

Универзитет у Београду
Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију



Мастер рад
Изазови у области ране интервенције деце са
развојним сметњама и тешкоћама- стратегије и
тактике

Ментор:

Доц. др Снежана Илић

Студент:

Михајловић Марија 2019/3074

Београд, 2020.

Комисија за одбрану мастер рада *Изазови у области ране интервенције деце са развојним сметњама и тешкоћама- стратегије и тактике:*

1. **Доц. Др Снежана Илић**- ментор
2. **Проф. Др Данијела Илић-Стошовић** - члан комисије
3. **Проф. Др Снежана Николић** – председник комисије

Захвалност

Пре свега се захваљујем својој менторки Доц. Др Снежани Илић на помоћи коју ми је пружила, разумевању, смерницама и корисним саветима.

Овај рад посвећујем свим члановима своје породице који су веровали у мене, пружали несебичну подршку током школовања, дали снагу да идем даље. Рад посвећујем и свим породицама деце са развојним сметњама и тешкоћама са надом да ће им помоћи у савладавању неких свакодневних проблема.

Велико хвала дугујем својим пријатељима и дечку који су такође били огромна подршка током израде овог рада.

Захваљујем се и свим професорима Факултета за специјалну едукацију и рехабилитацију на пружању знања, савета и подршке током ових пет година студирања.

Сажетак

Програм ране интервенције усмерен је на побољшање функционисања детета, његово осамостаљивање и интеграцију у социјалну средину. Како би се остварио континуиран програм подстицања развоја за дете које се укључује у рану интервенцију, неопходно је учешће родитеља, као члана тима, и то у познатом, природном окружењу. Укључивање у процес ране интервенције подразумева пружање помоћи деци и њиховим родитељима у савладавању различитих стратегија и тактика које ће применити, у циљу постизања бољег функционисања и искоришћавања постојаћих потенцијала детета.

У овом раду говоримо о изазовима који се јављају током спровођења програма ране интервенције и о начинима њиховог решавања. Нагласак је на тактикама и стратегијама које се користе од стране особа најближих детету, а у циљу савладавања вештина свакодневног живота, веће самосталности и функционаности детета која ће помоћи и у интеграцији у социјалну средину.

Кључне речи: *рана интервенција, деца са развојним сметњама, стратегије у раној интервенцији, изазови у раној интервенцији.*

Abstract

The early intervention program is aimed at encouraging the functioning of the child, his independence and integration into the social environment. In order to achieve a continuous developmental incentive program for the developing child, instead of this environment. Involvement in the early intervention process means helping children and their parents to master the various strategies and tactics that will be applied, in order to achieve better functioning and use of potential.

In this paper, we talk about the challenges that arise in the implementation of early intervention programs and ways to address them. The emphasis is on tactics and strategies used by the person closest to the child, and in the cycle of mastering the news of everyday life, but the independence and functionality of the child, which is also used in integrations into the social environment.

Key words: *early intervention, children with developmental disabilities, strategies in early intervention, challenges in early intervention.*

Садржај

УВОД.....	7
1. ТЕОРИЈСКЕ ОСНОВЕ.....	8
1.1. Рани развој.....	8
1.2. Рана интервенција.....	12
1.3. Изазови у раној интервенцији.....	18
1.3.1. Интеракција родитеља и детета.....	21
1.3.2. Време почетка ране интервенције.....	22
1.3.3. Садржај ране интервенције.....	22
1.4. Стратегије и тактике.....	23
1.4.1. Бихевиорални приступ.....	25
1.4.2. Развојне стратегије.....	29
1.4.3. Терапијски базиране интервенције.....	30
1.4.4. Комбиноване интервенције.....	31
1.4.5. Остале терапијске интервенције.....	32
1.4.6. Терапије усмерене на породицу.....	33
1.5. Изазови у обављању свакодневних животних активности.....	36
1.5.1. Самопомоћ.....	37
1.5.2. Храњење.....	39
1.5.3. Тоалет.....	50
1.5.4. Купање.....	53
2. МЕТОД РАДА.....	55
3. ЗАКЉУЧАК.....	55
ЛИТЕРАТУРА.....	57

УВОД

Интересовање јавности у подручју раног дечијег развоја је све веће у последњим деценијама. Рана интервенција је појам који подразумева широк и разнолик спектар активности и поступака који су намењени подршци раном дечијем развоју и родитељима (Ramey & Ramey, 1998). Познато је да дете већ пренатално почиње да комуницира са својом мајком и околином. Након што се роди, код детета се развијају сви аспекти развоја, у складу са сазревањем централног нервног система. Сазревање је најинтензивније до треће године, а према неким ауторима до шесте године. На развој способности код детета, поред генетских фактора, утиче околина детета. Од најранијег узраста мора се осигурати повољна, стимулативна средина за развој, а то значи да детету треба пружити сигурност и прилагодити околину тако да задовољава његове развојне и емотивне потребе. Околина мора пружити позитивна искуства, а насупрот њима, негативна искуства у раном детињству могу ометати целокупан развој (Alimović & Petrović-Sladetić, 2007).

Захваљујући феномену пластичности мозга, уз примену осмишљених стимулација, код деце се може утицати на развој појединих функција. То неће изградити нешто чега нема, али ће ојачати постојаће везе међу неуронима. Ова сазнања су изузетно значајна за децу са симптомима ризика развоја и присутним факторима ризика, односно за децу код које постоји могућност одступања од оптималног развоја. Изузетно је важно родитељима објаснити важност раних стимулација и упутити одговарајућим стручњацима, како би се са стимулацијом почело што раније (Alimović & Petrović-Sladetić, 2007).

Процес пружања услуга ране интервенције започиње рођењем детета и траје све до поласка у школу. Укључује пружање подршке деци, пружање подршке њиховим родитељима или старатељима и другим члановима породице. Такође подразумева пружање информација, рехабилитацију и саветовања. Да би рана интервенција била што успешнија мора да подразумева сарадњу читавог тима и што раније укључивање у адекватан програм (Košiček, Kobetić, Stančić & Joković Oreb, 2009). Породица кроз права и услуге које се нуде у склопу ране интервенције повећава своје капацитете за пружање

адекватне подршке развоју детета. Такође као шири циљ исхода таквих програма често се наводи и побољшање квалитета живота целе породице (Epley, Summers & Turnbull, 2011).

1. ТЕОРИЈСКЕ ОСНОВЕ

1.1. Рани развој

Под појмом развој подразумева се след промена у особинама, способностима и понашању детета због којих се оно мења, постаје веће, спретније, способније, друштвеније, прилагодљивије (Starc, Čudina-Obradović, Pleša, Profaca & Letica, 2004). Развој појединца огледа се у променама његовог понашања и организма. Те промене се јављају током времена по устаљеном редоследу и у приближно исто време за све. Дечији развој је динамичан процес у коме деца пролазе пут од потпуне зависности од одраслог, до развоја самосталности у раном детињству, школском добу и адолесценцији, до одрасле доби. Треба препознати важност да деца имају активну улогу у свом животу и савладавању развојних вештина, те да је њихов развој под утицајем интеракције са околином (Bohaček, 2017).

Горник, и сар. (2003) према Bohaček (2017) описују период раног развоја као период током ког највише учимо и када је наш мозак најотворенији за нова искуства. Рано развојно доба карактерише развојне експлозије у различитим аспектима дететовог развоја. Раније се сваки аспект развоја посматрао изоловано, а према Starc и сар. (2004) праћење развоја треба да буде целовит процес. Тај приступ је холистички и подразумева неколико претпоставки:

- Развој почиње пре рођења;
- Има више међусобно повезаних димензија;
- Развој се одвија у предвидљивим корацима и учење се појављује у препознатљивим секвенцама унутар којих постоји велика индивидуална варијабилност у брзини развоја и стилу учења детета;
- Развој и учење појављују се као резултат дететове интеракције са околином и људима у њој;
- Дете је активни носиоц сопственог развоја.

Karlan (2019) navodi da se dечији razvoj sastoji od sedam specifičnih razvojnih oblasti. Ove oblasti se razvijaju ubrzano, posebno u toku prvih pet godina života. U tabeli 1 su prikazane oblasti koje se nazivaju razvojni domeni, a unutar svakog domena postoji niz vештина koje dete doseže tokom razvojnog perioda.

Табела 1: Седам области развоја.

<p>Вештине свакодневног живота</p> 	<p>Исхрана, облачење, тоалет, хигијена.</p>
<p>Комуникација</p> 	<p>Реаговање на звукове и гласове, разумевање речи, коришћење геста, коришћење звукова и речи за изражавање.</p>
<p>Фина и груба моторика</p> 	<p>Хватање ситних предмета, храњење прибором, чешљање, писање, седење, стајање, ходање, трчање, пењање...</p>
<p>Когнитивни развој</p> 	<p>Решавање проблема, разумевање узрока и последица, сортирање предмета...</p>
<p>Социоемоционални развој</p> 	<p>Односи са другим људима, разликовање познатих и непознатих људи, потреба за љубављу, укључивање у активности са другом децом и одраслима.</p>
<p>Визуелни развој</p> 	<p>Праћење предмета и лица, лоцирање објеката, сакупљање малих предмета, имитирање покрета...</p>
<p>Аудитивни развој</p> 	<p>Одговарање на звукове и гласове, запажање звукова, лоцирање извора звука, понављање звукова и речи...</p>

Када развој тече уредно, одрасле особе нису свесне великог утицаја на дететов развој, међутим уколико развој крене атипичном путањом, тада је време да се освести важност утицаја околине на рани дечији развој и на рано учење код деце(Воћашек, 2017).

У последње две деценије однос јавних политика према раном развоју деце у великом броју земаља се променио у значајној мери. На то је утицао велики број фактора. Пре свега значајан утицај је имала УН Конвенција о правима детета која је усвојена 1989. на Генералној скупштини УН, а потом је потписана од стране скоро свих земаља чланица(UNICEF, 1999). На тај начин земље чланице, међу којима је и Република Србија, су се обавезале да сваком детету у оквиру реалних могућности, обезбеде адекватне услове за рани развој и учење. Резултати истраживања показују да се у првим годинама постављају добри темељи за целокупан развој и да се ови темељи не могу успоставити без квалитетне и подстицајне физичке и социјалне средине за рани развој и учење деце (Baucal, 2012).

Резултати истраживања указују да је политика раног развоја најделотворнија и најефикаснија јавна политика за свеопшти развој друштва. Програми раног развоја су делотворни зато што су усмерени на подршку деци у раним годинама живота, периоду када се људски мозак развија брже него икада касније у животу. То је период када мозак највише реагује на све интервенције и када те интервенције имају веома висок утицај (Рани развој- Унапређење јавних политика, UNICEF).

Деца у чији се развој улаже током раног детињства, имају бољи школски успех, боље здравље, самосталнији су, имају већу зараду у одраслом добу, имају нижу појаву криминалног понашања и више доприносе друштву. Улагање у рани развој није трошак, већ инвестиција која се вишеструко исплати. Са интервенцијама се треба почети што раније, зато што се у првим годинама живота формирају темељи когнитивног развоја, личности и социјалног понашања(Mujkić & Jovančević, 2016).

Према UNICEF-у(Рани развој- унапређење јавних политика) фактори који доприносе раном развоју деце су:

- *Поддршка родитеља:* Деца која расту уз топле и подржавајуће родитеље су често способнија да самостално истражују, самосталнија су, постижу боље резултате у школи и имају успешније односе са вршњацима;
- *Исхрана и стимулација:* Деца са неодговарајућом исхраном у раном узрасту под ризиком су од каснијих неуропсихолошких проблема, слабог учинка у школи, раног напуштања школе и слабог старања о својој деци;
- *Здравствена заштита:* Превентивно деловање система здравствене заштите у периоду раног развоја укључује 19 сусрета између здравствених радника и детета. Зато је здравствени систем у јединственој позицији да пружи рану подршку и заштиту, да на време открије развојна одступања и повеже родитеље са другим пружаоцима услуга.
- *Рано учење и образовање деце:* Деца уче од рођења и прве године живота утичу на њихов каснији успех у школи и животу. Свакодневна комуникација и игра са родитељима доприносе усвајању нових знања и вештина и укупном напредовању детета.
- *Социјална заштита деце:* Сигурно и безбедно окружење детета је предуслов за оптимални развој детета. То значи да породица мора да обезбеди основне услове за живот, да заштити дете од насиља, сиромаштва и других фактора.
- *Рана препознавања развојних одступања и рана интервенција:* Број деце код којих долази до развојних одступања која могу прерасти у трајне сметње и инвалидитет није занемарљив. Рано препознавање ових одступања отвара простор за ране интервенције које у значајној мери могу отклонити или ублажити последице развојних сметњи. Систем здравствене заштите је најбоље позициониран да, у сарадњи са родитељима, први препозна развојна одступања и да, након детаљније процене, предложи индивидуални план интервенције за дете и породицу.

Да би остварили свој пуни потенцијал, потребно је да имају подстицајну везу са родитељима, квалитетну исхрану, заштиту од болести и токсичног стреса, прилику за рано учење и безбедно и стимулативно окружење за развој. Потребна им је подршка и подстицајна нега од стране породице и пружалаца услуга раног развоја (Рани развој-Унапређење јавних политика, UNICEF).

Препознавање развојних проблема и инвалидитета код деце од најраније доби пружа могућност за ефикасну интервенцију. Са друге стране надокнада пропуштених могућности, захтева напорне интервенције касније у животу и нема могућности за остваривање максималног потенцијала. Студије су показале да рана интервенција пре поласка у вртић има велике академске, социјалне и економске користи. Касна идентификација деце са тешкоћама у развоју доводи до плаћања скувих, посебних програма образовања (Pinto-Martin и сар., 2005).

Према Карлан (2019) рани дечији развој је темељ за успешну заједницу и односе у њој. Када родитељ подржава развој детета, доприноси здрављу целе заједнице. Добро развијено дете постаје здрава, независна одрасла особа. За дечији развој је неопходна квалитетна интеракција са родитељима. Свих седам домена развоја се развијају у одређеним периодима, који се називају сензитивни периоди. Уколико се деси да се та функција не развије у оквиру тог периода, касније је потребна много већа подршка. Родитељи морају да познају и разумеју дечији развој, како би могли да препознају потенцијалне проблеме и приступе решавању проблема на време. Када деца доживљавају позитивне интеракције са другима, то је од суштинског значаја за даљи раст и развој. Сваком детету је потребно четири кључна елемената за снажан развој у животу:

1. Здраво, сигурно искуство још у интраутерином периоду;
2. Шанса да искуси љубав са родитељима;
3. Подршка у стицању вештина активности свакодневног живота;
4. Поуздана и развојна нега од стране родитеља и других значајних особа.

Деца без позитивних интеракција или ограниченим интеракцијама имају већи ризик од хроничних болести, неухрањености, проблемаса менталним здрављем, депресије, анксиозности, проблема у понашању, мањих могућности за развој активности свакодневног живота и развој комуникације. Врста неге коју пружамо је веома битна. Стицање вештина као што су храњење, употреба тоалета и купање су напорни, али веома важни. Уколико родитељи пружају оптималну подршку у стицању ових вештина они напредују и стварају се позитивне, подржавајуће интеракције (Карлан, 2019).

1.2. Рана интервенција

Следеће дефиниције су изабране да би се представили различити аспекти приступа ране интервенције:

- Guralnick(2001) дефинише рану интервенцију као систем подршке породичним обрасцима интеракције који најбоље подстичу развој детета. Нагласак се ставља на разменама између родитеља и детета, дечијем искуству усмереном од стране родитеља да позитивно утичу на здравље и безбедност детета.
- Према Shonkoff & Meisels (1990), рана интервенција се састоји од мултидисциплинарних услуга које се пружају деци од рођења до пете године. Главни циљеви су промоција здравља и добробити деце, побољшање компетенција, минимизирање кашећења у развоју, спречавање функционалног пропадања, санирање постојаћих оштећења и промоција породичног функционисања.
- Blackman (2003) сматра да је циљ ране интервенције превенција и минимизирање физичких, когнитивних, емоционалних и ресурсних ограничења мале деце са биолошким и срединским факторима ризика.
- Dunst (1985) дефинише рану интервенцију као процес пружања подршке породицама деце са развојним сметњама и тешкоћама од стране чланова мреже социјалне подршке које утичу на функционисање родитеља, породице и детета.

Појам ране интервенције је у последње време све познатији јавности захваљујући информацијама стручњака и медијима који све више говоре о томе. Како би се деловало на одступања у развоју, потребно је познавати уредан развој детета (Shonkoff i Meisels, 1990). Концепт ране интервенције започиње у Сједињеним Америчким Државама седамдесетих година прошлог века. У настојању да се смање трошкови здравствене и социјалне заштите, државе проверавају учинак својих мера, па се тако прати и учинак улагања у рану интервенцију. Истраживања су показала користи тих програма при чему се као корист наводила хуманост, социјална правда, али и економска исплативост (Ljubešić, 2012).

Напредак у здравству имао је утицај на концепте и методе које се користе у области ране интервенције. Повећана знања из области развоја мозга довела су до придавања важности раним искуствима. Истраживања о развоју мозга доказују да богата искуства током раног детињства могу имати позитивне ефекте на развој мозга, помажући

дечи да развију говор, вештине решавања проблема, утичу на развој социјалних односа са одраслима и вршњацима и стицање различитих способности које ће бити од значаја током живота. Од рођења до првих година живота, развој који се тада дешава не може се упоредити ни са једном каснијом фазом. Међутим развој може бити озбиљно угрожен уколико дете нема стимулација, ако има социјална и емоционална оштећења(Shonkoff, 2000).

Према European Agency for Development in Special Needs Education (2005): Неколико теорија из психологије и образовања допринело је унапређењу приступа ране интервенције. Кључне теорије које се баве дечијем развојем и процесом учења су *развијни приступ*(Gessel, 1943), *оперативно условљавање* (Skinner, 1968) и *Пијажеова теорија когнитивног развоја* (1969) које су имале велики утицај на развој ране интервенције. Даљем развоју допринели су и други аутори који су ставили посебан акценат на:

1. Улогу породице и неговатеља у теорији привржености (Bowlby, 1969);
2. Теорија социјалног учења (Bandura, 1977);
3. Теорија друштвеног развоја (Vigotski, 1978);
4. Трансакциони модел комуникације (Sameroff & Chandler, 1975, Sameroff & Fiese, 2000);
5. Утицај интеракције са другима и околином у развоју- људска екологија(Bronfenbrener, 1979).

Према European Agency for Development in Special Needs Education(2005): Рана интервенција је састав услуга које се пружају деци и њиховим породицама, на њихов захтев, у одређено време, а обухвата све радње предузете када је потребна посебна подршка да би се:

- Осигурао и побољшао лични развој;
- Ојачале сопствене компетенције породице;
- Промовисала социјална укљученост породице и детета.

Појам ране интервенције означава процес информисања, саветовања, едукације и подршке деци и њиховим родитељима. Примењује се код деце код које је утврђено стање одступања у развоју. Овај процес обухвата и децу код које постоје фактори ризика за одступање у развоју које би касније могло да утиче на њихов даљи развој и будуће школовање. Програм ране интервенције се може применити у различитим окружењима, али нагласак се ставља на природно окружење детета. Показало се да је програм најделотворнији уколико се са њим почне одмах по откривању сметње, односно фактора ризика (Кошичек и сар., 2009).

Рана интервенција за децу са одступањима у психомоторном развоју може побољшати развојне исходе, побољшати способност родитеља да брину за своје дете и повећати квалитет живота породице. У току спровођења ране интервенције, стручњаци треба да познају тренутне способности детета, као и снаге родитеља, како би спровели услуге усмерену на породицу (Матић, 2016). Врло је битно да се са процесом стимулације, учења и рехабилитације почне одмах по постојању ризика од настанка тешкоће или по сазнању о постојању тешкоће (Ljubešić, 2012). Реализација раних стимулативних и терапијских програма почиње проценом снага и потреба детета и породице и протеже се кроз обезбеђивање адекватне подршке и услуга активног посматрања, до реevaluације развоја детета (Свијетић, 2016).

Важан елемент који се појављује у различитим дефиницијама је идеја превенције, као део рада у раној интервенцији. Simeonsson (1994) новоди три нивоа превенције и интервенције узимајући у обзир када би требало превентивно деловати. На основу тога постоје:

1. *Примарна превенција*: Она има за циљ да смањи број нових случајева. На пример, циљ је смањити нови случајеви тако што се ће се идентификовати деца у ризику. Примарна интервенција укључује мере спречавања поремећаја или околности које могу довести до инвалидитета (WHO, 1980). Акције које се предузимају могу бити универзалне, попут здравствених мера које су упућене свој деци и свим породицама, селективне које су упућене одређеној популацији, и одређена популација код које је идентификован ризик.

2. *Секундарна превенција:* Има за циљ смањење броја постојећих случајева код којих је већ идентификован проблем, али пре него што се у потпуности развије.
3. *Терцијална превенција:* Има за циљ да смањи придружене компликације са утврђеним проблемом, да смањи или ограничи ефекте поремећаја који су већ приступили.

Као циљ ране интервенције наводи се превенција и минимизирање физичких, емоционалних, когнитивних и осталих одступања код деце која већ имају неку тешкоћу или су под утицајем фактора ризика. Рана интервенција је потребна деци која су у ризику за развојна одступања или их већ имају, од пренаталног периода до поласка у школу (De Moor и сар., 1993). У еколошко-систематском приступу главни циљ ране интервенције као комплексног процеса није само дете, већ и читава околина детета (Blaži, 2018).

Када се процењују користи које проистичу из раног откривања и ране интервенције, постоје два правца за мерење исхода: 1. Користи за дете и породицу; 2. Економске предности које проистичу из програма ране интервенције. Истраживања су показала предности у вербалним способностима, рецептивном језику и свеукупном когнитивном учинку код деце која су обухваћена програмом ране интервенције, наспрам оних који нису обухваћени програмом. Такође, друга истраживања су показала користи које се односе на економске предности. Аутори су установили да је један програм показао повраћај од 8 долара за сваки долар који је инвестиран у програм ране интервенције (Adams & Taria, 2013).

Према UNICEF-у неки од користи примене ране интервенције наводе се:

- Прве године живота су веома важне за способност детета да учи и гради односе који су пуни поверења. У том периоду се постављају темељи за даље учење. Зато треба искористити способност брзог учења у раном узрасту.
- Кашњење се тешко надокнађује. Без правовременог откривања и подршке кроз интервенције, дете ће вероватно каснити за другом децом, а отклањање последица ће бити све скупље што се касније почне са радом.
- Обухватање деце са инвалидитетом кроз процес ране интервенције.

- Фактори ризика попут сиромаштва и инвалидитета, појачавају међусобне негативне утицаје. Сиромашна деца су изложена већим ризицима од настанка развојних тешкоћа и инвалидитета због слабе здравствене заштите, лоше исхране, недостатка чисте воде и основних хигијенских услова.
- Рана интервенција омогућава очување породице и превенција институционализације.
- Квалитетне ране интервенције могу да донесу велике социоекономске користи самој заједници. Могу да смање будуће трошкове специјалног образовања, отклањања последица и здравствене заштите, а деци са инвалидитетом омогућавају учешће у животу заједнице и смањују стрес и изолацију породица.
- Доноси огромне користи уз скромна улагања. Истраживања процењују да за делотворне и ефикасне ране интервенције нису потребна велика улагања, док се њима остварују огромне користи.

Рана интервенција коју данас познајемо, односи се на деловање стручњака усмереног на потребе детета и његове породице. Примењује се када постоји могућност негативног утицаја фактора ризика на развој детета. Наглашава се важност околине на дететов развој, зато се све више приступ ране интервенције усмерава ка интеракцијама између детета и родитеља (Demerin, 2019).

Удружење педијатара Србије (www.udruzenjepedijatara.rs) наводи 4 компоненте ране интервенције. То су:

1. *Детекција детета*: Већина деце се развија уредно, док код малог броја деце долази до одступања у развоју, која уколико се занемаре, могу да доведу до још већих тешкоћа. Пренатално, перинатално или постнатално могу се јавити различите компликације које могу да угрозе развој детета. То су неуроризични фактори, а деца изложена њиховом деловању су неуроризична деца. Детекцију спровode стручњаци различитих профила. Критеријума за укључивање у програм ране интервенције су:
 - Неуроризични фактори

- Сензорна оштећења
- Развојна одступања
- Постанатална траума
- Малформације
- Друго

2. *Упућивање у програм ране интервенције:* У програм ране интервенције дете упућују здравствени радници, доктори различитих профила, психолог, педијатар, дефектолог, логопед. Упућивање се врши путем обрасца за упућивање, а образац прима родитељ и јавља се центру за социјални рад.

3. *Иницијални контакт и прва посета:* Након упућивања на програм терапеут телефонским путем договара прву посету са породицом. Приликом разговора информише родитеље, образлаже кораке и пружа подршку. Приликом прве посете прикупљају се подаци о детету и породици, представља се процес ране интервенције, објашњава процес и ток, процењују се ризици и ресурси у породици, опсервира и процењује мрежа подршке коју породица има, затим се посматра дете у активностима.

4. *Процена:*
 - Спонтаних покрета и моторичких функција кроз анализ квалитете покрета и кретања;
 - Процена вида и слуга;
 - Процена дететових развојних способности по подручјима(физичке, интелектуалне, комуникацијске, емоционалне, социјалне функције);
 - Процена раног развоја комуникације ;
 - Процена социо-емоционалног развоја;
 - Процена развоја сензорне интеграције.

1.3. Иззови у раној интервенцији

Поред препознавања важности примене ране интервенцију у целом свету, преко 200 милиона деце испод пет година не достигне свој развојни потенцијал, због неоговарајуће бриге. Тај проблем се јавља у неразвијеним земљама и земљама у развоју, док у земљама које су добро развијене постоје настојања да се укључе и примене најновија знања како би се овај проблем решио. Један од изазова у раној интервенцији је одвојеност система здравства, образовања и социјалне заштите. Њихова некоординисаност доводи до неквалитетног програма, што додатно отежава родитељима и деци тражење и добијање адекватне помоћи (Matijaš, 2012).

Један од изазова који утиче на квалитет живота читаве породице јесте смештеност установа за рану интервенцију у великим градовима. У том смислу важна је децентрализација са циљем да сви добију потребне услуге (Matijaš и сар. 2014). С обзиром на овај проблем, породице деце са развојним сметњама и тешкоћама су приморане да мењају место становања како би свом детету осигурани квалитетније услуге (Matijaš, 2012).

Родитељи изражавају незадовољство због лоше доступности информација, због тога наилазе на потешкоће у проналажењу корисних информација. Ivšac Pavliša(2010) наводи разлоге отежаног долажења до информација:

- Непостојање система ране интервенције;
- Премало стручњака који су специјализовани за рани развој;
- Недовољна обавештеност медицинских струка о развојним тешкоћама;
- Централизација услуга у великим градовима.

Читаву ситуацију додатно погоршава продужени период између тренутка када родитељ примети неки проблем и тренутка када се обрате стручњацима (Raguž, 2016).

Земље попут Велике Британије и Кипра су омогућиле увођење координатора који сарађује са родитељима и координира пружање услуга ране интервенције. На тај начин су родитељи повезани са координатором који их води кроз целокупан процес (Ajduković, 2008). Увидом у добра искуства из праксе у свету, постоји низ активности које би било добро имплементирати код нас. Немачка, Шведска, Луксембург и Норвешка су препознале важност програма ране интервенције и зато улажу у обуку стручњака

различитих профила (European Agency for Development in Special Needs Education, 2005). Модел подршке породици карактеристичан је за Велику Британију где су организоване редовне посете породици до пете године дететовог живота. Кроз овај модел се пружа подршка родитељима, али се показао и као ефикасан у превенцији злостављања и занемаривања деце (Ajduković, 2008).

Према European Agency for Development in Special Needs Education (2005): Изазови везани за програм ране интервенције се групишу око четири питања:

Када се примењује рана интервенција?

Ово питање је директно повезано са раним откривањем и проценом. У свим земљама здравствене службе су главно тело које је одговорно за превенцију, али укључене су и социјалне и образовне службе. Све земље се слажу о важности раног деловања и обезбеђивања континуираног процеса. Проблеми настају када се јави јаз између раног откривања и процене. Ово се јавља због касног откривања проблема или недостатка служби и стручних тимова.

Колико дуго траје рана интервенција?

Насупрот Северној Америци, у којој се рана интервенција примењује од рођења до треће године, у Европским земљама је трајање променљиво. Углавном се подршка пружа детету и породици до поласка у школу.

Ко има водећу улогу?

У теорији породице имају велики избор одлука које могу да донесу, ипак то је у пракси другачије. Породице тешко проналазе прави пут за њихово дете. Заједнички тренд свих земаља је потреба да се прилагоде задаци професионалаца и планирање рада у складу са потребама и жељама породице, где год да се пружају услуге. Службе раде са и у породицама. Међутим, раде ако је потребно и у образовним окружењима која дете похађа или у специјалним центрима ране интервенције .

Шта треба учинити?

Чињеница је да дихотомија између медицинског и социјалног приступа у погледу интервенције са децом и даље приступна у различитим европским земљама која треба бити јасна и запажена од почетка.

Данас постоје различити програми ране интервенције. Програми су се показали као ефикасни у постизању доброг развојног исхода. Такође се јављају докази о ефектима ране интервенције код новорођенчади која су изложена биолошком ризику од развојних поремећаја, тј.онима са пренаталним, перинаталним и постнаталним компликацијама. Ефекат ране интервенције је код ових група највише проучаван код превремено рођене деце. Анализе ефекта ране интервенције код новорођенчади указују да је рана интервенција повезана за побољшањем когнитивног развоја током раном развоја и предшколског узраста (Hadders-Alegra, 2011).

Hadders-Alegra (2011) наводи да се изазови у раној интервенцији крећу око следећих питања:

1.3.1. Интеракција родитеља и детета

Родитељи су кључне особе у дететовом животу. Свест о утицају родитеља, неговатеља и породице на развој детета резултирао је препознавањем важности породичне интервенције у здравственој заштити детета са развојним оштећењем или ризиком. Међутим њихова улога јако варира. Интервенције се разликују у зависности од састава породице, породичног васпитања и пажње коју родитељ посвећује свом детету. Различите студије су показале да позитивна интеракција и топао однос између родитеља и детета је повезано са бољим развојним исходом у предшколском и школском узрасту. Повезаност родитеља и детета зависи и од самих карактеристика детета. Ипак, деца која су обухваћена програмом ране интервенције показала су бољу интеракцију са родитељима. Такође рана интервенција код деце са високом биолошким ризиком има допринос у побољшању развојних исхода. То је повезано са обуком родитеља, тј.оснаживање родитеља који ће имати бољу интеракцију са дететом у свакодневним активностима(Hadders-Alegra, 2011). Интеракција између родитеља и детета је неопходна. Од суштинског значаја је за здрав развој детета. Ове интеракције стварају везе у дечијем

мозгу које им омогућавају да се осећају сигурно. Без осећаја сигурности и љубави дете се неће развијати адекватно (Kaplan, 2019).

Према истраживању које је спровео Osmanović(2018) утврђено је да ниво развојних способности деце са развојним сметњама и тешкоћама утиче на породичну интеракцију. Породично окружење игра важну улогу социјалног и емоционалног развоја детета, а истраживања показују да је породично функционисање главни фактор дечијег благостања. Позитивно породично окружење карактерише блискост, топлина, подршка и сигурност, добра комуникација и доследна примена правила у односу на узраст и очекивања, стимулативне интеракције, промоција здравља, висок квалитет односа између свих чланова породице и укључивање породице у активности. Функционална породица одговара развојним потребама својих чланова, подстиче раст и сазревање, даје подршку. Да би се ефикасно сарађивало и комуницирало са породицама деце са развојним тешкоћама, услуге ране интервенције морају да узму у обзир више фактора који утичу на свакодневни живот породице и доприносе породичној динамици. Родитељи деце са развојним тешкоћама доживљавају много више стреса од родитеља деце типичне популације. Проблем постоји у земљама Балкана јер нема расположивих ресурса подршке деци и родитељима.

1.3.2. Време почетка ране интервенције

Према Hadders-Alegra (2011)центарни нервни систем се мења и развија током живота, а начин на који се мења зависи од година. Главна одлика нервног система јесте његова пластичност, која је повезана са критичним периодима за развој одређених функција током којих рана интервенција може имати више ефекта, него када прође тај период. Из сазнања о значају критичних периода произилазе следећи закључци:

- Што је раније започета интервенција, већи је функционални ефекат;
- Критичан период за развој завршава се око седме године;
- Након критичног периода рана интервенција може и даље да изазива промене, али мање.

1.3.3. Садржај ране интервенције

Садржај зависи од индивидуалних способности детета и породице, а спроводи се кроз различите стратегије и тактике које су наведене у наставку.

1.4. Стратегије и тактике

Како би стручњак могао да препозна, дефинише и препоручи родитељима нове стратегије, треба да опажа интеракцију између родитеља и детета, препозна стратегије које родитељ већ примењује, представи нове могућности стимулације детета, уочи и упути на вештине и начине комуникације које дете већ има и примењује како би родитељу боље објаснио дететове развојне потребе, демонстрира потенцијалне стратегије, проматра поступке и стратегије које је родитељ научио и које примењује у поучавању детета новим вештинама (Воћашек, 2017). За успешну обуку родитеља потребно је да пружаоци ране интервенције знају како да подучавају и сарађују са родитељима. Важно је тренирање у контексту типичних породичних активности. Главни циљ ране интервенције је да ојача способност породице да подржи развој свог детета (Ziegler & Hadders-Algra, 2020).

Заједнично свим овим смерницама је тражење развојних решења кроз партнерски однос родитеља и стручњака који подразумева (Воћашек, 2017):

- *Разговор и дељење информација:* Родитељ и терапеут треба да размењују информације везане за дете и породицу. Да учествују у постављању питања и давању одговора, коментарисању, давање предлога и емоционалној подршци. Родитељ ажурира информације које даје терапеуту о напретку детета у обданишту, код куће, шта је дете радило у последње време, о новим рутинама и интересовањима;
- *Директно подучавање:* Терапеут пружа информације о одређеној стратегији у намери да родитељ научи како да је примени, користи и разуме вредност. Дете може или не мора да буде укључено у интеракцију на почетку.
- *Демонстрација:* Терапеут преузима водећу улогу у демонстрирању стратегије са дететом, док родитељ посматра. Поред тога говори шта родитељ треба да ради.

- *Вођена вежба са повратним информацијама:* Терапеут и родитељ раде са дететом заједно. Терапеут води интеракцију са конкретним сугестијама како родитељ треба да се понаша. Родитељ преузима улогу у раду, а од терапеута добија повратне информације.
- *Пракса родитеља са повратним информацијама:* Родитељ има водећу улогу у интеракцији са дететом, за то време терапеут посматра и подржава интеракцију уколико је потребно. Подршка се пружа уз повратне информације специфичне за понашање родитеља или детета, нудећи охрабрење.
- *Заједничка интеракција:* Терапеут и родитељ заједно раде као партнери са дететом које вежба стратегије. Тако се пружа пракса и родитељу и детету.
- *Родитељ и терапеут разматрају које су стратегије најбоље:* Обе стране дају своје мишљење, дефинишу и решавају проблем, развијају акциони план како ће се стратегија користити свакодневно.
- *Рефлексија:* Разговарају и гледају видео снимак интеракције између родитеља и детета, заједно разговарају о успеху и областима које треба да се побољшају.

Обука родитеља се у раној интервенцији користи за јачање способности чланова породице да подрже развој свог детета у контексту свакодневних активности и рутине. Другим речима, обука се користи у интервенцијама које спроводе родитељи. Циљ обуке је да родитељи постану способни да учествују активно у стратегијама ране интервенције, у складу са протоколом. Један од највећих изазова је промена професионалне улоге. То подразумева одустајање од водеће улоге и признавање аутономије родитеља. Други изазов су знања која су потребна за вођење обуке, то укључује посматрање, повратне информације и знање о учењу одраслих. Трећи изазов је превођење стеченог знања у праксу. То подразумева примену вештина, укључујући активно слушање и пружање информација (Ziegler & Hadders-Algra, 2020).

У третману деце са развојним сметњама и тешкоћама издваја се више модела и приступа у раду. Mesibov, Adams & Klinger (1997) према Drobњак, Milošević (2015) наводе три најважније групе интервенција: *биолошке, психодинамичке и образовне*.

Биолошке интервенције поразумевају медицинске третмане и друге алтернативне методе лечења.

Психодинамичке методе укључују Holding therapy, Pheraplay.

Образовне методе укључују:

1. Бихевиорални приступ (Applied Behavior Analysis- ABA, (Early) Intensive behavior Interventions- EIBI/IBI, Lovaas Program, Verbal Behavior);
2. Развојне стратегије (Developmental Social- Pragmatic Model- DSP, DIR/Floor time, Relationship Development Intervention);
3. Терапијски базирани интервенције које укључују *интервенције усмерене на комуникацију*: Visual Supports/Alternativne and Augmentative Communication- AAC, Picture Exchange Communication System- PECS, Social Stories, Facilitated Communication- FC, Functional Communication Training- FCT и *сензорне/моторне интервенције*: Сензорна интеграциона терапија, тренинг аудитивне интергације, терапија дубоким притиском, хипо терапија;
4. Комбиноване интервенције: SCERTS, TEACCH, LEAP.
5. Остале терапијске интервенције: Музикотерапија, Miller Method, Daily Life Therapy, Son-Rise програм;
6. Терапије усмерене на породицу: The Hanen Program, The help program, Family-centred positive behavior support (PBS) programs, родитељске рутине и ритуали.

У овом раду описаћу пар стратегија и тактика које се користе у третману деце са развојним сметњама и тешкоћама, а које могу да примењују родитељи свакодневно у активностима са својом децом. На тај начин утичу на дете на усвоји неке позитивне моделе понашања и вештине свакодневног живота. Пре сваке родитељске примене било које стратегије потребно је да стручњак поучава родитеља за ту вештину.

1.4.1. Бихевиорални приступ

Већина истраживача је раније сматрала да деца са инвалидитетом не могу да науче многе вештине. Каснија истраживања су показала да је то веровање погрешно (Hebbeler & Spiker, 2016). Бихевиорални приступ се у подучавању особа са тешкоћама развоју користи још од средине шездесетих година 20. века. Кроз развој тог подручја развиле су се многе

технике подучавања које се темеље на позитивном приступу, а у потпуности се укида коришћење казни као метода учења. Данас интервенције темељене на примењеној анализи понашања имају јаке емпиријске темеље и карактерише их континуирано праћење напретка. Она се темељи на тачној интерпретацији интеракције између стимулације и одговора. Из бихевиораног приступа произашао је низ важних стратегија: мотивациони програми темељени на позитивном поткрепљењу, детаљна анализа задатака за развој академских вештина, генерализоване технике за изградњу новог репертоара вештина кроз поступке обликовања, низања, гашења и стратегије самоконтроле (Stošić, 2007).

У бихевиоралном приступу најчешће се користи примењена бихевиорална анализа (АВА). То је скуп принципа који су основа многих других третмана. Базирана је на знањима из наука о учењу и понашању. Усредсређује се на позитивне подстицајне стратегије. То може помоћи деци која имају тешкоће са учењем или са применом нових вештина. Такође, кроз процес који се зове функционална бихевиорална процена, она може да делује и на проблематична понашања која се сукобљавају са адекватним функционисањем. Принципи и методе бихевиоралних анализа успешно се примењују у многим приликама у циљу развоја вештина, без обзира на то да ли је поремећај присутан или није (Sirić, 2013). АВА се заснива на претпоставци да деца имају веће шансе да понове понашања након којих су били награђени и да ће мање вероватно понављати понашања која нису била награђена. Награде се постепено смањују до тренутка када дете почне да примењује понашање без награђивања (Drobnjak & Milošević, 2015).

АВА програм примењује наше разумевање како се понашање одвија у стварним ситуацијама. Циљ је да се повећају корисна понашања и смање штетна понашања која утичу на учење. Програми АВА програм могу помоћи да се повећају језичке и комуникацијске вештине, побољша пажња, фокус, социјалне вештине, моторичке способности, памћење, академске вештине и смање проблеми у понашању. Позитивно поткрепљење је једна од главних стратегија која се користи у овој методи. Када понашање прати нешто што се вреднује, особа ће то понашање поновити. Временом, то подстиче позитивне промене у понашању. Прво терапеут идентификује понашање које жели да подстиче. Сваки пут када особа успешно користи то понашање, добије награду. Награда је значајна за појединца, то могу да буду похала, играчка или књига, одлазак на игралиште.

Позитивне награде охрабрују особу да настави да користи то понашање. Временом то доводи до значајних промена (<https://www.autismspeaks.org>).

Према <https://www.autismspeaks.org> АВА програм није универзалан и не одговара свакоме. Сваки програм треба да се напише тако да задовољи индивидуалне потребе сваког појединца. Циљ било ког АВА програма је да помогне свакој особи да ради на вештинама које ће помоћи да постану самосталнији и успешнији. Прилагођава се вештинама, потребама, интересовањима и породичној ситуацији сваког ученика. Почиње се са детаљном проценом сваке особе. Пишу се циљеви у складу са способностима. У плану се свака вештина разграђује на мале и конкретне кораке. Учи се корак по корак, од једноставних, ка сложенијим вештинама. Прати се напредак сваке особе. Саставни део јесте редовни састанак са члановима породице. Користе се различити поступци. Родитељи и чланови породице пролазе обуку, како би могли да подрже учење вештина током сваког дана. АВА је ефикасна за особе свих старосних група и може се користити од раног детињства, до одраслих година.

Према <http://www.logomedica.rs/aba-metoda/> квалитетан АВА програм треба да садржи следеће елементе:

- Квалификовани АВА терапеут израђује и надгледа интервенцију;
- Терапеут развија циљеве третмана који се утврђују на основу детаљне процене способности сваког детета;
- Циљеви третмана и инструкције су ускађени са узрасним нормама и обухватају велики опсег способности као што су комуникација, социјална интеракција, вештине самозбрињавања, игра, моторни развој, академске вештине;
- Циљеви наглашавају вештине које ће омогућити деци да буду самостална и успешна;
- План третмана разлаже жељену способност на остварљиве кораке за учење од најједноставнијих до најсложенијих;
- Интервенција подразумева стална мерења напретка;

- Терапеут често прегледа податке и користи их да их прилагоди програму и циљевима;
- Састаје се са члановима породице ради прегледања података о напретку;
- Користи се велики број бихевиорало аналитичких процедура;
- Дететов дан је структуриран да омогућава велики број прилика за вежбање;
- Деца добијају позитивна поткрепљења за испољавање корисних вештина и социјално прихватљивог понашања;
- Нагалсак је на позитивним социјалним интеракцијама и учењу;
- Дете не добија позитивно поткрепљење за понашање које је штетно.

Према Sipić (2013) компоненте АВА програма су:

- *Надзор*: Програм би требало да буде надгледан од стране стручњака;
- *Тренинг*: Сви учесници би требало да буду потпуно обучени;
- *Кренирање програма*: Програм би требало да буде креиран након детаљне процене, прилагођен детету;
- *Функционално креирање програма*: Циљеви треба да буду користи и функционални за појединца, да побољшају квалитет живота;
- *Породични тренинг*: Чланови породице треба да иду на обуку, да би учествовали;
- *Сакупљање података*: Треба редовно бележити и анализирати да би било корисно за појединца;
- *Тимски састанци*: Укључују терапеуте, супервизоре, чланове породице који су укључени у спровођење третмана и неопходни за напредак детета.

Према АВА приручнику: АВА програм може бити описан у три фазе:

1. *Почетна фаза* укључује упознавање детета и стварање позитивне атмосфере у односу са дететом. У првом месецу је најважније да се установе дететове јаке и

слабе стране, интереси и потребе. Све се то остварује кроз игру са дететом. Веома је битно да дете научи како да његово понашање резултира наградом.

Неке од активности у првој фази су: Успостављање контакта очима, имитирање моторних покрета, показујемо детету одређену активност и тражимо да уради исто, имитирање радњи са објектима, имитирање финим моторних покрета, имитирање оралних моторних покрета, праћење инструкција једног налога, препознавање и именовање делова тела, објеката, слика, људи, речи, функцију објеката, препознавање звукова из окружења, имитирање целих моторних покрета токм стајања...

2. *Средња фаза* укључује учење комуникације, игре, вештине о себи, социјалне вештине. Свако учење је разрађено у кораке који се уче систематично. Циљ је да се развију вештине, а дугорочни циљ је да се повећају могућности за учење и функционисање у природној околини.

Неке од активности у другој фази су: Имитирање целих моторних акција са објектима, имитирање покрета са звуцима, копирање простих цртежа, препознавање и показивање емоција, препознавање и именовање места, праћење двоструких налога, препознавање и именовање описа, имитирање животиња и активности, препознавање и именовање заменица, предлога, разликовање полова, одговарање на питања о објектима и сликама, именовање осећања, категоризација, коришћење простих реченица...

3. *Напредна фаза* укључује рад на генерализацији у свакодневној околини. Нагласак се ставља на напреднијем коришћењу социјалних вештина, игре, емоција, когнитивних и комуникацијских вештина и интеграције у природну средину.

Неке од активности у трећој АВА фази су: Описивање слика пуним реченицама, именовање просторија, одговарање на питања „Када...?“, преношење поруке, играње улога, исто и другачије, препричавање приче, одговарање на питања о теми, проналажење скривеног предмета, причање приче, описивање неке ситуације, допуњавање реченица, описивање неправилности на сликама, предвиђање исхода, објашњавање, имитирање вршњака.

1.4.2. Развојне стратегије

Развојни, индивидуални, модел утемељен на односима са два основна циља. Први је успостављање интеракције, други је увођење детета у свет продужене пажње. То је интензиван интервенцијски програм који се темељи на дететовом профилу, а разрадио га је Greenspan (Friščić, 2016). Greenspan је развио профил детета који укључује 6 емоционалних миљоказа:

1. Двострука способност интересовања за звукове, осећаје, слике око себе;
2. Способност укључивања у односе са другима;
3. Способност укључивања у двосмерну комуникацију;
4. Способност стварања комплексних гестова и низања радњи;
5. Способност стварања идеја;
6. Емоционално размишљање (Blatnik и сар.,2013 према Drobnyak & Milošević, 2015).

Основа *Floortime* приступа јесте интеракција родитеља и терапеута у циљу приближавања са дететом. Креће се од претпоставке да је дететова акција сврсисходна, те се улога родитеља заснива на томе да треба да се следи дететов пример, тако му се помаже да развије вештине социјалне интеракције и комуникације. На пример, уколико се дете игра на поду и лупа неку играчку о под, према овом приступу, родитељ треба да имитира те покрете. То ће подстаћи њихову интеракцију. Затим мајка подстиче дете да развије комплексније игре уз укључивање речи у игру. Циљ овог приступа је да се повећа интеракција и комуникација између детета и родитеља. Овај приступ може да буде допуна другим програмима као што су АВА или ТЕАССН (Drobnyak & Milošević, 2015).

1.4.3.Терапијски базирани интервенције

Развојне сметње и тешкоће могу проузроковати и тешкоће у комуникацији проблеме у понашању. Од велике важности је да се пружи ефикасна и одговарајућа подршка за решавање овог проблема. У те сврхе може се користити *Functional Communication Traing* (FCT). FCT су основали Carr и Durand (1985). Проблематично понашање које дете испољава може да буде проузроковано немогућношћу преношења

вербалне поруке. Агресивно понашање некада представља једини начин да дете изрази своје потребе, осећања и натерају особе из окружења да реагују адекватно и брзо (Howlin, 2006 према Дуčić & Каљаца, 2011).

FCT је приступ који је заснован на комуникацији у циљу решавања проблема у понашању. Цео процес се дели на три основне фазе: функционална анализа понашања, проналажење адекватне алтернативе проблематичном понашању и спровођење самог тренинга (Mancil и сар., 2010 према Дуčić & Каљаца, 2011).

1.4.4. Комбиноване интервенције

Једна од најсвеобухватнијих стратегија која укључује дијагностичке поступке, процену способности и потреба за подршком је Treatment and Education of Autistic and Related Communications Handicapped Children- TEACCH.

TEACCH програм наглашава блиски однос између родитеља и стручњака за рану интервенцију, прилагођава интервенцију према индивидуалним способностима детета и читаве породице и користи структурирано подучавање. Примени ове методе претходи процена детета и породице кроз стандардизоване тестове. Резултати се користе за израду програма који ће бити у складу са индивидуалним способностима. Три елемента чине програм визуелне подршке, то су организација окружења детета тако да се смање ометања, употреба визуелних распореда и организација материјала и задатака (Friščić, 2016).

Реч је структурираном програму који се темељи на визуелној подршци. TEACCH је максимално прилагођен когнитивним способностима деце са развојним сметњама и тешкоћама и омогућује разумевање догађаја, поштује потребу за рутином и осигурава успешност, а празан ход не постоји. Принципи на којима се заснива су индивидуализација и функционалност (Бујас- Петковић & Frey-Škrinjar, 2010 према Gruber, 2019). Овај приступ омогућује учење кроз ситуације, у природним околностима. Важан елемент је дневно праћење постигнутих резултата и бележење података о постигнућима (O'Connell, 2018 према Gruber, 2019).

Greenspan & Wieder (2003), Bujas-Petković & Frey- Škrinjar (2010), prema Gruber (2019): Програмска подручја обухватају више области које су кључне за развој детета, то су:

- *Комуникација*: За особе са неразвијеним говором користе се сликовне картице, картице са речима и појмовима, као и знаковни језик. За особе са развијеним говором циљ је да се подигне степен функционалне комуникације.
- *Социјализација*: Задатак је да се подигне степен социјалне пажње и разумевања, социјалних интеракција, усвајање нових вештина и разумевање правила.
- *Понашање*: Ради се на превенцији и ублажавању непожељних облика понашања. Избегавају се околности које доводе до таквог понашања.
- *Слободно време*: Уче се социјалне вештине и активности које су потребне за квалитетно провођење слободног времена.
- *Радне вештине*: Нагласак је такође на развоју радних вештина и навика пре усвајања специфичних вештина.

Организација простора је важна компонента за спровођење овог програма. Она омогућује визуелне знакове који помажу детету да разуме где треба бити, како до тамо доћи и шта треба да ради. Усмерава га на задатак тако што одређеним интервенцијама усмерава пажњу. Структуру просторије треба прилагодити развојном степену детета. Деца са slabим функционисањем захтевају више структуре, ограничења, граница и упутства за рад. Предуслов за добру организацију простора је познавање детета. Неки од разлога за прилагођавање простора су премала соба која може створити неугодну атмосферу, простор са више излаза (Gruber, 2019).

Приступ у подучавању самосталног извођења задатка почиње стављањем задатка на леву страну испред детета, док је његова десна страна предвиђена за одлагање завршеног задатка. Користи се метода с лева надесно. Задатак може бити потпомогнут усменим или сликовним подсетницима или упутствима (Friščić, 2016).

1.4.5.Остале терапијске интервенције

Музикотерапија

Познато је да музика има позитиван утицај на психофизичко функционисање човека. Иако је терапијска функција музике препозната одавно, музикотерапија је утемељена тек почетком 20.века. музикотерапија се дефинише као коришћење музике и њених елемената, које спроводи квалификовани музикотерапеут, на особи, у процесу који је осмишљен како би осигурао и унапредио комуникацију и учење, а у циљу постизања физичких, емоционалних, менталних, друштвених и когнитивних потреба појединца (Бујановић & Martines, 2019). Према Wheeler (2015), музикотерапеути користе различита искуства која укључују импровизацију, наступање, слушање. The American Music Therapy Association (АМТА) дефинише музикотерапију као „клиничку и на доказима утемељену праксу коришћења музичких интервенција у сврху постизања циљева у склопу терапијског односа пруженог од стране квалификованог музикотерапеута“. Ова терапија омогућује јачање способности особе, пружа начине комуникације који могу да буду користи онима који се тешко изражавају речима (www.musictherapy.org).

1.4.6. Терапије усмерене на породицу

У концепту ране интервенције квалитетна интеракција између родитеља и детета препозната је као кључна за оптималан развој детета, а подршка родитељима као средство очувања њиховог менталног здравља (Guralnick, 2011 према Ljubešić, 2012). Због тога се развио приступ усмерен ка породици. Његов циљ је да се максимизирају функционални исходи код детета тако што се пружа подршка родитељима. Дете учи функционалне вештине током свакодневних активности у породици и кроз интеракцију са родитељима (Guralnick 2005 према Dunst и сар., 2014).

The Hanen Program

Усмерен је на подучавање родитеља да помогну свом детету да комуницира и истражује свет око себе. Развијен је у Канади, са циљем обучавања родитеља да развију комуникацију са својим дететом од рођења до шесте године. Родитељи се стимулишу да користе свакодневне могућности да на пријатан начин развију комуникацијске вештине код свог детета. Родитељи у току овог програма уче да успоставе рутине, како да користе штампане речи и слике да развију разумевање, како да кроз игру развију комуникацију,

како да помогну свом детету да успостави комуникацију са другом децом (<http://www.hanen.org>)

Родитељске рутине и ритуали

Последњих година научници су почели да истражују породичне рутине и ритуале у намери да разумеју породичне активности и њихова мењања у неповољним околностима. Дефиниција породичних рутина и ритуала је да су то специфичне, понављајуће активности које укључују два или више чланова породице. Рутине укључују тренутну повезаност, када је активност готова, нема додатних размишљања о спроведеној активности. Са друге стране ритуали укључују комуникацију, садрже емоционалну повезаност, осећај припадања. О ритуалима се размишља и након њиховог обављања активности (Fiese и сар. 2002).

Без обзира што су различити појмови, они су повезани. Пример је породични ручак. Он садржи елементе рутине као што су доношење хране, постављање стола, али садржи и карактеристике ритуала као што је редослед узимања хране, симболичка комуникација. Већ у првим годинама живота деца постају активни и приступни у већини породичних догађаја. Доручак сваког јутра, облачење пре спавања су догађаји који се понављају, због тога их деца постају свесна и придавање важности од стране породице доводи до постајања ритуала. Активности које се понављају и део су породичног живота чине предвидљиву структуру која даје сигурност и одређује понашање, на тај начин постаје прилика за учење различитих вештина у раном детињству. Доводе до увежбавања комуникације, социјалних способности, самосталности у вештинама свакодневног живота (Bohaček, 2017).

Према исраживању Dunst и сар.,(2000) поред формалних прилика за учење и развој(школа, вртић, терапије), постоје још прилика за учење, а то су породични живот и живот заједнице. У том истраживању издвојено је 20 категорија које садрже посебне активности које омогућавају прилике за учење у раном развоју.

Категорије и активности у породици које садрже највећи број прилика за учење, упућују на то да се породични живот састоји од активности које се омогућавају различита искуства и прилике. Доноси се закључак да се састоје од комбинације активности које

воде одрасли, али дете има улогу активног учесника. Те активности омогућавају усвајање социјалних вештина, доводе у интеракцију дете са одраслима и другом децом, омогућавају увежбавање и стицање нових вештина. Категорије и активности које садрже највоше прилика за стимулацију, а део су живота заједнице према истим ауторима приказане су такође у табели. Ове категорије укључују велики број најразличитијих активности, а њихов највећи извор прилика за учење је учествовање детета у тим активностима (Воћачек, 2017).

Табела 1: Активности које су извор прилика за подстицање развоја (према Dunst и сар. 2000).

Категорије/Активности	Категорија/Активности
<i>Породичне активности</i>	<i>Игра</i>
Кућни послови	Цртање
Припрема хране	Друштвене игре
Куповина намирница	Видео игре
<i>Родитељске рутине</i>	<i>Забавне активности</i>
Купање детета	Плесање, певање
Спремање детета за кревет	Слушање музике
Буђење детета	Самостална игра
Време за оброк	
<i>Дечије рутине</i>	<i>Породичне прославе</i>
Прање зуба, руку	Рођендани
Спремање собе, играчака	Славе
Хигијена, тоалет	Украшавање дома за празнике
Облачење, свлачење	
<i>Образовање</i>	<i>Социјализација</i>
Читање књига	Породична окупљања
Причање прича	Излети
Време за игру	Долазак пријатеља
Одлазак у шетњу	Посете пријатељима
Поздрављање	
Мажење	<i>Баштованство</i>
<i>Физичка игра</i>	Рад у башти
Вожња бицикла	Сађење биљака
Играње лоптом	Узгајање поврћа
Пливање	
<i>Породични излети</i>	<i>Рекреација у локалној заједници</i>
Породичне активности	Центри за рекреацију
Викенд активности	Пливање
	Санкање
	Јахање
	<i>Игра</i>

Вожње	Игра на отвореном и затвореном Игра у играоници Видео игре
<i>Породични изласци</i> Ресторан, тржни центар Посете пријатељима Породична окупљања	<i>Дечије атракције</i> Фарме Национални паркови Зоо врт Паркови природе
<i>Активности заједнице</i> Славља Дечији фестивали Сајмови	<i>Орханизоване групе</i> Дечији клубови Извиђачи Гимнастика
<i>Активности на отвореном</i> Планинарење Шетње Камп Изложбе	<i>Црквене активности</i>
<i>Забавни догађаји</i> Музеји Концерти	<i>Спортови</i>

Окружење и активности које најбоље подстичу дечији развој садрже комбинацију планираних и непланираних, структурираних и неструктурираних, намерних и случајних активности. Успешност програма ране интервенције већа је ако се комбинују свакодневне активности и планиране активности, обе врсте морају бити део најмање рестриктивне околине за дете, а то није простор, већ активност и прилика за учење. (Dunlap и сар., 2006 према Воћашек, 2017).

1.5.Изазови у обављању свакодневних животних активности

Већина деце са тешкоћама у развоју има проблеме у савладавању вештина свакодневног живота. Због тог проблема тешко се интегришу у социјалну средину. Родитељи проводе више времена са њима, што отежава њихов социјални развој. Изазови које се тичу учења свакодневних вештина према Ruteere и сар. (2015) су:

1. *Недостатак наставних материјала:* адекватни материјали развијају мотивацију код ученика и чине их активним учесником у процесу учења. Одржавају пажњу, помажу да схвате и науче нове вештине. Потребни су

- материјали које се могу додирнути, осетити, видети, играти се, потребни су конкретни материјали. Материјали требају служити сврси учења, према томе то су предмети за личну негу, храњење, бригу о кући, припрему хране, сигурност, рекреацију и слободно време, новац. Многи материјали приликом учења нису доступни. То ствара проблем;
2. *Недостатак новца*: Због ограниченог буџета неће моћи да набаве материјал за подучавање;
 3. *Негативан став* постоји код наставника и осталих стручњака који имају значају улогу у учењу вештина;
 4. *Недостатак особља*: наставници који нису обучени неће разумети карактеристике ученика и неће примењивати ефикасне методе подучавања и стратегије.

Према Карлан (2019) начини да се подржи дете са развојним сметњама и тешкоћама су:

- *Добре интеракције са родитељима и другим одраслика*: Потребне су позитивне везе. Позитивне интеракције подржавају раст и развој мозга, тела и ума.
- *Велика очекивања*: Деца могу да учине много више него што можемо да очекујемо. Морају се давати прилике за игру, учење, интеракцију, испробавање нових ствари.
- *Пронаћи снаге*. Свако дете има своје снаге које треба да се искористе да би се помогло детету да се развоја.
- *Водити рачуна у индивидуалности*. Свако дете је другачије. И поред тога што имају слична стања, разликују се по својим способностима.
- *Деца најбоље уче у контексту позитивних односа*. Нудећи позитивне интеракције дете најбоље учи и подржава се његов развој

Посебан нагласак стављам на изазове, али и стратегије и тактике за решавања проблема које се тичу савладавања вештина свакодневног живота.

1.5.1.Самопомоћ

Самопомоћ је подручје које има за циљ да се развију навике, знања и ставови везани за бригу о себи. Деца типичне популације усвајају ове вештине тако што

посматрају активности својих родитеља и људи из околине. Код деце са тешкоћама у развоју ситуација је другачија. Развојне препреке које доводе до кашњења у усвајању активности самопомоћи су закаснили развој вештина имитације, низак квалитет рецептивног говора, флукутирајућа пажња. Уз адекватну подрку деца углавном развију вештине самопомоћи на оперативном нивоу (Ђурић-Zdravković и сар., 2019).

Whitaker, 2002; Landy & Menna, 2006; Duvall и сар., 2007; Snyder, McLaughlin, & Denney (2011) према Ђурић.Zdravković и сар., (2019): Постоје бројне технике за учење активности самопомоћи, овде ће бити наведене неке од њих:

- *Анализа задатака*- Сваки задатак се раставља на кораке. Прање зуба укључује проналажење четкице, пасте, стављање пасте на четкицу, четкање доњих зуба, испирање, четкање горњих зуба, испирање, одлагање прибора.
- *Креирање визуелног водича*- Укључује фотографије за сваки корак у процесу.
- *Вербални и гестуални подстицај*- У почетку је потребна помоћ при упамћивању и завршавању задатака. Постепено се подстицаји смањују, прво показни, затим вербални. Када се дође до нивоа када детету нису потребни подстицаји, сматра се да је дете научило одређену вештину.
- *„Везе у ланцу“*- Сваки задатак укључује низ корака који услављавају један другог. У почетку је потребно упућивати на сваки корак, а затим лагано уклањати везе.
- *Социјалне приче*- За разлику од визуелног, овде се фаворизују слике и речи за описивање очекиваног понашања. Већина прича је прилагођена индивидуалним способностима. Социјална прича може да се понавља док дете не изврши све кораке без подстицаја.
- *Видео моделовање*- Многа деца преферирају визуелно учење. Могуће је представити читав процес неке активности.
- *Апликације*- Дете може да научи да користи мобилне апликације које су дизајниране у сврху вођења кроз неку активност у оквиру самопомоћи.

Наведеним техникама у оквиру самопомоћи, постепеним преношењем спољашњих норми, акција и стандарда на унутрашњи ментални план дете почиње да их доживљава као своје и примењује их као своју стратегију (Snyder, McLaughlin, & Denney, 2011 према Ђурић-Zdravković и сар. 2019).

1.5.2.Храњење

У првих 100 дана живота беба доживљава више од 300 сати храњења. То значи да се дешавају прилике за позитивно обликовање дететовог живота. Управо приликом тих поновљених искустава имају највећу шансу да обликују развој. То чини оброке савршеном приликом да родитељи квалитетно проведу време са дететом и да учине да се осећају вољено. Неки од начина које родитељи могу користити током исхране за промоцију позитивних веза током орбока су да се причају са дететом док се храни, обезбеде удобност током храњења, да певају детету, да хране дете док су ту друга деца, користе нежне покрете (Kaplan, 2019).

Проблеми са храњењем код деце са тешкоћама у развоју су чести, то може бити јако стресно за дете и породицу. Помагање детету да преброди тај проблем може бити дуго и споро, али је потребно. Тешкоће у говору могу да ограниче дете да пријави бол или другу нелагодност која могу ометати храњење. Вештина храњења је заправо сложена људска активност, она зависи од мединског стања, сазревања и могућности покрета. Када све области раде како треба храњење је могуће. Многа деца имају проблеме сензорне природе, па може постојати проблем у јелу различите хране, испробавању различитих укуса, мириса и текстуре. Многа деца могу развити проблеме у понашању која се испољавају током оброка, као што су прекидање храњења, играње са храном и слично (www.autismspeaks.org/family-services).

Они захтевају посебну негу, која мора бити присутна током свакодневних активности. Дечије вештине храњења су директно повезане са физичким и интелектуалним развојем. Кад су присутне развојне сметње и тешкоће, могућности ове вештине могу бити ослабљене (Kaplan, 2019).

Проблеми се деле у две групе. То су медицинска стања и проблеми у понашању. Медицинска стања могу бити стомачни проблеми и болови, грчеви у стомаку, алергије на храну, проблеми са зубима и гутањем хране. Проблеми у понашању који утичу на процес храњења су реакције на сензорне аспекте хране, нереаговање на одбијање хране или устајање са стола доводи до понављања таквог понашања које омета храњење, разумевање и коришћење говора (www.autismspeaks.org/family-services).

Изазови и решења за храњење детета са тешкоћама у развоју према Purgotri, (2012):

- *Сензорна преосетљивост:* Основни фактор потешкоћа у храњењу код деце са развојним сметњама и тешкоћама јесте сензорна преосетљивост. Комбинација текстуре, температуре и укуса може довести до фрустрације код деце. Да би се креирала разноврснија прехрана, постепено се мења омиљена храна. Промене хране требају бити незнатне, али уочљиве. Други начин је да одаберу храну у продавници и помогну родитељима око припреме, на тај начин се излажу различитим мирисима и укусима. Ако постоји сензорна преосетљивост, треба пустити дете да се игра са храном, док се не навикне на њу. Охрабрити дете да се више укључи у припрему хране. Деца ће више пробати уколико се укључе у припрему оброка. Охрабрити дете да једе са другом децом. Обезбедити деци мале количине хране. Потребна је рутина за време оброка. Експериментисање са малим променама у храни. Прављење распореда оброка.
- *Орална праксија:* Проблеми са храњењем могу бити изазвани недовољном оралном праксијом. Деца морају да постигну добру моторичку координацију пре него што постигну довољне орално моторичке вештине. За решавање овог проблема примењују се орално-моторичке вежбе које јачају мишиће вилице, језика, усана.
- *Проблеми понашања:* Постоје различита понашања која могу да утичу на храњење. Дете може да привлачи пажњу својим понашањем или да једе само неколико врста хране. Приликом решавања овог проблема треба користити позитивно поткрепљење или игнорисање. Постепено се пролази кроз кораке активности. Почне се тако што дете додирне храну. Кораци се раде док дете не почне да једе самостално.
- *Медицински проблеми:* Гастроинтестинални, кардиоваскуларни проблеми могу утицати на храњење, заједно са превременим рођењем, оштећењем вида. Проблем са исхраном може да доведе до тога да дете повраћа храну, тако узрокује одбијање. Важна је консултација са доктором.
- *Проблеми везани за породицу:* Породична динамика може да доведе до најтежих потешкоћа са исхраном. Родитељи су најважније компоненте у спровођењу храњења. Родитељи често хране своју децу храном у којој они уживају. Важно је

дати детету бројне могућности, укључујући храну коју родитељи не једу. Важно је да се дете осећа угодно док једе. Активност храњења је социјална активност, а осећај нелагодности може проузроковати проблеме. Родитељи треба да буду отворени за промене и да се прилагоде. Треба избегавати присиљавање деце на храну. Допустити детету да бира шта ће да једе, на тај начин имају контролу над ситуацијом и веће су могућности да пробају нову храну.

Следе информације о неколико најчешћих стања и зашто ова деца често имају изазове у храњењу, како их решити (Kaplan, 2019).

Аутизам

Аутистични поремећај је науроразвојни поремећај који се јавља током раног периода детињства. Дефинише се као квантитативно оштећење друштвених интеракција, поремећај комуникације, са ограниченим, понављајућим и стереотипним понашањем (Косијан, 2019). Може да се идентификује у прве две године живота. Тешкоће се могу кретати од благих, до тешких. Имају проблеме у понашању, промена рутине им смета, сензорно су преосетљиви, кашњења у развоју, поребни су алтернативни облици комуникације (Kaplan, 2019).

Изазови повезани са храњењем код деце са аутизмом:

- Сензорна преосетљивост чини да испробавање нове хране тешким искуством;
- Тешкоћа у моторном планирању покрета;
- Слаб тонус отежава једење тежих текстура хране и може довести до гушења;
- Ригидност и снага стварају тешкоће приликом испробавања хране.

Церебрална парализа

Церебрална парализа се дефинише као непрогресивно стање које је проузроковано факторима који су деловали пренатално, перинатално или постнатално, а узрокују лезије централног нервног система. Карактеристични су патолошки покрети и успорен развој. Деца са церебралном парализом могу имати има и друге придружене проблеме, као што су интелектуална ометеност, перцептивне тешкоће, који сви заједно лимитирају укупан развој детета. Имају проблем у координацији која смањује ефикасност у обаљању

свакодневних животних активности (Papać & Nedović, 2011). Свако дете испољава јединствене симптоме и проблеми се могу кретати од благих до тешких (Kaplan, 2019).

Изазови повезани са храњењем деце са церебралном парализом су:

- Ограничено кретање;
- Лоше држање тела и контрола главе и врата;
- Гутање је отежано;
- Повећана потрошња енергије и брзо замарање;
- Тешко конзумирање различите текстуре хране;
- Коришћење само једноличне исхрана.

Слушна оштећења

Слушна оштећења делимо на наглувост и глувоћ. Наглувост је веће или мање оштећење слуха, а глувоћа се сматра потпуним губитком слуха. Узрок може бити проблем у спољашњем или средњем уху, то је кондуктивни губитак слуха. Уколико је проблем у унутрашњем уху то је перцептивни губитак слуха. Такође постоји и мешовити губитак слуха, где су присутна оба оштећења (Poplašen, 2014). Деца могу да се роде глува или временом да изгубе слух. Пратећи проблеми су кашњења у развоју, тешкоће у учењу, потреба за алтернативним облицима комуникације (Kaplan, 2019).

Изазови повезани са храњењем деце са оштећењем слуха су:

- Сензорна преосетљивост;
- Могу захтевати посебне услове за храњење и учење;
- Поред оштећења слуха јављају се и оштећења вида, моторичке и когнитивне тешкоће које даље утичу на храњење детета.

Даунов синдром

То је хромозомски поремећај због кога настаје вишак једног хромозома, тј. хромозома 21. Неки од здравствених проблема који се јављају код особа са Дауновим синдромом су проблеми са срцем, сметње у виду и слуху, промене на кожи, ендокрини поремађи, успорен психомоторни развој (Rizvanović, 2010).

Изазови повезани са храњењем деце са Дауновим синдромом:

- Сензорна преосетљивост;
- Низак тонус отежава узимање хране;
- Смањен унос хране због повећане потрошње енергије приликом узимања хране;
- Проблеми у понашању и пажњи.

Превремено рођене бебе и бебе са малом порођајном масом

Превремено рођене бебе су бебе које су рођене пре 37.недеље гестације. То је један од разлога хоспитализације након рођења. Имају проблеме са спавањем, кашњење у свим областима развоја, проблеми са слухом и видом, са варењем. Углавном су на дугим и честим хоспитализацијама (Kaplan, 2019).

Изазови повезани са храњењем:

- Сензорна преосетљивост;
- Недозрелост тела и унутрашњих органа;
- Тешкоће у дисању, сисању и гутању;
- Тешкоће у спавању;
- Појачана осетљивост због честих медицинских процедура;
- Често кашљање, гушење.

Оштећење вида

Оштећење вида је када дете уопште не може да види на једном или на оба ока. Деца се могу родити са оштећењем вида или временом изгубити вид. Постајање овог проблема доводи до немогућности да дете истражује своју околину и самим тим нема потребне стимулације. Код ове деце се јављају кашњења у развоју, тешкоће у учењу и комуникацији. Потребни су алтернативни облици комуникације.

Изазови везани за храњење деце са оштећењем вида:

- Сензорна преосетљивост доводи до проблема у додиривању хране и једењу;
- Слабост мишића;

- Уколико постоје додатна оштећења(слуха или моторике) то додатна отежава функционисање детета.

Упркос постојању свих изазова, важно је да родитељи и струњаци разумеју снаге детета, њихове капацитете и потребе. Важно је да се подрже сва подручја развоја, а не само храњење. Укључивањем једноставних активности за дете током свакодневних активности и рутина, може да се подржи дечији развој на ефикасан начин који захтева мало додатног времена. Деца која имају проблем у храњењу често имају проблеме због одређеног стања или болести. Могу се јавити на почетку живота или се временом могу развити. Најважније је да родитељи знају како да подрже дете и да пруже негу. Поред свих наведених стања који изазивају проблеме у храњењу, постоје и други проблеми који их могу изазвати, као на пример деца која стално плачу, деца која се успавају током храњења, превише осетљива деца, деца са тешкоћама у сисању, са slabим мишићним тонусом, бебе које повраћају током храњења, итд. (Karlan, 2019).

Сви изазови у храњењу се могу решити кроз примену стратегија и тактика које наводе многи аутори, а ја ћу навести оне које спомиње Karlan (2019) и које су наведене на www.autismspeaks.org/family-services:

- *Направите распоред и рутину храњења:* Дете треба да једе на истом месту и у приближно исто време. Тако ће знати шта ће се десити за време оброка и након њега.
- *Избегавати храњење током целог дана:* Не дозволити грицкалице током целог дана, то смањује апетит и спремност за нову храну. Треба одредити пет оброка у току дана. То ће омогућити чешће и мање оброке који су потребни деци.
- *Позиционирање:* Потребно је да дете седи на столици, са флектираним куковима и коленима.
- *Обезбедити удобност приликом седења:* То ће стимулисати позитивнопонашање током седења и храњења и смањити негативна понашања.
- *Ограничитити трајање оброка:* 30 минута је велики оброк и 15 минута ужине.
- *Смањити дистракције:* Угасити телевизор и остале звукове. Приликом храњења добро је бити у осветљеној просторији.

- *Опрема:* Треба одабрати флашицу и посуђе које ће омогућити да дете једе полако и без проблема.
- *Шетња:* Неким бебама прија шетња током храњења.
- *Укључити дете у активност:* треба да помогне око припреме хране и избора. То му омогућава да истражује и проба нову храну.
- *Вежбати позитивно понашање током храњења:* деца уче кроз посматрање, зато родитељ треба бити добар приме.
- *Наградити дете:* то ће повећати вероватноћу да понови тај облик понашања.
- *Реаговати на негативна понашања* као што је пљување, бацање хране.
- *Представити нову храну* кроз мале залогаје и на забаван начин.

Као што је свако дете јединствено, тако су и њихови изазови и потребе за храњењем различити. Веома је битно да родитељи схвате проблеме и потенцијале код свог детета и да имају довољно знања и вештина да им пруже најбољу помоћ и подршку. Процес храњења је драгоцену искуство које се дешава сваког дана, зато је неопходно радити на томе да свако дете има позитивно искуство са храњењем (Kaplan, 2019).

Према <https://www.urmc.rochester.edu/childrens-hospital/nutrition/special-needs.aspx>:

Пре него што се нахрани дете са тешкоћама у развоју потребно је да се направи одговарајућа атмосфера за оброк. Треба обезбедити пријатну атмосферу, без телевизије, опрати руке и најавити време за оброк. Сместити дете у угодан положај, а до је седећи са ногама под углом од 90 степени. Уколико је потребно користити помагала за позиционирање. Родитељ треба да седи наспрам детета у висини очију и да покаже позитивне емоције: сталоженост и осмех. Потребно је користити кашику која је одговарајуће величине. Кашике које су обложене су добре за веома малу децу или децу која тешко гризу. Коришћење посебних тањира, прибора и чаша је од користи. Такође битан сегмент је одабир адекватне хране. оброк треба започети масирањем десни прстом, то ће изазвати сисање код детета. Водити рачуна о температури хране. Ако се дете храни самостално треба олакшати тако што ће се исећи храна. Давање течности између чврстих јела.

Каплан (2019) у свом приручнику наводи посебне стратегије и тактике за храњење које могу помоћи у остваривању активности храњења код деце:

Стимулација усана: Изазива се реакције сисања код бебе која користи флашицу или још увек доји и на тај начин се олакшава храњење. Углавном се користи за бебе од 0-6 месеци. Треба користити када је потребно додатно охрабрење да сиса, код бебе које имају проблеме са сисањем, које имају слабо сисање, код превремено рођене деце, деце која се лако умарају. Користи се тако што држимо бебу под углом од 45 степени, лагано стимулишемо бебину доњу усну са обе стране. Треба направити паузу након неколико покушаја и дати времена да почне са сисањем. Поновити уколико је потребно.

Потпора вилици и бради: Пружање подршке вилици да сиса. Користи се за бебе од 0-6 месеци које користе флашицу. Такође се користи код беба које се лако умарају, које имају проблем са сисањем, слабо и неорганизовано сисање, код превремено рођених беба. Користи се тако што се беба држи под углом од 45 степени, стави се прст испод браде и пружа се благ притисак док не почне да сиса.

Потпора уснама и образима: Користи се за бебе од 0-6 месеци које користе флашицу. Такође код беба које се лако умарају, имају проблеме са сисањем, имају слабо и неорганизовано сисање, код превремено рођених беба. Користи се тако што се беба држи под углом од 45 степени, користи се прст за нежан притисак на образ који ће помоћи да беба помера своје усне и тако се стимулише сисање.

Затварање усана и образа: Пружање подршке дечијим уснама и бради омогућавајући затварање усана за храњење. Код беба од 0-6 месеци које имају проблем са затварањем усана, са сисањем, slabим и неорганизованим сисањем, код превремено рођених беба. Користи се тако што се беба држи под углом од 45 степени или се стави у седећи положај. Помоћу палца који се ставља испод доње усне и кажипрста на бради пружа се нежан притисак и то чини да се бебине усне помичу.

Техника притисак доле: Пружа се подршка бебином језику за изазивање сисања код беба које користе флашицу. За бебе од 0-6 месеци, такође користе се код сваке беба којима је потребна додатна подршка, која се лако умарају, имају проблеме са сисањем, код превремено рођених беба. Користи се тако што се беба држи под углом од 45 степени или на узвишењу. Пружа се нежан притисак према доле на бебином језику, 1-3 секунде и даје се време да почне да сиса.

„*Pacing technique*“: Ова техника омогућава кратке паузе за бебу која користи флашицу за храњење, тако што успорава процес. Користи се за бебе од 0-6 месеци, код беба које се лако умарају, имају проблеме са сисањем, које кашљу, често пљују, код превремено рођених беба. Користи се тако што се беба стави под углом од 45 степени или узвишење на јастуку, флашицу треба држати водоравно да би се смањио доток течности, дужина храњења је 20-30 секунди (3-5 гутљаја). Флашица се нагиње тако да се смањи доток течности, али се не уклања из бебиних уста. Кад беба почне поново активно да сиса, флашица се враћа у водораван положај и наставља се са храњењем.

Моделовање лица: Ова техника стимулише орално моторички развој детета. Користи се пре оброка за стимулацију мишића која их чини спремним за храну и пиће. Користи се за децу старију од 6 месеци, код деце са slabим затварањем усана, slabим тонусом или веома jakim тонусом мишића лица. Користи се тако што се дете стави у усправан или седећи положај. Два или четири прста се стављају изнад образа, лупка се три пута и иде према уснама. Примењују се покрети вибрације док се крећу ка уснама. Понавља се три пута. Затим се прсти стављају изнад горње усне и лагано врши притисак док се масира. Овај покрет помаже да доња усна додирне горњу. Поступак се понавља 8-10 пута.

„*L-SHAPE tehnika*“: Ова техника пружа подршку вилици која помаже отварање и затварање усана за жвакање и гутање. Користи се за децу старију од 6 месеци која узимају чврсту храну, код деце са slabим затварањем усана, са тешкоћама у отварању и затварању вилице. Користи се тако што се дете ставља испред особе која је храни, усправно је или у седећем положају. Палац се ставља на браду или испод доње усне, а кажипрст у близини уха. Вилица се обухвата тако да могу покрети да се контролишу. Постепено се смањују подршка.

Држање браде: Пружа се подршка бради помоћу које ће моћи да отвара и затвара уста за жвакање и гутање. Користи се за децу старију од 6 месеци и која користе чврсту храну. За децу са slabим затварањем усана, потешкоћама у контроли отварања и затварања усана. Користи се тако што је дете усправно или у седећем положају. Палац се ставља у близини уха, а кажипрст на браду или доњу усну. Обезбеђује се контрола вилице тако што се воде покрети вилице. Постепено се смањује количина подршке и контроле.

„*Press-down tehnika*“: Приликом примене ове технике пружа се подршка језику и вилице, смањује се притисак језика приликом храњења. За децу старију од 6 месеци која се хране чврстом храном и уче да пију из шоље. Користи се тако што се дете поставља у усправан или седећи положај. Кашика се ставља у равни са језиком и притиска се на доле док се брада чврсто држи.

Техника уклањања чаше: Пружа се подршка вилице да се помогне отварање и затварање уста. Користи се за децу од 6 месеци и старију, за децу са хипертонусом и хипотонусом, тешком контролом вилице. Користи се тако што се смањи бука, ограниче визуелне стимулације и смањи светло, треба помоћи детету да се опусти. Када загризе треба пружити лаган притисак испод браде, причека се да се вилица отвори и извади се кашика. Ако то не помаже глава се усмери према напред и отворе се уста.

Према Карлан (2019) деца се најбоље хране када су мирни и будни. Тактике за смиривање детета се најчешће користе код детета које је преосетљиво, а тактике за буђење детета се користе код деце која су хипосензитивна.

- Активности за смиривање детета се користе пре храњења ако су деца превише раздражљива. Користе се ритмички, понављајући покрети, додир, звукови који умирају дете као што су тапкање по леђима, љуљање у наручју или столици, певање, умирујућа музика, масирање тела. Такође треба понудити објекте за жвакање пре и после јела као што су цуцла, играчке за жвакање, руке или прсти. Треба обезбедити пригушена светла, тамнију собу, уз минималне звукове. Користе се устаљене активности тако да дете зна шта га очекује.
- Активности за буђење детета се користе да се тело детета припреми на храњење, уколико је хипосензитивно. Користе се активности као што су мењање пелена или пресвлачење гардеробе, разговор са дететом, тапкање по леђима. Нуде се предмети и активности које ће стимулирати лице и уста пре јела као што су масажа лица, четкице за зубе, играчке за жвакање. Треба обезбедити светлу просторију са више звукова. Такође могу помоћи интеракције као што су брза кретања и гласи звукови. Треба користити устаљене активности тако да дете зна шта га очекује.

Предуслов за успешну примену свих стратегија и тактика током храњења јесте добра комуникација и интеракција између детета и родитеља. Деца имају више начина на које комуницирају и изражавају своје жеље и потребе. Кроз употребу звукова, покрете тела и изразима лица, деца обавештавају када су спремни да једу, али и када им је потребна пауза или су сити. Важно је да родитељ разуме потребе свог детета како би могао да одговори на њих. Гле главне врсте знакова које деца дају су ангажовање и искључивање. Знакови да је дете спремно за храну су: очи су сјајне и широке, обрве су подигнуте, осмех, контакт очима, сисање, покрети усана и језика. Окретање главе и тела према храни или течности, руке у уста, испод браде, на стомаку, посезање према родитељу и храни. Знакови да дете неће да једе: обрве су намрштене и спуштене, плач, наборано чело, поглед у страну, брзо дисање, кашљање, пљување, зевање и штуцање, окретање главе од родитеља и хране, гурање хране, спавање током храњења, хватање за одећу, спајање руку, руке на уву, оку и задњем делу главе (Kaplan, 2019).

У оквиру пројекта „Хит је бити фит, а сит“, у сарадњи са Институтом за здравствену заштиту мајке и детета Србије, Институтом за ментално здравље „Др Милан Јовановић Батут“, Градским заводом за јавно здравље Београд, Australian Development Cooperation и UNICEF-ом наводе се 10 корака за одговорно храњење и здравље деце узраста од једне до 3 године.

Јести заједно, породично, за столом	<ul style="list-style-type: none"> - Учините да оброк буде опуштајућ и пријатан догађај; - Деца уче опонашајући, једите оно што желите да и дете једе; - Пратите понашање детета и одговарајте на његове потребе.
Понудити храну и дозволити детету да одлучи	<ul style="list-style-type: none"> - Не инсистирати на количини.
Понудити храну и дозволити детету да одлучи како да једе	<ul style="list-style-type: none"> - Прибором или рукама; - Бити стрпљив, јер је храњење процес учења.
Свакодневно нудити свих пет намирница	<ul style="list-style-type: none"> - Млечне производе, риба, месо, јаја, житарице, поврће, воће.
Створити навику и понудити оброке у исто време	<ul style="list-style-type: none"> - 3 главна оброка и 2-3 ужине у току дана.
Свакодневно понудити више пута течност, најбоље воду	<ul style="list-style-type: none"> - Најбоље између оброка, у шољи или чаши по 100-120мл, 6-8 пута дневно.
Свакодневно поштовати дететов	<ul style="list-style-type: none"> - Нека деца воле да једу одвојену сваку намирницу; - Не хранити на силу;

избор, укус, жеље, навике храњења	- Ако не прихвати неку храну одмах, понудити касније или у другој комбинацији.
Наградити дете пажњом, а не храном или пићем	- Игра, читање, разговор, шетња, похвала
Деци не треба давати:	- Пржена и похована храна, слаткиши, газирана пића, грицкалице, кафа.
Развијати здраве навике у понашању детета свакодневно	- Подстицати физичку активност; - Не препоручује се гледање телевизије у првој и другој години.

1.5.3. Тоалет

У популацији деце са типичним развојем вештине употребе тоалета се стичу између треће и пете године. Међутим, многа деце са потешкоћама у развоју, аутизмом, интелектуалном ометеношћу често касне у стицању ове вештине, или никад не успеју да је усвоје. Стицање ове вештине је прекретница за живот детета са развојним сметњама и тешкоћама. Немогућност обављања доводи до лоше интергације у социјалну средину, лоше хигијене, исмевања од стране вршњака, чиме се додатно отежава живот детета. Ове потешкоће умањују самопуздање, емоционални развој, стицање академских вештина (SaraI & Ulke-Kurksuoglu, 2010).

Тренинг употребе тоалета за децу са тешкоћама у развоју је један од најчешће истраживаних области вештина свакодневних активности. Чак и за децу типичне популације ово може бити тешкоћа. Учење захтева време, енергију, стрпљење и детета и родитеља. Деца са тешкоћама у развоју се суочавају са препрекама у савладавању ове вештине. Тренинг употребе тоалета представља кључну вештину која је неопходна за обезбеђивање осамостаљивања детета и интеграције у друштвену средину (Cocchiola & Redpath, 2017).

Yoo(2010) према Cocchiola & Redpath(2017) наводе стања и проблеме који захтевају додатну подршку у тренингу употребе тоалета:

- Дете са тешкоћама у развоју суочава се са већим препрекама у савладавању ове вештине;

- Дете са проблемима у комуникацији ће имати тешкоћу у тренингу употребе тоалета, зато је потребна додатна подршка;
- Неуспех у савладавању употребе тоалета је повезано са неефикасним тренингом;
- Одлагање укључивања у овај програм доводи до продуженог трајања тренинга;
- Родитељима и стручњацима ово може бити стресно;
- Проблеми уrogenиталног система су један од честих разлога тешкоћа;
- Проблему треба приступити до 3.године.

Дете треба да има предуслов за развој вештине као што је интересовање за купатило, жеља, изрази лица или покрети тела који указују на нелагодност. Употреба тоалета је важна вештина која доводи до самопоштовања, повећава хигијену и могућност интеграције у средину, дружење са вршњацима, рекреацију. Изостанак ове вештине доводи до социјалне изолације, ограничено укључивање у школу и касније запошљавање, компликације на кожи, иритације и инфекције, новчане трошкове, стрес са дете и родитеља. Време трајања тренинга употребе тоалета је просечно годину дана, док је за типичну децу то у процеку 3-6 месеци . Иако употреба тоалета је један од најважнијих циљева у току прве три године, тренинг постаје секундарни циљ уколико постоје други проблеми, попут проблема у комуниацији, социјализацији или тешкоће у учењу. Често су циљеви усмерени на академске вештине, а мањи фокус је на тим вештинама за свакодневни живот(Cocchiola & Redpath, 2017).

Најчешће коришћена стратегија за учење ове вештине је Rapid Toilet Training (RTT). Развијена и је и објављена 1971 (Saral & Ulke-Kurkcuoglu, 2010). RTT се састоји из више компоненти:

- 1.Често планиране могућности за одлазак у тоалет;
2. Повећан унос течности;
3. Употреба аларма за одлазак у тоалет;
4. Позитивно поткрепљење;
5. Неодобравање лошег понашања.

Ова стратегија се успешно примењује код деце и одраслих са и без интелектуалних оштећења (Doan & Toussaint, 2016).

Још једна стратегија која се користи приликом тренинга употребе тоалета је „Спремно дете“. Овај поступак подржава идеју да дете треба да покаже емоционалну и физичку спремност пре него што се приступи тренингу. Такође је потребна могућност контроле мокраћне бешике, разумевање говора. Овај концепт развио је Spock i Brazelton. Подржавају учење засновано на развојној спремности и учењу које подржавају родитељи. Тренингу треба приступити када је дете за то спремно, важно је позитивно искуство и употреба казни је непотребна (Cocchiola & Redpath, 2017).

Према Sipić (2017) многа деца науче да користе тоалет тек у каснијим годинама живота. Постоји много проблема због којих се може јавити тешкоћа у савладавању ове вештине. Потребно је да се проблем увиди и нађе начин за решавање. Предлози су:

- Постојање физичких или медицинских разлога због којих се јављају тешкоће при употреби тоалета, упућују на разговор са педијатром.
- Деца имају проблем у разумевању и употреби говора, зато не треба очекивати да ће дете тражити да иде у тоалет.
- Некој деци је тешко да спуштају и облаче панталоне, па то може бити разлог тешкоће коришћења тоалета.
- Нека деца имају страхове од седења на тоалетној шољи или се плаше звукова воде. Начин решавања овог проблема је визуелно представљање употребе тоалета.
- Нека деца немају развијену свест о томе да треба да иду у тоалет.
- Многа деца већ имају своју рутину и сопствени начин, зато је тешко учење новог.
- Може постојати проблем у употреби различитих тоалета.

Такозвани „тренинг распореда“ помаже деци да науче вештине извршавања тоалетних потреба, а да их не замене неком другом активношћу. Родитељи постављају распоред и на тај начин деца уче да га прате.

1. Циљ је *шест седења* дневно у тоалету. У почетку су кратки (5 секунди), а сваког дана треба да постоји један дужи боравак (до 10 минута);

2. *Не питајте. Реците.* Не треба децу питати или чекати да кажу да им се иде у тоалет. Треба рећи да је време.
3. *Распоред.* Испланирајте одласке у оквиру рутине.
4. *Комуницирајте.* Користити исте речи, слике или знакове. То помаже да науче језик употребе тоалета.
5. *Будите упорни.* Потребно је отприлике три недеље.
6. *Направите визуелни распоред.* Користите слике за сваку активност у вези са употребом тоалета.
7. *Одредити награде.* То може бити омиљени слаткиш, воће или гледање цртаног филма (Sipić, 2017).

Исти аутор наводи савете за увећање успеха приликом учења употребе тоалета:

- Бележити рутину свог детета током три „типична“ дана. То ће помоћи у лакшем састављању програма.
- Размотрити исхрану свог детета. Промене у исхрани могу довести до чешће употребе тоалета.
- Направити мале промене у дневним навикама. Облачити одећу која се лако скида, пелене мењати у купатилу, укључити дете у читав процес.
- Омогућити да одласки у тоалет буду удобни.
- Треба размислити о потребама свог детета. Уколико дете не воли одређене мирисе, звукове, треба их избегавати у купатилу.
- Користити визуелни распоред. Сlike које приказују корак по корак могу помоћи да дете научи рутину и зна шта следи.
- Користити награде након обављања тоалета.
- Вежбати у различитим тоалетима.

Сви који раде са дететом требају бити укључени у читав процес тренинга употребе тоалета.

1.5.4.Купање

Купање је угодно искуство за већину деце. Представља стимулативну и опуштајућу активност. Некој деци је потребна додатна помоћ и опрема да би им се омогућило

самосталније купање. Одабиру опреме претходи пажљива процена како би се обезбедила најприкладнија опрема за купање и туширање. Дете са тешкоћама у развоју не сме бити без надзора, чак иако користи додатна помагала и опрему (Hong, Wheble, Jarvis, 2005). Пре одабира опреме потребна је процена која обухвата процену тонуса, издржљивости, равнотеже, постуралне контроле, покретљивост.

Hong, Wheble, Jarvis 2005 према Smith 2005: Купање може бити изазов уколико дете има лош тонус, снагу, постуралну стабилност. Обезбеђивање опреме може помоћи да дете стекне независност, такође помаже да улази и излази из каде и кабине, као и минимализација ризика од несреће. Одабир опреме зависи од много фактора: потребе и жеља детета и родитеља, старости детета, величине простора, прихватање, безбедност, трајност, квалитет и могућност чишћења.

Према <https://momsinmotion.net/bathing-a-child-with-sensory-processing-disorder/>: савети за купање деце са развојним сметњама и тешкоћама су:

- Утврдити време за купање: На неку децу купање делује умирујуће, на другу стимулишуће. Уколико се дете након купања раздражи, предлаже се купање пре спавања, али да томе претходи вежбање. Ово ће учинити да се дете умори, и након купања ће моћи да заспи.
- Припремити купку унапред: Напунити каду пре него што дете уђе у купатило, како би избегло гласан звук воде, треба проверити температуру воде. При руци треба имати средства за купање, да се не би родитељ удаљавао од каде. Треба додати ирарке које дете воли, како би ту активност учинили повољнијом.
- Направити распоред активности: Уколико је купање проблем за дете, треба направити распоред како би се дете држало тих активности. То ће учинити да дете зна шта следи када је у питању купање. Мање ће бити стресно за дете.
- Смањити мирисе: Нека деца не воле јаке мирисе, зато треба водити рачуна да та средства не миришу претерано.

Поред ових тактика које могу да олакшају процес купања, може се користити и опрема у те схвре. Неке од опрема које се користе су:

- Специјалне каде: омогућава деци да се самостално пребацују помоћу лифта. Висина се може мењати. Ово решење је јако скупо и захтева већи простор.

- Подршка систему седења: подршка детету које не може да седи самостално управно. Постоје различите врсте, а неке од њих су: носачи, дизалице, јастуци за купање, седишта за купање, столице за купање.(Hong, Wheble & Jarvis, 2005).

2.МЕТОД РАДА

За потребе овог рада коришћена је квалитативна анализа релевантне литературе и научних чланака на Google Академик- у. Одабир научних чланака се вршио претрагом кључних речи: *рана интервенција, деца са развојним сметњама, стратегије у раној интервенцији, изазови у раној интервенцији*, а затим увођењем критеријума године објављивања и узимање чланака са највећим бројем цитирања. Додатна претрага вршена је основу референци претходно одабраних радова, који су се бавили истом или сличном темом.

3.ЗАКЉУЧАК

Прегледом доступне литературе може се закључити да је рани развојни период од изузетне важности за каснији живот детета. У том периоду постоје велике могућности за подстицања правилног развоја, превентивног деловања уколико постоје фактори ризика, као и ублажавања постојаћих сметњи и тешкоћа. Рана интервенција предствала програм који је усмерен ка деци и родитељима у циљу пружања адекватне помоћи и подршке, како би се искористили постојећи капацитети породице и развили сви потенцијали детета.

Кроз рану интервенцију се осигурава и побољшава лични развој детета, јачају се компетенције породице, промовише социјална укљученост детета и породице. Програм почиње детекцијом детета, следи упућивање у адекватан програм, затим се обавља прва посета кроз коју се процењују ризици и ресурси, након тога се приступа креирању програму према индивидуалним способностима и потребама детета и породице.

Изазови који се јављају у току споровођења ране интервенције су малобројни, али значајни и могу да утичу неповољно на исходе програма. Изазови који постоје у већини

земаља јесу, пре свега, раздвојеност система који раде са дететом и породицом, здравственог, образовног и социјалног система. Њихова некоординисаност доводи до неквалитетног програма који нема исте циљеве за дете и породицу. Други изазов је неравномерна територијална покривеност и доступност услуга ране интервенције. Време почетка примене ране интервенције је такође важно за успешност примене, познато је да уколико се са програмом крене раније, по откривању сметње или ризика, резултати су бољи. Предуслов за успешну примену стратегија и тактика је обука родитеља коју обавља стручњак кроз разговор, дељење информација и демонстрацију. Постоји много стратегија и тактика које се примењују у подршци деце са развојним сметњама и тешкоћама. Све имају различите циљеве, а постављају се према конкретним потребама детета и окружења у зависности од забринутости и тешкоћа.

ЛИТЕРАТУРА

1. Adams R. & Tapia C. (2013). The Council on Children With Disabilities. Early intervention, IDEA Part C services, and the medical home: Collaboration with best practice and best outcome. *American Academy of Pediatrics*. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-2305>
2. Ajduković, M. (2008). Rane intervencije i ostale intervencije u zajednici kao podrška roditeljima pod rizicima. U: Ajduković, M. & Radočaj, T. (ured.) (2008). *Pravo djeteta na život u obitelji*. Zagreb: UNICEF-a za Hrvatsku.
3. Akhbari Ziegler, S., & Hadders-Algra, M. (2020). Coaching approaches in early intervention and paediatric rehabilitation. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 62(5), 569-574.
4. Alimović, S., Petrović-Sladetić, T.(2007). Rana intervencija u Hrvatskoj. U: Eškirović, B. & Vučinić, V. (ured.) (2007). *Transition of special education and rehabilitation, New possibilities*, (str. 675-682). Beograd: Centar za izdvačaku delatnost- CIDD.
5. Baucal, A. (2012). Razvoj standarda za učenje i razvoj dece ranih uzrasta. U Baucal, A (ured.) (2012) *Standardi za razvoj i učenje dece ranih uzrasta u Srbiji*. (str. 19-23) Beograd: Institut za psihologiju Filozofskog fakulteta Univerziteta u Beogradu.
6. Blackman, J.A. (2003) *Early Intervention: An Overview*. In Odom, S. L., Hanson, M.J., Blackman, J.A., Kaul, S. *Early Intervention Practices around the World*. Baltimore: Brookes Publishing.

7. Blaži, D. (2018). Uspostavljanje modela rane intervencije kod djece sa neurorizikom i razvojnim odstupanjima. *Epoha zdravlja: Glasilo Hrvatske mreže zdravih gradova*, 10(1), 13-15.
8. Bohaček, A. (2017). Uloga rutina i rituala u ranom učenju i ranoj intervenciji. Specijalistički rad. Sveučilište u Zagrebu Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet.
9. Bujanović, G., & Martinec, R. (2019). Utjecaj muzikoterapije na socijalnu komunikaciju u osoba s poremećajem iz spektra autizma. *Medica Jadertina*, 49(3-4), 205-215.
10. Cocchiola, M. & Redpath, C. (2017). Special Populations: Toilet Training Children with Disabilities. U: Matson, J.L. (ured) (2017) *Clinican guide to toilet training children*. Springer.
11. Cvijetić, M. (2016). Značaj rane intervencije u tretmanu teškoća u intelektualnom razvoju. *Beogradska defektološka škola*, 22(2), 61-78.
12. Demerin, I. M. (2019). Rana intervencija nekad i sad. *Logopedija*, 9, 23-27.
13. De Moor, J. M. H., Van Waesberghe, B. T. M., Hosman, J. B. L., Jaeken, D. y Miedema, S. (1993). Early intervention for children with developmental disabilities. EURLYAID working party. *International Journal of Rehabilitation Research*, 16, 23-31.
14. Doan, D., & Toussaint, K. A. (2017). A parent-oriented approach to rapid toilet training. *International Electronic Journal of Elementary Education*, 9(2), 473-486.
15. Drobňjak, B., Milošević, N. (2015). Komparativna analiza terapijskih pristupa u tretmanu verbalnog ponašanja dece sa autizmom. Zbornik radova II

- kongresa logopeda Srbije. Milošević, N. (ured.) (2015). *Govorno- jezički poremećaji razvojnog doba*. (159-171). Beograd: Udruženje logopeda Srbije.
16. Dunst, C. J. (1985). Rethinking early intervention. *Analysis and intervention in developmental disabilities*, 5, 165-201.
17. Dunst, C. J. (2000). Revisiting "rethinking early intervention". *Topics in early childhood special education*, 20, 95-104.
18. Dunst, C. J., Bruder, M. B., & Espe-Sherwindt, M. (2014). Family Capacity-Building in Early Childhood Intervention: Do Context and Setting Matter?. *Social community journal*, 24(1), 37-48.
19. Dučić, B., Kaljača, S. (2011). Primena funkcionalnog komunikacionog treninga u tretmanu problematičnog ponašanja kod osoba sa autizmom. *Specijalna edukacija I rehabilitacija*, 10(4), 705-723.
20. Đurić-Zdravković, A., Japundža-Milisavljević, M., & Milanović-Dobrota, B. (2019). Self-care in children with mild cognitive impairments. *Knowledge International Journal*, 30(2), 397-401.
21. Epley, P. H., Summers, J. A. & Turnbull, A. P. (2011). Family outcomes of early intervention: Families' perceptions of need, services, and outcomes. *Journal of Early Intervention*, 33, 200-219.
22. European Agency for Development in Special Needs Education (2005). Early childhood intervention: analysis of situations in europe; key aspects and recommendations.

23. Fiese, B.H., Tomcho, T.J., Douglas, M., Josephs, K., Poltrock, S., Baker, T. (2002). A review of 50 years of research on naturally occurring family routines and rituals: Cause for celebration? *Journal of family psychology*, 16 (4), 381-390.
24. Friščić, D. (2016). *Terapijski postupci i edukacijske strategije za djecu s autizmom*. Završni rad. Varaždin: Sveučilište Sjever, Odjel za biomedicinsku znanost.
25. Greenspan, S.I., Wieder, S. (2003). *Dijete s posebnim potrebama: poticanje intelektualnog i emocionalnog razvoja, drugo izdanje*. Lekenik: Ostvarenje, 92-105.
26. Gruber, A. 2019. *Vizuelna podrška za djecu s poremećajima iz spektra autizma predškolske dobi*. Završni rad. Slavonski brod: Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Fakultet za odgojne i obrazovne znanosti.
27. Guralnick, M.J. (2001) A Developmental Systems' Model for Early Intervention. *Infant and Young Children*, . 14, 1-18.
28. Hadders-Alegria, M. (2011). Challenges and limitations in early intervention. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 53, 52-55.
29. Hebbeler, K., & Spiker, D. (2016). Supporting young children with disabilities. *The Future of Children*. 26, 185-205.
30. Hong, CS, Wheble J, Jarvis S (2005). Bathing and showering equipment for children. A guide. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 12, 462-466.
31. Ivšac Pavliša, J. (2010). Atipični komunikacijski razvoj i socioadaptivno funkcioniranje u ranoj dobi. *Društvena istraživanja*, 19(1-2), 279-303.

32. Kocijan, S. (2019). *Autizam- rana intervencija, bolja prognoza*. Završni rad. Varaždin: Univerzitet Sjever.
33. Košiček, T., Kobetić, D., Stančić, Z. & Joković Oreb, I. (2009). Istraživanje nekih aspekata rane intervencije u djetinjstvu. *Hrvatska revija zar rehabilitacijska istraživanja*, 45 (1), 1-14.
34. Ljubešić, M. (2012). Rana intervencija kod komunikacijskih i jezično-govornih odstupanja. *Paediatrica Croatica*, 56, 202-206.
35. Mamić, P. (2016). *Usluge rane intervencije: perspektiva obitelji djece s ostupanjima u psihomotoričkom razvoju*. Diplomski rad. Zagreb: Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet Sveučilišta u Zagrebu.
36. Matijaš, T. (2012). *Uloga zdravstvenog sustava u domeni rane intervencije u djetinjstvu*. Specijalistički rad. Zagreb: Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet.
37. Matijaš, T., Ivšac Pavliša, J. i Ljubešić, M. (2014). Sustav zdravlja u području rane intervencije u djetinjstvu. *Paediatrica Croatica*, 58(4), 303-309.
38. Mujkić, A. & Jovančević, M. (2016). Rani razvoj djeteta i socijalna pedijatrija. *Epoha zdravlja: Glasilo Hrvatske mreže zdravih gradova*. 9, 4-5.
39. Osmanović A. (2018), Strategije unapređenja porodičnog funkcionisanja determinirane razvojnim sposobnostima djece sa intelektualnim i razvojnim teškoćama. Tuzla: *Education And Rehabilitation*.
40. Pinto-Martin, J. A., Dunkle, M., Earls, M., Fliedner, D., & Landes, C. (2005). Developmental stages of developmental screening: steps to implementation of a successful program. *American Journal of Public Health*. 95, 1928-1932.

41. Poplašen, D. (2014). Oštećenje sluha uzrokovano bukom. *Sigurnost: časopis za sigurnost u radnoj i životnoj okolini*. 56, 67-69.
42. Raguž, A. (2016). *Socijalna podrška i uvjerenja o traženju stručne pomoći kod roditelja djece s teškoćama u razvoju*. Diplomski rad. Rijeka: Filozofski fakultet u Rijeci.
43. Ramey, C.T., & Ramey, S.L. (1998). Early intervention and early experience. *American Psychologist*, 53(2), 109-120. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.53.2.109>
44. Рани развој- унапређење јавних политика. (2018). UNICEF Србија.
45. Rapaić, D. & Nedović, G. (2011). *Cerebralna paraliza, praktičke i kognitivne funkcije*. Beograd: Univerzitet u Beogradu, Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju.
46. Rizvanović, A. (2010). Opće karakteristike Down sindroma u kontekstu boljeg sagledavanja problematike razvoja i mogućnosti ove kategorije djece. U: Arnaut, M. (ured) (2010). *Zbornik radova Pedagoškog fakulteta u Zenici*, (307-328). Zenica: Pedagoški fakultet u Zenici.
47. Ruteere, R, Mutia J, Mwoma T, Runo M. (2015). Challenges Experiences ind teaching daily living skills to learners with mental retardation. *Journal of Education and Practice*, 6, 159-163.
48. Saral, D. & Ulke-Kurkcuglu, B. (2020). Toilet training individuals with developmental delays: A Comprehensive Review. *International Journal of Early Childhood Special Education*, 12(1), 120-137.
49. Shonkoff, J. P. & Meisels, S. J. (1990). Early childhood intervention: The evolution of concept. U: S.J. Miesels & J. P. Shonkoff (ured.) (1990). *Handbook of early intervention*, 3-32.

50. Shonkoff, J. P., Meisels, S.J. (2000) *Handbook of Early Childhood Intervention*. New York: Cambridge University Press, 135-150.
51. Simeonsson, R. J. (1994). *Risk, resilience & prevention: Promoting the well-being of all children*. Baltimore: Brookes.
52. Sipić, G. (2013). *Primenjena bihevioralna analiza*. Novi Sad: Magona.
53. Starc, B., Čudina-Obradović, M., Pleša, A., & Profaca, B. i Letica, M.(2004). *Osobine i psihološki uvjeti razvoja djeteta predškolske dobi: priručnik za odgojitelje, roditelje I sve koji odgajaju djecu predškolske dobi*. Zagreb: Golden marketing- Tehnička knjiga.
54. Stošić, J. (2007). Bihevioralni pristup u sprečavanju i uklanjanju nepoželjnih oblika ponašanja i podučavanju djece sa autizmom predškolske dobi. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 44, 99-110.
55. Tracy Kaplan, M.S. (2019). *Holt international's feeding and positioning manual: guidelines for working with babies and children*. Eugene: Holt International.
56. UNICEF (1999). *Konvencija o pravima deteta*. Beograd: UNICEF.
57. World Health Organisation (1980) *Prevention in Childhood of Health Problems in Adult Life*. Geneva: WHO.
58. Wheeler, B. (2015). *Music therapy handbook*. London: The Guilford

59. UNICEF. *Десет корака за одговорно храњење и здравље деце узраста од једне до три године*. Преузето 18.07.2020., са <https://www.unicef.org/serbia/materijali>
60. Purgtori, C. (17.04.2012.). Mealtimes: Five Challenges and Solutions for Feeding Your Child with Special Needs. Преузето са: <https://www.friendshipcircle.org/blog/2012/04/17/mealtimes-five-challenges-and-solutions-for-feeding-your-child-with-special-needs/>
61. Bathing a Child with Sensory Processing Disorders (05.02.2020.) Преузето са: <https://momsinmotion.net/bathing-a-child-with-sensory-processing-disorder/>
62. Family Services. Преузето 04.07.2020. са: www.autismspeaks.org/family-services
63. Applied Behavior Analysis (ABA). Преузето 05.08.2020. са: <https://www.autismspeaks.org/applied-behavior-analysis-aba-0>
64. ABA metod. Преузето 05.08.2020. са: <http://www.logomedica.rs/aba-metoda/>
65. What is Music Therapy? Преузето 10.08.2020. са <https://www.musictherapy.org/about/musictherapy/>
66. Communication Development in Children with Language Delays. Преузето 15.08.2020. са: [http://www.hanen.org/SiteAssets/ 3 Areas-of-Expertise/Language-Delays/Language-delay-L2-small.aspx](http://www.hanen.org/SiteAssets/3%20Areas-of-Expertise/Language-Delays/Language-delay-L2-small.aspx)
67. www.udruzenjepedijatara.rs

