto ich prvého stretnutia Richardove jasle a dohodli sa, že Laura ich bude kontaktovať a požiada o miestnosť, kde by sa mohli stretnúť, ako to už urobila aj v minulosti.

Keď Laura ukončila hovor, zamyslela sa, či príliš neusmerňovala rozhodovanie rodiny. Keďže zvykla pracovať v jasliach a škôlkach, uvedomila si, ako ľahko sa dá, nevedome a od začiatku intervencie, začať „kontrolovať“ situáciu a ovplyvňovať priebeh spoločnej práce.

Na druhej strane, čo bolo dôvodom matkinho váhania ohľadom prvého stretnutia? Že išlo o prvý krok? Alebo sa Laura na základe predchádzajúcich informácií, ktoré tím preskúmal v rámci odporúčania, príliš rýchlo začala domnievať, že sa matka nechce stretnúť doma? Ešte sa s rodinou ani nestretla, a už ju prepadali pochybnosti o postupoch, ktoré zvolila...

Keď prišla do jaslí, išla rovno do malej miestnosti určenej na stretnutia, kde sa v minulosti zvykla stretávať s rodinami detí, ktoré tím podporoval. Mária tam už čakala. Zdalo sa, že prejavuje záujem, a napriek tomu, že počas rozhovoru dávala najavo určité výhrady, postupne začala klásť otázky, ktoré sa primárne sústredili na úlohu MIT a účel intervencie. Laura odpovedala na otázky čo najjasnejšie, a keď Márii objasnila dôvod, pre ktorý rodinu tím kontaktoval, prenechala jej priestor na formuláciu obáv. Mária si uvedomovala, že ich rodinný doktor odporučil podporu VI, pretože Richard sa „nevyvíjal dobre“, ale pripustila, že jej nie je úplne jasné, čo znamená „mať takúto podporu“. Laure povedala, že sa obáva, pretože „Richard dobre nespí“, a zároveň vidí, že v porovnaní s inými deťmi v jeho veku, „je na svoj vek mierne oneskorený“. Laura mala pocit, že si potrebuje niektoré z týchto obáv objasniť a pokúšala sa lepšie porozumieť, čo to znamená, že „nespí dobre“. Matka objasnila, že sa často budí, približne šesťkrát za noc. Podľa matky je Richard dieťa, ktoré veľa „neľaboce“, ba dokonca „ani poriadne nechodí“. Počas rozhovoru matka spomenula, že sa cíti veľmi osamelá, nemá sa na koho obrátiť a navyše je v ťažkej finančnej situácii, lebo podporu v nezamestnanosti dostáva iba ona. Ani slovom nespomenula otca. Laura ukončila stretnutie krátkym zhrnutím matkiných obáv a na základe informácií, o ktoré sa s ňou matka podelila, jej objasnila, že podľa všetkého by Richard s rodinou mohol byť zaradený do služieb SNIPI – ak by o to mali záujem, keďže zjavne on aj rodina spĺňajú kritériá výberu.

Mária súhlasila a rozhodla sa, že chce využiť služby včasnej intervencie. To bol prvý krok. Laura porozumela Máriiným hlavným obavám a uviedla, že tím bude schopný pomôcť pri ich riešení. Nato bude musieť zhromaždiť podrobnejšie informácie, hlavne o Richardovi a o prostredí, v ktorom sa obyčajne pohybuje. Spolu s Máriou identifikovali, aký typ informácií bude potrebný, spôsob zberu a zdroje (ľudí), odkiaľ ich získať, aby neskôr mohli zdefinovať periodicitu a typ podpory.

NA ZAMYSLENIE

1. Spôsob, akým tento tím nadviazal prvý kontakt s rodinou, sa môže líšiť od štruktúry vášho súčasného tímu MIT. Čo je odlišné? Aký je vplyv týchto rozdielov na rodinu? Chcete niečo zmeniť vo svojom tíme, aby ste sa priblížili odporúčaným postupom?
2. Jedným zo základných princípov VI je, že od samého začiatku by jej smerovanie mala určovať rodina. Čo urobila odborníčka z prípadovej štúdie pre to, aby umožnila aplikáciu princípu posilňovania a budovania kapacít?
3. Keďže každá situácia je jedinečná (vzhľadom na jedinečné charakteristiky rodín, ich kontext a zapojených odborníkov), čo by ste urobili inak, aby ste napomohli uplatneniu odporúčaných postupov v tejto fáze intervenčného cyklu?

Participatívne predpoklady:
Kroky odborníka by mali jasne naznačovať, že od prvého momentu kontroluje proces rodina.

Odborné predpoklady:
Odborník na VI sa musí zamýšľať, reflektovať, prijímať rozhodnutia a riešiť problémy.

Vzťahové a participatívne predpoklady:
počúvať a rozumieť prioritám a očakávaniam rodiny, v akej miere chce mať VI prítomnú vo svojom živote.

Odborné predpoklady:
Vedomosti o vývine dieťaťa umožňujú klásť tie správne podrobné otázky potrebné k podpore a reagovaniu na potreby rodiny.

Vzťahové predpoklady:
ukázať rodine, že jasne vnímame ich obavy, je kľúčovým momentom budovania vzťahu postaveného na dôvere.

Participatívne predpoklady:
Rodina zohráva pri plánovaní posúdenia hlavnú úlohu, rovnako aj v rozhodnutí o miere svojho zapojenia.



4.4. Posúdenie v rámci včasnej intervencie

Cieľom tohto kroku v rámci intervencie je identifikovať obavy, priority a zdroje rodiny, ako aj funkčné zručnosti dieťaťa a charakter kontextu, informácií, ktoré sú podstatné pre navrhnutie špecifického a individualizovaného intervenčného plánu pre deti a ich rodiny.

Analýza prvého kontaktu ukázala, že by sa mal primárne sústrediť na počúvanie a porozumenie túžob rodiny, na očakávaný prínos včasnej intervencie v jej živote a v živote dieťaťa. I keď v rámci cyklu intervencie existuje bod, ktorý sa označuje ako posúdenie (budeme sa mu venovať v tejto časti), samotné posúdenie ako proces porozumenia pohľadu rodiny sa začína na prvom stretnutí rodiny a odborníkov. Celý proces je nevyhnutne dynamický a individualizovaný, keďže, ako sme už spomínali, každá rodina je jedinečná.

Posúdenie sa vo všeobecnosti zameriava na zber informácií, ktoré umožnia rozhodovanie. V rámci prístupu zameraného na rodinu je moment posúdenia kľúčový z hľadiska prehľadania pôvodných očakávaní rodiny a na ich základe spoločného návrhu individualizovanej intervencie štýlu „haute couture“, ktorá reaguje na obavy a priority rodiny, na rozdiel od intervencie štandardného typu (v zmysle „konfekčná móda“).

**Posúdenie
v rámci včasnej
intervencie**

Posúdenie v rámci VI by malo byť:

- **užitočné** – na naplánovanie individualizovaných intervencií a monitorovanie miery napredovania;
- **konvergentné** – na základe toho, ako rôzni ľudia – rodičia a odborníci – vnímajú správanie dieťaťa/mladého človeka počas bežných denných činností;
- **autentické** – treba prediskutovať zvolené metódy, vzorce a materiály; mali by sa uplatňovať flexibilne, aby umožnili presnejšiu predstavu o funkčných spôsobilostiach dieťaťa;
- **spravodlivé a citlivé:**
 - prispôsobené individuálnym rozdielom (senzorickým, emočným a kultúrnym charakteristikám);
 - zohľadňujúce rozdiely/pokrok, aj keď má dieťa veľké ťažkosti;
 - umožňujúce funkčné posúdenie správania a úroveň pomoci, ktorú treba dieťaťu poskytnúť, aby zvládlo úlohu;
 - venujúce pozornosť výberu špecifickej expertízy a jej vhodného použitia v rôznych kontextoch;
- **realizované v spolupráci** – medzi rôznymi odborníkmi z tímu a rodičmi.

(prevzaté z Bagnato, Neisworth a Pretti-Frontczak, 2010)

**Na získanie
dôvery treba
čas... a časom
dôvera rastie...**

Spolupráca medzi rodinami a odborníkmi a očakávaný vzťah postavený na dôvere nevzniknú zo dňa na deň. Sú súčasťou dlhšieho či kratšieho procesu, ktorý sa buduje a upevňuje od prvých kontaktov, pri ktorých je postoj odborníka kľúčový. Zdieľanie informácií sa tiež bude meniť a vyvíjať v závislosti od vývoja dôvery vo vzťahu.

Pre nás ako rodičov je najdôležitejšia dôvera odborníkov, ktorí sledujú naše deti. Vzájomná dôvera je už polovica úspechu. A veľmi pomáha, keď neustále prebieha vzájomný dialóg.

Skúsenosť rodiny podporovanej SNIPI

Proces budovania dôverného vzťahu a posilňovanie rodiny nie sú jednoduché. Moment posúdenia môže tento vzťah posilniť alebo, naopak, narušiť. Stáva sa to, keď odborník, nevedomky prevezme vedenie procesu plne do svojich rúk, odkloní rodičov (niekedy aj fyzicky, keď zabráni ich prítomnosti pri dieťati), čím obmedzí posilňovanie rodiny a proces budovania jej kapacít, a rozhoduje o type informácií, ktoré sa majú zhromažďovať a s akým zámerom, výlučne na základe svojich názorov a odbornosti.

Realita je taká, keďže práve táto oblasť bola tradične považovaná za „odborný moment“, že odborníci nezriedka začnú posudzovanie rôznymi štandardizovanými nástrojmi na zber dát, ktoré im poskytnú odpovede na ich odborné pochybnosti v špecifických oblastiach, a to bez toho, aby vedeli reagovať na otázky, obavy a potreby rodín.

Môže sa tak stať, že psychológ „použije“ formálnu škálu na posúdenie vývinu, logopéd zas škálu na posúdenie jazykových schopností a fyzioterapeut škálu na posúdenie motoriky. Tieto postupy môžu byť legitímne, pokiaľ odborníci zohľadňujú to, že prijímateľom všetkých zozbieraných informácií je rodina, a to, kedy tieto informácie reálne potrebuje. V rámci intervencie zameranej na rodinu je nevyhnutné, aby odborníci uplatňovali posúdenie pomocou takej metodológie, ktorá lepšie zohľadní pochybnosti a otázky rodiny.

Aby sme sa vyhli situáciám, keď sa odborník postaví do role experta ešte skôr, než si s rodinou zadefinuje ciele a stratégie intervencie, rodina by mala dostať dostatočný priestor a čas, aby formulovala obavy o možnosti vývinu a učenia svojho dieťaťa. Je dôležité, aby odborník chápal a identifikoval: (1) čo je pre rodinu dôležité; (2) ako rodina vníma jedinečnú charakteristiku svojho dieťaťa a jej vplyv na bežný rodinný život.

Pri druhom kroku v rámci intervenčného cyklu a s cieľom zabezpečiť, aby rodina a dieťa mali individualizovanú a adekvátnu podporu svojich potrieb a túžob, by mala služba VI identifikovať dve základné dimenzie.

Očakávania rodiny, funkčné spôsobilosti dieťaťa a jeho návyky

Posúdenie v rámci včasnej intervencie

Dve dimenzie posúdenia v rámci VI sú:

1. obavy rodiny, jej priority a zdroje;
2. charakteristika dieťaťa – funkčné zručnosti a potreby, denné návyky a životný kontext – a ich vnímanie rodinou a ostatnými dospelými opatrovatelmi.



Dodatočný zber údajov nad rámec informácií získaných počas prvých kontaktov treba zohľadniť pri príprave a implementácii IFSP – individuálneho plánu podpory rodiny – (pozri príklad nižšie), ktorého výsledkom je individualizovaná intervencia pre každú rodinu (časť 4.5 tejto kapitoly):

Individuálny plán podpory rodiny (IFSP) vypracovala rodina spolu s odborníkmi zapojenými do riešenia prípadu. Rozvoj cieľov, na ktorých treba pracovať, vychádzal z cieľov identifikovaných v predchádzajúcich momentoch, počas úvodného stretnutia a posúdenia, ako aj z údajov z pozorovaní a z informácií poskytnutých rodinou.

Skúsenosť MIT

4.4.1. Identifikácia obáv, priorít a zdrojov rodiny

Ako už bolo spomenuté vyššie, na rodinu zameraný prístup sa venuje priebežnej identifikácii jej obáv počas rôznych „momentov stretnutia“. Každý kontakt medzi rodinou a odborníkmi (telefonický, stretnutie v kancelárii tímu, návštevy v domácnosti, počas posúdenia vývinu atď.) je príležitosťou podeliť sa o obavy, priority a zdroje, ktoré prinášajú do služby včasnej intervencie a samotného procesu. Tieto informácie sa nezberajú len počas úvodného posúdenia, a preto by sa pri intervencii mali zohľadňovať aj ďalšie poznatky a informácie.

Spomínate si, čo to je „ukončené stretnutie“?

Rozumieť, čo rodina chce a potrebuje od odborníkov

Čím lepšie odborníci rozumejú rodinám, tým funkčnejší je ich vzťah a tým efektívnejšia bude aj ich pomoc. Preto identifikácia očakávaní a potrieb charakterizujúcich rodinu umožní získať katalytické informácie, realizovať individualizovanú intervenciu a posilniť kongruentné stretnutia s pomáhajúcimi odborníkmi, službami a komunitou.

Pozrime sa na skúsenosti tímu, na ktorý odporučili dieťa, u ktorého existovalo podľa názoru služieb environmentálne riziko („mladá matka s miernym kognitívnym deficitom, bez predchádzajúcej skúsenosti so starostlivosťou o dieťa, zažívajúca isté sociálne a rodinné ťažkosti“):

Počas prvej domácej návštevy bolo hlavným cieľom kľúčového pracovníka počúvať matku. Tá sa z návštevy odborníka veľmi tešila, objasňovala všetky podrobnosti pôrodu a každodenného života so synom Luisom. Rozhovor bol živý a matka počas neho povedala, že najväčší záujem má o to, aby sa naučila viac o starostlivosti o dieťa. Ďalej ju znepokojovalo, kde syna nechá, keď sa o mesiac vráti do školy. Odborník ju upokojil, vysvetlil jej, že ju budú naďalej navštevovať doma, a preto bude mať príležitosť hovoriť o všetkých pochybnostiach a dozvedieť sa viac o tom, ako sa o Luisa starať. Napriek tomu a tiež vzhľadom na informácie o dostupných zdrojoch, ktoré matka poskytla, jej odborník navrhol, že vždy, keď pôjde do zdravotného strediska na preventívnu prehliadku s dieťaťom – odvážiť ho alebo zaočkovať, alebo na iné kontroly u detského lekára –, mala by spomenúť aj svoje obavy.

Skúsenosť MIT

Už sme spomínali, že v rámci prvých kontaktov môže moment posúdenia zmeniť aj vzťah medzi odborníkmi a rodinou.

„Po prvýkrát sa nás niekto opýtal, čo chceme pre svoje dieťa...“

Stretnutie, v rámci ktorého prebehlo prvé posúdenie nášho dieťaťa, si pamätám ako dnes. Po prvýkrát sme videli intervenčný tím s pracovným terapeutom, logopédom, fyzioterapeutom, psychológom a sociálnym pracovníkom. Po prvýkrát sa nás niekto opýtal, čo chceme pre svoje dieťa my, či máme informácie o syndróme, ktorým trpí, o tom, ako sa bude vyvíjať, aké môžu byť riziká, ako by podľa nás mala prebiehať intervencia, a predovšetkým, niekto nám povedal, že sme pre vývin nášho dieťaťa dôležití!

Skúsenosť rodiny

Identifikácia obáv, priorít a zdrojov

Cieľom interaktívneho a kontinuálneho procesu výmeny a zberu údajov medzi rodinami a odborníkmi o obávach rodiny, jej prioritách a zdrojoch je porozumieť:

- čo chcú rodiny pre seba a svoje dieťa;
- aký druh pomoci potrebujú (od odborníkov), aby tieto túžby dosiahli;
- ako vnímajú zdroje (formálne a neformálne) dostupné na pokrytie svojich potrieb.

Hoci sa môže zdať, že urobiť všetko, o čom hovoríme, je hračka, v rámci prístupu zameraného na rodinu sa odborníci stretávajú s rôznymi výzvami. Častým problémom napríklad je, že posúdenie a jeho štruktúra nevychádza z obáv, priorit a zdrojov rodiny.

Dôvodom môže byť, že ide o súbor postupov, ktoré tradične neboli jednou z funkcií odborníkov VI, a podľa odborníkov VI práve identifikácia obáv, priorit a zdrojov patrí k ich náročnejším úlohám.

Okrem tohto aspektu sa termínom „posúdenie rodiny“⁷ dlho a chybné označoval proces zberu a pochopenia informácií, ktoré rodiny poskytli o svojich obavách a zdrojoch.

Preto si treba tieto koncepty vyjasniť: nejde tu o „posúdenie“ rodiny z hľadiska jej „slabín“ a „potrieb“ očami odborníkov, často pod vplyvom ich vlastných domnienok. Ide skôr o lepšie pochopenie toho, čo chcú rodiny dosiahnuť a čo očakávajú od odborníkov, pokiaľ niečo potrebujú. Ide o proces, ktorý rodine pomáha identifikovať vlastné silné stránky a priority v rámci zlepšenia a posilnenia vývinu svojho dieťaťa.

Čo sa môže
pokaziť, ak
sa posúdenie
nezakladá
na obavách,
prioritách
a zdrojoch
rodiny?

Posúdenie
rodiny ≠
* identifikácia
obáv, priorit a
zdrojov rodiny

Nezabúdajte: identifikujte silné stránky a zdroje!

Zo skúseností vyplýva, že odborníci majú skôr tendenciu identifikovať obavy a potreby, než určovať silné stránky a zdroje! No z pohľadu intervencie sú poznatky o zdrojoch rodiny extrémne relevantné. V rámci prístupu zameraného na posilnenie a budovanie kapacít rodiny by ju odborníci mali podporovať v budovaní vlastných zdrojov na dosiahnutie očakávaných výsledkov. Cieľom tohto prístupu je posilniť fungovanie rodiny, umožniť jej kontrolovať svoj život a vyhnúť sa závislosti od služieb. Tradičná vízia (na ktorú sme možno ešte stále príliš upnutí) nás často núti zameriavať sa na deficity detí a slabiny rodiny. A tak naše postupy majú tendenciu ich „naprávať“, no naše vnímanie slabín rodiny (zameriavame sa iba na ne) nás vedie k domnienke, že rodina sa nevie zapojiť. Kol'kokrát sme už počuli a/alebo povedali: „Táto rodina sa nezapojí?“

Ak si však namiesto toho uvedomíme, že táto vízia môže zohrať svoju úlohu pri posilnení kompetencií rodiny, podarí sa nám identifikovať jej silné stránky a zdroje, a to i v náročných situáciách:

V štyroch z ôsmich posudzovaných oblastí bol vývin F. M. výrazne pod úrovňou primeranou jeho veku. Dieťa bolo navyše vystavené značnému počtu environmentálnych rizikových faktorov (...). Patrili k nim o. i. psychický stav matky (schizofrénia), negatívne ovplyvnený užívaním alkoholu, dočasná neprítomnosť otca (pracoval v Angole) a zanedbanie spojené s nedostatočným nasýtením základných potrieb v oblasti bývania, zdravia, výživy, hygieny a vzdelania. Ťažkosti pri posudzovaní formálnych a neformálnych zdrojov súviseli s geografickou izoláciou, sociokultúrnou diskrimináciou, chudobou, nezamestnanosťou matky, neschopnosťou získať prístup k existujúcej sociálnej podpore, celková nefunkčnosť rodiny – všetky tieto kontextuálne rizikové faktory prispievali k identifikovaným problémom.

Silnými stránkami boli silný a pozitívny vzťah medzi matkou a dieťaťom, matkine obavy o vývin F. M. a jeho jazykové ťažkosti, miera zodpovednosti najstaršej sestry F. M. (nahrádzala matku, keď nemohla vstať z postele) a zanietenie učiteľky v predškolskom zariadení.

⁷ Často používaný pojem v rámci včasnej intervencie; viacerí autori ho však kritizujú (Noonan a McCormick, 1993; Slentz a Briker, 1992), vrátane „Task Force on the IFSP“ (McGonigel, Kaufman a Johnson, 1991), vzhľadom na riziko, že sa môže stať hanlivým posudzovaním, ktoré bude obsahovať hodnotové posudzovanie, čo nie je v súlade s intervenciou zameranou na rodinu.

Na návšteve zdôraznil kľúčový pracovník pozitívne aspekty týždňa, vyzdvihol, čo sa podarilo dosiahnuť a povzbudzoval k novým krokom. Tieto pravidelné týždenné návštevy prispeli k vytvoreniu a posilneniu empatického vzťahu s rodinou a vytvorili príležitosť k zlepšeniu kompetencií.

Skúsenosť MIT

Obavy prezentované v uvedenom prípade sú obavami odborníkov. Ale kľúčovému pracovníkovi sa podarilo nájsť spôsob, ako s rodinou tieto a ďalšie obavy overiť. Pri rozhovoroch s rodinami by sme ich nemali ovplyvňovať, aby necítili obavy, ktoré v zásade a svojej podstate nepocitujú vo svojom každodennom živote.

Čo ak odborník predpokladá, že obavy a priority rodiny sú tie, ktoré vníma on?

Niekedy sa však odborníkom nepodarí identifikovať obavy a priority rodiny a mylne za ne považujú svoje vlastné domnienky. Postoje a konanie odborníkov v nasledujúcom príklade ilustruje, ako z toho, že neprenikli do rodiny alebo nerešpektujú ťažkosti dieťaťa, „obviňujú“ rodinu.

Matka neidentifikovala ani si neuvedomovala žiadne problémy s D. Otec súhlasil so školou v tom, že dieťa má problémy s pozornosťou. Rodičia nesúhlasili s tým, ako správanie dieťaťa identifikovali služby, a pripisovali ho fyzickým ťažkostiam (bolesti brucha). Posúdenie vývinu preukázalo celkové oneskorenie, zásadné problémy so stravovaním (napr. selektívnu a obmedzenú konzumáciu jedál a potrebu jedlá mixovať), motorický nepokoj, prílišné preskúmvanie okolia ústami a agresívne správanie voči rovesníkom. Posúdenie prebehlo v spolupráci so školou, pediatrickou klinikou pre vývin a detskou psychiatrickou klinikou.

Rodina sa na vypracovávaní IFSP zúčastňovala len obmedzene a fakt, že matka je negramotná, bol považovaný za prekážku v jej zapojení, účasti a akceptácii.

Rodina vykazovala počas celého procesu istý odpor pokiaľ išlo o účasť na plánovaných stretnutiach a nepripisovala im význam.

Skúsenosť MIT

Keď sa vízia rodiny zásadne líši od vízie odborníka, ten často dospeje k záveru, že rodina je „popierajúca“. Toto vnímanie môže negatívne ovplyvniť jeho ďalšie kroky a často korešponduje so zjednodušujúcim pohľadom na situáciu, ktorý sa opiera o rôzne sudy, ako napríklad „rodina nechce vidieť“ alebo „rodina ani netuší, aké sú ťažkosti dieťaťa“.

Ako odborník na včasnú intervenciu sa, prosím, nezabúdajte pozerieť na rodiny pozitívne, ako na úspešné jednotky, a nie ako „odborník na klienta“, pri ktorom nás základný tréning často vedie ku klasifikácii rodín na „funkčné a nefunkčné“... Toto nie je východisková pozícia! Treba mať na mysli, že každá rodina sa snaží najlepšie ako vie, s tým, čo má k dispozícii, a dieťa s rodinou ostane. Práve preto je veľmi dôležité uznať jej prínos pri vývine a rozvoji dieťaťa.

Úloha odborníka je pomôcť rodine v procese identifikácie a v rámci intervencie využiť to, čo rodina identifikuje ako svoje obavy, priority a zdroje.



NEZABÚDAJTE, ŽE:

V rámci prístupu zameraného na rodinu je najdôležitejšie, aby si odborník uvedomil, že to rodina identifikuje svoje obavy, priority a zdroje, čo si vyžaduje, aby si bola vedomá existencie problému.

Pozor:

Rodina si sama zväží, čo chce a čo nechce povedať; v rámci intervencie bude mnoho príležitostí na zdieľanie!

Nemôžeme si zamieňať obavy odborníkov s obavami rodiny!

Požadované informácie by mali súvisieť s obavami a prioritami, ktoré uviedla rodina!

Rodina by mala mať k dispozícii rôzne možnosti (formálne a neformálne), ktoré by jej pomohli identifikovať obavy, priority a zdroje!

Účelom zdieľania informácií o obavách, prioritách a zdrojoch je vždy poskytnúť podporu!

PRETO

to musí byť jednoznačne zohľadnené v pláne intervencie
(postavenom na zozbieraných informáciách a obsahujúcom zamýšľané ciele a výstupy)

(prevzaté z McGonigel, Kaufman a Johnson, 1991)

Identifikácia obáv, priorít a zdrojov a vedomie, že všetky rodiny majú silné stránky a kompetencie, je hlavnou témou budovania kapacít. Intervencia zameraná na posilnenie rodiny jej vytvára príležitosti preukázať alebo získať nové kompetencie na dosiahnutie želaného výsledku pre ňu samú a pre dieťa.

**Ako pomôcť
rodine
s identifikáciou?**

Ako môže odborník identifikovať obavy, priority a zdroje rodiny v rámci prístupu zameraného na rodinu? Čo sa môžeme naučiť z výskumov a skúseností?

Prenehajte vedúcu úlohu rodine!

Zbierať by sa mali len informácie, ktoré sú relevantné z hľadiska priorít rodiny. Keď budete takto konať, dáte jasne najavo, že rodinu rešpektujete a neposudzujete, resp. nehodnotíte ju. Nezabúdajte, že určité otázky môžu byť v úvodnej fáze vzťahu hodnotené ako vtieravé, pretože z pohľadu rodiny sa vôbec nemusia týkať jej obáv.

Každú rodinu treba vnímať ako jedinečnú a jej obavy, hodnoty a názory treba identifikovať individuálne. Informácie, o ktoré sa rodina chce podeliť, a spôsob, akým popisuje a dáva najavo svoje záujmy, zdroje a priority, nám umožňuje identifikovať, ktoré informácie sú relevantné (McWilliam, Winton a Crais, 2003).

Počúvať rodinu, navrhovať rôzne spôsoby, ako jej pomôcť zbierať informácie o obavách, prioritách a zdrojoch, objasniť jej výhody a nevýhody rôznych alternatív jej umožňuje robiť informované rozhodnutia. Na druhej strane počúvať obavy rodiny a klásť otázky pred prijímaním uzáverov (súdov), pomáha odborníkom rodine porozumieť.

**Počúvajte
rodinu...**

Skôr než začneme usudzovať alebo súdiť, vždy kladme otázky! Vždy existujú informácie, ktoré zdôvodňujú niekoho postoje a správanie a pomáhajú porozumieť situácii!

Naša púť s rodinou sa začala v roku 2011, keď k nám bolo odporúčané ročné dievčatko s nasledovnými informáciami: „Dieťa s rászštepom podnebia, stav zmienený v správe o narodení.“ MIT sa po prvýkrát skontaktoval s rodinou telefonicky, pričom rodina nebola veľmi motivovaná dozvedieť sa niečo o včasnej intervencii. MIT sa nedal odradiť a následne sa uskutočnil prvý kontakt na verejnom priestranstve (v supermarkete) s dvoma odborníkmi tímu. Počas stretnutia popísali službu, vysvetlili dôvod, prečo sa s rodinou spojili, pričom ju pozorne počúvali a snažili sa porozumieť jej nechote oboznámiť sa so službou a tiež reagovať na jej obavy.

Počas následných návštev sa odborníci sústredili na počúvanie rodiny, aby pochopili jej obavy o dieťa i celkovo o domácnosť, porozumeli rozdielom medzi našou a africkou kultúrou, ktorá rámcovala jej očakávania, ďalej aby porozumeli zapojeným formálnym a neformálnym zdrojom (pomocou ekomapy) a, čo bolo veľmi dôležité, aby porozumeli vízií rodiny o týchto službách. Zaznamenali sme aj veľmi citlivý moment – ako pre náš tím, tak aj pre rodinu –, keď sme si všimli prítomnosť fetálneho alkoholového syndrómu a opakujúce sa vynechávanie stretnutí/kontrol v rámci zdravotných služieb, menovite kontrol ohľadom plánovanej operácie rászšepu. Rozlíšiť medzi zanedbávaním, nedostatočnými vedomosťami a hodnotovými presvedčeniami rodiny a ich silnými stránkami si vyžadovalo skutočnú transdisciplinárnu tímovú prácu, konštantnú reflexiu a starostlivé plánovanie prvých momentov s rodinou.

Skúsenosť MIT

Ako zhromažďovať informácie o obavách, prioritách a zdrojoch rodín?

Aktívne počúvanie je základ, ale vedieť kľásť tie správne otázky v správnom čase si nevyžaduje len odborné vzťahové zručnosti, ale aj odborné vedomosti. Existuje množstvo stratégií zberu informácií o obavách, prioritách a zdrojoch rodiny, ktoré umožňujú dialóg „z očí do očí“ s rodinou, a to formálne – rozhovory, štruktúrované alebo nie, s/bez použitia písomných pomôcok, sebahodnotenia atď. – alebo neformálne.



NEZABUDNITE, ŽE

Odborné vedomosti sú jednou zo súčastí efektívneho poskytovania podpory, ktorá korešponduje so špecializovanými vedomosťami odborníkov (vzdelaním, skúsenosťami, kompetenciami...), uplatňovanými v prospech detí a ich rodín.

Veľa informácií sa často zozbiera počas neformálnych momentov, a práve preto treba zdôrazňovať komunikačné zručnosti a schopnosť viesť rozhovory. Odborníci by k nim mali pristupovať ako k zložke odborných vedomostí, ktorú treba rozvíjať, a netreba zabúdať, že odborníci by mali:

- počúvať pohľad rodiny bez toho, aby vyjadrovali svoje názory;
- kľásť rozličné typy otázok, ktoré rodine pomáhajú definovať jej preferencie a silné stránky;
- identifikovať pochybnosti a obavy z pohľadu rodiny;
- overiť si, či správne chápu počuté, a vyhýbať sa nedorozumeniam (napríklad: „Z toho, čo ste mi povedali, mám pocit, že máte obavy z toho, aké náročné je zvládať Joãa, keď idete do supermarketu. Správne tomu rozumiem?“).

Toto sú možné spôsoby, ako garantovať zber dôveryhodných informácií, bez „hlasov“ a zásahov odborníkov.

Na druhej strane je dôležité poznať stratégie a formy intervencie, ktoré sú odvodené od overeného výskumu a skúseností. Odborníci na včasnú intervenciu majú k dispozícii celú škálu metód a nástrojov, ktoré sa pravidelne používajú na podporu rodín pri identifikácii ich obáv, priorit a zdrojov. Iba niektoré sú aplikovateľné v rámci prístupu zameraného na rodinu, hoci tiež môže niekedy nastať situácia, že zatienia ciele odborníkov a prejavia sa spôsobom, ktorý rodina vníma ako vtieravý a nepriateľský.

Spolu s rodinou môžeme napríklad realizovať prieskum formálnych a neformálnych zdrojov (pričom využijeme nástroj ako ekomapa⁸), a to dvoma spôsobmi: na posúdenie rodinných vzťahov, čo korešponduje výlučne so zámerom odborníka, a čo môže rodina vnímať ako vtieravé; alebo na načrtnutie intervenčného plánu, ktorý by rodina chcela zrealizovať a má pocit, že ho zvládne, za využitia zdrojov, ktoré identifikuje. S najväčšou pravdepodobnosťou bude mať rodina pocit, že tento prístup vytvára priestor na identifikáciu zdrojov.

Ďalšie príklady ilustrujú, ako primerané použitie ekomapy umožnilo matke opätovne zdefinovať jej očakávania a do plánu pridať nové ciele.

Francisco má autizmus. Má päť rokov a žije s matkou v byte v centre mesta. Pri jednej z návštev, keď sa matka podelila o svoje pocity osamelosti, sme využili ekomapu, aby sme jej pomohli identifikovať podpornú sieť. Po zostavení ekomapy sa matka na schému pozrela a vyjadrila sa, že sa cíti osamelá, i keď je v skutočnosti obklopená ľuďmi. Po dôkladnej analýze tejto podpornej siete a formy podpory, ktorú jej ľudia v nej poskytovali, si uvedomila, že do jej života prišli kvôli autizmu jej syna: logopéd, fyzioterapeut, pracovný terapeut, konzultácie s rôznymi špecialistami, včasná intervencia... Neformálnu sieť podpory tvorili len Franciscovi starí rodičia a teta, ktorá žila v inom meste. Matka si myslela, že táto skutočnosť len vysvetľuje jej pocit osamelosti. Z reflexie si však uvedomila, do akej miery sa zameriavala na autizmus syna a terapie, a zanedbávala pritom vlastné potreby. Do IFSP (individuálneho plánu podpory rodiny) bolo zahrnutých niekoľko cieľov, aby sa mohla rozšíriť neformálna podporná sieť, predovšetkým jej účasť na rodičovských skupinách.

Skúsenosť MIT

V tomto prípade pomohol odborník na včasnú intervenciu zamyslieť sa na tým, aký typ neformálnej podpory (rodičovské skupiny) by jej mohli pomôcť dosiahnuť cieľ (zmierniť izoláciu).

Ak odborníkom nie je jasné, kto predstavuje sociálnu sieť rodiny, aký typ podpory podľa rodiny môže táto sieť ponúknuť a ako jednotlivé časti siete uplatňovať, mohlo by sa stať (a stáva sa to, žiaľ, bežne), že odborníci navrhujú formálne služby alebo riešenia a ignorujú existujúcu neformálnu podporu.

Dôležité je rodinu podporovať pri identifikácii známych, ktorí by potenciálne mohli pomôcť, aby ich bolo možné neskôr zapojiť do implementácie navrhnutých stratégií. Niekedy si rodiny dokážu identifikovať potrebné riešenia samostatne, ako v nasledovnom prípade:

Pomenované boli nasledovné potreby: umiestniť S. P. do jasieľ a primäť ho začať vyslovovať niekoľko slov. KP povedala rodine, že informáciu o jej obavách a potrebách posunie

⁸ Ekomapa je zobrazením individuálnych spojení, zdrojov a podpory rodiny, ako aj relatívnej sily každej jednej zložky (Jung, 2012).

Odborné vedomosti – poznať nástroje a vedieť ich používať v rámci na rodinu zameraného prístupu

Ekomapa

tímu, aby poskytla naozaj primerané riešenie. Domnievame sa, že v prvom rade sa mali zanalyzovať zdroje rodiny v snahe zhodnotiť, čo rodina už môže spraviť sama, aby reagovala na tieto potreby. Neskôr sa ukázalo, že ešte skôr, než KP stihla rodine ponúknuť riešenie prvej pomenovanej potreby, zvládla matka s pomocou sociálneho pracovníka potrebu naplniť a integrovať S. P. do jasiel.

Skúsenosť MIT

Nástroje nemôžu byť vtieravé a posudzujúce, pokiaľ sú písomné, nemali by obsahovať odborný žargón a mali by byť pre rodinu pochopiteľné

Akákoľvek metóda, nástroj alebo stratégia zberu informácií sa musí zvoliť spoločne s rodinou, pričom musí vždy rešpektovať jej preferencie, životný štýl a kultúrne hodnoty. Najlepší spôsob, ako zistiť preferencie rodiny je opýtať sa jej a počúvať... Veľmi záleží na spôsobe, akým sa informácie získavajú a zbierajú: nikdy by zber dát nemal prebiehať formou „posudzovania“, ale by malo ísť o prirodzený proces, ktorý rodinu podporuje na základe jej spolupracujúceho vzťahu s odborníkmi (McGonigel, Kaufman a Hurth, 1991).

Sebahodnotiace dotazníky

Ďalšími často využívanými nástrojmi navrhnutými so zámerom pomôcť rodine v procese identifikácie ich obáv, priorít a zdrojov sú sebahodnotiace dotazníky. Dotazníky, súpisy, kontrolné zoznamy a ďalšie nástroje jej môžu pomôcť identifikovať obavy a zdroje, súvisiace s jej prioritami. Môžu byť formálne alebo neformálne, nielen z hľadiska ich štruktúry, ale aj spôsobu použitia. V Portugalsku je dostupná škála možností, ktoré možno používať rôznymi spôsobmi. Napríklad existujú rodiny, ktoré uprednostnia využitie vlastných sebahodnotiacich nástrojov, možnosť vyplniť ich doma a odovzdať ich neskôr odborníkom; iní sú zas radšej, ak tieto nástroje využijú odborníci v rámci neformálnejšieho rozhovoru. Netreba zohľadňovať len nástroj a jeho účel, ale aj spôsob jeho použitia s rodinou.



NEZABÚDAJTE, ŽE

- cieľom nástrojov je identifikovať obavy, potreby a zdroje rodiny, a nie obavy, potreby a zdroje odborníkov!
- treba analyzovať primeranosť a efektivitu každého nástroja z pohľadu špecifickosti rodiny!

Každý nástroj, ktorý sa má použiť v procese posudzovania, by mal pomôcť rodinám identifikovať ich obavy, priority a zdroje. Nástroje treba vnímať ako usmernenie zberu údajov v týchto oblastiach, a nie ich automaticky používať ako odborné postupy na zamýšľané „posúdenie rodiny“.

Ďalšie psychosociálne nástroje (ktoré merajú stres, miesto kontroly, depresiu, rodinný stav, osobnosť atď.), ktoré sú vo svojej podstate klinického charakteru, sa vôbec neodporúčajú, pretože ich účelom je zber informácií, ktoré považujú za potrebné odborníci, a nezapadajú do účelu identifikácie priorít a zdrojov rodiny. V tejto fáze by sa, podľa nášho názoru, malo využívanie nástrojov obmedziť len na identifikáciu silných stránok a potrieb v oblastiach, ktoré identifikovala rodina ako relevantné a prioritné. Ak však v rámci posúdenia a kontextu intervencie rodina požiada o pomoc alebo poradenstvo v ktorejkoľvek inej oblasti, napríklad v manželských vzťahoch, osobnostnej oblasti, ohľadom stresu alebo iných tém, použitie nástrojov by mohlo byť adekvátne, keďže by vychádzalo z potrieb identifikovaných rodinou. Samozrejme, je nevyhnutné, aby tí, ktorí príslušné nástroje používajú, boli primerane zaškolení.

NEZABÚDAJTE, ŽE

- si netreba zamieňať nástroje, ktorých cieľom je pomôcť rodine identifikovať jej obavy, priority a zdroje s nástrojmi na „posúdenie rodiny“!
- uistite sa, že existuje zhoda medzi prioritnými oblasťami, ktoré definovala rodina, a oblasťami, na ktoré sa zamerá daný nástroj, pričom bola rešpektovaná individualita každej rodiny!



Hlavné výhody sebahodnotiacich nástrojov sú v tom, že pomáhajú rodine identifikovať oblasti a aktivity, ktoré sú podľa nej reprezentatívne z hľadiska ich obáv a priorit a môžu ponúknuť komplexný pohľad na možnú podporu prostredníctvom služby včasnej intervencie. Takisto použitie nástrojov, ktoré kategorizujú typy dostupnej podpory, môže rodine pomôcť uvedomiť si, ktoré z nich môžu vo väčšej resp. menšej miere reagovať na jej obavy a priority.

Otázky so štandardizovanými odpoveďami však môžu limitovať odpovede rodiny, napríklad preto, že nenájde v danom súbore otázok to, čo je skutočným predmetom jej obáv. Ďalším obmedzením písomných individuálnych odpovedí je, že takýto spôsob zisťovania vylúči ľudí, ktorým nevyhovuje písomný prejav.

Ako dosiahnuť, aby dotazníky pokrývali obavy a priority rodiny?

Jednou možnosťou je opýtať sa, či by jej dotazník pomohol identifikovať a reflektovať obavy. Bezpodmienečne treba myslieť na to, že štruktúrovanejšie a/alebo štandardizovanejšie postupy treba kombinovať s neformálnejším typom posúdenia, otvorenejšími otázkami a zisťovaním, či má rodina pocit, že môže vyjadriť veci, ktoré sú pre ňu podstatné a relevantné. To znamená, že odborníci musia byť dostatočne vnímaví a rámcovať otázky z dotazníka neformálnym spôsobom a rozšíriť zber informácií, aby sa neprehliadli iné priority rodiny, ktoré nie sú predmetom dotazníka. Základ je prejavovať skutočný a otvorený záujem o akékoľvek obavy, bez ohľadu na ich charakter.

Obavám a prioritám rodín sa dá v rámci procesu hodnotenia a intervencií porozumieť aj pomocou rozhovorov. Môžu byť formálne a neformálne, štruktúrované alebo neštruktúrované – v závislosti od preferencií rodiny a schopností odborníka. Mnohé služby využívajú štandardizované otázky zamerané obyčajne na klinickú históriu, vrátane tehotenstva, pôrodu, a informácie skôr demografického charakteru.

Výhodou rozhovorov alebo štruktúrovanejších nástrojov s vopred definovanými otázkami, ktoré sú obyčajne položené všetkým rodinám, je to, že sa získa súbor organizovaných údajov dostupných o každom dieťati a rodine, ktorý je možné v prípade potreby kedykoľvek použiť. V rámci SNIPI sa napríklad na účely formálnych záznamov zbierajú informácie, ktoré sú považované za dôležité aj z hľadiska koordinácie národných služieb včasnej intervencie. Existuje však jedna nevýhoda, na ktorú je dobré upozorniť pri prístupe, ktorý využíva vopred definované otázky – rodiny ho môžu považovať za určité narušenie až zneužitie práva na súkromie. Preto je dôležité rodinám objasniť, načo niektoré typy informácií zbierame. Keď jasne, transparentne a presne objasníme účel, rodiny pravdepodobne zaujmú otvorený postoj.

Nemali by sme zabúdať, že v prvom rade by odborníci mali zvážiť potrebu zberu určitých údajov, či sa to týka priorit rodiny alebo administratívnych záležitostí spojených so službami, a zhodnotiť, či je možné niektoré informácie získať neskôr, keď už bude vybudovaná dôvera.

Rozhovory

RBI – rozhovor o denných rutinách

Jedným zo spôsobov, ako riešiť skutočné obavy rodín ohľadom ich detí, by mohol byť rozhovor o denných rutinách (routine based interviews, RBI). Ide o metódu, ktorá posudzuje, akú podporu rodina potrebuje, ako aj vývinové a behaviorálne potreby dieťaťa. RBI sú pološtruktúrované rozhovory zamerané na fungovanie dieťaťa a rodiny v bežnom živote. Zameriavajú sa na zistenie a výber súboru funkčných cieľov alebo želaných výstupov intervencie a na vytvorenie pozitívneho vzťahu s rodinou.

Tento typ rozhovoru možno použiť s hlavnými opatrovateľmi dieťaťa, tými, ktorí s ním v realite trávajú počas dňa viac času a ktorí môžu v rámci rozhovoru (vedeného odborníkom) uviesť svoje pozorovania v čase, v rôznych prostrediach, s rôznymi ľuďmi a „objektmi“. Tento proces umožňuje rodine identifikovať funkčné potreby, ktoré sa stanú predmetom intervencie, pričom sa zároveň zohľadnia jej priority (McWilliam, 2010):

1. potrebujeme metódu na identifikáciu funkčných cieľov so zameraním na potrebu zapojenia, participácie, nezávislosti a sociálnych vzťahov detí;
2. priority rodín treba zohľadniť v pláne intervencii;
3. ciele zaznamenané v rámci individuálneho plánu podpory rodiny (IFSP) by mali byť dostatočne široké, aby sa dalo rôznymi spôsobmi analyzovať cieľové správanie, no zároveň aj dostatočne konkrétne, aby sa jasne dalo povedať, čo sa bude robiť;
4. stratégie a kroky sa musia zameriavať na funkčný problém;
5. intervencia ohľadom cieľov, ktoré sa majú dosiahnuť, musí zahnúť aj ostatných opatrovateľov, nielen rodinu.

Nasledovný príklad ukazuje, ako tento typ rozhovorov (RBI) pomohol rodine a odborníkom, aby si uvedomili bežné aktivity a návyky rodiny a vzájomné interakcie, ako ovplyvňujú vývin ich dieťaťa a úlohu ostatných opatrovateľov a neformálnych zdrojov, ktorým dovtedy neprípisovali väčší význam. Bolo to veľmi dôležité z pohľadu definovania cieľov a intervenčného plánu.

MIT podporoval rodinu/dieťa približne rok. Vybral sa kľúčový pracovník, ktorý zohľadňoval obavy rodiny, ktorými v čase odporúčania na službu boli verbálna komunikácia a sociálne interakcie.

V rámci celého procesu bol naplánovaný čas hodnotenia s rodinou prostredníctvom RBI.

Ako kľúčovému pracovníkovi mi to pomohlo lepšie vnímať a pochopiť každodenné interakcie rodiny, hlavne medzi dieťaťom a jeho sestrou a matkou a otcom, a celkovú dynamiku rodiny. Cítil som silné puto medzi otcom a matkou, ktorí sa pri popise bežných činností a návykov v rámci každodenného života zhodovali.

Navyše, bol to moment, ktorý odzrkadľoval silné stránky rodiny a pomohol zamerať reflexiu na potreby rodiny a dieťaťa, a ako povedal otec: „Nebyť tohto momentu, nikdy by sme neprestali rozmýšľať o našom bežnom dni rovnako ako predtým, a pritom je také dôležité, aby sme porozumeli synovi a tomu, ako všetci navzájom komunikujeme a správame sa k sebe.“

Ako kľúčový pracovník som si uvedomil, že otec bol intenzívne prítomný v tomto momente, čo nie je bežné. Priblížilo ho to k celému procesu, čím reagoval na potrebu, ktorú formulovala matka pri plánovaní posúdenia.

Tiež som mal pocit, že je dôležité posilňovať každodenné príležitosti vývinu dieťaťa v mnohých jeho kompetenciách, i keď sa počas návštev posilňuje úloha rodičov a sestry, a to i napriek tomu, že rodičia zjavne pochopili, že sú agentmi zmeny a jedinými, kto môže prispieť k zmene vývinu dieťaťa. Otec povedal: „Keby som mohol, denne by som sa šesť hodín hral so synom, aby sme si tieto kompetencie precvičovali.“ Táto reflexia

dokazuje, že otec pochopil, že práve počas bežných činností v rodine (napríklad pri hre) sa João učí, a tiež, že Joãovi pomáhajú ďalšie služby (terapia), do ktorej rodičia nie sú zapojení, a všetky pozorované zmeny boli pripisované odborníkom. Rodičia si uvedomili svoju kľúčovú úlohu pri posilňovaní vývinu syna. Táto výpoveď mne, ako kľúčovému pracovníkovi, umožnila pochopiť, že otec si ešte stále nebol vedomý toho, aký potenciál má využívanie bežných každodenných činností pri posilňovaní vývinu dieťaťa. Umožnilo mi to do istej miery demystifikovať toto vnímanie, zdôrazniť význam vplyvu kvalitne strávených chvíľ na vývin dieťaťa, ktoré už otec so synom trávi počas týždňa (raňajky, obliekanie, večera, voľný čas po večeri – podľa údajov zhromaždených prostredníctvom RBI).

Na začiatku procesu mali rodičia pocit, že podpora VI raz za týždeň nie je dostatočná na pokrytie potrieb ich dieťaťa a hľadali ďalšie doplnkové služby, napr. logopéda. Časom, keď sa RBI stalo základnou súčasťou procesu, si uvedomili, že oni majú v rukách väčšiu moc ovplyvniť vývin svojho dieťaťa. Preto z vlastnej iniciatívy terapiu ukončili, preorganizovali si dynamiku rodiny a požiadali starých rodičov o podporu pri domácich prácach, aby mohli tráviť viac času spolu ako rodina.

Skúsenosť MIT

Posúdenie musí vziať do úvahy priority rodiny a identifikovať funkčné potreby, ktoré sa stanú cieľom intervencie, a ten treba vnímať ako hlavný agens zmeny.

NEZABÚDAJTE, ŽE

- skôr než sa identifikujú obavy, priority a zdroje, treba oceniť silné stránky a kompetencie rodín!
- formálne zdroje sú dôležité, nie však jediné! Ak v to odborníci veria, môžu rodinám pomôcť nájsť aj iné formy podpory!
- rodiny sa cítia kompetentnejšie vždy, keď môžu využiť vlastné podporné siete!
- kultúrne presvedčenia formujú postoj a postupy odborníkov aj rodín!

4.4.2. Identifikácia charakteristík dieťaťa

Charakteristika dieťaťa – funkčné zručnosti a potreby, denné návyky a životný kontext – a to, ako ho vníma rodina a ostatní dospelí opatrovatelia.

Posúdenie dieťaťa v rámci VI

Identifikácii obáv, priorít a zdrojov rodiny ako významnému aspektu intervenčného cyklu sme v predchádzajúcej časti venovali veľkú pozornosť, pretože súvisí s potrebou posilniť myšlienku, že celý proces posúdenia/intervencie by mal vychádzať z potrieb identifikovaných rodinou, keďže ide o jediný spôsob, ako garantovať poskytnutie adekvátnej podpory rodine aj dieťaťu.

Vo fáze posúdenia a so zámerom naplánovať intervenciu je dôležité zbierať len tie informácie o dieťati a jeho kontexte, ktoré umožnia vytvoriť preň intervenčný plán, adekvátny

z pohľadu jeho priorít a priorít rodiny, pričom sa identifikujú funkčné potreby nevyhnutné na jeho plnenie.

Treba sa venovať prirodzenému prostrediu dieťaťa, v ktorom pôsobia aj iní opatrovatelia, pretože k intervenciám dochádza v týchto kontextoch a s týmito ľuďmi. Slovanami McWilliam (2010), každý opatrovateľ, ktorý s dieťaťom strávi viac ako 15 hodín týždenne, zohráva významnú úlohu a mal by byť do intervencie zapojený. Z tohto pohľadu bude úlohou včasnej intervencie pôsobiť v role mediátora medzi rôznymi kontextmi dieťaťa a rodinou.

Z ekologického a transakčného pohľadu je vývin dieťaťa výsledkom jeho interakcií s rôznymi ekosystémami, ktorých je súčasťou. Preto aj pri posudzovaní a intervencii nemožno deti vnímať izolovane a je absolútne kľúčové zohľadniť rozličné scenáre učenia a starostlivosti. Iba tak je možné rozpoznať ich skutočné schopnosti a zhromaždiť užitočné a okamžite použiteľné informácie na účely intervencie, u ktorých bude zaistená ich ekologická validita aj ich posúdenie (Bronfenbrenner, 1979, citované v: Bairrão, 1994).

Ekologicky validné posúdenie by malo obsahovať informácie o dieťati, analýzu prostredia a identifikáciu silných stránok, potrieb a priorít rodiny, aby sa získal kompletný prehľad o dieťati a faktoroch určujúcich jeho vývin a posilnila sa jeho adaptácia (Benner, 1992).

Maximalizovať ekologickú validitu posúdenia

Výsledky posúdenia možno považovať za validné, len pokiaľ pozorované správanie korešponduje s tým, čo sa bežne deje v kontexte dieťaťa a pri jeho bežných aktivitách. Pri väčšine tradičného klinického posudzovania to však nebýva bežné. Vzhľadom na neštandardné prostredie deti nevedia najlepšie prejavovať svoje skutočné schopnosti a vlastnosti. V takom prípade budú výsledky použiteľné pri plánovaní intervencie len v obmedzenej miere; a práve intervencia je konečným cieľom posúdenia.

Podľa Guralnicka (2000a) spočíva spôsob, ako zlepšiť ekologickú validitu posúdenia, vo výbere nástrojov a stratégií (okamžite relevantných pre tých, ktorí sa zameriavajú na pozorované správanie alebo kontexty), v použití informácií z viacerých zdrojov (rodičia, priatelia, odborníci zastupujúci rôzne služby a kontexty detí) a využití formálnych i neformálnych postupov.

Na rozdiel od tradičného a normatívneho posúdenia, ktoré porovnáva fungovanie dieťaťa a vývinové úrovne s tým, čo sa očakáva od niekoho v danej vekovej skupine, ekologické posúdenie sa nezameriava výlučne na dieťa. Preto treba vedieť:

- čo by mohlo pomôcť dieťaťu lepšie fungovať v jeho prirodzenom prostredí a pri bežných činnostiach;
- čo by sa malo naučiť;
- kedy a kde by sa mala intervencia poskytovať;
- aké úpravy a podporu dieťa potrebuje nato, aby nadobudlo nové zručnosti a začalo ich používať.

Práve pochopenie rodinného prostredia, kvality interakcií, jasli, škôlky či iných ekosystémov dieťaťa umožní lepšie rozhodovanie v rámci včasnej intervencie o možnostiach efektívnejšej intervencie pre každé jedno špecifické dieťa.

Okrem týchto aspektov je zásadné posudzovať zapojenie dieťaťa a participáciu v jeho prirodzených kontextoch⁹. Tieto aspekty sú v rámci tradičného posudzovania často prehliadané, ba dokonca ich nie je možné posúdiť, keďže k posudzovaniu dochádza „mimo kontextu“.

Za uplynulé štyri desaťročia sa realizovali rôzne výskumné štúdie zamerané na zapojenie dieťaťa a iné priamo súvisiace koncepcie. Z tohto objemného výskumu vyplynuli niektoré definície, ktoré sa navzájom dopĺňajú a preukazujú rastúce obavy o to, ako deti bežne trávia čas v každodennom prostredí, o kvalitu ich interakcií, ako aj o kompetencie, ktoré majú a využívajú na prispôsobovanie požiadavkám týchto prostredí (Laevers, 1997; McWilliam a Bailey, 1992, 1995):

Koncept zapojenia, ktorý navrhuje Laevers (1997), podľa autora korešponduje s kvalitou ľudskej aktivity, ktorú možno analyzovať a vyhodnotiť podľa viacerých indikátorov, vrátane: (a) koncentrácie – zapojená osoba limituje pozornosť na obmedzené pole a veľmi zriedka sa nechá vyrušiť; (b) vytrvalosť – existuje určitá tendencia v aktivite pokračovať; (c) intenzita skúsenosti, fascinácia a miera zapojenia – zainteresovaná osoba je plne pohrúžená do aktivity; (d) hlboké uspokojenie a silný tok energie; (e) exploratívny stimul – potreba dosahovať vyššiu mieru kontroly nad realitou.

McWilliam a Bailey (1992, 1995) zadefinovali koncept angažovania ako čas, keď dieťa aktívne alebo pozorne interaguje so svojim prostredím spôsobom primeraným z vývinového a kontextuálneho hľadiska na rôznych úrovniach kompetencií. Táto definícia berie do úvahy nielen objem času, počas ktorého je dieťa zaangažované, ale aj kvalitu zapojenia, a posudzuje ich cez úroveň interaktívneho správania dieťaťa.

Táto definícia určuje dve skupiny kritérií: vývinovo adekvátne kritériá, podľa ktorých má byť správanie primerané k schopnostiam a vývinovému veku dieťaťa; a kontextuálne vhodné kritériá, podľa ktorých má byť správanie primerané z pohľadu vykonávaných aktivít, pričom sa zohľadňujú situačné očakávania. Preto z týchto kritérií vyplýva, že posúdenie a klasifikácia správania podľa úrovne zapojenia je funkciou vývinovej úrovne dieťaťa a behaviorálneho kontextu (McWilliam a de Kruif, 1998; McWilliam, 2005).

Miera angažovanosti (zapojenia) dieťaťa môže vyústiť do väčšej či menšej participácie v rámci jeho kontextu, čo sa odzrkadľuje v učení. Preto sa angažovanosť/zapojenie dá považovať za dobrý indikátor kompetencií dieťaťa a nevyhnutnú podmienku učenia a vývinovej zmeny. Z toho vyplýva, že ak chceme mať intervenciu, ktorá ovplyvňuje učenie, treba to zväžiť aj pri posúdení (McWilliam a Bailey, 1992, 1995).

Rozšírením príležitostí zapojenia dieťaťa a jeho participácie znásobíme aj jeho príležitosti na učenie, keďže k nim dochádza v kontexte jeho interakcií s okolitým svetom.

Zber informácií sa má zamerať na:

- činnosti, o ktoré sa dieťa zaujíma;
- mieru zapojenia, ktorú dieťa preukazuje pri každej z aktivít v rôznych kontextoch;
- spôsob, akým tieto prirodzené prostredia fungujú ako facilitátory (posilňujúce angažovanie/participáciu) alebo ako bariéry (predchádzajúce alebo zabraňujúce participácii).

9 Detailnú analýzu tejto témy nájdete v McWilliam a Casey (2008) a Grande a Pinto (2011).

Len keď posúdime tieto aspekty – v prirodzenom prostredí –, bude možné zdefinovať typ intervencie, zvýšiť príležitosti na participáciu detí na aktivitách, o ktoré majú záujem, a ktoré sú významné a oceňované zo strany rodiny.

Pozrime sa na príklad hodnotenia zapojenia/angažovanosti dieťaťa na každodenných činnostiach v materskej škole:

Alfonso si hneď ráno sadne na deku v obľúbenom rohu miestnosti. Pieseň na dobré ráno ho podľa všetkého vôbec nezaujíma. Zdá sa, že len čaká, kým sa skončí. Keď je na rade a má povedať „dobré ráno“, neurobí to. Odíde z deky a nepozorovane sa prikradne bližšie k stojančeku s perami, povyberá jedno po druhom (pričom ich krátko nato povkladá späť, aby ich znova vybral) [nediferencovaná miera angažovanosti s objektmi]. Opakom je jeho „misia“, keď hádže perá na zem a plače [bez angažovanosti s dospelým].

Keď sa upokojí, ide k skrini s hračkami (jeho obľúbená činnosť). Otvorí ju, vyberie škatuľu s legom a začne stavať rôzne objekty zo štyroch alebo piatich kociek [konštruktívna angažovanosť s objektmi].

Potom prichádza jeho „picassovská chvíľa“: Alfonso sedí pri stole a kreslí. Veľmi rád kreslí ceruzkami a štetcami abstraktné objekty. [diferencovaná angažovanosť s objektmi]. Keď však stratí inšpiráciu a úloha sa skončí, vždy začne plakať [bez angažovanosti s dospelým].

Afonso je v miestnosti s mnohými ďalšími deťmi, no z jeho pohľadu to vyzerá, akoby tam boli len dve či tri deti, nevenuje im pozornosť. Keď si iné deti zoberú jednu z jeho hračiek a keď sa zvedavo priblížia, Alfonso „nejde do protiútok“, ale stiahne sa [bez angažovanosti s rovesníkmi].

Skúsenosť MIT

Rozhovor o denných rutinách

Jednoducho by sme mali posudzovať a reflektovať:

- zapojenie a participáciu dieťaťa na denných aktivitách;
- spôsob, akým kontexty prehľbujú a posilňujú participáciu dieťaťa;
- cesty, ako znásobiť príležitosti na participáciu dieťaťa na denných aktivitách, ktoré sú pre rodinu dôležité.

V rámci prístupu zameraného na rodinu je posúdenie dieťaťa interaktívnou a nelineárnou výmenou medzi rodinou a odborníkmi, ktorú formujú a vedú priority stanovené rodinou pre ňu samu a pre dieťa. Môže to znieť jednoducho, ale práve v tomto bode boli pozorované najväčšie ťažkosti s uplatňovaním uvedeného prístupu, predovšetkým pokiaľ ide o participatívne procesy, a preto proces posudzovania popisujeme ako flexibilný a dynamický, a nie ako „kuchársku knihu“ nástrojov či techník posudzovania. Odborné predpoklady pri posudzovaní dieťaťa by medzi iným mohli spočívať v poznaní normálneho vývinu detí vo veku od 0 do 6 rokov, atypického vývinu, rôznych metodík posudzovania atď. Odborné predpoklady a kvalita vedomostí sú síce podstatnou zložkou procesu, v rámci prístupu zameraného na rodinu však nepostačujú na aplikáciu odporúčaných postupov pri posudzovaní dieťaťa. V skutočnosti existuje riziko, že ak sa neuplatnia aj participatívne postupy, služby sa odchyľia od toho, čo by mohla byť najlepšia forma podpory rodine pre skutočnú inklúziu dieťaťa.

V tejto oblasti je nevyhnutné investovať do oblasti rozvoja odborných kompetencií, ako napríklad tréningu, ako aj zdieľania v rámci tímu a supervíznej podpory.

Je veľmi dôležité identifikovať a pochopiť, čo je účelom posúdenia.

Načo je dobré posúdenie dieťaťa v rámci včasnej intervencie?

- Poskytnúť rodine informácie a usmerňovať plán intervencií, ktorý bude zodpovedať jej prioritám.

Ciele
posúdenia
v rámci VI

Tento cieľ však nie je vždy jasný, čo môže viesť k viacerým problémom:

- **Problém č. 1** – Posúdenie je koncipované tak, aby sa zozbierali informácie výlučne pre potreby odborníkov;
- **Problém č. 2** – Formálne posúdenie spôsobilosti sa využíva na identifikáciu potrieb detí a rodín a usmerňuje individuálny plán podpory rodiny;
- **Problém č. 3** – Podcenia sa zmysluplné potreby a ciele v každodennom živote rodiny.

Problém č. 1 | Posúdenie je koncipované tak, aby sa zozbierali informácie výlučne pre potreby odborníkov.

Pri tradičnom posudzovaní sa zbierajú informácie, ktoré sú potrebné z pohľadu odborníkov, a tieto aktivity sú výlučne v rukách odborníkov, ktorí sú považovaní za expertov v danej téme (McWilliam, Winton a Crais, 1996).

Výber použitých nástrojov a metodológie často vychádza výlučne z potrieb odborníkov. Aj keď sa niekedy identifikujú potreby a obavy rodín, ľahko sa na ne zabudne a prevážia záujmy odborníkov.

Potrebovala som pomoc, lebo môj syn je veľmi nepokojný, veľmi ťažko zaspáva a celú noc sa budí! Som taká unavená! ... Myslím, že odborníčka nepočula ani slovo z toho, čo som hovorila. Povedala, že situáciu posúdi a potom sa rozhodne, čo treba robiť.

Skúsenosť rodiny podporovanej SNIPI

V nasledujúcom príklade, ktorý popísal MIT, odborníci síce zohľadnili potreby rodiny, ale napriek tomu sa uchýlili k skupine testov a záznamov, ktoré nie sú nevyhnutne vhodné na ich posúdenie.

V úvodnej fáze prebehlo formálne posúdenie dieťaťa s cieľom identifikovať oblasti intervencie a s rodinou sa overili jej potreby a očakávania. Okrem iného boli použité nasledovné nástroje: hodnotiaci metóda Portage (prispôbena); Sheridanov test; záznamy z naturalistického pozorovania; rečová vývinová škála Reynell; hodnotiaci jazykový test pre deti (Child Language Assessment Test - CLAT); diskriminačný test auditívneho vnímania reči; test verbálnej artikulácie; Keith-Beeryho vývinový test vizuálno-motorickej integrácie; identifikačný test jazykových zručností; Griffithovej škála mentálneho vývinu; dotazník o potrebách rodiny a dotazník o kvalite života. Dieťa bolo posudzované s prihliadnutím na ICF-CY, s cieľom vypracovať funkčný profil. Na základe tohto profilu a potrieb rodiny sa vypracoval individuálny plán podpory rodiny dieťaťa.

Skúsenosť MIT

Prijímatelia
informácií:
rodina alebo
odborníci?



NA ZAMYSLLENIE

- Pre koho je určené posúdenie dieťaťa?
- Do akej miery má nad celým procesom kontrolu rodina?
- Akým spôsobom sa môže rodina na procese zúčastňovať?
- Na koho potreby reaguje hodnotenie?
- Ako dosiahnuť, aby sa rodina zaviazala k intervencii, ak nie je zapojená do procesu od momentu posúdenia?

Skúsenosti z posudzovania v rámci včasnej intervencie môžu ovplyvniť, ako bude rodina vnímať svoju úlohu v celom procese intervencie. Ak chceme, aby mali rodiny pocit kontroly, naše posúdenie by malo postupovať v súlade s na rodinu zameraným prístupom.

ZÁVER 1

V rámci posúdenia zameraného na rodinu by sa pozornosť mala zamerať primárne na poskytnutie informácií požadovaných rodičmi, čo si vyžaduje predchádzajúce hlboké vedomosti o ich obavách a prioritách ohľadom dieťaťa.

Dôraz sa kladie na zmenu adresáta informácií, ktoré sa majú zhromažďovať, teda na rodinu, a na spôsob, akým sa má proces realizovať. Odborné predpoklady profesionálov – vedomosti, špecializácia a kompetencie v oblasti vývinu dieťaťa, výborné zvládnutie nástrojov a metodík, informácie o patológiách atď. – sú základom pre poskytovanie podpory pri voľbe a požiadavkách na informácie zo strany rodiny.

Tím zložený z odborníkov z rôznych oblastí zabezpečuje efektívne vzájomné vzťahy s inými službami a nastoľuje podmienky na vhodne realizovaný proces posudzovania.

Problém č. 2 | Formálne posúdenie spôsobilosti sa využíva na identifikáciu potrieb detí a rodín a usmerňuje IFSP.

McWilliam (2010) varuje pred „zbytočným posudzovaním“ a občasnými nejasnosťami v cieľoch posúdenia:

Posúdenie nároku: Identifikovať, či dieťa spĺňa vstupné kritériá pre VI, s využitím formálnych postupov posudzovania vývinu;

Posúdenie na účely plánovania intervencie: Vypracovať pre rodinu podporný plán, ktorý posilňuje vývin dieťaťa a presadzuje adekvátne stratégie intervencie pre dieťa a rodinu v rôznych kontextoch. Uprednostňujú sa metodológie, ktoré popisujú funkčnosť dieťaťa a využívanie (alebo nevyužívanie) jeho funkčných zručností v rámci kontextov, v ktorých sa pohybuje a bežných činností;

Posúdenie zamerané na monitorovanie intervencie: Aby sa intervencia mohla prispôbovať meniacim sa potrebám dieťaťa a rodiny, musíme posudzovať jej výstupy a doladovať zvolené stratégie vždy, keď je to potrebné.

Odborné kompetencie sú pre odborníkov na VI nevyhnutné (Greenspan a Meisels, 1996)

Na každý účel a vzhľadom na odlišné potreby v jednotlivých bodoch posudzovania/intervenčného cyklu treba spolu s rodinou voliť odlišnú metodológiu.

Niekedy sa však posúdenie zamerané na určenie spôsobilosti (prostredníctvom normatívnych testov) zamieňa za posúdenie včasnej intervencie, ktoré sa zameriava na posúdenie dieťaťa z pohľadu potrieb, priorit a zdrojov, ktoré rodina prináša do VI, s cieľom zostaviť individualizovaný intervenčný plán – ten jednoznačne treba vytvoriť.

Formálne posúdenie spôsobilosti však nie je vždy nutné, závisí to od predchádzajúcich informácií pri vstupe do VI.

Aj keď je nevyhnutné zdefinovať, či dieťa spĺňa kritériá zapojenia do VI alebo nie, v skutočnosti môže posúdenie situácie a kritérií na začlenenie do VI v prvých chvíľach pobytu s rodinou pozostávať výlučne s revízie všetkých správ/záznamov, ktoré rodina už má, a z úvah o potrebe formálneho posúdenia vývinu, ktoré zohľadní tieto a iné faktory. Rodinu môže zaujímať, či ich dieťa, napriek tomu, že jednoznačne spĺňa kritériá na zaradenie do VI vzhľadom na jeho diagnózu, vykazuje známky oneskorenia oproti tomu, čo sa z vývinového hľadiska očakáva od jeho vekovej skupiny, ba dokonca sa môže chcieť dozvedieť viac o jeho silných stránkach a ťažkostiach. V týchto prípadoch môže formálne posúdenie poskytnúť informácie o vývinovej úrovni dieťaťa, a tak zareaguje na obavy rodiny. V takom prípade by v rámci prístupu zameraného na rodinu bola potreba formálneho posúdenia dieťaťa opodstatnená.

Maximalizovať ekologickú validitu posudzovania

Formálne posúdenie vývinu S. bolo naplánované aj s rodinou. Cieľom bolo pomôcť identifikovať silné a slabé stránky a vytýčiť ciele intervencie. Tím zvažil a navrhol posúdenie ako „fázu v procese“ a bez toho, aby dal dostatočný priestor rodine, sa rozhodol, či to bude jedna z jej potrieb (posúdenie nebolo potrebné kvôli určeniu spôsobilosti, keďže stav dieťaťa spĺňal klinické diagnostické kritériá), hoci aj so súhlasom matky. Počas posúdenia a pri zdieľaní výstupov sa však odborníci a matka zhodli, že tieto momenty boli nesmierne dôležité a umožnili zamyslieť sa nad tým, čo by sa dalo očakávať od vekovej skupiny S., vzhľadom na jeho silné stránky a ťažkosti.

Skúsenosť MIT

Formálne posúdenie vývinu, ktoré potvrdí nárok na služby včasnej intervencie, by mohlo byť požiadavkou, ktorej splnenie by si vopred vyžadovalo koordináciu istých služieb. V tom prípade bude dôležité informovať a zapájať rodiny a objasňovať dôvody, prečo by sa tento typ posudzovania mal realizovať. Preto, aj keď existuje táto požiadavka, nič by nemalo vytesniť alebo nahradiť potreby rodiny. Je teda kľúčové zamerať všetky ďalšie posúdenia na obavy a priority rodiny bez toho, aby ich obmedzovali výsledky formálneho posúdenia.

Na druhej strane podľa portugalského modelu spĺňajú kritériá zaradenia do VI aj deti, ktoré žijú v rizikových podmienkach z hľadiska ich vývinu (napr. biologické podmienky ako predčasné narodenie, pre-, peri- a postnatálne komplikácie, trauma, infekcie centrálného nervového systému atď., alebo environmentálne rizikové faktory ako izolácia alebo chudoba, fyzické alebo psychicky obmedzujúce ochorenia, prostredie s pasívnym alebo aktívnym výskytom týrania resp. zneužívania atď.), keďže tieto prostredia môžu ovplyvňovať vývin a pohodu dieťaťa. V týchto situáciách a napriek zadaným kritériám výberu sa často na určenie prítomnosti alebo neprítomnosti vývinových oneskorení používajú nástroje formálneho posudzovania vývinu.

Ako uvidíme v ďalšej časti, posúdenie založené výlučne na formálnych testoch, z ktorých väčšina má charakter testov používaných pri starších deťoch, s hodnotiteľom, ktorý dieťa

dobre nepozná a ktoré prebieha v umelom prostredí, nie je najvhodnejšie na plánovanie intervencie, ktorá prebieha v prirodzenom kontexte dieťaťa a v rámci bežných denných činností (Greenspan a Meisels, 1996).

ZÁVER č. 2

Je absolútne nevyhnutné vedieť rozlíšiť rôzne účely posúdenia a nezamieňať si posúdenie nároku s posúdením na účely intervencie.

Problém č. 3 | Podcenia sa zmysluplné potreby a ciele v každodennom živote rodiny.

Vplyv odborníkov počas posudzovania dieťaťa vedie k tomu, že výsledok sa nadmieru opiera o umelé a dekontextualizované príklady vývinu dieťaťa, vychádza výlučne z referenčných normatívnych testov, ktoré do posúdenia často zakomponujú výstupy ohľadom toho, čo dieťa „nerobí“ a „nemôže robiť“ v porovnaní s tým, čo sa očakáva od dieťaťa v jeho vekovej skupine.

Posúdenie zamerané na formálne a normatívne výstupy vedie k dôrazu na získanie služieb a podceňuje identifikáciu dôležitých potrieb a cieľov v rámci každodenného života rodiny.

Tieto výstupy môžu byť dôležité na určenie nároku, monitorovanie napredovania vývinu dieťaťa alebo ako reakcia na pochybnosti rodiny a dieťaťa, ale neposkytujú informácie potrebné na každodennú intervenciu. Pre niektoré rodiny môžu byť tieto informácie neprijemné a neželateľné.



NEZABUDNITE, ŽE

Rodina možno nie je expertom na vývin dieťaťa alebo na formálne posudzovanie a testy, ale istotne je tým najväčším expertom na svoje dieťa!

V nasledujúcom príklade uvidíme, ako často sa zvykne pozornosť sústrediť na to, čo dieťa nevie robiť, alebo na jeho nedostatky, pričom deficity sa majú napraviť prostredníctvom na dieťa zameranej intervencie.

Posudzovanie L. prebehlo prostredníctvom Plánu rozvoja zručností II. Jeho vývinová úroveň bola s výnimkou pohybových schopností pod očakávanou úrovňou pre jeho vekovú skupinu.

Logopéd realizoval neformálne posúdenie, v rámci ktorého sa identifikovali ďalšie relevantné problémy: L. udržiaval len slabý očný kontakt, nerozumel symbolickým hrám, nerozprával, ale vydával neobvyklé zvuky a len zriedka reagoval na svoje meno. Vykazoval opakované používanie objektov, pričom ho obzvlášť zaujímali ich konkrétne časti, ktoré pozoroval zo zvláštnych uhlov a so zjavne nadmernou dávkou pozornosti. L. prejavoval zvláštny záujem o písomné materiály, nemal záujem o vzájomný kontakt s rovesníkmi a vykazoval veľkú dávku odmietavosti voči zmenám návykov. Jeho zmyslová integrácia a

spracovávanie (vizuálne, sluchové a dotykové) boli zjavne mimo normy. Vypracovanie individuálneho plánu podpory rodiny sa opieralo o tieto výsledky posúdenia.

Skúsenosť MIT

Ak používame formálne posúdenie vývinu s referenčnými normatívnymi testami na identifikáciu potrebnej intervencie, môže sa stať, že k rodine vysielame protichodné signály, hlavne o vývine dieťaťa a o schopnostiach rodiny ho podporovať. Predstavme si, že posúdenie ukáže, že jazykové zručnosti dieťaťa sú pod očakávanou úrovňou. Identifikácia vývinových problémov v takej špecifickej oblasti odborníkom neposkytuje užitočné informácie, ktoré by mohli podporiť príležitosti na učenie a vývin.

Tieto formálne výsledky vedú k predpokladu, že intervencia by sa primárne mala sústrediť na logopedické služby. Formálna identifikácia slabín navyše automaticky nemusí znamenať, že v každodenných činnostiach dieťaťa sa vyskytuje funkčný problém; pokiaľ nejde primárne o potrebu rodiny, intervencia by sa na danú oblasť nemala zameriavať.

Pri posúdení sa príliš veľa času venuje poskytovaniu služieb, ktoré len minimálne pomôžu na rodinu zameranej intervencii, a málo resp. nijaký čas sa nevenuje zberu zásadných informácií, ktoré by podporovali to, čo rodina pre svoje dieťa v rôznych prostrediach potrebuje.

**Reflexia tímu:
Ako realizovať
posúdenie
v našom tíme?**

ZÁVER Č. 3

Posúdenie na účely intervencie sa zameriava na identifikáciu skutočných potrieb dieťaťa a rodiny v každodennom živote a v rôznych kontextoch, výsledkom čoho je zoznam funkčných cieľov, ktoré majú pre rodinu skutočnú hodnotu.

Výsledkom posúdenia funkčných potrieb, ktoré identifikuje rodina, by preto mali byť intervencie, ktoré vychádzajú zo skutočných každodenných situácií dieťaťa a rodiny, s reálnym významom, a ktoré prinesú zmenu a posilnia príležitosti učenia pre dieťa.

Ďalej treba zdôrazniť, že štandardizované postupy používané podobným štýlom vo všetkých rodinách, ktoré vstupujú do VI, len ťažko zareagujú na ich jedinečné informačné potreby a nebudú veľmi obohacujúce z hľadiska každodennej pomoci, ktorú si vyžadujú.

Posúdenie včasnej intervencie je chvíľou zdieľania medzi rodinou a odborníkom s cieľom informovať rodinu a smerovať plánovanie intervencie zodpovedajúcej jej prioritám. Ak na to budeme myslieť, posúdenie môže priniesť viacero zistení, kľúčových z pohľadu implementácie efektívneho a na rodinu zameraného plánu.

**„Posúdenie šité
na mieru“ vs.
„štandardný“
typ posúdenia**

Čo sa očakáva od posúdenia dieťaťa v rámci včasnej intervencie:

- identifikácia kompetencií a jedinečných potrieb dieťaťa a rodiny, silné a slabé stránky, ktoré súvisia s vývinom dieťaťa;
- spoznanie kontextu dieťaťa a jeho každodenných činností, identifikácia participácie a nezávislosti;
- vklad rodičov a ostatných opatrovateľov pri posudzovaní zručností dieťaťa;
- informované rozhodnutia rodičov;
- zadefinovanie charakteru a rozsahu požadovanej podpory pre dieťa a rodinu.

**Posúdenie
dieťaťa
v rámci VI**

4.4.3. Ako používať posúdenie dieťaťa zamerané za rodinu

Obsah a typ informácií, ktoré treba zbierať v rámci posúdenia dieťaťa

Včasná intervencia sa vyvíjala od zamerania na dieťa k intervencii zameranej na rodinu a ďalšie kontexty ako celok. Posúdenie nevyhnutne sleduje tú istú inovačnú krivku – presahuje rámec dieťaťa, zahŕňa rodinu a ostatné kontexty, pričom zohľadňuje ekologickú perspektívu odzrkadlenú v prístupe zameranom na rodinu a realizuje sa prostredníctvom transdisciplinárnej práce.

Zámerom intervencie je odštartovať dlhú cestu v oblasti VI, na ktorej sa objavia mnohé príležitosti na budovanie vzťahu medzi rodičmi a odborníkmi.

Aké nástroje môžeme používať?

Proces, formát alebo stratégie zberu údajov pri posudzovaní dieťaťa

Neexistujú zázračné nástroje ani dotazníky, ktoré by mohli nahradit autentické porozumenie zrodené z dlhodobého poznania, vzájomnej dôvery a nadviazaného vzťahu.

(Turnbull, 1991, str. 39)

Pri posudzovaní dieťaťa je popri identifikácii priorít a zdrojov rodiny podstatný aj spôsob zberu informácií a zvolené nástroje. Treba rešpektovať preferencie rodiny, jej životný štýl a kultúrne presvedčenia. Rodina má priestor na informované rozhodnutia, pokiaľ je vypočutá, ak sú jej navrhnuté viaceré možnosti, ktoré pomôžu zberu informácií o ich obavách ohľadne dieťaťa, a ak sú jej objasnené výhody a nevýhody rôznych možností.

Pokiaľ chcú odborníci naplánovať individualizované posúdenie, musia zozbierať dostatočné informácie o dieťati, a pritom stále myslieť na ciele posúdenia – zber informácií, ktorý povedie k naplánovaniu efektívnej intervencie. Proces bude efektívny, iba ak bude reagovať na obavy a priority identifikované rodinou a pokiaľ posilní učenie dieťaťa, jeho vývin, zapájanie a participáciu.

Ušetri nás pred dokumentom, ktorý primárne vymenúva výsledky vývinových kontrol a testov a ktorý len vymenováva všetko, čo deti nedokážu urobiť a pre rodičov je čistým peklom!

(McGonigel, Kaufman a Johnson, 1991, str. 44)

Odborníci, ktorí si chcú prehĺbiť znalosti v oblasti metodiky používanej pri posudzovaní zameranom na rodinu, majú k dispozícii rôzne nástroje a školiace príležitosti. Ako sme už uviedli, treba ich zvoliť veľmi starostlivo, aby zodpovedali charakteristike detí a rodín, vzdelaniu a skúsenostiam odborníkov.

Teraz je dôležité analyzovať a pochopiť postupy používané pri posudzovaní dieťaťa a budovaní kapacít rodín v rámci VI, a to na základe jednotlivých fáz procesu, ktorý zabezpečuje spoluprácu.

Pri tomto procese je vhodné zohľadňovať tri fázy posudzovania: (a) plánovanie; (b) realizáciu aktivít; a (c) zdieľanie výstupov. Analýza týchto troch komponentov podľa nás prispeje k zmene a povedie k posudzovaniu podľa prístupu zameraného na rodinu (Crais, 1997).

Plánovanie posúdenia s rodinou

Spôsob, akým sa naplánuje posúdenie, pomôže zadefinovať prvé kroky v spolupracujúcom vzťahu, ako aj pri plánovaní jedného posúdenia prispôbeného potrebám a prioritám dieťaťa a rodiny (Able-Boone a Crais, 1999).

Predpokladom toho, aby rodina a odborníci mohli spoločne navrhnuť individualizované posúdenie reagujúce na obavy a priority rodiny, je venovať dostatok času plánovaniu posúdenia.

V tejto chvíli pokračuje zdieľanie a zhromažďovanie informácií, ktoré sa už začalo počas prvých stretnutí s rodinou a ktoré označujeme za „identifikáciu obáv, priorít a zdrojov rodiny“. Cieľom tejto fázy je vymedziť, čo chceme dosiahnuť v rámci procesu posudzovania z perspektívy rôznych zúčastnených strán (Bailey a Wolery, 1992).

Počas prvej časti posudzovania bude rodina s odborníkmi diskutovať o tom, ako bude tento proces prebiehať, analyzovať rôzne užitočné parametre formy posúdenia, ktorá by bola v súlade s jej obavami a prioritami.

Usmernením pre odborníkov môžu byť nasledovné základné otázky:

Aké sú očakávania rodiny v čase posúdenia dieťaťa?

Do akej miery sú tieto očakávania v súlade s očakávaniami odborníkov zapojených do posúdenia?

V ktorých aspektoch odzrkadľujú očakávania rodiny ohľadom zapojenia do posúdenia dieťaťa jej očakávania v širšom meradle?

Zároveň by sa mali zbierať a zhromažďovať informácie o nasledovných oblastiach:

- charakteristika dieťaťa;
- preferencie rodiny z pohľadu jej zapojenia;
- priority rodiny pre dieťa a členov rodiny;
- záznamy dieťaťa a iné údaje o posúdení a predchádzajúcej diagnóze.

(upravené podľa McGonigel, Kaufman a Johnson, 1991)

Účelom plánovania je:

- **identifikovať, čo rodiny chcú alebo potrebujú z posúdenia získať**, t. j. vyjasniť si obavy alebo otázky, ktoré rodina má a chcela by vyriešiť. Napríklad ak chce vedieť, či dieťa zaostáva vo vývine alebo nie, alebo ako ho najlepšie podporiť vo vývine, respektíve má záujem dozvedieť sa o schopnostiach alebo obmedzeniach dieťaťa v určitej oblasti atď. Tieto informácie môžu pomôcť pri voľbe vhodného nástroja, ako aj overiť, či sa rodina a odborníci zhodujú v celi posúdenia;
- **Identifikovať preferencie a priority rodiny ohľadom posúdenia**, t. j. zvoliť čas, deň a miesto (alebo miesta) posúdenia, ľudí, ktorí by doňho mali byť zapojení, poradie, v akom budú prezentované aktivity, atď., pričom sa zohľadnia bežné činnosti, návyky a charakteristiky dieťaťa a rodiny;

**Budovanie
spolupráce na
úvod procesu**

- **identifikovať oblasti a aktivity, ktoré sú u dieťaťa považované za silné stránky**, t. j. poznať okolnosti, ľudí, materiály, hračky, aktivity a/alebo stratégie, ktoré môžu dieťaťu pomôcť, aby sa cítilo počas posúdenia uvoľnene, a tak mohlo lepšie prejavit svoje schopnosti;
- **určiť role, ktoré môže rodina počas posúdenia hrať**, t. j. diskutovať o rolách, ktoré môžu zohrávať jednotlivé zapojené osoby, definovať ich úlohy na škále od menej aktívnej účasti rodičov až po maximálne aktívnu účasť; tieto aspekty budú predmetom diskusie v ďalšom kroku posudzovania;
- **preskúmať, ako prebehli predchádzajúce posudzovania**, t. j. čo bolo z pohľadu rodiny úspešnejšie či relevantnejšie;
- **identifikovať a popísať zvolené metódy posudzovania a ich opodstatnenosť pre zber údajov**, t. j. definovať základné parametre posudzovania (formálne alebo neformálne posúdenie, identifikácia prostredí, v ktorých sa bude dieťa pozorovať, zapojené osoby) a aký typ informácií sa bude zbierať;
- **určiť ako, kde a kedy sa bude diskutovať o jednotlivých výstupoch**, t. j. či dôjde k diskusii ihneď po posúdení, kto sa na nej zúčastní a či si rodina želá byť informovaná písomne.

Po zvážení týchto otázok sa dôraz na posúdenie dieťaťa posilní – je to bod zberu informácií a ich poskytovania rodine (a naopak) s cieľom facilitovať jej rozhodovanie pri posudzovaní a intervencii, pričom posúdenie ovplyvní prehĺbenie, posilnenie a upevnenie spolupracujúceho vzťahu medzi rodičmi a odborníkmi (Able-Boone a Crais, 1999; Crais, 1993; Crais, 1997; Miller a Hanft, 1998).

Keď rodina odsúhlasila posúdenie dieťaťa, mohli sme ho ihneď začať plánovať. Pokiaľ ide o nastolené otázky a obavy, zvážili sme použitie Griffithovej škály duševného vývinu v rámci spoločnej analýzy s matkou a učiteľkou v predškolskom zariadení. Boli poskytnuté niektoré všeobecné informácie a objasnenie navrhovanej škály (o čom je a čo umožňuje zistiť o dieťati, ako a kto ju aplikuje a zruba akú časovú dotáciu na strane dieťaťa a intervenujúcich strán si vyžaduje). Máme za to, že tieto informácie môžu prispieť k výraznejšiemu budovaniu kapacít a väčšiemu rodiny a opatrovateľov – jednak v tejto fáze, jednak v ďalších (formálne posúdenie vývinu) v procese včasnej intervencie. Spolu s rodinou sme identifikovali ľudí z praxe, o ktorých zapojení počas posúdenia treba uvažovať, ako aj miesto a typ zapojenia jednotlivých strán.

Skúsenosť MIT

Pri týchto spoločných úvahách sa odborníci môžu podeliť o svoje pochybnosti o type informácií, ktoré majú získať, alebo postupov, ktoré si služba vyžaduje – či už posúdenie funkčnej úrovne dieťaťa v určitej oblasti, alebo posúdenie oprávnenosti, alebo akýkoľvek iný typ informácií, ktoré odborníci považujú za relevantné. V takomto prípade je dôležité, aby sa zhromaždené informácie riadne zasadili do kontextu a objasnili rodine. Tiež treba zabezpečiť, aby nezatlačili do úzadia hlavný cieľ posúdenia – poskytnúť rodine o jej dieťati informácie, o ktoré mali záujem.

Spolu s rodinou sa naplánovala forma intervencie a spôsob jej realizácie, pričom sa prihliadalo na potrebu porozumieť obavám rodiny a posúdiť kritériá spôsobilosti a nároku na integráciu do Národného systému včasnej intervencie. Vyzeralo to, že bude potrebné aj formálne posúdenie vývinu mladého dievčaťa. Rodine sa vysvetlila situácia i forma, akou by formálne posúdenie mohlo prebiehať (posúdenie odborníkmi, prednostne

v prítomnosti rodičov), v rámci domáceho a vzdelávacieho prostredia – podľa ich preferencií, pričom by sa zohľadnili aj prípadné ťažkosti spojené s presunom rodiny na miesto).

Skúsenosť MIT

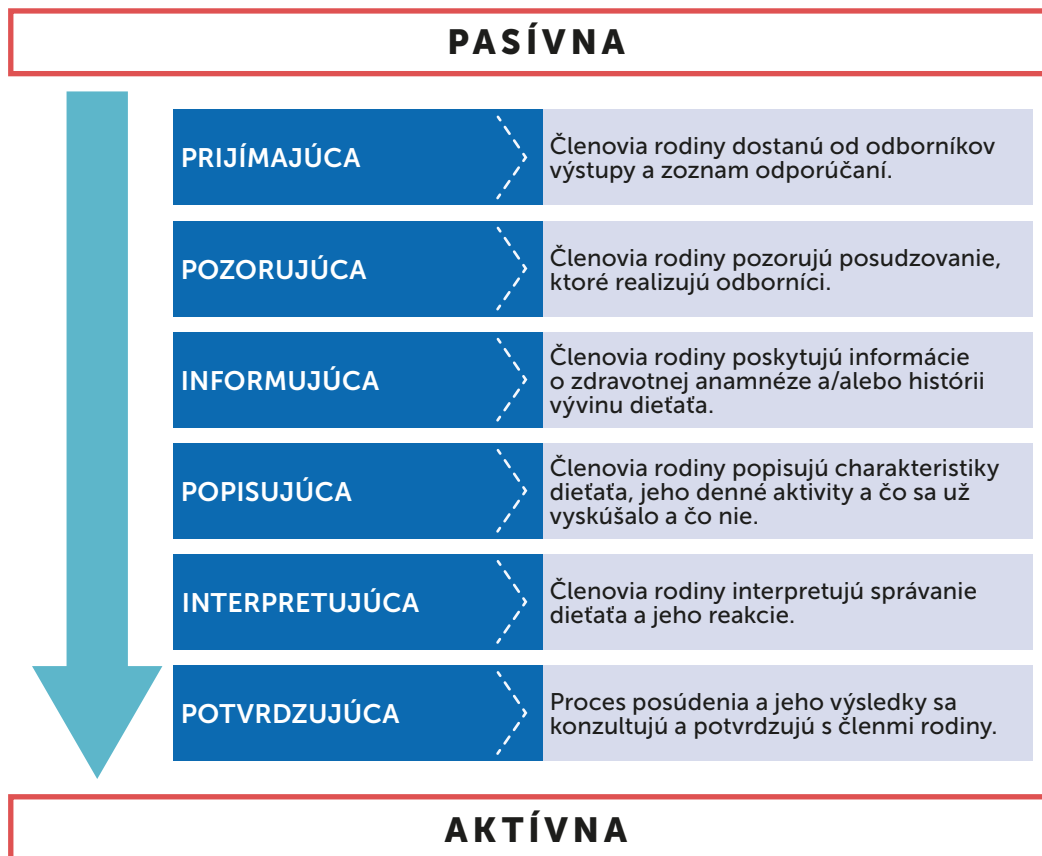
Úloha rodiny v procese posudzovania

Keď sa tím, vrátane rodiny, zhodne na cieľoch a postupoch posudzovania, treba sa posunúť do fázy zbierania potrebných informácií. V tomto bode sa využívajú rôzne metódy zberu dát (testy, pozorovanie, rozhovory atď.) a každá osoba zapojená do procesu sa zhostí úlohy, dohodnutej počas predchádzajúcich stretnutí.

Rodiny môžu mať záujem o rôzne formy participácie na posúdení. Odborníci by im mali opísať rôzne dostupné možnosti, aby si mohli vybrať (obrázok 4.3).

Škála možností medzi aktívnou a pasívnou úlohou rodín

Obrázok 4.3 Úlohy rodín v rámci posudzovania (prevzaté z Bailey a kol., 1991; Crais, 1993, 1997)



Napriek rozmanitosti úloh sa všetky rodiny nerozhodnú pre aktívnu účasť na posúdení dieťaťa. Niektoré si z rôznych dôvodov zvolia pasívnejšiu úlohu, napríklad preto, lebo sú na začiatku intervencie a necítia sa uvoľnene, alebo im inú mieru zapojenia neumožňujú ich pracovné povinnosti.

Plánovanie posúdenia: Matka informuje, že D. L. podstúpil formálne posúdenie v detstvom vývinovom centre. V dennom centre bolo naplánované neformálne posúdenie,

počas ktorého bude možné pozorovať jeho interakciu s rovesníkmi. Matka uviedla, že jej prítomnosť by mohla ovplyvniť správanie D. L., a preto sa na posúdení nezúčastní, ale k tímu sa pripojí neskôr, aby si vypočula spätnú väzbu. Tím dostane správu s údajmi z formálneho posúdenia vývinu (kritériá spôsobilosti 1.1. oneskorenie v jazykových schopnostiach (porozumenie a vyjadrovanie) a praktická argumentácia. Ďalšie obavy sa týkali komunikácie, deficitov v oblasti sociálnych interakcií, nedostatočného očného kontaktu a nízkej tolerancie voči frustrácii.

Neformálne posúdenie prebehlo v dennom centre a realizoval ho logopéd MIT metódou prirodzeného pozorovania a zberu dát od učiteľky v predškolskom zariadení. Potvrdili sa obavy matky a učiteľky v predškolskom zariadení ohľadom obmedzení verbálneho prejavu, vrátane celkovej komunikácie s rovesníkmi a dospelými. D. L. reaguje na svoje meno, pomenúva veci na obrázkoch, bojuje o veci, ktoré sú predmetom jeho záujmu, a imituje správanie rovesníkov. Keď interakciu mediuje dospelý, miera sociálnych interakcií medzi D. L. a jeho rovesníkmi sa zvýši.

Skúsenosť MIT

Hlavné aktivity tejto časti posúdenia (realizácia posúdenia) je možné sumarizovať nasledovne:

- formálne alebo neformálne posúdenie, v rámci ktorého sa zrealizujú štandardizované testy, testy s referenčnými kritériami alebo pozorovanie dieťaťa v rôznych prostrediach, a to vždy flexibilne. Rodina môže registrovať správanie dieťaťa prostredníctvom posudzovacích nástrojov a môže poskytnúť validné informácie na základe pozorovania v rámci bežných činností a prostredia dieťaťa (Able-Boone a Crais, 1999; Allen a Petr, 1996; Miller a Hanft, 1998);
- podeliť sa o informácie a postrehy o výkone dieťaťa, vrátane pozorovaných javov. Na jednej strane môže rodina pomôcť pri správnych interpretáciách správania dieťaťa a objasniť, či ide o bežné správanie, ktoré správne charakterizuje dieťa, alebo naopak, ak nejde o takýto druh správania. či to, ako sa správa, ovplyvňujú okolnosti posúdenia. Na druhej strane môže odborník identifikovať určité ťažkosti, ktoré rodina ešte nespozorovala, pričom je dôležité, aby tieto informácie odovzdal citlivo a vyhol sa tak vzniku ďalších obáv a starostí a z nich vyplývajúcej tendencie dávať do popredia iné oblasti intervencie. Cieľom je, aby sa odborníci podelili o svoje vedomosti a umožnili tak rodine prijať informované rozhodnutie, či tento aspekt zahrnie alebo nezahrnie medzi svoje priority;
- zdieľať informácie o pozorovaniach, zobrať do úvahy obavy a priority rodiny a prepojiť ich na ďalšie kroky pri plánovaní posúdenia. Zdieľanie, ktoré prihliada na úvodné obavy rodiny, pomáha porozumieť jej otázkam alebo pochybnostiam a ujasniť si priority.

Účasť rodičov a ostatných opatrovateľov je kľúčovým aspektom na rodinu zameranej intervencie, ale my, odborníci, príliš ponorení do snahy zabezpečiť účasť rodiny na posúdení, niekedy zabúdame, že účasť rodičov môže mať rozličné formy, a že úlohou odborníkov je predstaviť im tieto rôzne možnosti, z ktorých si budú môcť vybrať.

Miera zapojenia rodiny je rôzna: a mení sa rodina si ju volí sama

Voľbu rodiny treba rešpektovať, rodine treba dať príležitosť, aby si svoju rolu a mieru zapojenia v rámci intervencie sama „doladila“. Ako zdôrazňuje Crais (1993), dôležitejšie než vedieť, akú rolu si rodina v rámci posúdenia zvolila, je vedieť, aké roly jej boli prezentované ako možnosti a ako odborníci proces rozhodovania facilitovali.

Podeliť sa o výsledky

Obvykle sa posudzujúci odborníci o výsledky podelili až na záverečnom stretnutí.

V rámci prístupu zameraného na rodinu sa odporúča, aby dochádzalo k vzájomnému zdieľaniu informácií hneď po ich získaní, čo proces posilňuje, pričom na úvod si treba vypočúť pohľad rodiny: „Ako to podľa vás išlo? Zvykne sa syn/dcéra takto správať?“ Týmto spôsobom oceňujeme jedinečné vedomosti rodičov o dieťati a posilňujeme ich!

Aj keď sa na formálne testy dá odvolávať až neskôr, alebo pokiaľ sa formálna všeobecná diskusia koná inokedy, táto spätná väzba by mala byť okamžitá a predovšetkým prepojená na ďalšie fázy posúdenia/intervencie.

Napríklad pri analýze výkonov dieťaťa v rámci špecifickej úlohy môžeme okamžite premýšľať o prirodzenom prostredí a každodenných činnostiach, pri ktorých je tieto zručnosti možné pozorovať, alebo nad spôsobom, akým ich dieťa môže používať. Takto dávame posúdeniu význam a zdieľame ho s rodinou (Crais, 1997). Zdieľané informácie musia byť užitočné, mať pre rodinu hodnotu a sprostredkovať jej rozhodovanie.

Rodiny môžu byť skutočnými členmi tímu, len ak majú prístup k rovnakým informáciám ako ostatní členovia, aby mohli spoluvytvárať názor alebo dávať odporúčania!

Okamžite sme súhlasili s učiteľkou z predškolského zariadenia, aby Martu posúdili a aby sa identifikovali problémy, ktoré jej mohli brániť v rozvoji chôdze a pohybových schopností.

Martu posúdil psychológ a fyzioterapeut, ktorí vyjadrili svoje názory, upokojili ma a ponúkli možné stratégie, ktoré pomôžu dcére v celom procese, keďže najväčšou prekážkou pri nadobudnutí schopnosti chodiť bol strach a nedostatok sebavedomia. Tieto stratégie boli pre jej vývin kľúčové.

Skúsenosť rodiny podporovanej SNIPI

Rodiny, ktoré nie sú spokojné s procesom posúdenia, často ako dôvod uvádzajú formu, akou boli informácie zdieľané, a nie ich obsah. Často sa dôraz kládol na to, čo dieťa nemôže/ nevie urobiť alebo na jeho nedostatky (Crais, 1997).

V tejto fáze by rodina a odborníci mali diskutovať o názoroch, stanoviť si ciele, identifikovať zdroje a rozhodnúť sa o tom, aká intervencia bude potrebná (Bailey a Wolery, 1992). Obsah zdieľaných informácií musí byť pre rodinu hodnotný a užitočný, pretože len tak jej pomôže prijať rozhodnutie.

Otvorený dialóg medzi rodinou a odborníkmi o práve pozorovanom správaní by mohol redukovať objem informácií, o ktorých sa tradične diskutuje na konci procesu posúdenia (Crais, 1996). Ak sa však v rámci posúdenia uplatňujú rôzne postupy a využívajú sa viaceré zdroje informácií a nástroje, môže byť v istom momente potrebné vytvoriť priestor na zdieľanie a diskusiu o zistených výsledkoch medzi rodinou a odborníkmi.

Ide o obzvlášť dôležitý bod, pokiaľ rodina nebola prítomná počas celého procesu posúdenia. Pri validácii výsledkov posúdenia dieťaťa (získaných primárne prostredníctvom formálnych nástrojov a metód) a poskytnutí informácií odborníkom o jeho správaní v prirodzenom prostredí a pri bežných činnostiach sa rodina zapája a prispieva k zmysluplnejšiemu

a autentickejšiemu posúdeniu. Interpretácia výsledkov posúdenia by mala byť výsledkom konsenzu medzi rodinou a odborníkmi!

Tipy na kvalitné postupy v rámci posudzovania

- Zdieľať prehľad o údajoch získaných v rámci posúdenia, pričom najprv treba dať priestor rodine – opýtajte sa jej na dojmy a názor na zručnosti dieťaťa, jeho potreby a s tým súvisiace obavy.
- Dať do súvislosti formálne výsledky vami realizovaného posúdenia s pozorovaniami a dojmami rodiny o výkonoch dieťaťa.
- Pýtajte sa rodiny, či sa k jej úvodným obavám (ohľadom dieťaťa) pristúpilo správne, alebo či ešte existujú nejaké oblasti, ktoré treba objasniť, a hlbšie, respektíve inak preskúmať.
- Pokiaľ treba vypracovať správu, zapracujte do nej aj pozorovania a dojmy rodiny a overte si ich s ňou. Rodina by mala mať kópie alebo originály všetkých dokumentov, ktoré sa týkajú posúdenia.
- Uistite sa, že vnímanie rodiny o fungovaní dieťaťa sa zhoduje s vašim.

Pokiaľ odborníci vo včasnej intervencii postupujú týmto spôsobom, možno začať s individuálnym plánom podpory rodiny (IFSP), predovšetkým pokiaľ ide o schopnosti a charakteristiky dieťaťa, obavy a priority rodiny a zoznam cieľov, ktoré sa majú dosiahnuť.

Keď sa proces posúdenia rozdelí na tri časti (plánovanie, realizácia a zdieľanie výstupov), je ľahšie pochopiť, že aktivity v rámci posúdenia majú pre obe strany intervencie, teda rodiny a odborníkov, veľký význam, a to z hľadiska zosúladenia očakávaní a foriem budúceho partnerstva, ktoré má byť konsenzuálne.

Spôsob, akým celý proces prebehol, s rešpektom ku kontextu a bežným činnostiam rodiny, s tým, že MIT vystupoval ako jej partner, pričom sa prikladal význam aj obavám a potrebám rodiny, bol kľúčom k úspechu a pozitívnemu vývoju. Formálne posúdenie vývinu bolo tiež úspešné a podporilo celú situáciu, keďže bolo dobre naplánované. Rodina prevzala na seba ústrednú úlohu, bola zapojená, a komunikácia výsledkov sa opierala o kvalitatívne posúdenie a silné stránky identifikované u dieťaťa.

Skúsenosť MIT

Stručne povedané, údaje zozbierané spoločne s rodičmi, inými opatrovateľmi a dieťaťom by mali slúžiť na prípravu intervenčného plánu, v rámci ktorého by sa mali zohľadňovať obavy, priority a zdroje rodiny, ako aj charakteristiky a potreby dieťaťa.

Posudzovanie krok po kroku: ako dosiahnuť na rodinu zamerané posúdenie

- porozumieť obavám, prioritám, nádejám a presvedčeniam, ktoré rodičia majú ohľadom svojho dieťaťa;
- získané informácie by sa mali využiť na usmernenie jednotlivých aktivít v rámci posúdenia;
- rodiny a odborníci rozhodujú o formáte, obsahu, nástrojoch a metodike posúdenia;
- rodiny a odborníci sa spolu rozhodnú o tom, kto sú účastníci (ktorí odborníci, s akou špecializáciou, či iní opatrovatelia a dôležité osoby pre dieťa atď.), a o mieste/kontextoch;
- po posúdení analyzovať prístup k prioritám rodičov.

Zhromaždili sa informácie o fungovaní dieťaťa, o „silných stránkach“, o Marte a jej rodine, o čakávaní rodiny a predškolského pedagóga, ako aj i obavách oboch strán. Okrem neformálnej konverzácie sa zber dát opieral o priame a neformálne pozorovania dieťaťa v prirodzenom prostredí (domov a škôlka), rozhovor o denných rutinách (Scott a McWilliam, 2000), ekomapu, anamnézu, SATIRE (posudzovaciu škálu dojmov pedagóga z obvyklých činností a zapájania dieťaťa – Scale of Assessment of Teachers' Impressions of Routines and Engagement of the Child) (Clingenpeel a McWilliam, 2003) a o Plán rozvoja zručností II.

IFSP sa pripravoval nielen na základe údajov získaných z použitia týchto nástrojov, ale aj z neformálnych rozhovorov.

Skúsenosť MIT

Čím viac sa rodiny zúčastňujú na posúdení, tým budú aktívnejšie a spokojnejšie s dosiahnutými výsledkami (Crais, 1996).

V tomto duchu sa aktívna účasť rodín v úvodnej fáze posúdenia/intervenčného cyklu považuje za „odštartovanie“ spolupráce počas nasledujúcej intervencie (Crais, 1997).

Časté odvolávky niektorých odborníkov na VI ohľadom „nedodržavania“ intervencie rodinami tak môžu získať iný význam, keď neformálne analyzujeme spôsob, akým títo odborníci realizovali intervenciu s rodinami, ktoré opisujú ako „náročné“.

Môže „problém“ súvisieť s tým, že posúdenie a následné plánovanie intervencie sa nerealizovalo v súlade s obavami a prioritami rodiny ohľadom dieťaťa? Inými slovami, že rodina nebola vypočutá a/alebo sa aktívne nezúčastňovala na posúdení a plánovaní intervencie?

PRÍKLAD Z PRAXE



Posúdenie: identifikácia funkčných zručností dieťaťa, charakteristík kontextu, obáv rodiny, jej priorít a zdrojov

Vzťahové predpoklady:
význam počúvania a
validácie obáv rodiny.

Z rozhovoru s Pedrovou rodinou jasne vyplynulo, že má mnoho pochybností o správaní syna a tiež o tom, ako by jej tím mohol pomôcť. Keď sme sa zamerali na tie aspekty, ktoré rodinu najviac znepokojovali v danom momente, jej členovia povedali, že si všimli, že bol od malička iný a že to bolo pre nich ťažké pochopiť a vyrovnáť sa s niektorými prejavmi jeho správania, a že práve preto potrebovali pomoc. Nevedeli však jasne formulovať svoje pochybnosti alebo to, čo potrebujú.

Odborné predpoklady:
oceniť identifikáciu potrieb
a cieľov dôležitých z pohľadu
každodenného života rodiny.

Po zohľadnení ťažkostí, o ktoré sa rodina podelila, ako aj jej potrieb a typu podpory, ktorú by od tímu mohla dostať, rodina dostala otázku, či sa chce zamyslieť a zodpovedať na otázky v dotazníku, ktoré by jej mohli pomôcť jasnejšie sformulovať pochybnosti. Rodičia túto ponuku okamžite prijali a posudzovanie sa začalo tým, že vyplnili dotazník o potrebách rodiny. V rámci tejto časti rodičia identifikovali svoje ťažkosti ohľadom toho, ako sa hrať a rozprávať so synom, ako pristupovať k jeho správaniu, ako získavať informácie o jeho možných ťažkostiach a službách, ktoré sú k dispozícii. Tiež spomenuli ťažkosti pri rozhovoroch s členmi rodiny o svojich obavách a hľadaní riešení. Rodičia tiež mali záujem o písomné informácie o probléme a o identifikáciu odborníkov, ktorí by jej pomohli pri riešení Pedrových a jej potrieb. Spomenuli, že stretnutia s rodičmi, ktorých deti majú podobný problém ako Pedro, sú prínosné. Zdalo sa, že mnohé z cieľov intervencie sa začínajú zhmotňovať...

Participatívne predpoklady:
porozumieť, aké sú dostupné
zdroje rodiny, aby sa dali
využiť v rámci riešenia
jej obáv.

Vytvorila sa aj ekomapa rodiny, keďže rodičia spomenuli, že nevedia, koho požiadať o pomoc. Na jednej strane síce boli obklopení ľuďmi, ale mali pocit osamelosti a absencie podpory. Na koho sa mohli spoľahnúť? Ako? V akých situáciách?

Odborné predpoklady:
porozumieť normálnemu
vývinu dieťaťa
od 0 do 6 rokov, atypickému
vývinu, ako aj rôznym
metodikám posudzovania.

Rodičia povedali, že niekedy, keď boli ako rodina von, pozerali sa na iné deti a všimli si, že ich syn nedokáže to, čo iné deti, ale potom sa snažili presvedčiť samých seba, že každé dieťa je iné a vyvíja sa svojím tempom. Pedro to nakoniec tiež zvládne! No v hlave mali mnoho pochybností, ktoré ich denne prenasledovali, zatiaľ čo ich syn rástol: nemal už začať chodiť? Mal by už vo svojom veku viac rozprávať? A nemal by sa zaujímať o ostatné deti? Je to normálne? Ako by mu mohli pomôcť vo vývine? Tím sa spoločne s rodičmi usiloval nájsť spôsob, ako rodine v týchto oblastiach pomôcť.

S týmto cieľom načrtnol a objasnil rodičom možné vývinové posúdenie a informácie, ktoré by sa v rámci neho mohli zbierať. Rodina mala pocit, že informácie by mohli zodpovedať niektoré z jej pochybností a obáv, a požiadala o posúdenie vývinu. Pri plánovaní posúdenia matka povedala, že by rada pomáhala aktivity realizovať, keďže by sa Pedro podľa jej názoru cítil bezpečnejšie a efektívnejšie sa do procesu zapojil: „Stačí, keď mi vysvetlíte, čo mám robiť.“

Rodičia tiež uviedli pozorovanie učiteľky z materskej školy, že Pedro sa nezaujíma o ostatné deti v triede a jeho účasť na individuálnych aktivitách je slabá. Rodičia dobre nerozumeli, o čom učiteľka hovorí, keďže Pedro bol ich jediné dieťa, a preto nemali veľa príležitostí vidieť, ako nadväzuje kontakty s inými deťmi. Prediskutovala s nimi možnosť neformálneho posúdenia v prirodzenom prostredí, aby bolo možné lepšie pochopiť mieru Pedrovhov zapojenia a participácie v tomto prostredí. Otec navrhol, aby sa zároveň realizovalo formálne posúdenie v rovnakom kontexte, čo umožní zozbierať všetky informácie naraz a rýchlejšie. „Najviac zo všetkého chceme vedieť, ako Pedrovi pomôcť.“

Participatívne predpoklady:

Úloha rodiny je pri plánovaní posúdenia veľmi dôležitá, treba zvoliť mieru jej participácie a zapojenia do procesu.

Odborné predpoklady:

analyzovať adekvátnosť, efektívnosť a primeranosť metodológie vo vzťahu k špecifikám rodiny.

NA ZAMYSLENIE

- Môže v popísanom prípade zvolený formát posúdenia priniesť informácie, ktoré požadovali rodičia?
- Získajú rodičia a odborníci jasnú predstavu o schopnostiach dieťaťa?
- Môžu výsledky poskytnúť obraz o „skutočnom dieťati“?
- Bol proces posúdenia šitý na mieru, aby spĺňal jedinečné potreby rodiny?



4.5. Vypracovanie individuálneho plánu podpory rodiny

V tejto fáze intervenčného cyklu tím (rodina a odborníci) revidujú všetky informácie získané a zdieľané v predchádzajúcich momentoch a pripravujú individuálny plán podpory rodiny (IFSP), zdefinujú jeho ciele, stratégie, aktivity a zdroje, ktoré podporia očakávania a potreby rodiny, aby plán prispel k plnému vývinu a väčšej participácii dieťaťa.

Príprava IFSP

Na každom doteraz popísanom stretnutí rodiny a odborníkov sa zdieľajú informácie a diskutuje sa o alternatívach intervencie. V tomto bode sa navrhuje IFSP, ktorý podľa platnej legislatívy určuje rámec včasnej intervencie v Portugalsku. Tento plán sa tiež označuje ako individuálny plán podpory rodiny.

V systéme včasnej intervencie je IFSP dôležitou súčasťou jej operacionalizácie. Je to síce jednoduchý dokument, ale v rámci na rodinu zameraných služieb ho vnímame ako veľmi významný proces.

IFSP ako proces: spolupracujúci vzťah

Proces tvorby IFSP definuje spolupracujúci vzťah medzi rodinou a odborníkmi, pri ktorom intervenciu vedie rodina, pričom zohľadňuje obavy a priority rodiny, vníma ich a rešpektuje.

IFSP preto odzrkadľuje na rodinu zameranú intervenciu, ktorá sa začína formovať od prvého kontaktu a konsoliduje sa počas posúdenia. Môže sa to javiť ako jednoduchý proces, ale v zásade si vyžaduje zmenu postoja a postupov odborníkov na včasnú intervenciu (Carvalho, 2004).



Tvorba IFSP

Tím (rodina a odborníci) má príležitosť posúdiť všetky informácie získané a zdieľané v predchádzajúcich bodoch, klásť dôraz na preferencie rodiny a dohodnúť sa, ako tieto preferencie dosiahnuť a rešpektovať. Tím by tiež mal:

- rozhodnúť o prioritách;
- vypracovať ciele intervencie, ktoré musí definovať rodina;
- vyjednať stratégie, aktivity, podporu a služby, ktorých výsledkom bude dosiahnutie cieľov rodiny.

IFSP ako dokument: sprievodca intervenciou

IFSP ako dokument je podporou implementácie postupov zameraných na rodinu, je výnimočným nástrojom a najvyšším stupňom vyjadrenia hlavného cieľa, ktorým je posilnenie rodiny: zameriava sa na prepožičanie hlasu rodinám a vytvorenie podmienok, ktoré by im umožnili prevziať kontrolu pri riadení intervencie, ktorú považuje za najadekvátnejšiu z hľadiska svojich potrieb a priorít, ako aj potrieb a priorít dieťaťa.

Aj keď sa obe dimenzie IFSP – procesná a dokumentačná – rozvíjajú paralelne, dimenzia „procesu“ sa odhaduje vo vzťahu k „dokumentu/papieru“, keďže to, čo sa deje v spolupráci a partnerstve medzi rodinami a odborníkmi, dáva zmysel záznamom v dokumente.

Bez partnerstva, ktoré tvorí základ celého procesu, je čokoľvek, čo je napísané v intervenčnom pláne, bezvýznamné (McGonigel, Kaufman a Hurth, 1991).

To, čo je dôležité v tomto procese, ktorého základom je posilnenie rodiny, je nielen vedieť, či dochádza k uspokojeniu potrieb, ale hlavne ako prebieha mobilizácia zdrojov a podpory počas plánovania a intervencie!

Skôr než zameriame pozornosť na vypracovanie IFSP z pohľadu zameraného na rodinu, mali by sme si vyjasniť jeho význam a užitočnosť.

Základným účelom IFSP je v praxi uplatniť prístup zameraný na rodinu a usmerňovať intervenciu.

Ako už bolo spomenuté, cieľom na rodinu zameraných služieb je reagovať na jej obavy a priority a snažiť sa o rozvoj spolupracujúceho vzťahu s rodinou. Nástrojmi sú budovanie kapacít a prehlbovanie posilňovania, aby sa využili zdroje rodiny na uspokojenie jej potrieb. IFSP sa teda javí ako kľúčový nástroj, ktorý má pomôcť tieto ciele dosiahnuť, a ktorý by mal preukázať, že včasná intervencia sa zaujíma o celú rodinu a formuje sa podľa jej potrieb.

Preto sa v treťom bode posúdenia/intervenčného cyklu vypracovanie IFSP zameriava na rodinu, a odborníci by ju mali podporiť v nasledovných oblastiach:

1. **posúdiť všetky dovedty zdieľané informácie;**
2. **objasniť ciele a funkčne ich popísať;**
3. **identifikovať preferované spôsoby podpory a intervenčných stratégií;**
4. **spísať IFSP.**

Odtiaľ je dôležité zdôrazňovať posun týkajúci sa prvých služieb starostlivosti o rodinu, keďže od tohto momentu robí rozhodnutia v rámci intervenčného procesu rodina.

Základom stretnutí zameraných na vytvorenie IFSP v rámci prístupu zameraného na rodinu je rešpektujúca a otvorená atmosféra voči rodine a ostatným opatrovateľom. Všetci sa pri príprave plánu musia cítiť ako partneri na rovnakej úrovni. Keďže pri efektívnej intervencii je rodina kľúčovým prvkom, hlavným cieľom prípravy IFSP je, aby rodina a odborníci spolupracovali pri identifikácii cieľov a uplatňovaní formálnych a neformálnych zdrojov ako tím, aby bolo možné pomôcť rodinám dosiahnuť ciele, ktoré si stanovili.

Základnou myšlienkou je preto spolupráca.

Spolupráca

Tvorí ju zdieľanie informácií, moci a zdrojov minimálne medzi dvomi osobami, programami alebo službami so zámerom dosiahnuť spoločné ciele (Winton, 1996).

Proces spolupráce sa stal základom flexibilného a funkčného prístupu k príprave IFSP (Correia a Serrano, 1998). Práve v tomto kontexte obyčajne prebieha jedno či viac stretnutí všetkých zúčastnených strán, na ktorých koordinujú svoje zistenia a myšlienky ohľadom intervenčného plánu so zámerom určiť ciele a napláňovať stratégie intervencie.

Okrem odborníkov v tíme a členov rodiny môžu zohrávať dôležitú úlohu aj ďalší ľudia – odborníci z iných služieb alebo členovia neformálnych podporných sietí rodiny (pedagóg z jasli, stará mama, krstná mama, starší brat atď.), ktorí sa opakovane spomínajú v príbehoch rodiny. Je dôležité, aby sa odborníci rodiny opýtali, či by chcela, aby aj títo ľudia boli do tejto fázy procesu zapojení. Napríklad: „Všimla som si, že ste viackrát spomínali Joãovu tetu ako niekoho, kto ho veľmi podporuje a má k nemu blízko. Chceli by ste ju zapojiť do

Načo slúži IFSP?

Rodina rozhoduje

Stretnutia k IFSP

Kto by sa mal zúčastniť na prípravných stretnutiach k IFSP?

našich rozhovorov o potrebách vášho syna a o tom, ako mu tieto potreby pomôcť naplniť?“ alebo „Uvedomila som si, že fyzioterapeut, ktorý s Joãom pracuje v bazéne pre vás veľa znamená. Čo by ste povedali na to, keby bol zapojený do posúdenia potrieb a identifikácií cieľov intervencie v rôznych prostrediach vášho syna?“

Stretnutie (alebo stretnutia) na prípravu IFSP by mali prebiehať podľa preferencií rodiny, i keď ideálny rámec dohody často určujú časové obmedzenia.

Na druhej strane v rámci efektívnej transdisciplinárnej tímovej práce by kľúčový pracovník mohol pri príprave plánu tím zastupovať. To bude závisieť nielen od jeho skúseností, ale aj od miery spolupráce v rámci tímu. Rodina by mala určiť formát stretnutia, ktorý bude spĺňať jej potreby, a na stretnutiach by sa mohlo zúčastniť viacero „potenciálnych“ účastníkov a spolu s rodinou navrhnuť IFSP.

Ďalší potenciálni účastníci okrem rodiny:

- kľúčový pracovník, po získaní podpory tímu;
- rôzni členovia tímu;
- rôzni členovia tímu a ostatní opatrovatelia;
- členovia tímu a odborníci z iných služieb;
- ďalší...

Keď sa ustália účastníci stretnutia k IFSP, kľúčový pracovník by mal prevziať iniciatívu a mediovať prepojenie všetkých prítomných, objasniť rôzne úlohy a zdôrazniť význam zapojenia všetkých prítomných osôb, povzbudiť ich k participácii a zdieľaniu, facilitovať komunikáciu medzi zúčastnenými a uistiť sa, že všetci správne rozumejú zdieľaným informáciám. Kľúčový pracovník má zásadnú úlohu a v danom momente všetko závisí len od toho, či daným aspektom venuje pozornosť.

Mariana, Inêsina matka, mala prístup k službám včasnej intervencie od narodenia dcéry. Aktívne sa zúčastňovala na všetkých úvodných stretnutiach s odborníkmi, na celom procese posúdenia, na stretnutiach k IFSP atď. Teraz nastal čas revidovať plán na ďalšom stretnutí, na ktorom sa ako obvyčajne a podľa Marianinho usmernenia zúčastnilo viacero strán: kľúčový pracovník, psychológ MIT, predškolský pedagóg a sociálny pracovník z miestnej inštitúcie. Koľko vzruchu na stretnutí! Všetci sa cez Marianu poznajú a moment formalizácie nových cieľov intervencie na stretnutí sa vždy prijal s motiváciou a radosťou! Mariana bola vždy aktívna a participatívna, hovorila o svojich obavách a poskytovala zásadné informácie o Inêsinom vývine.

V každom prípade intervenciu pre svoju dcéru viedla ona. Ja som ju ako kľúčový pracovník vždy obdivoval. Na stretnutí každý zdieľal informácie a hovoril o poslednom posúdení a čerstvých informáciách. „Áno, Inês je už aktívnejšia pri jedení! Už zvládne zjesť polievku bez toho, aby veľmi porozlievala.“

To boli niektoré pozorovania a postrehy, ktoré Mariana zaznamenala. Zrazu som si všimol, že stíchla. Odborníci ďalej nadšene rozprávali... „No stále nemá úchopový reflex,“ potvrdila učiteľka predškolského zariadenia. Matka bola stále ticho. Potom si vzdychla a smelo sa opýtala: „Čo ešte moja dcéra nemá?“ ... Všetci stíchli a vnímali realitu. Ako ľahko sa dá odňať moc rodine, aj pri tých najlepších úmysloch...

Skúsenosť odborníka na VI

Táto skúsenosť dokazuje, aké je zásadné je venovať pozornosť komunikácii medzi všetkými zúčastnenými. V tomto prípade odborníci v nadšení a z pozície expertov použili odborníci technický žargón, ktorý rodinu „okamžite odstavil“.

NEZABÚDAJTE, ŽE

Odborník by mal v kontexte stretnutí venovať pozornosť interakciám medzi rôznymi účastníkmi a mediovať ich.



Odborníci by mali vysvetliť, ako bude dané stretnutie napredovať, a objasniť potrebu navrhovania IFSP ako dynamického plánu, ktorý vedie k podpore dieťaťa a rodiny. Rodine treba zdôrazniť a povedať, že je kľúčovým prvkom tímu – musí rozhodovať, plánovať, implementovať, posúdiť a opakovane revidovať plán vždy, keď je to potrebné. Veď IFSP patrí rodine a rodina by mala byť hlavnou „hviezdou“!

Po posilnení významu atmosféry skutočnej spolupráce a zaistení efektívnej komunikácie sa teraz budeme venovať jednotlivým krokom prípravných stretnutí IFSP ako ich znázorňuje obrázok 4.4.

Obrázok 4.4 Postup vypracovania IFSP



4.5.1. Posúdenie všetkých doteraz zdieľaných informácií

V rámci tohto procesu musia odborníci vytvoriť s rodinou vzťah, ktorý jej umožňuje zdieľať svoje príbehy, identifikovať „kľúčových ľudí“ v ich živote, hovoriť o vývine dieťaťa, popísať svoje denné činnosti, podeliť sa o svoje silné stránky a obavy a identifikovať svoje zdroje. V tomto bode, keď sa rodina a odborníci spoja a posúdia všetko, čo sa naučili a o čo sa podelili od prvého stretnutia, treba zostaviť prehľad toho, čo je pre rodinu skutočne dôležité.

Revízia informácií o dieťati a rodine

Prehľad informácií by sa mal zamerať na:

- **rodina:** obavy, priority a zdroje;
- **dieťa:** charakteristiky, funkčné zručnosti a potreby, prostredie a rutinné denné činnosti.

Ako uvidíme nižšie, posúdenie korešponduje s prvou časťou prípravného stretnutia k IFSP a malo by sa zaznamenať v rámci prvej časti dokumentu o IFSP zameraného na všeobecné informácie.

Často sa stáva, že v tomto momente a ako výsledok zdieľania a výmeny informácií, rodina prehodnotí svoje pôvodné očakávania. V skutočnosti sa od prvého kontaktu medzi rodinou a tímom mnoho udialo. Počas posúdenia odborníci zdieľali relevantné informácie a zhromaždili údaje, ktoré zdieľali dôležití opatrovatelia, a/alebo informácie ohľadom rôznych kontextov života dieťaťa (napr. z centra dennej starostlivosti, materskej školy, jasí, iných služieb atď.)

Revízia všetkých aspektov je preto základným krokom, ktorý by mal zabezpečiť, aby IFSP reagoval na priority rodiny. Nato treba mať nielen dôkladné vedomosti o prioritách, ale aj ich zdieľať so všetkými zapojenými stranami pri vypracovávaní IFSP. Je nevyhnutné, aby všetci zdieľali spoločnú víziu ohľadom očakávaní rodiny.

Výzva:
Aké poslanstvo odovzdávam, ako odborník, keď IFSP preváži úlohu služieb?

Môže sa však stať, že odborník „zabudne“ na obavy rodiny a IFSP sa stane dokumentom plným špecializovaných stratégií, ktorý nadhodnocuje kompetentnosť odborníka a len okrajovo odzrkadľuje každodenný život dieťaťa a rodiny. V tom prípade nie je prekvapením, ak ostane v šuplíku až do jeho ďalšej revízie...

Tipy (pre odborníkov na VI) na zhrnutie informácií, ktoré odzrkadľujú obavy rodiny:

- odborníci spolu s rodinou preskúmali informácie získané počas prvého kontaktu a posúdenia;
- ďalší účastníci porozumeli obavám rodiny a jej potrebám a prominentnej úlohe, ktorú má rodina zohrávať a prečo;
- rodina si je vedomá, že jej vlastné problémy sa môžu tiež zahrnúť do IFSP;
- rodičia boli informovaní o obavách vás ako odborníkov a vy ste sa podelili o informácie, ktoré ona potrebuje na informované rozhodnutie.

Teraz je kľúčové, aby sa odborníci podelili o svoje názory s rodinou. Vzťahové kompetencie a schopnosť otvorenej a čestnej komunikácie sú základným predpokladom vypracovania IFSP. To, že rodina bude rešpektovaná ako líder intervencie a má posledné slovo pri rozhodovaní o všetkých jej aspektoch, neznamená, že odborníci sa vzdajú svojej zodpovednosti pri zdieľaní vlastných obáv a názorov o výsledkoch, ktoré považujú za dôležité pre dieťa.

Skúsenosti tohto odborníka na VI zdôrazňujú význam vzťahových a komunikačných kompetencií, ako aj ich úlohu pri presadzovaní preferencií a účasti rodiny:

Nesmieme zabúdať, že každý vzťah si vyžaduje transparentnosť, vzájomný rešpekt, konzistenciu, flexibilitu, priestor a čas. Treba vedieť počúvať (urobiť niečo s tým, čo človek počuje) a byť schopný komunikovať, pričom vieme, že komunikácia si vyžaduje neustále precvičovanie pozornosti a flexibilitu, teda dualistickú schopnosť dávať a brať.

Vďaka vytvorenému vzťahu si na jednej strane rodičia uvedomili, že môžu včasnej intervencii veriť. Boli uistení, že majú kompetencie, ich obavy sú legitímne, a že oni budú robiť konečné rozhodnutie v celom procese. Na druhej strane som sa naučil, aké je dôležité odhodiť predsudky a domnienky, nerobiť predčasné závery a dôverovať rodinám.

Skúsenosť odborníka na VI

Na rodinu zamerané postupy sa od iných foriem poskytovania pomoci líšia troma komponentmi, ktoré sú zachytené v uvedenej skúsenosti! Odborné predpoklady, vzťahové predpoklady a participatívne predpoklady.

Pripomeňte si efektívne formy podpory

4.5.2. Objasnenie cieľov intervencie a ich funkčná charakteristika

Po preskúmaní a sumarizácii zhromaždených informácií pomôže odborník rodine formulovať výsledky, ktoré si želá dosiahnuť u dieťaťa a celkovo v rodine. Dá sa to dosiahnuť prostredníctvom brainstormingu, pri ktorom rodina formuluje želané zmeny. Mnohé rodiny presne vedia, čo potrebujú, ale niektorým treba pomôcť lepšie sa zorientovať. Pozorný odborník im to pomôže objasniť a pretransformuje zámery (rodiny) do jednoduchých, jasných a objektívnych viet o tom, čo chce rodina prostredníctvom intervencie dosiahnuť.

Ako premeniť zámery na ciele intervencie

Príklady otázok, ktoré by mohli pomôcť pri objasňovaní:

„Čo by ste chceli, aby sa zmenilo vďaka intervencii?“ alebo „Čo by ste chceli zmeniť alebo čo by ste chceli, aby bolo inak?“

Transformácia potrieb a zámerov rodiny na ciele intervencie je dôležitá na:

- uľahčenie komunikácie a dosiahnutie dohody;
- monitorovanie napredovania;
- posúdenie účinnosti intervencie.

Ciele intervencie zahrnuté v individuálnom pláne podpory rodiny (IFSP) by sa mali stanoviť podľa toho, čo si rodina želá zmeniť, a mali by vychádzať zo súhrnu poskytnutých informácií.

Ciele musia byť konkrétne, holistické, merateľné, dosiahnuteľné a predovšetkým relevantné pre každodenný život, musia podporovať možnosti učenia v prirodzenom prostredí dieťaťa a zabezpečiť rozvoj jeho funkčných schopností a participáciu.

Funkčné ciele

Odporúčané postupy vo včasnej intervencii poukazujú na to, že ciele IFSP musia byť funkčné a založené na potrebách a prioritách detí a rodín v zmysle prístupu charakterizovaného v 1. časti tejto príručky.

Ciele zabezpečujúce funkčné schopnosti a participáciu detí:

- sú súčasťou kontextov (a rutinných činností);
- špecifikujú, čo budú dieťa a rodina robiť;
- riešia problémy rodiny a ďalších opatrovateľov.

Niektoré tradičné postupy však môžu tvorbu IFSP zameraného na rodinu narušiť. Plány v skutočnosti často obsahujú ciele stanovené len na základe vyhodnotenia normatívnych testov dieťaťa a jeho „nedostatkov“. Mnohé z nich sú v zásade behaviorálne. Bývajú založené na vývinovej postupnosti a hierarchii vychádzajúcej zo stratégií vypracovaných odborníkmi, ktorých cieľom je napraviť „nedostatky“ dieťaťa. Často ide o „umelé“ plánovanie, pričom „nácvik“ je vytrhnutý z kontextu a životné okolnosti dieťaťa sa zvyčajne považujú za irelevantné.

Nižšie uvedená hodnotiaci správa je jasným príkladom umelého prístupu bez kontextu, ktorý sa často vyskytuje pri tradičných postupoch:

Výsledky formálneho hodnotenia vývinu poukazujú na ťažkosti na úrovni kognitívnych a jemných motorických schopností, a preto boli definované ciele zamerané na ich stimuláciu s cieľom podporiť kognitívny rozvoj a manipuláciu u Joãa, a to aktivity na rozpoznávanie a pomenovanie farieb, schopnosť počítat do 15, prejavovať záujem o obrázky, pomenovať hlavné časti tela, poskladať jednoduché obrázky, rozoznávať dni v týždni, pokrčiť a roztrhať papier, nakresliť kruh a postaviť vežu z kociek. Tieto ciele by sa mali dosiahnuť do konca školského roka.

Časť hodnotiacej správy

Funkčný prístup sa na rozdiel od vyššie uvedeného zakladá na podporovaní úspechu detí a rodín v ich prirodzených kontextoch a zameriava sa na zručnosti dieťaťa doma, v komunite a v iných životných situáciách, ako sú jasle a materská škola.

Preto by ciele IFSP v rámci prístupu zameraného na rodinu mali obsahovať zmeny, ktoré chce rodina dosiahnuť u seba a svojho dieťaťa a ktoré sú funkčné a relevantné pre každodenné situácie, v ktorých sa intervencia uskutočňuje.

Ciele, pomocou ktorých sa majú dosiahnuť tieto zmeny, vychádzajú z aktívneho počúvania a rozhovorov medzi rodinou a odborníkom o tom, čo by rodina chcela dosiahnuť vo svojom bežnom živote, a nie len z formálnych testov hodnotenia vývinu dieťaťa.

Rozhovor o denných rutinách (RBI, McWilliam, 2010), o ktorom sme sa zmienili v predchádzajúcich častiach, sa jednoznačne zameriava na participáciu dieťaťa a na to, ako rodičia a ďalší opatrovatelia hodnotia svoju spokojnosť s každodennými činnosťami. Na konci RBI, ak dochádza k pozornému počúvaniu zo strany odborníka, je možné zhrnúť požiadavky rodiny ohľadom očakávaných zmien v bežnom živote, a získané informácie pretransformovať na funkčné ciele.

Ak je to také jednoduché, prečo sa to nedeje vždy? Pretože pri intervencii uskutočňovanej podľa vývinovej (a nie funkčnej) perspektívy odborníci hodnotia deti, definujú ciele (na základe výsledkov testov) a neskôr vyhodnotia rutinné činnosti, pri ktorých sa budú tieto kompetencie nacvičovať. To znamená, že informácie o rutinných činnostiach rodiny využívajú pri definovaní časti dňa, keď by sa mali rozvíjať stanovené ciele.

Postup by však mal byť opačný: ciele by mali vychádzať z potrieb určených pri rutinných činnostiach, a nie z použitých testov.

**Význam
funkčných
cieľov**

Funkčné ciele pri prístupe zameranom na rodinu vychádzajú z prirodzených situácií učenia a zameriavajú sa na to, čo je významné a skutočne dôležité pre bežné činnosti detí a rodín, a zabezpečujú, aby sa celý tím (rodina a odborníci) sústreďovali na to podstatné a umožňujú:

- **zvýšenie participácie dieťaťa na činnostiach, ktoré sú pre neho významné (nie vytrhnuté z kontextu);**
- **rozširovanie príležitostí na prirodzené učenie a rozvoj;**
- **upevňovanie rutinných činností, ktoré sú prirodzenou súčasťou každodenného života dieťaťa a rodiny;**

- **aby rodina videla a pochopila, že stratégie používané na dosiahnutie cieľov sú správne, lebo vedú k praktickým zmenám v živote dieťaťa a rodiny.**

(prevzaté z Whipple, 2014)

McWilliam (2010) vymedzuje päť kritérií definovania funkčných cieľov:

1. odzrkadľujú priority rodiny;
2. sú užitočné a majú zmysel;
3. odzrkadľujú reálne životné situácie;
4. nepoužívajú profesionálny žargón;
5. sú merateľné.

Tieto ciele budú užitočné pre mnohých ľudí v rôznych etapách dňa pri vykonávaní bežných rutinných činností. Preto je pri ich stanovovaní dôležitá aj dôkladnosť, t. j. aby boli:

Ako zhrnúť funkčné ciele?

objektívne – vychádzali z pozorovateľného správania;

jasné – všetci ich chápali rovnako;

úplné – mali presne zadefinovaný obsah;

stručné – boli vyjadrené niekoľkými slovami.

Pozrime si niekoľko príkladov, ktoré poukazujú na rozdiely medzi funkčnými a nefunkčnými cieľmi:

„João sa bude hrať na detskom ihrisku a liezť hore-dole po rôznych povrchoch“ (funkčné), namiesto „João bude liezť hore-dole po schodoch v terapeutickej miestnosti“ (nefunkčné);

„Pri obede a večeri bude André schopný sedieť, až kým doje“ (funkčné), namiesto „Predĺžiť čas, ktorý André dokáže obsedieť“ (nefunkčné);

„Na ceste z domu do školy Santiago drží matku za ruku a kráča vedľa nej“ (funkčné), namiesto „Santiago poslúcha matkine pokyny“ (nefunkčné).

Úlohou funkčných cieľov je dosiahnuť väčšiu participáciu dieťaťa na rutinných činnostiach a vysvetliť, prečo je dôležité na nich pracovať.

Ďalším veľmi dôležitým aspektom je jasnosť stanoveného cieľa. Napríklad cieľ „Mária bude rozvíjať jemný kliešťový úchop trikrát do týždňa“ zjavne nie je v súlade s týmto kritériom! Zo spôsobu formulácie je zrejmé, že ide o cieľ prevzatý z vývinovej stupnice, ktorý nevychádza z funkčných potrieb. Nie je jasný, pretože rodičia či opatrovatelia nemusia vedieť, čo znamená „jemný kliešťový úchop“, a tiež preto, lebo nevysvetľuje, prečo a ako má Mária na tomto ciele pracovať... Keby všetci opatrovatelia vedeli, čo to znamená a prečo je dôležité na ňom pracovať, precvičovali by ho častejšie. Funkčnejší spôsob sformulovania cieľa by bol: „Mária si pri olovrante vkladá slamku do krabičky s mliekom päťkrát týždenne bez pomoci dospelého“. Toto je jasný a dobrý príklad (opatrovateľom umožňuje nácvik bez toho, aby dával priestor pochybnostiam či rôznym interpretáciám), pričom ďalšou výhodou je, že jednoznačne vychádza z funkčnej potreby („pri olovrante si bez pomoci vložiť slamku do krabičky s mliekom“).

Jedným zo spôsobov formulácie jasného cieľa je vyhýbať sa odbornému žargónu. Pri stanovovaní cieľov by sme sa mali vyhýbať výrazom ako „jemný kliešťový úchop“, „verbálna komunikácia“, „senzorická integrácia“, „obrat“, „vizuálne priestorové spracovanie“, „sluchová diskriminácia“, „protodeklaratívne ukazovanie“ a podobne. Mali by sme používať jednoduché a zrozumiteľné holé vety a názorné výrazy ako „hrýzť“, „držať“, „ukázať“ a pod.

Formulácia „najlepších“ cieľov si vyžaduje čas, pretože si vyžadujú predchádzajúcu úprimnú a otvorenú komunikáciu založenú na spolupráci a „vyjednávani“ medzi rodinou a odborníkom:

„Najlepšie ciele“:

- závisia od množstva získaných a zdieľaných informácií: čím viac, tým lepšie!;
- sú zamerané na participáciu dieťaťa v rodine a zahŕňajú aj „rodinné záležitosti“;
- mali by byť napísané jazykom, ktorému všetci rozumejú;
- mali by ukázať, ako bude vyzeráť úspech: inými slovami, mali by sme vedieť, akým spôsobom zmenia život rodiny.

(Espe-Sherwindt, osobná komunikácia, 2000)

Na záver treba zdôrazniť, že rodiny si nekladú „nereálne ciele“! Ak z nich majú odborníci tento dojem, je to pravdepodobne tým, že vysvetlenie zmien, ktoré chce rodina dosiahnuť a ktoré viedli k stanoveniu ich cieľov, nebolo skutočne pochopené. Je nevyhnutné pochopiť dôvod, prečo si ich rodina stanovila, aby sa našli spôsoby ako želané zmeny dosiahnuť.

Ciele IFSP by v podstate mali odzrkadľovať zmeny, ktoré si rodina žela dosiahnuť u svojho dieťaťa alebo u seba, a nie správanie alebo konanie, o ktorom si odborníci myslia, že by malo nastať v dôsledku služieb poskytovaných dieťaťu alebo rodine, ktoré však rodina nepovažuje za dôležité a prioritné.

Posledným krokom prípravy IFSP je dohoda na kritériách a termínoch hodnotenia. Ako tím (rodina a odborníci) zdefinujú, kedy sa určitý cieľ dosiahol? Ako úspech vníma rodina?

Na jednej strane by kritériá hodnotenia mali byť v súlade so zámermi cieľa, a na druhej strane musí existovať konsenzus v tom, ako vyhodnotiť, či bol cieľ dosiahnutý alebo nie. Keďže výber cieľov sa riadi prioritami rodiny, aj hodnotenie cieľov by sa malo riadiť rodinnou definíciou úspechu. Opäť zdôrazňujeme, že úlohou odborníka je poskytovať informácie, ktoré pomôžu stanoviť merateľné, holistické a dosiahnuteľné ciele a predovšetkým rodine umožnia posúdiť, či očakávané zmeny nastávajú.

Príklady kritérií, ktoré pomôžu posúdiť, či a kedy sa cieľ dosiahol:

- ... keď João vie udržať predmet v rukách;
- ... keď začne používať aspoň jedno nové slovo každé 3 – 4 týždne;
- ... keď rodičia oznámia, že sa im podarilo nájsť rodičovskú skupinu, ktorá im naozaj vyhovuje;
- ... keď prespí tri za sebou nasledujúce noci;
- ... keď sa sám vyzlečie pred kúpaním, sedí bez pomoci najmenej päťkrát týždenne počas štyroch týždňov;
- ... keď samostatne zje za desať lyžíc jedla pri piatich jedlách za týždeň.

**Definícia
očakávaných
výsledkov:
kritériá a
hodnotenie**

Nasledujúci príklad ilustruje, ako je prostredníctvom hodnotenia participácie dieťaťa na každodenných činnostiach rodiny možné pochopiť priority rodiny a načrtnúť ciele vyplývajúce z potrieb, ktoré sú v týchto momentoch zjavné:

Rodina Beatriz sa vyjadrila, že by bola rada, keby ich dcéra vyjadrovala svoje potreby (pitie, jedenie, viac, hranie ...) a bola samostatnejšia v oblasti osobnej hygieny – vedela si sama umyť ruky. Okrem toho si rodičia stanovili za cieľ, aby ich rodina trávila viac času spolu. V IFSP to bolo nastavené takto:

- *Beatriz sa bude zúčastňovať na jedle a hrách a bude vyjadrovať svoje potreby. Beatriz dosiahne tento cieľ, keď bude používať štyri slová denne počas troch po sebe nasledujúcich dní;*
- *Beatriz sa bude venovať osobnej hygieny a pred jedlom si sama umyje ruky dvakrát denne počas piatich po sebe nasledujúcich dní;*
- *Rodina Beatriz strávi spolu viac času: strávi spolu jednu hodinu raz týždenne nejakou činnosťou počas jedného mesiaca.*

Skúsenosť MIT

V skutočnosti možno tieto aspekty riešiť už v čase zostavovania cieľov. Existuje niekoľko spôsobov, ako sa odborník môže presvedčiť, či objasnil všetko potrebné. Dobré nastavený cieľ, ktorý obsahuje aj kritériá hodnotenia jeho dosiahnutia, je pre všetky zúčastnené strany IFSP z hľadiska hodnotenia intervenčného procesu „napoly vyhratou bitkou“, ako uvidíme ďalej v časti 4.6 o monitorovaní IFSP a v 6. kapitole venovanej hodnoteniu služieb.

Tabuľka 4.2, ktorú zostavili Deal, Dunst a Trivette (1989) sa často používa v službách VI na podporu rodiny a pri hodnotení dosiahnutia cieľov.

Tabuľka 4.2 Stupnica dosahovania cieľov IFSP

Počet bodov	Kritérium
1	Situácia sa zmenila – cieľ už nie je aktuálny
2	Situácia sa nezmenila – cieľ je ešte stále aktuálny a zostáva cieľom
3	Implementácia sa začala – cieľ je stále aktuálny
4	Cieľ bol čiastočne dosiahnutý, ale rodina nie je spokojná
5	Cieľ bol dosiahnutý, ale rodina nie je spokojná
6	Cieľ bol z veľkej časti dosiahnutý, rodina je spokojná
7	Cieľ bol dosiahnutý v plnom rozsahu, rodina je spokojná

Zdroj: Deal, A. G., Dunst, C. J., & Trivette, C. M. (1989). A flexible and functional approach to developing individualized family support plans. *Infants & young children*, 3, 32-43. Preložené a upravené so súhlasom autora.

Neustále zdôrazňujeme, že ciele IFSP musia odzrkadľovať priority a hodnoty rodiny, nie odborníka. Očakávania rodiny sa v skutočnosti môžu líšiť od toho, čo odborníci považujú za podstatné. Treba si uvedomiť, že rodina a odborníci sa nemusia vždy vo všetkom zhodnúť,

Čo ak medzi rodinou a odborníkom nepanuje konsenzus?

môžu mať aj rozdielne názory. To je ďalší moment, keď dialóg a komunikácia zohrávajú dôležitú úlohu, ktorej východiskom musí byť snaha pochopiť hľadiská druhej strany.

V prípade nehody treba myslieť na to, že ak rodičia nesúhlasia alebo nemajú záujem o rady a priority odborníka, intervencia je v skutočnosti odsúdená na neúspech. V prístupe zameranom na rodinu sú ciele doménou rodiny, a nie odborníkov! To je jediná cesta k úspechu.

Informované rozhodnutia

Istá odborníčka sa s nami podelila o skúsenosť, že počas rozhovoru o bežných činnostiach rodiny a „zaspávaní“ sa rodičia trochu zahabene priznali, že Diogo s nimi ešte spáva v posteli. Keď sa o tom porozprávali, odborníčka naznačila, že by Diogo mal začať spať vo svojej posteli, čo mu pomôže v osamostatňovaní a prospeje aj rodičom. Všetci by sa určite vyspali oveľa lepšie. Matka na to povedala, že sa o to už pokúšali, ale tej noci sa nevyspal nikto a báli sa to skúšať znova. Napriek tomu im odborníčka poradila, že by bolo dôležité pracovať na dosiahnutí tohto cieľa. Na jej naliehanie rodičia súhlasili a stalo sa to súčasťou IFSP. Na sklamanie odborníčky sa však vždy, keď prišiel čas hodnotenia, ukázalo, že napriek zjavnej snahe a angažovanosti rodičov sa cieľ nepodarilo dosiahnuť. Obidve strany sa cítili mimoriadne neprijemne. Odborníčka preto, lebo bola presvedčená o tom, že Diogovo samostatné spanie je pre jeho vývin mimoriadne dôležité, a nemohla pochopiť, prečo rodičia túto zmenu nerealizovali. Rodina mala zas neprijemný pocit z toho, že zlyhala jednak v očiach odborníčky, jednak v úlohe rodičov.

Skúsenosť odborníčky na VI

Cieľom vyjednávania v prístupe zameranom na rodinu je v podstate vytvoriť atmosféru, v ktorej môže tím diskutovať o rozdielnych prioritách, alternatívach, analýzach a možnostiach, identifikovať stratégie, činnosti a zdroje potrebné na dosiahnutie cieľov rodiny. V tomto momente by mala rodina robiť informované rozhodnutia, pretože práve ona bude mať prospech z výsledkov intervencie.

Kľúčovými slovami sú spolupráca a dohoda

Pozor! Nezamieňajte si fázu diskusie s fázou príležitosti, pri ktorej odborník presviedča rodinu o tom, že by mali prevládať jeho očakávania!

Rodinné hodnoty nesmú byť predmetom vyjednávania. Vyjednávať možno o stratégiách, činnostiach a podpore, ktoré bude tím poskytovať v záujme dosahovania cieľov, ktoré si rodina stanovila.

(McGonigel a kol., 1991, str. 60)

Bez ohľadu na metodiku použitú pri spoločnej identifikácii cieľov rodiny možno tento proces zhrnúť nasledovne:

- Diskusia o zmenách, ktoré chce rodina dosiahnuť v oblasti možností rozvoja a učenia ich dieťaťa, jeho každodenných činností v spoločnosti, do ktorého sa zvyčajne zapája;
- Stanovenie prioritných cieľov alebo definovanie tých, na ktorých bude rodina prioritne pracovať;
- Rozhovor o tom, čo sa dá reálne očakávať a dosiahnuť;
- Sformulovať ciele tak, aby poukazovali na očakávané zmeny, vrátane toho, ako prebiehajú bežné rutinné aktivity a správanie a kde, kedy a s kým by sa mali uskutočňovať.

[Prevzaté z pracovnej skupiny venovanej princípom a práci v prirodzenom prostredí, 2008 (Workgroup on Principles and Practices in Natural Environments, 2008)]

V záujme posilnenia postavenia rodiny sa v stratégiách a službách, ktoré sú súčasťou plánu IFSP, musia jednoznačne vymedziť nevyhnutné kroky rodiny aj odborníkov.

4.5.3. Identifikácia preferenčných foriem podpory a intervenčných stratégií

Po spracovaní cieľov funkčnej intervencie, ktoré si rodina stanovila, jej odborník pomôže identifikovať možnosti, stratégie a činnosti intervencie.

Po identifikácii a preskúmaní silných stránok a zdrojov dieťaťa, rodiny, komunity a dostupných služieb potrebných na dosiahnutie cieľov, sa budú dostupné intervenčné stratégie, aktivity a možnosti ponúkať prirodzene.

Musíme však upozorniť na to, že dosiahnutie tohto cieľa musí spĺňať aj určité podmienky. V danej súvislosti by sme mali zohľadniť dva aspekty:

- stratégie a činnosti musia byť praktické a zmysluplné pre každodenný život rodiny;
- stratégie a činnosti musia byť zamerané na získavanie zdrojov a vytváranie sietí na podporu rodiny.

Jedným z kľúčových aspektov IFSP je hľadanie stratégií a aktivít, ktoré prirodzene zapadajú do každodenného života rodiny, a vylúčenie tých, ktoré by mohli narušiť jej fungovanie a posilňovanie.

Pozrime sa teraz, ako odborníci v snahe implementovať z ich pohľadu efektívne stratégie na dosiahnutie vytýčených cieľov často nerešpektujú alebo opomínajú rolu jednotlivých účastníkov intervencie a rodine pripisujú úlohu „spoluterapeuta“, ktorá zvyčajne náleží odborníkovi, pričom si vôbec neuvedomujú, ako môže určitá činnosť narušiť bežný život rodiny:

Matka sa plne venovala stimulácii a rozvoju všeobecných schopností svojho syna. Požiadala o priebežnú podporu kľúčového pracovníka v súvislosti s návrhmi a stratégiami, ktoré by sa dali uplatniť v rôznych vývinových oblastiach a naplni jednotlivých terapií, na ktoré chlapec chodil (motorická a logopedická terapia), aby s ním mohla pracovať aj počas ostatných dní v týždni.

V určitej etape procesu a vďaka rôznym podporám sa jej podarilo zariadiť stimulačnú miestnosť (motorická terapia, ňou vyrobené a vypožičané hry a rôzne materiály) na rozvoj aktivít a dodržiavanie harmonogramu počas týždňa, aby doplnila činnosť podporných služieb. Pri výbere aktivít na daný deň zohľadnila časový rozvrh terapií aj emocionálny stav svojho syna.

Vždy, keď sa dosiahli ciele stanovené na danú fázu, spolupracujúci odborníci pravidelne prehodnotili plán a stanovili nové ciele.

Skúsenosť MIT

Odborníci sú tradične školení k tomu, aby medzi sebou konzultovali stratégie na podporu rozvoja detí v rámci svojej špecializácie. Túžba zdieľať vedomosti s cieľom pomôcť deťom a rodinám je skutočne veľmi silná! Väčšinu rodičov by v skutočnosti aj tieto odborné vedomosti zaujímali, veď odrážajú kvalitu odborníka, ktorá je taká dôležitá pri poskytovaní účinnej pomoci.

**Skutočne
inkluzívne
činnosti, ktoré
zohľadňujú
rutinné
činnosti**

Je zásadné oboznámiť sa s tým, čo rodina sama robí na dosiahnutie cieľov intervencie, či už má nejaké predstavy, ako to urobiť, alebo v čom očakáva zlepšenie, a až potom navrhnúť stratégie, ktoré môžu dopĺňať prirodzený vývin. Preto treba opäť vychádzať z rodiny, jej silných stránok a vlastných predstáv riešenia problémov alebo odstraňovania prekážok, ktoré jej bránia dosiahnuť ciele:

Rodina požiadala o pomoc pri kŕmení a umývaní dieťaťa, pretože to bolo pre ňu náročné kvôli jeho psychomotorickému postihnutiu. Všimli sme si, že mnohé zo stratégií, ktoré rodina používala, už mali celkom pozitívne výsledky. Ocenili sme, čo robili doteraz, a dali sme im niekoľko praktických rád, ktoré im uľahčili jednotlivé úkony. Dynamiku rodiny to nijakým spôsobom nenarušilo.

Skúsenosť MIT

Stratégie na dosiahnutie cieľov

Pri uplatňovaní prístupu zameraného na rodinu, ktorého hlavným cieľom je posilnenie postavenia rodiny, sa intervencia musí opierať o využívanie zdrojov a silných stránok samotnej rodiny, pričom by sa na procese identifikácie a mobilizácie zdrojov mala aktívne podieľať aj rodina. Dôležité nie je len vedieť, či boli potreby rodiny splnené, ale podstatný je spôsob, akým pri intervencii dochádza k mobilizácii zdrojov a podpory!

Pri definovaní stratégií na dosiahnutie cieľov sa musí zohľadňovať rôznorodosť a špecifickosť každého dieťaťa a rodiny, ich prostredie a zdroje.

Deal, Dunst a Trivette (1989) upozorňujú na tri kľúčové otázky v procese identifikácie intervenčných stratégií: kto, ako a kde?

Kľúčové otázky identifikácie intervenčných stratégií

KTO?

Kto sú najvhodnejšie osoby z hľadiska poskytovania podpory pri dosahovaní jednotlivých výsledkov?

Kľúčoví ľudia (rodičia, pedagogický personál v škôlke, kľúčový pracovník, priatelia, susedia, súrodenci, služby), prípadné bariéry, aký typ podpory, úloha každého z nich.

AKO?

Ktoré aktivity môžu pri jednotlivých cieľoch poskytnúť väčšiu podporu? Ktoré rutinné činnosti, možnosti učiť sa a zovšeobecňovať, aktivity atď.

KDE?

Ktoré miesta budú na jednotlivé zmeny najvhodnejšie? Ak chcete poznať rutinné postupy daného zariadenia a to, ako by mohlo prispieť k zmene, zväžte prípadné úpravy zamerané na dosiahnutie cieľov a pod.

Rodina si slobodne a vedome vyberá možnosti, ktoré považuje za najlepšie

V súlade s prístupom zameraným na rodinu sa za najlepšie pre rodinu považuje to, čo si sama vyberie ako najvhodnejšie pre ňu a dieťa. Preto je poskytovanie informácií rodinám o zdrojoch a stratégiách veľmi dôležité, lebo len na základe nich môžu robiť informované rozhodnutia. Ani efektívna stratégia, ktorá sa osvedčila u mnohých rodín a uvádza sa v odbornej literatúre, sa nemusí osvedčiť u všetkých. Dobré postupy intervencie zameranej na rodinu charakterizuje práve možnosť výberu. Každá rodina vie, čo je pre ňu praktickejšie, čo zapadá do jej rámca hodnôt a kultúry, a vie prijímať rozhodnutia, ktoré posilnia jej fungovanie a nenarušia jej každodenný život.

Nasledovný príklad ilustruje, čo sa môže stať, ak odborník dáva dobre mienené rady bez konzultácie s rodinou:

Matka mala obavy, keďže sa dcére pri činnostiach vyžadujúcich väčšiu presnosť, ako napríklad „kľiešťový úchop“ (spojenie ukazováka a palca), trasú ruky a povedala, že „D. je z toho veľmi nervózna“.

V IFSP sme navrhli stratégie na zlepšenie koordinácie jemnej motoriky a rozmýšľali sme, aké materiály z domácnosti by vyhovovali našim zámerom. Napadli nám kúsky cestovín a korálky do vlasov (D. vždy nosí vrkôčiky s korálkami), ktoré by mohla dvíhať a niekam vkladať. Napadlo mi, že by sa hodili kartóny od vajec. Ale keď ani po dvoch týždňoch túto stratégiu nezrealizovali, opýtala som sa: skutočne ide o obavu rodiny? A keďže odpoveď bola áno, snažili som sa pochopiť, prečo nevedeli nájsť kartón od vajec. Vysvitlo, že rodina chová kurence a preto vajcia nekupuje, takže doma nemá kartóny od vajec.

Inokedy zas matka povedala, že je znepokojená, lebo D. sa nevie sústrediť a nič nedotiahne do konca. Rozhodli sme sa, že pri návšteve v detskej poradni sa na to opýtame. Pediater navrhol, aby sme D. dali trochu kávy (za čajovú lyžičku), aby sme videli jej reakciu na kofeín, pretože nemala dostatočnú hmotnosť, aby jej mohol predpísať stimulačné lieky.

Po určitom čase, keď sme všetci očakávali výsledok (tím VI a osoby zodpovedné za jej vzdelávanie) sme zistili, že D. kávu ešte ani neochutnala. Keď sme sa na to matky spýtali, povedala, že kávu doma nemajú. Dohodli sme sa (matka a ja), že by si mohla kávu kúpiť alebo doniesť z kaviarne neďaleko ich domu.

O niekoľko dní neskôr D. ešte stále kávu neskúsila a ja som sa matky spýtal prečo. Ospravedlnila sa a povedala, že nechápe, prečo by D. mala piť kávu, keďže u nich doma sa káva pije iba počas obdobia smútku, keď pozostali týždeň bdejú. Káva im pomáha nezaspať...

Skúsenosť MIT

Podpora rodiny prostredníctvom intervenčných stratégií si v prvom rade vyžaduje zistiť, čo všetko už rodina robí, či to funguje a čo by podľa nej mohlo pomôcť. V tomto strategickom procese môže pomôcť aj pochopenie dôvodu želanej zmeny, pretože znižuje riziko návrhov vyňatých z kontextu. Na splnenie priorit rodiny treba preskúmať dostupné zdroje, aj keď nesúvisia s tímom včasnej intervencie. V prístupe zameranom na rodinu je odborníkom motivátorom rodiny, ktorý jej pomáha mobilizovať dostupné zdroje.

Pri definovaní stratégií IFSP je úlohou odborníka:

- zamyslieť sa s rodinou nad rôznymi spôsobmi dosiahnutia cieľov;
- prehodnocovať zručnosti, zdroje a podporu poskytované rodine;
- zamyslieť sa s rodinou nad tým, ktoré stratégie a aktivity sú pre ňu najvhodnejšie;
- zachádzať do takých podrobností, aké vyžaduje rodina; dobré stratégie sú jednoduché, priame a ľahko pochopiteľné;
- technická podpora alebo konkrétna služba fungujú ako doplnenie chýbajúcich častí (potrieb rodiny);
- zahrnúť príležitosti na okamžitý úspech;
- určiť priority.

(Espe-Sherwindt, osobná komunikácia, 2000)

4.5.4. Tvorba IFSP: formát a forma

Proces verzus plán

Vyvrcholením plánovacieho procesu intervencie je písomný dokument. Avšak ani jeho formát, ani forma neurčujú, či sa intervencia riadi zásadami prístupu zameraného na rodinu. Ako sme už spomínali, do akej miery je (či nie je) výsledok (plán) zameraný na rodinu, určuje až samotný proces intervencie.

Hoci samotný formát dokumentu IFSP nenaznačuje, či sa intervencia realizuje v súlade s prístupom zameraným na rodinu, jeho štruktúra môže pomôcť pri organizácii obsiahnutých informácií. Aby sa dokument IFSP mohol optimalizovať ako intervenčný a hodnotiaci nástroj, musí byť „naformulovaný“ do takého formátu, ktorý umožní monitorovať poskytovanie služieb a podpory a zaznamenávať realizáciu plánovaných cieľov.

Z tohto dôvodu je zvolený formát IFSP dôležitý. Musí predstavovať osnovu alebo schému pre tímovú diskusiu, ktorej cieľom je dosiahnuť konsenzus a vyústiť do intervenčného plánu zameraného na rodinu.

Úspešný IFSP musí byť flexibilným a živým dokumentom. Formát a forma by mali odrážať jeho životaschopnosť a súčasne formalizovať „zmluvu“ medzi oboma stranami – rodinou a odborníkmi, aby odzrkadľovala všetko, čo rodina chce v rámci intervencie dosiahnuť pre seba a svoje dieťa.

Model IFSP, ktorý jednotlivé tímy používajú, musí byť v súlade s postupmi, ktoré služba vyžaduje, aby rodiny a odborníci spolupracujúci na prípade mali k dispozícii dokumentáciu o priebehu intervenčného procesu. Výsledkom bude intervencia, ktorá právne predpisy a politiky upravujúce právo dieťaťa a rodiny na včasnú intervenciu pretransformuje do činností a postupov, ktoré sa majú uskutočňovať v prirodzených podmienkach každého dieťaťa a rodiny.

Bez ohľadu na formát používaný v službách alebo programoch včasnej intervencie sa môže rozčleniť na dve hlavné zložky: evidenciu všeobecných informácií a evidenciu plánovania:

IFSP ako dokument

1. ČASŤ – Všeobecné informácie: Informácie získané pri posudzovaní a sumarizácii údajov zozbieraných počas predchádzajúcich udalostí (prvé kontakty a hodnotenie) obsahujúcich skutočnosti o dieťati a rodine:

- súpis prirodzených podpôr, zdrojov a silných stránok rodiny;
- funkčné schopnosti a potreby dieťaťa;
- obavy a priority rodiny.

2. ČASŤ – Plán práce: Definícia funkčných cieľov pre dieťa a rodinu, zodpovedajúcich stratégií a zdrojov na ich dosiahnutie vrátane kritérií, postupov a plánovaných termínov:

Charakteristika plánu v súčinnosti s rodinou:

- KTO bude robiť ČO? (zaangažované osoby)
- KDE A AKO sa to bude robiť? (postupy, podpora a kontext)
- KEDY? (trvanie/frekvencia)
- AKO sa to bude hodnotiť? (kritériá)

A aký máte IFSP vo vašom tíme? Máte dost miesta na celý obsah?

V pláne by mohol ostať priestor aj na zaznamenávanie informácií ako je identifikácia kľúčového pracovníka zodpovedného za pomoc pri realizácii plánu, prepojenie na ostatné služby, zdroje, ako aj postupy zabezpečujúce prípadný úspešný budúci presun¹⁰ dieťaťa do iných služieb.

V skutočnosti neexistuje „dokonalý“ formát, a ak je jeho základným prvkom proces, odborníci musia nájsť jemnú a stabilnú rovnováhu medzi tým, čo si ich služby vyžadujú a postupmi zameranými na rodinu.

Dobrym príkladom IFSP by mohlo byť riešenie, ktoré členom tímu umožní zaznamenávať proces priebežne namiesto toho, aby sa museli neustále vracat k „vypĺňaniu formulára“ a zaznamenávať, čo sa už udialo, a nie, čo sa má zmeniť prostredníctvom spolupráce členov tímu.

IFSP musí byť flexibilný a umožňovať a podporovať časté zmeny: „dobrý plán“ je taký, ktorý odráža aktuálne potreby rodiny (Deal, Dunst a Trivette, 1989). Preto by sa mal prehodnocovať vždy, keď rodina potrebuje zmenu a nemal by sa odkladať do zásuvky a čakať na uplynutie minimálnej doby revízie predpísanej v smerniciach o službe alebo v programe včasnej intervencie.

Napríklad v záujme toho, aby bol IFSP dynamický a aby sa dal ľahko revidovať, sa niektorí odborníci rozhodli nezapisovať ho do počítača, ale písať ho ručne, čo umožňuje, aby ho mohol kedykoľvek a v akejkoľvek súvislosti zmeniť a doplniť ktorýkoľvek člen tímu zúčastňujúci sa na práci s dieťaťom a rodinou. Môžu existovať aj dve kópie: jedna uchovávaná v rodine, kde sa budú zaznamenávať zmeny, a druhá u odborníka. Alebo možno požiadať niektorého člena tímu, aby zaznamenával informácie, vyhotovil kópie a neskôr ich zadal do počítača, aby sa mohli zdieľať s ostatnými účastníkmi intervencie a pod. Dôležité v každom prípade je, aby si rodiny mohli zvoliť z ich pohľadu najvhodnejší spôsob vypracovania IFSP.

Rodiny, ktoré majú ťažkosti s čítaním a písaním, môžu pri používaní dokumentu potrebovať zvláštnu pomoc, najmä ak služby VI vyžadujú povinnú formu zaznamenávania plánu. Nezabúdajte, že rodina má právo na IFSP pre svoje dieťa a skutočnosť, že jej členovia nevedia čítať alebo písať, nesmie toto právo nijako obmedzovať.

Istý odborník sa s nami podelil o dôležitosť IFSP pre matku, ktorá nevedela čítať, a ilustruje, že tento problém rodiny nebol prekážkou pri vypracovaní dokumentu IFSP:

IFSP bol uložený na viditeľnom mieste v kuchyni – magnetkou pripevnený na chladničke. Bol prístupný všetkým a vypĺňala ho kľúčová pracovníčka rodiny, ktorá si ho pri každej návšteve prečítala a zároveň zapísala, čo povedala matka. Následne jej to vždy aj prečítala, aby mala istotu že jej slová správne pochopila a zaznamenala. Otec prichádzal domov na víkendy, a keďže vedel čítať, bol tiež vždy informovaný o tom, čo sa naplánovalo. Plán bol prístupný aj ďalším odborníkom z iných oblastí ako VI a matka naň bola veľmi hrdá.

Skúsenosť odborníčky na VI

Hodnotenie IFSP musí umožniť kontrolu toho, do akej miery sa v procese a dokumente uplatňujú prístupy zamerané na rodinu – tejto téme sa budeme venovať v nasledujúcej kapitole. Teraz je však potrebné zdôrazniť, že:

IFSP nie je možné posudzovať bez zohľadnenia procesu uplatňovaného pri vypracovaní a implementácii plánu rodinnej intervencie. Plány, ktoré sú skutočne vypracované „pre

¹⁰ Presunu dieťaťa do iných služieb sa budeme venovať na konci tejto kapitoly, pretože si zaslúži osobitnú pozornosť.

Niektoré služby VI považujú prehodnotenie intervencie po šiestich mesiacoch za povinné

rodinu a spolu s rodinou“, odzrkadľujú súdržnosť a sú funkčné (Jung a McWilliam, 2005). Napokon, iba zúčastnené rodiny môžu posúdiť, či ich IFSP skutočne zodpovedá ich silným stránkam, potrebám, zdrojom a cieľom, ktoré si vytýčili pre seba a svoje dieťa.

V podstate čím viac budete IFSP dôverovať, tým bude efektívnejší. A to platí pre rodiny aj pre odborníkov.

V nasledujúcom príklade sa odborníčka na VI zamýšľa práve nad týmto aspektom:

Informované rozhodnutia

Kľúčovými slovami sú spolupráca a negociácia

Jednou z veľkých výziev, ktorým som ako kľúčová pracovníčka čelila v čase prvých kontaktov s včasnou intervenciou, bolo: „Ako zistím, či je plán, ktorý som s rodinou vypracovala, v skutočnosti zameraný na rodinu?“ V tom čase sme mali časté stretnutia so supervízormi, ktorí hodnotili IFSP, a moje vtedajšie skúsenosti vo mne vyvolávali obavu, že dokument nebude odzrkadľovať moju každodennú prácu s rodinami. Odpoveď som – ako vždy počas celej mojej kariéry vo VI – aj teraz dostala priamo od rodiny.

Inês sa k nám dostala na odporúčanie z dôvodu biologických a environmentálnych rizikových faktorov: predčasný pôrod s oneskoreným vnútromaternicovým vývinom, dieťa dospievajúcej matky žijúcej v problémovej štvrti mesta. Už po prvých kontaktoch, hneď po prvom rozhovore o dôvodoch odporúčania, sa mi s matkou podarilo nadviazať dobrú spoluprácu s otvorenou výmenou informácií. Inêsina matka Mariana mala 16 rokov a rozhodla sa, že všetkým ukáže, že dôvod, pre ktorý sa dostala do programu VI, čiže jej sociálna situácia, nebude mať negatívny vplyv na vývoj dcéry, a že jej prioritou bude naučiť sa vždy čo najlepšie postarať o jej zdravie a vývoj.

Dieťa bolo sledované v niekoľkých zdravotníckych zariadeniach a Mariana sa počas pravidelných prehliadok intenzívne zaujímal a aktívne zapájala do konzultácií. Po niekoľkých týždňoch spolupráce ma nadriadený vyzval, aby som tento prípad prezentovala na nasledujúcom stretnutí. Keďže som nebola veľmi skúsená, bála som sa hovoriť o ťažkostiach a chybách pred členmi tímu, ktorého som sa len nedávno stala súčasťou. Ten týždeň som bola s Marianou v detskej poradni na konzultácii, ktorá bola pre ňu veľmi dôležitá. Mariana cítila, že sledovanie vývinu dieťaťa a názor lekára určitým spôsobom potvrdzujú jej úlohu matky, a od týchto stretnutí si vždy veľa sľubovala.

Dobre si ten deň pamätám: išli sme do poradne, Mariana mala na rukách malú Inês a niesla si aj kabelku a obrovskú tašku, v ktorej bolo všetko, čo matky malých detí môžu potrebovať pri odchode z domu. Konzultácia sa začala a Mariana sebedovome odpovedala na všetky otázky. Zrazu začala byť malá Inês mrzutá a Mariana otvorila veľkú bielo-ružovú tašku a hľadala v nej bábiku. A tam som medzi plienkami, fľaškami, vlhčenými utierkami a ostatnými potrebami uvidela dokument, ktorý som dobre poznala: IFSP Inês a jej rodiny. Konzultácia pokračovala a na zemi zostala ležať otvorená taška s IFSP uprostred detských vecičiek.

Nedokážem vysloviť, čo všetko sa mi v tej chvíli vynorilo v mysli, ale môžem povedať, že som dostala odpoveď, ktorú som čakala od matky: bol to IFSP tejto rodiny a áno – bol zameraný na rodinu! A tento príbeh som potom prezentovala na stretnutí skupiny so supervízorom.

Svedectvo odborníčky na VI

Zapamätajte si, akým by mal byť IFSP zameraný na individuálnu rodinu:

- IFSP, hoci ide o proces a dokument, je výsledkom interakcie, spolupráce a partnerstva medzi rodinou a odborníkmi a musí jednoznačne odzrkadľovať kľúčovú úlohu rodiny v živote a vývine dieťaťa;

- IFSP musí odzrkadľovať spoločnú prácu v rámci mobilizácie podporných systémov (formálnych a neformálnych) zameraných na posilnenie postavenia rodiny ako celku, konkrétne jej pocit kontroly nad rozhodnutiami, ktoré rodinu a dieťa ovplyvňujú;
- IFSP predstavuje „zmluvu“ uzavretú medzi rodinou a odborníkom o vytvorení toho, čo rodina žiada v podobe intervencie v prospech seba a svojho dieťaťa, a musí byť funkčným dokumentom užitočným pre rodinu aj odborníkov;
- zostavenie a priebežné utváranie IFSP sú základným aspektom implementácie prístupov zameraných na rodinu.

Plánovanie intervencie je dlhodobý proces, ktorého súčasťou je každodenná výmena informácií medzi rodinou a odborníkom, a preto si vyžaduje častú aktualizáciu plánov.

Obavy, priority a zdroje rodiny a vývin dieťaťa sa v podstate neustále menia a IFSP musí všetky tieto zmeny zohľadňovať!

PRÍKLAD Z PRAXE



Vypracovanie individuálneho plánu podpory rodiny

Participatívne postupy:
rodina ako hlavný
rozhodovateľ.

Vzťahové postupy:
význam zdieľania informácií
potrebných na rozhodovanie
(komunikáciu) so všetkými
účastníkmi.

Po niekoľkých stretnutiach s rodinou nadišiel čas, aby sme si sadli a napísali IFSP. Na stretnutí boli prítomní členovia rodiny (otec, matka a stará mama), kľúčový pracovník, predškolský pedagóg a logopéd. Boli to osoby, ktorých účasť na stretnutí si členovia rodiny želali, pretože boli v stálom v kontakte s nimi a ich dcérou Gabrielou.

Všetci prítomní dostali formulár dokumentu vopred a priniesli si ho so sebou na stretnutie. Kľúčový pracovník na úvod zhrnul všetky dovedty získané informácie:

Rodina trojročnej Gabriely má obavy, lebo v jej rečovom prejave nevie identifikovať žiadne zrozumiteľné slovo a má pocit, že sa veľmi nezaujíma o ostatných, najmä o komunikáciu s bližším okolím. Najradšej sa hráva sama a zdá sa, že jej je prítomnosť rodičov alebo starej mamy ľahostajná. Okrem toho Gabriela nevie vyjadrovať svoje potreby (hlad, smäd, malá a veľká potreba, spánok). Ďalšie ťažkosti rodiny súvisia so skutočnosťou, že Gabrielin starý otec nedávno utrpel mozgovú príhodu a je pripútaný na lôžko (a vyžaduje si starostlivosť starej mamy), a s tým, že Gabrielina matka chce zmeniť zamestnanie, aby nemusela pracovať na zmeny a mala pevnú pracovnú dobu (a mohla sa tak viac venovať dcérke). Rodina môže počítať s pomocou starých rodičov, Gabrielinej učiteľky z materskej školy, logopéda, lekára zo zdravotného strediska, dvojice kamarátov (živnostníčky Marty a Aníbala, ktorý pracuje v službách sociálneho zabezpečenia) a matkinho inštruktorka jogy.

Počas RBI vychovávateľka z materskej školy vyslovila obavy v súvislosti s rečovým prejavom Gabriely, pretože v škôlke vydáva iba neartikulované zvuky. Ďalší problém vidí v tom, že Gabriela sa nepozera na dospelých a nezapája sa do aktivít. Celkovo sa obávala, že Gabriela sa nevyvíja primerane svojmu veku. V závere RBI učiteľka z materskej školy informácie zhrnula a stanovila prioritné ciele, ktoré by chcela dosiahnuť: aby sa Gabriela zapojila do spievania pesničky „Dobré ráno“, aby označila svoju prítomnosť na prezenčnej tabuli, počúvala rozprávku, zvládla ukončiť činnosť, pretože keď musela prestať robiť niečo, čo sa jej páčilo, napríklad maľovať alebo stavať vežu z kociek, vždy sa rozplakala, a aby sa naučila jesť lyžicou.

Počas RBI členovia rodiny spomenuli, že Gabriela najviac charakterizuje láska k hudbe a zvieratám, a že ak niečo chce získať, chytí dospelého za ruku. V závere RBI členovia rodiny informácie zhrnuli a stanovili prioritné ciele, ktoré by chceli dosiahnuť: zamávanie rodičom na rozlúčku pri odchode rodičov zo škôlky, povedať „nie“, ak niečo nechce, a prejať vôľu verbálne komunikovať.

Takto boli na základe potrieb a problémov vyslovených opatrovateľmi (rodinou a učiteľkou v materskej škole) zadefinované funkčné ciele, ktoré sú uvedené v nasledujúcej tabuľke:

Odborné predpoklady:
integrácia získaných informácií na zabezpečenie individualizovanej a efektívnej intervencie.

Ciele	Kritériá
Pri odchode rodičov zo škôlky im Gabriela zamáva na rozlúčku.	Gabriela sa ráno v škôlke rozlúči s rodičmi zamávaním päť za sebou nasledujúcich dní.
Gabriela povie „nie“ alebo zakrúti hlavou, keď niečo nechce.	Kedykoľvek Gabriela niečo nebude chcieť, povie každý deň po celý týždeň „nie“ a zakrúti pritom hlavou.
Gabriela ukáže na to, čo chce (keksík, vodu, hračku), a ukáže prstom na obrázky v knižke, ktoré dospelý pomenuje.	Gabriela raz denne tri po sebe nasledujúce dni ukáže na niečo, čo chce; Gabriela raz denne tri po sebe nasledujúce dni ukáže prstom na obrázok v knižke či vec, ktoré pomenuje dospelý.
V škôlke pri obede a doma pri večeri bude Gabriela používať lyžicu.	Gabriela tri za sebou nasledujúce dni pri obede a večeri vezme do ruky lyžicu, zdvihne ju k ústam a zje (10 lyžíc) jedla.
Gabriela vysloví „dobré ráno“ po príchode do škôlky aj pri spievaní pesničky „Dobré ráno“.	Gabriela tri po sebe nasledujúce dni povie (alebo sa pokúsi povedať) „dobré ráno“.
Ráno v škôlke Gabriela označí svoju prítomnosť na prezenčnej tabuli.	Gabriela samostatne označí svoju prítomnosť na prezenčnej tabuli päť za sebou nasledujúcich dní.
Gabriela sa naučí povedať slová „mama“, „otec“, „voda“, „keksík“, „nie“, „áno“, „odísť“, „dať“, „hotovo“.	Gabriela vedome/v kontexte povie (alebo sa pokúsi povedať) štyri nové slová päť za sebou nasledujúcich dní.
Gabrielina matka si nájde zamestnanie s pevnou pracovnou dobou.	Gabrielina matka bude mať prácu od 9.00 – 17.00 hod.

ZAMYSLITE SA

1. Myslíte si, že v tomto prípade boli získané informácie zohľadnené pri príprave IFSP? Aké informácie sa vo vašom tíme zohľadňujú pri IFSP?
2. Jedným zo základných princípov VI je, že intervencia sa realizuje pod vedením rodiny. Ako sa v tomto prípade podarilo uplatniť túto zásadu?
3. Ako vo vašom tíme prebieha spolupráca medzi odborníkmi a rodinou v tejto fáze plánovania intervencie?
4. Ako sa vo vašom tíme plánujú stretnutia IFSP (účastníci, miesto konania, zdieľané informácie, osoby zodpovedné za navrhovanie cieľov)?



4.6. Implementácia a monitorovanie intervencie v prirodzenom prostredí detí

Implementácia a monitorovanie intervencie si vyžaduje transdisciplinárnu tímovú prácu so zapojením rodiny, pri ktorej sa zavádzajú do praxe plánované stratégie a činnosti zamerané na dosiahnutie intervenčného plánu. V tejto fáze sa IFSP začína uplatňovať v prirodzených situáciách každodenného života dieťaťa a reagovať na priority rodiny.

Plán intervencie vypracovaný spoločne s rodinou sa musí zaviesť do praxe. Pri uplatňovaní transdisciplinárneho modelu tímovej práce táto úloha pripadá rodine a kľúčovému pracovníkovi, pričom ostatní členovia tímu vytvárajú podporné zázemie. Keďže však ide o prístup zameraný na rodinu, práve ona vždy rozhoduje o miere svojej participácie na implementácii a monitorovaní intervencie. To je prvé rozhodnutie, ktoré musí urobiť rodina spoločne s kľúčovým pracovníkom. Aby sa mohla informovane rozhodnúť, odborník jej musí bez nátlaku vysvetliť všetky výhody jej aktívneho zapojenia. Zároveň by mali mať členovia rodiny pocit, že sa môžu slobodne rozhodnúť podľa svojho uváženia alebo možností, a to bez pocitu viny v prípade, ak sa rozhodnú angažovať menej.

Keď rodina dospeje k rozhodnutiu, ďalším dôležitým krokom intervenčného cyklu je implementácia služieb a zdrojov včasnej intervencie. Zatiaľ čo prvé kontakty, vyhodnotenie a príprava IFSP sú fázami cyklu, ktoré sa odohrávajú v rámci len niekoľkých stretnutí rodiny s odborníkom, implementácia a monitorovanie IFSP zaberie väčšinu času procesu VI. V skutočnosti sa realizuje formou početných stretnutí rodiny s odborníkom, ktoré sa končia až vtedy, keď už dieťa prestane potrebovať podporu formou včasnej intervencie.

Ako sme už spomenuli, predchádzajúce fázy cyklu mali za úlohu vytvoriť a upevniť vzťah dôvery a spolupráce medzi rodinou a odborníkom. Úspech fázy implementácie IFSP závisí od spôsobu realizácie predchádzajúcich fáz.

Implementácia plánu musí, samozrejme, odzrkadľovať základnú filozofiu VI – jej zameranie na rodinu a realizáciu v prirodzených kontextoch –, keďže pripravuje pôdu na jej reálne uplatňovanie v každodennom živote.



Implementácia a monitorovanie

Implementácia služieb a zdrojov šitých na mieru každému dieťaťu a rodine musí:

- vychádzať z transdisciplinárneho modelu;
- vychádzať z informovaných rozhodnutí rodiny a rešpektovať takú mieru angažovanosti, akú si rodina želá;
- prebiehať spôsobom, ktorý podporuje a posilňuje fungovanie rodiny prostredníctvom poskytovanej podpory a mobilizácie jej vlastných zdrojov;
- vyústiť do priebežného hodnotenia celého procesu a intervenčného plánu.

**Návštevy
najdôležitejších
kontextov:
domov alebo
opatrovateľ,
jasle a
materská škola**

Tak bude intervencia znamenať transformáciu IFSP (písomného dokumentu) na činnosti, ktoré sa majú implementovať v každodennom živote dieťaťa a rodiny s cieľom reagovať: na jej problémy, potreby a priority, a to vždy z hľadiska posilnenia jej fungovania. Toto je hlavný cieľ prístupu zameraného na rodinu, ktorý je možné dosiahnuť len pri priebežnom a častom kontakte – partnerstve medzi rodinou a odborníkmi v rámci spoločnej transdisciplinárnej

tímovej práce, ktorá sa uskutočňuje počas stretnutí kľúčového pracovníka s rodinou alebo inými opatrovateľmi počas návštev v najdôležitejších kontextoch každodenného života dieťaťa.

Pre deti od 0 do 6 rokov sú zvyčajne najdôležitejšími prostrediami domov a prostredia poskytujúce výchovu a starostlivosť (opatrovateľ, jasle alebo škôlka). To sú teda kontexty, v ktorých sa musí uskutočňovať aj včasná intervencia!

Avšak bez ohľadu na to, kde sa poskytujú služby VI – či doma, v jasliach, materských školách alebo u opatrovateľov a podobne –, sa odborník pri svojej činnosti musí vždy riadiť zásadami prístupu zameraného na rodinu.

**Kľúčovými
slovami sú
kolaborácia
a negociácia**

Včasná intervencia sa musí snažiť podporovať najlepší rozvoj dieťaťa, zvyšovať jeho možnosti učenia v rôznych životných kontextoch, v spolupráci s rodinou počas návštev alebo stretnutí s cieľom posilniť jej kapacity a postavenie (Dunst, Trivette a Deal, 1988; McWilliam, 2003).

Prečo sa niečo zdanlivo také zrejme, s čím musí každý súhlasiť, neuplatňuje v praxi?

Pretože návštevy v rámci včasnej intervencie sa využívajú na „prácu s dieťaťom“.

Tradičný spôsob poskytovania služieb často znamená návštevy, pri ktorých odborník príde k rodine domov alebo do jaslí, škôlky alebo do domu pestúanky a pracuje priamo s dieťaťom, pričom matku alebo iných opatrovateľov „nechá bokom“, alebo im prideli úlohu informátora či sprievodu dieťaťa.

Tento prístup, ktorý McWilliam (2010) nazýva „vyliatím klinického alebo terapeutického modelu na podlahu obývacej izby rodiny“, ignoruje vedecky dokázaný predpoklad, že malé deti sa učia pri svojich každodenných činnostiach, a že najviac času s dieťaťom trávi práve jeho opatrovateľ, ktorý môže u dieťaťa dosiahnuť zmenu.

Nasledujúci príklad ilustruje, že na realizáciu plánu zameraného na riešenie problémov rodiny, ktorý podporuje posilnenie postavenia dôležitých opatrovateľov v týchto kontextoch, nestačí „navštíviť“ prirodzené kontexty dieťaťa.

Pri prvej návšteve rodiny kľúčová pracovníčka Catarina našla matku veľmi zaneprázdnenú domácimi prácami: žehlička bola zapnutá a vedľa nej ležala hromada bielizne čakajúca na vyžehlenie. Hneď ako otvorila dvere, Catarine povedala: „Už sme vás očakávali. Miguel je v obývačke, ale nezastaví sa ani na okamih. Takto nemôžem nič robiť! Podte ďalej a urobte si pohodlie. Ak budete niečo potrebovať, budem nablízku.“ Odpovedala Catarina do obývacej izby k Miguelovi, vrátila sa do kuchyne a pokračovala v žehlení.

Svedectvo odborníčky na VI

„Pomoc“ odborníčky tejto matke trvala iba počas jej návštevy, pretože len čo odide, matka naďalej „nebude môcť nič urobiť, ak tam bude Miguel“, to znamená, že jej aktuálny problém zostal nevyriešený. A navyše nepochopila ani význam svojej úlohy pri podpore rozvoja svojho dieťaťa, čím jednoznačne obmedzila možnosti Miguelovho učenia prostredníctvom každodenných činností rodiny.

Podpora poskytovaná v prirodzených kontextoch sa neobmedzuje len na uľahčenie života rodiny (v tom zmysle, že nemusia chodiť do kancelárie, zdravotného strediska alebo iného kontextu). Nejde len o to, že doma prebieha to, čo by sa inak robilo v terapeutickom

Pamätáte si obrázok 3.4 na str. 82, ktorý ilustruje spôsob poskytovania podpory VI?

prostredí. Skúsenosti a výskum, z ktorého vychádzajú odporúčané postupy ukazujú, že práca v oblasti VI výrazne presahuje rámec týchto postupov.

V podstate základným problémom nie je to, kde sa podpora poskytuje, ale to, ako a s kým a aká je miera angažovanosti dôležitých opatrovateľov počas stretnutí. Všimnite si rozdiely medzi dvomi spomínanými postupmi v tabuľke 4.3.

Tabuľka 4.3 Aké posolstvá odovzdávame rodine počas návštev?

Aké posolstvá odovzdávame rodine alebo iným opatrovateľom, ak sa návšteva v rámci VI väčšinou využíva na „prácu s dieťaťom“?	Aké posolstvá odovzdávame rodine alebo iným opatrovateľom, ak sa návšteva v rámci VI väčšinou využíva na „prácu s opatrovateľom“?
K pozitívnym výsledkom (pre dieťa) vedie samotná návšteva odborníka a jeho priama intervencia s dieťaťom.	Dieťa sa rozvíja a učí v období „medzi návštevami“ odborníka počas celodenných aktivít.
Rodina a opatrovatelia majú zanedbateľný vplyv na rozvoj dieťaťa.	Rodina a iní opatrovatelia, s ktorými dieťa trávi väčšinu času, majú výraznejší vplyv na rozvoj a učenie dieťaťa.
Kapacita odborníka nahrádza kapacitu rodiny a iných dôležitých opatrovateľov.	Výsledok intervencie závisí od efektívnej participácie rodiny a od toho, ako rodina usmerňuje celý proces.
Expertom je odborník.	Rodina a iní opatrovatelia vedia oveľa viac o dieťati a jeho každodenných činnostiach.

Hlavnou úlohou odborníka pri prístupe zameranom na rodinu a intervencii v prirodzenom prostredí dieťaťa je pomáhať opatrovateľom posilňovať v každodenných situáciách interakciu medzi nimi a dieťaťom.

Odborník musí návštevy v rodine a u iných opatrovateľov využiť predovšetkým nato, aby rodine pomohol čo najlepšie zvládnuť zabezpečovanie každodenných potrieb dieťaťa a rodiny zaznamenaných v IFSP, aby sa pre dieťa vytvorili lepšie podmienky a viac príležitostí na rozvoj a učenie (Mahoney a MacDonald, 2007; McWilliam, 2010; Dunst a kol. 2011).

Len tak možno výrazne zvýšiť príležitosti dieťaťa učiť sa, čo sa však nedeje v čase, keď je odborník na včasnú intervenciu s rodinou alebo s inými opatrovateľmi, ale v období medzi jeho návštevami počas každodennej činnosti dieťaťa.

Ako sme spomenuli vyššie, McWilliam (2010) tvrdí, že každý, kto s dieťaťom strávi viac ako 15 hodín týždenne, je dôležitým opatrovateľom, a preto by sa mal zapojiť do intervencie. Ďalej vyzdvihuje päť základných dôkazov účinnej intervencie:

Päť základných dôkazov efektívnej intervencie:

1. rodina a iní opatrovatelia majú vplyv na dieťa a odborníci môžu mať vplyv na rodinu a iných opatrovateľov;
2. malé deti sa učia priebežne celý deň a nie počas „sedení“, „hodín“ alebo „cvičení“, keď sa učenie sústreďuje do určitého časového rámca počas dňa;

3. deti nevedia prenášať poznatky, ktoré sa naučili v inom prostredí, do svojich bežných činností;
4. k „skutočnej“ intervencii dochádza v čase medzi návštevami odborníkov prostredníctvom toho, čo sa deje medzi opatrovateľom a dieťaťom!
5. dieťa potrebuje čo najviac intervencie (poskytovanej opatrovateľmi), a nie čo najväčší počet služieb (odborníkov poskytujúcich služby)!

Nesprávna interpretácia týchto predpokladov niekedy vyvoláva u niektorých odborníkov VI pocit, akoby bezprostredná práca s dieťaťom bola „zakázaná“. Pri reagovaní na potreby rodín však môže byť potrebné, aby ju robil odborník.

Vezmime si ako príklad niektoré z nasledovných situácií:

- posúdenie situácie a intervencia v konkrétnych situáciách modelovaním nových techník, ktoré uľahčia maximálne využitie potenciálu na dosiahnutie očakávaného výsledku;
- ukázať opatrovateľom stratégie náročnejšie na realizáciu, ak v rodine vznikne potreba;
- prejavit' dieťaťu priazeň a záujem v snahe nadviazať s ním pozitívny vzťah.

Najdôležitejšie je, aby si odborník položil otázku: „Prečo musím pracovať priamo s dieťaťom?“ a „Je mojím cieľom znásobiť príležitosti na vzdelávanie dieťaťa?“ A musí mať na pamäti aj to, aké posolstvá odovzdáva opatrovateľom, keď pracuje priamo s dieťaťom.

Opakovane tvrdíme, že neexistujú žiadne recepty, len reflexia a neustále kladenie otázok, ktoré odborníkom napovedajú, či sú na dobrej ceste, čiže či dodržiavajú zásady včasnej intervencie a pomáhajú vytvárať čo najviac príležitostí na rozvoja dieťaťa.

STRUČNÉ ZHRNUTIE

Pri implementácii služieb včasnej intervencie v prístupe zameranom na rodinu musí odborník:

- rodiny povzbudzovať a podporovať v tom, aby nezávisle mobilizovali vlastné zdroje potrebné na naplnenie svojich potrieb podľa možností, ktoré sa riadia zásadou normalizácie;
- rodinám pomáhať a podporovať ich pri riešení problémov a výziev v ich každodennom živote;
- zabezpečiť, aby intervencia bola prispôsobená prirodzenému životu rodiny a umelo nevytvárala ďalší stres;
- prehodnocovať intervenčné ciele a stratégie, aby odzrkadľovali aktuálne potreby a želania rodiny;
- podnecovať prepojenie medzi rodinou, podpornými systémami a rôznymi kontextmi, na ktorých dieťa participuje (komunitné služby, priatelia, susedia, národné združenia, širšia rodina, sociálne skupiny a ďalšie kontexty, ako napríklad jasle a škôlka).

(prevzaté z McWilliam, Winton a Crais, 2003)



4.6.1. Transdisciplinárny model poskytovania služieb

Pripomeňme si tri charakteristiky transdisciplinárnej tímovej práce (Shelden a Rush, 2013):

Ako sa
poskytujú
služby VI?

- **Jeden z členov transdisciplinárneho tímu je stanovený za kľúčového pracovníka (KP)¹¹ a udržiava stály kontakt s rodinou a dieťaťom**
- **Členovia transdisciplinárneho tímu musia spolupracovať s cieľom reagovať na potreby dieťaťa a rodiny.**
- **Členovia transdisciplinárneho tímu sa musia zaviazat', že budú učiť, pracovať a vzdelávať sa v oblastiach presahujúcich hranice jednotlivých odborov.**

Hlavným cieľom transdisciplinárneho prístupu pri poskytovaní služby VI je zaručiť efektívne reagovanie na rozmanitosť a zložitnosť potrieb rodiny a ich transformáciu na holistickú a integrovanú podporu. Preto musia odborníci VI prekročiť rámec svojej špecializácie. Ich vedomosti sú zásadné pre podporu detí, rodín a ďalších odborníkov. Členovia tímu VI sú navyše zodpovední za pochopenie a zdieľanie informácií o celkovom vývine dieťaťa a musia vedieť reagovať aj na pochybnosti rodičov.

Takýto integrovaný prístup k rodine a ostatným opatrovateľom vníma dieťa ako celok namiesto toho, aby rôzne vývinové oblasti pokladal za kvázi „autonómne“. Každé dieťa je však jedinečné a nadobudnutie schopnosti v jednej oblasti vývinu sa nevyhnutne prejaví aj na iných!

Stále je však bežné, že rôzne intervencie zabezpečujú rôzni odborníci (ergoterapeut „pracuje“ s jemnou motorikou, fyzioterapeut s pohybom, logopéd s komunikáciou). Medzi intervenciou a službami je stále veľa nejasností (napr. „Dieťa musí raz týždenne navštíviť logopéda“).

Transdisciplinárna tímová práca často naráža na problémy pri implementácii hlavne pre všeobecné nepochopenie spôsobu tohto typu fungovania tímu. Odborníci majú často pocit, že sa od nich bude očakávať, aby nadobudli, respektíve sa vzdali určitých spôsobilostí obvyčajne súvisiacich s ich disciplínou, a ich obavy často vyplývajú aj z nesprávnej interpretácie tohto modelu. Pozrime sa, ako Shelden a Rush (2013) sumarizujú niekoľko mýtov alebo mylných predstáv o modeli fungovania transdisciplinárneho tímu, ktoré sa často považujú za prekážky jeho uplatňovania (tabuľka 4.4).

Transdisciplinárny prístup zabezpečovaný predovšetkým jedným členom tímu za stálej podpory jeho kolegov sa snaží minimalizovať negatívny vplyv zapojenia viacerých odborníkov (ktorí sa často menia) do každodenného života dieťaťa a rodiny a zároveň dosiahnuť pozitívne výsledky intervencie pre dieťa a rodinu.

Pri transdisciplinárnom modeli nie je kľúčový pracovník sám: má podporu všetkých ostatných odborníkov v tíme.

Sústavná a
preferovaná
úzka
spolupráca
medzi rodinou
a jedným
členom tímu

¹¹ Alebo poskytovateľ primárnych služieb vo vylepšenom modeli poskytovania transdisciplinárnych služieb, ktorý zdôrazňuje význam interakcie tohto člena s rodinou v záujme budovania jej kapacít a posilnenia postavenia, tvrdia Shelden a Rush (2013).

Tabuľka 4.4 Mýty a skutočnosť spájané s transdisciplinárnym modelom
(prevzaté zo Shelden a Rush, 2013)

Myth	Reality
<p>Pri transdisciplinárnom modeli poskytuje kľúčový pracovník (KP) rodine len obmedzené služby, lebo je jediným odborníkom, ktorý sa dieťaťu a rodine venuje.</p>	<p>Pri transdisciplinárnom modeli pôsobí tím odborníkov z rôznych odborov, ktorí rodinu podporujú pri hodnotení a rozvoji IFSP, na tímových stretnutiach, pri rozhodovaní, pri intervenciách, spoločných návštevách a kedykoľvek to KP a rodina potrebujú.</p>
<p>Pri transdisciplinárnom modeli sú všetci odborníci univerzálni: špeciálne znalosti nie sú potrebné a ani sa nevyužívajú.</p>	<p>Prítomnosť odborníkov z rôznych disciplín v tíme zabezpečuje prístup rodiny a dieťaťa k potrebným znalostiam a kompetenciám, ktoré im pomôžu dosiahnuť ciele IFSP. Plánovanie spoločných návštev vychádza z potreby špecializovanej podpory, ktorá je podľa KP a rodiny potrebná.</p>
<p>Pri transdisciplinárnom modeli je podpora zo strany KP nepriama: jediný odborník nemôže alebo by nemal implementovať všetky priame intervencie, ktoré rodina alebo dieťa potrebujú.</p>	<p>Intervencia KP nie je záležitosťou priamej alebo nepriamej podpory, ale toho, ako tím organizuje svoje zdroje, aby účinne a efektívne reagoval na podporu rodiny a dieťaťa. KP využíva prirodzené učebné prostredia ako intervenčný kontext a koučovanie¹² ako spôsob interakcie s rodinou a inými opatrovateľmi. Môže to zahŕňať priame hodnotenie dieťaťa, modelovanie, priamu podporu a zdieľanie informácií. Keď dieťa, rodina alebo KP cítia potrebu priameho kontaktu s iným členom tímu, kontakt sa zabezpečí v rámci návštev KP.</p>
<p>Čím viac priamych služieb dieťa dostáva, tým lepšie: terapie poskytované dieťaťu viacerými odborníkmi sa považujú za vysoko kvalitné poskytovanie služieb a za najrýchlejší spôsob dosiahnutia cieľov IFSP.</p>	<p>Zvyšovanie aktivít detí v ich prostredí pri bežných činnostiach a každodenných rutinách poskytuje viac príležitostí na ich učenie a rozvoj. Úlohou KP je teda maximalizovať aktivity dieťaťa, zameriavať sa na rôzne možnosti učenia, ktoré sa prirodzene vyskytujú v jeho prostredí a posilňovať kompetencie a dôveru rodičov a opatrovateľov v oblasti podpory učenia dieťaťa pri rôznych činnostiach prebiehajúci počas neprítomnosti odborníka.</p>
<p>Určenie osoby KP pre danú rodinu namiesto toho, aby si rodina mohla vybrať z poskytnutého zoznamu odborníka, ktorý jej bude poskytovať podporu, obmedzuje možnosti jej výberu.</p>	<p>Výber KP zo zoznamu odborníkov rodine umožňuje vybrať si len z disciplín, ktoré sa považujú za potrebné vzhľadom na daný problém, a nie poskytnutie okamžitého a stáleho prístupu k celému tímu odborníkov z viacerých disciplín. Ak rodina nie je spokojná s určeným KP, môže požiadať o jeho výmenu.</p>

V praxi je výber kľúčového pracovníka často ovplyvňovaný faktormi zameranými na služby alebo odborníkov, a nie na rodinu (napríklad geografická oblasť, počet klientov, špecializácia odborníkov, ich vlastné záujmy, skúsenosti atď.). Tieto logistické aspekty však

¹² V tejto súvislosti Shelden a Rush (2013) definujú koučing ako štýl interakcie založený na stratégiách vzdelávania dospelých, ktorých cieľom je budovanie kapacít a podpora reflektujúcich a rozhodovacích kompetencií rodičov, ostatných opatrovateľov a kolegov v time.

nemôžu prevážiť nad tým, čo by malo byť ideálne: rodina má právo spolurozhodovať o výbere KP podľa svojich potrieb a priorit.

Výber klúčového pracovníka

V zásade by každý člen tímu mohol (a aj by mal) prevziať úlohu klúčového pracovníka. Pri tomto rozhodnutí by mal brať do úvahy kombináciu rôznych faktorov ako obavy a očakávania rodiny, svoje odborné skúsenosti, empatiu voči rodine a potreby dieťaťa. Opakovane zdôrazňujeme dôležitosť vzťahu a spolupráce medzi rodinou a odborníkom v záujme toho, aby sa spoločne s rodinou pre ňu našiel „najlepší“ klúčový pracovník.

Spolupráca medzi odborníkmi a vzájomné učenie

Klúčový pracovník je osoba, ktorá najčastejšie kontaktuje dieťa a rodinu. Väčšinu návštev realizuje sám, ale počas intervencie môže chodiť na návštevy aj spoločne s iným odborníkom. Frekvencia takýchto návštev závisí od toho, akú podporu potrebuje KP pri poskytovaní pomoci rodine na dosahovanie jednotlivých cieľov intervencie. Spoločné návštevy však treba plánovať a uskutočňovať opatrne a prezieravo, aby nedošlo k nahradeniu úlohy klúčového pracovníka. Treba zdôrazniť, že ak na návštevu ide aj iný člen tímu, vždy musí byť prítomný aj klúčový pracovník.

Čím bude mať klúčový pracovník väčšiu sebadôveru a viac skúseností, tým menej bude potrebovať spoločné návštevy. Je dôležité, aby odborník prítomný počas spoločných návštev s KP posilňoval kompetencie a dôveru rodiny, ostatných opatrovateľov aj samotného klúčového pracovníka ako to ilustruje nasledujúci príklad:

Cieľom spoločnej návštevy bolo, aby logopéd vysvetlil opatrovateľom Cristiny, ako postupovať pri „obrusovaní ostrých hrán“ v jej artikulácii niektorých hlások. Klúčový pracovník logopéda informoval, že spoločná návšteva sa uskutoční v materskej škole, keďže matka dieťaťa považovala za dôležité, aby bola prítomná aj vychovávateľka a aby všetci (matka, KP a učiteľka MŠ) postupovali spoločne, keďže tak sa zvýši účinnosť intervencie.

Počas návštevy sa logopéd zaujímal o postupy, ktoré predtým používala matka, učiteľka MŠ a KP, a zhodnotil ich ako dôležité pre vývin rečových schopností dieťaťa (odporučil napríklad, aby matka používala menej zdobnenín a Cristinu viac motivovala k tomu, aby sa opravovala a opakovala správnu výslovnosť po dospelých, pretože spočiatku nespolupracovala).

Potom nasledovalo krátke neformálne pozorovanie Cristiny, ktoré umožnilo zistiť, aké typy viet používa, ako vie opísať obrázky alebo udalosti a aké robí chyby pri výslovnosti.

Na základe pozorovania a informácií od matky a učiteľky z materskej školy logopéd stanovil stratégiu a opatrovateľom Cristiny vysvetlil, čo majú robiť, ako majú postupovať počas dňa, aby odstránili nedostatky vo výslovnosti. Odporučil im najlepší spôsob nácviku správnej výslovnosti a napríklad pri hláske R vysvetlil, že dospelý môže poskytnúť správny model výslovnosti zvýraznením a predĺžením hlásky na začiatku slov vždy, keď sa v Cristininej reči také slovo vyskytne a ona ho vynechá, a napríklad prirovnať daný zvuk k hlasu revúceho leva (RRRRRR). Matka povedala, že pri cestovaní v aute hrávajú slovné hry, a logopéd potvrdil, že precvičovanie výslovnosti slov začínajúcich sa na R pri ceste autom môže byť celkom zábavné (odporučal používať pomenovania reálií z vonkajšieho prostredia začínajúce na R - RReklama, RRadnica, RRampa, RReštaurácia a pod.).

Čo sa týka rutinných činností v materskej škole, deti majú ráno spoločné aktivity, pri ktorých sedia v kruhu. V rámci nich sa môžu s celou skupinou hrať na slová alebo mená detí začínajúce hláskou R. Aj učiteľka materskej školy môže hovoriť rôzne slová a deťom povedať, aby našli tie, v ktorých počujú hlas leva (RRRR). Rodina navrhla, aby učiteľka v materskej škole počas všetkých denných aktivít, keď si všimne nesprávnu výslovnosť, Cristine predviedla správnu výslovnosť a požiadala ju o zopakovanie.

Všetci prítomní vrátane Cristiny sa potom pokúsili uviesť príklady toho, čo povedal logopéd. Spýtal sa ich, či majú nejaké nejasnosti, otázky alebo obavy v súvislosti s tým,

čo sa hovorilo o nácviku správnej výslovnosti a jazyku. Matka aj učiteľka materskej školy sa vyjadrili, že nemajú pochybnosti o tom, že rozvoj jazykových kompetencií dieťaťa bude takýmto spôsobom oveľa jednoduchší, pretože Cristina si to takto „ani nevšimne“. Ďalšia spoločná návšteva bola naplánovaná po mesiaci s cieľom posúdiť účinnosť navrhovaných postupov.

Skúsenosť odborníka na VI

Stručne povedané, pri transdisciplinárne fungujúcom modeli rodina dostáva intenzívnu podporu od kľúčového pracovníka a nie je zaťažovaná návštevami viacerých odborníkov poskytujúcich čiastočnú (a nie integrovanú) podporu. Zabezpečí sa tak súčinnosť ďalších členov tímu vždy, keď je „špecializácia“ potrebná na realizáciu plánu zostaveného na základe funkčných potrieb rodiny.

Ak však aj treba špecializovanú podporu, bude stále slúžiť na uľahčenie implementácie funkčného cieľa plánovaného v rámci rutín dieťaťa a jeho opatrovateľov. Umožní vyhnúť sa práci v ktorejkoľvek konkrétnej vývinovej oblasti bez kontextu (reč, pohyb, jemná motorika,...), ako je to v prípade tradičných postupov, ktoré sa zvyčajne používajú u starších detí a dospelých.

Opäť zdôrazňujeme, že pre včasnú intervenciu neexistujú žiadne vopred stanovené recepty, pretože každá intervencia vychádza z jedinečnosti rodiny. Intenzita a frekvencia domácich návštev, či už spoločných alebo len KP, závisia od potrieb dieťaťa, rodiny a tiež od kľúčového pracovníka. Týždenná návšteva v rozsahu približne poldruha hodiny sa však považuje za optimálnu pre vytvorenie dôverného vzťahu s rodinou a poskytnutie účinnej podpory (McWilliam, 2010).

Vo všeobecnosti sa predpokladá, že plánovanie spoločných návštev raz za 1 – 3 mesiace umožní posilniť fungovanie rodiny aj kompetencie KP. Základným kritériom analýzy a rozhodovania o intenzite a frekvencii domácich návštev by však mala byť flexibilita, ktorá by mala vždy vychádzať z požiadaviek rodiny a stanovených cieľov.

Aká je frekvencia návštev kľúčového pracovníka a spoločných návštev pri transdisciplinárnom modeli?

4.6.2. Návšteva prirodzeného prostredia dieťaťa: domáce prostredie a formálne prostredia vzdelávania a starostlivosti

Ako sme spomenuli v predchádzajúcej časti, preferovanými miestami včasnej intervencie sú tie, ktoré umožňujú učenie v obvyklých prostrediach dieťaťa.

Z tohto hľadiska sa opatrovatelia pôsobiaci v týchto prostrediach považujú za kľúčové osoby, ktoré pre deti vytvárajú príležitosti na učenie a podporujú ich rozvoj.

Preto aj stanovenie periodicity a typu pomoci, z ktorej by sa malo vychádzať pri rozhodovaní o mieste, kde sa bude pomoc poskytovať, závisí od potrieb dieťaťa, rodiny a ostatných opatrovateľov (predškolský pedagóg, opatrovateľ a pod.).

Zároveň treba zohľadňovať existujúce problémy, napríklad obmedzenia rodičov vyplývajúce z pracovnej doby, ktoré by mohli limitovať ich disponibilitu alebo pocit pohody odborníkov v určitých kontextoch.

Vychádzajúc z obvyklých miest, kde deti trávia veľa času, budeme za hlavné kontexty poskytovania pomoci transdisciplinárneho tímu deťom vo veku od 0 do 6 rokov považovať a) návštevy v domácom prostredí a b) návštevy vo formálnych prostrediach vzdelávania a starostlivosti.

V oboch prípadoch sa VI zameriava na podporu rozvoja a učenia dieťaťa s pomocou jeho každodenných opatrovateľov.

Návštevy v domácom prostredí

Návšteva v domácom prostredí nie je mechanický proces, ale hlboké ľudské úsilie.

(Corey a Corey, 1998)

Intervencia bude úspešná, ak odborníci vychádzajú z očakávaní rodiny

Návšteva v domácom prostredí predstavuje „ideálny“ scenár efektívneho partnerstva medzi rodinou a kľúčovým pracovníkom (KP), kde KP podporuje rodinu poskytovaním informácií, poradenstva, emocionálnej podpory a praktických rád zvyšujúcich pocit kompetencie a dôvery rodiny. Je to však možné len vtedy, ak odborník vychádza z očakávaní rodiny a všetky jeho kroky smerujú k ich naplneniu.

McWilliam (2010) definuje tri typy podpory ako základ návštev v domácom prostredí:

Emocionálna podpora zahŕňa empatiu, pozitívny prístup a pohotové reakcie na dieťa a rodinu, neobmedzuje sa len na počúvanie, no zahŕňa aktívne konanie, kedykoľvek je to vhodné, vždy zamerané nielen výlučne na dieťa, ale na pohodu celej rodiny. Rodičovské skupiny môžu byť dôležitou emocionálnou podporou a odborník môže pôsobiť ako sprostredkovateľ kontaktov medzi rodičmi. Odborník VI však môže poskytnúť emocionálnu podporu aj tým, že bude počúvať a reagovať na rodinné problémy a rodinných príslušníkov viesť k poznaniu ich vlastných silných stránok a pozitívnemu prístupu vedúcemu k vytvoreniu pocitu dôvery, kontroly a sebaúcty.

Materiálna podpora sa definuje ako podpora, ktorá zabezpečuje prístup rodiny k zdrojom potrebným na dosiahnutie cieľov. Tieto zdroje možno rozdeliť do dvoch všeobecných kategórií: prostriedky a materiály (napr. jedlo, oblečenie, bývanie atď.) a finančná podpora (prídavky a atď.).

Informačná podpora sa definuje ako informácie poskytované rodine pri zohľadňovaní jej potrieb. Väčšina rodín vyžaduje štyri typy informácií: (1) informácie o vývine dieťaťa (napríklad čo sa od dieťaťa očakáva v jeho veku); (2) informácie o ťažkostiach alebo diagnóze dieťaťa; (3) informácie o službách a zdrojoch dostupných pre rodinu a dieťa; a (4) informácie o tom, čo môže rodina urobiť pre dieťa..

Vzťah dôvery

Zdôraznili sme, že vzťah dôvery medzi rodinou a KP je kľúčom k úspechu. Návštevy v domácom prostredí preto závisia od pracovného a emocionálneho vzťahu medzi rodinou a osobou realizujúcou návštevu v rodine.

Každé učenie prebieha v kontexte vzťahov a je výrazne ovplyvňované kvalitou týchto vzťahov.

Úloha kľúčového pracovníka počas návštevy v domácom prostredí

Úlohou kľúčového pracovníka, ktorý má obvykle týždenné stretnutia s rodinou, je podporovať rodinu v tom, aby sa cítila kompetentná a sebedomá, a zodpovedne komunikovať s dieťaťom pri jeho bežných činnostiach.

Odborník musí vždy podporovať účasť rodiny na intervencii. Toto je kľúč k efektívnosti podpory učenia a rozvoja detí.

Činnosť KP počas návštevy v rodine vychádza z troch komponentov poskytovania pomoci – trojuholníka, ktorý vypracoval Dunst (1998): odborné, vzťahové a participatívne postupy. Do každej návštevy v domácom prostredí odborník „vnáša“ tieto tri komponenty a na základe odborných predpokladov a účinkov participatívnych postupov uplatňuje svoje kompetencie a intervencie včas a prispôsobené potrebám dieťaťa a rodiny. Svoje vzťahové kompetencie uplatňuje pri vytváraní zmysluplného medzilidského vzťahu.

Úlohou KP je podporovať rodinu pri dosahovaní jej cieľov

Fernanda pre nás už nie je cudzia. Hoci to je kľúčová pracovníčka [KP], ktorá prichádza venovať sa Davidovi, pre Davida a Claru (naše druhé dvojročné dieťa) je to „Nanda“. „Nanda“ prichádza každý utorok, aby sa s nimi a niekedy aj matkou zahrála. „Nanda“ počúva matku. Vypočúva si jej problémy doma i v práci o tom, aká je jej situácia zložitá. Otec, ktorý väčšinou nie je doma, zavolá matke a pýta sa: „Príde Fernanda?“, akoby poradkyňa bola ich susedkou alebo priateľkou.

Matka už nevstáva ráno o šiestej, aby ustlala posteľ, lebo príde návšteva zo SNIPI. „Nanda“ vie, že niekedy nie je ustlané, a že v zime stojí v obývacej izbe sušiac na bielizeň. Fernanda spolupracuje s matkou a otcom, s terapeutom a učiteľkou v materskej škole, aby David mohol žiť zdravý a šťastný život.

Po jednom roku sa „Nanda“ konečne podarilo pohladkať našu mačku. „Nanda“ pozná mačky a vie, že naša mačka je zložitý prípad - má rada iba našu RODINU.

SNIPI dal mojej rodine pocit, že nie sme sami.

Mať „iné“ dieťa je ťažké. Mať dieťa, ktoré navonok vyzerá rovnako ako ostatné deti, ale má odlišné správanie, postoj a jazyk ... je desivé.

Je to jednoduchšie, ak máte ľudí, ktorí vám môžu pomôcť. Je to jednoduchšie, ak dovoľíme iným, aby nám pomohli, a ak si ako rodina dovoľíme rásť.

Sónia – Davidova matka, využívajúca podporu SNIPI

Na uvedenej skúsenosti vidieť, že portugalské rodiny si vážia návštevy v domácom prostredí podobné tým, ktoré poznáme z dávnejších výskumov.

Čo si rodiny najviac cenia na návšteve v domácom prostredí?

„Umožňuje mi hovoriť s niekým, komu na mne skutočne záleží.“

„Pomáha mi naučiť sa viac o vývine môjho dieťaťa a o tom, čo potrebuje, aby mohlo vyrastať zdravé a šťastné.“

„Pomohli mi dať môjmu dieťaťu lepší štart do života ako som mala ja.“

„Pomohli mi získať väčšiu sebadôveru.“

„Pomohli mi lepšie chápať samu seba.“

(Pharis a Levin, 1991)

Vzťahy medzi rodinami a odborníkmi sú komplexné, a preto musí byť návšteva v domácom prostredí dobre pripravená a zorganizovaná, aby bola vhodná a relevantná pre rodinu.

Ak majú byť odborníci úspešní, musia byť nestranní, empatickí, vytrvalí, musia sa snažiť osloviť všetkých členov rodiny, byť otvorení voči iným kultúram, dávať rady a predstavovať modely, pomáhať rodine pri čítaní dokumentov a plánovať alebo pripravovať otázky, na ktoré sa môžu opýtať iných odborníkov (Klass, 2008).

Nasledovná tabuľka obsahuje niekoľko otázok, ktoré uľahčia sebareflexiu a ilustrujú, čo je vhodné a čo nevhodné v prítomnosti rodín.



NA ZAMYSLENIE

Ktoré z nasledujúcich typov správania ma charakterizujú ako odborníka VI?

Niekoľko dobrých návykov

- Pravidelne nadvádzujem očný kontakt.
- Kladiem objasňujúce otázky.
- Prejavujem záujem, všímam si pocity.
- Parafrázujem, aby som ukázal, že som porozumel.
- Plne sa sústreďujem a nedovolím myslí odbiehať.
- Ak je to vhodné, reagujem neverbálne s úsmevom, mračením alebo dotykom.
- Nemením tému bez upozornenia.

Niekoľko zlých návykov

- Často skáčem do reči.
- Dokončujem vety rodičov.
- Definujem svoje predstavy skôr, než mám všetky informácie.
- Neodpovedám.
- Som netrpezlivý.
- Kým rodičia hovoria, uvažujem nad svojou odpoveďou.

(prevzaté z Bone, 1993)

IFSP ako usmernenie k návštevám v domácom prostredí

Vopred pripravený intervenčný plán IFSP obsahujúci zmeny, ktoré chce rodina dosiahnuť vo svojom živote a v živote dieťaťa, je usmernením pre návštevy v domácom prostredí a stretnutia kľúčového pracovníka.

V skutočnosti je v tejto fáze implementácie IFSP namieste zaviesť všetky spoločne plánované stratégie do praxe s cieľom dosiahnuť stanovené ciele, a nikdy nie je neskoro si pripomenúť, že to musí mať pre rodinu skutočný význam.

Žiaľ, IFSP častejšie, ako by bolo žiaduce, „zostáva v zásuvke“ a návštevy sa uskutočňujú bez tohto plánu, čo v praxi znamená, že pri predchádzajúcich kontaktoch a hodnotení sa len zbytočne plytvalo časom.

Na IFSP sa zabúda najmä vtedy, keď je taký zložitý a taký „odborný“, že nemá zmysel pre každodenný život detí a nedáva zmysel ani opatrovateľom. Môže sa však stať, že bol pripravený len kvôli splneniu administratívnych požiadaviek služby VI.

Našťastie existujú rodiny a odborníci, ktorí IFSP oceňujú, ako v prípade predchádzajúceho príkladu jeho prípravy!

Ako vieme, IFSP nie je statický, ale dynamický dokument a musí odzrkadľovať neustále sa meniace potreby detí a rodín. Ciele musia byť priebežne hodnotené a podľa potreby aktualizované, a po ich dosiahnutí by mali viesť k novým cieľom.

Dôraz sa teda kladie na budovanie dôvery s rodinou a IFSP môže pomôcť rodine a odborníkovi držať sa na dobrej ceste (ktorú si rodina vybrala). Každú návštevu môžeme pri uplatňovaní IFSP začať otázkou: „Ako sa vám darí?“ Umožní získať informácie o jednotlivých cieľoch naplánovaných spolu s rodinou. Otázky zamerané na vydarené okamihy alebo situácie a zisťovanie všetkého pozitívneho, čo sa v týchto situáciách stalo, môže posilniť pocit úspešnosti a kompetentnosti rodiny. Navyše tým zdôrazníme základnú myšlienku, že dôležité je to, čo sa deje medzi jednotlivými návštevami odborníkov.

Existujú nástroje, ktoré kľúčovému pracovníkovi pomôžu udržať IFSP aktívny po celú dobu návštev v rodine. Iní autori navrhujú podobné otázky (ako uvádzame nižšie), ktoré pomáhajú zamyslieť sa nad spôsobom ich kladenia rodinám a nad ich poslanstvom:

Ako začať rozhovor s rodinou:

- Všeobecné otázky: „Ako sa vám darí?“
- Otázky zamerané na kompetencie: „Koľko slov Alfonso v súčasnosti používa?“, „Ako teraz drží Sofia vidličku?“
- Otázky zamerané na stratégie: „Ako to dopadlo, keď ste hračku položili na pohovku tak, aby sa Mário postavil, chytil sa pohovky a vzal si ju?“
- Otázky zamerané na stratégie týkajúce sa určitej činnosti: „Ako to dopadlo, keď ste dieťaťu povedali, aby si vybralo, čo bude piť pri jedle?“, súvisiace so stratégiou „rozhodovania“ o jedle.
- Otázky zamerané na aktivitu: „Ako tento týždeň prebiehali rutinné činnosti pri jedle?“ alebo „Keď som tu bol naposledy, povedali ste mi, že sa sústredíte na pomoc Márii, aby sa viac zapájala do rodinného stolovania“, alebo „Čo ste vyskúšali a osvedčilo sa vám?“ alebo „Čo by ste mohli robiť inak?“.

(prevzaté z Rush a Shelden, 2011)

Postupne bude kľúčový pracovník usmerňovať chod návštevy v súlade s prioritami rodiny a myslieť pri tom na spoločne definované ciele IFSP. Odborníci by však mali pamätať na to, že každá otázka musí smerovať k aktívnemu zapojeniu rodiny do rozhovoru o jednotlivých cieľoch, lebo ju to posilní; odborník by nemal určovať priebeh návštevy.

Na druhej strane sa však môžu zmeniť priority cieľov zadefinovaných v intervenčnom pláne a môžu sa objaviť aj nové problémy.

Odborníci VI, ktorí venujú pozornosť novým obavám a prioritám rodiny, sa musia týmto zmenám prispôbiť a IFSP preformulovať tak, aby ich zohľadňoval.

Prečítajte si príklady Inês a Mariany ešte raz

Monitorovanie služieb: IFSP musí viesť každú návštevu a odrážať dynamiku rodiny

Položili ste niekedy otázky tohto typu? Aká bola reakcia rodiny?

Pri definovaní cieľov IFSP matka najčastejšie spomínala problémy s rečou. Počas návštevy v domácom prostredí sa však téma rozhovoru zvrtila na ťažkosti so zvládaním pracovných povinností, na pomoc matky jej vlastným rodičom a na konflikty so svokrou, po ktorých sa necítila dobre a radšej si išla ľahnúť bez toho, aby poupratovala.

Skúsenosť odborníka na VI

Odpoveď spočíva (ako vždy) v nastolení rovnováhy (čo nie je ľahké) medzi kladením správnych otázok a aktívnym počúvaním rodiny a umožnením jej proces viestí.



NA ZAMYSLENIE

Ako často ste si uvedomili, že ste nechtiac zabudli na základný princíp intervencie zameranej na rodinu?

Ako podporovať rodinu pri dosahovaní jej cieľov?

Proces prináša množstvo príležitostí, keď môžete rodine poskytnúť informácie, ktoré ju utvrdia v stanovených cieľoch, od rozhovoru o jej pochybnostiach až po praktické ukážky práce s dieťaťom (ak je to potrebné). Je to zároveň príležitosť na „utriedenie“ a aktiváciu zdrojov, ktoré má rodina k dispozícii na zabezpečenie svojich potrieb, posilnenie svojho fungovania a dosiahnutie autonómie.

Viaceri autori v oblasti poskytovania služieb zameraných na rodinu (Hanft, Rush a Shelden, 2004; Klass, 2008; Shelden a Rush, 2013; Wasik a Bryant, 2001) zdôrazňujú dôležitosť štýlu interakcie odborníka na dosiahnutie konečného cieľa včasnej intervencie: posilnenia postavenia a budovania kapacít opatrovateľov.

Napríklad Shelden a Rush (2013) považujú koučing za spôsob interakcie, ktorý by mali využívať kľúčoví pracovníci, pričom ho považujú za postup na posilnenie kompetencií rodičov, opatrovateľov a ďalších odborníkov VI. Namiesto toho, aby sme prikazovali, čo sa má robiť, musíme vychádzať z toho, čo ten druhý už vie, a povzbudzovať ho k hľadaniu riešení, ktoré sám považuje za účinné a vhodné pre svoje potreby a priority. Osoby uskutočňujúce návštevy v rodinách môžu využívať stratégie ako modelovanie, motivovanie, aktívne počúvanie, riešenie problémov, poradenstvo alebo konzultácie, aby prostredníctvom nich rodinu aktívne zapájali do intervenčného procesu.

Ďalší príklad ilustruje pomoc matke formou verbálneho povzbudzovania pri náročnej činnosti, ktorá viedla k dosiahnutiu želaného výsledku:

Jedného dňa sa Clara rozhodla obrátiť na centrum MIT a požiadať o pomoc pre svojho štvorročného syna Antónia s autizmom. Žiadosť odôvodnila ťažkosťami v jeho správaní (záchvaty zlosti), najmä keď ho zobrala do zábavného parku, nákupného centra alebo supermarketu.

Počas návštev rodiny Clara povedala, že doma bola pri zvládaní Antóniových záchvatov hnevu čiastočne úspešná, ale keď išli von, bolo ťažké splniť všetky jeho želania a intenzívne záchvaty boli na verejnosti pomerne časté. Clara sa v tých chvíľach cítila veľmi zraniteľná, nebola si istá, čo má robiť, a vnímala nesúhlasný pohľad okoloidúcich. Niekedy dokonca radšej prechádzku vynesla, pretože z príjemnej činnosti sa mohol stať „boj o moc“ so synom.

Kľúčový pracovník a matka sa rozhodli spoločne naplánovať výlet na jedno z miest, ktoré Clara považovala za najnáročnejšie, aby odborník mohol sledovať interakciu medzi ňou a Antóniom v takýchto situáciách a pochopiť, čo u Antónia vyvoláva záchvaty zlosti a ako by sa dali zmierniť. V stanovený deň sa matka, António a kľúčový pracovník vybrali do Antóniovho obľúbeného zábavného parku s nafukovacími hradmi a bazénom. Všetko prebiehalo celkom dobre, až kým nebol čas vrátiť sa domov.

Clara Antónia neustále upozorňovala, že už budú musieť ísť, a vravela mu: „Už pôjdeme?“ a António vždy odpovedal „Nie“ a vrátil sa na nafukovací hrad. Kľúčový pracovník v tejto situácii matku podporoval a navrhoval spôsoby, ako zvýšiť efektívnosť pokynov, a podporoval ju verbálne, napríklad aby sa vyhýbala pokynom vo forme otázok a tým nedávala Antóniovu falošný pocit, že si môže vybrať, či poslúchne alebo nie, alebo aby ho upozorňovala, nech sa pripraví na ukončenie aktivity, napríklad: „Ešte trikrát sa pustíš po šmýkačke a pôjdeme domov“. Clara, ktorá sa cítila s touto podporou istejšia a asertívnejšia, nakoniec dosiahla, aby António poslúchol jej pokyny a bez vyčítania odišiel z parku.

Pri ďalších návštevách Clara KP vždy porozprávala, ako prebiehali vonkajšie aktivity predchádzajúci týždeň a povedala mu, že sa cíti pri jednaní s Antóniom istejšie a kompetentnejšie: darilo sa jej zmierniť jeho záchvaty hnevu a mohla si užiť ich spoločné prechádzky.

Svedectvo odborníka na VI

Každá stratégia použitá pri jednotlivých spôsoboch interakcie s rodinou, ktorá je viac či menej direktívna pokiaľ ide o interakciu s dieťaťom, vždy závisí od situácie a úrovne podpory, ktorú rodina vyžaduje. Žiadna metóda nesmie rodine naznačovať, že nie je schopná uskutočniť určitú úlohu, najmä ak sa demonštruje spolu s dieťaťom. Vždy sa musí použiť metóda, ktorá rodine pomôže uvedomiť si rôzne spôsoby implementácie niektorých opatrení alebo stratégií.

Kľúčový pracovník môže počas návštev v rodine používať rôzne stratégie na jej podporu a posilnenie jej kompetencií v oblasti podpory vývinu detí, ako uvádzame nižšie (prevzaté z Rush a Shelden, 2011):

- **odborník modeluje situáciu, rodina sleduje a potom ju spoločne rozoberajú;**
- **odborník poskytne verbálnu podporu a radí, rodina sa zaoberá priamo s dieťaťom;**
- **odborník pozoruje rodinu bez toho, aby kladol otázky alebo poskytoval spätnú väzbu, až kým pre rodinu nenastane v rámci činnosti vhodný okamih na reflexiu (reflexia v priebehu činnosti);**
- **odborník sleduje rodinu a dieťa a s rodinou rozoberá, čo sa dialo bezprostredne po ukončení činnosti (reflexia po ukončení činnosti);**
- **odborník aj rodina kladú otázky a rozoberajú určitú aktivitu alebo správanie, ku ktorému došlo medzi návštevami.**

Každá stratégia môže byť účinná, dôležité je však rodine vysvetliť rôzne možnosti, aby sa mohla rozhodnúť pre tú, ktorá najviac vyhovuje jej potrebám. Odborník jej preto po odporúčaní môže položiť jednoduchú otázku ako napríklad: „Chcete, aby som vám to ukázal?“ alebo „Ukázali by ste mi, ako to obvykle robíte?“

Klass (2008) tvrdí, že nato, aby bola činnosť kľúčového pracovníka efektívna, musí počas implementácie IFSP pôsobiť na dvoch úrovniach:

- sledovať vlastné pocity a reakcie,
- sledovať vzájomné pôsobenie medzi ním a opatrovateľmi a medzi opatrovateľmi a dieťaťom.

Odborník uskutočňujúci návštevy v rodinách sa to – podobne ako remeselník – časom naučí a zdokonalí sa praxou. Zdokonaľovanie je možné aj vtedy, ak sa odborník uskutočňujúci návštevy v rodinách zamýšľa nad svojím konaním, a to mu umožní prehodnotiť svoju činnosť a dať jej nový význam a účel (Klass, 2008).

Je nevyhnutné, aby sa odborník zamýšľal nad vlastnou praxou, o čom svedčí aj nasledovné svedectvo:

V mysli sa vždy vraciam k návšteve, ktorú som práve absolvoval. Je to moja dôležitá rutina. Mám pocit, že čím silnejší je vzťah s rodinou, tým dlhšie mi v mysli pretrváva... Keď si však všimnem, že sa mi nepodarilo splniť, čo sa odo mňa očakávalo (moje vlastné očakávania alebo očakávania rodiny), neviem jednoducho „stlačiť vypínač“ a nemyslieť na to...

Niekedy si cestou z návštevy v aute uvedomím, že sa usmievam... Akoby som stále bol v ich spoločnosti... Niektoré vône s vami zostávajú aj po odchode a zanechajú vo vás stopu...

Svedectvo odborníka na VI

Možnosti profesionálneho rozvoja

Ako neustále zdôrazňujeme v tejto kapitole, implementácia prístupov zameraných na rodinu je zdanlivo jednoduchá, no v skutočnosti je mimoriadne zložitá, pretože si vyžaduje zmenu modelu poskytovania služieb. Takýto proces zmeny predpokladá individuálnu reflexiu, podporu tímu, kontext supervízie, ako aj priebežnú spätnú väzbu od rodín a iných opatrovateľov, ktorí budú odborníkom pomáhať pri priebežnom hľadaní efektívnych postupov.

S usmernením a ochotou k zmene si každý profesionál vytvorí „vlastný štýl“, ktorý musí byť dostatočne flexibilný a diverzifikovaný a prispôbostený jedinečným vlastnostiam každej rodiny, s ktorou pracuje, a to vždy s cieľom posilniť rodinu a pomôcť jej nájsť najúčinnejšie spôsoby rozvoja dieťaťa.

V 3. časti tejto príručky sa budeme venovať možnostiam odborného rozvoja, ktoré môžu podporiť a propagovať uvedené zmeny.

Návštevy vo formálnych prostrediach vzdelávania a starostlivosti

Kľúčoví pracovníci, ktorí navštevujú rodiny, môžu deti navštevovať aj v iných prostrediach, ako jasle alebo materská škola.

Opatrovatelia v týchto prostrediach – predškolskí pedagógovia a asistenti – trávia s deťmi dostatok času, aby mohli vplývať na ich vývin a vzdelávanie. Včasná intervencia implementovaná vo vzdelávacích kontextoch musí byť v súlade so zásadami uplatňovanými pri návštevách v domácom prostredí, ktorým sa venovala predchádzajúca kapitola, a musí vychádzať z piatich princípov transdisciplinárneho modelu poskytovania služieb.

Predškolskí pedagógovia a asistenti sú hlavnými opatrovateľmi v jasliach a materských školách. Kľúčový pracovník (môže ním byť každý odborník MIT) je odborníkom na prácu s deťmi s oneskoreným alebo ohrozeným vývinom, ktorý poskytuje podporu aj dospelým, starajúcim sa o deti vo formálnych vzdelávacích prostrediach. Podľa potreby môže vykonávať návštevy spoločne s ostatnými kolegami z tímu. Kľúčovým prvkom je opäť spolupráca, v tomto prípade s predškolským pedagógom alebo asistentom.

Výmena informácií a spolupráca s predškolskými pedagógmi a asistentmi je rovnako dôležitá ako v prípade rodín. Prioritou včasnej intervencie je získanie dôvery opatrovateľov, keďže odborník VI a osoby, ktoré sú s dieťaťom po celý deň, majú potrebné skúsenosti a poznatky nato, aby sa dieťaťu poskytla najlepšia možná pomoc v prostredí, keď trávi veľa času. Kľúčový pracovník disponuje poznatkami svojho tímu a vie, ako podporovať deti so špeciálnymi potrebami alebo ohrozené deti. Opatrovatelia v jasliach a materských školách zas prispievajú do tejto spolupráce informáciami o potenciálnych a funkčných potrebách dieťaťa počas dňa stráveného v týchto prostrediach. Takýmto spôsobom sú obe strany odborne pripravené, každá má svoje špecifiká, a obidve strany sa podieľajú na intervencii: predškolský pedagóg a asistent sa naučia, ako postupovať medzi jednotlivými návštevami odborníka VI, a kľúčový pracovník sa od opatrovateľov dozvie, ako sa dieťa správa v detskom kolektíve.

Kľúčový pracovník musí pri návšteve rôznych prostredí pamätať na určité aspekty.

Ciele návštevy vo formálnych prostrediach vzdelávania a starostlivosti:

- identifikovať priority, silné stránky, potreby a vzdelávacie príležitosti daného prostredia a zahrnúť ich do IFSP;
- dôkladne sa oboznámiť s fungovaním daného prostredia (filozofické a vzdelávacie modely) a očakávaniami predškolského pedagóga reagujúceho na potreby dieťaťa;
- podporovať kompetencie a autonómiu predškolských pedagógov v oblasti potrieb dieťaťa: čím kompetentnejšie a sebedomejšie sa cítia, tým samostatnejšie budú vedieť pracovať;
- podporovať kompetencie a sebadôveru predškolských pedagógov, aby sa zabezpečila maximálna participácia detí a rozvoj inkluzívnych postupov;
- uistiť sa, že intervencia je prispôsobená zaužívaným činnostiam daného prostredia;
- zabezpečiť, aby sa učenie a rozvoj detí uskutočňovali pravidelne a nielen v prítomnosti kľúčového pracovníka v danom prostredí;
- zabezpečiť primeraný vzťah medzi IFSP a osobitnými postupmi iných služieb (napríklad špeciálne vzdelávanie a individuálny vzdelávací program).

Ako naplánovať návštevu vo formálnom prostredí vzdelávania a starostlivosti?

Podobne ako pri intervenciách v prostredí rodiny môže IFSP aj v tomto prípade slúžiť ako usmernenie pre návštevu formálnych kontextov vzdelávania a starostlivosti (jasle a materské školy).

Po identifikácii priorít, silných stránok, potrieb a možností vzdelávania v týchto prostrediach je čas aplikovať plánované stratégie v praxi. Ako uvádzame vyššie, aj keď v tomto prípade nejde o rodinné prostredie, dieťa zostáva naďalej súčasťou rodiny. Preto je intervencia vždy zameraná na rodinu bez ohľadu na prostredie, v ktorom sa intervencia aktuálne realizuje.

Vzťah dôvery

Podporte opatrovateľa cieľmi a buďte sprostredkovateľom medzi formálnym prostredím a rodinou

Jedna z úloh kľúčového pracovníka tak spočíva v sprostredkovaní spolupráce medzi rodinou a subjektmi v rôznych prostrediach v záujme dosiahnutia spoločne stanovených cieľov.

Jedna z prvých výziev týkajúcich sa návštev vo formálnych prostrediach vzdelávania a starostlivosti súvisí s určením termínu návštevy, ktorý vyhovuje predškolskému pedagógovi. Násť vhodný čas na spoluprácu s predškolským pedagógom (berúc do úvahy všetky jeho povinnosti a aktivity) si od kľúčového pracovníka vyžaduje flexibilitu a maximálne využitie každej príležitosti na interakciu.

Najúčinnším spôsobom naplánovania vhodného termínu je opýtať sa priamo predškolského pedagóga, pričom mu treba vysvetliť, čo sa od návštevy očakáva, keďže mu to uľahčí naplánovať si čas potrebný na stretnutie.

Jednou z možností môže byť ponúknuť predškolskému pedagógovi pomoc práve v čase, keď sa vyskytne situácia identifikovaná v IFSP, alebo pri inej príležitosti, ktorá sa prirodzene naskytne. Bez ohľadu na to, aká stratégia sa použije, odborník musí byť flexibilný a kreatívny, musí efektívne využívať čas a nemal by v triede pôsobiť rušivo.

Nasledujúci príklad ilustruje, ako predškolský pedagóg zavalený návštevami rôznych odborníkov napokon dospeje k záveru, že ich pomoc nie je vôbec efektívna:

Pri jednej návšteve vo Franciscinej škôlke som hovoril s jej učiteľkou Edite, ktorá sa mi zdôverila so svojim problémom, že sa musí stretávať s množstvom odborníkov, pričom, ako povedala: „V súčasnosti nevidím pridanú hodnotu ich pomoci. Naopak, je to záťaž.“ Edite je učiteľka v materskej škole a v triede, v ktorej je niekoľko detí s autizmom, pričom každé má terapeuta, ktorý do materskej školy pravidelne chodí. Učiteľka povedala: „Joãov terapeut prišiel a povedal mi, že rozvrh hodín by nemal byť v triede, ale na viditeľnom mieste pri vchode. Tak som ho umiestnila pri vchode. Na druhý deň prišiel Tiagov terapeut a povedal, že rozvrh by mal byť pri vstupe do miestnosti na aktivity a mali by na ňom byť ilustrácie. Potom príde Filipin deň a jej terapeut si ju z dverí triedy zavolá, aby s ním išla do susednej miestnosti, kde sa jej bude venovať. Je mu jedno, že tým ruší moju prácu. Keď príde Franciscin terapeut, povie mi, že sa s ňou bude zaoberať v triede spolu so mnou podľa bežného programu materskej školy ... To, čo som mala naplánované s deťmi, je druhoradé... Ale pri všetkom tom rušení a rôznych požiadavkách neexistuje žiadna kontinuita či dôslednosť. Je to chaos!“

Skúsenosť odborníka na VI

Aká je úloha kľúčového pracovníka pri intervencii realizovanej v súčinnosti s ďalšími odborníkmi v prostrediach vzdelávania a starostlivosti?

Tak ako odborníci pri intervencii v domácom prostredí rešpektujú rodinné prostredie, musia rešpektovať aj vzdelávacie prostredie a poznať jeho program a filozofiu.

Prvým predpokladom efektívnej spolupráce je oboznámiť sa s pedagogickou filozofiou prostredia (napr. s učebnými osnovami predškolského vzdelávania, zistiť, či sa uplatňuje nejaká špeciálna metodika, ako napríklad João de Deus¹³, prístupy Montessori alebo Reggio Emilia, zážitkové vzdelávanie, waldorfská pedagogika, Moderné školské hnutie¹³ a pod.).

¹³ Metóda João de Deus a Moderné školské hnutie sú portugalské prístupy k učebným osnovám predškolského vzdelávania.

Ak odborníci nepoznajú charakteristiky a fungovanie týchto vzdelávacích programov, môžu nechtiac použiť postupy, ktoré nie sú v súlade s princípmi uplatňovanými v danom prostredí.

Ďalším dôležitým aspektom je uvedomiť si, že väčšinu času s dieťaťom strávi predškolský pedagóg, a kľúčový pracovník musí zostať v úzadí a dbať na to, aby neprekročil hranice svojich kompetencií a nezasahoval do kompetencií predškolského pedagóga. Okrem kompetencií predškolského pedagóga musí rešpektovať aj zaužívaný systém v danom vzdelávacom prostredí a navrhovať stratégie, ktoré zapadajú do bežného vyučovania alebo zavádzať len minimálne zmeny.

Dôležitou súčasťou činnosti odborníka VI je pochopiť, ako sa dá efektívne pracovať s rôznymi opatrovateľmi detí.

Jedným zo spôsobov je kolaboratívne poradenstvo (McWilliam, 2010), ktoré sa definuje ako štýl interakcie a reflexívnej praxe zameranej na podporu schopností a dôvery opatrovateľov s cieľom zabezpečiť participáciu detí v danom prostredí: spoločne objavovať spôsoby, ako zvýšiť zapájanie detí do každodenných činností v triede.

Kolaboratívne poradenstvo (na rozdiel od špecializovaného) znamená rozhodovanie o problémoch a možných riešeniach a ich účinnosti v súčinnosti s ostatnými opatrovateľmi. Výsledkom tohto typu interakcie je posilnenie dôvery a kompetencií predškolského pedagóga, ktorý zodpovedá za dosiahnuté výsledky, a vytváranie ďalších príležitostí na vzdelávanie a rozvoj dieťaťa.

Kolaboratívne poradenstvo

Kolaboratívne poradenstvo (protiklad expertného modelu) predpokladá spoločné rozhodovanie s predškolským pedagógom o nasledovných otázkach:

1. o aké problémy ide?
2. aké sú riešenia?
3. čo funguje?

Pri tomto procese je potrebné v súčinnosti s jednotlivými opatrovateľmi zistiť, aké sú ich očakávania a objasniť úlohu kľúčového pracovníka.

Nasledujúci príklad poukazuje na to, že v praxi sa často stretávame s očakávaniami, ktoré môžu byť v rozpore s modelom kolaboratívneho poradenstva:

Istá učiteľka v materskej škole sa s tímom podelila o svoje obavy o Sérgia, išlo najmä o ťažkosti s artikuláciou, ktoré sťažujú jeho porozumenie. Povedala, že k tejto otázke pristupuje veľmi citlivo, ale dennodenne naráža na obrovské problémy: v triede má 29 detí, z ktorých viacero má ťažkosti, a ona nemá žiadnu podporu. Obáva sa prechodu detí na 1. stupeň (základnej školy) a požiadaviek, ktoré sa tam na ne kladú, lebo má pocit, že jej povinnosťou je deti pripraviť tak, aby uspeli. Na záver priznáva, že od včasnej intervencie očakáva podporu v oblasti rozvoja rečových schopností, pretože ona sama nevie, ako postupovať, a dodáva, že pri všetkej práci, ktorú musí robiť, nemá čas si to naštudovať, už teraz si pripadá preťažená: „Chcem a potrebujem, aby niekto pomohol Sérgiovi v tom, na čo ja nemám odborné vzdelanie, a aby ma odbremenil, aby som sa mohla venovať ostatným povinnostiam.“

Skúsenosť MIT

Takéto očakávania sa často objavujú pri prvých kontaktoch, keď si opatrovatelia zamieňajú včasnú intervenciu s lekársym modelom poskytovania služieb („Sérgio potrebuje pomoc

logopéda“). Učiteľka má pocit, že ak sa zapojí do poskytovania pomoci Sérgiovi, pribudnú jej ďalšie pracovné povinnosti, pričom jej práca je už teraz veľmi náročná ...

Keby sme však naplnili očakávania učiteľky tým, že by sme dieťa na hodinu „stiahli“, vieme, že jeho pokroky by boli minimálne. Preto je dôležité, aby kľúčový pracovník pomohol učiteľke pochopiť, že takýmto spôsobom by dieťa nemohlo využiť celý potenciál, ktorý dané prostredie ponúka.

Na uvedenom príklade si predstavme, že učiteľka poukáže na to, že jej obavy spojené s Sérgiovými ťažkosťami s artikuláciou a nezrozumiteľnou rečou sú zjavnejšie počas každodenného zvitania. Pri neskoršom plánovaní cieľov a stratégií intervencie sa ukáže, že tieto stratégie by sa mali implementovať pri všetkých zvitaniach, a nie len v deň a v čase, keď je prítomný kľúčový pracovník. Úloha predškolského pedagóga pri dosahovaní týchto cieľov je mimoriadne dôležitá.

Odborník VI musí v záujme toho zabezpečiť, aby učiteľka materskej školy bola od začiatku zapojená do celého procesu – od vyhodnotenia potrieb až po plánovanie intervencie. Ak má kľúčový pracovník obmedzený prístup k hodnoteniu dieťaťa a príprave akčného plánu na základe výstupov hodnotenia, je prirodzené, že učiteľka v škôlke predpokladá, že intervenciu bude vykonávať odborník. Práve takéto situácie často vyvolávajú nepríjemné očakávania učiteľov v predškolských zariadeniach. Pochopeniu tejto skutočnosti väčšmi pomôže prístup odborníka od prvého okamihu než podrobné vysvetľovanie základných princípov VI.

**Vzťah
postavený na
dôvere**

Pri včasnej intervencii zameranej na prostredie je úlohou kľúčového pracovníka podporovať učiteľov predškolských zariadení pri riešení ich každodenných ťažkostí a určovať funkčné ciele, ktoré podporujú samostatnosť, participáciu a sociálne vzťahy dieťaťa v rámci zaužívaných činností. Je zrejmé, že požadované zmeny nastanú v rámci bežných činností, a nie výlučne v čase návštevy kľúčového pracovníka.

Pozrime si tabuľku 4.5¹⁴, ktorá znázorňuje proces poskytovania služieb VI vo formálnych prostrediach vzdelávania a starostlivosti podľa rôznych stratégií od maximálne segregáčnych až po maximálne inkluzívne, a to šiestimi rôznymi spôsobmi (McWilliam, 2010).

Hoci podporu v prostredí jasli a materských škôl možno považovať za integrovanú per se, miesto, kde sa podpora poskytuje, je len jednou z dimenzií, ktoré je potrebné zohľadniť. Jednotlivé vyššie uvedené modely môžu odborníci použiť ako nástroj na dosiahnutie komplexnejšieho modelu podpory. Môžu si vybrať istý model, ktorý budú používať, a následne prejsť na ďalší model, vyššiu úroveň, a postupne sa približovať k inklúzii. Kľúčovým aspektom je vždy reflektovať a relativizovať výsledky, ktoré je možné dosiahnuť pri jednotlivých modeloch: „Aký typ intervencie by som mal použiť, aby som vytvoril čo najviac príležitostí na učenie a rozvoj dieťaťa, keď nie som v jasliach alebo materskej škole (teda v období medzi návštevami)?“ Alebo: „Čo som dosiahol pomocou metódy, ktorú som použil?“

Aj keď sa kľúčový pracovník rozhodne pre priamu interakciu s dieťaťom, mal by sa uistiť, že situáciu využije ako príležitosť na vedomé modelovanie a demonštráciu, ktorá pedagógovi pomôže naučiť sa lepšie uplatňovať intervencie medzi jednotlivými návštevami odborníka.

Iba takto, teda pozorovaním toho, ako sa s dieťaťom pracuje v triede, pedagógovia získajú nové kompetencie a odborník bude schopný zistiť, či sú stratégie uplatňované v prostredí dieťaťa vhodné a účinné, alebo nie.

14 Celú tabuľku 4.5 nájdete v Prílohe 1.A

Tabuľka 4.5 Modely poskytovania služieb
(prevzaté z McWilliam a Scott, 2003)

Inkluzívne



Model	Miesto	Zameranie podpory
Spolupráca s predškolským pedagógom (kolaboratívne poradenstvo)	V triede alebo mimo triedy	Na predškolského pedagóga podľa potrieb dieťaťa
Individuálne v rámci bežných činností	V triede, kdekoľvek sa dieťa nachádza	Priamo, ale nie výlučne na dieťa
Skupinová aktivita	V triede, malé skupiny alebo veľká skupina	Na všetky deti v skupine a na interakcie rovesníkov s dôrazom na osobitné potreby detí
Individuálne s učiteľom v triede	V triede, často oddelene od ostatných detí	Priamo na funkčné zručnosti dieťaťa
Práca v malých oddelených skupinách	Kdekoľvek mimo klasickej triedy	Priamo na funkčné schopnosti dieťaťa s osobitnými potrebami
Práca s jednotlivcom oddeleným od skupiny	Kdekoľvek mimo klasickej triedy	Priamo na funkčné schopnosti dieťaťa

Segregačné

Ak dieťa vezmeme preč z triedy, budú mu chýbať bežné aktivity a nebude si môcť potrebné kompetencie osvojiť v kontextoch, v ktorých ich má používať.

Riešením je optimalizovať začlenenie dieťaťa do skupiny rovesníkov. Môžeme sa zamerať na niektoré kľúčové zložky, ktoré je potrebné zohľadniť pri integrácii služieb včasnej intervencie do formálnych kontextov vzdelávania a starostlivosti (prevzaté z McWilliam a Scott, 2003):

- **Neberte dieťa z miestnosti, kde prebiehajú aktivity.**
- **Identifikujte prekážky/ťažkosti brániace inklúzii dieťaťa.**
- **Zabezpečte, aby sa dieťa čo najviac zapájalo aj v čase, „keď tam nie sme“.**

Ďalšou výzvou pri implementácii kolaboratívneho poradenstva je situácia, keď sa očakávaná predškolského pedagóga netýkajú len bezprostrednej práce s dieťaťom, ale aj špecializácie odborníka, ktorý poradenstvo poskytuje:

Tomás, ktorému odporúčali včasnú intervenciu z dôvodu celkového oneskorenia vývinu a špecifických problémov (neurologických porúch), bol až do nástupu do materskej školy doma s rodičmi. Rodičia, ktorí svojmu dieťaťu chceli umožniť „normálny“ život, aký majú napríklad deti ich priateľov či deti v ich meste, si veľmi želali jeho začlenenie do vzdelávacieho procesu.

Rodičia vopred informovali učiteľku v materskej škole, Lauru, že ich syn je od narodenia sledovaný v rámci včasnej intervencie a boli by radi, keby sa táto podpora vzťahovala aj na jeho vzdelávacie prostredie. Laura súhlasila so stretnutím s rodičmi a kľúčovým pracovníkom, aby prediskutovali a naplánovali podporu v prostredí predškolského

zariadenia. Na tomto stretnutí Lauru predstavili kľúčovému pracovníkovi (sociálnej pracovníčke), na čo zareagovala slovami, že predpokladala, že kľúčovou pracovníčkou bude kvalifikovaná učiteľka v materskej škole, lebo Tomáš je „iné“ dieťa a nedokázal by udržať krok s ostatnými deťmi pri skupinových aktivitách, a že sociálna pracovníčka nevie rozvíjať kompetencie dieťaťa, pretože jej úlohou je práca s rodinami.

Kľúčová pracovníčka Laure vysvetlila, že prioritou rodiny je zapojiť Tomáša do prostredia materskej školy, aby sa mohol zúčastňovať na aktivitách ako ostatné deti, a jej úlohou je poskytovať podporu Tomášovým opatrovateľom pri úplnej integrácii do všetkých aktivít vrátane aktivít v materskej škole. Dodala, že hoci jej základný odbor sú sociálne služby, vďaka školeniu a skúsenostiam získaným v oblasti VI a v oblasti práce s rodinami sa domnieva, že má potrebné kompetencie na podporu dieťaťa a jeho rodiny. V kontexte materskej školy a so zreteľom na to, o čom hovorila učiteľka v materskej škole, by jej úloha mala spočívať práve v hľadaní spôsobov, spoločne s učiteľkou v materskej škole, ktoré by pomohli Tomášovi zapojiť sa do aktivít, ktoré učiteľka pre deti pripraví. Laura na to zareagovala tak, že tomuto modelu neverí, „Je to iba teória...“ a už prijala určité opatrenia a prispôbila aktivity s deťmi tomu, že má v triede deti rôzneho veku. Rozsah Tomášových problémov bol však taký, že by mu neumožnili začleniť sa do skupiny, a potreboval by niekoho, kto by sa mu v triede osobitne venoval. Takto odôvodnila, aby s Tomášom osobitne pracoval predškolský pedagóg včasnej intervencie..

Skúsenosť MIT

V tomto prípade sa ukázalo, že očakávania predškolského pedagóga sa nezhodovali s očakávaniami rodičov, ktorí svojmu dieťaťu chceli integráciou do materskej školy umožniť žiť „normálnym“ životom. Učiteľka v materskej škole však usúdila, že Tomáš bude potrebovať iný prístup ako ostatné deti v skupine. Aj keď sa podpora poskytuje v iných kontextoch ako doma, prístup musí byť naďalej zameraný na rodinu a kľúčový pracovník musí zosúladiť očakávania opatrovateľov vo formálnom kontexte vzdelávania a starostlivosti s očakávaniami rodičov, čo je jednou z hlavných úloh odborníka VI.

Výsledkom kolaboratívneho poradenstva je integrovaná podpora detí, čo znamená, že intervencia je u dieťaťa zameraná globálne a kompetencie v jednotlivých vývinových doménach sú podporované spoločne a v daných kontextoch (McWilliam, 2003b).

Terapeuti, ktorí pôsobia v triedach, musia vychádzať z toho, čo robí dieťa, a zo skupiny ako celku. Ak sú ciele funkčné a zamerané na zaužívané činnosti, môžu sa pri rozvíjaní špecifických kompetencií v triede používať akékoľvek aktivity a hračky. (McWilliam a Scott, 2003).

4.6.3. Postupy monitorovania a zaznamenávania: Prečo sú dôležité?

Implementácia služieb v domácom prostredí alebo vo formálnych vzdelávacích kontextoch má určité charakteristiky, ktorými sme sa už zaoberali.

Čo sa týka realizácie plánovaných aktivít, implementácia IFSP bude bez ohľadu na kontext vždy vyžadovať určitú mieru prispôsobenia, ktorá sa bude líšiť od prípadu k prípadu.

V každodennom živote budeme často musieť prehodnocovať aktivity a kontexty s cieľom zvýšiť participáciu dieťaťa v súlade s jeho záujmami, aby sme mu poskytli čo najviac príležitostí na učenie. To isté platí pre stratégie zamerané na dosiahnutie cieľov definovaných v IFSP.

Ide o cyklický proces, ktorý sa opakuje podľa toho, ako sa postupne dosahujú ciele a prehodnocuje IFSP. Počas implementácie IFSP musíme monitorovať: (1) či sú služby implementované v súlade s formou, frekvenciou a intenzitou definovanou na začiatku, a (2) či sa ciele dosahujú. Ak to tak nie je, potom musíme zistiť, prečo sa nedosahujú, skontrolovať, či boli dobre zadefinované (vrátane kritérií úspešnosti), analyzovať stratégie a upravovať ich vždy, keď je neúspech dôsledkom chyby na ktorejkoľvek z týchto úrovní.

Monitorovanie v zásade slúži na overenie toho, či sú navrhované ciele stále v súlade s cieľmi intervencie zameranej na rodinu, teda či poskytovanie podpory zodpovedá očakávaniam rodiny a individuálnej intervencii.

Otázky ohľadom monitorovania implementácie IFSP

Platí, že...

- služby sa implementujú podľa formy, frekvencie a intenzity definovanej v IFSP?
- sa dosahuje pokrok v oblasti vymedzených cieľov?
- používané aktivity a stratégie uľahčujú tento pokrok?
- je potrebné upraviť pôvodný plán z hľadiska stratégií, cieľov, prípadne typu navrhovanej podpory?

Intervencia sa uskutočňuje postupne v rámci plánovaných cieľov a aktivít, ktoré sa implementujú, monitorujú a vedú k zadefinovaniu nových cieľov a aktivít. Aby sme počas celého procesu intervencie postupovali jednotne, je nevyhnutné viesť si záznamy, ktoré umožnia jednoduchým spôsobom a čo najhospodárnejšie zdokumentovať aktivity, ktoré sa realizovali počas intervenčného procesu. V takomto prípade, ak sa k nim vrátíme a analyzujeme ich, uvidíme, čo sa urobilo a aké výsledky sme dosiahli, a môžeme nájsť indície, ktoré nám umožnia pochopiť dôvody dosiahnutého úspechu alebo neúspechu.

Odborníci VI často nie sú zvyknutí viesť systematické záznamy o realizovaných činnostiach. Preto je potrebné zaviesť v službách včasnej intervencie prehľadný a jednoduchý evidenčný systém. Tieto záznamy umožnia operatívne zistiť, čo sa v priebehu času udialo a zmenilo. Mali by sa zaznamenávať iba relevantné a užitočné informácie potrebné na hodnotenie dosiahnutia cieľov programu.

Záznamy sú dôležité aj pri záverečnom vyhodnení intervencie, čiže v poslednej fáze intervenčného cyklu, na vyhodnotenie dosiahnutých výsledkov a spokojnosti rodiny, ako uvidíme v ďalšej časti o hodnotení výsledkov a spokojnosti. Šiesta kapitola „Hodnotenie programov včasnej intervencie“ obsahuje podrobnejšie informácie o spôsoboch hodnotenia služieb VI a poukazuje na to, že absencia záznamov v programe výrazne obmedzuje možnosti jeho hodnotenia.

Monitorovanie je postupné prehodnocovanie intervenčného procesu a plánu prostredníctvom nepretržitého a systematického zaznamenávania a dokumentovania udalostí od začiatku do konca hodnotiaceho/intervenčného cyklu. Zaznamenané a zdokumentované informácie sú dôležité na vyhodnotenie konečných výsledkov.

Zapojenie jednotlivých členov rodiny a ďalších opatrovateľov do celého procesu implementácie a monitorovania intervencie je, samozrejme, nevyhnutné. V skutočnosti sú to jediné osoby, ktoré dokonale poznajú každodenný režim a záujmy dieťaťa a vedia najlepšie interpretovať jeho prejavy. Bez ich hĺbkových poznatkov nie je možné uskutočniť úspešnú intervenciu. Preto musí program VI vytvoriť rôzne príležitosti a uplatňovať metodiky na

získavanie priebežnej spätnej väzby od rodičov (a opatrovateľov pôsobiacich v ostatných kontextoch dieťaťa), využívajúc pri tom rôzne techniky vrátane písomných záznamov v rôznych fázach intervenčného procesu – počas návštev v domácom prostredí alebo v jasliach či materskej škole, kde sa zaznamenajú prejavy dieťaťa v prostredí, počas spoločných návštev s ostatnými odborníkmi tímu či počas stretnutí tímu so supervízormi. Mali by sa zaznamenávať aj informácie, ktoré účastníci procesu poskytnú verbálne.

Z hľadiska monitorovania je kľúčovým dokument IFSP, pretože jeho revízia umožňuje zaznamenať hodnotenie plánovaných cieľov a nových, ktoré chcú rodičia dosiahnuť, ako aj nových stratégií a zdrojov, ktoré rodina využíva pri zabezpečovaní svojich potrieb. Takým prípravu IFSP umožňuje vymedziť merateľné ciele s jasnými kritériami, jeho pravidelná revízia, pri ktorej je hlavným hodnotiteľom rodina, umožní zabezpečiť, aby sa proces naďalej realizoval v súlade s očakávaniami rodičov.

Prehodnotenie IFSP

Hoci je dôležité určiť interval prehodnocovania IFSP (aspoň raz za šesť mesiacov), nemali by sme zabúdať na jeho pružnú a dynamickú povahu, a preto treba zdôrazniť, že tento dokument by mal slúžiť ako východisko pre spoločné uvažovanie o výsledkoch, ktoré chce rodina pomocou VI dosiahnuť.

Na druhej strane požiadanie rodiny o spätnú väzbu o procese a poskytovaných službách je jednou z najefektívnejších a najdôležitejších metód prístupu zameraného na rodinu. V skutočnosti by rodiny mali mať možnosť pravidelne vyjadrovať názor na rôzne aspekty procesu VI, ako je organizácia tímu, flexibilita reakcií na ich potreby, rýchlosť reakcie a ďalšie aspekty všeobecnej spokojnosti so službami včasnej intervencie spôsobom, ktorý umožňuje poskytované služby podľa potreby aktualizovať. Niektoré otvorené otázky, na ktoré sa kľúčoví pracovníci budú v pravidelných intervaloch počas stretnutí s rodinou pýtať, môžu poskytnúť spätnú väzbu o spôsobe poskytovania služieb, ako to ilustruje nasledovný príklad:

Spätná väzba rodiny k procesu

Kľúčový pracovník: Čo sa vám najviac páčilo z toho, čo sa urobilo v rámci podpory VI?

Josého matka: Získanie pomoci chvíľu trvalo, ale prišla a prišla v pravý čas, pretože od chvíle, keď José začal dostávať podporu, sa začala nová etapa – etapa znovuobjavovania okolitého sveta a radosti z toho, že sme jeho súčasťou, a nie sme vylúčení. Aj keď je pred nami ešte dlhá cesta, určite sa oplatí.

Možnosť rozprávať sa s niekým, kto skutočne pozná danú problematiku a rešpektuje naše názory bez ohľadu na to, či s nimi súhlasí alebo nesúhlasí.

Indície, ako pomôcť nášmu synovi, a výsledky, ktoré sa dostavujú.

Neprejde týždeň, aby sa nestalo niečo nové doma a v škole. Jeho otec aj ja sa vždy tešíme na to, že keď k nám príde C. a porozpráva nám, čo sa udialo v škole v ten deň, ktorý tam strávila s našim synom.

KP: Keby ste mohli zmeniť niečo v súvislosti s mojimi návštevami, čo by to bolo?

Josého matka: V skutočnosti by som nič nemenila.

Veľmi sa mi páči naša spoločná dynamika, keď sa rozprávame o novinkách, úspechoch, výzvach a podpore (priateľskom ramene), ktorú dostávame, keď to potrebujeme – cítim sa pri tom bezpečne a príjemne.

Raquel – Josého matka, podporovaná SNIPI

Pravidelné dopytovanie umožňuje odborníkovi zistiť, či spôsob poskytovania služieb zodpovedá očakávaniam rodiny, pričom zdôrazňuje pozitívne aspekty, ktoré by sa mali zachovať ako v prípade Raquel.

Pri návštevách iných kontextov je rovnako dôležité získavať a zaznamenávať názory opatrovateľov, aby sa spôsob poskytovania služieb mohol prispôbovať:

KP: Čo očakávate od mojich návštev?

Učiteľka v materskej škole: Vždy očakávam, že mi budete vedieť poradiť a vysvetliť niektoré veci, pri ktorých sa niekedy cítim neisto. Vždy očakávam, že mi poskytnete cenné informácie v súvislosti s Josého správaním a jeho rodinným prostredím, aby som pochopila niektoré z jeho prejavov.

KP: Keby ste mohli zmeniť niečo v súvislosti s mojimi návštevami, čo by to bolo?

Učiteľka v materskej škole: Zmenila by som termíny, keď kľúčový pracovník prichádza, pretože si myslím, že by bolo dôležité, aby mohol dieťa pozorovať aj pri iných činnostiach, napríklad pri jedle..

Ana – Josého učiteľka v škôlke, podporovaná SNIPI

Informácie zaznamenané počas implementácie včasnej intervencie sú dôležité aj pre hodnotenie výsledkov a spokojnosti rodiny, ako ilustruje nasledujúca časť:

STRUČNÉ ZHRNUTIE

Odporúčané postupy pri implementácii IFSP:

1. Budujte a udržiavajte vzťah dôvery a spolupráce s rodinou (a ďalšími zaangažovanými odborníkmi).
2. Počas prvej návštevy po vypracovaní plánu ho spoločne s rodinou skontrolujte a dohodnite sa, ako budete využívať čas vašich návštev vzhľadom na očakávania rodiny (a ďalších zaangažovaných odborníkov).
3. Pri nasledujúcich návštevách používajte IFSP ako pomôcku pri plánovaní a monitorovaní intervencie.
4. Zapájajte sa do činností a zaužívaných postupov spolu s rodinou alebo inými opatrovateľmi a deťom, keďže deti si osvojujú nové schopnosti a formy správania v reálnych situáciách.
5. Spoločne prehodnocujte, rozširujte a vytvárajte stratégie, činnosti a zaužívané postupy zamerané na dosiahnutie cieľov a reagujte na nové obavy a záujmy rodiny.
6. Prispôbujte pomoc a služby tak, aby reagovali na zmeny v rodinných stratégiách, činnostiach alebo zaužívaných postupoch.
7. Pripravte sa a podporujte formálne prehodnotenie IFSP.

(Pracovná skupina pre zásady a postupy v prirodzených prostrediach, 2008)



PRÍKLAD Z PRAXE



Implementácia individuálneho plánu podpory rodiny

Nastal čas implementácie individuálneho plánu podpory rodiny (Individual Family Service Plan – IFSP).

Participatívne postupy:
Zapojte predškolského pedagóga už pri plánovaní návštev.

Po realizácii RBI s rodičmi a predškolským pedagógom a po stanovení priorit v cieľoch sa zdefinovali miesta, kde sa bude poskytovať podpora, a to materská škola, kde sa budú uskutočňovať návštevy raz za týždeň, a domáce prostredie, ktoré sa bude navštevovať raz za mesiac. V súčinnosti s predškolskou pedagogičkou sa stanovil časový harmonogram, ktorý považovala za najvhodnejší, a zosúladiť sa s možnosťami kľúčovej pracovníčky.

Vzťahové postupy:
význam komunikácie pri vytváraní vzťahu dôvery so všetkými aktérmi intervencie.

Následne musela KP – bez ohľadu na pravidelné kontakty s predškolským pedagógom v materskej škole – pokračovať v procese, ktorý mal riešiť obavy a priority rodiny, a to plne rešpektujúc jej želania a rozhodnutia. Pochopila, aké dôležité je získať si dôveru učiteľky v škôlke a byť sprostredkovateľkou partnerského vzťahu medzi rodinou a predškolským pedagógom, aby sa vytvoril súdržný pracovný tím, v ktorom všetci naplno participujú. Preto sa najprv dohodli, ako budú komunikovať – prostredníctvom e-mailov, pravidelných telefonátov, zapisovania informácií o návštevách do spoločného denníka, do ktorého budú uvádzať všetky relevantné informácie a ktorý bude k dispozícii pre všetkých (dieťa ho bude nosiť každý deň so sebou v batohu), pravidelných osobných stretnutí so všetkými účastníkmi procesu (rodina, predškolský pedagóg a KP) a niekoľkými osobami, s ktorými boli v IFSP naplánované stretnutia s cieľom formálneho prehodnotenia, resp. ďalšími osobami, s ktorými boli naplánované stretnutia z iniciatívy niektorého účastníka intervencie po dohovore s rodinou. Dôraz sa kládol aj na to, že keď si rodičia prídu T. vyzdvihnúť, predškolský pedagóg alebo asistent budú k dispozícii na konzultáciu.

Ciele intervencie boli jasne definované v IFSP, v ktorom predškolský pedagóg – učiteľka v materskej škole zohrávala aktívnu úlohu pri vyhodnotení a plánovaní intervencie. Poďakovali sa jej za prácu a úsilie, ktoré vynaložila od okamihu, keď začala dieťa sledovať, až do momentu jej odporúčania. Matka bola už lepšie informovaná a pochopila, čo znepokojovalo učiteľku v škôlke, ako aj to, ako sa T. prejavoval v danom prostredí, a ako je v škôlke zorganizovaný denný režim. Hoci na prvom stretnutí sa zdalo, že obidve strany majú obavy len kvôli oneskorenému vývinu reči, ukázali sa aj ďalšie problémy, napríklad

potreba pochopiť, čo chce dieťa vyjadriť plačom, i jeho nízka úroveň sústredenia a vytrvalosti pri rôznych aktivitách počas dňa.

Boli to behaviorálne aspekty, o ktorých sa pri prvých kontaktoch nehovorilo, a bolo zaujímavé sledovať, ako si ich medzi sebou potvrdzovali – „to robí aj doma, je ho všade plno, ale nezdá sa, že by chcel robiť niečo konkrétne“.

Kľúčová pracovníčka sa snažila porozumieť počiatočným očakávaniam učiteľky v materskej škole a vychádzala z toho, čo sa už urobilo vo vzdelávacom kontexte. Naplánovali si osnovu jednotlivých návštev. Pritom sa učiteľka vyjadrila, že by bola rada, keby sa vo vybraných situáciách, aktivitách a bežných činnostiach k nej mohla pripojiť aj KP, aby mohla pozorovať jej činnosť a postupy a na základe jej názorných a konkrétnych príkladov sa naučila, ako by mala postupovať vo svojej každodennej práci. Jednou z takých situácií bolo, keď mali deti usadené na koberci počúvať rozprávku, a cieľom bolo dosiahnuť, aby sa aj T. posadil a pozorne počúval. Na ďalších „hospitáciách“ by sa vždy dohodli. Učiteľka navrhla, že si zorganizuje čas tak, aby sa mohla s kľúčovou pracovníčkou stretnúť a v skratke jej zreferovať, čo sa dialo počas uplynulého týždňa, hlavne o novinkách, monitorovaní napredovania v jednotlivých cieľoch, plánovaných malých krokoch, prípadne diverzifikácii niektorých stratégií počas nadchádzajúcej návštevy. Cieľom bolo vytvoriť čo najviac príležitostí na poskytnutie podpory a pomoci predškolskému pedagógovi.

Učiteľka v materskej škole si postupne začala uvedomovať, že lepšie rozumie správaniu T. a lepšie ho zvláda, a pochopila, že za zmenu vďaka vlastnému úsiliu, čím preukázala, že si viac uvedomuje, aký obrovský vplyv má jej konanie. V podstate veľa vecí nadväzovalo na to, čo robila už aj predtým, ale teraz mala lepšiu predstavu o tom, čo chce dosiahnuť ona a rodičia dieťaťa, a ako má postupovať, a preto mala jasnejší cieľ a venovala väčšiu pozornosť príležitostiam, ktoré sa naskytli. Cítila sa istejšie, lebo sa o tom mohla porozprávať s KP aj s rodičmi a necítila sa na tej ceste osamotená. Predtým T. systematicky a bezcieľne behal po triede s kočíkom pre bábiky. Učiteľka začala intenzívnejšie pozorovať priebeh hier a všimla si určité spoločné záujmy v skupine detí, pričom niektoré si stále vybrali tie isté hračky a neprejavovali záujem o objavovanie iných. Preto triedu reorganizovala (zmenila usporiadanie vecí, odstránila niektoré materiály a umiestnila jasnejšie vizuálne informácie). Počas voľnej hry potom sledovala, ako T. objavuje nové veci a rieši problémy, napríklad začal skladať diely Lega a ona ho sledovala, pripravená povzbudiť ho, aby v tom pokračoval. Tieto zmeny mali vplyv nielen na správanie T., ale celá skupina a atmosféra boli pokojnejšie a organizovanejšie.

Zároveň aj jeho matka začala mať pocit, že jej syn sa zapája, že sa niektoré situácie objasnili, a že dostáva zmysluplnejšie informácie. Plač dieťaťa pri jej odchode a nejasné informácie typu „všetko bolo v poriadku“ alebo jemné náznaky sťažností ako „dnes bol trochu mrzutý“ boli čoraz zriedkavejšie. Na rozdiel od minulosti sa učiteľka v škôlke na matku už nedívala len ako na prijímateľa informácií a nehovorila jej len to, čo sama videla, ale snažila sa od nej informácie aj získavať, najmä o tom, ako sa rodine darí doma. Výmena informácií medzi nimi sa časom zintenzívnila aj bez priamej intervencie kľúčovej pracovníčky.

Participatívne postupy:
viac počúvať, lebo je dôležité pochopiť, akú pomoc a podporu učiteľka v materskej škole očakáva od VI.

Odborné predpoklady:
Plánovanie návštev a rozhovor s učiteľkou v materskej škole si vyžaduje, aby odborník VI mal jasnú predstavu o jej úlohe.

Participatívne postupy:
Kaskádový efekt týchto postupov vedie k autonómii opatrovateľov.

Odborné predpoklady:
poznať rôzne modely
podpory a ich efektívnosť pri
podpore detí raného veku.

Participatívne postupy:
zvýšiť sebavedomie učiteľky
v materskej škole a jej
kompetencie reagovať na
každodenné výzvy.

Reflexia:

Kľúčová pracovníčka bola ako odborníčka vyškolená na prácu priamo s dieťaťom. Odlišná forma práce sa jej zdala zmysluplná, ale obávala sa, že nesplní očakávania opatrovateľov, ktorí predpokladali, že im budú poskytovať klasické služby na základe klinického modelu. Poskytovanie služieb v role konzultanta predškolského pedagóga bolo veľkou výzvou, ktorá sa líšila od všetkých modelov podpory, ktoré predškolský pedagóg predtým dostával. Ale vďaka jej jasnému a dôslednému prístupu a výkonu si postupne získala dôveru učiteľky – no nie preto, že by jej teoreticky vysvetľovala model, ktorý bol základom intervencie, ale ukázala jej rôzne možnosti. KP sa nezameriavala na to, aby ju upozorňovala, čo „nesmie“ robiť, ale jednoducho na to, aby predškolská učiteľka cítila a uvedomovala si vlastnú moc v procese, ktorý „má v rukách“. V skutočnosti na konci každej návštevy, keď rozoberali, čo sa dialo, učiteľku pochválila za všetko, čo urobila efektívne. Počas poskytovania podpory vždy ocenila učiteľkine stratégie. Vyskytlo sa niekoľko vecí, ktoré si učiteľka ani neuvedomovala, že ich robí, ale postupom času sa začala cítiť odborne zdatnejšia a istejšia. KP jej poskytovala informácie, ktoré jej v tom pomáhali, ako napríklad „táto stratégia zvyčajne funguje, ale mali by ste sa presvedčiť, či je vhodná aj pre vás, a či si myslíte, že ju budete vedieť použiť v každodennej praxi, a potom sa môžete rozhodnúť, či ju použijete alebo nie“. Pri každej návšteve KP vyzdvihla dosiahnuté ciele a učiteľka v materskej škole mala pocit, že úspech bol výsledkom jej práce.



NA ZAMYSLLENIE

- Na akom základe bola podľa vás v tomto prípade učiteľka v materskej škole zapojená do implementácie IFSP?
- Aký štýl interakcie používala kľúčová pracovníčka rodiny?
- Ako bolo možné zmeniť prirodzený kontext dieťaťa na inkluzívny kontext?
- Aký je vplyv sprostredkovania vzťahu medzi rodinou a učiteľkou v materskej škole?
- Aké stratégie môžete použiť na podporu efektívnej komunikácie medzi rodinami a predškolskými pedagógmi?
- Aké sú postupy kľúčovej pracovníčky v porovnaní s postupmi vášho tímu?
- Aké stratégie by ste mohli použiť pri implementácii týchto postupov?
- Ktoré vzťahové stratégie používate vo vašom tíme pri implementácii IFSP častejšie?
- Máte v tíme poznatky o metóde vzdelávania, ktorá sa používa vo formálnych kontextoch vzdelávania a starostlivosti, kde poskytujete podporu?

4.7. Hodnotenie výsledkov intervencie a spokojnosti rodiny

V záverečnej fáze intervenčného cyklu sa vyhodnotia výsledky intervencie a spokojnosť rodiny so službami a zdrojmi, ktoré sa jej poskytovali v procese včasnej intervencie. Hodnotenie má dva ciele: (1) prehodnotiť pôvodné ciele a stanoviť nové a (2) uskutočniť záverečné hodnotenie celého procesu VI.

Vyhodnotenie výsledkov a spokojnosti rodiny je súčasťou kontinuálneho cyklu, ktorý sa môže (ale nemusí) zhodovať s ukončením programu VI:

1. Ak sa nezhoduje, tak sa nachádzame v procese implementácie a monitorovania intervencie, keď sa berú do úvahy zmeny v rodine, prehodnocujú sa ciele a plánujú sa nové intervencie.
2. Ak sa zhoduje s ukončením služby VI, môžeme predpokladať prechod na inú službu, a preto sa musia vyhodnotiť výsledky dosiahnuté počas celého intervenčného procesu vrátane spokojnosti rodiny, a musí sa analyzovať, do akej miery sa naplnili očakávania a pôvodné ciele rodiny a odborníkov. V tomto prípade hovoríme o formálnom procese celkového vyhodnotenia spoločne vykonanej práce, ktorého realizáciu môže uľahčiť, ak sa v priebehu procesu zaznamenávajú udalosti, ktoré umožnia záverečnú analýzu, ktorej sme sa venovali v predchádzajúcej časti v súvislosti s významom záznamov.

Po rozsiahлом spracovaní monitorovania intervencie v predchádzajúcej časti sa v tejto časti budeme venovať najmä hodnoteniu výsledkov intervencie a spokojnosti rodiny.

Hlavným cieľom hodnotenia intervencie a spokojnosti rodiny je zosumarizovať výsledky, ktoré môžu následne využívať všetky zložky tímu (rodina a odborníci) pri rozhodovaní o zvyšovaní efektívnosti intervenčných programov. Hodnotenie okrem údajov týkajúcich sa spokojnosti rodiny zahŕňa aj systematické zhromažďovanie informácií o realizovaných činnostiach, charakteristikách a výsledkoch, ktoré sa dosiahli pri zohľadnení kontextu intervencie.

Ako rámec hodnotenia výsledkov intervencie možno využiť intervenčný cyklus navrhnutý Simeonssonom a jeho spolupracovníkmi (1996). Podľa uvedených autorov je dôležité, aby sa na začiatku intervencie identifikovali a objasnili výsledky, ktoré rodiny očakávajú v súvislosti s dieťaťom, sebou aj službami, a pokúsiť sa ich zosúladiť s očakávaniami odborníkov v rámci spolupráce počas intervencie.

Záverečná fáza cyklu má preto kľúčový význam pre zabezpečenie poskytovania služieb spôsobom, ktorý zodpovedá očakávaniam rodiny, pretože tento aspekt podmieňuje úspešnosť intervencie a spokojnosť rodiny s programom.

Je tiež dôležité sledovať, či sa pozorované vplyvy a výsledky dajú skutočne pripísať intervencii, a to si vyžaduje priebežné zaznamenávanie a zhromažďovanie údajov vo všetkých etapách cyklu. Nedostatok záznamov obmedzuje spätnú väzbu o priebehu intervencie a môže znemožniť vyvodenie záverov o faktoroch potenciálne vplyvajúcich na výsledky pre dieťa a rodinu.

Pri prístupe zameranom na rodinu by sa mala rodina aktívne podieľať na procese hodnotenia ako aktér a zároveň ako predmet tohto procesu.



Hodnotenie výsledkov

Čo je dôležité pri hodnotení výsledkov a spokojnosti:

- určiť úroveň plnenia cieľov (na základe vyhodnotenia IFSP);
- analyzovať dosiahnuté výsledky a zistiť, či súvisia s intervenciou;
- získať od rodiny reakcie na intervenciu;
- vymedziť, do akej miery intervencia riešila obavy, priority a očakávania rodiny (spokojnosť rodiny), a
- neformálnym alebo štruktúrovaným spôsobom sledovať pokrok pri dosahovaní cieľov pre rodinu a dieťa.

(prevzaté zo Simeonsson a kol., 1996)

Vyhodnotenie intervencie a jej výsledkov preto musí analyzovať:

1. Pokroky dieťaťa pri dosahovaní cieľov zadefinovaných v IFSP (funkčné zručnosti dieťaťa).
2. Spokojnosť rodiny po ukončení včasnej intervencie:
 - a. či VI zodpovedala tomu, čo rodina identifikovala ako svoje želania a očakávania pre seba a dieťa, a
 - b. akú úroveň schopností a sebadôvery považuje za hlavné činitele vývinu dieťaťa.

Vyhodnotenie detskej paradigmy

Pri mnohých službách sa hodnotenie pokroku dieťaťa obmedzuje na výhradné alebo doplnkové využívanie formálnych stupníc hodnotenia vývinu. Pri tomto spôsobe by dieťa po intervencii absolvovalo formálny proces hodnotenia, aby sa zistilo, či dosiahlo (alebo nedosiahlo) primeranú úroveň vývinu. Tento postup môžeme sledovať najmä pri intervenciách zameraných na nápravu „nedostatkov“ detí v jednotlivých vývinových oblastiach.

Použitie normatívnych testov by však mohlo slúžiť na sledovanie vývinu dieťaťa alebo reagovanie na pochybnosti rodiny a odborníkov. Odborníci by preto mali zabezpečiť, aby rodiny tento typ informácií žiadali, aby sa používanie štandardizovaných nástrojov zberu údajov neobmedzovalo na reagovanie na pochybnosti odborníkov určitej špecializácie a aby to nebol jediný spôsob hodnotenia výsledkov. Mali by byť doplnkom k iným typom širšieho zberu údajov, ktorý zohľadňuje aj názory rodiny na priebeh intervencie.

Na rozdiel od formálneho hodnotenia vývinu je funkčný prístup zameraný na hodnotenie a zber údajov o úspechoch, schopnostiach a participácii detí v ich prirodzených životných situáciách a na analýzu úrovne funkčných schopností dieťaťa doma, v komunite a ďalších situáciách v dôsledku intervencie.

Počas intervenčného obdobia dosiahol D. pokrok v mnohých ohľadoch, čo všetkých účastníkov veľmi potešilo. Je to veľmi živé a šťastné dieťa, usmievavé, ale tiež veľmi odhodlané a sebedomé, ktoré vie celkom presne, čo chce a čo nechce.

Spočiatku mal D. veľmi obmedzené záujmy (zvieratá), hrával sa sám a nedovolil, aby mu do hry zasahovali rovesníci. Ak nebol usmerňovaný, zdal sa trocha „stratený“ a odmietal vykonávať navrhované činnosti.

V súčasnosti vydrží obsedieť počas vykonávania činností, ktoré si to vyžadujú. Vyjadruje, že rozumie tomu, čo sa mu hovorí. Na úrovni socializácie to bolo dieťa, ktoré malo

velké problémy nadviazať kontakt s rovesníkmi a izolovalo sa. Teraz ich vyhľadáva, hrá sa s nimi a je medzi nimi obľúbený.

Svedectvo odborníka na VI

Aj keď vyhodnocovanie spokojnosti rodiny vyvoláva určité otázky, ktorým je venovaná 6. kapitola, je dôležité nielen preto, aby sa rodina cítila skutočne zapojená a pochopená, ale aj preto, že jej názory sú pri prístupe zameranom na rodinu veľmi dôležité na identifikáciu pozitívnych aspektov a prípadných obmedzení intervencie, vždy s cieľom zlepšiť reakcie odborníkov VI.

**Posúdenie
spokojnosti
rodiny**

Pre mňa ako pre matku dieťaťa so špeciálnymi potrebami bola včasná intervencia prirodzenou pomocou pri zvládaní každodenného života, pretože s podporou odborníčky bolo všetko oveľa jasnejšie a jednoduchšie. Spočiatku bolo trochu nezvyčajné prijať do svojho domova niekoho, koho sme nepoznali, kto vlastne prišiel preto, aby ma „naučil“, ako mám pristupovať k svojmu synovi, ale potom sa rýchlo stala našou spoločníčkou, ktorá pomáhala synovi a zároveň bola oporou aj pre mňa, vypočuť a usmerňovala ma, pretože niekedy nebolo ľahké akceptovať lekárske nálezy a situácie pri zotavovaní po chirurgických zákrokoch. Intervenčnú odborníčku som jednoznačne považovala za človeka, s ktorým sa môžem podeliť o svoje ťažkosti a pocity.

Počas pozorovacieho obdobia som mala pocit, že nie som sama, že v ťažkých situáciách mám niekoho, kto dôverne pozná moju rodinnú situáciu, a kto vie rozptýliť moje pochybnosti o tom, ako plniť nielen úlohy súvisiace so synom, ale aj rôzne administratívne povinnosti (vypĺňanie formulárov, žiadosti o podporu atď.). Bola vždy pripravená poskytnúť mi potrebné usmernenie.

Som presvedčená, že intervenčný tím bol pridanou hodnotou pre vývin môjho syna a pomocou pre mňa ako matku.

Svedectvo matky podporovanej SNIPI

Úroveň dosiahnutia cieľov a uspokojenia potrieb rodiny sa musí hodnotiť na základe rovnakých kritérií a postupov, aké sa používali pri ich zadaní. Ak bol napríklad cieľ stanovený na základe potreby rodiča dostávať viac informácií a pomoci, iba daný rodič bude vedieť posúdiť, či bola jeho požiadavka splnená (McGonigel a kol., 1991).

Stáva sa však (a častejšie než by bolo žiaduce), že sa názory rodičov nezohľadňujú a pri hodnotení sa berú do úvahy len stanoviská odborníka. Ďalším prístupom, ktorého sa treba vystríhať, je podceňovanie niektorých počiatočných očakávaní rodiny zo strany odborníka, ktoré potom nie sú predmetom hodnotenia. Ak nastane niektorá z uvedených situácií, hodnotenie sa vykonáva výlučne na základe názorov odborníkov a odzrkadľuje len ich predstavy, čo je v rozpore so zásadami intervencie zameranej na rodinu.

Odpovede na nasledujúce otázky môžu pomôcť lepšie pochopiť celkový dosah intervencie a usmerniť proces hodnotenia výsledkov. Niekoľko vzorových otázok týkajúcich sa:

1. dieťaťa:

Zaujíma sa v každodennom živote o predmety a ľudí?

Nadobudlo nové kompetencie v samostatnosti pri bežných činnostiach?

Zapája sa aktívne do rôznych situácií?

2. rodiny:

Má pocit, že efektívne postupuje pri riešení problémov každodenného života?

Má pocit, že je kompetentná v oblasti mobilizácie svojich zdrojov alebo potreby hľadať iné zdroje na uspokojenie svojich potrieb?

Má pocit, že dosiahnuté výsledky sú výsledkom jej vlastného konania?

3. kontextov:

Podporujú aktivity, pri ktorých môže dieťa prejavíť svoje záujmy a nadobúdať nové kompetencie?

Zahrňajú každodenné aktivity ľudí, materiály a predmety, ktoré u dieťaťa podporujú a posilňujú nadobúdanie nových kompetencií?

Podporujú taký štýl interakcie s dieťaťom, ktorý je citlivý a minimálne direktívny pri podpore každodenného učenia založeného na záujmoch a kompetenciách dieťaťa?

Podporujú a posilňujú participáciu dieťaťa?

Pri hodnotiacom procese je rovnako dôležité posúdiť celkový vplyv intervencie, teda či bol postup odborníka v súlade s pôvodnými obavami rodiny a či sa podpora poskytovala v súlade s prvkami účinných postupov, t. j. odbornými kompetenciami, vzťahovými a participatívnymi postupmi.

Efektívne
postupy
poskytovania
pomoci

- **Na úrovni odborných kompetencií môže odborník hodnotiť, či:**

poskytoval informačnú, emocionálnu a materiálnu podporu pri reagovaní na potreby rodiny; neodsudzoval osobné, rodinné a kultúrne rozdiely a preferencie; podporoval využívanie úplných, spoľahlivých a nezaujatých informácií s cieľom podporiť a posilniť vedomosti a schopnosti rodiny; podporoval porozumenie a uplatňovanie pozitívnych štýlov rodičovstva, ktoré podnecujú vývin dieťaťa.

- **Na úrovni vzťahových postupov môže odborník hodnotiť, či:**

mal ústretový a starostlivý vzťah k rodine; reagoval na záujmy, obavy a potreby rodiny; poskytoval rodine úplné, spoľahlivé a nestranné informácie; preukazoval flexibilitu a schopnosť reagovať na situáciu v rodine.

- **Na úrovni participatívnych postupov môže odborník hodnotiť, či:**

diskutoval s rodinou o rôznych alternatívach a ich dôsledkoch pri reagovaní na potreby rodiny; podporoval voľbu a rozhodnutia rodiny; využíval silné stránky rodiny na dosiahnutie želaných výsledkov; aktívne zapájal rodinu do realizácie činností; podnecoval rodinu, aby pri dosahovaní svojich cieľov využívala širšiu škálu podpory a zdrojov komunity, a to formálnych aj neformálnych.

(prevzaté z Roper a Dunst, 2003)

Nasledujúce svedectvo sestry dieťaťa podporovaného v rámci včasnej intervencie poukazuje na to, ako môže intervencia viesť k posilneniu celej rodiny a zlepšeniu jej fungovania:

Od vstupu MIT do mojej rodiny došlo k viacerým zmenám, ako napríklad:

Matka:

1. Mama je menej depresívna.
2. Cez deň menej spí.

3. Opäť nám žehlí veci.
4. Prestala piť, pije len pri jedle.
5. Stará sa o svoje zdravie (chodí na prehliadky a očkovania).
6. Reaguje pozitívnejšie.
7. Brat vravieva, že „mama vyzerá krajšie“.
8. Cíti sa vítaná v komunite.

Domov:

1. Doma je príjemnejšia atmosféra.
2. Je čistejšie.
3. Je poupratované.
4. Je útulnejšie.
5. Môžu k nám chodiť priatelia.

Otec:

1. Otcov príchod dodal rodine silu.
2. Snaží sa.
3. Je pracovitý.
4. Má rád čistotu.
5. Bez neho by sa veci neboli pohli vpred.
6. Stará sa o to, aby sme sa doma všetci k sebe správali slušne.
7. Brat vravieva, že „otec je silný“.

JA (sestra):

1. Mám rada svoju rodinu a veľmi som sa chcela zmeniť.
2. Nie som veľmi poriadna.
3. Som zodpovedná.
4. Brat vravieva, že som „zlatá“.

Matka:

1. Tím nás posilňuje.
2. Posmeluje rodinu.
3. Znamenal začiatok riešenia problémov našej rodiny.
4. Odborníčka je milá.
5. Odborníčka sa k rodine vždy správala úctivo.
6. Nikdy nás nekritizovala.
7. Dávala nám len rady.
8. Zaujímal sa o našu rodinu a nevzdala to s nami.
9. Tím našej rodiny umožnil prístup k iným službám (jedáleň pre rodiny v núdzi).

Svedectvo rodiny podporovanej SNIPÍ



NEZABÚDAJTE, ŽE

Výsledky intervencie pri prístupe zameranom na rodinu musia vždy odzrkadľovať:

- vytváranie takých príležitostí pre všetkých členov rodiny, v ktorých môžu prejať svoje schopnosti a získať nové, ktoré môžu zlepšiť fungovanie rodiny (**BUDOVANIE KAPACÍT**);
- zdôrazňovanie schopností rodiny, aby sa podporil jej pocit kontroly a zvládnutia dôležitých aspektov jej fungovania (**POSILNENIE**).

Tieto dva body odzrkadľujú podstatu kvalitnej intervencie v rámci modelu intervencie zameranej na rodinu.

V záujme kvality poskytovaných služieb je mimoriadne dôležité kultivované hodnotenie. Svoju prax môžeme neustále zdokonaľovať len tak, že si uvedomíme účinky intervencie (čo bolo v dôsledku nášho úsilia viac či menej pozitívne) a metód a stratégií, ktoré viedli k dosiahnutým výsledkom.

V tejto fáze intervenčného cyklu, keď hovoríme o hodnotení intervencie a spokojnosti rodiny, máme na mysli hodnotenie situácií od prípadu k prípadu. V 6. kapitole venovanej odporúčaným postupom pri hodnotení programov VI sa tejto otázke budeme venovať z všeobecného hľadiska, z hľadiska súboru postupov, stratégií a prístupov, ktoré charakterizujú fungovanie konkrétneho intervenčného modelu.



PRÍKLAD Z PRAXE

Hodnotenie výsledkov a spokojnosti rodiny

Pred niekoľkými rokmi, keď naša dcéra (Ana) po počiatočnom vývine bez komplikácií začala prejavovať určité varovné príznaky, sme sa nevydali cestou „špeciálneho rodičovstva“. Jednoducho sme pokračovali v ceste, na ktorú sme sa vydali, keď sme sa stali rodinou, a motivovane a s pomocou včasnej intervencie sme pomaly prekonávali výzvy, ktorým sme čelili.

Keďže sme však cítili, že táto výzva presahuje naše schopnosti, začali sme zisťovať, akú pomoc by sme mohli pre dcéru získať, a spolu s učiteľkou v materskej škole sme požiadali o podporu v rámci včasnej intervencie. Úprimne povedané sme si mysleli, že na odpoveď budeme dlho čakať, ale už počas prvej (diagnostickej) konzultácie nás sprevádzal odborník VI, ktorý už viac ako dva mesiace zabezpečoval intervenciu u Any a u nás – rodičov.

Na poslednom stretnutí sme si spomenuli, aké bolo milé, že každý rozhovor s odborníkmi VI sa vždy začínal slovom „prepáčte“ a končil slovom „ďakujem“. V skutočnosti nám bola intervencia veľmi blízka, adekvátne prispôbena našim potrebám a disponibilite, veľmi chápaná voči rôznym oneskoreniam, so skutočným záujmom o naše pocity a emócie, úsilím vyhovieť potrebám našej rodiny a reagovať na naše najväčšie obavy. Sprostredkúvala uplatňovanie našich práv a asertívne reflektovala plnenie povinností, ktoré boli také dôležité a tak ľahko sa na ne zabúdalo, keď sa k slovu dostali subjektívne pocity a emócie. Poskytla nám oveľa viac, než na čo sme mali nárok, a pociťovali sme za to obrovskú vďaku.

Ak chcú ľudia získať niečo dôležité, zvyčajne za to musia poskytnúť určitú protihodnotu. Konzultácie a terapie boli pre nás finančne veľmi náročné, takže otec rodiny sa musel intenzívne venovať práci, aby sa matka mohla čo najviac venovať rodine. VI bola bezplatná a podporovala nás od samého začiatku na báze spolupráce s ostatnými subjektmi intervencie, a bola k dispozícii od začiatku až do konca. Dávala nám pocit, že sme v kontakte s odborníkmi VI, ktorí urobili tak veľa pre zlepšenie stavu našej dcéry – od posilnenia našej rodiny až po maximálne využívanie nášho potenciálu v oblasti zdravého a informovaného rodičovstva podporujúceho začlenenie.

Odborné predpoklady:
včasné uspokojovanie
potrieb rodiny a
posilňovanie jej
kompetencií.

Vzťahové postupy:
dôležitosť flexibility
a schopnosti reagovať
na záujmy, obavy a
potreby rodiny.

Participatívne postupy:
podpora silných stránok
rodiny, ktorej výsledkom
je pocit kontroly a zvládnutia
dôležitých aspektov
jej fungovania.



NA ZAMYSLENIE

1. Čo podľa vás tím urobil preto, aby rodina mala po intervencii pocit, že maximálne využila svoj potenciál?
2. Jedným z kľúčových princípov včasnej intervencie je, že musí rodine pomôcť zvládnuť najzávažnejšie problémy. Čo by ste urobili v záujme uplatňovania princípu budovania kapacít a posilnenia postavenia rodiny?
3. Aké metódy a postupy používa váš tím pri hodnotení výsledkov intervencie a spokojnosti rodiny?

4.8. Proces prechodu do nového prostredia

Proces prechodu do nového prostredia znamená zmenu v živote detí a rodín, a to najmä na konci programu včasnej intervencie a pri vstupe do nového kontextu alebo služby. Starostlivým plánovaním a prípravou sa táto zmena môže uskutočniť čo najharmonickejšie.

Počas celého intervenčného procesu sa musí podporovať budovanie kapacít rodín, aby čo najviac využívali svoj potenciál pri riadení vlastného života a využívania zdrojov, ktoré považujú za potrebné pre seba a dieťa, a to samostatne a nezávisle od odborníkov VI.

IFSP sa musí riadiť predovšetkým hodnotami a rozhodnutiami rodiny, a nie hodnotami a rozhodnutiami odborníkov, veď intervencia musí mať vplyv na samotnú rodinu. Rodina bude žiť s jej výsledkami (McWilliam a kol., 1996).

Počas poskytovania VI bude rodina prechádzať viacerými zmenami a absolvuje prechody do nových prostredí (napr. z domova do jasí alebo k opatrovateľke, z jasí do materskej školy, z materskej školy na 1. stupeň základnej školy atď.). Tieto zmeny prostredia alebo služieb si vyžadujú, aby sa rodina pripravila na nové úlohy, stretávala sa s novými odborníkmi a novými životnými situáciami, čo môže viesť k novým očakávaniam a prioritám. Preto treba vypracovať nový plán.

Vzhľadom na meniace sa potreby a záujmy rodiny musia odborníci zabezpečiť, aby sa pri každom kontakte s rodinou neformálne overovala a prehodnocovala aktuálnosť a účinnosť cieľov a stratégií IFSP. IFSP ako dynamický dokument musí byť vždy vyjadrením aktuálnych cieľov rodiny (McGonigel a kol., 1991) a musí zahŕňať plán prechodu do nového prostredia (Guralnick a Conlon, 2007).

Ak sa predpokladá prechod do nového prostredia, včasná príprava môže prispieť k zníženiu obáv a stresu dieťaťa a rodiny z neznámej situácie. Úlohou odborníkov nie je tento proces usmerňovať či riešiť situáciu namiesto rodiny, ale spoločne s rodinou uvažovať o tom, čo bude potrebné urobiť a ktoré aspekty zmeny si budú vyžadovať podporu odborníka.

Preto sa musí spoločne s rodinou stanoviť, aký prechod sa očakáva, a zabezpečiť, aby mala rodina dostatok informácií o záležitostiach, ktoré sa s danou zmenou spájajú, a analyzovať otázky, ktoré umožnia vypracovať plán prechodu do nového kontextu:

Prechod do nového prostredia

V pláne prechodu sa musí zohľadniť:

- Kedy sa má začať plánovanie prechodu do nového kontextu?
- Čo potrebuje rodina vedieť v súvislosti s očakávanou zmenou/prechodom?
- Čo rodina očakáva od danej zmeny/prechodu?
- Aké prostriedky a stratégie umožnia riešiť súvisiace potreby rodiny?
- Akú mieru podpory potrebuje rodina od odborníkov, aby úspešne zvládla prechod dieťaťa do nového prostredia?

Prehodnotenie
IFSP

Plán prechodu



Dôkladné naplánovanie a príprava každého prechodu môže zabezpečiť, že k zmene dôjde včas a efektívne. Plánovanie prechodu môže minimalizovať stres rodiny a byť príležitosťou na jej ďalší rozvoj. Ak sa VI skutočne venovala podpore budovania kapacít a posilneniu postavenia rodiny, rodina je schopná zmobilizovať svoje novonadobudnuté kompetencie a využiť ich aj v nových kontextoch..

4.8.1. Aká je úloha kľúčového pracovníka v procese prechodu do nového prostredia?

Sebadôvera rodín pri viac-menej samostatnom riešení problémov a rozhodovaní sa líši rovnako ako ich špecifické vlastnosti. Preto by aj úloha kľúčového pracovníka mala byť špecifická a prispôbená jednotlivým rodinám. Kým niektoré rodiny môžu v určitých situáciách potrebovať výraznejšiu podporu (napr. aby ich kľúčový pracovník sprevádzal na stretnutiach s rôznymi odborníkmi, ku ktorým deti prechádzajú), iné budú potrebovať podporu len pri príprave stretnutia a prediskutovaní hlavných aspektov, ktoré bude potrebné v tejto súvislosti riešiť.

Nie všetky rodiny nadobudnú rovnaký stupeň autonómie pri riešení problémov a rozhodovaní. To však neznamená, že o jednotlivých aspektoch svojho života nerozhodujú sami, ale podpora kľúčového pracovníka musí byť diferencovaná a vždy smerovať k posilneniu ich fungovania a sebadôvery, čím nadobudnú vyššiu mieru autonómie a účasti na rozhodovaní.

Kľúčový pracovník môže rodinu usmerňovať pri rozhodovaní, čo je podstatný rozdiel oproti situácii, keď problémy rieši namiesto rodiny.

Kľúčový pracovník môže rodine pomáhať:

- pri výbere materskej školy, školy a iných v budúcnosti využívaných služieb;
- pri analýze dostupných zdrojov, plánovaní návštev a stretnutí s poskytovateľmi služieb využívaných v budúcnosti;
- pri uvažovaní o výhodách a nevýhodách jednotlivých možností;
- pri rozhodovaní a
- pri príprave dokumentácie a záznamov, ktoré sa zasielajú novému poskytovateľovi služby.

4.8.2. Ako naplánovať prechod dieťaťa na inú službu?

Partnerstvo, ktoré vzniklo a udržovalo sa počas intervencie, bude naďalej pokračovať, aby sa mohlo určiť smerovanie starostlivosti po ukončení VI. Toto partnerstvo znamená spoločné rozhodovanie, ktoré vždy vychádza z predpokladu, že rodiny sa vedú efektívne rozhodovať, ak nadobudnú potrebné kompetencie na riešenie problémov, a nie vtedy, ak im riešenia ponúka odborník.

Súčasťou procesu prechodu bude poskytnutie všetkých informácií a podpory, ktoré rodina potrebuje, oboznámenie rodiny s dostupnými zdrojmi a pomoc pri nadobudnutí schopnosti samostatne pristupovať k daným zdrojom, pričom sa budú zdôrazňovať dosiahnuté výsledky a úspechy. To rodine dodá pocit vlastnej efektívnosti a utvrdí ju v tom, aby pokračovala po tejto ceste a v danom životnom cykle.

Plán prechodu

Ústredným aspektom plánovania prechodu je zabezpečiť, aby každá rodina poznala podporný systém a získala potrebné schopnosti a vedomosti na využívanie zdrojov, ktoré má k dispozícii.

V nasledujúcom svedectve matka zdieľa svoje zmiešané pocity úzkosti a sebadôvery, ktoré poukazujú na kvalitu podpory VI a procesu prechodu:

Priznám sa, že keď sme začali pripravovať plán prechodu, boli sme veľmi znepokojení a neistí.

S blížiacim sa koncom podpory a pri odpovediach na otázky týkajúce sa IFSP sme si uvedomili, že ciele vytýčené pre našu rodinu sme dosiahli, a že síce boli veľmi náročné, no vôbec nie nedosiahnuteľné. Vďaka tomu sme si uvedomili, že sme pripravení pokračovať ďalej sami, a zároveň sme pripravení aj na stanovenie nových cieľov a pokračovať v práci s cieľom udržať rodinu štruktúrovanú a šťastnú.

Museli sme len zaviesť do praxe to, čo sme sa naučili počas rokov spolupráce s VI. Nakoniec sme zistili, alebo sme si spomenuli, že všetky okamihy, šťastné aj nešťastné, patria nám. Potrebujeme len zredukovať tie zlé a tešiť sa z tých dobrých.

Helena – Davidova matka, podporovaná SNIPi

Preto musí odborník VI v procese prechodu rodinu:

1. Pripraviť na prechod;
2. Informovať a vysvetliť jej platné právne predpisy a nariadenia, príslušné termíny a postupy (plány prechodu, stretnutia súvisiace s plánovaním a zberom údajov).

(Pracovná skupina pre zásady a postupy v prirodzenom prostredí, 2008)

Príprava rodiny na proces prechodu, ktorá by sa mala v ideálnom prípade začať šesť mesiacov pred aktuálnou zmenou, obsahuje rôzne ciele, ktoré sa musia zohľadniť pri podpore poskytovanej v rámci VI.

Príprava rodiny na prechod

S rodinou sa treba čo najskôr porozprávať o jej predstavách o budúcnosti dieťaťa, predovšetkým v súvislosti so službami, ich miestom a činnosťami, do ktorých chce dieťa zapojiť.

Odborníci musia rodine vysvetliť všetko podstatné, prediskutovať a poskytnúť informácie o všetkých dostupných možnostiach pre dieťa a rodinu, poskytnúť jej písomné informácie alebo ju povzbudzovať k tomu, aby sama vyhľadávala rôzne možnosti.

V tejto fáze by spoločné preskúmanie IFSP malo viesť k príprave plánu prechodu, obsahujúceho ciele, stratégie a výsledky, ktoré sa majú v blízkej budúcnosti po skončení VI dosiahnuť.

Odborník VI, ktorý pozná platnú legislatívu a postupy požadované inými poskytovateľmi služieb, musí rodine poskytnúť všetky informácie potrebné na informované rozhodovanie. Musí ju podporovať pri implementácii potrebných opatrení napr. pri získaní posudku

Vysvetlite rodine platné právne predpisy, nariadenia a termíny týkajúce sa prechodu

dieťaťa, ktorý je potrebný pre odporúčanie, pri organizácii formálnych stretnutí súvisiacich s prechodom na inú službu, v rámci ktorej sa bude dieťaťu poskytovať podpora, ako aj pri mobilizácii zdrojov potrebných na prechod.

Ďalším zásadným aspektom, ktorý je nutné brať do úvahy vo fáze prechodu a integrácie do nového kontextu alebo služby, je dostupnosť odborníka VI, ktorý môže byť v prípade potreby aj naďalej zdrojom podpory pre rodinu.

V tomto procese by sa nemalo zabúdať ani na vzťahové aspekty, pretože je dôležité pochopiť pocity rodín (aj odborníkov) v súvislosti s ukončením vzťahu vybudovaného v kontexte VI a pomôcť jej zamerať sa na pozitívnu budúcnosť a spoločne ňou a ostatnými opatrovateľmi osláviť výsledky a úspechy dosiahnuté počas intervencie. Koniec koncov, „my bežíme šprint ... rodina beží maratón ...“ (Espe-Sherwindt, osobná komunikácia, 2000).

Nižšie uvádzame dva príklady (Márie a Xaviera) ilustrujúce ich prechod na základnú školu, ktorý bol vopred naplánovaný spoločne s ich rodinami, aby sa minimalizoval stres spôsobený týmto procesom a zabezpečila kontinuita podpory.

Tieto dva prípady sme spojili, aby sme zdôraznili, že plány a postupy prechodu by mali byť citlivé a prispôbené potrebám každej rodiny.

Mária

Plán prechodu (integrovanej do IFSP) bol pripravený s cieľom určiť činnosti, ktoré sa majú realizovať s rôznymi opatrovateľmi v rôznych životných situáciách Márie a pripraviť jej prechod na základnú školu. Matka spomenula, že sa toho veľmi obáva, lebo učiteľka špeciálnej školy jej povedala, že Mária by mala zostať ešte rok v materskej škole. To však matka nechcela, pretože podľa nej by dcéra v tom prostredí nezískala už nič nové, a navyše dcéra mala dobrý vzťah k ostatným deťom v skupine, a takto by mohli spoločne nastúpiť do školy. Kľúčový pracovník a matka rozmýšľali, prečo si učiteľka myslí, že by Mária mala zostať ešte rok v predškolskom zariadení. Podľa matky sa domnievala, že Mária nemá potrebné kompetencie na plnenie požiadaviek základnej školy, a preto matka požiadala MIT o jej posúdenie, aby vedela, na akej vývinovej úrovni jej dcéra je.

Vedela, že má určité ťažkosti s učením a nemá rovnaké schopnosti ako iné deti v jej veku čo sa týka spôsobu vyjadrovania. Myslela si však, že Mária nikdy nebude na rovnakej úrovni ako ostatné deti, pretože má odlišné tempo. Mária potrebovala iba podporu, aby dokázala reagovať na požiadavky učiteľky. Preto sa formálne posúdenie vývinu uskutočnilo za prítomnosti matky a bola vypracovaná správa, ktorej výsledky boli oznámené rodine. Neskôr sa uskutočnilo stretnutie s rodinou, kľúčovým pracovníkom MIT a predškolskými a špeciálnymi pedagógmi s cieľom určiť typ podpory, ktorú bude Mária potrebovať v nasledujúcom školskom roku, a zdefinovať dokumenty a informácie, ktoré sa budú používať v procese prechodu, čo by jej uľahčilo začlenenie do nového vzdelávacieho prostredia.

Takto sa do jej plánu prechodu zahrnulo niekoľko opatrení, ktoré sa majú vypracovať:

Formálne posúdenie vývinu uskutočnené kľúčovým pracovníkom MIT a správa so všetkými dôležitými údajmi.

Návšteva základnej školy s Máriou a skupinou naplánovaná učiteľkou z materskej školy s cieľom oboznámiť sa s prostredím a zvykmi (pre uľahčenie prispôsobenia sa novej situácii).

Informácie poskytované rodine o type predpokladanej podpory na základnej škole.

Stretnutie všetkých účastníkov spolupracujúcich na podpore (rodina, KP, predškolskí a špeciálni pedagógovia).

Príprava procesu prechodu (Individuálny vzdelávací program „IVP“ s predpokladanými podpornými opatreniami a sumarizáciou podpory poskytovanej MIT).

Xavier

V januári 2015 sa nám Xavierova matka zverila, že ju znepokojuje jeho prechodu na základnú školu. Keď sme sa jej spýtali na dôvod obáv, povedala, že sa obáva najmä toho, že sa so Xavierom bude zaobchádzať inak ako s jeho rovesníkmi. Mala pocit, že jej obavy by vedelo rozptýliť stretnutie s pracovníkmi školy, ktorí by jej presne vysvetlili, akú podporu bude dostávať. Chcela, aby sa ešte pred nástupom do školy so Xavierom, jeho rodinou a tímom VI stretol školský psychológ, aby sa porozprávali o tom, akú podporu dostával doteraz, a naplánovali čo najmenej reštriktívnych podporných opatrení. Takto sa do jej plánu prechodu na ZŠ zapracovalo aj stretnutie zamerané na koordináciu medzi súčasnými a budúcimi poskytovateľmi podpory pre Xaviera a jeho rodinu.

O stretnutie so školou požiadala rodina a uskutočnilo sa vo februári 2015. Keď sa rozhodovalo o tom, kto by mal byť prítomný, matka navrhla psychológa, riaditeľa školy, špeciálneho pedagóga (o ktorom vedela, že mu už predtým poskytoval podporu) a kľúčového pracovníka VI. Na tomto stretnutí sa prebehla spoločná diskusia o vplyve vzdelávacích opatrení na začlenenie Xaviera, čo bolo hlavnou obavou rodiny. Riaditeľ školy matku ubezpečil, že opatrenia budú slúžiť ako pomoc pri učení, a nie ako reštrikcia alebo obmedzovanie účasti alebo inklúzie Xaviera. Keď sa rodina podelila o všetky informácie o podpore, ktorú dovtedy rodina a Xavier dostávali, ako aj o dosiahnutých výsledkoch, a keď učiteľ špeciálneho vzdelávania informoval o Xavierových kompetenciách, dohodli sa, že na začiatku školského roka učiteľka zavedie výchovné opatrenia zamerané na zvládnutie učiva na základnej škole s možnosťou prehodnotenia po oboznámení so Xavierovými výsledkami.

Po stretnutí sa matka vyjadrila, že sa cíti pokojnejšia, a že už nepovažuje za potrebné, aby sa školský psychológ stretol s Xavierom. Teraz sa jej zdalo lepšie, ak sa tento kontakt uskutoční až v prípade potreby a len v prostredí školy.

Skúsenosť MIT

**Prehodnotenie
IFSP**

Stručne povedané, aby sa zabezpečila pre rodinu a dieťa adekvátne podpora zameraná na ich potreby a želania, odborníci musia zabezpečiť efektívny proces prechodu, ktorý dieťa a rodinu pripraví na úspešné zvládnutie obdobia po ukončení V.

**Spätná väzba
rodiny
k procesu**

Podmienky individualizovaného a efektívneho prechodu na základe otázok a preferencií rodiny:

- poskytovanie informácií, aby rodičia mohli robiť opodstatnené rozhodnutia týkajúce sa budúcnosti ich dieťaťa;
- povzbudzovanie rodičov k návšteve, pozorovaniu a rozhovorom s ľuďmi v kontexte alebo v službách poskytovaných dieťaťu;
- rozhovor s rodičmi o ďalších informáciách, o ktoré majú záujem, a o najlepšom spôsobe ich získavania;
- vypracovanie plánu prechodu spoločne s rodinou, zadefinovanie následných krokov, získavanie potrebných informácií a identifikácia osôb, ktoré majú byť do procesu zapojené;
- zavedenie postupov založených na spolupráci medzi odborníkmi, rodinami a odborníkmi VI do procesu prechodu;
- analýza a vyhodnotenie požiadaviek budúceho kontextu dieťaťa a

- zachovávanie podpory tým, že odborník VI bude rodine vo fáze adaptácie na nový kontext k dispozícii ako zdroj.

(prevzaté z Winton, 1996)



NA ZAMYSLENIE

Zamyslite sa nad aktivitami, ktoré je potrebné uskutočniť v rámci prípravy a implementácie plánu ukončenia využívania služieb včasnej intervencie. Pracujte individuálne alebo v skupine a ako pomôcku môžete použiť Prílohu 1.B.

Príloha 1. A

Prehľad modelov poskytovania služieb (prevzaté z McWilliam a Scott, 2003)

Model	Miesto	Zameranie podpory	Rovesníci	Kontext	Úloha predškolského pedagóga
Spolupráca s predškolským pedagógom (kolaboratívne poradenstvo)	V triede alebo mimo triedy	Na predškolského pedagóga podľa potrieb dieťaťa	Pritomní, ak sa uskutočňuje v triede; neprítomní, ak sa uskutočňuje mimo triedy	V triede alebo mimo triedy	Výmena informácií a názorov s KP; pomáha plánovať ďalšie podporné stretnutia; poskytuje a získava spätnú väzbu; nadväzuje partnerstvo s KP
Individuálne v rámci bežných činností	V triede, kdekoľvek sa dieťa nachádza	Priamo, ale nie výlučne na dieťa	Zvyčajne prítomní	Trieda, kdekoľvek sa cieľové dieťa nachádza	Plánovanie a uskutočňovanie činností vrátane cieľového dieťaťa; pozorovanie interakcie KP s dieťaťom; poskytovanie informácií pred poskytovaním podpory a výmena informácií s KP po zvyčajných činnostiach
Skupinová aktivita	V triede, malé skupiny alebo veľká skupina	Na všetky deti v skupine a na interakcie rovesníkov s dôrazom na osobitné potreby detí	Všetky alebo niektoré deti v skupine majú osobitné potreby	Trieda, malá alebo veľká skupina	Ak v malej skupine, pracuje s ostatnými deťmi; ak je to možné, pozoruje alebo sa zúčastňuje na práci podpornej skupiny. Ak vo veľkej skupine, pozoruje skupinovú činnosť a zapája sa do nej. Podieľa sa na plánovaní aktivít vo veľkej a ak možno aj v malej skupine.
Individuálne s učiteľom v triede	V triede, často oddelene od ostatných detí	Priamo na funkčné schopnosti dieťaťa	Pritomní, ale nezapájajú sa do podpory	Iný ako zvyšok triedy	Vykonáva činnosti, hrá sa s ostatnými deťmi; zabezpečuje, aby deti nerušili poskytovanie podpory; málokedy pozoruje poskytovanie podpory; poskytuje a získava informácie po ukončení podpory
Práca v malých oddelených skupinách	Kdekoľvek mimo klasickej triedy	Priamo na funkčné zručnosti dieťaťa s osobitnými potrebami	Je prítomných 1 – 6 rovesníkov	Iný ako zvyšok triedy	Poskytuje a získava informácie pred aj po ukončení podpory; spoločne s KP si dohodne harmonogram a rozhodne, ktoré deti sa zúčastnia na aktivitách
Práca s jednotlivcom oddeleným od skupiny	Kdekoľvek mimo klasickej triedy	Priamo na funkčné zručnosti dieťaťa	Nie sú prítomní	Iný ako zvyšok triedy	Poskytuje a získava informácie pred aj po ukončení podpory

Inkluzívne



Segregačné



Príloha 1.B

Praktické cvičenie

Podíme si krok po kroku vypracovať plán prechodu do nového kontextu:

Je opodstatnené pripraviť rodinu na prechod z VI na iné služby?

Zamyslime sa spoločne nad nasledujúcim tvrdením:

„Na úspešný prechod je nevyhnutná kontinuita služieb!”

Individuálne:

- Odôvodnite svoj súhlas alebo nesúhlas v rozsahu jedného odseku.

Ako skupina:

- Prečítajte ostatným svoje odpovede a diskutujte o nich.
- Napíšte závery.

Na základe prípadu podporeného vašim MIT sa zamyslite nad aktivitami, ktoré ste realizovali počas prípravy a implementácie plánu prechodu po ukončení včasnej intervencie.

Príprava plánu prechodu

I – V ktorej fáze spolupráce s rodinou ste diskutovali o jej želaniach ohľadom budúcnosti dieťaťa po ukončení podpory VI?

Uvedte fázu:

Uvedte želanie rodiny ohľadom budúcnosti:

II – V ktorej fáze vám rodina povedala svoje želanie ohľadom typov programov, miest a aktivít, do ktorých by sa ich dieťa malo zapájať po ukončení VI?

Uvedte programy, miesta a aktivity:

III – Poskytli ste rodine informácie o VŠETKÝCH jestvujúcich možnostiach pre dieťa a rodinu po dosiahnutí veku 6 rokov (alebo v inom veku, v ktorom je aktuálny prechod)?

Uvedte jestvujúce možnosti, ktoré umožňujú uspokojenie potrieb detí a rodín:

IV – Poskytli ste rodine písomné informácie o týchto možnostiach alebo ste ju povzbudili, aby ich sama vyhľadávala?

Uvedte, ako ste rodinu povzbudzovali k tomu, aby sa oboznámila s rôznymi možnosťami:

V – Vypracovali ste s rodinou plán prechodu obsahujúci ciele a aktivity, ktoré rodinu a dieťa pripravujú na úspešný prechod po ukončení VI?

Uveďte ciele a aktivity, ktoré budú viesť k úspešnému prechodu:

Implementácia plánu prechodu

I – Vysvetlili ste rodine platné právne predpisy, nariadenia a stanovené termíny a postupy (plány prechodu, zber údajov a plánovacie stretnutia)?

Uskutočnené aktivity:

II – Pomohli ste rodine pripraviť formálny posudok, ktorý by dieťa mohlo potrebovať?

Uskutočnené aktivity:

III – Podporili ste rodinu pri plánovaní stretnutí súvisiacich s prechodom s účastníkmi, ktorí sa budú s dieťaťom zaoberať po ukončení VI?

Uskutočnené aktivity:

IV – Podporili ste rodinu v snahe o zabezpečenie kontinuity podpory, ak to bolo potrebné?

Uskutočnené aktivity:



V – Vnímali ste emócie a pocity spojené s ukončením vzťahu s rodinou a pomohli ste jej sústrediť sa na pozitívnu budúcnosť?

Uskutočnené aktivity:

VI – Oslavujete s rodinou alebo inými opatrovateľmi úspechy a radosti, ktoré ste zažili s dieťaťom?

Uskutočnené aktivity:

Čo ste pri príprave tohto plánu prechodu s rodinou považovali za mimoriadne dôležité dosiahnuť:

Dieťa	Rodina	Iné služby

Na spoločné zamyslenie:

V procese prípravy a implementácie plánu prechodu:

Poskytli ste rodine všetky informácie potrebné na rozhodovanie o tom, čo zamýšľa s budúcnosťou svojho dieťaťa?

Poskytli ste rodine jednoduchý prístup k zdrojom údajov, ktoré by mohli byť užitočné a dôležité pri jej rozhodovaní (miesta, odborné texty, právne predpisy, udalosti atď.)?

Rešpektovali ste rozhodnutia rodiny týkajúce sa služieb, ktoré jej dieťa môže v budúcnosti využívať alebo nevyužívať?

Rozhodovala rodina o cieľoch plánu prechodu a procesoch uplatňovaných pri dosahovaní týchto cieľov?

Môže sa väčšina cieľov zadaných v pláne prechodu dosiahnuť v stanovenom období prípravy na prechod?

Ponúkli ste rodine rôzne možnosti služieb a dostupné zdroje na dosiahnutie cieľov stanovených v pláne prechodu?

(prevzaté z Brass Tacks, 1993)



Integrovaný systém včasnej intervencie: medzirezortná a transdisciplinárna spolupráca

5. KAPITOLA

Táto kapitola zohľadňuje nielen záujmy odborníkov pracujúcich v miestnych intervenčných tímoch (ďalej MIT), ale aj ďalších odborníkov, ktorých úlohou je plánovanie, organizácia a koordinácia služieb súvisiacich s včasnou intervenciou.

Politiky a skúsenosti z práce s deťmi v ranom veku nie sú jednotné, sú značne komplikované a v úvodnej fáze mätúce, a tým aj zvlášť problematické pre segmenty obyvateľstva s obmedzenými zdrojmi a špecifickými potrebami... Štát a ľudia zodpovední za politické rozhodnutia sa mali už dávno odvážne postaviť k plánovaniu a implementácii koordinovanej a funkčnej infraštruktúry, ktorá by znížila tradičnú fragmentáciu politík a programov pre deti v ranom veku. (Správa Výboru na integráciu vedeckých prístupov v oblasti raného vývinu dieťaťa Národnej akadémie vied USA, 2000)

(Shonkoff a Phillips, 2000, str. 399)

Predstavitelia výkonnej a legislatívnej moci v každej krajine zodpovedajú za definíciu politík a rozhodnutí ohľadom opatrení, alokácie investícií a zdrojov, ktoré reagujú na potreby detí v ohrození, prípadne detí s vývinovými poruchami a ich rodín.

V súvislosti s organizáciou služieb včasnej intervencie a integrovanými systémami Guralnick (2012) kladie dve zásadné a navzájom súvisiace otázky: Ako zabezpečiť, aby v rámci prijímania rozhodnutí o opatreniach, investovaní a alokovaní zdrojov rozhodujúce osoby uprednostnili implementáciu „ideálnych postupov overených praxou“ pre deti a ich rodiny namiesto tých „menej odporúčaných“? Vychádzajú politici s rozhodovacou právomocou pri tvorbe politík a v praxi z vedecky podložených informácií, empirických dát a dôkazov a z ich implikácií? Tieto dve zásadné otázky sú v princípe jadrom tejto kapitoly, venovanej stratégiám a systematickej organizácii služieb včasnej intervencie.

5.1. Potrebujeme dialóg medzi vedou a tvorbou politík

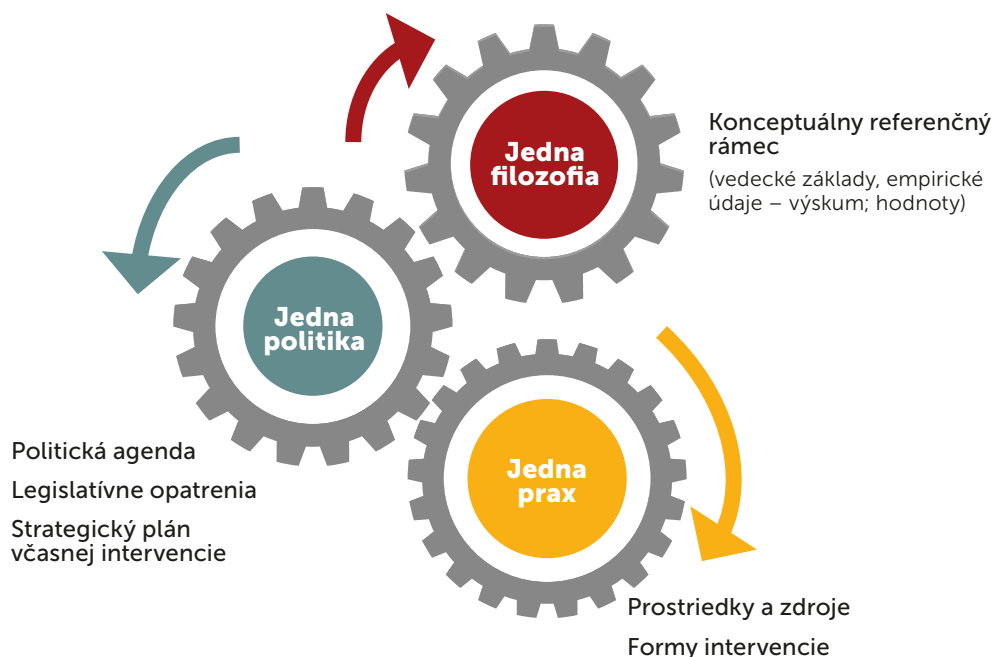
Nasledujúce upozornenie je z roku 2000 a jeho autorom je Výbor na integráciu vedeckých prístupov v oblasti raného vývinu dieťaťa Národnej akadémie vied USA, ktorý hovorí:

„(...) interakcia medzi vedou v oblasti raného vývinu dieťaťa, tvorbou politik a praxou je problematická a je nutné ju opätovne nastaviť (...)“ (Shonkoff a Phillips, 2000, str. 4). Uvedené platí aj na medzinárodnej úrovni.

Zúženie priepasti medzi „tým, čo vieme, a tým, čo robíme“ a testovanie inovácií a vedec-kého pokroku v službách verejných politik a v profesionálnej praxi predstavuje rozhodujúci faktor skvalitnenia služieb poskytovaných deťom počas prvých rokov života a predovšetkým to platí o deťoch, ktoré sú zraniteľnejšie či už z biologických dôvodov, a/alebo na základe prostredia a rodín, v ktorých vyrastajú.

Mali by sme mať na pamäti, že keď hovoríme o včasnej intervencii, nesmieme ju vnímať len ako samotnú podpornú prax alebo poskytovanie služieb. Musíme ju brať ako spojenie medzi filozofiou, politikami a praxou – tromi základnými dimenziami, ktoré by mali medzi sebou koherentne a konzistentne komunikovať (obrázok 5.1).

Obrázok 5.1 Dialóg medzi vedou, tvorbou politik a praxou: aký druh včasnej intervencie?



Napriek jestvujúcim obmedzeniam však musíme akceptovať, že v tomto dialógu nastal v oblasti raného vývinu dieťaťa na medzinárodnej úrovni dôležitý pokrok. Môžeme konštatovať, že uplatňovanie vedeckých poznatkov a výsledkov výskumu pri tvorbe politik a v praxi ako takej v priebehu rokov prispelo k rozvoju modelov včasnej intervencie, a to z hľadiska jej konceptuálneho rámca, organizácie profesionálnych asistenčných služieb pre rodiny a deti, ako aj z hľadiska politickej agendy vo sfére detskej problematiky v rôznych krajinách (NSCDC, 2007).

5.1.1. Potrebujeme investovať do prvých rokov života

Investícia do prvých rokov života dieťaťa sa stala prioritou a strategickým odporúčaním vedeckej komunity a medzinárodných organizácií, ktoré spoločne vyzývajú, aby sa venovala

väčšia pozornosť ranému vývinu dieťaťa a kvalite života malých detí a ich rodín (UNESCO, 2009; UNICEF, 2014).

Niektoré krajiny už postupne prijali verejné politiky, ktoré formujú národnú stratégiu starostlivosti o deti v kombinácii s rodinnými politikami. Cieľom je preventívne podporovať a presadzovať rozvoj a garantovanie práv (Britto a kol., 2013; Graham Allen, 2011a, 2011b; Shonkoff a Bales 2011). Medzinárodný Dohovor OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím spolu s Dohovorom o právach dieťaťa rámujú politickú agendu a kroky osôb zodpovedných za rozhodnutia a tvorbu politík, ako aj osôb zodpovedných za problematiku detí ako takých, najmä detí so špeciálnymi potrebami.

Potreba znížiť riziko, prípadne zabrániť vplyvu rizikových faktorov a zároveň presadzovať rozvoj a kvalitu života zraniteľnejších detí v čo možno najranejšom štádiu vývinu sa stali morálnym a dokonca aj právnym imperatívom, ktorý je uznávaný ako jedna z najlepších foriem investície, aké môžu krajiny uskutočniť v snahe znížiť nerovnosť a podporovať sociálny a hospodársky rozvoj spoločnosti ako celku.

Včasná intervencia a prevencia sú základom rozvoja efektívnejších a účinnejších politík, keďže verejné výdavky na riešenie dôsledkov detskej chudoby a sociálneho vylúčenia sú zvyčajne vyššie ako náklady na intervenciu v ranom veku dieťaťa.

Odporúčanie Európskej únie (2013/112/EÚ)
„Investícia do detí: prelomenie cyklu znevýhodnenia“ (L 59/5)

Investícia do prvých rokov života dieťaťa v skutočnosti prináša jednu z najvyšších návratností zo sociálneho a hospodárskeho hľadiska, a to nielen rodinám, ale aj celej spoločnosti a krajine ako takej (Britto a kol., 2012; Shonkoff, 2010; UNESCO, 2009; WHO, 2012). Včasná intervencia počas prvých rokov života zacielená na deti so zdravotným znevýhodnením a ich rodiny tento cieľ pomáha dosahovať.

5.1.2. Včasná intervencia: Iný spôsob myslenia, plánovania a intervencie

Včasná intervencia sa postupne etablovala aj medzinárodne ako inovatívny model integrovanej intervencie pri poskytovaní podpory deťom a rodinám v snahe zabrániť fragmentácii tradičných liečebných a rehabilitačných postupov, ktorá je charakteristická pre politiky a služby adresované deťom a rodinám zo strany rôznych orgánov a inštitúcií (Felgueiras, Bairrão a Castanheira, 1988; Guralnick, 2005, 2012; Shonkoff, 2010).

Systematické a ekologické vízie (Bronfenbrenner, 1979, Bronfenbrenner a Morris, 1998), kľúčová úloha rodiny vo vývine detí (Guralnick, 2005; Shonkoff, 2010) alebo prístup zameraný na rodinu (Dunst, Trivette a Deal, 1988) sa odrážajú nielen priamo v práci odborníkov a tímov s rodinami a deťmi, ale nevyhnutne aj v definovaní verejných politík a organizačných modelov systémov a služieb včasnej intervencie.

Organizácia služieb a manažment zdrojov a financií v oblasti včasnej intervencie týmto čelí novým dôležitým výzvam. Postupne sa začal uplatňovať princíp spolupráce medzi jednotlivými rezortmi (zdravotníctvo, školstvo a sociálna oblasť) a oblasťami, ako aj integrácia

**Národná
stratégia
zameraná na
detstvo?**

**Včasná
intervencia,
inovatívny
model
integrovannej
intervencie**

politik a legislatívnych opatrení, ktoré umožňujú adekvátnejšie a komplexnejšie reagovať na potreby detí a rodín a dosahujú efektívnejšie a trvácnejšie výsledky.

Je len prirodzené a žiaduce, že spôsob organizácie služieb v oblasti včasnej intervencie sa v jednotlivých krajinách vyznačuje vysokou diverzitou, zohľadňujúc rozdielnosť politických, sociálnych a kultúrnych kontextov. V rámci medzinárodnej komunity je však záujem a snaha zdefinovať spoločný referenčný rámec týchto služieb. Guralnick uvádza zoznam akčných princípov, ktoré v rôznych krajinách výrazne ovplyvnili organizáciu služieb a systémov včasnej intervencie na jednotlivých úrovniach (lokálnej, regionálnej a celoštátnej). Vzájomné prepojenie týchto princípov sa v praxi pretavuje do intervenčných postupov zameraných na rodinu, ako sme to videli v predchádzajúcich kapitolách (Guralnick, 2005, 2008, 2013).

Relevantné princípy pre systémy včasnej intervencie

1. **Vývinový rámec** a centrálna úloha rodiny musia byť prítomné vo všetkých zložkách systému včasnej intervencie;
2. **Integrácia a koordinácia** musia byť prítomné na všetkých úrovniach systému včasnej intervencie;
3. **Inklúzia a participácia** detí a rodín v rámci typických komunitných programov a aktivít musia predstavovať ciele systému včasnej intervencie;
4. Procesy včasnej detekcie a identifikácie musia byť implementované v najskoršom možnom štádiu;
5. Sledovanie a monitoring musia predstavovať integrálnu súčasť systému včasnej intervencie;
6. Všetky súčasti systému včasnej intervencie musia byť individualizované;
7. Efektívny proces hodnotenia a spätnej väzby musia byť jasnou súčasťou systému včasnej intervencie;
8. Efektívne partnerstvá s rodinami si vyžadujú citlivý prístup ku kultúrnym rozdielom a pochopenie ich vývinových implikácií;
9. Odporúčania rodinám a aplikované postupy musia byť založené na empirických dôkazoch;
10. Systematická perspektíva zahŕňa rešpektovanie vzájomných vzťahov medzi všetkými zložkami systému.

(Guralnick, 2005, str. 6)

Niektoré z uvedených princípov zdôrazňujeme, keďže sú mimoriadne dôležité pri návrhoch na preformulovanie politik a služieb (Guralnick, 2005; Pinto a kol., 2012):

- **Vývinová perspektíva a centrálna úloha rodiny** reflektujú proces vývinu dieťaťa a zdôrazňujú primárnu úlohu rodiny;
- **Perspektíva integrácie a koordinácie** služieb včasnej intervencie zdôrazňuje tímovú prácu, spoluprácu medzi odborníkmi a rodinami v celom procese vyhodnocovania a intervencie a integráciu služieb a systémov na regionálnej a celoštátnej úrovni;
- **Perspektíva inklúzie a participácie** detí a rodín v prirodzených kontextoch a zdrojoch a aktivitách typických pre danú komunitu.

Guralnick (2008) tiež píše, že hlavnú výzvu pre mnohé krajiny predstavuje spôsob, ako uvedené princípy pretaviť do politik a postupov, ktoré efektívne naplňajú potreby rodín aj detí.

Treba spomenúť, že inovatívna povaha portugalských politík včasnej intervencie získala medzinárodné uznanie vďaka špecifickej legislatíve v oblasti včasnej intervencie (Vládne nariadenie 281/2009), ktorá ustanovila systém zdieľania zodpovednosti medzi jednotlivými ministerstvami, čo v iných krajinách nie je celkom bežné. Portugalsko tak prijalo celoštátnu verejnú politiku v oblasti včasnej intervencie a súčasne prijalo sociálny záväzok voči rodinám a deťom, ktoré potrebujú tento typ podpory.

**Inovatívna
povaha SNIPI**

5.2. Integrovaný systém medzirezortnej spolupráce pri poskytovaní včasnej intervencie

Z historickej perspektívy mali snahy o medzirezortnú spoluprácu medzi jednotlivými službami neformálnu povahu a často boli výsledkom inovatívnych projektov odborníkov a miestnych komunit. Niekoľko príkladov pochádza práve z Portugalska (Felgueiras, Bairrão a Castanheira, 1988; Pinto a kol., 2009).

Silné dôkazy o výhodách spolupráce medzi jednotlivými rezortmi a oblasťami v rámci včasnej intervencie a uznanie náročnosti danej úlohy poukázali na potrebu plánovania a uvedenia formálnych mechanizmov spolupráce do praxe. Týka sa to nielen organicko-administratívnej povahy spolupráce medzi rôznymi systémami a službami (verejnými a neverejnými), ale aj ustanovenia a konsolidácie tímovej práce medzi odborníkmi z rôznych oblastí.

**Formálne
mechanizmy
spolupráce**

Hoci má tento trend rôzne formy, je bežný vo viacerých krajinách a istým spôsobom ho vystihuje práve vývoj, ktorého svedkami sme boli v Portugalsku. V krajine vznikla potreba vytvoriť špecifickú legislatívu, ktorá by formálne zadefinovala celoštátny systém včasnej intervencie (nazývaný SNIPI, t. j. Národný systém včasnej intervencie). Ako sme už videli v 2. kapitole (1. časť), SNIPI vo svojej podstate predstavuje integrovaný model riadenia služieb a zdrojov na základe spolupráce viacerých aktérov (vrátane inštitúcií neverejného a verejného sektora) a rodín vo forme integrovanej aktivity zameranej na deti vo veku do šesť rokov a ich rodiny.

Čo však máme presne na mysli, keď hovoríme o integrovaných systémoch medzirezortnej spolupráce v rámci včasnej intervencie?

Všetky integrované systémy včasnej intervencie sú založené na koordinácii alebo spolupráci medzi najvýznamnejšími rezortmi (zdravotníctvo, školstvo a sociálne veci), ktorej cieľom je integrácia politík, systémov a služieb od najvyšších úrovni plánovania a prijímania rozhodnutí na celoštátnej a „makro“ úrovni až po tímy, ktoré majú na starosti samotnú intervenciu v rodinách a komunitách (Bruner, 1991; Bruder a Bologna, 1993; Bruder, 2010; Fine, Pancharatnam a Thomson, 2005). Viacerí autori, konkr. Fine a kol. (2005), tieto jednotlivé úrovne pomenovali, a my ich tak môžeme identifikovať aj v systéme SNIPI (tabuľka 5.1).

**Medzirezortná
spolupráca**

Mechanizmy koordinácie a spolupráce fungujú nielen horizontálne, t. j. medzi jednotlivými rezortmi na každej úrovni systému (národná, regionálna a miestna), ale aj vertikálne (v rámci každého rezortu).

Tabuľka 5.1 Úrovně spolupráce a integrácie v rámci systému včasnej intervencie

Makroúroveň
<ul style="list-style-type: none">Zahŕňa medzirezortnú spoluprácu na centrálnej úrovni pri definovaní a rozhodovaní o: politikách a legislatívnych opatreniach; národnom akčnom pláne a medzirezortných vzťahoch; financovaní; riadení a koordinácii zdrojov; hodnotení a medzirezortnej kontrole. V prípade Portugalska ju predstavuje Národný koordinačný výbor SNIPI.
Stredná úroveň
<ul style="list-style-type: none">Súvisí s úrovňou koordinácie a medzirezortnou spoluprácou na regionálnej úrovni: identifikácia potrieb v teréne; plánovanie a organizácia tímov včasnej intervencie; monitorovanie systému. V prípade Portugalska korešponduje s piatimi regionálnymi výbormi SNIPI.
Mikroúroveň
<ul style="list-style-type: none">Súvisí s tímovou prácou, vzťahmi v rámci vzájomnej spolupráce medzi odborníkmi z rôznych typov komunitných služieb a medzi odborníkmi a rodinami; priamou intervenciou, od diagnostiky až po spracovanie a implementáciu individuálneho plánu včasnej intervencie, v ktorom zohráva zásadnú rolu kľúčový pracovník služieb ako integrálna súčasť transdisciplinárneho tímu. V prípade Portugalska korešponduje s miestnymi intervenčnými tímami SNIPI.

Medzirezortná spolupráca

Na druhej strane, spolupráca nemôže byť obmedzená iba na medzirezortnú úroveň, ale musí fungovať aj v rámci jednotlivých ministerstiev (obrázok 5.2).

Obrázok 5.2 Medzirezortná spolupráca



V rámci každého rezortu sa musia ustanoviť akčné mechanizmy a mechanizmy na koordináciu politik medzi jednotlivými sekciami/oddeleniami od prípravy legislatívy až po plánovanie, financovanie, organizáciu zdrojov a poskytovanie služieb s cieľom vyhnúť sa zbytočnému nesúladu, rozporom, dualite a nadbytočným výdavkom.

Ak jestvuje integrovaný a koordinovaný systém služieb včasnej intervencie ako je to v prípade SNIPi, je dianie vo vnútri daného systému rovnako dôležité ako vzťahy v rámci spolupráce, ktoré je potrebné nastaviť medzi samotným systémom včasnej intervencie a jeho jednotlivými súčasťami (zdravotníctvo, školstvo, sociálne veci) a samotnou komunitou. Táto potreba je zjavná najmä z hľadiska dvoch kľúčových zložiek procesu poskytovania včasnej intervencie:

- **(Včasná) detekcia, identifikácia a odporúčanie** – je dôležité zlepšiť mechanizmy spolupráce medzi systémom poskytovania včasnej intervencie a inými zdravotníckymi službami, aby sa napríklad dosiahla čo najvčasnejšia identifikácia detí a ich odporúčanie k špecialistom a mohlo sa s nimi začať pracovať. Tento problém nie je špecifický len pre Portugalsko, ale je bežný aj v iných krajinách. Vyžaduje si mimoriadnu pozornosť, najmä ak berieme do úvahy neskorú detekciu a odporúčanie detí k špecialistom predovšetkým v zdravotníckom systéme. Dôsledkom je, že mnohé deti začínajú v systéme včasnej intervencie vo veľmi neskorom veku, hoci sa s intervenciou mohlo začať oveľa skôr (Felgueiras a kol., 2006; Franco a Apolónio, 2008).
- **Plánovanie prechodu** – predstavuje dôležitú zložku IFSP (individuálneho plánu podpory rodiny), ktorá si vyžaduje úzku spoluprácu medzi tímami včasnej intervencie, rodinami a odborníkmi z rôznych zapojených vzdelávacích štruktúr a ďalších aktérov s cieľom spoločnej prípravy procesu prechodu dieťaťa na poskytovanie iného druhu starostlivosti, programu alebo vzdelávacieho cyklu.

Ak sa vrátíme k rozličným úrovňam alebo fázam integrovaného systému služby včasnej intervencie (pozri tabuľka 5.1), podľa hodnotiacich štúdií UNICEF-u (Britto a kol., 2013) sa hlavné problémy vyskytujú v horizontálnej koordinácii a v spolupráci medzi rezortmi, a to najmä na strednej a regionálnej úrovni. Na strednej úrovni sa všeobecne preferuje vertikálna koordinácia, predovšetkým mechanizmy, ktoré hierarchicky závisia od administratívy a podpory obehu informácií a komunikácie medzi jednotlivými úrovňami. Fáza sledovania a monitoring miestnych tímov inštitúciami na strednej úrovni je často spracúvaná v rámci jednotlivých rezortov, a teda nie na integrovanej a spoločnej medzirezortnej báze.

**Ťažkosti
v horizontálnej
spolupráci na
strednej úrovni**

Optimalizácia výkonnosti na všetkých uvedených úrovniach systému si vyžaduje vývoj od fázy samotnej koordinácie smerom ku vzťahom na báze efektívnej spolupráce medzi jednotlivými aktérmi (Brown a Conroy, 1997).

5.2.1. Spolupráca: kľúčová zložka v rámci včasnej intervencie

O čom teda vlastne hovoríme, keď spomíname spoluprácu? V slovníku nájdeme nasledujúcu definíciu slova „spolupráca“: „kooperatívna činnosť alebo spoločná práca na rovnakom zadaní či pracovnej úlohe...; akt alebo výsledok kolaborácie; (...) skupina ľudí, ktorí kooperujú alebo participujú na práci, úlohe či publikácii...; skupina spolupracovníkov.“ (Slovník súčasného portugalského jazyka, 2001).

**Ako definujeme
spoluprácu?**

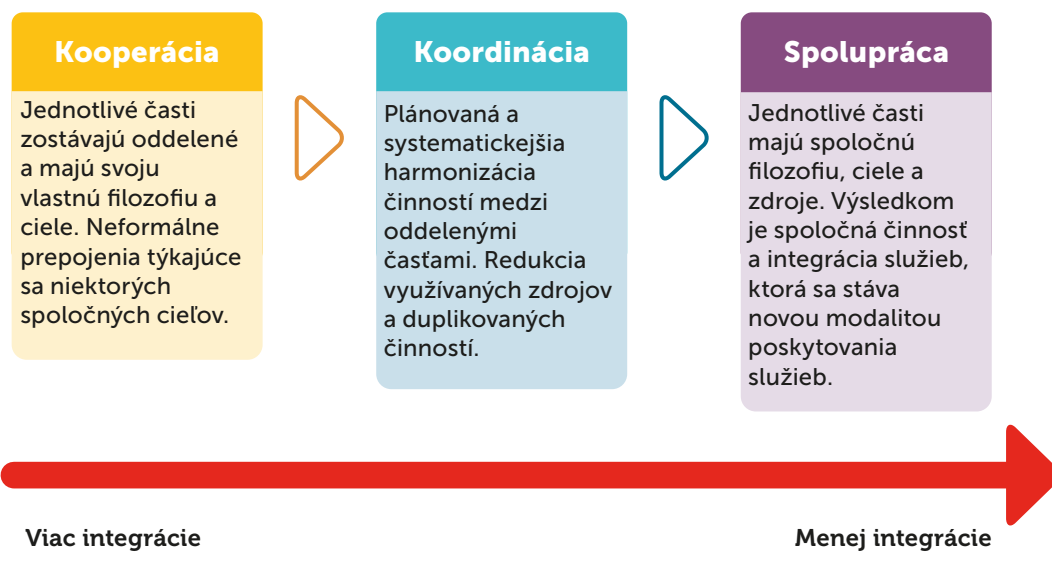
Bruner (1991) v súvislosti s organizáciou poskytovania služieb deťom definuje spoluprácu nasledovne:

... proces na dosiahnutie cieľov, ktoré by sa nedali dosiahnuť, keby jednotliviec pracoval v izolácii (alebo prinajmenšom by sa nedali dosiahnuť rovnako efektívne, ako keď sa na nich pracuje spoločne). (str. 6)

Uvedený autor zároveň zdôrazňuje významnú úlohu komunikácie a koordinácie v danom procese.

Autori používajú súvislosti s modelmi vzájomných vzťahov a organizáciou služieb poskytovaných deťom a ich rodinám pojmy ako spolupráca, koordinácia, kooperácia a dokonca aj integrácia viac-menej bez zásadného rozlíšenia. Uvedené slová však majú odlišné významy a dajú sa vnímať ako isté kontinuum na základe špecifického druhu prepojenia vybudovaného medzi jednotlivými typmi odborných služieb (obrázok 5.3). Spolupráca predstavuje stratégiu s vyššou intenzitou a štruktúrou v kombinácii s vyššou mierou vzájomnej závislosti medzi jednotlivými partnermi (Boavida, 1998; Bruder a Bologna, 1993; Fine a kol., 2005; McDonald a Rosier, 2011).

Obrázok 5.3 Kontinuum spolupráce



Kľúčový princíp spolupráce medzi jednotlivými aktérmi a službami je založený na tom, že problémy a ich riešenia aktéri medzi sebou zdieľajú. Dobrá interakcia a účinná komunikácia sú kľúčové z hľadiska konsolidácie procesu spolupráce. Nemali by sme zabúdať ani na to, že spoluprácu nadväzujú medzi sebou konkrétni ľudia, a nie inštitúcie (Bruner, 1991).

STRUČNÉ ZHRNUTIE

- Spolupráca predstavuje prostriedok na dosiahnutie cieľa, nie cieľ samotný;
- Efektívne a integrované intervencie sa budujú a etablujú práve prostredníctvom spolupráce, ktorá umožňuje konvergenciu aktivít a komplementárnosť rozličných čiastkových systémov a oblastí s cieľom komplexne a integrovane reagovať na mnohé potreby detí a ich rodín.

5.2.2. Integrovaný systém medzirezortnej spolupráce: Prečo?

Poskytovanie služieb včasnej intervencie sa nachádza na križovatke medzi tromi hlavnými strategickými oblasťami – detstva, rodiny a zdravotného postihnutia či znevýhodnenia – a je zrejme potrebné konvergencie aktivít, príspevkov z rozličných oblastí a zdieľania zodpovednosti najmä medzi tromi dominantnými rezortmi, t. j. zdravotníctvom, školstvom a rezortom sociálnych vecí a rodiny.

Pokrok v oblasti vedeckých poznatkov a empirických údajov potvrdili potrebu systémov integrovanej spolupráce, ktoré by predstavovali alternatívu voči tradičnej podpore a fragmentovanej praxi (Dunst, 2005; Guralnick, 2005, 2013; McWilliam, 1996; Pinto a kol., 2012; Shonkoff, 2010; Shonkoff a Bales 2011; Simeonsson, 2000), konkrétne:

- **Presvedčivé dôkazy svedčiace o slabej efektívite a len dočasných účinkoch paralelnej a fragmentovanej podpory** poskytovanej deťom a/alebo rodinám, ktoré sú vytrhnuté z prirodzeného prostredia;
- **Aktuálne vedomosti o faktoroch ovplyvňujúcich vývin dieťaťa**, o kľúčovej úlohe rodiny a spôsobe učenia malých detí;
- **Akceptácia skutočnosti, že potreby detí a ich rodín sú rôznorodé a komplexné**, a vyžadujú si preto zladené a spoločné opatrenia, riešenia a integrované transdisciplinárne intervencie zamerané na rodinu

Preto sa v oblasti poskytovania včasnej intervencie stavia na modely spolupráce, ktoré zapájajú integrované systémy s rôznymi úrovňami spolupráce, spolupráce medzi odborníkmi a rodinami, transdisciplinárnu tímovú prácu, ako aj tímovú prácu zameranú na rodinu, aktivitu kľúčových pracovníkov v jednotlivých rodinách a vzájomné konzultácie medzi odborníkmi.

STRUČNÉ ZHRNUTIE

Integrovaný systém medzirezortnej spolupráce je výsledkom:

...potreby prekonať pretrvávajúcu fragmentáciu, ktorá je typická pre systémy v zdravotníctve, školstve a sociálnych službách, prostredníctvom integrovaného, vedecky podloženého rámca, a nie vyrokúvaním zmlúv medzi jednotlivými agentúrami a inštitúciami a medzi koncepcie nesúvisiacimi programami.

(Shonkoff, 2010, str. 363)

5.2.3. Integrovaný systém medzirezortnej spolupráce: Prečo?

Medzirezortné a transdisciplinárne modely sa osvedčili v rôznych fázach celého systému od horných úrovní až po intervenčné tímy v teréne.

Koordinácia intervenčných politík sa snaží reagovať na tri hlavné problémy:

- **Nadbytočnosť** – prípady, keď rovnakú činnosť zbytočne poskytujú dve alebo viaceré zložky;

- **Medzery** – prípady, keď potrebnú činnosť neposkytuje nikto;
- **Nekoherentnosť** – prípady, keď verejné politiky s vplyvom na rovnakých príjemcov majú protichodné ciele.

[Hood, 2005, citovaný v Marques (Coord.), 2014, str. 23]

Systém integrovanej zodpovednosti formálne zdieľanej medzi rôznymi rezortmi a službami je kľúčový, ak chceme dosiahnuť koordináciu v plánovaní, organizácii služieb a zapojení zdrojov, zohľadňujúc charakteristiky danej komunity a jej potreby (Bruder, 2010; Bruder a Bologna, 1993; Fine a kol., 2005).

Efektívna spolupráca a zdieľanie vedomostí a zdrojov by mohli uľahčiť a urýchliť prístup rodín k službám, zabezpečiť, že podporu budú určovať a definovať problémy a priority danej rodiny, a nie povaha služby ako takej alebo typ odborníkov, ktorí sú práve dostupní. Podporilo by sa aj vymedzenie spoločných cieľov zameraných na rodinu a spoločných krokov na ich dosiahnutie (Limbrick, 2011; Moore, 2008). Zároveň sa tak môžu redukovať nekoordinované a menej účinné typy podpory a činností a optimalizovať využívanie zdrojov a činnosť odborníkov (Bruner, 1991).

Skutočnosť, že rodiny musia paralelne komunikovať s rôznymi odborníkmi – zvyčajne z rôznych typov služieb –, občas vedie k poklesu kvality poskytovaných služieb, k nedostatku informácií, prípadne až k rozporom prameňiacim z absencie komunikácie a koordinácie medzi odborníkmi a službami.

Paralelné a nekoordinované činnosti sú často nielen nadbytočné, ale predstavujú aj dodatočný stresový faktor pre rodiny.

Spolupráca medzi odborníkmi z rôznych oblastí a medzi odborníkmi a rodinami, ktorá je charakteristická pre modely transdisciplinárnej tímovej práce, a činnosť kľúčových pracovníkov v rodine sú preto z hľadiska kvality a účinnosti včasnej intervencie rozhodujúce (Bruder, 2000; Carpenter, 2005; Franco, 2015; Guralnick, 2000, 2013; McWilliam, 2010).

STRUČNÉ ZHRNUTIE

Efektívna spolupráca a koordinácia komunitných služieb a zdrojov umožňujú nasledovné [Bruder a Bologna, 1993; Marques (ed.), 2014]:

- Poskytovať služby, ktoré sú primeranejšie vzhľadom na komplexné potreby rodín a detí, prostredníctvom dostupnejších, koordinovaných a integrovaných služieb;
- Dosahovať pozitívnejšie a dlhodobejšie výsledky pre rodiny a deti;
- Zintenzívniť synergie a optimalizovať zdroje na miestnej úrovni, a dosiahnuť tak širšie pokrytie v počte podporovaných detí a rodín;
- Prispôsobiť intervencie miestnym zdrojom a potrebám na základe participatívnej a integrovanej diagnostiky a plánovania.

5.2.4. Ako konsolidovať integrovaný systém medzirezortnej spolupráce?

Plánovanie, organizácia a koordinácia rôznych služieb, zdrojov, odlišných zdrojov financovania a v neposlednom rade aj odborníkov z jednotlivých oblastí, zladovanie cieľov, metodík a inštitucionálnych zvyklostí nie je jednoduché.

Formálne mechanizmy spolupráce a zdieľanej zodpovednosti medzi rôznymi rezortmi a orgánmi sú nástrojom na dosiahnutie integrovaného a koordinovaného systému poskytovania služieb včasnej intervencie.

Štúdie a hodnotenia organizačných modelov služieb včasnej intervencie odhaľujú istý konsenzus z hľadiska hlavných charakteristík, na ktorom musí byť založený účinný systém organizácie efektívnej koordinácie a integrácie služieb (Knitzer, 1997):

1. **Výrazné ciele na rodinu – prístup zameraný na rodinu;**
2. **Medzirezortná spolupráca;**
3. **Intervencia založená na komunitách;**
4. **Rešpektovanie kultúrnych hodnôt a rodinných tradícií;**
5. **Závazok voči konkrétnym výsledkom a pozitívnym zmenám v živote detí a rodín – indikátory výkonnosti.**

Keď hovoríme o snahách koordinovať integráciu služieb a zdrojov, neuvažujeme len nad spôsobom organizácie služieb z administratívneho hľadiska, spôsobmi ich financovania alebo rozdelenia času a miesta výkonu práce odborníkov. Hovoríme aj o často zásadných zmenách, ktoré je nutné uskutočniť v rámci rôznych aktérov, a o prekonávaní rôznych organizačných úrovní systému poskytovania včasnej intervencie, t. j. ministerstiev, sekcií a poskytovateľov služieb, miestnych tímov a odborníkov.

Priebežná identifikácia s uvedenými princípmi si vyžaduje spoločnú vôľu a snahu jednotlivých aktérov a orgánov zodpovedných za včasnú intervenciu, ako aj nasadenie a odhodlanie v presadzovaní „scenáru“, ktorý umožňuje vybudovať nasledovné (Bruner, 1991; O'Malley, 2007):

- **spoločnú víziu;**
- **spoločné prijímanie rozhodnutí;**
- **spoločný referenčný rámec na riešenie problémov.**

Koordinácia politik a činností medzi rôznymi rezortmi verejnej správy, ako aj súkromnými inštitúciami je náročná a vyžaduje si schopnosť premostovať organizácie a ľudí a zladovať niekedy celkom odlišné „štábne kultúry“. Nato treba silné odhodlanie (na lokálnej, regionálnej a celoštátnej úrovni) prekonávať obmedzenia, ktoré prinášajú inštitucionálne a osobné predsudky – odtiaľ spomínaná potreba modelov, ktoré podporujú inovácie, vedomosti a šírenie postupov dobrej praxe [Bruner, 1991; Marques (ed.), 2014].

Výkonnosť jednotlivcov zodpovedných za politické rozhodnutia a odborníkov zodpovedných za koordináciu zohráva významnú úlohu pri presadzovaní a budovaní účinného

**Spolupráca,
spoločná snaha
a vôľa**

**Činnosť
jednotlivcov
zodpovedných
za politické
rozhodnutia
a odborníkov
zodpovedných
za koordináciu
je dôležitá**

systemu spolupráce, ktorý zapracúva stratégie pre rozvoj potrebnej líderskej základne na podporu úspešnosti tímovej intervencie (Bruner, 1991).

Pri riešení situácie v USA Dunst a kolegovia (Dunst a kol., 2003, citovaní vo Fine a kol., 2005), zdôrazňujú význam legislatívnej bázy, definujúcej včasnú intervenciu ako politické opatrenie, na ktoré majú deti a rodiny právo a ktorá zároveň predstavuje rámec na organizáciu služieb včasnej intervencie. Podobne aj Európska agentúra pre rozvoj špeciálneho a inkluzívneho vzdelávania (EADSNE, 2010) zdôrazňuje potrebu legislatívnych a politických opatrení, ktoré odhalia „zapojenie a odhodlanie jednotlivcov zodpovedných za politické rozhodnutia týkajúce sa včasnej intervencie“ (str. 38). Ako sme už videli vyššie, dobrým príkladom v tom smere je práve Portugalsko, keďže uzákonilo špecifickú legislatívu pre včasnú intervenciu, ktorá definuje nový integrovaný systém medzirezortnej spolupráce (SNIP), schopný lepšie reagovať na skutočné potreby detí a rodiny.

Proces
spolupráce je
komplexný

Základná legislatíva v rámci včasnej intervencie však nestačí na zabezpečenie účinného fungovania kolaboratívneho modelu s integráciou služieb. Často sme svedkami nesúlady medzi víziou, ktorú presadzuje legislatíva a formálne nariadenia, a jej presadzovaním v praxi.

Aké sú
problémy
medzirezortnej
spolupráce?

Proces spolupráce je komplexný a pozorujeme aj ťažkosti, ktoré sú prirodzenou súčasťou vývoja spolupráce medzi rôznymi službami a odborníkmi. Aké sú teda najčastejšie problémy v rámci medzirezortnej spolupráce v oblasti včasnej intervencie? Prinášame zoznam hlavných problémov v oblasti administratívy, technických a finančných komplikácií, na ktoré poukazujú Bruder a Bologna (1993) a ktoré boli identifikované aj vo viacerých národných a medzinárodných štúdiách a hodnoteniach (Almeida, 2009; Felgueiras a kol., 2006; Franco a Apolónio, 2008, Mourato, 2012).

Najčastejšie problémy medzirezortnej spolupráce:

Konkurencia medzi rezortmi

„Územný“ konflikt (úlohy, právomoci); nedostatok informácií o úlohe/funkcii ostatných rezortov/služieb; politické záujmy.

Nedostatočná organizačná štruktúra v oblasti koordinácie

Odlíšne filozofie; odlišné ciele (niekedy až protichodné); nízka konzistentnosť a nepravidelnosť tímovej práce, chýbajúci facilitátor; nedostatočný monitorovací a hodnotiaci proces; nedostatočné plánovanie; nedostatočná právomoc na prijímanie a implementáciu rozhodnutí.

Praktické faktory

Obmedzené zdroje: odborníci, čas, rozpočet; logistika: vzdialenosť, geografické faktory

Personálne faktory

Príliš úzko zamerané a obmedzené záujmy jednotlivých odborníkov a inštitúcií; odpor voči zmenám; osobné postoje odborníkov; nedostatok angažovanosti pre potreby komunity; nedostatočná podpora administratívy; žargón a špecifické pohľady na konkrétnu problematiku.

(Bruder a Bologna, 1993, str. 109)

Je dôležité, aby všetci zainteresovaní zrozumiteľne identifikovali a riešili problémy a ťažkosti na rôznych úrovniach systému poskytovania včasnej intervencie tým najvhodnejším

spôsobom (Bruder a Bologna, 1993). K lepšej regulácii by mohli prispieť monitorovacie a hodnotiace mechanizmy systému, ale aj odbornej supervízie na úrovni jednotlivých tímov včasnej intervencie. V nasledujúcich kapitolách sa im budeme venovať podrobnejšie.

Hlavné prekážky prameňa z absencie koherentnosti a jednotného pôsobenia rôznych rezortov a tiež z „dedičného bremena byrokratickej kultúry“, a to dokonca aj v krajinách, kde sa nikdy plne neprejavilo.

[Marques (ed.), 2014, str. 30]

Čo nám hovoria niektoré štúdie faktorov spojených s úspešnými a účinnými modelmi spolupráce?

V tabuľke 5.2 vidíme faktory, ktoré Bruder a Bologna (1993) identifikovali v rámci svojho výskumu ako dôležité aspekty úspešnej spolupráce medzi rôznymi rezortmi a poskytovateľmi služieb, t. j. s prínosom pre deti a rodiny. Uvedené faktory ponúkajú významné záchytné body.

Musíme si uvedomiť, že prekážky a chyby sa môžu objaviť na rôznych úrovniach systému, môžu brzdiť spoločnú prácu jednotlivých služieb a zapojených odborníkov mať negatívny vplyv a ublížiť deťom a ich rodinám.

Ktoré faktory sa spájajú s úspechom modelov spolupráce?

Tabuľka 5.2 Faktory spojené s úspešnosťou a účinnosťou modelov spolupráce (podľa Bruder a Bologna, 1993)

1. Pozitívne spoločenské a politické nastavenie voči zmene	Spoločná vízia potreby a vôľa zaviesť zmeny a úpravy v jednotlivých výkonoch. Spoločenská zhoda a záväzok týkajúce sa spoločnej tvorby novej formy integrovanej a zdieľanej intervencie.
2. Procesy komunikácie a riešenia problémov	Proces tvorby vzťahov medzi zapojenými rezortmi/službami a ich zástupcami, ktorý umožní spoločné „definovanie cieľov, objasnenie úloh a právomocí jednotlivcov, prijímanie rozhodnutí a riešenie konfliktov“.
3. Ľudský faktor	Determinanty úspechu systému spolupráce: <ul style="list-style-type: none"> • Postoje a správanie zodpovedných jednotlivcov a odborníkov zapojených na rôznych úrovniach systému; • Spôsoby vedenia, znalosti, kompetencie a odhodlanie odborníkov; podpora spoločných hodnôt a filozofie.
4. Politiky, ktoré podporujú alebo podnecujú medzirezortnú spoluprácu	Je potrebné, aby existovala špecifická legislatíva a predpisy, ktoré jednoznačne definujú systém spolupráce medzi intervenujúcimi rezortmi, finančnú a manažérsku zodpovednosť za materiálne a ľudské zdroje, funkcie a úlohy.
5. Primerané zdroje	Zabezpečiť, aby jednotlivé typy zdrojov (ľudské, materiálne, finančné) boli primerané potrebám a cieľom každej komunity a ich koordinovaný manažment smeroval k účinnému a efektívnemu systému včasnej intervencie.

Organizačný model medzirezortnej spolupráce a integrácia činnosti si vyžadujú zmeny vo výkone služieb a odbornej praxi, t. j. aby jednotliví aktéri konali inak, ako je bežné v rámci ich zvyčajného fragmentovaného pracovného výkonu.

Európska agentúra pre rozvoj špeciálneho a inkluzívneho vzdelávania vo svojej najnovšej a významnej správe o včasnej intervencii (EADSNE, 2010) a neskôr v zhrnutí nazvanom „Včasná intervencia: Kľúčové politické posolstvá“ [Early Childhood Intervention (ECI) Key policy messages, EADSNE, 2011] ponúka európskym krajinám rôzne odporúčania a zdôrazňuje štyri kľúčové faktory:

- 1. Legislatívne opatrenia a politiky:** ktoré vykresľujú aktívne zapojenie tvorcov politik a rozhodnutí a ich odhodlanie v oblasti včasnej intervencie;
- 2. Úloha odborníkov:** vziať do úvahy ich kľúčovú úlohu na rôznych úrovniach procesu včasnej intervencie a ich vzťah s rodinami, ktorý by si zaslúžil špecifickú pozornosť v rámci školiacich programov zameraných na budovanie kapacít, tímovú prácu a spoluprácu odborníkov a rodiny;
- 3. Potreba koordinátora včasnej intervencie** medzi rôznymi službami na zabezpečenie koordinácie medzi službami, odborníkmi a rodinami;
- 4. Potreba zlepšenia koordinácie v rámci rezortov a medzi nimi:** Koordinácia medzi rôznymi zapojenými službami (zdravotníctvo, sociálne veci a školstvo) je zvyčajne nedostatočná, ale je nevyhnutná. Služby by mali byť koordinovaným spôsobom zamerané na rodinu, ktorá sa nachádza v centre pomyselného diagramu.

Zlepšovanie a konsolidácia mechanizmov spolupráce a integrácie medzi rezortmi a službami v rámci včasnej intervencie predstavuje nielen kontinuálnu výzvu pre Portugalsko, ale aj čoraz aktuálnejší problém v mnohých ďalších krajinách. Týmto spôsobom sa chceme odvolať na model integrovaného riadenia (Govint), ktorý sa len nedávno začal uplatňovať v Portugalsku v rámci niekoľkých projektov a oblastí (napr. chudoba a deti a mládež v ohrození, Sociálna sieť, Programa Escolhas / program „Možnosť voľby“ atď.), ktoré podporovalo Fórum para a Governação Integrada (Fórum pre integrované riadenie¹⁵) v partnerstve s inými inštitúciami.

Model integrovaného riadenia

Čo je integrované riadenie (Govint)?¹⁶

... je to politická stratégia zameraná na koordináciu rozvoja a implementácie politik naprieč ministerstvami a vládnymi orgánmi či agentúrami, predovšetkým s cieľom integrovaného riešenia komplexných sociálnych problémov ako chudoba a sociálne vylúčenie (...).

Je to stratégia, ktorá sa snaží prepojiť nielen ministerstvá, ale aj mnohé neverejné a dobrovoľnícke inštitúcie, pôsobí prierezovo a sleduje spoločný cieľ.

[Bogdanor, 2005, citovaný v Marques (ed.), 2014, str. 7]

Model integrovaného riadenia, ktorý si už dávnejšie osvojili predovšetkým krajiny v anglosaskom svete, nastupuje ako alternatíva voči konvenčným formám služieb verejnej správy a ministerstiev, hľadajúc inovatívne spôsoby, ktoré prinášajú vyššiu efektivitu a účinnosť. Politickí predstavitelia a iní odborníci z verejných a neverejných inštitúcií sa rozhodli pre tento model, aby vyvinuli a implementovali integrovanú stratégiu spolupráce a čelili tak komplexným problémom [Marques (ed.), 2014].

Na základe dostupnej reflexie a vyhodnotenia praxe uvedeného modelu integrovaného riadenia prinášame zhrnutie niekoľkých základných ponaučení pre oblasť včasnej intervencie.

¹⁵ Fórum pre integrované riadenie (*Forum for Integrated Governance*) bolo založené ako výsledok dynamiky a podpory zo strany rôznych inštitúcií, najmä nadácie *Calouste Gulbenkian Foundation* a *Instituto Padre António Vieira*.

¹⁶ Korešponduje s anglosaským konceptom spoločného riadenia, holistického riadenia, celovládneho prístupu, horizontálnej vlády a integrovanej vlády a riadenia.

Aké sú faktory úspechu v oblasti integrovaného riadenia?

Centrálnym prvkom integrovaného riadenia (Govint) je spolupráca založená na štyroch základných pilieroch:

1. **Líderstvo** – v definovaní a hľadaní stratégií, ktorých cieľom je vyššia efektivita a účinnosť aktivít;
2. **Účinná participácia a zapojenie** – rôznych aktérov, vrátane verejných a neverejných inštitúcií, ale aj inštitúcií vo sfére vyššieho vzdelávania, osvetu, miestnych orgánov a komunitných služieb i samotných rodín;
3. **Komunikácia a interakcia** – vo vytváraní kanálov na interakciu a dialóg v rámci komunikácie vo vnútri rezortov, ako aj v rámci medzirezortnej komunikácie (na horizontálnej a vertikálnej úrovni);
4. **Monitoring/vyhodnocovanie** – predstavujú kľúčové prvky pri zlepšovaní a udržateľnosti integrovaného systému.

[Marques (Coord.), 2014, p. 10]

STRUČNÉ ZHRNUTIE

Ak má byť systém integrovanej spolupráce úspešný, potrebná je spoločná snaha a vôľa zo strany rôznych aktérov – politikov, osôb zodpovedných za tvorbu politik, jednotlivých aktérov v rámci komunít, odborníkov v oblasti priamej intervencie a rodín, ktorá bude zahŕňať nasledovné [Brown a Conroy, 1997; Bruner, 1991; Marques (ed.), 2013]:

- vzájomnú dôveru a rešpekt;
- vôľu riešiť problémy s ohľadom na spoločné ciele;
- dosiahnutie dohody o spoločných cieľoch a usmerneniach a rozvíjať ich;
- jasné zdieľanie zodpovednosti, právomoci a zdrojov na dosiahnutie daných cieľov;
- pravdivú a úprimnú komunikáciu;
- schopnosť riešiť konflikty;
- šírenie všetkých zásadných informácií vzhľadom na nastavené ciele;
- spoločnú prácu na dosiahnutie stanovených cieľov, s využitím skúseností každého spolupracovníka.

5.3. Transdisciplinárny tím

Nevyhnutným základom integrovaného organizačného systému včasnej intervencie založeného na procese spolupráce sú transdisciplinárny model a tímová práca.

Dalo by sa povedať, že systém služieb včasnej intervencie je založený na transdisciplinárnych tímoch, a práve v nich je ukotvená celá spolupráca medzi odborníkmi, odborníkmi a rodinami, deťmi a ďalšími opatrovatelmi. Na zostavenie dobrého tímu nestačí dať dohromady nejakú skupinu ľudí. Úspech akejkoľvek intervencie závisí od dobrého fungovania daného tímu (Bruder a Bologna, 1993).

Transdisciplinárny tím predstavuje základný kameň celého systému služieb včasnej intervencie

Tím sa dá vybudovať jedine vtedy, ak máte spoločnú filozofiu a ciele, ktoré zdieľajú všetci jednotlivci, ktorí ho tvoria (Maddux, 1988).

Koncepčný model, na ktorom spočíva tímová práca, určuje štýl fungovania medzi odborníkmi, ako aj činnosti, ktorú vyvíjajú s rodinami (Felgueiras, 2000). Ako uvádzajú predošlé kapitoly, vedecká komunita sa zhoduje v tom, že ideálnou formou poskytovania služby včasnej intervencie je práve transdisciplinárny model využívajúci prístup zameraný na rodinu.

5.3.1. Čo charakterizuje transdisciplinárnu tímovú spoluprácu?

Model transdisciplinárnej tímovej spolupráce spočíva na holistickej, integrovanej a interaktívnej vízii vývinu dieťaťa a dôraze na centrálnu úlohu rodiny.

Keď hovoríme o tímovej práci, odborníci a dokonca aj vedecká literatúra často používajú výrazy ako *multidisciplinárny*, *interdisciplinárny* a *transdisciplinárny* nerozlišeným a nejednoznačným spôsobom.

Tieto výrazy však hovoria o rôznych stupňoch jedného kontinua, od menej integrovaného až po integrovanejší, podľa spôsobov, akými odborníci z rôznych oblastí a sfér konajú a vstupujú do vzájomnej interakcie a kontaktu s rodinami. Uvedené stupne možno rozlišovať nasledovne (Almeida, Breia a Colôa, 2005; Shelden a Rush, 2013):

- **V multidisciplinárnom modeli** odborníci z rôznych oblastí konajú paralelne a separátne v interakcii s jedným dieťaťom alebo rodinou podľa konkrétnych identifikovaných ťažkostí;
- **V interdisciplinárnom modeli** tiež vidíme simultánnu intervenciu rôznych odborníkov so separátnymi plánmi a špecifickým zameraním na dané dieťa, ale už sme svedkami istého stupňa interakcie a výmeny informácií;
- **V transdisciplinárnom modeli** sa aplikuje komplexný a integrovaný plán, ktorý je vyvinutý v spolupráci tímu a rodiny, ktorá sa stáva integračnou súčasťou tímu. V optimálnom prípade jeden z odborníkov (kľúčový pracovník rodiny) podporuje danú rodinu pri implementácii tohto plánu v úzkej spolupráci a s pomocou ostatných odborníkov v tíme.

Ide tu v princípe o tri základné formy tímovej práce a je veľmi dôležité, aby odborník zaradený do tímu mal jasnú predstavu o koncepcných rozdieloch medzi nimi, o ich fungovaní a o tom, ako sa prejavujú v každodennej praxi (tabuľky 5.3 a 5.4).

Transdisciplinárny tím

Ako sa dá dosiahnuť funkčná spolupráca v transdisciplinárnom tíme? Členovia tímu z rôznych odborných oblastí prispievajú svojimi špecifickými znalosťami, kompetenciami a zdieľanými právomocami k spoločnému procesu riešenia problémov s ohľadom na intervenciu v danej rodine a u daného dieťaťa.

Kľúčový pracovník rodiny

Kľúčový pracovník rodiny je v pravidelnom kontakte s rodinou a dieťaťom podľa prístupu zameraného na rodinu, a zvyšní členovia tímu, odborníci z rôznych oblastí, mu poskytujú podporu prostredníctvom konzultácií o stratégiách, ktoré možno využiť na vytvorenie čo najlepších podmienok a príležitostí na učenie daného dieťaťa. V prípade potreby môže rodinu výnimočne s kľúčovým pracovníkom navštíviť aj iný odborník (logopéd, psychológ a pod.).

Tabuľka 5.3 Aký je rozdiel medzi transdisciplinárnou perspektívou na jednej strane a multidisciplinárnou a interdisciplinárnou perspektívou na strane druhej v rámci procesu hodnotenia/intervencie?
(podľa Felgueiras, 2000; Franco, 2015; Woodruff a Hanson, 1987)

	Multidisciplinárny tím	Interdisciplinárny tím	Transdisciplinárny tím
Hodnotiaci proces	Jednotlivé zložky tímu uskutočňujú separátne hodnotenia	Jednotlivé zložky tímu uskutočňujú separátne hodnotenia podľa jednotlivých oblastí a zdieľajú výsledky	Odborníci a rodina spoločne plánujú a uskutočňujú komplexné hodnotenie
Príprava individuálnych plánov podpory rodiny	Plány sú oddelené podľa jednotlivých oblastí	Jednotlivé zložky tímu oddelene definujú ciele podľa konkrétnych oblastí, zdieľajú svoj plán s tímom a môžu ho integrovať do plánu služieb alebo tímového plánu	Odborníci a rodina pripravujú plán intervencií spoločne na základe priorit, potrieb a zdrojov danej rodiny
Implementácia individuálnych plánov podpory rodiny	Každý odborník implementuje svoj plán oddelene podľa svojej špecializácie	Každý odborník implementuje svoju časť plánu a začlení aj iné oblasti, keď je to možné	Jedna zložka tímu (kľúčový pracovník rodiny) zodpovedá za implementáciu plánu spolu s rodinou

Pri prvom kontakte sme si všimli, ako veľmi táto rodina túži po podpore a pomoci pri starostlivosti o dcéru. Odoslali ich zo spádovej nemocnice, kde bola dcéra na kontrole u niekoľkých špecialistov a lekárov, ktorí následne odporučili viacero terapií. Rodičia však stále poriadne nevedeli, aký problém ich dieťa vlastne má. Na stretnutie s tímom včasnej intervencie prišli s množstvom pochybností, otázok a požiadaviek. Cieľom prvého kontaktu bolo vysvetliť rodine, čo jej náš tím včasnej intervencie môže poskytnúť a akým spôsobom s jeho pomocou získa prístup k potrebnej pomoci prostredníctvom jedného odborníka (kľúčového pracovníka rodiny).

Svedectvo člena MIT

Ako sme už uviedli v predošlých kapitolách, podobné situácie nastávajú, keď dieťa navštevuje iné vzdelávacie inštitúcie (napr. jasle alebo materskú školu). Práca transdisciplinárneho tímu pokračuje podľa modelu konzultácií na báze spolupráce medzi kľúčovým pracovníkom rodiny a pedagógmi predprimárneho vzdelávania v prirodzenom prostredí dieťaťa.

Intervencia tak neprebíha prostredníctvom špecializovanej podpory a priamej terapie s deťmi, ale integrovaným spôsobom, teda prostredníctvom toho, čo McWilliam nazýva modalitami integrovanej podpory alebo „integrovanými“ terapiami, a tiež v prirodzenom prostredí dieťaťa (učebňa, trieda, ihrisko atď.) a zameriava sa na aktivity ukotvené v rutinných činnostiach, ktoré sú pre dieťa okamžite užitočné (McWilliam, 1996a, 2010). V tejto modalite predškolský pedagóg pracuje s deťmi na ich individualizovaných cieľoch počas bežných aktivít v triede založených na rutinných činnostiach a s ohľadom na požadované a dohodnuté stratégie (Guralnick, 2005, 2013; McWilliam, 1996a, 2010).

Rôzni autori poukazujú na dôkazy o výhodách týchto foriem intervencie v porovnaní s tradičnými individuálnymi stretnutiami s terapeutom, predovšetkým v prípade malých detí berúc do úvahy skutočnosť, že deti v tejto vekovej kategórii sa neučia rovnakým spôsobom ako staršie deti či dospelí (Dunst, 2005, Dunst a kol., 2010; McWilliam, 1996a, 2005a, 2010).

**Konzultácie
na báze
spolupráce**

Tabuľka 5.4 Aký je rozdiel medzi transdisciplinárnou perspektívou na jednej strane a multidisciplinárnou a interdisciplinárnou perspektívou na strane druhej v rámci fungovania tímu? (podľa Felgueiras, 2000; Franco, 2015; Woodruff a Hanson, 1987)

	Multidisciplinárny tím	Interdisciplinárny tím	Transdisciplinárny tím
Hlavná filozofia	Jednotlivé zložky tímu uznávajú dôležitosť a prínos ostatných vedných disciplín	Jednotlivé zložky tímu separátne vyvíjajú vlastný program ako súčasť intervenčného plánu, no vymieňajú si medzi sebou niektoré informácie	Odhodlanie jednotlivých zložiek tímu k spoločnému vyučovaniu, učeniu a spolupráci, ktoré prekonávajú hranice jednotlivých oblastí s cieľom implementovať jednotný intervenčný plán
Participácia rodiny	Rodina sa stretáva s jednotlivými zložkami tímu individuálne	Rodina sa môže stretnúť s celým tímom alebo jeho zástupcom	Rodina je plnohodnotným a aktívnym členom tímu a participuje na všetkých fázach procesu
Forma komunikácie medzi zložkami tímu	Zvyčajne neformálna	Občasné stretnutia tímu nad prípadovými štúdiami	Pravidelné stretnutia tímu: zdieľanie informácií, vedomostí a kompetencií medzi jednotlivými zložkami

5.3.2. Akým spôsobom sa buduje spolupráca v transdisciplinárnom tíme?

Spolupráca je prirodzeným motorom, ktorý poháňa celý transdisciplinárny tím. Keďže v integrovaných systémoch včasnej intervencie sa transdisciplinárny tím zvyčajne skladá z odborníkov z rôznych typov služieb/inštitúcií s veľmi odlišnými typmi „štábnej kultúry“ a pravidlami, odborníci musia k vzájomnej spolupráci vynaložiť veľké úsilie a vôľu a zároveň zachovať účinné procesy komunikácie a interakcie.

Je to práca, ktorá sa buduje prostredníctvom spoločných a kontinuálnych snáh o vzájomné učenie medzi odborníkmi, odhodlanie zdieľať a vzájomne si vymieňať vedomosti s cieľom vyvíjať a využívať nové kompetencie. To by malo umožniť kľúčovému pracovníkovi rodiny zjemniť hranice medzi odborníkmi a transponovať poznatky a stratégie z jednej odbornej oblasti do svojich vlastných intervencií, vždy za podpory celého tímu (Bruder, 1996; McWilliam, 1996a, 1996b, 2003b, 2010; Shelden a Rush, 2013).

Bruder (1996) vo svojich odporúčaníach pre transdisciplinárnu tímovú prácu a budovanie kapacít poukazuje na niektoré kľúčové otázky a vyzdvihuje úlohu odborného rastu a vzdelávania profesionálov v procese jej konsolidácie. Prinášame niektoré z uvedených kľúčových otázok (Bruder, 1996):

- 1. Uznatie potreby a výhodnosti modelov práce v tíme založenej na spolupráci** – prostredníctvom formulovania cieľov a spoločnej tímovej filozofie na základe

Spolupráca ako motor transdisciplinárneho tímu

Prenos a zdieľanie vedomostí

vzájomnej závislosti a holistickej vízie detí a rodín namiesto zamerania na oddelené vývinové oblasti;

- 2. Budovanie kapacít odborníkov v rámci spolupráce modelov poskytovania služieb** – získavanie kompetencií na využívanie stratégií na riešenie problémov, komunikačných zručností, vyjednávacích kompetencií a schopností riešiť problémy, ktoré sú zacielené na vzťahy s dospelými, ale aj iný špecifický obsah týkajúci sa dieťaťa, ako napr. intervencia na základe rutinných činností a integrované terapie;
- 3. Potreba aktualizácie modelov poskytovania služieb** – zahŕňajúca administratívne presmerovanie k vyšším investíciám a odhodlaniu podporovať rozvoj a konsolidáciu kolaboratívnych štruktúr a tímov.

Model transdisciplinárneho tímu nie je možné oddeliť od fungovania systému poskytovania včasnej intervencie ako celku, ako sme napokon videli v predchádzajúcich častiach tejto kapitoly. Štrukturálne a medziľudské faktory spojené s procesom budovania a fungovania tímu, odbornej prípravy, administratívy a líderstva, ako aj s agentúrami/inštitúciami, z ktorých pôvodne odborníci prichádzajú, môžu prácu tímu uľahčiť alebo skomplikovať. V tíme sa skutočne transdisciplinárny spôsob práce dá rozvinúť jedine vtedy, ak má – a to od začiatku – organizačné a administratívne podmienky zabezpečujúce primeranú dostupnosť zdrojov vzhľadom na potreby komunity, predovšetkým stabilný počet odborníkov s dostatočnou potrebnou špecializáciou a títo odborníci sú riadne k časovo dispozícii vrátane stretnutí a práce s ostatnými kolegami v rámci tímu (Bruder a Dunst, 2008; Guralnick, 2005; Mourato, 2012).

Je nesmierne dôležité vyvíjať spoločnú a niekedy aj inovatívnu činnosť na rôznych úrovniach zodpovednosti a právomocí nielen vo verejnom sektore, ale aj u ostatných aktérov v rámci komunity. Treba totiž predísť tomu, aby administratívne a organizačné „byrokratické“ procesy a obmedzenia ohrozili stabilitu tímov a odborníkov a ich odbornú úroveň, ktoré sú základom kvalitného fungovania tímov včasnej intervencie a poskytovania služieb deťom a rodinám.

Na druhej strane, ako sa uvádza v 3. časti tejto publikácie, rozhodnutie investovať do primeranej prípravy a vzdelávania v rámci poskytovania služieb a do odbornej supervízie je preukázateľne zásadným faktorom pri posilňovaní tímovej práce a celého systému spolupráce (Boavida a Carvalho, 2003; Dunst, 2015). Kvalita vzťahov a interakcia medzi dospelými, odborníkmi a rodinami, ako aj medzi odborníkmi navzájom je kľúčom k úspechu samotnej intervencie (Dias, 2003; Santos, 2007).

Na záver tejto kapitoly prinášame niekoľko odporúčaní, ktoré súvisia so spolupracou a praktickými postupmi v tímovej práci, ako ich nedávno prezentovala americká organizácia DEC a ktoré sú zahrnuté v širšej množine odporúčaných praktických postupov v rámci včasnej intervencie (DEC, 2014).



STRUČNÉ ZHRNUTIE

Práca transdisciplinárneho tímu je charakterizovaná nasledovne (McWilliam, 1996a, 1996b; 2010; Shelden a Rush, 2013):

- Rodina predstavuje integrálnu súčasť tímu;
- Kľúčový pracovník rodiny intervenuje pravidelne a podľa možností spolu s rodinou a dieťaťom počítajúc s podporou tímu v prípade potreby;
- Ostatní odborníci v tíme poskytujú systematickú záložnú podporu kľúčovému pracovníkovi rodiny a zdieľajú s ním/ňou vedomosti a kompetencie. V prípade potreby môže rodinu spolu s kľúčovým pracovníkom výnimočne niekoľkokrát navštíviť aj iný odborník;
- Konzultácie na báze spolupráce s inými odborníkmi (pedagógovia z jasí a materských škôl atď.) v kontexte formálneho vzdelávania dieťaťa, presadzovanie intervencií integrovaných do prirodzeného prostredia dieťaťa a ukotvených v bežných rutinných činnostiach dieťaťa.







NA ZAMYSLLENIE



Zamyslime sa nad naším tímom



	Čo nám pomáha	Čo nás brzdí
Interná organizácia tímu	 Aké sú silné stránky tímu?	 Aké sú slabé stránky tímu?
Vonkajšie faktory	 Príležitosti?	 Hrozby?

Odporúčané postupy z praxe pre spoluprácu a tímovú prácu

Americká organizácia DEC odporúča nasledovné postupy v rámci včasnej intervencie/špeciálneho vzdelávania v ranom detstve (DEC, 2014, str. 12):

- T1. Odborníci z rôznych vedných disciplín spolupracujú s rodinami v rámci jedného tímu pri plánovaní a implementovaní podpory a služieb s cieľom naplniť potreby každého dieťaťa a rodiny.
- T2. Odborníci a rodiny spolupracujú v rámci jedného tímu na systematickej a pravidelnej výmene odborných vedomostí, skúseností, poznatkov a informácií s cieľom budovať kapacity tímu, spoločne riešiť problémy a plánovať a implementovať intervencie.
- T3. Odborníci využívajú komunikačné stratégie a stratégie na podporu skupinovej dynamiky s cieľom zlepšiť fungovanie v tíme i vzťahy v rámci tímu a medzi jeho jednotlivými členmi.
- T4. Členovia tímu si navzájom pomáhajú pri identifikácii a využívaní komunitných služieb a iných neformálnych zdrojov s cieľom naplniť rodinou identifikované potreby každého dieťaťa či samotnej rodiny.
- T5. Odborníci a rodiny môžu navzájom spolupracovať, aby identifikovali jedného konkrétneho odborníka z tímu, ktorý bude fungovať ako hlavná styčná osoba medzi danou rodinou na jednej strane a ostatnými členmi tímu na strane druhej na základe priorit a potrieb daného dieťaťa a rodiny.

NA ZAMYSLENIE

Námet na reflexiu v rámci vášho tímu:

- Do akej miery sa vo vašom miestnom intervenčnom tíme využívajú alebo naopak, do akej miery chýbajú uvedené odporúčania pre praktickú spoluprácu a tímovú prácu (DEC, 2014)?





Hodnotenie programov včasnej intervencie

6.1. Prečo hodnotiť programy včasnej intervencie¹⁷?

Ako profesionáli sa často kriticky zamýšľame nad prácou, ktorú vykonávame s deťmi a rodinami. Naozaj reagujeme na ich potreby? Je zvolený postup v danej situácii správny? Je intervencia ozaj efektívna? Skutočne odborníci, služby a zdroje spolupracujú pri poskytovaní zrozumiteľnej a kvalitnej podpory?

Subjekty zodpovedné za včasnú intervenciu si musia položiť nasledovnú otázku:

Pomohli sme rodine ako celku v dosiahnutí vyššej kvality života a skutočne sme ju posilnili, aby mohla podporovať vývin svojho dieťaťa?

(Bailey a kol., 1998)

Bez pravidelného hodnotenia svojej práce nie je možné na tieto otázky odpovedať. Preto treba už od počiatku zaviesť systematické hodnotenie práce tímov, ktoré pozostáva zo zberu, analýzy a interpretácie informácií súvisiacich s realizáciou, vplyvom a potrebami intervencie (Freeman, Rossi a Wright, 1980).

Tímy včasnej intervencie musia hodnotiaci proces považovať za pravidelnú a nevyhnutnú činnosť, ktorá odhalí ich silné stránky a nedostatky a zároveň ich povedie k neustálemu zlepšovaniu.

Musíme prekonať niektoré negatívne konotácie, ktoré sa často spájajú s hodnotením: Chcú kontrolovať našu prácu? Očakávajú od nás, že budeme dokonalí? Hodnotením sa máme meniť a zlepšovať, ale ako to dosiahnuť so zdrojmi, ktoré máme k dispozícii?

¹⁷ Terminológia „hodnotenia programov včasnej intervencie“ zodpovedá anglickému pojmu „evaluation“, t. j. hodnotenie, evaluácia. Netýka sa hodnotenia vývinu dieťaťa, silných stránok a obáv rodiny ani charakteristik kontextov. Netýka sa ani špecifických programov či osnov ako Portage Growing Up – Birth to Three, Carolina Curriculum, ani iných štruktúrovaných intervencií. Program sa v tomto kontexte hodnotí komplexne s ohľadom na celkový kontext pôsobenia organizácie a implementácie systému včasnej intervencie.

Cieľom hodnotenia je vychádzať práve z existujúcich zdrojov a postupov používaných pri práci v teréne a usilovať sa vyhodnotiť a zovšeobecniť všetko, čo je dobré, a zlepšiť všetko, čo si vyžaduje zlepšenie.

Celkovo rozlišujeme tri hlavné skupiny dôvodov hodnotenia programov včasnej intervencie (Almeida, 2009):

1. Potreba odborníkov zistiť, či sú nimi poskytované služby tie najvhodnejšie a či naozaj majú žiaduce účinky, napr. či reagujú na obavy, priority a túžby rodiny;
2. Právo rodiny dozvedieť sa o možnostiach a rozhodnúť, ktoré programy sú pre jej dieťa najvhodnejšie;
3. Potreba tvorcov politik poznať vzťah medzi nákladmi a výsledkami, aby mohli plánovať a čo najlepšie využívať poskytované služby.

Hodnotenie je teda dôležité na všetkých úrovniach systému, od národnej, medzirezortnej a samosprávnej koordinácie a spolupráce až po hodnotenie bezprostredne poskytovaných služieb. Jednotlivé hlavné ciele a úrovne hodnotenia (evaluácie) majú svoje konkrétne systémy a postupy.

6.2. Čo rozumieme pod hodnotením včasnej intervencie?

Čo je hodnotenie programov včasnej intervencie?

Hodnotenie včasnej intervencie sa definuje ako proces systematického zberu, syntézy a spoľahlivej a efektívnej interpretácie informácií o programe s cieľom zdôvodniť prijímanie rozhodnutí (Snyder a Sheehan, 1993).

Cieľom hodnotenia nie je získať nové vedomosti alebo zlepšiť niektorú teóriu ako v prípade tradičného výskumu. Hodnotenie by sa však tiež malo opierať o presný a systematický zber údajov. Keď hovoríme o hodnotení, netreba zabúdať, že za koncepčný referenčný rámec, samozrejme, považujeme intervenciu zameranú na rodinu.

Ciele hodnotenia by preto mali vychádzať z presnej definície priorít rodiny, aby sme pochopili, či poskytujeme alebo neposkytujeme kvalitné služby (Dinnebeil a Hale, 2003). Niektorí autori (Bailey a kol., 1998) sa dokonca domnievajú, že hodnotenie stupňa implementácie postupov zameraných na rodinu v rámci daného programu môže byť samo osebe dostatočným cieľom hodnotenia. Analýza rozsahu, v akom tieto postupy naozaj navodili pozitívne zmeny u detí a rodín, a toho, ako ich vníma rodina, ktorá je aktívnym účastníkom hodnotiaceho procesu, bude zodpovedať tomu, čo sa od hodnotenia očakáva v referenčnom rámci zameranom na rodinu.

Cez uvedené hodnotenia, označované ako hodnotenia druhej generácie (Guralnick, 1993, 1997), by sa malo dať prostredníctvom pochopenia vzájomného vzťahu medzi rôznymi faktormi identifikovať špecifické charakteristiky postupov, ktoré sa objavujú v spojitosti s určitými výsledkami u detí a rodín. Mali by sa preto zamerať na otázku špecifickosti a reagovať napríklad na nasledovné otázky: „Aké typy služieb majú určité typy účinkov, u akých typov detí, u akých typov rodín, za akých okolností a za akú cenu?“ (Shonkoff, 2004, str. 3).

Preto pri plánovaní hodnotenia musíme vždy zvažovať tri aspekty, ktoré budú určovať pokrok v procese hodnotenia:

- typ hodnotenia a príslušné otázky;
- subjekt alebo subjekty, ktorým je hodnotenie určené;
- kto bude hodnotenie vykonávať.

6.2.1. Typy hodnotení

Pokiaľ ide o prvý aspekt, rozlišujeme tri hlavné typy hodnotenia:

Hodnotenie procesu¹⁸ – Uskutočňuje sa počas implementácie včasnej intervencie a jeho cieľom je systematicky zisťovať, či sa intervencia vykonáva v súlade s pôvodne definovaným plánom a či zasahuje cieľovú skupinu. Ak chceme hodnotiť kvalitu, nemôžeme sa obmedziť len na vymenovanie nadobudnutých kompetencií, vznikajúcich alebo neexistujúcich, či už v súvislosti s rodinami, deťmi, odborníkmi alebo kontextmi. Tieto údaje sú síce relevantné a potrebné, ale zásadné je nepretržité, dynamické a kontextualizované hodnotenie prebiehajúcich procesov. Hodnotenie procesu v podstate umožňuje monitorovať pokrok a zdôvodňovať následné rozhodnutia (Portugal a Laevers, 2010).

Štandardná otázka: Bol program implementovaný podľa plánu? Alebo: Využívajú sa príležitosti na vzdelávanie dieťaťa efektívne na podporu jeho vývinu?

Hodnotenie typu služby (intervencie) alebo jej účinku¹⁹ – Uskutočňuje sa na konci intervencie a jeho cieľom je zhodnotiť, či sa dosiahli plánované ciele, t. j. či nastali zmeny v požadovanom smere a či bola intervencia účinná. Predpokladá súbor cieľov stanovených na začiatku, ukazovatele úspešnosti a operatívne definované kritériá, aby bolo jasné, že program prispel, hoci aspoň čiastočne, k úspechu. Nesmie sa zabúdať na identifikáciu a analýzu sprostredkujúcich premenných, teda tých, ktoré sprostredkovali úspech a môžu byť použité na zlepšenie programu.

Štandardná otázka: Nastala zmena a môže sa pripísať intervencii?

Hodnotenie prínosov a efektívnosti vynaložených nákladov – Vyplýva z potreby plánovania a rozhodovania, najmä na úrovni zodpovedných subjektov a politických rozhodujúcich subjektov, ktoré potrebujú poznať vzťah medzi vzniknutými nákladmi a dosiahnutými výsledkami prostredníctvom hodnotenia nákladov a prínosov, aby mohli plánovať a údaje čo najlepšie využiť.

Štandardná otázka: Sú dosiahnuté výsledky primerané vzniknutým nákladom? Alebo: Bol by iný typ intervencie účinnejší či ekonomicky výhodnejší?

Ak sa v niektorých programoch vyskytnú tieto tri typy hodnotenia súčasne, hovoríme o celkovom hodnotení. V závislosti od fázy programu, pre ktorý je hodnotenie určené, alebo otázok, ktoré majú byť dôkladnejšie preskúmané, sa niekedy vyberá len jeden alebo dva konkrétne typy hodnotenia.

¹⁸ Tento typ hodnotenia sa niekedy nazýva formatívnym hodnotením.

¹⁹ Tento typ hodnotenia sa niekedy nazýva sumatívnym hodnotením.

Štandardné
otázky

6.2.2. Komu sú určené výsledky hodnotenia?

Pre koho? Na aký účel?

Na začiatku hodnotenia treba zvážiť aj ďalšie otázky, konkrétne súvisiace so subjektmi, pre ktoré je hodnotenie určené: Pre koho vykonávame túto činnosť? Čo presne chcú vedieť? Čo má byť cieľom hodnotenia? Inými slovami: Ako sa budú v rámci programu či zo strany jeho príjemcov používať výstupy hodnotenia? (Eyken, 1992)

Zodpovedanie týchto otázok nám môže pomôcť zamerať sa na nevyhnutné kroky pri plánovaní hodnotenia. Treba však mať na pamäti, že bez ohľadu na cieľový subjekt nám každé hodnotenie predovšetkým musí pomôcť lepšie pochopiť prácu, ktorú robíme, a spoločne s rodinami posúdiť, či výsledky skutočne odrážajú pozitívne zmeny, ktoré vplyvajú na ich obavy a priority. Preto je dôležité hodnotiť nielen najpozitívnejšie aspekty programu alebo sa snažiť, aby pôsobil čo najlepšie, lebo takáto cesta určite povedie k strate nutnej objektivity.

Existuje viacero subjektov, ktoré môžu mať záujem o výsledky hodnotenia. Vyberáme tie najtypickejšie:

Potenciálni adresáti hodnotenia

- **Samotný tím včasnej intervencie** – Je dôležité vedieť, čo sa robí: či vynaložené úsilie dosahuje pôvodne stanovené ciele; či sú uplatňované stratégie tie najvhodnejšie; či zúčastnení partneri spĺňajú očakávania; či sú potrebné nejaké zmeny, a ak áno, v akom smere? To sú informácie, ktoré tím alebo program potrebujú získavať pravidelne a priebežne a preto sú začlenené do štruktúry hodnotenia procesu, ktorý je následne doplnený hodnotením služby;
- **Subjekty zodpovedné za organizáciu a riadenie tímov** – Nepotrebujú bezprostredné priebežné informácie, ale podrobné a pravidelné reporty zodpovedajúce výsledkom hodnotenia intervencie a zohľadňujúce aj výsledky hodnotenia procesu. Tie môžu prispieť k rozhodovaniu, ktoré je bližšie realite;
- **Prijímatelia politických rozhodnutí a financujúce subjekty** – Často potrebujú stručné a precízne informácie o výsledkoch programu, ktoré im umožnia prijímať rozhodnutia o pridelovaní finančných prostriedkov a zdrojov, o účinnosti intervencií a o nákladoch. Väčšinou majú záujem o výsledky hodnotenia vplyvu a efektivity vynaložených nákladov;
- **Vedecká komunita** – Môže sa zaujímať o podporu špecifických aspektov súvisiacich s rozvojom programu a jeho účinnosťou a jej zapojenie môže byť významnou podporou pre tím, ktorý program realizuje. V tomto prípade môže byť predmetom záujmu hodnotenie procesu aj hodnotenie služby.

Pre všetkých adresátov je dôležité, aby bolo hodnotenie spoľahlivé a efektívne, t. j. aby sa zakladalo na údajoch, ktoré pravdivo odrážajú charakteristiky jednotlivých aktérov, a aby sa vyvodili konzistentné závery založené na dôkazoch.

6.2.3. Kto uskutočňuje hodnotenie?

Napokon je dôležité rozhodnúť, kto bude hodnotenie vykonávať. Musí sa vždy určiť niekto, kto má požadované odborné kompetencie, záujem o činnosť realizovanú v rámci programu včasnej intervencie a vie využívať svoje vedomosti a pracovať ako člen tímu.

Základnými predpokladmi dobrého hodnotiteľa sú okrem odborných kompetencií osobná integrita, časová disponibilita a čestnosť (Eyken, 1992).

Hodnotiteľom by mohol byť člen tímu (ak hovoríme o internom hodnotení) alebo niekto zvonku, najatý na zabezpečenie tejto úlohy (externé hodnotenie) – obidve alternatívy majú svoje výhody aj nevýhody (tabuľka 6.1).

Interné hodnotenie?
Externé hodnotenie?

Tabuľka 6.1 Výhody a nevýhody interného a externého hodnotenia

	Interné hodnotenie	Externé hodnotenie
Výhody	<ul style="list-style-type: none"> • Výrazné prepojenie s cieľmi programu • Jednoduchý prístup k informačným zdrojom • Možné jednoduchšie zdieľanie informácií • Finančne dostupnejšie 	<ul style="list-style-type: none"> • Nepodlieha vnútornej zaujatosti • Prináša alternatívny pohľad, novú perspektívu k informačným zdrojom • Potenciálne prináša nové nápady a kompetencie • Môže pomôcť pri riešení interných problémov
Nevýhody	<ul style="list-style-type: none"> • Potenciálne menšia objektivita • Potenciálne nižšie odborné kompetencie • Nedostatok času • Problematické kritické hodnotenie niektorých aspektov • Potenciálny zdroj konfliktov v rámci tímu 	<ul style="list-style-type: none"> • Možno sa nebude stotožňovať s cieľmi programu • Môže stanoviť neprimerané kritériá • Môže uprednostňovať ciele, ktoré nie sú v bezprostrednom záujme programu • Možno nebude informácie adekvátne zdieľať s tímom • Finančne nákladnejšie

Zdroj: Eyken, W. van der (1992). Introducing evaluation – A practical introduction to evaluation in early childhood projects. The Hague: Bernard van Leer Foundation – III.

Výber externého alebo interného hodnotiteľa závisí od kontextu a špecifik jednotlivých situácií. V prípade hodnotenia pre tvorcov politik a zodpovedné subjekty by mohlo byť opodstatnené využiť nezávislé externé hodnotenie. Ak sa hodnotenie realizuje z iniciatívy programu alebo tímu, väčší význam by malo interné hodnotenie alebo kombinované riešenie rozdelením hodnotiacej činnosti medzi tím a externého hodnotiteľa.

Či už si vyberiete interné alebo externé hodnotenie, je dôležité, aby hneď od začiatku existovala zhoda medzi lídrami, členmi programu a externými alebo internými hodnotiteľmi na takých dôležitých otázkach, ako sú napríklad ciele programu, ukazovatele, používané výskumné metódy a typy rozhodnutí, ktoré sa majú prijať na základe výstupov hodnotenia.

Almeida (2009) zdôrazňuje, že bez ohľadu na to, kto povedie hodnotenie, by sa z hľadiska intervencie zameranej na rodinu mali využívať výskumné modely na báze participácie, ktoré uplatňujú Warfield a Hauser-Cram (2005) a Bruder (2000). Sú zástancami účasti tímu a rodiny na hodnotení a snažia sa pochopiť ich subjektívne skúsenosti.

Je dôležité, aby tím aj rodiny mali pocit, že sa ich potreby v procese hodnotenia zohľadňujú, a aby sa mohli vyjadriť k tomu, či je pre nich intervencia vhodná alebo nie, pretože práve oni budú mať prospech zo zmien vyplývajúcich z hodnotenia.

Tím a rodiny musia byť zapojené už od začiatku a musia dôverovať hodnotiacemu procesu a jeho výsledkom.

To neznamená, že sú povinní súhlasiť s výstupmi hodnotenia, ale že ich považujú za správne, a vnímajú, že všetky podstatné otázky boli zohľadnené a každý bol vypočutý.

6.3. Hodnotenie programov včasnej intervencie. Načo?

Hodnotenie by nemalo byť samoučelné, ale mať konkrétny zámer. Malo by prispieť k zlepšeniu súčasného programu alebo k vytváraniu budúcich programov (Steele, 1970).

Nie je dôležité hodnotiť pre samotné hodnotenie, ale s cieľom spoznať silné a slabé stránky a na ich základe prijímať rozhodnutia a napláňovať zmeny smerujúce k systematickému zlepšovaniu postupov. Hodnotenie by preto malo byť neoddeliteľnou súčasťou bežných v rámci programu včasnej intervencie.

V tejto súvislosti sa od 90. rokov – súbežne s výstupmi pre dieťa a rodinu – začali hodnotiť aj postupy služieb včasnej intervencie s cieľom zistiť, či skutočne uplatňujú intervenciu zameranú na rodinu podľa kritérií ako primeranosť a účinnosť postupov, schopnosť reagovať, individualizácia intervencie a miera spokojnosti odborníkov a rodín.

Vo všeobecnosti môžeme konštatovať, že hlavným cieľom hodnotenia včasnej intervencie je pomôcť nám zistiť, do akej miery intervencia skutočne podporuje kvalitu života dieťaťa a rodiny, pričom samotnú kvalitu života musí zdefinovať rodina. To znamená, že úlohou rodiny je naznačiť, čo považuje za žiaducu úroveň kvality svojho života.

6.3.1. Postupy monitorovania a záznamu

Na splnenie tohto cieľa sa musia na začiatku programu vypracovať postupy priebežného monitorovania a podávania správ o realizácii činností. Simeonsson a kol. (1996) zdôrazňujú význam týchto postupov pri charakteristike procesu hodnotiaceho cyklu, o ktorom sme hovorili v 4. kapitole v 2. časti knihy. Tieto postupy pomôžu tímu uvedomiť si rozsah realizácie plánovaných činností a umožnia včasné riešenie dôležitých problémov. Pomôžu určiť, či sú činnosti:

- implementované podľa plánu;
- uskutočniteľné;
- a či prinášajú požadované účinky.

V prípade potreby umožňujú aj úpravu intervencií.

Monitorovací proces nutne zahŕňa záznamy činností programu. Je nevyhnutné, aby bol jednoduchý a užívateľsky prívetivý systém záznamov vytvorený už na začiatku a aby

sa pravidelne využíval. Záznamy umožňujú okamžite rozpoznať, čo sa udialo v priebehu času. Zaznamenávajú sa len tie informácie, ktoré sú relevantné z hľadiska cieľov programu a užitočné pre prax. Nedostatok záznamov o danom programe môže výrazne obmedziť jeho hodnotenie.

Význam
záznamov

6.3.2. Sebahodnotenie tímu

Odborníci a členovia tímu by zároveň mali hodnotiť aj sami seba. Tím nie je statická entita: vyvíja sa v čase, pretože dochádza k zmenám v rámci jednotlivcov a služieb, zmenám v oblasti financovania a regulačných štruktúr, zmenám v komunite a dokonca v dôsledku nových potrieb aj u detí a ich rodín. Tím sa mení aj v priebehu spoločnej práce, úspechy pri riešení počiatočných problémov môžu vytvoriť dynamiku tímu, a všetky tieto aspekty majú vplyv na rozvoj odborníkov. Preto okrem monitorovania a hodnotenia aktuálnej činnosti by mal tím aspoň raz ročne systematicky vyhodnocovať svoje fungovanie na úrovni celku aj jednotlivcov a hodnotenie interpretovať vo vzťahu k dosiahnutým výsledkom a riešeným problémom, svojej operačnej štruktúre, vzťahom a angažovanosti členov (Hayden, Frederick, Smith a Broudy, 2001). Dôležitou pridanou hodnotou je v tejto súvislosti systematický proces supervízie, ktorému sa budeme podrobnejšie venovať v 8. kapitole v 3. časti.

Keď človek presne vie, aké ciele chce dosiahnuť a čo presne definuje kvalitu procesu, intervencia bude jednoduchšia a zdroje budú lepšie využité. Poznatky a správne uplatňovanie adekvátnych noriem vedú k lepším programom.

NA ZAMYSLENIE

- Hodnotenie musí vychádzať z reflexie o výsledkoch, ktoré chceme dosiahnuť prostredníctvom intervencie na jednotlivých úrovniach: u dieťaťa, v rodine, komunite. Samostatne vyplňte tabuľku I v Prílohe 2.A. Prediskutujte vo veľkej skupine.
- Je dôležité uskutočniť aj hodnotenie aplikovaných odborných postupov. Spoločne doplňte tabuľku II v Prílohe 2.A.



6.4. Ako hodnotiť programy včasnej intervencie?

Neexistuje „recept“ na hodnotenie včasnej intervencie, ale existuje súbor základných východísk, ktoré sú spoločné pre všetky hodnotenia.

Základné východiská hodnotení programov včasnej intervencie

- Musia sa realizovať spôsobom, ktorý odzrkadľuje filozofiu zameranú na rodinu;
- Musia obsahovať analýzu očakávaných výsledkov práce s rodinami;

- Musia uplatňovať viacúrovňový prístup a brať do úvahy perspektívy detí, rodín a tímov;
- Musia využívať kombinovanú metodiku, zohľadňovať kvalitatívne aj kvantitatívne kritériá;
- Mali by využívať hodnotenie založené na očakávaných výsledkoch u dieťaťa, rodiny a tímu;
- Mali by používať kritériá hodnotenia účinnosti založené na ukazovateľoch zodpovedajúcich očakávaným výsledkom;
- Musia mať spoľahlivý vedecký a odborný základ.

(prevzaté z Ministerstva školstva štátu Kalifornia, 2007)

Hodnotenie musí odzrkadľovať priebeh procesu intervencie, či viedol k výsledkom, a ak áno, aký bol ich vplyv.

Hodnotenie sa musí považovať za nepretržitý proces

Ako sme uviedli vyššie, hodnotenie sa musí považovať za nepretržitý proces a v ideálnom prípade by sa malo napláňovať v počiatkových fázach včasnej intervencie. Výsledky hodnotenia by sa mali využiť na uskutočnenie zmien v procese a mali by nastoliť nové otázky ako východisko ďalšieho hodnotenia, ktoré sa odporúča realizovať po roku.

Z výskumu zameraného na hodnotenie procesu vyplýva, že:

- Pri hodnotení sa musí skúmať, ako sa poskytujú služby a aké majú výsledky;
- Hodnotenie sa odporúča vykonávať pravidelne podľa stanoveného harmonogramu.

(Ontárijská asociácia pre vývin dojčiat, 2006)

Význam anonymity

Treba tiež zdôrazniť, že nevyhnutným predpokladom odbornosti a kvality hodnotiaceho procesu je anonymita hodnotených prípadov a všetkých zainteresovaných účastníkov. Pri príprave systému hodnotenia včasnej intervencie je na dosiahnutie dôvery zainteresovaných rodín a odborníkov zásadné, aby hodnotenie malo pevný vedecký základ a zodpovedalo etablovaným kvalitatívnym postupom v tejto oblasti.

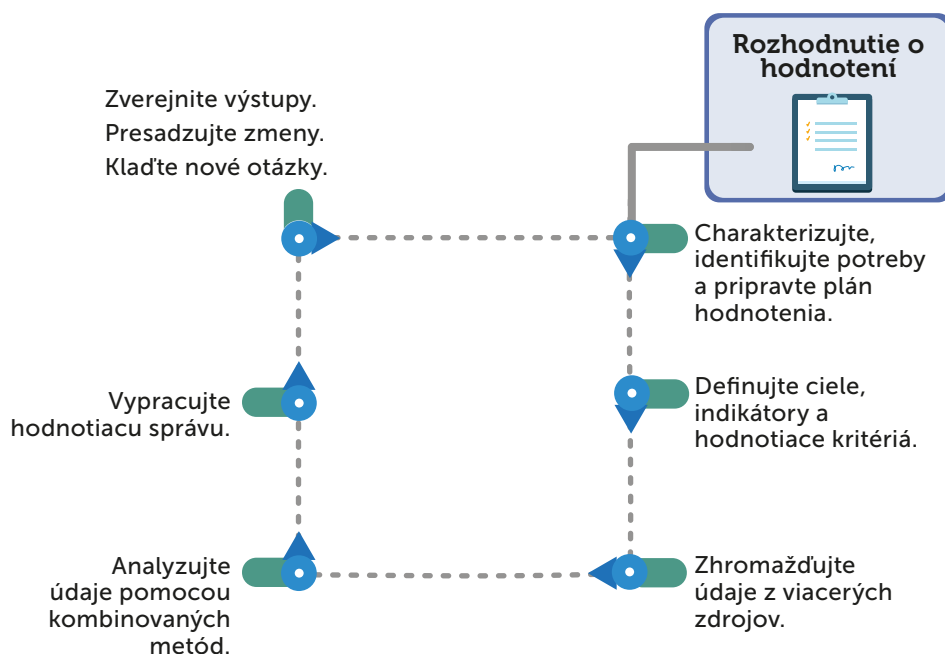
6.4.1. Fázy hodnotiaceho procesu

Keď sa ukáže, že priebeh včasnej intervencie treba vyhodnotiť, musíme si hodnotenie napláňovať, čiže zadefinovať, ako by sa malo uskutočniť. Ide o proces spolupráce medzi odborníkmi a rodinou, ktorého jednotlivé kroky si teraz vysvetlíme. Na obrázku 6.1 sú znázornené jednotlivé fázy hodnotenia, ktorých výsledkom bude záverečná správa a implementácia zmien.

Charakterizujte včasnú intervenciu identifikujte jej potreby

Po prijatí rozhodnutia je ešte pred začiatkom hodnotenia včasnej intervencie/tímu dôležité podrobne opísať poskytované služby a identifikovať potreby rodín/tímov a následne identifikovať hlavné okruhy hodnotenia. Toto by malo prebehnúť v spolupráci s členmi tímu, rodinami a externými hodnotiteľmi (ak je to relevantné), čím sa dosiahne spoločné uvažovanie o skutočnom priebehu včasnej intervencie, o realizovaných činnostiach a cieľoch, ako aj o samotnom procese hodnotenia. Toto „cvičenie“ je už v podstate monitorovaním činnosti a často vedie k vyjadreniu pochybností a kladeniu otázok, ktoré si vyžadujú odpovede a nové informácie.

Obrázok 6.1 Fázy hodnotiaceho procesu



Je to zásadná etapa, ktorá bude mať rozhodujúci vplyv na konečné výstupy hodnotenia. Ak sa jasne nestanoví charakter procesu včasnej intervencie, jeho vlastnosti, silné stránky, potreby a z nich vyplývajúce hlavné okruhy a ciele hodnotenia, výstupy hodnotenia nebudú konkrétne a zrozumiteľné.

Príprava plánu hodnotenia

Preto sa „cvičenie“, ktoré sme práve opísali, stane základom pre presnú identifikáciu cieľov hodnotenia, ktoré by mali tvoriť jadro plánu hodnotenia.

Naplánujte hodnotenie

V ďalšej fáze nebude možné definovať presné ciele, ak sú cieľmi programu napríklad „pomoc rodinám cítiť sa lepšie“ alebo „podpora vývinu dieťaťa“, či dokonca „podpora vzťahu medzi rodičom a dieťaťom“. Sú to síce podstatné ciele, ale sú vyjadrené nejasne a nepresne. Ako by sme sa mohli dozvedieť, či sa rodiny skutočne cítia lepšie, či program podporil vývin dieťaťa, alebo či sme skutočne prispeli k posilneniu vzťahu rodiča a dieťaťa? Preto si musíme určiť zameranie, a podľa neho jasné, presné a merateľné ciele.

V tejto fáze by sme si mali objasniť:

- **Čo** treba vyhodnotiť; ktoré otázky sa musia zodpovedať; **aký je dôvod** tohto rozhodnutia; **aký druh** hodnotenia by sa mal použiť – zameraný na proces, zameraný na účinky, alebo na oboje;
- **Kto** bude používať získané informácie;
- **Kto** uskutoční hodnotenie;
- **Aký bude harmonogram** hodnotenia? Je dôležité stanoviť podrobný a realistický harmonogram, ktorý sa dá zvládnuť.

Stanovte si jasné a presné ciele a príslušné ukazovatele a kritériá hodnotenia

Stanovte ciele, ukazovatele a kritériá hodnotenia

V druhej fáze je preto potrebné stanoviť ciele hodnotenia na základe otázok, na ktoré musíme nájsť odpovede, nie však všeobecné, ale konkrétne. Inými slovami, musia byť funkčné a predstavovať hodnotiace ukazovatele a príslušné kritériá, ktoré poslúžia ako normy na posudzovanie jednotlivých cieľov.

Sformulovanie správnych otázok je najnáročnejšou časťou procesu hodnotenia, ale jeho úspech závisí práve od nich. Správne zadané ciele a ukazovatele sú spolu s jasnými hodnotiacimi kritériami kľúčovými prvkami plánu hodnotenia.

Ak napríklad vychádzame z predpokladu, že jedným z cieľov včasnej intervencie je zachovanie modelu zameraného na rodinu, jedným z jej cieľov by mohlo byť nasledovné: „Individuálny plán podpory rodiny (IFSP) pre všetky deti a rodiny zaradené do včasnej intervencie bude vypracovaný v spolupráci s rodinou.“ Toto je jeden zo spôsobov jednoznačnej realizácie intervencie zameranej na rodinu. Ako však daný cieľ budeme hodnotiť? Treba nato zadefinovať ukazovatele. V tomto prípade môžeme napríklad použiť nasledovné: (i) všetky deti a rodiny, ktoré sú v programe viac ako tri mesiace, majú individuálny plán podpory rodiny vo svojom portfóliu; ii) individuálne plány boli vypracované v spolupráci s rodinou s ohľadom na jej rozhodnutia, potreby, priority a zdroje, čo sa odzrkadľuje aj v samotnom dokumente; iii) individuálny plán sa prehodnocuje každých šesť mesiacov; (iv) individuálny plán obsahuje podpisy členov rodiny a tímu.

Ako podklad na zber údajov o výsledkoch týchto ukazovateľov sa môžu použiť individuálne plány podpory rodiny, ako aj dokumentácia a záznamy v portfóliách detí sledovaných v rámci včasnej intervencie. Môžu sa uskutočniť aj rozhovory s odborníkmi a rodinami. Existujú k tomu dva druhy podkladov: prvý pozostáva zo zberu informácií o existujúcich materiáloch a druhý, t. j. rozhovory, zodpovedá zberu nových údajov.

Pre oba treba tiež zadefinovať jasné hodnotiace kritériá. Napríklad pri prvom ukazovateli sa treba rozhodnúť, či sa budú brať do úvahy všetky prípady, ktoré majú individuálny plán podpory rodiny vo svojom portfóliu, teda aj tie, ktoré boli vypracované pred viac než rokom a odvtedy nedošlo k ich prehodnoteniu. Pri plánovaní hodnotenia sa toto a mnoho ďalších rozhodnutí, musí dôkladne zvážiť a objasniť. Nestačí sa venovať len definícii ukazovateľov, musia byť jasne stanovené aj ich príslušné hodnotiace kritériá.

Požiadavky na dobré hodnotenie

1. Ciele programu treba vyjadriť jednoznačne. Nejasné alebo protirečivé ciele výrazne komplikujú stanovenie ukazovateľov a príslušných hodnotiacich kritérií, ktoré umožňujú posúdiť, či mal program pozitívny účinok alebo či bol dobre implementovaný;
2. Hodnotitelia, členovia programu a rodiny sa musia dohodnúť na ukazovateľoch, ktoré sa budú používať pri overovaní toho, či sa ciele dosiahli alebo nedosiahli. V opačnom prípade bude po zverejnení výsledkov hodnotenia hroziť konflikt medzi jednotlivými aktérmi;
3. Musia sa stanoviť merateľné ciele;
4. Musí sa vypracovať čo najkomplexnejšia a čo najjasnejšia charakteristika povahy a vývoja intervencie.

(prevzaté z Freeman, Rossi a Wright, 1980)

Metódy zberu informácií

Keď sa už proces hodnotenia nastavil, musíme počas fázy zberu údajov:

- a. Zhromažďovať, analyzovať, usporadúvať a popisovať existujúce materiály a záznamy, ktoré sa musia v rámci programu evidovať v súvislosti s realizovanými činnosťami;
- b. Zhromažďovať a analyzovať nové informácie, t. j. nové údaje.

Nové údaje sa môžu týkať detí, rodín alebo programov včasnej intervencie. Pokiaľ ide o výstupy týkajúce sa detí, výskumníci celé desaťročia diskutovali o dvoch zásadných otázkach: o identifikácii podstatných výsledkov a ich efektívnom a spoľahlivom meraní (Shonkoff a Phillips, 2000). Ide tu o otázku postupov pri odbere vzoriek a kritérií používaných pri zavádzaní zmien v oblasti rozvoja kognitívnych funkcií dieťaťa, ktoré mali za následok štatistické problémy a nedostatočnú konzistentnosť väčšiny výsledkov, ako aj o ďalšie oblasti, ktoré nie sú predmetom našej hĺbkovej analýzy.

Hodnotenie druhej generácie sa teda zameriava najmä na výsledky vyjadrené prostredníctvom funkčného správania a snaží sa pochopiť, čo deti robia v každodennom živote v rôznych prostrediach a situáciách. Ako príklad môžu slúžiť odporúčania Stanfordského výskumného ústavu, ktoré uvádzame nižšie.

Výsledky pre deti sa zameriavajú na tri základné oblasti:

1. Aby mali pozitívne sociálne vzťahy, ktoré zahŕňajú kontakty s inými deťmi aj dospelými;
2. Aby získavali a využívali nové poznatky a kompetencie, medzi ktoré patrí racionálny úsudok, schopnosť riešiť problémy a základy gramotnosti a matematiky;
3. Aby zahŕňali primerané konanie a uspokojovanie vlastných potrieb, ako stravovanie, obliekanie a dodržiavanie zdravotných a bezpečnostných pravidiel.

(Hebbeler, 2005)

Na základe analýzy štúdií realizovaných dvomi subjektmi zohrávajúcimi dôležitú úlohu pri tvorbe politik špeciálneho vzdelávania v USA – Americkým výskumným ústavom (2003) a Výskumným centrom raného veku – OSEP (2005), ako aj na základe stanoviska, ktoré Bailey a Wolery (2002) predložili prezidentskej Komisii pre špeciálne vzdelávanie Almeida (2009) konštatuje, že existuje konsenzus o navrhovaných odporúčaní v oblasti výsledkov pre deti. Patrí medzi ne potreba výsledky hodnotiť na základe integrovaných ukazovateľov funkčného správania a kompetencií využívaných v bežnom životnom prostredí dieťaťa, potreba zohľadňovať vplyv okolitého prostredia a potreba vytvoriť adekvátnejšie metódy hodnotenia predovšetkým pre deti so zdravotným znevýhodnením alebo poruchou.

Na druhej strane, vzhľadom na to, že z koncepčného hľadiska je jednotkou včasnej intervencie rodina, hodnotenie intervencie musí ukázať, čo je pre rodiny dôležité, aby sa mohlo posúdiť, či sa poskytujú primerané a kvalitné služby (Dinnebeil a Hale, 2003). V tomto zmysle Bailey a Bruder (2005) definujú „výsledky pre rodinu“ ako prínos pre rodinu v dôsledku poskytovaných služieb.

Iné prístupy k tejto problematike sa zameriavajú na uplatňovanie samotných postupov zameraných na rodinu alebo na hodnotenie ich účinkov na dieťa a rodinu, či na hodnotenie spokojnosti rodiny s poskytovanými službami. Kritériá používané pri hodnotení týchto výsledkov sú v USA predmetom diskusie, ktorá podnietila Úrad pre špeciálne vzdelávacie programy (OSEP) k tomu, aby poveril Centrum pre výskum detí v ranom veku vypracovaním

Výsledky
pre deti

Výsledky
pre rodiny

a implementáciou týchto kritérií. V ďalšej časti predstavíme výsledky pre rodinu v zmysle odporúčaní OSEP.

Výsledky týkajúce sa rodiny:

1. Schopnosť podporovať vývin dieťaťa;
2. Pozitívny pohľad na napredovanie vývinu dieťaťa a jeho budúcnosť;
3. Sebadôvera v oblasti kompetencií a schopnosť prevziať edukačné zodpovednosti;
4. Schopnosť rozhodovať a prijímať informované rozhodnutia o službách a zdrojoch;
5. Schopnosť účinne presadzovať služby a podporu potrebnú pre dieťa a rodinu.

(OSEP, 2006)

Aj Simeonsson a kol. (1996) navrhujú princíp hodnotenia včasnej intervencie, pričom za referenčný rámec považujú intervenčný cyklus. Autori vychádzajú z predpokladu, že na začiatku intervencie je nevyhnutné pochopiť výsledky, ktoré rodiny očakávajú, a ich očakávania v súvislosti s dieťaťom, sebou a službami, a snažiť sa ich zosúladiť s očakávaniami odborníkov. Úspech intervencie a spokojnosť rodín s včasnou intervenciou bude závisieť od splnenia ich počiatočných očakávaní.

Hodnotenie spokojnosti rodiny

Hodnotenie spokojnosti rodiny so službami včasnej intervencie sa považuje za zásadnú súčasť referenčného rámca intervenčného modelu zameraného na rodinu a za dôležitý indikátor hodnotenia programov v sociálnych a humanitných vedách (Bailey a kol., 1998; Simeonsson, 1988). Je to však konštrukt, ktorý je ťažké objektívne posúdiť vzhľadom na častú absenciu porovnávacieho základu pre rodičov, nedostatok štandardov alebo kritérií a štandardov kvality, ako aj vzhľadom na to, že ide o subjektívny rozmer, ktorý vyjadruje dojmy a pocity opýtaných.

Relevantné otázky v rámci hodnotenia

Okrem toho sa nezávisle od ďalších premenných rodičia väčšinou cítia spokojní alebo veľmi spokojní s poskytovanými službami (Bailey a kol., 1998; Bailey a Bruder, 2005; Lanners a Mombaerts, 2000; Simeonsson, 1988), v dôsledku čoho toto kritérium nemá dostatočnú výpovednú hodnotu. Rôzni citovaní autori však považujú hodnotenie spokojnosti za dôležitú súčasť hodnotenia výsledkov včasnej intervencie. Jedným z nich je Simeonsson (1988), podľa ktorého je hodnotenie spokojnosti rodín nevyhnutné, pretože identifikácia toho, čo je pre ne v intervencii podstatné, uľahčí uspokojovanie ich potrieb.

Vychádzajúc z predpokladu, že k tomu, aby boli poskytované služby účinné, musia byť individualizované, Simeonsson a kol. (Simeonsson a kol., 1996, s. 33) navrhujú niekoľko relevantných otázok:

1. Aké sú očakávania rodín a (ďalších) opatrovateľov v súvislosti s intervenciou?
2. Aký je účel a aká je povaha intervencie?
3. Ako je intervencia individualizovaná?
4. Je implementácia plánovaných služieb dôsledná, t. j. sú naozaj implementované služby, ktoré boli plánované?
5. Sú očakávané výsledky intervencie vopred špecifikované?
6. Dajú sa zdokumentované výsledky a ostatné účinky pripísať realizovanej intervencii?
7. Sú očakávania rodín a ďalších opatrovateľov splnené?
8. Dajú sa výsledky zovšeobecniť na účely budúcich iniciatív, výskumov a intervencií?

Systematický a priebežný zber údajov na základe týchto otázok umožní zdokumentovať, do akej miery program skutočne poskytuje individualizované služby zamerané na rodinu v súlade s pôvodne identifikovanými potrebami pretavenými do funkčných cieľov intervencie.

Podobne aj Bailey a kol. (1998) uskutočnili výskum na posúdenie miery, do akej programy včasnej intervencie plnili ciele intervencie zameranej na rodinu, a to na základe ôsmich otázok, ktoré špecifikujú dva hlavné typy výsledkov pre rodinu: spokojnosť so službami a výsledky vnímané rodinou. Tieto otázky uvádzame nižšie.

Spĺňa program včasnej intervencie ciele intervencie zameranej na rodinu?

Spokojnosť rodiny so službami:

- Má rodina pocit, že včasná intervencia priniesla zmenu do života ich dieťaťa?
- Má rodina pocit, že včasná intervencia priniesla zmeny do ich života?
- Má rodina pozitívny názor na odborníkov a služby?

Výsledky vnímané rodinou:

- Je rodina schopná v dôsledku včasnej intervencie kompetentnejšie pomáhať svojmu dieťaťu rásť, učiť sa a rozvíjať sa?
- Zlepšila včasná intervencia názor rodiny na jej potenciál spolupracovať s odborníkmi a zdôvodniť potrebu poskytovania služieb?
- Pomohla včasná intervencia rodine vybudovať efektívnu podpornú sieť?
- Pomohla včasná intervencia rodine nadobudnúť optimistický pohľad do budúcnosti?
- Zlepšila včasná intervencia názor rodiny na kvalitu jej života?

(Bailey a kol., 1998)

Hodnotenie preto musí byť schopné určiť nielen rozsah, v akom sú poskytované služby zamerané na rodinu vrátane ich individualizácie podľa prání a potrieb rodín, ale aj to, či tieto služby priniesli pozitívne zmeny u detí a rodín, a ak áno, či ich rodina skutočne aj vníma.

Tieto údaje by sa mali priebežne zbierať pomocou rôznych efektívnych nástrojov, t. j. takých, ktoré skutočne merojú to, čo merať majú, a dôsledne generujú podobné výsledky, inými slovami, sú spoľahlivé (Rossi a Freeman, 1993). Môžu to byť napríklad dotazníky, Likertove škály, kontrolné zoznamy, normatívne referenčné testy, rozhovory, fókusové skupiny, pozorovacie mriežky, terénne záznamy a denníky.

V súvislosti s vyššie uvedeným intervenčným cyklom Simeonsona a kol. (1996) v tabuľke 6.2 uvádzame konkrétny príklad, v ktorom autor navrhuje ilustrovať zdroje a charakter zhromaždených údajov a odpovedať na otázky kladené počas rôznych častí hodnotiaceho cyklu. Na tento účel uvádza niekoľko vybraných nástrojov, pričom ďalšie možnosti necháva otvorené.

V rámci modelu zameraného na rodinu musí byť v tejto fáze prioritou získavanie spätnej väzby od rodiny. To si vyžaduje uplatňovanie rôznych techník, vrátane zhromažďovania písomných materiálov aj verbálnych informácií v rôznych fázach intervenčného procesu.

Používanie kvalitatívnych a kvantitatívnych metód zas môže poskytnúť komplexnejší pohľad na program. Rozhodnutie o tom, prostredníctvom akých nástrojov, pomocou koho a kedy sa budú tieto údaje zhromažďovať, závisí od spoločného rozhodnutia tímu, rodiny a hodnotiteľa (ak sa rozhodli pre externého hodnotiteľa). To všetko musí byť súčasťou plánu hodnotenia, ktorý musí zahŕňať aj harmonogram procesu.

Priniesla intervencia pozitívne zmeny? Vníma tieto zmeny rodina?

Získavanie spätnej väzby od rodiny je prioritou

Uplatňovanie kvantitatívnych a kvalitatívnych metód

Tabuľka 6.2 Prvky intervenčného cyklu: hodnotiace údaje

Prvky intervenčného cyklu	Použitie hodnotiacich údajov	Zdroj a charakter údajov
Prvé kontakty	Zdokumentovať očakávania rodín a odborníkov	Dotazník o očakávaniach rodiny a odborníkov; rozhovor a pod.
Hodnotenie	Získať merateľné indikátory k dieťaťu a rodine	Obavy a potreby dieťaťa / rodiny: Od narodenia do troch rokov, škála potrieb rodiny (FNS), rozhovor, ekomapa, a pod.
Vypracovanie individuálneho plánu	Vytvorenie individuálneho plánu podpory rodiny	Protokol individuálneho plánu (ciele/ výsledky, stratégie, intervenujúce strany, termíny, výstupy, implikácie)
Implementácia a monitorovanie služieb	Overenie dôslednosti implementácie intervencie	Stupnica dosahovania cieľov
Hodnotenie výsledkov a spokojnosti	Predloženie dôkazov o spokojnosti, očakávaných výsledkoch a ďalších účinkoch	Dotazník spokojnosti rodiny Dotazník na sledovanie škály cieľov Sledovanie výsledkov dieťaťa a rodiny (od narodenia do troch rokov, FNS, a pod.)

Zdroj: Simeonsson et al., 1996. Evaluation cycle and intervention of personalized services for children and families. Upravené a použité so súhlasom autorov.

Analýza údajov a vypracovanie hodnotiacej správy

Analýza údajov

Po zhromaždení všetkých potrebných informácií prejdeme k analýze. Výber kvalitatívnych a kvantitatívnych metód bude závisieť od typu zhromaždených údajov a spôsobu, akým sa majú použiť, ako aj od rozsahu plánovaných výstupov. Analýza umožní usporiadať zozbierané údaje prostredníctvom logických a opodstatnených hypotéz, s tým, že zohľadňuje aj iné možné vysvetlenia, ktoré by mohli viesť k rozdielnym hypotézam. Preto musíme maximalizovať pravdepodobnosť, že naša interpretácia bude tou najsprávnejšou (Eyken, 1992). Pri kontrole premenných musíme byť mimoriadne opatrní, aby sme si mohli byť istí, že identifikované potenciálne účinky možno skutočne pripísať včasnej intervencii, ktorú skúmame, a nie iným vonkajším vplyvom.

Vypracovanie hodnotiacej správy

Záverečnou fázou hodnotiaceho procesu je vypracovanie správy. Musí obsahovať hlavné závery, ku ktorým sa prišlo, a ich dôsledky: treba uskutočniť zmeny, aké zmeny, v akých oblastiach? Zároveň musí obsahovať jasnú charakteristiku typu hodnotenia, stanovených cieľov, použitých nástrojov a postupov a uplatňovaných metód analýzy, a v záverečnej časti aj kritickú reflexiu dosiahnutých výsledkov a silných a slabých stránok realizovanej činnosti.

Musíme tiež zdôrazniť, že:

hodnotenie je kolaboratívna činnosť. Jeho výsledky budú akceptované a užitočné len vtedy, ak budú do hodnotenia zapojené všetky strany spolupracujúce vo včasnej intervencii a budú ho považovať za „svoje vlastné“ (Eyken, 1992).

Ako sme však uviedli vyššie, hodnotenie je nepretržitý proces a ak zo záverečnej správy nevplynie žiaden záver, hodnotenie nemá zmysel.

Výstupy hodnotenia, ktoré sa uvádzajú v záverečnej správe, sa musia využiť na zlepšenie včasnej intervencie.

Úlohou zodpovedných subjektov je, aby následne zabezpečili zverejnenie a zohľadňovanie týchto výstupov pri rozhodovaní o potrebných zmenách, rozvoj účinných zlepšení alebo modifikáciu najproblematickejších postupov, a zároveň nastolili nové otázky, ktoré budú východiskom ďalšieho hodnotenia.

Na záver uvádzame odporúčaný postup pri hodnotení včasnej intervencie uvedený v Stanovisku NAEYC/NAECS/SDE (2003).

NA ZAMYSLENIE

- Spoločne sa zamyslite nad jednotlivými zložkami hodnotiaceho procesu. Po prediskutovaní všetkých 12 krokov uvedených v tabuľke I v Prílohe 2.B vypracujte plán hodnotenia.



Odporúčané postupy pri hodnotení programov včasnej intervencie

Hodnotenie sa používa na priebežné zlepšovanie včasnej intervencie – dôraz sa kladie jednak na proces a implementáciu, jednak na výsledky. Postupne sa ukázalo, že hodnotenie má vplyv na zlepšovanie postupov uplatňovaných v rámci včasnej intervencie.

Hodnotenie umožňuje aktívnu účasť rodín – rodiny sú partnermi počas celého procesu hodnotenia vrátane výberu jeho metód a nástrojov. Existujú aj mechanizmy umožňujúce získavanie spätnej väzby o výsledkoch intervencie a spokojnosti s nimi.

Hodnotenie sa uskutočňuje v súlade s cieľmi – typ hodnotenia a vybrané metódy musia byť v súlade s cieľmi včasnej intervencie.

Hodnotenie sleduje komplexné ciele – popri cieľoch zameraných na dieťa zahŕňajúcich širokú škálu vývinových a vzdelávacích výstupov sleduje aj ciele zamerané na rodinu, odborníkov a komunitu.

Hodnotenie má pevne stanovenú štruktúru – rôzne typy hodnotení sú založené na vedecky overených modeloch.

Hodnotenie vychádza z viacerých zdrojov údajov – zahŕňa informácie o včasnej intervencii, dieťati, rodinách, odborníkoch, kontextoch a komunitě.

Hodnotenie využíva proces zberu vzoriek, ak zahŕňa individuálne posúdenie dieťaťa – tento proces sa vyhýba hodnotiacemu posudzovaniu jednotlivých detí.

Počas celého procesu hodnotenia sa pri používaní referenčných štandardných testov uplatňuje adekvátne ochrana – musia byť vývinovo a kultúrne primerané, vedecky overené a spoľahlivé. Pravidelný zber údajov sa uskutočňuje pomocou viacerých zdrojov údajov a prebieha priebežná kontrola kvality.

Počas celého procesu sa zdôrazňuje posun detí – pri používaní kritérií na hodnotenie dieťaťa sa ich posun musí zdôrazňovať priebežne, nielen na konci.

Hodnotenie musia vykonávať skúsení jednotlivci – osoby, ktoré vedú zabezpečiť spravodlivé a nezávislé hodnotenie. Súčasťou komplexného hodnotenia včasnej intervencie je proces sebahodnotenia aj systematická analýza údajov pomocou kvantitatívnych a kvalitatívnych metód s cieľom preukázať, do akej miery intervencia plní stanovené ciele.

Výsledky hodnotenia sa zverejňujú – rodiny, odborníci, tvorcovia politik a iné zainteresované strany majú právo oboznámiť sa s výsledkami. Hodnotiaci správa sa musí sprístupniť zainteresovanej verejnosti.

(Prevzaté zo Stanoviska NAEYC/NAECS/SDE, 2003)

Príloha 2.A

Tabuľka I

Čo považujete pri svojej práci s deťmi a rodinami za nevyhnutné dosiahnuť:

Deti:	Rodiny:	Komunita:

Tabuľka II

BRASS TACKS²⁰

Sebahodnotenie včasnej intervencie zameranej na rodinu

P. J. McWilliam, R. A. McWilliam

1993

Centrum pre detský vývin Franka Portera Grahama,

Univerzita Severnej Karolíny na Chapel Hill

(Frank Porter Graham Child Development Center,

The University of North Carolina at Chapel Hill)

ÚVOD

Technika „Brass Tacks“ (základné predpoklady) bola vytvorená pre odborníkov pôsobiacich v oblasti včasnej intervencie, tímy a ostatných odborníkov s cieľom pomôcť určiť, do akej miery ich činnosti zodpovedajú prístupu zameranému na rodinu. Zároveň slúži ako pomôcka na identifikáciu zmien vo včasnej intervencii a v jednotlivých postupoch, aby sa mohli realizovať s ešte väčším zameraním na rodinu.

Nástroj je rozdelený do štyroch fáz poskytovania služieb:

Fáza 1: Prvé stretnutie s rodinou

Fáza 2: Stanovenie cieľov intervencie (posúdenie dieťaťa a rodiny)

Fáza 3: Plánovanie intervencie pre dieťa a rodinu

Fáza 4: Poskytovanie každodenných služieb

Pokyny

Krok 1: Ohodnoťte sa v každej stratégii postupe alebo činnosti

Pozorne si prečítajte všetky otázky. Na 5-bodovej stupnici (v rozsahu od Nikdy – 1 až po Vždy – 5) zakrúžkujte číslo, ktoré najviac vystihuje, **ako často** sa venujete príslušnej činnosti. Pri sebahodnotení nezabudnite vziať do úvahy všetky rodiny, ktorým poskytujete služby, a rôzne situácie, s ktorými sa stretávate.

Krok 2: Ohodnoťte, aké dôležité sú podľa vás jednotlivé činnosti

Na hodnotiacej stupnici zakrúžkujte číslo (v rozsahu od Nie je dôležité – 1 až po Mimoriadne dôležité – 5), ktoré zodpovedá vášmu názoru na jednotlivé činnosti.

²⁰ Uvedený nástroj preložila do portugalčiny a pre výskumné účely upravila Ana Paula da Silva Pereira so súhlasom P. J. McWilliama a R. A. McWilliama. Braga, jún 2007.

Fáza 1: Prvé stretnutie s rodinou (odporúčanie a vstup do programu)

Stratégia/postup alebo činnosť	Ako často?					Aká dôležitá je táto činnosť				
	Nikdy	Občas	Niekedy	Zvyčajne	Vždy	Nie je dôležitá	Trochu dôležitá	Dôležitá	Veľmi dôležitá	Mimoriadne dôležitá
1. Vyhýbate sa osobným otázkam, ktoré priamo nesúvisia so stavom dieťaťa alebo obavami rodiny?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
2. Ponúkate rodičom možnosť výberu, kde a kedy sa uskutoční prvý osobný kontakt?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
3. Počúvate viac, než sa pýtate či radíte?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
4. Poskytujete po odporúčaní rodine okamžitú pomoc a podporu (napr. emocionálnu podporu, informácie, nápady, služby, odporúčania)?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
5. Nadviažete prvý osobný kontakt s rodinou do jedného týždňa od odporúčania?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
6. Dávate rodičom najavo, že je pre vás ich dieťa dôležité a že vám záleží na jeho pohode (napr. pýtate sa, či ho môžete objasť, rozprávate sa priamo s dieťaťom, prejavujete radosť z interakcie s dieťaťom)?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

Fáza 2: Stanovenie cieľov intervencie (posúdenie dieťaťa a rodiny)

Stratégia/postup alebo činnosť	Ako často?					Aká dôležitá je táto činnosť				
	Nikdy	Občas	Niekedy	Zvyčajne	Vždy	Nie je dôležitá	Trochu dôležitá	Dôležitá	Veľmi dôležitá	Mimoriadne dôležitá
1. Vykonávate hodnotenia, ktoré vyhovujú rodine? Ponúkate rodičom na výber termíny?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
2. Pýtate sa rodičov, na ktoré otázky by chceli dostať odpovede prostredníctvom hodnotenia?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
3. Ponúkate rodičom možnosť výberu hodnotiacich nástrojov/kritérií, ktoré sa budú používať pri hodnotení ich dieťaťa, ako aj metód spracovania hodnotenia?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
4. Zdôrazňujete rodičom skôr to, čo ich dieťa vie robiť, ako to, čo robiť nevie?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
5. Ponúkate rodičom možnosť účasti na všetkých diskusiách o plánovaní hodnotenia dieťaťa a o výsledkoch hodnotenia dieťaťa?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
6. Oznámate a vysvetľíte rodičom výsledky hodnotenia hneď, ako ich dostanete (t. j. v ten istý deň)?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
7. Dávate kópiu svojej hodnotiacej správy rodičovi/-com?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

Fáza 3: Plánovanie intervencie pre dieťa a rodinu

Stratégia/postup alebo činnosť	Ako často?					Aká dôležitá je táto činnosť				
	Nikdy	Občas	Niekedy	Zvyčajne	Vždy	Nie je dôležitá	Trochu dôležitá	Dôležitá	Veľmi dôležitá	Mimoriadne dôležitá
1. Ponúkate rodičom možnosť zúčastniť sa na všetkých diskusiách o plánovaní intervencie pre ich dieťa a pre nich?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
2. Majú rodičia posledné slovo pri zostavení zoznamu cieľov pre dieťa a rodinu a stanovení metód, ktorými sa tieto ciele majú dosiahnuť?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
3. Dá sa väčšina cieľov dieťaťa v intervenčnom pláne dosiahnuť do jedného roka?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
4. Využívate informácie a nápady zo strany rodičov pri vypracúvaní intervenčného plánu?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
5. Ponúkate rodičom možnosti služieb a zdrojov na splnenie intervenčných cieľov ich dieťaťa? Rešpektujete rozhodnutia rodičov o tom, ktoré služby bude či nebude ich dieťa využívať?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
6. Zaujimate sa o potreby, túžby a pocity všetkých členov rodiny pri určovaní cieľov intervencie?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

Fáza 4: Poskytovanie každodenných služieb

Stratégia/postup alebo činnosť	Ako často?					Aká dôležitá je táto činnosť				
	Nikdy	Občas	Niekedy	Zvyčajne	Vždy	Nie je dôležitá	Trochu dôležitá	Dôležitá	Veľmi dôležitá	Mimoriadne dôležitá
1. Oceníte rodičov za niečo pri každom stretnutí?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
2. Poviete rodičom niečo pozitívne o ich dieťati pri každom stretnutí?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
3. Zabezpečujete, aby rodičia mali vždy okamžitý a priamy prístup ku všetkým členom tímu?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
4. Dbáte na to, aby pre otcov, členov širšej rodiny a priateľov bolo zapojenie do intervenčného programu dieťaťa príjemné a radostné (napr. využívanie ich špecifických zručností, vyhovujúci harmonogram stretnutí, návštevy v domácnosti alebo v centre?)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
5. Poskytujete rodičom jednoduchý prístup k zdrojom informácií, ktoré by mohli byť pre nich zaujímavé alebo užitočné (knihy, časopisy, bulletin, odborné články, legislatívne texty, videá, komunitné podujatia, články o vedeckom výskume atď.)?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

Príloha 2.B

Tabuľka I

Vypracujme si plán hodnotenia krok za krokom

I – Je hodnotenie včasnej intervencie opodstatnené?
<p>Zamyslime sa spoločne nad nasledujúcim tvrdením:</p> <p>„Pravidelné hodnotenie našich postupov veľa napovie o kvalite programu včasnej intervencie.“</p> <p>Individuálne:</p> <p>V rozsahu jedného odseku zdôvodnite svoj súhlas alebo nesúhlas s vyššie uvedeným tvrdením.</p> <p>V skupine:</p> <ul style="list-style-type: none">• Zdieľajte a prediskutujte odpovede;• Zhrňte závery.
II – Komu je hodnotenie určené?
<p>V skupine:</p> <ul style="list-style-type: none">• Identifikujte adresáta/-ov hodnotenia;• Diskutujte o vplyve vymedzenia adresáta na hodnotenie;• Napíšte závery.
III – Kto sa zúčastní na hodnotení, ako sa zapojí rodina a kto bude proces viesť?
<p>V skupine:</p> <ul style="list-style-type: none">• Identifikujte účastníkov a facilitátora/-ov hodnotenia;• Diskutujte o dôsledkoch účasti rôznych účastníkov na hodnotení a o ich úlohe;• Napíšte závery.

IV – Aké zdroje máme k dispozícii na uskutočnenie hodnotenia?

V skupine:

- Identifikujte existujúce zdroje z hľadiska času, dostupnosti, finančných prostriedkov a pod. (bez toho, aby sa zmenila bežná činnosť tímu);
- Identifikujte zdroje, ktoré sa potenciálne budú musieť zabezpečiť, a diskutujte o možnostiach ich zabezpečenia;
- Napíšte závery.

V – Na ktoré hlavné zložky intervencie sa musí hodnotenie zamerať?

Individuálne:

Napíšte zoznam zložiek.

V skupine:

- Zdieľajte a prediskutujte odpovede;
- Napíšte závery.

Príklad

Môžeme sa zamerať na niektorú všeobecnú zložku, ako napríklad:

- Zistiť, či intervencia zodpovedá filozofii, hodnotám a metódam modelu zameraného na rodinu.

Alebo si vybrať niektorú konkrétnu zložku, ako napríklad:

- Zistiť, či je hodnotiaci proces ponímaný zo systémového hľadiska zameraného na rodinu, alebo či tím skutočne pracuje transdisciplinárne.

Výber bude závisieť od toho, čo chcú jednotlivé tímy prioritne zistiť, a to vždy s cieľom zlepšiť metódy poskytovania včasnej intervencie.

VI – Na ktoré konkrétne otázky z vybraných tém chceme získať odpoveď?

Individuálne:

Napíšte zoznam otázok.

V skupine:

- Zdieľajte a prediskutujte odpovede;
- Napíšte závery.

Príklad

Môžeme položiť otázky ako:

1. Spadajú postupy tímu vo všeobecnosti medzi tie, ktoré sa podľa vedeckých dôkazov považujú za hlavné parametre intervencie zameranej na rodinu?
2. Vychádzajú postupy tímu zo silných stránok, obáv a priorít rodiny a snažia sa na ne reagovať rozvíjaním participatívnej zložky poskytovania podpory zameranej na rodinu?
3. Podporujú postupy tímu spoločnú zodpovednosť a spoluprácu odborníkov zameraných na rodinu, ako aj rozhodovanie rodiny počas celého procesu hodnotenia/intervencie, pričom spolu s participatívnou zložkou rozvíjajú aj vzťahové aspekty prístupu zameraného na rodinu?
4. Navodili tímové postupy pozitívne zmeny v živote detí a ich rodín?
5. ...

VII – Chceme sa venovať hodnoteniu procesu, služby/intervencie alebo obojmu?

V skupine:

- Diskutujte o dôsledkoch jednotlivých typov hodnotení a rozhodnite;
- Napíšte svoje rozhodnutie.

Príklad

Aby bolo možné odpovedať na otázky vyššie, najlepšie by bolo uskutočniť obidve hodnotenia:

1. Pri hodnotení procesu sa počas vopred vymedzeného časového obdobia môže uskutočniť rad za sebou nasledujúcich hodnotení/pozorovaní rôznych aspektov, napr. ako sa hodnotenie uskutočňuje, príprava individuálneho plánu podpory rodiny, kto rozhoduje, ako a kde sa intervencia uskutočňuje a kto v nej zohráva aktívnu úlohu, ako fungujú siete sociálnej podpory rodiny a pod.
2. Pri hodnotení by sme sa zaoberali len konečnými výsledkami intervencie, ktoré by sme hodnotili na základe nástrojov/rozhovorov/dotazníkov a pod., napríklad názory rodín a odborníkov na uplatňovanie participatívnych a vzťahových aspektov metódy zameranej na rodinu, alebo na vplyv intervencie na kvalitu života dieťaťa a rodiny.

VIII – Ako premeníme sformulované otázky na presné a merateľné ciele a ako identifikujeme ich príslušné ukazovatele?

V skupine:

- Sformulujte ciele pre jednotlivé otázky;
- Identifikujte ukazovatele, ktoré sa budú používať pri hodnotení jednotlivých cieľov;
- Napíšte výsledok.

Príklad

Zodpovedanie štvrtej otázky z vyššie uvedeného príkladu:

Cieľ: „Intervencia bude mať pozitívny vplyv na spokojnosť, pohodu a sebadôveru rodín a na rozvoj detí.“

Ukazovatele:

- Stupeň efektívnosti rodiny
- Kvalita interakcie matky s dieťaťom
- Úroveň stresu v rodine
- Zvýšenie úrovne sociálnej podpory pre rodiny
- Zvýšenie kompetencií detí a pod.

IX – Ako a kedy sa budú zbierať potrebné informácie/údaje?

V skupine:

- Prediskutujte nasledujúce otázky a rozhodnite:
 - Aké informácie ste už zaznamenali?
 - Ako usporiadate tieto informácie?
 - Kto to urobí?
 - Aké informácie ešte potrebujete získať?
 - Aké metódy použijete na ich získanie (dotazníky, Likertove škály, kontrolné zoznamy, porovnávacie testy/testy výkonnosti, rozhovory, fókusové skupiny, pozorovacie mriežky a pod)?
 - Kto bude zbierať údaje?
 - Kedy sa budú zbierať?
 - Budú sa zbierať raz alebo viackrát počas hodnotiaceho procesu?
- Napíšte závery.

X – Akú metodológiu budete používať pri analýze údajov?

V skupine:

- Prediskutujte nasledujúce otázky a rozhodnite sa:
 - Aký typ analýzy použijete?
 - Kto urobí analýzu?
 - Budete potrebovať externých odborníkov?
 - Keby ste ich potrebovali, máte na to finančné prostriedky?
 - Kedy predpokladáte začiatok a dokončenie analýzy?
- Napíšte závery.

XI – Ako sa budú výsledky hodnotenia zverejňovať?

V skupine:

- Prediskutujte nasledujúce otázky a rozhodnite sa:
 - Čo budete komunikovať?
 - Kto vypracuje analýzu?
 - Budete potrebovať externých odborníkov?
 - Keby ste ich potrebovali, máte na to finančné prostriedky?
 - Kedy predpokladáte začiatok a dokončenie analýzy?
- Napíšte závery.

XII – Ako sa budú využívať výsledky hodnotenia?

V skupine:

- Prediskutujte, kto a ako ich bude využívať;
- Napíšte závery.

Vypracujme si plán hodnotenia krok za krokom

A teraz spojme všetky uvedené kroky!

V skupine:

- Na základe výsledkov predchádzajúcich 12 krokov vypracujte tímový plán hodnotenia.



3. časť

Kapitoly:

-
- 7 Odborná príprava – rozvoj vedomostí, kompetencií a postojov smerom k lepšej intervencii
-
- 8 Supervízia – na ceste ku vzťahom založeným na dôvere a podpore rozvoja včasnej intervencie
-

Možnosti profesionálneho rastu a rozvoja

“

Kompetencia nie je podmienkou ani nadobudnutým poznatkom. Nemožno ju zredukovať na vedomosti ani na know-how.

– Le Boterf, 1994

”



Možnosti profesionálneho rastu a rozvoja

ÚVOD

Včasná intervencia sa opiera o súbor špecifických poznatkov zhrnutých a objasnených v tejto publikácii, ktoré predstavujú základ činnosti odborníkov v tejto oblasti. Zvláštny zreteľ sa kladie na dôležitosť intervencie, ktorá (Bruder, 2010; DEC, 2014):

- sa poskytuje čo najskôr;
- je zameraná na rodinu;
- je založená na spolupráci;
- sa realizuje v prirodzených a inkluzívnych prostrediach.

Uplatňovanie modelu intervencie založenej na týchto princípoch si vyžaduje odborné predpoklady, ktoré predstavujú poznatky a špecializácia odborníkov, ale aj ich praktickú a reflexívnu realizáciu, založenú na empatii v rámci spolupráce, smerom k transdisciplinárnemu poskytovaniu služieb zameraných na rodinu v jej prirodzenom prostredí (Brazelton a Sparrow, 2003; Dunst a Trivette, 1996; Klein a Gilkerson, 2000).

Rozhodujúcim faktorom úspešnosti intervencie sú v tejto súvislosti jednotlivé fázy odbornej prípravy (úvodná, špecializovaná a príprava v rámci poskytovania služieb), keďže umožňujú náročnú transformáciu postojov a kompetencií odborníkov včasnej intervencie v záujme plnenia nových požiadaviek.

Náčrt odporúčaných metód odborného rastu a rozvoja a prípravy v oblasti včasnej intervencie zahŕňa (nové) vymedzenie súčasného chápania profesionálneho rastu v tejto oblasti s cieľom identifikovať tie štrukturálne a procedurálne charakteristiky návrhov odbornej prípravy, ktoré môžu na základe postupov založených na dôkazoch¹, podporiť rozvoj kvalitnej a efektívnej intervencie (Snyder, Hemmeter a McLaughlin, 2011). Návrhy odbornej prípravy jednoznačne zahŕňajú reflexívnu supervíziu ako priebežný vzdelávací proces založený na profesionálnej podpore a posilnení a ako nevyhnutnú súčasť rozvoja kvalitných metód včasnej intervencie.

¹ V tejto súvislosti definujeme postupy založené na dôkazoch ako rozhodovací proces integrujúci najlepšie dostupné dôkazy z výskumu spolu so skúsenosťami a hodnotami rodín a odborníkov (Buysse, Wesley, Snyder a Winton, 2006).



Odborná príprava – rozvoj vedomostí, kompetencií a postojov smerom k lepšej intervencii

7. KAPITOLA

7.1. Odborný profil, odborný rast a príprava v rámci včasnej intervencie

Na poskytovanie včasnej intervencie zameranej na rodinu, založenej na spolupráci a realizovanej v prirodzenom a inkluzívnom prostredí musia mať daní odborníci primeranú prípravu a podporu, ktorá im umožní poskytovať kvalitné služby (Moore, 2011).

Odborníci zapojení do včasnej intervencie pochádzajú z rôznych profesií a to predstavuje pre oblasť včasnej intervencie ďalšiu výzvu. Úvodná odborná príprava ponúka poznatky a zručnosti viazané na špecifickú odbornú oblasť, ale spôsob, akým sú odborníci pripravení aplikovať kľúčovú os včasnej intervencie do vlastnej činnosti, sa výrazne líši v závislosti od ich konkrétneho vedeckého odboru, a dokonca aj v rámci neho (Brito, Brandão a Azevedo, 2015). V žiadnej z týchto špecifických oblastí odborníci nezískajú všetky zručnosti, ktoré budú potrebovať na účinné poskytovanie včasnej intervencie (Moore, 2011).

Odborné vzdelávanie v oblasti včasnej intervencie teda musí prebiehať kontinuálne a celoživotne s cieľom čo najlepšie spĺňať kľúčové aspekty súčasného profilu odborníkov v oblasti včasnej intervencie, konkr. kompetencie, vďaka ktorým môžu:

- zapájať ostatných aktérov a budovať partnerstvá – etika vzťahov;
- kontinuálne rozvíjať svoje vlastné zručnosti – „stávať sa“ skutočným odborníkom na včasnú intervenciu;
- poskytovať kvalitné služby na základe odporúčaných postupov z praxe – odborné zvládnutie praxe a vedomostí založených na dôkazoch.

Cieľom týchto kompetencií je:

- presadzovať rozvoj a celkovú pohodu detí;
- zintenzívňovať participáciu rodiny a posilňovať jej postavenie vo všetkých fázach intervenčného procesu – intervencia zameraná na rodinu;
- optimalizovať inklúziu do komunity – transdisciplinárna tímová práca uskutočňovaná v prirodzenom a inkluzívnom prostredí.

Odborná príprava ako kľúč k odbornému profilu v oblasti včasnej intervencie

Rozvoj kompetencií vo včasnej intervencii a účinné výsledky intervencie

Na získanie uvedených zručností treba jasne definovať ciele, ktoré odborník v oblasti včasnej intervencie v danom čase chce dosiahnuť. Mali by vychádzať z najkvalitnejších a najnovších dôkazov, aby sa zreteľne umocnili výsledky, na ktoré sa včasná intervencia u detí a ich rodín zameriava (Brotherson, Summers, Bruns a Sharp, 2008).

7.2. Odborný rast v oblasti včasnej intervencie

Vzťah medzi kvalitným odborným rozvojom a kvalitou a účinnosťou intervencie

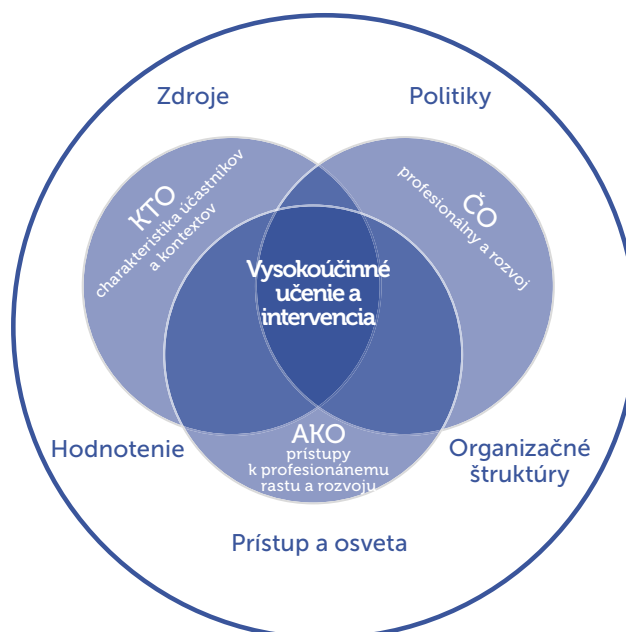
Oblasť odborného rastu a rozvoja sa v posledných desaťročiach stala kľúčovou témou najmä z hľadiska vzťahu medzi jeho kvalitatívnou úrovňou a kvalitou a efektívnosťou intervencie, čo zdôrazňujú aj výskumy (Snyder a kol., 2011; Stayton, 2015).

Definícia profesionálneho rastu a rozvoja je aj sama osebe komplikovaná a náročná, keďže musí brať do úvahy rôzne štrukturálne a procesné stránky účelu, obsahu a cieľov, ale aj procesu učenia a výučby, jeho formátu a dĺžky trvania.

Tvorba definície profesionálneho rastu a rozvoja na kolaboratívnom základe

S ohľadom na komplexnosť problematiky pripravilo Národné centrum odborného rozvoja v oblasti inklúzie (National Professional Development Center on Inclusion, NPDCI, 2010) definíciu profesionálneho rastu a rozvoja na základe intenzívnej spolupráce s rodinami, odborníkmi v oblasti včasnej intervencie, výskumníkmi, politickými lídrami, vedením miestnych programov, pedagógmi vyššieho vzdelávania a zástupcami odborných organizácií. Nižšie uvedený diagram (obrázok 7.1; NPDCI, 2010), znázorňuje, ako ju možno uplatniť pri rozvoji, implementácii a hodnotení efektívneho odborného rastu a rozvoja:

Obrázok 7.1 Konceptuálny rámec profesionálneho rastu a rozvoja v oblasti včasnej intervencie



Zdroj: National Professional Development Center on Inclusion [NPDCI] (2010). Building integrated professional development systems in early childhood: Recommendations for states. Chapel Hill: The University of North Carolina, FPG Child Development Institute.

Plánovanie a implementácia odbornej prípravy by preto mali byť založené na každej z troch zložiek programu profesionálneho rastu a rozvoja („kto“, „čo“ a „ako“) a na vzťahoch medzi nimi. Pri plánovaní profesionálneho rastu a rozvoja sú rovnako zásadné aj kontextuálne premenné, ku ktorým patria politiky, zdroje, organizačné štruktúry, prístup, šírenie a vyhodnocovanie.

Definícia profesionálneho rastu a rozvoja

Súbor príležitostí na výučbu a učenie, ktorý má transakčnú povahu a je naplánovaný na podporu získavania odborných vedomostí, zručností a predpokladov, ako aj aplikáciu týchto znalostí v praxi.

Táto definícia zahŕňa tri hlavné komponenty:

- a. „kto“ je aktérom profesionálneho rastu a rozvoja – charakteristiky a kontexty recipientov, ako aj detí a rodín, s ktorými pracujú;
- b. „čo“ je predmetom profesionálneho rastu a rozvoja – obsah, t. j. čo by odborníci mali vedieť a byť schopní vykonávať (všeobecne zadefinované profily odborných kompetencií, usmernením v odbornej príprave, certifikačnými štandardmi a akreditáciou);
- c. „ako“ sa profesionálny rast a rozvoj uskutočňuje – organizácia a uľahčovanie vzdelávania (t. j. prístupy, modely a metodika na podporu samostatného a reflexívneho učenia zameraného na skúsenosti s vysokou relevanciou pre prax).

(Buysse, Winton a Rous, 2009; NPDCI, 2010)

Odborná príprava prináša v tejto konkrétnej oblasti včasnej intervencie jedinečné výzvy, keďže jej ciele sa kvalitatívne odlišujú od odbornej prípravy v príbuzných oblastiach: obsah a prax poskytovania služieb včasnej intervencie sa líši od služieb poskytovaných v školopovinnom veku a mnohé z týchto rozdielov sú priamym dôsledkom špecifických vývinových potrieb batoliat a malých detí (Bruder a Dunst, 2005) a potreby zapojenia a participácie rodiny počas celého procesu včasnej intervencie (Peterander, 2004).

Keďže tie najdôležitejšie interakcie a skúsenosti v živote dieťaťa vznikajú v rodinnom kontexte a majú zásadný význam pre jeho vývin, v súčasnosti existuje odborná zhoda na účinnosti intervencie u detí vo veku od narodenia do šiestich rokov za posilnenia a zapojenia celej rodiny do intervenčného procesu. Zároveň si takáto intervencia vyžaduje interakciu medzi rôznymi vednými oblasťami a berie do úvahy početnosť kontextov, služieb, zdrojov, ľudí (detí, rodín, opatrovateľov), ako aj ich charakteristík, silných stránok a potrieb, ktoré treba prispôsobiť špecifickej povahe každého jednotlivého prípadu (McCullum a Catlett, 1997).

Preto je veľmi dôležité, aby procesy a obsah odbornej prípravy v oblasti včasnej intervencie:

- explicitne a vedome vychádzali z princípov a profilu odborníka na včasnú intervenciu, s dôrazom na úzke prepojenie jednotlivých častí odbornej prípravy a celku, aby sa zaručila spoľahlivosť a vnútorná konzistencia;
- presadzovali hodnoty a postoje odporúčanej formy včasnej intervencie, ktoré budú podporovať a umožňovať etickú profiláciu odborníkov;
- usilovali sa o pokrytie potrieb rôznych cieľových skupín z transdisciplinárneho pohľadu;
- boli praktické a relevantné pre intervenciu, posilňovali rozhodovacie procesy a zároveň brali do úvahy špecifickosť kontextu. Ich náplň si preto vyžaduje systematické plánovanie procesu odbornej prípravy, aby jeho súslednosť koherentne a integrovane odzrkadľovala a prehlbovala intervenčný proces.

Špecifická odborná príprava v oblasti včasnej intervencie

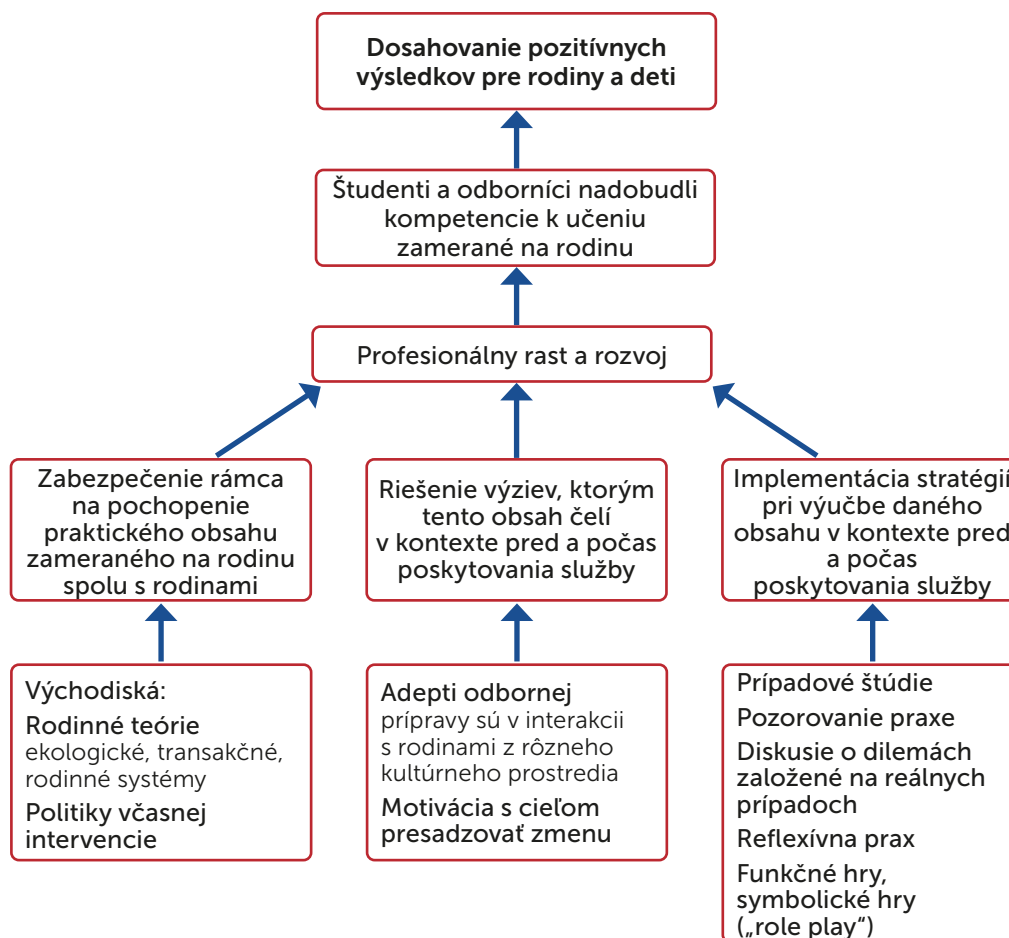
Účinnosť praxe predpokladá budovanie kapacít a zapojenie rodiny

Individualizované intervencie

Na príklade výučby praktických postupov zameraných na rodinu vidieť, že na hlavnej osi včasnej intervencie je kľúčové stanoviť explicitný vzťah medzi obsahom a procesom odbornej prípravy, profilom odborníka a výsledkami intervencie, ktoré chceme dosiahnuť (obrázok. 7.2).

Keďže profil odborníka v oblasti včasnej intervencie treba zladať s ponukou odbornej prípravy a plánovanými cieľmi, v ďalšom texte budeme analyzovať zložky „kto“, „čo“ a „ako“ pre každú fázu odbornej prípravy.

Obrázok 7.2 Prax zameraná na rodinu: od odbornej prípravy k intervencii



Zdroj: Brotherson et al., (2008). Family-centered practices: Working in partnerships with families. In P. J. Winton, J. A. McCollum e C. Catlett (Eds.). Practical approaches to early childhood professional development. Washington D.C.: Zero to Three. Použité so súhlasom autorov.

7.3. Zložky odbornej prípravy: „kto“, „čo“ a „ako“

Odborná príprava v oblasti včasnej intervencie prináša veľmi špecifické výzvy z hľadiska recipientov (prijemcov) služieb („kto“), ich obsahu („čo“) a procesov („ako“).

Prijemcovia služieb prichádzajú z rôznych odborných oblastí (zdravotníctvo, školstvo, sociálne služby), a preto je okrem iného nutné opätovne zadefinovať tradičnú kontinuitu medzi pôvodnou (vstupnou) špecializáciou odborníka a odbornou prípravou implementovanou v rámci poskytovania služieb. Odborná príprava musí rešpektovať a napĺňať potreby každého jednotlivca z hľadiska jeho pozície voči účelu a vytýčeným cieľom (EKurikulum odborného vzdelávania vo včasnej intervencii / Európsky certifikát vo vzdelávaní v oblasti včasnej intervencie, EBIFF, 2009; McCollum a Catlett, 1997).

**Rôznorodosť
odbornej
špecializácie
a skúseností
odborníkov
v oblasti
včasnej
intervencie**

Vráťme sa teraz k príkladu nadobúdania zručností v oblasti poskytovania intervencie zameranej na rodinu. Vzhľadom na rôznorodosť zapojených odborníkov vnímame nasledovné potreby:

- Prispôbiť obsah a procesy odbornej prípravy na ich východiskovú špecializáciu tak, aby ich vstupné vedomosti a kompetenčný profil aj napriek tomu, že sú špecificky naviazané na nejakú konkrétnu oblasť, korešpondovali s hlavnou osou včasnej intervencie (Súvisia niektoré obsahové súčasti špecializácie aj s prácou s rodinami? Ktoré? Ako sa k nim pristupuje?)
- Pochopiť, do akej hĺbky sú obsahy a procesy skúmané v rámci špecializovanej odbornej prípravy a prípravy implementovanej v rámci poskytovania služieb (Ako sa teoretické príspevky integrujú a aplikujú do praxe účastníkov odbornej prípravy? Zúčastňujú sa na tejto odbornej príprave odborníci z oblasti včasnej intervencie a rodiny? Ktoré dynamiky v oblasti odbornej prípravy sú implementované?).

Na základe rôznorodosti účastníkov, ich rôznych profesionálnych dráh a potrieb odborného rastu a rozvoja v oblasti včasnej intervencie musí štruktúra a forma programov odborného vzdelávania vychádzať zo základných všeobecných odporúčaní a zo súčasných poznatkov v oblasti vzdelávania dospelých.

- **Štruktúrovaný návrh aktivity uskutočňovanej skúsenými školiteľmi a nasmerovaný na účastníkov má výraznejší vplyv na odbornú prípravu – metódy a prax, ktoré aktívne zapájajú účastníkov do získavania, používania a hodnotenia odbornej prípravy, majú pozitívny vplyv na proces učenia;**
- **Odborná príprava zahŕňajúca reflexívny a sebahodnotiaci prvok vedie k vyššej kvalite učenia a jeho praktického využitia;**
- **Metódy výučby dospelých sú účinnejšie, ak sa aplikujú v malých skupinách (<30), počas viac ako 10 hodín a vo viacerých blokoch; opakovaním príležitosti na učenie zvyšujeme pravdepodobnosť, že účastníci odbornej prípravy lepšie porozumejú konkrétnemu praktickému postupu, ktorý chceme odovzdať.**

„Ako“ pristupujeme k obsahu a „ako“ s ním pracujeme počas odbornej prípravy tak bude určujúcim faktorom úspechu procesu učenia a jeho praktického uplatnenia ako základnej podstaty učebného obsahu.

**Určujúcim
faktorom
úspechu
učenia je „ako“
pristupujeme
obsahu
prípravy**

Mala by fungovať úzka spolupráca medzi etablovanými vzdelávacími inštitúciami v oblasti včasnej intervencie, či už ide o akademické, alebo iné organizácie, a systémami a poskytovateľmi včasnej intervencie. Táto úzka spolupráca je kľúčová, aby rámec kvalitnej odbornej prípravy tvorili odporúčaná prax a prax založená na dôkazoch. Tie následne musia byť harmonizované a prenesené do jasných legislatívnych a politických usmernení a nariadení, ktoré zaručujú a presadzujú štandardné požiadavky na odbornú prípravu v oblasti včasnej intervencie (Conselho Nacional de Educação, 2014; Stayton, 2015).

Odborný rast a rozvoj v oblasti včasnej intervencie a rozličné možnosti odbornej prípravy

- **Úvodná odborná príprava** — zahŕňa študijné kurzy (bakalárske a magisterské, integrované aj neintegrované), ktoré sú nevyhnutné nato, aby odborníci mohli začať vykonávať svoje poslanie (v oblasti zdravotníctva, školstva a sociálnych služieb atď.);
- **Špecializovaná odborná príprava** — zahŕňa magisterské a postgraduálne štúdium špecializované na oblasť včasnej intervencie, ktoré zaručí odborníkom z rôznych oblastí rozvoj ich aktivít na tomto poli;
- **Odborná príprava absolvovaná v rámci poskytovania služby** — zahŕňa kurzy odbornej prípravy, workshopy, študijné skupiny a krátkodobé aktivity zamerané na aktualizáciu, osobný a profesionálny rast s cieľom získať a prehĺbiť si vedomosti v oblasti včasnej intervencie v úzkej súvislosti s reflexívnym supervízny procesom.

7.3.1. Úvodná odborná príprava

Kto?

Odborníci rozvíjajúci svoj okruh činnosti s deťmi vo veku 0 – 6 rokov a ich rodinami pochádzajú z rôznych vedných odborov: v minulosti absolvovali rôzne typy odbornej prípravy (lekári, zdravotné sestry, terapeuti, psychológovia, pedagógovia predškolského vzdelávania, odborníci v sociálnych službách, a iní). V rámci svojich aktivít budú mať príležitosť spolupracovať na procese poskytovania včasnej intervencie nielen na úrovni prevencie, ale aj pri priamej či nepriamej aktivite v danej oblasti.

Čo?

Keďže táto počiatočná fáza je základom odbornej prípravy odborníkov, rozhodujúcim faktorom je spôsob, akým iniciujú vnímanie a budúce uplatňovanie vedomostí a kompetencií získaných od detí, ich rodín a ďalších odborníkov v komunite.

Pochopiť vývin dieťaťa vo veku 0 – 6 rokov znamená uvedomiť si, že plný potenciál dieťaťa sa dá podporiť a ovplyvniť len v každodennom prostredí dieťaťa a na základe vzťahu a interakcie s jeho rodinou a jeho hlavnými opatrovateľmi v rámci denných rutín. Vývin a učenie všetkých detí s rizikom ohrozeného vývinu, detí s vývinovým oneskorením, špeciálnymi potrebami alebo zdravotným postihnutím je rovnaký – všetky tieto deti potrebujú dostať príležitosti na učenie, ktoré im umožnia aktívnu participáciu.

Je preto kľúčové, aby v úvodnej fáze odbornej prípravy boli zabezpečené nasledovné princípy:

- každé dieťa treba v prvom rade vnímať ako detskú bytosť a oceňovať jeho jedinečné schopnosti;
- presadzovať bezpečné a inkluzívne typy prostredia, ktoré sú zdravé, stimulujúce a optimalizujú pohodu a vývin dieťaťa;
- rešpektovať skutočnosť, že každé dieťa je súčasťou rodiny, a zakomponovať ju do všetkých interakcií s deťmi a ich rodinami tak, ako uvádza Odborný etický kódex (Code of Professional Ethics, SNIPI, 2009).

Aj vzhľadom na inkluzívnu povahu portugalského legislatívneho rámca (zákon č. 281/2009 z 6. 10. 2009 a zákon č. 54/2018 zo 6. 7. 2018) teda musia všetci odborníci pracujúci s deťmi vo veku 0 – 6 rokov v rámci svojej špecializácie absolvovať aj odbornú prípravu v prierezových oblastiach zameranú najmä na nasledovné témy:

ODPORÚČANÝ PRIEREZOVÝ OBSAH ODBORNEJ PRÍPRAVY

Podporovanie učenia a vývinu dieťaťa

Poznať špecifické charakteristiky vývinu dieťaťa, ako aj rizikové a ochranné faktory; chápať, akým spôsobom sa tieto vedomosti môžu pretaviť do intervencie, ktorá presadzuje bezpečné, rešpektujúce, podnetné a podporujúce prostredie na učenie dieťaťa.

Budovanie konzistentného vzťahu s rodinou a komunitou

Poznať a chápať zásadnú úlohu rodiny, hlavných opatrovateľov a komunit v procese učenia a vývinu detí v ranom veku, rešpektovať ich rôznorodosť ako zvláštnu hodnotu a poskytovať podporu rodinám a komunitám prostredníctvom vytvárania rešpektujúcich a vzájomne otvorených vzťahov.

Pozorovanie, dokumentácia a vyhodnocovanie práce s deťmi a ich rodinami

Vedieť aplikovať spôsoby pozorovania, dokumentácie primeranej veku dieťaťa a hodnotenia detí vo veku 0 až 6 rokov a ich rodín a chápať ich ciele a prínos.

Využívanie vývin reflektujúcich prístupov vhodných v interakcii s daným dieťaťom a jeho rodinou

Pochopiť význam pozitívnych vzťahov, interakcie a podpory ako východiska pre prácu; prepojiť jednotlivé druhy obsahu z vlastnej profesionálnej oblasti s obsahom z iných odborov, budovanie intervencie primeranej a prínosnej pre každé dieťa a rodinu.

Stať sa odborníkom

Byť schopný prepojiť teoretické a praktické obsahy so situáciami z reálneho života, konkrétne na základe praktických situácií z odbornej prípravy (pozorovacie návštevy, školiace pobyty, semináre s účasťou rodín a odborníkov v oblasti včasnej intervencie); zachovávať si kritický a rozvážny postoj; konať eticky a obhajovať práva detí a rodín.

Základné princípy včasnej intervencie

Poznať a chápať: (1) základy, koncepcie a hlavné modely včasnej intervencie; (2) intervenčné stratégie na základe odporúčanej praxe a založené na dôkazoch; (3) význam úlohy odborníka ako aktéra inklúzie, umožňujúceho kvalitné poskytovanie včasnej intervencie deťom a rodinám.

(Chandler a kol., 2012)

Včasná intervencia ako samostatný študijný program by nemala v kontexte odbornej prípravy predstavovať izolovanú tematickú oblasť, ale skôr prepájať obsahy, kompetencie a postoje, na ktorých sa pracovalo počas celej odbornej prípravy, a poskytovať priestor a čas na kritickú a hĺbkovú reflexiu.

**Koherencia
medzi všetkými
zložkami
odbornej
prípravy**

Ako?

Je nutné brať do úvahy princípy vzdelávania dospelých. Rodiny a miestni odborníci na včasnú intervenciu by mali byť za každých okolností v odbornej príprave aktívnymi partnermi.

Základnými stratégiami odbornej prípravy sú počúvať svedectvá rodín a odborníkov, uskutočňovať rozhovory a pozorovacie návštevy a integrovať ich do reflexívnych praktických

Už od úvodnej odbornej prípravy umožniť získavanie kompetencií v oblasti etiky vzťahov, reflexívnej praxe a rešpektovať odporúčanú prax v oblasti včasnej intervencie

aktivít. Pomáhajú pochopiť význam intervencie zameranej na rodinu a potrebu spolupráce, ktorá podporuje participáciu dieťaťa v prirodzenom a inkluzívnom prostredí. Okrem týchto stratégií by sa participanti mali zamyslieť aj nad tým, ako ich vlastné skúsenosti z osobného a rodinného života ovplyvňujú ich pôsobenie v rodinách a spoluprácu s ďalšími odborníkmi v rámci pracovných aktivít.

Ak má odborná príprava vedome a principiálne spĺňať uvedené aspekty, musia školiťelské tímy v jednotlivých špecifických oblastiach klásť spoločne dôraz na inkluzívne hodnoty a pri zostavovaní obsahu, samotnej výučbe a pri práci v teréne vychádzať z odporúčanej praxe vo včasnej intervencii.

Školiaci tím špecializovaný na oblasť včasnej intervencie zas musí v rámci celého tímu školiteľov podporovať a zastrešovať reflexiu o tom, ako zahrnúť základnú os včasnej intervencie do poslania, účelu a cieľov odbornej prípravy a študijného programu ako celku.

Prinášame svedectvá študentov v odbore vzdelávania detí („kto“) obsahujúcom študijný blok so špeciálnym zameraním na inklúziu a včasnú intervenciu („čo“), ktorý čerpal z dynamiky aktivít („ako“) o. i.: pozitívne vnímanie rôznorodosti študentov; participácia (diskusia, reflexie, zdieľanie, výzvy, chápanie); otvorenosť (účastníka) voči svetu (načúvať rodinám a odborníkom s prirodzenou zvedavosťou, prichádzať na veci; narúšať zabehané, obdivovať); vrátiť sa k sebe samému/k nám (reflektovať/počúvať sám seba; počúvať tých, ktorí sú nablízku; hodnotenie jednotlivcov aj skupiny); a chcieť sa učiť (celoživotná osobná investícia, inovatívnosť).

Skúsenosti študentov s jednotlivými fázami úvodnej odbornej prípravy (Brito, 2010)

Oceňiť a participovať

Musel som sa zamyslieť nad tým, či som inkluzívna osobnosť a akou osobnosťou vlastne chcem byť. Obsah, metodika a témy v rámci prípravy nám umožňovali zamýšľať sa nad individuálnou cestou, ktorú si každý z nás zvolil, a nad spôsobom, akým sme zvykli hľadieť na rozdiely a iných ľudí, a ako ich vnímame a prijímame dnes.

Otvorenosť (účastníka) voči svetu

Sledoval som, ako terapeut komunikoval s M. (dieťa s mozgovou obrnou). Komunikácia, tak ako si ju vzájomne nastavili, išla oveľa ďalej, ako by som očakával. Na ten moment som ešte dlho spomínal.

Počúvať rodičov bola jedinečná príležitosť, ktorá zahŕňala racionálnu aj emocionálnu skúsenosť.

Vrátiť sa k sebe samému/k nám

Keď som sa vžil do situácie človeka s postihnutím, už nebolo cesty späť.

Ochota učiť sa – celoživotné vzdelávanie

Poznať niekoľko techník nestačí nato, aby sa z človeka stal dobrý odborník; musím sa každý deň odovzdať, opätovne objavovať sám seba a postaviť sa hoci aj na hlavu, aby som sa skutočne a naplno dostal k deťom a ich rodinám.

Tento predmet mi pomohol lepšie pochopiť deti so špeciálnymi vzdelávacími potrebami, spôsob komunikácie s ich rodinami a lepšie pochopiť aj ich. Prinútil ma viac myslieť na iných a vážiť si to podstatné. Ľudia vždy boli a vždy budú rozdielni, motorom zmeny však nie sú rozdiely, ale spôsob nazerania na ne. Ako povedal Ruben Alves: „Strach z toho, že iní sa pozerajú, je univerzálny pocit. Všetci by sme chceli, aby na nás spočíval iba láskavý pohľad. ... Rozdiely sa nevyriešia triumfálne a slávnostne ako v príbehu o škaredom káčatku. Rozdiely nevymiznú, zmenia sa len oči, ktoré sa pozerajú.“

7.3.2. Špecializovaná odborná príprava

Kto?

Špecializovaná odborná príprava v oblasti včasnej intervencie, konkrétne magisterské alebo postgraduálne štúdium, sú zacielené na odborníkov v oblasti zdravotníctva, vzdelávania, psychológie, sociálnych služieb, logopédie, ergoterapie alebo iných typov terapie, ktorí si chcú či potrebujú prehĺbiť vedomosti a kompetencie, a zvýšiť tak kvalitu včasnej intervencie.

Ako už bolo uvedené vyššie, rôznorodosť účastníkov vzdelávania si vyžaduje zodpovednú organizáciu obsahu a procesu učenia. V tomto type špecializovanej odbornej prípravy preto nájdeme čerstvých absolventov z určitých vedných odborov vedľa odborníkov z iných oblastí s dlhoročnými skúsenosťami vo svojej špecializácii.

Čo?

Odporúčané severoamerické postupy z praxe v rámci profesionálneho rastu a rozvoja v oblasti včasnej intervencie (Chandler a kol., 2012; Miller a Stayton, 2005), ako aj EBIFF vo včasnej intervencii (EBIFF, 2009) ponúkajú relevantné usmernenie pre voľbu obsahu a procesov v odbornej príprave.

Zadefinovanie obsahu špecializovanej odbornej prípravy v oblasti včasnej intervencie v prvom rade zahŕňa stanovenie požadovaných vedomostí, kompetencií a postojov v rámci praktických postupov a úloh, nevyhnutných na vykonávanie praxe v oblasti poskytovania služieb včasnej intervencie (zreteľne uvedené v poslaní a účele odbornej prípravy), berúc do úvahy dve dimenzie: šírku záberu učebného obsahu a jeho hĺbku (McCollum a Catlett, 1997).

Široký záber sa dosiahne prostredníctvom rôznorodej ponuky v oblasti odbornej prípravy z hľadiska kľúčových princípov včasnej intervencie; hĺbka sa dosiahne prostredníctvom času – časový rozmer by mal umožniť uplatnenie daného obsahu v praxi, ako aj kontinuálnu kritickú reflexiu tohto obsahu.

Kľúčové oblasti na zaradenie do študijného programu:

- intervencia zameraná na rodinu;
- spolupráca v rámci transdisciplinárnych tímov;
- intervencia v inkluzívnom a prirodzenom prostredí;
- hlboké vedomosti o štandardnom a atypickom vývine (poruchy autistického spektra, detská mozgová obrna, trizómia 21. chromozómu, problémy s jazykom a komunikáciou atď.).

Uvedené oblasti treba výslovne uviesť už na začiatku odbornej prípravy (konkrétne prostredníctvom definície štruktúry a princípov včasnej intervencie), no mali by prierezovo sprevádzať celý proces intervencie::

- odporúčanie;
- prvé kontakty;
- hodnotenie;

Šírka a hĺbka
obsahových
osnov

Kľúčový
obsah, ktorý
je potrebné
zdôrazniť
v rámci ponuky
odbornej
prípravy

- rozvoj individuálnych plánov podpory rodiny, ich implementácia a monitoring návštev v domácnosti a v jasliach/škôlkach;
- hodnotenie spokojnosti a výsledkov.

Odporúčané postupy z praxe v oblasti včasnej intervencie stanovujú usmernenie pri výbere obsahu odbornej prípravy, ktorý by sa mal zvažovať a prehlbovať, a ponúka študentom empirické dôkazy najlepších postupov na dosahovanie cieľov s deťmi, rodinami a odborníkmi; odporúčané postupy z praxe by mali byť opodstatnené, vedome a explicitne formulované v účele, cieľoch a procesoch výučby/študijných programov, s dôrazom na obsah v oblasti tímovej práce, organizácie a koordinácie služieb, ako aj zdrojov a hodnotenia programov včasnej intervencie.

**„Hĺbková“
prítomnosť
komponentov
výskumu
a osobnej
odbornej
prípravy**

Výskumný komponent (t. j. vedieť ako identifikovať a formulovať relevantné dáta v rámci kvalitnej včasnej intervencie) a osobná odborná príprava (t. j. reflexívna prax), ktoré účastníkom umožňujú stať sa odborníkmi, a profesionálna a etická prax v oblasti včasnej intervencie by mali byť založené na časovej dynamike počas odbornej prípravy spôsobom, ktorý bude podporovať hĺbkové učenie.

Ako?

Proces špecializovanej odbornej prípravy v oblasti včasnej intervencie je založený na potrebe:

- kombinovať výkladové hodiny s teoretickými a praktickými hodinami a seminármi vrátane analýzy a diskusie o vedeckých prácach a článkoch, podporných textoch, video materiáloch a ďalších pedagogických podkladoch, ako aj zdieľania významných skúseností s aktívnou účasťou rodín a odborníkov z oblasti včasnej intervencie;
- prepájať teoretické a praktické hodiny so skúsenosťami z terénu a terénnou prácou, a prostredníctvom samotného školenia a odbornej supervízie udržať tento vzájomný vzťah v medziach kontinuálneho a systematického procesu reflexívnej praxe;
- využiť hodnotiace nástroje, ktoré vyžadujú reflexívny a kritický proces výučby/učenia účastníkov, ako sú napr. študentské práce a prípadové štúdie, ktoré integrujú obsah viacerých učebných modulov;
- podporovať spoluprácu medzi školiacim personálom a študentmi, aby získavanie vedomostí, kompetencií a postojov prebiehalo účelne, koherentne a kontinuálne, čo sa následne odrazí aj na budúcich profesionálnych postojoch účastníkov vzdelávania.

**Umožniť
kritický a
reflexívny proces
prostredníctvom
študentských
prác a
prípadových
štúdií**

Odbornú prípravu by mali koordinovať a viesť lektori etablovaní ako experti na včasnú intervenciu v akademickom aj profesionálnom prostredí, ktorí vykazujú aj konkrétny prínos do oblasti (t. j. výskum, dohľad na projekty/tímami včasnej intervencie); mala by sa usku-točňovať v partnerstve s rodinami a odborníkmi na včasnú intervenciu, a to z komunity, kde sa odborná príprava odohráva. Tím by mal definovať misiu, účel, ciele a študijný program odbornej prípravy na základe medzinárodne uznávaných odporúčaní a dôkazov a byť s jej obsahom plne stotožnený.

**Úloha pedagógov,
rodín a
odborníkov
v oblasti včasnej
intervencie
v špecializovanej
odbornej príprave**

Uvádžeme niekoľko skúseností študentov magisterského kurzu v odbore včasná intervencia z rôznych vedeckých oblastí, kontextov intervencie a s rôznymi skúsenosťami v oblasti včasnej intervencie, ktorí absolvovali prípravu v rámci reflexívnej praxe a aktívne „sa usilovali kriticky vnímať svoje reakcie, postoje, správanie a zámery a kritické myslenie integrovali aj do svojej činnosti“ (Brazelton Touchpoints Project, 2006, str. 19). Táto činnosť

sa konkrétne zameriava na účinné postupy poskytovania podpory vo včasnej intervencii (Dunst, 2000a), ktoré zahŕňajú kvalitnú odbornú úroveň, znaky a rôzne podoby profesionálnej a participatívnej praxe.

Uvedomovať si význam načúvania v rámci včasnej intervencie – načúvania iným aj sebe samému (Brito a kol., 2012)

Kultúrne dedičstvo je určujúce pre postoj jednotlivca a nie je vždy jednoduché uznať, že iní majú životné návyky, postoje a hodnoty, ktoré sa od tých našich líšia. Moje ťažkosti súvisia hlavne so schopnosťou identifikovať, čo si vnášam do tejto interakcie; umožniť danej rodine nájsť odpovede a nepôsobiť pritom na ňu z pozície silnejšieho; vedieť nastaviť rovnováhu medzi počúvaním a intervenciou... Ešte stále sa bojím, že nenaplním očakávania rodiny, ktoré si voči mne vytvorili, ak im neponúknem svoj pohľad na to, „čo by mali robiť“.

Keď som na dnešnom prvom stretnutí získaval údaje o deťoch, čoraz viac som sa snažil počúvať rodičov, keď hovorili „kto je ich dieťa“. Nedávno som sa prvý raz stretol s matkou jedného dieťaťa. Počas stretnutia mi porozprávala nielen o synovi, ale aj o sebe, svojom detstve, o tom, aký dôležitý je v jej živote manžel, o ich partnerskom vzťahu a ich ďalších deťoch. Bol som dojatý, keď ocenila, že som si našiel čas vypočuť ju a nechal ju hovoriť o jej materských plánoch a obavách. Na konci stretnutia mi rozčítene povedala, že tie vyplnené záznamové hárky predstavujú život jej rodiny a syna.

7.3.3. Odborná príprava v rámci poskytovania služieb

Kto?

Odborná príprava v rámci poskytovania služieb je zásadná pre všetkých, ktorí majú priamu alebo nepriamu úlohu/pozíciu v oblasti včasnej intervencie.

Prostredníctvom odbornej prípravy v rámci poskytovania služieb si odborníci v konkrétnych situáciách rozvíjajú kompetencie nevyhnutné na zapojenie zdrojov a vedomostí získaných počas predchádzajúcej prípravy.

V súčasnosti sme svedkami prechodu od tradičného ponímania odbornej prípravy („zvonka dnu“) k inovačnému a reflexívnemu („zvnútra von“) (Sheridan, Edwards, Marvin a Knoche, 2009) – dospelá osoba si v kontexte odbornej prípravy so sebou nesie jedinečný životný príbeh a profesionálne skúsenosti, ktoré vedú k podstatnej otázke, ako daná dospelá osoba spracuje minulé skúsenosti a s pohľadom do budúcnosti nanovo samu seba sformuje.

Vieme, že izolované workshopy alebo epizodické stretnutia v odbornej príprave, ktoré nesúvisia s každodenným životom a praxou odborníkov v oblasti včasnej intervencie, sú zvyčajne neúčinné (Snyder a kol., 2011).

Čo?

Odborná príprava v rámci poskytovania služieb sa zameriava na rozvoj a prehĺbenie kompetencií obsiahnutých v odbornom profile profesionálov v oblasti včasnej intervencie na základe odporúčaných postupov z praxe, aby plánované výstupy dosiahli požadovanú kvalitu.

Zásadná úloha odbornej prípravy v rámci poskytovania služieb v odbornom raste a rozvoji odborníkov včasnej intervencie

Na základe tohto vzájomného vzťahu tabuľka 7.1 ponúka príklady obsahu, ktorý je vhodné presadzovať v odbornej príprave na včasnú intervenciu v rámci poskytovania služieb.

Tabuľka 7.1 Typy obsahu, ktorý je vhodné presadzovať v odbornej príprave v rámci poskytovania služieb

Profil odborníkov v oblasti včasnej intervencie	Obsah	Účel
Presadzovať plnohodnotný vývin a blaho detí.	<ul style="list-style-type: none"> • Presadzovať príležitosti na učenie v prirodzenom a inkluzívnom prostredí; • Vedomosti o štandardnom a neštandardnom detskom vývine založené na dôkazoch; • Hodnotenie detí v ich prirodzenom prostredí. 	Dosahovanie pozitívnych výsledkov pre deti a ich rodiny.
Posilniť participáciu rodín a budovanie kapacít v rodinách vo všetkých fázach procesu včasnej intervencie – intervencia zameraná na rodinu.	<ul style="list-style-type: none"> • Budovanie kapacít a posilňovanie autority a zodpovednosti rodín; • Intervenčný cyklus a účinná prax v poskytovaní podpory; • Vyhodnocovanie potrieb a obáv rodín a podporných sietí. 	
Presadzovať a optimalizovať inklúziu v komunite – transdisciplinárna tímová spolupráca v prirodzenom a inkluzívnom prostredí.	<ul style="list-style-type: none"> • Tímová práca podľa transdisciplinárneho modelu; • Úloha kľúčového pracovníka jednotlivých prípadov; • Medzirezortná spolupráca; • Vyhodnocovanie programu. 	

AKO?

Treba zdôrazniť, že v súčasnosti evidujeme niekoľko typov odbornej prípravy, ktoré čoraz viac využívajú overené princípy včasnej intervencie – aktivity ako poradenstvo, koučing, mentoring, supervízia alebo praktické komunity (Buisse a kol., 2009) –, ktoré podporujú profesionálny rast a rozvoj kontextuálnym a participatívnym spôsobom, a usilujú sa o sústavnú a udržateľnú zmenu smerom k základným princípom včasnej intervencie. V tomto zmysle bol nedávno predstavený model na zadefinovanie, vytvorenie a implementáciu odbornej prípravy v rámci poskytovania služieb, ktorý presadzuje využívanie odporúčaných postupov z praxe včasnej intervencie založených na dôkazoch (Dunst, 2015). Vychádza predovšetkým zo samotného procesu odbornej prípravy (spôsob uskutočňovania – „ako“).

V súčasnosti rozoznávame sedem kľúčových znakov vychádzajúcich z empirických dôkazov, ktoré sú podstatné pri projektovaní a implementácii odbornej prípravy v rámci poskytovania služieb včasnej intervencie, ako uvádza nasledovná tabuľka.

Kľúčové znaky odbornej prípravy založenej na dôkazoch v rámci poskytovania služieb včasnej intervencie:

1. Špecialisti na odborný rast a rozvoj explicitne vysvetľujú a ilustrujú rozsah špecifických teoretických a praktických vedomostí, ktorý si majú účastníci osvojiť;

2. Podrobné vysvetlenie a ilustrácia špecifického vedomostného a praktického obsahu, ktorý si majú účastníci osvojiť a ktorý je jasne definovaný spolu s kompetenčným profilom profesionála vo včasnej intervencii;
3. Jednoznačné zahrnutie rôznych typov praktických postupov na zapojenie odborníkov do reflexie ich vlastného chápanie a zvládania praxe;
4. Koučing, mentoring alebo spätná väzba zo strany špecialistu na profesionálny rozvoj počas odbornej prípravy v rámci poskytovania služieb;
5. Kontinuálna následná podpora zo strany špecialistov na odborný rast a rozvoj, koučov, supervízorov, kolegov atď. s cieľom posilniť učenie počas poskytovania služieb včasnej intervencie;
6. Odborný rozvoj v rámci poskytovania služieb v dostatočnej dĺžke a intenzite s cieľom poskytnúť účastníkom dostatok príležitostí na dosiahnutie požadovanej odbornej úrovne v praxi;
7. Profesionálny rozvoj v rámci poskytovania služieb, ktorý zahŕňa všetkých šesť alebo väčšinu z uvedených hlavných znakov opísaných vyššie. Výskumy potvrdzujú, že ich kombinácia má silnejší pozitívny vplyv na úspech odbornej prípravy a umožňuje implementovať odporúčané praktické postupy vo včasnej intervencii s deťmi a rodinami.

(Dunst, 2015)

V súčasnosti vieme, že skúsenosti založené na kontinuálnej asistencii a podpore v pracovnom prostredí zo strany tímov, ktoré berú do úvahy organizačný kontext, sú prospešnejšie pri presadzovaní kompetencií a pri zmene postoja odborníkov ako len čisto inštruktážna odborná príprava (Sparrow, 2014; Winton a Catlett, 2009).

Spôsob, akým lektori umožňujú získavanie týchto kompetencií, je tiež zásadný (Sparrow, 2014; Winton & Catlett, 2009): interné osobnostné premenné lektora (kompetencie a vedomosti), komunikačné a vzťahové charakteristiky (schopnosť nadväzovať pozitívne vzťahy založené na rešpekte a dôvere), ako aj kontextové a systémové premenné (aktivity zamerané na pochopenie jedinečnej kultúry každého pracovného prostredia) sa tiež stali predmetom skúmania, ktorého výsledky zdôrazňujú, že udržateľný a dlhodobý profesionálny rast a rozvoj sa nemôže uskutočňovať bez kvalifikovaných lektorov a rešpektovania znalostí, ktoré každý aktér prináša do procesu odbornej prípravy (Winton & Catlett, 2009). Vlastnosti, hodnoty, princípy, etika a kompetencie lektorov by mali korešpondovať s tými, ktoré daní odborníci potrebujú na účinnú prácu v partnerstve s rodinami, inými odborníkmi a komunitou (Davis, Day a Bidmead, 2002).

V nasledovnej tabuľke odborníci z rôznych oblastí priamo alebo nepriamo zapojení do včasnej intervencie hovoria o pozitívnom prínose odbornej prípravy v rámci poskytovania služieb do spôsobu, akým implementovali kolaboratívnu/transdisciplinárnu včasnú intervenciu zameranú na rodinu a zaradili ju do kontextu vlastnej praxe:

Hodnota odbornej prípravy pre intervenciu založenú na spolupráci (Brito, 2014)

Keď teraz rozmyšľam nad tým, prečo nastala určitá situácia, usilujem sa to pochopiť individualizovaným spôsobom, ale aj tak, aby to viedlo k spoločnej reflexii, ktorá znamená zdieľanie, výmenu názorov, vyhľadávanie informácií s cieľom sústavného zlepšovania kvality poskytovaných služieb. Kladiem si otázku, ako by sme mohli podnietiť a podporiť ostatné zložky tímu k reflexii ich praxe a odvahe k zmene.

Zdravotná sestra

Tímová odborná príprava prináša ďalšie výhody vo forme podpory kompetencií a zmeny postojov odborníkov

Kvalifikácia školiteľa predstavuje kľúčový faktor pre kvalitu a účinok odbornej prípravy

To, že som súčasťou procesu odbornej prípravy spolu s mojím kolegom z tímu, mi výrazne pomáha sústavne reflektovať našu prax vo včasnej intervencii.

Predškolský pedagóg

Sme súdržná skupina so špecializáciou v rôznych oblastiach. Obrovský odborný potenciál tejto skupiny nám pomohol pochopiť komplementaritu rôznych odborných oblastí a to, že ak nám záleží na plnení potrieb detí a ich rodín, nemôžeme a nesmieme medzi nimi vytvárať bariéry.

Odborník v sociálnych službách



STRUČNÉ ZHRNUTIE

- Kvalita odbornej prípravy v oblasti včasnej intervencie predstavuje kritický prvok pre účinnú intervenciu a konfiguráciu náročného odborného profilu, a to zo stránky odbornej, vzťahovej alebo ľudskej;
- Spolupráca medzi všetkými jednotlivcami zapojenými do včasnej intervencie (vrátane odborných združení, skupín rodičov, rodín a opatrovateľov, miestnych úradov a orgánov, inštitúcií vyššieho vzdelávania, výskumníkov, ako aj celého systému poskytovania včasnej intervencie) je zásadným faktorom pri budovaní spoločného smerovania založeného na dôkazoch a odporúčaných postupoch z praxe, ktoré zladujú vzdelávací obsah a samotný proces odbornej prípravy;
- Pravidlá nastavené na dosiahnutie kvalitnej odbornej prípravy v oblasti včasnej intervencie by mali predstavovať bázu na plánovanie, implementáciu a vyhodnocovanie kurzov odbornej prípravy, na celoštátnu akreditáciu týchto vzdelávacích programov a usmernenie pri vývoji precíznych certifikačných politík. Tento princíp by mal platiť nielen pre špecializovanú odbornú prípravu vo sfére vyššieho vzdelávania, ale aj pre rozličné samostatné programy odbornej prípravy, ktoré sa v súčasnosti objavujú v rôznych podobách a formátoch a z ktorých mnohé nezaručujú kvalitu, ktorú si tieto programy zásadne vyžadujú, či už na úrovni obsahu a procesov odbornej prípravy, alebo z hľadiska profilu lektorov;
- Ako zdôrazňujú výsledky výskumov, kvalitná odborná príprava a účinná intervencia sú základnou podmienkou pri presadzovaní zdravého vývinu a učenia detí, ako aj pohody ich rodín.

Supervízia — na ceste ku vzťahom založeným na dôvere a podpore rozvoja včasnej intervencie

8. KAPITOLA

Rozvoj kvalitnej praxe vo včasnej intervencii úzko súvisí s profesionálnym rastom odborníkov z mnohých oblastí a sfér služieb, ktorí sa prostredníctvom odbornej prípravy a následnej supervízie postupne stávajú odborníkmi v oblasti včasnej intervencie (Santos, 2007).

Keďže vieme, že kvalitná včasná intervencia poskytuje odborníkovi aj možnosť odbornej supervízie (a odbornej prípravy) v závislosti od funkcií, ktorých plnenie sa od nich očakáva (Santos, 2007),...

... ponúkame túto časť publikácie s nádejou, že sa vďaka nej supervízia stane silnou stránkou podpory a presadzovania odborného rozvoja v oblasti včasnej intervencie a nepriamo aj pri budovaní kompetencií, právomocí, zodpovednosti rodín a podpore vývinu a prosperity detí.

8.1. Úloha supervízie vo včasnej intervencii

Niektorí odborníci nazývajú nasledovný princíp „zlatým pravidlom“ odbornej supervízie, ktoré zároveň výstižne definuje podstatu tohto piliera včasnej intervencie:

Ako chcete, aby ľudia robili vám, tak robte aj vy im!

[Jaree Pawl (n.a.), citovaný v Fenichel, 1999, str. 11]

**„Zlaté pravidlo“
supervízie**

Transdisciplinárna povaha vedomostí v oblasti včasnej intervencie je výsledkom ich zdieľania medzi rôznymi tímami odborníkov, ktoré reflektujú a analyzujú vlastné intervenčné činnosti medzi podporovanými deťmi a rodinami. Keďže supervízor (osoba, ktorá vykonáva supervíziu) nemôže mať priamu skúsenosť s konkrétnou intervenčnou situáciou osoby, ktorá je objektom supervízie (t. j. pracovníka, ktorý vykonáva intervenciu), je kľúčové zadefinovať očakávania od odbornej supervízie:

Úlohou odbornej supervízie je pomôcť odborníkom pri budovaní kompetencií, vďaka ktorým môžu rodiny podporovať pri ich posilnení a vytváraní kapacít bez prítomnosti supervízora alebo iných členov tímu.

[Jaree Pawl (n.a.), citovaný v Fenichel, 1999, str. 11]

Ako budovať kompetencie odborníkov

Uvedené kompetencie sa nedajú namodelovať. V rámci vzťahu medzi deťmi a rodinou, ako aj medzi rodinami a kľúčovými pracovníkmi rodín, by sa mali (Santos, 2007):

- rozvíjať v rámci vzťahu medzi supervízorom a objektmi supervízie;
- budovať každým jednotlivcom v kontexte daného tímu;
- rozvíjať v každom tíme v rámci mikro-, mezo-, exo- a makrosystému intervencií;
- transformovať do vhodných činností v každom okamihu života detí a rodín, ako aj tímov a komunit.

Kompetencie sa môžu prehľbovať aj účasťou na seminároch a konferenciách, publikovaním článkov so zámerom zdieľania a objasňovania prístupov, či účasťou na tvorbe národnej legislatívy (Santos, Feliciano a Agra, 2011).

V životnom cykle rodiny s dieťaťom s rizikovým vývinom alebo zdravotným postihnutím korešponduje načasovanie včasnej intervencie s procesom sebaobjavovania dieťaťa, spoznávania jeho vlastných silných stránok a kompetencií, ako aj silných stránok a kompetencií ostatných členov rodiny; je to čas na sebaopoznávanie a transformáciu, na komunikáciu medzi členmi rodiny, okolím a komunitou a na získanie a aktiváciu zdrojov a inkluzívneho potenciálu. Na začiatku tejto fázy života rodiny je však často silné emocionálne prežívanie, obavy ohľadom súčasnosti a budúcnosti (a dokonca aj minulosti, pre pocity viny, ktoré často ovládnu rodičov...), neistota, revolta, hnev a popieranie diagnózy, ktorú rodinu zneistujú a predstavujú skúšku jej súdržnosti a vzťahov (Santos, 2010).

Včasná intervencia ako privilegovaný partner

V skutočnosti má včasná intervencia potenciál stať sa akýmsi privilegovaným partnerom rodiny v núdzi. Práve kľúčový pracovník a tím včasnej intervencie poskytujú rodine potrebnú podporu pri vývine a vývoji, počnúc náročnými chvíľami až po samotnú inklúziu do kontextu komunity, v ktorej žije. Komunita by sa zas mala stať zdrojom podpory v sústavnej adaptácii a transformácii a neustále hľadať odpovede a zdroje pre potreby každého občana a každej rodiny.

Právo na supervíziu

Aby tento proces fungoval, včasná intervencia si musí osvojiť princípy a koncepty opísané vyššie v publikácii. Ak má odborník v oblasti včasnej intervencie zvládnuť túto náročnú a komplikovanú úlohu, musí mať možnosť spoľahnúť sa na kvalitnú supervíziu. Tá je v skutočnosti kľúčovou podmienkou kvalitnej včasnej intervencie a právo na ňu majú deti, rodiny aj samotní odborníci.

Výsledkom kvalitnej supervízie je kaskádový efekt, ktorý presadzuje medzi odborníkmi rovnaké procesy, aké by odborníci mali ponúkať a uplatňovať v rodinách: budovanie kapacít, posilnenie kompetencií a právomocí.

(Santos, 2009)

Ako uvádzame vyššie, podpora rodín by mala viesť k posilneniu kompetencií a právomocí a rozvoju schopností, ktoré naplňajú potreby detí.

V tejto kapitole sa budeme bližšie venovať spomínanému procesu, charakteristikám kvalitnej supervízie v rámci včasnej intervencie, ako aj vhodným kompetenciám supervízora,

s cieľom inšpirovať a podporiť proces reflexie a metakognície² nielen u supervízorov včasnej intervencie, ale aj u supervidovaných. Sme presvedčení, že získané poznatky sa stanú pilierom a hnacou silou pri ich plnej aplikácii v rámci štruktúry včasnej intervencie, do ktorej patria.

Kontext každej supervízie je jedinečný, keďže do veľkej miery závisí od špecifickej povahy zúčastnených jednotlivcov: supervízora, supervidovaného, ako aj detí a rodín, ktoré sú recipientmi intervencie, t. j. predstavujú predmet činnosti supervidovanej skupiny.

Každý, kto už bol supervidovaným alebo supervízorom, vie, že každé supervízne stretnutie je jedinečné do tej miery, do akej sa venuje jedinečným momentom, ktoré jednotliví odborníci/celý tím zažívajú v súvislosti so svojím fungovaním, ako aj ich interakciou s deťmi a rodinami. Existuje však množina referenčných rámcov a predpokladov, fungujúcich ako záruka toho, že každý odborník vo včasnej intervencii sleduje a dodržiava rovnaké hodnoty a rešpektuje základy odporúčanej praxe včasnej intervencie.

8.2. Predpoklady supervízie na budovanie vzťahu založenom na dôvere a podporujúcom rozvoj

Pre realizáciu supervízie je nevyhnutné, aby priebeh intervencie najprv supervízorovi vysvetlil odborník, ktorý je v rámci tímu kľúčovým pracovníkom rodiny. K spomínanému zdieľaniu informácií dôjde len v prípade, ak sa KP domnieva, že v kontexte supervízie je dostatok času a emocionálneho priestoru na prednesenie úspechov a ťažkostí, pokroku, ale aj pochybností.

Základným predpokladom úspešnej supervízie v rámci včasnej intervencie je dôvera a pocit emocionálnej istoty medzi účastníkmi (Santos, Carvalho, Silva, Feliciano a Agra, 2014).

Supervízor je zodpovedný za vytvorenie dobrých vzťahov a dôvernej atmosféry, bezpodmienečného uznania inherentnej hodnoty každého prítomného jednotlivca, empatie týkajúcej sa zdieľaných skúseností (pretože len na základe skúsenosti s perspektívou toho druhého/supervidovaného môže supervízor pochopiť, o čo v skutočnosti ide v rámci nastolenej diskusie, a potom reálne supervidovať a poskytovať podporu) a autenticity. Kľúčom je, aby mal každý pocit, že interakcia je úprimná a nefalšovaná (Santos a kol., 2014).

Kvalita supervízie však závisí aj od postoja supervidovaného – vnútornej dostupnosti jednotlivca, otvorenosti voči iným (kolegom v tíme a supervízorom) a od úrovne zaangažovanosti a oddanosti voči filozofii a štruktúre včasnej intervencie.

² Podľa slovníka portugalského jazyka „metakognícia znamená schopnosť chápať a reflektovať duševný stav jednotlivca“ (Dicionário da Língua Portuguesa com Acordo Ortográfico, 2015). Koncept metakognície súvisí so sebauvedomením a sebaopozorovaním počas učenia; predstavuje učenie jednotlivca o jeho vlastnom procese učenia (Dantas a Rodrigues, 2013). Zahŕňa proces, pri ktorom si učiaci uvedomuje vlastné vedomosti a to, že sa môže nechať viesť vyučujúcim, ktorý ho konfrontuje s vhodnými úlohami v procese poznávania (Fino, 2001, str. 290).

Všetci – koordinujúce štruktúry včasnej intervencie, supervízor aj supervidovaný – musia okrem iného dbať na odbornú prípravu v rámci poskytovania služieb a všetky jej prvky, a tým aj na kvalitu vlastnej participácie. V konečnom dôsledku je zodpovednosťou každého odborníka prispieť zásadným a hodnotným podielom k celku a integrovať a optimalizovať dostupné možnosti profesionálneho rozvoja.

8.3. Stanovenie cieľov supervidovaného a supervízora

Identifikácia cieľov učenia

Východiskom kvalitnej štruktúry supervízie by mala byť podpora supervidovaných odborníkov pri identifikácii cieľov, ktoré budú usmerňovať ich činnosť. Tieto ciele by mali vychádzať z filozofie programu včasnej intervencie, ktorý si osvojili a ktorý presadzujú všetci účastníci, najmä koordinátori, školitelia, supervízori a odborníci v priamej intervencii. Neskôr, počas supervízneho procesu, by mal supervízor podporovať proces sústavnej konfrontácie skutočnej praxe, ako ju realizujú reálni aktéri, s určujúcimi cieľmi (Santos, 2007).

Účelom je poskytnúť supervidovaným informácie a podporu v každej fáze procesu, aby si mohli klásť nasledujúce otázky:

Otázka pre supervidovaných

„Spĺňa to, čo robím, čo si myslím alebo cítim počas intervencie, ciele, ktoré sme si stanovili s tímom a korešponduje to s princípmi včasnej intervencie?“

Identifikácia cieľov supervízora

Supervízori by si tiež mali stanoviť súbor cieľov, ktoré v rámci kaskádového efektu budú predstavovať referenčný rámec na konfrontáciu ich aktivít v rámci supervízie a umožnia im klásť si otázku:

Otázka pre supervízora

„Do akej miery je moja činnosť v rámci supervízie (špecifický individuálny krok, myšlienka alebo pocit) v súlade s princípmi a cieľmi, ktoré som si stanovil ako supervízor včasnej intervencie?“

8.4. Účinné prístupy k supervízii v rámci včasnej intervencie

V rámci objasnenia niektorých prístupov, ktoré považujeme za relevantné a účinné v rámci včasnej intervencie, musíme v prvom rade rozlišovať medzi administratívnou a odbornou supervíziou. Na základe príručky, ktorú vydala Asociácia štátu Minnesota pre duševné zdravie detí (Minnesota Association for Children's Mental Health) v roku 2015 hovoríme, že administratívna supervízia rieši potreby systému ako takého, ako napr. regulácia politik včasnej intervencie, monitorovanie procesov (vrátane dodržiavania kritérií spôsobilosti, referenčných procesov atď.) a medziiným zabezpečuje kvalitu a bezpečnosť samotného systému. Tento typ supervízie sleduje množstvo čiastkových cieľov, napr. nábor zamestnancov, poskytovanie zdrojov odbornej prípravy, kontrolu správneho vyplňania formulárov, stanovovanie a

uplatňovanie pravidiel a stratégií služieb zapojených do systému, monitorovanie produktivity a hodnotenie výkonnosti odborníkov a tímov.

Ciele administratívnej supervízie sa tým výrazne odlišujú od cieľov odbornej supervízie. Oba typy supervízie sú potrebné, v ideálnom prípade by sa však mali uskutočňovať v odlišnom kontexte a mali by ich realizovať iní ľudia.

Čo sa týka odbornej supervízie, navrhujeme prístup, ktorý rešpektuje charakteristiky reflexívnej supervízie, ktorá plne vyhovuje potrebám systému včasnej intervencie.

8.4.1. Účinná odborná supervízia: príklad reflexívnej supervízie v rámci včasnej intervencie

Skutočne účinná supervízia musí byť pravidelná, reflexívna a kolaboratívna.

(Norman-Murch a Wollenburg, 2000; Parlakian, 2001)

Reflexívna supervízia je postavená na supervíznom vzťahu zameranom na osobnosť – teda na posilňovanie kompetencií, právomocí a budovanie kapacít. Podobne ako vo vzťahu medzi odborníkmi a rodinami je aj odborný rozvoj účastníkov supervízie nevyhnutne recipročný, t. j. ak sa profesionálne rozvíja supervidovaný odborník, rozvíja sa aj odborný supervízor. Zároveň sa odborník v oblasti včasnej intervencie osobnostne i profesionálne rozvíja, ak je schopný poskytovať účinnú podporu v procese rozvíjania kompetencií, právomocí a zodpovedností a budovania kapacít rodín, v ktorých realizuje včasnú intervenciu. Práve na túto paralelu sa odvolávajú mnohí autori výskumu v oblasti včasnej intervencie, napr. Dunst (2000a; 2000b), Dunst, Trivette a Deal (1988), Espe-Sherwindt (2000), Bailey a Simeonsson (1988), Brown a Herwig (1989), Serrano a Correia (2000), ale aj v iných oblastiach, ako napr. supervízia v kontexte klinického poradenstva (Borders a Brown, 2005), rodinnej terapie (Liddle, Breunlin a Schwartz, 1988), špeciálneho vzdelávania (Swan, 1998), predškolského vzdelávania (Sheerer a Bloom, 1998) a vzdelávania vo všeobecnosti (Alarcão a Canha, 2013), kde môžeme nájsť cenné príspevky k realizácii supervízie v rámci včasnej intervencie.

Reflexívna supervízia

Predpokladáme, že supervízor si osvojí eklektický štýl supervízie a rozhodne sa pre prístup, ktorý lepšie reaguje na potreby každej konkrétnej analyzovanej situácie, a zdôrazňujeme význam zvládnutia základných prvkov jednotlivých prístupov pri supervízii, ktoré sú uznávané ako účinné. V tejto príručke sme si zvolili reflexívny prístup k supervízii, keďže sa domnievame, že obsahuje aj základné prvky ostatných, ktoré sú relevantné aj pre včasnú intervenciu.

Reflexívna supervízia vo včasnej intervencii vychádza predovšetkým z presvedčenia, že učenie – dojsť, detí, ale aj dospelých – prebieha v určitom kontexte vzťahov a smerodajná je ich kvalita. Znamená to tiež uvedomiť si, že spôsob, akým každý z nás cíti, myslí a koná v danej situácii, vplyva aj na ostatných, ktorí sú súčasťou danej situácie a naopak.

V neposlednom rade ide aj o presvedčenie, že kvalitatívny aspekt „mojej“ supervíznej praxe sa odzrkadľuje v procesnom fungovaní „mojej“ supervíznej skupiny a jej výsledkov; to zahŕňa pohodu a odborný rozvoj každého supervidovaného a celého tímu a ich zabezpečenie v externom prostredí, t. j. v rámci intervencie realizovanej v rodinách a komunitách.

Supervízia sa zameriava na vnútornú skúsenosť supervidovanej osoby (odborníka, ktorý uskutočňuje včasnú intervenciu) s reálnou situáciou, v rámci ktorej intervenuje na každodennej báze v interakcii s rodinami a deťmi (Santos, 2007).

Sebauvedomenie a sebaopoznanie

Skúsenosti z minulosti aplikujeme na každú situáciu vo svojich životoch, na naše hodnoty a očakávania. Podobne aj iní ľudia reagujú na základe vlastných skúseností, hodnôt a očakávaní. V kontexte, akým je aj včasná intervencia, kde je konečným prijímateľom pozornosti a investície každého odborníka niečo také dôležité ako podpora a starostlivosť o vývin detí a ich rodín, význam týchto dimenzií exponenciálne rastie. Sebauvedomenie a sebaopoznanie vzhľadom na naše hodnoty a očakávania sú preto veľmi účinnými pracovnými nástrojmi.

Skúsenosti účastníkov procesu supervízie včasnej intervencie (Santos, 2007):

Skúsenosti supervízorov

Teraz si už uvedomujem, že vždy môžu nastať zmeny, ktoré by som si nikdy nevedel ani predstaviť, a tiež si lepšie uvedomujem, že robiť všetko dobre, je v skutočnosti veľmi náročné a vyžaduje si to veľa úsilia, angažovanosti, zapojenia a vášne... a je to bolestivý proces!

(...) Musím sama ešte dorásť, aby som mohla pomáhať tímom v ich ďalšom raste!

Úloha supervízora mi pomohla naštartovať proces osobného a profesionálneho dozrievania. Proces, ktorý ešte stále pokračuje a v ktorom potrebujem výraznú podporu od kolegov – supervízorov.

Skúsenosti supervidovaných

Hádam najviac mi pomohlo, že nič neprebíhalo v štýle „musí to byť takto a takto“ alebo „je to tak, a hotovo“, chápate? Veľmi som ocenil, že ma počúvali, že sme viedli dialóg. Spoločne sme analyzovali, reflektovali a porovnávali – a často sme aj vzájomne nesúhlasili – naše konanie, myšlienky a pocity v súvislosti s hodnotami, ktoré predstavovali náš vedúci princíp, t. j. hlavné zásady včasnej intervencie,... v ktoré sme síce plne verili, ale neboli vždy zreteľne prítomné v činoch a rozhodnutiach.

Vedomie, že v daný konkrétny deň týždňa mám mať stretnutie so svojim tímom a supervízorom, mi dodávalo pokoj a pocit, že na to nie som sám. A tento pocit som dozaista mohol následne sprostredkovať rodinám, ktoré som podporoval v rámci včasnej intervencie... bol to pocit, že spolu tvoríme skupinu, komunitu, chápate? Že všetci niekam patríme!

S odstupom času som si istý, že moja supervízorka si stanovila tento cieľ, že to proste nebolo náhodou... spôsob, akým mi načúvala a ako reagovala, ako nás povzbudzovala, to všetko bolo jednoducho jedinečné!...

Ako napláňovať supervízne stretnutie?

Vychádzajúc z pracovného kontextu a z odporúčaní Heffrona a Murcha (2010) navrhujeme niekoľko štruktúrovaných krokov v procese supervízie, ktoré by mal pripraviť supervízor v spolupráci so supervidovanými osobami:

- 1. Príprava supervízora** — s cieľom nastaviť sa na reálnu situáciu, ktorú bude riešiť na osobnej báze, si supervízor vybaví aktuálnu situáciu v tíme (na základe pracovných poznámok, zhrnutí alebo zápiskov z minulých stretnutí...); v období medzi stretnutiami sa supervízor venuje úlohám/aktivitám, ktoré si dohodol s tímom na predošlých stretnutiach;

2. **Príprava supervidovaného** — reviduje a vyberie najvýznamnejšie informácie z uskutočňovaného intervenčného procesu, ktoré chce zanalyzovať v rámci supervízie; ide mu o objasnenie a získanie podpory pri riešení identifikovaných problémov, ako aj o príležitosť na budovanie metakognície týkajúcej sa osobných pocitov a procesu učenia v rámci danej intervencie;
3. **Iniciovanie/znovunastolenie kontaktu** — supervízor používa pozdravy, slová a postoje, aby znovunastolil interaktívnu atmosféru v rámci skupiny; usiluje sa vytvoriť pokojné a priateľské pracovné prostredie, ktoré je však zároveň proaktívne v súvislosti s analyzovanými problémami vyplývajúcimi z intervencie;
4. **Návrh agendy/otvorenie dialógu** — Supervízor oznámi supervidovaným osobám návrh agendy, podľa možnosti vopred, aby sa mohli na stretnutie pripraviť; tento proces prispieva k časovej a pracovnej optimalizácii oboch strán; supervízor by mal vždy v agende ponechať dostatočný priestor na riešenie obáv a problémov členov tímu, vyplývajúcich zo skúseností od posledného stretnutia, ktoré ešte v rámci supervízie nerozoberali;
5. **Zber údajov/výber relevantných údajov** — supervízor a daný tím sú zapojení do výberu tých najrelevantnejších údajov, aby pochopili prezentované problémy, rozlíšili zásadné informácie od vedľajších a získali jasný pohľad na prebiehajúci intervenčný proces;
6. **Načúvanie účastníkom, ohodnotenie rôznych príspevkov (záverom), preozdelenie úloh, preformulovanie, rozšírenie, atď.;**
7. **Formulácia a výber hypotéz prostredníctvom brainstormingu** — supervízor umocní pocit dôvery a bezpečia v rámci skupiny, a tým podporí kompetencie a právomoci účastníkov;
8. **Formulácia najbližších možných krokov na základe vedomostí a skúseností získaných počas stretnutia** — supervízor rozdelí úlohy na obdobie do ďalšieho stretnutia.

Ako realizovať supervízne stretnutie?

Počas celého procesu bude supervízor pracovať s technikami, ktoré dodajú účastníkom/supervidovaným rozsiahlejšie kompetencie a právomoci (Heffron a Murch, 2010), konkrétne:

- a. začne diskusiu z pohľadu supervidovaného, zdôrazní najpodstatnejšie aspekty pre zrozumiteľnú analýzu intervencie;
- b. kladie otvorené otázky;
- c. vedie a kontroluje tempo participácie a prebiehajúcej diskusie, optimalizuje využitie času, ktorý je k dispozícii, a zabezpečuje rovnomernú participáciu jednotlivých členov tímu. Znamená to, že priebežne (nie nevyhnutne na každom jednom stretnutí) budú mať všetci zúčastnení možnosť vyjadriť svoje obavy, komunikovať úspechy a aktívne prispievať k celkovej schéme s participáciou každého jednotlivca. Zároveň to znamená viesť analýzu intervencie tak, aby sa jej závery dali uplatniť aj na ďalšie intervencie, ktoré daný tím realizuje. Supervízor okrem toho vedie diskusiu s ohľadom na transdisciplinárny charakter práce tímu, inými slovami, nezávisle od vedeckej špecializácie kľúčového pracovníka konkrétnej rodiny, ktorej intervencia sa práve analyzuje. Za podporu rodiny zodpovedá celý tím a celý tím sa aj aktívne zapája do analýzy;

- d. predstavuje rozhodnutia a možnosti – pomáha tímu predstaviť si alternatívy a možné riešenia, podnecuje ho k rozhodovaniu smerom k asertívnejšej intervencii;
- e. Erozvíja otázky, analyzuje prípadné obavy, pomáha identifikovať motivácie konkrétneho správania supervidovaného – napr. pomocou otázok ako „Prečo je to dôležité? Prečo vám to tak veľmi prekáža? Viete, prečo vnímate tento problém týmto spôsobom?...“;
- f. využíva metódy a nástroje riešenia problémov;
- g. prináša špecifickú spätnú väzbu ku konkrétnym problémom alebo výzvam, motivuje tím, aby danú spätnú väzbu aplikoval aj na iné podobné situácie;
- h. ponúka informácie prostredníctvom otvorených otázok – vytvára priestor, aby tím analyzoval problematické situácie prostredníctvom vystavania systému otvorených otázok, ktoré vedú k spoločnej reflexii;
- i. hľadá a uprednostňuje pochopenie/objasnenie obsahu analyzovaného účastníkmi;
- j. stanovuje vysvetľujúce hypotézy, ktoré indikujú konkrétne kroky/činnosti;
- k. aktívne, pozorne a empaticky načúva;
- l. poskytuje informácie a možnosti riešení týkajúce sa potrieb a špecifických záujmov konkrétneho tímu;
- m. sumarizuje údaje a podporuje tak ich prehľadnú organizáciu pre celý tím so zameraním na analyzovanú tému;
- n. pozoruje a empaticky komunikuje s každým členom tímu, presadzuje rovnomernú participáciu – neznamená to, že každý je na danom stretnutí nútený hovoriť, ale skôr to, že v priebehu celého procesu dostane každý jednotlivec čas a priestor na svoje argumenty a zároveň bude pociťovať dostatok dôvery a bezpečia, aby sa do procesu aktívne zapájal;
- o. hľadá argumenty v prospech diskusie o preberanej intervencii;
- p. stimuluje pravidelné a časté sebahodnotenie a hodnotenie iných členov tímu na základe kritérií známych všetkým účastníkom, ktoré zahŕňajú supervidovaných aj supervízora. Samotný výkon na pozíciách supervidovaného a supervízora je predmetom hodnotenia zo strany jednotlivých aktérov.

Skúsenosť supervidovaného odborníka na včasnú intervenciu (Santos, 2007):

Bolo to skvelé! Prísť do supervíznej skupiny, ocitnúť sa v príjemnej atmosfére a podeliť sa o všetko to dobré, čo som zažil počas dvoch týždňov intervencie, ktorú sme analyzovali a o ktorej sme diskutovali... aj o všetkých problémoch a pochybnostiach – a tých bolo veľmi veľa!... V tomto svetle uvedené problémy a pochybnosti po reflexii a diskusii s mojimi kolegami a supervízorom nadobudli úplne nové kontúry, nové nuansy, získal som pohľad na nové spôsoby riešenia, prístupy a možnosti...

Postoje a kompetencie v rámci supervízie vo včasnej intervencii

Kompetencie supervízora včasnej intervencie sú teda základom akéhokoľvek prístupu. Predstavujú akýsi „mikroobsah“ samotnej supervízie a v konečnom dôsledku odzrkadľujú hodnoty a presvedčenie supervízora o tom, čo by supervízia mohla dosiahnuť a, čo je ešte

dôležitejšie, čím by v skutočnosti mala byť vo vzťahu k včasnej intervencii. Pri dôkladnej analýze by tieto kompetencie mali korešpondovať s ucelenou filozofiou programu včasnej intervencie alebo jej časťou, v rámci ktorej je daný supervízor aktívny.

Kompetencia nie je stav. Je to proces. (...) Kompetentný činiteľ je taký, ktorý je schopný mobilizovať iných, účinne aktivovať rôzne funkcie systému, kde sú vo vzájomnej interakcii rôznorodé zdroje, ktoré zahŕňajú argumentáciu, vedomosti, aktiváciu spomienok a pamäte, hodnotenie, schopnosť vytvárať a udržiavať vzťahy a behaviorálne schémy.

(Le Boterf, 1994, str. 43, citovaný v Roldão, 2003, str. 31)

Santos navrhuje nástroj nazvaný „kompetenčný profil supervízie vo včasnej intervencii“, ktorý zahŕňa širokú množinu kompetencií, očakávaných od supervízora v tomto kontexte. Nie sú nevyhnutne kumulatívne, ale môžu sa kombinovať podľa daného kontextu a okolností. V tejto publikácii uznávame „komplexný charakter intervencie, ktorá je predmetom supervízie, a význam obmedzení, ktorým čelí“ (Santos, 2007, str. 263). Chceme priniesť referencie spoločné pre rôzne subjekty a služby v transdisciplinárnych tímoch včasnej intervencie, ktoré rozvíjajú prístup zameraný na rodinu a sú situované do prirodzeného prostredia detí s vývinovými poruchami a zdravotným postihnutím vo veku 0 až 6 rokov a ich rodín. Uvedený nástroj pokrýva štyri dimenzie, konkrétne: (i) odbornú, sociálnu a etickú; (ii) rozvoj procesov odbornej prípravy vo včasnej intervencii; (iii) participáciu na štruktúre včasnej intervencie a vzťah k miestnej komunite; a (iv) odborný rozvoj.

Jeho cieľom je podporovať reflexívne aktivity jednotlivcov, ktorí uskutočňujú samotnú supervíziu nad včasnou intervenciou, ktorá sa tak stáva skutočným zdrojom podpory pre daných odborníkov. Môže tiež poskytovať podporu odborníkom v oblasti včasnej intervencie v tom, aby mali väčší úžitok zo samotnej supervízie, ktorá je zacielená na nich osobne: domnievame sa, že objasnenie a zdieľanie podstaty tejto spoločnej činnosti optimalizuje poskytovanie intervencie aj supervízie, a tým i celý spoločný proces a jeho výsledky.

Podrobnejšie informácie k uvedenému nástroju publikoval samotný autor (Santos, 2007), a preto nie je zahrnutý v tejto publikácii. Čitateľom však odporúčame, aby sa s ním oboznámili a používali ho.

STRUČNÉ ZHRNUTIE

Odborná supervízia vo včasnej intervencii:

- Majú na ňu právo podporované deti a ich rodiny, keďže predstavuje neodmysliteľného pomocníka pri skvalitňovaní odbornej praxe; zároveň na ňu majú právo odborníci vo včasnej intervencii, pretože intervedujú v oblastiach, ktoré úzko súvisia s náročnými úlohami tvoriacimi podstatu ľudských bytostí: starostlivosť o deti a presadzovanie ich harmonického vývinu, zabezpečovanie kontinuity ľudskej kultúry a druhu; je neodmysliteľnou súčasťou vývoja smerom od disciplinárneho k transdisciplinárnemu prístupu, obsiahnutému v samotnej definícii včasnej intervencie, a predstavuje záruku jej identity;
- Mal by ju realizovať supervízor s priamymi skúsenosťami a odbornou spôsobilosťou v oblasti včasnej intervencie; pri analýze by mal eklekticky kombinovať rôznorodé situácie, ktoré môžu nastať. Pravidelný, reflexívny a participatívny prístup by však mal byť len východiskom a podpornou štruktúrou činnosti supervízora. Supervízor aplikujúci reflexívny prístup by mohol sporadicky čerpať aj z iných prístupov, aby k vybraným supervízorským úlohám pristupoval asertívnejšie;

- Hodnotenie kvality supervízie by malo prebiehať na báze procesov a výsledkov, s ktorými odborníci prídu – emocionálna pohoda, úroveň a kvalita participácie počas stretnutí a odborné služby poskytované podporovaným rodinám; charakter a kvalita supervízie pramení zo zdieľanej zodpovednosti medzi supervízorom a supervidovaným. V skutočnosti by sa mal každý účastník pripravovať na supervízne stretnutia, usporiadať si informácie a myšlienky, dbať o svoj individuálny odborný rast a rozvíjať reflexiu, sebahodnotenie a sebapoznávanie;
- Supervízor má ešte jednu zodpovednosť, ktorú mu zveril systém ako jednotlivcovi, považovanému za odborníka v oblasti včasnej intervencie – štatút, ktorý mu zaručuje osvedčená odborná a akademická skúsenosť relevantná pre realizáciu odbornej supervízie vo včasnej intervencii. Ale včasná intervencia by v rámci svojho rozsahu mala klásť prioritu aj na poskytovanie príležitostí na podporu odborného rozvoja samotných supervízorov.

Skúsenosti supervízorov v oblasti včasnej intervencie (Santos, 2007):

Získané poznatky a vedomosti:

Že včera som toho nevedel veľa a dnes neviem vôbec nič. Že supervízia nad včasnou intervenciou je veľmi pomalý proces, ktorý si vyžaduje množstvo prípravy, informácií, odhodlanosť a flexibilitu, prináša pokrok aj komplikácie a zvyčajne na takúto prípravu nie je dost' času.

Že aj supervízori sa potrebujú zastaviť a popremýšľať o vlastnej praxi a v rámci podporovaného procesu riadiť zmeny, ktoré si vyžaduje účinnejší proces intervencie.

Že je oveľa ťažšie kráčať sám, hoci sa niekedy nedá inak. Musím však opäť zdôrazniť, že úlohou supervízorov je byť na ceste spolu s ostatnými: nemôžete dobre poradiť, keď nie ste súčasťou tímu.

Že občas je náročné pozrieť sa na situáciu očami druhých ľudí a pochopiť problémy a obavy kolegov ohľadom niektorých oblastí.

Rozmýšľam, či...

... si robím prácu poriadne – a to každý deň. Či som na správnej ceste a či je to moja cesta. Raz sa mi to určite podarí.

... som schopný naplniť ciele supervízie.

... to, čo som uviedol v tomto rozhovore, (...) stačilo iným nato, aby si uvedomili, ako veľa som sa naučil od všetkých odborníkov a rodín, s ktorými som na včasnej intervencii podieľal!

Závěrečné úvahy



Veľa vecí, ktoré potrebujeme, môže počkať.

Deti nie.

Lebo práve teraz im rastú kosti,

práve teraz sa im tvorí krv,

práve teraz sa im rozvíjajú zmysly.

Ony nemôžu „počkať“,

potrebujú nás „práve teraz“.

– **Gabriela Mistral**, laureátka Nobelovej ceny
za literatúru, 1945





Záverečné úvahy

Na záver sme si nechali niekoľko úvah v nádeji, že užívateľom pomôžu využiť túto publikáciu čo najlepšie. Zároveň nimi chceme potvrdiť, že „osvedčené postupy“ včasnej intervencie nevznikajú jednoducho ani priamočiara. Práve naopak: je to zložitá a dlhá cesta plná rôznorodých výziev, ktorých úspešné prekonanie si vyžaduje odhodlanie a spoločné úsilie nás všetkých, ktorí sa podieľame na jednotlivých fázach včasnej intervencie.

Cieľom publikácie *Odporúčané postupy pri včasnej intervencii – Príručka pre odborníkov* bolo zosumarizovať poznatky, skúsenosti a osvedčené metódy, ktoré môžu byť referenčným rámcom pre poskytovanie pomoci a ďalší rozvoj včasnej intervencie v Portugalsku, a tým prispieť k naplneniu príslubu včasnej intervencie v prospech detí a rodín.

Nepochybne najdôležitejšou úlohou včasnej intervencie je zabezpečiť, aby všetky deti a rodiny s individuálnymi potrebami mohli účinne využívať také formy podpory, ktoré komplexne a efektívne reagujú na ich špecifické, jedinečné a zložité potreby a podmienky. Z tejto úlohy však vyplýva aj tá najdôležitejšia otázka: Ako vytvoriť podmienky poskytovania podpory, ktoré umožnia komplexne a efektívne reagovať na individuálne a zložité potreby každého dieťaťa a rodiny?

Najskôr je dôležité pochopiť, že väčšia či menšia miera úspešnosti intervencie u detí a rodín do veľkej miery závisí od ľudí reprezentujúcich jednotlivé úrovne kompetencií vo verejných službách, na úradoch, v inštitúciách alebo v tímoch pôsobiacich v oblasti včasnej intervencie. To znamená, že od činnosti rôznych odborníkov pôsobiacich v oblasti včasnej intervencie a ich hodnôt, poznatkov, kompetencií, možností, podmienok práce a ďalšieho profesionálneho rastu a rozvoja závisia výsledky, ktoré môžu deti a rodiny dosiahnuť, ako aj úspešnosť či neúspešnosť včasnej intervencie. Komplexný charakter včasnej intervencie vyplývajúci z komplexnosti a rôznorodosti individuálnych potrieb detí a rodín si zároveň vyžaduje koordinovanú a transdisciplinárnu súčinnosť odborníkov z rôznych oblastí. Odborná úroveň, vzťahové a participatívne postupy, ktoré odborníci uplatňujú pri práci s rodinami, sú prostriedkami na dosiahnutie efektívnej podpory a úspešnej intervencie zameranej na rodinu (Dunst, 1998; Dunst, Trivette a Swanson, 2010).

Je preukázané, že nedostatok možností primeraného profesionálneho rastu a rozvoja odborníkov na včasnú intervenciu výrazne ohrozuje kvalitu služieb poskytovaných deťom a rodinám (Bruder, 2010).

V súlade s odporúčanými postupmi založenými na dôkazoch sa od jednotlivých odborníkov tímu včasnej intervencie vyžaduje, aby s rodinami alebo inými opatrovateľmi efektívne spolupracovali v prirodzenom prostredí dieťaťa, a to doma, v komunite alebo vo formálnych vzdelávacích prostrediach (jasle alebo materská škola) v súlade s prístupom zameraným na rodinu a princípom transdisciplinárnej spolupráce (Bruder, 2005). Ďalej je žiaduce, aby mali k dispozícii jednak ucelený teoretický a koncepcný rámec, ktorý im pomôže pochopiť: i) význam prvotných skúseností a spôsob, akým sa deti v tomto veku učia, ii) rozhodujúci vplyv interakcie a skúseností, ktoré hlavní opatrovatelia (rodina a predškolskí pedagógovia) deťom odovzdávajú v prirodzených prostrediach a pri každodenných činnostiach, na vývin a učenie detí v ranom veku, iii) obmedzené schopnosti detí v ranom veku zúročovať sporadické a intenzívne intervencie mimo prirodzeného kontextu; a jednak, aby poznali a uplatňovali odporúčané postupy a uskutočňovali intervenciu v súlade s postupmi založenými na dôkazoch.

Preto je nevyhnutné zabezpečiť, aby odborníci mali možnosť ďalšieho širokého odborného vzdelávania zameraného na tímovú prácu, mohli získavať potrebné poznatky a nadobúdať špecifické osobné aj odborné kompetencie na poskytovanie účinnej podpory rodinám a deťom, ktorej sme sa podrobne venovali v predchádzajúcich kapitolách. Odhodlanie odborne sa vzdelávať sa však neobmedzuje len na ďalšiu odbornú prípravu v rámci poskytovania služieb. Rozhodujúcim faktorom ovplyvňujúcim kvalitu práce odborníkov je aj systematické a koordinované uvažovanie o postupoch a interakciách uplatňovaných pri práci s rodinami, deťmi a inými odborníkmi, ako aj o tímovej práci. Dôležité je teda zabezpečiť aj supervíziu tímov a odborníkov včasnej intervencie ako rámec na posilnenie právomocí a uplatňovanie prístupu založeného na dôkazoch.

Vedecký pokrok a čoraz lepšia organizácia služieb a postupov v oblasti včasnej intervencie sú nespochybniteľné. Naďalej však pretrváva hlboká priepasť medzi tým, čo vieme, „že by sa malo robiť“, a tým, „čo sa v skutočnosti robí“ v oblasti včasnej intervencie (Bruder, 2010; Dunst a Trivette, 2009). V medzinárodnom kontexte sa síce často hovorí o odporúčaných metódach a postupoch založených na dôkazoch, postupy odporúčané DEC však nie sú výraznejšie integrované do kvalifikačnej prípravy na vysokých školách a odborníci na včasnú intervenciu ich v praxi využívajú len sporadicky (Bailey, Simeonsson, Yoder a Huntington, 1990; Bruder a Dunst, 2005; Bruder, 2010; Dunst a Bruder, 2006; McLean a kol., 2002).

S úžasom a pozorne sledujeme pretrvávajúce ťažkosti v oblasti spolupráce medzi výskumom, teóriou a praxou a z nich vyplývajúce nedostatočné uplatňovanie dôkazov v praktickej činnosti tímov a jednotlivých odborníkov.

Aby sa táto situácia zmenila, musia sa jednotlivé subjekty pôsobiace v oblasti včasnej intervencie – od politických subjektov s rozhodovacou právomocou a odborníkov v riadiacich a koordinačných funkciách až po odborníkov na intervenciu pôsobiacich v prvej línii priamo s rodinami či inými opatrovateľmi – zodpovedne chopiť vedenia a predstaviť víziu a záväzok smerom k sústavnému vylepšovaniu systému včasnej intervencie, aby adekvátne reagoval na narastajúce potreby spoločnosti a uplatňoval efektívne postupy založené na najnovších dôkazoch (Bruder, 2010). Zavedenie systému hodnotenia výsledkov, podmienok a postupov intervencie a prevzatie prierezovej „zodpovednosti“ na rôznych úrovniach poskytovania služieb by mohlo prispieť k prijatiu opatrení zameraných na kvalitu odbornej práce s rodinami a deťmi (Bruder, 2010).

Odborný rast a rozvoj vrátane aktivít podporujúcich rozvoj vedomostí a schopností odborníkov v rámci ďalšieho a celoživotného vzdelávania a supervízie je dôležitým prvkom, ktorý by sa mal stať neoddeliteľnou súčasťou organizácie a fungovania služieb včasnej intervencie (Bruder, Mogro-Wilson, Stayton a Dietrich, 2009).

Príprava kvalifikovaných odborníkov je nepochybne kľúčovým predpokladom zabezpečenia efektívneho systému včasnej intervencie a práv detí a rodín. Nastavenie politik a postupov včasnej intervencie podľa systémových a kolaboratívnych modelov, úspešnosť ich rozvoja a implementácie je výsledkom tesného prepojenia a spolupôsobenia faktorov ako líderstvo, odborné kompetencie a organizačné faktory, ako na to poukazujú aj dve nižšie uvedené štúdie.

V rámci úvah o smerovaní budúceho rozvoja včasnej intervencie je dôležité zachovať to, čo EASNIE¹ predstavila v rámci odporúčaní pre včasnú intervenciu v európskom kontexte. Vzhľadom na politické priority v európskom priestore a pokrok v oblasti včasnej intervencie v rôznych krajinách identifikovala niekoľko kľúčových oblastí, ktoré si vo viacerých krajinách vyžadujú väčšie úsilie a pozornosť. EASNIE vymedzila oblasti, do ktorých treba rozsiahlejšie investovať (EADSNE, 2011), aby sa včasná intervencia rozvíjala spravodlivejšie a efektívnejšie a aby sa zabezpečilo „(...) právo každého dieťaťa a rodiny na poskytovanie potrebnej podpory“, nasledovne:

- **komplexná stratégia včasnej intervencie:** upevní spoluprácu medzi rôznymi rezortmi;
- **jasné stanovenie kvalitatívnych noriem pre služby včasnej intervencie a implementácia hodnotiacich mechanizmov:** zabezpečí dodržiavanie noriem, a tým prispeje k skvalitneniu služieb včasnej intervencie;
- **primeranosť verejného financovania v oblasti včasnej intervencie:** s cieľom zmeniť súčasnú situáciu, keď sa včasnej intervencii venuje menšia pozornosť a menej investícií než ktorejkoľvek inej etape vzdelávania, hoci je dokázané, že včasná intervencia je efektívnejšia a účinnejšia ako intervencia v neskoršej fáze vývinu;
- **rozvoj a kvalifikácii odborníkov:** vyžaduje si stanovenie profesionálnych noriem prostredníctvom uznania kvalifikácie odborníkov pôsobiacich v oblasti včasnej intervencie a zabezpečenie kvalitnej odbornej prípravy zodpovedajúcej výzvam v oblasti včasnej intervencie a prístupu k osvedčeným postupom.

A na záver môžeme aj na základe súčasného stavu v oblasti včasnej intervencie v Portugalsku spomenúť niektoré výzvy identifikované v štúdiu uskutočnenej kolektívom odborníkov (Pinto a kol., 2012). Za referenčný rámec pre analýzu a hodnotenie systému a služieb včasnej intervencie sa považuje model systémového rozvoja a princípy navrhované Guralnickom (2005). Obdobné štúdie boli realizované aj v ďalších krajinách v rámci Medzinárodnej spoločnosti pre včasnú intervenciu (International Society on Early Intervention, ISEI). Napriek pozoruhodnému pokroku v oblasti včasnej intervencie v Portugalsku za posledné desaťročia autori štúdie vo svojej globálnej vízii včasnej intervencie identifikujú hlavné výzvy a charakter zmien na rôznych úrovniach a v rôznych fázach SNIPI, a navrhujú niekoľko odporúčaní vo forme usmernenia pre budúci rozvoj včasnej intervencie s cieľom zvýšiť jej kvalitu a efektívnosť. Ďalej uvádzame štyri osi, okolo ktorých je možné sústrediť jednotlivé aspekty, ktoré autori vymedzujú v rámci návrhu úpravy systému včasnej intervencie v Portugalsku:

1. Rámec včasnej intervencie

- vypracovanie súboru smerníc vytvárajúcich spoločný koncepčný rámec pre miestny intervenčný tím v oblasti transdisciplinárnych, na rodinu zameraných a komunitných postupov;

¹ Európska agentúra pre špeciálne potreby a inkluzívne vzdelávanie je nový názov Európskej agentúry pre rozvoj špeciálneho vzdelávania (EADSNE).

- zdefinovanie kvalitatívnych kritérií pre postupy včasnej intervencie;
- zriadenie poradného výboru renomovaných odborníkov na národnej úrovni.

2. Odborná príprava pracovníkov – ďalšie vzdelávanie a supervízia:

- zdefinovanie smerníc pre ďalšie vzdelávanie v rámci poskytovania služieb a supervízia miestnych intervenčných tímov na národnej úrovni, vrátane predškolských pedagógov pôsobiacich na referenčných školách včasnej intervencie;
- rozvoj ďalšieho vzdelávania v národnom kvalifikačnom rámci v súlade s princípmi vzdelávania dospelých a na základe efektívnych metodík;
- zabezpečenie odbornej supervízie odborníkmi vyškolenými na oblasť včasnej intervencie, ktorá zlepší komunikačné procesy v rámci tímu, zdieľanie nápadov, šírenie výsledkov výskumu a výklad legislatívy.

3. Organizácia a integrácia politík, systémov a služieb

- Rozvoj včasnej intervencie ako integrovaného systému a harmonizácia medzirezortnej a vnútrorezortnej spolupráce na národnej, regionálnej a miestnej úrovni a tímovej práce.
- Väčší dôraz na riešenie otázok ako: kompatibilita právnych predpisov a harmonizácia opatrení; zriaďovanie a fungovanie miestnych intervenčných tímov, alokovanie a mobilita profesionálov; včasná identifikácia a odporúčanie jednotlivcov do rúk odborníkov; prenos skúseností; monitorovanie a dohľad nad ohrozenými deťmi na báze prevencie

4. Proces hodnotenia intervencie a interakcia medzi odborníkom a rodinou

- Zdefinovanie konkrétnych smerníc pre postupy a procesy hodnotenia intervencií a transdisciplinárnej tímovej práce s cieľom poskytnúť odborníkom usmernenie pri interakciách s rodinami a podporiť prístup zameraný na rodinu.

Táto príručka môže pomôcť pri riešení viacerých výziev v oblasti včasnej intervencie a môže sa stať spoločným rámcom pre postupné odstraňovanie rozdielov medzi „tým, čo vieme, že by sa malo robiť,“ a „tým, čo sa skutočne robí“ v rámci odbornej praxe.

Odporúčané postupy pre včasnú intervenciu nie sú receptárom, ale východiskom pre individuálnu a tímovú reflexiu, ktoré pomôžu identifikovať rôzne charakteristiky rodín a detí, tímov, odborníkov a kontextov a následne individualizovať postupy zamerané na rodinu založené na dôkazoch. Z tohto hľadiska je publikácia facilitátorom, ktorý prístupným spôsobom prezentuje východiská a najnovšie poznatky v oblasti včasnej intervencie a zdôvodňuje, čo sa má robiť a prečo, a predovšetkým odborníkov usmerňuje v procese realizácie hodnotenia intervencie zameranej na rodinu. Jej konečným cieľom nie je len propagácia efektívnych postupov, ale aj postupný odklon od tradičných postupov, z ktorých väčšina sa v súčasnosti pri práci s deťmi a rodinami považuje za neefektívnu.

Bibliografia

- Able-Boone, H. A. & Crais, E. (1999). Strategies for achieving family-driven assessment and intervention planning. *Young exceptional children*, 3(1), 2-10.
- Alarcão, I. & Canha, M. (2013). *Supervisão e colaboração. Uma relação para o desenvolvimento*. Porto: Porto Editora.
- Allen, R. I. & Petr, C. G. (1996). Toward developing standards and measurements for family-centred practice in family support programs. In G. H. Singer, L. E. Powers, & A. L. Olson (Eds.). *Redefining family support: Innovations in public private partnerships* (pp. 57-86). Baltimore: Paul Brookes.
- Almeida, I. C. (1997). Avaliação de projectos em intervenção precoce. *Cadernos do CEACF*, 13/14, 51-65.
- Almeida, I. C. (2000). Evolução das teorias e modelos de intervenção precoce: Caracterização de uma prática de qualidade. *Cadernos do CEACF*, 15/16, 29-46.
- Almeida, I. C. (2002). Intervenção precoce: Breve reflexão sobre a realidade actual. *Infância e educação – Investigação e práticas*, 5, dezembro, 130-143.
- Almeida, I. C. (2009). *Estudos sobre a intervenção precoce em Portugal: Ideias dos especialistas, dos profissionais e das famílias*. Lisboa: Instituto Nacional para a Reabilitação.
- Almeida, I. C., Breia, G., & Colôa, J. (2005). *Conceitos e práticas em intervenção precoce*. Lisboa: Direcção de Serviços da Educação Especial e Apoio Sócio-Educativo, Ministério da Educação.
- Almeida, I. C., Carvalho, L., Ferreira, V., Grande, C., Lopes, S., Pinto, A. I., Portugal, G., Santos, P., & Serrano, A. M. (2011). Práticas de intervenção precoce baseadas nas rotinas: Um projeto de formação e investigação. *Análise psicológica*, 1(29), 83-98.
- Almeida, I. C., Felgueiras, I., & Pimentel, J. S. (1997). Algumas conclusões do estudo avaliativo referente à implementação do Programa Portage em Portugal. *Cadernos do CEACF*, 13/14, 67-78.
- Altman, J. & Das, G. D. (1964). Autoradiographic examination of the effects of enriched environment on the rate of glial multiplication in the adult rat brain. *Nature*, 204, 1161-1163.
- Anastasiow, N. F. (1990). Implications of the neurobiological model for early intervention. In S. Meisels & J. Shonkoff (Eds.). *Handbook of early childhood intervention* (pp. 196-217). Cambridge University Press.
- Bagnato, S. J., Neisworth, J. T., & Pretti-Frontczak, K. L. (2010). *LINking authentic assessment and early childhood intervention: Best measures for best practices* (4th ed.). Baltimore, MD: Brookes.
- Bailey, D. B., Jr. & Bruder M. B. (2005). *Family outcomes of early intervention and early childhood special education: Issues and considerations*. California: Early Childhood Outcomes Center.
- Bailey, D. B., Jr., McWilliam, R. A., Darkes, L.A., Hebbeler, K., Simeonsson, R. J., Spiker, D., & Wagner, M. (1998). Family outcomes in early intervention: A framework for program evaluation and efficacy research. *Exceptional children*, 64, 313-328.
- Bailey, D. B., McWilliam, P., Winton, P., & Simeonsson, R. (1991). *Implementing family-centred services in early intervention: A team-based model for change*. Chapel Hill, NC: Carolina Institute for Research in Infant Personnel Preparation, Frank Porter Graham Child Development Center.

- Bailey, D. & Simeonsson, R. (1988). *Family assessment in early intervention*. Columbus: Merrill Publishing Company.
- Bailey, D. B., Jr. & Wolery, M. (1992). *Teaching infants and preschoolers with disabilities* (2nd ed.). New York: Merrill Publishing Company.
- Bailey, D. B., Jr. & Wolery, M. (2002). *FPG director testifies before presidential commission: Part 1 of 2*. Retrieved from <http://www.fpg.unc.edu>.
- Bairrão, J. (1994). A perspectiva ecológica na avaliação de crianças com necessidades educativas especiais e suas famílias: O caso de intervenção precoce. *Inovação*, 7, 37-48.
- Bairrão, J. (2001). Early intervention in Portugal. In E. Björck-Åkesson, & M. Grandlund (Eds.). *Excellence in early childhood intervention: Proceedings of the international research symposium*. Excellence in early childhood intervention. Mälardalen University, Västerås, Sweden, October 1999.
- Bairrão, J. (2003). Understanding functioning and disability in early childhood: Intervention theories and models. Lição proferida no âmbito do *International Program in Early Childhood Intervention* – Vasteras, Sweden, Junho 2003.
- Bairrão, J. & Almeida, I. C. (2003). Questões actuais em intervenção precoce. *Psicologia*, 27(1), 15-29.
- Bairrão, J., Felgueiras, I., & Pimentel, J. S. (1987). O programa de atendimento precoce a crianças deficientes na DSOIP. O Modelo Portage para País. *Cadernos DSOIP*, 11/12, 57-61.
- Bairrão, J.; Castanheira, J.L.; Felgueiras, I.; Ferreira, M.; Grijó Santos, J.; Menezes Pinto, R., & Soares J. (1981). Abordagem pluridisciplinar das dificuldades escolares: uma experiência em Arruda dos Vinhos. *Revista do Desenvolvimento da Criança*, 3(1), 39-40.
- Baroncelli, L., Braschi, C., Spolidoro, M., Begenisic, T., Sale, A., & Maffei, L. (2010). Nurturing brain plasticity: Impact of environmental enrichment. *Cell death and differentiation*, 17, 1092-1103.
- Beckett, C., Maughan, B., Rutter, M., Castle, J., Colvert, E., Groothues, C., Kreppner, J., Stevens, S., O'Connor, T. G., & Sonuga-Barke, E. J. S. (2006). Do the effects of early severe deprivation on cognition persist into early adolescence? Findings from the english and romanian adoptees study. *Child development*, 77(3), 696-711.
- Benner, S. M (1992). *Assessing young children with special needs*. New York: Longman Publishing Group.
- Biglan, A., Flay, B. R., Embry, D. D., & Sandler, I. N. (2012). The critical role of nurturing environments for promoting human well-being. *American psychologist*, 67(4), 257-271.
- Bissel, C. (n.d.). *Family-centred care* [on-line]. Community Gateway Website. Retrieved from <http://www.communitygateway.org/resources/faq/fcc.htm>.
- Boavida, J. (1998). Velhas e novas perspectivas. PIIP Distrito de Coimbra. *Vamos comunicar*, 8(6), 5-11.
- Boavida, J. & Borges, L. (1990). Intervenção precoce: Um projecto para o distrito de Coimbra. *Saúde infantil*, 12, 205-210.
- Boavida, J. & Borges, L. (1994). Community involvement in early intervention: A portuguese perspective. *Infants and young children*, 7(1), 42-50.
- Boavida, J. & Carvalho, L. (2003). A comprehensive early intervention training approach: Portugal. In: S. L. Odom, M. J. Hanson, J. A. Blackman, & S. Kaul (Eds.). *Early intervention practices around the world* (pp. 213-252). Baltimore: Paul H. Brookes Publishing.
- Boavida, J., Carvalho L., & Espe-Sherwindt, M. (2009). Early childhood intervention in Portugal: Interplay of family centered, community-based and interdisciplinary factors. In B. Carpenter, J. Schloesser, & J. Egerton (Eds.). *European developments in early childhood intervention* (pp. 14-25). An Eurlayid Publication.
- Boavida, J., Espe-Sherwindt, M., & Borges, L. (2000). Community-based early intervention: The Coimbra Project (Portugal). *Child: Care, health and development*, 26(5), 343-354.
- Bone, D. (1994). *The business of listening: A practical guide to effective listening*. Menlo Park, CA: Crisp Publications.
- Borders, L. & Brown, L. (2005). *The new handbook of counseling supervision*. New York: Lawrence Erlbaum Associates.
- Borowsky, I. W. & Collins, R. C. (1989). Metabolic anatomy of brain: A comparison of regional capillary density, glucose metabolism, and enzyme activities. *Journal of comparative neurology*, 288(3), 401-13.

- Brazelton, T. B. & Sparrow, J. (2003). *The touchpoints model of development*. Brazelton Touchpoints Center. Retrieved from <http://www.brazeltontouchpoints.org>.
- Brazelton Touchpoints Project (2006). *Touchpoints in reflective practice provider workbook*. Boston, MA: Brazelton Touchpoints Centre.
- Brewer, E. J., McPhearson, M., Magrab, P. R., & Hutchins, V. L. (1989). Family-centred, community-based, coordinated care for children with special health care needs. *Pediatrics*, *83*, 1055-60.
- Briggs, M. (1997). *Building early intervention teams: Working together for the families and children*. Baltimore: Aspen.
- Brito, A. T. (2010). *Formar educadores inclusivos – O acontecimento do encontro com o Outro*. Lisboa: Jornadas ESEI Maria Ulrich.
- Brito, A. T. (2014, February). Formação em ciências do bebé e da família — O paradigma do recém-nascido como esteira para uma formação centrada na(s) Pessoa(s). *Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*, Porto, Portugal, 10.
- Brito, A. T., Barbosa, M., Justo, J., Silveira Machado, R., Leitão, L., Goldsmith, T., Ferro Menezes, P., Fuertes, M. & Gomes Pedro, J. (2012). O impacto do Modelo Touchpoints na formação de profissionais em intervenção precoce. *Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*, Aveiro, Portugal, 9.
- Brito, A.T., Brandão, T., & Azevedo, N. (2015, June). Formação superior em Intervenção Precoce na Infância em Portugal – Estado da arte e a arte do Estado. *Colóquio Internacional Psicologia e Educação Diversidade e Educação - Desafios atuais*, Lisboa, Portugal.
- Britto, P. R., Arnold, C., Bartlett, K., Charles, L., Diawara, R., Grover, D., Hayashikawa, M., ... Zimanyi, L. (2012). Key to equality: *Early childhood development. The Consultative Group on Early Childhood Care and Development*. Retrieved from <https://www.worldwewant2015.org/node/291323>.
- Britto, P. R., Yoshikawa, P., Van Ravens, H. J., Ponguta, L. A., Oh, S. S., Dimaya, R., & Seder, R. C. (2013). *Understanding governance of early childhood development and education systems and services in low-income countries*. Innocenti Working Paper N° 2013-07, UNICEF Office of Research, Florence.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development. *Developmental psychology*, *22*, 723-742.
- Bronfenbrenner, U. & Morris, P. A. (1998). The ecology of developmental processes. In W. Damon (Series Ed.) & R. M. Lerner (Vol. Ed.). *Handbook of child psychology: Vol. 1: Theoretical models of human development* (5th ed., pp. 993-1028). New York: John Wiley and Sons.
- Bronfenbrenner, U. & Morris, P. A. (2007). The bioecological model of human development. In W. Damon and R. M. Lerner (Eds.). *Handbook of child psychology* (6th Edition), Vol. 1 (pp. 793-828). New Jersey, Hoboken, NJ: Wiley.
- Brotherson, M. J., Summers, J. A., Bruns, D. A., & Sharp, L. M. (2008). Family-centered practices: Working in partnerships with families. In P. J. Winton, J. A. McCollum & C. Catlett (Eds.). *Practical approaches to early childhood professional development*. Washington D.C.: Zero to Three.
- Brown, W. & Conroy, M. (1997). The interrelationship of contexts in early intervention. In S. K. Turman, J. R. Cornwell, & S. R. Gottwald. *Contexts of early intervention, systems and settings*. Baltimore, Maryland: Paul H. Brookes P. Co.
- Brown, S. & Guralnick, M. J. (2008). International human rights to early intervention for infants and young children with disabilities. Tools for global advocacy. *Infants & young children* *25*(4), 270-285.
- Brown, C. & Herwig, J. (Eds.) (1989). *Head start home-based supervision guide*. Portage: CESA 5.
- Bruder, M. B. (1996). Interdisciplinary collaboration in service delivery. In R. A. McWilliam (Ed.). *Rethinking pull-out services in early intervention*. A professional resource. (27-48). Baltimore: Paul H. Brooks.
- Bruder, M. B. (2000). Family-centred early intervention: Clarifying our values for the new millennium. *Topics in early childhood special education*, *20*(2), 105-115.
- Bruder, M. B. (2005). Service coordination and integration in a developmental systems approach to early intervention. In M. J. Guralnick (Ed.), *A developmental systems approach to early intervention: National and international perspectives* (pp. 29-58). Baltimore, MD: Paul H. Brookes.

- Bruder, M. B. (2010). Early childhood intervention: A promise to the future of children and families. *Exceptional children, 76*(3), 339-355.
- Bruder, M. B. & Bologna, T. (1993). Collaboration and service coordination for effective early intervention. In W. Brown, S. K. Thurman, & L. F. Pearl. *Family-centred early intervention with infants and toddlers. Innovative cross-disciplinary approaches* (103-127). Baltimore, Maryland: Paul H. Brookes P. Co.
- Bruder, M. B. & Dunst, C. J. (2005). Personnel preparation in recommended early intervention practices: Degree of emphasis across disciplines. *Topics in early childhood special education, 25*(1), 25-33.
- Bruder, M. B. & Dunst, C. J. (2008). Factors related to the scope of early intervention service coordinator practices. *Infants & young children, 21*(3), 176-185.
- Bruder, M. B., Mogro-Wilson, C. M., Stayton, V. D., & Dietrich, S. L. (2009). The national status of in-service professional development systems for early intervention and early childhood special education practitioners. *Infants and young children, 22*(1), 13-20.
- Bruner, C. (1991). *Thinking collaboratively: Ten questions and answers to help policy makers improve children's services*. Washington, D.C.: Education and Human Services Consortium.
- Buysse, V. B., Wesley, P. W., Snyder, P., & Winton, P. J. (2006). Evidence-based practice: What does it really mean for the early childhood field? *Young exceptional children, 9*(4), 2-11.
- Buysse, V., Winton, P., & Rous, B. (2009). Reaching consensus on a definition of professional development for the early childhood field. *Topics in early childhood special education, 28*(4), 235-243.
- California Department of Education (2007). *Handbook on developing and evaluating interagency collaboration in early childhood special education programs*. Sacramento: California Department of Education.
- Campbell, P. H. & Halbert, J. (2002). Between research and practice: Provider perspectives on early intervention. *Topics in early childhood special education, 22*(4), 213-226.
- Carpenter, B. (2005). Real prospects for early childhood intervention: Family aspirations and professional implications. In B. Carpenter & J. Egerton (Eds.). *Early childhood intervention. International perspectives, national initiatives and regional practice* (pp. 13-38). Coventry, UK: West Midlands SEN Regional Partnership.
- Carvalho, M. L. (2004). *Práticas centradas na família na avaliação da criança: Percepções dos profissionais e das famílias do PIP do distrito de Coimbra*. Unpublished Mestrado, Instituto de Estudos da Criança da Universidade do Minho, Braga.
- Center on the Developing Child at Harvard University [CDCHU] (2009). *Maternal depression can undermine the development of young children*. Working paper n° 8. Retrieved from developingchild.harvard.edu.
- Center on the Developing Child at Harvard University [CDCHU] (2015). *Core concepts in the science of early childhood development*. Retrieved from developingchild.harvard.edu.
- Chandler, L., Cochran, D., Christensen, K. A., Dinnebeil, L., Gallagher, P., Lifter, K., Stayton, V., & Spino, M. (2012). The alignment of CEC/DEC and NAEYC personnel preparation standards. *Topics in early childhood special education, 32*, 52-63.
- Chugani, H. T., Behen, M. E., Muzik, O., Juhász, C., Nagy, F., & Chugani, D. C. (2001). Local brain functional activity following early deprivation: A study of postinstitutionalized romanian orphans. *Neuroimage, 14*(6), 1290-301.
- Clingenpeel, B. T. & McWilliam, R. A. (2003). *Scale for the assessment of teachers' impressions of routines and engagement (SATIRE)*. Center for Child Development Vanderbilt University Medical Center.
- Coleman, P. K. & Karraker, K. H. (1997). Self-efficacy and parenting quality: Findings and future applications. *Developmental review, 18*, 47-85.
- Conselho Nacional de Educação (2014). *Recomendação nº 1/2014, Políticas Públicas de Educação Especial [on-line]*. Retrieved from http://www.cnedu.pt/content/deliberacoes/recomendacoes/Recomendacao_DR_1.pdf.
- Corey, M.S., & Corey, G. (1998). *Becoming a helper* (3rd ed.). Pacific Grove, CA: Brookes/Cole.
- Corral, M., Rodríguez, M., Amenedo, E., Sánchez, J. L., & Díaz, F. (2006). Cognitive reserve, age, and neuropsychological performance in healthy participants. *Developmental neuropsychology, 29*(3), 479-91.
- Correia, L. M. & Serrano, A. M. (Org) (2000). *Envolvimento parental em intervenção precoce: Das práticas centradas na criança às práticas centradas na família*. Porto: Porto Editora.

- Crais, E. R. (1993). Families and professionals as collaborators in assessment. *Topics in language disorders*, 14(1), 29-40.
- Crais, E. R. (1996). Applying family-centred principles to child assessment. In P. J. McWilliam, P. J. Winton & E. R. Crais. *Practical strategies for family-centred intervention* (pp. 69-96). San Diego, CA: Singular Publishing Group.
- Crais, E. R. (1997). Preparing practitioners for getting the most out of child assessment. In P. J. Winton, J. A. McCollum, C. Catlett. *Reforming personnel preparation in early intervention: Issues, models and practical strategies* (pp. 309-336). Baltimore: Paul H. Brookes Publishing.
- Cunha, F. & Heckman, J. J. (2006). *Investing in our young people*. Report prepared for America's Promise – The Alliance for Youth. Chicago, Illinois: University of Chicago. <http://www-news.uchicago.edu/releases/06/061115.education.pdf>.
- Dantas, C. & Rodrigues, C. (2013). Estratégias metacognitivas como intervenção psicopedagógica para o desenvolvimento do automonitoramento. *Revista de psicopedagogia*, 30(93), 226-35.
- Davis, H., Day, C., & Bidmead, C. (2002). *Working in partnership with parents: The parent adviser model*. London: The Psychological Corporation.
- Deal, A. G., Dunst, C. J., & Trivette, C. M. (1989). A flexible and functional approach to developing individualized family support plans. *Infants & young children*, 3, 32-43.
- Decreto-Lei nº. 54/2018 de 6 de Julho de 2018 [Decree-Law No. 54/2018 of July 6]. *Diário da República*, 1.a série—No. 129.
- Decreto-Lei nº. 281/2009 de 6 de Outubro [Decree-Law No. 281/2009 of October 6]. *Diário da República*, 1. série, No. 193.
- Despacho conjunto nº. 891/99 [Joint Order No. 891/99]. *Diário da República*, 2. série, No. 244 de 19 de Outubro de 1999. Ministérios da Educação, da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade.
- Diamond, M. C., Krech, D., & Rosenzweig, M. R. (1964). The Effects of an Enriched environment on the histology of the rat cerebral cortex. *Journal of comparative neurology*, 123, 111-20.
- Diamond, M. C., Law, F., Rhodes, H., Lindner, B., Rosenzweig, M. R., & Krech, D. (1966). Increases in cortical depth and glia numbers in rats subjected to enriched environment. *Journal of comparative neurology*, 128(1), 117-26.
- Dias, J. C. (2003). *Os processos de interacção e comunicação nas equipas de intervenção precoce: Contributos para a organização de um apoio integrado*. (Master's thesis). Faculdade de Motricidade Humana – Universidade Técnica de Lisboa. Lisboa.
- Dicionário da Língua Portuguesa com Acordo Ortográfico (2015). Definição de metacognição [on-line]. *Infopédia. Dicionários da Porto Editora Website*. Retrieved from <http://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/metacognição>.
- Dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea (2001). Academia das Ciências de Lisboa, Verbo.
- Dinnebeil, L. & Hale, L. (2003). Incorporating principles of family-centred practice in early intervention program evaluation. *Zero to Three*, July, 24-27.
- Division for Early Childhood [DEC] (2014). *DEC recommended practices in early intervention/early childhood special education 2014*. Retrieved from <http://www.dec-sped.org/recommendedpractices>.
- Doyle, B. (1997). Transdisciplinary approaches to working with families. In B. Carpenter & J. Egerton (Eds.). *Early childhood intervention. International perspectives, national initiatives and regional practice*. Great Britain: West Midlands SEN Regional Partnership.
- Dunst, C. J. (1985). Rethinking early intervention. *Analysis and intervention in developmental disabilities*, 5(1-2), 165-201.
- Dunst, C. J. (1997). Conceptual and empirical foundations of family-centred practices. In R. J. Illback, C. T. Cobb, & H. M. Joseph (Eds.). *Integrated services for children and families: Opportunities for psychological practice* (pp. 75-91). Washington, DC: American Psychological Association.
- Dunst, C. J. (1998). Corresponsabilização e práticas de ajuda que se revelam eficazes no trabalho com famílias. In L. M. Correia & A. M. Serrano (Org). *Envolvimento parental em intervenção precoce: Das práticas centradas na criança às práticas centradas na família* (pp. 123-138). Porto: Porto Editora.
- Dunst, C. J. (2000a). Corresponsabilização e práticas de ajuda que se revelam eficazes no trabalho com famílias. In A. Serrano & L. M. Correia (Eds.). *Envolvimento parental e intervenção precoce* (123-141). Porto: Porto Editora.

- Dunst, C. J. (2000b). Revisiting "Rethinking early intervention". *Topics in early childhood special education, 20*(2), 95-104.
- Dunst, C. J. (2001). Research identifies opportunities and offers solutions for improving family involvement. *Research connections in special education, 9*, pp. 2-5.
- Dunst, C. J. (2002). Family-centred practices: birth through high school. *The journal of special education, 36*(3), pp. 139 – 47.
- Dunst, C. J. (2005). Framework for practicing evidence based early childhood intervention and family support. *CASEinPoint, 1*(1), 1-11.
- Dunst, C. J. (2009). Implications of evidence-based practices for personnel preparation development in early childhood intervention. *Infants & young children, 22*(1), 44-53.
- Dunst, C. J. (2010, November). Family and community life as the contexts for supporting and strengthening child learning and development. *Congresso Nacional de Intervenção Precoce com Crianças e Famílias, Aveiro, Portugal, 8*.
- Dunst, C. J. (2012). Parapatric speciation in the evolution of early intervention for infants and toddlers with disabilities and their families. *Topics in early childhood special education, 31*(4), 208-215.
- Dunst, C. J. (2013, February). Family-centred practices: What are they and why should you care? *Fraser Region Training Event, Surrey, British Columbia, Canada*. Retrieved from http://puckett.org/presentations/Family_Centered_Practices_What_Are%20They_Why_Should_Care.pdf.
- Dunst, C. J. (2015). Improving the design and implementation of in-service professional development in early childhood intervention. *Infants & young children, Vol. 28, N° 3*, pp. 210-219. Retrieved from http://journals.lww.com/iycjournal/Fulltext/2015/07000/Improving_the_Design_and_Implementation_of.2.aspx.
- Dunst, C. J., Boyd, K., Trivette, C. M., & Hamby, D. (2002). Family-oriented program models and professional helping practices. *Family relations, 51*, 221-229.
- Dunst, C. J. & Bruder, M. B. (1999). Family and community activity settings, natural learning environments and children's learning opportunities. *Children's learning opportunities report, Vol. 1, N° 2*.
- Dunst, C. J. & Bruder, M. B. (2006). Early intervention service coordination models and service coordinator practices. *Journal of Early Intervention, 28*(3), 155-165.
- Dunst, C. J. & Hamby, D. (1999). Community life as sources of children's learning opportunities. *Children's learning opportunities report, 1*(4).
- Dunst, C. J., Johanson, C., Trivette, C. M., & Hamby, D. (1991). Family oriented early intervention policies and practices: family-centred or not? *Exceptional children, 58*, 115-126.
- Dunst, C. J., Raab, M., Trivette, C. M., & Swanson, J. (2010). Community-based everyday child learning opportunities. In R. A. McWilliam (Ed.). *Working with families of young children with special needs* (pp. 60-92). New York: Guilford Press.
- Dunst C. J. & Trivette, C. M. (1996, July-August). Empowerment, effective helping practices and family-centred care. *Pediatric nursing, 22*(4):334-7, 343
- Dunst, C. J. & Trivette, C. M. (2009a). Capacity-building family-systems intervention practices. *Journal of family social work, 12*(2), 119-143.
- Dunst, C. J. & Trivette, C. M. (2009b). Let's be PALS: An evidence-based approach to professional development. *Infants & young children, 22*(3), 164-176.
- Dunst, C. J., Trivette, C. M., & Deal, A. (1988). *Enabling and empowering families: Principles and guidelines for practice*. Cambridge, MA: Brookline Books.
- Dunst, C. J., Trivette, C. M., & Deal, A. (1994). *Supporting and strengthening families: Methods, strategies and practice* (Vol. 1). Cambridge, MA: Brookline Books.
- Dunst, C. J., Trivette, C. M., & Snyder, D. M (2000). Family-professional partnerships: A behavioural science perspective. In M. Fine & R. Simpson (Eds.). *Collaboration with parents and families of children and youth with exceptionalities* (pp. 27-48). 2nd ed. Austin, Texas: PRO-ED.
- Early Childhood TA Center (2014). *A system framework for building high-quality early intervention and preschool special education programs*. Retrieved from <http://ectacenter.org/sysframe>.

- Elkins, J. S., Longstreth, W. T., Manolio, T. A., Newman, A. B., Bhatia, R. A., & Johnston, S. C. (2006). Education and the cognitive decline associated with MRI-defined brain infarct. *Neurology*, *67*(3), 435-40.
- Eluvathingal, T. J., Chugani, H. T., Behen, M. E., Juhasz, C., Musik, O., Maqbool, M. et al. (2006). Abnormal brain connectivity after early severe socioemotional deprivation: A diffusion tensor imaging study. *Pediatrics*, *117*(6), 2093-2100.
- Epley, P., Summers, J. A., & Turnbull, A. P. (2010). Characteristics and trends in family-centred conceptualizations. *Journal of family social work*, *13*, 1-18.
- Espe-Sherwindt, M. (2000). Intervenção precoce: Quando os pais estão em risco. In L. M. Correia & A. Serrano (Eds.). *Envolvimento parental em intervenção precoce* (93-122). Porto: Porto Editora.
- Espe-Sherwindt, M. (2008). Family-centred practice: Collaboration, competency and evidence. *Support for learning*, *23*(3), 136-143.
- European Agency for Development in Special Needs Education [EADSNE] (2005). *Intervenção precoce na infância: Análise das situações na Europa. Aspectos-chave e recomendações*. Bruxelas, European Agency for Development in Special Needs Education. Retrieved from <http://www.european-agency.org/>.
- European Agency for Development in Special Needs Education [EADSNE] (2010). *Intervenção precoce na infância: Progressos e desenvolvimentos*. Middelfart, Denmark: European Agency for Development in Special Needs Education. Retrieved from <http://www.european-agency.org/>.
- European Agency for Development in Special Needs Education [EADSNE] (2011). Early childhood intervention (ECI). *Key policy messages*. Retrieved from www.european-agency.org.
- European Commission (EU) (2013). *Commission recommendation of 20.2.2013: Investing in children: Breaking the cycle of disadvantage*. Retrieved from http://ec.europa.eu/justice/fundamental-rights/files/c_2013_778_en.pdf.
- European Passport on Professional Training in Early Intervention [EBIFF] (2009). Adapted curriculum EBIFF/PRECIIOUS. Retrieved from http://www.infopro.at/ebiff_inst/download/Curriculum_EBIFF_Precious_eng.pdf.
- Eyken, W. van der (1992). *Introducing evaluation – A practical introduction to evaluation in early childhood projects*. The Hague: Bernard van Leer Foundation – III.
- Felgueiras, I. (2000). Perspectivas actuais sobre intervenção precoce. Relato do Simpósio Excelence in Early Childhood Intervention. *Cadernos CEACF*, *15/16*, 7-27.
- Felgueiras, I. (2009). A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) e os seus contributos para a reconceptualização da deficiência e da incapacidade. In G. Portugal (Org.). *Ideias, projectos e inovação no mundo das infâncias: O percurso e a presença de Joaquim Bairrão* (pp. 195-209). Aveiro: Theoria Poiesis Praxis. Universidade de Aveiro.
- Felgueiras, I., Bairrão, J., & Castanheira, J. (1988). Introdução ao planeamento de acções integradas doss para a infância – Tentativas existentes em Portugal. In R. Grácio (Org.) *Integração de serviços para a infância: Metodologia de projectos* (81-107). Lisboa: Fundação Aga Khan/Fundação Calouste Gulbenkian.
- Felgueiras, I. & Breia, G. (2005). *Early childhood intervention in Portugal*. European Agency for Development in Special Needs Education. Retrieved from <https://www.european-agency.org/agency-projects/early-childhood-intervention/early-childhood-intervention-2003-2004>.
- Felgueiras, I., Carvalho, F., Almeida, I., Carvalho, M. L., Pereira, F., Breia, G., Jorge, A. M., Boavida, J. (2006). *Aplicação do Despacho 891/99 e desenvolvimento da intervenção precoce. Relatório elaborado pelo Grupo Interdepartamental para a Intervenção Precoce (D.C. nº 30/2006)*. MTSS, ME, MS. Manuscrito, não publicado.
- Fenichel, E. (1999). *Learning through supervision and mentoring to support the development of infants, toddlers and their families: A source book*. Washington D.C.: Zero to Three//National Centre for Infants, Toddlers and Families.
- Fine M., Pancharatnam, K., & Thomson, C. (2005). *Coordinated and integrated human service delivery models*. Social Policy Research Centre (UNSW). Retrieved from <http://apo.org.au/node/845>.
- Fino, C. (2001). Vygotsky e a zona de desenvolvimento proximal (ZDP): Três implicações pedagógicas. *Revista portuguesa de educação*, *14*(2), pp. 273-291.
- Fox, S. E., Levitt, P., & Nelson, C. A. (2010). How the timing and quality of early experiences influence the development of brain architecture. *Child development*, *81*(1), 28-40.

- Franco, V. (2015). *Introdução à intervenção precoce no desenvolvimento da criança – Com a família, na comunidade, em equipe*. Edições Aloendro.
- Franco, V. & Apolónio, A. (2008). *Avaliação do impacto da intervenção precoce no Alentejo: Criança, família e comunidade*. Ed. ARSAlentejo.
- Freman, H., Rossi, P., & Wright, S. (1980). *Évaluer des projets sociaux dans les pays en développement*. Paris: OCDE.
- Gabarino, J. & Ganzel, B. (2000). The human ecology of early risk. In J. P. Shonkoff & J. Meisels (Eds.). *Handbook of early childhood intervention* (2nd ed.) (pp. 76-93). Cambridge: Cambridge University Press.
- Garland, C. G., McGonigel, J. J., Frank, A., & Buck, D. (1989). *The transdisciplinary model of service delivery*. Lightfoot, VA: Child Development Resources.
- Glascoe, F. P. & Shapiro, H. L. (2006). *Introduction to Developmental and Behavioral Screening*. Developmental Behavioral Pediatrics. Retrieved from <http://www.dbped.org/articles/detail.cfm?id=5>.
- Glennen, S. L. & DeCoste, D. C. (1997). *Handbook of augmentative and alternative communication*. San Diego, CA: Singular Publishing.
- Graham Allen, M. P. (2011a). *Early intervention: Smart investment, massive savings*. HM Government. Retrieved from <https://www.gov.uk/government/publications/early-intervention-smart-investment-massive-savings>.
- Graham Allen, M. P. (2011b). *Early intervention: The next steps*. Great Britain, HM Government. Retrieved from : <https://www.gov.uk/government/publications/early-intervention-the-next-steps--2>.
- Grande, C. & Pinto, A. I. (2011). O envolvimento de crianças com necessidades educativas especiais em contexto de creche e de jardim-de-infância. *Análise psicológica*, 1(XXIX), pp. 99-118.
- Greenough, W. T. (1978). Development and memory: The synaptic connection. In T. Teyler (Ed.). *Brain and learning* (pp. 127-145). Stamford, CT: Greylock Publishers.
- Greenough, W. T., Black, J. E., & Wallace, C. S. (1987). Experience and brain development. *Child development*, 58, 539-559.
- Greenspan, S. I. & Meisels, S. J. (1996). Toward a new vision for the development assessment of infants and young children. In S. J. Meisels & E. Fenichel (Eds.). *New visions for the developmental assessment of infants and young children* (pp. 11-26). Zero to Three.
- Gunnar, M. R. & Donzella, B. (2002). Social regulation of the cortisol levels in early human development. *Psychoneuroendocrinology*, 27(1-2), 199-220.
- Guralnick, M. J. (1993). Second-generation research on the effectiveness of early intervention. *Early education and development*, Vol. 4, nº 4.
- Guralnick, M. J. (1997). Second-generation research in the field of early intervention. In M. J. Guralnick (Ed.). *The effectiveness of early intervention*, pp. 3-20. Baltimore: Paul H. Brookes.
- Guralnick, M. J. (1998). Effectiveness of early intervention for vulnerable children: A developmental perspective. *American journal on mental retardation*, 102, 319-345.
- Guralnick, M. J. (2000a). Early childhood intervention: Evolution of a system. In M. L. Wehmeyer & J. R. Patton (Eds.). *Mental retardation in the 21st century*. Austin, Tx: PRO-ED.
- Guralnick, M. J. (2000b). Interdisciplinary team assessment for young children: Purposes and processes. In M. J. Guralnick (Ed.). *Interdisciplinary clinical assessment of young children with developmental disabilities* (pp. 3-15). Baltimore: Paul H. Brookes Publishing.
- Guralnick, M. J. (2001). A developmental systems model for early intervention. *Infants & young children*, 14(2), 1-18.
- Guralnick, M. J. (2005). *The developmental systems approach to early intervention*. Baltimore: MD: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Guralnick, M. J. (2008). International perspectives on early intervention: A search for common ground. *Journal of early intervention*, 30(90).
- Guralnick, M. J. (2011). Why early intervention works? A systems perspective. *Infants & young children*, 24(1), 6-28.
- Guralnick, M. J. (2012). Preventive interventions for preterm children: Effectiveness and developmental mechanisms. *Journal of developmental and behavioral pediatrics*, 33, 352-364.

- Guralnick, M. J. (2013). Why early intervention works? A systems perspective. *Infants & young children*, 24(1) 6-28.
- Guralnick, M. J. & Conlon, C. (2007). Early intervention. In M. Batshaw, L. Pelligrino, & N. Roizen (Eds.). *Children with disabilities* (6th ed., pp. 511-521). Baltimore: Paul H. Brookes.
- Hall, C. B., Derby, C., LeValley, A., Katz, M. J., Verghese, J., & Lipton, R. B. (2007). Education delays accelerated decline on a memory test in persons who develop dementia. *Neurology*, 69(17), 1657-64.
- Hall, J. (2005). *Neuroscience and education: What can brain science contribute to teaching and learning?* University of Glasgow.
- Hanft, B., Rush, D., & Shelden, M. (2004). *Coaching families and colleagues in early childhood*. Baltimore: Paul H. Brookes.
- Hayden P., Frederick, L., Smith, B. J., & Broudy, A. (2001). *Tasks, tips and tools for promoting collaborative community teams*. Denver: University of Colorado.
- Hebbeler, K. (2005). *Family and child outcomes for early intervention and early childhood special education*. Menlo Park, Calif.: SRI International. Retrieved from <http://www.the-eco-center.org>.
- Heckman, J. (2006). Skill formation and the economics of investing in disadvantaged children. *Science*, 312(30), 1900-1901.
- Heckman, J. (2015). *Heckman equation*. Retrieved from <http://www.heckmanequation.org>.
- Heffron, M. & Murch, T. (2010). *Reflective supervision and leadership in infant and early childhood programs*. Washington, DC: Zero to Three.
- Hobbs, N. (1975). *The futures of children: Categories, labels and their consequences*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Jacobs, B., Schall, M., & Scheibel, A. B. (1993). A quantitative dendritic analysis of Wernicke's area in humans. II. Gender, hemispheric, and environmental factors. *Journal of comparative neurology*, 327(1), 97-111.
- Johnston, M. V., Nishimura, A., Harum, K., Pekar, J., & Blue, M. E. (2001). Sculpting the developing brain. *Advances in pediatrics*, 48, 1-38.
- Jung, L. (2012). Identificar os apoios às famílias e outros recursos. In R. A. McWilliam (Org.). *Trabalhar com as famílias de crianças com necessidades especiais*. Porto: Porto Editora.
- Jung, L. A. & McWilliam, R. A. (2005). Reliability and validity of scores on the IFSP rating scale. *Journal of early intervention*, 27, 125-136.
- Kaler, S. R. & Freeman, B. J. (1994). Analysis of environmental deprivation: Cognitive and social development in romanian orphans. *Journal of child psychology and psychiatry*, 35(4), 769-781.
- Kempler, W. (1969). Family therapy of the future. *International psychiatry clinics*, 6, 135-158.
- Kempler, W. (1974). *Principles of gestalt family therapy: A gestalt experimental handbook*. Sultake City, UT: Deseret Press.
- Kempler, W. (1981). *Experiential psychoterapy within families*. New York: Brunner Masel.
- Kesler, S. R., Adams, H. F., Blasey, C. M., & Bigler, E. D. (2003). Premorbid intellectual functioning, education, and brain size in traumatic brain injury: An investigation of the cognitive reserve hypothesis. *Applied neuropsychology*, 10(3), 153-62.
- King, G., Stracham, D. Tucker, M., Dunwyn, B., Desserud, S., & Shillington, M. (2009). The application of a transdisciplinary model for early intervention services. *Infants & young children*, 22(3), 211-223.
- Klass, C. (2008). *The home visitors guide book: Promoting optimal parent & child development*. Baltimore, MD: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Klein, N. K. & Gilkerson, L. (2000). Personnel preparation for early childhood intervention programs. In Shonkoff, J. P. & Meisels, S. J. (Eds.). *Handbook of early childhood intervention* (pp. 454-483). Cambridge: Cambridge University Press.
- Knitzer, J. (1997). Service integration for children and families: Lessons and questions. In R. J. Illback, C. T. Cobb, & H. M. Joseph Jr. (Ed.). *Integrated services for children and families: Opportunities for psychological practice* (pp. 3-21). Washington DC: American Psychological Association.

- Knudsen, E. I. (2004). Sensitive periods in the development of the brain and behavior. *Journal of cognitive neuroscience*, 16, 1412-1425.
- Koepsell, T. D., Kurland, B. F., Harel, O., Johnson, E. A., Zhou, X. H., & Kukull, W. A. (2008). Education, cognitive function, and severity of neuropathology in Alzheimer disease. *Neurology*, 70(19 Pt 2), 1732-9.
- Kozorovitskiy, Y., Gross, C. G., Kopil, C., Battaglia, L., McBreen, M., Stranahan, A. M., & Gould, E. (2005). Experience induces structural and biochemical changes in the adult primate brain. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 102(48), 17478-82.
- Krech, D., Rosenzweig, M. R., & Bennett, E. L. (1960). Effects of environmental complexity and training on brain chemistry. *Journal of comparative physiology and psychology*, 53, 509-519.
- Laevers, F. (1997). Assessing the quality of childcare provision: "Involvement" as criterion. *Researching early childhood*, 3, 151-165.
- Laevers, F. (2008). *The project experiential education: Concepts and experiences at the level of context, process and outcome*. Katholieke Universiteit Leuven/Centre for Experiential Education. Retrieved from www.european-agency.org/agency-projects/assessment-resource-guide/documents/2008/11/Laevers.pdf.
- Lanners, R. & Momberts, D. (2000). Evaluation of parent's satisfaction with early intervention services within and among european countries: Construction and application of a new parent satisfaction scale. *Infants & young children*, 12(3), 61-70.
- Letourneau, P. (2008). The formation of axons and dendrites by developing neurons. In C. A. Nelson, M. Luciana, *Handbook of developmental cognitive neuroscience* (pp. 5-21). MIT Press, Cambridge, Massachusetts.
- Liddle, H., Breunlin, D., & Schwartz, R. (Eds.) (1988). *Handbook of family therapy. Training & supervision*. New York: The Guilford Press.
- Limbrick, P. (2011). *TAC for the 21st Century: A unifying theory about children who have a multifaceted condition. An essay*. Retrieved from <http://www.teamaroundthechild.com/allnews/developmentsintreatment/1406tac-for-the-21st-century-a-unifying-theory-about-children-who-have-a-multifaceted-condition-an-essay-by-peter-limbrick.html>.
- Maddux, R. B. (1988). *Team building: An exercise in leadership*. Menlo Park, CA: Crisp Publications.
- Mahoney, G. & MacDonald, J. (2007). *Autism and developmental delays in young children: The responsive teaching curriculum for parents and professionals*. Austin, TX: PRO-ED.
- Mahoney, G. & Nam, S. (2011). *The parenting model of developmental intervention. International review of research in mental retardation*, 41, 73-125.
- Marcenko, M., Herman, S., & Hazel, L. (1992). A comparison of how families and their service providers rate family generated quality of service factors. *Community Mental Health Journal*, 28(5), 441-449.
- Marcenko, M. & Smith, L. (1992). The impact of a family-centred case management approach. *Social work in health care*, 17(1), 87-100.
- Marques, R. (Coord.) (2013). *Portugal 2020: Como fazer funcionar a governação integrada?* (Working paper V 1.0). Retrieved from <http://www.gaiurb.pt/noticias/2015/docs/portugal.govint.versao.final.pdf>.
- Marques, R. (Coord.) (2014). *Problemas complexos e governação integrada*. Lisboa, Ed. Govint, Fórum para a Governação Integrada.
- McCollum, J. A. & Catlett, C. (1997). Designing effective personnel preparation for early intervention. In P. Winton, J. A. McCollum, & C. Catlett (Eds.). *Reforming personnel preparation in early intervention: Issues, models and practical strategies* (pp. 105-125). Baltimore, MD: Paul H. Brookes.
- McDonald, M. & Rosier, K. (2011). *Interagency collaboration: Part A. What is it, what does it look like, when is it needed and what supports it?*. Child Family Community Australia (CFCA). AFRC Briefing N° 21. Retrieved from <https://aifs.gov.au/cfca/publications/interagency-collaboration-part-what-it-what-does-it>.
- McGonigel, M. J., Kaufman, R. K., & Hurth, J. L. (1991). The IFSP sequence. In M. J. McGonigel, R. K. Kaufman, & B. H. Johnson (Eds.). *Guidelines and recommended practices for the individualized family service plan* (2nd ed., pp. 15 - 28). Bethesda, MD: Association for the Care of Children's Health.
- McGonigel, M. J., Kaufman, R. K., & Johnson, B. H. (1991). *Guidelines and recommended practices for the individualized family service plan* (2nd ed.). Bethesda, MD: Association for the Care of Children's Health.

- McLean, M., Snyder, P., Smith, B., & Sandall, S. (2002). The DEC recommended practices in early intervention/early childhood special education: Social validation. *Journal of early intervention, 25*(2), 120-128.
- McWilliam, P. J. (1996a). How to provide integrated therapy. In P. J. McWilliam (Ed.). *Rethinking pull-out services in early intervention*. Baltimore: Paul Brookes Publishing Co.
- McWilliam, P. J. (1996b). Implications for the future of integrating specialized services. In P. J. McWilliam (Ed.) *Rethinking pull-out services in early intervention*. Baltimore: Paul Brookes Publishing Co.
- McWilliam, P. J. (2003a). Práticas de intervenção precoce centradas na família. In P. McWilliam, Winton, P., & Crais, E. (Eds.). *Estratégias práticas para a intervenção precoce centrada na família* (pp. 9-22). Porto: Porto Editora.
- McWilliam, P. J. & Bailey, D. B. (1993). *Working together with children and families: Case studies in early intervention*. Baltimore: Paul H. Brookes.
- McWilliam, P. J., Winton, P. J., & Crais, E. R. (1996). *Practical strategies for family-centred intervention*. San Diego, CA: Singular Publishing Group.
- McWilliam, P., Winton, P., & Crais, E. (Eds.) (2003). *Estratégias práticas para a intervenção precoce centrada na família*. Porto: Porto Editora.
- McWilliam, R. A. (2003b). The primary-service-provider model for home and community-based services. *Psicologia, 27*(1), pp. 115-135.
- McWilliam, R. A. (2005, May). Foundations for learning in a modern society. Paper presented at the Encontro Internacional Diferenciação do Conceito à Prática, Universidade Católica Portuguesa, Porto, Portugal.
- McWilliam, R. A. (2010). *Routines-based early intervention: Supporting young children and their families*. Baltimore, MD: Paul H. Brookes.
- McWilliam, R. A. & Bailey, D. B. (1992). Promoting engagement and mastery. In D. B. Bailey & M. Wolery (Eds.). *Teaching infants and preschoolers with disabilities* (2nd ed., pp. 230-255). New York: MacMillan Publishing Company.
- McWilliam, R. A. & Bailey, D. B. (1995). Effects of classroom social structure and disability on engagement. *Topics in early childhood special education, 15*, 123-147.
- McWilliam, R. A. & Casey, A. M. (2008). *Engagement of every child in the preschool classroom*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- McWilliam, R. A. & de Kruif, R. E. L. (1998). Engagement quality observation system III (E-Qual III). Frank Porter Graham Child Development Center, University of North Carolina at Chapel Hill.
- McWilliam, R. A., de Kruif, R. E. L., & Zulli, R. A. (2002). The observed construction of teaching: Four contexts. *Journal of research in childhood education, 16*, 148-161.
- McWilliam, R. A. & Scott, S. (2003). *Integrating therapy into the classroom*. National Individualizing Preschool Project. Retrieved from <http://dnakidstherapy.com/wp-content/uploads/2013/11/IntegratedServices-Ap2005.pdf>.
- Meaney, M. (2010). Epigenetics and the biological definition of gene x environmental interactions. *Child development, 81*(1), 41-79.
- Mendes, M. L., Neves, M. M., & Guedes, M. (2000). *A educação pré-escolar e os cuidados para a primeira infância em Portugal*. Lisboa: Departamento de Educação Básica, Ministério da Educação.
- Miller, L. J. & Hanft, B. E. (1998). Building positive alliances: Partnerships with families as the cornerstone of development assessment. *Infant & young children, 11*(1), 49-60.
- Miller, P. S. & Stayton, V. D. (2005). DEC recommended practices: Personnel preparation. In S. R. Sandall, M. L. Hemmeter, M. McLean, & B. J. Smith. DEC recommended practices workbook. *Improving practices for young children with special needs and their families* (pp. 189-220). Montana: DEC.
- Minnesota Association for Children's Mental Health [MACMH] (2015). *Reflective supervision guidelines*. Best practice guidelines for reflective supervision/consultation. Retrieved from <http://www.macmh.org/infant-early-childhood-division/guidelines-reflective-supervision/>.
- Moore, T.G. (2008). Early childhood intervention: Core knowledge and skills. CCCH Working Paper 3 (November 2008). Parkville, Victoria: Centre for Community Child Health.
- Moore, T. (2011). *Early childhood intervention reform project. Executive summary. Revised literature review*. Melbourne: Programs and Partnerships Division Department of Education and Early Childhood Development.

- Moore, T. G. (2012, August). Rethinking early childhood intervention services: Implications for policy and practice. *Pauline McGregor Memorial Address to the 10th Biennial National Early Childhood Intervention Australia (ECIA) Conference and Asia-Pacific Early Childhood Intervention Conference*, Perth, Western Australia, 1. Retrieved from http://www.rch.org.au/uploadedFiles/Main/Content/ccch/profdev/ECIA_National_Conference_2012.pdf.
- Mourato, S. (2012). *Abordagem transdisciplinar em intervenção precoce: Uma intenção ou uma realidade?* Lisboa: Instituto Superior de Educação e Ciências. Dissertação de Mestrado em Intervenção Precoce.
- Mundkur, M. (2005). Neuroplasticity in children. *Indian journal of pediatrics*, 72(10), 855-857.
- Nações Unidas (2009). *Convenção Sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência*. Retrieved from <http://www.inr.pt/content/1/1187/convencao-sobre-os-direitos-das-pessoas-com-deficiencia>.
- NAEYC (National Association for the Education of Young Children) & NAECS/SDE (National Association of Early Childhood Specialists in State Departments of Education) (2003). *Early childhood curriculum, assessment, and program evaluation*. National Association for the Education of Young Children. Retrieved from <https://www.naeyc.org/files/naeyc/file/positions/pscape.pdf>.
- National Professional Development Center on Inclusion [NPDCI] (2010). *Building integrated professional development systems in early childhood: Recommendations for states*. Chapel Hill: The University of North Carolina, FPG Child Development Institute.
- National Scientific Council on the Developing Child (2007). *The science of early childhood development*. Center on the Developing Child, Harvard University. Retrieved from <http://www.developingchild.net>.
- National Scientific Council on the Developing Child [NSCDC] (2008). *The timing and quality of early experiences combine to shape brain architecture*. Working paper 5. Cambridge, Massachusetts: Centre on the Developing Child, Harvard University.
- National Scientific Council on the Developing Child [NSCDC] (2010). *Persistent fear and anxiety can affect young children's learning and development*. Working paper 9. Cambridge, Massachusetts: Centre on the Developing Child.
- National Scientific Council on the Developing Child [NSCDC] (2014). *Excessive stress disrupts the architecture of the developing brain*. Working paper 3. Updated Edition: developingchild.harvard.edu.
- Nelson, C. (2000). The neurobiological basis of early intervention. In J. Shonkoff & S. Meisels (Eds.). *Handbook of early childhood intervention* (pp. 204-227). Cambridge University.
- Noonan, M. J. & McCormick, L. (1993). *Early intervention in natural environments: Methods and procedures*. Pacific Grove, California: Brooks/Cole Publishing Co.
- Norman-Murch, T. & Wollenburg, K. (2000). *An integrated approach to supporting professional development through in-service education and supervision*. Washington DC: Zero to Three.
- O'Malley, E. (Ed.) (2007). *Handbook on developing and evaluating interagency collaboration in early childhood special education programs*. USA, Sacramento, California Department of Education, Special Education Division.
- Ontario Association for Infant Development (OAID) (2006). *Best practices for infant development programs*. In J. A. Nugent (Ed.) (2nd ed). Ontario: Nugent Training & Consulting Services.
- Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD] (2009). *Doing better for children*. Paris: OECD. Retrieved from www.oecd.org/els/social/childwell-being.
- Organização Mundial de Saúde [OMS], Organização Panamericana de Saúde [OPS] (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF*. S. Paulo: Ed. Universidade de S. Paulo.
- Office of Special Education Programs – OSEP (2006). *Early intervention data handbook*. Retrieved from <http://www.ideadata.org/EarlyInterventionDataHandbook.asp>.
- Parlakian, R. (2001). *Look, listen, and learn: Reflective supervision and relationship-based work*. Washington, D.C.: Zero to Three.
- Perry, B. D. (2002). Childhood experience and the expression of genetic potential: What childhood neglect tells us about nature and nurture. *Brain and mind*, 3, 79-100.
- Perry, B. D., Pollard, R. A., Blakley, T. L., Baker, W. L., & Vigilante, D. (1995). Childhood trauma, the neurobiology of adaptation and "use-dependent" development of the brain: How "states" become "traits". *Infant Mental Health Journal*, 16(4), 271-291.

- Peterander, F. (2004). Preparing practitioners to work with families in early childhood intervention. *International Journal of Theoretical and Applied Finance*, 7(2), 89-101.
- Pessoa, F. (1926). Palavras iniciais. *Revista de comércio e contabilidade*, nº 1, 25 de janeiro. Retrieved from <http://multipessoa.net/typographia/labirinto/multipessoa-obra-publica-23.pdf>
- Pharis, M. E. & Levin, V. S. (1991). A person to talk to who really cared: High-risk mothers' evaluation of services in an intensive intervention research program. *Child welfare*, 70(3), 307-320.
- Pinto, A. I., Grande, C., Felgueiras, I., Almeida, I. C., Pimentel, J., & Novais, I. (2009). Intervenção e investigação em idades precoces: O legado de J. Bairrão. *Psicologia*, 22(2), 21- 42.
- Pinto, A. I., Grande, C., Aguiar, C., Almeida, I. C., Felgueiras, I., Pimentel, J., Serrano, A. M., Carvalho, L., Brandão, M. T., Boavida, T., Santos, P., & Lopes-dos-Santos, P. (2012). Early childhood intervention in Portugal: An overview based on the developmental systems model. *Infants & young children*, 54, 310-322.
- Portugal, G. & Laevers, F. (2010). *Avaliação em Educação Pré-Escolar*. Porto: Porto Editora.
- Post, R. M. & Weiss, S. R. (1997). Emergent properties of neural systems: How focal molecular neurobiological alterations can affect behavior. *Development and psychopathology*, 9, 907-929.
- Rede Social (2012). O Ministério da Saúde e o SNIPI. *A rede em prática. Especial Serviço Nacional de Intervenção Precoce na Infância*, Lisboa, nº 6, junho. Retrieved from www.seg_social.pt//redesocial.
- Richter, L. (2004). *The importance of caregiver-child interactions for the survival and healthy development of young children: A review*. Geneva, Switzerland: Department of Child and Adolescent Health and Development, World Health Organisation.
- Roe, C. M., Mintun, M. A., D'Angelo, G., Xiong, C., Grant, E. A., & Morris, J. C. (2008). Alzheimer's and cognitive reserve: Education effect varies with 11CPIB Uptake. *Archives of neurology*, 65(11), 1467-71.
- Roldão, C. (2003). *Gestão do currículo e avaliação de competências – As questões dos professores*. Lisboa: Editorial Presença.
- Roper, N. & Dunst, C. J. (2003). Communication intervention in natural learning environments. *Infants & young children*, Vol. 16, nº 3, 215-226.
- Rosário, H., Leal, T., Pinto, A. I., & Simeonsson, R. (2009). Utilidade da Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde: Versão para Crianças e Jovens (CIF-CJ) no contexto da intervenção precoce e da educação especial. *Psicologia*, 23(2), 129-139.
- Rosenzweig, M. R., Krech, D., Bennett, E. L., & Diamond, M. C. (1962). Effects of environmental complexity and training on brain chemistry and anatomy: A replication and extension. *Journal of comparative physiology and psychology*, 55, 429-437.
- Rossi, P. H. & Freeman, H. E. (1993). *Evaluation: A systematic approach* (5th ed.). Newbury Park, CA: Sage Publications, Inc.
- Rush, D. D. & Shelden, M. L. (2011). *The early childhood coaching handbook*. Baltimore, MD: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Sameroff, A. J. (1983). Developmental systems: Contexts and evolution. In P. H. Mussen (Ed.). *Handbook of child psychology, Vol. 1. History, theory and methods*. (pp. 238-294). New York: John Wiley and Sons.
- Sameroff, A. J. (Ed.) (2009). *The transactional model of development: How children and contexts shape each other*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Sameroff, A. J. (2010). A unified theory of development: A dialectic integration of nature and nurture. *Child development*, 81(1), 6-22.
- Sameroff, A. J. & Chandler, M. J. (1975). Reproductive risk and the continuum of caretaking casualty. In F. D. Horowitz, M. Hetherington, S. Scarr-Salapatek, & G. Siegel (Eds.). *Review of child development research*, 4, 187-244. Chicago: University of Chicago Press.
- Sameroff, A. J. & Fiese, B. H. (2000). Transactional regulation: The developmental ecology of early intervention. In J. P. Shonkoff & S. J. Meisels (Eds.). *Early intervention: A handbook of theory, practice, and analysis* (2nd ed.) (pp. 135-159). New York: Cambridge University Press.
- Sameroff, A. J., & MacKenzie, M. J. (2003). *A quarter century of the transactional model of child development: How have things changed?* Zero to three, 24, 14-22.

- Santos, P. (2007). *Promovendo um processo de construção de uma cultura de intervenção precoce*. (Doctoral dissertation), Departamento de Ciências da Educação – Universidade de Aveiro, DCE. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10773/1104>.
- Santos, P. (2009). *Empowerment coletivo e corresponsabilização: Palavras-chave em intervenção precoce*. In Gabriela Portugal (Org.). *Ideias, projectos e inovação no mundo das infâncias: O percurso e a presença de Joaquim Bairrão* (pp. 117-126). Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Santos, P. (2010). Família, mudança maior e intervenção precoce. In H. P. L. Branco, H. Pereira, F. Simões, G. Espalhado, & R. M. Afonso (Eds.). *Educação para a saúde, cidadania e desenvolvimento sustentado* (CD-ROM, pp. 948-958). Covilhã: Universidade da Beira Interior.
- Santos, P., Carvalho, L., Silva, C., Feliciano, F., & Agra, S. (2014, July). Early intervention: Through adult learning, supporting relationships, promoting inclusion. Proceedings of the *International Conference on Education and New Learning Technologies* (pp. 6265-6270), Barcelona, Spain, 6. Retrieved from <http://iated.org/edulearn/publications>.
- Santos, P., Feliciano, F., & Agra, S. (2011). Highlighting relationships in early intervention with the video home training/ video interaction guidance (VHT/VIG) method. *Procedia social and behavioral sciences*, Vol. 29, 1772-1781.
- Scott, S. & McWilliam, R. A. (2000). *Scale for assessment of family enjoyment within routines (SAFER)*. Chapel Hill, NC: Frank Porter Graham Child Development Center, University of North Carolina at Chapel Hill.
- Serrano, A. M. & Boavida, J. (2011). Early childhood intervention: The portuguese path-way towards inclusion. *Revista de educación inclusiva*, 4, 123-138.
- Serrano, A. & Correia, M. (2000). Intervenção precoce centrada na família: Uma perspectiva ecológica de atendimento. In A. Serrano e M. Correia, *Envolvimento Parental em Intervenção Precoce* (Org.) (pp. 11-32). Porto, Porto Editora.
- Sheerer, M. & Bloom, P. (1998). Supervision in early childhood education. In G. Firth & E. Pajak (Eds.). *Handbook of research on school supervision* (529-542). New York: Macmillan Library Reference.
- Shelden, M. L. & Rush, D. D. (2013). *The early intervention teaming handbook*. Baltimore, MD: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Shelton, T. L. & Stepaneck, J. S. (1994). *Family centered care for children needing specialized health and developmental services* (2nd ed.) Bethesda, MD: Association for the Care Of Children's Health.
- Sheridan, S. M., Edwards, C. P., Marvin, A. C. A., & Knoche, L. L. (2009). *Professional development in early childhood programs: Process issues and research needs*. Faculty Publications from CYFS. Paper 13. Retrieved from <http://digitalcommons.unl.edu/cyfsfacpub/13>.
- Shonkoff, J. P. (2004). *Science, policy and the young developing child: Closing the gap between what we know and what we do*. Washington D.C.: National Academy Press.
- Shonkoff, J. P. (2009). Investment in early childhood development lays the foundation for a prosperous and sustainable society. *Encyclopedia on early childhood development*. Centre of Excellence for Early Childhood Development.
- Shonkoff, J. P. (2010). Building a new biodevelopmental framework to guide the future of early childhood policy. *Child development*, 81(1), 357-367.
- Shonkoff, J. P. & Bales, S. N. (2011). Science does not speak for itself: Translating child development research for the public and its policymakers. *Child development*, 82(1), 17-32.
- Shonkoff, J. P. & Levitt, P. (2010). The neuroscience and the future of early childhood policy: Moving from why to what and how. *Neuron*, 67, 689-691.
- Shonkoff, J. P. & Meisels, S. J. (2000). *Handbook of early childhood intervention*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Shonkoff, J. P. & Phillips, D. A. (2000). *From neurons to neighborhoods: The science of early childhood development*. Committee on Integrating the Science of Early Childhood Development, National Research Council and Institute of Medicine. Washington, DC: National Academy Press.
- Simeonsson, R. (1988). Evaluating the effects of family-focused intervention. In D. B. Bailey Jr. & R. J. Simeonsson (Eds.). *Family assessment in early intervention*. Columbus: Merrill Publishing Company.
- Simeonsson, R. (2000). Early childhood intervention: Toward a universal manifesto. *Infants & young children*, 12(3), 4-9.

- Simeonsson, R. (2009). Promoting children's early development: The legacy of Joaquim Bairrão. In G. Portugal (Org.). *Ideias, projectos e inovação no mundo das infâncias: O percurso e a presença de Joaquim Bairrão* (pp. 105-114). Aveiro: Theoria Poiesis Praxis. Universidade de Aveiro.
- Simeonsson, R., Huntington, G., McMillen, J., Haugh-Dodds, A., Halperin, D., Zipper, I., Leskinen, M., & Langmeyer, D. (1996). Services for young children and families: Evaluating intervention cycles. *Infants & young children*, 9(2), 31-42.
- Simeonsson, R., Sauer-Lee, A., Granlund, M., & Björck-Åkesson, E. M. (2010). *Rehabilitation and health assessment: Applying ICF guidelines*. In E. Mpofu & T. Oakland (Eds). N.Y.: Springer Publishing Company.
- Sirevaag, A. M. & Greenough, W. T. (1987). Differential rearing effects on rat visual cortex synapses. III. Neuronal and glial nuclei, boutons, dendrites, and capillaries. *Brain research*, 424(2), 320-32.
- Slentz, K. L. & Bricker, D. (1992). Family-guided assessment for IFSP development: Jumping off the family assessment bandwagon. *Journal of early intervention*, 16, 11-19.
- Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância – SNIPI (2009). Código de Ética do Profissional de Intervenção Precoce. Retrieved from <https://www.dgs.pt/sistema-nacional-de-intervencao-precoce-na-infancia.aspx>.
- Snyder, P., Hemmeter, M. L., & McLaughlin, T. (2011). Professional development in early childhood intervention: Where we stand on the silver anniversary of PL 99-457. *Journal of early intervention*, 33(4), 357-370.
- Snyder, S. & Sheehan, R. (1993). Program evaluation in early intervention. In W. Brown, K. Thurman, & L. Pearl (Eds). *Family-centred early intervention with infants and toddlers*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Sparrow, J. (2014). Touchpoints: Linking families, professionals, institutions and communities for children's health, education and well-being. In Gomes-Pedro (Ed). *Valuing baby and family passion: Towards a science of happiness* (pp. 137-155). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Stayton, V. (2015). Preparation of early childhood special educators for inclusive and interdisciplinary settings. *Infants and young children*, 28(2), 113-122.
- Steele, S. M. (1970). Program evaluation – A broader definition. *Journal of extension*: Summer 1970. Retrieved from https://www.google.pt/?gfe_rd=cr&ei=Nk8UVdrplYys8we_4YC4DQ&gws_rd=ssl#q=program+evaluation+a+broader+definition.
- Swan, W. (1998). Supervision in special education. In G. Firth & E. Pajak (Eds.). *Handbook of research on school supervision* (529-542). New York: Macmillan Library Reference.
- Szyf, M. (2009). The early life environment and the epigenome. *Biochimica biophysica acta (BBA)*, 1790(9), 878-885.
- Trivette, C. M. & Dunst, C. J. (2005). DEC recommended practices: Family-focused practices. In S. Sandall, M. L. Hemmeter, B. J. Smith, & M.E. McLean (Eds.). *DEC recommended practices: A comprehensive guide or practical application* (pp. 107-126). Longmont, CO: Sopris West.
- Trivette, C. M., Dunst, C. J., & Deal, A. G. (1997). Resource-based approach to early intervention. In S. K. Thurman, J. R. Cornwell, & S. R. Gottwald (Eds.). *Contexts of early intervention, systems and settings* (pp. 73-113). Baltimore, Maryland: Paul H. Brookes P. Co.
- Trivette, C. M., Dunst, C. J., & Hamby, D. W. (2010). Influences of family-systems intervention practices on parent-child interactions and child development. *Topics in early childhood special education*, 30(3), pp. 3-19.
- Trivette, C. M., Dunst, C. J., Hamby, D. W., & O'Herin, C. E. (2009). Characteristics and consequences of adult learning methods and strategies. *Research brief*, 3(1), 1-33.
- Turnbull, A. P. (1991). Identifying children's strengths and needs. In M. J. McGonigel, R. K. Kaufman, & B. H. Johnson (Eds.). *Guidelines and recommended practices for the individualized family service plan* (2nd ed., pp. 15-28). Bethesda, MD: Association for the care of children's health.
- Turnbull, A. P. & Summers, J. A. (1985). From parent involvement to family support: Evolution to revolution. *Down Syndrome State of the Art Conference*, Boston, Massachusetts, USA.
- UNESCO (1994). *Declaração de Salamanca e enquadramento da acção na área das necessidades educativas especiais*. Lisboa: Instituto de Inovação Educacional.
- UNESCO (2009). *Inclusion of children with disabilities: The early childhood imperative policy brief on early childhood*, 46, April-June 2009. Retrieved from <http://www.unesco.org/en/early-childhood/unesco-policybriefs-on-early-childhood/>.

- UNICEF (1989). *Convenção Sobre os Direitos da Criança*. Retrieved from http://direitoshumanos.gddc.pt/3_3/IIIPAG3_3_1.htm.
- UNICEF (2014). *Early childhood development: A statistical snapshot*. N. York: UNICEF.
- Van IJzendoorn, M. H., & Juffer, F. (2006). Adoption as intervention: Meta-analytic evidence for massive catch-up and plasticity in physical, socio-emotional, and cognitive development. *Journal of child psychology and psychiatry*, 47(12), 1228-1245.
- Volpe, J. V. (1995). *Neurology of the newborn* (3rd ed.). Philadelphia: W.B. Saunders.
- Wallace, C. S., Kilman, V. L., Withers, G. S., & Greenough, W. T. (1992). Increases in dendritic length in occipital cortex after 4 days of differential housing in weanling rats. *Behavior and neural biology*, 58(1), 64-8.
- Warfield, M. E. & Hauser-Cram, P. (2005). Monitoring and evaluation in early intervention programs. In M. J. Guralnick (Ed.). *The developmental systems approach to early intervention* (pp. 351-372). Baltimore, MD: Paul H. Brookes.
- Wasik, B. H. & Bryant, D. M. (2001). *Home visiting: Procedures for helping families* (2nd edition). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Whipple, W. (2014). *Key principles of early intervention and effective practices: A crosswalk with statements from discipline – Specific literature*. Retrieved from http://www.rrcprogram.org/cms2/images/_rrcpdata/documents/KeyPrinciplesEI_effectivepractices.pdf
- Windsor, J., Glaze, L. E., & Koga, S. F. (2007). Language acquisition with limited input: Romanian institution and foster care". *Journal of speech and language hearing research*, 50(5), 1365-81.
- Winton, P. J. (1996). Family-professional partnership and integrated services. In R. A. McWilliam. *Rethinking pull-out services in early intervention: A professional resource* (27-48). Baltimore: Paul H. Brookes Publishing.
- Winton, P. & Catlett, C. (2009). Statewide efforts to enhance early childhood personnel preparation programs to support inclusion: Overview and lessons learned. *Infants & young children: An interdisciplinary journal of special care practices*, 22(1), 63-70.
- Woodruff, G. & Hanson, C. (1987). *Project KAI training packet*. Unpublished manuscript. Funded by the U.S. Department of Education, Office of Special Education Programs, Handicapped Children's Early Education Program.
- Woods, J. (1999). Who practices his speech more? Do the math [on-line]. *Family guided routines based intervention Website*. Retrieved from <http://fgrbi.fsu.edu/approach/approach2.html>.
- Workgroup on Principles and Practices in Natural Environments, OSEP TA Community of practice: Part C Settings. (2008, March). *Agreed upon mission and key principles for providing early intervention services in natural environments*. Retrieved from http://ectacenter.org/pdfs/topics/families/Finalmidionandprinciples3_11_08.pdf.
- World Health Organization [WHO] (2007). *International Classification of Functioning, Disability and Health. Children and Youth Version: ICF-CY*. Geneva, Switzerland. Retrieved from <https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=SWFQDXyU-rcC&oi=fnd&pg=PR5&dq=Developmental+and+Health+Assessment+in+Rehabilitation+with+the+International+Classification>
- World Health Organization [WHO] (2012). *Early childhood development and disability*. N. York: UNICEF.

Odporúčané postupy včasnej intervencie

Príručka pre odborníkov



Vytvorenie Národného systému včasnej intervencie v Portugalsku zakotveného v legislatíve je výnimočným počínom. Príručka pre odborníkov zabezpečí, aby sa služby včasnej intervencie a podpora deťom a rodinám poskytovali čo najkvalitnejšie a najefektívnejšie.

– **Michael J. Guralnick**, konzultant Projektu Im²,
prezident Medzinárodnej spoločnosti pre včasnú intervenciu, New York, USA

(...) Táto publikácia je ďalším mimoriadne dôležitým krokom na ceste, na ktorú sme sa vydali pred 26 rokmi v rámci projektu Coimbra, a ktorá bude pokračovať s cieľom zlepšovať poskytovanie služieb v súlade s odporúčanými a vedecky overenými postupmi.

– **Ana Maria Serrano**, konzultantka Projektu Im²,
prezidentka Európskeho združenia pre včasnú intervenciu (EURLY AID), Portugalsko

(...) Táto príručka, ktorú navrhli a zostavili poprední portugalskí odborníci na včasnú intervenciu, je určená pracovníkom v oblasti včasnej intervencie, a podporuje ich a podnecuje k tomu, aby stredobodom ich činnosti bolo vždy dieťa a jeho rodina. A aby do svojej práce vkladali srdce.

– **Barry Carpenter**, EURLY AID, držiteľ Radu britského impéria III. triedy, Spojené kráľovstvo

(...) Tieto usmernenia jednoznačne upevnia dnes už modelový systém včasnej intervencie v Portugalsku a budú slúžiť ako vzor pre ďalšie európske krajiny a inde vo svete.

– **Carl J. Dunst**, riaditeľ a vedúci výskumný pracovník, Orelena Hawkins Puckett Institute, USA

(...) Túto zásadnú a výhľadovú publikáciu pripravili renomovaní odborníci z vedeckej a praktickej oblasti – zostáva len dúfať, že sa jej na národnej aj medzinárodnej úrovni bude venovať maximálna pozornosť.

– **Franz Peterander**, EURLY AID, Univerzita Ludwiga Maximiliána, Mníchov, Nemecko

(...) Táto príručka – kombinácia vedeckých poznatkov o včasnej intervencii a stratégiách ich uplatňovania v praxi spôsobom zameraným na rodinu – je výsledkom profesionálnej odhodlanosti, celonárodnej spolupráce a medzinárodného líderstva, ktoré Portugalsko dôsledne preukazuje (...).

– **Marilyn Espe–Sherwindt**, riaditeľka Vzdelávacieho centra pre rodinu a dieťa,
Detská nemocnica Akron a Štátna univerzita Kent, USA

(...) Príručka vychádza z dynamických a integrovaných metód a je príkladným zdrojovým materiálom pre praktické činnosti na národnej úrovni a zároveň modelom včasnej intervencie na globálnej úrovni.

– **Rune Simeonsson**, Univerzita v Severnej Karolíne v Chapel Hill, USA, Univerzita Jönköping

Portugalsko je na čele Európy a v podstate väčšiny sveta v oblasti tvorby metód, ktoré by sa mali uplatňovať pri včasnej intervencii u detí vo veku do 6 rokov. (...)

– **Robin McWilliam**, medzinárodný konzultant pre R. A. McWilliam, LLC, Nashville, USA

(...) Vydaním tejto národnej príručky sme urobili ďalší krok k tomu, aby sme aj naďalej patrili k najlepším v tejto oblasti.

– **José Boavida**, EURLY AID, komisár SNIPI pre zdravotníctvo, Portugalsko



Preklad z anglického prekladu publikácie:

Recommended Practices in Early Childhood Intervention: A Guidebook for Professionals



ASOCIÁCIA
POSKYTOVATEĽOV
A PODPOROVATEĽOV
VČASNEJ INTERVENČIE
spájame sa pre rodiny

  	ISBN 9788057030133  9 788057 030133 >
--	--