



Eurlyaid

THE EUROPEAN ASSOCIATION ON
EARLY CHILDHOOD INTERVENTION

Препоръчителни практики за

Ранна детска интервенция

Ръководство за специалисти

Какво казаха за...

Препоръчителни практики за **Ранна детска интервенция** Ръководство за специалисти



Изграждането на национална система за ранна интервенция в Португалия, която е въплътена в закона, е изключително постижение. Ръководството за специалисти ще гарантира, че услугите и подкрепата за ранна интервенция ще бъдат предоставяни на деца и семейства с най-високо ниво на качество и ефективност.

— **Майкъл Дж. Гуралник**, консултант на Project Im 2. Председател на Международното дружество по ранна интервенция (ISEI), Ню Йорк, САЩ.

Португалия е сред малкото европейски държави, които имат законодателство за РДИ, което гарантира безплатна, приобщаваща и артикулирана система за подпомагане на семейства и деца със СН (0-6 годишна възраст), и се опитват да гарантират качествено прилагане на техните права. Ръководството представлява още една много важна стъпка по този път, започнал преди 26 години с проекта „Coimbra“, и той ще продължи с цел подобряване на предоставянето на услуги в съответствие с препоръчителните и утвърдени от науката практики.

— **Ана Мария Серано**, консултант на Project Im 2. Председател на Европейската асоциация по ранна интервенция (EURLY AID). Португалия

От много години съм свързан с ранната детска интервенция в Португалия. Винаги съм се впечатлявал от страстта и ангажираността на практикуващите РДИ в Португалия към децата и семействата, с които работят; практиката им е наистина основана, съсредоточена и ориентирана към семейството.

Това ръководство, създадено и написано от някои от водещите португалски експерти в областта на РДИ, достига до тези практикуващи, като ги насърчава и подкрепя да поставят детето и неговото семейство в основата на всичко, което правят. И да го правят от сърце.

— **Бари Карпентър**, EURLY AID. Награден с орден на Британската империя, командир на Британската империя. Обединено кралство.

Препоръчителните практики за ранна интервенция включват актуална информация и насоки, необходими на общността за ранна интервенция за изграждането и укрепването на капацитета на практикуващите при ефективната им работа с малки деца и техните семейства. Ръководството без съмнение ще утвърди съществуващия модел на системата за интервенция в Португалия и ще послужи за модел на други страни в Европа и по света.

— **Карл Дж. Дънст**, директор и старши изследовател, институт „Орелена Хокингс Пукет“. САЩ





Това всеобхватно ръководство за ранна детска интервенция представлява изключителен принос за прилагането на интердисциплинарната и ориентирана към семейството РДИ в Португалия. Тази фундаментална и перспективна публикация е разработена от известни експерти от науката и практиката — трябва да се надяваме, че това ръководство получава голямо внимание на национално и международно ниво.

— **Франц Петерандер**, EURLYAID. Университет „Ludwig-Maximilians“, Мюнхен. Германия.

Огромна отговорност е да влезеш в живота на семейството в момент, в който те се чувстват много уязвими, което изисква както умения, така и чувствителност. Това ръководство, комбинация от наука за ранна интервенция И стратегии за прилагане на тази наука по ориентиран към семейството начин, представлява професионалната отдаденост, националното сътрудничество и международното лидерство, които Португалия неизменно демонстрира от първите проведени разговори за това как да се изгради система за семейства, които имат малки деца с увреждане или с риск за увреждане. Продължавам да се вдъхновявам и смирявам от това, което научавам от всички вас.

— **Мерилин Еспе-Шервинд**, директор на Центъра за семейно обучение на деца, детска болница „Акрон“ и държавен университет „Кент“. САЩ.

От самото си създаване ранната детска интервенцията в Португалия символизира национален, развиващ се ангажимент за удовлетворяване на нуждите и правата на малките деца и техните семейства. Това ръководство въплъщава научната и практическата основа за предоставяне на цялостни услуги и подкрепа за насърчаване на развитието и благосъстоянието на децата. Основано на динамичен и интегриран подход, ръководството е примерен ресурс за практикуване на национално ниво и модел за ранна детска интервенция в световен мащаб.

— **Рун Симеонсон**, Университетът на Северна Каролина в Chapel Hill. Университет Йончепинг. САЩ

Португалия е водеща в Европа, и всъщност в голяма част от света, във формулирането на подходите, които трябва да се предприемат при ранната интервенция от раждане до шестгодишна възраст. Чрез попиване на материали предимно от САЩ, провеждане на собствени отлични изследвания и повишаване на осведомеността чрез ANIP и университетите, вие сте разработили методи за подпомагане на семействата на деца с увреждания, описани в това ръководство.

— **Робин Макуилям**, Международен консултант в RA McWilliam, LLC, Нашвил. САЩ

Португалия е една от малкото държави в света, която има законодателство за РДИ. От тези няколко държави не знам друга като нашата система, която да има междусекторно сътрудничество, включващо официално на всички нива здравеопазване, социална политика и образование. С публикуването на настоящето национално ръководство правим още една стъпка към това да бъдем сред най-добрите в тази сфера.

— **Хосе Боавида**, EURLYAID. здравен комисар на SNIPI. Португалия.



Препоръчителни практики за
**Ранна
детска
интервенция**
Ръководство за специалисти



Проект „Agora“, подкрепен от

THE VELUX FOUNDATIONS
VILLUM FONDEN × VELUX FONDEN

Координатор на проект **Агора**



Преведено и адаптирано от оригинала:

„Práticas Recomendadas em Intervenção Precoce na Infância: Um Guia para Profissionais“

ANIP — Associação Nacional de Intervenção Precoce, 2016

Заглавие:

Препоръчителни практики за ранна детска интервенция: Ръководство за специалисти

Оригинално заглавие:

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

Първоначално публикувано от Associação Nacional de Intervenção Precoce, Коимбра, Португалия

Превод: Педро д'Орей

Проект на графична редакция: BIDL Unipessoal, Lda (BID-lab)

Дизайн на корицата: BID-lab

Тел.: +351 963 010 262 | Уебсайт: www.bid-lab.com | Имейл: geral@bid-lab.com

Всяка форма на възпроизвеждане, разпространение, публично оповестяване или трансформация на настоящето произведение или на част от него може да бъде направена само с изричното разрешение на издателя, освен когато не е предвидено друго.

Ние не носим отговорност за остарели хипервръзки в тази творба, които бяха проверени в момента на публикуването

© 2016, Associação Nacional de Intervenção Precoce за английското издание

© 2019, Eurllyaid — Европейската асоциация за ранна детска интервенция (ЕАЕСИ)

© на превода Eurllyaid — ЕАЕСИ

© на проекта за графична редакция BID-lab ISBN: 978-2-9199584-0-5

EURLY AID — E.A.E.C.I.

22, Boulevard Joseph II 1840 Luxembourg (LU)

Уебсайт: www.eurllyaid.eu | Имейл: guidebook@eurllyaid.eu



Организатор



Съфинансиран



Партньори



Международни консултанти



Принос към подготовката на „Препоръчителни практики за ранна детска интервенция: Ръководство за специалисти“ (оригинална версия)

Автори

Леонор Карвальо
Изабел Чавес де Алмейда
Изабел Фелгейрас
Сара Лейтао
Хосе Боавида
Паула Коельо Сантос
Ана Серано

Ана Тереза Брито
Карла Ланча
Хулия Серпа
Пиментел
Ана Изабел Пинто
Катарина Гранде
Тереза Брандао
Витор Франко

Работна група (предложенията и коментарите от всички членове на тази работна група бяха включени в текста):

Оперативен екип на „Projecto Im2 — Intervir Mais, Intervir Melhor”/„Намесвайки повече, намесвайки се по-добре”:

- Леонор Карвальо — ANIP (координатор на Projeto Im2)
- Изабел Чавес де Алмейда — ANIP
- Изабел Фелгейрас — ANIP
- Сара Лейтао — ANIP

Национална система за ранна детска интервенция (SNIPI)

- Хосе Боавида — Национален координационен комитет на SNIPI и координатор на работната група за изготвяне на ръководството в обхвата на SNIPI
- Тереза Рогадо — Група за техническа поддръжка на SNIPI
- Консейчао Менино — Северен регионален подкомитет
- Роза Афонсо Маркес — Северен регионален подкомитет
- Кристина Миранда — Регионален подкомитет на Алентехо
- Филомена Роза — Регионален подкомитет на Алгарве
- Фредерико Дюке — Централен регионален подкомитет
- Тереза Нунес Маркес — Регионален подкомитет на Лисабон и Вале до Техо

Научен комитет по проекта Im2

- Ана Изабел Пинто — Факултет по психология и образователни науки, Университет в Порто
- Ана Мария Серано — Образователен институт, Университет в Миньо. EURLY AID. ANIP.
- Катарина Гранде — Факултет по психология и образователни науки, Университет в Порто
- Хулия Серпа Пиментел — Университетски институт по психологически, социални и биологични науки [ISPA]. „Associação Pais-em-Rede”.
- Паула Коельо Сантос — Катедра за образование и психология, Университет в Авейро. ANIP.
- Тереза Брандао — Факултет по кинетика на човека, Университет в Лисабон.
- Виктор Франко — Университет на Евора.

Това ръководство разчита и на сътрудничеството между местните екипи за интервенция и семействата, които ни изпратиха лични истории и практически примери от опита си с РДИ. Конфиденциалността на всички данни беше гарантирана, освен когато участващите изрично поискаха да бъдат идентифицирани.

Списък на съкращения

ANIP	Национална асоциация за ранна интервенция	LIT	Местни екипи за интервенция
CDCHU	Център за развитие на детето в Харвардския университет	MACMH	Асоциация за психично здраве на децата в Минесота
CGF	Фондация „Calouste Gulbenkian“	ME	Министерство на образованието
CLAT	Тест за оценка на речта на детето	MH	Министерство на здравеопазването
CM	Водещ случая (BC)Case Mediator	MoSP	Министерство на социалната политика
DEC	Отдел за деца в ранна възраст	NSCDC	Национален научен съвет за развитие на детето
EADSNE	Европейска агенция за развитие на образованието за хора със специални нужди	OECD	Организация за икономическо сътрудничество и развитие (ОИСР)
EBIFF	Европейски паспорт за професионално обучение по ранна интервенция	OSEP	Служба за специални образователни програми
EBIFF	European Curriculum for the Professional Training	PAHO	Панамериканска здравна организация
EBP	Утвърдена практика	PeR	Асоциация на родителите „Pais-em-Rede“
ECI	Ранна детска интервенция (РДИ)	PHC	Първични здравни грижи
Eurlyaidd	Европейска асоциация за ранна детска интервенция (ЕАЕСИ)	PIIP	Projecto Integrado de Intervenção Precoce de Coimbra
FNS	Скала за нуждите на семейството	RBI	Основани на ежедневни дейности интервюта
HV	Домашни посещения (ДП)	SEN	Специални образователни потребности (СОП)
ICF	Международна класификация на функционирането	SNIPi	Национална система за ранна детска интервенция
ICF-CY	Международна класификация на функционирането, уврежданията и здравето: версия за деца и младежи	TE	Членове на екипа
IEP	Индивидуална образователна програма	TST	Екипи за техническа супервизия
IFSP¹	Индивидуален план за семейни	UN	Обединените нации (ООН)
ISEI	Международно общество за ранна интервенция	WHO	Световна здравна организация
KG	Детска градина (ДГ)		

¹ Това ръководство разчита и на сътрудничеството между местните екипи за интервенция и семействата, които ни изпратиха лични истории и практически примери от опита си с РДИ. Конфиденциалността на всички данни беше гарантирана, освен когато участващите изрично поискаха да бъдат идентифицирани.

Съдържание

■	Благодарности	13
■	Предисловие	15
■	Увод — Декларация за интереси	17
■	Въведение	19
Част I	Ранна детска интервенция: От неврони до семейство и социален контекст	27
Глави:		
<hr/>		
1.	Ранната детска интервенция и нейното значение за насърчаване на развитието	31
1.1.	Какво е ранната детска интервенция	31
1.2.	Защо е важна ранната интервенция?	33
1.3.	Цели и практика на РДИ	50
<hr/>		
2.	Ранната детска интервенция в Португалия: Непрекъснато развиващ се процес	53
2.1.	От първите стъпки към SNIPI	53
2.2.	Португалският правен модел на РДИ — Декрет-закон 281/2009	57
2.3.	Някои съображения относно Декрет-закона 281/2009 и бъдещата му функционалност	63
<hr/>		

Част II

Препоръчителни практики за ранна детска интервенция

65

Глави:

3. Ориентиран към семейството подход: Ръководство за ранна детска интервенция	69
3.1. Ориентиран към семейството подход: Какво представлява?	71
3.2. Ориентиран към семейството подход: Защо?	77
3.3. Ориентиран към семейството подход: За какво?	81
3.4. Ориентиран към семейството подход: Как се прилага?	85
3.5. Накратко: Ръководни принципи за практиките	90

4. The family-centred intervention approach	93
4.1. Ефективни практики за оказване на помощ през целия цикъл на интервенция	93
4.2. Насочване към специалист/услуги	100
ХАРАКТЕРЕН ПРАКТИЧЕН ПРИМЕР Насочване към специалист/услуги: Въведение на екипа по РДИ	105
4.3. Първи контакти	107
ХАРАКТЕРЕН ПРАКТИЧЕН ПРИМЕР Предизвикателства по време на първите контакти: Гледната точка на специалиста	114
4.4. Оценяване при РДИ	117
ХАРАКТЕРЕН ПРАКТИЧЕН ПРИМЕР Оценка: Идентифициране на функционалните умения на детето, характеристики на средата, и грижи, приоритети и ресурси на семейството	146
4.5. Разработване на индивидуален план за семейни услуги	148
ХАРАКТЕРЕН ПРАКТИЧЕН ПРИМЕР Разработване на индивидуален план за семейни услуги	167
4.6. Прилагане и мониторинг на интервенцията в естествената среда на децата	169
ХАРАКТЕРЕН ПРАКТИЧЕН ПРИМЕР Прилагане на индивидуален план за семейни услуги	194
4.7. Оценка на резултатите от интервенцията и удовлетвореност на семейството	197
ХАРАКТЕРЕН ПРАКТИЧЕН ПРИМЕР Оценка на резултатите и удовлетвореност на семейството	203

Глави:

4.8. Процесът на преход	205
Приложение 1 .А	211
Приложение 1.Б	213
5. Интегрирана система за ранна детска интервенция: Междусекторно и трансдисциплинарно сътрудничество	219
5.1. Необходим е диалог между знания и политика	220
5.2. Интегрирана система за междусекторно сътрудничество за РДИ	223
5.3. Трансдисциплинарният екип	233
6. Оценка на програмите за ранна детска интервенция	241
6.1. Защо да оценяваме програмите за РДИ?	241
6.2. Какво се разбира под оценка на програмите за РДИ?	242
6.3. Оценка на програми за РДИ. За какво?	246
6.4. Как да оценим програмите за РДИ?	248
Приложение 2.А	257
Приложение 2.Б	263

Част III**Възможности за професионално развитие****269****Глави:**

7. Обучение — Изграждане на знания, компетенции и нагласи за по-добра интервенция	273
7.1. Професионален профил, професионално развитие и обучение в сферата на РДИ?	273
7.2. Професионално развитие в сферата на РДИ	274
7.3. Компоненти за обучение: „кой“, „какво“ и „как“	276

Глави:

8. Супервизия — към доверителни отношения, които насърчават развитието в ранната детска интервенция 287

8.1. Целта на супервизията при РДИ 287

8.2. Предпоставки за супервизия с цел изграждане на връзка на доверие и подкрепа за развитие 289

8.3. Определяне на целите на наблюдаваното лице и наблюдаващия 290

8.4. Ефективни подходи при супервизията в РДИ 290

 **Заключителни думи** 296

 **Препратки** 303

Благодарности

АВ основата на философията, политиките и практиките на ранната детска интервенция (РДИ) са децата и семействата, които тя обхваща. Затова нашите благодарности са отправени към тях на първо място. За всичко, на което са ни научили през годините, начинът, по който са ни помогнали да поставим под въпрос нашата убеденост, преживените житейски превратности, които са били готови да споделят с нас, и които дават смисъл на тази работа.

„Препоръчителни практики за ранна детска интервенция: Ръководство за специалисти“ се появи от сполучливото съчетание на безпокойствата, изпитвани през годините от Националната асоциация за ранна интервенция (ANIP), допринесли за системното подобряване на практиките по РДИ, и постоянното внимание на фондация „Calouste Gulbenkian“ (CGF) към въпроси, свързани с образованието, правата на човека и специфичните проблеми на децата в риск, както и подкрепата им за разработването на проекти в обхвата на неправителствени организации. Искаме да благодарим на CGF за начина, по който отличи „Projeto Im2 — Intervir Mais, Intervir Melhor”/„Намесвайки повече, намесвайки се по-добре”, и за тяхната ангажираност и участие в целия процес. Без тази подкрепа, нито ръководството, нито дейностите по обучение и повишаване на осведомеността биха били възможни.

По подобен начин, специалистите от местните интервенционни екипи (ЛИТ) в цялата страна са предложили безценния си принос заедно с ентузиазма си, всеотдайността си и ангажираността си за каузата на РДИ през годините, и по-конкретно, чрез отговора си на призива за сътрудничество в изготвянето на настоящото ръководство. Всички истории, представени в Част II, са истински, предадени от специалисти и семейства, участващи в РДИ. Бихме искали искрено да благодарим на всички тях.

Специална благодарност към Ана Тереза Брито и Карла Ланча, които въпреки че нямат официална връзка с „Projeto Im2“, веднага, по наше желание, се включиха като доброволци в изготвянето на настоящото ръководство. Към Ана Тереза изразяваме благодарността си за написването на Глава 7 — Възможности за професионално развитие, както и за нейната ангажираност, точност и качеството на нейната работа. Към Карла, за нейното сътрудничество, по-точно във връзка с Глава 4 — Препоръчителни практики в процеса на оценка и интервенция, но не само за това, а и за добавянето на внимателно обмислено и аргументирано мнение към утвърдените специалисти, които не само дават най-доброто от себе си на практика, но систематично поставят под въпрос способностите си с цел постоянно усъвършенстване.

Бихме искали също така да благодарим специално на Кристина Лопес, която внимателно и критично прегледа цялото ръководство, за да му придаде яснота, сбитост и хармония, и не беше лаконична при проверката на граматиката и правописа, но доброволно предложи подобрения за структурата на текста.

Ние сме благодарни и на всички сътрудници на ANIP като цяло, които са споделяли не само четирите стени, между които е подготвено настоящото ръководство, но и техния ентузиазъм, мотивация и отдаденост на тази работа. Благодарим им за това, че постоянно бяха на разположение в отговор на нашите искания, за това, че ни помогнаха да отразяваме и осъзнаваме по-добре въздействието и връзката на ръководството към ежедневието на специалистите, както и за тяхната подкрепа за изпълнението на проекта с административни услуги и обучение.

Друго практическо сътрудничество в целия процес беше сътрудничеството на екипа на BID-Lab, отговорен за комуникационния план на „Projeto Im2“. Бихме искали да им благодарим не само за отличните постижения в разработването на този проект, но и за тяхната отзивчивост, внимание, ангажираност и търпение, които непрекъснато показваха в отговор на нашите съмнения, притеснения и спешни ситуации, винаги действащи в синхрон с духа на проекта. От работата на целия екип е справедливо да се подчертае тази на Андре Карвальо, който „се зае с каузата“ и беше до нас по време на целия процес на създаване на настоящото ръководство, не само чрез изработване и преработка на предложенията за графичен дизайн, но и чрез неговото неуморно внимание и коригиране на всички малки грешки или несъответствия, които биха могли да възникнат.

Не можем да завършим без да споменем всички партньори по проекта — Националната система за ранна детска интервенция (SNIPI), Асоциацията на родителите „Pais-em-Rede“ (PeR) и Университета в Авейро, както и Научния комитет, а именно университетите в Миньо, Оporto, Авейро, Лисабон, Евора, и ISPA, IP, както и консултантите, а именно Европейската асоциация за ранна детска интервенция (Eurllyaid) и Международното дружество за ранна интервенция (ISEI). Сигурни сме, че без тяхното споделяне и сътрудничество, основани на взаимно допълване, което въпреки времевите ограничения, постепенно се изграждаше и усъвършенстваше през целия процес, крайният резултат би бил далеч от постигнатото. Това е практическа демонстрация, че усилията за сътрудничество може да са трудни, но си струват.

Надяваме се, че сме извървели първата стъпка към целта, която всички желаем: да започнем да преодоляваме пропастта между теорията и практиката, тоест да поставим научните знания и факти в услуга на политиките и практиката на специалистите към крайната цел за подобряване благополучието на децата и семействата. Най-искрено благодарим на всички, които вече си сътрудничат с нас по този път, и на тези, които ще го направят в бъдеще.

Предисловие

С голямо удоволствие Eurlyaид представя „Препоръчителни практики за ранна детска интервенция: Ръководство за специалисти“, превода от английски на португалския оригинал „Práticas Recomendadas em Intervenção Precoce na Infância: Um Guia para Profissionais“.

Настоящото ръководство е резултат от над 30 години интензивна работа, извършена в Португалия, по разработването на Национална система за ранна детска интервенция (SNIPI).

В края на 80-те години на миналия век група ерудирани учени и специалисти започват пилотно въвеждане и разработване на система.

Въз основа на техните знания и важността на (неврологичното, социалното и емоционалното) развитие на децата, по-специално на децата, изложени на риск от забавяне в развитието, тяхната визия и ангажираност ги накараха да продължат да се застъпват за национална система и да разработят професионален стандарт, основан на международните научни изследвания и най-добрите практики и фокусиран върху централното място на родителите и семействата в ранната детска интервенция (РДИ) и в естественото обкръжение на децата и семействата.

Благодарение на докладите, представени в миналото на срещите на Eurlyaид от португалски представители, успяхме да проследим развитието на Португалия и нейните постижения. Тяхната работа беше на 100% „в съответствие“ с визията и целите, които Eurlyaид имаше от момента на създаването на мрежата през 1988 г.

Това е постижение, което си заслужава да се спомене, защото Португалия е единствената страна, доколкото знаем, която успя да постигне обширно национално законодателство относно РДИ през 2009 г.

От две десетилетия също така са разработени две магистърски програми за подготовка на специалисти по РДИ в университета в Порто от професор Баирау Руиво, пионер в РДИ, и университета в Миньо, след което те се разпространяват навсякъде из страната, а днес съществуват в по-голямата част от учебните заведения в Португалия. Едновременно с това ANIP, Националната асоциация за ранна интервенция, изпълнява през всички тези години важна роля за професионалното развитие в страната.

Проектът „Im2“ 2014—2016, финансиран от фондация „Calouste Gulbenkian“ в Португалия и координиран от ANIP, даде възможност да се съберат и опишат в дълбочина всички основни и важни аспекти на португалската система. По този начин се създава истинско „ръководство“ и представа за всички заинтересовани и работещи в сферата на РДИ в Португалия.

Както почетният доктор Луис Борхес, президент на ANIP, и един от основателите на португалската система, пише в предговора на португалското ръководство:

Благодарение на тясното сътрудничество между членовете на работната група, създадена за разработването на ръководството, ангажираността и работата на научната комисия, включваща преподаватели от различни университети с високо диференцирано обучение в сферата, както и приноса на специалистите от местните екипи, асоциацията PeR и няколко семейства, подкрепени от SNIPI, беше възможно да се установи плодороден диалог и да се изградят мостове между теорията и практиката. Ръководството беше резултат и от обширен библиографски преглед и има потенциал да се превърне в полезен референтен инструмент за всички специалисти на различни нива (местни екипи, супервизия, обучение или координация), работещи в РДИ.

Информацията, съдържаща се в ръководството, обаче е основно познание за всеки специалист, учен, вземащо решения лице и заинтересована страна, работещи в областта на РДИ в други европейски държави.

То предлага превъзходна рамка, особено в случай, че държавите имат за цел да трансформират и надграждат системата си за всички участващи страни.

Както доктор Луис Борхес написа в оригиналното португалско издание:

По същество това е модел на партньорство между здравеопазването, образованието, социалната политика и сътрудничество с институциите на общността. Местна интервенция, проведена от трансдисциплинарен екип и съсредоточена върху семейството, и зачитане на индивидуалността, която е насочена към разширяване на правата на родителите, което ги прави център при вземане на необходимите решения за интервенция за добро развитие на техните деца.

Тази интервенция отразява това, което науката ни казваше за значението на родителите при развитието на техните деца, чрез установяването на ранна връзка скоро след раждането, ползите от кърменето, родителското присъствие при постъпване в болница, ранната детска интервенция, ориентирана към родителите и общността. Всъщност целият този „климат“ на внимание към малкото дете и факторите, които влияят върху неговото развитие, благоприятстват комбинацията от усилия и ангажираността, съпътстваща РДИ, както и нейното развитие към по-интегрирани и всеобхватни модели.

Eurlyaид се е развила от европейска „затворена работна група“ в интернет базирана мрежа от доброволци и активно участва в проекти като партньорска организация. Проекти, насочени към подпомагане на държавите, техните специалисти, заинтересовани страни и политици, в тяхната работа за реформиране и усъвършенстване на техните системи за РДИ.

Изключителната възможност, която имаме към един от проектите, подкрепени от фондация „Velux“, да преведем ръководството и да го внедрим директно в този проект, предлага значителна полза. Без съмнение ще възникнат много повече възможности, където ще можем да използваме ръководството в работата, която ние, както и многобройните ни колеги в цяла Европа и извън нея, вършим.

Ето защо с удоволствие и благодарност съобщаваме, че сътрудничеството ни с ANIP в Португалия доведе до споразумение за превод на английски език.

Важно е да отправим специален топъл поздрав към всички онези колеги, които посветиха десетилетия от своя професионален живот на развитието на системата за РДИ и допринесоха цялата съществена информация да се събере в настоящото ръководство.

Нашите благодарности също така са отправени към преводача, редактора и колегите, които преработиха английската версия. Всичко за най-добрите възможности за децата и техните семейства.

Ана Мария Серано, председател на Eurlyaид

Нур ван Лоен, касиер на Eurlyaид

Зигфрид Холцшустер, втори касиер на Eurlyaид

Увод

Декларация за интереси

„Препоръчителни практики за ранна детска интервенция: Ръководство за специалисти“ по същество е съставено с цел да бъде полезен инструмент за специалистите по РДИ, като същевременно улеснява задачата за насърчаване и ръководство на качествени практики на всички нива на системата за ранна интервенция.

Авторите са напълно наясно, че не съществува модел „готов за употреба“, който да може да бъде приложен във всяка ситуация, и че преди всичко качествената РДИ е индивидуализирана според специфичните характеристики на всяко дете и семейство. Но качествената РДИ е също така планирана и интегрирана система за интервенция, основана на сътрудничество между различните заинтересовани страни. По този начин това не е „книга с рецепти“, а просто теоретичната рамка на това, което в момента се счита за „препоръчителни практики“ при РДИ, заедно с набор от насоки за нейното функциониране.

Тези „препоръчителни практики“, които са основани на факти и на ценности, с приноса на семействата и специалистите по РДИ, не са статични по своята същност, а се променят с течение на времето, съпътствайки развитието на идеите и резултатите от изследванията. Независимо от това, силните страни остават постоянни от 80-те години до наши дни. Това са практики, които според Shonkoff и Phillips (2000) отразяват съвкупността от приноса на теориите за развитие, резултатите от емпиричните изследвания и професионалната практика, като наблягат на тези, които се основават на факти.

Индивидуализираните, приобщаващи, трансдисциплинарни и ориентирани към семейството практики, които се основават на екосистемни и трансакционни модели на развитие, понастоящем се препоръчват от цяла гама от международно признати субекти в областта на РДИ, като например Отдела за ранна детска възраст на Съвета за изключителни деца (ДЕС-СЕС), Изследователския и обучителен център за развитие в ранна детска възраст, Работната група по принципи и практики в естествена среда, EURLY AID и Европейската агенция за развитие на деца със специални нужди.

Осъзнавайки високата достоверност на тези институции и знаейки, че препоръките, които те издават, са базирани на изчерпателни проучвания, които се основават на най-новите научни факти, авторите са избрали да използват концептуалната рамка и принципите, които застъпват, като отправни към подготовката на представения тук труд. Можем само да се надяваме, че ще успеем да предадем мисленето и изчерпателната научна работа на толкова много фундаментални автори в тази област, да го направим полезен за всички, които се стремят да превърнат РДИ в надежда за всички деца и семейства, които се нуждаят от нея.



Въведение



(...) от съществено значение е да се определи кои политики и програми могат да направят най-много, за да могат семействата да извършат вълшебния подвиг, на който единствено те са способни: да превърнат човешките същества в хора и да ги запазят като такива (стр. 738).

— Urie Bronfenbrenner, 1986

Важно е да запомните, че ранната [детска] интервенция (РДИ) е главно организация на услуги и ресурси с многодисциплинарно измерение. Без добре организирани здравни структури, които са способни да провеждат ранно откриване и да наблюдават здравето на децата, без социални мрежи за подкрепа, без да се осигурява работа със семействата, без мрежа за подкрепа на общността и без образователна система, която е в състояние ефективно да се намеси по гъвкав и диференциран начин, РДИ ще остане „безполезен лист хартия“.

— Joaquim Bairrão, 2003





Въведение

„Препоръчителни практики за ранна детска интервенция: Ръководство за специалисти“ е един от продуктите, разработени в рамките на проекта Im2 — „Intervir Mais, Intervir Melhor” / „Намесвайки повече, намесвайки се по-добре“, популяризиран от Националната асоциация за ранна интервенция (ANIP) с подкрепата на фондация „Calouste Gulbenkian“ (CGF). Както подсказва името, настоящото ръководство има за цел да бъде полезен инструмент за специалисти, които работят както на терен, така и на други нива на системата, и се стремят да отговорят на множеството и сложни предизвикателства, присъщи на практиката за ранна детска интервенция (РДИ).

Значението на интервенцията в ранна възраст за предотвратяване или облекчаване на проблеми в развитието вече е неоспорим факт и право на всички деца и особено на най-уязвимите. Изследванията, именно в областта на невронауките, показват, че ранните преживявания играят значителна роля в развитието на мозъка и че родителите и лицата, полагащи грижи, както и характеристиките на семейството и на социалната среда, в която живеят децата, имат пряко влияние върху развитието на детето с ефекти на нивото на централната нервна система. Всъщност има данни, които доказват, че децата с пренатални, перинатални или постнатални усложнения в анамнезата си имат последици върху мозъка, които пряко засягат тяхното развитие.

Целта на РДИ е да предоставя подкрепа и услуги на семействата на деца на възраст между 0 и 6 години със забавяне в развитието, увреждане или сериозен риск от забавяне в развитието поради биологични фактори и/или условията на средата, с активното участие на официалните и неформалните социални мрежи за подкрепа, които от своя страна ще влияят пряко и косвено върху функционирането на детето и семейството.

Спецификата на РДИ се състои именно в този фокус върху насърчаването на развитието на децата чрез интервенционен план, който оптимизира възможностите за учене в естествения контекст на тяхното ежедневие, разработен заедно със семейството и други доставчици на грижи в живота на детето.

Съвременните данни от изследванията също така показват, че с качествена РДИ е възможно да се увеличи вероятността от положителни резултати по отношение на бъдещото развитие. Програмите с най-голямо въздействие са тези, които засилват способностите на родителите и полагащите грижи като привилегирани посредници за насърчаване развитието на децата чрез интервенция, която има за цел да оптимизира взаимодействието родител—дете и емоционалната връзка между тях. Добре обмислените

програми с ясно определени цели са склонни да постигат положителни резултати при промяна на поведението на родителите и подобряване на взаимодействието родител—дете (Shonkoff, & Phillips, 2000).

С помощта на превантивни, качествени програми може да се избегне голям брой последващи, по-сложни и скъпи интервенции на вторично и третично ниво. Въпреки това качествените програми за РДИ, които имат реално влияние върху развитието на децата, рядко са прости, евтини или лесни за изпълнение. За разработването на тези програми са необходими висококвалифицирани специалисти, което включва реални инвестиции за подобряване на компетенциите на специалистите по РДИ. Съществуват обаче сериозни доказателства, че инвестирането в ранните години на децата представлява едно от най-високите нива на социална и икономическа възвръщаемост (Shonkoff, 2010; Unesco 2007), поради което РДИ в момента се разглежда като инвестиция (Guralnick & Conlon, 2007).

Именно за тази реалност ANIP, като референтна организация и като единствената асоциация, която от 1998 г. се фокусира изключително върху темите на РДИ, обръща внимание на необходимостта от осигуряване на качествено обучение на специалистите по РДИ, основаващо се на обща философия за интервенция, която спазва международно признатите практики, базирани на доказателства (емпирични и научни).

В своята национална дейност ANIP привилегирова постоянните инвестиции в професионалното обучение и супервизия, а именно чрез международни контакти, които дават възможност за участие не само на национални експерти, но и на признати специалисти от различни националности в обучения, конгреси и изследователски проекти, разработени в тази област. Асоциацията също така поддържа продължителна съвместна дейност по отношение на обучението и научните изследвания с висши учебни заведения с признати постижения в сферата на РДИ.

Освен теоретичния и научен компонент, ANIP поддържа и практическо измерение чрез пряко участие в екипи за РДИ повече от 15 години, което предоставя на тези екипи наличието на специалисти по протоколи за сътрудничество, създадени с Министерството на социалната политика. Поддържането на постоянна връзка между теорията и практиката осигурява на ANIP привилегирани знания, които са от основно значение за дейността, допринасяща за непрекъснато повишаване на качеството на РДИ.

Всъщност дейността, развита в продължение на много години, позволи на ANIP да придобие изчерпателни знания за настоящото състояние на мерките и практиките за подкрепа, предоставяни на деца от 0 до 6 години и техните семейства в различни части на Португалия, което многократно сигнализира за необходимостта от предоставяне на местни интервенционни екипи (LIT), създадени по изричен концептуален референтен модел, който може да служи като ориентир за техните практики.

За да стане това възможно, е необходимо да се осигури обучение за специалистите по РДИ, което се основава на показатели, илюстриращи препоръчителните практики, и завършва с подкрепа при супервизия, която следва интервенцията на специалистите, гарантирайки, че качествените практики достигат до децата и семействата при РДИ. Качественото обучение и супервизия изискват на първо място ясно определяне на общ концептуален модел, който илюстрира и изяснява препоръчителните практики и сумира единодушното мнение относно възгледите на различните заинтересовани страни. Чрез предоставянето на модела на всички участници в системата за ранна детска интервенция може да се осигури стълб за интервенция при деца и семейства и за обучение и супервизия, предвидени в обхвата на РДИ.

Именно в този контекст и с тази цел се появи възможността за създаване на общ референтен наръчник, който да ръководи професионалната практика, благодарение на спонсорството на CGF, както беше споменато по-горе. Този проект, който беше осъществен между октомври 2014 и март 2016 г., имаше за цел именно насърчаване на качествените практики при ранната детска интервенция на национално ниво

чрез разработването на ръководство за специалисти и дейности за повишаване на осведомеността и допълнително обучение към работата в петте региона на Португалия. По този начин се създаде платформа за сътрудничество между ANIP, Националната система за ранна детска интервенция (SNIP), Асоциацията на родителите „Pais-em-Rede“ (PeR), университета в Авейро и други португалски университети с дейност в сферата на РДИ (а именно университетите в Миньо, Порто, Авейро, Лисабон, Евора и Университетския институт по психологически, социални и биологични науки [ISPA]).

Що се отнася до организацията и разработването на настоящото ръководство, това беше отговорност на ANIP, като организатор на проекта, заедно със нейния оперативен екип и в сътрудничество с научна комисия, включваща експерти от различните гореспоменати университети. През целия процес този екип работеше с група представители на SNIP, с PeR, официален партньор по проекта, и разчитаха също на консултациите на Eurlyauid — Европейската асоциация за ранна детска интервенция (EAECI) и Международното дружество за ранна интервенция (ISEI).

Чрез представяне на философия за интервенция, основана на международно признати и утвърдени препоръчителни практики за РДИ, ние вярваме, че допринасяме за справяне със срещаните от специалистите трудности, свързани с липсата на насоки, към по-голямо сътрудничество и съгласие между специалистите и семействата и стремеж към по-ефективни и ангажиращи практики в ежедневната работа с РДИ. Ние обаче подчертаваме колко е важно да се осигури съгласуваност между единната теоретична рамка, изразена в настоящото практическо ръководство, и възможностите за обучение и супервизия, предлагани на специалистите по РДИ в един непрекъснат процес на квалификационна практика.

Целта е да се осигури полезен и достъпен инструмент за всички специалисти по РДИ на различните нива на системата (практикуващи, наблюдаващи, координатори, обучаващи), както и за семействата на деца, подпомагани от РДИ, и за всички заинтересовани от тази област. По този начин подготвянето на настоящото ръководство беше обусловено от загрижеността за едновременното поддържане на теоретичен компонент, основан на научна литература и факти, и силен практически компонент, свързан с ежедневния опит на специалисти и семейства.

През годините редица научни организации, особено в САЩ, както в случая с Отдела за ранна детска възраст (DEC) (2014), издадоха документация, в която се въвеждат „препоръчителни практики“ за РДИ с цел да предоставят насоки на специалисти и семейства относно най-ефективните начини за подобряване на резултатите от обучението и насърчаване на развитието на деца в риск, със забавяне или разстройства в развитието. Тези „препоръчителни практики“ са важен показател за специалистите и полагащите грижи, като предоставят общи насоки, които им позволяват да вземат информирани решения, за да ръководят своята практика. Всъщност в цялото ръководство се подчертава важността на утвърдените практики за специалистите по РДИ, които ги използват.

В областта на РДИ утвърдените практики представляват процес на вземане на решения, който съчетава най-достоверните научни факти със знанията и ценностите на специалистите и семействата (Buisse, & Wesley, 2006).

Следвайки този ред на мисли, при разработването на настоящото ръководство бяха разгледани и интегрирани различни източници на данни: освен международните изследвания и литература за най-ефективните практики на програмите за РДИ и политиките и законодателните насоки на национално ниво, настоящото ръководство също така се основава на практическия опит и личните ценности, споделени от специалисти и семейства. Споделеният опит на специалисти и семейства беше събран

по време на подготовката на този документ, чрез контакти с местните интервенционни екипи в Португалия, осъществени с посредничеството на регионалния подкомитет. Продуктът на тази колекция от практически опит изигра решаваща роля в изграждането на самия дизайн на ръководството, насочвайки го така, че да отговори на споделения опит и нужди. По този начин в различни части на настоящото ръководство се появяват истории и примери за преживявания, които се опитват да илюстрират и допълнят разработеното съдържание, като целят постигане на ефективно съгласуване между теория и практика.

Настоящото ръководство се състои от три отделни части. Първата част е аглавена „Ранна детска интервенция: от неврони към семеен и социален контекст“ и има за цел да представи глобална визия на РДИ, която може да послужи като преход към части II и III. Част I се състои от две глави: Глава 1 — „Ранна детска интервенция и нейното значение за насърчаване на развитието“ и Глава 2 — „Ранна детска интервенция в Португалия: Непрекъснато развиващ се процес“. Основните причини и теоретичните и концептуалните критерии на РДИ са разработени в тези глави, като се подчертава решаващата роля на ранния опит в човешкото развитие и се обяснява историческото развитие на РДИ и съществуващата правна рамка в Португалия.

Втората част на ръководството заема най-голямо място в тази публикация и включва четири глави, в които са представени и разработени „препоръчителни практики при ранна детска интервенция“. Встъпителната глава към Част II, Глава 3 от ръководството — „Ориентиран към семейството подход: Ръководство за ранна детска интервенция“ — въвежда теоретичните принципи, които следва да ръководят практиката за РДИ според ориентирания към семейството подход, основан на естествени контексти и ресурси на общността и трансдисциплинарна работа в екип. Докато описва компонентите на ефективни професионални практики за оказване на помощ, тази глава представя ключовите понятия, необходими за разбиране на процеса на опериране на РДИ, който подробно е описан в Глава 4 — „Ориентираният към семейството подход за интервенция“. В Глава 4 цикълът на оценка и интервенция, предложен от Simeonsson et al., (1996) и трите ефективни компонента за оказване на помощ (Dunst, 1998), са взети като ориентири за описанието на препоръчителните практики през различните моменти, присъщи на процеса на РДИ — от насочване до оценка на резултатите от интервенцията и прехода. С ясен практически компонент, тази глава включва няколко откъса от действителни истории на семейства и специалисти, целящи да илюстрират препоръчителните практики (или предизвикателствата при тяхното прилагане) с примери в края на описанието на всеки момент от цикъла на интервенция, с теми за обсъждане и по отношение на трите компонента на ефективни практики за предоставяне на помощ. Глава 5 е озаглавена „Интегрирана система за ранна детска интервенция: Междусекторно и трансдисциплинарно сътрудничество“ и има за цел да въведе препоръчителни практики, основани на модел на съвместна работа за организирането на интегрирана система от услуги и ресурси в РДИ като алтернатива на фрагментираните секторни практики, за да се осигури и приложи интегрирана и трансдисциплинарна интервенция. Следователно това е полезна глава не само за специалисти, работещи в интервенционни екипи, но и за специалисти, отговорни за планирането, организацията и координацията на услугите, свързани с РДИ. И накрая, Глава 6 — „Оценка на програмите за ранна детска интервенция“ — разширява темата за значението на оценката на всички етапи от системата на РДИ, от нивото на национално и регионално междусекторно сътрудничество и съдействие до оценка на практиката по места, като фактор за постоянна рефлексия и усъвършенстване. Тази оценка ще даде възможност да се установи степента на прилагане на ориентираните към семейството практики, и качеството на интервенционните практики на дадена програма за РДИ.

Третата част от ръководството, „Възможности за професионално развитие“, подчертава значението на професионалното развитие при осъществяване на качествени практики за интервенция, описвайки два вида възможности за професионално развитие: обучение и супервизия. В Глава 7 „Обучение — Изграждане на знания, компетенции и нагласи за по-добра интервенция“

са представени препоръчителни практики за разработване и прилагане на обучението в областта на РДИ на различни нива (начално, специализирано и непрекъснато). Глава 8 „Супервизия — към доверителни отношения, които насърчават развитието в ранната детска интервенция“ описва принципите, процесите и характеристиките на ефективната техническа супервизия при РДИ, т.е. рефлексивна супервизия, която на практика представлява предимство в подкрепата и насърчаването на професионално развитие в РДИ и косвено в процеса на овластяване и изграждане на капацитет на семействата, както и в благосъстоянието и развитието на децата.

Всъщност цялото ръководство е създадено при спазване на предпоставката, че специалистите по РДИ трябва да бъдат мислещи, да вземат решения и да решават проблеми (McWilliam & Bailey, 1993). Известно е, че познаването на теоретичните принципи и препоръчителните практики не е достатъчно само по себе си, за да се гарантира, че специалистите са способни ефективно да ги прилагат в ежедневната си работа с деца, семейства и други специалисти. Рефлексията, самонаблюдението и критичното и любознателното отношение на специалистите по РДИ трябва да придобият постоянно присъствие в тяхната работа, но подобряването на практиките и тяхната квалификация може да бъде възможно само чрез съчетаване на редовното обучение и ефективната супервизия на практиките.

Това е ръководство за препоръчителни практики, а не наръчник за добри практики. Това означава, че настоящото ръководство не е предназначено да бъде готова за прилагане книга с рецепти, а по-скоро отправна точка за индивидуална и екипна рефлексия, която ще доведе до прилагането на по-ефективни практики в контекста на РДИ. Ето защо в цялото ръководство има упражнения и предизвикателства, които специалистите да обмислят, решават и интегрират в ежедневната си практика. Поради разнообразния характер на РДИ, който се състои от семейства, услуги и от уникален и разнообразен контекст, става невъзможно да се определи ясен набор от процедури, които трябва да бъдат изпълнени, или опростена формула за намиране на „правилния отговор“. Всяка ситуация е уникална и никаква практика не е подходяща или ефективна за всички деца и семейства. Ето защо няма нито добри, нито лоши практики (McWilliam & Bailey, 1993).

Всеки специалист следва внимателно да обмисли уникалните характеристики и обстоятелства около всяко дете и неговото семейство и да реши какво е подходящо и ефективно, като взема предвид специфичните особености на контекста. Именно тук се крие основното предизвикателство за работа с ранната детска интервенция: да се вземат решения въз основа на познаването на факти и уникални обстоятелства около всяко дете и семейство, като начин да се отговори по-добре на техните специфични нужди. Вярваме, че настоящото ръководство е малка стъпка към качеството на услугите за РДИ. Това със сигурност е дълго пътуване, което може да бъде дори безкрайно, тъй като, както казва Bissel (няма дата): „Ориентираната към семейството подкрепа не е нито дестинация, нито нещо, което можем да постигнем от един момент към следващия, а по-скоро продължаващо и непрекъснато търсене на способността да се отговори на приоритетите и изборите на семействата“.



Част I

Глави:

- 1 Ранната детска интервенция и нейното значение за насърчаване на развитието
- 2 Ранната детска интервенция в Португалия: Непрекъснато развиващ се процес

Ранна детска интервенция: От неврони до семеен и социален контекст

“

Всяка теория трябва да бъде изградена така, че да може да се приложи на практика, а всяка практика трябва да следва теорията (...) Те са били създадени една за друга.

— Фернандо Песоа, 1926

”



Ранна детска интервенция: От неврони до семеен и социален контекст

ВЪВЕДЕНИЕ

Както бе споменато по-горе, първоначалната цел на това издание е да се създаде ръководство в подкрепа на специалисти с изключително практическа перспектива. Но не можем да разгледаме съществуването на качествена практика или интервенция без съгласувана подкрепа на концептуална рамка и теоретичен корпус за справка. Според думите на Фернандо Песоа (1926): Всяка теория трябва да бъде изградена така, че да може да се приложи на практика, а всяка практика трябва да следва теорията (...) В свършения живот теорията и практиката се допълват. Те са били създадени една за друга (стр. 2).

Следователно Част I от настоящото ръководство представя глобална визия за РДИ, като подчертава нейните основи, теоретични и концептуални дефиниции, историческото развитие, както и съществуващата правна рамка в Португалия. Това е „преходът“ към следващите раздели, Части II и III, а именно към препоръчителните практики за РДИ.

В Глава 1 възнамеряваме да изясним какво се разбира под РДИ, какви са нейните цели, както и защо е важна ранната интервенция, като се има предвид определящата роля на ранното развитие и взаимозависимостта между биологичните и екологичните фактори. Подробно описваме невробиологичните основи на РДИ, решаващата роля на ранния опит, средата на учене, отношенията и моделите на взаимодействие, а именно централната роля на семейството в развитието на детето, както и някои данни в подкрепа на тези основи.

Основите и главните теоретични модели, които подкрепят препоръчителните практики за РДИ, са свързани накратко, подчертавайки системните, биоекологичните и трансакционните перспективи (Bronfenbrenner & Morris, 1998; Guralnick, 2005; Sameroff, 2010; Sameroff & Fiese, 2000) и ориентирания към семейството подход (Dunst, Trivette, & Deal, 1988).

По думите на Guralnick (2013), системните модели, а именно системният подход за развитие, са допринесли за по-доброто разбиране на основните механизми на РДИ и тяхното въздействие на индивидуално, семейно и социално ниво. Това също така дава възможност за определянето на насоки, насърчаващи по-голяма съгласуваност, последователност и ефективност на практиките за ранна детска интервенция, за които понастоящем има съгласие на международно ниво. Тези насоки са отразени не само в пряката работа на специалисти и екипи, работещи с деца и семейства, но и неизбежно в определянето на политики и организационни модели на системите и услугите за РДИ.

Кратка справка за развитието на РДИ и изложение на правния модел на SNIPi в Глава 2 допълват рамката на РДИ.

Въпреки че този раздел има силен теоретичен компонент, фактът, че имаме работа с ръководство, а не с наръчник, означава, че тук темите са разгледани накратко, така че ако читателите искат да се задълбочат в тези теми, могат да се позовават на библиографските справки.

Ранната детска интервенция и нейното значение за насърчаване на развитието

ГЛАВА I

1.1. Какво е ранната детска интервенция?

Програмите за ранна детска интервенция за първи път се появяват през 60-те години в Съединените американски щати, първоначално с философия подобна на програмите за втори шанс за образование на деца в социално слаби условия, като Head Start (Pinto, Grande, Felgueiras, Almeida, Pimentel, & Novais, 2009), които по-късно са разширени и за деца с увреждания. Тези услуги и практики, наречени модели от първо поколение, с биомедицински и терапевтичен характер, обикновено се срещат в специализирани структури и са насочени към деца с различни проблемни области. Тези ориентирани към децата програми са имали за цел да избегнат влошаването на дефицита, да намалят или дори да ги премахнат при монодисциплинарен подход (Bairrão & Almeida, 2003).

1-во поколение
програми за
РДИ

Концептуализацията и прилагането на модели и практики за РДИ постепенно преминават през съществено развитие поради научния прогрес и изследванията в областта на науките за развитие, образователните науки, социалните науки и свързаните с тях области. Основите, предлагащи концептуална рамка за практиката на РДИ, възникват в края на 70-те години на миналия век най-вече чрез теоретичните предложения на екологично-системен и био-екологичен модел (Bronfenbrenner, 1979, 1986; Bronfenbrenner & Morris, 1998, 2007) и транзакционната перспектива (Sameroff, 1983; Sameroff & Chandler, 1975). След това през 80-те години се появява моделът за РДИ от второ поколение, където практиката не е ориентирана изключително към детето с проблеми, а интервенцията е разширена към семейството и общността. Приносът на теориите на Карл Дънст е решаващ, тъй като основани на научни факти, те подчертават определящата роля на социалната подкрепа и водещата роля на мрежите за социална подкрепа на семейството и общността за насърчаване на развитието на децата и за укрепване на компетенциите и самочувствието на родителите.

2-ро поколение
програми за
РДИ

По този начин през 1985 г. Дънст определя РДИ като „форма на подкрепа, предоставяна от членове на официални и неформални социални мрежи за подкрепа на семейства с деца в ранна възраст (...), която ще има пряко и косвено влияние върху функционирането на родителите, семейството и детето” (стр. 179). Тази дефиниция, основополагаща по онова време, следва нова парадигма за повишаване на компетенциите, тоест базирана на „модели за насърчаване, овластяване и партньорство, основани на силни страни и ресурси и ориентирани към семейството“, поверявайки ключовата роля относно вземането на решения на семейството

3-то поколение програми за РДИ

През 1990 г. това, което Карл Дънст нарича трето поколение програми РДИ се появява първо като ориентирана към семейството практика за подкрепа и включва следните ключови елементи (Dunst, 2000; Pinto et al., 2009):

- Възможности за учене на децата;
- Подкрепа на родителски компетенции;
- Акцент върху семейните и общностните ресурси

Концепциите и практиките, предложени от тези програми от трето поколение, концептуално формулирани от теориите на Дънст, ще бъдат разгледани в Част II.

Така стигаме до най-новите определения на РДИ, от които избрахме двете, представени по-долу.

„РДИ е съвкупност от услуги за много малки деца и техните семейства, предоставяни по тяхно искане в определен момент от живота на детето, обхващащи всякакви действия, предприети, когато детето се нуждае от специална подкрепа за:

- **Укрепване и подобряване на нейното/неговото лично развитие,**
- **Укрепване на компетенциите на семейството и**
- **Насърчаване на социалното включване на семейството и детето**

Тези действия трябва да се осигурят в естествената среда на детето, за предпочитане на местно ниво, с ориентиран към семейството и многоизмерен подход в екипна работа“ (Европейска агенция за развитие на образованието за хора със специални нужди, 2005, стр. 17).

„Ежедневните преживявания и възможности, предоставяни на бебета и малки деца от родители и други полагащи грижи в контекста на естествените ежедневни учебни дейности, които са предназначени да насърчават придобиването и използването на поведенчески компетенции от страна на децата, оформящи и влияещи на просоциалните им взаимодействия с хора и предмети“ (Dunst, Raab, Trivette & Swanson, 2010, стр. 62).

Тези автори подчертават, че като се концептуализира участието в контекста на ежедневните жизнено дейности като вид интервенция, ние допринасяме за увеличаване на възможностите за учене на децата, за разлика от това, което се случва, когато разглеждаме такива контексти като обстановката, в която се намесват специалисти (Dunst et al., 2010).

От набора от дефиниции по-горе, по-специално тази на Дънст и неговите сътрудници, се очертава, че първоначалната цел на РДИ е да насърчава компетенциите и увереността на възрастните, които са важни за детето, разглеждани като предоставяне на подкрепа, а не като механизъм за услуги. Дънст (Dunst, 2002) подчертава тази идея за подход към РДИ като създаване на възможности за учене с цел да се повлияе на поведението и развитието на децата, за разлика от по-ранните концепции, при които РДИ се разглежда най-вече като набор от услуги, предлагани на деца и семейства от квалифицирани специалисти. Guralnick (2008) също подчертава, че основната задача на РДИ е да допринесе за укрепването на семействата с цел оптимизиране на моделите на семейно взаимодействие.

Тази еволюция на философията и практиката на РДИ включва голяма промяна в начина на мислене на специалистите, работещи в тази област и, следователно, в тяхното професионално обучение и развитие, от посредници за пряка интервенция при детето до признаване на нова роля, която се състои от насърчаване на контекстите, в които детето е включено и участва, и това ще действа като агент за промяна. Естествено, това е много по-екологична визия.

Насърчаване на
компетенции и
увереност у
значими
възрастни в
живота на
детето

Насърчаване
на контексти в
друга среда,
работещи като
агенти за
промяна

Целта е семейството, общността и специалистите да са способни да осигурят връзки, опит и подкрепа, от която децата се нуждаят за развитието на функционални компетенции, за да позволят значително участие в тези условия (Moore, 2012).

Тази промяна предполага, че специалистите по РДИ трябва да заменят обосновката на практиките, насочени към услуги, с ориентиран към семейството подход, който от своя страна ще допринесе за промяна в начина на мислене на тези семейства. Всъщност при ориентиран към услугите подход, семействата се насърчават да мислят, че експертите са тези, които могат най-добре да помогнат на детето им, като работят директно с него. Обратно, при ориентирания към семейството и общността подход, семействата ще считат, че обучението на детето им се осъществява в естествени условия и се насърчава от съвместната работа с екипа по РДИ (Moore, 2012).

Насочен към услугите и ориентиран към семейството подход

1.2. Защо е важна ранната интервенция?

Както ще видим по-долу, напредъкът в научните знания за ранното развитие, неговата невробиологична основа, ролята на ранния опит и взаимодействието на детето със средата са важен фактор за възхода на РДИ. Сега има сериозни доказателства, че това, което се случва през първите години, може да има определящ ефект през целия живот (Shonkoff, 2009). От невробиологична гледна точка, това съответства на периода, през който децата са особено податливи и „възприемчиви“ към промени, които могат да се случат за добро или за лошо в цялостното им развитие.

Както казват Shonkoff и Phillips (2000, стр. 32): „Курсът на развитие може да бъде променен в ранна възраст чрез ефективни интервенции, които изместват баланса между риска и защитата, превръщайки недостатъците в по-добри резултати на адаптация“.

1.2.1. Невrobiологични основи на развитието

Огънете дървото, докато е младо

В потвърждение на това широко разпространено убеждение, научните доказателства установяват солидна емпирична основа от данни, които показват важноста на първите години в установяването на учене през целия живот. Любопитно е, че бързото нарастване на задълбочени изследвания в сферата на невронауките, разработени през последните десетилетия и векове на здрав разум, забележително се слива с основните принципи, залегнали в човешкото развитие през първите няколко години от живота.

Невропластичност

Рационалната основа за РДИ при деца с нарушения в тяхното невrorазвитие е тясно свързана с концепцията за неврална пластичност (Johnston, Nishimura, Harum, Pekar, & Blue, 2001).

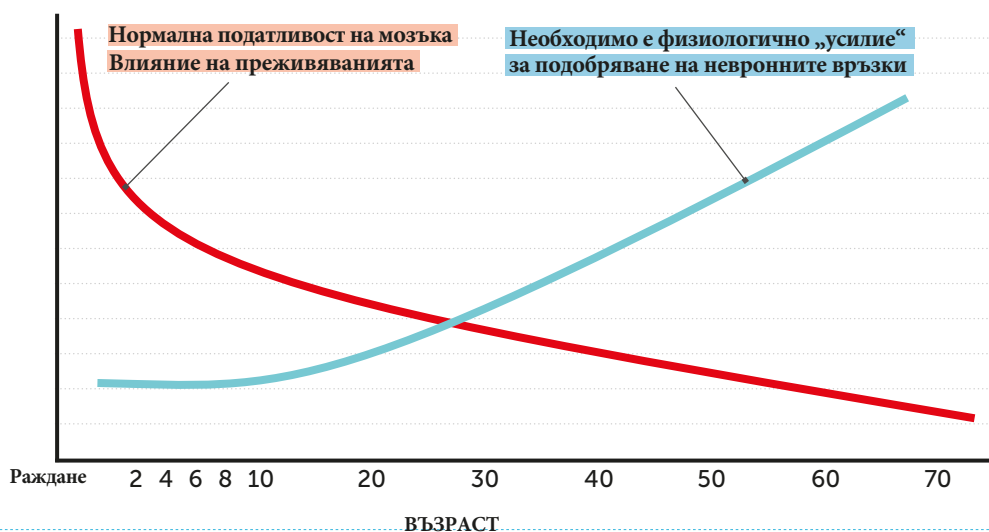
Невропластичността има връзка със способността на нервната система да се променя чрез опит, на клетъчно, метаболитно или анатомично ниво. Тази способност варира във времето и е известно, че колкото е по-малко детето, толкова по-голяма е тя (Nelson, 2000).

Невропластичността е в основата на обособяването на РДИ

Освен в жизнените етапи, невропластичността също така варира между отделните индивиди и е различна според невронната система. Тъй като специфичните преживявания засягат конкретни мозъчни вериги по време на определени етапи на развитие, от решаващо значение е тези възможности за ранно учене да се използват. С други думи, качеството на средата, в която детето живее, и наличието на подходящи преживявания в правилните моменти на развитие може да бъде решаващо за определяне на силата или слабостта на мозъчната функция и структура.

Фигура 1.1 показва начина, по който мозъкът губи известен капацитет за реорганизация и адаптиране, тъй като става по-специализиран в извършването на все по-сложни функции. Намалването на мозъчната пластичност с течение на времето означава, че е по-лесно и по-ефективно да се повлияе на развитието на мозъчната архитектура на бебето, отколкото по-късно в живота на възрастните (Център за развитие на детето в Харвардския университет, 2015).

Фигура 1.1 Намалване на капацитета на мозъка за модификация и поведение във времето



Източник: Levitt, P. (2009). Източник: Център за развитие на детето в Харвардския университет Основни понятия в науката за ранното детско развитие. <http://www.developingchild.harvard.edu>. Възпроизведено с разрешение на автора.

Гени и среда

Изследванията в сферата на невронауките подчертават как взаимодействието между гените и ранните преживявания създава основата за последващо невноразвитие и поведение.

Развитието на мозъчната архитектура е установено много рано в живота чрез непрекъснатост от динамични взаимодействия, в които средата и личните опитности оказват влияние върху начина, по който се изразяват генетичните предразположения (Post & Weiss, 1997; Fox, Levitt, & Nelson, 2010).

Взаимодействието между гените и средата допринася за структурното и функционалното развитие на мозъка

Съответно, старата идея, че гените и тяхното влияние са неизменни и еднозначно определят цялото развитие е изоставена (Meaney, 2010). Изследванията показват, че факторите на средата, особено през пренаталния и ранния постнатален период, отключват химически промени в генната структура, без да се променя генетичният код, а начинът на изразяване на гените.

химически промени в генната структура, без да се променя генетичният код, а начинът на изразяване на гените. Това явление се нарича епигенетична модификация и отчасти обяснява влиянието на отрицателните или положителните преживявания в развитието на мозъка (Meaney, 2010; Szyf, 2009).

Факторите на стреса, които се появяват още през феталния период, могат да имат дълготрайно неблагоприятно влияние, както и „богатата“ и положителна среда може да окаже благоприятно и дълготрайно въздействие (Nelson, 2000).

Критичен период

Първите три години от живота на детето представляват период на изключителна чувствителност към влиянието на средата, наречен критичен или чувствителен период, и представляват реален прозорец на възможности за „учене“ като играят определяща роля при моделирането на структурата и функциите на мозъка (Fox, Levitt, & Nelson, 2010).

Критичният период е прозорец от възможности за учене

По този начин критичният период съответства на зрелостен етап, когато някои решаващи преживявания ще имат силно въздействие върху развитието или усвояването на определено умение или поведение. Излагането на същия опит доста време след този период ще има намалено въздействие или дори пълна липса на ефект, с определена възможност да се загуби способността да се насърчават големи промени в невронната свързаност (Mundkur, 2005).

Според Hall (2005) фиксираният или твърд характер на критичните периоди е поставен под въпрос от някои невролози, които изтъкват, че връзката между критичния период и максималното учене е доказана само за сетивната система. Развитието на зрението, слуха, речта и реакциите на социални стимули са няколко примера за това как опитът силно се намесва в развитието на нервните вериги в този важен етап от живота (Knudsen, 2004).

Процесът на развитие при бебетата протича непрекъснато и от оплождането на яйцеклетката до раждането незрялото, но вече високо интелегентно новородено бебе има сложна последователност, която се определя едновременно от генетичната регулация и от вътрематочната среда. Разграничаването в човешката нервна система започва много рано, около 16-тия ден на бременността, и включва развитието, затварянето и диференцирането на невралната тръба. През целия гестационен период могат да се появят няколко отрицателни смущения, свързани с различни лезии и малформация на нервната система. Тези смущения, причинени от излагане на радиация или токсични вещества, пренатална инфекция, генетични заболявания или недохранване на майката, са сред най-честите (Anastasiow, 1990; Nelson, 2000).

Неврони и синапси

За разлика от мозъка на възрастните, развиващият се мозък има първоначална нервна редувантност, която работи като неврологичен резерв срещу възможни увреждания (Anastasiow, 1990). Невроните са основният тип клетки в нервната система и могат да се считат за основна единица на нейната структура. Зрелите неврони се диференцират чрез растежа на разширения, оформени като дървесни клони, наречени аксони и дендритни дървесни структури, които получават електрически сигнали и установяват връзката с други неврони чрез структури, наречени синапси (Letourneau, 2008).

Редувантността на невроните и синапсите е в основата на невралната пластичност

Процесът на пролиферация на синапса се нарича синаптогенеза и води до развитие на нервни вериги и в резултат на това на цялата невронна мрежа.

В незрелия мозък има прекомерно развитие на неврони и синапси, много от които ще бъдат елиминирани по време на процеса на съзряване (Letourneau, 2008). Тази привидна невронна и синаптична редундантност е в основата на невропластичността (Greenough, Black, & Wallace, 1987).

Ранните синаптични връзки, като повечето процеси, свързани с узряването на централната нервна система, са генетично програмирани, като три четвърти от развитието на мозъка се случва между втория месец и две годишна възраст.

Има два типа синапси: първият тип е наречен „активирани от опита синапси“, които се развиват бързо във всички системи, подготвяйки мозъка за придобиване на определен вид опит. Активирането на синапса води до неговото стабилизиране. Синапсите, които не се използват навреме, се „деактивират“, в много случаи необратимо (Letourneau, 2008). Пример и практическа последица от този процес е появата на амблиопия, т. е. загуба на зрение в едно от очите, при нелекувани деца под четири години. Изключването на един от двата зрителни образа от страна на мозъка и в резултат неизползването на едното око, напълно нормално при раждането, води до деактивирането му по време на периода на пластичност на зрителната система. Слепотата е резултат от аномалната организация на синаптичния модел поради липсата на активиране от опит.

Вторият тип връзки, които не са програмирани от гени, се нарича „зависим от опита синапс“ и се установява чрез нови дейности и опит, практика, а също и чрез компенсация след мозъчно увреждане (Letourneau, 2008).

Други важни аспекти в съзряването на нервната система, които са чувствителни към стимулация, включват пролиферацията и миграцията на глиални клетки (клетки, поддържащи метаболизма на невроните) и миелинизацията или изолацията на аксони, със защитна обвивка, която прави комуникацията между невроните по-ефективна (Letourneau, 2008). Миелинът (изолиращо вещество, съставено от липиди и протеини, които подобряват скоростта на проводимост на електрическите импулси) се произвежда от специфичен тип глиални клетки, клетки Schwann. Въпреки че миелинизацията започва през пренаталния период и продължава до третото десетилетие от живота, тя е по-значима през първата година. Сетивните преживявания, стимулацията и излагането на реч през ранните години могат да определят синаптогенезата, миелинизацията и нервната свързаност и по този начин да повлияят на невrorазвитието на едно дете (Volpe, 1995). Рискови фактори като недохранване на майката по време на бременност и недохранване на децата, особено през първата година от живота, могат да включват големи промени в процеса на миелинизация на мозъка (Volpe, 1995).

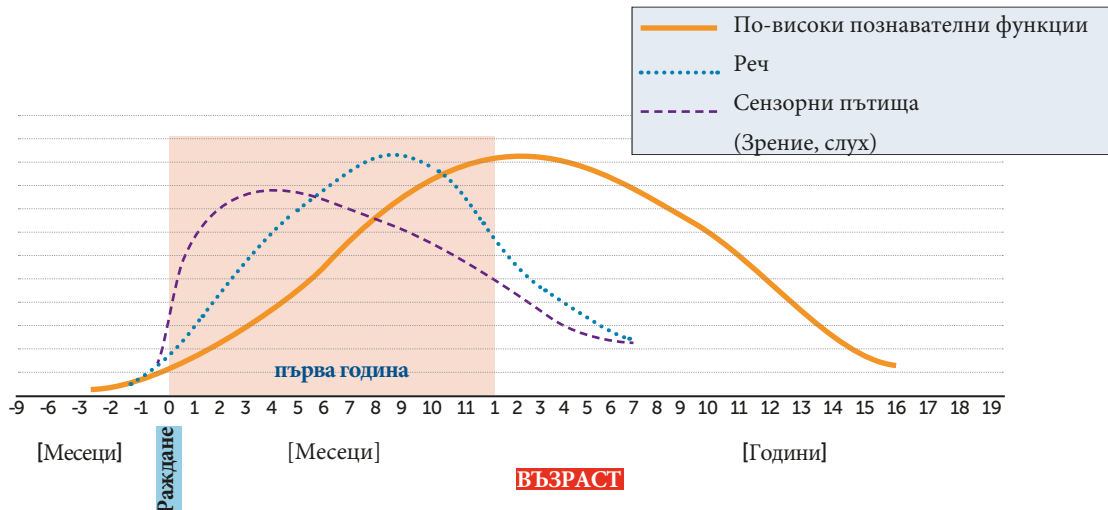
Фигура 1.2 показва йерархичната структура на мозъка, отдолу нагоре, от по-прости към по-сложни схеми. Сетивните пътища, като тези, свързани с ранното зрение и слух, са първите, които се развиват, последвани от ранни речеви умения и, по-късно, по-високи познавателни функции.

Невронните връзки се размножават и изчезват според генетично дефинирана програма, но въпреки това опитът влияе на типа създадени вериги, установявайки дали те са силни или слаби. Мозъкът никога не е празен лист, тъй като всяко ново умение е изградено върху предишни умения (Център за развитие на детето в Харвардския университет, 2015 г.).

В обобщение, процесът на невросъзряване е много сложен и включва поредица от генетично регулирани стъпки, следващи точно програмиране, но повлияни от вътрешни и извънматочни фактори на средата (Фигура 1.2). По-ранните етапи включват формиране и миграция на неврони и глиални клетки, образуване и стабилизиране на синапси, миелинизация, програмирана клетъчна смърт и деактивиране на излишните синапси, наричано още синаптично подрязване (Letourneau, 2008).

Синаптичното подрязване подобрява ефективността на мозъчното функциониране

Фигура 1.2 Мозъкът се развива йерархично от основни към по-сложни вериги



Източник: Nelson, С. (2000). Източник: Център за развитие на детето в Харвардския университет Основни понятия в науката за ранното детско развитие. <http://developingchild.harvard.edu>. Възпроизведено с разрешение на автора.

Проучвания върху животни

През 1947 г. Доналд Хеб открива, че мишките, отглеждани като домашни любимци, имат по-добри умения за решаване на проблеми от мишките, отглеждани в малки клетки. Изследванията върху мозъците на животни, отглеждани в различни среди, започват едва през 60-те години.

Голяма част от това, което се знае днес за въздействието на ранните преживявания върху мозъчната архитектура, е свързано с проучвания за лишаване от стимули и обогатяване с тях, проведени върху животни от самото им раждане, а именно с мишки и маймуни.

Мозъците на животни, изложени на обогатена среда, са били сравнени във функционално, метаболитно и хистологично отношение с тези на животни, живеещи в лишени от стимули условия (Krech, Rosenzwei & Bennett, 1960; Rosenzweig, Krech, Bernnet, & Diamond, 1962; Altman & Das, 1964; Diamond, Krech, & Rosenzweig, 1964).

Основните разлики, открити при животните в обогатена среда, включват:

- Дебела мозъчна кора с увеличен брой синапси (Wallace, Kilman, Withers, & Greenough, 1992);
- Значително увеличаване на сложността и дължината на дендритното разклоняване (Kozorovitskiy et al., 2005);
- Увеличаване на размера на синапса и активирането и консумацията на енергия (Sirevaag & Greenough, 1987);
- По-голяма васкуларизация, с увеличаване на капилярната плътност и дебелина (Borowsky & Collins, 1989);
- Увеличаване на броя и обема на глиалните клетки на неврон и увеличаване на броя на митохондриите (произвеждащи енергия клетъчни органели) (Diamond et al., 1966).

Изследванията на манипулацията на средата при животни помагат да се разбере въздействието на средата върху развитието

По отношение на поведението, животните, отгледани в по-стимулираща среда, научават решаването на проблеми по-бързо и показват по-добри модели на сън и здраве. Освен това, биохимичното възстановяване на мозъка след високи нива на активност е по-бързо.

Животните, отглеждани изолирано, показват забавяне в развитието и намалени способности при учене на нови неща, лоши модели на сън и сексуална активност, странно поведение и високи нива на стрес. Веднъж установени, тези девиантни модели на поведение се оказват трудни за възстановяване (Anastasiow, 1990; Baroncelli et al., 2010).

Две допълнителни важни констатации от изследванията върху животни включват (Greenough, 1978):

1 — Колкото животното е по-младо, толкова по-голямо е влиянието на средата върху мозъчната структура.

2 — Животните с хирургично предизвикани мозъчни увреждания се възстановяват по-добре в обогатена среда.

Проучвания върху животни

По очевидни причини проучванията върху хора, изискващи хистологични изследвания, са ограничени. Независимо от това, изследванията при аутопсии, проведени след пътни произшествия, ясно показват пряка връзка между образователното ниво и сложността на дендритната и синаптичната мрежа (Jacobs, Schall, & Scheibel, 1993).

Понастоящем знаем, че първите преживявания на бебето оказват голямо влияние в хода на неговото бъдещо емоционално, интелектуално и физическо развитие. Децата се развиват в релационна среда, която обикновено започва в рамките на семейството (Moore, 2012).

Процесът на свързване между детето и семейството се улеснява чрез нежно, стимулиращо и последователно взаимодействие. Този процес на свързване, наречен сигурна привързаност с близки възрастни, обикновено с родителите, води до развитие на съпричастност, доверие и благополучие.

За разлика от това, бедна на стимули, небрежна или насилствена среда може да създаде трудности в развитието на съпричастност, в научаването как да се регулират емоциите или в развитието на социални умения, което може да доведе до повишен риск от проблеми с психичното здраве, трудности в отношенията, антисоциално поведение и агресивност.

Ситуациите на ранно излагане на страх и стрес предизвикват ненормални неврохимични реакции, които ще допринесат за изкривена мозъчна архитектура. Травмата повишава хормоните на стреса, а именно кортизола, което води до значително намаляване на броя на синапсите и модификациите в мозъчните области, свързани с емоциите, забелязващи се при проучвания за изследване на мозъка. В екстремни случаи мозъкът на деца, които са жертва на насилие, е значително по-малък от нормата, а лимбичната система, регулираща емоциите, може да намалее между 20—30% (Perry, 2002; Gunnar & Donzella, 2002).

Фигура 1.3 недвусмислено илюстрира въздействието на небрежното отношение върху развиващия се мозък. Компютърната аксиална томография (CAT Scan) отляво представлява мозъка на здраво тригодишно дете с периметър на черепа в 50-ия процентил. Изображението вдясно е мозъкът на дете на същата възраст, обект на обща небрежност през ранно детство. Мозъкът е значително по-малък от средния с аномално развитие на церебралната кора (кортикална атрофия) и други аномалии, което предполага аномално развитие на мозъка (Perry, 2002).

Децата, които са изложени на среда с насилие и трайна заплаха през първите няколко години от живота си (изложени на така наречения токсичен стрес), имат високи нива на кортизол и

Ранното излагане на стрес и злоупотреба ще се отрази негативно върху емоционалното развитие

съответно увеличение на активността в locus ceruleus, мозъчната структура, участваща в бдителността и вниманието. По-късно тези деца ще реагират на минимални нива на стрес с импулсивно, възбудено и паническо поведение (Perry, Pollard, Blakley, Baker, & Vigilante, 1995).

Фигура 1.3 Влияние на небрежното отношение върху развитието на мозъка



Източник: Perry, V.D. (2002). Детски опит и изразяване на генетичния потенциал: Какво ни говори пренебрегването в детството за природата и възпитанието. Мозък и ум 3: 79–100. Възпроизведено с разрешение на автора.

Научаването как да се справяме с леките и умерени нива на стрес представлява важна задача в процеса на здравословно развитие. Независимо от това, ако реакцията на детето в стресова ситуация е екстремна, дълготрайна, и ако поддържащите взаимоотношения не са налице, резултатът може да бъде това, което е известно като токсичен стрес, свързан с отслабени системи на организма и мозъчната архитектура, с продължителни последствия върху живота на детето (Национален научен съвет за развитие на детето [NSCDC], 2014).

Други проучвания изясняват въздействието на средата върху човешкото развитие и поведение, а именно тези, проведени върху деца от Източна Европа, живеещи в домове за сираци в изключителна бедна на стимули среда, с намалено социално взаимодействие. Тези деца показват сериозно забавяне в своето социално и когнитивно развитие (Kaler & Freeman, 1994). Дванадесет процента от тези деца, осиновени след шестмесечна възраст, когато са на четири години показват аутистични наклонности. Възстановяването е по-голямо при деца, осиновени преди навършване на шест месеца (Beckett et al., 2006; Windsor, Glaze, & Koga, 2007). Някои деца също така показват забележими разлики в мозъка, включващи префронтална кора, амигдала, хипокампус, темпорална кора и мозъчен ствол (Chugany et al., 2001; Eluvathingal et al., 2006).

Друг източник на данни относно връзката между средата и развитието на централната нервна система е устойчивостта на мозъка според образователното ниво на индивида. Многобройни проучвания показват, че колкото по-висока е когнитивната активност и висшите образователни нива, толкова по-малко са ефектите на стареенето (Corral, Rodríguez, Amenedo, Sánchez, & Díaz, 2006), деменцията (Baroncelli et al., 2010; Hall et al., 2007), мозъчния инфаркт (Elkins et al., 2006), болестта на Алцхаймер (Baroncelli et al., 2010; Koepsell et al., 2008; Roe et al., 2008) и травматичното увреждане (Kesler, Adams, Blasey, & Bigler 2003) в мозъчната функция.

Научните доказателства следва да допринасят за развитието на иновативни политики за РДИ

Значението на невробиологичното знание за РДИ

Невроразвиващите механизми са „форматирани“, за да включат широк спектър от опит в развиващата се мозъчна архитектура. Проучванията върху животни недвусмислено изясняват този факт и няма причина да се подозира, че при хора, които са толкова добре подготвени да се адаптират и учат, чувствителността на мозъка към въздействието на опита е по-малка.

Става все по-ясно, че успехът на стратегиите за ранна детска интервенция се дължи най-вече на невропластичността. Съществува обаче необходимост от по-голямо взаимодействие между развитието на невронауката и иновативното разработване на политики, за да се подобри бъдещето на децата, подложени на значителни неблагоприятни въздействия (Shonkoff & Levitt, 2010).

Всички невробиологични доказателства за въздействието на средата при развитието и съзряването на централната нервна система полагат отговорността за подобряване на жизнения контекст на съответните деца върху РДИ. Това обогатяване на средата се осъществява чрез подкрепа на семейството, а именно в развитието на умения и компетенции, идентифициране и координиране на ресурсите на общността, които отговарят на нуждите на децата, облекчаване на стреса, подобряване на благосъстоянието и, следователно, при взаимодействие между моделите родител и дете (Shonkoff & Levitt, 2010).

Обобщение на някои причини, поради които ранната интервенция е важна:

- 1. Изключителното въздействие, което ранните преживявания имат върху архитектурата на мозъка, превръща ранните години от живота в съществена възможност и по-голяма уязвимост за развитието на нервната система;**
- 2. Независимо от значението на гените, няма генетична предопределеност, а по-скоро динамично взаимодействие между гените и средата, което представлява източник за потенциал и растеж, както и риск и дисфункция;**
- 3. Съществува невробиологична основа, свързана с невропластичността и съответните критични и чувствителни периоди, което увеличава потенциала на средата да предизвика промяна;**
- 4. Рисковите фактори и нарушенията на нервно-психическото развитие, дължащи се на „обедняване на средата“ и значително намаляване на съществуващия опит, могат да доведат до допълнителна дисфункция. Например, случай на глухота, който не се коригира, задължително ще забави усвояването на речта или тежката двигателна патология ще ограничи нормалната способност за опознаване на средата, което ще засегне други области на развитие.**

Начинът, по който РДИ се концептуализира и прилага, е от решаващо значение за осигуряването на ползи за семействата и децата. Естественният контекст на учене, ежедневните дейности, стандартизираните възможности, както и участието на семейства и деца са ключови и лесно достъпни компоненти.

1.2.2 Биоекологична и систематична перспектива на развитието

Размишляването върху развитието на деца със специални нужди или в риск от забавяне в развитието включва, преди всичко, отчитане на начина, по който протича в общи линии детското развитие.

„...Това, в което детето се превръща, не е функция само на детето, нито само от неговия опит, а продукт от съчетанието на индивида и неговия опит. Трансакционният модел разглежда детето в условията на социални взаимодействия, които ще усилят някои ранни характеристики и ще сведат до минимум други” (Sameroff & Mackenzie, 2003, стр. 16).

Принос на моделите за развитие

Много автори концептуализират процеса на развитие в обхвата на екологичните и биоелекологичните перспективи и според тях от 80-те години на миналия век той се превръща в концептуалната рамка за практиката на РДИ. Сред тях ние подчертаваме Бронфенбренер като един от най-приложимите, с неговия модел за екологично развитие (1979, 1986) и по-късно биоелекологичния модел (Bronfenbrenner & Morris, 1998, 2007). Основният принос на този автор се състои в начина, по който разширява разбирането за развитието и неговите фактори на влияние, освен интерактивния процес между детето и полагащите грижи, към широката система на взаимовръзки между различните контексти, в които се намират детето и семейството, опериращи тези контексти в йерархична и взаимосвързана система. По-късно той усъвършенства този модел, като обръща внимание върху значението на биологичните, психологическите и поведенческите характеристики на личността, развиващи се в екологичната система, като премества взаимодействието на индивида с елементите от непосредствената среда в центъра на процеса и подчертава ролята, която хората играят в промяната на контекста, където участват.

Модел за екологично и биоелекологично развитие

Друг автор с голямо влияние в практиката на РДИ е Самеров. Неговият трансакционен модел (Sameroff, 1983; Sameroff & Chandler, 1975) предлага иновативна визия за развитието, като придава еднакво значение както на въздействието на децата върху средата, така и на въздействието на средата върху децата, където характеристиките на децата могат да бъдат определящи в техния настоящ опит, но резултатите от развитието не могат да бъдат описани систематично без анализ на въздействието на средата върху децата (Sameroff & Mackenzie, 2003). Съвсем наскоро този автор предложи унифицирания модел на развитие (Фигура 1.4), при който различните биологични процеси (набор от припокриващи се черни кръгове) взаимодействат помежду си и с психологическите процеси (припокриващи се сиви кръгове), образувайки биопсихосоциалната система на индивида. Този индивидуален механизъм за саморегулация взаимодейства с другите регулаторни системи, съответстващи на социалните екологични контексти на индивида, а именно на семейството, образователния контекст, съседите, общността и геополитическите проблеми, които влияят един на друг (представени от околните бели кръгове). Тези три групи от припокриващи се кръгове представляват биопсихосоциалните аспекти на индивида в даден контекст (Sameroff, 2010).

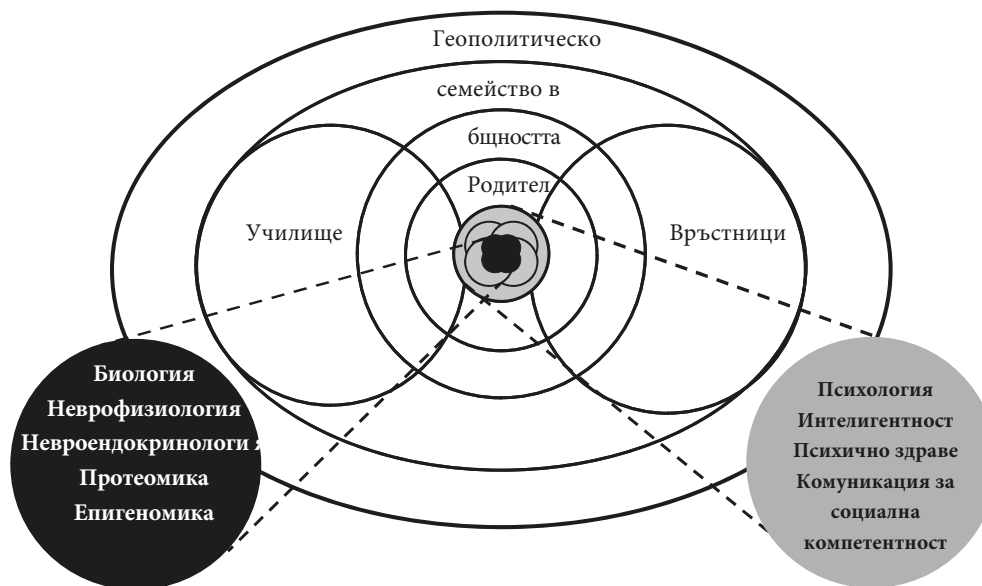
Трансакционен модел

Унифициран модел на развитие

Следователно е важно да се разбере взаимозависимостта и реципрочния обмен, който се случва във времето между уникалните и индивидуалните характеристики на всяко дете (като например техните невробиологични черти) и характеристиките на средата за учене, особено връзките, възникващи в контекста на живота, в който детето се развива.

Промените в развитието във връзката между детето и контекста се изграждат въз основа на динамичен и последователен процес между регулаторните механизми, наложени от другите, и саморегулирането, което детето постепенно овладява (Sameroff, 2010).

Фигура 1.4 Екологична биопсихосоциална система



Източник: Sameroff, A. J. (2010). Унифицирана теория на развитието: диалектична интеграция на природата и възпитанието. Детско развитие 81(1), 6–22. Възпроизведено с разрешение на автора.

Една от целите на РДИ е да подпомогне основните грижи за детето в предлагането на регулаторни опити в естествени условия, които му помагат, като насърчават развитието, адаптацията и способностите за саморегулиране.

Всъщност ние знаем, че именно чрез взаимодействие в житейските условия и участието в ежедневни дейности и игри децата в ранна възраст придобиват опит, който е от значение за тяхното развитие. Реципрочното взаимодействие между детето, хората, предметите и символите в контекста на тяхното ежедневие съставляват техните проксимални процеси, разглеждани като движеща сила на развитие. За да бъдат ефективни, тези взаимодействия трябва да нарастват по сложност и да се проявяват редовно през продължителни периоди от време (Bronfenbrenner & Morris, 2007).

Разглеждайки еволюцията на различните модели на разбиране и подход към проблемите на уврежданията и неспособностите, трябва да се подчертае биопсихосоциалният модел. Той заменя традиционната ограничаваща перспектива, съсредоточена върху дефицитите „на детето“, които не вземат под внимание влиянието на факторите на контекста или средата, както в случая с биомедицинския модел.

Биопсихосоциалният модел предлага интегрираща концептуална рамка, която отчита сложността и интерактивния и многоизмерим характер на развитието, в неговите биологични, психологически и социални аспекти (Felgueiras, 2009; Световна здравна организация [WHO], Панамериканска здравна организация [ПАНО]) 2004; Simeonsson, Sauer-Lee, Granlund, & Björck-Åkesson, 2010).

СЗО първоначално е приложила тази парадигма чрез ICF — Международната класификация на функционирането, уврежданията и здравето, последвана от нейната версия за деца и младежи през 2007 г. (WHO, 2007). Биопсихосоциалният модел се очертава като интерактивен, функционален и интегриран модел, разглеждащ функционалността и увреждането като цялост (съответно с положителни и отрицателни аспекти), произтичаща от взаимодействието между различните измерения на индивида (Функция и структура на тялото; дейности).

Биопсихосоциал
ният подход и
ICF-CY

1 Международна класификация на функционирането, уврежданията и здравето: детска и младежка версия: ICF-CY

и участие) и средата (фактори на средата) (Felgueiras, 2009; OMS, OPS, 2004).

Въз основа на гореспоменатите основни концепции, предавани от биопсихосоциалния и екологичен подход към развитието (Bronfenbrenner & Morris, 2007; Sameroff, 2010), СЗО предлага нов начин за прилагане на различните измерения, свързани с развитието, с особен акцент върху факторите на средата и участието, като се дава възможност за документиране на процеса на оценка/интервенция.

Фактът, че представлява обединяваща връзка, която позволява да се опише въздействието на контекста върху функционирането на децата, е отбелязан като един от приносите на ICF-CY, а именно за РДИ. Като премахва класификацията на децата и установяването на диагноза или етиология, ICF-CY дава възможност вместо това, чрез трансдисциплинарна перспектива и по холистичен и интерактивен начин (Felgueiras, 2009; Rosário, Leal, Pinto, & Simeonsson, 2009):

- Да се регистрират функционалните профили и участия на децата въз основа на техните характеристики в различни области и според техния жизнен опит (Функции и структура на тялото, дейности и участие);
- Да се идентифицират физическите и социалните характеристики и нагласи на обкръжаващата ги среда (фактори на околната среда) като посредници или като бариери пред участието и включването на децата.

Основните принципи на развитието

Целите, които ни ръководят в тази глава, са да разберем определящата роля на ранното развитие и взаимозависимостта между биологичните фактори и факторите на средата, и следователно да изтъкнем основните причини, обосноваващи необходимостта да се намесваме възможно най-рано в ситуации на смущения, или при риск от нарушаване на развитието поради екологични или социални причини.

В рамките на Комитета за интегриране на науката за ранно детско развитие (САЩ), Шонков и Филипс (Shonkoff, & Phillips 2000) докладват огромен набор от доказателства и знания, свързани с ранното развитие и РДИ. Авторите подчертават значението на продължаващото взаимодействие между биологичните фактори и факторите на средата върху пътя на развитието на децата през целия им живот и изброяват 10-те ключови принципа на развитие.

Основни принципи на развитие

1. Човешкото развитие се осъществява чрез непрекъснатото и динамично взаимодействие между биологията и опита;
2. Културата оказва влияние върху всеки аспект на човешкото развитие и се отразява върху детските представи и образователни практики, насочени към здравословна адаптация;
3. Развитието на саморегулирането е основа на ранното развитие на детето, което обхваща всички поведенчески сфери;
4. Децата са активни участници в собственото си развитие, отразявайки присъщата човешка склонност да изследват и овладяват собствената си среда;
5. Човешките отношения и тяхното въздействие върху взаимоотношенията са основата на здравословното развитие;

6. Широкият диапазон от индивидуални различия между децата често затруднява разграничаването на нормалните вариации и забавеното съзряване от преходните промени или от установените нарушения;

7. развитието на детето минава по индивидуални пътища, чиито траектории се характеризират с непрекъснатост и прекъсвания, както и с редица значителни преходи;

8. Човешкото развитие се осъществява чрез непрекъснатото взаимодействие между факторите на уязвимост и факторите на устойчивост;

9. Моментът, в който се появяват тези ранни преживявания, може да бъде от значение, но развиващото се дете често е уязвимо по отношение на рискове и е отворено за защитни влияния през първите няколко години от живота и по време на зряла възраст;

10. Курсът на развитие може да бъде променен през първите години от живота чрез ефективни интервенции, които нарушават баланса между риск и защита, променяйки по този начин вероятностите в полза на по-адаптивни резултати.

(Shonkoff & Phillips 2000, стр. 23—32)

Тези принципи представляват основите на науката за ранно развитие и имат отражение върху настоящите практики за РДИ.

(2) Но как и какви са необходимите условия за положителен процес в ученето и развитието? В този момент е важно да се посочат два основни аспекта, които са взаимосвързани и които Moore (2012) подчертава:

- а. Среда за обучение в ранна възраст;
- б. Решаващата роля на отношенията.

Насърчаване на среда за учене в ранна възраст

Следователно значимостта на контекста или средата, в която се случва развитието, е неоспорима. За да се засили развитието на децата и да се предотвратят множество проблеми, е необходимо да се осигури значителен опит в ученето в подходяща среда — в резултат на това следва да се съсредоточим върху насърчаването на подходящи за развитието среди² за всички деца (Biglan, Flay, Embry, & Shandler, 2012).

Важно е да се подчертаят някои съществени въпроси, свързани със средата и ранното обучение, както посочва Moore (2012), в своя преглед на литературата за целите, обосновката и ефективността на практиките за РДИ, засилвайки значението на подходящата интервенция.

Развитие и ранен опит

- Ученето става от раждането (Shonkoff & Phillips, 2000) и компетенциите се развиват кумулативно, съставлявайки основата за последващо развитие (Cunha & Heckman, 2006);
- Децата се нуждаят от множество възможности за практикуване на функционални компетенции в ежедневен житейски контекст — поведението и функционирането на децата са по-повлияни в определен времеви момент от непосредствената социална/физическа среда, отколкото от миналия опит (van IJzendoorn & Juffer, 2006);

² Под подходяща за развитие среда разбираме контексти, които са подходящи едновременно за характеристиките на децата и възрастта им на развитие.

- Знаем обаче, че характеристиките на детската среда продължават да съществуват, тоест балансът между рисковите и защитните фактори има голяма вероятност да остане непроменен (Sameroff, 2009);
- Продължителното излагане на неблагоприятна среда може да има дългосрочни пагубни ефекти върху развитието и ученето на децата (Sameroff, 2009).

Гореспоменатите автори подчертават силно интерактивния компонент на детското развитие/учене и важноста на ранния опит, който по-късно ще стане основата на целия процес за развитие. Ето защо е от съществено значение да се вземе предвид положителното или отрицателното въздействие, което благоприятният или неблагоприятен контекст може да окаже върху това развитие. Увеличаването на рисковите факторите по отношение на биологията и средата ще увеличи вероятността от възникване на проблеми с развитието, но от друга страна, наличието на защитни фактори ще намали тази вероятност. И двете могат да възникнат по преходен или траен начин, с различни въздействия върху развитието на детето. Габарино и Ганзел (Gabarino & Ganzel, 2000) подчертават отрицателните въздействия на рисковите факторите на средата, които генерират социална токсичност, произтичащи, наред с други причини, от социално и икономическо неравенство, безработица и вредните ефекти на медиите чрез валидиране на насилие или расизъм, или от намалена социална подкрепа.

Важно е да се подчертае обаче, че особено в случай на биологични рискови фактори, техните въздействия не са определящи сами по себе си. Взаимодействието и комбинираният ефект между стресовите и защитните фактори, характеризиращи жизнената среда на детето (семейство, специалист и общност), ще бъдат определящи за процеса на развитие (Guralnick, 2005, 2013; Shonkoff & Phillips, 2000). Това означава, че положителното начало в живота само по себе си не е гаранция за хармонично развитие и обратната ситуация не води неминуемо до промени в това развитие. Ето защо е важно да се обърне голямо внимание по време на интервенцията на динамичния процес между тези фактори, като се подкрепя усилването на положителните фактори на защита и се направи опит да се сведе до минимум ефектът от рисковите фактори.

Решаващата роля на отношенията

Както бе споменато по-горе, развитието се осъществява въз основа на интерактивни процеси в различни житейски контексти. Както Moore (2012) подчертава, решаващата роля на отношенията е по-очевидна, колкото по-ранна е възрастта на детето.

Решаващата роля на отношенията

- Като се има предвид това, което в момента е известно за пластичността в ранна възраст, на неврологично ниво взаимоотношенията могат да променят както структурата, така и функцията на мозъка (Greenough, Black, & Wallace, 1987; Letourneau, 2008);
- Ролята на външната среда, особено ролята на отношенията с възрастните, е особено съществена, тъй като все още не е развита способността на децата да регулират поведението си въз основа на собственото си мислене и намерение (Siegel, цитат от 1999 г. от Moore, 2012);
- Чувствителните и отзивчивите отношения, както и положителната привързаност към възрастните, са от решаващо значение за здравословното развитие на децата на различни нива: невропсихологично, физическо и психологическо; от друга страна, неадекватните и небрежни отношения и несигурната привързаност могат да имат неблагоприятни последици за здравето, развитието и дори оцеляването на децата (NSCDC, 2008, 2010; Richter, 2004).

Всъщност, както вече видяхме, изследванията в областта на невронауките, социалните и поведенческите науки доказват значението на ранния опит и силно интерактивното влияние на генетичните и дължащите се на средата фактори за развитието на мозъка и, следователно, за човешкото поведение, както и централната роля на ранните отношения като източник както на защита и адаптация, така и на риск и дисфункция (Shonkoff & Phillips, 2000).

Взаимна отзивчивост между дете и полагащ грижи

Активният елемент на тези преживявания е описан като взаимната отзивчивост между детето и полагащия грижи. Когато полагащите грижи са чувствителни и реагират на сигналите на детето, те предлагат богат контекст за развитие. Съществуват обаче фактори като родилна депресия, които могат да възпрепятстват способността на полагащите грижи (систематично и редовно) да предлагат тези преживявания на детето, а мозъчните връзки могат да не бъдат установени по подходящ начин. Родилната депресия е особено притеснителна поради високото си разпространение, тъй като 10 до 20% от майките могат да изпаднат в депресия в определен момент от живота си. Всяко единадесето дете е подложено на ситуация, свързана с депресия на майката през първата година от живота си, с по-висок процент случаи на майки с предишна история на депресия или изложени на други видове стрес, като финансови затруднения или социална изолация (Център за развитие на детето в Харвардския университет [CDCHU] (2009). Депресията е особено разпространена сред социално-икономически неравностойното население и сред домакинствата, които попадат под границата на бедността (CDCHU, 2009), една четвърт от майките на малки бебета могат да изпитат умерени до тежки депресивни симптоми. Само 15% от майките са насочени към и имат достъп до професионална грижа, което придава особено внимание на този въпрос в рамките на проследяването на психичното здраве на майките на малките бебета.

По отношение на интервенцията е от съществено значение всички тези фактори да се вземат предвид, особено в случай на по-уязвими деца и семейства. Още повече, че както твърдят Шонков и Филипс (Shonkoff и Phillips, 2000), пренаталното здраве и грижи и последващото детско развитие в ранна възраст по принцип не са достатъчни сред населението, подложено на риск от средата, което увеличава вероятността от забавяне в развитието или дори от нарушения в развитието.

И как протича развитието и обучението на деца със специални нужди или в риск от забавяне в развитието?

Ролята на средата и отношенията за ранното учене става още по-важна за тези деца, както подчертава Moore (2012).

Решаващата роля на отношенията

- Като се има предвид това, което в момента е известно за пластичността в ранна възраст, на неврологично ниво взаимоотношенията могат да променят както структурата, така и функцията на мозъка (Greenough, Black, & Wallace, 1987; Letourneau, 2008);
- Ролята на външната среда, особено ролята на отношенията с възрастните, е особено съществена, тъй като все още не е развита способността на децата да регулират поведението си въз основа на собственото си мислене и намерение (Siegel, цитат от 1999 г. от Moore, 2012);
- Чувствителните и отзивчивите отношения, както и положителната привързаност към възрастните, са от решаващо значение за здравословното развитие на децата на различни нива: невропсихологично, физическо и психологическо; от друга страна, неадекватните и небрежни отношения и несигурната привързаност могат да имат неблагоприятни последици за здравето, развитието и дори оцеляването на децата (NSCDC, 2008, 2010; Richter, 2004).

Деца, чийто курс на развитие е повлиян от биологични рискове и/или рискове на средата, се нуждаят от допълнителни нива на подкрепа и обогатяване на средата. Тези деца се нуждаят от допълнителни грижи, защита и подкрепа, които трябва да бъдат взети под внимание, за да се предотвратят или намалят потенциалните нарушения или забавяне в развитието (Simeonsson, 2009). Достъпът до подходящи здравни и образователни грижи е основно право на всички деца, както е дефинирано в Конвенцията на УНИЦЕФ за правата на децата (UNICEF, 1989).

Системен подход за развитие

Визиите за системен подход са допринесли значително за разбирането на основните механизми на РДИ и нейното въздействие на семейно, индивидуално и социално ниво, от една страна, а от друга, за определянето на насоките, които по настоящем са международно съгласувани, осигурявайки по този начин по-голяма последователност и ефикасност на практиката за РДИ. Потенциално по-големият принос на системните модели, както в случая на системния подход за развитие на РДИ, представен от Guralnick, е техният акцент върху всеобхватен, съгласуван и добре дефиниран концептуален модел, който интегрира научните знания за типичното развитие, фокуса върху риска и нарушенията в развитието, централната роля на семейството в процеса на развитие, а също и знанията за науките за интервенция (Guralnick, 1998, 2005, 2008, 2011). Този рамков модел дава възможност да се разбере връзката на средата с преживявания и процеси, които са от решаващо значение за развитието на детето и как те действат, за да имат влияние върху него.

Фигура 1.5 представя визуализацията на взаимовръзките между различните компоненти и трите нива на системата (ниво на организационни процеси и ресурси за развитие на детето; ниво на взаимодействие в семейството и ниво на семейните ресурси) и реципрочното влияние на техните съответни рискови и защитни фактори, които заедно допринасят за когнитивните и социални компетенции на детето.

Фигура 1.5

Трите нива на системния подход за развитие, неговите взаимодействия, реципрочното влияние и въздействието на рисковите и защитните фактори



Източник: Guralnick, M. J. (2011). Защо ранната интервенция действа? Системна перспектива. Бебета и малки деца, 24 (1), 6—28. Адаптирано и възпроизведено с разрешение на автора.

Взаимовръзки
между трите
нива:

- Процеси и ресурси за развитие на детето;
- Модели на семейно взаимодействие;
- Семейни ресурси

Като приема системния подход за развитие, според Guralnick (2011, стр. 9), основната задача на РДИ е: „(...) да установи или възстанови моделите на взаимодействие на семейството, за да се достигнат техните най-положителни нива“.

1.2.3 РДИ: Проблем с правата

Правата на човека като цяло и, по-специално, правата на децата представляват философската рамка на РДИ и удостоверяват правото на всеки човек да има пълен достъп до среда и пълноценно участие в обществото, основите, на които лежат ценността и достойнството на всеки човешко същество (Simeonsson, 2009).

Многобройни конвенции, законодателни актове и декрети съдържат принципите, свързани с тези права, а именно благоденствие, липса на недоброжелателност; социална справедливост; почтеност и самостоятелност (Simeonsson, 2009) Поради нейното значение, ние изтъкваме Конвенцията за правата на детето (UNICEF, 1989) и Конвенцията за правата на хората с увреждания (Организация на обединените нации [UN], 2009).

Тези две конвенции на ООН, които Португалия е ратифицирала заедно с десетки други държави, се обединяват в укрепването на равните възможности, справедливостта и гарантирането на правата на децата с увреждания.

Конвенцията за правата на детето, освен общите права на всички деца, установява в член 23 специфичните права на деца със специални нужди или в риск, а в член 2 определя защитата срещу дискриминацията на деца с увреждания

Член 23, точки 1 и 2

„... дете с умствени или физически недостатъци трябва да води пълноценен и достоен живот в условия, които осигуряват достойнството му, поощряват самостоятелността и улесняват активното му участие в обществото“;

„... признават правото на детето с умствени или физически недостатъци на специални грижи...които отговарят на състоянието на детето и на положението на родителите или другите лица, грижещи се за детето“ (точки 1 и 2);

„... помощта... се предоставя безплатно, когато това е възможно, като се вземат предвид финансовите възможности на родителите на детето или другите лица, грижещи се за него...“

„... здравни грижи, рехабилитация, подготовка за трудова дейност и възможности за отдих по начин, позволяващ на детето най-пълната възможна социална интеграция и индивидуално развитие, включително неговото културно и духовно развитие“.

(Конвенция за правата на детето)

Конвенцията за правата на хората с увреждания не създава нови права, но потвърждава по-рано предоставените, напомняйки задълженията, поети от държавите страни по Конвенцията, както в случая с член 7, който специално е посветен на децата.

Член 7

„Деца с увреждания

1. Държавите страни по настоящата конвенция се задължават да предприемат всички необходими мерки за осигуряване на пълноценното упражняване от деца с увреждания на всичките им човешки права и основни свободи, равноправно с останалите деца.

2. Във всякакви действия, засягащи децата с увреждания, първостепенно съображение ще бъде защитата на интересите на детето.

3. Държавите страни по настоящата конвенция се задължават да осигурят правото на децата с увреждания свободно да изразяват становища по всякакви въпроси, които ги засягат, като на техните становища се придава подобаваща тежест в съответствие с възрастта и степента им на зрелост; наред с това, на децата трябва да се предоставя подходящо за увреждането и възрастта им съдействие при реализацията на това право.“

(Конференция за правата на хората с увреждания)

Освен принципите и правата по тази Конвенция са формулирани и определени процедури и начини за тяхното прилагане, което бе признато за основен принос. Някои членове уреждат и поддържат РДИ като право, а именно тези, насочени към семейството (член 23), образованието (член 24), здравето (член 25), хабилитацията и рехабилитацията (член 26), и са от особено значение за гарантиране на правата на по-уязвими деца.

Инвестицията в първите години от живота е призната за приоритет както от научната общност, така и от различни международни организации, насочени към насърчаване на правата и икономическото и социалното развитие на населението (Britto, Yoshikawa, Van Ravens, Ponguta, Oh, Dimaya, & Seder, 2013; Heckman, 2006, 2015; Организация за икономическо сътрудничество и развитие [OECD], 2009; Shonkoff, 2010; UNESCO, 2009; UNICEF, 2014).

В своя доклад за качеството на живота на децата „Да направим по-добро за децата“ Организацията за икономическо сътрудничество и развитие (ОИСР) посочва: „Повечето държави от ОИСР концентрират своите инвестиции в задължителното образование (...), правителствата трябва да инвестират повече пари в по-ранния живот на детето, за да се намали социалното неравенство и да се помогне на всички деца, особено на най-уязвимите, да живеят по-щастлив живот (...)“ (OECD, 2009).

Според Хекман (Heckman, 2006) инвестирането в развитието на децата през първите години от живота е икономически ефективна политика с висока възвръщаемост в бъдеще. Той добавя също, че публичните политики, насърчаващи социалното равенство и социалната справедливост, които едновременно с това са продуктивни от икономическа гледна точка, са недостатъчни. Инвестирането в деца в неравностойно социално и икономическо положение през техните ранни години постига точно това. Инвестирането в програми за РДИ при тези деца гарантира икономическа възвръщаемост от 15—17% (Heckman, 2006).

По същия начин, Американската академия по педиатрия (Glascoe & Shapiro, 2006) подчертава, че всеки долар, изразходван за РДИ, представлява седем долара, които са спестени от обществото.

Напоследък Хекман (Heckman, 2015) дори предлага уравнение, насочено към „производството“ на по-способни, компетентни и продуктивни граждани:

- По-големи инвестиции в ресурси, които насърчават развитието и образованието на семействата в неравностойно положение, за да се насърчи равния достъп до успешно човешко развитие;
- По-добро развитие на компетенциите през ранното детство;

- По-голяма устойчивост, поддържане на ранно развитие се постига чрез ефективно и непрекъснато образование до зряла възраст.

1.3 Цели и практика на РДИ

Целите на РДИ са очевидно и пряко свързани с нейния основен теоретичен модел и философия, което от своя страна се отразява върху начина, по който се представят ролята и работата на специалистите, ролята и участието на семействата, индивидуалният процес на планиране и интервенция при семейството и детето, както и организацията на услуги и ресурси. В контекста на настоящото възприемане на РДИ при ориентирания към семейството подход (Dunst, 2012; Moore, 2012), се заявява, че глобалната цел на РДИ е да гарантира, че родителите или други основни лица, полагащи грижи, са „способни да предлагат възможности за развитие и трупане на опит на деца с промени в развитието или забавяне, които ще насърчат придобиването и използването на компетенции, които ще им позволят да участват значително в ключови среди в живота си“³ (стр. 13). Още през 1992 г. Бейли и Уолъри, в съответствие с широкообхватна и интегрирана визия на РДИ, а именно визията за семейна интервенция, определят подробно седемте цели за РДИ.

Цели за РДИ

1. Да се подкрепят семействата в постигането на собствените им цели;
2. Да се насърчават ангажираността, независимостта и уменията на децата;
3. Да се насърчава развитието в ключови области;
4. Да се изгражда и подкрепя социалната компетентност на децата;
5. Да се насърчава общото използване на уменията;
6. Да се осигуряват и подготвят условия за нормален жизнен опит;
7. Да се предотвратява появата на бъдещи проблеми или разстройства.

(Bailey & Wolery, 1992, стр. 35)

Първата цел, подкрепа за семейството, е първостепенната цел на РДИ, тъй като би могла да бъде определяща за постигането на останалите цели, тоест обогатяването на опита и новите умения, които семейството или други основни лица, полагащи грижи, ще възпитат в детето.

Когато говорим за целите на интервенцията, ние имаме предвид основния въпрос за постигнатите резултати със същата интервенция.

Като отчитаме, че доказателствата за това как децата се учат, значението на естествения контекст и ежедневните дейности и съответната роля на семействата и лицата, полагащи грижи, са основни в целите на РДИ и нейното прилагане, не трябва да забравяме и крайната цел на РДИ. Т.е. насърчаване на функционалните способности, от които се нуждаят децата с проблеми в развитието, за да участват смислено в своята ежедневна среда и да повишават качеството си на живот.

³ Терминът „среда“ се отнася до взаимодействия, опит и възможности за учене, предлагани особено във физическа и социална среда (Moore, 2012).

Както казва Moore (2012, стр. 2):

„Значимото участие е движещата сила на развитието и ключът към постигане на истинско чувство за принадлежност и задоволително качество на живот.“

Препоръчителни
практики за РДИ

Както ще видим в следващите глави, цялото това преосмисляне на обосновката и целите на РДИ има отражение върху обучението и професионалното развитие на различни специалисти, върху политиките и финансирането и върху начина на организиране на услугите и екипите, освен важните последици за семейната интервенция.

В момента РДИ се разглежда като широкообхватна мярка в социално-икономическо отношение, способна да предотврати и/или да намали първичните и вторичните условия, които нанасят щети на развитието и качеството на живот на деца (с нарушения или разстройства или намиращи се в ситуации на висок риск) в ранна възраст, както и техните семейства, както показват проучванията и оценките на програмите на РДИ, проведени в различни страни.

По този начин, РДИ става все по-интересна област в качеството си на междусекторни политически мерки, насочени към прилагане на правата на детето и семейството и тяхната социална интеграция, както може да се отбележи в основните препоръки и насоки на редица международни организации.

Вече стана ясно, че програмите за интервенция няма да бъдат успешни, когато усилията са насочени само към детето. Затова е изключително важно да се обърне внимание на екологичните фактори, към които децата и техните семейства принадлежат, и да се допринесе за промени в тези контексти, които ще разширят съществуващите умения, както на децата, така и на техните семейства (Sameroff & Fiese, 2000). Това е психобиоекологичен и холистичен подход към РДИ, който обхваща следните препоръчителни практики на международно ниво:

- Ориентирани към семейството и базирани на ежедневните дейности интервенции;
- Интервенция в естествения контекст на учене;
- Работа в екип, за предпочитане трансдисциплинарен;
- Координация и интеграция на услуги и ресурси.

Тези практики се основават на цялостна и всеобхватна визия за развитие и по-специално подчертават естествения контекст на децата и семействата, като същевременно приемат активната роля на полагащите грижи и новите роли на доставчиците на услуги.

Като описва мисията на РДИ, Работната група по принципи и практики в естествена среда (2008) подчертава необходимостта от предоставяне на подкрепа и ресурси за подпомагане на членовете на семейството и други лица, полагащи грижи, за насърчаване на развитието на децата в техните ежедневни възможности за учене. От тази гледна точка РДИ понастоящем се признава като възможност за подкрепа с влияние върху две поколения.

Влиянието на екосистемните (Bronfenbrenner, 1979; Bronfenbrenner & Morris, 1998) и трансакционните модели на развитие (Sameroff & Fiese, 2000) превръща РДИ в система за сътрудничество между службите, създадена от трансдисциплинарни екипи, в посока към интегрирани и широкообхватни програми, в които ефективното участие на семейства и общности играе водеща роля (Almeida, 2002; Felgueiras et al., 2006).



НАКРАТКО

Следвайки разсъжденията на Мооре (2012), можем да заявим, че основните актуални практически предизвикателства пред РДИ са:

- Как да изградим детските компетенции?
- Как да изградим семейните компетенции??
- Как да изградим компетенциите на общите услуги за РДИ (детски ясли, детска градина и др.)?
- Как да изградим компетенциите на екипите и услугите за РДИ?

Ранната детска интервенция в Португалия: Непрекъснато развиващ се процес

ГЛАВА 2

2.1. От първите стъпки към SNIPI

Пътят на РДИ в Португалия изглежда свързан с развитието на условията за оказване на помощ на деца от раждането до 6-годишна възраст като цяло и, по-специално, на деца със специални образователни потребности (СОП). Друг аспект, който безспорно определя развитието на РДИ, е разработването на законодателство в областта на здравеопазването, образованието и социалната политика (Bairrão, 2001).

Едва в края на 60-те години Министерството на здравеопазването и благосъстоянието (създадено през 1958 г.) в отговор на прогресивната индустриализация и увеличаването на женската работна ръка насърчава развитието на детски ясли и детски градини, последвани от създаването на услуги за гледане на деца и семейни детски ясли (Mendes, Neves, & Guedes, 2000).

Но през 1973 г. предучилищното образование започва да се разглежда в рамките на Министерството на образованието като неразделна част от обществената образователна система (Закон № 5/73 от 25 юли), с важен тласък през годините след революцията от 25 април, движение, което се засилва от 1995—96 г. нататък, като дава възможност за действителното разширяване и разпространение на мрежата на предучилищното образование.

По отношение на специалното образование е налице нарастващо движение за приобщаване, белязано от подписването на Декларацията в Саламанка (UNESCO, 1994), като Португалия е една от подписалите, което представлява повратна точка в оказването на помощ на деца със СОП. Всъщност доминиращият дотогава медицински модел е бил насочен към специализирани услуги, свързани с дефицита на децата и предназначени да поставят диагноза. Практиките са били съсредоточени предимно върху деца и се прилагали от различни специалисти, водещи до разпокъсани и сегрегирани услуги, които имали за цел да предотвратят влошаването на дефицита, неговото намаляване или дори премахването му. С този подход семействата почти изключително получават финансова и психическа подкрепа (Bairrão, 2001, 2003; EADSNE, 2005). Тази липса на интегрирана и съгласувана система от услуги и подкрепа се отразява в неадекватно прилагане на услугите и в много стресиращи ситуации за семейства на деца със СОП или в риск (Bairrão & Almeida, 2003; Pinto et al., 2012). От своя страна, може да се счита, че по отношение на РДИ едва в средата на 80-те години в Португалия се появяват първите програми с организационна структурна и последователна концептуална рамка.

Развитие в оказването на помощ на деца на възраст 0—6 години

Начало на РДИ в Португалия

Преди това е имало едва няколко ранни стимулационни преживявания, като например в центровете за церебрална парализа и при екипите по домашни консултации в Регионалния център за социално осигуряване в Лисабон. Сътрудничеството с международни експерти през 80-те години насърчава разработването на тези тогава иновативни програми на ЕИС, които отразяват загрижеността при ранното откриване на проблемите в развитието, наблягайки на взаимодействието между биологични, психологически и социокултурни фактори и с насоки за работа със семейства (Bairrão, Felgueiras и Pimentel, 1987). Сред тях изтъкваме:

а. **Програмата за родители Portage**, която съответства на изследователски проект за действие, проведен от Дирекцията за услуги по психологическо ориентиране и интервенция (Direção de Serviços de Orientação e Intervenção Psicológica — DSOIP) в началото на 80-те години, води до адаптиране, прилагане, оценка и разпространение на модела (Bairrão, 2003). Като определя участието на родителите в процеса на РДИ като съществена характеристика, тази програма предлага много подходящ принос за промяна на парадигмата в услугите за РДИ при деца и техните семейства (Almeida, 2000; Almeida, Felgueiras, & Pimentel, 1997; Bairrão, 2003; Pinto et al., 2012). Иновативният характер на тази програма по това време се характеризира с:

(1) индивидуализирано планиране на цели и стратегии за интервенция; (2) модел за координация на услуги във формата на пирамида; (3) домашно посещение, в модели за услуги по обучение и супервизия, които създават възможности за интердисциплинарно сътрудничество (Felgueiras & Breia, 2005). Моделът Portage следва развитието на РДИ и въплъщава най-важните аспекти в теоретичен и практичен план.

б. **Интегрираният проект за ранна интервенция Coimbra (Projecto Integrado de Intervenção Precoce de Coimbra — PIIP)**, реализиран през 1989 г. и утвърдил се като програма за РДИ в общността, насочена към предоставяне на индивидуализирани и всеобхватни услуги на деца в предучилищна възраст със специални нужди и техните семейства, официално включващи услуги в областта на здравеопазването, образованието и социалната политика (Boavida & Borges, 1990, 1994). Прилагането му представлява отправна точка за процеса на развитие на РДИ в Португалия. Концептуалният модел, базиран на ориентирана към семейството екологична интервенция и структурата на проекта Coimbra, който включва общински екипи по РДИ, координирани от областен екип, включващ и на двете нива членове от трите министерства и от местните институции, стартира промяна в парадигмата на РДИ в Португалия (Boavida, Espe-Sherwindt & Borges, 2000; Serrano & Boavida, 2011).

Именно този междусекторен модел на РДИ, базиран в общността и ориентиран към семейството, става източник на разработването и публикуването през 1999 г. на Съвместната заповед 891/99 от 19 октомври на министерствата на здравеопазването, образованието и социалната политика, по-късно заменена с Декрет-закон 281/2009, от 6 октомври, който създава Националната система за ранна детска интервенция (Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância — SNIPI).

90-те са най-продуктивните години в областта на ранната детска интервенция в Португалия. Появяват се няколко програми с различни характеристики, докато референтната рамка на гореспоменатите модели за биекологично и трансакционно развитие все още е в процес на оказване на влияние върху начина, по който се осъществяват услугите за РДИ. Много малко услуги в началото на това десетилетие създават реципрочни действия между семейства и специалисти, и недостатъчно квалифицирани специалисти поемат ролята на консултанти (Pinto et al., 2012).

Въпреки това РДИ в Португалия постепенно се развива от нововъзникваща услуга за фокусирана върху детето интервенция, която използва методи, подобни на тези, използвани от образователните услуги и терапии за по-големи деца, до редица индивидуализирани услуги, насочени към семейството, предоставяни от трансдисциплинарни екипи в общността. Тази еволюция обаче не е еднородна и по-лесно се прилага в някои региони на Португалия.

По-голямата част от това развитие, описано тук доста бегло, но което ще бъде отразено в целия текст на настоящето ръководство, съвпада с изменението на парадигмата в тази сфера, което до известна степен се наблюдава навсякъде в западния свят. Позоваваме се конкретно на целевите групи, контекста, практиките, целите и резултатите, ролята на специалистите и семействата, както и динамиката на екипната работа и организационния модел на интервенционните услуги (Таблица 2.1).

Таблица 2.1 Еволюция на РДИ в Португалия: Промяна на парадигмата

	Преди	Сега
Целеви групи	Деца на възраст 0—3 години с „нарушение“	Деца на възраст 0—6 години с нарушения в развитието и/или в риск и техните семейства
Контекст	Центрове за стимулиране Терапевтични центрове Институции	Естествен контекст (дом, ясла, детска градина и др.)
Практики	„Прет-а-порте“ общи	„По поръчка“ индивидуални
Роля на специалисти и семейства	Експерти/вземачи решения = Пасивни получатели на услуги	Посредници = Активни участници/вземачи решения
Цели/Резултати	Развитие на детето	Превенция на детското развитие Овластяване ⁴ / изграждане на семеен капацитет
Съвместна дейност	Мулти/междудисциплинарна	Трансдисциплинарна (с включване на семейството)
Организационна структура	Секторна (със случайни връзки между секторите) Раздробени услуги	Интегрирани услуги, базирани в интерсекторна общност
Философия на РДИ	Ориентирана към детето въз основа на „дефицити“	Ориентирана към семейството въз основа на „силните страни“

2.1.1. Целева група, контекст и практики

Целта на услугите започва да включва освен деца на възраст 0—6 години с установени проблеми в тяхното невrorазвитие и деца с висок биологичен риск или риск от средата.

4 Концепцията за овластяване е разгледана в дълбочина в Част II

В днешно време не се предвижда типов контекст за РДИ. Наред с други съображения, трябва да вземем предвид различни фактори при избора на оптимална среда за интервенция с конкретно дете: вид и тежест на проблемите или рисковите фактори, съществуващите ресурси и наличието на семейството. Домът, детската стая, забавачницата, здравният център или всяко друго място в общността могат да бъдат напълно подходящи, при условие че са естествени условия (Dunst et al., 2010).

Всяко дете показва набор от уникални проблеми и нужди, а също така живее с уникално семейство, с различни ресурси и приоритети в сравнение с всички останали. По същия начин, всяка общност разполага с много специфични ресурси и нужди: Само индивидуализирани, „пригодени“ практики могат да дадат адекватен отговор за всеки случай.

2.1.2. Ролята на специалисти и семейства, цели и резултати

Една от основните философски промени в РДИ е свързана с нарастващото осъзнаване за необходимостта от по-малко йерархични и по-съвместни взаимоотношения между родители и специалисти (Campbell & Halbert, 2002). През последните години наблюдаваме важна промяна в концепцията за традиционната роля на специалистите, от вземащи решения до посредници, от директни доставчици на услуги за деца до доставчици на консултантски услуги за деца и семейства (Boavida, Espe-Sherwindt, & Borges, 2000; Espe-Sherwindt, 2008).

Съществува и ясно развитие по отношение на очакваните цели и резултати при РДИ. Първите програми за РДИ се фокусират почти изключително върху детското развитие със знанието, че в по-тежки ситуации, противно на по-леките проблеми в развитието, измеримите ползи на това ниво са, за съжаление, доста малки. Понастоящем резултатите се измерват не само от развоя на детското развитие, оценявано във функционално отношение, което остава централен аспект, но и от семейните ползи по отношение на уменията и самостоятелността. Важно е да се признае, че родителските способности не са нещо статично или утвърден факт, а по-скоро динамичен и развиващ се процес, подобен на постиженията в развитието на децата, затова родителите могат непрекъснато да ги развиват и усъвършенстват.

2.1.3. Работа в екип, ниво на участие на семейството и междусекторно сътрудничество

Нееднородността на ситуациите, изискващи подкрепа, както по отношение на детските проблеми, така и в социалния и семеен контекст включва необходимостта от работа в екип

Трансдисциплинарният модел⁵, поради своето естество, създава функционална структура, която улеснява участието на семействата като активни елементи и оптимизира участието на специалисти от различни области и услуги.

Една от основните промени в РДИ е свързана с нивото на семейно участие и ролята на специалистите

5 Глава 5 на Част II доразвива концепцията за „трансдисциплинарен екип“. Независимо от това, следва да се отбележи, че трансдисциплинарните екипи включват специалисти с различно обучение и родители и предполагат наличието на водещ случая, заедно със специфичен тип функциониране.

Това също така улеснява обмена на данни в екипа, което позволява интервенцията да бъде изпълнена само от един специалист, подкрепен от останалите членове на екипа (Serrano & Boavida, 2011).

Семейството, като основен „полагащ грижи“, играе водеща роля за здравето и благополучието на детето. При РДИ следва да се вземат предвид основните приноси на семейната единица, както и стресовите фактори, които влияят на семейството (било социални, финансови или психологически) и способността му да се адаптира постоянно към новите предизвикателства.

Услугите на специалистите следва да се организират и координират от гледна точка на семейството, което е константата в живота на детето и приоритетната цел на интервенцията. Освен това специалистите следва да разглеждат семействата като неразделен елемент от екипа, изоставяйки традиционните клинични и предписани модели. Тази логика на сътрудничество и партньорство между семейството и специалистите и организирането на система за сътрудничество между различни сектори (здравеопазване, образование и социална политика) на всички нива от процеса на РДИ е ключът към успешното прилагане на ориентираните към семейството услуги (Boavida & Карвальо, 2003).

2.2. Португалският правен модел на РДИ — Декрет-закон 281/2009

Декретът-закон 281/2009, по който официално се създава Националната система за ранна детска интервенция, има за цел „да осигури условията за развитие на деца на възраст 0—6 години с телесни функции или структури, които ограничават техния личен и социален растеж и участие в дейности, подходящи за възрастта им, както и на деца със сериозен риск от забавяне в развитието“ (член 1, т. 1).

SNIPi е разработена чрез координирани действия на министерствата на социалната политика, здравеопазването и образованието, с участието на семействата и на общността (член 1, т. 2).

В съответствие с този Декрет-закон, РДИ се счита за съвкупността от мерки за интегрирана подкрепа, насочени към деца (на възраст 0—6 години) и семейства, включително действия от превантивен и рехабилитиращ характер, а именно в рамките на образованието, здравеопазването и социалната политика (член 3, т. 1).

2.2.1 Съответни аспекти на законодателството

Някои характеристики на законодателството заслужават особен акцент:

- Законодателството определя децата на възраст 0—6 години като целева група за РДИ, във високорискови ситуации или със специални нужди, и техните семейства;
- Законодателството определя РДИ като обществена услуга, основана на общността, включваща специалисти в сферата на здравеопазването, образованието и социалната политика, както и частни институции и неформални ресурси;

- **Законодателството ясно установява, че обхватът на действията на РДИ е мултидисциплинарен и междуинституционален;**
- **Законодателството идентифицира семейството като важен елемент за планирането и предоставянето на услуги за РДИ;**
- **Законодателството определя национална структура, основана на координацията и взаимовръзката между ресурсите на трите министерства и на споделянето на отговорността (Фигура 2.1).**

Фигура 2.1 Структура на SNIPI



Във функционален план има две нива: едно на междусекторната координация, представено от Националния комитет и пет регионални подкомитета; и действителното ниво на интервенция в общността, съставено от местни интервенционни екипи. Структурата на SNIPI включва и мрежа от екипи за техническа супервизия (TST) с широкообхватно действие, които въпреки официалното интегриране на координацията създават мост между координиращото ниво и местните интервенционни екипи. TST, освен членове от трите сектора, може да включват специалисти от други области, а именно академични, с призната стойност и заслуги по този въпрос и може да поемат ролята на посредник между системата и общността.

2.2.2. Целите на SNIPI

Член 4 от Декрет-закона 281/2009 определя целите на SNIPI, които са обобщени по-долу:

- **Да гарантират на децата защита на техните права и развитие на техните способности чрез действия на РДИ на цялата национална територия;**
- **Да откриват и насочват към специалист/услуги всички деца с промени в телесната им структура или функция, както и в ситуации с висок риск за проблеми в развитието;**

- Да се намесват, след откриване и насочване към специалист/услуги, въз основа на нуждите на семейния контекст на всяко дете, отговарящо на изискванията, с цел предотвратяване или намаляване на забавянията в тяхното развитие;
- Да подпомагат достъпа на семействата до услуги и ресурси, подходящи за всяка ситуация;
- Да включват общността чрез създаване на ясно очертани механизми за социална подкрепа.

2.2.3. Компетенции на министерствата

Всяко от трите участващи министерства има своите междусекторни компетенции, които се развиват на всички системни нива, национален комитет за координация, регионални подкомитети и местни интервенционни екипи (фигура 2.2).

Членове от здравеопазването, образованието и социалната политика следва да участват в местни интервенционни екипи с трансдисциплинарна перспектива, активно да се ангажират с изграждането на своя индивидуален план за семейни услуги (IFSP), представяйки и изяснявайки медицинска, образователна и социална информация, съответно комбинирайки ги по оптимален начин, за да се подпомогне получаването на стратегии, които ще помогнат да се подходи към проблемите, нуждите и приоритетите, формулирани от семейството.

Фигура 2.2 Трансверсална и междусекторна система, включваща здравеопазване, образование и социална политика



По отношение на специфичните компетенции на всеки сектор, освен назначаването на съответните специалисти, които интегрират различните комитети и екипи, има конкретни и допълващи се аспекти, които са изтъкнати по-долу.

МСП отговаря за аспектите, свързани с активното сътрудничество с частни институции за социална солидарност и други подобни, с цел договаряне на специалисти, социални терапевти и психолози. Това министерство отговаря и за председателството и координацията на системата.

МЗ има специфични компетенции в обхвата на SNIPI. Първичните здравни грижи (ПМС) са отговорни за скрининга, откриването и насочването към специалист/услуги на деца, които отговарят на условията за подпомагане. В съответствие със законодателството, здравеопазването е „вратата“ към системата и медицинските специалисти са отговорни за насочването на децата към SNIPI, според дефинираните критерии за допустимост.

Идентифицирането на проблеми с развитието и/или рискови фактори, свързани с биологичното развитие и средата следва да доведе до насочване към местни интервенционни екипи от техния район и, ако е подходящо, до едновременното насочване към центрове за развитие на деца в педиатрични отделения за специализирана оценка на развитието.

Трябва да помним, че това са два независими процеса и че тъй като времето за чакане за първата консултация по невноразвитие в центровете за детско развитие обикновено е дълго, всяко забавяне в началото на интервенцията от местния екип не е приемливо.

Консултациите в центровете за детско развитие са отговорни за етиологичната диагноза, допълнителните тестове и насочването към други специализирани консултации (генетика, неврология, ортопедия, рехабилитация, УНГ [ухо, нос и гърло], офталмология и др.), или оценката, провеждана от немедицински специалисти (терапевти, психолози или други), както и специализираните последващи действия.

Официалното участие на МЗ и неговите специалисти, от координация до интервенция, е важен аспект в португалското законодателство, който не съществува в повечето страни, които имат сътрудничество и обмен на данни само с доставчици на здравни услуги, когато това се налага.

МЕ отговаря основно за организирането на мрежа от референтни училищни клъстери за РДИ и за предоставянето на образователни специалисти за интегриране на местните интервенционни екипи.

Координирането на различните нива играе ключова роля за доброто функциониране на междусекторната система

2.2.4. Координация

Член 6 от Декрет-закона 281/09 се отнася до Координационния комитет на SNIPI, определен в законодателството като Комитет.

В структурно и организационно отношение Комитетът се председателства от представител на МСП и включва двама представители от всяко министерство. Той също така включва пет регионални подкомитета, всеки от които има член от всяко министерство, действащ на практика като разширения на Комитета, обединявайки се и свързвайки се директно с екипа по технически надзор.

Като цяло ролята на Комитета и подкомитетите е:

- Да координират дейностите на министерствата и да регулират, наблюдават и оценяват функционирането на SNIPI;
- Да дефинират и прилагат организационната структура на системата;
- Да създадат инструменти за регулиране и техническа интервенция (критерии за допустимост, протоколи за сътрудничество, модели за лого и комуникация, техническо ръководство, индивидуален процес на детето и т.н.)
- Да насърчават обучението и научните изследвания в обхвата на РДИ;
- Да разработват планове за действие и годишни отчети за дейността;
- Да координират управлението на човешките и материалните ресурси, съгласно годишния план;
- Да събират и актуализират наличната информация и да извършват проучване на нуждите;
- Да разработват и актуализират бази данни.

2.2.5. Местни екипи за интервенция

Местните интервенционни екипи са в основата на SNIPI

Местните интервенционни екипи са функционалната основа на цялата система (член 7). В двойната обосновка на интервенцията в естествени условия и улесняване участието на първичните здравни грижи е препоръчително те да са разположени за предпочитане в местните медицински центрове. В тях са включени специалисти от различни служби, като лекари и медицински сестри за оказване на първични здравни грижи, учители, назначени от МО, социални работници, психолози и терапевти, наети от частни институции чрез финансови споразумения с МСП (Фигура 2.3).

Фигура 2.3 Местни интервенционни екипи — Междуведомствен и трансдисциплинарен екип



Сред функциите на местните интервенционни екипи изтъкваме следното:

- **Идентифициране на деца, отговарящи на изискванията в съответствие с установените критерии за допустимост;**
- **Разработване и прилагане на индивидуален план за семейни услуги;**
- **Идентифициране на нуждите и ресурсите, налични в съответната географска област;**
- **Сътрудничество с други общности, участващи в подкрепа на деца и семейства;**
- **Подготовка за прехода към началното образование.**

Деца на възраст 0—6 години и съответните семейства имат право на помощ в рамките на SNIPI, когато отговарят на условията, включени в следните групи:

1-ва група — „Промени във функцията или структурата на тялото“, които ограничават нормалното развитие и участие в типични дейности, като се има предвид подходящото развитие, отговарящо на съответната възраст и социален контекст;

2-ра група — „Висок риск от забавяне в развитието“, поради наличието на биологични, психо-емоционални или дължащи се на средата условия, които предполагат голяма вероятност за съответни забавяния в детското развитие.

Всички деца от 1-ва група има достъп до SNIPI, както и тези от 2-ра група, при които са комбинирани четири или повече биологични и/или дължащи се на средата фактора. Както е доказано емпирично, този брой е основният момент за значително увеличаване на ефектите на риска (кумулятивни рискови ефекти).

Тези различни ситуации, включени в двете гореспоменати основни групи, могат да бъдат намерени на микро уебсайта на SNIPI.

2.2.6. Индивидуален план за семейни услуги

Разработването, прилагането и периодичното преразглеждане на индивидуалния план за семейни услуги са в основата на целия процес на РДИ.

Според законодателството (член 8) този план следва да се основава на оценката на децата в техния семеен и социален контекст. Той следва да включва мерки и действия, които трябва да бъдат разработени, за да се гарантира интервенция, адаптирана към индивидуалните характеристики на всяко дете и семейство, и да се оптимизират взаимното допълване и преходът между отделите и институциите.

Индивидуалният план за семейни услуги следва да включва най-малко следните елементи:

- **Идентифициране на ресурси и нужди на децата и семействата;**
- **Идентифициране на подкрепата, която трябва да бъде предоставена;**
- **Начало на плана и очакваната му продължителност;**

- **Определяне на честотата на оценяване на деца и семейства въз основа на първоначалните проблеми и техния напредък;**
- **Когато е подходящо, той следва да определя процедурите, свързани с прехода към училищни условия;**
- **Декларация за съгласие от семействата.**

2.3. Някои съображения относно Декрет-закон 281/2009 и бъдещата му функционалност

От началото на новото хилядолетие РДИ печели нарастваща и мотивирана публика. Службите, специалистите и семействата напълно осъзнават промяната на парадигмата, която се случи и беше приета в цялата страна, към приобщаваща, семейно ориентирана, екологична и всеобхватна интервенция (Boavida, Carvalho, & Espe-Sherwindt, 2009).

Скоро осъзнахме, че в страна с ограничени икономически ресурси като Португалия, по-реалистичният начин за организиране на услуги за РДИ ще бъде чрез използване и развитие на максимума от съществуващите материални и човешки ресурси.

Официалната взаимовръзка и координация на институциите в областта на здравеопазването, образованието и социалната политика в сътрудничество с частните институции беше основният ключ за предоставяне на интегрирани услуги, способни да реагират цялостно на деца и семейства, включващи общността.

Това предположение, че РДИ следва да бъде разработена и приложена чрез официално включване на трите крайъгълни сектора на обществото по координиран начин, беше едно от наследствата на проекта Coimbra през 1989 г., подкрепено от Съвместна заповед 891/1999 и Декрет-закон 281/2009, и безспорно е централната и специфична особеност на португалското законодателство в сравнение с това на други европейски или американски държави.

В португалското законодателство недвусмислено могат да бъдат идентифицирани петте елемента, свързани с прилагането на моделите за РДИ, според доклада за 2010 г. на Европейската агенция за развитие на образованието за хора със специални нужди.

Подходящи елементи за прилагането на моделите за РДИ

- **Наличност:** обхванати са всички деца и семейства;
- **Обхват:** услугите са децентрализирани и ресурсите се предоставят на разположение в общността;
 - **Финансова жизнеспособност:** РДИ е безплатна и не представлява финансова тежест за семействата;
 - **Междудисциплинарност:** Местните интервенционни екипи включват специалисти от различни области;
 - **Разнообразие от услуги:** освен от различни области, специалистите от различни обществени услуги.

Ефективната координация, професионалната квалификация, участието на семейството и мониторингът на системата са области, които в бъдеще трябва да бъдат подобрявани

Социалните и законодателните промени през последните няколко години ясно поставят нови предизвикателства пред семействата, специалистите, инструкторите и лицата, вземащи решения.

Основните приоритети за следващите десетилетия включват професионалното развитие на участващите специалисти, предефинирането на тяхното специфично обучение, подобряването на техните способности за засилване на семейната ангажираност и прилагането на качествени практики на национално ниво.

Ето защо е важно SNIPI да продължи да се развива, като отчита редица аспекти, които са от значение за прилагането на качествени услуги:

1. **Да се гарантира ефективна координация** на всички нива, с ясно определение на ролите и отговорностите. Тази координация следва да бъде не само междусекторна, но и да присъства във всеки сектор. Националните политики за РДИ следва да се разработват съвместно от трите сектора по координиран начин, който не може да се подчертае в достатъчна степен;

2. **Да се подобри обучението и квалификацията** на всички специалисти, участващи в системата. При планирането и разработването на програма за обучение в тази област следва да се вземат предвид редица ключови характеристики (Boavida & Carvalho, 2003). Обучението следва:

- **Да бъде насочено към екипа и да има отношение към ежедневноата практика;**
- **Да включва концептуални стойности и аспекти, освен знания и умения;**
- **Да осигурява споделена визия и обща философия и съдържание на всички теми;**
- **Да включва директно семействата;**
- **Да въвежда значителни и трайни промени в професионалните умения;**
- **Да проявява отзивчивост към потребностите, определени от екипите;**
- **Да популяризира възможностите за практика и рефлексия в рамките на обучението;**
- **Да осигурява постоянна подкрепа чрез индивидуална супервизия.**

3. **Да достига цялата целева група**, като отговаря на нуждите на национално ниво, без регионални асиметрии;

4. **Да прилага практики, които насърчават участието на семейството** и да увеличава участието им, признавайки ги за съюзници с потенциал за развитие на способности и умения;

5. **Да гарантира стандарти за качество** и да осигурява текущата оценка и мониторинг на процеса на изпълнение на SNIPI на национално ниво.

РДИ съответства на концепция и практика, която продължава да се развива и отразява волята и решимостта да се инвестира отрано в деца с неврологични проблеми в развитието или с висок риск и техните семейства. Отговорност на всички нас, специалисти, инструктори, наблюдаващи, координатори и политици, е да играем ползотворна роля в превръщането на РДИ в област на върхови постижения.

Част II

Глави:

- 3 Ориентиран към семейството подход:
Ръководство за ранна детска интервенция
- 4 Ориентираният към семейството подход за
интервенция
- 5 Интегрирана система за ранна детска
интервенция: Междусекторно и
трансдисциплинарно сътрудничество
- 6 Оценка на програмите за ранна детска
интервенция

Препоръчителни и практики за ранна детска интервенция

“

Една кохерентна концептуална рамка (...) може значително да намали несъответствието между това, което знаем, и това, което правим в областта на ранната детска интервенция.

— Майкъл Гуралник, 2001

”



Препоръчителни практики за ранна детска интервенция

В рамките на ежедневната практика по РДИ специалистите изпитват несигурност и притеснения, когато се стремят да предоставят ефективна помощ на децата и лицата, полагащи грижи за тях, с които работят ежедневно. В определен смисъл можем да считаме, че несигурността и притесненията са донякъде присъщи за работния процес на тези специалисти, всеки ден се сблъскват със сложни въпроси, съмнения и изисквания, като винаги се появяват нови, защото всички преживявания и взаимодействия на специалиста по РДИ с лицата, с които общува в работна среда, са нови и уникални. Ако това представлява истинското богатство на РДИ, то именно тук възникват най-големите предизвикателства, изисквайки от специалистите и техния интервенционен екип знания, междуличностни и функционални компетенции.

По този начин знанието за препоръчителните практики в областта на РДИ придобива фундаментално значение, тъй като дава възможност на специалистите да се чувстват уверени в това кои практики са ефективни и утвърдени, които са достоверни и международно признати като качествени интервенционни практики, които определят посоката на мисли и действия и следва да ръководят тяхната интервенция. Следователно препоръчителните практики са важна справка или сценарий за специалистите, като им предоставят общи насоки, които ще им помогнат да вземат информирани решения в действията си. В същото време те са полезни и качествени за справка на семействата, тъй като могат да ги информират за правата и задълженията, присъщи на предоставяната интервенция.

В Част II на настоящото ръководство представяме практиките, които поради обширната изследователска работа, провеждана от международно признати агенции в областта на РДИ, по показатели за качество, присъстващи в последните научни данни, понастоящем и съгласувано се считат за препоръчителни практики за ефективно управление на РДИ. Това са:

- **Ориентирана към семейството и базирана на ежедневните дейности интервенция;**
- **Интервенция в контекста на естественото обучение;**
- **Работа в екип, за предпочитане трансдисциплинарен;**
- **Координация и интеграция на услуги и ресурси.**

Независимо от фокуса, поставен във втората част на настоящото ръководство върху препоръчителната практика и върху нейната ръководна роля за специалистите, важно е да се изясни, че тя също изисква систематично отношение, обсъждане и търсене на отговори от страна на специалистите, които да им позволяват да възприемат основан на доказателства подход и ще им помогне.

да вземат информирани решения в своята практика. Ето защо ние наблягаме на важноста на това специалистите по РДИ да прибегват до използването на утвърдена практика. Сред различните съществуващи дефиниции можем да посочим следното определение за утвърдена практика (ЕВР) в областта на РДИ: „процес на вземане на решения, който обединява най-достоверните доказателства от изследванията със знанията и ценностите на специалистите и семействата“ (Buysse & Wesley, 2006).

Когато говорим за утвърдена практика в контекста на РДИ, ние имаме предвид процес, при който специалистите се стремят да идентифицират и вземат решения относно най-адекватните практики или стратегии, в тясно сътрудничество със семействата и винаги вземайки предвид спецификата на въпросния интервенционен контекст. В този процес се разглеждат различни основни източници на доказателства (данни от проучвания за ефективността на конкретни практики и интервенции, изправяйки ги пред знанието, опита и ценностите на специалистите и семействата).

Част II започва с уводна глава (Глава 3), представяща рамката и теоретичните принципи на ориентирания към семейството подход, основан на естествени условия и ресурси на общността, както и функциониране в трансдисциплинарен екип.

Следва дълга глава, посветена на подробната функционалност на ориентирания към семейството процес на интервенция (Глава 4). Следва да подчертаем силния практически характер на тази глава, опитвайки се да предложим примери за процедури и стратегии с помощта на ситуации и практически случаи. За тази цел разчитаме на приноса, получен чрез рефлексията и историите на специалистите от местните интервенционни екипи, както и от семейства, подкрепени в обхвата на РДИ.

Глава 5 разглежда задълбочено организацията на интегрирана система от услуги и ресурси в РДИ, базирана на междусекторни и трансдисциплинарни процеси на сътрудничество, които позволяват интегрирана интервенция, като алтернатива на фрагментираните секторни реакции. Това е полезна глава не само за онези специалисти, които работят в интервенционни екипи, но и за специалисти, отговорни за планирането, организирането и координирането на услуги, свързани с РДИ.

Тази втора част завършва (Глава 6) с оценката на програмите за РДИ, отразявайки и описвайки процедурите и значението на оценката в различните етапи на системата на РДИ, като фактор за рефлексия и непрекъснато подобрене, решаващо за качеството на практиката в РДИ.

Предизвикателството, което ние поставяме пред специалистите по отношение на този набор от препоръчителни практики, е, че те не трябва просто да знаят, асимилират и прилагат тези практики като книга с рецепти, а вместо това да прибегват до систематична рефлексия и постоянно себеизпитване във всяка ситуация на тяхната ежедневна практика. Тези глави могат да бъдат прочетени отвъд това, което изглежда очевидно и просто само по този начин, и така да дадат възможност на специалистите да разкрият силата, с която те трябва ефективно да променят ежедневната си интервенция с деца и семейства.

Ориентиран към семейството подход: Ръководство за ранна детска интервенция

ГЛАВА 3

В тази глава ще въведем набор от принципи, които ръководят практиката за РДИ и се основават на обширни изследвания и емпирично утвърждаване на работата с деца и семейства при РДИ. През последните 50 години наблюдаваме интензивно задълбочаване на знанията за развитието на бебета и деца, и препоръчителните практики по РДИ се основават (също) на тези знания. Познанията за способностите на бебетата и децата, както и влиянието на средата върху тяхното здраве и развитие, помогнаха да се изясни колко са важни ранните преживявания и взаимоотношенията, които децата установяват със свои първи и основни полагащи грижи.

Повече от три десетилетия Карл Дънст и неговите сътрудници провеждат обширна изследователска работа за интервенцията при деца и семейства. Въз основа на този труд авторите са разработили обяснителен модел относно начина на работа в РДИ, основан на възприемането на практики, ориентирани към семейството (Dunst, 2000). Това е интегриран модел, базиран на доказателства, който подчертава влиянието на социалните системи и променливите на средата, свързани с насърчаване на развитието и укрепването на семейството. Според модела на Дънст, наречен модел за РДИ от трето поколение, ранната детска интервенция има за цел да повлияе на обучението и развитието на децата в широк аспект, който включва принципите на ориентираната към семейството практика и чиято цел е да гарантира, че опитът и възможностите на естествения контекст (като семейния контекст, детските ясли, детската градина или други) води до насърчаване и засилване на компетенциите на децата, полагащите грижи и семействата. Фигура 3.1 илюстрира тази идея.

По този начин и с възприемането на ориентираната към семейството практика като инструмент за интервенция, ние определяме като приоритетни цели в РДИ насърчаването на възможностите за учене на деца, подкрепата за родителите и мобилизирането на семейни и обществени ресурси. Това са ключовите компоненти на интегрирания модел за ранна детска интервенция и подкрепа за семейството от трето поколение (Dunst, 2000).

Основни компоненти на интегрирания модел от трето поколение за ранна детска интервенция и подкрепа за семейството.

- **Възможности за учене на деца** — Един от фокусите на работата при РДИ ще бъде увеличаването на възможностите за учене на децата с цел насърчаване на тяхното развитие. Възможности за учене се срещат във всички интересни и значими дейности, в които детето участва, засилвайки развитието на компетенции и водещи до чувство на овладяване/контрол на детето над неговите собствени възможности и над другите

Развитие на
знанието и
изводи от РДИ

Интегриран
модел за РДИ

и средата. Тези възможности се появяват както в семейния живот (ежедневни дейности, семейни събития, игрови занимания като градинарство и т.н.), така и в живота на общността (семейни излети, събития в общността, църковни/религиозни групи, представления и др.), или в официални условия за обучение, като детски ясли и детски градини;

- **Подкрепа за родители** — Друга цел на работата при РДИ е засилване на родителските умения, насърчаване на възможности, които ще помогнат за придобиване на нови знания и компетенции, а също и за укрепване на доверието на родителите и чувството за собствена ефективност. Дейностите за подкрепа на родителите включват наличието на информация, консултации и напътствия, емоционална подкрепа и инструментална подкрепа от специалисти, както и подкрепа на родител към родители. Тези различни и допълващи се начини на подкрепа се използват както за укрепване на съществуващите родителски знания и компетенции, необходими за изпълнение на техните грижи, така и за насърчаване на възможностите за учене на децата;

- **Семейни и обществени ресурси** — Третият фокус на интервенцията ще бъде да се гарантира, че родителите разполагат с подкрепата и ресурсите, необходими за осигуряване на времето, физическата и психологическата енергия, от които се нуждаят, за да участват в задачи за грижи за родители и деца. Подкрепата за семейството и общността включва всички видове вътрешносемейни и общински ресурси, неформални (напр. приятели) или формални (напр. услуги), от които родителите (всички родители) се нуждаят, за да се включват в родителските и образователните дейности на техните деца. Те включват преживявания като: време за истории в местната библиотека, уроци по плуване в спортна асоциация, музикални или драматични групи в развлекателен център, услуги за гледане на дете, ясла или детска градина, и др.

(адаптиранDunst, 2000)

С този модел споделяме разбирането, че подход, основан на ориентирани към семейството практики, трябва да представлява основата, която подкрепя или чадърът, който обхваща всички действия в рамките на РДИ. По този начин в тази глава ще представим характерните принципи на ориентиран към семейството подход, като приемаме и обосноваваме, че те следва да бъдат водещите принципи на практиката за РДИ.

Фигура 3.1 Илюстрация на интегрирания модел за РДИ (адаптиран от Dunst, 2000)



3.1. Ориентиран към семейството поподход: Какво представлява?

След прилагането на първите програми по РДИ в САЩ през 70-те години на миналия век, бяха приети няколко концептуализации и модели като препратка към интервенцията, проведена според съвременните практики в различни моменти и съгласно развитието на научните изследвания и знания.

Напредъкът в разбирането на процеса на учене на децата и на основната сила на семейството в детското развитие, както и обширните изследвания, проведени върху ефективността на различните програми по РДИ, допринесоха за признаването на ориентираните към семейството практики като най-съвместими с нуждите на децата и семействата и следователно с препоръчителните практики за РДИ.

Всъщност DEC1 признава ориентираната към семейството практика като най-препоръчаният подход за работа в областта на РДИ от 1993 г. с по-устойчиви въздействия в средносрочен и дългосрочен план (McWilliam & Strain, 1993; Odom & McLean, 1993; Vincent & Beckett, 1993, цитирана в Epley, Summers, & Turnbull, 2010).

Ориентираният към семейството подход се дефинира като философия и набор от практики, които признават централното място на семейството и насърчават неговите силни страни и способности (Trivette & Dunst, 2005). При този подход семействата са подкрепени в ролята им на полагащи грижи, като се започне от техните силни характеристики, уникални и диференцирани като индивиди и семейства. Основната роля на семейството се признава и уважава, а семейството се счита за основната единица за интервенция и ключов елемент в процеса на вземане на решения и в грижите, предоставяни на детето.

По този начин използването на ориентирана към семейството практика има по-голяма връзка с това как се прави, отколкото с това, което всъщност се прави. Ориентираните към семейството практики не са заместител на други видове интервенция, а вместо това се отнасят до това как се предоставят или използват интервенциите. Ориентираният към семейството подход може да бъде приложен във всяка област на интервенция (РДИ, образование, терапии, медицина и др.):

Какво представлява ориентираният към семейството подход?

Значението на това „как“ се прави

„Предоставянето на ориентираните към семейството услуги в различни дисциплини и условия признава центрирането на семейството в живота на отделните лица. Ръководи се от напълно информиран избор на семейството и се фокусира върху силните страни и възможностите на тези семейства” (Allen & Petr, 1996, стр. 66).

„Ориентираната към семейството грижа е фокусът на философията на грижите, при която основната роля на семейството е призната и спазвана в живота на децата със специални здравни нужди. В рамките на тази философия е идеята, че семействата следва да бъдат подкрепяни в естествените си грижи и роли за вземане на решения, като се надграждат върху техните уникални сили като хора и семейства” (Brewer, McPhearson, Magrab, & Hutchins, 1989, p. 1055).

Принципите на ориентирания към семейството подход са подробно описани в литературата и могат да се намерят множество описания на принципи или характеристики, които придават

1 Отделът за деца в ранна възраст (DEC) на Съвета за изключителни деца е американска организация, чиято заслуга е международно призната и която обединява изследователи от различни страни. DEC определя основаните на доказателства насоки за подкрепа на семействата и насърчаването на развитието на децата на възраст 0–8 години, изложени на риск или със забавяния и проблеми в развитието (DEC, 2014).

Десет принципа
на
ориентираната
към семейството
ранна детска
интервенция

на ориентираната към семейството интервенция нейната уникална природа и отличителност от другите услуги. Дънст и неговите сътрудници изиграват решаваща роля за функционалността и разпространението на ориентирания към семейството подход сред специалистите по РДИ, като формулират ръководните принципи, представени по-долу.

Десет водещи принципа на ориентираната към семейството практика:

1. Семействата и техните членове се третират с достойнство и уважение по всяко време;
2. Специалистите са деликатни и отговорни към семейното културно, етническо и социално-икономическо разнообразие;
3. В процеса на интервенция семейният избор и вземането на решения присъстват на всички нива на участие на семейството;
4. Специалистите споделят информацията, че семействата трябва да правят информиран избор по деликатен, цялостен и неизопачен начин;
5. Фокусът на интервенционната практика се основава на идентифицирани от семейството желания, приоритети и нужди;
6. Подкрепа, ресурси и услуги се предоставят по деликатен, отзивчив и индивидуализиран начин;
7. Използва се широк спектър от неформални, общностни и официални ресурси и подкрепа за постигане на идентифицирани от семейството резултати;
8. Специалистите надграждат силните характеристики, уменията и интересите на детето, както и тези на родителите и семейството като основни пътища за укрепване на семейните функции;
9. Взаимоотношенията специалисти и семейства се характеризират с партньорство за сътрудничество, основано на взаимно доверие и уважение и споделен процес на решаване на проблеми;
10. Специалистите използват практики за предоставяне на помощ, които подкрепят и засилват функционирането на семейството. (Dunst, 1997)

Възприемане
на ориентиран
към
семейството
подход:
промяна на
парадигмата



Възприемането на ориентирана към семейството перспектива, поставянето на семейството в центъра на интервенцията включва промяна в парадигмата по начина, по който традиционно се концептуализират услугите за предоставяне на помощ за деца с увреждания. Както заявява Carvalho (2004), способността на специалист да придобие ориентирана към семейството перспектива изисква промяна в ценените модели и вярванията за семействата, освен неговата собствена роля на доставчик на услуги.

СПРЕТЕ, ЗА ДА ПОМИСЛИТЕ

Коперник дойде и направи потресаващ обрат — постави слънцето в центъра на Вселената, а не на Земята. Изказването му предизвика дълбок шок. Земята не беше олицетворение на творението; беше планета като всички останали. Успешното предизвикателство пред цялата система на древната власт изискваше пълна промяна във философската концепция за Вселената. Това с право се нарича „копернишката революция“. Нека спрем, за да разгледаме какво би се случило, ако направим копернишка революция в областта на уврежданията. Визуализирайте концепцията: Семейството е център на Вселената и системата за предоставяне на услуги е една от многото планети, въртящи се около него. Сега визуализирайте системата за предоставяне на услуги в центъра и семейството в орбита около нея. Виждате ли разликата? Признавате ли революционната промяна в перспективата? Това не е семантично упражнение — подобна революция ни води до нов набор от предположения и нова перспектива на опции за услуги.

(адаптирано от Turnbull & Summers, 1985)

Всъщност традиционно усилията на РДИ бяха фокусирани изключително върху детето и отговорността на специалистите беше да идентифицират рискови фактори и да разработят и прилагат интервенции, насочени към намаляване на въздействието на тези фактори върху настоящото и бъдещото развитие на детето. Специалистите по РДИ се считаха за експерти в идентифицирането на нуждите на детето и в планирането на стратегии за интервенция, докато родителите получаваха „обучение“ и следваха насоките на специалистите по време на прилагането на тези интервенции (McWilliam, 2003).

Някои ключови въпроси, характеризиращи ориентирания към семейството подход, са представени и обяснени по-долу:

- **Цялото семейство е интервенционно звено** — Ориентираният към семейството подход разглежда нуждите на членовете на семейството, освен нуждите на детето, следвайки теорията, че това, което засяга член на семейството, оказва влияние върху останалите (McWilliam, 2010). Ето защо, например, ако един баща се притеснява от факта, че е безработен, вероятно е това да повлияе на качеството на взаимодействието му със съпругата и детето му, което може да окаже влияние върху развитието на детето. Ориентираният към семейството подход има за цел да отговори не само на нуждите на детето, но и на цялото семейство, например чрез подкрепа за родителите при търсене на работа, финансова подкрепа, услуги за гледане на дете, психологическа подкрепа, и др.;

- **Специалистите и семействата работят в партньорство и сътрудничество, в противовес на модела експерт срещу семейства** — Тъй като целта на ориентиранията към семейството практика е валоризирането на силните страни и насърчаването на тяхното чувство за контрол върху процеса на вземане на решения и интервенция, ролята на специалистите е да предоставят на семействата необходимата информация, за да вземат информирани решения и, по-важното, да ги спазват по време на интервенцията (Shelton & Stepanek, 1994). Семейството си сътрудничи със специалистите във всички етапи на интервенцията — провеждане на оценки, определяне на приоритетите сред замислените цели, разработване на планове за интервенция и прилагане на това, което те смятат за по-адекватно за себе си и децата си (Noonan & McCormick, 1993). Накратко, родителите са активни партньори в разработването и прилагането на процеса на интервенция, като поемат своята правилна водеща роля;

- **Интервенционната практика отговаря на приоритетите и целите на семействата** — Ориентираният към семейството подход се застъпва за идеята, че интервенцията следва да се развива въз основа на целите, приоритетите, проблемите и нуждите на семейството. По този начин определянето на семейните приоритети и цели ще се превърне в първата стъпка в ориентиранията към семейството интервенция. Една наистина отзивчива практика към това, което родителите смятат за важно за себе си и за цялото семейство, ще има по-голямо влияние и по-положителни последствия, защото семейството естествено е по-отворено да ги приеме;

- **Специалисти, служещи като посредници за семейството** — Целта на ориентиранията към семейството практика е да се помогне на семействата да отговорят на собствените си нужди, както видяхме в предишния параграф. Следователно, ориентиранията към семейството интервенция следва да се основава на идентифицираните нужди на семейството, „ръководени от потребителя“, а не на потребностите и целите, определени от специалистите;

- **Практиките за интервенция са индивидуализирани за всяко семейство** — Тъй като произтича от приоритетите, установени от семейството, планът за интервенция следва непременно да отразява спецификата на всяко семейство. Всяко семейство е уникално и именно то има последната дума за най-добрия вариант сред наличните опции за услуги (McWilliam, 2003). По този начин интервенционните практики не могат да бъдат предварително форматирани, както в „прет-а-порте“. При ориентирания към семейството подход „един и същ размер не пасва на всички“ (McWilliam, 2003) и следователно интервенцията трябва да бъде индивидуално пригодена като във „висшата мода“.

Цялото семейство
е интервенционно
звено

Партньорство
между
семейство и
специалисти

Отговаряне на
приоритетите
и целите на
семейството

Професионали
стите са
служещи на
семейството
посредници

Индивидуализи
рана
практика за
всяко
семейство

„Ориентираната към семейството практика не е нито точка на дестинация, нито нещо, което можем да достигнем от един момент до следващия. Това е непрекъснато и постоянно търсене на способност да се отговори на приоритетите и изборите на семействата.“
(Bissell, n.d.)

Не е достатъчно да се работи със семейството, за да се добие ориентирано към семейството отношение

Какво отличава ориентираният към семейството подход от другите типове подходи за подкрепа на семейството?

Лесно е да се разбере, че ориентираният към семейството подход се откроява от други концептуализации за работа със семействата в няколко аспекта. Не е достатъчно да се работи със семейството, за да се добие ориентирано към семейството отношение. Например интервенция, при която специалистът пренебрегва нуждите и притесненията, изразени от семейството, и „предписва“ стратегии и действия, които семейството не иска, не разбира, и не приема, изобщо няма да успокоят или отговорят на нуждите, изразени от семейството, не е ориентирана към семейството интервенция.

Използвани са няколко термина, за да се опишат различните подходи към семейната подкрепа. Например, Dunst, Johanson, Trivette, & Hamby (1991) идентифицират четири типа подходи за подпомагане на семейството, които се различават по роля и ниво на участие на семейството: ориентиран към специалистите, в партньорство със семейството, фокусиран върху семейството, и ориентиран към семейството. В таблица 3.1 могат да се наблюдават разликите между всеки подход.

Таблица 3.1 Различни подходи за подкрепа на семейството

Тип подход	Типични предположения за семейството	Типични предположения за специалисти и интервенция
Ориентиран към семейството	Семействата се разглеждат като напълно способни да вземат информирани решения и да действат по своя избор.	Специалистът се разглежда като агент и инструмент на семействата. Неговата роля е да предостави необходимата информация на семейството, за да може то да взема информирани решения и да създава възможности за засилване на своите компетенции. Интервенцията се фокусира върху насърчаването на компетенциите и мобилизирането на ресурси и подкрепа за семейството по индивидуализиран, гъвкав и отзивчив начин.
Фокусиран върху семейството	Семействата се разглеждат като способни да правят избор, но възможностите са ограничени до ресурсите, подкрепата и услугите, които специалистът счита за най-подходящи за нуждите на семейството; семейството се разглежда като потребител на услуги.	Специалистът подкрепя и съветва семейството за това как следва да се провеждат интервенциите, като наблюдава как семейството използва услугите, предоставяни от специалиста
В партньорство със семейството	Семействата се разглеждат като минимално способни да повлияят на промените в живота си, но се възприемат като представител на специалистите.	Специалистът установява взаимодействия, които се считат за важни и необходими за семейството, а семейството трябва да прилага и развива предписаните интервенции.
Ориентиран към специалистите	Семействата се разглеждат като изпитващи дефицит или патологични. Семействата са пасивни участници в процеса и се обръща малко или никакво внимание към техните мнения и възгледи.	На специалиста се гледа като на експерта, който определя нуждите на семейството и осъществява интервенциите. „Патерналистки“ модел, подобен на медицинския.

Source: Dunst, C. J., Johanson, C., Trivette, C. M., & Hamby, D. (1991). Family oriented early intervention policies and practices: Family-centred or not? *Exceptional children*, 58, 115-126. Adapted and reproduced with the author's permission.

3.1.1. Ориентирана към семейството интервенция, основана на естествения контекст и ресурсите на общността

Едно от най-често срещаните погрешни схващания е да се мисли, че е възможно да се използва ориентираната към семейството модел на интервенция, когато се работи със семействата и за предпочитане в техните домове. Всяка интервенция, независимо дали се провежда в семейния дом, в образователна обстановка или друг контекст, независимо дали включва родители, бабака, инструктор или друг значителен полагащ грижи, може и следва да се развива според ориентираната към семейството перспектива. Интервенцията, създадена в рамките на този модел, ще оптимизира възможностите за учене и развитие на децата, където и да се намират те през деня или седмицата.

Ориентираната към семейството интервенция включва различни контексти и грижи за деца

Ориентираната към семейството интервенция не зависи от контекста на интервенцията или от областта на дейност, а засяга начина, по който се провежда интервенцията и нейната основна философия.

Следователно е възможно и желателно да се осъществи ориентирана към семейството интервенция, като се спазват всички принципи, залегнали в основата на този подход, във всеки естествен контекст на детето. Например, в образователен контекст с детския учител, където цялата осъществявана интервенция се споделя и планира със семейството, като се спазват техните притеснения и приоритети². Възщност ориентираната към семейството интервенция може и следва да се провежда във всички основни естествени условия на живота на децата и техните семейства.

Ориентираната към семейството интервенция не зависи от контекста на интервенцията или от областта на дейност, а засяга начина, по който се провежда интервенцията и нейната основна философия.

Интервенцията в естествения контекст на детето и семейството

Възщност много учебни дейности „просто се случват“ и се появяват естествено в контекста на семейството и общността³. Една от най-важните причини интервенцията да се осъществява в естествен контекст е, че можете да се възползвате от всички възможности за учене, в които детето естествено участва и които имат потенциал да насърчават неговото поведение и развитие (Bruder, 2010).

Естественият контекст на учене е този, който предоставя множество възможности за учене и включва семейството, живота в общността и детските ясли или детската градина (Dunst & Bruder, 1999).

Както ще видим по-нататък, интервенциите с много малки деца са по-ефективни, ако се предоставят в техния естествен контекст на учене, като например домашния или образователния контекст, препоръчан от DEC (2014):

„Специалистите следва да предоставят услуги и подкрепа в естествена и приобщаваща среда по време на ежедневните рутинни дейности и занимания за насърчаване на участието на децата в ученето“ (DEC, 2014, стр. 9).

Интервенция, основана на ежедневните дейности на децата и семействата

² В Глава 4 от настоящото ръководство ще бъде по-подробно разгледан процесът на прилагане и наблюдение на интервенцията в естествения контекст на детето, а именно в дома и в образователния контекст.

³ Обяснението за това как децата учат и се развиват е подробно описано в 3.2 (стр. 77): Ориентиран към семейството подход: Защо? Как децата се учат и се развиват и силата на семейството в интервенцията”.

В тази последователност ще бъде лесно да се разбере, че при ориентирания към семейството подход всички членове на мрежата за социална подкрепа се считат за потенциални източници на опит, възможности, съвети или насоки за положително влияние върху ученето и развитието на децата, родители и семейство (Dunst, 2005). Следователно ориентираната към семейството интервенция ще подчертае укрепването на социалната мрежа на всяко семейство и използването на тази мрежа като основен източник на подкрепа и ресурси за задоволяване на техните нужди.

Мобилизирането на официални и неформални ресурси в подкрепа на общността повишава ефективността на интервенционните практики, за разлика от базирания на услуги подход, при който източникът на подкрепа за семейните нужди зависи изключително от специалистите и услугите, които те предоставят (Trivette, Dunst, & Deal, 1997). Базираната на ресурси интервенция разглежда ресурсите, предоставени от членовете на мрежата за социална подкрепа, като необходимия опит и възможности за укрепване и насърчаване на компетенциите, контрастиращи на услугите, предоставяни от официални професионални програми (Dunst, 2000). Съгласно тази интервенция ресурси като медицински и терапевтични услуги или образователния контекст на децата следва да се активират, както и неформалните ресурси, като приятели, съседи, роднини, обществени сдружения (предлагане на музика, гимнастика, плувни занимания, и др.), групи родители или доброволни групи.

Членовете на семейството трябва да бъдат активно включени в търсенето и получаването на подкрепа, вместо да получават помощ, която не зависи от нуждите, които сами са идентифицирали и приоритизирали. Въпреки че специалистите също могат да предоставят или предлагат подкрепа и ресурси на семействата, които се нуждаят от нея, като заменят семействата в процеса на идентифициране и определяне на приоритетите на техните нужди, те могат да продължат зависимостта на тези семейства, лишавайки ги от възможността да използват собствените си компетенции и разработвайки нови (Skinner, 1978 г., цитирано в Dunst & Trivette, 2009a).

За разлика от базирания на услугите подход, базираният на ресурси подход разглежда всеки източник на подкрепа на общността, официална или неформална, като възможност за удовлетворяване на нуждите на децата и техните семейства.

„За отглеждането на дете е необходимо цяло село“.

Африканска поговорка

Целта на РДИ би следвало да бъде използването на тези „селски“ ресурси, тук разбирали като всяка общност и опита, който тя предоставя, като начин за насърчаване на компетенциите на детето и семейството:

„Практиките за интервенция на семейните системи помагат за въвеждането на тези ресурси и подкрепа, които гарантират, че родителите имат време и енергия да общуват с децата си по начини, които им осигуряват опит и възможности за стимулиране на напредъка, насърчаващи ученето и развитието“ (Trivette, Dunst, & Hamby, 2010, стр. 15).

НАКРАТКО

Ориентиран към семейството подход: Какво представлява?

- Семейството се счита за ключов елемент в процеса на вземане на решения и в грижата за детето;
- Интервенцията е изградена върху силните страни на детето и семейството;
- Цялото семейство съставлява интервенционна единица;

- **Специалистите и семействата работят в партньорство и сътрудничество;**
- **Интервенцията отговаря на приоритетите и целите на семейството — специалистите се разглеждат като посредници, подкрепящи семейството;**
- **Интервенцията е индивидуализирана за всяко семейство;**
- **Интервенцията се провежда в естествения контекст и ежедневни дейности на детето и семейството и се основава на мобилизиране на съществуващите ресурси в мрежата на общността**

3.2. Ориентиран към семейството подход: Защо? Как децата се учат и се развиват и силата на семейството в интервенцията

Семейният живот предоставя богати възможности за различни преживявания и занимания за учене на децата като част от ежедневието им. Качеството на преживяванията, които родителите предоставят на децата си, оказва значително влияние в развитието им, независимо от количеството и качеството на играчките и материалите, които децата имат у дома или при образователните и терапевтичните услуги, които посещават (Mahoney & MacDonald, 2007).

Всъщност семействата са основната организационна структура, засягаща развитието на децата (Bronfenbrenner, 1979), тъй като най-вече чрез взаимодействието си с полагащия грижи в семейството детето развива своите основни идеи за света, за себе си и за другите.

Mahoney и MacDonald (2007) въвеждат три аргумента, за да обосноват решаващото значение на родителите (биологични или осиновители) за развитието на децата:

1. Първо, защото те установяват отношение на привързаност и обич с детето, което не може да бъде заменено от никой друг;
2. Второ, защото ученето и развитието на детето е непрекъснат процес, който може да се осъществи във всяка ежедневна ситуация, в която детето участва активно;
3. И накрая, защото дори да разполагат с ограничено време, за да бъдат с детето, поради трудови отговорности или други причини, родителите имат много повече възможности да общуват и насърчават развитието на децата, отколкото всеки друг възрастен или специалист.

Същото се случва и с родителите на деца със специални образователни потребности (СОП) или в риск, тъй като те играят значителна роля в социалното и емоционалното развитие и функциониране на децата си. И въпреки че резултатите от развитието на децата със СОП се влияят от естеството или тежестта на техните дефицити или нарушения в развитието, проучването на въздействието на връзката родител—дете заключава, че родителите са основният агент на промяна при тези деца и продължават да бъдат такива, дори когато децата са подкрепени от РДИ (Guralnick, 2011; Mahoney & Nam, 2011; Sameroff, 2010).

Така че специалистите не могат да забравят, че семейството е отговорно за детето, и че именно семейството ще придружава детето в неговия живот, от детството до зряла възраст. Всеки специалист, който иска да предоставя услуги за подкрепа на деца, винаги първо трябва да счита, че семейството е постояният елемент в живота на детето, докато специалистите и системите за услуги присъстват в живота им временно (Shelton & Stepanek,

Силата на семейството в детското развитие

Семейството отговаря за детето през целия му живот

Въздействието на семейството в развитието и обучението на децата

1994). Следователно родителите следва да бъдат ключов елемент при всяка интервенция с деца, тъй като това е единственият начин за постигане на резултати, които ще траят в средносрочен и дългосрочен план, дори и след приключване на професионалната подкрепа.

„Специалистът с визия и знания знае, че бащата/майка наистина носят ежедневна и постоянна отговорност за детето и те не могат да бъдат заменени от професионални служби, които предоставят спорадична подкрепа и от време на време“.

(Hobbs, 1975, pp. 228-229)

Важността на интервенцията със семейството

Както посочва Dunst (2010), ранната детска интервенция, предоставена от специалист без участието на родителите, в изкуствена обстановка, един час, два пъти седмично, в продължение на 50 седмици, представлява само 3% до 4% от времето, през което едно двегодишно дете е будно. В действителност, интервенциите, прилагани от специалисти без основните лица, полагащи грижи, представляват толкова малък процент от обучителния опит, че вероятността да се постигне значителна разлика в развитието на детето е минимална, както е показано на фигури 3.2 и 3.3.

Фигура 3.2 Кой има най-голямо влияние върху развитието на детето?



Източник: Mahoney, G. & MacDonald, J. (2007) Аутизмът и забавянето в развитието при малки деца: Учебната програма за отзивчиво обучение за родители и специалисти. Остин, Тексас: PRO-ED.

Преведена и адаптирана с разрешение на автора.

Фигура 3.2 съответства на хипотетичен анализ, извършен от Mahoney и MacDonald (2007). В това проучване авторите анализират количеството възможности за взаимодействие на различни възрастни (родители, терапевти и учители по специално образование) с деца, като сравняват потенциалното му въздействие в ученето и развитието. Те достигат до извода, че дете, което посещава, например, половин час терапия всяка седмица и специална образователна подкрепа четири сутрини седмично, дори ако бащата или майката взаимодействат с детето само един час на ден, през цялата година, бащата или майката ще са взаимодействали с детето си поне 10 пъти повече от терапевтите и учителите по специално образование.

Затова можем да приемем, че дори и родителите да имат само един час на ден, за да бъдат с децата си, те продължават да са тези, които имат повече възможности да повлияят на развитието на децата.

Важността на интервенцията със семейството

Ако освен количеството взаимодействия, отчитаме и тяхното качество — доколкото детето установява най-значимите взаимоотношения с родителите си, в сравнение с тези, които установява със специалистите — лесно е да се заключи кой е най-мощният източник на влияние в развитието и благополучието на децата.

Следователно, за да се насърчи развитието и социалното и емоционалното благосъстояние на децата, специалистите и инструкторите следва, в допълнение към непосредствената работа с децата, да насочат усилията си към подпомагане на родителите в подкрепа на развитието на техните деца (Mahoney & MacDonald, 2007).

По подобен начин, във Фигура 3.3 можем да наблюдаваме разликата в количеството седмично време, през което детето участва във възможности за учене, които насърчават комуникацията и речта. Докато в ситуация А детето се възползва от две сесии при логопед, съответстващи на един час интервенция седмично, в ситуация В възможностите за учене на езиковите умения се използват и подобряват в естествения им контекст ежедневно и по интегрален начин в рамките на семейните ежедневни дейности, което съответства на приблизително пет часа седмична интервенция. Още веднъж, изводът пада върху силата, която семейството има, за да повлияе значително върху обучението и развитието на децата, и необходимостта от специалисти, които да подкрепят семейството в изпълнението на тази роля.

Ако възрастни или по-големи деца са в състояние да се учат за кратки периоди, в сесии с концентрирана информация, и лесно да прилагат наученото в други контексти, същото не се отнася за по-малките деца (McWilliam, 2010).

Понастоящем знаем, че децата в ранна възраст учат през цялото време, в непрекъснат режим и в контекста на емоционални взаимоотношения със значими лица, които се грижат за тях (Almeida et al., 2011). Чрез многократно взаимодействие с хора, материали и предмети в техния контекст децата учат за хората и нещата в техния свят. Следователно, всички преживявания, възможности и събития, които насърчават тези взаимодействия, могат да се считат за естествени контексти на учене (Dunst & Bruder, 1999; Dunst & Hamby, 1999).

Подкрепата за обучението и развитието на децата може да бъде постигната по различни начини, които включват обучения за деца в естествената им среда и ежедневни дейности в различни контексти, а именно у дома, в детските ясли или детската градина и в общността. Ежедневните дейности могат да създадат оптимални възможности за учене и развитие на детето и затова трябва да се използват при интервенцията. Ежедневните дейности може да не се случват буквално всеки ден, но са дефинирани като повтарящи се и предвидими събития, които позволяват смяна на ролите между детето и полагащия грижи (да даде и да поеме ред), ритуали или занимания. Тази функция на предсказуемост е много важна за ученето на децата, тъй като улеснява тяхното ангажираност с хора и предмети, насърчава развитието и овладяването на компетенциите.

Ангажирането е ключова концепция за учене. McWilliam, de Kruif и Zulli (2002) го определят като една от главните основи на ученето, заедно с независимостта и социалното взаимодействие. Ролята на специалистите по отношение на родителите и други лица, полагащи грижи, следва да помага за мисленето, планирането, създаването и увеличаването на възможностите за учене на деца с рутинни практики в различни естествени условия, като по този начин се гарантира тяхното участие, независимост и социално взаимодействие, които представляват критично средство за тяхното обучение и развитие.

Затова можем да приемем, че дори и родителите да имат само един час на ден, за да бъдат с децата си, те продължават да са тези, които имат повече възможности да повлияят на развитието на децата.

Тази ориентирана към семейството, основана на ежедневни дейности и естествения живот интервенция също така насърчава включването на деца със специални нужди. Всъщност да се признае, че детското развитие може и следва да се насърчава чрез нормален жизнен опит и в естествен контекст, означава да се предполага, че децата със специални нужди имат същите права и същите условия за насърчаване на развитието им като другите деца, независимо от професионалните или терапевтичните услуги, от които може да се възползват.

Как децата учат

Учене,
основано на
ежедневни
дейности

Трите стълба на
обучението на
деца:
• Ангажираност
• Независимост
• Социално
взаимодействие

Перспективата на
включване е в
основата на
ориентираната
към семейството
интервенция

Фигура 3.3 Използвайте математиката

ДЕН	СИТУАЦИЯ А:	МИНУТИ	СИТУАЦИЯ В:	МИНУТИ
Понеделник			<ul style="list-style-type: none"> • Назова дрехите си, докато се облича, и храната за закуска с мама. • Пее песни с мама, докато тя подрежда кухнята след закуска. • Пее песни и съвместно разглежда картинна книга преди спане. • Играе с по-голям брат след училище. • Разказва история за лека нощ на татко. 	<p>10 мин.</p> <p>15 мин.</p> <p>10 мин.</p> <p>15 мин.</p> <p>10 мин.</p>
Вторник	Назовава карти с картинки и чете книги с логопед	30 мин	<ul style="list-style-type: none"> • Назова дрехите си, докато се облича, и храната за закуска с мама. • Посочва хора и места, докато пътува в колата с мама. • Пее песни и съвместно разглежда картинна книга преди спане. • Играе навън с по-голям брат след училище, като назовава играчки. • Назовава играчки по време на къпане. 	<p>10 мин</p> <p>15 мин</p> <p>10 мин</p> <p>15 мин</p> <p>10 мин</p>
Сряда			<ul style="list-style-type: none"> • Назова дрехите си, докато се облича, и храната за закуска с мама. • Пее песни с мама, докато тя подрежда кухнята след закуска. • Пее песни и съвместно разглежда картинна книга преди спане. • Играе с по-голям брат след училище. • Разказва история за лека нощ на татко. 	<p>10 мин.</p> <p>15 мин.</p> <p>10 мин.</p> <p>15 мин.</p> <p>10 мин.</p>
Четвъртък	Назовава карти с картинки и чете книги с логопед.	30 мин	<ul style="list-style-type: none"> • Назова дрехите си, докато се облича, и храната за закуска с мама. • Пее песни с мама, докато тя подрежда кухнята след закуска. • Пее песни и съвместно разглежда картинна книга преди спане. • Играе навън с по-голям брат след училище, като назовава играчки. • Назовава играчки по време на къпане. 	<p>10 мин.</p> <p>15 мин.</p> <p>10 мин.</p> <p>15 мин.</p> <p>10 мин.</p>
Петък			<ul style="list-style-type: none"> • Назова дрехите си, докато се облича, и храната за закуска с мама. • Пее песни с мама, докато тя подрежда кухнята след закуска. • Пее песни и съвместно разглежда картинна книга преди спане. • Играе с баба. • Разказва история за лека нощ на дядо. 	<p>5 мин.</p> <p>15 мин.</p> <p>10 мин.</p> <p>20 мин.</p> <p>10 мин.</p>
Обща продължителност		1 час		5 часа

Източник: Woods, J. (1999). Кой упражнява речта си повече? Използвайте математиката [онлайн]. Уебсайт за основана на ежедневни дейности интервенция. Материалът е взет от: <http://fgrbi.fsu.edu/approach/approach2.html>. Адаптиран и възпроизведен с разрешение на автора.

Този подход започва от предположението, че всички семейства, при условие че разполагат с необходимата подкрепа и ресурси, имат условия за положително насърчаване на развитието на децата си.

Накратко, изследванията потвърдиха този прост факт: родителите вършат чудесна работа, ангажирайки децата си в многобройни и разнообразни възможности за ежедневно учене. Всички контексти имат потенциала да осигурят богат опит в ученето — специалистите трябва само да съдействат за откриването на това, което има по-голям смисъл за конкретно дете и семейство (Dunst, 2001).

НАКРАТКО

Ориентиран към семейството подход: Защо?

- Защото семейството има първостепенно значение за развитието и обучението на детето;
- Защото всички семейства с необходимата подкрепа и ресурси могат да насърчават обучението и развитието на децата си;
- Защото те насърчават отрано принципите на приобщаване и гарантиране на правата на децата и техните семейства.

3.2. Ориентиран към семейството подход: За какво?

Насърчаване на чувството за компетентност и овластяване на семействата

Имайки предвид основното значение на семейството в развитието и обучението на децата, ще бъде лесно да се признае, че основната цел на работата със семействата при РДИ е да се подкрепи и засили способността на родителите да предоставят преживявания и възможности за учене, които са от значение за развитието на техните деца, както току-що представихме по-горе.

Ролята на практикуващите РДИ в подпомогнато от родители учене на деца е да подкрепят и укрепват капацитета на родителите да предоставят на децата си преживявания и възможности с известни качества и характеристики (т.е. утвърдени практики), подкрепящи и укрепващи както детската, така и родителската компетентност и увереност.

(Dunst et al., 2010, стр. 63)

Според Mahoney и MacDonald (2007), дори когато децата посещават детски ясли, детска градина или терапии и друга специализирана помощ, която сама по себе си осигурява важни преживявания за учене и развитие, които обикновено не биха имали с родителите си, всички специалисти следва да развиват свой начин на интервенция, така че тя да може да бъде продължена по време на взаимодействията и дейностите по ежедневните занимания на детето. Това може да се случи само чрез сътрудничество с родителите, които имат най-голямо влияние върху развитието на децата и които имат повече възможности да общуват с тях. По този начин, дори и в ситуации, когато директната работа с детето е оправдана, специалистът следва да отделя достатъчно време, за да работи с родителите, като ги подкрепя в тяхната задача за насърчаване на развитието и социалното и емоционалното благополучие на техния син или дъщеря. Авторите

поддържат идеята, че интервенцията не може ефективно да насърчава ученето и развитието на малки деца, освен ако не включва родителите.

McWilliam (2005) обяснява важноста на ангажирането на полагащите грижи за детето в насърчаването на неговото развитие, като подчертава, че истинската интервенция при детето се осъществява между посещенията на специалистите и се осигурява от редовните лица, полагащи грижи, с които детето има значима връзка.

Парадигма за развитие на компетенции

Едно от основните предположения на работата при РДИ е, че всички семейства имат достатъчно силни страни и капацитет, за да станат по-компетентни в насърчаването на развитието и ученето на децата си, при условие че имат необходимите ресурси и подкрепа. Следователно работата на специалистите се състои главно в подпомагане на семейството да изрази пълния си потенциал, като работят със и върху семейните компетенции. Това е основната цел, която характеризира тази нова парадигма, която Дънст нарича изграждане на капацитет, а ние бихме могли да преведем като развитие на компетенции. Подходът за изграждане на капацитет се очертава като алтернативна парадигма на традиционния подход на РДИ, при който се счита, че децата и семействата имат дефицити или слабости, които трябва да бъдат лекувани и коригирани от специалисти (Dunst & Trivette, 2009a).

Основана на силните страни интервенция

При новата парадигма се счита, че децата и семействата имат силни страни и способности (или възможността да ги развиват, когато не присъстват) и че целта на интервенцията е да подкрепя и насърчава изграждането на капацитет и други положителни аспекти във функционирането на членовете на семейството (Dunst & Trivette, 2009a).

Да се надгражда върху съществуващите силни страни, вместо да се коригират уязвимите области, е активен подход, който поставя по-голям акцент върху насърчаването на поведението, отколкото върху лечение на проблеми или предотвратяване на негативни резултати.

Вместо да се прави опит за промяна на децата и семействата, става въпрос за опит да се надградят силните страни (или силните характеристики), които те внасят в РДИ.

По този начин, например, специалист, който подкрепя майка с когнитивни ограничения, не следва да приема, че тази майка има по-малко компетенции за насърчаване на развитието на детето си. Вместо това специалистът следва да се съсредоточи върху компетенциите, които тя проявява и да основава интервенцията върху тях, като оптимизира използването например на нейните постоянство и мотивация, способността да организира ежедневни задачи, връзките с неформалната мрежа за подкрепа, или факта, че тя има силна любяща връзка с детето си.

Насърчаването на чувството за самостоятелна ефективност и компетентност на лицата, полагащи грижи

Тази ориентирана към силните страни интервенция е систематично призната от научните доказателства (Dunst et al., 2010) като най-ефективния подход в работата със семействата, засилвайки нейното функциониране. Всъщност надграждането на силните страни, интересите и предпочитанията на семействата представлява по-продуктивен начин за предизвикване на промени в поведението в сравнение с усилията за коригиране на слабостите или за намаляване на дефицита. Хората — семействата — са по-склонни да полагат усилия за осъществяване на своите желания, стремежи и потребности, ако са изградени върху неща, които вече вършат добре. Този подход прави семействата по-отворени за благоприятно реагиране към интервенцията и подобрява взаимодействието между семействата и специалистите, което от своя страна води до по-добри резултати за детето и за членовете на семейството (Dunst, 2000).

Започвайки от силните страни на семейството при проектиране на интервенцията, специалистите основно подсилват чувството за компетентност на семейството.

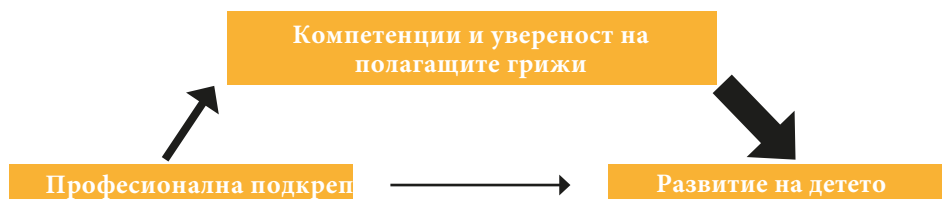
Оказването на помощ на родителите да се чувстват компетентни и способни, така че да повлияят положително на образованието и развитието на децата си, следва да бъде основата на интервенцията при семействата.

Чувството за самостоятелна ефективност на родителите, тоест възприятието, което имат за собствената си способност да упражняват положително влияние в поведението и развитието на децата си, оказва пряко влияние върху техните родителски компетенции и в нивото на удовлетвореност от родителския им опит (Coleman & Karraker, 1997). Ако не вярват, че са способни да извършат ефективни промени в живота си, родителите имат малък или никакъв стимул да ги осъществят. По този начин специалистите по РДИ следва да помогнат на семействата да развият чувство на увереност и компетентност относно настоящето и бъдещото развитие и учене на тяхното дете (Bruder, 2000).

Чрез своите действия специалистите по РДИ оказват значително влияние върху чувството за компетентност и увереност на полагащите грижи (родители, детски учители/възпитатели, бавачки и други).

Както вече видяхме в предишната точка, начинът, по който по-малките деца учат, води до това, че интервенцията на специалистите по РДИ има малък ефект директно върху детето, но вместо това може да окаже значително влияние върху подобряването на компетенциите и самочувствието на родителите и други полагащи грижи, които от своя страна оказват огромно влияние в насърчаването на развитието на детето (McWilliam, 2010), както е показано на Фигура 3.4. Различната дебелина на стрелките съответства на разликите в интензивността на въздействие върху развитието на детето и на компетенциите и увереността на лицата, които се грижат за тях.

Фигура 3.4 Връзки на въздействието на специалистите върху полагащите грижи и развитието на детето



Източник: McWilliam, 2002, цитиран в Almeida et al., (2011). Ранни детски интервенционни практики, основани на ежедневни дейности. Обучителен и изследователски проект. Психологически анализ, 1 (29): 83–98. Адаптирани и възпроизведени с разрешение на автора.

Както някои автори демонстрират (Trivette, Dunst, & Hamby, 2010), родителската самостоятелна ефективност и благополучие влияят на взаимодействието между родител и дете, което от своя страна влияе върху развитието на децата. Следователно, фокусът на ранната детска интервенция следва да бъде насърчаването на чувството на компетентност и контрола на родителите.

Подпомогнато от родителите учене на децата е ефективно, защото ще засили доверието и компетентността на родителите, когато предоставят на децата си преживявания и възможности за учене, които насърчават тяхното развитие. (Dunst, 2010)

Този модел на повишаване на компетентността, който за разлика от моделите за превенция или лечение, постулира, че предоставянето на услуги за подкрепа на семействата следва да подпомага техните

силните страни и способността им да насърчават постигането на положителни резултати, което ще накара семействата да се почувстват отговорни за собствения си успех и постижения (Carvalho, 2004) и съответно да бъдат автономни и независими при компетентното управление на ежедневието им.

Изграждането на капацитет и овластяването с цел независимост на семействата ще бъде основната цел на ориентираната към семейството интервенция.

Овластяването се основава на думата власт, но човек следва да обърне голямо внимание на начина, по който се превежда този израз. Както някои автори подчертават, овластяването не означава да се даде власт на хората, а по-скоро да им се помогне да разкрият силата, която те естествено вече притежават:

„С цялото си знание и мотивация хората вече имат достатъчно сила, за да могат да изпълняват ролята си по превъзходен начин. Овластяването се състои само в освобождаване и разкриване на тази сила...” (Ken Blanchard, n.d.).

Семейната независимост, изграждането на капацитет и овластяването са основните цели на РДИ

Насърчаването на овластяването в действителност е свързано с генериране на резултати, които дават възможност за развитие на компетенциите на семействата, вместо да създават зависимости: Целта на интервенцията е да направи семейството по-компетентно и по-способно да мобилизира ресурси, които могат да повлияят положително върху функционирането на децата, както и върху това на родителите и семейството, вместо да ги правят зависими от специалистите или от системите за предоставяне на помощ. Може да изглежда изкушаващо да се предоставят или предлагат на семействата нужната им подкрепа и ресурси, но по този начин специалистите ги лишават от възможността да използват собствените си компетенции и от разработването на нови, които биха могли да продължат (вместо да намаляват) нуждите им за помощ, създавайки по-голяма зависимост от специализирани услуги (Skinner, 1978, цитирано в Dunst & Trivette, 2009a).

Изграждането на капацитет е да се създадат възможности за хората или семействата да придобият компетенции, които засилват функционирането на семейството.

Овластяването на семейството е най-подходящата цел за ефективна интервенция и се състои в подобряване на капацитета на семейството да изпълнява своите нужди и стремежи, за да се насърчи ясното усещане за вътрешносемеен контрол и овладяване на важни аспекти на функционирането на семейството.

(Dunst, Trivette, & Deal, 1988)

Помощта е „актът за насърчаване и подкрепа на функционирането на семейството по начин, който засилва придобиването на компетенции, които позволяват по-голяма степен на вътрешносемеен контрол върху последващи дейности“.

(Dunst, Trivette, & Deal, 1994, стр. 6)



СПРЕТЕ, ЗА ДА ПОМИСЛИТЕ

- По какъв начин ориентираният към овластяване подход се различава от патерналистичния подход по отношение на услугите за предоставяне на помощ?
 - Колко пъти, когато предоставят помощ, услугите отнемат властта от семействата, вместо да създават възможности, които разкриват и насърчават техните силни страни?
- Заедно с екипа си помислете за примери от ежедневието си дейност, които илюстрират тази разлика между практики, насърчаващи овластяването, и практики, които насърчават зависимостта от услуги за подкрепа.

НАКРАТКО

Ориентиран към семейството подход: За какво?

- Да предложи на семействата възможност да упражняват компетенциите, които вече притежават;
- Да насърчава чувството на компетентност и самостоятелна ефективност на семействата;
- Да насърчава семейния контрол и изграждането на капацитет върху техния избор и действие — овластяване.

3.4. Ориентиран към семейството подход: Как се прилага?

Трансдисциплинарният екип и ефективни практики за предоставяне на помощ

„...начинът, по който се оказва помощ, има същото значение, ако не и повече, като това, какво се прави...“

(Dunst, 2000, стр. 100)

„Ефектите от помощта не зависят само от това, което е направено, но и от начина, по който е направено, въпрос на стил на подкрепа... и подход [практикуващ

(Karuza & Rabinowitz, 1986, стр. 380, цитирано в Dunst, 1997, стр. 78)

Както беше обяснено в тази глава, фокусът на ориентирания към семейството подход следва да бъде активното ангажиране на родителите и другите членове на семейството в получаването на желаните ресурси и в постигането на целите, които самите те са определили.

Начинът, по който се предоставя интервенцията има голямо влияние за степента на постигане на целите на интервенцията, като ангажираността, чувството за компетентност, изграждането на капацитет или овластяването на семейството. Следователно, ориентираната към семейството интервенция е не само въпрос за това дали нуждите на семейството се удовлетворяват, но и как се изпълняват тези нужди (Dunst, Trivette, & Deal, 1994).

За да бъде ориентираната към семейството интервенция ефективна е необходимо нейните цели и принципи определено да присъстват в организацията, динамиката и практиките на екипа и специалистите по интервенция.

В края на тази глава ще се спрем на някои форми на действие при ориентираната към семейството философия в ежедневната практика на РДИ, а именно функционирането като трансдисциплинарен екип и ефективни практики за предоставяне на помощ от специалисти. По-подробно и конкретно описание на практическото прилагане на принципите на ориентирания към семейството подход в процеса на интервенция, в координацията на услугите и при оценката на програмите на РДИ ще бъде представено в следващите глави на тази част.

3.4.1 Трансдисциплинарният екип: Ролята на водещия случая

Функциониране на трансдисциплинарен екип

За да се отговори наистина на семейните нужди, е необходимо да има координиран и съгласуван подход (Carpenter, 2005), който взема под внимание интегрирания начин на функционирането на семейството като цяло, както и развитието на детето. Всъщност многостранните нужди на децата и семействата изискват всеобхватен отговор, който може да включва ангажиране от различни професионални области. Следователно, необходима е реакция от услугите за РДИ, когато един специалист не може да отговори на нуждите, а се изискват специалисти от различни дисциплини като образование, здравеопазване и социални услуги, които се свързват и работят в екип. Това е едно от предположенията, които са в основата на трансдисциплинарния модел, който понастоящем се счита за препоръчителна практика за функционирането на услугите за РДИ, поради неговия всеобхватен и цялостен подход към децата и семействата (Almeida, 2009).

Много автори (Briggs, 1997; Bruder, 2000; Carpenter, 2005; Guralnick, 2001; McWilliam, 2010) признават трансдисциплинарния модел като най-добрата практика за РДИ, отразявайки наистина ориентираната към семейството визия за интервенция (Doyle, 1997).

Трансдисциплинарният модел представлява режим на екипно функциониране, който се състои от специалисти от различни области, характеризиращ се със споделяне и обмен на знания и компетенции между различните области, споделяне на общ език и взаимно доверие между неговите членове. Границите между дисциплините са все по-размити и допринасят за консенсус сред членовете на екипа, включително семейството като партньор и основен ръководител на процеса на оценка и интервенция (Carvalho, 2004). Освен това, този модел поддържа идеята, че семейството е неразделна част от екипа за РДИ и, следователно, следва да бъде оценено и уважавано като всеки друг член на екипа.

Основни принципи на трансдисциплинарния подход

- Интервенцията при деца се осъществява между посещенията на специалисти и се осигурява от техните значими полагащи грижи;
- Малките деца нямат възможност да прехвърлят/обобщават компетенциите от контекста на учене в ежедневието си. Те се учат не чрез опити, комбинирани в сесии, а чрез повтарящи се взаимодействия с тяхната среда, разпределени във времето;
- Полагащите грижи за децата са тези, които допринасят най-много за насърчаване на развитието на децата и затова следва да се идентифицират с целите на интервенцията и да ги чувстват като свои цели. (McWilliam, 2003b)

В този модел екипът избира специалист, който да поеме редовния и привилегирован контакт със семейството и да представя всички останали членове на екипа. Този член се нарича водещ случая (BC)⁴ и е отговорното лице за изпълнението на плана за интервенция, като посредници между семейството, целия екип и другите служби. Това лице може да бъде наречено и координатор на услуги, тъй като той или тя е човекът, който заедно със семейството координира услугите и ресурсите, които отговарят на нуждите на детето и семейството, и които семейството е избрало да използва (Almeida, 2009).

Водещ случая

⁴ Също така се нарича медиатор по случая или координатор на услуги. В настоящото ръководство сме избрали да използваме наименованието водещ случая, тъй като считаме, че концепцията за посредника, направляващ случая, е тази, която по-добре отразява ролята, която трябва да играе специалистът, както и централната роля на семейството според ориентирания към семейството подход.

Трансдисциплинарният екип е съставен от специалисти от различни области на експертиза и всеки от тях може да стане водещ случая за конкретно семейство. Това лице ще отговаря за осъществяване на по-голяма част от посещенията в семейния контекст или други, независимо от това, че понякога се провеждат съвместни посещения или срещи с екипни членове от друга експертна област, за да се консултира семейството относно специфични нужди, изискващи по-специализирана подкрепа. Следователно, всички специалисти в екипа участват в подкрепата на семействата и децата, но ВС ще бъде отговорен за прилагането на плана за интервенция в семейството, докато останалата част от екипа осигурява ариергардна подкрепа.

С тази форма на екипна работа, базирана върху фигурата на ВС, обединението на знанията, с които екипът разполага за детето и семейството, е гарантирано (Glennen & DeCoste, 1997). Фактът, че за предпочитане е само един специалист да поеме редовния контакт със семейството от името на целия екип за РДИ, прави интервенцията по-малко „натрапчива“ за семейството, което може да установи по-лесно отношения на доверие и съучастие със специалиста, който посредничи при взаимоотношенията с услугите за РДИ. Всъщност данните от Националното проучване за координацията на услугите в ранната интервенция сочат, че 96% от родителите, които са свързани с един специалист, смятат това за полезно, докато този процент спада до 77% и 69%, когато родителите се свързват с двама или трима специалисти (Dunst & Bruder, 2004, както е цитирано в Almeida, 2009).

Практиката на трансдисциплинарен екип и прилагането на трансдисциплинарния модел ще бъдат допълнително проучени в следващите глави.

Специалистът: Ефективни практики за предоставяне на помощ

Следните автори — Marcenko, Herman и Hazel (1992), Marcenko и Smith (1992), и Trivette, Dunst и Deal (1997) демонстрираха, че в много случаи програмите за интервенция отдалечават семействата и дори имат отрицателен ефект върху тях, когато те не насърчават пълното ангажиране на семействата в решенията относно услугите, от които се нуждаят, и условията, при които тези услуги им се предоставят.

Dunst и Trivette проведоха подробно проучване с цел да идентифицират характерните практики за ефективно оказване на помощ от специалисти, тоест предоставянето на помощ, която от една страна повишава компетенциите, а от друга страна има отражение върху семейството по отношение на овластяването (Dunst & Trivette, 1987, 1988, цитирано в Dunst, 1998).

Тези автори са идентифицирали три професионални компонента, които характеризират ефективни практики за предоставяне на помощ: техническо качество, практики на взаимоотношения и практики за участие (Dunst, 1998) (Фигура 3.5).

Три компонента за ефективно предоставяне на помощ

Фигура 3.5 Три компонента на ефективни практики за предоставяне на помощ



Източник: Dunst, C. J. (1998). Corresponsabilização e práticas de ajuda que se revelam eficazes no trabalho com famílias [Практики за овластяване и предоставяне на помощ, които показват, че са ефективни в работата със семействата]. В L. M. Correia & A. M. Serrano (Org). *Envolvimento parental em intervenção precoce: das práticas centradas na criança às práticas centradas na família* (стр. 123–138). Porto: Porto Editora. Адаптирани и възпроизведени с разрешение на автора.

Техническо качество

- Техническо качество — Отнася се до набора от теоретични и практически знания на специалистите за областта, в която работят. Техническото качество се разглежда като резултат от обучение и професионален опит и включва знанията, специализацията и компетентността на специалистите, както и изразяването на тази специализация като част от упражняването на тяхната дейност.

Примери за техническо качество в РДИ:

- Да има знания за нормативното развитие на детето;
- Да идентифицира и разпознава патологии в развитието;
- Да познава и овладява използването на конкретен инструмент за оценка;
- Да познава утвърдените и препоръчителните практики.

Практики на взаимоотношения

- Практики на взаимоотношения — включват характеристиките на специалистите и междуличностните представи, които влияят на релационните аспекти на подкрепата. Това включва междуличностно поведение, което обикновено се свързва с добра клинична практика, както и убеждения и положителни мнения относно компетентностите и капацитета на семействата (Carvalho, 2004). Аспекти като състрадание, активно и рефлексивно слушане, съпричастност, автентичност, способност за разбиране, обич и достоверност, както и споделяне на информация са поведения, които обикновено се свързват с добри комуникационни умения и характеризират практиките на взаимоотношенията. Освен това, практиката на взаимоотношения също се отнася до постъпките на специалистите, включително убежденията за способността на семействата да се справят ефективно със ситуации, проблеми и проекти от ежедневието. Практиките на взаимоотношения са основа за професионалното признаване и утвърждаване на съществуващите силни страни и по този начин са в състояние да използват капацитета на индивидите и семействата за подобряване на функционирането им (Dunst, Boyd, Trivette, & Hamby, 2002). В обобщение, тези практики са основа за изграждане на взаимоотношения.

Примери за практики на взаимоотношения в РДИ:

- Отношение към семейството с достойнство и уважение по всяко време;
- Почитане и уважение към личните и културните убеждения и ценности на семейството;
- Споделяне на цялата информация със семействата по безпристрастен начин;
- Признаване и уважение към силните страни на отделните членове на семейството. (Dunst, 2013, стр. 23)

Практики за участие

- Практики за участие — Отнасят се до професионалното поведение, насочено към ангажиране на членовете на семейството в процеса на вземане на решения и информиран избор и при използване на съществуващите силни страни или развитие на компетенции за получаване на идентифицираните от семейството ресурси, подкрепа и услуги (Dunst, 2013). Този тип практика подчертава отговорността на онези, които търсят помощ при намиране на решение за техните проблеми и придобиване на знания и компетенции за подобряване на техните житейски обстоятелства. Те насърчават активното и значимо ангажиране на семейството в отношенията им със специалистите и са описани като съдържащи вида практики, които по-вероятно водят до положителна оценка на възможностите на семействата. Засилването на сътрудничеството между семейства и специалисти включва практики, които позволяват на семействата: да обсъждат възможностите за интервенция, както и информацията за извършване на тези избори; сътрудничество и споделяне при вземане на решения; и активно ангажиране на семейството в прилагането

и изпълнението на взетите решения. Практиките за участие включват и отзивчивост и гъвкавост от страна на специалистите за това как да осигуряват подкрепа на деца и семейства (Dunst, 2013). Накратко, това са практики, които подкрепят избора и участието на семейството.

Примери за практики за участие в РДИ

- Работа в партньорство със семейството, за да се идентифицират нуждите на семейството и да си сътрудничат в получаването на необходимите ресурси;
- Участие на семейството във вземането на информирани решения за това кои ресурси и подкрепа са най-подходящи за посрещане на идентифицираните семейни нужди;
- Предоставяне на възможности за участие на членовете на семейството за получаване на необходимите ресурси и подкрепа;
- Подкрепа и уважение към решенията на семейството, дори когато те се разминават с тези на специалистите.

Компонентите техническо качество и релационни практики вече бяха признати за важни за ефективния процес на предоставяне на помощни услуги. Иновацията, предложена от най-новите изследвания, проведени от Дънст и сътрудници, е идентифицирането на практиките за участие като основен компонент за ефективността на ориентираната към семейството практика, разкривайки това качество като отличаващ се елемент от другите видове семейни подходи.

Всъщност практиките, които прибягват повече до ангажираността и участието на родителите, са характерни за ориентираните към семейството програми, предлагащи:

- а. Възможност за избор и опции;
- б. Възможности за ангажиране на родителите в намирането на решения на проблемите, които са идентифицирали, и при придобиването на знания и компетенции (Dunst et al., 2002).

Както беше обяснено по-рано, ориентираният към семейството подход е специален случай на практики за оказване на помощ, който подчертава участието и овластяването на семействата като първоначален начин за подпомагане и засилване на тяхното функциониране (Dunst, 1997). Техническото качество и практиките на взаимоотношения могат да бъдат необходимо условие за подкрепа и за взаимодействие между семейството и специалиста, но не са достатъчни нито за укрепване на компетентността на семейството, нито за насърчаване на нови възможности или за положително влияние върху степента на контрол, която семейството преживява в своето функциониране. Тези ситуации възникват само когато семейството е активен участник в процеса на постигане на желаните от тях цели.

Практиките за участие са това, което различава ориентираната към семейството интервенция

Специалистите, които използват практики за участие, обикновено показват добри комуникационни и релационни компетенции, но обаче обратното не винаги е вярно. Много специалисти притежават добри междуличностни и релационни компетенции, но не прибягват до практики, които насърчават участието на семействата (Dunst, 1998).



НАКРАТКО

Ориентиран към семейството подход: Как се прилага?

- Чрез функциониране на трансдисциплинарен екип;
- С начало от солидната професионална основа на техническото качество;
- Прилагане на практики, изграждащи автентични отношения със семейството (практики на взаимоотношения);
- Прилагане на практики, които насърчават избора, правомощията за вземане на решения и ангажираността на семейството (практики за участие).

3.5. Накратко: Ръководни принципи за практиките

Като признаваме ориентирания към семейството подход като „препоръчителна практика“ за работа при РДИ, в тази глава разгледахме принципите, които го определят, въвеждайки неговата рамка, основните му цели и свързаната с тях практика.

Силата или влиянието, което семейството оказва върху развитието на децата през целия им живот, доказва, че всяка интервенция при деца в ранна възраст, която поема и въплъщава в практиката си централното място на семейството, оценява неговото участие и се стреми да отговори на техните индивидуални нужди. Ориентираният към семейството подход представлява философия, а също и набор от практики, които признават устава на семейството като фигура за вземане на решения, и които насърчават неговите силни страни и възможности. Той има по-голяма връзка с това как да се осъществи интервенцията (как да се направи), отколкото с интервенционните действия (какво да се направи), като поставя акцент върху приемането на практики, които насърчават участието на семейството и по този начин изграждат чувството за компетентност и самостоятелна ефективност и тяхната независимост и овластяване при насърчаване на развитието на децата.

Интегрираният модел на Dunst (2000), представен в началото на тази глава, илюстрира начина, по който се концептуализират ориентираният към семейството практики в рамките на работата на РДИ, насочени към насърчаване на възможностите за учене на деца, подкрепа на родителите и мобилизиране на ресурсите на семейството и общността.

С по-практичен и оперативен фокус завършваме тази глава със седемте основни принципа на РДИ в естествени условия, разработени от група известни експерти от различни страни в областта на РДИ, в рамките на Работната група по принципи и практики в естествена среда (2008).

Основни принципи на РДИ в естествени условия:

1. **Бebетата и малките деца учат най-добре чрез ежедневните преживявания и взаимодействия с познати хора в познати условия;**
- 2.
3. **Всички семейства, с необходимата подкрепа и ресурси, могат да подобрят ученето и развитието на децата си;**
- 4.
5. **Основната роля на водещия случая в РДИ е да работи и подкрепя членовете на семейството и полагащите грижи (възпитатели, бавачки и др.) в житейската среда на детето;**

4. **Процесът на РДИ, от първоначални контакти до преход, трябва да бъде динамичен и индивидуализиран, за да отразява предпочитанията на детето и членовете на семейството, стилове на обучение и културни убеждения;**
5. **Целите на индивидуалния план за семейни услуги трябва да бъдат функционални и да се основават на потребностите на децата и семействата и на определените от тях приоритети;**
6. **Приоритетите, нуждите и интересите на семейството се адресират най-правилно от ВС, който представлява и получава подкрепа от трансдисциплинарен екип;**
7. **Интервенциите при малки деца и членове на семейството трябва да се основават на конкретни принципи, утвърдени практики, най-добрите налични изследвания и съответните закони и разпоредби.**

(Работна група по принципи и практики в естествена среда, 2008)

Човек лесно може да разпознае философията за ориентираната към семейството интервенция, представена в тази глава чрез тези седем принципа. Всъщност забележимо е как се уважава централната роля на семейството при интервенция чрез всички тях, винаги с акцент върху спазването на приоритетите, нуждите и спецификите на всяко семейство. Повечето от тези ключови принципи се отнасят до процеса на интервенция и практическото прилагане на ръководните принципи на РДИ — тема, която ще бъде разгледана в следващата глава.

СПРЕТЕ, ЗА ДА ПОМИСЛИТЕ

Като специалист по РДИ, обуйте обувките на семействата, които подкрепяте. Как бихте отговорили на тези въпроси?

- Специалистът наистина ли се вслушва в моите притеснения и молби?
- Специалистът гледа ли на детето ми и семейството ми позитивно и здравословно?
- Специалистът предоставя ли информацията, въз основа на която трябва да направя добър избор?
- Специалистът отговаря ли на молбите ми за съвет или помощ?
- Специалистът наистина ли се опитва да разбере ситуацията с моето дете и семейството ми?
- Специалистът признава ли силните страни на моето дете и семейството ми?
- Специалистът помага ли ми да бъда активен участник в получаването на ресурсите, които искам?
- Специалистът гъвкав ли е всеки път, когато ситуацията със семейството ми се промени?
- Специалистът насърчава ли ме да получа това, което искам за себе си?
- Специалистът чувствителен ли е към моите лични убеждения?
- Специалистът подкрепя ли ме, когато вземам решение?
- Специалистът признава ли добрите неща, които правя като баща/майка?

(адаптирано от Dunst, 2013)

(adapted from Dunst, 2013)





Ориентираният към семейството подход за интервенция

След всички страдания, които преживяхме във връзка с раждането на дете със специални образователни потребности, с хирургичните интервенции между тях и трайното физическо заболяване на нашето дете, за първи път видяхме светлината в края на тунела, който беше бъдещето на детето ни. За първи път чухме израза „ориентирана към семейството интервенция“. Защото едно семейство, което участва и носи отговорност, е еквивалент на безкрайни часове интервенция, а не на един или два часа интервенция седмично.

Най-накрая можем да гледаме напред с надежда и разбрахме, че скърбим от деня, в който се роди детето ни. Скръб поради рухването на нашите мечти и мечтите, които изграждаме за нашето дете.

Лична история на семейство

4.1 Ефективни практики за оказване на помощ през целия цикъл на интервенция

Прилагане на процеса на РДИ от трансдисциплинарна гледна точка

Съвместните взаимоотношения между специалисти и семейства, основани на принципите на ориентирания към семейството подход и от трансдисциплинарна гледна точка, се развиват през целия процес на оценка и интервенция от първоначалните контакти до момента, в който семейството/детето премине към друга услуга за подкрепа. Семейството, родителите или други лица, полагащи грижи, са активни партньори в разработването и прилагането на процеса на интервенция, а специалистът подкрепя семейството в поемане на правилната водеща роля. Следователно ориентираният към семейството подход не е самоцел, а начин за повишаване на ефективността на целия процес на оценка и интервенция.

Много специалисти се идентифицират с основните предпоставки и принципи на ориентирания към семейството подход, но да се приложат на практика не е лесна задача, тъй като е невъзможно да се определи ясен набор от процедури, които да се следват. Всъщност няма „рецепти“, нито „строги правила“, които да се прилагат към ориентираната към семейството философия (McWilliam, Winton, & Crais, 2003), тъй като всяка ситуация е уникална и основните принципи трябва да се прилагат индивидуално, т.е.

в зависимост от ситуацията, с която се сблъскваме, когато работим с деца и техните семейства в техния различен контекст. Това многообразие е едновременно истинското богатство на РДИ и основното предизвикателство, пред което са изправени специалистите, и което може да генерира дискомфорт и несигурност.

Целта на тази глава е да насърчи рефлексията във всеки специалист по РДИ, което ще доведе до наистина индивидуализирани услуги, които зачитат уникалността на всяко семейство, всеки екип, всяка общност, и които се основават на препоръчителни практики: ориентирана към семейството интервенция, въз основа на естествени условия и на базата на трансдисциплинарен функциониращ екип. Качественият отговор изисква специалистите по РДИ да имат специфични знания в подкрепа на семействата и тези знания да надхвърлят знанията, свързани с определена област/предмет или тяхната основна академична подготовка. В този смисъл трансдисциплинарният модел на екип е обособен като една от качествените форми за ефективно и ефикасно реагиране на различните нужди на децата и семействата, доколкото той цели да осигури подкрепа на семейството по съгласуван, координиран и интегриран начин. Както беше споменато по-рано, този модел се основава на изграждането на доверие между различните членове на екипа и предполага, че има един специалист (водещ случая), който предоставя силна подкрепа на семейството, като не позволява на семейството да бъде затрупано от контакти с многобройни специалисти. Ролята на този специалист, подкрепен от другите членове на екипа, е да реагира ефективно на множеството сложни нужди на семейството чрез цялостна и интегрирана подкрепа. Професионалните характеристики и нагласи могат да представляват прогностичен фактор за успеха на интервенцията. За тази цел специалистът следва да осъществява при всяко посещение в семейството трите компонента на ефективните практики за предоставяне на помощ на Дънст и на колегите му (Dunst, 1996), както е обяснено по-долу. Когато се използват тези ефективни практики за предоставяне на помощ, ползите от подкрепата се увеличават значително, произвеждайки кумулативни ефекти на нивото на сигурността на семейството, емоционалното и психологическото благополучие, възприемането на самостоятелна ефективност, овластяване и изграждане на капацитет.

4.1.1 Интервенционният цикъл на персонализирани услуги за деца и техните семейства

Цикълът на оценка и интервенция, предложен от Simeonsson et al. (1996) характеризира непрекъснат процес на индивидуализирани срещи в контекста на сътрудничеството между семейството и специалистите и би могъл да представлява ориентир за професионална практика.

Simeonsson и колегите му (1996) преразглеждат концепцията на Kempler за „среща“ (1969, 1974, 1981), актуализирана по този начин и характеризираща фокусната точка, която е отношенията на сътрудничество между специалистите и семействата в ориентираната към семейството РДИ. С този подход Simeonsson посочва срещите като значителни преживявания, при които взаимодействието с другите допринася за развитието на умения за справяне с бъдещи събития. Акцентът е поставен върху изграждането на отношенията, които тези преживявания позволяват. Следователно срещата може да се разглежда като сегмент в по-широк континуум от преживявания и може да бъде положителна (завършени срещи) или отрицателна (непълни срещи). В контекста на семейства с деца с проблеми в развитието или в риск, понятието за завършени или непълни срещи е свързано с възприемането на семействата за това, как се признават техните очаквания, проблеми и нужди.

По този начин срещата е положителна и се преживява като завършена, когато в отношение на изслушване и разбиране на семейните проблеми специалистът отговаря на семейните нужди, предотвратявайки чувство на безпокойство, страх или тревожност в семейството.

Когато очакванията и нуждите на семейството не са разбрани (понякога дори не се признават), срещата се преживява като непълна, увеличаваща дискомфорта и безпокойството и оставаща семейството с болезнени чувства и спомени, които обуславят и обременяват благосъстоянието им.

Въпреки честите контакти на семействата с различни услуги, които би трябвало да ги подкрепят, тези непълни срещи, с неизпълнени очаквания и незадоволени нужди, все още са много чести. Вероятно срещата, свързана с диагнозата на детето, ще бъде първата от многото в хода на РДИ, но е може би най-значимата и непълна за семейството.

В тази рамка и като се има предвид ориентирания към семейството подход, и че срещите влияят на адаптирането на семейството, основна цел за действие на екипа по РДИ е да превърнат няколкото срещи със семействата в завършени.

Спомняте ли си историите на семейства, които сте срещнали и които отразяват примери за непълни срещи?

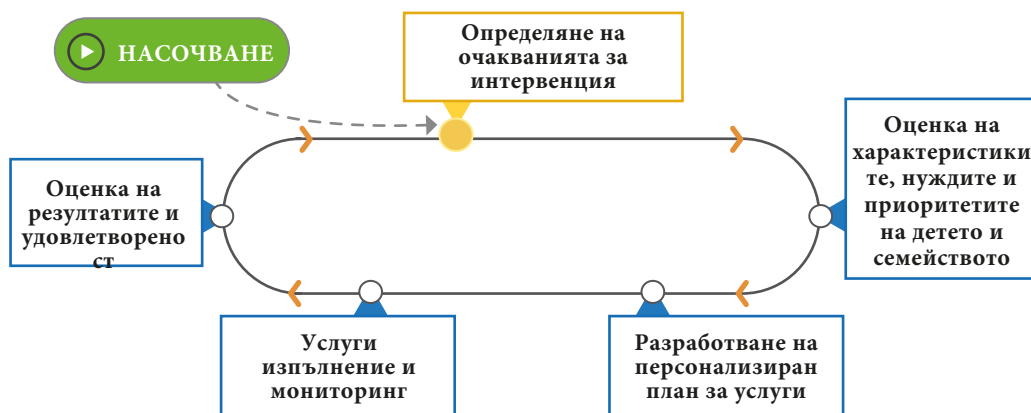
Услугите за РДИ са цикъл от срещи между семейството и специалистите. Всеки един от тези моменти може да се превърне в мощна възможност и преживяване, допринасящи за развитието и укрепването на уменията на участниците.

Въз основа на тази рамка на интервенционния цикъл на Simeonsson, насочването към специалист, оценката, планирането на интервенция, изпълнението на услугата, проследяването и подготовката на прехода са различни елементи, определящи последователност от етапи, които представят срещите на детето и семейството със системите за услуги.

Интервенционният цикъл започва в момента на насочване към системата и етапите му се повтарят с течение на времето, като процесът на интервенция се определя от загрижеността и приоритетите на семейството. Този цикъл не следва да се разглежда като просто последователно прогресиране на етапите, а по-скоро като динамичен процес, който отговаря на уникалните обстоятелства на всяко семейство. Процесът на интервенция представлява следователно континуум от артикулирани дейности и всеки етап има ясна цел, като мотото за неговото постигане е овластяване и изграждане на капацитет. Фигура 4.1 илюстрира тази идея за динамичен процес.

Тези моменти в цикъла са уникални възможности за укрепване на семейството и изграждане на капацитет

Фигура 4.1 Процесът на оценка и интервенция



Източник: Simeonsson et al., 1996. Цикъл на оценка и интервенция на персонализирани услуги за деца и семейства. Адаптиран и възпроизведен с разрешение на автора.

Ориентирано
към
семейството
участие

Всички
споделени
знания и
информация са
полезни
и следва да
бъдат
интегрирани в
плана за
интервенция

В този процес на оценка и интервенция цялата споделена информация, както и възприетите нагласи имат един смисъл и цел: да се засили функционирането на семейството, за да се насърчи развитието на детето.

При всяка нова стъпка от последователността, която интегрира непрекъснатата, но кръгова линия, обстоятелствата на детето и семейството се променят, както и отношенията между специалисти и родители. С настъпването на тези промени ще се промени и начинът, по който семействата се включват в РДИ.

Макар и като цяло последователни, различните моменти от процеса също са интегративни по такъв начин, че обменената информация и дейностите, провеждани във всеки момент от процеса, се включват в дейностите, разработени в други моменти, по нелинеен начин и във формат „напред и назад“. И цялата споделена информация във всеки момент трябва да бъде взета под внимание във всеки нов момент и не следва да се приема като специфична само за всеки етап от процеса.

В контекста на ориентирания към семейството подход на всяка стъпка от цикъла всеки от тези моменти или срещи се дефинира по отношение на взаимните очаквания, роли и дейности на семействата и доставчиците на помощ, което води до персонализирани услуги.

Таблица 4.1 обобщава и насочва специалиста към това, което се очаква да бъде постигнато при всяка среща със семейството по време на интервенционния процес, като тези срещи се разглеждат като подходящи моменти за взаимодействие между тези партньори, семейства и специалисти, в контекста на ориентираната към семейството интервенция:

Таблица 4. Описание на различни срещи през целия цикъл на интервенция
(адаптирано от Simeonsson et al., 1996)

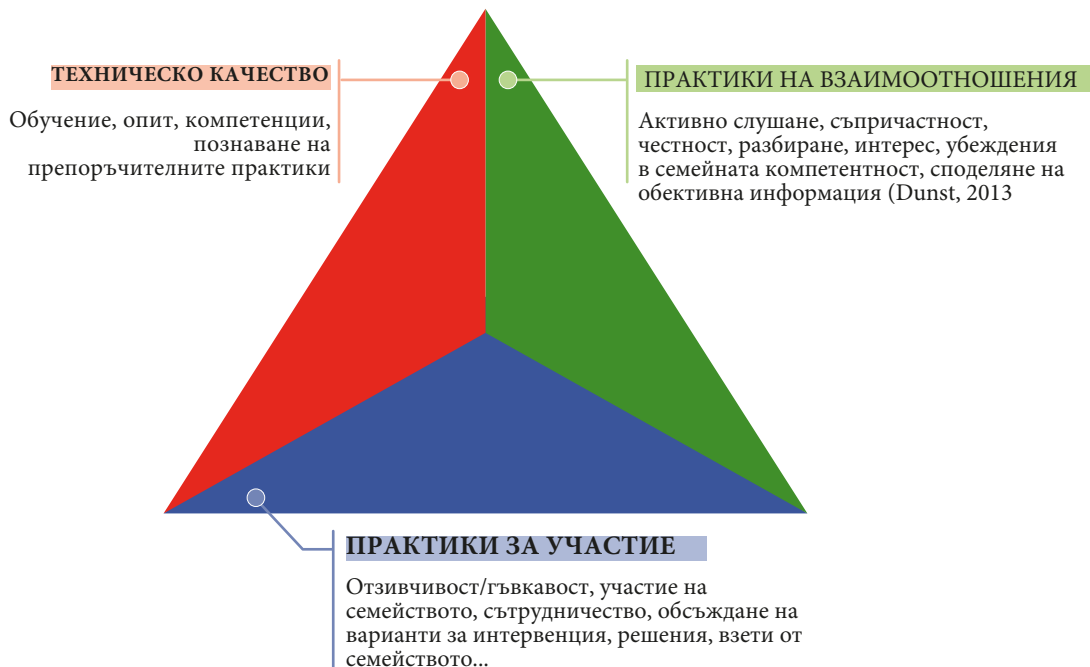


Срещи	Expectations and activities
Насочване към специалист/услуги	Семейството се разглежда като напълно способно да взема информирани решения и да действа по свой избор.
Първи контакти	Определете очакванията на семейството по отношение на интервенцията.
Оценяване при РДИ	Определете притесненията, приоритетите и ресурсите на семейството, за да познавате функционалните умения на детето и характеристиките на контекста.
Разработване на индивидуален план за семейни услуги	Определете целите, дейностите и ресурсите, подкрепящи очакванията и нуждите на детето и семейството.
Изпълнение и мониторинг	Да се приложат на практика стратегии и дейности в естествени условия на детето и семейството (у дома, в официални образователни институции и институции за грижи) и да се следи процесът на интервенция и планиране.
Оценка на резултатите и удовлетвореност	Да се оценят резултатите от интервенцията и удовлетвореността на семейството, като се има предвид не само постигането на целите, но и контролът на семейството над процеса и неговото овластяване.
Transition	Да се планира внимателно и да се подготвят промените в живота на детето и неговото семейство, а именно когато програмата по РДИ приключи и те се преместят в друг контекст или услуга, така че преходът да мине възможно най-гладко.

4.1.2. Ефективни практики за оказване на помощ през целия цикъл на интервенция

Триъгълникът от компоненти на ефективни практики за предоставяне на помощ на Dunst и колегите му (1996), представен в предишната глава, също ще служи като ориентир за индивидуална или екипна рефлексия върху това, какви са препоръчителните практики в РДИ. В тази глава ще илюстрираме с помощта на коментирани практически примери ежедневиите предизвикателства пред специалистите в различните моменти от процеса на РДИ. Ще бъде използван цветен код, за да се даде възможност за подчертаване на компонента от ефективни практики за предоставяне на помощ във всяка споделена история и с помощта на странични коментари, съгласно Фигура 4.2 и съответния надпис. Личните истории, които представяме по-долу, илюстрират семейната визия за всеки от трите компонента.

Фигура 4.2 Трите компонента на ефективни практики за оказване на помощ (адаптирано от Dunst, 1998)



Източник: Dunst, C. J. (1998). Corresponsabilização e práticas de ajuda que se revelam eficazes no trabalho com famílias [Практики за овластяване и предоставяне на помощ, които показват, че са ефективни в работата със семействата]. В L. M. Correia & A. M. Serrano (Org). *Envolvimento parental em intervenção precoce: das práticas centradas na criança às práticas centradas na família* (стр. 123—138). Porto: Porto Editora. Адаптирани и възпроизведени с разрешение на автора.

Компонент технически качество — Специализирани знания на специалисти (обучение, опит, компетентности), използвани в полза на децата и техните семейства.

Техническите познания на екипа и начинът, по който ни предоставят информацията, как изясняват и насочват, създавайки усещане за сигурност и доверие, че това е най-добрият специалист за наблюдение на нашия син. Доверието в специалиста задава границите за неговата/нейната работа от гледна точка на семейството, което внимателно ще следва неговите/нейните напътствия.

Не можем да забравим готовността на всеки специалист да слуша и развенчава идеи и концепции.

Лична история на семейство



Компонент практики на взаимоотношения — Практики, свързани с релационните аспекти на предоставянето на помощ, които изграждат и укрепват взаимоотношенията — активно и рефлексивно слушане, съпричастност, автентичност, достоверност, разбиране, сърдечност и заинтересованост. Включва представите на специалиста, т.е. неговите убеждения за компетенциите на семейството и собствената им способност за ефективно справяне с ежедневните ситуации, проблеми и желания

За нас е от съществено значение да изградим съпричастни отношения с наблюдаващия екип. Като родители на деца със специални образователни потребности, ние сме затрупани от чувство на безсилие, често непрекъснато. Поредицата от трудности, изпитвани както поради здравословни проблеми, така и поради неудовлетвореността и скръбта за неосъществените очаквания, водят до факта, че не сме в най-доброто си емоционално и психологическо състояние. Ние живеем в постоянна борба и често екипът е този, който ни подкрепя толкова силно.

Положителният език е основен. Да разберем, че екипът вярва в нас и в нашето дете, без да ни предава фалшиви надежди и да ни кара да си фантазираме за бъдещето, а да ни насърчава да продължим напред, въпреки пораженията, които продължаваме да изпитваме. Положителният език на интервенционния екип ни помага да продължим, въпреки обезкуражаването ни.

Лична история на семейство

Компонент практики за участие — Практики, които подкрепят информирания избор и участието на семейството. Те засилват компетенциите на семейството за насърчаване на нови възможности и влияят положително върху степента на контрол, която семейството преживява в своето развитие. Именно това отличава ориентирания към семейството подход от другите видове подход. Те правят ориентираните към семейството практики уникални, подчертавайки семейството като активен участник в процеса на постигане на техните цели. По същество те засилват компетенциите на семействата, вместо да създават зависимости.

Попаднахме на сплотен, доброволчески и много добре организиран екип.

Винаги уважавах знанията, които имахме за дъщеря ни. Те изслушвах и съветвах.

Предлагаха и се вслушвах в нашите предложения.

Винаги бяха отворени за промяна, когато беше необходимо, и бяха на разположение да наблюдават дъщеря ни през цялото личностно и училищно развитие.

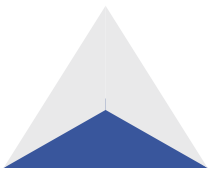
Освен със специалисти, се запознах с изключителни, всеотдайни и любящи човешки същества, притежаващи техническите познания, необходими за иновации и за адаптиране, когато е нужно.

Беатрис Секейра — майката на Мари, подкрепена от SNIPI

Следователно в тази глава, като започнем от интервенционния цикъл на Simeonsson et al. (1996) и като разгледаме триъгълника от ефективни компоненти за оказване на помощ (Dunst, 1998; Dunst, 2002; Dunst, Trivette, & Snyder, 2000), ние ще проучим всеки момент от процеса на интервенция, считайки ги за възможност за прилагане на препоръчителните практики.

За да илюстрираме препоръчителните практики (или предизвикателствата пред тяхното прилагане), включваме пълни или адаптирани откъси от реални лични истории на семейства и специалисти. Това са истории и примери от ситуации в реалния живот, които са чести в професионалното ежедневие на РДИ и които са споделени от местните интервенционни екипи на SNIPI и семейства, които имат опит в подкрепата на РДИ.

В някои от тези споделени преживявания могат да бъдат анализирани примери на специалисти, които се стремят да прилагат препоръчителните практики, борейки се с дилеми и объркани ситуации,



където „правилното нещо“, което трябва да се направи, изобщо не е очевидно. Въпреки несигурността относно това, което следва да направят/кажат, тези специалисти проявяват голяма готовност да се придържат към принципите на препоръчителните практики и да се учат от собствените си грешки, нагласа, която ще насърчи професионалния им растеж. Въпреки че не винаги са доволни от постигнатите цели в тези предизвикателни ситуации, всъщност се опитват да предоставят качествени услуги.

В други истории можем да почувстваме силата на семействата при интервенция и можем да разберем от техните собствени думи и от първо лице действителното значение на препоръчителните практики, както в гореспоменатите примери, които илюстрират компонентите на ефективни практики за предоставяне на помощ. Техните истории ни поставят на правилния път: разбирайки визията на семейството, специалистът събира по-добри условия за ефективно прилагане на препоръчителните практики.

С тези примери ние се опитахме да предложим реалистична рамка за типа ситуации, с които специалистите и семействата се сблъскват всеки ден по пътя на РДИ, и да покажем предизвикателствата, свързани с този вид услуги. Ако при някои от тях можем лесно да идентифицираме и извлечем идеи и възможни насоки за практика, други поради сложността си представляват истински предизвикателства, при които решението на проблемите и капацитетът за вземане на решения на всеки специалист са поставени на изпитание.

Очаква се специалистите да интегрират теоретичната и концептуалната информация в практиката си, но тази задача може да бъде улеснена чрез въвеждането на конкретни ситуации. Следователно, в края на описанието на всеки момент от интервенционния цикъл ще бъде представен по-подробен пример, за да се илюстрират основните аспекти, отнасящи се до този етап, с теми за рефлексия и позоваване на трите компонента на ефективните практики за предоставяне на помощ. Тези откъси, с които вярваме, че специалистите ще могат да се идентифицират, могат да функционират като мост между теорията и практиката, като позволяват индивидуална рефлексия и дискусия в екип в контекста на супервизията.

Всъщност читателите могат да мислят и да работят върху случаите, представени поотделно, но дискусията с екипа носи допълнителни ползи за процеса на рефлексия и развитие: всеки член допринася със собствените си идеи, произтичащи не само от личен и професионален опит, но и от знанията, придобити от професионалното обучение. Съвместната рефлексия несъмнено е отличен начин за допринасяне към работата в екип.

Както беше описано по-горе и както ще видим в тази глава, настоящото ръководство не е предназначено да бъде готова за прилагане „книга с рецепти“, а по-скоро отправна точка за индивидуална и екипна рефлексия, водеща до прилагането на препоръчителните практики в контекста на РДИ.

Повече от методология, ориентираните към семейството практики на РДИ са склонни да се утвърдят като „modus faciendi“, който е присъщ на дейността на специалистите по РДИ и в ежедневието на всички екипи, които искат да бъдат в крак с признаците на времето, в общение с естествените превратности на световната реалност, вместо да заемат удобното положение на субекти, притежаващи знания, които са изкуствени и остарели.

Ето как се изправям пред предизвикателството на РДИ. Трудно предизвикателство, но истинският път за развитие не може да бъде извървян без препятствия.

Изказване на специалист по РДИ

**Индивидуализи
рани практики
=
= практики „по
поръчка както
във висшата
мода“**

Услугите за РДИ са цикъл от срещи между семейството и специалистите. Всеки един от тези моменти може да се превърне в мощна възможност и преживяване, допринасящи за развитието и укрепването на уменията на участниците.

4.2. Насочване към специалист/услуги

Насочването към специалист/услуги се състои в комуникация и формализиране на услугите за РДИ в ситуации, включващи деца с открити проблеми в развитието или когато има рискови фактори, които могат да застрашат развитието, за да се намерят подходящи отговори на посочените ситуации.

Този процес започва, когато: (1) семейство прояви известни притеснения относно развитието на детето си; (2) специалист идентифицира ситуация, обосноваваща насочване към специалист/услуги за РДИ.

В първия случай, независимо от контакта или оценката от страна на службите, семейството е това, което отправя искането и посочва ситуация за безпокойство. Следователно може да се предположи, че семейството познава услугата и желае интервенция. Когато насочването към специалист/услуги е направено от някой специалист (например от здравеопазването, образованието и т.н.), трябва да се обърне специално внимание, за да може семейството да контролира влизането си в системата на РДИ от първия момент

Кои деца имат право на РДИ?

Според португалското законодателство (Декрет-закон 281/2009) децата между 0 и 6 години, които показват забавяне в развитието в резултат на предварително диагностицирано състояние на увреждане, по неопределени причини или поради рискови условия на забавяне в развитието са допустими за РДИ.

Различните служби, общността като цяло и по-специално семействата трябва да са запознати с тази информация или да имат достъп до нея, за да получат навременно насочване към специалист.

Всъщност, както ще видим в тази глава, практиката на различните „насочващи специалисти“ оказва силно влияние върху схващането на семейството за това, какво да очаква от РДИ.



Насочване към специалист/услуги

Процесът на насочване към специалист/услуги следва да гарантира:

- За семействата — информация за съществуването на услуги за РДИ и техните характеристики, за да могат да вземат информирано решение;
- За децата, отговарящи на изискванията — ранен достъп до услугите, според решението на семейството;
- За екипите — ранното познаване на децата, отговарящи на условията за подпомагане, и техните семейства.

4.2.1. Как да се осигури ранно насочване към специалист/услуги?

Според Guralnick (2011) системите на РДИ следва да обърнат специално внимание на скрининга на потенциално допустими деца, а официалните и неформалните услуги в общността следва да комуникират помежду си, така че децата, които се нуждаят от РДИ, да бъдат идентифицирани възможно най-рано.

Поради намалените инициативи за повишаване на осведомеността и разпространението на този отговор, общността често пренебрегва съществуването на услуги за РДИ и влизането в системата е твърде късно, което вреди на децата и техните семейства.

В португалското законодателство Министерството на здравеопазването е отговорно за осигуряването на скрининг и насочване на децата към системата, за активиране на процеса на РДИ, както и за установяване на диагноза и предоставяне на специализирани насоки.

В общност с добре формулирани агенции насочването към специалист/услуги се извършва веднага щом има съмнения, че нещо не е наред

Гаспар е бил насочен едновременно от здравния център и учителя в детските ясли, когато е бил само на две години. Причините за насочване към специалист/услуги са свързани със съмнението за общо забавяне в развитието, по-голямо в речта, двигателното развитие и познанието, както и свързаните с тях рискови фактори за средата.

Едновременното насочване от здравния център и детските ясли показва, че и двете услуги са били сигнализираны за трудностите на детето и за контекста. Важно е било тази стъпка да бъде предприета рано, тъй като тя дава възможност за навременна интервенция.

Насочването към специалист/услуги обаче не винаги се среща на толкова ранен етап. През първите години след създаването на местни интервенционни екипи бяхме изправени пред факта, че по-голямата част от децата се насочват късно, но постепенно и с приноса на кампании за повишаване на осведомеността, проведени в здравеопазването, образованието и социалните грижи, общността става все по-наясно с РДИ, което води до насочване на повече деца между 0 и 3 години.

Изказване на местен интервенционен екип

Както можем да видим от примера по-горе, навременното насочване към специалист/услуги винаги се основава на дейност за повишаване на осведомеността на службите и хората в общността. Тази дейност може да включва междуведомствени срещи, разпространение на информационни листовки и плакати, самия документ за насочване към специалист/услуги и др., и може да се извършва от различни структурни нива на SNIPI — регионални подкомисии, екипи за технически супервизия или местни интервенционни екипи.

Обществените служби следва винаги да бдят за откриване на рискови ситуации или такива, които пораждаят проблеми, а също така е уместно да имат добри познания за подкрепата чрез РДИ, за да могат да решат дали този вид подкрепа е най-адекватната и да информират семейството съответно. Семействата могат да контактуват с местни интервенционни екипи само ако са наясно със съществуването и целта на услугите. Само тогава ще могат да решат дали искат да използват РДИ.

Основна роля на екипите за повишаване на осведомеността и информиране на общността за подкрепата чрез РДИ

Разпространението на услугите за ЕСИ и осведомеността на общността целят:

- Предупреждаване на всички служби и специалисти, които са свързани с РДИ, за необходимостта от насочване към специалист/услуги възможно най-рано;
- Създаване на официални канали за взаимовръзка между местните интервенционни екипи и други потенциални референтни единици;
- Предоставяне на информация в общността за функционирането на РДИ, главно тези услуги в по-близък контакт с деца и семейства (здравеопазване, образование, социална политика), даваща възможност за насочване към РДИ, а не за изолирани услуги като речева терапия, физиотерапия и други;
- Гарантиране на участието на семействата, осведомявайки ги за важността и предимствата на РДИ;
- Гарантиране на защитата на правата на децата.

Всеки екип има уникален и специфичен контекст, който може да насърчи ранното насочване. Би било важно да се подготви листовка или брошура с писмена информация, описваща философията



и услугата, състава на екипа и т.н., и да се помолят различните потенциални агенции за насочване да я представят на семействата, които смятат за допустими и които се интересуват от тази информация.

СПРЕТЕ, ЗА ДА ПОМИСЛИТЕ

1. Как вашият екип може да гарантира, че другите служби, специалисти и като цяло общността имат адекватни познания за подкрепата чрез РДИ?
2. В кои контексти (къде и с кого) вашият екип смята, че е важно да се развиват дейности за повишаване на осведомеността/информацията за подкрепата чрез РДИ?
3. Какъв вид информация вашият екип счита за изключително важен за споделяне с агенции, специалисти и обществото като цяло, за да се гарантира, че дори преди да се срещне с екипа, семейството е в състояние да взема информирани решения относно подкрепата чрез РДИ?
4. Какъв план за действие може да разработи вашият екип, за да направи РДИ по-достъпен за семейството и общността като цяло?

4.2.2. Как да се провежда насочване към специалист/услуги от ориентирана към семейството перспектива?

Според McWilliam, Winton и Crais (2003) идеално би било семействата сами да осъществят първия си контакт с екипа за РДИ, като поискат да влязат в системата. Ако другите служби и специалисти насърчат семейството да проведе първия телефонен разговор с екипа, те ще помогнат на семейството да поеме контрола върху процеса на насочване, като уважават тяхното темпо на вземане на решения. Предоставянето на възможността за информиран избор ще насърчи овластяването на семейството още преди то да се присъедини към системата.

Но все още има насочване към специалист/услуги, базирано на „предписване на услуги“, които разкриват слабо познаване на модела на РДИ, пораждайки фалшиви очаквания в семейството относно подкрепата, предоставяна от РДИ:

Дете, насочено от детски психиатър в болница, със следните рискови критерии: забавяне в развитието с неизвестна етиология, в двигателната, когнитивната, речевата, комуникационната, социалната и адаптивната области. Насочено също заради изолация и силни притеснения от страна на семейството. С препоръка за детска интервенция, за предпочитане трудова терапия, като се има предвид функционалният профил на детето и семейните нужди.

Изказване на местен интервенционен екип

Точно в момента на насочване, на семейството следва да се даде възможност да изрази мнение дали иска ситуацията на детето им да бъде съобщена пред службите за РДИ или не. Добре знаем, че преди първите контакти между специалистите по РДИ и семейството има много събития и променливи, които могат да повлияят на реакцията на родителите към услугите за РДИ и бъдещото им взаимодействие със специалистите в екипа.

Когато специалистът информира семейство, че е било насочена към РДИ, той често заключава, че семейството и по свое желание се е свързало с местния интервенционен екип. Но това не винаги е така. Семейството може да не иска РДИ, тъй като може да не иска да се откаже от надеждата,

че притесненията им са неоснователни, или могат да се почувстват принудени да приемат РДИ, за да не помислят специалистите, че са небрежни с детето си.

Много е важно този специалист да е в състояние да предостави пълна информация за услугата, изяснявайки всички съмнения на семейството, но също така и най-вече да гарантира, че това е и желанието на семейството. Съвместното насочване към специалист/услуги е различно от насочването, което се прави само от специалисти със съгласието на семейството. Друг начин за насърчаване на овластяването непосредствено преди семейството да влезе в системата е да се вземат предвид проблемите, споделени от семейството по отношение на тази предишна услуга.

Познаването на системата и отговарянето на нуждите на семействата зависи от информацията, която местните служби имат, но и от релационните характеристики на тези, които имат достъп до тях.

Двата следващи примера със София и Елена, насочени от специалисти, принадлежащи към един и същи тип агенция — здравни центрове, показват колко разнообразна може да бъде предоставяната на семействата информация и колко различни последици може да има за децата и техните семейства.

Бременността и раждането на Леандро преминали нормално. Изглежда, че всичко било наред с бебето, но през първите два месеца от живота му София започнала да забелязва някои различия в развитието на детето си: Леандро изглеждал „муден“ и с по-малко „буден“ ум от другите бебета и двойката решила да се консултира със семейния лекар в здравния център в техния район на пребиваване.

След като изслушал София, лекарят потвърдил подозренията, въпреки че все още не бил сигурен за причините за забавянето в развитието на бебето и насочил случая за консултация по развитието в педиатричната болница. В същото време тя информирала майката за съществуването на екип по РДИ, сформирани от специалисти от различни области, чиято подкрепа, предоставена в житейския контекст на детето и съсредоточена върху грижите и приоритетите на семейството и други лица, които се грижат за него, би могла да помогне за насърчаване на развитието на Леандро. Накрая тя попитала София дали би искала да се свърже с този екип. Родителите на Леандро веднага се съгласили и процесът на насочване се провел със съгласието на семейството и, по-важното, въз основа на техните нужди.

Изказване на специалист по РДИ

Това е пример за добра практика за участие, където семейството съвместно се съгласява и разрешава насочването. От една страна, ние отбелязваме значението на релационните практики на лекаря, оценяването, изслушването и утвърждаването на притесненията на майката, но и нейното техническо качество, тъй като тя е знаела и разполагала с информация за системата за РДИ, която осигурява достъп до услугите, в зависимост от нуждите на семейството. Начинът, по който се е осъществила тази среща, прави първоначалната връзка между специалистите по РДИ и семейството много по-лесна и семейството всъщност контролира процеса от първите контакти.

Но това не винаги е така, както съобщава Елена:

Преди около четири години, след гестационния период на нормална бременност на 39 седмици се роди Давид. Момче, което, както повечето новородени деца, ядеше и спеше.

Три месеца по-късно Давид не искаше да суче, не спеше и плачеше много. Чувствах, че нещо не е наред, но всички останали го приписваха на състоянието ми на тревожност, защото се притеснявах, че майка ми е в терминален стадий на рак. Обаче знаех, че не е „само“ това и пиша „само“ между кавички, тъй като това определено не беше най-лесният период от живота ми, когато научих, че майка ми няма да издържи повече от няколко месеца.

Около 10/12 месец Давид започна да изрича първите си няколко думи и това беше всичко.

**Значение на
практики на
взаимоотношен
ия и практиките
за участие
и техническото
качество**

По време на двугодишната рутинна среща в здравния център споделих с помощник-лекаря за притесненията си, че Давид говори толкова малко, както и за други поведения, които не мислех за адекватни за двегодишно дете. Лекарят ми каза, че се тревожа твърде много. Напуснах консултативната зала, чувствайки се несигурна и усещайки, че нито специалистите, нито семейството ме разбират.

Два месеца по-късно Давид получи астматичен пристъп, и когато отидох в спешното отделение на местната болница, дежурният лекар, който случайно беше педиатър, специализирал проблеми в развитието, веднага разбра, че нещо се случва, не само като наблюдаваше Давид, но също така имайки предвид загрижеността и притеснението, които разкрих, защото не знаех какво не е наред със сина ми, освен кризата, която ни отведе в болницата.

Говорихме един час и след назначението лекарят ме насочи за консултация за проблеми в развитието. Когато се сбогувахме, тя ме хвана за ръце и ми каза: „Отсега нататък вече не си сама“. Трябва да призная, че не разбрах съвсем точно какво имаше предвид по това време.

На консултацията за проблеми в развитието първо ме насочиха към консултация за аутизъм и по-късно ми казаха, че с мен ще се свържат специалисти по РДИ. Не разбрахме каква е работата на тези хора.

Елена — майката на Давид, подкрепена от SNIP

Да помислим:
Какво мислите,
че е минало
добре в целия
процес?
Какво би могло
да се случи по
различен начин?

И в двата примера майките са първите, които разбират, че има нещо смущаващо в развитието на децата им.

Но за разлика от София, при първоначалния си контакт със здравните служби, Елена не получава потвърждение за притесненията си, нито отговори на въпросите си и това изостря чувството за несигурност. Насочването към РДИ отнема твърде много време на тази майка, чиито притеснения са признати едва след като синът навършва две години. По-късно, по време на спешния епизод, релационните умения на педиатъра — уважението, информацията и приветствието — позволяват да се почувства сигурна, като поставят началото на бъдещата връзка с услугите за РДИ. Въпреки че никога не е виждала педиатъра, който я е насочил отново, тя остава завинаги в паметта на Елена като човек, който я слуша и разбира, а думите оказват значително влияние върху това семейство.

Всъщност няколко думи могат да бъдат достатъчни, за да внесат промяна в нашата работа като специалисти по РДИ

Значението на
релационните
компетенции на
специалистите

4.2.3. Как да се подготвят следващите стъпки?

Въпреки че местните интервенционни екипи не могат да контролират как се провежда насочването, те трябва да развиват дейности за повишаване на осведомеността и информацията за подкрепата чрез РДИ в рамките на общността, имащи за цел да насърчават насочването към специалист/услуги, което зачита волята на семейството и при което преди това се предоставя цялата надеждна информация, повишавайки информираността на вземане на решение.

От момента, в който местният интервенционен екип бъде включен в процеса чрез насочване, той трябва да започне да се организира и да планира следващите стъпки, което включва начина, по който се подхожда към семейството първия път, като се гарантира ориентирано към семейството действие, което насърчава овластяването от самото начало. В следващия раздел ще разгледаме значението на първите моменти с родители или други лица, полагащи грижи при прилагането на ориентирания към семейството подход.



ХАРАКТЕРЕН ПРАКТИЧЕН ПРИМЕР

Насочване към специалист/услуги:

50-годишният Мануел и 30-годишната Катарина са родители на Мариана. Семейството беше насочено към екипа от родилното отделение и беше решено първата среща да се проведе в дома им.

След като дойдохме в дома на семейството, бяхме посрещнати с уважение, но също така почувствахме резерви от страна на майката, въпреки че все още не можехме да разберем защо. Майката държеше Мариана, която беше на три месеца. Първият въпрос, който Катерина зададе, беше дали искаме да започнем посещението, като разгледаме стаята на бебето или къщата. Веднага разказахме за нашата роля и причината за тази първа среща, а майката обясни, че е подпомагана от други служби и че „при посещенията си социалните работници винаги са искали да видят къщата“. Без да гледаме къщата и като седяхме в хола, ние слушахме майката и нейните съмнения, касаещи бебето. Това беше първото дете и тя откриваше много неща за първи път. Обясни също, че се подлага на метадоново лечение, което приемала по време на бременността. Докато разговорът течеше, майката спря да се тревожи и се чувстваше по-спокойна, задавайки много въпроси за грижите за бебето и споделяйки с нас какво вече е направила и как реагира Мариана. По-спокойна, Катарина ни каза, че би искала да ни покаже стаята на бебето и с гордост поведе пътя, задавайки въпроси за люлката и къде трябва да бъде разположена, за да улесни дишането на бебето.

Тогава бащата на Мариана се прибра вкъщи и ние прегледахме документа за насочване към специалист веднага, за да разберем дали притесненията, изразени от насочващия източник, съвпадат с опасенията на семейството. Когато Мануел прочете молбата за подкрепа, той беше леко потресен. Когато се опитахме да разберем причината за неговото отношение, Мануел гневно обясни, че това, което е подписал, е много различно от това, което сега му показваме. Той ни каза, че специалистът, насочил ги към услуги, го посъветвал да поиска ранна интервенция за Мариана, като обяснил, че би било добре за нейното развитие. Искайки най-доброто за дъщеря си, бащата приел тази препоръка. В насочващия документ обаче беше добавена информация за семейството, която не е била там, когато са приели препоръката: „Дете в риск, прието в интензивното родилно отделение в неонаталния период поради синдром на лишаване (консумация на кокаин и хероин по време на бременност)“. В резултат на това и чувствайки се измамен, защото информацията е неточна (тъй като Катарина не е приемала наркотици по време на бременността си) и не е била споделена

Практики за участие Да се насърчи изборът на семейството от първия момент.

Практики на взаимоотношения: Да изградим първите основи на отношенията на доверие и партньорство, като предоставяме цялата необходима информация на семейството и активно слушаме какво то иска сподели.

Техническо качество: Познанието за развитието на деца на възраст 0–6 години позволява да се подкрепя и да се отговори на съмненията на семейството.

Практики за участие: Да се даде възможност на семейството да взема информирани решения

със семейството, бащата каза: „Нямам нищо против вас, дами, но не искаме повече хора да идват тук освен тези, които вече дойдоха. Но ще оставя решението на Катарина...”.

След като обяснихме обхвата на подкрепата, осигурена от нашия екип, визитата приключи и семейството беше оставено да размисли върху непрекъснатостта на процеса. Притеснявахме се, защото целият този въпрос изглеждаше пречка за подкрепата на Мариана и нейното семейство и по-късно се свързахме още веднъж с Катарина, която ни каза, че не искат да продължават да бъдат подкрепяни, тъй като смятат, че Мариана е добре, но обеща да се свържат със службите в бъдеще, ако изпитват нужда. Информирахме семейството, че подкрепата не може да се окаже без разрешението им и че решението им ще бъде споделено с тези, които са отправили искането за РДИ.



СПРЕТЕ, ЗА ДА ПОМИСЛИТЕ

Отношението на тези, които насочват към услуги, може да възпрепятства или дори да попречи на влизането на семейството в РДИ

- Какво се обърка с това насочване към услуги?
- Кои практики и компетенции липсваха?
- Как биха могли/би следвало да действат насочващите специалисти, за да избегнат този резултат?
- Какво можете да направите във вашите местни интервенционни екипи, за да предотвратите продължаването на ситуации като тези?

4.3. Първи контакти

Първите контакти са цял набор от действия, извършени по време на първия подход от специалистите в екипа към семейството, след като детето е насочено към службите за РДИ, и когато започва идентифицирането на очакванията на семейството относно интервенцията.

В ориентирания към семейството процес първите контакти са от голямо значение. По време на тези първи моменти се установява основата на семейната/ професионалната връзка на доверие и сътрудничество: какво казва или прави специалистът и начинът, по който управлява тези първи срещи, ще направи впечатление на семейството. Ето защо е от съществено значение да се разгледат различните променливи, които допринасят за първите впечатления на двете страни, семейства и специалисти, а именно техния предишен опит, техните различни стилове на взаимодействие, ценности и очаквания.

Може да се случи така, че ежедневните дейности по предоставяне на услуги да накарат специалиста да приеме този момент като обикновено събиране на данни за семейството, в съответствие с това, което един специалист трябва да знае за семейството, и че, без да го осъзнава, той ще прибегне до „предварително подготвени отчети и сценарии“. Това отношение може да предаде подвеждащо послание до семейството, че специалистът е този, който води процеса, рискувайки да отнеме властта от семейството.

Всяко семейство е уникално. От първите контакти специалистът по РДИ следва да уважава техните специфични характеристики. Именно на този етап започва идентифицирането на семейните приоритети, което ще ръководи процеса на интервенция и нейните цели. Затова специалистът, с гъвкав и подходящ подход към семейните ценности, култура и предпочитания, трябва да уважава избора на родителите относно тяхното участие и информацията, която са готови да споделят⁵.

От първия момент дайте контрола над различните аспекти на приемането на услуги на семействата

„Първите контакти поставят основата на останалата част от опита с РДИ. Следователно те следва да се провеждат по ориентиран към семейството подход (а не към децата), като се набляга на подкрепата (а не услугите).“

(McWilliam, 2010, стр. 17)

4.3.1. Как да се поддържа ориентираността към семейството на този етап?

Няма правило! Или по-скоро единственото правило е, че при всяко семейство различно решение ще бъде най-доброто, стига семейството да избира от редица възможности. Както бе споменато по-горе, „как се прави“ може да бъде по-важно от „какво се прави“.

След като получи и анализира документа за насочване, екипът следва да се организира, за да осъществи първия контакт със семейството, като вземе предвид спецификата на всяка ситуация.

Първата среща следва, когато е възможно, да бъде уговорена по телефона или писмено, като се запазва възможността семейството да избере мястото, часа и участващите в тази среща страни. По време на този контакт може да се окаже важно незабавно да се покаже готовност за предоставяне на семейството на информация, ако има нужда от нея, за да може семейството да

Единственото правило е... да се включи семейството във вземането на решения

Подготовка за първия контакт със семейството

5 За подробна информация относно практиките по време на процеса на интервенция предлагаме: McWilliam, Winton, & Crais, 1996; и McGonigel, Kaufman, & Jonhson, 1991.

Подготовка за първия контакт със семейството

се подготви за тази среща. По този начин можем да попречим на специалиста да поеме контрола, когато е изправен пред семейно отношение, което би могло да се тълкува като пасивно. В идеалния случай семейството вече трябва да има достъп до някаква писмена информация преди първата среща (листовката на екипа например), нямайки нужда от отговор на въпросите, които биха имали на първата среща с екипа.

Първото телефонно обаждане може да демонстрира веднага, че семейството контролира ситуацията: да вземе решение за мястото, където ще се проведе първият контакт, например от избор на различни опции (у дома, в централния офис на екипа, в детската градина на детето и т.н.), може да бъде начин да се даде възможност на семейството да избира. Най-важното за всяко семейство е да му се предложи възможност да избере и да помисли върху въздействието и посланието, че местоположението на първите контакти може да създаде първото им впечатление за РДИ, екипа и хората/специалистите, които те предлагат, че ще срещнат.

Например, ако първата среща може да се проведе само в детската градина на детето, предаденото послание е, че това е първоначален контекст за засилване на развитието на детето. Ако е в централния офис на екипа, възможно е посланието, предадено от самото начало, да бъде, че семейството „навлиза в чужда територия“, където доминират специалистите. Ако е в дома на семейството, това е там, където то се чувства по-спокойно или, напротив, може да почувства, че се нахлува в неприкосновеността на личния им живот. Още веднъж, всяко семейство е уникално и ще реши според своята уникалност и собствените си обстоятелства, кое място ще почувства като най-удобно за този решаващ момент от живота им и този на детето им.

Независимо от мястото, където ще се осъществят първите контакти, всяко предложение следва да се приема като опция и да се споделя, за да може семейството да направи своя избор, по свое време. Специалистът трябва да позволи на семейството да поеме инициативата и посоката на разговора, като възприема редица различни начини за общуване и показва, че той или тя обръща внимание на събеседниците си, зачитайки преди всичко техния избор и давайки възможност на семейството да бъде себе си.

Изключително важно е от самото начало специалистът да се държи по начин, който ясно показва ориентиран към семейството подход, включващ гъвкавост. В този смисъл, както беше споменато по-горе, първите контакти са момент за изграждане на основата на взаимоотношение на доверие и партньорство, което е необходимо през целия процес на оценка и интервенция.

Следователно този процес се развива от първите контакти

Първата стъпка е да се разбере какво иска семейството от РДИ



Първи контакти

При първите контакти специалистът по РДИ следва:

- Да слуша и разбира приоритетите и очакванията на семействата;
- Да споделя информация със семейството, показвайки кой е той и какво прави;
- Да подкрепя семейството при вземане на решения относно следващите стъпки

Чувствата, свързани с тези моменти, са толкова силни, че независимо дали са положителни или отрицателни, те ще останат гравирани в паметта на семейството.

Елена, която представихме в предишната точка, отново преживява най-важните аспекти от своето преминаване в РДИ:

Взех телефонния указател, поех инициативата и се свързах с централния офис на екипа за РДИ. От другата страна на линията някой, който беше наясно с отчаянието ми, ми каза, че подкрепата няма да се забави. Три дни след обаждането ми вкъщи дойдоха социален работник, психолог, логопед и учител по специално образование.

Говорихме три дълги часа. След това сами вкъщи, съпругът ми и аз почувствахме, че това е повратна точка в живота ни. Чувствахме, че сме разбрани по такъв начин, че бяхме обзети от чувство на облекчение, което е трудно да се обясни. Чувствахме се горди, че сме португалци и живеем в страна с институции, които работят и отговарят на нуждите на тези, които ги търсят, и без да се налага да плащат за това.

Това чувство на облекчение ни позволи да започнем да разглеждаме „нещата от друга гледна точка“, поставяйки Давид на първо място и аутизма на второ място, и това е мотото, което ръководи живота на нашата фамилия до днес.

Елена — майката на Давид, подкрепена от SNIPИ

С тази лична история разбираме, че първите срещи могат да бъдат стартова площадка за развитие на последователни и подкрепящи взаимоотношения при ориентирания към семейството подход. Всъщност тези първи моменти на среща са основата на партньорските отношения, на които се базира ориентираната към семейството интервенция. Това е идеалният момент да дадете на семейството причини да чувстват, че те държат контрола, да покажете, че специалистът и екипът ги уважават, както и детето им, и да окажете незабавна помощ, ако е необходимо.

Повече от „вземане на решение“ „какво“ да правим при първата среща със семейството, това е по-скоро „анализ“ върху това „как“ да го правим: как можем да накараме семейството да почувства, че чрез нашето отношение те могат водят целия процес, от първия момент.

4.3.2. Слушайте и разбирайте приоритетите и очакванията на семействата

Като специалист по РДИ считам, че най-добрият инструмент за интервенция е способността за ефективна оценка на нуждите, приоритетите и компетенциите на семейството, което според мен може да бъде постигнато само чрез реално слушане на семейството. Да разберем точно кога сме необходими и за какво, е най-добрият начин да предоставим значимите и ефективни инструменти, които насърчават изграждането на капацитет на семействата, техния растеж и способността за устойчивост, за да се отговори ефективно на различните предизвикателства, които те трябва да преодоляват ежедневно... и това е крайната цел на РДИ.

Изказване на специалист по РДИ

Важно е да се помни, че въпреки че в повечето случаи контактът на родителите с РДИ е свързан със съзнателно искане за помощ, молбата за помощ може да бъде трудна за много семейства, или РДИ може дори да не се разглежда като нужда. Първата стъпка може да включва опит да се разбере какво иска семейството и защо: семейството идентифицира ли се с това, което е посочено в заявлението за подкрепа? Имат ли същите притеснения като тези, написани в доклада?

Културата, житейската история и път, самата мрежа за подкрепа и личните ценности на всяко семейство могат да повлияят на начина, по който те реагират на възможността да изпратят молба за помощ.

Първата стъпка е да се разбере какво иска семейството от РДИ

Подготовка за първия контакт със семейството

Например, има семейства, на които е лесно да поискат и потърсят подкрепа, докато други може да смятат молбата за помощ за унижителна.

Минали преживявания — които могат да включват насочване към услуги, решено от службите без съгласието на семейството или когато то се съгласи само с цел да не се счита за небрежно — оказват влияние върху начина, по който всяко семейство гледа на подхода за РДИ.

Ето защо, първите контакти по същество следва да представляват моменти за слушане и разбиране на историите и възгледите на семействата и за възприемане на техните основни проблеми. Те също така помагат на специалиста да изясни първоначалните предположения, които могат да бъдат правилни или погрешни, и да му попречат да действа според неверни предположения. Следователно е важно да се позволи на семейството да води хода на този първи разговор.

Обменът на информация между семейството и екипа следва да се фокусира върху отговорите на въпросите на семейството и върху дискусията за техните основни проблеми. Семейството решава и определя темпото и доколко са готови да споделят живота си с екипа за РДИ. Някои семейства могат да се почувстват застрашени или неудобно по време на първите контакти, ако им бъдат зададени въпроси относно финансовото им състояние, подробната история на бременността или какъвто и да е друг вид лична информация. Като се има предвид, че първите контакти представляват първоначалните моменти за изграждане на връзка, с този вид въпроси специалистът рискува. Какъв вид информация всъщност е необходима за ефективно предоставяне на услугата?

Специалистите по РДИ винаги трябва да поставят под въпрос:

- Какъв вид информация всъщност е необходима за ефективно предоставяне на услугата?
- Наистина ли е необходимо да се събира тази информация в този момент?

Следователно всички въпроси, които обикновено се задават, следва да бъдат внимателно обмислени и да се задават само тези с достатъчно основателна причина. В този случай следва да обясним причината за тези въпроси на семейството, като избягваме съмненията и подозренията, които могат да се намесят в изграждането на доверителни отношения.

Нека се запознаем с разказа на майка как е възприела първия контакт с местния интервенционен екип:

Първата среща в здравния център с екипа всъщност беше съкрушителна. Всички бяха приятелски настроени, много полезни и се опитвах да изясня специфичната ситуация на сина ми, но въпреки това в съзнанието си виждах само група дами навсякъде около мен, които ме питаха дали имам приятели, дали се разбирам с майка си или с моята свекърва, дали бащата на детето приема интервенцията на екипа и след това ми дадоха да подпиша документ за съгласие.

След срещата общото ми усещане беше: с мен е свършено, имам син с увреждания и засега никой не знае какво не е наред с него, родителите ми и свекърът и свекървата ми живеят на повече от 100 км и те дори не знам къде се намира този здравен център.

Подписах документ, който позволява на група непознати хора да разглеждат личния и семейния ми живот и да преценяват моите компетенции като майка. Налагайки се да приема, че този вид предоставяне на помощ се обуславя от перспективата на домашното посещение... буквално отворих вратите на къщата си за хора, които все още не бях сигурна, че искам в живота си.

Соня — майката на Давид, подкрепена от SNIPI

В този случай въпросите и забележките на специалистите (безспорно „добронамерени“) имат отрицателно въздействие върху семейството. Следва да помним, че това са първите контакти,

Първата стъпка е да се разбере какво иска семейството от РДИ

за първи път се срещахме със семейството. Всъщност има много информация, която може да бъде събрана по-късно...

Важно е да се припомни, че първоначалните очаквания на семействата относно услугите за РДИ могат да бъдат съвсем различни. Родителите може да очакват поставяне на диагноза или прогноза, или може да се нуждаят от емоционална подкрепа, информация за развитието или дори за определени специфични услуги, като физиотерапия, логопедия или други.

Семейни
очаквания

При този първи контакт забелязахме безпокойството на семейството за намирането на подкрепа, която да им помогне да се грижат за дъщеря си. Родителите са били насочени от централна болница, където са били преглеждани от различни специалности и лекари, с препоръка за различни терапии. И те все още не знаеха какво всъщност не е наред с дъщеря им. Те дойдоха с много въпроси, а също и с много искания.

Изказване на местен интервенционен екип

Някои родители могат дори да смятат, че подкрепата от местния интервенционен екип не е задоволителна, нито е достатъчна, или дори че участието на SNIPИ може да бъде нахлуване в живота им.

По време на първия контакт отбелязахме, че очакванията на семейството са доста специфични. Семейството разбра, че цялата информация, предоставена от местния интервенционен екип, е загуба на време. Освен това ни казаха, че образователният контекст не разполага с необходимите ресурси, а именно логопедична терапия, и искат нашият екип да предостави този услуга.

Изказване на местен интервенционен екип

Очакванията и отношението могат да бъдат толкова разнообразни, колкото са семействата, с които сме в контакт. Ако вземем това разнообразие за отправна точка, ние осъзнаваме, че от ориентираната към семейството перспектива трябва да ценим това, което е важно за семейството, а не това, което специалистите смятат за важно. На първо място, те следва и трябва да бъдат добри слушатели

Приемане на
разнообразието
като
отправна
точка за
слушане на
семейството

Бащата явно беше разтревожен. Той говори за проблемите на детето и неговото въздействие върху динамиката на семейството и попита за социално осигуряване, тъй като харчел много пари за кремове и лекарства. Той изрази съжалението си, че единственият човек, който му обяснил и го напътствал за услугите за РДИ в общността, е педиатърът по неврологично развитие. Тази среща продължи близо два часа и специалистът я считаше за интензивен момент, когато бащата изрази оплакванията и яростта си, казвайки, че се чувства уморен и сам, изтъквайки липсата на подкрепа по отношение на конкретни отговори за проблемите на неговия син. Съчувственото отношение на специалиста към този родител беше изключително важно, за да го накара да сподели своите преживявания: „...За първи път бях посетен от хора, с които всъщност можех да говоря и да бъда чул“.

Изказване на местен интервенционен екип

4.3.2. Споделяне на информация със семейството

Ако искаме родителите да вземат решения и да поемат контрол върху интервенцията от първия момент, тогава трябва да им предоставим информация.

Дайте време
на семейството,
започнете с
това, което вече
знаят

Това е моментът, в който специалистите могат да покажат на семействата кои са, какво прави и как работи екипът и услугите за РДИ и може да им бъде дадена листовка, ако има такава. За да се избегне рискът да се контролира продължителността на срещата, този обяснителен момент следва да бъде кратък, като се дава възможност на семейството да представи собствените си проблеми. Специалистът може да започне, като попита какво знае семейството за РДИ и какво очакват от услугите, като добави информация, която отговаря на техните нужди.

Тази първоначална информация за подкрепата чрез РДИ изисква внимателна и обмислена подготовка на екипа, за да не се дава ограничаваща визия за услугите на семейството.

Всъщност семейството може лесно да бъде повлияно чрез предоставената информация за съществуващите услуги и как те се предоставят. Начинът, по който семейството разбира подкрепата и нейната основна философия, се оформя от начина, по който се подготвя и представя от екипа. Следователно, освен обясняването на подкрепата чрез РДИ, именно отношението на специалиста ще формира възприятието на семейството за нашите услуги. Можем да твърдим, че „никой не познава децата по-добре от техните родители“, но ако по-късно не се вслушаме в това, което родителите имат да кажат за капацитета на детето си, ще предадем амбивалентна или дори противоречива информация за истинската роля на семейството.

Чрез своите действия специалистите следва да предадат уважението си към уникалните характеристики и начин на живот на всяко семейство, като показват откритост и воля да отговарят на приоритетите в живота им.

В тази рефлексия на местните интервенционни екипи за първите контакти може да се забележи балансът между отношението на слушателя и споделянето на информация за услугите за РДИ:

На този етап е от съществено значение да се подходи към семейството в рамките на възможностите, като се има предвид, че те могат да преминават през чувство на безпокойство, разочарование и евентуално да имат големи очаквания относно това, което екипът представлява за решаването на проблема. В анализирания случай семейството имаше очаквания по отношение на евентуалния отговор на екипа, както и на това колко бързо са се свързали с тях (...).

По време на тази среща беше предоставена информация за вида на последващите действия, осигурени от местния интервенционен екип и критериите за допустимост. Беше предадена листовка, която беше проучена и анализирана заедно със семейството. След този процес за идентифициране на най-важните нужди/проблеми, които изпитва семейството, бе изяснен процесът, който характеризира последващите действия на местния интервенционен екип за семейството/детето и образователния контекст, както и различните етапи, които съдържат.

Накратко, ние смятаме, че е от съществено значение процесите на РДИ да се стартират балансирано, в кратки срокове (когато е възможно), като се използват адекватни и положителни практики, които благоприятстват следващите етапи. Възприемането, че нивата на удовлетвореност на семействата са високи, когато контактът е бърз и когато почувстват, че ще получат евентуална подкрепа на техните притеснения/тревоги/нужди, ни дава възможност като екип да разсъждаваме върху показателите, които ще станат катализатори на добра практика през целия процес. Връзката, установена със семейството и други лица, полагащи грижи, от самото начало, запазвайки етичните измерения, както и предположенията, които представляват препратки към практиката на РДИ, е условие за ефективно и качествено предоставяне на услуги за семействата и техните деца.

Изказване на местен интервенционен екип

Много семейства не са запознати с броя и разнообразието на услугите, поради което специалистите следва да предоставят информация за вида на мерките, които могат да бъдат избрани, получени и координирани като част от процеса на интервенция. Също така е уместно да се разбере

За
идентифициран
е на наличните
ресурси и услуги

кои услуги или ресурси семейството вече използва, питайки какво може да подобри или да се добави към вече съществуващата подкрепа.

To identify the resources and services available

4.3.4. Вземане на решения за следващите стъпки

Въз основа на цялата информация, споделена по време на тези първи контакти, семейството и екипът трябва да вземат няколко решения относно следните аспекти:

- **Допустимост:** Детето и семейството може да не отговарят на критериите за подкрепа в момента на първия контакт, но притесненията относно бъдещото развитие могат да показват необходимостта от последваща преоценка, ако ситуацията на детето или на семейството се промени. Специалистите следва да предоставят тази информация;
- **Нужда от подкрепа:** Семейството и екипът могат да определят, че не се нуждаят от услуги за РДИ, дори и без непрекъснатост на оценката. В тези случаи те могат да бъдат насочвани към други услуги, ако е необходимо, и в зависимост от проблемите, повдигнати в първоначалното насочване към специалист/услуги;
- **Решението на семейството да участва в РДИ:** Детето може да показва необходимост от допълнителна преоценка или услуги за РДИ, но родителите могат да решат, че не искат да се възползват от интервенцията на SNIPI. В този случай екипът трябва да се увери, че решението на семейството се основава на достатъчно информация, обхващайки всички аспекти, произтичащи от техния избор. Родителите следва да бъдат попитани дали желаят да се свържат с тях по-късно или да бъдат информирани, че могат да го направят сами, ако променят мнението си;
- **Планиране на оценката:** Семейството и екипът могат да продължат процеса, като планират оценката, решавайки вида на информацията, която следва да се събира, как, къде и с кого следва да се събира тази информация и ролята и нивото на участие, които семейството избира да поеме по време на процеса. Това планиране следва да се основава на скрининг оценки, семейни доклади или предишни оценки.

След първите контакти и когато семейството и екипът решат да поддържат непрекъснатостта на процеса, трябва да се установят естеството и обхватът на необходимите услуги за РДИ при детето и семейството. В следващата точка ще видим как да планираме и съберем информацията, необходима за разработването на адекватен и ефективен план за действие, винаги основан на грижите, ресурсите и приоритетите на семейството.

Детето не отговаря на критериите за услуги за РДИ

Семейството и екипът решават, че услугите за РДИ не са необходими

Семейството може да реши, че не иска услуги за РДИ

Планиране на оценката: Семейството и екипът решават необходимостта от услуги за РДИ и осигуряват непрекъснатост на интервенционния процес

НЕ ЗАБРАВЯЙТЕ

Важно е да поддържате „каналите за комуникация“ със службата или специалиста, който е насочил случая, като ги информирате за непрекъснатостта на процеса, който те са започнали, а именно дали е била осъществена връзка със семейството и какво е било решението им относно участието им в РДИ.



Обратна връзка към насочващата институция

6 Оценката, разбирана тук като обхващаща функционирането на детето, съсредоточена върху проблемите, приоритетите и очакванията на семействата, ще даде възможност за последващо съвместно определяне на периодичността и вида на подкрепата. Оценката в РДИ ще бъде разгледана в следващата точка.

ХАРАКТЕРЕН ПРАКТИЧЕН ПРИМЕР



Предизвикателства по време на първите контакти:

Лора е работила повече от 10 години в специалното образование и се присъедини към екипа на SNIPI преди три години. Без обучение или предишен опит в тази област, тя разчиташе на подкрепата и собствената си воля да допринесе значително за работата със семействата. В ежедневната си практика, тя научи, че успехът на интервенцията винаги е свързан с отношението „семейството преди всичко“, като основна ключова дума.

На среща на екипа беше решено Лора да отговаря за контакта със семейството на Рикардо, случай, насочен от семейния лекар поради забавяне в развитието и свързаните с него рискови фактори.

И така, Лора се обадила на Мария, майката, като представила накратко услугата и обяснила, че местният интервенционен екип е получил искане за помощ от семейния лекар за Рикардо. Мария сякаш очаквала контакта, но се колебаела по време на разговора и на Лора се сторило, че може да има някакъв дискомфорт или недоверие по отношение на този подход. Лора предложила среща, на която те спокойно биха могли да говорят за притесненията на семейството и как РДИ може да подкрепи тези притеснения, и обяснила, че ще бъде на разположение да се срещне там, където майката сметне за полезно и удобно. Мария започнала, като каза, че би предпочела Лора да избере местоположението, тъй като за първи път се свързва с РДИ. Лора добавила, че като специалист по РДИ, тя може да отиде на всяко място, което семейството смята за важно, като например семейния дом, мястото, където обикновено са семейството и детето, или дори централния офис на екипа (в здравния център). На Лора се сторило, че майката не се чувства способна да реши и че на възможността за среща в дома на семейството не отговорила веднага, затова тя попитала къде Рикардо обикновено прекарва деня си. Мария споменала, че синът посещава детски ясли в местна институция и че обикновено го прибират следобед. Лора отбелязала, че добре познава мястото, че екипът вече е работил с деца, които го посещават, и ако майката се съгласи, те могат да се уговорят да се срещнат там. По този начин тя можеше дори да се срещне с Рикардо. Въз основа на тази информация Мария в крайна сметка избра да проведе първата им среща в детските ясли, които Рикардо посещава, и те се съгласиха, че Лора ще се свърже с институцията, за да поиска стая, в която може да се срещне с майката, както вече беше направила в предишни ситуации.

Практики на взаимоотношения:

Начинът, по който се обясняват причините за контакт и услугата, допринася за хармонията със семейството, от първия момент

Практики на взаимоотношения: Да се положат първите основи на партньорство и довереноотношение.

Практики за участие:

Да се насърчава изборът на семейството, уважавайки нивото на участие, което семейството желае да има: Семейството ръководи интервенцията

Практики за участие: Да се даде възможност на семейството да взема информирани решения от първия момент

След като затворила, Лора се запитала дали не е ръководила твърде много процеса на вземане на решения в семейството. Тъй като беше свикнала да работи в детски ясли и детски градини, Лора се замислила колко лесно е несъзнателно и от самото начало на интервенцията да започне да „контролира“ ситуацията, влияейки върху хода на съвместната работа със семейното право.

От друга страна, защо майката изглеждала толкова колеблива по отношение на първата среща? Била ли е „колеблива“, защото е за първи път? Възможно ли е Лора да е предположила твърде бързо, че майката не иска да проведе първата среща у дома, въз основа на предишната информация, която екипът е изследвал при анализа на насочването? Тя все още не се беше срещала с това семейство и въпреки това вече беше нападната от съмнения относно практиката си...

Когато пристигнала в институцията, тя отишла направо в малката заседателна зала, където в предишни ситуации се срещала с други семейства на деца, подкрепяни от нейния екип. Мария седяла и чакала. Изглеждала заинтересована и въпреки някои резерви по време на разговора, постепенно задавала въпросите си, които се съсредоточавали основно върху ролята на местния интервенционен екип и целта на тяхната интервенция. Лора се опитала да бъде ясна в отговорите си и след като изяснила причината, поради която екипът се свързал с нея, тя дала възможност на Мария да говори за своите притеснения. Мария знаела, че семейният лекар ще предложи подкрепата на РДИ, тъй като Рикардо „не се развивал добре“, но признала, че няма ясна представа какво означава „да получи тази подкрепа“. Тя споделила с Лора, че се тревожи, защото „Рикардо не спи добре“, а също и защото можела да каже, че „той малко се забавя за възрастта си“, когато го сравнява с други деца на същата възраст. Лора почувствала, че има нужда да изясни някои опасения и се опитала да разбере по-добре какво означава „не спи добре“, а майката обяснила, че „той се събужда много пъти през нощта, около шест пъти“. Според майката, Рикардо е дете, което не „бърбори много“ и „дори не може да ходи правилно“. По време на разговора майката споменала колко самотна се чувства, че няма към кого да се обърне, освен това че живее в големи икономически затруднения, тъй като тя е единствената, която получава обезщетение за безработица. Тя въобще не споменала бащата. Лора приключила срещата с кратко резюме на притесненията на майката и обяснила, че с данните, които тя споделила, може да се счита, че Рикардо и неговото семейство ще могат да получат услугите на SNIPI, тъй като те ясно отговарят на критериите за допустимост, т.е. ако това е изборът на семейството.

Мария се съгласила и решила, че иска да допусне РДИ в живота си. Първата стъпка била направена. Лора споменала, че разбира основните притеснения на Мария и че екипът ще може да отговори на тези въпроси, но за да го направят, те трябва да съберат по-задълбочена информация относно Рикардо и средата, в която той обикновено се намира. Заедно Лора и Мария установили вида информация, която ще е необходима, и как и с кого ще се събере, за да се определи по-късно периодичността и вида на подкрепата.

Практики за участие:

Действието на специалиста следва да покаже, че семейството държи контрола от самото начало.

Техническо качество:

Специалистът по РДИ трябва да мисли и размишлява, трябва да взема решения и да решава проблеми.

Практики на взаимоотношения

и практики за участие: Да изслушват и разбират приоритетите и очакванията на семействата за това как теискат РДИ да се включи в живота им.

Техническо качество: Знанията за развитието на детето позволяват да се зададат правилни и подробни въпроси, необходими за подкрепа и отговор на семейството.

Практики на

взаимоотношения: Да покажем на семейството, че сме запознати с техните притеснения и ключов елемент на изграждането на отношения на доверие

Практики за участие:

Семейството играе водеща роля при планирането на оценката, избора на нивото на участие, което възнамеряват да поемат



СПРЕТЕ, ЗА ДА ПОМИСЛИТЕ

1. Начинът, по който този екип провежда първия подход към семействата, може да се различава от начина, по който е организиран вашият настоящ местен интервенционен екип. Кои аспекти са различни? Как тези различия влияят на семействата? Има ли аспекти, които бихте искали да промените в екипа си, за да се доближите до препоръчителните практики?
2. Един от основните принципи на РДИ е интервенцията да се провежда от семейството от първия момент. Какво направи този специалист, за да улесни практиката на принципа за изграждане на капацитет и овластяване?
3. Като се има предвид, че всяка ситуация е уникална (поради уникалните характеристики на семействата, техния контекст и на участващите специалисти), какво бихте направили по различен начин, за да улесните прилагането на препоръчителните практики на този етап в интервенционния цикъл?

4.3.4. Вземане на решения за следващите стъпки

Тази стъпка от цикъла има за цел да идентифицира притесненията, приоритетите и ресурсите на семейството, както и да определи функционалните умения на децата и характеристиките на контекста, информация, която е от съществено значение за създаването на конкретен и индивидуализиран план за интервенция за децата и техните семейства.

Вече анализирахме как първите контакти следва да се характеризират с изслушване и разбиране на стремежите и приоритетите на семействата относно това, което очакват от приноса на РДИ в живота им и в живота на детето им. Въпреки че може да има момент в цикъла, посочен като оценка (който ще обсъдим в тази точка), тази оценка като процес за разбиране на гледната точка на семейството започва от първата среща между семейството и специалистите. И, неизбежно, целият процес е динамичен и индивидуализиран, тъй като, както споменахме преди, всяко семейство е уникално.

Като цяло оценката има за цел да събере информация, която ще даде възможност за вземане на решения. При ориентирания към семейството подход моментът на оценка е от съществено значение за задълбочаването на първоначалните очаквания на семейството и въз основа на тях да се проектира индивидуална интервенция по отношение на семейството — по поръчка като във „висшата мода“ (за разлика от серийно изработената по стандартни образци конфекция „прет-а-порте“) — която отговаря на техните опасения и приоритети.

Оценката при РДИ следва да бъде:

- Ползена — да се планират индивидуализирани интервенции и да се следи напредъкът;
- Конвергентна — въз основа на това как различните хора — родители и специалисти — възприемат поведението на детето по време на техните ежедневни дейности;
- Автентична — методите, моделите и материалите следва да бъдат обсъдени, избрани, и използването им следва да бъде гъвкаво, за да се даде точна представа за функционалните умения на детето;
- Честна и чувствителна:
 - Приспособяване към индивидуалните различия (сензорни, емоционални и културни характеристики);
 - Вземане в предвид разликите/напредъка, дори когато детето има сериозни затруднения;
 - Разрешаване на функционална оценка на поведението и нивото на помощ, която е нужна на детето да овладее дадена задача;
 - Обмисляне на придобиването на специфична експертиза и нейното подходящо използване в различни контексти;
 - Съставена в сътрудничество — между различните специалисти от екипа и родителите.

(адаптирано от Bagnato, Neisworth, & Pretti-Frontczak, 2010)

Сътрудничеството между семейства и специалисти и планираната доверителна връзка не се случват отведнъж. Те са част от процес, който може да бъде по-дълъг или по-кратък и който постепенно се изгражда и става последователен след първите контакти, където отношението на специалиста е от решаващо значение. Споделянето на информация също ще се развива според развитието на тази доверителна връзка.

Оценяване при РДИ

За да се спечели доверие, е необходимо време... Кое то се подобрява с течение на времето...

За нас родителите най-важното е доверието, което ни предоставят специалистите, които подкрепят нашите деца. Когато се доверяваме един на друг, вече сме постигнали половината успех. И много помага когато има постоянен диалог.

Изказване на семейство, подкрепено от SNIPИ

Този процес на изграждане на връзка на доверие и овластяване на семейството не е лесен. Моментът на оценка може да засили тази връзка или, напротив, да я подкопае. Именно това се случва, когато специалистът несъзнателно поеме пълно ръководство на процеса, отдалечавайки родителите (понякога дори физически, възпрепятствайки присъствието им при детето), като по този начин ограничава процеса на овластяване и изграждане на капацитет на семейството и взема решения за вида на информацията, която трябва да се събира, как да се събира и за какво, изключително според неговата/нейната гледната точка и експертен опит.

Всъщност, може би защото традиционно се смята за „момент на специалистите“, все още често те започват оценката си, като използват редица стандартизирани инструменти за събиране на данни, които дават отговори на съмненията им като експерти в конкретни области, без да могат да отговорят на въпросите, притесненията и нуждите от подкрепа на семействата.

По този начин може да се случи психологът да „използва“ формалната скала за оценка на развитието, логопедът да „използва“ скалата за оценка на речта, и физиотерапевтът да „използва“ скалата за оценка на моториката... Всички тези процедури могат да бъдат основателни, когато специалистът има предвид, че получателят на цялата събрана информация е семейството и когато семейството действително се нуждае от тази информация. При ориентираната към семейството интервенция е от съществено значение специалистите да прилагат оценката, отразяваща методологията, която по-добре отговаря на съмненията и въпросите на семейството.

За да се избегнат ситуации, в които специалистът поема ролята на експерт, преди да определи със семейството целите и стратегиите на интервенцията, той следва да даде на семейството достатъчно място и време, за да може то да сподели своите притеснения и възможностите за учене и развитие на детето им. От съществено значение е специалистът да разбере и идентифицира: (1) какво е важно за семейството; (2) как семейството възприема уникалните характеристики на детето си и влиянието им върху ежедневието им живот.

През тази втора стъпка от интервенционния цикъл, и за да се гарантира, че детето и семейството получават индивидуализирана и адекватна подкрепа за своите нужди и желания, услугите за РДИ следва да определят две основни измерения.

Оценяване при РДИ

Двете измерения на оценката при РДИ са:

1. Притесненията, приоритетите и ресурсите на семейството;
2. Характеристиките на детето — функционални умения и нужди, ежедневието и житейски контексти — и как те се възприемат от семейството и от другите възрастни лица, които полагат грижи.

Това допълнително събиране на данни към информацията, събрана по време на първите контакти, следва да се вземе предвид при подготовката и прилагането на индивидуалния план за семейни услуги (както е показано в примера по-долу), което води до индивидуална интервенция за всяко семейство (вж. 4.5 от тази глава):

Семейни очаквания и детски функционални компетенции и ежедневни дейности



Индивидуалният план за семейни услуги (IFSP) бе съставен със семейството и специалистите, участващи в случая. Разработването на целите, които трябваше да се постигнат, се основаваше на целите, идентифицирани в предишни моменти, както при първата среща, така и по време на оценката, както и от данните от наблюденията и информацията, предоставена от семейството.

Изказване на местен интервенционен екип

4.4.1. Определяне на притесненията, приоритетите и ресурсите на семейството

Както беше описано по-горе, при ориентирания към семейството подход идентифицирането на проблемите на семейството е продължаващ процес, наличен по време на различните „моменти на среща“ със семейството. Всъщност всеки контакт между семейството и специалистите (по телефона, среща в централния офис на екипа, по време на домашни посещения, по време на оценка на развитието и др.) е възможност за споделяне на притесненията, приоритетите и ресурсите, които те изразяват при РДИ и в процеса на интервенция. Тази информация не се събира само при първоначалната оценка и следователно тя не следва да бъде единствената, която се интегрира в интервенцията.

Колкото по-добре специалистите разбират семействата, толкова по-ефективни са отношенията с тях и също толкова по-ефективна ще бъде помощта им. Следователно идентифицирането на очакванията и потребностите, които характеризират семействата, дава възможност да се събира каталитична информация за провеждане на индивидуализирана интервенция и да се насърчават подходящите срещи със специалисти, предоставящи помощ, служби и обществото.

Нека да разгледаме какво сподели този екип след насочването към услуги на дете, считано от службите за изложено на рискова среда („млада майка, с лек когнитивен дефицит, без опит в грижите за бебето и изпитваща някои социално-семеини затруднения“):

По време на това първо посещение в дома, основната цел на ВС била да изслуша майката, която много се зарадвала от посещението на специалиста, като обяснила всички подробности около раждането и какво е нейното ежедневие с Луис, нейния син. Говорили много и по време на разговора майката казала, че основната грижа е да научи повече за грижата за детето. Друга грижа на майката била да реши къде да остави детето, когато продължи обучение си, в рамките на един месец. Специалистът я успокоил, като обяснил, че ще продължи да идва на домашни посещения и следователно тя ще има възможност да говори за всичките си съмнения и да научи повече за това как да се грижи за Луис. Независимо от това и като се има предвид информацията, споделяна от майката относно наличните ресурси, специалистът предложил, винаги, когато тя отива в здравния център, за да тегли детето си или за ваксинация и за срещите с педиатъра, да изразява своите съмнения.

Изказване на местен интервенционен екип

Както споменахме по отношение на първите контакти, моментът на оценка може също да промени отношенията родители/специалисти:

Индивидуалният план за семейни услуги (IFSP) бе съставен със семейството и специалистите, участващи в случая. Разработването на целите, които трябваше да се постигнат, се основаваше на целите, идентифицирани в предишни моменти, както при първата среща, така и по време на оценката, както и от данните от наблюденията и информацията, предоставена от семейството.

Изказване на местен интервенционен екип

Спомняте ли си какви са завършените срещи?

Да се разбере какво иска семейството и как специалистите могат да отговорят на неговите нужди

Да се разбере с какви ресурси разполага семейството, за да се използват, когато се отговаря на техните притеснения

„За първи път ни попитаха какво искаме за нашето дете...“

физиотерапевт, психолог и социален работник. За първи път ни попитаха какво искаме за нашето дете, дали знаем за синдрома, как ще се развие, какво би могло да бъде изложено на риск, как смятаме, че трябва да бъде проведена интервенцията, и най-вече, ни казаха, че сме важни за развитието на детето ни.

Лична история на семейство

Определяне на притеснения, приоритети и ресурси

В интерактивен и текущ процес на споделяне и събиране на данни между семейства и специалисти, идентифицирането на семейните притеснения, приоритети и ресурси има за цел да се разбере:

- Какво искат семействата за себе си и децата си;
- Каква помощ им е нужна (от специалисти), за да постигнат тези стремежи;
- Възприятието им за наличните ресурси (официални и неформални) за задоволяване на техните нужди.

Какво може да се обърка, когато оценката не се основава на притесненията, приоритетите и ресурсите на семейството?

Въпреки че всичко, което казахме, може да изглежда лесно за изпълнение, при ориентирания към семейството подход специалистите са изправени пред няколко предизвикателства. Например, често срещан проблем, който се случва по време на оценката, е, че тя се създава без да се основава на притесненията, приоритетите и ресурсите на семейството.

Всъщност може би защото представлява набор от практики, които обикновено не са част от функциите на специалиста по РДИ, идентифицирането на семейните притеснения, приоритети и ресурси вероятно е това, което специалистите твърдят, че е по-трудно.

Освен този аспект, изразът „оценка на семейството“⁷ се използва погрешно от много дълго време, за да се опише процесът на събиране и разбиране на информацията, предоставена от семействата за техните собствени притеснения и ресурси.

Следователно е важно да се изяснят тези понятия: не става въпрос за „оценяване“ на семействата, според визията, която специалистите имат за техните „слаби страни“ и „нужди“, често базирани на техните собствени изводи. По-скоро става въпрос за по-добро разбиране на това, което семействата възнамеряват да постигнат и какво очакват от специалистите, в случай че имат нужда от нещо. Това е процес, който помага на семейството да идентифицира своите силни страни и приоритети по отношение на подобряването и насърчаването на развитието на детето им.

Не забравяйте: идентифицирайте силните страни и ресурсите!

Опитът показва, че специалистите са склонни да откриват по-лесно притесненията и потребностите, отколкото да идентифицират силните страни и ресурсите! Знанието за ресурсите на семейството обаче е изключително уместно за интервенцията. При подход, съсредоточен върху овластяването и изграждането на капацитет, специалистът следва да подкрепи семейството в разгръщането на техните ресурси за постигане на очакваните резултати. Целта на този тип подход е да се засили функционирането на семейството, да им се даде възможност да контролират живота си, за да не станат твърде зависими от услугите. Традиционната визия (към която все още може да сме твърде привързани) често ни кара да се съсредоточим върху дефицита и слабите страни на децата и семействата. По този начин нашата практика възнамерява да „коригира“ тези дефицити, но нашето схващане за слабите страни на семейството (тъй като

7 Често използван термин в РДИ, но критикуван от няколко автори (Noonan & McCormick, 1993; Slentz & Briker, 1992), включително „Работна група за индивидуален план за семейни услуги“ (McGonigel, Kaufman, & Johnson, 1991), поради риска оценката да добие обиден характер, включваща субективна оценка и която не е съгласувана с ориентираната към семейството интервенция.

се фокусираме само върху тях) ни кара да предполагаме, че те не са в състояние да се включат. Колко пъти вече сме чували и/или казвали: „Това семейство не се включва“?

Вместо това, ако осъзнаем значението, което тази визия би могла да има за укрепване на компетенциите на семействата, ще можем да намерим техните силни страни и ресурси, дори в предизвикателни ситуации:

В четири от осемте оценявани области развитието на Ф.М. е значително под очакваното за неговата хронологична възраст. Освен това той беше изложен на значителен брой дължащи се на средата рискови фактори (...). Сред тях са психиатричното състояние на майката (шизофрения), усложнено от злоупотребата с алкохол, временното отсъствие на бащата (работещ в Ангола) и занемаряването, свързано с липсата на основни жилищни удобства, здраве, храна, хигиена и образователни потребности. Трудности при достъп до официални и неформални ресурси, свързани с географска изолация, социално-културна дискриминация, бедност, безработна майка, невъзможност за достъп до налична социална помощ и обща фамилна дисфункция също бяха контекстни рискови фактори, допринесли за идентифицираните проблеми.

Като силни страни, силната и положителна връзка майка—дете, загрижеността на майката за развитието и речевите затруднения на Ф.М., нивото на отговорност на най-голямата сестра на Ф.М. (замества майката, когато тя не може да стане от леглото) и ангажираността на детския учител. При посещенията си ВС се опита да подчертае най-положителните аспекти на седмицата, да отбележи постиженията и да насърчи нови стъпки. Тези седмични посещения допринесоха за установяването и засилването на съчувствените отношения със семейството, както и за създаването на възможност за подобряване на компетенциите.

В горния пример представените притеснения са на специалистите. Но ВС успява да намери начин да разгледа, заедно със семейството, тези и други притеснения. Внимавайте: когато говорим със семейства, следва да избягваме да им влияем, като ги караме да изпитват притеснения, които в основата си наистина не са тези, които изпитват в ежедневието си.

В други ситуации специалистите не успяват да проучат семейните притеснения и приоритети и погрешно приемат тези, които те възприемат като семейни приоритети. Нагласите и действията, които специалистите разкриват в следващия пример, показват как могат да „обвинят“ семейството, защото не се включват в процеса или не приемат трудностите на детето.

Майката не идентифицира и не разпозна никакви проблеми с Д. Бащата се съгласи с училището по отношение на проблемите с вниманието. И двамата родители отказаха да приемат идентифицираното от службите поведение, приписвайки го на физически причини (болки в корема). Оценката на развитието показва общо забавяне, идентифицира основни трудности с храненето (напр. избирателно и ограничено хранене и нужда от храна на пюре), двигателна тревожност, увеличена орално сетивна активност и агресивно поведение към връстници.

Оценката беше направена в сътрудничество с училището и клиники за развитие и детска психиатрия.

Участието на семейството в разработването на индивидуален план за семейни услуги беше намалено, а фактът, че майката е неграмотна, се смяташе като бариера за тяхното включване, участие и приемане.

През целия процес семейството проявяваше известна съпротива да присъства на насрочените срещи, като подценяваше значението им.

Изказване на местен интервенционен екип

**Ами ако
специалистът
приеме, че
грижите и
приоритетите
на семейството
са негови**

Когато визията на семейството е много по-различна от тази на специалиста, той или тя често заключава, че семейството е „в етап на отказ“. Това възприятие може да повлияе негативно на действието на специалиста и често съответства на опростен поглед върху ситуацията, основан на преценки като „семейството не иска да разбере“ или „семейството няма представа за трудностите на детето си“.

Като специалист по РДИ, моля, не забравяйте да гледате на семействата по положителен начин, като на успешни елементи, а не по метода експерт—клиент, при който често сме обучавани да класифицираме семействата като „функционални или нефункционални“... това не е отправна точка. Всъщност всички семейства правят всичко възможно с това, което разполагат, а детето ще остане при семейството, поради което е наистина важно да се признае приносът на семейството за растежа и развитието на детето им.

Ролята на специалиста е да помогне на семейството в процеса на идентификация, ефективно използвайки това, което семейството определя като своите притеснения, приоритети и ресурси при интервенция.



НЕ ЗАБРАВЯЙТЕ

При ориентирания към семейството подход е от съществено значение специалистът да признае, че именно семейството идентифицира собствените си притеснения, приоритети и ресурси, което включва запознаване със съществуващ проблем.

Внимавайте:

Споделянето на семейството е доброволно и по време на интервенцията ще има множество възможности за това!

Не можем да объркаме опасенията на специалистите с грижите на семействата! Исканата информация следва да бъде свързана с притесненията и приоритетите, споделяни от семейството!

Семейството следва да има различни възможности (официални и неформални), за да им се помогне да идентифицират своите притеснения, приоритети и ресурси!

Целта на споделянето на информация относно притесненията, приоритетите и ресурсите е винаги да се предоставя подкрепа!

СЛЕДОВАТЕЛНО

Това трябва да бъде ясно отразено в плана за интервенция (подкрепен от събраната информация и включващ предвидените цели и резултати)

(адаптирано от McGonigel, Kaufman, & Johnson, 1991)

Как да помогнем на семейството в тази идентификация?

Определянето на притесненията, приоритетите и ресурсите и осъзнаването, че всички семейства имат силни страни и компетенции е основната тема за изграждане на капацитет. Интервенцията, съсредоточена върху укрепването на семейството, създава възможности семейството да проявява или придобива нови компетенции, за да постигне планираните резултати за своето дете и себе си.

Как специалистът може да идентифицира семейните притеснения, приоритетите и ресурсите при ориентирания към семейството подход? Какво можем да научим от изследванията и емпиричния опит?

Нека семейството да определя посоката!

Действайки по този начин, вие давате да се разбере, че уважавате семейството и това гарантира, че няма субективна оценка. Не забравяйте, че има въпроси, които могат да се считат за натрапчиви в началния етап на връзката, основно защото, за семейството, те изобщо не изглеждат свързани с техните притеснения

Всяко семейство трябва да се счита за уникално и техните притеснения, ценности и убеждения следва да бъдат индивидуално идентифицирани. Информацията, която семействата искат да споделят, и начинът, по който те описват и показват своите интереси, ресурси и приоритети ни дават възможност да разберем коя информация е подходяща (McWilliam, Winton, & Crais, 2003).

Изслушването на семейството, предлагането на различни начини да им се помогне да събират информация за техните притеснения, приоритети и ресурси, обяснява предимствата и недостатъците на различните алтернативи, дава възможност на семейството да направи информиран избор. От друга страна, изслушването на техните притеснения и задаването на въпроси, преди да се вземат решения, помага на специалиста да разбере семейството.

Слушайте семейството...

Връзката ни със семейството започна през 2011, когато едногодишно момиче беше насочено към нас със следната информация: „Дете с цепнато небце, ситуация, спомената в документа за раждане“. Местният интервенционен екип осъществи първия контакт по телефона и семейството прояви леко нежелание да научи за услугата за РДИ. След известна упоритост първите контакти се осъществиха в публичен контекст (супермаркет) с двама специалисти от местния интервенционен екип. По време на тази среща те описаха услугата, обясниха причината за контакта си и внимателно изслушаха семейството, за да разберат нежеланието им да научат за услугата и да посочат притесненията си.

Следващите посещения бяха посветени на изслушването на семейството, за да разберем техните притеснения относно бебето и цялото домакинство; да разберем разликите между нашата култура и африканската култура, на които се основава очакванията на семейството; да се запознаем с участващите формални и неформални ресурси (използвайки Есотар); и, което е най-важното, да разберем визията на семейството за тези услуги. Регистрирахме също така деликатен момент както за нашия местен интервенционен екип, така и за семейството, когато забелязахме наличието на диагноза фетален алкохол синдром и повтарящите се отсъствия в здравната служба, свързани с назначенията за операция на цепнато небце. За да се направи разлика между небрежност, липса на знания спрямо семейните убеждения и техните силни страни, се изискваше истинска трансдисциплинарна екипна работа с постоянна рефлексия и внимателно планиране на първите моменти със семейството.

Изказване на местен интервенционен екип

Преди да правите изводи или преценки, задавайте въпроси! Винаги има информация, която оправдава нечий нагласи и поведение и която помага да се разбере ситуацията

Активното слушане е основополагащо, но знанието как да се задават правилните въпроси в точния момент изисква не само професионални релационни умения, но и техническо качество. Съществуват редица стратегии, които могат да се използват за събиране на информация относно притесненията, приоритетите и ресурсите на семействата, позволяващи диалог „лице в лице“ със семейството, официални — като интервюта, структурирани или не, като се използват или не писмени инструменти, самооценка и т.н. — и неформални.



Техническото качество е един от компонентите на ефективните практики за оказване на помощ, които съответстват на специализираните знания на специалистите (обучение, опит, компетенции ...), прилагани в полза на децата и техните семейства.

Често на неформални срещи се събира повече информация, поради което уменията за комуникация и интервюиране трябва да се подчертават и да се използват от специалистите като елемент на техническото качество, който трябва да се развие, и затова е важно да се помни, че специалистите следва да:

- Слушат гледната точка на семействата, без да изразяват своите възгледи;
- Използват различни видове въпроси, които помагат на семейството да определи своите предпочитания и силни страни;
- Идентифицират съмненията и притесненията от гледна точка на семейството;
- Изяснят дали тяхното разбиране за казаното е правилно, избягвайки недоразумения (например: „слушайки те, ми се струва, че искаш да кажеш, че се притесняваш от това, колко е трудно да се справиш с Жоао, когато отидеш в супермаркета. Така ли е?“)

Това са някои възможни начини да се гарантира събирането на надеждна информация, без „приноса“ и заключенията на специалистите.

От друга страна е важно да се знаят стратегии и форми на интервенция, произтичащи от валидирани изследвания и емпиричен опит. Специалистите по РДИ разполагат с множество методи и инструменти, които редовно се използват, за да помогнат на семействата да идентифицират техните притеснения, приоритети и ресурси. Само няколко са съобразени с ориентирания към семейството подход и дори те понякога прикриват целите на специалистите и могат да бъдат използвани по натрапчив и враждебен начин, който се усеща от семейството.

Например, можем да проведем проучване на официални и неформални ресурси заедно със семейството (използвайки инструмент като Есотар⁸) по два начина: да се направи оценка на семейните отношения, необходима единствено на целта на специалиста, и която може да се счита за натрапчива от семейството; или да се очертае план за интервенция, която семейството желае и се чувства способно да приложи, използвайки идентифицираните от тях ресурси. Най-вероятно семейството ще почувства този подход като улесняване на идентифицирането на тези ресурси.

Франсиско, с аутизъм, е на пет години и живее с майка си в апартамент в центъра на града. При едно от посещенията, след като майката сподели чувството си на самота, беше използван инструментът Есотар за идентифициране на мрежата за подкрепа. След прилагането на Есотар майката разгледа схемата и коментира, че се чувства много изолирана, въпреки че всъщност е заобиколена от хора. Въпреки това, след като внимателно анализира тази подкрепа и вида помощ, която оказваха, тя осъзна, че всички те са влезли в живота заради аутизма на Франсиско: логопед, физиотерапевт, трудов терапевт, консултации с различни специалности, РДИ... Неформалната мрежа за подкрепа се състоеше само от бабата и дядото на Франсиско, които живееха в друг град.

8 Есотар е представяне на връзките, ресурсите и подкрепата на отделните семейства, както и относителната силна страна на всеки от тях (Jung, 2012).

Майката смяташе, че този факт оправдава чувството на самота. След тази рефлексия майката осъзна колко е съсредоточена върху аутизма и терапиите на сина си, пренебрегва собствените си нужди и в индивидуалния план за семейни услуги бяха включени няколко цели, за да се разшири мрежата за неформална подкрепа, а именно участието в групата на родителите.

Изказване на местен интервенционен екип

В този случай специалистът по РДИ помогна на майката да помисли коя неформална подкрепа (групата на родителите) може да помогне да постигне целта си (да намали изолацията си).

Ако специалистите не знаят кой е включен в социалната мрежа на семейството и какъв тип подкрепа мислят, че може да им предложат тези лица и как тя може да бъде проявена, може да се случи така, че (и за съжаление това все още е обичайна практика) специалистите предлагат официални услуги или мерки, игнорирайки съществуващата неформална подкрепа.

Важно е да се подпомогне семейството при идентифицирането на тези, които биха могли да им помогнат сред техните познати, така че по-късно те да бъдат включени в прилагането на очертаните стратегии. Понякога, както в следващия пример, семействата могат сами да намерят нужния отговор:

Всеки метод, инструмент или стратегия за събиране на тази информация трябва да бъдат избрани заедно със семейството, като винаги се спазват техните предпочитания, начин на живот и културни ценности. Най-добрият начин да разберете какво предпочита семейството е като слушате и питате... Начинът, по който се събира тази информация, е важен: тя никога не трябва да приема „оценяваща“ форма, но вместо това следва да протече като естествен процес, който подкрепя семейството и се основава на взаимоотношения между семейството и специалистите (McGonigel, Kaufman, & Hurth, 1991).

Инструментите не могат да бъдат: натрапчиви и оценяващи и, ако са в писмена форма, трябва да бъдат без технически жаргон и достъпни за семейството

Други често използвани инструменти, които са разработени с намерението да помогнат на семейството в този процес на идентифициране на техните притеснения, приоритети и ресурси, са въпросниците за самооценка. Въпросници, описи, контролни списъци и други могат да помогнат на семейството да идентифицира притесненията и ресурсите, свързани с техните приоритети. Те могат да бъдат формални или неформални, в зависимост не само от това как са структурирани, но и от начина, по който се използват. На португалски език има различни алтернативи, които могат да се използват по различни начини. Например, има семейства, които биха предпочели да използват инструментите за самооценка, като ги попълват у дома и ги предават на специалистите по-късно; други предпочитат да ги използват с помощта на специалист в по-неформален полуструктуриран формат на интервю. Не само инструментът и предназначението му следва да се вземат предвид, но и начинът, по който ще се използва със семействата.

Въпросници за самооценка



НЕ ЗАБРАВЯЙТЕ

- Целта на инструментите е да се идентифицират притесненията, нуждите и ресурсите на семейството, а не тези на специалистите.
- Адекватността и ефективността на всеки инструмент следва да се анализира според особеностите на всяко семейство.

Всеки инструмент, предназначен да се използва за процеса на оценка, следва да помогне на семействата да идентифицират своите притеснения, приоритети и ресурси. Инструментите следва да се разглеждат като насоки за събиране на данни в тези области, вместо да се използват автоматично като професионална процедура за предполагаема „оценка на семейството“.

Други психосоциални инструменти (които измерват стреса, локуса на контрола, депресията, семейното положение, характера, и др.), по същество с клиничен характер, изобщо не се препоръчват, тъй като тяхната цел е да събират информация, която специалистът счита за необходима, и не отговарят на целта за определяне на приоритетите и ресурсите на семейството. Нашето мнение е, че на този етап използването на инструменти следва да се ограничи до идентифициране на силните страни и нуждите в области, определени от семейството като подходящи и като приоритети. Ако обаче в контекста на оценката и интервенцията семейството помоли за помощ или консултация във всяка друга област, като например семейни отношения, личностна характеристика, стрес или други, използването на един от тези инструменти може да бъде подходящо, тъй като би се основавало на потребностите, идентифицирани от семейството. Важно е да се отбележи, че по принцип лицата, които използват този тип инструменти, трябва да имат подходящо обучение.



НЕ ЗАБРАВЯЙТЕ

- Не бъркайте инструментите, предназначени да помогнат на семейството да идентифицира своите притеснения, приоритети и ресурси с „Инструменти за оценка на семейството“!
- Уверете се, че има съвпадение между приоритетните области, идентифицирани от семейството, и областите, адресирани от инструмента, като се спазва индивидуалността на всяко семейство!

Основните предимства на инструментите за самооценка са свързани с възможността да се помогне на семействата да идентифицират области и дейности, които според тях отразяват техните проблеми и приоритети и могат да предложат цялостна представа за подкрепата, която РДИ може да предостави. По същия начин използването на инструменти, които организират видовете налична подкрепа в категории, може да помогне на семейството да осъзнае кои от тях са повече или по-малко достъпни, за да отговорят на техните притеснения и приоритети.

Въпросниците със стандартизирани въпроси обаче могат да ограничат отговорите на семейството, тъй като може да се окаже, че в този набор от въпроси липсва онова, от което те наистина се интересуват. Друго ограничение при предаване за самостоятелен отговор е изключването на онези, които не се чувстват комфортно с писмени процедури.

Как можем да гарантираме, че въпросниците обхващат семейните притеснения и приоритети?

Един от начините е да попитате семейството дали смятат, че въпросникът би могъл да им помогне да идентифицират и размишляват върху техните притеснения. Важно е да се вземе предвид, че по-структурираните и/или стандартизирани процедури за оценка следва да бъдат допълнени с по-неофициална оценка, задаване на повече отворени въпроси и обмисляне дали семейството смята, че имат възможност да предадат това, което всъщност е от значение за тях. От това следва че

специалистът трябва да бъде достатъчно чувствителен, за да формулира отговорите на въпросника в по-неофициален и по-широк сбор от информация, за да предотврати пренебрегването на други семейни приоритети, които не са споменати във въпросниците. Отправната точка е да се гарантира, че се изразява истински и открит интерес към всички проблеми на семейството, независимо от тяхното естество.

Като част от процеса на оценка и интервенция, интервютата със семействата също могат да бъдат полезни за разбиране на техните притеснения и приоритети. Те могат да бъдат формални или неформални, структурирани или неструктурирани, в зависимост от избора на семействата и от способността на специалиста. Много услуги използват набор от стандартизирани въпроси, изпращани до семейства, които обикновено адресират клиничната история, включително бременността, раждането и друга информация от по-демографски характер.

Като предимство при използването на интервюта или по-структурирани инструменти, с предварително зададени въпроси и обикновено прилагани за всички семейства, се очертава фактът, че има набор от организирани данни за всяко дете и семейство, които могат да се използват, ако и когато е необходимо. Например, официалните записи на SNIPИ събират информация, която се счита за полезна за координацията на националните служби за РДИ. Въпреки това, като недостатък при подхода с предварително зададени въпроси може да се посочи фактът, че някои семейства считат това за натрапване и евентуално нарушение на правото им на личен живот. Ето защо трябва да обясним защо се събира определена информация. След като целта е ясно обяснена по прозрачен и прецизен начин, приемането вероятно ще бъде незабавно.

Трябва да помним, че на първо място специалистите следва да поставят под въпрос необходимостта от събиране на данни, дали те са свързани със семейните приоритети или с административните въпроси на услугите и дали има информация, която може да бъде събрана по-късно, когато се установи доверие.

Един от начините за справяне с истинските притеснения на семействата по отношение на техните деца би могъл да бъде пренасочване към базирани на ежедневни дейности интервюта, метод за оценка на нуждите на семейната подкрепа и потребностите на децата, свързани с развитието и поведението. Това е полуструктурирано интервю за функционирането на детето и семейството в ежедневните дейности, насочено към съставяне и изреждане на списък с функционални цели или желани резултати от интервенцията и установяване на положителна връзка със семейството.

Може да се проведе заедно с основните лица, полагащи грижи за детето, тези, които действително прекарват повече време с него през целия ден, и които чрез интервюта, проведено от специалиста, могат да докладват своите наблюдения, установени в множество условия, с различни хора и „предмети“. Това е процес, който дава възможност на семейството да идентифицира функционални потребности, които ще станат обект на интервенция, като се вземат предвид техните приоритети (McWilliam, 2010):

1. Нуждаем се от метод за идентифициране на функционални цели, съсредоточаване върху нуждите от включване, участие и независимост и социални отношения на децата;
2. Приоритетите на семействата трябва да бъдат отразени в плана за интервенция;
3. Целите, регистрирани в индивидуалния план за семейни услуги, трябва да бъдат достатъчно всеобхватни, така че целенасоченото поведение да може да се анализира по различни начини, но и достатъчно конкретни, за да посочват изрично какво ще бъде направено;
4. Стратегиите и действията трябва да бъдат насочени към функционалния проблем;
5. Интервенцията по отношение на целите, които трябва да бъдат постигнати, трябва да включва и други полагащи грижи, освен семейството.

Интервюта

RBI — Базирани на ежедневни дейности интервюта

Следващият пример показва как RBI са помогнали на семейството и специалистите да осъзнаят семейните ежедневни дейности и взаимодействие, как те влияят върху развитието на детето и ролята на други лица, полагащи грижи, и неформални ресурси, които дотогава не са били ценени толкова много, което се оказва много важно за определянето на целите и плана за интервенция.

Семейството/детето беше подкрепяно от местен интервенционен екип от около една година. ВС бе избран като се взеха предвид семейните притеснения, които към момента на насочване към услуги бяха вербалната комуникация и социалното взаимодействие.

В хода на процеса беше планиран момент за оценка със семейството с помощта на RBI.

Като ВС този момент ми позволи да възприема по-добре ежедневните взаимодействия на семейството, а именно между детето, сестрата, майката, бащата, и да проследя цялостната семейна динамика. Усетих силна връзка между бащата и майката, те бяха в унисон, когато описваха своето ежедневие. Нещо повече, това беше моментът, който отразяваше силните страни на семейството и даваше възможност за размисъл за нуждите на семейството и детето, за който бащата каза „ако не беше този момент, никога не бихме спрели, за да помислим за един типичен ден в нашето семейство, което се оказва толкова важно, за да разберем нашия син и начина, по който всички си взаимодействат“.

Разбрах, че бащата е дълбоко ангажиран в този момент, което беше необичайно, и това го доближава до процеса, като по този начин отговори на нуждата, споделена от майката при планирането на оценката.

Също така осъзнах, че въпреки че посещенията имаха за цел да утвърдят ролята на родителите и сестрата, за да се насърчат ежедневните възможности за учене, свързани с развитието на редица компетенции на детето, беше очевидно, че родителите всъщност разбират, че те са агентите на промяната и единствените, които могат да породят промяна в развитието на детето си. Бащата каза: „Ако можех, бих прекарвал шест часа на ден, играейки със сина си, за да практикувам тези компетенции“. Тази рефлексия последва разбирането на бащата, че Жоао се учи именно в нормалните дейности, които се случват в семейството (например при игра), както и факта, че Жоао е подпомаган от други услуги (терапия), в които родителите не са участвали, и всички наблюдавани промени бяха приписани на специалистите. Родителите осъзнаха колко важна е ролята им в насърчаването на развитието на Жоао. Тази среща ми даде възможност да разбера, че бащата все още не е напълно наясно с потенциала да използва ежедневните дейности за насърчаване на развитието на детето си. Това ми позволи да променя донякъде това възприятие, подчертавайки значението на влиянието на качествените моменти, които бащата вече е прекарал с детето си през седмицата (закуска, обличане, вечеря и малко свободно време след вечеря, според данните, събрани по време на RBI), върху развитието на детето си.

Когато започнали процеса, родителите смятали, че подкрепата с РДИ веднъж седмично не е достатъчна, за да отговори на нуждите на детето им, и потърсили други допълващи мерки, като речева терапия. В хода на процеса, в който RBI се превърна в основна част, родителите разбраха, че те са тези, които имат по-голяма роля да повлияят на развитието на детето си. Следователно по собствена инициатива те отказаха терапията и реорганизираха семейната динамика, прибягвайки до подкрепата на бабите и дядовците за домашните си задължения, за да прекарват повече време като семейство.

Издаване на местен интервенционен екип

Оценката трябва да отчита приоритетите на семейството и да идентифицира функционалните потребности, които ще станат цел на интервенцията, оценявайки я като основен агент на промяната

НЕ ЗАБРАВЯЙТЕ

- Определянето на притесненията, приоритетите и ресурсите предполага оценяване на силните страни и компетенциите на семействата.
- Официалните ресурси са важни, но не са единствените. Ако специалистите вярват в това, те ще могат да помогнат на семействата да намерят други форми на подкрепа.
- Семействата се чувстват по-компетентни винаги, когато са в състояние да намерят и разгърнат свои собствени мрежи за подкрепа.
- Културните вярвания формират отношението и практиката както на специалисти, така и на семейства.



4.4.2 Идентифициране на характеристиките на детето

Характеристиките на децата — функционални умения и потребности, ежедневни дейности и житейски контексти — и начинът, по който те се възприемат от семейството и другите възрастни лица, които се грижат за тях.

Оценяване на детето при РДИ

Причината, поради която в предишната точка отделихме толкова много място на „идентифицирането на притесненията, приоритетите и ресурсите на семейството“, като важен елемент от интервенционния цикъл, е свързана с необходимостта от засилване на идеята, че цялата оценка/интервенционният процес трябва да се изгражда и да се основава на потребностите, идентифицирани от семейството, тъй като това е единственият начин да се гарантира, че детето и семейството получават адекватна подкрепа.

На етапа на оценка и за целите на планирането на интервенцията следва да се събере само информацията, която е от значение за детето и неговия контекст, оценявайки идентифицирането на функционалните нужди, които ще позволят разработването на план за интервенция, адекватен на приоритетите на детето и семейството.

Важността да се вземе под внимание естествената среда на детето, в която са ангажирани и участват други полагащи грижи, има връзка с факта, че интервенцията се случва в тези контексти и с тези, които полагат грижи. Както бе споменато от McWilliam (2010), всеки полагащ грижи, прекарващ повече от 15 часа седмично с детето, е важен елемент и трябва да бъде включен в интервенцията. От тази гледна точка ролята на РДИ ще бъде ролята на посредник между контекста на детето и семейството.

Всъщност от екологична и трансакционна гледна точка развитието на децата е резултат от тяхното взаимодействие с различните екосистеми, в които са включени. Следователно, както при оценката, така и при интервенцията, децата не могат да се разглеждат изолирано и е от съществено значение да се вземат предвид техните различни сценарии за учене и грижа. Това е единственият начин да се установят техните истински възможности и да се събере полезна и непосредствено подходяща информация за интервенция, като се гарантира нейната екологична валидност, както и оценката (Bronfenbrenner, 1979, цитирано в Bairrão, 1994).

Екологично валидната оценка следва да включва информация за детето, анализ на средата и идентифициране на силните страни, нуждите и приоритетите на семейството, за да се даде възможност за пълен преглед на детето и факторите, които определят развитието и насърчават адаптацията му (Benner, 1992).

**Увеличете
максимално
екологичната
валидност на
оценката**

В действителност, резултатите от оценката могат да се считат за валидни само ако наблюдаваното поведение съответства на това, което обикновено се случва в контекста и ежедневието на детето. Това не винаги е така в повечето традиционни клинични оценки. Поради необичайната среда децата не могат да изразят реалните си възможности и характеристики по най-добрия начин. В този случай резултатите от оценката ще имат ограничена полза при планирането на интервенцията, което е крайна цел на оценката.

Според Guralnick (2000a) начинът за подобряване на екологичната валидност на оценката се състои в подбор на инструменти и стратегии (непосредствено свързани с тези, които се фокусират върху поведението или контекста), като се използва информация от множество източници (родители, приятели, специалисти от различни услуги и контекста на децата) и използването на официални и неформални процедури.

За разлика от това, което одобрява традиционната и нормативната оценка, която оценява сравнителното ниво на функциониране и развитие на детето с това, което се очаква от някой от тази възрастова група, екологичната оценка не е насочена изключително към детето. Ето защо е важно да знаете:

- Какво би могло да помогне на децата да функционират по-добре в естествена среда и ежедневието;
- Какво следва да научат;
- Кога и къде следва да се осигури интервенция;
- Кои адаптации и подкрепа са необходими, за да може детето да придобие и да приложи нови умения на практика.

Именно разбирането на семейната среда и качеството на взаимодействие, на детските ясли или детската градина или други детски екосистеми, ще даде възможност за по-добро вземане на решения относно по-ефективна интервенция за всяко конкретно дете и семейство в обхвата на РДИ.

В допълнение към тези аспекти е от съществено значение да се оцени ангажираността и участието на детето в неговия естествен контекст⁹, аспекти, които често се игнорират при традиционната оценка или дори е невъзможно да се оценят, тъй като оценката се провежда „извън контекста“.

През последните четири десетилетия бяха разработени различни проучвания за ангажираността на децата и други концепции, пряко свързани с нея. От тази обширна работа се появиха някои определения, които се допълват взаимно и които показват нарастваща загриженост от изучаването на начина, по който децата прекарват времето си в контекста на ежедневието, качеството на взаимодействията им, както и компетенциите, които децата имат и които улесняват приспособяването им към изискванията на тези среди (Laevers, 1997; McWilliam & Bailey, 1992, 1995):

**Ангажираност и
участие
на детето**

Предложената от Laevers (1997) концепция за участие съответства, според автора, на качеството на човешката дейност, което може да се анализира и оцени по редица показатели, като например: (а) концентрация — ангажираният човек ограничава вниманието до ограничено поле и много рядко се разсейва; (б) постоянство — има тенденция за продължаване на дейността; (в) интензивност на опита, очарование и ангажираност — ангажираният човек е изцяло погълнат от дейността; (г) дълбоко удовлетворение и силен енергиен поток; и (д) изследователски тласък — необходимостта от постигане на по-добър контрол върху реалността.

9 За подробен анализ на тази тема вижте McWilliam & Casey (2008) и Grande & Pinto (2011).

Концепцията за ангажираност е дефинирана от McWilliam и Bailey (1992, 1995) като времето, което детето прекарва активно или внимателно във взаимодействие със средата по подходящ за развитието и контекста начин, на различни нива на компетенция. Това определение взема в предвид не само времето, през което детето е ангажирано, но и качеството на ангажираността, като оценява вида и нивото на интерактивно поведение на детето.

Това определение поставя два критерия: критерии, подходящи за развитието — изискващи поведението да е адекватно за способностите и възрастта на развитие на детето; и критерии, подходящи за контекста — изискващи поведението да е адекватно на осъществяваната дейност, като се вземат предвид ситуационните очаквания. По този начин, подходящо за развитието и за контекста означава, че оценката и класификацията на поведението по нива на ангажираност са функция на нивото на развитие на детето и на поведенческия контекст (McWilliam & de Kruif, 1998; McWilliam, 2005).

Нивото на детска ангажираност може да доведе до по-голямо или по-малко участие в контекста на детето и това участие се отразява в ученето. Затова ангажираността се разглежда като добър показател за компетенциите на детето и необходимо условие за учене и за промяна в развитието. Следователно, ако искаме интервенция, която влияе върху ученето, е важно да я вземем предвид при оценката (McWilliam & Bailey, 1992, 1995).

С увеличаването на възможностите за ангажиране и участие на деца ще увеличаваме възможностите им за учене, тъй като те се случват в контекста на тяхното взаимодействие със заобикалящия свят.

Важно е да се събира информация относно:

- Дейностите, от които детето се интересува;
- Нивото на ангажираност, което той или тя разкрива във всяка една от дейностите в различните контексти;
- Начинът, по който тези естествени среди действат като посредници (засилване и насърчаване на ангажираността/участието) или като бариери (предотвратяване или възпрепятстване на участието).

Само чрез оценката на тези аспекти — в естествена среда, ще бъде възможно да се знае как да се осъществи интервенцията, увеличавайки възможностите за участие на децата в дейностите, които ги интересуват и които са значими и ценни за семейството.

Нека да разгледаме пример за оценка на ангажираността на детето в ежедневието на детската градина:

Първо нещо, което Афонсо прави сутрин, е да седне на одеялото в любимия си кът. Песента за добро утро му се струва безсмислена. Изглежда Афонсо просто чака да приключи. Когато идва редът му да каже „добро утро“, той не го казва. Когато стане от одеялото, и без никой да забележи, Афонсо се промъква поблизо до моливника, като вади писалките една по една (връща ги скоро след това, за да ги извади отново) [недиференцирано ниво на ангажираност с обекти]. Когато му попречат да изпълни „мисия“ си, той хвърля писалките на пода и вика [не е ангажиран с възрастни].

Когато се успокои, отива до шкафа с играчките (любимият му). Отваря го, грабва кутията Лего и прави различни конструкции с четири или пет блокчета [конструктивно ангажиране с обекти].

След това е време за „Пикасо“: Афонсо седи на масата. Той много обича да твори „абстрактни“ рисунки с моливи и четки и започва да рисува [диференцирано ангажиране с

обекти]. Когато обаче вдъхновението му се спре и задачата приключи, той винаги плаче

[не е ангажиран с възрастни].

Афонсо е в стая с много други деца, но изглежда за него те са само две или три, тъй като не им обръща много внимание. Когато другите деца вземат някоя от играчките му, Афонсо „не се бие за тях“, когато другите деца се доближават, поглеждайки го любопитно, Афонсо не ги отблъсква, но „просто“ не проявява същото любопитство, игнорира ги и става резервиран [не е ангажиран с връстниците].

Изказване на местен интервенционен екип

**RBI —
Базиран на
ежедневни
дейности
интервюта**

Накратко, ние трябва да оценим и помислим за:

- **Ангажираността и участието на детето в ежедневните дейности;**
- **Начинът, по който контекстите насърчават и засилват детското участие;**
- **Как да увеличим възможностите за участие на детето в ежедневните дейности, които се ценят от семейството.**

При ориентиран към семейството подход оценката на децата е интерактивен и нелинеен обмен между семейството и специалистите, оформен и провеждан по приоритети на семейството, за тях и детето им. Може да звучи просто, но е моментът, в който са забелязани най-големите трудности при прилагането на този тип подход, а именно относно това, което се отнася до практиките за участие и затова избрахме да опишем оценката като гъвкав и динамичен процес, а не като „книга с рецепти“ за инструменти или техники за оценка. Техническото качество при оценяването на децата може да включва, наред с други, знанията за нормалното развитие на децата между 0 и 6 години, нетипичното развитие, различни методики за оценка и др. Макар и съществен, компонентът техническо качество не е достатъчен, за да позволи на специалистите да прилагат препоръчителни практики в процеса на оценяване на детето като част от ориентирания към семейството подход. Всъщност съществува риск службите да отдалечат семейството от това, което би могло да бъде най-добрата форма за подкрепа за истинското включване на тяхното дете, ако практиките за участие не се вземат предвид в този процес.

Това е област, в която се счита за необходимо да се инвестира в развитието на професионални компетенции, както по отношение на обучението, така и за споделянето между екипи и подкрепата при супервизия.

Много важен въпрос е да се разграничи каква е целта на оценката

**Цели за оценка
при РДИ**

Оценка на детето при РДИ, за какво?

- **Да се предостави информация на семейството и да се направлява план за интервенция, който отговаря на техните приоритети.**

Но тази цел не винаги е ясна, което може да доведе до някои проблеми:

- **Проблем 1** — Оценката се осъществява с цел събиране на информация, предназначена изключително за специалиста;
- **Проблем 2** — Официалната оценка на допустимост се използва за идентифициране на нуждите на децата и семействата и ръководи индивидуалния план за семейни услуги;
- **Проблем 3** — Подценяване на смислените нужди и цели за ежедневието на семейството

Проблем 1

Оценката се осъществява с цел събиране на информация, предназначена изключително за специалиста

При традиционната оценка информацията се събира според това, което доставчиците на услуги считат за необходимо и тези дейности принадлежат изключително на специалистите, считани за експерти по тази тема (McWilliam, Winton, & Crais, 1996).

Често изборът на инструменти и методологии, които се използват, се основава изключително на нуждите на специалиста. Въпреки че проблемите и нуждите на семействата се идентифицират, те лесно се забравят и изместват от фокус към собствените притеснения на специалистите.

Имах нужда от помощ, тъй като той е толкова неспокоен, много ми е трудно да го приспя и той няма да спре през нощта. Чувствам се толкова уморена!... Мисля, че специалистът не чу нито дума от това, което казах. Тя каза, че ще направи проучвателна оценка и тогава ще бъде взето решение какво да се прави.

Изказване на семейство, подкрепено от SNIPI

В следващия пример, докладван от местен интервенционен екип, специалистите могат да вземат предвид семейните нужди, но въпреки това те прибягват до множество тестове и записи, които не винаги са подходящи за оценка на тези нужди.

В начален етап процесът на оценяване се проведе с официалната оценка на детето с цел идентифициране на интервенционните области и заедно със семейството, за да се установят техните нужди и очаквания. Някои от приложените инструменти бяха: таблици за оценка на Портидж (адаптирани); тест на Шеридан; записи на натуралистично наблюдение; скала за речево развитие на Рейнел; тест за детска речева оценка (CLAT); тест за слухово разграничение; тест за вербална артикулация; тест на Кийт-Бийъри за развитие на визуално-двигателна интеграция; тест за идентификация на езикови умения; скала на Рут Грифитс за психично развитие; анкета за семейни нужди и въпросник за качество на живота. Детето беше оценено по отношение на ICF-SY, за да очертае функциониращия профил. Въз основа на този профил и семейните нужди беше разработен индивидуален план за семейни услуги на детето.

Изказване на местен интервенционен екип

Получатели на информация: семейството или специалистът?

СПРЕТЕ, ЗА ДА ПОМИСЛИТЕ

- Към кого е адресирана оценката на детето?
- До каква степен семейството контролира целия процес?
- Какъв вид участие могат да имат?
- За кого отговаря тази оценка?
- Как да поискаме от семейството да се ангажира с интервенция, ако те не участват от момента на оценка?



Натрупаният опит по време на оценката при РДИ може да повлияе на ролята, която семейството възприема през целия процес на интервенция. Ако искаме семействата да чувстват, че държат контрола, нашата оценка също следва да отразява ориентирания към семейството подход.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ 1

„Техническа та компетентност е задължение на специалисти те по ранна интервенция“ (Greenspan & Meisels, 1996)

При ориентираната към семейството оценка фокусът на вниманието следва да пада главно върху предоставянето на информация, която родителите искат, което изисква предварително задълбочени познания относно техните притеснения и приоритети, отнасящи се до тяхното дете.

Акцентът е поставен върху промяна на адресата на информацията, която ще се събира — семейството — и начина, по който процесът следва да се води. Компонентът техническо качество на специалиста — знания, специализация и компетенции, свързани с развитието на детето, овладяване на инструменти и методологии, информация за патологии и др. — ще бъде основен в подкрепа на избора и исканията за информация на семейството.

Екип, състоящ се от специалисти от различни дисциплинарни области, работещи по трансдисциплинарен модел и който осигурява ефективната взаимовръзка с други услуги, улеснява условията за добре проведен процес на оценка.

Проблем 2 | Официалната оценка на допустимост се използва за идентифициране на нуждите на децата и семействата и ръководи индивидуалния план за семейни услуги

McWilliam (2010) предупреждава за „ненужни оценки“ и случайно объркване между различните възможни цели на оценката:

Оценка за допустимост Да се установи дали детето отговаря на критериите за влизане в РДИ, при които могат да се използват официални процедури за оценка на развитието;

Оценка за планиране на интервенцията: Да се разработи план за семейна подкрепа, който да засили развитието на детето и да поддържа адекватни стратегии за интервенция при детето и семейството в различните им контексти. Методиките, които описват функционалността на децата и използването (или не използването) на техните функционални умения в техните контексти и процедури са привилегирани;

Оценка за мониторинг на интервенцията: За да продължим да приспособяваме интервенцията към променящите се нужди на детето и семейството, следва да оценяваме резултатите от интервенцията, като адаптираме приетите стратегии, когато е необходимо.

За всяка от тези цели и предвид това, което всъщност е необходимо във всеки момент от цикъла на оценка/интервенция, следва да се изберат различни методологии заедно със семейството.

Понякога обаче оценката за определяне на допустимостта (с помощта на нормативни тестове) се обърква с оценка за РДИ, която има за цел да оцени детето, като се вземат предвид нуждите, приоритетите и ресурсите, които семейството може да вложи в използването на РДИ, за да се създаде индивидуален план за интервенция — това очевидно трябва да се направи.

Но официалната оценка за целите на допустимостта не винаги е необходима, в зависимост от предишната информация при включване в системата на РДИ.

Въпреки че е от основно значение да се определи дали детето отговаря на критериите за допустимост или не, всъщност през първите срещи със семейството, оценката на ситуацията за допустимост може да се състои само от преглед на всички доклади/записи, които семейството вече има, а при обсъждането на необходимостта от официална оценка на развитието ще се вземат под внимание тези и други

фактори. Например семейството може да се иска да разбере дали детето им, макар и пряко да отговаря на критериите за РДИ поради определена диагноза, показва известно забавяне от очакваното развитие за неговата или нейната възрастова група, или може дори да искат знаят повече за силните страни и трудностите на детето. В тези случаи официалната оценка може да предостави информация за нивото на развитие на детето, като отговори на техните опасения. По този начин необходимостта от официална оценка на детето ще бъде потвърдена според ориентирания към семейството подход.

Увеличете
максимално
екологичната
валидност на
оценката

Официалната оценка на развитието на С. също беше планирана със семейството, за да се помогне за идентифициране на силните и слабите страни и да се очертаят целите на интервенцията. Екипът отрази и предложи оценката като „етап в процеса“ и без да даде възможност на семейството да реши дали това ще е една от техните нужди (оценката не беше необходима, за да се вземе решение за допустимостта, тъй като състоянието на детето вече отговаряше на критериите за клинична диагноза), въпреки че майката се съгласи с това. Въпреки това, по време на оценката и при споделянето на резултатите, специалистите и майката считаха, че тези моменти са от голямо значение, тъй като предоставят възможност да се обмисли какво би се очаквало за възрастовата група на С., неговите силни страни и трудности.

Изказване на местен интервенционен екип

Официалната оценка на развитието с цел установяване на допустимостта обаче може да бъде предпоставка, изисквана от координацията на определена служба. В този случай винаги ще се прилага принципът да се информира и да се включи семейството, като се обяснява причината, поради която този тип оценка следва да се проведе. Следователно, дори ако това изискване съществува, нищо не бива да отменя или заменя нуждите на семейството и затова е важно цялата допълнителна оценка да се съсредоточи върху притесненията и приоритетите на семейството, без да се ограничава с резултатите от формалната оценка.

От друга страна, португалската система счита, че децата, които попадат в рискови условия за развитието си, също са допустими (например: биологични състояния — недоносеност, предродилни, родилни и следродилни усложнения, травми, инфекции на ЦНС и др.) или дължащи се на средата рискови фактори — изолация или бедност, физическо или психиатрично ограничаващо заболяване, пасивна или активна злоупотреба и др.), тъй като те могат да пречат на развитието и благосъстоянието на детето. В тези ситуации и въпреки определените критерии за допустимост, официалната оценка на развитието често се използва за определяне на съществуването или липсата на забавяне в развитието.

Въпреки това оценките, основани изключително на официални тестове, повечето от които са с характеристики на тестове, използвани при по-големи деца, с проверяващ, който не е запознат с детето, и се провеждат в изкуствена среда, не са най-показателните за планиране на интервенцията, която се случва в контекстите и ежедневието на детето (Greenspan & Meisels, 1996), както ще видим по-нататък.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ 2

Важно е да се знае как да се разграничат различните цели на оценката, като се избягва обръкване на оценката за допустимост с оценката за интервенция.

Проблем 3 | Подценяване на смислените нужди и цели за ежедневния живот на семейството

Силата на специалистите като експерти в момента на оценяване на детето води до оценка, която е прекомерно основана на изкуствени и неконтекстуални примери от развитието на детето, като се използват само нормативни тестове, което често се превръща в резултати от оценката на това, което детето „не прави“ и „не може да прави“, сравнявайки представянето му с това, което се очаква от неговата/нейната възрастова група.

Оценката, фокусирана върху официалните и нормативните резултати, води до фокусиране върху получаването на услуги, подценявайки идентифицирането на значими нужди и цели за ежедневния живот на семействата.

Тези резултати могат да бъдат важни за определяне на допустимостта, за проследяване на напредъка на развитието на детето или за отговор на съмненията на семейството и специалиста, но те не предоставят информация за ежедневна интервенция и за някои семейства тази информация може да бъде нежелана или неприятна.



НЕ ЗАБРАВЯЙТЕ

Семейството може да не е експерт по детско развитие или тестове за официална оценка, но със сигурност са най-добрите експерти за своето дете.

В следващия пример можем да видим колко често се случва да се съсредоточим върху това, което детето не може да направи или върху неговия дефицит, като предлагаме ориентираната към детето интервенция за коригиране на тези дефицити.

Л. бе оценен по таблица за растеж на уменията П. С изключение на движението, нивото му на развитие беше под очакваното за възрастта му. Освен това логопедът проведе неформална оценка, която установи някои свързани проблеми. Л. беше дете, което избягваше контакта с очи, при него липсваше символична игра, нямаше устен реч, произнасяше само нетипични вокализации и рядко отговаряше на името си. Той показва многократно използване на предмети и особен интерес към техните специфични части, които наблюдаваше от страни ъгли и с очевидно прекомерно внимание. Л. проявяваше странен интерес към писмени материали, не проявяваше интерес към взаимодействието с връстници и проявяваше голяма съпротива срещу промяната на ежедневните занимания. Неговата сензорна интеграция и обработка на информация (зрителна, слухова, тактилна) очевидно бяха необичайни. Съставянето на индивидуален план за семейни услуги беше основано на резултатите от тази оценка.

Изказване на местен интервенционен екип

**Екипна
рефлексия:
Как да
проведем
оценката в
нашия екип?**

Ако използваме официална оценка на развитието, с нормативни тестове, за да определим необходимата интервенция, бихме могли да изпращаме противоречиви послания до семейството, а именно за това как протича развитието на детето и за способностите на семейството в подкрепа на развитието на детето. Представете си, че оценката показва речеви умения под очакваното. Идентифицирането на проблеми в развитието в такава специфична област не предоставя на специалистите полезна информация, която да им позволи да насърчават възможностите за учене и развитие.

Тези официални резултати често водят до презумпция, че интервенцията следва да се основава на предоставянето на логопедични услуги. Освен това официалното идентифициране на слаба зона не

означава непременно, че има функционален проблем в ежедневните занимания на детето, особено когато това не е семейна нужда, тогава усилията за интервенция едва ли следва да се съсредоточат върху тази област.

Вероятно прекалено много време се губи в оценки, насочени към получаване на услуги, които ще допринесат много малко за ориентирана към семейството интервенция и малко или никакво време се изразходва за събиране на значителна информация в подкрепа на това, което семейството има нужда за детето си в различни контексти.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ 3

Оценката за интервенция се основава на идентифициране на реалните нужди на детето и семейството в тяхното ежедневие и в различните им контексти, водещи до списък на функционални цели с реално значение за семейството

Следователно оценката на функционалните потребности, идентифицирани от семейството, ще доведе до интервенции въз основа на реалното ежедневие на детето и семейството, с реално значение и които ще имат значение в насърчаването на възможностите за учене на детето.

Важно е също така да се подчертае, че стандартизиран набор от процедури, използван по подобен начин с всички семейства, участващи в РДИ, едва ли ще отговори на уникалните нужди от информация на всяко семейство и няма да допринесе много за ежедневната подкрепа, която им е необходима.

Оценката при РДИ е момент на споделяне между семейството и специалиста с цел информиране на семейството и насочване на планирането за интервенция, която е адекватна на техните приоритети. Ако имаме предвид тази цел, от тези оценки могат да се получат редица ефекти, които са от съществено значение за прилагането на ефективен и ориентиран към семейството план.

Какво се очаква от оценката на децата при РДИ:

- **Идентифициране на компетенциите и уникалните нужди на детето и на силните страни и нуждите на семейството, свързани с развитието на детето;**
- **Познаване на контекста и ежедневието на детето, идентифициране на нивото на участие и независимост;**
- **Принос на родители и други лица, полагащи грижи, за оценката на уменията на детето;**
- **Информирани решения на родителите;**
- **Установяване на естеството и обхвата на необходимата подкрепа за детето и семейството.**

4.4.3 Как да приложим оценката на детето от гледна точка на семейството

РДИ се разви от ориентиран към детето процес към ориентиран към семейството и други контексти като цяло. Оценката неизбежно следва същата иновативна насока, която се разпростира извън детето и включва семейството и други контексти, оценявайки екологична перспектива, отразена върху ориентирания към семейството подход и материализирана чрез трансдисциплинарна работа.

Оценка „по индивидуални размери“ ≠* оценка „прет-а-порте“

Резултати от оценката на децата при РДИ

Съдържание и тип на информация, която трябва да се събира при оценка на деца

Предназначена е да бъде началото на дълго пътуване в областта на РДИ, където ще се появят многобройни възможности за взаимоотношения между родители и специалисти.

Кои инструменти можем да използваме?

**Процес,
формат или
стратегии за
събиране на
данни
при оценка
на детето**

„Няма магически инструменти или въпросници, които да заменят автентичното разбиране, породено от продължително познание, взаимно доверие и разбирателство.“

(Turnbull, 1991, с. 39)

Точно както при определянето на семейните приоритети и ресурси, начинът на събиране на информация също е толкова важен, колкото и избраният инструмент, когато се оценява детето. Важно е семейните предпочитания, начин на живот и културни вярвания да се уважават. Слушането на семейството, предлагането на различни решения и алтернативи, които да помогнат за събирането на информация за техните притеснения относно детето им, обясняването на предимствата и недостатъците на различните варианти, дава възможност на семейството да направи информиран избор.

За да планират индивидуална оценка, специалистите трябва да събират достатъчно информация за детето, като винаги имат предвид целта на тази оценка: да събират информация, водеща до планирането на ефективна интервенция. И тя ще бъде ефективно само ако отговаря на притесненията и приоритетите, определени от семейството, и ако насърчава ученето, развитието, ангажираността и участието на детето.

„Спасете ни от документа, който съдържа главно резултати от контролния списък и тестовите за развитие и изброява само това, което нашите деца не могат да направят, и означава такъв ад за родителите!“

(McGonigel, Kaufman, & Johnson, 1991, стр. 44)

Има налични инструменти и компоненти за обучение за специалисти, които желаят да задълбочат методологиите за ориентирана към семейството оценка. Но те трябва да бъдат внимателно избрани, за да съответстват на характеристиките на децата и семействата и обучението и опита на специалистите, както беше споменато по-горе.

Сега е важно да се анализират и разберат практиките за оценяване на децата, които насърчават овластяването и изграждането на капацитет на семействата при РДИ въз основа на поетапен процес, който гарантира сътрудничество.

Този процес може да бъде улеснен, ако разгледаме три етапа на оценка: (а) планиране; б) провеждане на дейности; и (в) споделяне на резултатите. Вярваме, че анализът на тези три компонента ще допринесе за подкрепа на промяната и ще доведе до ориентирана към семейството оценка (Crais, 1997).

Планиране на оценката със семейството

Начинът, по който се осъществява планирането на оценката, ще помогне да се установят първите стъпки в отношенията на сътрудничество, както и в планирането на единна оценка, адаптирана към нуждите и приоритетите на всяко дете и семейство (Able-Boone & Crais, 1999).

Да се отдели достатъчно време за планирането на оценката е условие да се даде възможност на семейството и специалистите да очертаят съвместно индивидуална оценка, която отговаря на притесненията и приоритетите на семействата.

Този момент е разширение на обмена и събирането на информация, които вече са започнали по време на първите срещи със семейството и които ние наричаме „идентифициране на семейните притеснения, приоритети и ресурси“. Целта е да се установи какво възнамеряваме да постигнем с процеса на оценяване от гледна точка на различните интервенционни страни (Bailey & Wolery, 1992).

По време на тази първа стъпка в процеса на оценяване семейството и специалистите ще обсъдят и съгласуват как да се проведат моментите на оценяване, анализирайки различни полезни параметри за извършване на оценката в съответствие с притесненията и приоритетите на семейството.

Задаването на три основни въпроса би могло да насочи специалиста:

Какви са очакванията на семейството към момента на оценка на детето им? До каква степен тези очаквания съответстват на тези на специалистите, участващи в оценката? В кои аспекти очакванията на семейството относно участието им в оценката на детето им отразяват техните по-широки очаквания?

Следва да се събира и споделя информация и за следните области:

- **Характеристики на детето;**
- **Предпочитания на семейството относно тяхното участие;**
- **Семейни приоритети за детето и самите тях;**
- **Документи на детето и други данни относно оценка и предишна диагноза.**

(адаптирано от McGonigel, Kaufman, & Johnson, 1991)

Целта на това планиране е;

- **Да се идентифицира какво искат или трябва да получат семействата от оценката**, т.е. да се изяснят притесненията или въпросите, които семейството има и би искало да реши. Например, ако искат да знаят дали детето има забавяне в развитието или не, ако искат да научат най-добрия начин за подпомогне развитието на детето им, или ако искат да разберат за възможностите или ограниченията на детето в определена област и т.н. Тази информация може да помогне да се избере видът на инструмента, който ще се използва, както и да се установи дали има съгласие между семейството и специалиста относно целта на оценката;
- **Да се идентифицират предпочитанията на семейството и приоритетите по отношение на оценката**, т.е. да се избере: час, ден, място (или места) на оценката; хора, които следва да участват; ред на представяне на дейностите и др., като се вземат предвид характеристиките/ежедневието на детето и семейството;
- **Да се идентифицират областите и дейностите на детето, считани за силни страни**, т.е. да знае кои обстоятелства, хора, материали, играчки, дейности и/или стратегии могат да помогнат на детето да се чувства комфортно по време на моментите на оценяване и по-добре да проявява своите способности;
- **Да се определи кои роли може да изпълнява семейството по време на оценяването**, т.е. да се обсъдят ролите, достъпни за всеки участник, и да се определят задачите, които всеки ще изпълнява, в съответствие с непрекъснатото разграничаване от по-малко активно участие на родителите до максимално активно участие, тъй като това ще бъде обсъдено в следващата стъпка на оценката;

- **Да се проучи как са били проведени предишните оценки**, т.е. да се разбере кое е по-успешно и кое е по-подходящо за семейството;
- **Да се идентифицират и опишат методологиите за оценка, които ще се използват, и уместността на събраната информация**, т.е. да се определят основните параметри на процедурата за оценка (официална или неформална оценка, идентификация на контекстите, в които детето да се наблюдава, хората, които ще бъдат включени) и какъв тип информация ще се събира;
- **Да се определи как, къде и кога ще бъдат обсъдени различните резултати**, т.е. дали тази дискусия ще се проведе веднага след оценката, кой ще участва и дали семейството желае да разполага с тази информация в писмен вид.

След обмислянето на тези въпроси, акцентът върху оценката на детето се засилва като момента, в който информацията ще бъде събрана и предоставена от и на семейството, за да се улесни процесът на вземане на решения при оценяването и интервенцията, с ефект върху засилване, овластяване и насърчаване на взаимоотношенията между родители и специалисти (Able-Boone & Crais, 1999; Crais, 1993; Crais, 1997; Miller & Hanft, 1998).

Семейството, което се съгласи на оценка на детето им, даде възможност незабавно да се пристъпи към планирането на оценката. По отношение на представените въпроси и притеснения, в съвместен анализ с майката и детския учител беше разгледана уместността на прилагането на скалата на Грифитс за психично развитие. Беше предоставена обща информация и разяснения относно предложената скала (за какво става въпрос и как се разбира за способностите на детето, как и кой ги прилага и приблизително колко време ще отнеме на детето и интервенционните страни). Вярваме, че тази информация може да допринесе за по-голямо изграждане на капацитет и самочувствие на семейството и полагащите грижи през този момент и на следващия етап (официална оценка на развитието) от процеса на РДИ. Определянето на участващите специалисти, които трябва да се вземат предвид в момента на оценяване, местоположението и видът участие на страните бяха обмислени заедно със семейството.

Изказване на местен интервенционен екип

В тази съвместна рефлексия специалистите могат да споделят своите съмнения относно вида информация, която трябва да получат, или относно процедурите, изисквани от службите — оценката на функционалното ниво на детето в определена област, или оценката за допустимост, или всеки друг вид информация, която специалистите считат за подходяща. В такъв случай е важно цялата събрана информация да бъде надлежно контекстуализирана и обяснена на семейството, като се уверите, че тя не отменя основната цел на оценката: да предостави на семейството желаната информация за тяхното дете.

Заедно със семейството бе планиран начинът на провеждане на интервенцията, като се отчете необходимостта от разбиране на проблемите на семейството и от оценка на критериите за допустимост за интегриране в Националната система за интервенция в ранна детска възраст. Изглеждаше така, сякаш би било необходимо да се проведе и официална оценка за развитието на младото момиче. Тази ситуация беше обяснена на семейството, включително как може да се проведе тази официална оценка (оценка от специалисти, за предпочитане в присъствието на родителите, в образователна или домашна обстановка, както те биха предпочели, като се вземат предвид и евентуалните трудности на семейството при пътуване).

Изказване на местен интервенционен екип

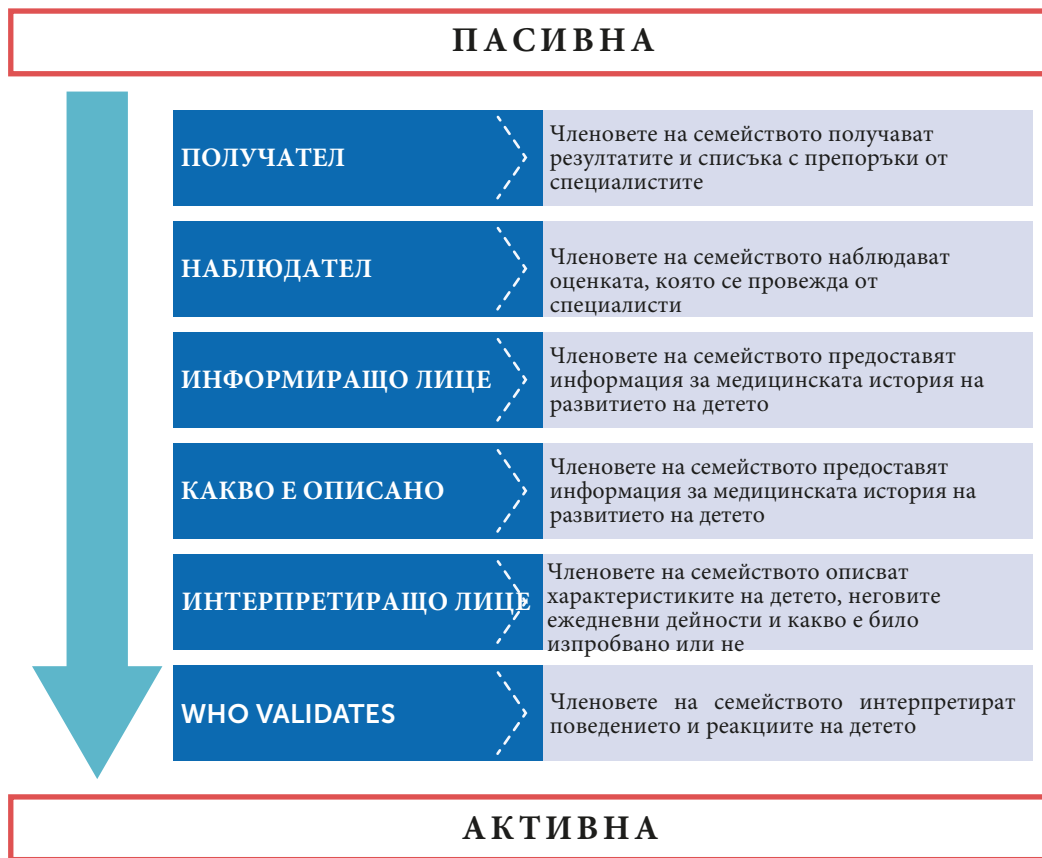
Ролята на семейството при провеждане на оценката

Когато екипът, включително семейството, постигне консенсус относно целите и процедурите за оценка, е време да се премине към етапа на събиране на предвидената информация. На този етап се използват различни методи за събиране на данни (тестове, наблюдения, интервюта и т.н.) и всеки от тях ще изпълнява ролята, договорена при предишните срещи.

Семействата могат да предпочетат да участват в оценката по различни начини, и за да им помогнат да изберат, специалистите следва да опишат различните налични възможности (Фигура 4.3).

Континуум между активната и пасивната роля на семействата

Фигура 4.3 Семейни роли в оценяването (адаптирана от Bailey et al., 1991; Crais, 1993, 1997)



Въпреки разнообразието от роли, не всички семейства избират активно да участват в оценката на своите деца. Някои семейства избират по-малко активни роли и това може да се дължи на различни причини, например, защото те са в началото на интервенцията и не се чувстват комфортно, или защото работните им графици не позволяват участието им.

Планиране на оценката: Майката информира, че Д. Л. е преминала официална оценка в Центъра за развитие на деца и е предвидена неформална оценка в дневния център, където ще бъде възможно да се наблюдава взаимодействието между връстници. Майката сподели, че присъствието може да повлияе на представянето на Д. Л. и затова няма да присъства на оценката, но по-късно ще се срещне с екипа за обратна връзка. Екипът също щеше да получи доклада с официалните данни от оценката на развитието (критерий за допустимост 1.1. забавяне на речта (разбиране и изразяване) и практически разсъждения. Допълнителни опасения относно дефицита на комуникация и социално взаимодействие, недостатъчен контакт с очи и нисък праг на толерантност към неудовлетвореност).

Неформалната оценка се провежда в дневния център и беше проведена от логопеда на местния интервенционен екип чрез натуралистично наблюдение и събиране на данни от детския учител. Възможно е да се утвърдят опасенията на майката и на предучилищния учител относно ограниченията по отношение на словесното изразяване, разширени до общата комуникация с връстници и възрастни. Д. Л. отговаря на името си, назовава снимки, бори се за предмета, който предпочита, и имитира поведението на връстниците си. Когато взаимодействието е осъществено от възрастен, социалното взаимодействие между Д. Л. и неговите колеги се увеличава.

Изказване на местен интервенционен екип

Можем да обобщим следните основни дейности в този компонент на оценяването (провеждане на оценката): Да се извърши официална или неформална оценка, която включва прилагането на стандартизирани тестове, критерий, свързан с тестване или наблюдение на детето в различни условия, винаги по гъвкав начин. Семейството може да регистрира поведението на детето с помощта на инструменти за оценка и да предостави валидна информация въз основа на наблюденията, които са в състояние да направят в ежедневните контексти и дейности на детето (Able-Boone & Crais, 1999; Allen & Petr, 1996; Miller & Hanft, 1998);

- Да се споделя информация и съображения относно представянето на детето, включително това, което се наблюдава. От една страна, семейството може да помогне за правилното интерпретиране на поведението, проявено от детето. Те могат също така да посочат дали това е обичайното поведение, което правилно характеризира детето, или, напротив, това не е обичайно проявено поведение, и дали обстоятелствата за оценка могат да обуславят детето. От друга страна, специалистът може да открие някакъв вид безпокойство, което все още не е споменато от семейството, като внимава особено с начина на предаване на информацията, за да се избегне появата на нови опасения и последващата тенденция да се дава приоритет на други области на интервенция. Целта е да се сподели информацията, открита от специалистите, като се даде възможност на семейството да взема информирани решения относно включването или не на този аспект в техните приоритети;

- Да се споделя информация за това, което се наблюдава, като се вземат предвид семейните притеснения и приоритети и се направи връзка със следващите стъпки от планирането на оценката. Това споделяне, като се имат предвид първоначалните проблеми на семейството, помага да се разберат техните въпроси или съмнения, като

Участието на родители и други лица, полагащи грижи, е основната съставка в ориентираната към семейството интервенция, но понякога загубена в опита да се гарантира участието на семейството в оценката, когато забравяме, като специалисти, че участието на родителите може да предположи разнообразие от форми и че ролята на специалистите е да им представят различните възможности за избор.

Важно е да се уважава изборът на семействата, като им се предлага възможност да коригират своята роля и ниво на участие в цялата интервенция. Както Crais (1993) изтъква, по-важно е да знаем кои роли са били представени на семейството като налични и как този избор е бил подкрепен от специалистите, отколкото да знаем каква роля е избрало семейството в оценката.

Споделяне на резултатите

По традиция специалистите, провеждащи оценката, споделяха резултатите само на финалната среща.

Участието на семейството е променлива величина: Семейството избира нивото си на участие в оценката

Въпреки това, в ориентирания към семейството процес се препоръчва информацията да бъде взаимно споделяна веднага след като бъде събрана, засилвайки идеята за „обмен на информация“, като се започне с изслушването на семейната гледна точка: „Как мислите, че мина?“ Държа ли се синът ви/дъщеря ви както обикновено?“ По този начин ние оценяваме техните уникални знания за детето им и им даваме власт.

Дори ако някои официални тестове могат да бъдат цитирани само на по-късна дата или ако официалният момент на обща дискусия се осъществи на друга среща, тази обратна връзка следва да бъде незабавна и най-вече да бъде използвана и свързана със следващите етапи на оценката/интервенцията.

Например, когато анализираме представянето на детето в конкретна задача, можем незабавно да мислим за естествената среда и ежедневните занимания, където тези умения също могат да бъдат наблюдавани, или за начина, по който детето ги използва. По този начин ние придаваме смисъл на оценката и споделяме това значение със семейството (Crais, 1997). Споделеното трябва да е полезно и да има стойност за семейството и да улеснява вземането на решения.

Семействата могат да бъдат истински членове на екипа само ако имат достъп до същата информация като другите участници, за да формират мнение или да дават препоръки.

Съгласих се незабавно с детския учителя да оцени Марта, за да идентифицира проблема, който би могъл да попречи да добие способността да ходи правилно. Марта беше оценена от психолога и физиотерапевта, които изразиха мнението си и ме успокоиха, предоставяйки стратегии за подпомагане на дъщеря ми в този процес, тъй като основната пречка за придобиването на правилно ходене беше страхът и липсата на увереност. Тези стратегии бяха от решаващо значение за нейното развитие.

Изказване на семейство, подкрепено от SNIPI

Семействата, които не са доволни от процеса на оценяване, често споменават, че причината за това не е била коректността на споделената информация, а начинът, по който тя е била споделена. Често се съсредоточават върху това, което детето не може да прави, или върху неговия дефицит (Crais, 1997).

На този последен етап семейството и специалистите следва да обсъдят мнения, да определят цели, да определят ресурси и да решават кои интервенции ще са необходими (Bailey & Wolery, 1992). Следователно това, което се споделя, следва да бъде полезно и ценно за семейството и да улеснява вземането на решения.

Откритият диалог между семейството и специалистите относно непосредствено наблюдаваното поведение може да намали обема информация, който традиционно се обсъжда в края на процеса на оценяване (Crais, 1996). Въпреки това, ако и когато съществуват различни процедури за оценка, използващи няколко източника на информация и инструменти, може да се наложи среща за улесняване на споделянето и обсъждането на получените резултати между семейството и участващите специалисти.

Този момент е особено важен, ако семейството не е присъствало по време на процеса на оценка. При валидиране на резултатите от оценката на детето (получени чрез по-официални инструменти и методи) и чрез информиране на специалистите за поведението на детето им в неговите контексти и занимания, семейството участва и допринася за по-полезна и автентична оценка. И интерпретирането на резултатите от оценката следва да бъде съгласувано между семейството и специалиста.

Съвети за практики за оценка на качеството

- Проведете общ преглед на данните от оценката, като започнете с това, че дадете възможност на семейството да говори: попитайте ги за техните впечатления и мнение за уменията и нуждите на детето и за последващите притеснения;
 - Свържете официалните резултати от оценката, която сте извършили, с наблюденията и впечатленията на семейството относно представянето на детето;
 - Попитайте семейството, за да разберете дали на първоначалните им притеснения (относно детето) е отговорено правилно или все още има някаква област, която следва да бъде изяснена/задълбочена по различен начин;
 - Ако трябва да съставите доклад, включете споделените от семейството наблюдения и впечатления и го потвърдете със семейството. Семейството следва да съхранява копия или оригинали на всички документи, свързани с оценката;
 - Уверете се, че има консенсус между семейното възприятие и вашето отношение относно функционирането на детето.
- Ако това са практиките на специалиста по РДИ, тогава може да се стартира индивидуален план за семейни услуги, по-специално за областите, касаещи способностите и характеристиките на детето, притесненията и приоритетите на семейството и списъка на целите, които трябва да бъдат постигнати.

С разделянето на процеса на оценяване на три части (планиране, провеждане и споделяне на резултатите) е по-лесно да се разбере, че дейностите по оценяването са многобройни и изключително важни за екипа за интервенция, семействата, и специалистите, по начина, по който той хармонизира и кара очакванията и формите на бъдещото партньорство да работят съгласувано.

Начинът, по който протича целият процес, с уважение към контекста и дейностите на семейството, с местния интервенционен екип като партньор, и с оценка на техните грижи и нужди, е от решаващо значение за неговия успех и добро развитие. Официалната оценка на развитието също беше момент за насърчаване на успеха, тъй като беше добре планирана. Семейството участва, като избра да поеме централна роля, а възвръщаемостта на резултатите се основаваше на качествена оценка и силните страни, открити в детето. Изказване на местен интервенционен екип

Накратко, събирането на данни с родители, други полагащи грижи и детето следва да послужи за подготовката на план за интервенция, където да се отразят притесненията, приоритетите и ресурсите на семейството, както и характеристиките и нуждите на детето.

Поетапна оценка: Как да постигнем ориентирана към семейството оценка

- Разберете притесненията, приоритетите, надеждите и убежденията, които родителите имат относно децата си;
- След като тази информация бъде получена, тя следва да се използва като ръководство при всички дейности по оценка;
- Семействата и специалистите решават формата, съдържанието, инструментите и методологиите за оценка;
- Семействата и специалистите решават заедно кои са участниците (кои специалисти, с какъв вид обучение, дали други полагащи грижи и значими хора за детето и т.н.) и местоположението/контекстите;
- След оценката анализирайте как са разгледани приоритетите на родителите

Беше събрана информация относно функционирането на детето, „силните страни“ на Марта и нейното семейство, очакванията на семейството и детския учител, както и тяхната загриженост. Освен неформален разговор, процесът на събиране на данни се основаваше на преки и неформални наблюдения на детето в естествен контекст (къща и детска градина), на базирано на ежедневни дейности интервю (RBI) (ScotКолкото повече семействата участват в процеса на оценяване, толкова по-активни и по-щастливи ще бъдат те относно резултатите (Crais, 1996).t & McWilliam, 2000), екологична карта, анамнеза, таблица за оценка на впечатленията на учителите от ежедневните занимания и ангажираността на детето (SATIRE) (Clingenpeel & McWilliam, 2003) и таблица за растеж на уменията II.

Индивидуалният план за семейни услуги беше подготвен не само с данните от прилагането на тези инструменти, но и от проведените неформални разговори.

Изказване на местен интервенционен екип

Колкото повече семействата участват в процеса на оценяване, толкова по-активни и по-щастливи ще бъдат те относно резултатите (Crais, 1996).

По този начин активното участие на семействата в този начален етап от цикъла на оценка/интервенция се счита за „начало“ на усилията за сътрудничество по време на последващата интервенция (Crais, 1997).

Честото позоваване на някои специалисти по РДИ на „нежеланието на семействата“ за интервенция може да придобие различен смисъл, когато неформално анализираме начина, по който този специалист е провел процеса на детска интервенция с онези семейства, които определят като трудни...

Възможно ли е „проблемът“ да е свързан с факта, че оценката и последващото планиране на интервенция не са установени според загрижеността и приоритетите на семейството по отношение на тяхното дете? С други думи, че семейството не е било чуто и/или не е участвало активно в оценката и планирането на интервенция?

ХАРАКТЕРЕН ПРАКТИЧЕН ПРИМЕР



Оценка: Идентифициране на функционалните умения на детето, характеристиките на контекста и притесненията, приоритетите и ресурсите на семейството

Практики на взаимоотношения:
значението на изслушването и
приемането на семейните
притеснения.

Техническо качество: Обръщане
на внимание на
идентифицираните нужди и
цели, които са важни за
ежедневието на семейството.

Практики за участие: Да се
прегледат наличните ресурси
на семейството, които да
бъдат използвани, за да се
отговори на техните
притеснения.

Техническо качество: Да се
разбере нормалното развитие на
детето от 0 до 6 години и
нетипичното развитие, както и
методологиите
за различна оценка

Когато разговаряхме със семейството на Педро, стана ясно, че те имат много съмнения относно поведението на сина си, а също и за начина, по който екипът ще може да им помогне. Когато стигнахме до аспектите, които най-много тревожиха родителите в този момент, те казаха, че забелязват, че той е различен, тъй като е много малък, и че им е трудно да разберат и да се справят с някои страни от поведението му и затова им трябва помощ. Те обаче не можаха ясно да изразят своите съмнения или точно това, от което се нуждаят.

Като се взеха предвид трудностите, споделени от родителите относно техните нужди и вида помощ, която биха могли да получат от екипа, те бяха помолени, когато искат да разгледат и да отговорят на въпросник, който да им помогне да материализират своите съмнения. Родителите приеха веднага и процесът на оценяване започна с попълване на списъка със семейни нужди, където родителите идентифицираха своите затруднения, свързани с това как: да играят и да говорят със сина си; да се справят с поведението му; да получат информация за трудностите, които може да има синът им; и услугите, до които имат достъп. Те споменаха и затруднението, което изпитват при разговорите с членовете на семейството относно техните притеснения и намирането на решения. Пожелаха също така да получат писмена информация по въпроса и да намерят специалисти, които могат да се справят с нуждите на Педро и семейството. Споменаха ползите от срещата с родителите на деца със сходни проблеми. Много от целите на интервенцията сякаш се оформяха...

Създадена бе и семейна екологична карта, тъй като родителите споменаха, че не знаят кого да помолят за помощ, тъй като живеят заобиколени от хора, но всъщност се чувстват самотни и без подкрепа. На кого биха могли да разчитат? По какъв начин? В кои ситуации?

Родителите разказаха, че понякога, когато излизат със семейството, те гледат други деца и забелязват, че синът им не прави онова, което другите деца могат да правят, но тогава се опитат да се убедят, че всички деца са различни и имат свой собствен темп. Педро също ще да направи това. Но много съмнения ги тревожат всеки ден, докато синът им расте: трябва ли вече да ходи? Трябва ли да говори повече на тази възраст? И не би ли трябвало да се интересува от други деца? Това нормално ли е? Как биха могли да му помогнат да се развива? Опитвайки се да разберат как екипът може да им помогне в този аспект, те

попитаха дали има някакъв начин да се разбере дали Педро е на същото ниво като другите деца.

За тази цел на родителите беше обяснено провеждането на възможна оценка на развитието и информацията, която би могла да се събере при този вид оценка. Те смятаха, че информацията може да отговори на някои от техните съмнения и притеснения, и поискаха оценка на развитието. При планиране на оценката, майката каза, че би искала да бъде тази, която насърчава дейностите, тъй като смяташе, че Педро ще се почувства по-сигурен и ще участва по-добре: „Всичко, което трябва да направите, е да обясните какво трябва да направя“.

Друг аспект, подчертан от родителите, бе, че детската учителка споменала, че Педро не общувал с другите деца в детската градина, не участвал в групови занимания и показвал слабо участие в отделни дейности. Родителите не разбираха какво има предвид детската учителка, тъй като Педро е единственото дете в семейството и затова не са имали много възможности да видят как той общува с други деца. Възможността за провеждане на неформална оценка в естествен контекст, в детската градина в този случай, беше обсъдена с родителите, за да се разбере по-добре ангажираността и участието на Педро в тази среда. Бащата предложи официалната оценка на развитието също да се проведе в този контекст, за да може да се събере цялата информация наведнъж и по-бързо. „Преди всичко искаме да знаем как да помогнем на Педро.“

Практики за участие: Ролята на семейството е много важна при планирането на оценката, избора на тяхното ниво на участие и ангажираност в процеса.

Техническо качество: Да се анализира уместността, ефективността и пригодността на всяка методология към специфичните особености на всяко семейство.

СПРЕТЕ, ЗА ДА ПОМИСЛИТЕ

- • В този случай може ли избраният формат за оценка да предостави информацията, поискана от родителите?
- • Може ли родителите и специалистите да получат ясна представа за възможностите на детето?
- • Възможно ли е резултатите да отразяват „истинското дете“?
- • Процесът на оценяване индивидуализиран ли е с цел задоволяване на уникалните нужди на семейството?



4.5. Разработване на индивидуален план за семейни услуги

В тази стъпка от интервенционния цикъл екипът (семейство и специалисти) преглежда цялата събрана и споделена информация в предишните срещи и подготвя индивидуален план за семейни услуги с цели, стратегии, дейности и ресурси, които подкрепят очакванията и нуждите на семейството и допринасят за пълното развитие и по-голямо участие на детето.

При всяка среща между семейството и специалиста, която сме описали, се споделя информация и се обсъждат варианти за интервенция. Това е моментът да се създаде индивидуален план за семейни услуги, който според действащото законодателство, регулиращо ранната детска интервенция в Португалия, се нарича индивидуализиран план за РДИ.

В системата на РДИ индивидуалният план за семейни услуги е важен компонент за нейното функциониране. Можем да го разглеждаме като обикновен документ, но в рамките на ориентираните към семейството услуги ние го възприемаме като важен процес.

Като процес индивидуалният план за семейни услуги определя взаимоотношенията на сътрудничество между семейството и специалистите, при които семейството ръководи интервенцията, като се счита, че техните притеснения и приоритети са признати и уважавани.

Следователно индивидуалният план за семейни услуги ще бъде отражение на ориентираната към семейството интервенция, която започва да се оформя още от първите контакти и се консолидира по време на оценката. Всичко това изглежда лесно, но всъщност изисква промяна в отношението и практиките на специалистите по РДИ (Carvalho, 2004).

Подготовката на индивидуалния план за семейни услуги

Индивидуалният план за семейни услуги като процес: Взаимоотношения на сътрудничество



Разработване на индивидуален план за семейни услуги

Екипът (семейство и специалисти) има възможност да прегледа цялата информация, събрана и споделена в предишните срещи, да даде приоритет на избора на семейството и да договори как тези избори могат да бъдат осъществени и спазвани, и следва:

- Да се вземе решение относно приоритетите;
- Да се разработят интервенционни цели, които трябва да бъдат избрани от семейството;
- Да се договорят стратегии, дейности, подкрепа и услуги, които да доведат до постигане на семейните цели.

Индивидуалният план за семейни услуги като документ: Ръководство за интервенция

Като документ, индивидуалният план за семейни услуги е подкрепата за прилагане на ориентираните към семейството практики и се очертава като привилегирован инструмент и най-големият израз на основната цел, която е овластяване на семейството: той има за цел да даде глас на семействата и да създаде условията, за да поемат контрола при ръководството на интервенцията, която смятат за най-подходяща за техните нужди и приоритети и на тези на техните деца.

Въпреки че двете измерения на индивидуалния план за семейни услуги — процесът и документът — се осъществяват паралелно, измерението „процес“ се оценява по отношение на „документа“, тъй като това, което се случва в сътрудничеството и партньорството между семейства и специалисти е това, което придава значение на записаното в документа.

Без партньорство в основата всичко, което е записано в плана за интервенция, става безсмислено (McGonigel, Kaufman, & Hurth, 1991).

Всъщност, в този процес, където овластяването е основно, важно е да се знае не само дали нуждите са удовлетворени, но и особено начинът, по който се осъществяват ресурсите и мобилизацията на подкрепа по време на планирането и интервенцията.

Преди да се спрем на разработването на процеса на индивидуалния план за семейни услуги от гледна точка на семейството, следва да изясним значението и полезността му.

Индивидуалният план за семейни услуги служи основно за прилагането на всички принципи на ориентирания към семейството подход, като ръководи интервенцията.

Както бе споменато по-горе, ориентираните към семейството услуги имат за цел да отговорят на техните притеснения и приоритети и се стремят да насърчават развитието на взаимоотношения на сътрудничество със семейството, чрез изграждане на капацитет и насърчаване на тяхното овластяване да използват ресурсите за задоволяване на техните нужди. Следователно индивидуалният план за семейни услуги се явява като ключов инструмент за подпомагане на постигането на тези цели. Той следва да покаже, че с помощта на ранната детска интервенция се полагат грижи за цялото семейство и тя се проектира според това, което те искат.

По този начин този трети момент от цикъла за оценка/интервенция цели развитието на индивидуален план за семейни услуги за семейството, и специалистите следва да ги подкрепят в следните стъпки:

1. **Да прегледат цялата споделена по-рано информация;**
2. **Да изяснят целите и да ги опишат по функционален начин;**
3. **Да се идентифицират преференциалните начини за подкрепа и стратегии за интервенция;**
4. **Да се състави индивидуален план за семейни услуги.**

В този момент е важно да се наблегне на промяната по отношение на първите услуги за семейството, тъй като сега то поема ролята на главно вземащо решения лице в процеса на интервенция.

При ориентирания към семейството подход основата на срещите за проектиране на индивидуален план за семейни услуги е уважителна и приветлива атмосфера по отношение на семейството и други лица, полагащи грижи. Всеки трябва да се чувства равноправен партньор в разработването на плана. Тъй като семейството е ключовият компонент на ефективната интервенция, основната цел при подготовката на индивидуален план за семейни услуги е специалистите и семействата да работят заедно, като екип, при определянето на целите и в разгръщането на официални и неформални ресурси, които да помогнат на семействата за постигане на целите, които са избрали.

Затова основната идея е сътрудничеството.

Сътрудничество

Състои се в споделяне на информация, власт и ресурси между поне двама души, програми или услуги, за да се постигнат общи цели (Winton, 1996).

Процесът на сътрудничество се превърна в основа за гъвкав и функционален подход по отношение на подготовката на индивидуален план за семейни услуги (Correia & Serrano, 1998), и именно в този контекст обикновено се провеждат една или повече срещи, когато всички участващи страни се съберат, за да координират своите констатации и идеи относно интервенционния план, за да установят целите и да планират стратегии за интервенция.

За какво служи индивидуалния план за семейни услуги?

Семейството е основния вземащ решения участник

Срещи за индивидуален план за семейни услуги

Кой трябва да присъства на подготовителните срещи по индивидуалния план за семейни услуги?

Освен специалистите от екипа и членовете на семейството, и други лица — специалисти от други служби или членове на неформалната мрежа за подкрепа на семейството (детски ясли, баба, кръстница, по-голям брат и др.), които постоянно участват в семейния живот, може да имат важна роля, затова е важно специалистът да попита семейството дали биха искали те да участват в този етап от процеса. Например: „Забелязах, че няколко пъти споменахте леля на Жоао, която ви е оказвала силна подкрепа и е много привързана към Жоао. Бихте ли искали да я включите в нашите разговори за нуждите на вашия син и как да помогне за удовлетворяването на тези нужди?“ или „Разбрах, че терапевтът, който работи с Жоао в басейна, означава много за вас. Какво мислите да го включите в оценката на нуждите и в определянето на целите на интервенцията в различните контексти, в които участва вашият син?“

Срещата (или срещите) за подготовка на индивидуален план за семейни услуги следва да бъде организирана и в съответствие с предпочитанията на семейството, въпреки че ограниченията във времето често обуславят този вариант.

От друга страна, в рамките на ефективната трансдисциплинарна работа в екип, ВС може да представлява екипа при подготовката на плана. Това ще зависи не само от неговия опит, но и от сътрудничеството, развито в екипа. Всъщност семейството следва да посочи формата на срещата, която отговаря на техните нужди и на нея можКой друг може да присъства освен семейството?

- ВС, след като получи подкрепата на екипа;
- Различните членове на екипа;
- Различните членове на екипа и други лица, полагащи грижи;
- Членовете на екипа, а също и специалисти от други служби;
- Други...

е да присъстват няколко „потенциални“ участници, които да проектират индивидуалния план за семейни услуги заедно със семейството.

Кой друг може да присъства освен семейството?

- **ВС, след като получи подкрепата на екипа;**
- **Различните членове на екипа;**
- **Различните членове на екипа и други лица, полагащи грижи;**
- **Членовете на екипа, а също и специалисти от други служби;**
- **Други...**

След като избере участниците в срещата по подготовка на индивидуален план за семейни услуги, ВС следва да поеме инициативата и да осъществи връзката между всички присъстващи, като изяснява различните роли, подчертава важността на всеки участник, насърчава участието и споделянето, и улеснява комуникацията между всички, уверявайки се, че всички разбират споделяната информация. Ролята на ВС е основна и вниманието му върху тези аспекти може да доведе до промени на този етап.

Мариана, майката на Инес, получава услуги за РДИ от раждането на дъщеря си. Тя бе активен участник във всички първи срещи със специалисти и по време на целия процес на оценяване, срещи за подготовка на индивидуален план за семейни услуги и т.н... Време е да се прегледа планът, на друга среща според указанията на Мариана както обикновено участие взеха няколко лица: ВС, психологът от местния интервенционен екип, детският учител, а също и социалният работник от местна служба. Какво вълнение имаше на тази среща! Всички се познават чрез Мариана и срещата за формализиране на нови цели за интервенцията винаги се празнуваше с мотивация. Мариана винаги е активен участник, като говори за своите притеснения и предоставя основна информация за развитието на Инес.

Именно тя ръководеше интервенцията при дъщеря си. Като ВС винаги се възхищавах. На срещата всички споделиха и обсъдиха информацията от най-новата оценка и наблюдения. „Да, Инес вече участва повече по време на хранене. Успява да изяде супата, без да разлее твърде много“,

беше докладвано сред другите наблюдения и коментари, записани от Мариана. Изведнъж забелязах, че Мариана си замълча. Ентузиазмът на специалистите продължаваше... „Е, Инес все още не контролира сфинктера“, се вмъкна учителят по предучилищна педагогика. Майката все още мълчеше. Мариана въздъхна и смело попита: „Какво още липсва на дъщеря ми?“... Всички замълчаха и се изправиха пред реалността. Колко лесно е да се отнеме ръководната роля на семейството, дори и с най-добрите намерения...

Изказване на специалист по РДИ

Това изказване показва колко важно е да се обърне внимание на комуникацията между всички. В този случай, в своето вълнение и изиграването на ролята си на експерти, специалистите използваха технически жаргон, който веднага „игнорира семейството“.

НЕ ЗАБРАВЯЙТЕ

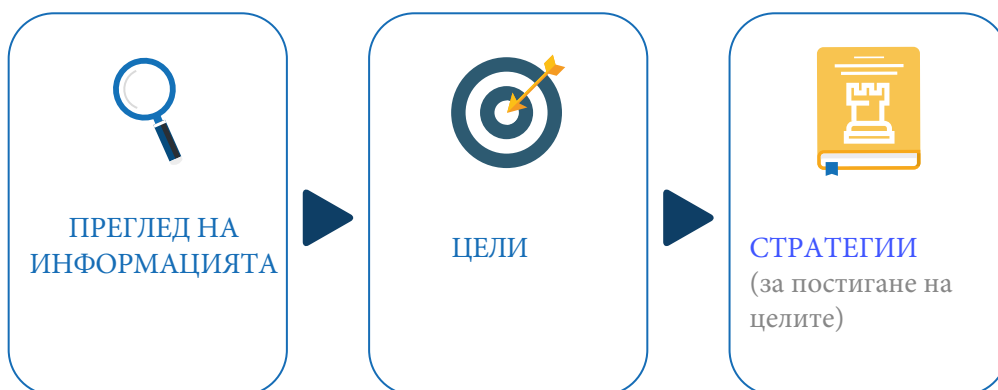
Специалистът следва да обърне внимание и да посредничи за взаимодействията, случващи се в контекста на срещи с различни участници.



Специалистът следва да обясни как ще прогресира тази среща и да изясни значението на индивидуалния план за семейни услуги като динамичен план, водещ до процеса на подкрепа на детето и семейството. Семейството трябва да бъде представено и обявено като ключов елемент на екипа, който трябва да реши, планира, приложи, оцени и преразгледа този план, когато е необходимо. В крайна сметка индивидуалният план за семейни услуги принадлежи на семейството, и именно то следва да бъде основната „звезда“.

След като подчертахме колко е важна атмосферата на реално сътрудничество и да се гарантира ефективна комуникация, сега ще се спрем на всяка стъпка от подготвителните срещи за индивидуален план за семейни услуги, както е представено на Фигура 4.4.

Фигура 4.4 Стъпки за разработване на индивидуален план за семейни услуги



4.5.1 Преглед на цялата споделена по-рано информация

В хода на този процес специалистът трябва да е успял да създаде връзка със семейството, което им позволява да споделят своите истории, да идентифицират „ключовите хора“

Преглед на информацията за детето и семейството

в живота си, да говорят за развитието на детето си, да описват ежедневните си процедури, да споделят своите силни страни и притеснения и да определят своите ресурси. Това е моментът, в който семейството и специалистите се събират и преглеждат всичко, което са научили и споделили от първата среща, като правят преглед на това, което е наистина важно за семейството.

Прегледът на информацията следва да се съсредоточи върху:

- **Семейството:** притеснения, приоритети и ресурси;
- **Детето:** характеристики, функционални способности и нужди от техния контекст и ежедневни занимания.

Този преглед съответства на първата част от срещата за подготовка на индивидуален план за семейни услуги и следва да бъде записан в първия компонент на документа на плана по отношение на общата информация, както ще видим по-долу.

Често се случва в този момент и в резултат на обмена и споделянето, семейството да преосмисли предишните си очаквания. Всъщност много неща се случват от първите контакти между семейството и екипа. По време на процеса на оценяване специалистите са споделили подходяща информация и са събрали данни, споменати от други значими полагащи грижи лица и/или касаещи други житейски контексти на детето (като дневен център, детска градина, детска ясла, други услуги и др.).

Следователно прегледът на всичко е основна стъпка, за да се гарантира, че индивидуалният план за семейни услуги действително се справя с приоритетите на семейството. За тази цел е важно не само тези приоритети да знаят задълбочено, но и да се споделят с всички, участващи в разработването на индивидуален план за семейни услуги. Важно е всички да споделят обща визия за семейните очаквания.

Може обаче да се случи, че специалистът „забравя“ семейните проблеми и индивидуалният план за семейни услуги се превръща в документ, пълен със специализирани стратегии, в които компетентността на специалиста е надценена, и едва отразяващ ежедневието на детето и семейството. В този случай не е изненада, ако бъде забравен в някое чекмедже до следващия преглед...

Предизвикателства: Какви послания предавам като специалист, когато индивидуалният план за семейни

Съвети (за специалистите по РДИ) как да се направи обобщение на информацията, която всъщност отразява притесненията на семейството:

- Специалистите са прегледали със семейството информацията, събрана по време на първите контакти и оценката;
- Останалите участници са разбрали семейните притеснения и нужди и важната роля, която семейството следва да играе и защо;
- Семейството е наясно, че техните проблеми също могат да бъдат включени в индивидуалния план за семейни услуги;
- Родителите са информирани за притесненията ви като специалист и сте споделили информацията, която им е необходима, за да вземат информирано решение.

В този момент е изключително важно специалистите да могат да споделят своите виждания със семейството. Релационните компетенции и способността за открита и честна комуникация са крайъгълен камък в развитието на индивидуален план за семейни услуги. Зачитането на принципа, че семейството ръководи интервенцията и има последната дума при вземането на решения за всички аспекти, които тя включва, не означава, че специалистите се отказват от своите отговорности в споделянето на притесненията и гледните си точки относно резултатите, които считат за важни за детето.

В изказването на този специалист по РДИ се подчертава значението на релационните и комуникационните компетенции на специалистите, както и тяхната роля за насърчаване на избора и участието на семейството:

Важно е винаги да се има предвид, че всички взаимоотношения се нуждаят от прозрачност, взаимно уважение, последователност, гъвкавост, пространство и време. Необходимо е също така да знаете как да слушате (да правите нещо с това, което чувате) и да можете да общувате, знаейки, че общуването изисква непрекъснато упражняване на внимание и гъвкавост, тоест дуалистична способност да даваш и вземаш.

Установената връзка даде възможност, от една страна, родителите да осъзнаят, че могат да се доверят на РДИ. Те бяха успокоени, че имат компетенциите, че притесненията им са реални, и че те ще бъдат тези, които вземат окончателните решения в целия процес. От друга страна, научих, че е важно да се изхвърлят предразсъдъците и представите, да не се правят предварителни преценки и да се изрази доверие към семействата.

Изказване на специалист по РДИ

Има три компонента, които отличават ориентираните към семейството практики от другите форми на осигуряване. Те ясно се отразяват на това изказване. Техническо качество, практики на взаимоотношения и практики за участие.

Спомнете си ефективните компоненти за предоставяне на помощ

4.5. 2 Изясняване на целите и тяхното описание по функционален начин

След като прегледа и обобщи събраната информация, специалистът ще помогне на семейството да определи резултатите, които възнамерява да постигне за детето и за себе си като семейство. Това може да стане чрез дискусия, по време на която семейството идентифицира промените, които желае да извърши. Много семейства са сигурни в това, което искат, но други може да се нуждаят от допълнителна подкрепа за това изяснение. Внимателният специалист постига това изяснение, превръщайки намеренията (на семейството) в прости, ясни и обективни изявления за това, което семейството иска да промени в резултат на интервенцията.

Превърнете намеренията в интервенционни и цели

Някои възможни въпроси, които да помогнат за изяснението:

„Какво бихте искали да промените в резултат на интервенцията?“ Или „Какво бихте искали да промените или да се случи по друг начин?“

За да промените нуждите и притесненията в целите на интервенцията е важно да:

- Улесните комуникацията и съгласието;
- Наблюдавате прогреса;
- Оцените ефективността на интервенцията.

Целите на интервенцията, включени в индивидуалния план за семейни услуги, следва да се определят според това, което семейството желае да промени и да се основават на обобщението на цялата споделена информация.

Целите следва да бъдат специфични, цялостни, измерими и постижими и преди всичко да имат съответно значение в ежедневието, насърчавайки възможностите за учене в естествената среда на децата, осигурявайки им функциониране и участие.

Функционални цели

Препоръчителните практики за РДИ посочват, че целите на индивидуалния план за семейни услуги трябва да бъдат функционални и да се основават на нуждите и приоритетите на децата и семействата, както подходихме в Част 1 от настоящото ръководство.

Цели, които гарантират функционирането и участието на децата:

- Включени в контекстите (и ежедневието);
- Уточняващи какво ще правят детето и семейството;
- Отговарящи на притесненията на семейството и/или други лица, полагащи грижи.

Въпреки това, някои традиционни практики могат да засегнат развитието на ориентирания към семейството индивидуален план за семейни услуги. В действителност, плановете често представят цели, произтичащи изключително от оценки, базирани на нормативни тестове (прилагани за детето) и дефицити. Много от тези цели по същество са поведенчески. Те се базират на последователност и йерархия в развитието, с предписани от специалисти стратегии, насочени към коригиране на „дефицитите“ на детето. Те често изразяват „изкуствено“ планиране, когато „обучението“ е извън контекста и житейският контекст на детето обикновено се счита за незначителен. Представените по-долу изказвания са ясен пример за изкуствен и извън контекста подход, който често се среща в традиционните практики:

След официалната оценка на развитието, резултатите показват трудности на ниво познавателни и фини двигателни умения, и затова бяха определени цели, насочени към стимулирането на тези зони, за да се насърчи когнитивното развитие и контрол на ЖОао: разработване на дейности, за да идентифицира и назовава всички цветове; прогресивно да брои до 15; да прояви интерес към снимки; да посочва основните части на тялото; да подрежда последователни прости снимки; да знае дните от седмицата; да смачква и разкъсва хартия; да рисува кръг; да гради кули с кубчета. Тези цели бяха очертани да бъдат постигнати до края на учебната година.

Извадка от доклад за оценка

Функционалният подход, за разлика от предишния, се основава на насърчаването на успеха на децата и семействата в естествения им контекст и се занимава с уменията на детето у дома, в общността и в други житейски контексти, като детските ясли и детската градина.

Следователно при ориентирания към семейството подход целите на индивидуалния план за семейни услуги следва да включват изявление относно промените, които семейството желае да се станат, за тях и детето им, с функционално и уместно значение в ежедневните процедури, където интервенцията действително се случва.

Целите, които превеждат тези промени, произтичат от активното изслушване и споделяне между семейството и специалиста относно това, което семейството иска да промени в ежедневието си, а не единствено от официалните тестове за оценка на развитието на детето.

По-горе споменатото интервю, базирано на ежедневни дейности (McWilliam, 2010), ясно се фокусира върху участието на децата и как родителите и другите полагащи грижи лица оценяват удовлетвореността си от ежедневните занимания. В края на интервюто, когато то се характеризира с внимателното изслушване на специалистите, е възможно да се събират изявления на семейството за това, което те биха искали да променят в ежедневието си, записвайки тази информация като функционална цел.

Ако е толкова просто, защо не се случва винаги по този начин? Тъй като при интервенция, проведена според перспектива за развитие (и нефункционална), специалистите оценяват децата, определят задачите (въз основа на резултатите от теста) и по-късно преценяват

ежедневните дейности, в които ще се преподават тези компетенции. Т.е. те използват информацията за семейните занимания, за да определят моментите от деня, когато следва да бъдат разработени задачите.

Процесът следва да е обратен: задачите следва да възникват от нуждите, определени в ежедневните дейности, а не от прилаганите тестове.

При ориентирания към семейството подход, базиран на естествени контексти на учене и фокусиран върху важното и значимото в ежедневните житейски дейности на деца и семейства, функционалните цели изискват целия екип (семейство и специалисти) да се фокусира върху същественото и да даде възможност:

- Да се подобри участието на детето в значими (и не извън контекста) дейности;
- Да се увеличат естествените възможности за учене и развитие;
- Да се увеличат заниманията, които вече естествено се срещат като част от ежедневието на детето и семейството;
- Семейството да възприема и разбира, че стратегиите, използвани за постигане на целите, си заслужават, тъй като водят до практически промени в техния живот и този на детето.

(адаптирано от Whipple, 2014)

Важността на функционалните цели

McWilliam (2010) посочва пет критерия за определяне на функционалните цели/задачи:

1. Те отразяват приоритетите на семейството;
2. Те са полезни и имат значение;
3. Те отразяват реални житейски ситуации;
4. Те не използват професионален жаргон;
5. Те са измерими.

Тези цели ще бъдат полезни за много хора, в различни моменти от деня, по време на нормални ежедневни дейности и занимания. Ето защо е важно те да бъдат обмислени задълбочено, а именно като:

Как се записват функционалните цели?

Обективни — Въз основа на наблюдавано поведение;

Ясни — Разбрани от всички;

Цялостни — Определяне какво точно е включено в тази цел;

Кратки — Описани с няколко думи.

Нека разгледаме няколко примера, които подчертават разликите между функционални и нефункционални цели:

„Жоао ще играе на детската площадка, изкачвайки се нагоре и слизайки надолу по различни повърхности“ (функционален), вместо „Жоао ще се качва и слиза по стъпалото на терапевтичната стая“ (нефункционален);

„На обяд и вечеря Андре ще може да седне и да изяде всичко от яденето си“ (функционален), вместо „Увеличете времето за седене на Андре“ (нефункционален);

„По пътя от къщи към училище Сантяго държи ръката на майка си и ходи до нея“ (функционален), вместо „Сантяго се подчинява на инструкциите на майка си“ (нефункционален).

Функционалните цели целят по-голямото участие на деца в ежедневните дейности и изясняват причината, поради която е важно да се работи върху тях.

Друг много важен аспект е свързан с това колко ясна е поставената цел. Например, задачата: „Мария ще се упражнява за фин пинсетен захват три пъти седмично“ ясно нарушава този критерий. Поради начина, по който е написано, ние осъзнаваме, че това е задача, взета от таблицата на развитие, а не базирана на функционални нужди. Не е ясно, защото родителите и другите полагащи грижи може да не знаят какво означава „фин пинсетен захват“, а също и защото не се посочва защо или как Мария се упражнява по тази задача... Ако всички полагащи грижи знаеха какво означава и защо трябва да се упражнява, по-значими хора биха го използвали. По-функционален начин за описание на задачата би бил: „Когато пие Мария участва, поставяйки сламката в кутията с мляко, пет пъти седмично, без помощта на възрастен“. Това е ясен и добре описан пример (дава възможност на различни полагащи грижи да го популяризират, без място за съмнителни или множество интерпретации), а също така има и предимството, че ясно произтича от функционална потребност („участие при пиене на чай/мляко като се поставя сламка“).

Един от начините да бъдете ясни е да избягвате професионалния жаргон. Термини като „фин пинсетен захват“, „вербален обмен“, „сензорна интеграция“, „редуване“, „визуална пространствена обработка“, „слухово разграничение“, „протодекларативно посочване“ и др. следва да се избягват при записване на цели. Напротив, могат и следва да се използват прости и лесно разбираеми и приложими термини като „хапане“, „държане“, „изречения от две думи“, „да посочвам“ и т.н.

„Най-добрите“ цели отнемат време да се напишат, тъй като изискват предварително честно и прозрачно споделяне, основано на взаимоотношенията и „преговори“ между семейството и специалиста:

„Най-добрите цели“:

- Зависят от количеството събрана и споделена информация: колкото повече, толкова по-добре.
- Фокусират се върху участието на децата в контекста на семейството и също така включват „семеини неща“;
- Следва да се пишат на език, който всички разбират;
- Следва да ни кажат как ще изглежда успехът: с други думи, ние следва да знаем каква разлика ще има в живота на семейството.

(Espe-Sherwindt, лична кореспонденция, 2000)

И накрая, важно е да се посочи, че семействата не определят „нереалистични цели“. Ако те изглеждат такива на специалистите, това е вероятно защото изяснението на промените, които семейството желае и които са довели до идентифицирането на тези цели, не е било напълно разбрано. Важно е да се разбере причината, поради която те са идентифицирани от семейството, за да се намерят начини, водещи до желаните промени.

Всъщност целите на индивидуалния план за семейни услуги следва да отразяват желаните от семейството промени, свързани с детето или самите тях, за разлика от поведението или действията, които според специалистите следва да се случат в резултат на услугите, предоставяни на детето или семейството, но които семейството не цени или не отдава приоритет.

Последният компонент при подготовката на целите на индивидуалния план за семейни услуги е да се съгласуват критериите и крайните срокове за оценка. Как екипът (семейство и специалисти) определя, че е постигната определена цел? Как се възприема успехът от семейството?

От една страна, критериите за оценка следва да съответстват на намерението на целта, а от друга страна, трябва да има консенсус за това как да се оцени дали целта е постигната или не. Следователно, тъй като подборът на целите се ръководи от семейните приоритети, и определянето на успеха от семейството следва да ръководи оценката на целите. Още веднъж, ролята на специалиста е да споделя информация, която помага за записване на цели, които са измерими, цялостни и постижими, и преди всичко, с която семейството е в състояние да прецени дали се случват очакваните промени.

Примери за критерии, които помагат да се оцени дали и кога е постигната целта:

- „...Докато Жоао може да държи предмет в ръцете си“;
- „...Да използва поне една нова дума на всеки 3—4 седмици“;
- „...Родителите ще информират, когато успеят да намерят групата на родителите, която наистина харесват“; „...Да спи цяла нощ в три последователни дни“;
- „...Да си сваля панталоните преди къпане, седнал и без помощ, най-малко пет пъти седмично, в продължение на четири седмици“;
- „...Да яде сам с вилка десет хапки по време на пет хранения, в продължение на една седмица“.

Следният пример илюстрира как чрез оценка на участието на децата в ежедневните дейности на семейството (ежедневни занимания) е възможно да се разберат приоритетите на семейството и да се очертаят целите, произтичащи от потребностите, които се усещат в тези моменти:

Семейството на Беатрис спомена, че биха искали тя да споделя нуждите си (пиене, ядене, желание за повече, игра...) и да бъде по-автономна по отношение на хигиената, като си мие ръцете. Освен тези цели за дъщеря си, родителите посочиха и необходимостта от повече време заедно с всички членове на семейството като цел. По този начин това е записано в индивидуалния план за семейни услуги:

- *Беатрис ще участва в храненето и играта, като споделя нуждите си. Ще знаем, че Беатрис е постигнала тази цел, когато използва четири думи на ден, в три последователни дни;*
- *Беатрис ще участва в хигиената си и ще се приготвя за хранене, като ще си мие ръцете по време на хигиена или преди хранене два пъти на ден, в пет последователни дни;*
- *Членовете на семейството на Беатрис ще прекарват повече време заедно: всички ще прекарват един час, ангажирани с дейност, веднъж седмично, в продължение на един месец.*

Изказване на местен интервенционен екип

Всъщност, в момента на изграждане на целите е възможно незабавно да се разгледат тези аспекти и има няколко начина специалистът да се насочи, за да се разбере дали е изяснил всичко, което се изисква. Една добре изградена цел, която включва критерии, позволяващи да се оцени дали е постигната или не, сред всички участници в индивидуалния план за семейни услуги, е „наполовина спечелена битка“ за добра оценка на процеса на интервенция, както ще видим по-долу в точка 4.6 относно мониторинга на индивидуалния план за семейни услуги и в Глава 6 относно оценката на услугите.

Таблица 4.2, представена от Deal, Dunst и Trivette (1989 г.), често се използва в услугите за РДИ в подкрепа на семейството при оценката на това дали целите са постигнати.

Таблица 4.2 Скала за постигане на целите на индивидуалния план за семейни услуги

Score	Критерий
1	Ситуацията е променена — вече няма нужда
2	Ситуацията остава непроменена — все още има необходимост и цел
3	Изпълнението е започнало — все още има необходимост
4	Целта е частично постигната, но без удовлетворението на семейството
5	Целта е постигната, но без удовлетворението на семейството
6	Целта е най-вече постигната с удовлетворението на семейството
7	Целта е напълно постигната с удовлетворението на семейството

Източник: Deal, A. G., Dunst, C. J., & Trivette, C. M. (1989). Гъвкав и функционален подход при разработването на индивидуализирани планове за подкрепа на семейството. Бебета и малки деца, 3, 32–43. Преведена и адаптирана с разрешение на автора.

Какво се случва ако няма консенсус между семейството и специалиста?

Подчертаваме, че целите на програмата следва да отразяват приоритетите и ценностите на семейството, а не тези на специалистите. Всъщност очакванията на семейството може да се различават от това, което специалистите смятат за основно. Важно е да се има предвид, че съществува възможност за несъгласие и конфликти на мнения между семейството и специалиста. Ето защо това е още един момент, в който диалогът и комуникацията са от основно значение и опитът да се разберат възгледите на другия е отправна точка.

В случай на несъгласие е от решаващо значение да се помни, че ако родителите не са съгласни или не се интересуват от притесненията и приоритетите на специалистите, всъщност интервенцията е обречена на неуспех. При ориентирания към семейството подход целите принадлежат на семейството, а не на специалиста. Това е единственият начин за успех.

Един специалист сподели, че при оценяване на ежедневието на семейство когато говорели за „заспиване“, те казали, донякъде смутено, че Диого все още спи в леглото на родителите си. Когато били разглеждани притесненията, специалистът споменал, че Диого трябва да започне да спи в собственото си легло, утвърждавайки своята независимост и благополучието на двойката. Освен това, всеки със сигурност е щял да спи много по-добре и по-лесно. Майката отговорила, че вече се опитали Диого да спи в леглото си, но никой не е спал онази нощ и не посмели да опитат отново. Въпреки това специалистът настоял, че би било важно да се работи по тази цел и поради неговото настояване родителите се съгласили и това било включено в индивидуалния план за семейни услуги. За неудовлетвореност на специалиста обаче, когато дошъл моментът за оценка на целите и въпреки очевидното участие и ангажираност на родителите да осъществят промените, които считали за важни, тази цел не била постигната. Безпокойството и на двете страни било очевидно. При специалиста, защото смятал, че самостоятелното спане на Диого е изключително важно за неговото развитие и не можел да разбере причината, поради която родителите не приложили тази промяна. Смущението, проявено от семейството, било, защото те се чувствали като че ли се провалили, както пред специалиста, така и като родители.

Изказване на специалист по РДИ

дейности и ресурси за развитието на семейните цели. Това трябва да е моментът, в който семейството взема информирани решения, тъй като те са тези, които ще живеят с резултатите от интервенцията...

Внимавайте! Не бъркайте договарянето с етап, предлагащ възможност, в която специалистът убеждава семейството, че неговите очаквания следва да надделяват!

„Семейните ценности не подлежат на договаряне. Подлежат на договаряне стратегиите, дейностите и подкрепата, които целят екип ще използва, за да материализира резултатите, избрани от семейството.“
(McGonigel et al., 1991, стр. 60)

Каквато и методология да се използва за съвместно идентифициране на семейните цели, този процес може да се обобщи като:

- Обсъждане на промените, които семейството иска да види, че се случват във връзка с възможностите за развитие и учене на детето им, дейностите в тяхното ежедневие и тези в общността, където обикновено участват;
 - Приоритизиране на целите или определяне на тези, които ще бъдат постигнати първи;
 - Обсъждане на това, което е очаквано и разумно за постигане;
 - Напишете целите по начин, който разкрива последващите промени, включително как се случват ежедневните занимания, дейности или поведение и къде, кога и с кого следва да се случат.
- (адаптирано от Работната група по принципи и практики в естествена среда, 2008)

За да се постигне овластяване и укрепване на семействата, трябва да бъдат ясно посочени необходимите действия на семейства и специалисти спрямо индивидуалния план за семейни услуги като част от стратегиите и услугите, включени в плана

4.5.3 Идентифициране на преференциалните начини за подкрепа и стратегии за интервенция

След разработване на целите за функционална интервенция, избрани от семейството, специалистът ще им помогне да идентифицират вариантите, стратегиите и дейностите за интервенция.

Чрез идентифициране и преглед на силните страни и ресурсите на детето, семейството, общността и наличните услуги за постигане на целите, по естествен начин ще се намерят стратегии за интервенция, дейности и варианти, които могат да бъдат използвани.

Трябва обаче да предупредим, че има условия за постигането на тази цел. За тази цел следва да вземем предвид два аспекта:

- Стратегиите и дейностите следва да бъдат практични и значими за всекидневния живот на семейството;
- Стратегиите и дейностите следва да се съсредоточат върху осигуряването на ресурси и мрежи за подкрепа на семейството.

Ключовата дума е сътрудничеството и договарянето

Действително приобщаващи дейности, които уважават семейните ежедневни занимания

Всъщност един от критичните аспекти на индивидуалния план за семейни услуги се състои в намирането на стратегии и дейности, които отговарят естествено на всекидневния живот на семейството, с изключение на други, които биха могли да нарушат функционирането и укрепването им.

Нека видим как специалистите често забравят или не уважават ролите на всеки участник, когато се опитват да приложат стратегии, които той/тя считат за ефективни при постигане на належащите цели, приписвайки на семейството ролята на „колега терапевт“, която обикновено принадлежи на специалиста, без да осъзнават възможното вмешателство, което тази дейност може да представлява в ежедневието на семейството:

Майката беше изцяло отдадена на стимулирането и развитието на всички способности на сина си. Тя поиска постоянната подкрепа на ВС, с предложения и стратегии относно различните области на развитие и работата, извършвана по време на различните терапии, от които момчето се възползваше (двигателна и логопедична терапия), за да продължи упражненията през останалите дни от седмицата.

В определен момент от процеса и с различна подкрепа, майката успя да създаде зала за цялостна стимулация (моторна терапия, игри, измислени от нея и заимствани от други, и различни материали), разработвайки дейности и следвайки определен график през седмицата, за да се допълни подкрепата на услугите. Взе предвид графициите на терапиите, както и емоционалното състояние на сина си, за да избира дейностите за всеки ден.

Периодично всички участници щяха да оценяват планираните цели, за да създадат нови цели, когато предишните бъдат постигнати.

Изказване на местен интервенционен екип

Традиционно специалистите бяха обучавани да споделят съвети относно стратегии за подпомагане на развитието на децата според своята област на знание. И това желание да се споделят знания, за да се помогне на децата и техните семейства е наистина много силно. Повечето родители всъщност биха могли да бъдат заинтересовани от това специализирано знание, което в края на краищата отразява техническото качество на специалиста, което е толкова важно при предоставянето на ефективна помощ.

Много е важно да се разбере какво семейството вече прави, за да постигне целите на интервенцията, ако вече има някои идеи за това как да го направи или какво изисква подобрене, и едва тогава да се предложат стратегии, които могат да допълнят това, което вече се случва по естествен път. Ето защо ние отново започваме от семейството, техните силни страни и техните собствени възгледи за решението или бариерите пред резултатите, които се стремят да постигнат:

Първоначално семейството поиска подкрепата на екипа по отношение на моментите на хранене и измиване, тъй като им беше трудно да изпълняват тези задачи поради невромоторното увреждане на детето. Забелязахме, че много от стратегиите, използвани от семейството, вече бяха доста положителни и затова оценихме какво се прави, като предоставихме малко технически насоки, които улесниха ежедневните дейности. Семейната динамика не се разстрои заради това.

Изказване на местен интервенционен екип

При ориентиран към семейството подход, чиято основна цел е овластяване и укрепване, интервенцията следва да се основава на използването на семейни ресурси и силни страни, като семейството активно участва в този процес на идентифициране и мобилизиране на ресурсите. Не е важно просто да се знае дали нуждите са били удовлетворени, а по-скоро начина на мобилизиране на ресурси и подкрепа при интервенцията.

Определянето на стратегии за постигане на целите следва да отчита разнообразието и спецификата на всяко дете и семейство, техния контекст и ресурси.

Deal, Dunst и Trivette (1989) насочват вниманието ни към три основни въпроса в процеса на идентифициране на стратегиите за интервенция: кой, как и къде?

Основни въпроси за идентифициране на стратегии за интервенция КОЙ?

Кои са най-подходящите хора, които да подкрепят всеки желан резултат? Ключови лица (родители, детски ясли, ВС, приятели, съседни братя и сестри, услуги), евентуални бариери, какъв тип подкрепа, ролята на всеки от тях.

КАК?

Кои дейности могат да осигурят по-голяма подкрепа за всяка цел? Кои ежедневни занимания, възможности за учене и обобщение, дейности и т.н.

КЪДЕ?

Кои местоположения ще бъдат по-подходящи за всяка промяна? Да се проучи редовната практика в конкретната среда и как тя може да допринесе за тази промяна, помислете за възможни адаптации за постигане на целите и т.н.

При ориентирания към семейството подход най-доброто за дадено семейство е това, което то избира като най-подходящо за тях и тяхното дете. Ето защо още веднъж, споделянето на информация със семейството относно ресурсите и стратегиите е от основно значение, така че те да могат да направят информиран избор. Не всяка полезна стратегия, която действа при много семейства или която е описана в литературата, винаги е най-подходящата за дадено семейство. Предоставянето на възможности за избор е това, което определя добрите практики, насочени към семейството. Всяко семейство знае какво е по-практично и в рамките на своите ценности и култура ще направят избора, който укрепва функционирането им, вместо да разстройва тяхното ежедневие.

Примерът, описан по-долу, показва какво може да се случи, когато специалистът с най-добри намерения предлага съвети, без да се консултира със семейството:

Майката беше притеснена от наличието на тремор на ръката по време на дейности, изискващи по-голяма прецизност, като например „пинсетен захват“ (с палец и показалец), при което, както каза тя „Д. е много нервна, когато прави нещата“.

Заедно очертахме стратегии в индивидуалния план за семейни услуги за подобряване на фината двигателна координация и обмислихме някои домашни материали, които биха могли да допринесат за целта. Мислехме за парченца паста, мъниста за коса (Д. винаги носи плитки с мъниста на косата си) и да я накараме да събере малки парченца и да ги премести прецизно на друго място, примерно с кутия за яйца. Две седмици по-късно все още не бяхме реализирали стратегията и без да осъзнаваме защо, първият въпрос, който ми дойде на ум, беше: сигурен ли сте, че това е семейно притеснение? И тъй като отговорът беше „да“, аз се опитах да разбера причината, поради която не беше намерена яйчена кутия. Заключение е, че семейството има собствени пилета и никога не купуват яйца, така че нямат кутии за яйца.

В друга ситуация майката сподели притеснението си от факта, че Д. не може да се концентрира, нито да изпълни задача докрай. Решихме, че когато отидем на консултация за развитие, трябва да повдигнем този въпрос. Там педиатърът предложи да се опитаме да дадем малко количество кафе (в малка лъжица) на Д., за да видим реакцията към кофеина, тъй като тя нямаше достатъчно тегло, за да започне лечение с аналептик.

След известно време и в очакване на резултатите (екипът за РДИ и отговорниците за образователния контекст) забелязахме, че Д. не е опитвала да пие кафе.

Стратегии за постигане на целите

Семейството, свободно и информирано, избира вариантите, които смята за най-добри

Когато попитах майката за това, тя каза, че нямат кафе у дома. Заедно (майката и аз) се замислихме и се съгласихме, че тя може да си купи малко кафе или дори да вземе от кафенето близо до къщата им.

Няколко дни след това Д. все още не беше опитала кафе и попитах майката защо. Тя се извини и каза, че не разбира причината, поради която Д. трябва да пие кафе, тъй като при тях пият кафе само по време на траур, така че най-близките роднини на починалия да не спят една седмица. Кафето ги държи будни...

Изказване на местен интервенционен екип

За да се подкрепи дадено семейство чрез стратегиите за интервенция първо е нужно да ги попитате какво правят, по въпроса, дали това действа или не, и какво смятат, че би могло да помогне. Разбирането на причината, която поражда необходимост от промяна, може също да помогне в изграждането на стратегия, тъй като намалява риска от извън контекстните предложения. Изследването на наличните ресурси, дори когато не е свързано с екипа за РДИ, е от съществено значение за изпълнението на приоритетите на семейството. При ориентирания към семейството подход специалистът е агент на семейството, който ги подкрепя при мобилизирането на наличните ресурси.

При определянето на стратегиите на индивидуалния план за семейни услуги задачата на специалиста включва:

- Да се помисли за различни възможни начини за постигане на техните цели, заедно със семейството;
 - Да се прегледат уменията, ресурсите и подкрепата, споделяни от семейството;
 - Да обмисли със семейството кои са най-подходящите стратегии и дейности;
 - Да бъде толкова подробно обяснено, колкото изисква семейството. Добрите стратегии са прости, директни и лесни за разбиране;
 - Техническата подкрепа или специфични услуги като допълнение към липсващите елементи (към семейните нужди);
 - Да се включат непосредствени възможности за успех;
 - Да се определят приоритети.
- (Espe-Sherwindt, лична кореспонденция, 2000)

4.5.4 Съставяне на индивидуален план за семейни услуги: Форми и формати

Процесът на планиране на интервенцията приключва със създаването на писмен документ. Въпреки това, нито форматът, нито формата му ще определят изключително дали интервенцията следва принципите на ориентирания към семейството подход. Както бе споменато по-горе, именно процесът ще определи до каква степен резултатът (планът) е ориентиран към семейството или не.

Въпреки че форматът на индивидуалния план за семейни услуги като документ не показва дали интервенцията напредва съгласно ориентиран към семейството подход, неговата структура може да помогне за организирането на информацията в неговия обхват. Следователно, за да се оптимизира документът, съдържащ плана, като инструмент за интервенция и оценка, той трябва да бъде „оформен“ във формат, който да следи предоставянето на услуги и подкрепа, както и да може да отбелязва реализацията на планираните цели.

Поради тази причина избраната форма на индивидуалния план за семейни услуги е важна. Той следва да представлява таблица или схема за дискусия в екип, която ще ръководи изграждането на консенсус, водещ до ориентиран към семейството план за интервенция.

За да бъде успешен, индивидуалният план за семейни услуги следва да бъде адаптивен и съществен документ. Форматът и формата следва да отразяват тази стабилност и в същото време да формализират „договора“ между двете страни, семейството и специалистите, за да въплътят това, което семейството иска като интервенция за тях и тяхното дете.

Моделът на индивидуалния план за семейни услуги, използван от всеки екип, следва да бъде в съответствие с процедурите, изискани от службата, така че семействата и всички специалисти, участващи в случая, да разполагат с документация за това какво се прави, като по този начин се гарантира интервенция, която привежда законодателството и политиките относно правата за ранна детска интервенция на децата и семействата в действия и процедури, които трябва да се провеждат в специфичния естествен контекст на всяко дете и семейство.

Какъвто и да е форматът, който е в сила в услугите или програмите за ранна детска интервенция, както беше споменато по-горе, е възможно да се организира около два основни компонента: общо информационно досие и данни за планиране:

1 ЧАСТ — Обща информация: Относно досието, получено чрез преглед и обобщение на данните, събрани през всички предишни срещи (първи контакти и оценка), събиране на информация за детето и семейството:

- Списък на наличната подкрепа, ресурсите, силните страни/силните характеристики на семейството;
- Функционални умения и нужди на детето;
- Семейни притеснения и приоритети.

2 ЧАСТ — Работен план: Определяне на функционални цели за детето и семейството, съответните стратегии и ресурси за постигането им, включително критерии, процедури и планирани дати:

Описване на плана заедно със семейството:

- КОЙ ще прави КАКВО? (участници)
- КЪДЕ И КАК ще се осъществява? (процедури, подкрепа и контекст)
- КОГА? (продължителност/честота)
- КАК ще се оценява? (критерии)

Възможно е също така да има място за записване на информация, като например идентифицирането на ВС, който ще отговаря за насърчаване на изпълнението на плана и взаимодействието с други услуги и ресурси, както и процедурите, гарантиращи успеха на бъдещ преход¹⁰ на детето към други услуги, когато е приложимо.

Всъщност няма „перфектен“ формат и ако процесът е основният елемент, тогава специалистите следва да намерят стимулиращ и постоянен баланс между това, което изискват техните услуги по начало и ориентираните към семейството практики.

Индивидуалният
план за семейни
услуги като
документ

А във вашия
екип? Как е
вашият
индивидуален
план за семейни
услуги?
Имате ли
достатъчно
място за цялото
това
съдържание?

¹⁰ Преходът към други услуги ще бъде разгледан в края на тази глава, тъй като заслужава специално внимание.

Има услуги за РДИ, които определят прегледа след шестмесечна интервенция като задължителен

Добър пример за индивидуален план за семейни услуги може да бъде този, който дава възможност на екипа да продължи да записва процеса, както се случва, вместо да кара участниците да се връщат назад, за да „попълнят формуляра“, като попълват какво вече се е случило, а не какво трябва да се промени като резултат от сътрудничество между членовете на екипа.

Индивидуалният план за семейни услуги трябва да бъде гъвкав, позволяващ и насърчаващ честите промени: „Добър план“ е този, който отразява промените в семейните нужди (Deal, Dunst, & Trivette, 1989). Следователно, той следва да бъде преразглеждан всеки път, когато семейството се нуждае от промяна и не трябва да се държи в чекмедже, изчакващ да измине минималният период за преразглеждане, предписан в инструкциите за услугата или програмата за РДИ.

Например, за да поддържат динамичен и лесен за преразглеждане индивидуален план за семейни услуги, някои специалисти избират да не го записват в компютъра, а вместо това го пишат на ръка, което позволява във всеки момент и във всеки контекст той да може да бъде променен от всеки член на екипа, участващ в работата с детето/семейството. Може да има и две копия: едното да се съхранява от семейството, където те записват промените, а другото да се съхранява от специалиста; или да определите един от членовете да записва и прави копия по-късно или въвежда данни в компютъра, за да ги споделя с всички участващи страни и т.н. Отново, важното тук е възможността да се избере начинът, по който семействата искат да се изготви индивидуалния план за семейни услуги.

Семействата, които се сблъскват със затруднения, свързани с четенето и писането, може да се нуждаят от допълнителна подкрепа при използването на документа, особено ако услугите за РДИ изискват формални процедури за задължително записване на плана. Моля, не забравяйте, че семейството има право на индивидуален план за семейни услуги за своето дете и това, че те не могат да четат или пишат, не трябва да ограничава тази възможност.

Един специалист сподели с нас важността на индивидуалния план за семейни услуги за една майка, която не можела да чете, и ни показа как тази семейна характеристика не попречила на подготовката и усещането за необходимост от документа:

Индивидуалният план за семейни услуги беше на забележимо място, в кухнята, държан от магнит за хладилника. Той беше достъпен за всички и беше попълнен от ВС, който го четеше всеки път, когато дойдохте за домашно посещение и записваше какво е решила майката, винаги го четеше на глас, за да може майката да потвърди дали това, което е казала, е било правилно разбрано и записано от специалиста. Бащата, който се прибираше в къщи през уикендите и можеше да чете, винаги знаеше какво е планирано. Планът беше достъпен и за други специалисти от други области, освен РДИ, и това накара майката да се гордее.

Изказване на специалист по РДИ

Оценката на индивидуалния план за семейни услуги следва да даде възможност да се провери до каква степен този процес и документ отразяват ориентираните към семейството практики — тема, която ще бъде разгледана в следващата глава, но сега е важно да се подчертае, че:

Индивидуалният план за семейни услуги не може да бъде оценен, без да се вземе предвид процесът, използван за разработване и прилагане на плана за семейна интервенция. Плановете, които наистина са направени „за и със“ семейството, отразяват сближаването и са функционални (Jung & McWilliam, 2005). В крайна сметка само участващите семейства могат да определят дали техният индивидуален план за семейни услуги действително съвпада с техните силни страни, нужди, ресурси и стремежи за тях и тяхното дете.

Всъщност, колкото повече вярвате в индивидуалния план за семейни услуги, толкова по-ефективен ще бъде той. Това важи както за семействата, така и за специалистите.

Следващият пример представя рефлексията на специалист по РДИ в този аспект:

планът, който разработих със семейството, всъщност е ориентиран към семейството?“. По това време имахме чести срещи за супервизия и индивидуалният план за семейни услуги беше оценен от наблюдаващото лице, а опитът ми ме накара да се страхувам, че този документ няма да отразява ежедневието ми работи със семействата. Още веднъж отговорът дойде от семейството, както се е случвало досега в моя опит с РДИ.

Инес беше насочена към нашия екип поради биологични и дължащи се на средата рискови фактори: преждевременно раждане, със забавен вътреутробен растеж, дъщеря на майка тийнейджърка, живееща в проблематичен социален квартал на града. От първите контакти успяхме да изградим добро партньорство, с ясен и прозрачен обмен и споделяне на информация още по време на първия разговор относно причините за насочването към услуги. Майката на Инес, Мариана, на 16 години, реши да покаже на останалите, че причината за насочването, която я доведе до РДИ, а именно тази, свързана с нейните социални условия, няма да попречи на развитието на дъщеря и че приоритетите винаги са били свързани с необходимостта да знае как да се грижи по-добре за здравето и развитието на Инес.

Детето беше наблюдавано от няколко здравни служби, а Мариана имаше желание да участва активно в консултациите и други последващи действия. След седмици на сътрудничество бях избрана от екип за супервизия да представя случай, който да подкрепя с факти по време на следващата среща. Колкото и да бях неопитна, чувствах, че това е стряскащо предложение, от гледна точка на възможността да споделя трудности и грешки в екип, от който станах част съвсем наскоро. Същата седмица отидох с Мариана на консултация за развитието, която беше много важна за нея. Мариана смяташе, че мониторингът за развитие и мнението на лекаря потвърждават по някакъв начин ролята на майка и винаги имаше високи очаквания за тези моменти.

Спомням си ясно този ден: отидохме в консултативния кабинет, Мариана носеше малката Инес, чантата си и огромна бебешка чанта с всички онези неща, които майките на малки деца трябва да носят, когато излизат. Консултацията започна и Мариана през цялото време беше уверена в изказванията си и въпросите, които задаваха. В определен момент Инес започна да се сърди и Мариана отвори голямата бяло-розова чанта, търсейки кукла. Сред памперсите, бутилките, мокрите кърпички и други подобни имаше „документ“, добре познат на мен: индивидуалният план за семейни услуги на Инес и семейството. Консултацията продължи с отворена чанта на пода и индивидуалният план за семейни услуги сред вещите на бебето.

Не мога да обясня всичко, което ми мина през ума в този момент, но мога да потвърдя, че този образ даде отговора, който очаквах от майката: това беше индивидуалният план за семейни услуги на това семейство и да, той беше ориентиран към семейството. И това беше урокът, който споделих на срещата за супервизия.

Изказване на специалист по РДИ

Помнете какъв следва да бъде индивидуалният план за семейни услуги, фокусиран върху индивидуалността на всяко семейство:

- Индивидуалният план за семейни услуги, бъдейки процес и документ, е резултат от взаимодействието, сътрудничеството и партньорството между семейството и специалистите и следва да показва недвусмислено ключовата роля на семейството в живота и развитието на детето;
- Индивидуалният план за семейни услуги следва да отразява съвместната работа по мобилизиране на системите за подпомагане (официални и неформални), насърчаване на овластяването на семейството като цяло, а именно чувството им за контрол върху решенията, които оказват въздействие върху тях и техния син;

Информирани
решения

Ключовата дума
е
сътрудничество
и договаряне

- Документът на индивидуалния план за семейни услуги определя „договора“, сключен между семейството и специалиста за изграждане на това, което семейството търси като интервенция за тях и техния син и следва да представлява функционален документ, полезен за семейството и специалистите;
- Процесът на изграждане и продължаване на индивидуалния план за семейни услуги е основен аспект при прилагането на ориентирите към семейството практики.

Интервенционното планиране е непрекъснат процес, включващ постоянен ежедневен обмен на информация между семейството и специалиста, който като такъв изисква често актуализиране на плановете.

Всъщност притесненията, приоритетите и ресурсите на семейството, както и развитието на детето непрекъснато се променят и индивидуалният план за семейни услуги трябва да отразява тези промени.



ХАРАКТЕРЕН ПРАКТИЧЕН ПРИМЕР

Разработване на индивидуален план за семейни услуги

След няколко срещи със семейството дойде време да седнем и да напишем индивидуалния план за семейни услуги. На тази среща присъстваха семейството (баща, майка и баба), ВС, детският учител и логопедът. Това бяха хората, които семейството беше посочило, че биха искали да присъстват в този момент, тъй като бяха в постоянен контакт с тях и дъщеря им Габриела.

Всички присъстващи имаха достъп до формата на документа преди и го донесоха на срещата. В началото ВС обобщи цялата събрана до този момент информация:

Семейството на Габриела, която е на три години, беше разтревожено, защото не можеха да идентифицират нито една дума в речта на Габриела и тя не изглеждаше много заинтересована от другите, особено от общуването с тях. Дори когато играеше, предпочиташе да играе сама и изглеждаше безразлична към присъствието на родителите си или баба си. Освен това Габриела не можеше да разбере нуждите си (глад, жажда, да пишка или ака, да спи). Други притеснения на семейството бяха свързани с факта, че дядото на Габриела наскоро получил инсулт и беше прикован към леглото (изискващ много подкрепа от бабата), както и с факта, че майката на Габриела искаше да смени работата си, за да не се налага да работи на смени и да има фиксиран график (като по този начин стане да има повече време за дъщеря си). Семейството можеше да разчита на подкрепата на бабите и дядовците, детският учител на Габриела, логопеда, лекаря от здравния център, двойка, които са приятели (Марта, която е самостоятелно заета и Анибал, който работи в социалноосигурителните служби) и инструктора по йога на майката.

По време на базираното на ежедневни дейности интервю, което беше проведено, детската учителка насочи притесненията си към речта на Габриела, тъй като в детските ясли тя само издаваше звуци. Тя изпитваше затруднения и да накара Габриела да гледа възрастни и да участва в дейностите. В общ план тя спомена притеснението си от факта, че Габриела не е постигнала типичните за възрастта умения. В резултат на интервюто, предучилищната учителка обобщи и приоритизира промените, които иска да види: Габриела да участва в сутрешната песен; да отбелязва присъствието си на дъската, да слуша историята, да завършва дейностите си – защото когато трябва да довърши тези, които харесва, като рисуване или строене с блокчета, тя винаги плаче – и да се храни с лъжица

Практики за участие:

Семейството като основен агент, вземащ решения.

Практики на взаимоотношения:

Важността на споделянето на необходимата информация с всички участници за вземане на решения (комуникация).

Техническо качество:
Интегрирането на цялата информация, събрана с цел подобряване на персонализирана и ефективна интервенция

По време на интервюто, проведено със семейството, те споменаха любовта към музиката, животните и желанието държи ръката на възрастен, когато иска да получат нещо като най-забележимите характеристики на Габриела. В резултат на интервюто семейството обобщи и приоритизира промените, които биха искали да видят: да маха за „довиждане“ в детските ясли, когато родителите си тръгват, да казва „не“, когато не иска нещо и да проява на воля за общуване с думи..

По този начин бяха определени функционалните цели въз основа на потребностите и притесненията, идентифицирани от полагащите грижи (семейството и детския учител), както е показано в примерите

Цели	Критерии
В детските ясли Габриела ще маха за довиждане на родителите, когато си тръгват.	Когато Габриела се сбогува с родителите си сутринта, в детските ясли, маха за „довиждане“ в продължение на пет последователни дни.
Габриела ще казва „не“/ще поклаща глава, когато не иска нещо.	Когато Габриела произнася „не“, поклаща глава всеки път когато не иска нещо, веднъж на ден, в продължение на една последователна седмица.
Габриела ще посочва какво иска (бисквитка, вода, играчка) и картинки в книга, след назоваване от възрастния.	Когато Габриела посочва каквото иска веднъж на ден, в продължение на три последователни дни; Когато Габриела посочва снимки в книга/обекти на дейност, назовани от възрастен, веднъж дневно, в продължение на три последователни дни.
На обяд в детските ясли и по време на вечеря у дома Габриела ще яде с лъжица.	Когато Габриела, по време на обяд и вечеря, яде с лъжица (10 лъжици) в продължение на три последователни дни.
Габриела ще произнася словесно „добро утро“, когато пристигне в детските ясли, а също и по време на песента за „добро утро“.	Когато Габриела произнася словесно „добро утро“ (или се опитва приблизително) в продължение на три последователни дни.
В детските ясли Габриела ще отбележи присъствието си на дъската сутрин.	Когато Габриела отбелязва присъствието си на дъската самостоятелно в продължение на пет последователни дни.
За да общува, Габриела ще използва думи „мама“, „татко“, „вода“, „бисквитка“, „не“, „да“, „остави“, „дай“, „готово“.	Когато Габриела умишлено/контекстно произнася четири нови думи (или опитва да ги произнесе приблизително), в продължение на пет последователни дни.
Майката на Габриела ще си намери работа с фиксиран график.	Когато майката на Габриела има работа от 09:00 до 17:00.



СПРЕТЕ, ЗА ДА ПОМИСЛИТЕ

1. Считате ли, че в този случай събраната информация е взета предвид при подготовката на индивидуалния план за семейни услуги? В контекста на вашия екип каква информация се разглежда в индивидуалния план за семейни услуги?
2. Един от основните принципи на РДИ е, че интервенцията се ръководи от семейството. Как беше улеснена практиката на този принцип в конкретния случай?
3. Как в екипа, към който принадлежите, функционира връзката на сътрудничество между специалисти и семейство на този етап от интервенционното планиране?
4. Как се планират срещите за индивидуален план за семейни услуги във вашия екип (участници, място, споделена информация, отговорници за проектиране на цели)?

4.6. Прилагане и мониторинг на интервенцията в естествената среда на децата

Осъществяването и мониторингът на интервенцията предполага работа в трансдисциплинарен екип, в който е включено семейството, като се прилагат на практика стратегиите и дейностите, планирани за постигане на целите на плана за интервенция; това е моментът, в който екипът въвежда индивидуалния план за семейни услуги в ежедневието на детето, в неговия или нейния различен естествен контекст, като се стреми да отговори на приоритетите на семейството.

След като планът за интервенция бъде определен заедно със семейството, той трябва да бъде приложен на практика. При модела на трансдисциплинарна екипна работа тази задача се пада на семейството и на ВС, като всички останали членове на екипа са резервна подкрепа. От гледна точка на семейството, именно то решава степента на участие, която искат да имат в прилагането и мониторинга на интервенцията. Това ще бъде първото решение, което ще бъде взето заедно от семейството и ВС. За да може семейството да вземе информирано решение, специалистите следва да им покажат всички предимства на пълноценното им участие, без натиск. Но те също така следва да се чувстват комфортно да решават свободно, според своите желания или възможности, без да се чувстват виновни, ако решат да бъдат по-малко ангажирани.

След като това решение бъде взето, прилагането на услугите и ресурсите за РДИ е следващата голяма стъпка в цикъла на интервенция. Въпреки че първите контакти, оценката и подготовката на индивидуалния план за семейни услуги са етапи в рамките на цикъла, които протичат заедно с намален брой срещи между семейството и специалиста, прилагането и мониторингът на плана отнема по-голямата част от времето от процеса на РДИ. Всъщност това се случва по време на многобройните срещи между семейството и специалиста, приключващи само когато детето спре да се възползва от РДИ.

Както бе споменато по-рано, предишните срещи в цикъла следва да са консолидирали доверие и сътрудничество между семейството и специалиста, а успехът на този етап в прилагането на плана зависи от начина, по който са се случили всички предишни срещи.

Изпълнението на плана очевидно следва да отразява основната философия на РДИ — ориентирана към семейството и в естествен контекст — тъй като тя подготвя ежедневно почвата за истинското постигане на плана.

Изпълнение и мониторинг

Персонализираното прилагане на услуги и ресурси за всяко дете и семейство следва:

- Да се основава на трансдисциплинарен модел;
- Да се основава на информирани решения на семейството и на равнището на участие, което възнамеряват да поемат;
- Да се случи по начин, който подкрепя и укрепва функционирането на семейството чрез предоставената подкрепа и мобилизиране на собствените им ресурси;
- Да бъде резултат от текущата преоценка на целия процес и плана за интервенция.



на техните притеснения, нужди и приоритети, поддържани винаги от гледна точка на укрепването на тяхното функциониране. Това е основната цел на ориентирания към семейството подход, която може да бъде постигната само ако има непрекъснати и чести контакти по време на интервенцията: връзката на партньорство между семейството и специалистите, в съвместна трансдисциплинарна работа в екип, се случва на срещите между ВС и семейството и/или други лица, полагащи грижи, чрез посещения в най-значимия контекст от ежедневието на детето.

Обикновено за деца от 0 до 6 години най-значимите контексти са семейният дом и средата, в която им се предоставя образование и грижи (бавачка, ясла или детска градина). Следователно това е контекстът, в който следва да се осъществява подкрепата за РДИ.

Но независимо къде се предоставят услугите за РДИ — у дома, яслата, детската градина, бавачката и др., принципите на ориентирания към семейството подход следва винаги да ръководят практиката на специалистите

РДИ следва да се стреми да насърчава най-доброто развитие на децата, като подобрява техните възможности за учене в техния различен контекст, като си сътрудничи със семейството по време на посещения или срещи с цел повишаване на техния капацитет и овластяване (Dunst, Trivette & Deal, 1988; McWilliam, 2003b).

Защо нещо на пръв поглед не толкова очевидно — и заслужаващо общо съгласие — се прилага на практика?
Защото посещенията за РДИ се използват за „работа с детето“.

Традиционният начин на предоставяне на услуги често се изразява в посещения, при които специалистите отиват в семейния дом, в детските ясли, в детската градина или в къщата на бавачката и работят директно с детето, като оставят майката или други полагащи грижи „настрана“ или просто възлагайки им ролята на информатор или придружител на детето.

Този подход, който McWilliam (2010) нарича „изливане на клиничен или терапевтичен модел на пода във всекидневната на семейството“, игнорира научно доказаното предположение, че малките деца се учат в ежедневието си и че полагащия грижи за детето е този, който прекарва най-много време с него, и който може да промени нещата.

Следващият пример показва, че не е достатъчно „да посетите“ естествения контекст на детето. Да се приложи план, който е съсредоточен върху притесненията на семейството и който подкрепя овластяването на значимите полагащи грижи в тези контексти.

При първото си посещение в семейството Катарина, ВС, открива, че майката е много заета с домакинска работа: ютията била включена, а до нея имало купчина дрехи за гладене. Веднага щом отворила вратата на Катарина, тя казала: „Чакахме те. Мигел е във всекидневната, но няма да спре и за минута. Не мога да направя нищо по този начин! Но влезте и се настанете удобно! Ако имаш нужда от нещо, ще бъда наоколо. След това придружила Катарина до всекидневната, където бил Мигел, върнала се в кухнята и започнала да гладя.

Изказване на специалист по РДИ

„Предоставянето на помощ“ от специалиста на тази майка продължава само по време на посещението, тъй като веднага след като тя си тръгва, майката ще да продължи „да не може да направи нищо, докато Мигел е наоколо“, т.е. непосредствената загриженост остава без отговор. Освен това, важноста на ролята в насърчаването на развитието на сина не е ясна, ограничавайки възможностите за учене на Мигел в семейните му навици.

Подкрепата в естествен контекст не се ограничава до улесняване на семейния живот (в смисъл, че те не трябва да ходят в офис, здравен център или друг контекст). Не е просто да правиш у дома това, което би се извършило в терапевтична среда. Опитът и изследванията, които не нарушават препоръчителните практики, ни показват, че работата при РДИ далеч надхвърля тези процедури.

По принцип, критичният въпрос не е къде ще бъде предоставена подкрепата по отношение на местоположението, а как и с кого се осъществява и какво е нивото на ангажираност на значимите полагащи грижи по време на тези срещи. Забележете разликите в значението на две практики в Таблица 4.3.

Спомнете ли си Фигура 3.4 на стр. 83, която илюстрира как следва да се предоставя подкрепа при РДИ

Таблица 4.3 Какви послания предаваме на семейството по време на посещенията?

Какви послания предаваме на семейството или други лица, полагащи грижи, когато посещението за РДИ се използва най-вече за „работа с детето“?	Which messages do we pass on to the family or other caregivers when the ECI visit is mostly used to “work with the caregiver”?
Посещението на специалиста и директната интервенция при детето е това, което води до положителни резултати (за детето).	Развитието и обучението на детето се осъществява „между посещенията“ на специалиста и по време на ежедневните занимания на детето.
Семейството и/или други полагащи грижи лица оказват слабо влияние върху развитието на детето.	Семейството и други полагащи грижи, с които детето прекарва повече време, имат по-голямо влияние върху неговото развитие и учене.
Влиянието на специалиста заменя влиянието на семейството или други значими полагащи грижи.	Резултатите от интервенцията зависят от ефективното участие на семейството и от контрола, който то упражнява върху целия процес.
Специалистът е експертът.	Семейството и другите полагащи грижи са тези, които знаят повече за детето и неговите ежедневни занимания.

При ориентирания към семейството подход и в естествен контекст, основната задача на специалиста следва да се състои в подкрепа на лицето, което полага грижи, с цел засилване на взаимоотношенията между детето и лицето, което полага грижи за него, в ежедневието

Времето, прекарано по време на посещенията на специалиста при семейството и други лица, полагащи грижи, трябва да се използва преди всичко, за да им се помогне в ежедневието да управляват и реагират по най-добрия възможен начин на нуждите на детето и техните нужди, регистрирани в индивидуалния план за семейни услуги, за да им се предложат по-добри условия и възможности за развитие и учене на детето (Mahoney & MacDonald, 2007; McWilliam, 2010; Dunst et al., 2011).

Най-добрият начин за постигане на положителни резултати на децата е чрез техните родители и други значими лица, полагащи грижи

Това е единственият начин за експоненциално умножаване на възможностите за учене на децата, което всъщност се случва не когато специалистът по РДИ е със семейството или други лица, полагащи грижи, а по време на моментите на „междинни посещения“, т.е. по време на ежедневните занимания на детето в неговия различен контекст.

Както беше посочено по-горе, McWilliam (2010) се застъпва за това всеки, който прекарва повече от 15 часа седмично с детето, да бъде значимо лице, полагащо грижи, и поради това да участва в интервенцията. Той подчертава и пет основни факта за ефективна интервенция:

Пет основни факта за ефективна интервенция:

1. Именно семейството и другите полагащи грижи влияят на детето, а специалистите могат да повлияят на семейството и другите полагащи грижи;
2. Малките деца учат през целия ден, а не на „сесии“, „уроци“ или в „моменти за упражняване“, които концентрират ученето в един единствен момент от деня;
3. Децата изпитват затруднения да прехвърлят наученото, което се извършва в деконтекстуализирана среда, към обичайното ежедневие;
4. „Истинската“ интервенция възниква между посещенията на специалистите и това, което се случва между полагащите грижи и детето.
5. Детето се нуждае от максимална интервенция (предоставена от полагащите грижи), а не от максимални услуги (повече специалисти, предоставящи повече услуги).

Понякога погрешното тълкуване на тези предположения кара някои специалисти по РДИ да се чувстват така, сякаш работата директно с детето е „забранена“. Въпреки това, когато се отговаря на нуждите на семействата, може да се наложи специалистът да го направи.

Нека да разгледаме като например някои от тези ситуации:

- Да оценяват и/или да се намесват в конкретни случаи, като моделират нови техники, които улесняват максималното оползотворяване на техния потенциал за постигане на очаквания резултат;
- Да се покажат стратегиите за полагане на грижи, които може да се считат за трудни за прилагане, в степента, в която семейството споделя тази нужда;
- Да се покаже привързаност и загриженост към детето, установявайки положителна връзка с него или нея.

Най-важното е специалистите да се запитат: „Защо трябва да работя директно с детето?“ и дали „целта ми е да умножа възможностите за учене на детето?“ Също така, да си припомни кои послания той или тя предава на полагащия грижи, когато се работи директно с детето.

Още веднъж, ние твърдим, че няма рецепти, но рефлексията на специалиста и постоянните въпроси ще помогнат да се разбере дали те са на правилния път, т.е. спазването на принципите на РДИ и насърчаването на максимални възможности за развитие на детето.

НАКРАТКО

При прилагането на услуги за РДИ с ориентиран към семейството подход специалистът трябва:

- Да насърчава и подкрепя семействата за независимо мобилизиране на необходимите ресурси за задоволяване на техните нужди в съответствие с вариантите, ръководени от принципа на нормализиране;
- Да подпомага и подкрепя семействата при решаването на проблеми и посрещането на предизвикателства, когато те се появят в ежедневието им;
- Да гарантира, че интервенцията е удобно приспособена към живота на семейството и не създава изкуствени моменти с допълнителен стрес;
- Да преглежда целите и стратегиите за интервенция с цел отразяване на промените в нуждите и желанията на семействата;
- Да улеснява връзките между семейството, системите за подкрепа и различните контексти, в които участва детето (услуги на общността, приятели, съседни, национални асоциации, разширено семейство, социални групи и други контексти, като детските ясли и детската градина).

(адаптирано от McWilliam, Winton, & Crais, 2003)

4.6.1 Трансдисциплинарният модел за предоставяне на услуги

Нека си припомним трите характеристики на трансдисциплинарната работа в екип (Shelden & Rush, 2013):

- Един от членовете на трансдисциплинарния екип се избира за **ВС11** и да поддържа постоянно взаимодействие със семейството и детето;
- Членовете на трансдисциплинарния екип следва да работят в сътрудничество, за да отговорят на нуждите на децата и семействата;
- Трансдисциплинарните членове на екипа трябва да се ангажират с преподаване, работа и учене извън границите на различните дисциплини.

Непрекъснати и И как се предоставят услугите за РДИ?

Основната цел при използването на трансдисциплинарен подход при предоставянето на услуги за РДИ е да се гарантира ефективен отговор на множеството сложни нужди на семейството, превръщайки го в цялостна и интегрирана подкрепа. За да го направят, специалистите по РДИ трябва да надхвърлят специализираните познания на основното си обучение. Тези познания са от основно значение за подкрепата на деца, семейства и други специалисти, но всички членове на екипа за РДИ са допълнително отговорни за разбирането и споделянето на информация за цялостното развитие на децата и за това как да отговорят на съмненията на родителите.

Този интегриран подход към семейството и другите полагащи грижи разглежда детето като цяло, вместо да разглежда различните области на развитие като „автономни“. Но всяко дете е уникално и придобиването на умения във всяка област на развитие неизбежно ще има отражение върху другите.

Въпреки това, все още е често срещано да се провеждат интервенции, разделени на различни специалисти в екипа (трудова терапевт, който „работи“ върху фините двигателни умения, физиотерапевт, който „работи“ върху движенията, логопед, който „се занимава“ с комуникирането). И все още има голямо объркване между интервенция и услуги (напр.: „Това дете се нуждае от логопедична терапия веднъж седмично“).

Трансдисциплинарната работа в екип често води до предизвикателства при нейното прилагане, най-вече поради обща липса на разбиране за този подход на функциониране на екипа. Специалистите често смятат, че ще бъдат помолени да придобият или да се откажат от компетентности, които обикновено са свързани с тяхната дисциплина, и много от тези опасения често са свързани с неправилното тълкуване на този модел. Нека разгледаме как Shelden и Rush (2013) обобщават няколко мита или погрешни схващания относно функционирането на трансдисциплинарната работа в екип, които често се появяват като бариери пред придържането към нея (Таблица 4.4).

Трансдисциплинарният подход, осигурен основно от действието на член на екипа, който винаги е подкрепян от колегите си, има за цел да сведе до минимум отрицателните последици от включването на няколко специалисти (които често се сменят) в ежедневието на детето и семейството, като същевременно гарантира положителни резултати от интервенцията за детето/семейството.

Непрекъснати и привилегирани отношения на сътрудничество между семейството и един член на екипа

В трансдисциплинарния модел ВС не е сам: той или тя има подкрепата на всички останали специалисти в екипа.

11 Или основен доставчик на услуги за подобряване на модела за предоставяне на трансдисциплинарни услуги, който подчертава значението на взаимодействието на този член със семейството за изграждането на капацитет и овластяването му, според Shelden и Rush (2013).

Таблица 4.4 Митове и реалности, свързани с трансдисциплинарния модел
(адаптирано от Sheldon & Rush, 2013)

Мит	Реалност
<p>При трансдисциплинарния модел семейството получава ограничени услуги от ВС, тъй като това е единственият специалист, ангажиран с детето и семейството.</p>	<p>В трансдисциплинарния модел има екип от специалисти от различни дисциплини, които подкрепят семейството; при оценката и развитието на индивидуален план за семейни услуги, при срещите на екипите, при вземането на решения и при интервенцията, при съвместни посещения, когато тази нужда се почувства от ВС и семейството.</p>
<p>В трансдисциплинарния модел всички специалисти по РДИ имат обща специализация: не са необходими или използвани специализирани знания.</p>	<p>Присъствието на специалисти от различни дисциплини в екипа гарантира, че семейството и детето имат достъп до необходимите знания и компетенции, за да бъдат подкрепени в постигането на целите на плана. Планирането на съвместни посещения се основава на нуждите от специализирана подкрепа, почувствани от ВС и семейството.</p>
<p>В трансдисциплинарния модел подкрепата на ВС е непряка: един специалист не може или не следва да прилага всички преки интервенции, от които се нуждае всяко семейство или конкретно дете.</p>	<p>Интервенцията на ВС не е въпрос на пряка или непряка подкрепа, а по-скоро как екипът организира ресурсите си, за да реагира ефективно и ефикасно и да подкрепи семейството и детето. ВС използва естествената среда на учене като контекст за интервенция и обучение¹² и като стил на взаимодействие със семейството и други полагащи грижи. Това може да включва пряка оценка на децата, моделиране, пряка подкрепа и споделяне на информация. Когато детето, семейството или ВС почувстват нужда от пряк контакт с друг член на екипа, този контакт се насърчава и се осъществява чрез съвместни посещения с ВС.</p>
<p>Колкото повече директни услуги получава детето, толкова по-добре: терапиите, адресирани към детето от множество специалисти, се разглеждат като висококачествено предоставяне на услуги и се възприема като най-бързият начин за постигане на целите на индивидуалния план за семейни услуги.</p>	<p>По-голямото участие на децата в техния контекст, дейности и ежедневни занимания ще осигури повече възможности за учене и развитие. По този начин ролята на ВС е да увеличи максимално участието на децата, фокусирайки възможностите за учене, които естествено се появяват, и засилвайки компетенциите и увереността на лицата, които се грижат за тях, за да се насърчи ученето на децата в различните дейности, които се извършват, когато специалистът не присъства.</p>
<p>Назначаването на ВС към семейство, вместо да се налага семейството да избира от представен списък, кой да бъде специалистът, предоставящ подкрепа, ограничава избора на семейството.</p>	<p>Като семейството избира ВС от списък със специалисти, това ограничава избора му сред дисциплините, определени като необходими предвид дефицитите на детето, вместо да се осигури на семейството незабавен и постоянен достъп до екип от специалисти от различни дисциплини. Семейството може да поиска да смени ВС, когато е недоволен от избора си.</p>

¹² В този контекст, обучението се определя от Sheldon & Rush (2013) като стил на взаимодействие, основан на стратегии за учене на възрастни, които имат за цел изграждане на капацитет и насърчаване на рефлексивните компетенции и компетенциите за вземане на решения на родители, други полагащи грижи и колеги от екипа.

На практика изборът на ВС често се влияе от фактори, съсредоточени върху услугите или специалистите, а не върху семейството (например географския район, броя на случаите, експертната област на специалистите, техните собствени интереси и/или опит и т.н.). Но тези логистични въпроси не могат да заменят това, което следва да бъде идеалът: семейството има думата при избора на ВС според техните нужди и приоритети.

По принцип всеки специалист в екипа може и следва да поеме ролята на ВС. Този избор следва да отчита комбинацията от различни фактори, като семейни притеснения и очаквания, вида на опита на специалиста, съпричастността между специалистите и семейството, както и нуждите на детето. Подчертаваме още веднъж значението на отношенията и сътрудничеството между семейството и специалиста, за да се намери за семейството „най-добрият“ посредник за този конкретен случай.

ВС е този, който най-често се свързва с детето и семейството. Прави повечето посещения сам, но по време на интервенцията може да има съвместни посещения с други специалисти. Съществуването и честотата на тези посещения ще зависят от подкрепата, изисквана от ВС в подкрепа на семейството за всяка цел на интервенцията. Планирането и пренасочването на тези съвместни посещения обаче следва да се извършва предпазливо, за да се избегне замяна на ролята на ВС. Следва да подчертаем, че ВС следва винаги да присъства на посещения с други членове на екипа.

Колкото по-големи са увереността и опитът на ВС, толкова по-малко съвместни посещения той или тя ще трябва да провежда. Важно е, че именно ролята на специалиста, който извършва съвместни посещения с ВС, засилва компетентността и доверието на семейството, на други полагащи грижи, а също и на ВС, както показва примерът по-долу:

Целта на това съвместно посещение била логопедът да даде възможност на лицата, полагащи грижи за Кристина, да „изгледят ръбовете“ в артикулацията на някои звуци. ВС информирал, че съвместното посещение ще се проведе в детската градина (ДГ), тъй като майката считала, че е важно да присъства и детската учителка, така че всички (майката, ВС и детската учителка) да действат съвместно, увеличавайки по този начин въздействието на интервенцията.

По време на посещението терапевтът попитал за стратегиите, използвани от майката, детската учителка и ВС дотогава, и ги валидирал, тъй като те били важни за развитието на речта (като използването на по-малко умалителни изрази от майката и повече стимули за Кристина да се коригира и да повтори думите на възрастния, тъй като първоначално тя не би сътрудничила).

Последвало кратко неформално наблюдение на Кристина и по този начин станало възможно да се разбере видът на изреченията, които тя ще артикулира, способността да описва картини или събития и вида на артикулационните грешки.

По този начин, въз основа на познаването на заниманията у дома и в ДГ, лицата, полагащи грижи за Кристина, се запознали със стратегии, които биха могли да се използват в тези практики през деня, за да се помогне за коригиране на наблюдаваната промяна. Терапевтът винаги предлагал модела на произношение и обяснявал най-добрия начин за действие на всички полагащи грижи. Например, за звука /P/ терапевтът илюстрирал как възрастния може да осигури правилния модел на произношение като акцентира/разшири звука в началото на думите, когато този звук е в речта на Кристина и тя го пропуска, например свързвайки тази фонема със звука на ревящ лъв /PPPPPP/. Майката обяснила, че те са играли игри с думи, когато са пътували с колата, а терапевтът признал, че когато пътуват с кола, казването на думи (назоваване/припомняне), които започват с този звук или го съдържат в средата на думата, може да бъде забавна дейност (евентуално неща, които се виждат отвън: Ррелси, хоРРа, въРРтележки, мотоРРи и др.).

Избор на ВС

Сътрудничество между специалисти и взаимно обучение

Обмисляйки заниманията в ДГ, когато има време за кръгови игри сутрин, би било възможно да се популяризират дейности с цялата група, която също би могла да се фокусира върху назоваване/припомняне на думи със звука /P/ в началото и назоваване на колеги, които имат този звук в името си. От друга страна, детският учител би могъл да каже различни думи, като помоли децата да познаят тези, в които лъвският звук /PPPP/ може да бъде чул, или не. Както предлагало семейството, през целия ден и в програмата на ДГ, когато звукът се пропуска, детският учител следвало да даде правилното произношение, като акцентира върху звука/сричката и поиска от Кристина да я повтори. Всички присъстващи, както и Кристина, се опитали да последват примерите, дадени от терапевта. Попитали ги дали имат някакви съмнения, въпроси или опасения относно обсъденото, и относно речта. Нямащо съмнения и майката и детската учителка посочили, че би било много по-лесно да се насърчат тези компетенции, тъй като така Кристина „дори нямало да ги забележи“. В рамките на един месец било планирано ново съвместно посещение, за да се оцени въздействието на предложените стратегии.

Изказване на специалист по РДИ

Накратко, с трансдисциплинарния функциониращ модел семейството получава силна подкрепа от ВС и не е претоварено с посещения от няколко специалисти, които предоставят фрагментирана подкрепа, която не е интегрирана, като гарантират приноса на други членове на екипа, когато е необходима „специалност“ за изпълнението на план, изграден въз основа на функционалните нужди на семейството.

Но дори когато е необходима специализирана подкрепа, тя винаги ще се предоставя, за да се улесни прилагането на функционална цел, планирана в рамките на ежедневието на детето и с неговите полагащи грижи. Да се избягва работа в която и да е специфична деконтекстуализирана област на развитие, (реч, движение, фини двигателни умения...), както е в случая с традиционните практики, които обикновено се използват за по-големи деца и възрастни.

Още веднъж подчертаваме, че няма предварително установени рецепти при РДИ, тъй като всяка интервенция произтича от уникалността на семействата. Интензивността и честотата на домашните посещения, или съвместни посещения, или само на ВС, зависят от нуждите на детето, семейството, а също и на ВС. Седмично посещение от средно около час и половина обаче се счита за достатъчно за създаване на отношения на доверие със семейството и предоставяне на ефективна подкрепа (McWilliam, 2010).

Като цяло се счита също, че планирането на съвместни посещения на всеки 1—3 месеца ще отговори на целта за укрепване на функционирането на семейството и компетентността на ВС. Принципът при анализа и вземането на решения относно интензивността и честотата на домашните посещения обаче следва да бъде гъвкав и винаги да се основава на семейните нужди и установените цели.

4.6.2 Трансдисциплинарният модел за предоставяне на услуги

Нека си припомним трите характеристики на трансдисциплинарната работа в екип (Shelden & Rush, 2013):

Каква е честотата на посещения на ВС и на съвместните посещения в трансдисциплинарния модел?

тази гледна точка, лицата, полагащи грижи, които присъстват в този контекст, се считат за ключови фигури за насърчаване на възможностите за учене на децата и за подпомагане на тяхното развитие.

По същия начин, за да се определи периодичността и вида подкрепа, това, което трябва да ръководи решението за мястото, където ще бъде предоставена подкрепата, ще зависи от нуждите на детето и семейството или другите полагащи грижи (детска учителка, бавачка и т.н.).

Важно е обаче да не се пренебрегват някои предизвикателства и трудности: проблеми в работата на семейството, които биха могли да ограничат тяхното присъствие, или нивото на комфорт на специалистите в определени контексти.

Като се вземат предвид обичайните места, където децата прекарват по-голяма част от времето си, отсега нататък ще подходим към формата(ите) на подкрепа на трансдисциплинарния екип, която ще бъде взета предвид в основния учебен контекст на деца от 0 до 6 години: а) домашни посещения; б) и посещения в контекста на формалното образование и грижи.

И в двата случая РДИ се фокусира върху подобряване на развитието и ученето на децата чрез подкрепата на техните ежедневни лица, полагащи грижи.

Домашни посещения (ДП)

„Процесът на домашно посещение не е механичен, а по-скоро дълбоко човешко усилие“.

(Corey & Corey, 1998)

Успехът на интервенцията се случва, когато специалистите започват от семейните очаквания

Домашното посещение представлява „идеалният“ сценарий за ефективно партньорство между семейството и ВС, при който последният подкрепя семейството, като предлага информация, насоки, емоционална подкрепа, а също и по-практически аспекти, повишавайки чувството за компетентност и увереност на семействата. Това може да бъде възможно само ако специалистът е внимателен към преживяванията на семействата, ръководейки всички свои действия в съответствие с тази предпоставка.

McWilliam (2010) определя три вида подкрепа като основа за посещения по домовете:

Емоционална подкрепа — включва съпричастност, позитивност и отзивчивост към детето и семейството, без да се ограничава само до слушане, а да действа, когато е уместно, винаги насочена към благосъстоянието на цялото семейство, в отговор на техните притеснения и без да се фокусира само върху детето. Родителските групи могат да бъдат важен емоционален помощник, а специалистът може да действа като посредник за контакт между родителите. Но специалистът по РДИ може също така да предостави емоционална подкрепа, като изслуша и отговори на семейните притеснения, насочвайки ги към силните им страни и положително отношение, водещо до чувство на увереност, контрол и самочувствие;

Материална подкрепа — Определя се като подкрепа, която осигурява достъп на семействата до ресурсите, от които се нуждаят, за да постигнат целите си. Тези ресурси могат да бъдат подразделени на две общи категории: оборудване/материали (напр. храна, облекло, жилища и др.); и финансова подкрепа (помощи и др.);

Информационна подкрепа — Определя се като информацията, предоставена на семейството, като се вземат предвид техните нужди. Повечето семейства се нуждаят от четири вида информация: (1) информация за развитието на детето (например какво се очаква да направи детето в зависимост от възрастта му); (2) информация за трудностите/диагнозата на детето; (3) информация за услугите и ресурсите, с които разполага семейството и тяхното дете; (4) и информация за това какво семейството може да постигне с детето.

Взаимоотношения на доверие

Както подчертахме, доверието, установено между семейството и ВС, е ключът към успеха и затова посещенията в дома зависят от съвместната работа и емоционалните отношения между семейството и домашния посетител.

Цялото обучение се осъществява в контекста на взаимоотношенията и е критично повлияно от качеството на тези взаимоотношения.

Домашни посещения (ДП)

Ролята на ВС е да подпомага семейството да постигне своите цели

ВС, който обикновено провежда седмични срещи със семейството, има ролята да го подкрепя, за да се чувстват те компетентни и уверени, да взаимодействат отговорно с детето в ежедневните си дейности.

Специалистът следва винаги да насърчава участието на семейството в интервенцията.

Това е ключът към ефективността в насърчаването на ученето и развитието на децата.

Действията му като посетител в дома ще произтичат от трите ефективни компонента за предоставяне на помощ в триъгълника, предложен от Dunst (1998): технически компетенции, практики на взаимоотношения и практики за участие. При всяко ДП специалистът „пренася“ тези три компонента и въз основа на това, което той или тя знае (техническо качество и ефектите от практиките за участие), ще прилага своите компетенции и интервенция своевременно, адаптирани към нуждите на детето и семейството. Неговите или нейните релационни компетенции ще бъдат използвани за създаване на значима човешка връзка.

Фернанда вече не е непозната. Въпреки че тя е детският педагог [ВС], който идва да работи с Давид, за него и Клара (другото двегодишно дете в дома) тя е „Нанда“. „Нанда“ идва във вторник да си играе с тях, а понякога и с майката. „Нанда“ слуша майката. Тя се вслушва в проблемите в дома и на работа и колко е трудна ситуацията. Бащата, отсъстващ през по-голямата част от времето, се обажда на майката и я пита: „Фернанда ще дойде ли?“, сякаш детският педагог е съсед или наш приятел.

Майката вече не става в шест сутринта, за да оправи леглото, защото я посещава специалистът от SNIPI. „Нанда“ знае, че понякога леглото не е оправено и че през зимата сушилнята е поставена в дневната. Фернанда работи с майката и бащата, с терапевта и учителя от ДГ, за да може Давид да има здравословен и щастлив живот.

След една година „Нанда“ най-накрая успя да погали котката ни. „Нанда“ познава котките и знае, че нашата котка е трудна. Котката ни харесва само СЕМЕЙСТВОТО.

SNIPI накара семейството ми да почувства, че не сме сами.

Трудно е да имаш „различно“ дете. Да имаш дете, което изглежда по същия начин като всички останали навън, но има различно поведение, нагласи и реч... е плашещо.

По-лесно е, ако има хора, които могат да помогнат. По-лесно е, ако позволим на другите да ни помогнат и ако си позволим да израснем като семейство.

Соня — майката на Давид, подкрепена от SNIPI

Това изказване показва как португалските семейства оценяват аспекти от ДП, които са подобни на тези, които изследванията отдавна показват.

Какво семействата ценят най-много при ДП?

„Предложи ми възможност да говоря с някой, който наистина го е грижа за мен“.

„Помогна ми да науча повече за това как се развиват децата и от какво се нуждаят, за да растат здрави и щастливи“.

„Те ми помогнаха да предложа на детето си по-добър старт в живота от моя“.

„Помогнаха ми да стана по-уверена в себе си“.

„Помогнаха ми да се разбера по-добре“.

(Pharis & Levin, 1991)

Поради сложността на срещите между семейства и специалисти, подготовката и организацията са от жизненоважно значение, за да се направи домашното посещение подходящо и уместно за семействата.

За да постигнат успех, специалистите трябва да бъдат безпристрастни, съпричастни, упорити, да достигат до всички членове на семейството, да бъдат чувствителни към различни култури, да предлагат съвети и модели, да помагат на семейството при четенето на документи и да планират или подготвят въпроси, които да задават на други специалисти (Klass, 2008).

Таблицата по-долу съдържа няколко въпроса, които биха могли да помогнат при самоанализ на нагласите, които трябва да имате или да избягвате в присъствието на семейства

СПРЕТЕ, ЗА ДА ПОМИСЛИТЕ

Кое от тези видове поведение може да ме характеризира като специалист по РДИ? Някои добри навици

- Редовно установявам контакт с очите
- Задавам въпроси за изясняване
- Показвам загриженост, признавам чувствата си.
- Перифразирам, за да покажа, че разбирам
- Обръщам много внимание и не позволявам на ума си да блуждае.
- Реагирам невербално с усмивка, намръщена или трогателна, ако е уместно
- Не сменям темата без предупреждение.

Някои лоши навици

- Прекъсвам много пъти.
- Довършвам изреченията на родителите.
- Определям идеите си, преди да имам цялата информация
- Не предлагам никакъв отговор
- Нетърпелив съм.
- Мисля за отговора си, докато родителите ми все още говорят.

(адаптирано от Bone, 1993)



Индивидуалният план за семейни услуги като насоки за посещения в дома

Предварително изготвеният план за интервенция, индивидуалният план за семейни услуги, който изяснява промените, които семейството иска да види, че се случват в живота им и в живота на детето им, ще действа като ръководство за насочване на посещенията и срещите между семейството и ВС.

Всъщност, на този етап от изпълнението на плана е време да се приложат всички съвместно планирани стратегии на практика, за да се постигнат поставените цели и никога не е твърде късно да се припомни, че те трябва да имат реално значение за семейството.

За съжаление, все по-често, отколкото би било желателно, индивидуалният план за семейни услуги се „забравя в чекмеджето“ и посещенията се извършват, без да се следва този план, което на практика означава загуба на времето, прекарано в предишни първи контакти и в контекста на оценката.

Може би това забравяне се случва, когато планът стане толкова сложен и толкова „професионален“, че вече няма смисъл за ежедневието на децата и полагащите грижи. Възможно е обаче той да е бил подготвен, само за да се отговори на административните изисквания на услугата за РДИ.

За щастие има семейства и специалисти, които ценят плана, както бе показано в предишния пример за неговото изготвяне.

Но, както сме виждали и преди, планът не е статичен документ, той е динамичен и следва да съпътства постоянно променящите се нужди на децата и семействата. И целите трябва да бъдат непрекъснато оценявани, коригирани, когато е необходимо, и след като бъдат постигнати, следва да се поставят нови цели.

По този начин акцентът се поставя върху изграждането на отношения на доверие със семейството, а планът може да помогне на семейството и специалиста да се придържат към правилния път (т.е. този, който семейството е избрало). При всяко ново посещение след съставянето на плана можем да започнем с въпроса: „Как вървят нещата?“ Използвайте този въпрос, за да получите информацията относно всяка от целите, планирани със семейството. Задаването на въпроси за моменти или ситуации, които са преминали добре, изследването на всичко положително, което се е случило в тези ситуации, може да допринесе за празнуването на успеха и чувството за компетентност на семейството. Нещо повече, по този начин ще подчертаем основната идея, че важното е какво се случва между посещенията на специалистите.

Има инструменти, които могат да подпомогнат ВС в тази задача за поддържане на плана активен по време на посещенията в семейството. Други автори предлагат подобни групирани въпроси, както е описано по-долу, които помагат да се помисли за това как се задават въпроси на семействата и какво послание е вложено в тях:

Прочетете примерите на Инес и Мариана още веднъж

Мониторинг на услугите: планът следва да насочва всяко посещение и да отразява семейната динамика

Спомняте ли си някога да сте задавали този тип въпроси? Каква беше реакцията на семейството?

Как да започнете разговор със семейството:

- Общи въпроси: „Как вървят нещата?“
- Въпроси, насочени към компетенциите: „Колко думи използва Афонсо в момента?“, „Как София държи лъжицата сега?“
- Въпроси, насочени към стратегиите: „Как мина, когато сложихте играчката на дивана, така че Марио да се изправи, държейки се за дивана, за да хване играчката?“
- Въпроси, насочени към стратегии, свързани с определена дейност: „Как мина, когато помолихте детето да избере какво да пие по време на хранене?“ отнасяйки се до стратегията „избор“ при дейността „хранене“.
- Въпроси, фокусирани върху дейността: „Как беше храненето тази седмица?“, или „Последният път, когато бях тук, ми каза, че ще се съсредоточа върху подкрепата на Мария, за да може тя да се ангажира повече по време на семейните хранения?“, или „Какво сте опитали, което работи добре?“, или „Какво можеше да направите различно?“.

(адаптирано от Rush & Sheldon, 2011)

С натрупания опит ВС ще може да ръководи посещенията въз основа на приоритетите на семейството и без да забравя съвместно определения план. Специалистите обаче следва винаги да имат предвид, че всички зададени въпроси трябва да поддържат активното участие на семейството по отношение на всяка цел — така се оправомощават семействата — и не специалистът трябва да определя хода на действията.

От друга страна, приоритетът на целите, определени в плана за интервенция, може да се промени и да възникнат нови притеснения.

Специалистите по РДИ, които обръщат внимание на новите притеснения и приоритети на семейството, следва да се приспособят към тези промени и да преформулират плана, за да ги отразят.

При определянето на целите на плана, проблемите с речта бяха най-често посочвани от майката. По време на домашните посещения обаче темите на разговора се отклоняваха към трудностите в справянето с работата, грижите на майката за бабите и дядовците по майчина линия, конфликтите със свекървата и последващите моменти, когато майката не се чувстваше добре и си лягаше без да подреди къщата.

Изказване на специалист по РДИ

Отговорът, както обикновено, се крие в баланса (което не е лесно...) между задаването на правилните въпроси и активното слушане на семейството, което им позволява да водят процеса.

СПРЕТЕ, ЗА ДА ПОМИСЛИТЕ

Колко често сте осъзнавали, че по невнимание сте забравили този фундаментален принцип на ориентираната към семейството интервенция?



Как да подкрепим семейството, за да постигнат целите си?

В този процес има много възможности да се предостави информация на семейството, подкрепяйки ги по отношение на резултатите, които желаят да постигнат, от споделяне на информация за съмнение до демонстриране с детето, ако е необходимо. Това е и моментът да се „подредят“ и да се активират ресурсите, с които семейството разполага, за да се отговори на техните нужди, да се засили функционирането им и да се гарантира тяхната самостоятелност.

Няколко автори, свързани с предоставянето на ориентираните към семейството услуги (Hanft, Rush, & Shelden, 2004; Klass, 2008; Shelden & Rush, 2013; Wasik & Bryant, 2001) подчертават значението на стила на професионално взаимодействие за постигане на тази крайна цел на РДИ: овластяване и изграждане на капацитет на полагащите грижи.

Например Shelden и Rush (2013) разглеждат обучението като интерактивния стил, който следва да се използва от ВС, като го идентифицира като практика за укрепване на компетенциите на родителите, полагащите грижи или други специалисти по РДИ. Вместо да казваме какво да се прави, следва да започнем от това, което другият човек вече знае, с насърчаване да търсим решения, които той възприема като ефективни и подкрепящи неговите нужди и приоритети. По този начин стратегии като моделиране, стимули, активно слушане, решаване на проблеми, съветване или консултиране могат да бъдат използвани от посетителите на дома за активно ангажиране на семейството в процеса на интервенция.

По-долу можем да видим пример за подкрепа на майката чрез словесно насърчаване, когато тя участва в конкретна ежедневна дейност, която е смятала за трудна, водеща до постигането на желаните от нея резултати:

Един ден Клара решила да отиде в главния офис на местния интервенционен екип, за да препоръча сина си Антонио, четиригодишно дете с аутизъм. За да оправдае молбата си за подкрепа, тя описала на хартия трудностите, свързани с поведението на сина (избухвания), особено когато го водела в увеселителен парк, търговски център или супермаркет.

По време на ДП, Клара обяснила, че у дома тя успява донякъде да контролира избухванията на Антонио, когато се налага да му противоречи, но всеки път, когато излизали, било много трудно да се удовлетворят всичките му желания, а интензивните избухвания били доста чести в обществото. Клара се чувствала много слаба в тези моменти, не била сигурна какво да прави и усещала неодобрителния поглед на преминаващите хора. Понякога дори избягвала да излиза на разходка, защото тази приятна дейност скоро се превръщала в „борба за власт“ със сина. ВС и майката решили съвместно да планират екскурзия до едно от местата, които Клара считала за най-предизвикателни, за да анализират взаимодействието между майката и Антонио в тези ситуации и да разберат какво може да предизвика гнева му и как могат да намалят тези избухвания. В уречения ден майката, Антонио и ВС се отправили към любимия увеселителен парк на Антонио, с надуваема топка за игри. Всичко вървяло доста добре, докато не дошло време да се върнат у дома. Клара няколко пъти казала на Антонио, че ще трябва да си тръгнат, питайки го: „Ще тръгваме ли?“, а Антонио всеки път отговарял: „Не“ и се връщал към игрите си. В този контекст ВС продължил да подкрепя майката, като предложил няколко начина как да се повиши ефективността на нейните инструкции, като например да избягва да дава инструкции под формата на въпрос, за да не обърква Антонио, като му дава погрешното усещане, че може да избере да следва инструкциите или не, или да го предупреждава да се подготви за тръгване, като казва например: „След три спускания по пързалката се прибираме у дома“. Клара, чувствайки се по-уверена с тази подкрепа и ставайки по-сигурна в себе си, най-накрая осъзнала, че Антонио ще последва инструкциите и ще напусне парка без да избухне.

При следващите посещения Клара споделила с ВС как са били нещата при излизането тази седмица и как се е чувствала по-уверена и компетентна при справянето с Антонио: тя е успяла да намали избухванията и следователно е можела да се наслажда на разходките си с Антонио.

Изказване на специалист по РДИ

Всяка стратегия, използвана в стиловете на взаимодействие със семейството, която е повече или по-малко напътстваща относно взаимодействието с детето, следва винаги да зависи от ситуацията и нивото на подкрепа, от което семейството се нуждае. Никой метод, който се използва, не трябва да показва на семейството, че те не са в състояние да изпълнят задачата, особено когато я демонстрират с детето. Вместо това, всеки метод следва винаги да се използва, за да се помогне на семейството да види различните начини за изпълнение на някои действия или стратегии.

ВС, по време на ДП, може да използва континуум от различни стратегии в подкрепа на семейството, за да засили техните компетенции за насърчаване на развитието на детето им, както може да се види по-долу (адаптирано от Rush & Shelden, 2011):

- **Професионалните модели, прилагани докато семейството наблюдава, последвани от момент на семейна рефлексия;**
- **Специалистът предоставя устна подкрепа и предложения, докато семейството е пряко ангажирано в дейността с детето;**

- **Специалистът наблюдава семейството, без да задава въпроси или да предлага обратна връзка, докато не настъпи подходящ момент по време на дейността, в която семейството да обмисли ситуацията (рефлексия по време на действие);**
- **Специалистът пряко наблюдава семейството и детето и обсъжда със семейството какво се е случило, непосредствено след дейността (рефлексия върху действие);**
- **Специалистът и семейството задават въпроси и обсъждат дейност или практика, които са се случили между посещенията.**

Всяка стратегия може да бъде валидна: важното е да се обяснят различните съществуващи възможности на семейството, така че те да могат да вземат решение за тази, която по-добре отговаря на техните нужди. За тази цел специалистът би могъл да задава прости въпроси след предложенията, като например: „Искате ли да демонстрирам?“ или „Бихте ли ми показали как обикновено го правите?“

Според Klass (2008), за да бъдат ефективни по време на изпълнението на плана, ВС трябва да работят едновременно на две нива:

- Да бъдат нащрек за собствените си чувства и реакции;
- Да бъдат внимателни към взаимодействията, възникващи между тях и лицата, полагащи грижи, и между тях и детето.

Домашният посетител, подобно на занаятчиите, се учи по-добре на практика с течение на времето. Това учене е възможно, ако домашните посетители разсъждават върху собствените си действия, като имат възможност да придобият ново разбиране за смисъла и целта на практиката си по време на тази рефлексия (Klass, 2008).

Всъщност рефлексията на специалистите върху собствената им практика е от съществено значение за това търсене, както може да се види в следните изказвания:

Да преразгледам в ума си посещенията, които току-що направих, е рутина, която не мога да не спазя. Чувствам, че колкото по-силна е връзката, установена със семейството, толкова по-дълго това семейство се задържа в съзнанието ми... Но когато забележа, че не съм успяла да изпълня това, което се очаква от мен (моите собствени изисквания или семейни очаквания), ми е трудно да „изключа“, а връзката, която не била установена, няма да напусне съзнанието ми... Понякога се улавям, че се усмихвам в колата, когато си тръгвам от домашно посещение... Все едно все още съм в компанията им... Някои миризми се запазват върху вас и оставят следа...

Както подчертахме в тази глава, прилагането на ориентирани към семейството практики, макар и привидно прости, е изключително сложно, тъй като изисква промяна на модела на предоставяне на услуги. Този процес на промяна изисква индивидуална рефлексия, подкрепа от екипа и в контекста на супервизия, както и постоянна обратна връзка от семействата и другите полагащи грижи, които ще подкрепят специалиста в постоянното търсене на ефективни практики.

С напътствия и воля за промяна всеки специалист възприема своя „собствен стил“, който следва да бъде гъвкав и разнообразен, адаптиран към уникалните характеристики на всяко семейство, с което взаимодейства, винаги с крайната цел да се укрепи семейството и да се насърчи най-доброто учене за детето.

В Част III на настоящото ръководство ще разгледаме възможностите за професионално развитие, които могат да подкрепят и насърчават тези промени.

Възможности за професионално развитие

Посещение в контекст на формално образование и грижи

ВС, който провежда домашни посещения, може също да посещава деца в техен друг обичаен контекст, като детски ясли и детска градина.

Лицата, полагащи грижи в тези други контексти — детски учители и помощен персонал — са тези, които прекарват достатъчно време с детето, за да променят неговото развитие и учене. РДИ, прилагана в образователен контекст, следва да съответства на подхода за домашните посещения, който беше представен по-рано, и да се основава на същите пет принципа, които бяха съсредоточени и в трансдисциплинарния модел на предоставяне на услуги.

Учителите по предучилищна педагогика и помощният персонал са основните полагащи грижи в детските ясли и детската градина. ВС, който може да бъде всеки специалист от местния интервенционен екип, е експертът по деца в риск или със забавяне в развитието, който ще предостави подкрепа на възрастните, които се грижат за тези деца във формален образователен контекст. Той или тя може също така да прави съвместни посещения с други колеги от екипа в зависимост от нуждите. Още веднъж, сътрудничеството е ключов елемент, в този случай с детския учител и/или класния асистент.

Споделянето и сътрудничеството с детските учители и асистенти е от основно значение и по същия начин, както със семействата, развитието на добри отношения на доверие с различните полагащи грижи следва да бъде приоритет на РДИ. Отправната точка е да се приема, че както специалистът по РДИ, така и тези, които са с детето през целия ден, имат опит и знания, които са важни, за да предложат най-добрата подкрепа на детето в контекста, в който то прекарва повече време. ВС разполага със знанията на своя екип за РДИ и как да подкрепя деца със специални нужди или в риск; значимите полагащи грижи от детските ясли или детската градина внасят в това сътрудничество информация за потенциалните и функционалните нужди на детето през целия ден в тези контексти. По този начин и двамата са експерти, всеки със своите специфични особености, и двамата допринасят за интервенцията: детският учител и асистент научават какво да правят между посещенията за РДИ, а ВС се учи от тях как детето функционира в групов и класен контекст.

Следователно ВС следва да има предвид някои аспекти, когато посещава различните контексти.

Взаимоотношения на доверие

Цели на посещенията в контекста на формалното образование и грижи:

- Да се идентифицират приоритетите, силните страни, нуждите и възможностите за учене в контекста и да се включат в индивидуалния план за семейни услуги;
- Да се разбере функционирането на контекста в дълбочина (философски и образователни модели) и очакванията на детския учител, отговарящи на неговите нужди;
- Да се насърчат компетентностите и самостоятелността на детските учители относно нуждите на детето: колкото по-компетентни и самоуверени се чувстват, толкова по-независими стават;
- Да се насърчи компетентността и доверието на детските учители, за да се гарантира максимално участие на децата и развитие на приобщаващи практики;
- Да се гарантира, че интервенцията е адаптирана към рутината на контекста;
- Да се гарантира, че обучението и развитието на децата протичат редовно, а не само когато в контекста присъства ВС;
- Да се запазят процедурите за адекватна взаимовръзка между плана и специфичните процедури, присъщи на други услуги (например специалното образование и индивидуалната образователна програма PEI).

Как да планираме посещения в контекста на формално образование и грижи?

Подобно на това, което се случва, когато се осъществява интервенция със семействата, индивидуалният план за семейни услуги може да работи и като насока при посещение в контекст на формално образование и грижи (детски ясли и детски градини).

След идентифициране на приоритетите, силните страни, нуждите и възможностите за учене на контекста, е време да се приложат планираните стратегии на практика. Както беше споменато по-рано, въпреки че това не е семейният контекст, детето все още принадлежи на семейството. Ето защо интервенцията винаги е ориентирана към семейството, независимо от условията, в които се оказва подкрепа. По този начин една от ролите на ВС се състои в посредничество на сътрудничеството между семейството и различните контексти за постигането на съвместно планираните цели.

Едно от първите предизвикателства по отношение на посещенията в контекста на формално образование и грижи е свързано с идентифицирането и планирането на момент за посещение, който е удобен за учителя. Възможността да се създаде съвместен момент за рефлексия с детския учител, като се имат предвид всички отговорности и обема на дейностите, с които той или тя се занимава, принуждава ВС да бъде гъвкав, като максимизира всяка възможност за взаимодействие с детския учител.

Да попитате директно детския учител кой би бил най-добрият момент за разговор е най-ефективният начин за идентифициране на правилния момент. Ще бъде необходимо да се изясни какво се очаква да се случи по време на тези моменти на диалог, което ще улесни учителя да намери свободно време за това.

Един от начините за заобикаляне на тези ограничения може да бъде предлагането на подкрепа на детския учител точно когато възникне ситуация, която поражда установената по-рано нужда, или при друга възможност, която естествено се появява. Каквато и да е стратегията, която се използва, специалистът трябва да бъде гъвкав и креативен при ефективното използване на времето, а не обезпокояващ елемент за рутинните занимания в класната стая, като ги спазва.

Нека видим как в случая по-долу детският учител, претоварен с посещенията на твърде много специалисти, в крайна сметка стига до заключението, че подкрепата далеч не е ефективна:

При едно посещение в детската градина на Франциска и докато говорех с учителката, г-жа Едит, тя сподели притеснението си, че трябва да се свързва с толкова много специалисти, заявявайки, „в момента не виждам добавената стойност в тази подкрепа. Напротив, това е претоварване“. Едит е детска учителка в класна стая, която включва няколко деца с аутизъм, всяко от които с логопед, който редовно посещава детската градина. Учителката каза: „Терапевтът на Жоао дойде и ми каза, че графикът не трябва да е в класната стая, а на входа. Сложих го на входа. На следващия ден идва терапевтът на Тиаго и казва, че графикът трябва да бъде в залата за дейности, в приемната зала и илюстриран със снимки. След това е денят за подкрепа на Филипа и терапевтът извиква Филипа от вратата на класната стая, за да я заведе в друга стая за сеанса, дори ако това прекъсва дейността, която провеждам. Когато идва терапевтката на Франциска, тя ми казва, че нейната подкрепа се предоставя в класната стая, с мен и Франциска, според програмата на детската градина... Това, което планирам за групата, е изместено и с всички тези прекъсвания и различни предложения за работа няма приемственост или съгласуваност в това, което правим. Пълна бъркотия!“

Изказване на специалист по РДИ

Подкрепете полагания грижи с цели и посредничете между формалния контекст и семейството

Каква е ролята на ВС, когато се осъществява интервенция с други специалисти в контекста на образование и грижи?

По същия начин, по който специалистите зачитат семейния контекст, когато се осъществява интервенция у дома, те следва също да зачитат образователния контекст, като познават неговата програма и философия.

Първата стъпка в установяването на ефективни взаимоотношения на сътрудничество е да се знае образователната философия на контекста (напр.: да се знаят учебните насоки за предучилищно образование, да се знае дали контекстът следва конкретна образователна методология, като например методът João de Deus¹³, подходът Montessori, педагогиката на Реджо Емилия, експерименталният подход, педагогиката на Уолдорф, движението за модерно училище¹³ и т.н.).

Ако специалистите не са запознати с характеристиките и функционирането на програмите, те могат да рискуват да споделят информация, която е в противоречие с практики, ценени в този контекст.

Друг ключов аспект е осъзнаването, че детският учител е този, който прекарва повече време с детето: ВС следва да бъде скромен, като внимава да не прекрочва границите на ролята си на специалист по РДИ и да узурпира властта на учителя. По същия начин, по който те зачитат ролята на детския учител, специалистите следва също така ежедневно да спазват рутината, която възникват в контекста, да разработват стратегии, които могат да бъдат вградени в нормалното функциониране на класната стая или да прибегват до минимални промени в тези занимания.

Ключов елемент от практиката на специалиста по РДИ е разбирането как да работи ефективно с различните полагащи грижи.

Един от начините за това е като се прибегне до съвместни консултации (McWilliam, 2010), определени като стил на взаимодействие и рефлексивна практика, която има за цел да повиши компетентността и доверието на полагащите грижи, за да се гарантира участието на децата в този контекст: съвместно да открият начини за засилване на участието на децата в ежедневните дейности в класната стая.

Съвместното консултиране, за разлика от специализираното консултиране, включва вземане на решение заедно с други полагащи грижи какъв е проблемът, какви биха могли да бъдат възможните решения и дали те действат. Този тип взаимодействие води до укрепване на доверието и компетентността на детския учител, който е отговорен за постигнатите резултати, което води до подобряване на възможностите за учене и развитие, предлагани на детето.

Съвместното консултиране (обратно на модела на експерта) предполага съвместно вземане на решения с детския учител относно:

1. Какви проблеми?
2. Какви решения?
3. Кое действа?

В този процес става изключително важно да се проучи с различните полагащи грижи какви са техните очаквания, изяснявайки ролята на ВС.

В следния пример може да се забележи как на практика често откриваме очаквания, които могат да се сблъскат с модела за съвместни консултации:

¹³ Методът „João de Deus“ и движението за модерно училище са португалски педагогически подходи към ранното детско образование

Да познаваме функционирането на формалния детски контекст

Съвместно консултиране

Детската учителка споделя загрижеността си с екипа по отношение на Серхио, особено трудностите му при спазването на правилата и на ниво словесна артикулация, което прави речта му трудна за разбиране. Тя показва, че е чувствителна към тези трудности. Споменава обаче огромните предизвикателства, пред които е изправена ежедневно: клас от 29 деца, с повече от едно дете с трудности и без никаква подкрепа. Тя е разтревожена от прехода към 1-вия етап (начално училище) и от изискванията в този контекст, чувствайки, че е нейна отговорност да подготви децата за бъдещия им успех. Накрая, тя признава, че нейните очаквания по отношение на РДИ са свързани с пряка подкрепа по отношение на речта, защото не знае как да го направи, добавяйки, че няма време да се научи, поради цялата работа, която би включвала и би прибавила още към претоварването, което вече чувства: „Това, което искам и се нуждая, е някой, да подкрепя Серхио в това, за което не съм обучена, което да ми даде възможност да се съсредоточа върху други аспекти и предизвикателства в ежедневието ми“.

Изказване на местен интервенционен екип

Този тип очаквания по време на първоначалните контакти могат да бъдат чести, като подкрепата чрез РДИ се идентифицира с медицинския модел на предоставяне на услуги („Серхио се нуждае от логопед). Тази специалист смята, че като участва в подкрепата за Серхио, тя ще бъде допълнително натоварена, а работата вече е достатъчно предизвикателна...

Ако обаче отговорим на очакванията на детската учителка, като „изтеглим“ детето за един час, знаем, че напредъкът ще бъде минимален. Следователно е от решаващо значение ВС да помогне на детския учител да разбере, че по този начин детето няма да се възползва от целия потенциал, който контекстът може да предложи.

В този конкретен случай, нека си представим, че детската учителка смята, че нейните притеснения, свързани със затрудненията на Серхио при следването на правилата и с речта му са по-очевидни в ежедневния приветствен момент. При планирането на интервенционните цели и стратегиите по-късно ще стане ясно, че тези стратегии трябва да се прилагат във всички приветствени моменти, а не само в деня и часа, в които ВС прави посещение, изяснявайки първостепенната роля на детския учител за постигането на тези цели.

За да стане това, специалистът по РДИ трябва да се увери, че учителят е участвал преди това в целия процес — от оценката на нуждите до планирането на интервенцията. Ако ВС се ограничава до оценка на детето и изготвяне на план за действие според резултатите от оценката, съвсем естествено е учителят да очаква специалистът да проведе прилагането му. Този тип послание често допринася за появата на неадекватни очаквания от детските учители. Така че, не обяснението на РДИ от игла до конец, а именно отношението, възприето от специалиста от първия момент, ще има по-голямо въздействие за това разбиране.

Всъщност, в дейността по РДИ, която е в центъра на контекста, ролята на ВС включва подкрепа на предучилищните учители в ежедневните им предизвикателства, проучване на функционалните цели, които насърчават самостоятелността, участието и социалните взаимоотношения на детето в ежедневните занимания. Става ясно, че необходимите промени ще настъпят в контекста на тези процедури, а не изключително в момента на посещение на ВС.

Нека видим в Таблица 4.514 как предоставянето на услуги за РДИ в контекста на формалното образование и грижи може да се осъществи в съответствие с поредица от стратегии, от най-сегрегирани към най-приобщаващи, по шест различни начина (McWilliam, 2010).

Въпреки че подкрепата в контекста на детските ясли и детските градини може да се разглежда като интегрирана сама по себе си, мястото, където тя се предоставя, е само едно от измеренията, които трябва да се вземат предвид. Различните модели, представени по-горе, могат да се използват като инструмент от специалисти, които желаят да прилагат по-приобщаващ модел за подкрепа. Те могат да идентифицират модела, който често използват, и да преминат към следващия модел, към по-високи нива и по-близо до приобщаване. Ключовият аспект 1 е да се отразят и винаги да се поставят под въпрос резултатите, които могат да бъдат постигнати с всеки един от тях: „Какъв вид интервенция следва да приложи, за да насърча най-много възможности за учене и развитие на децата, когато не съм в детската ясла или детската градина („период между посещенията“)? Или „Какво постигам с всеки подход, който възприемам?“.

Дори когато ВС прибегва до пряко взаимодействие с детето, той или тя трябва да се увери, че използва ситуацията като умишлена възможност за моделиране и демонстрация, като подпомага учителя в класната стая в обучението и увеличава възможностите за интервенция, която се случва между посещенията за РДИ.

Само по този начин, гледайки как се работи с детето, класният ръководител ще увеличи своите компетенции и специалистът по РДИ ще може да каже дали стратегиите са осъществими или не в контекста на детето.

Дори когато ВС прибегва до пряко взаимодействие с детето, той или тя трябва да се увери, че използва ситуацията като умишлена възможност за моделиране и демонстрация, като подпомага учителя в класната стая в обучението и увеличава възможностите за интервенция, която се случва между посещенията за РДИ.

Таблица 4.5 Непрекъснатост на моделите за предоставяне на услуги
(адаптирана от McWilliam & Scott, 2003)

Приобщаващ



Модел	Местоположение	Акцент на подкрепата
Работа в сътрудничество с детския учител (съвместно консултиране)	Вътре във или извън класната стая.	Детски учител, свързан с нуждите на детето
Индивидуализиран в рамките на ежедневните занимания	Класна стая, където е целевото дете	Директно, но не само, върху целевото дете
Дейност на групата	Класна стая; малка или голяма група	Върху всички деца в групата и върху партньорските взаимодействия, акцент върху посрещането на специалните нужди на децата
Насаме в класната стая	Класна стая, често отделно от другите деца	Директно върху функционирането на детето
Изтегляне на малка група	Навсякъде, освен в обичаен клас.	Директно върху функционирането от страна на дете(ца) със специални нужди

Сегрегиран

13 Цялата таблица 4.5 може да я видите в Appendix 1.A

Само по този начин, гледайки как се работи с детето, класният ръководител ще увеличи своите компетенции и специалистът по РДИ ще може да каже дали стратегиите са осъществими или не в контекста на детето.

Ако изведем детето от стаята, то ще „пропусне“ дейностите, които се провеждат, и няма да усвоява необходимите компетенции в контекста, в който ще бъдат използвани.

Перспективата е да се оптимизира включването на детето в групата на връстниците. Можем да разгледаме някои ключови съставки, които трябва да бъдат взети предвид при интегрирането на услугите за РДИ в контекста на формално образование и грижи (адаптирано от McWilliam &

- **Не извеждайте детето от занималнята;**
- **Определете пречките/трудностите пред приобщаването на децата;**
- **Уверете се, че детето има максимално участие през времето когато „ние не сме там“.**

Подкрепете полагания грижи с цели и посредниците между формалния контекст и семейството

Друго предизвикателство пред осъществяването на съвместни консултации се случва, когато очакванията на детския учител са свързани не само с пряката работа с детето, но и със специфичната област на специалиста, който я осигурява:

Томас, който беше насочен към РДИ поради забавяне в общото развитие и специфични състояния (неврологични разстройства), остана вкъщи със семейството, докато не беше приет в ДГ. Включването му в образователния контекст беше много желано от родителите, които искаха да предложат на детето си „нормалния“ път, като децата на приятелите им и децата в техния град.

Семейството на Томас първоначално информира детската учителка Лаура, че те прилагат РДИ, откато той е роден, и биха искали тази подкрепа да обхване и образователния контекст. Лаура се съгласи да организира съвместна среща (с нейно участие, на семейството и ВС), за да се представи и планира подкрепата в този контекст. На тази среща Лаура беше представена на ВС (социален работник) и тя реагира, като каза, че очаква водещия случая да бъде детска учителка, тъй като Томас е „различно“ дете и няма да може да участва в останалите групови дейности на класа. Освен това, социален работник не би могъл да знае как да работи с компетенциите на детето, тъй като работата е да работи със семейства.

ВС обясни, че семейният приоритет е включването и участието на Томас в контекста на детската градина, както всяко друго дете, и че ролята на ВС ще бъде да подкрепя полагащите грижи лица за насърчаване на пълната интеграция на Томас във всички дейности, включително тези в ДГ. Тя добави, че въпреки че основното обучение е в социалните услуги, с оглед на обучението/опита като специалист по РДИ, както и в отговор на семейните нужди, тя счита, че има компетенциите да подкрепи това дете/семейство. В контекста на ДГ и като се има предвид какво е споделила детската учителка, нейната роля може да включва именно намирането на начини заедно с детския учител за насърчаване на участието на Томас в дейности, планирани от нея за групата. Лаура в отговор заяви, че не вярва в модела: „Това е само теория...“, и че вече е направила конкретни адаптации към дейностите, отчитайки различната възраст на децата в стаята. Въпреки това, нивото на трудност за Томас било такова, че не би му позволило да се интегрира в изискванията на тази група, имайки нужда от някой друг освен нея, който да отговоря за детето в контекста на класната стая. Това беше нейното оправдание да има учител в предучилищната група, който да работи конкретно и отделно с Томас.

Издаване на местен интервенционен екип

В този случай става ясно също, че очакванията на детския учител не съответстват с тези на семейството, което иска да предложи на детето си „нормален“ път, като го интегрира в детската градина, докато детския учител счита, че Томас ще се нуждае от различна подкрепа от останалата част от групата. Дори когато помощта се предоставя в контекст, различен от дома, подходът няма да спре да бъде ориентиран към семейството и следователно посредничеството между семейството и контекста на формално образование и грижи, привездането на очакванията на другите лица, полагащи грижи, в съответствие с тези на семейството е една от основните роли на специалиста по РДИ.

Самият подход на съвместно консултиране води до интегрирана подкрепа за децата, тоест интервенцията е насочена към детето в цялостен аспект, а компетенциите в различни области на развитие се насърчават съвместно и по контекстуализиран начин (McWilliam, 2003b).

Терапевтите, които ходят в класните стаи, следва да започнат от това, което прави детето, и от групата като цяло. Ако целите са функционални и свързани с ежедневните занимания, всяка дейност или играчка в класната стая може да се използва за насърчаване на специфични компетенции за развитие (McWilliam & Scott, 2003).

4.6.3 Процедури за мониторинг и документиране: Защо са толкова важни?

Прилагането на услугите придобива особени характеристики, ако интервенцията се извършва в дома или във формален образователен контекст, аспекти, които сме разглеждали преди.

Какъвто и да е контекстът, прилагането на плана винаги предполага по-висока или по-ниска степен на корекция, варираща за всеки отделен случай, когато се преминава към изпълнение на предвидените дейности.

Доста често в ежедневието трябва да преосмислим дейностите и контекстите, за да увеличим участието на децата, като започнем от техните интереси, т.е. да предоставим възможно най-голям брой възможности за учене. Същото се случва и със стратегиите, предвидени за постигане на целите, определени в индивидуалния план за семейни услуги.

Това е цикличен процес, който се повтаря, тъй като целите постепенно се постигат и планът се преоценява. По време на прилагането му трябва да наблюдаваме: (1) дали услугите се изпълняват в съответствие с формата, честотата и интензитета, определени в началото; (2) и дали целите се постигат. Ако случаят не е такъв, тогава трябва да разберем защо те не се постигат, да проверим дали целите са добре дефинирани (включително критериите за успех), да анализираме стратегиите и да ги коригираме, когато се счита, че този неуспех е свързан с грешка на някое от тези нива.

По принцип мониторингът служи за валидиране дали предложените цели все още следват ориентираната към семейството интервенция, т.е. дали подкрепата отговаря на очакванията на семействата и на индивидуализираната интервенция.

Въпроси за мониторинг на прилагането на плана

- Възможно ли е...
- Услугите да се изпълняват в съответствие с формата, честотата и интензитета, определени в плана?

- **Да е постигнат напредък по отношение на целите, които трябва да се реализират?**
- **Използваните дейности и стратегии да улесняват този напредък?**
- **Да е необходимо да се въведат промени в първоначално планираните стратегии, цели или евентуално типа предложена подкрепа?**

Именно в рамките на това движение напред-назад между планираните, изпълнявани и наблюдавани цели и дейности, което води до определянето на нови цели/дейности, постепенно се изгражда интервенцията. За да има обща нишка през целия процес, от основно значение е да има регистър, в който се документират, по прост начин и възможно най-евтино, дейностите, които се развиват по време на целия процес на интервенция. Само като се върнем назад и анализираме направеното и постигнатите резултати, можем да намерим нишки, които ще ни позволят да разберем причините за постигнатия успех или провал.

Често специалистите по РДИ не са свикнали да водят систематични регистри на изпълняваните дейности и следователно е от съществено значение да се създаде система за документиране в услугите за РДИ, която е проста и лесна за попълване и която функционира без проблем. Тези регистри позволяват незабавно да се разпознае какво се случва и променя с течение на времето. Следва да се записва само уместна и полезна информация за оценка на постигането на целите по програмата.

Регистрите са от решаващо значение и когато се преминава към окончателен баланс, след като интервенцията приключи, т.е. последният етап от цикъла на интервенция, оценката на резултатите и удовлетвореността на семейството, както ще видим в следващата точка „Оценка на резултатите и удовлетвореност“. По-нататък в Глава 6 „Оценка на програмите за РДИ“ може да бъде намерена по-задълбочена информация за начините за извършване на оценката на услугите за РДИ и ще стане ясно, че липсата на регистри в дадена програма сериозно ограничава нейната оценка.

Мониторингът е последователна преоценка на процеса на интервенция и планиране чрез непрекъснато и систематично записване и документиране на случващото се — от началото до края на цикъла на оценка/интервенция. Записаната и документирана информация ще бъде важна за оценката на крайните резултати.

Участието на семейството и други лица, полагащи грижи, в целия процес на прилагане и мониторинг на интервенцията, разбира се, е от съществено значение. Всъщност те са единствените, които напълно познават ежедневните навици и интереси на детето; те също така са тези, които най-добре знаят как да тълкуват реакциите на детето. Без това дълбоко знание е невъзможно да се проведе успешна интервенция. Поради това програмата за РДИ следва да защитава различни възможности и методологии за събиране на непрекъсната обратна връзка от семействата (и полагащите грижи в други контексти), като прибегва до редица техники, включително писмени записи на различни етапи от процеса на интервенция: посещения в дома или детската ясла/детската градина и какво се е случило в тази обстановка; съвместни посещения с други специалисти от екипа; срещи за супервизия на екипа; и т.н. Следва да има регистри с устно предадени данни и от различните участници в процеса.

Индивидуалният план за семейни услуги като документ е от решаващо значение за мониторинга, тъй като преразглеждането му позволява да се записва оценката на планираните цели, новите промени, които семействата възнамеряват да осъществят, както и новите стратегии и ресурси, използвани от семейството в отговор на собствените им нужди. По този начин, ако подготовката на плана позволява да се записват измерими цели с ясни критерии за изпълнение, неговото често преразглеждане, при което семейството е основният оценител, ще гарантира, че процесът продължава да се основава на техните очаквания.

Значението на регистрите

Преглед на плана

Въпреки че е важно да се препоръча официален краен срок за преглед на плана, не повече от шест месеца, следва да припомним неговия плавен и динамичен характер, и е от основно значение да се подчертае, че този документ следва да насърчава съвместната рефлексия върху резултатите, които семейството иска да постигне с РДИ.

От друга страна, искането на обратна връзка от семейството относно процеса и предоставяните услуги е един от най-ефективните и значими методи в ориентирания към семейството подход. Всъщност на семействата следва да се даде възможност редовно да представят своите виждания по различни аспекти на процеса на РДИ, като организация на екипа, гъвкавост при посрещане на техните нужди, бърз отговор и други общи аспекти на удовлетвореността от услугите за РДИ, което позволява коригиране на предоставяните услуги. Някои отворени въпроси, задавани на редовни интервали от ВС по време на различните срещи със семейството, могат да предложат обратна връзка за начина, по който се доставят услугите, както в следния пример:

Семейни отзиви за процеса

ВС: Какво ви хареса най-много от всичко, което беше направено в обхвата на подкрепата за РДИ?

Майката на Хосе: Отне известно време, за да получим помощ, но тя дойде и то навреме, от момента, в който Хосе получи подкрепа, започна нов етап, етапът на преоткриване на заобикалящия го свят и да се наслаждава като бъде част от него и не бъде пренебрегван. Въпреки че все още има дълъг път за изминаване, пътуването си струва.

Да говориш с някой, който наистина познава темата и приема възгледите ни, уважавайки ги, независимо дали е съгласен или не.

Указанията за това как да помогнем на нашето момче и резултатите, които ще последват.

Не минава и седмица без да се случи нещо ново, както у дома, така и в детската ясла. Бащата и аз винаги очакваме, когато К. пристигне с новини и истории за деня, който е прекарала в детската ясла със сина ни.

ВС: Ако можеше да промените нещо относно посещенията ми, какво щеше да е то?

Майката на Хосе: Всъщност, не бих променила нищо.

Харесва ми тази динамика, която имаме заедно, да се чувстваме като у дома си, когато споделяме новини, триумфите и предизвикателствата, и подкрепата (приятелското рамо), която получаваме, когато имаме нужда от нея.

Това редовно разпитване дава възможност на специалиста да осъзнае дали начинът, по който се предоставят услугите, отговаря на очакванията на семейството, като подчертава положителните аспекти, които следва да бъдат запазени, както е случаят с Раquel.

Когато ВС посещава други контексти, също така е важно да се съберат и запишат мненията на полагащия грижи, за да се коригира начинът на предоставяне на услугите:

ВС: Какво очаквате да се случи по време на посещенията ми? (Какви са вашите очаквания по отношение на моите посещения?)

Детски учител: Очаквам, че винаги ще можете да ми разясните/помогнете с определени въпроси, за които понякога се чувствам несигурна. Винаги очаквам малко споделяне за държането на Хосе в семейния контекст, за да мога да разбера някои от черти от поведението му.

ВС: Ако можете да промените нещо относно посещенията ми, какво щеше да е?

Детски учител: Това, което бих променила при посещенията на ВС, може да са периодите, в които тя идва, тъй като мисля, че би било важно тя да може да наблюдава детето по време на други дейности, например по време на хранене.

Ана – детския учител на Хосе, подкрепен от SNIPI

Записаните данни, получени в резултат на прилагането на РДИ, могат също да бъдат важни за оценката на резултатите и удовлетвореността на семейството, както може да се види в следващата точка:

НАКРАТКО



Препоръчителни практики при прилагането на индивидуалния план за семейни услуги:

1. Изграждане и поддържане на отношения на доверие и сътрудничество със семейството (и други участващи специалисти);
 2. При първото посещение, след като напишете плана, прегледайте го и планирайте заедно със семейството как да използвате времето на посещенията си, като анализирате очакванията на семейството (и други участващи специалисти);
 3. При следващите посещения винаги използвайте плана като ръководство за планиране и мониторинг на интервенцията;
 4. Участвайте със семейството или други лица, полагащи грижи, и детето в дейностите/заниманията, тъй като децата се учат и използват нови способности и поведение в реален контекст;
 5. Заедно преглеждайте, разширявайте или създавайте стратегии, дейности или практики за постигане на напредък по отношение на целите и отговаряйте на нови семейни притеснения или интереси;
 6. Променяйте подкрепата и услугите, за да се отговори на промените в семейните стратегии, дейности или практики;
 7. Подгответе и подкрепяйте официалното преразглеждане на плана.
- (Работна група по принципи и практики в естествена среда, 2008)

ХАРАКТЕРЕН ПРАКТИЧЕН ПРИМЕР



Прилагане на индивидуален план за семейни услуги

Дойде моментът да се приложи индивидуалния план за семейни услуги...

Практики за участие:
Включете участието на детския учител още при планирането на посещенията

Практики на взаимоотношения:
Значение на общуването за установяване на отношения на доверие с всички участващи страни в процеса

След провеждане на базирано на ежедневните дейности интервю с родителите и детския учител и приоритизиране на целите, като места за подкрепа бяха определени детската ясла, със седмични посещения, и домът, с месечни посещения. Детската учителка избра графика, който според нея е най-адекватен и удобен за нея, и се приспособи към възможностите на ВС.

След това ВС се изправи пред предизвикателството, независимо от по-редовните контакти с детския учител, да продължи процес, който винаги щеше се ръководи от притесненията и приоритетите на семейството, като наистина се спазват техните желания и избор. ВС разбра колко е важно да се спечели доверието на детския учител и да бъде посредник в партньорските отношения между семейството и учителя, като се превърнат в сплотен работен екип с пълното участие на всички. За тази цел незабавно бяха разгледани различни начини за установяване на комуникация: възможността за обмен на информация по електронната поща; редовни телефонни контакти; писмени записи на посещения в бележник (където може да бъде записана и достъпна друга съответна информация, която да бъде използвана и консултирана от всички и да се носи ежедневно в раницата); и лични срещи, насрочени периодично с всички, участващи в процеса (семейство, детски учител и ВС), както и с някои лица, предварително посочени в плана за официални срещи за преоценка, и други, включени по инициатива на един от участниците и одобрени от семейството. Беше подчертано също, че когато родителите оставят или вземат Т., детският учител и асистентът ще бъдат на разположение за обмен на информация.

Целите на интервенцията бяха ясно определени в плана, по който детският учител изиграл активна роля по отношение на оценката и планирането на интервенцията. Приносът и всички усилия, които беше вложила, откакто е започнала да работи с детето до момента, когато го насочва към специалист, бяха признати. Майката сега беше по-наясно и информирана за това, което е притеснявало детската учителка, тя разбра по-добре как Т. функционира в този контекст и доби по-дълбоко разбиране за това как тази среда е организирана ежедневно... Въпреки че по време на първата среща само притесненията относно забавянето в речта изглеждаха споделени, всъщност имаше известно

сходство в техните възприятия, например необходимостта да се разбере какво иска да каже като плаче, а също и неговата недостатъчна концентрация и способност да продължи да изпълнява различни дейности през целия ден.

Тези поведенчески аспекти не бяха обсъдени по време на първите срещи и беше интересно да се забележи взаимното признаване на подобни проблеми „той прави това и у дома, обикаля навсякъде, но изглежда не иска да прави нещо конкретно“.

ВС се опита да разбере очакванията на детската учителка от самото начало, започвайки с това, което вече се правеше в образователния контекст. Те планираха как да бъдат структурирани посещенията. Учителката беше описала необходимостта да участва заедно с ВС в определени моменти в някои дейности/практики и да разбере чрез демонстрация и пример как може да прави това ежедневно. Времето за разказване/четене на история върху одеялото, което имаше за цел да накара Т. да седне и да обърне внимание на историята, беше един от тези примери. Други посещения биха могли да се основават на обмен на информация между тях. Детската учителка посочи, че може да организира работата си, така че да има време за индивидуални срещи с ВС и да разкаже тихо това, което се е случило през предходната седмица, акцентирайки новите неща, наблюдавайки напредъка при всяка цел, и планирайки малки стъпки и евентуално разнообразяване на някои стратегии за следващото посещение. Фокусът бе върху осигуряването на най-добрите възможности за подкрепа и консултиране на учителя.

Постепенно тя започна да осъзнава, че разбира и има по-добър контрол върху поведението на Т. и приписа усилията за промяна на себе си, демонстрирайки, че е по-наясно с голямото въздействие на действията си. Всъщност много неща бяха продължение на това, което тя вече правеше, но сега беше по-наясно с това, което тя и семейството искаха и как трябва да се действа, и следователно имаше по-ясно намерение и обръщаше повече внимание на възможностите, които изникваха. Чувстваше се сигурна, че може да го сподели с ВС и семейството и не се чувстваше сама по този път. Преди, Т. систематично обикалял из стаята с количка за кукли, без никаква видима цел. Детският учител започна да обръща повече внимание върху играта и забеляза общи потребности с група деца на това ниво, като някои систематично подбираха едни и същи играчки и не пожелаваха да проучват други. За да коригира това, тя опита някои адаптации (промени ъглите на стаята, премахна някои материали и постави по-ясна визуална информация). По време на свободните моменти на игра, тя можеше да наблюдава Т. да открива и решава проблеми, той започна, например, да гради с кубчета Lego® и тя беше нащрек кога трябва да се намеси, насърчавайки го да се придържа към задачата. Тези промени оказаха влияние върху поведението на Т. и върху цялата група и атмосферата изглеждаха по-спокойна и организирана.

Майката, от друга страна, започна да чувства, че синът е включен, че ситуацията са обяснени и е предоставена по-подробна информация. Плачът, който тя постоянно виждаше, когато оставяше Т., постоянната неяснота на коментара „всичко беше наред“ или кратките оплаквания като „днес той малко хленчеше“ и т.н. намаляваха. За разлика от преди, детската учителка не просто гледаше на майката като на информационен приемник, разказвайки й какво е наблюдавала, но и се опитваше да събере информация за това как стоят нещата

Практики за участие: Освен да се слуша, е важно да се разберат очакванията на детската учителка за това как тя иска РДИ да я подкрепи в нейните нужди.

Техническо качество: За да планира посещенията и да сподели това, което се очаква в моментите на разговор с детската учителка, специалистът по РДИ трябва да има ясна представа за ролята си.

Практики за участие: Ефектът на водопада при тези практики, водещ до самостоятелността на лицето, полагащо грижи.

Техническо качество: Да се познават различните модели на подкрепа и нейното ниво на ефективност, когато това означава подкрепа за деца в ранна възраст.

Практики за участие: Да се засили увереността на детската учителка, увеличавайки нейната компетентност да отговоря на ежедневните предизвикателства.

към дома. Този обмен се засили с течение на времето без пряка намеса/действие на ВС.

Рефлексия:

Като специалист, ВС е обучен да работи директно с детето... да работи по различен начин имаше смисъл за нея, но тя се страхуваше, че няма да „изпълни“ очакванията на полагащия грижи да получи традиционна услуга, базирана на клиничен модел. Предоставянето на услуга като консултант на детската учителка беше ефективно предизвикателство, което се различаваше от всички модели на подкрепа, които учителката беше получавала дотогава. Но именно заради ясното и последователно отношение и представяне, постепенно се постигаше напредък, и нейният принос не се увеличаваше благодарение на факта, че ВС теоретично обясни модела, по който учителката осъществяваше интервенцията... бяха представени различни възможности, ВС не наблегна върху това, какво тя „не може“ да прави, а просто се фокусираше върху това да я накара да се почувства уверена и да признае собствената си сила в процес, който принадлежи. Всъщност, в края на всяко посещение, когато се обменяше информация за случилото се, ВС се радваше на това, което учителката е направила ефективно. По време на подкрепата ВС хвалеше стратегиите на учителката. Имаше няколко неща, които учителката дори не осъзнаваше, че прави, и все пак, с течение на времето, тя започна да се чувства технически по-обоснована и сигурна. ВС предостави информация, която помогна в този смисъл, „обикновено тази стратегия работи, но трябва да се уверите дали тя има смисъл за вас, ако смятате, че е осъществима в ежедневната ви практика, и да решите дали да я приложите или не“. При всяко посещение ВС помагаше да се идентифицират постиженията, а учителката смяташе, че успехът е резултат от нейното представяне.



СПРЕТЕ, ЗА ДА ПОМИСЛИТЕ

- В този случай, какво мислите, че стои в основата на цялото участие на учителката при изпълнението на плана?
- Какъв е стилът на взаимодействие, използван от ВС?
- Какво направи възможно да се промени естественият контекст на детето в приобщаващ контекст?
- Какви са ефектите от посредничеството между семейството и детския учител?
- Какви стратегии можете да използвате, за да улесните ефективната комуникация между семействата и детските учители?
- Как се сравняват практиките на ВС с тези на вашия екип?
- Какви стратегии бихте могли да използвате за прилагане на практики като тези?
- Във вашия екип кои релационни стратегии използвате по-често при прилагането на плана?
- Във вашия екип имате ли практиката да опознавате предварително образователния подход, използван в контекста на формалното образование и грижи, където предоставяте подкрепа?

4.7. Оценка на резултатите от интервенцията и удовлетвореност на семейството

В последния етап от интервенционния цикъл се оценяват резултатите от интервенцията и удовлетвореността на семейството от услугите и ресурсите, които получават/са получили по време на процеса на РДИ. Оценката може да има две насоки: (1) преразглеждането на определените цели и предефинирането на нови цели; или (2) да се постигне окончателен баланс на целия процес на РДИ.

Тази оценка на резултатите и удовлетвореността на семейството съответства на елемент от непрекъснатия цикъл, който може да съвпадне или да не съвпадне с края на програмата за РДИ:

1. Когато не съвпада, ние сме в процес на пълно прилагане и наблюдение на интервенцията, където се разглеждат промени в семейството, предефиниране на целите и последващо планиране на нови интервенции;

2. Когато съвпадне с края на услугите за РДИ, може да се предвиди евентуален преход към друга услуга и резултатите по време на целия процес на интервенция сега следва да бъдат оценени, както и удовлетвореността на семейството, като се анализира до каква степен очакванията и първоначалните цели на семейството и специалистите действително са постигнати. В този последен случай, това е официалният момент да се направи окончателен баланс на съвместната работа, която е била проведена, и неговото осъществяване може да бъде улеснено, ако в хода на процеса са били събрани елементи, които сега позволяват окончателен анализ, както се подходи в предишната точка, когато фокусирахме важноста на документирането.

След като подробно проучихме мониторинга на интервенцията в предишната точка, в тази последна точка ще подходим само към оценката на резултатите от интервенцията и удовлетвореността на семейството.

Основната цел на интервенцията и оценката на удовлетвореността на семейството е да се получат резултати, които могат да бъдат използвани по полезен начин от всички членове в екипа (семейство и специалисти) при вземането на решения за насърчаване на ефективността на програмите за интервенция. Освен данните относно удовлетвореността на семейството, тази оценка включва систематичен съвместен подбор на информация за разработените дейности, характеристиките и резултатите, получени в контекста на интервенцията.

Цикълът на интервенция, предложен от Simeonsson и неговите сътрудници (1996 г.), може да се използва като рамка за оценката на резултатите от интервенцията. Тези автори считат, че е от фундаментално значение от началото на интервенцията да се идентифицират и разберат резултатите, очаквани от семействата, техните очаквания по отношение на детето, самите тях и услугите, и да се направи опит те да се хармонизират с очакванията на специалистите по време на интервенцията, в съвместен процес.

Следователно този последен етап от цикъла е ключовото условие, за да се гарантира, че услугите се предоставят по начин, който отговаря на очакванията на семейството, тъй като този аспект ще обуслови успеха на интервенцията и тяхното удовлетворение от програмата.

Важно е също така да се гарантира, че наблюдаваните ефекти и резултати действително могат да бъдат приписани на интервенция, което предполага предишно документиране и събиране на данни във всеки един момент от цикъла. Липсата на тези записи ограничава обратната връзка за това как напредва интервенцията и може да направи невъзможно да се направят заключения за фактори, които може да са променили резултатите за детето и семейството.

При ориентиран към семейството подход на интервенция семейството следва активно да участва в процеса на оценяване, като същевременно бъде участник и обект на този процес.



Оценка на резултатите

Какво е важно при оценката на резултатите и удовлетвореността:

- Да се определи нивото на изпълнение на целите (с оценката на плана);
- Да се анализират други постигнати резултати и дали те са свързани с интервенцията;
- Да се получи одобрението на семейството за интервенцията;
- Да се определи до каква степен интервенцията е отговорила на притесненията, приоритетите и очакванията на семейството (удовлетворение на семейството);
- Да се следи напредъкът по неформален или структуриран начин по отношение на целите на семейството и детето.

(адаптирано от Simeonsson et al., 1996)

Следователно интервенцията и оценката на резултатите следва да включват две нива на анализ:

1. Напредъкът на детето по всяка цел, определена в плана (функционалност на детето);
2. Семейното удовлетворение след РДИ:
 - а. Дали интервенцията съответства на това, което първоначално са определили като желания и очаквания за себе си и детето си;
 - б. Какво ниво на способности и увереност чувстват, че са основните участници в развитието на детето си.

В много услуги оценката на напредъка на детето се прави, като се прибегва до изключителното или допълнителното използване на официални скали за оценка на развитието. По този начин, след интервенция, детето ще премине през формален процес на оценка, за да се установи дали е имало или не напредък в неговото или нейното ниво на развитие. Тази практика се наблюдава най-вече при интервенции, насочени към коригиране на „дефицитите“ на децата и областите на развитие.

Използването на нормативни тестове обаче би могло да послужи за наблюдение на развитието на детето или в отговор на съмненията на семейството и специалистите. Ето защо специалистите следва да се уверят, че семействата искат този вид информация, като гарантират, че използването на стандартизирани инструменти за събиране на данни не се ограничава до отговор на съмненията на специалиста като експерт в определена област или че това е единственият начин за оценка на резултатите. Тя следва да допълва всеки друг вид по-обширно събиране на данни, което включва вижданията на семейството за това как се е случила интервенцията.

За разлика от формалната оценка на развитието, функционален подход е използван за оценка и събиране на данни за успеха, способностите и участието на децата в техния естествен житейски контекст и анализа на нивото на функционалност на детето у дома, в общността и други житейски контексти, в резултат на интервенция.

През периода на интервенция Д. е постигнал напредък по много начини, които са удовлетворили всички участници. Той е много живо и щастливо дете, винаги с усмивка на лицето, но и много решително и самоуверено, знаейки доста добре какво иска и какво не иска.

Оценка на
парадигмата
на
детето

В началото той имаше много тесни интереси (животни), играеше сам и не позволяваше на никой от връстниците си да се намесва в играта му. Когато не беше насочван, той изглеждаше малко „изгубен“, отказвайки да изпълни предложените дейности.

Понастоящем той успява да остане седнал по време на приключването на дейностите, които изискват това. Той показва, че разбира какво му се казва. На нивото на социализация, той е дете, което имаше големи трудности в отношенията с връстниците си, и се изолираше от тях. Сега той ги търси, играе с тях и е обичан от тях.

Оценката на удовлетвореността на семейството, въпреки че повдига някои въпроси, които ще бъдат обсъдени в Глава 6, е от основно значение не само да ги накараме да се чувстват наистина ангажирани и ценени, но и защото техните изказвания, в ориентирания към семейството подход, са много важни за идентифицирането на по-положителните аспекти и евентуалните ограничения на интервенцията, винаги насочени към подобряване на решенията при РДИ.

Оценка на
удовлетвореността на
семейството

Като майка на специално момче, РДИ беше естествена помощ за справяне с ежедневието ми, защото с подкрепата на специалиста всичко стана много по-ясно и опростено. В началото беше малко неловко да приемем някого, когото не познавахме у дома и който всъщност идваше да ме „учи“ как да се справям със сина си, но след това бързо се превърна в съпътник, който подкрепяше момчето и в същото време ме подкрепяше като майка, слушаше и напътстваше, тъй като понякога не беше лесно да се приемат медицински резултати и възстановителни процедури след хирургичните му интервенции, и без съмнение приех интервенционния специалист като начин за споделяне и да мога да разтоваря чувствата си.

По време на подкрепата почувствах, че не съм сама, че във всички трудни ситуации имам някой, който познава семейното ми положение и който разполага с отговори, когато имам съмнения, как да изпълнявам задачи със сина си, но не само в бюрократичните аспекти (попълване на документи, молби за подкрепа и т.н.), тя винаги е била в състояние да предложи необходимите насоки.

Считам, без съмнение, че интервенционният екип беше добавена стойност за развитието на сина ми, а също и при напътстването ми като майка.

Лична история на майка, подкрепена от SNIPI

Нивото на постигане на целите и удовлетворяване на потребностите следва да се оценява, като се използват същите мерки и процедури, използвани при определянето им. Ако например дадена цел е определена от нуждата на родителя да има повече информация и подкрепа, само този родител ще може да прецени дали тази нужда е изпълнена (McGonigel et al., 1991).

Но това, което се случва, по-често, отколкото би било желателно, е, че възгледите на този родител не се вземат предвид и оценката се извършва само въз основа на подхода на специалиста. Друго отношение, на което трябва да се противодейства, е подценяването от страна на специалиста на някои първоначални семейни очаквания, които след това не се оценяват в края. Ако възникне някоя от тези ситуации, оценката се извършва изключително в съответствие с подхода на специалистите и отразява само тяхната визия, което е против цялостния подход на ориентирана към семейството интервенция.

Отговорът на някои от следните въпроси може да доведе до разбиране на цялостното въздействие на интервенцията и да ръководи процеса на оценка на резултатите. Някои примери за въпроси, отнасящи се до:

1. **Детето:**

Занимава ли се с предмети и хора в ежедневието си?

Развило ли е нови компетенции за самостоятелност в заниманията по време на ежедневни дейности? Участва ли активно в различни контексти?

2. **Семейството:**

Чувстват ли се ефективни в решаването на ежедневните проблеми?

Чувстват ли се компетентни да задействат собствените си ресурси или трябва да търсят други източници, за да отговорят на техните нужди?

Считат ли, че постигнатите резултати са следствие от собствените им действия?

3. **Контексти:**

Насърчават ли дейности, при които детето може да изрази своите интереси и да развие нови компетенции?

Ежедневните дейности включват ли хора, материали и предмети, които насърчават и подпомагат укрепването и ученето на нови детски компетенции?

Улесняват ли стила на взаимодействие с детето, което е силно отзивчиво и минимално насочено към насърчаване на ежедневно му учене и което се основава на интересите и компетенциите на детето?

Насърчават ли и засилват ли участието на децата?

В този процес на оценка на цялостното въздействие на интервенцията е също толкова важно да се оцени дали действията на специалиста съвпадат с притесненията, които първоначално са били изразени от семейството, и дали предоставената подкрепа се ръководи от различните компоненти на ефективните практики за предоставяне на помощ: техническа компетентност, практики на взаимоотношения и практики за участие.

Ефективни
практики за
предоставяне
на помощ

• **На нивото на техническа компетентност специалистът може да прецени дали:**

Той или тя е предоставял/а информативна, емоционална и материална подкрепа в отговор на семейните нужди; не е бил/а осъдителен по отношение на личните, семейните и културните различия и предпочитания; е насърчавал/а семейното използване на пълна, надеждна и безпристрастна информация, за да подкрепя и укрепва техните знания и компетенции; е насърчавал/а разбирането и използването на отзивчиви родителски стилове, които подкрепят развитието на детето.

• **На равнището на практиките в областта на взаимоотношенията специалистът може да прецени дали:**

Той или тя е демонстрирал/а гостоприемно и грижовно отношение към семейството; е реагирал/а на интересите, притесненията и нуждите на семейството; е предоставял/а пълна, надеждна и безпристрастна информация на семейството; е демонстрирал/а гъвкавост и отзивчивост по отношение на семейното положение.

• **На равнището на практиките за участие специалистът може да оцени дали:**

Той или тя е обсъдил/а със семейството различните алтернативи и техните последици в отговор на семейните нужди; е подкрепил/а избора и решенията на семейството; е използвал/а силните страни на семейството за постигане на желаните резултати; активно е включил/а семейството в изпълнението на действията; е насърчил/а семейството да използва по-широк кръг от обществена подкрепа и ресурси, както формални, така и неформални, за да постигне целите си.

(адаптирано от Roper & Dunst, 2003)

Следващото изказване на сестрата на дете, подкрепено от РДИ, показва как интервенцията може да доведе до укрепване на цялото семейство и подобряване на неговото функциониране:

Няколко промени се случиха, откакто местният интервенционен екип влезе в семейството ми, като например:

Майка:

- 1. Мама е по-малко депресирана;*
- 2. Спи по-малко през деня;*
- 3. Тя гладни дрехите отново;*
- 4. Спря да пие, пие само по време на хранене;*
- 5. Грижи се за здравето си (ходи на срещи и следва всички съвети);*
- 6. По-отговорна е;*
- 7. Според брат ми: „Мама изглежда по-мила“;*
- 8. Чувствам се добре дошла в общността.*

Вкъщи:

- 1. Нашият дом има по-добра атмосфера;*
- 2. По-чист е;*
- 3. По-подреден;*
- 4. По-хубав;*
- 5. Има гостна, където да посрещна приятел.*

Баща:

- 1. Пристигането на татко даде сила на семейството;*
- 2. Той полага усилия;*
- 3. Трудолюбив е;*
- 4. Обича да подрежда нещата;*
- 5. Ако не беше той, нещата нямаше да продължат напред;*
- 6. Той се грижи всички да са почтителни у дома;*
- 7. Според брат ми: „Татко е силен“.*

Аз (сестра):

- 1. Обичам семейството си и много исках да се променя;*
- 2. Изобищо не съм организирана;*
- 3. Отговорна съм;*
- 4. Според брат ми, аз съм „сладка“.*

Майка:

- 1. Екипът ни даде сила;*
- 2. Насърчи семейството;*
- 3. Беше отправна точка за семейството да решим проблемите си;*
- 4. Специалистът е мил;*
- 5. Специалистът винаги е уважавал семейството ни;*
- 6. Тя не ни е критикувала;*
- 7. Само предлагаше;*
- 8. Интересуваше се от нашето семейство и не се отказа от нас;*
- 9. Екипът отвори пътя за други услуги за моето семейство (социална столова).*

Изказване на семейство, подкрепено от SNIPI



НЕ ЗАБРАВЯЙТЕ

Като се има предвид винаги ориентираният към семейството подход, резултатите от интервенцията следва винаги да отразяват че:

- Са били създадени възможности за всички членове на семейството да покажат и придобият компетенции, които да консолидират функционирането на семейството (**ИЗГРАЖДАНЕ НА КАПАЦИТЕТ**);
- Са били подчертани възможностите на семейството, за да се насърчи ясното усещане за контрол и овладяване на важни аспекти на функционирането на семейството (**ОВЛАСТЯВАНЕ**).

Тези два аспекта отразяват същността на качествения интервенция в рамките на ориентирания към семейството модел на интервенция.

Когато ни е грижа за качеството на услугите, които предоставяме, културата на оценяване е важна. Всъщност само като сме наясно с ефектите от интервенцията (това, което е било повече или по-малко положително в резултат на нашите усилия) и пътищата или стратегиите, които са довели до тези резултати, можем да продължим да подобряваме практиката си на текуща основа.

В този момент от цикъла на интервенция, когато говорим за оценка на интервенцията и удовлетвореността на семейството, се позоваваме на оценка на ситуациите за всеки отделен случай. В Глава 6, посветена на препоръчителните практики при оценката на програмите за РДИ, ще подходим към този въпрос от цялостна гледна точка по отношение на набора от процедури, стратегии и подходи, които характеризират функционирането на конкретен модел на интервенция.



ХАРАКТЕРЕН ПРАКТИЧЕН ПРИМЕР

Оценка на резултатите и удовлетвореност на семейството

Преди няколко години, когато дъщеря ни (Ана), след първоначално развитие без усложнения, показва някои предупредителни знаци, ние не поехме по пътя на „специалното родителство“. Ние просто продължихме нашето пътуване, което започна, когато станяхме семейство и със специална мотивация и помощ, ние бавно заобикаляхме предизвикателствата, които дойдоха.

Тъй като смятахме, че предизвикателството е по-голямо от способността ни да реагираме, проучихме каква помощ можем да поискаме за дъщеря си... и заедно с детската учителка поискахме подкрепа за РДИ. Честно казано, мислехме, че отговорът ще отнеме много време, но по време на първата консултативна среща (диагностична консултация) бяхме придружени от специалист по ЕГИ, който вече се занимаваше с Ана и с нас, родителите, повече от два месеца.

Интересно е да се отбележи, че на последната ни среща си спомнихме колко смешно беше, че разговорите със специалистите по РДИ винаги започваха с „извинете ме“ и завършваха с „благодаря“... и всъщност интервенцията беше толкова близо до нас и персонализирана, съобразена с нашето време и закъснения, с нашите чувства и емоции, с нашите нужди като семейство, посрещаша всички наши тревоги и помагаша при искане на правата ни и твърдото решение да изпълним задълженията си, толкова важна и лесно забравена, когато субективността и емоциите ни надделяваха... толкова много отвъд това, което предполагахме, че е редно, че чувствахме огромна благодарност.

Обикновено, за да получат някакви ключови активи, хората трябва да предложат нещо в замяна. Всяка консултация или терапия изискваше значителни икономически усилия от нас, а бащата трябваше интензивно да се посвети на работата, давайки възможност за присъствието и гъвкавостта на майката, за да се увеличи максимално времето за семейно взаимодействие. РДИ беше безплатна подкрепа от самото начало, стана сътрудничество с всички участващи организации, от самото начало до края, беше налице и достъпна... по такъв начин, че беше възможно да се почувства, че това е наистина специална връзка с всеки специалист, която промени цялата РДИ за дъщеря ни... в овластяването на нашето семейство, за да увеличим максимално потенциала за упражняване на здравословно и информирано родителство, което насърчава включването.

Техническо качество: Навременно посрещане на семейните нужди, подкрепа и укрепване на техните компетенции.

Практики на взаимоотношения: Важността на гъвкавостта и отзивчивостта към семейните интереси, притеснения и нужди.

Практики за участие: Подкрепа, която насърчава силните страни на семейството и която води до чувство на контрол и овластяване на важните аспекти на тяхното функциониране.



СПРЕТЕ, ЗА ДА ПОМИСЛИТЕ

1. В този случай, какво мислите, че е направил екипът, за да накара семейството да почувства, в резултат на интервенцията, че потенциалът им е „максимизиран“?
2. Един от ключовите принципи на РДИ е, че интервенцията следва да насърчава контрола и овластяването на семейството над аспекти, които те считат, че са от основно значение за функционирането им като семейство. Какви действия развивате, които биха могли да улеснят прилагането на този принцип за изграждане на капацитет и овластяване?
3. Във вашия екип какви методи и процедури използвате, за да извършите оценка на резултатите от интервенцията и удовлетвореността на семейството?

4.8. Процесът на преход

Преходът е процес, който винаги се осъществява, когато има промяна или изменение в живота на децата и семействата, а именно, когато програмата за РДИ приключи и се премине към друг контекст или услуга. Внимателното планиране и подготовка следва да гарантират, че тази промяна се извършва възможно най-хармонично.

Подкрепата чрез РДИ през целия процес на интервенция следва да насърчава изграждането на капацитет на семействата, за да се увеличи максимално техният потенциал да контролират живота си и да използват ресурсите, които считат за необходими, за тях и за детето, по автономен и независим от специалистите по РДИ начин.

Преди всичко индивидуалният план за семейни услуги следва да се ръководи от семейните ценности и решения, а не от ценностите и решенията на специалистите. В края на краищата, семействата са тези, които ще бъдат засегнати от ефектите от интервенцията.

Именно те ще живеят с резултатите (McWilliam et al., 1996).

По време на подкрепата чрез РДИ семейството ще премине през няколко промени и преходни моменти (например преходът от дома към детската ясла или бавачката, преходът от детската ясла към детската градина, преходът от детската градина към първия цикъл на основното образование и т.н.). Тези промени в контекста или услугите, изискващи семейството да поеме нови роли, срещайки се с различни специалисти и различни реалности, биха могли да доведат до появата на нови очаквания и приоритети и следователно до необходимостта от разработване на нов план.

Като се вземат предвид промените в семейните нужди и притеснения, специалистите следва да гарантират, че целите и стратегиите на плана се преразглеждат и оценяват неофициално по отношение на тяхната адекватност и ефективност при всеки контакт със семейството. Като динамичен документ планът следва да представлява плавно отражение на желаните от семейството цели във всеки един момент (McGonigel et al., 1991), както и да включва план за преход (Guralnick & Conlon, 2007).

Когато се очаква преход, само навременното планиране може да допринесе за намаляване на тревогите и стреса на детето и семейството, изправени пред неизвестна ситуация. Ролята на специалистите не е да направляват курса на действие, да решават ситуации за семейството, а да отразяват заедно със семейството какво ще се направи и кои аспекти ще изискват подкрепата на специалиста.

За тази цел и заедно със семейството те следва да определят кой преход ще настъпи, да се уверят, че семейството разполага с информация по съответните въпроси, присъщи на тази промяна, и да анализират редица въпроси, които ще позволят изграждането на план за преход:

Преглед на плана

Преходен план



Преход

Планирането на прехода следва да отчита:

- Кога следва да започне планирането на прехода?
- Какви са нуждите на семейството по отношение на тази промяна/ преход?
- Какви са резултатите, предвидени от семейството при тази промяна/ преход?
- Какви са съответните помощи и стратегии за посрещане на тези нужди?
- Какво е нивото на подкрепа, от което се нуждае семейството от специалистите, за да бъде ефективен този преход?

Внимателното планиране и подготовка на всеки преход може да гарантира, че промяната протича своевременно и ефективно. Планирането на прехода може също да сведе до минимум семейния стрес и да се превърне във възможност за тяхното израстване като семейство. Така че, ако РДИ е насърчила изграждането на капацитет и овластяването, семействата са в състояние да мобилизират придобитите компетенции и да ги използват в нови условия.

4.8.1. Каква е ролята на ВС в преходния процес?

Равнището на доверие на семействата за решаване на проблеми и вземане на решения, с повече или по-малко самостоятелност, е толкова различно, колкото и техните специфични характеристики. По този начин ролята на ВС също ще трябва да бъде отличена и адаптирана към всяко семейство. В някои ситуации те може да се нуждаят от по-интензивна подкрепа, например като поискат от ВС да ги придружава на срещи със специалисти от други услуги, където децата ще бъдат прехвърлени, докато други семейства ще се нуждаят само от подкрепа, за да подготвят тази среща, като обсъждат основните аспекти, които трябва да бъдат разгледани в този контекст.

Не всички семейства придобиват еднакво ниво на самостоятелност при решаването на проблеми или при вземането на решения. Това обаче не означава, че те не са основните вземащи решения относно всички аспекти на живота си. Това означава, че помощта, предоставяна от ВС, ще бъде диференцирана и винаги насочена към укрепване на тяхното функциониране и самоувереност, което ще доведе до все по-високи нива на самостоятелност и участие във вземането на решения.

ВС може да ръководи семейството при вземането на решения, което е значително по-различно от решаването на проблемите на семейството.

ВС може да подкрепи семейството:

- При избора на детска градина, училище или други бъдещи услуги;
- При анализа на наличните ресурси, посещения за програмиране или срещи с бъдещи специалисти и услуги;
- При обсъждане на предимствата и недостатъците на всеки вариант;
- При вземането на решения;
- При изготвяне на документите и записите, които следва да преминават към новата услуга.

4.8.2 Как следва да се планира преходът на децата към други услуги?

Партньорството, създадено и поддържано по време на интервенцията, ще бъде продължено, за да се планира курсът, който да се следва след подкрепата чрез РДИ. Това партньорство предполага съвместно вземане на решения, винаги основани на предположението, че семействата са ефективни вземащи решения, стига да придобиват компетенции за решаване на собствените си проблеми, а не специалистът да е този, който намира решенията.

Процесът на преход ще включва предоставяне на цялата информация и подкрепа, от които семейството се нуждае, като бъде запознато с наличните ресурси, подпомогнато за развитието на способности за самостоятелен достъп до тези ресурси, и укрепено във всички техни постижения и успехи, което ще доведе до чувство за самостоятелност и ще ги утвърди, за да продължат своя житейски път.

Преходен план

Основният аспект на планирането на прехода е да се гарантира, че всяко семейство познава системата за подкрепа и е придобило необходимите способности и знания, за да използва наличните ресурси.

В следващата история майката споделя смесени чувства на тревожност и самоувереност, които подчертават качеството на подкрепата чрез РДИ и на процеса на преход:

Когато започнахме подготовката на преходния план, признавам, че все още бяхме много неспокойни и несигурни.

С наближаването на края на подкрепата и при отговарянето на въпросите, свързани с плана, осъзнахме, че целите, очертани за нашето семейство, са постигнати и че нивото на търсене на тези цели, макар и високо, изобщо не е невъзможно да бъде постигнато. Това ни накара да осъзнаем, че освен че сме готови да продължим сами, сме готови и да си поставим нови цели и да продължим да работим в една посока: да запазим семейството си структурирано и щастливо.

Просто трябва да приложим на практика това, което сме научили през тези години на взаимодействие с РДИ. Накрая открихме или си припомнихме, че всички моменти, щастливи или нещастни, ни принадлежат. Просто трябва да намалим лошите и да се насладим на добрите.

Елена — майката на Давид, подкрепена от SNIP

Поради това по време на процеса на преход специалистът по РДИ следва:

1. Да подготви семейството за преход;
2. Да се информира и обясни на семейството действащото законодателство и разпоредби, приложимите срокове и процедури (планове за преход, планиране и срещи за събиране на данни).

(Работна група по принципи и практики в естествена среда, 2008)

Подготовката на семейството за процеса на преход, която за предпочитане следва да започне шест месеца преди тази промяна, включва редица цели, които трябва да бъдат взети предвид в подкрепата, осигурена от РДИ.

Важно е да се говори със семейството възможно най-рано за това какво желаят за бъдещето на детето си, а именно услуги, местоположения и дейности, в които възнамеряват да участват

Подгответе семейството за преход

Специалистите следва да предоставят на семейството всички необходими разяснения, като обсъждат и споделят информация за наличните възможности за детето и семейството, предоставят писмена информация или ги насърчават да проучат и посетят различните варианти.

В този момент от цикъла съвместният преглед на индивидуалния план за семейни услуги следва да доведе до изготвянето на план за преход, който включва цели, стратегии и резултати, които трябва да бъдат постигнати в близко бъдеще и след края на РДИ.

Специалистът по РДИ, познавайки действащото законодателство и процедурите, изисквани от други услуги, следва да предостави на семейството всички разяснения, необходими за вземане на информирани решения. Той или тя следва също така да подпомага семейството при прилагането на процедури, които се считат за необходими, като например оценката на детето, която е от съществено значение за ефективното насочване, организирането на официални срещи за преход към други услуги, които ще предоставят подкрепа на детето, и мобилизирането на необходимите ресурси за този преход.

Друг фундаментален аспект, който трябва да бъде разгледан в момента на прехода и интеграцията в новия контекст или услуга, е свързан с наличието на специалист по РДИ, който да продължи да бъде помощен ресурс за семейството, когато почувства такава нужда.

Въпросът с взаимоотношенията не трябва да се забравя в този процес, тъй като е важно да се признаят чувствата на семействата (както и тези на специалистите) по отношение на края на отношенията, изградени в контекста на РДИ, като им се помогне да се съсредоточат върху положително бъдеще, да празнуват с тях или с други полагащи грижи постиженията и успехите, постигнати по време на интервенцията. В края на краищата, „ние спринтираме... семейството провежда маратон...“ (Espe-Sherwindt, лична кореспонденция, 2000).

Представяме два примера — за Мария и Ксавие — и двата за преход към начално образование, планирани предварително със семейството и със сведен до минимум стрес, причинен от този процес, като се гарантира непрекъснатост на подкрепата.

Двата случая бяха обединени, за да се подчертае, че плановете и процедурите за преход следва да бъдат чувствителни и адаптирани към нуждите на всяко семейство.

Обяснете на семейството действащото законодателство и разпоредби, приложимите срокове и изискваните процедури за преход

Мария.

Планът за преход (интегриран в индивидуалния план за семейни услуги) бе изготвен, за да се установят действията, които трябва да бъдат разработени с различните лица, полагащи грижи, и в различните житейски контексти на Мария, подготвяйки прехода към началното образование. Майката спомена, че е много притеснена от факта, че учителката по специално образование е казала, че Мария трябва да остане още една година в детската градина. Това не беше това, което майката искаше, тъй като смяташе, че дъщеря няма да научи нищо ново от този контекст, и освен това дъщеря имаше добри отношения с другите деца в нейната група и те щяха да се преместят заедно в училището. ВС и майката размишляваха върху причината, поради която учителката смяташе, че Мария трябва да остане още една година в предучилищната група. Майката информира, че според учителката Мария няма необходимите компетентности, за да отговори на изискванията на началното образование и затова поиска от местния интервенционен екип оценка на развитието, за да бъде по-наясно с нивото на развитие на дъщеря си. Знаеше, че има трудности с ученето и нямаше същите способности като другите деца на нейната възраст по отношение на начина, по който се изразяваше. Въпреки това, тя смяташе, че Мария никога няма да бъде на същото ниво като другите деца, тъй като имаше различно темпо. Мария се нуждаеше само от подкрепа, за да може да отговори на изискванията, които учителката бе посочила. За тази цел беше извършена официална оценка на развитието с участието на майката и бе изготвен доклад с

резултати, споделени със семейството. По-късно бе проведена среща със семейството, ВС от местния интервенционен екип, детската учителка и специалните педагози, за да се определи видът на необходимата подкрепа, за да се отговори на нуждите и характеристиките на Мария през следващата учебна година, както и да се определи необходимата документация/информация, която да бъде включена в процеса на преход, което би улеснило включването в новия образователен контекст.

По този начин нейният план за преход включваше редица действия, които трябваше да бъдат предприети:

Официална оценка на развитието, извършена от ВС от местния интервенционен екип, и доклад с всички значими данни.

Посещение в началното училище с Мария и групата, планирано от детския учител, за да се запознаят с контекста и ежедневните дейности (улесняване на адаптацията към новата ситуация);

Информация, предоставена на семейството относно вида подкрепа, предвидена за началното образование;

Среща между всички участници, които си сътрудничат по подкрепата (семейството, ВС, детската учителка и учителите по специално образование);

Подготовка на процеса на преход (индивидуална образователна програма — IEP, с предвидени мерки за подкрепа и синтез на подкрепата, предоставена от местния интервенционен екип).

Ксавие

През януари 2015 майката на Ксавие сподели с нас, че е доста разтревожена от прехода му към началното училище. Запитана за причината за безпокойството си, тя заяви, че основната грижа е свързана с възможността Ксавие да бъде третиран различно от връстниците си. Тя също така смяташе, че безпокойството ще намалее след среща с училищния персонал и като разбере точно как ще бъде предоставена подкрепата. Нейното желание беше психологът на училището да се срещне с Ксавие, преди той да започне училище, както и да се срещне със семейството и екипа за РДИ, за да съгласува всички помощни средства, които вече са били предоставени, и да планира мерки за подкрепа, колкото е възможно по-малко ограничителни. По този начин нейният план за преход включваше единно действие, което имаше за цел да координира действията между настоящите и бъдещите участници в подкрепа на Ксавие и неговото семейство.

Срещата с училището бе поискана от семейството и се състоя през февруари 2015. Беше анализирано кои са участниците, които се считат за незаменими, за да присъстват, а майката предложи психолога, директора на училището, учителя по специално образование (за когото майката знаеше, че вече е предоставял подкрепа на Ксавие) и ВС от екипа за РДИ. На тази среща беше проведено съвместна рефлексия относно въздействието на образователните мерки за включването на Ксавие, което беше основната грижа на семейството. Директорът на училището увери майката, че мерките следва да работят като учебна подкрепа, а не като ограничение или ограничаване на участието или включването на Ксавие. След като семейството сподели цялата информация за подкрепата, с която те и Ксавие са разполагали дотогава, както и постигнатите резултати, и след като учителят по специално образование сподели компетенциите на Ксавие, беше решено, че учебната година ще започне с активирането на образователна мярка от учителя в началното училище за укрепване на обучението, с възможност за преразглеждане на тези мерки след запознаване с представянето на Ксавие.

След срещата майката спомена, че се чувства по-спокойна и вече не счита за необходимо училищният психолог предварително да се срещне с Ксавие. Сега тя предпочита този контакт да се осъществява само в реалния училищен контекст, ако и когато е необходимо.

Изказване на местен интервенционен екип

Преглед на плана

Накратко, за да се гарантира, че детето и семейството получават адекватна подкрепа за това, от което се нуждаят и желаят, специалистите следва да гарантират ефективен процес на преход, който подготвя детето и семейството за успех след РДИ.

Условия за индивидуализиран и ефективен преход въз основа на въпросите и предпочитанията на семейството:

- • Да се предостави информация, така че родителите да могат да вземат обосновани решения, засягащи бъдещето на тяхното дете;
- Да се насърчават родителите да посещават, наблюдават и разговарят с хората в контекста или услугите, които ще приемат детето;
- Да се говори с родителите за допълнителна информация, която биха искали да получат, и най-добрия начин да я получат;
- Да се разработи план за преход заедно със семейството, да се определят следните стъпки, информацията, която да се получи, и хората, които да се включат в процеса;
- Да се установят процедури, основани на професионалните взаимоотношения между специалисти и членове на семейството в процеса на преход;
- Да се анализират/оценят изискванията на бъдещия контекст на детето;
- Да се подкрепя семейството под формата на наличен ресурс по време на етапа на адаптиране към новия контекст.

(адаптирано от Winton, 1996)



СПРЕТЕ, ЗА ДА ПОМИСЛИТЕ

Помислете за действията, които трябва да бъдат предприети при подготовката и изпълнението на план за преход при приключване на РДИ. Приложение 1.Б може да се използва за насочване към индивидуална или екипна рефлексия.

Приложение 1.А

Непрекъснатост на моделите за предоставяне на услуги (адаптирано от McWilliam & Scott, 2003)

Модел	Местоположение	Акцент на подкрепата	Връстници	Контекст	Роля на детския учител
Работа в сътрудничество с детския учител (съвместно консултиране)	Вътре във или извън класната стая.	Детски учител, свързан с нуждите на детето	Присъства, ако се срещат в клас; не присъства, ако се срещат извън клас	Вътре в или извън класната стая	Обменя информация и мнения с ВС; помага за планирането на следващите сесии за подкрепа; предлага и получава обратна връзка; установява партньорство с ВС
Индивидуализиран в рамките на ежедневните занимания	Класна стая, където и да е целевото дете	Директно, но не само, върху целевото дете	Обикновено присъства	Класна стая, където и да е целевото дете	Планира и провежда дейностите, включвайки целевото дете; наблюдава взаимодействията на ВС с детето; предоставя информация преди подкрепа и обменя информация с ВС след заниманията
Дейност на групата	Класна стая; малка или голяма група	Върху всички деца в групата и върху партньорските взаимодействия, акцент върху посрещането на специалните нужди на децата	Всички или някои деца в групата имат специални нужди	Класна стая; малка или голяма група	Когато са в малка група, провежда дейностите с другите деца; ако е възможно, наблюдава или участва в групата за подкрепа. Когато са в голяма група, наблюдава и участва в груповата активност и в планирането на голяма и евентуално малка групова дейност.
Насаме в класната стая	Класна стая, често отделно от другите деца	Директно върху функционирането о на детето	Присъства, но не участва в подкрепата	Различен от останалата част от класната стая	Провежда дейностите, играе с другите деца; пази децата да не прекъсват подкрепата; рядко наблюдава сесията за подкрепа; предоставя и получава информация след подкрепа
Изтегляне на малка група	Навсякъде, освен в обичаен клас.	Директно върху функционирането от страна на дете(ца) със специални нужди	Един до шест връстници присъстват	Различен от останалата част от класната стая	Предоставя и получава на информация преди и след подкрепа; взема решение за графика с ВС и кои връстници ще участват
Индивидуално изтегляне	Навсякъде, освен в обичаен клас.	Директно върху функционирането о на детето	Не присъстват	Различен от останалата част от стаята	Предоставя информация преди подкрепа и получава информация след подкрепа

Приобщаващ



Сегрегиран



Приложение 1.Б

Практическо упражнение

Нека очертаем поетапен план за преход

Оправдано ли е семейството да се подготвя за прехода от РДИ към други услуги?

Нека помислим заедно върху следното твърдение:

„Непрекъснатостта на услугите е от основно значение за успешния преход“.

Индивидуално:

- Всеки от тях ще напише параграф, обосноваващ неговото/нейното съгласие или несъгласие.

Като група:

- Споделете и обсъдете отговорите.
- Напишете заключенията

Въз основа на случай, подкрепен от местен интервенционен екип, помислете за действията, които сте разработили при подготовката и изпълнението на преходния план за приключване на РДИ

Подготовка на плана за преход

I - В кой момент от отношенията със семейството сте обсъждали какви са техните желания за бъдещето на детето им, след края на подкрепата чрез РДИ?

Определете момента:

Какво иска семейството за бъдещето:

II - В кой момент семейството е споделило вида на програмите, местата и дейностите, в които биха искали детето им да участва след РДИ?

Идентифицирайте програми, места и дейности:

III - Споделяли ли сте със семейството информация за ВСИЧКИ съществуващи възможности за детето и семейството след навършване на 6-годишна възраст (или в друг момент, когато се извършва преход)?

Определете съществуващите възможности за удовлетворяване на нуждите на децата и семействата:

IV - Предоставяли ли сте писмена информация на семейството относно тези варианти или насърчавали ли сте ги да ги проучат и посетят?

Как сте насърчили семейството да се запознае с различните варианти:

V – Разработили ли сте ПРЕХОДЕН ПЛАН със семейството, включващ цели и дейности, които подготвят семейството и детето за успех след РДИ?

Определете цели и дейности, които ще доведат до последващ успех:

Прилагане на плана за преход

I - Обяснили ли сте на семейството действащото законодателство и разпоредби, приложимите срокове и процедури (планове за преход, събиране на данни и срещи за планиране)?

Разработени действия:

II – Помогнали ли сте на семейството да подготви официална оценка, от която детето може да се нуждае?

Разработени действия:

III – Помогнали ли сте на семейството да подготви официална оценка, от която детето може да се нуждае?

Разработени действия:

IV – Подкрепихте ли семейството в търсенето на непрекъснатост на подкрепата, ако е необходимо?

Разработени действия:

V – Разпознавали ли сте емоциите и чувствата, произтичащи от края на връзката със семейството и помагали ли сте им да се фокусират върху позитивното бъдеще?

Разработени действия:

VI – Отбелязвате ли със семейството или други полагащи грижи постиженията и радостите, които изпитвате с детето?

Разработени действия:

Когато подготвяте този преходен план заедно със семейството, какво считате, че е от основно значение да постигнете с:

Детето	Семейството	Други услуги

Да помислим като екип:

В този процес на подготовка и изпълнение на плана за преход:

Предложили ли сте на семейството цялата необходима информация за вземане на решения относно техните намерения за бъдещето на детето им?

Осигурили ли сте лесен достъп до източници на данни, които биха могли да бъдат полезни и важни за вземането на решения в семейството (места, специализирани документи, законодателство, събития и др.)?

Уважавали ли сте семейните решения относно услугите, които детето им може да получи или не в бъдеще?

Семейството взе ли решение относно целите на преходния план и процесите, използвани за постигането на тези цели?

Могат ли повечето от целите, определени в преходния план, да бъдат постигнати в рамките на предвидения период за подготовка на прехода?

Предложили ли сте на семейството възможности за услуги и налични ресурси за постигане на целите, предвидени в плана за преход?

(адаптирано от Brass Tacks, 1993)



Интегрирана система за ранна детска интервенция: Междусекторно и трансдисциплинарно сътрудничество

ГЛАВА 5

Темите, разгледани в настоящата глава, отчитат не само интересите на специалистите, работещи в местни интервенционни екипи, но и на специалистите, отговорни за планирането, организирането и координирането на услуги, свързани с РДИ.

„Политиките и практиките за деца в ранна възраст са силно фрагментирани, сложни и объркващи подходи, които са особено проблематични за сегменти от населението с по-малко ресурси и специални нужди... Държавата и политиките трябваше отдавна да предприемат решителни действия, да проектират и внедрят координирана и функционално ефективна инфраструктура, за да намалят старата фрагментация на политиките и програмите за деца в ранна възраст“. (Доклад на Комитета за интегриране на научните изследвания за ранно детско развитие на Националната академия на науките, САЩ, 2000)

(Shonkoff & Phillips, 2000, стр. 399)

Лидерите и политиките във всяка страна са отговорни за определянето на политиката и вземането на решения по отношение на организацията на мерките, инвестициите и разпределението на ресурсите, които отговарят на нуждите на децата в риск или с проблеми в развитието и техните семейства.

Guralnick (2012), отразявайки организацията на услугите за РДИ и интегрираните системи, повдига два основни въпроса, които са преплетени: как да се гарантира, че в решенията си, свързани с мерките, инвестициите и разпределението на ресурсите, отговорните лица, вземащи решения, подкрепят прилагането на „най-добри практики“ за децата и техните семейства, вместо „по-малко препоръчителните практики“? Лицата, които вземат политически решения, прибягват ли до научни знания, научноизследователски данни и доказателства и тяхното отражение в политиките и практиката, за да насочват и обосновават своите решения? В известен смисъл тези два фундаментални въпроса са в основата на тази глава, посветена на политиките и системната организация на услугите за РДИ.

5.1. Необходим е диалог между науката и политиката

Изявлението е от 2000 г. и идва от Комитета за интегриране на научните изследвания за ранно детско развитие на Националната академия на науките, САЩ, който казва: „(...) Взаимодействието между научните изследвания за ранно детско развитие, политиките и практиките е проблематично и трябва да бъде преосмислено (...)“ (Shonkoff & Phillips, 2000, стр. 4). Това е обща реалност на международно равнище.

Намаляването на пропастта между „това, което знаем и това, което правим“ и изпробването на иновациите и научния напредък в услуга на публичните политики и професионалната практика създава определящ залог, ако искаме да подобрим и усъвършенстваме качеството на услугите, предлагани на децата през първите години от живота им, особено на децата, които са по-уязвими поради биологични и/или дължащи се на средата причини, и на техните семейства.

Не трябва да забравяме, че когато говорим за РДИ, не можем да я разглеждаме само като практика за подкрепа или предоставяне на услуги, а трябва да я разглеждаме като връзка между философия, политики и практика, три основни измерения, които следва да бъдат формулирани по съгласуван и последователен начин (Фигура 5.1).

Фигура 5.1 Диалог между науката, политиките и практиката:
коя РДИ?:



Въпреки съществуващите ограничения трябва да приемем, че в този диалог има важен напредък по въпросите на ранното детско развитие на международно равнище. Можем да заявим, че прилагането на научни знания и доказателства към политиките и практиките е допринесло през годините за развитието на модулите на РДИ, от нейната концептуална рамка, организирането на професионални услуги и практики за предоставяне на помощ на семейства и деца, до политическите програми на различни държави в областта на децата (NSCDC, 2007).

5.1.1. Трябва да инвестираме в първите години от живота

Инвестирането в ранните години се превърна в приоритет и стратегическа препоръка от научната общност и международните организации, призоваващи за по-голямо внимание към ранното развитие и качеството на живот на помалките деца и техните семейства (UNESCO, 2009; UNICEF, 2014).

По този начин някои държави постепенно приемат публични политики, които определят национална стратегия за децата, свързана със семейните политики, за да благоприятстват превантивно насърчаването на развитието и гарантирането на правата (Britto et al., 2013; Graham Allen, 2011a, 2011b; Shonkoff & Bales 2011). Конвенцията за правата на хората с увреждания заедно с Конвенцията за правата на детето очертаваха политическия дневен ред и действията на лицата, вземащи политически решения, и отговорните хора в областта на децата, а именно децата със специални нужди.

Предотвратяването и намаляването на рисковите фактори и насърчаването на развитието и качеството на живот на по-уязвимите деца на възможно най-ранен етап се превърна в морален и дори юридически императив, който се признава за една от най-добрите инвестиции, които страните могат да направят за намаляване на неравенствата и за подкрепа на социалното и икономическото развитие на обществото.

„Ранната интервенция и превенцията са от съществено значение за разработването на по-ефективни и ефикасни политики, тъй като публичните разходи за справяне с последиците от детската бедност и социалното изключване обикновено са по-големи от необходимите за интервенция в ранна възраст“.

Препоръка на Европейския съюз (2013/112/ЕС) „Инвестиции в деца: прекъсване на цикъла на неравностойното положение“ (L 59/5)

Всъщност инвестицията в първите години от живота на децата предлага едно от най-високите нива на социална и икономическа възвръщаемост за семейства, общества и държави (Britto et al., 2012; Shonkoff, 2010; UNESCO, 2009; WHO, 2012). РДИ през първите години от живота, насочена към децата с увреждания и техните семейства, постига тази цел.

5.1.2. РДИ: Друг начин на мислене, планиране и интервенция

Ранната детска интервенция постепенно набира скорост на международната сцена като иновативен модел на интегрирана интервенция в подкрепа на децата и семейството, като се стреми да преодолее фрагментацията на традиционните терапевтични и рехабилитационни практики, които характеризират политиките и услугите, насочени към децата и семействата от различни органи на публичната администрация (Felgueiras, Bairrão, & Castanheira, 1988; Guralnick, 2005, 2012; Shonkoff, 2010).

Системните и екологичните визии (Bronfenbrenner, 1979, Bronfenbrenner & Morris, 1998), централната роля на семействата в развитието на децата (Guralnick, 2005; Shonkoff, 2010), или ориентираният към семейството подход (Dunst, Trivette, & Deal, 1988) са отразени не само в пряката работа на специалисти и екипи със семейства и деца, но и неизбежно в определянето на публични политики и организационни модели на системите и услугите за РДИ.

Национална стратегия за децата?

РДИ — иновативен модел на интегрирана интервенция

По този начин организацията на услугите и управлението на ресурсите и средствата в областта на РДИ са изправени пред нови и важни предизвикателства. Постепенно се утвърждава обосновка за сътрудничество между секторите (здравеопазване, образование и социална политика) и тематичните области, както и интегриране на политики и законодателни мерки, които дават възможност за по-адекватни и всеобхватни отговори на нуждите на децата и семействата с по-ефективни и трайни резултати.

Естествено и желателно е да има голямо разнообразие в начина, по който се организират услугите за РДИ в различните държави, като се има предвид разнообразието на политическия, социалния и културния контекст. В международната общност обаче се полагат усилия за определяне на обща референтна рамка. Guralnick изброява набор от принципи на действие, които представляват важен принос в различните страни за това, което се отнася до организацията на услугите и системите за РДИ на техните различни нива (местни, регионални и национални общности). Взаимното свързване на тези принципи се изразява в ориентирани към семейството интервенционни практики, както видяхме в предишни глави (Guralnick, 2005, 2008, 2013).

Принципи, свързани със системите за РДИ

- 1. Рамката за развитие и централната роля на семейството трябва да присъстват във всички компоненти на системата за РДИ;**
- 2. Интеграцията и координацията трябва да присъстват на различните нива на системата за РДИ;**
- 3. Включването и участието на деца и семейства в типични общностни програми и дейности трябва да съставляват цели на системата за РДИ;**
- 4. Процедурите за ранно откриване и идентифициране трябва да бъдат приложени възможно най-рано;**
- 5. Наблюдението и мониторингът трябва да бъдат неразделна част от системата за РДИ;**
- 6. Всички елементи на системата за РДИ трябва да бъдат индивидуализирани;**
- 7. Добрата оценка и процесът на обратна връзка трябва да представляват очевидни практики в системата за РДИ;**
- 8. Ефективните партньорства със семействата изискват чувствителност към културните различия и разбиране на техните последици за развитието;**
- 9. Препоръките към семействата и практиките трябва да се основават на доказателства;**
- 10. Системната перспектива включва разпознаване на взаимовръзките между всички компоненти.**

(Guralnick, 2005, стр. 6)

Подчертаваме някои от тези ръководни принципи поради особено важната им роля при предлагането на преосмисляне на политиките и услугите (Guralnick, 2005; Pinto et al., 2012):

- **Перспективата за развитие и централната роля на семейството** отразяват процеса на развитие на детето, като подчертават първостепенната роля на семейството;
- **Перспективата за интеграция и координация** на услугите за РДИ подчертава работата в екип между специалисти и семейства през целия процес на оценка/интервенция към интегрираното действие на услугите и подсистемите на регионално и национално равнище;
- **Перспективата за приобщаване** и участие на децата и семействата в естествени условия и типични обществени ресурси и дейности.

Guralnick (2008) също ни казва, че основното предизвикателство пред държавите е как тези принципи се превръщат в политики и практики, които ефективно отговарят на нуждите на децата и семействата.

Важно е да се спомене, че иновативният характер на политиките за РДИ в Португалия е международно признат за наличието на специфично законодателство за РДИ (Декрет-закон 281/2009), което установява система за споделена отговорност между различните министерства, което не е много често срещано сред държавите. По този начин Португалия възприе национална обществена политика за РДИ и същевременно социален ангажимент към семействата и децата, които се нуждаят от този вид подкрепа.

Иновативен характер
на SNIPI

5.2 Интегрирана система за междусекторно сътрудничество за РДИ

В исторически план усилията за междусекторно и междуведомствено сътрудничество са от неформален характер и често са резултат от иновативни проекти, свързани с инициативата на специалисти и местни общности, и имаме няколко примера в Португалия (Felgueiras, Bairrão, & Castanheira, 1988; Pinto et al., 2009).

Силните доказателства за ползите от сътрудничеството между секторите и тематичните области в сферата на РДИ, заедно с признаването на сложността на задачата, демонстрираха необходимостта от разработване и прилагане на формални механизми за сътрудничество на практика, както от органично административен характер между различните системи и услуги (публични или частни), така и при създаването и консолидирането на работата в екип между специалисти от различни тематични области.

Междусекторно
сътрудничество

Тази тенденция, макар и под различни форми, е обща за различни държави и донякъде е това, което се случва в Португалия. Беше необходимо да се създаде специално законодателство, което официално да определи национална система за РДИ (SNIPI). По дефиниция, както видяхме в Глава 2 (Част I), SNIPI съответства на интегриран модел на услуги и управление на ресурсите, основан на процес на сътрудничество между различните агенти (публичен сектор и частни институции) и семейства, насочен към интегрирано действие за деца на възраст под шест години и техните семейства.

Но какво имаме предвид, когато говорим за интегрирани системи за междусекторно сътрудничество в РДИ?

Междусекторно
сътрудничество

Интегрираните системи на РДИ по правило се основават на координация или сътрудничество между по-важните сектори (здравеопазване, образование, социална политика), насочени към интегрирането на политики, системи и услуги, от най-добрите структури за планиране и вземане на решения на национално и макроравнище до екипите, които се намесват в общността, със семействата (Bruner, 1991; Bruder & Bologna, 1993; Bruder, 2010; Fine, Pancharatnam & Thomson, 2005). Като извеждаме на светло тези различни нива, споменати от различни автори, а именно Fine и сътрудници (2005), можем да ги видим огледално в случая на португалската SNIPI (Таблица 5.1).

Таблица 5.1 Нива на сътрудничество и интеграция в системата за РДИ

Макро ниво
<ul style="list-style-type: none">Включва междусекторно сътрудничество на централно равнище при определянето и вземането на решения относно: политики; законодателни мерки; планиране на национални действия и междуведомствени взаимовръзки; финансиране; координация и управление на ресурсите; оценка и междусекторни последващи действия. В португалския случай това съответства на Националния координационен комитет на SNIPI.
Междинно ниво
<ul style="list-style-type: none">То е свързано с междинна координация и междусекторно сътрудничество на регионално ниво: идентифициране на нуждите на терен; планиране и организация на екипи за интервенция; мониторинг на системата. В португалския случай това съответства на петте регионални подкомитета на SNIPI.
Micro level
<ul style="list-style-type: none">То е свързано с работа в екип, взаимоотношения на сътрудничество между специалисти от различни услуги на общността и между специалисти и семейства; пряка интервенция, от оценка до определяне и прилагане на индивидуализирания план за интервенция, където посредникът на услугите, интегриран в трансдисциплинарен екип, играе решаваща роля. В португалския случай това съответства на местния интервенционен екип на SNIPI.

Механизмите за координация и сътрудничество работят както в хоризонтална посока, между различните сектори на всяко ниво в системата (национално, регионално и местно), така и във вертикална посока (във всеки сектор).

От друга страна, сътрудничеството не може да се осъществява само на междусекторно равнище, но и на вътрешносекторно равнище във всяко министерство (Фигура 5.2).

Вътрешносекторно сътрудничество

Фигура 5.2 Междусекторно сътрудничество



Наложително е във всеки сектор да бъдат създадени механизми за координиране на политиките и действията между различните отдели — от изготвянето на законодателство до планирането, финансирането и организацията на ресурсите и предоставянето на услуги, като се избягва ненужна несъгласуваност, противоречия, дублиране и разходи.

При наличието на интегрирана и координирана система от услуги за РДИ, както в случая със SNIPi, това, което се случва вътре в системата, е също толкова важно, колкото взаимоотношенията на сътрудничество, които трябва да бъдат създадени между системата за РДИ и съответните подсистеми и с общността. Това става особено ясно по отношение на това, което се отнася до двата основни компонента на процеса на РДИ:

- (Ранно) откриване, идентифициране и насочване — важно е да се подобрят механизмите за сътрудничество между системата за РДИ и други здравни услуги, например, за да се постигне идентифициране и насочване на децата възможно най-рано, така че бариерите да могат да бъдат преодолени. Това безпокойство не се случва само в Португалия, но е често срещано в различни страни. Но това е въпрос, който изисква особено внимание, като се вземат предвид късното откриване и насочване, особено в здравната система. Вследствие на това отбелязваме, че много деца започват РДИ в много късна възраст, когато е можело да го направят много по-рано (Felgueiras et al., 2006; Franco & Arolópio, 2008).

- Планиране на прехода — това е важен компонент на индивидуалния план за семейни услуги, който изисква тясно сътрудничество между екипа за РДИ, семействата и специалистите от различните участващи образователни структури и тези, които трябва да бъдат включени, за да се подготви съвместно процесът на преход на детето към друг вид грижи, програма или образователен цикъл.

Като се вземат предвид различните нива или етапи на интегрираната система на услугите за РДИ (вж. Таблица 5.1), проучванията за оценка, проведени от UNICEF (Britto et al., 2013), показват, че основните трудности могат да бъдат открити в хоризонталната координация и сътрудничество между секторите, и по-специално на междинно или регионално равнище. Тенденцията на това междинно ниво е да се привилегирова вертикалната координация, особено механизмите, които са йерархично зависими от администрацията и подкрепата за разпространението на информация и комуникация между нивата. Последващите действия и наблюдението на местните екипи от междинните звена се обработват преференциално във всеки сектор, а не по интегриран и съвместен междусекторен начин.

За да се оптимизира ефективността на всички тези системни нива, е наложително да се премине от етапа на обикновена координация към ефективни взаимоотношения на сътрудничество между различните участници (Brown & Conroy, 1997).

5.2.1 Сътрудничество: ключов компонент в РДИ

За какво тогава говорим, когато говорим за сътрудничество? Ако погледнем в речник, откриваме следното значение на сътрудничество: „акт на съдействие или съвместна работа по една и съща задача, работа ...; акт или резултат от сътрудничество; (...) група от хора, които си сътрудничат или участват в работа, публикация ...; набор от сътрудници...“ (Dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea, 2001).

Bruner (1991), позовавайки се на организацията на детските услуги, определя сътрудничеството като:

Трудности в хоризонталното сътрудничество на междинно ниво

Какво е сътрудничество?

Bruner (1991), referring to the organization of childhood services, defines collaboration as:

„...Процес за постигане на цели, които не могат да бъдат постигнати, когато действията изолирано (или поне не могат да бъдат постигнати толкова ефективно)“ . (стр. 6)

Авторът подчертава и важната роля на комуникацията и координацията в този процес.

Когато се споменават модели на взаимовръзка и организация на услугите за деца и семейства, термините съдействие, координация, сътрудничество и дори интеграция често се използват по повече или по-малко недиференциран начин. Те обаче имат различни значения и могат да се разглеждат като континуум във вида на връзката, която се изгражда между различни услуги или специалисти (Фигура 5.3). Сътрудничеството е стратегията с по-голяма интензивност и последователност при връзките и по-голяма взаимозависимост между различните партньори (Boavida, 1998; Bruder & Bologna, 1993; Fine et al., 2005; McDonald, & Rosier, 2011).

Ключовата идея за сътрудничество между различните агенти и услуги се основава на принципа, че проблемите и решенията трябва да се споделят между участващите субекти. Доброто взаимодействие и ефективната комуникация са от решаващо значение за консолидирането на процеса на сътрудничество. Не бива да забравяме, че сътрудничеството се осъществява между хората, а не между институциите (Bruner, 1991).

Фигура 5.3 Континуумът на сътрудничество



НАКРАТКО

- Сътрудничеството е средство, а не цел;
- Именно чрез процеси на сътрудничество могат да бъдат изградени и обосновани ефективни интегрирани интервенции, позволяващи сближаването на действията и сложността на различните подсистеми и тематични области, за да се отговори на многобройните нужди на децата и семействата по всеобхватен и интегриран начин.

5.2.2 Интегрирана система за междусекторно сътрудничество: Защо?

Тъй като РДИ се намира в пресечната точка на три основни стратегически области — деца, семейства и увреждане или неработоспособност, необходимостта от сближаване на действията, принос от различни тематични области и споделяне на отговорностите става непосредствено очевидна, особено между трите доминиращи сектора — здравеопазване, образование и социална политика.

Признаването на необходимостта от интегрирани системи за сътрудничество като алтернатива на традиционната подкрепа и разделените практики произтича от това, което научихме от постиженията на научните знания и изследователските данни (Dunst, 2005; Guralnick, 2005, 2013; McWilliam, 1996b; Pinto et al., 2012; Shonkoff, 2010; Shonkoff & Bales 2011; Simeonsson, 2000), а именно:

- **Убедителни доказателства за слабата ефективност и краткотрайните последици от паралелната и фрагментираната подкрепа** за деца и/или семейства, извадени от естествения им контекст;
- **Актуални познания за факторите, които влияят върху развитието** на детето, решаващата роля на семействата и начина, по който по-малките деца учат;
- **Признаването, че нуждите на децата и техните семейства са многобройни и сложни**, и затова изискват съгласувани мерки и решения и трансдисциплинарни интервенции, интегрирани и насочени към семейството.

Оттук и залагането на модели за сътрудничество в областта на РДИ, включващи интегрирана система с различни нива на сътрудничество, професионално и семейно сътрудничество, трансдисциплинарна и ориентирана към семейството работа в екип, действията на ВС и съвместни консултации между специалисти.

ИЗКРАТКО Интегрирана система за междусекторно сътрудничество е резултат от:

“...Необходимостта от преодоляване на трайната разпокъсаност, която характеризира системите за здравеопазване, образование и човешки услуги, чрез мобилизиране на интегрирана, научнообоснована рамка, а не чрез договаряне на междуведомствени споразумения на концептуално несвързани програми“.

(Shonkoff, 2010, стр. 363)

5.2.3 Интегрирана система за междусекторно сътрудничество: Защо?

Предимствата на междусекторните и трансдисциплинарните модели се оказаха важни на различните етапи от системата, от върха до интервенционните екипи на терен.

„Координирането на политиките за интервенция има за цел да отговори на три основни опасения:

- **Дублиране** — когато една и съща дейност се развива ненужно от две или повече структури;

- **Пропуски** — когато необходимото действие не се разработва от никого;
- **Несъответствие** — когато публичните политики, засягащи едни и същи получатели, имат противоречиви цели.“

[Hood, 2005, цитиран в Marques (Coord.), 2014, стр. 23]

Интегрираната и формална система за съвместна отчетност между различните сектори и услуги е от решаващо значение за съгласувани действия при планирането, организацията на услугите и внедряването на ресурсите, като се вземат предвид характеристиките и нуждите на общността (Bruder, 2010; Bruder & Bologna, 1993; Fine et al., 2005).

Ефективното сътрудничество и споделяне на знания и ресурси биха могли да улеснят и ускорят достъпа на семействата до услуги, да гарантират, че подкрепата се определя от притесненията и приоритетите на семействата, а не от естеството на услугите или вида на наличните специалисти, да насърчат определянето на общи цели, ориентирани към семейството, и съвместни действия за постигането им (Limbrick, 2011; Moore, 2008). Това също така дава възможност за намаляване на некоординираните и по-малко ефективни действия и подкрепа, както и за оптимизиране на използваните ресурси и действията на специалистите (Bruner, 1991).

Фактът, че семействата трябва да работят паралелно с различни специалисти, обикновено от различни услуги, понякога води до намаляване на качеството на предоставянето, наличието на пропуски в информацията или, което е по-лошо, до противоречия, произтичащи от липсата на комуникация и координация между специалистите и услугите.

Често паралелните и некоординирани действия са не само излишни, но също така представляват допълнителни стресови фактори за семействата.

Следователно сътрудничеството между специалисти от различни области и между специалисти и семейства, което характеризира моделите на трансдисциплинарна работа в екип и представянето на ВС, е определящо за качеството и ефективността на РДИ (Bruder, 2000; Carpenter, 2005; Franco, 2015; Guralnick, 2000a, 2013; McWilliam, 2010).

НАКРАТКО

Ефективно сътрудничество и координация на общностните услуги и ресурси [Bruder & Bologna, 1993; Marques (Coord.), 2014]:

- Да се предоставят услуги, които са по-адекватни за многото и сложни нужди на семейства и деца чрез по-всеобхватни, координирани и интегрирани услуги;
- Да се постигат по-положителни и дълготрайни резултати за семействата и децата;
- Да се засилят полезните взаимодействия и да се оптимизират ресурсите на местно равнище, като се даде възможност за по-широко обхващане на броя на подкрепяните деца и семейства;
- Да се съгласуват интервенциите с местните ресурси и нужди, основани на участваща и интегрирана диагностика и планиране.

5.2.4 Как да се консолидира интегрирана система за междусекторно сътрудничество?

Планирането, организирането и координирането на различни услуги, ресурси, различни източници на финансиране, и накрая, специалисти от различни области, съгласуване на цели, методологии и институционални култури не е лесна работа.

Създаването на формални механизми за сътрудничество и споделена отговорност между различните сектори и органи е средство, което позволява да се организира интегрирана и координирана система от услуги за РДИ.

Проучванията и оценките на организационните модели на услугите за РДИ показват известен консенсус по основните характеристики, на които трябва да се основава ефикасна организационна система за ефективна координация и интеграция на услугите (Knitzer, 1997):

1. **Силен акцент върху ориентирания към семейството подход;**
2. **Междусекторно сътрудничество;**
3. **Интервенция в рамките на общността;**
4. **Зачитане на културните ценности и семейните традиции;**
5. **Ангажимент към конкретни резултати и положителни промени в живота на децата и семействата — показатели за изпълнение.**

Когато говорим за усилия за координация и интеграция на услуги и ресурси, ние разглеждаме не само начина, по който се организират услугите от административна гледна точка, как се финансират или как се разпределят времето и работното място на специалистите. Говорим също за промяна, често дълбока, която трябва да се случи в обхвата на различните заинтересовани страни и да пресече различните организационни нива на системата за РДИ

- министерства, отдели и служби, местни екипи и специалисти.

Трансверсалното идентифициране на гореспоменатите принципи предполага обща воля и усилия сред различните заинтересовани страни и органи, отговарящи за РДИ, както и ангажимент и „сценарий“, който позволява да се изгради (Bruner, 1991; O'Malley, 2007):

- **Споделена визия;**
- **Споделено вземане на решения;**
- **Обща референтна рамка за решаване на проблеми.**

Координацията на политиките и действията между различните сектори на публичната администрация, както и с частните институции, е трудна и изисква способността да се изградят мостове между организации и хора и да се помиряват „организационни“ култури, които понякога са доста различни. Това изисква решителност (на местно, регионално и национално равнище) за преодоляване на ограниченията, наложени от институционалните граници и личните предразсъдъци, оттук и необходимостта от модели, които стимулират иновациите, знанията и насърчаването на добрите практики [Bruner, 1991; Marques (Coord.), 2014].

Ефективността на лицата, отговорни за вземането на политически решения, и специалистите с координационни отговорности играе важна роля в насърчаването и изграждането на ефективна система за

Сътрудничество, общи усилия и воля

Действията на вземащите политически решения и специалистите с координационни отговорности са важни

сътрудничество, включващо стратегии за разработване на необходимата лидерска основа в подкрепа на успеха на екипните интервенции (Bruner, 1991).

Dunst и неговите сътрудници (Dunst et al., 2003, цитирани в Fine et al., 2005), когато разглеждат ситуацията в САЩ, подчертават, че е важно да има законодателна основа, която да определя РДИ като политическа мярка и право на децата и семействата, която представя рамката и организацията на услугите за РДИ. Аналогично, Европейската агенция за развитие на образованието за хора със специални нужди (EADSNE) (2010) подчертава необходимостта от законодателни и политически мерки, които разкриват „участието и ангажираността на лицата, вземащи политически решения, по отношение на РДИ“ (стр. 38). Както разгледахме по-горе, Португалия е добър пример, доколкото разполага със специално законодателство за РДИ, което определя нова интегрирана система за междусекторно сътрудничество (SNIPI), за да отговори по-добре на действителните нужди на децата и семействата.

Наличието на ръководно законодателство в рамките на РДИ обаче не е достатъчно, за да се гарантира, че моделът за сътрудничество и интегриране на услугите работи ефективно. Често съществуват несъответствия между визията за законодателство и официалните директиви и тяхното практическо прилагане.

Процесът на сътрудничество е сложен и се забелязват трудностите, присъщи на развитието на процес на сътрудничество между различните услуги и специалисти. Като се има предвид това, кои са най-често срещаните трудности в междусекторното сътрудничество в областта на РДИ? Подчертаваме основните трудности от административен, технически или финансов характер, посочени от Bruder и Bologna (1993), които са идентифицирани и в редица национални и международни проучвания и оценки (Almeida, 2009; Felgueiras et al., 2006; Franco & Apolónio, 2008, Mourato, 2012).

Процесът на
сътрудничество е
сложен

Какви са
трудностите в
междусекторното
сътрудничество?

Общи проблеми на междусекторното сътрудничество:

Конкуренция между секторите

„Териториален“ конфликт (роли, отговорности); липса на информация за функциите на други сектори/услуги; политически въпроси.

Липса на организационна структура за координация

Различни философии; различни цели (понякога отклоняващи се); лоша последователност и нередовност на работата в екип, липса на посредник; липса на процес на мониторинг и оценка; липса на планиране; липса на правомощия и право за вземане и прилагане на решения.

Технически фактори

Ограничени ресурси: специалисти, време, бюджет; логистика: разстояние, география.

Лични фактори

Прекалено акцентирани и ограничени интереси на специалисти и субекти; съпротива срещу промяната; отношение на специалистите; липса на ангажираност с нуждите на общността; недостатъчна подкрепа на администрацията; жаргон и специфични гледни точки по темата.

(Bruder & Bologna, 1993, стр. 109)

Важно е, че на различните нива на системата за РДИ трудностите могат да бъдат ясно идентифицирани и управлявани по най-добрия възможен начин от участващите субекти (Bruder & Bologna, 1993). Механизми за мониторинг и оценка на системата, но също и на техническата супервизия

на нивото на интервенционните екипи, биха могли да помогнат за регулиране на системите, както ще разгледаме по-задълбочено в следващите глави.

„Основните пречки произтичат от липсата на съгласуваност и единство на действията на различните сектори и „тежкото наследство на бюрократичната култура“, дори и в страни, където тя никога не е достигнала пълния си израз“.

[Marques (Coord.), 2014, стр. 30]

И какво могат да ни кажат някои проучвания за факторите, свързани с успеха и ефективността на моделите за сътрудничество?

В Таблица 5.2 можем да видим факторите, които Bruder и Bologna (1993) определиха по време на изследванията си като важни за успеха на сътрудничеството между различните сектори и услуги, т.е. с ползи за децата и семействата. Тези фактори предлагат важни насоки.

Трябва да сме наясно, че пречките и недостатъците, които могат да възникнат на различните нива на системата и да възпрепятстват съвместната работа на участващите служби и специалисти, ще имат отрицателни последици, като ранният децата и техните семейства

Кои са факторите, свързани с успеха на моделите за сътрудничество?

Таблица 5.2 Фактори, свързани с успеха и ефективността на сътрудничеството модели (адаптирано от Bruder & Bologna, 1993)

1. Положителен социален и политически климат към промените	Обща визия за необходимостта и волята за въвеждане на промени и корекции в тяхната съответна ефективност. Споразумение и ангажимент относно съвместното създаване на нова форма на интегрирана и споделена интервенция.
2. Процеси на комуникация и решаване на проблеми	Процес на взаимоотношения между участващите сектори/услуги и техните представители, който ще даде възможност за съвместно „определяне на цели, изясняване на ролята и отговорностите на всеки един от тях, вземане на решения и решаване на конфликти“.
3. Човешки фактори	Определящи фактори за успеха на системата за сътрудничество: • Нагласи и поведение на отговорните хора и специалисти, участващи на различните нива на системата; • Лидерство, знания, компетенции и ангажираност на специалистите; и тяхната ангажираност към общите ценности и философия.
4. Политики, които подкрепят или възпрепятстват междусекторното сътрудничество	Важно е да има специално законодателство и разпоредби, които ясно определят системата за сътрудничество между интервенционните сектори, финансовите и управленските отговорности на материалните и човешките ресурси, функции и роли.
5. Адекватни ресурси	Да се гарантира, че различните видове ресурси (човешки, материални и финансови) отговарят на нуждите и целите на всяка общност и тяхното добро споделено управление е определящо за ефективността и ефикасността на РДИ.

Организационният модел на междусекторно сътрудничество и интегрирани действия предполага промени в изпълнението на услугите и професионалната практика, т.е. те действат различно от това, което характеризира тяхното обичайно и отделено изпълнение.

Европейската агенция за развитие на образованието за хора със специални нужди (EADSNE), в последния важен доклад за РДИ (EADSNE, 2010), а по-късно и в обобщен документ — Ключови политически послания във връзка с ранната детска интервенция (РДИ) (EADSNE, 2011), отправи различни препоръки към европейските държави, като подчерта четири ключови перспективи, ако е необходимо:

1. **Законодателни и политически мерки:** които илюстрират активното участие на политиците и лицата, отговорни за вземането на решения, и техния ангажимент към РДИ;

2. **Ролята на специалистите:** да се вземат предвид решаващата им роля на различни равнища от процеса на РДИ и в отношенията им със семействата, които следва да заслужават специално внимание в програмите за обучение за изграждане на капацитет за работа в екип и сътрудничество със специалисти и семейства;

3. **Необходимостта да има координатор за РДИ между различните служби, за да се гарантира координацията между службите, специалистите и семействата;**

4. **Необходимостта от подобряване на координацията между секторите и в рамките на отделните сектори:** координацията между различните участващи служби (здравеопазване, социална политика и образование) е обикновено недостатъчна, но необходима. Семейството следва да бъде в центъра с координирани услуги около тях.

Подобряването и консолидирането на механизмите за сътрудничество и интеграция между секторите и услугите в рамките на РДИ е текущо предизвикателство, което не само присъства в Португалия, но е и все по-голямо безпокойство в много различни държави. По този начин следва да се позовем на модела на интегрирано управление (Govint), който едва наскоро започна да се прилага в Португалия в няколко проекта и опита (например бедност, деца и младежи в риск, социална мрежа, програма „Escolhas“/програма „Избори“, и др.), които бяха насърчавани от Форумта за интегрирано управление (Fórum para a Governação Integrada¹⁵) в партньорство с други субекти.

Модел на
интегрирано
управление

Какво представлява интегрираното управление (Govint)?¹⁶

„...Политическа стратегия, която има за цел да координира разработването и прилагането на политики между отделите и агенциите, особено за справяне със сложни социални проблеми като бедността и изключването, по интегриран начин (...)

Това е стратегия, която се стреми да се присъедини не само към правителствените отдели, но и към набор от частни и доброволчески институции, работещи напречно и насочени към обща цел.“

[Bogdanor, 2005, цитиран в Marques (Coord.), 2014, стр. 7]

Интегрираният модел на управление, който е международно приет от много години, особено в англосаксонските държави, се очертава като алтернатива на конвенционалните форми на действие на службите и отделите на публичната администрация, като се търсят иновативни начини, които са по-ефективни и ефикасни. Лицата, отговорни за вземането на политически решения, и други специалисти от публични и частни институции прибягнаха до този модел, за да разработят и приложат стратегии за интегрирано сътрудничество и да се изправят пред сложни проблеми [Marques (Coord.), 2014].

¹⁵ Форумът за интегрирано управление беше създаден в резултат на динамиката и подкрепата на различните институции, а именно фондация „Calouste Gulbenkian“ и института „Падре Антонио Виейра“.

¹⁶ Съответства на англосаксонските концепции за обединено правителство, цялостно управление, цялостен правителствен подход, хоризонтално правителство, интегрирано правителство.

От наличните референции и оценка на този вид практика на интегриран модел на управление могат да се извлекат няколко поуки в областта на РДИ.

Какви са факторите за успех при интегрираното управление?

Централното ядро на Govint е съдействието и сътрудничеството, основани на четири стълба:

1. **Лидерство** — при определянето и търсенето на стратегии, насочени към по-голяма ефективност и ефикасност на действията;
2. **Ефективно участие и ангажиране** — на различните агенти, включително публични и частни лица, но също и висши учебни заведения, местни услуги, местни органи и служби на общността, както и семейства;
3. **Комуникация и взаимодействие** — създаване на канали за взаимодействие и диалог във вътрешната и междусекторната комуникация (на хоризонтално и вертикално ниво);
4. **Мониторинг/оценка** — са ключови елементи за подобряването и устойчивостта на интегрираната система.

[Marques (Coord.), 2014, стр. 10]

НАКРАТКО

За да бъде успешна, интегрираната система за сътрудничество изисква съвместните усилия и волята на различни заинтересовани страни — политици, лица, вземащи политически решения, различни агенти в общността, специалисти по пряка интервенция и семейства, включващи [Brown & Conroy, 1997; Bruner, 1991; Marques (Coord.), 2013]:

- Взаимно доверие и уважение;
- Волята за решаване на проблемите в съответствие с общите цели;
- Постигане на съгласие и разработване на общи цели и насоки;
- Ясно споделяне на отговорностите и ресурсите за постигане на тези цели;
- Достоверна и честна комуникация;
- Способности за разрешаване на конфликти;
- Разпространение на цялата съществена информация за въпросните цели;
- Съвместна работа за постигане на тези цели, използвайки опита на всеки сътрудник.

5.3 Трансдисциплинарният екип

Когато разсъждаваме върху организационната система на РДИ, от първостепенно значение е да подчертаем трансдисциплинарния модел и работата в екип, функциониращи като основа на тази интегрирана система, базирана на процес на сътрудничество.

Можем да кажем, че екипът е в основата на цялата система за РДИ, и именно там се корени цялата работа сред специалистите и между тях и семействата, децата и другите полагащи грижи. Но наличието на група от хора не е достатъчно, за да се направи екип и успехът на интервенцията зависи от функционирането на екипа (Bruder & Bologna, 1993).

Трансдисциплинарният екип е в основата на цялата система за РДИ

Можете да изградите екип, само когато има обща философия с цели, споделени между хората, които съставят екипа (Maddux, 1988).

Концептуалният модел, залегнал в основата на работата в екип, е определящ за стила на функциониране сред специалистите и действието, което те развиват със семействата (Felgueiras, 2000). Както бе посочено в предишни глави, трансдисциплинарният модел е всеобщо признат от научната общност като най-добрата практика за РДИ, като се взема предвид ориентираният към семейството подход.

5.3.1 Какво характеризира трансдисциплинарната работа в екип?

Цялостната, интегрирана и интерактивна визия за детското развитие и силните потвърждения за централната роля на семейството са в основата на трансдисциплинарния модел на работа в екип.

Когато става въпрос за работа в екип, специалистите и дори научната литература често използват термините мултидисциплинарни, интердисциплинарни и трансдисциплинарни по недиференциран и двусмислен начин.

Тези три понятия се отнасят в различна степен за един и същ континуум, от по-малко интегриран до по-интегриран по отношение на начина, по който специалисти от различни области действат и взаимодействат помежду си и със семействата, които са широко диференцирани като (Almeida, Breia, & Colôa, 2005; Shelden & Rush, 2013):

- В мултидисциплинарния модел специалисти с различни експертни познания действат паралелно и поотделно с едно и също дете или семейство, в зависимост от установените дефицити;
- В интердисциплинарния модел има и едновременна интервенция от различни специалисти с отделни планове и специален фокус върху детето, но има и някои взаимодействия и споделяне на информация между специалистите;
- В трансдисциплинарния модел има цялостен и интегриран план, който е разработен заедно от екипа и семейството, което става неразделна част от екипа. Но за предпочитане е един специалист (ВС) да подкрепя семейството в прилагането на този план в тясно сътрудничество и с подкрепата на другите специалисти в екипа.

Това всъщност са три доста различни форми на работа в екип и е много важно специалистът, включен в екипа, да има ясна представа за това какво ги отличава концептуално, как действат и как се отразяват в ежедневната практика (Таблицы 5.3 и 5.4).

Как се осъществява трансдисциплинарната работа в екип? Членовете на екипа от различни области допринасят със своите специфични знания, компетенции и споделени отговорности за съвместен процес на решаване на проблеми, като се има предвид интервенцията със семейството и детето.

ВС работи редовно със семейството и детето в съответствие с ориентираните към семейството практики, докато останалата част от специалистите в екипа от различни експертни области предлагат своята подкрепа чрез консултации относно стратегии, които да се използват за насърчаване на най-добрите възможности за учене на детето. Ако е необходимо и по изключение, друг специалист

Таблица 5.3 Какво отличава трансдисциплинарната перспектива от мултидисциплинарната и интердисциплинарната перспектива във връзка с оценката/ интервенционния процес? (адаптирано от Felgueiras, 2000; Franco, 2015; Woodruff & Hanson, 1987)

	Мултидисциплинарен екип	Интердисциплинарен екип	Трансдисциплинарен екип
Процес на оценка	Членовете на екипа (ЧЕ) провеждат отделни оценки	ЧЕ извършват отделни оценки по области и споделят резултатите	Специалистите и семейството съвместно планират и провеждат цялостна оценка
Разработване на индивидуален план за семейни услуги	Планове, разделени по тематични области	ЧЕ определят поотделно целите по области и споделят плана си с екипа и могат да интегрират услуга или план на екипа	Специалистите и семейството планират план за интервенция въз основа на притесненията, приоритетите и ресурсите на семейството
Прилагане на индивидуалния план за семейни услуги	Всеки специалист изпълнява своя план поотделно в съответствие с експертните познания	Всеки специалист изпълнява своята част от плана и включва други области, когато е възможно	Един от членовете (ВС) отговаря за изпълнението на плана заедно със семейството

(логопед, психолог или др.), заедно с ВС биха могли да направят няколко съвместни посещения при семейството.

При този първи контакт забелязахме как семейството беше нетърпеливо да намери подкрепа, за да им помогнем да се грижат за дъщеря си. Те бяха пренасочени от централна болница, където бяха прегледани от специалности и лекари, с препоръки за няколко терапии. Те все още не знаеха какво не е наред с дъщеря им. Дойдоха при екипа за РДИ с много съмнения, а също и с много искания. Целта на първите срещи беше да се обясни на семейството какво може да им осигури нашият екип за РДИ и как семейството, с помощта на екипа, може да има достъп до необходимата подкрепа чрез същия специалист (ВС).

Изказване на местен интервенционен екип

Както споменахме в предишните глави, същото се случва, когато детето посещава друг образователен контекст (например детската ясла или детската градина). Трансдисциплинарната работа в екип се осъществява в съответствие с модела за съвместни консултации между ВС и редовния учител на предучилищна група в естествения контекст на детето.

По този начин интервенцията не се осъществява чрез специализирана подкрепа и директна терапия с деца, а се осъществява по интегриран начин, чрез това, което Макуилям нарича интегрирани способности за подкрепа или „интегрирани“ терапии, в естествения контекст на детето (класна стая, детска площадка и т.н.) и фокусиране върху дейности, вплетени в ежедневните занимания и непосредствено полезни за детето (McWilliam, 1996a, 2010). По този начин детските учители работят с децата по техните индивидуални цели по време на общите дейности в класната стая, които са част от ежедневните занимания, интегрирайки необходимите и съгласувани стратегии (Guralnick, 2005, 2013; McWilliam, 1996a, 2010).

Съвместно консултиране

Таблица 5.4 Какво отличава трансдисциплинарната перспектива от мултидисциплинарната и интердисциплинарната перспектива при функционирането на екипа? (адаптирано от Felgueiras, 2000; Franco, 2015; Woodruff & Hanson, 1987)

	Мултидисциплинарен екип	Интердисциплинарен екип	Трансдисциплинарен екип
Ръководна философия	ЧЕ признават приноса на други дисциплини като важен	ЧЕ разработват отделно своя програма, като част от плана за интервенция, макар и да обменят известна информация	Ангажимент на ЧЕ за съвместно преподаване, учене и работа, заличаване на тематичните области с цел прилагане на единен план за интервенция
Участие на семейството	Семейството се среща индивидуално с различни ЧЕ	Семейството може да се среща с екипа или с представител на екипа	Семейството е пълноправен и активен член на екипа и участва във всички етапи на процеса
Форма на комуникация между членовете на екипа	Обикновено неофициална	Периодични срещи на екипа за разглеждане на казуси	Редовни срещи на екипа: споделяне и обмен на информация, знания и компетенции сред ЧЕ

Различни автори са посочили доказателствата за предимствата на тези форми на интервенция в сравнение с традиционните индивидуални сесии с терапевт, особено с малки деца, като са взели предвид факта, че децата на тази възраст не учат по същия начин, както по-големите деца или възрастни (Dunst, 2005, Dunst et al., 2010; McWilliam, 1996a, 2005a, 2010).

5.3.2 Как се изгражда трансдисциплинарната работа в екип?

Цялостната, интегрирана и интерактивна визия за детското развитие и силните потвърждения за централната роля на семейството са в основата на трансдисциплинарния модел на работа в екип.

Когато става въпрос за работа в екип, специалистите и дори научната литература често използват термините мултидисциплинарни, интердисциплинарни и трансдисциплинарни по недиференциран и двусмислен начин.

Тези три понятия се отнасят в различна степен за един и същ континуум, от по-малко интегриран до по-интегриран по отношение на начина, по който специалисти от различни области действат и взаимодействат помежду си и със семействата, които са широко диференцирани като (Almeida, Breia, & Colôa, 2005; Shelden & Rush, 2013):

Сътрудничество
като движеща
сила
за
трансдисциплина
рния
екип

Прехвърляне и
споделяне на
знания

Брудер (Bruder, 1996), в препоръките си за изграждане на трансдисциплинарна работа в екип и изграждане на капацитет, посочва някои ключови въпроси, оценявайки ролята на професионалното обучение за нейната консолидация. Подчертаваме някои от тези ключови въпроси (Bruder, 1996):

1. Признаване на необходимостта и ползите от моделите за сътрудничество в работата в екип — чрез изграждане на цели и съвместна екипна философия, основана на взаимозависимост и цялостна визия за децата и семействата, вместо акцентирание върху отделни области на развитие;

2. Изграждане на капацитет на специалистите в модели за съвместна работа и предоставяне на услуги — придобиване на компетенции за използване на стратегии за решаване на проблеми, умения за комуникация, умения за водене на преговори и решаване на конфликти, които са насочени към взаимоотношения с възрастни, но и към друго специфично съдържание, свързано с детето, като основана на ежедневни дейности интервенция и интегрирани терапии;

3. Необходимостта от преработване на моделите за предоставяне на услуги, включващи административно пренасочване към по-големи инвестиции и ангажимент в подкрепа на развитието и консолидирането на структури и екипи за сътрудничество.

Трансдисциплинарният екипен модел не може да бъде отделен от функционирането на системата за РДИ като цяло, както видяхме по-рано в тази глава. Структурните и междуличностните фактори, свързани с процеса на изграждане и функциониране на екипи, с професионалното обучение, с административните и лидерските въпроси и техните първоначални агенции, често имат решаващо значение за улесняване или възпрепятстване на качествената работа. Екипът ще може да развива истинска трансдисциплинарна работа само ако и от самото начало има организационни и административни условия, гарантиращи адекватна наличност на ресурси по отношение на нуждите на общността, а именно броя и стабилността на специалистите и тяхното предметно многообразие, както и времето на специалиста, включително моменти за срещи и работа сред колегите от екипа (Bruder & Dunst, 2008; Guralnick, 2005; Mourato, 2012).

Изключително важно е да има съгласувани и понякога иновативни действия на различни нива на отговорност в публичния сектор и сред други агенти в общността. Това има за цел да предотврати възможността административните и организационните „бюрократични“ процедури и ограничения да компрометират стабилността на екипите и специалистите и тяхното техническо качество, предпоставка за доброто функциониране на екипите за РДИ и за предоставянето на услуги на децата и семействата.

От друга страна, както е посочено в Част III от настоящото ръководство, залагането и инвестирането в адекватно практическо обучение и техническа супервизия на специалистите, според данните, е от основно значение за укрепване на работата в екип и цялата система за сътрудничество (Boavida & Carvalho, 2003; Dunst, 2015). Качеството на взаимоотношенията и взаимодействието между възрастни, специалисти и семейства е определящо за успеха на интервенцията (Dias, 2003; Santos, 2007).

В края на тази глава могат да се направят няколко препоръки, свързани с практиките за сътрудничество и работа в екип, които Отделът за деца в ранна възраст представи неотдавна, и които са включени в по-широк набор от препоръчителни практики за РДИ (DEC, 2014).



НАКРАТКО

Работата на трансдисциплинарния екип се характеризира основно със следното (McWilliam, 1996a, 1996b; 2010; Sheldon & Rush, 2013):

- Семейството е неразделна част от екипа;
- ВС се намесва редовно и предпочитано със семейството и детето, като разчита на подкрепата на екипа;
- Останалите специалисти от екипа осигуряват систематична резервна подкрепа на ВС и споделят знания и компетенции с него. Ако е необходимо и по изключение, друг специалист може да посети семейството няколко пъти заедно с ВС;
- Съвместно консултиране с други специалисти (учители от детски ясли и детски градини и др.) във формалния образователен контекст на детето, насърчаване на интервенции, интегрирани в естествения контекст и вградени в ежедневието на детето.







СПРЕТЕ, ЗА ДА ПОМИСЛИТЕ



Нека помислим за нашия екип



	Какво помага	Какво възпрепятства
Вътрешна организация на екипа	 <p>Кои са силните страни на екипа?</p>	 <p>Кои са слабите страни на екипа?</p>
Аспекти, външни за екипа	 <p>А възможностите?</p>	 <p>А опасностите?</p>

Препоръчителни практики за сътрудничество и работа в екип

Препоръчителни практики в ранната интервенция/специалното образование в ранна детска възраст 2014 (DEC, 2014, стр. 12):

T1. Специалистите, представляващи множество дисциплини, и семействата работят заедно като екип, за да планират и прилагат подкрепа и услуги и да отговорят на уникалните нужди на всяко дете и семейство.

T2. Специалистите и семействата работят заедно като екип за систематичен и редовен обмен на опит, знания и информация за изграждане на капацитет на екипа и съвместно решаване на проблеми, планиране и изпълнение на интервенции.

T3. Специалистите използват стратегии за комуникация и групови улеснения, за да подобрят функционирането на екипа и междуличностните отношения със и между членовете на екипа.

T4. Членовете на екипа си помагат взаимно за откриването и достъпа до услуги в общността и други неформални и официални ресурси за посрещане на нуждите на детето или семейството, идентифицирани от семейството.

T5. Специалистите и семействата могат да си сътрудничат, за да идентифицират един член от екипа, който да служи като основна връзка между семейството и други членове на екипа въз основа на приоритетите и нуждите на детето и семейството.

СПРЕТЕ, ЗА ДА ПОМИСЛИТЕ

Помислете с екипа си:

- Доколко присъстват или не препоръчителните практики за сътрудничество и работа в екип (DEC, 2014) във вашия местен интервенционен екип?



Оценка на програмите за ранна детска интервенция

6.1. Защо да оценяваме програмите за РДИ¹⁷?

Като специалисти често се питаме за работата, която развиваме с деца и семейства: Наистина ли отговаряме на техните нужди? Избраният подход правилен ли е за тази конкретна ситуация? Нашата интервенция действително ли е ефективна? Дали специалистите, услугите и ресурсите, които участват, наистина си сътрудничат, за да осигурят ясен, качествен отговор?

Отговорните лица за РДИ следва да си зададат следния въпрос:

Подкрепили ли сме семействата като цяло, за да постигнат по-добро качество на живот, и всъщност овластили ли сме ги да насърчават развитието на децата си?
(Bailey et al., 1998)

Без редовни процедури за оценка на работата ни не можем да отговорим на тези въпроси. Ето защо е важно от самото начало да се приложи систематичен процес за оценка на работата на нашите екипи, състоящ се в събиране, анализ и тълкуване на информация, с акцент върху прилагането, въздействието и необходимостта от интервенция (Freman, Rossi, & Wright, 1980).

Наложително е екипите за РДИ да разглеждат процеса на оценка като рутина, която действа като възможност за идентифициране на техните силни страни и граници, давайки насоки за промяна към постоянно подобряване.

Необходимо е да се опровергават някои отрицателни конотации, които често са свързани с оценката: Искат ли да инспектират работата ни? Очакват ли да сме перфектни? Оценка за промяна и подобряване, но как е възможно с наличните ресурси?

17 Терминологията „оценка на програмите за РДИ“ съответства на английското наименование „оценка“. Тя не се отнася до оценка на развитието на детето, силните страни и опасенията на семейството или характеристиките на контекста. Нито пък се отнася до специфични програми или учебни програми като Portage Growing Up — Birth to three, Carolina Curriculum, или други структурирани интервенции. Тук програмата се разглежда по всеобхватен начин, който включва целия контекст, присъщ на организацията и прилагането на системата за РДИ.

Целта на оценката е именно да се започне от съществуващите ресурси и практики на място, да се направят усилия, да се оценява и обобщава добре случващото се и да се подобрява това, което трябва да бъде подобро.

В обобщение, можем да определим три основни вида причини, които са в основата на оценката на програмите за РДИ (Almeida, 2009):

1. Необходимостта, която специалистите изпитват, да знаят дали предоставяните от тях услуги са най-подходящите и действително водят до желаните ефекти, като например да отговарят на семейни притеснения, приоритети и желания;
2. Правото, което семействата имат, да знаят кои програми подхождат най-добре на децата им;
3. Необходимостта разработващите политики лица да познават връзката между направените разходи и постигнатите резултати, за да планират и използват по най-добрия начин предоставените отговори.

От това следва, че оценката е важна на всички нива в системата, от нивото на национална и областна междусекторна координация и сътрудничество, до оценката на предоставените преки практики. Всяка от тези основни цели и нива на оценка съответства на конкретни проекти и процедури.

6.2 Какво се разбира под оценка на програмите за РДИ?

Какво представлява оценката на програмите за РДИ?

Оценката на програмата може да бъде определена като процес на систематично събиране, синтез и надеждна и валидна информация за интерпретиране на дадена програма, за да се подпомогне вземането на решения (Snyder & Sheehan, 1993).

Нейната цел не е да се увеличат знанията или да се подобри дадена теория, която беше цел на традиционните изследвания, а да се основава на точно и систематично събиране на данни. Също така не трябва да забравяме, че когато говорим за оценка, очевидно имаме ориентирана към семейството интервенция като концептуална референтна рамка.

Следователно целите на оценката следва да се основават на ясно определение на това, което семействата действително ценят, за да разберат дали предоставяме качествени услуги или не (Dinnebeil Hale, 2003). Някои автори (Bailey et al., 1998) дори смятат, че оценката на степента на прилагане на ориентираните към семейството практики в дадена програма може сама по себе си да бъде достатъчна като цел за оценка. Извършва се анализ на степента, до която тези практики действително са довели до положителни промени при децата и семействата, и ако това е така, когато тези промени се оценяват от семейството, като ги включват като активни агенти в процеса на оценяване, те ще съответстват на това, което се цели от оценката в рамките на ориентираната към семейството референтна рамка.

Тези оценки, определени като второ поколение (Guralnick, 1993, 1997), също следва да могат да идентифицират, чрез разбиране на взаимовръзката между различните фактори, специфичните характеристики на практиката, които възникват, свързани с определени резултати при децата и семействата. Ето защо те трябва да се съсредоточат върху въпроса за специфичността и да отговорят на въпросите „кои услуги имат определено въздействие, върху какви деца, какви семейства, при какви обстоятелства и на каква цена“ (Shonkoff, 2004, стр. 3).

Ето защо, когато се планира оценка, винаги трябва да се имат предвид три аспекта, които ще определят напредъка на процеса на оценка:

- Видът на оценката и съответните въпроси;
- Субектът или субектите, за които е предназначена оценката;
- Кой ще извърши оценката.

6.2.1 Видове оценка

По отношение на първия аспект могат да бъдат разграничени три основни вида оценка:

Оценка на процеса¹⁸ — Провежда се по време на изпълнението на програмата и има за цел систематично да се определи дали интервенцията се извършва в съответствие с първоначално определения план и дали целевото население е достигнато. Всъщност, когато искаме да оценим качеството, не можем да се ограничаваме до изброяване на придобитите компетенции, възникващи или несъществуващи, независимо дали са свързани със семейства, деца, специалисти или контекст. Тези данни са уместни и необходими, но все още изискват целесъобразността на непрекъсната, динамична и контекстуализирана оценка на текущите процеси. Всъщност оценката на процеса позволява да се наблюдава напредъкът и да се обосновава последващото вземане на решения (Portugal & Laevers, 2010).

Стандартен въпрос: Изпълнена ли е програмата по план? Или: Ефективно ли се използват възможностите за учене на детето, за да се насърчи неговото развитие?

Оценка на продукта или на неговото въздействие¹⁹ — Тя се извършва в края на програмата и има за цел да се разбере дали набелязаните цели са постигнати, т.е. дали се е стигнало до промени в желаната посока и дали интервенцията е била ефективна. Тя предполага набор от цели, установени в началото, показатели за успех и оперативни критерии, за да стане ясно, че програмата е допринесла, дори и само частично, за успеха. Важно е също така да не забравяме идентифицирането и анализа на посредническите променливи, тоест тези, които постигат успех и могат да бъдат използвани за подобряване на програмата.

Стандартен въпрос: Има ли промяна и може ли тя да бъде приписана на интервенцията?

Оценка на разходите и ползите и на разходната ефективност — произтича от необходимостта от планиране и вземане на решения, особено на равнището на отговорните субекти и лицата, отговорни за вземането на политически решения. Те се интересуват от връзката между направените разходи и постигнатите резултати чрез оценка на разходите и ползите, за да планират и използват по най-добрия начин предоставените отговори.

Стандартен въпрос: Постигнатите резултати оправдават ли направените разходи? Или: Дали един различен вид интервенция би бил по-ефективен или по-евтин?

Когато в някои програми тези три вида оценки съществуват съвместно, тогава говорим за цялостна оценка. Въпреки това, в зависимост от етапа на разработване на програмата, за кого е предназначена оценката, или от въпросите, които трябва да бъдат задълбочени, понякога се избират само един или два специфични вида оценки.

Стандартни въпроси

18 Този вид оценка понякога се нарича и формираща оценка.

19 Този вид оценка понякога се нарича и обобщена оценка.

6.2.2 Към кого са насочени резултатите от оценката

Към кого? С
каква цел?

Все още има други видове въпроси, които трябва да се вземат предвид при започване на оценката. Именно тези, свързани със субектите, до които е насочена: За кого разработваме тази дейност? Какво точно искат да знаят? Тоест, каква следва да бъде целта на оценката? Или с други думи: Как програмата или нейните получатели ще използват резултатите от оценката? (Eucken, 1992)

Отговорът на тези въпроси може да ни помогне да се съсредоточим върху това, което е от съществено значение при планирането на оценка. Въпреки това следва да се има предвид, че каквато и да е планираната структура, основната цел на всяка оценка е да ни помогне да разберем по-добре работата, която вършим, и да осъзнаем заедно със семействата дали резултатите действително отразяват положителните промени, които отговарят на техните притеснения и приоритети. Ето защо е важно не само да се оценят положителните аспекти на дадена програма, но и да не се опитваме да я направим да изглежда възможно най-добрата, тъй като такава отношение със сигурност ще ни доведе до загуба на необходимата обективност.

Има няколко субекта, които може да се интересуват от резултатите от оценката. Подчертаваме най-често срещаните:

- **Самият екип за РДИ** — важно е да се знае какво се прави: дали положените усилия постигат първоначално определените цели; дали използваните стратегии са най-адекватни; дали участващите партньори съответстват на това, което е било предварително очаквано от тях; дали са необходими някакви промени и, ако е така, в каква посока? Това е информация, за която екипът или програмата трябва да се осведомяват редовно и постоянно и която следователно е включена в проекта за оценка на процеса, който впоследствие се допълва от оценка на продукта;

- **Субектите, отговорни за организирането и управлението на екипите** — информацията, от която се нуждаят, не е толкова непосредствена. Те се нуждаят от подробни и редовни доклади, съответстващи по-специално на резултатите от оценката на продукта, и следва също така да вземат предвид резултатите от оценката на процеса. Те могат да допринесат за вземането на решения, които са подходящи за реалността;

- **Лица, вземащи политически решения и/или финансиращи субекти** — често се нуждаят от точна и кратка информация за резултатите от програмата, която ще им позволи да вземат решения за разпределението на средствата и ресурсите, за ефективността на интервенциите и за техните разходи. Те биха могли да се интересуват най-вече от резултатите от оценката на въздействието, наред с оценката на разходите и ползите и оценката на разходната ефективност;

- **Научната общност** — може да се интересува от допълнителни специфични аспекти, свързани с развитието на програмата и нейните ефекти, и тяхното участие може да бъде като важна подкрепа за екипа, изпълняващ програмата. В този случай както оценките на процеса, така и на продукта, биха могли да представляват интерес.

За всички тези потенциално заинтересовани страни е важно оценката да е надеждна и валидна, т.е. да се основава на данни, които действително отразяват характеристиките на участниците, и направените заключения да са последователни и основани на доказателства.

Субекти,
към които
може да бъде
насочена
оценката

6.2.3. Кой провежда оценката

И накрая, важно е да се реши кой ще извърши оценката. Винаги трябва да бъде идентифициран някой с необходимите технически компетенции, който се интересува от работата, разработена от програмата за РДИ, и който е в състояние да сподели своите знания и да работи в екип.

Почтеността, достъпността и честността, заедно с техническите компетенции, са основните характеристики на добрия оценител (Eucken, 1992).

Това би могло да бъде член от екипа (за вътрешна оценка) или някой външен, на когото е платено да разработи тази задача (външна оценка), както с предимства, така и с недостатъци (Таблица 6.1).

Изборът за външна или вътрешна оценка ще зависи от контекстуалната характеристика и спецификата на всяка ситуация. В случай на оценка за лицата, отговорни за вземането на политически решения, може да бъде обоснована независима външна оценка. Когато произтича от инициатива на програма или екип, може да е по-логично да се прибегне до вътрешна оценка или до смесено решение за споделяне на работата по оценката между екипа и външния оценител.

Internal
evaluation?
External
evaluation?

Независимо дали се избира вътрешна оценка или външна оценка от съществено значение е от самото начало да има съгласие между ръководители, членове на програмата и външни или вътрешни оценители по такива важни въпроси, като например целите на програмата, показателите, изследователските методи, които ще се използват, и вида на решенията, които трябва да се вземат въз основа на резултатите от оценката.

Таблица 6.1 Предимства и недостатъци на вътрешната и външната оценка

	Вътрешна оценка	Външна оценка
Предимства	<ul style="list-style-type: none"> • Силна връзка с целите на програмата • Лесен достъп до източници на информация • Евентуално по-лесно споделяне на информация • По-достъпна 	<ul style="list-style-type: none"> • Силна връзка с целите на програмата • Лесен достъп до източници на информация • Евентуално по-лесно споделяне на информация • По-достъпна
Недостатъци	<ul style="list-style-type: none"> • Силна връзка с целите на програмата • Лесен достъп до източници на информация • Евентуално по-лесно споделяне на информация • По-достъпна 	<ul style="list-style-type: none"> • Не може да се идентифицира с целите на програмата • Може да наложи неадекватни критерии • Може да приоритизира цели, които не съответстват на непосредствените интереси на програмата • Може да не споделя достатъчно информация с екипа • По-скъпа

Източник: Eucken, W. van der (1992). Въвеждане на оценка — практическо въвеждане на оценката в проекти за ранна детска възраст. Хага: фондация „Bernard van Leer“ — III.

Независимо кой ще ръководи оценката, според перспективата за ориентирана към семейството интервенция, както посочва Алмейда (Almeida, 2009), винаги следва да се прибягва до изследователски модели с участие, поддържани от Warfield и Hauser-Cram (2005), а също и от Bruder (2000), които подкрепят участието на екипа и семейството в оценката и се опитват да разберат техния субективен опит.

Важно е както екипът, така и семействата да чувстват, че техните нужди са взети предвид в процеса на оценяване, и могат да заявят дали интервенцията отговаря на тях или не, тъй като те са тези, които ще се възползват от промените от повторното одобрение на оценката.

Както екипът, така и семействата трябва да участват от самото начало и трябва да се доверят на процеса на оценка, както и на резултатите от нея.

Това не означава, че те са длъжни да се съгласят с констатациите от оценката, а че ги считат за правилни, и признават, че основните въпроси са взети предвид и всички са изслушани.

6.3 Оценка на програми за РДИ. За какво?

Оценката не следва да бъде самоцел, а вместо това следва да има конкретна цел. Тя следва да допринесе за подобряване на настоящата програма или за разработване на бъдещи програми (Steele, 1970).

Оценката следва да се разглежда като непрекъснат

Не е важно да се оцени само заради самата оценка, а по-скоро да се признаят силните и слабите страни и въз основа на тях да се вземат решения и да се очертае план за промяна към системно подобряване на практиките. Поради това оценката следва да бъде неразделна част от рутината на програмата за РДИ.

В този контекст, от 90-те години на миналия век, успоредно с резултатите за детето и семейството, практиката на услугите за РДИ също започна да се оценява. Намерението е да се разбере дали те действително развиват ориентирана към семейството интервенция, като се използват критерии като адекватност и ефективност на практиките, способност за реагиране, индивидуализация на интервенцията и степен на удовлетвореност на специалистите и семействата.

Като цяло можем да кажем, че крайната цел на оценката на РДИ е да ни помогне да разберем до каква степен интервенцията действително насърчава качеството на живот на детето и семейството, а това качество на живот трябва да бъде определено от семейството. Т.е. от семейството зависи да посочи това, което счита за желано качество на живот.

6.3.1 Процедури за мониторинг и документиране

За да се отговори на тази цел, от началото на програмата трябва да се разработят непрекъснати процедури за мониторинг и докладване на изпълнението на дейностите. Simeonsson et al. (1996) подчертават значението на тези процедури, когато описват цикъла на оценка, който обсъдихме в Глава 4 от настоящата Част II. Те ще помогнат на екипа да осъзнае степента на изпълнение на планираното и ще предоставят възможност за своевременно решаване на неизбежните проблеми. Тези процедури помагат да се определи дали дейностите:

- Се изпълняват по план;
- Са приложими;
- Имат желаното въздействие.

Значението на
регистрите

Те също така позволяват коригиране на интервенциите, когато е необходимо.

Този процес на мониторинг задължително води до наличието на регистри за дейността в рамките на програмата. От основно значение е да се създаде проста, лесна за попълване система за документиране от самото начало, която да работи по установен ред. Тези регистри позволяват незабавно да се разпознае какво се случва с течение на времето. Трябва да се записва само информацията, която е от значение за целите на програмата и е полезна за практиката. Липсата на регистри в дадена програма сериозно ще ограничи нейната оценка.

6.3.2 Самооценка на екипа

Специалистите и екипът от своя страна също следва да се самооценяват. Екипът не е статичен субект; той се развива с течение на времето, тъй като настъпват промени в задълженията на отделните лица и услуги, промени във финансирането и в регулаторните структури, промени в общността или дори появата на нови нужди при децата и техните семейства. Екипът също така ще се променя с разгръщането на съвместната работа, успехът в решаването на първоначалните предизвикателства може да създаде динамичен екип и всички тези аспекти ще повлияят на развитието на специалистите. По този начин, в допълнение към мониторинга и оценката на текущата дейност, екипът трябва систематично да оценява своето цялостно и индивидуално функциониране, поне веднъж годишно, като свързва тази оценка с резултатите и предизвикателствата, с които се сблъсква, оперативната си структура, както и взаимоотношенията и участието на своите членове (Hayden, Frederick, Smith, Broudy, 2001). В този контекст един систематичен процес на супервизия, който ще бъде доразвит в Част III, Глава 8, със сигурност също представлява основна добавена стойност.

Когато човек знае точно кои цели иска да постигне и какво точно определя качеството на дадена програма, интервенцията става по-лесна и ресурсите се използват по-добре. Знанията и доброто използване на подходящи стандарти водят до по-добри програми.



СПРЕТЕ, ЗА ДА ПОМИСЛИТЕ

- Оценката трябва да произтича от рефлексията върху ефектите, които искаме да постигнем с нашата интервенция на различните равнища: с детето, със семейството, с общността. Индивидуално попълнете таблица I от Допълнение 2.A. Споделете и обсъдете в голяма група.
- От основно значение е и самооценката на професионалните практики. Заедно попълнете таблица II от Допълнение 2.A.

6.4 Как да оценим програмите за РДИ?

Няма „рецепти“ за това как да се оценяват програмите за РДИ, но има набор от основни предпоставки, които са общи за всички оценки.

Основни предпоставки за оценка на програмите за РДИ

- Те следва да се провеждат по начин, който отразява ориентираната към семейството философия;
 - Те следва да включват анализ на очакваните резултати от работата със семействата;
 - Те трябва да имат многостепенен подход, включително перспективите на децата, семействата и екипите;
 - Следва да се използват смесени методологии, включително качествени и количествени мерки;
 - Те следва да използват модел за оценка въз основа на очакваните резултати за детето, семейството и екипа;
 - Те следва да прибягват до критерии за оценка на ефективността, които се основават на показатели, съответстващи на очакваните резултати;
 - Те трябва да имат солидни научни и технически основания.
- (адаптирано от California Department of Education, 2007)

Оценката следва да отразява как е протекъл процесът на интервенция, ако е довел до резултати, и ако е така, какво е било въздействието на резултатите.

Както вече беше споменато, оценката следва да се разглежда като текущ процес и в идеалния случай следва да бъде планирана по време на началните етапи от разработването на програмата за РДИ. Резултатите от оценката следва да се използват за въвеждане на изменения в програмата и да действат като стимул за нови въпроси, които ще обосноват следващата оценка, която според препоръките следва да се извърши след една година.

Изследванията, свързани с оценката на програмата, показват, че:

- Тя следва да проучи как се предоставят услугите и какви са резултатите от тях;
- Препоръчително е оценките да се извършват редовно съгласно установен график.

(Асоциация за развитие на деца в Онтарио, 2006)

Следва също така да се отбележи, че анонимността на оценените случаи и на всички участници в този процес е безспорно условие за оценка, която има за цел да бъде научна и с високо качество. При разработването на оценка на програмите за РДИ, гарантирането, че тя има научни основания и съответства на призната практика за качество в тази област, са много важни аспекти за спечелване на доверието на участващите семейства и специалисти.

6.4.1. Етапи в процеса на оценка

След като бъде призната необходимостта от оценка на програма за РДИ, трябва да я планираме, т.е. да определим как трябва да бъде направена. Това е процес на сътрудничество между специалистите и семейството, който включва няколко стъпки, които сега ще разгледаме. Фигура 6.1 показва различните етапи на този процес, водещи до окончателния доклад и промените, които трябва да бъдат въведени.

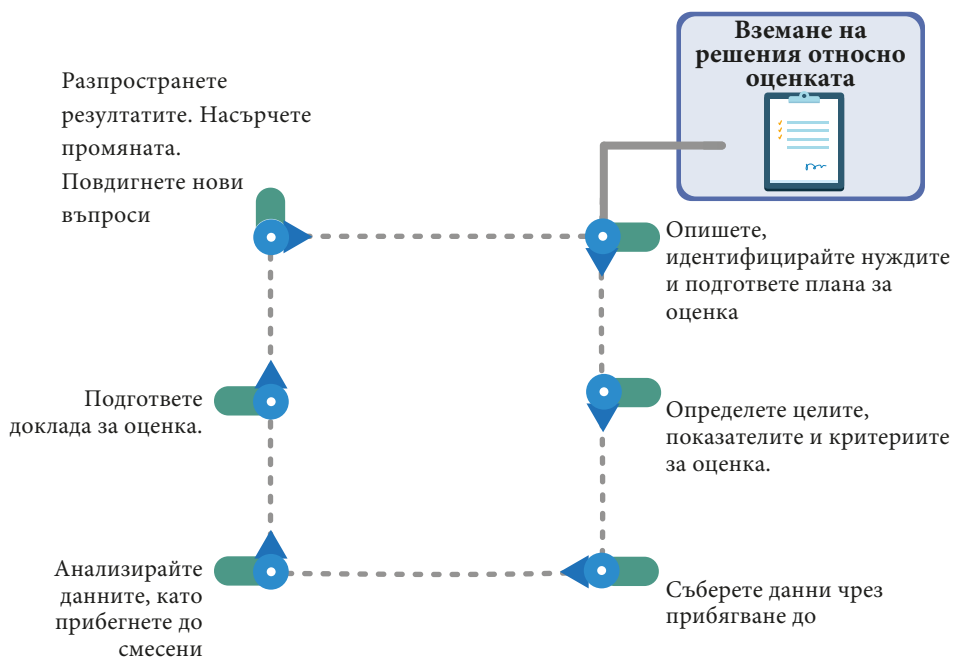
След като решението е взето, преди да започнете оценката на програма/екип за РДИ, е важно да опишете програмата подробно и да идентифицирате нуждите на семействата/екипи, а този процес ще доведе до идентифициране на основните теми за оценка.

Тази дейност следва да се провежда в сътрудничество с членове на екипа, семейства и външни оценители (ако е приложимо) и да осигурява развитието на общо мислене за това, което наистина характеризира програмата, разработените дейности и целите, както и за самия процес на оценка. Това упражнение вече е начин за мониторинг на дейностите и често води до формулиране на съмнения, въпроси, които изискват отговори, и нова информация.

Това е съществен етап, който ще бъде определящ за крайните резултати от оценката. Липсата на ясно определяне на естеството на програмата, нейните характеристики, силни страни и нужди, както и произтичащите от това основни теми или цели за оценка също ще доведат до резултати, които са неясни и трудни за разбиране

Опишете
програмата,
установете
нуждите

Фигура 6.1 Етапи в процеса на оценка



Подготовка на плана за оценка

Ето защо това упражнение, което току-що описахме, ще се превърне в основа за точното определяне на целите за оценка, които следва да формират основата на плана за оценка.

На следващия етап няма да е възможно да се определят точни цели, ако например целите на програмата са „да се помогне на семействата да се чувстват по-добре“, или „да се улесни развитието на децата“, или дори „да се насърчат отношенията между родители и деца“, които са съществени цели, но са неясно и неточно формулирани. Как бихме могли да знаем дали семействата всъщност се чувстват по-добре, дали програмата е улеснила развитието на детето, или всъщност сме насърчили отношенията родител—дете? Ето защо трябва да определим заплануваните резултати, и следователно ясни, предварително определени и измерими цели.

На този етап следва да се изясни:

- Какво трябва да се оцени, на кои въпроси трябва да се отговори, каква е причината за този избор, какъв вид оценка трябва да се извърши: относно процеса, въздействието или и двете;
- Кой ще използва получената информация;
- Кой ще извърши оценката;
- Какъв е графикът на оценката? От съществено значение е да се изготви подробен и реалистичен график, който може да бъде изпълнен.

Определяне на ясни, точни цели и съответните показатели и критерии за оценка

Идентифици
ране на
оценката
целите,
показателит
е и
критериите

Следователно на втория етап е необходимо да се извърши идентифициране на целите на оценката въз основа на въпросите, на които трябва да намерим отговори, не по общ начин, а конкретно. С други думи, те трябва да бъдат функционални, и трябва да бъдат определени показателите за оценка и съответните критерии, които ще работят като стандарти, спрямо които тези цели ще бъдат оценявани.

Задаването на правилните въпроси е най-трудната част от процеса на оценяване, но успехът му ще зависи от тези въпроси. Правилно определените цели и съответните им показатели, заедно с ясни критерии за оценка са ключовите елементи на плана за оценка.

Например, ако считаме, че една от целите на програмата за РДИ е да се интегрира в рамките на ориентирания към семейството модел, една от нейните цели би могла да бъде: „В сътрудничество със семейството ще бъде разработен индивидуален план за семейни услуги за всички деца и семейства, включени в програмата за РДИ“. Това, заедно с няколко други, е начин за провеждане на ориентирана към семейството интервенция по ясен начин. Но как ще оценим тази цел? За да се постигне това, трябва да се определят показатели. В този случай, например, можем да използваме следните четири: (i) всички деца и семейства, които са в програмата повече от три месеца, имат индивидуален план за семейни услуги в портфолиото си;

ii) индивидуалните планове за семейни услуги са разработени в сътрудничество със семейството, като се вземат предвид техният избор, нужди, предварителни връзки и ресурси, които са отразени в документа; iii) плановете се преразглеждат на всеки шест месеца; iv) плановете включва подписите на семейството и на екипа.

Като материали за събиране на данни за резултатите от тези показатели могат да се използват индивидуалните планове за семейни услуги, както и документацията и отчетите в портфейлите на децата, включени в

програмата за РДИ. Могат да се провеждат и интервюта с специалисти и семейства. Тук имаме два вида материали, първият се състои от събиране на информация от съществуващи документи, а вторият — интервютата — отговаря на събирането на нови данни.

Важно е също така да се определят ясни критерии за оценка и по отношение на двата вида материали. Трябва да се вземат решения по отношение например на първия показател: трябва ли да се вземат предвид всички случаи с индивидуални планове за семейни услуги в тяхното портфолио, дори ако те са изготвени преди повече от година и не е имало допълнителна преоценка? Тези и много други решения трябва да бъдат надлежно претеглени и изяснени, когато се планира оценка. С други думи, не е достатъчно да се обърне внимание на определянето на показателите, но съответните критерии за оценка също трябва да бъдат ясно

Изисквания за добра оценка

1. Целите на програмата трябва да бъдат посочени по ясен начин. Неясни или противоречиви цели затрудняват идентифицирането на показателите и техните съответни критерии за оценка, които дават възможност да се прецени дали дадена програма е имала положително въздействие или е била добре изпълнена;
2. Оценителите, членовете на програмата и семействата следва да постигнат съгласие относно показателите, които да се използват за проверка дали целите са постигнати или не. В противен случай след оповестяването на резултатите от оценката съществува риск от конфликт между различните участници;
3. Целите следва да бъдат посочени с измерими термини;
4. Следва да се направи възможно най-пълно и ясно описание на естеството и развитието на интервенцията.

(адаптирано от Freman, Rossi, & Wright, 1980)

Методи за събиране на информация

След като процесът на оценка бъде приложен, по време на етапа на събиране на данни трябва:

- a. Да се събират, анализират, организират и опишат материалите, които вече съществуват, както и отчетите, които цялата програма трябва да съхранява по отношение на разработените дейности;
- b. Да се събира и анализира нова информация, т.е. нови данни.

Тези нови данни могат да се отнасят до деца, семейства или програми за РДИ. Що се отнася до резултатите за децата, изследователите обсъждат два основни въпроса от десетилетия: идентифицирането на значими резултати и тяхното валидно и надеждно измерване (Shonkoff & Phillips, 2000). Тези трудности са свързани с процеса на извлечение на данни, с мерките, използвани за акцентирание на промени по отношение на когнитивното развитие на детето, водещи до статистически затруднения и произтичащата от това лоша последователност на повечето резултати, наред с други въпроси, които не са предмет на задълбочен анализ тук.

По този начин оценката от второ поколение се фокусира основно върху резултатите, изразени чрез функционално поведение, като се стреми да разбере какво правят децата в ежедневието си в различни условия и ситуации, като препоръчаните от Станфордския изследователски институт (SRI), които представяме по-долу като пример.

Резултати за деца

Резултатите за децата се основават на три принципа:

1. Наличие на положителни социални отношения, които включват да взаимоотношения с други деца и връзка с възрастни;
2. Придобиване и използване на нови знания и компетенции, които включват разсъждение, решаване на проблеми и основни понятия за грамотност и математика;

3. Подходящи действия и посрещане на собствените им нужди, които включват хранене, обличане и спазване на правилата за здраве и безопасност. (Hebbeler, 2005)

Въз основа на анализ на проучвания, проведени от Американския институт за изследвания (2003) и Центъра за ранни детски резултати — OSEP (2005), две образувания със значителна роля по отношение на определянето на специални образователни политики в САЩ, както и на изявлението, което Бейли и Уолъри (Bailey&Wolery, 2002) представиха на президентската комисия по специално образование, Алмейда (Almeida, 2009) заключава, че има съгласие по предложените препоръки относно резултатите за деца. Те включват необходимостта да се оценят резултатите въз основа на интегрирани мерки за функционално поведение и компетенции, извършвани в ежедневието на детето, и като се вземе предвид влиянието на заобикалящата среда, както и необходимостта от разработване на по-адекватни методи за оценка, особено за деца с увреждания.

Резултати за семейства

От друга страна, като се има предвид, че в концептуално отношение звеното за РДИ е семейството, оценката на програмите следва да изясни какво ценят семействата, за да се оцени дали се предоставят качествени услуги (Dinnebeil & Hale, 2003). В този смисъл Bailey и Bruder (2005) определят „резултатите за семействата“ като полза, която семействата получават в резултат на предоставяните им услуги.

Други подходи по тази тема са насочени към самостоятелното използване на ориентирани към семейството практики, или оценката на тяхното въздействие върху детето и семейството, или също така оценката на удовлетвореността на семейството от получените услуги. Мерките, използвани за оценка на тези резултати, бяха предмет на спорове в САЩ, което накара Службата за специални образователни програми (OSEP) да инструктира Центъра за ранни детски резултати да разработи и приложи тези мерки. След това ще представим резултатите за семействата, препоръчани от OSEP.

Резултати за семействата: Резултати за семействата:

1. Способност за насърчаване на развитието на децата;
 2. Положителен поглед върху развитието на детето и неговото бъдеще;
 3. Самоувереност по отношение на компетенциите им и способността им да изпълняват техните образователни отговорности;
 4. Възможност за избор и информирани решения за услуги и ресурси;
 5. Способност ефективно да се застъпват за услугите и подкрепата, необходими за детето и семейството.
- (OSEP, 2006)

1. Способност за насърчаване на развитието на децата;
2. Положителен поглед върху развитието на детето и неговото бъдеще;
3. Самоувереност по отношение на компетенциите им и способността им да изпълняват техните образователни отговорности;
4. Възможност за избор и информирани решения за услуги и ресурси;
5. Способност ефективно да се застъпват за услугите и подкрепата, необходими за детето и семейството.

(OSEP, 2006)

Simeonsson et al. (1996) също така предлагат обосновка за оценката на програмите за РДИ, като приема цикъла на интервенция като референтна рамка. Тези автори считат, че е от съществено значение от началото на интервенцията да се разберат резултатите, които семействата очакват, какви са очакванията им по отношение на тяхното дете, самите тях и услугите, и да се опитат да ги хармонизират с тези на специалистите. Изпълнението на първоначалните семейни очаквания ще обуслови успеха на интервенцията и удовлетворението на семействата от програмата.

Оценката на удовлетвореността на семейството от услугите за РДИ се счита за фундаментална в референтната рамка на модела на ориентираната към семейството интервенция, и като важен показател при оценката на програмите в социалните и човешките науки (Bailey et al., 1998; Simeonsson, 1988). Това обаче е конструкция, която е трудно да се оцени обективно поради честата липса на сравнителна точка за родителите, липсата на стандарти или критерии за отлични постижения и факта, че е субективно измерение, което изразява впечатленията и чувствата на интервюираните.

В допълнение, независимо от други променливи, родителите се считат най-вече за удовлетворени или много доволни от предоставяните услуги (Bailey et al., 1998; Bailey & Bruder, 2005; Lanners & Mombaerts, 2000; Simeonsson, 1988), което прави тази мярка не много определяща. Различните цитирани автори обаче разглеждат оценката на удовлетвореността като важен компонент в оценката на резултатите от програмите за РДИ. Сред тях Simeonsson (1988) заявява, че е от съществено значение да се оцени удовлетвореността на семействата, тъй като идентифицирането на това, което те ценят в програмите за РДИ, ще улесни удовлетворяването на техните нужди.

Въз основа на предпоставката, че предоставените услуги трябва да бъдат индивидуализирани, за да бъдат ефективни, Simeonsson et al. (1996, стр. 33) предлагат осем много уместни въпроса:

1. Какви са очакванията на семействата и (другите) полагащи грижи по отношение на интервенцията?
2. Какви са целите и естеството на интервенцията?
3. Как се персонализира интервенцията?
4. Има ли придържане към изпълнението на планираните услуги, т.е. услугите, които са били планирани, са тези, които действително са били приложени?
5. Предварително ли са посочени очакваните резултати от интервенцията?
6. Могат ли документираните резултати и други ефекти да бъдат приписани на провежданата интервенция?
7. Спазват ли се очакванията на семействата и на другите лица, полагащи грижи?
8. Могат ли резултатите да бъдат обобщени в бъдещи инициативи/научни изследвания и интервенции?

Систематичното и непрекъснато събиране на данни, ръководено от тези въпроси, ще даде възможност да се документа до каква степен програмата наистина предоставя индивидуализирани услуги, ориентирани към семейството, в зависимост от първоначално идентифицираните нужди и превърнати в функционални цели на интервенцията.

По същия начин, Bailey et al. (1998) провеждат проучване, за да оценят степента, до която програмите за РДИ отговарят на целите на ориентираната към семейството интервенция, въз основа на осем въпроса, определящи два основни вида резултати за семейството: удовлетвореност от услугите и резултатите, възприети от семейството. Представяме тези въпроси по-долу.

Програмата за РДИ отговаря ли на целите за ориентирана към семейството интервенция?

Удовлетвореност на семейството от услугите:

- Семейството счита ли, че РДИ е довела до промяна в живота на детето им?
- Семейството счита ли, че РДИ е довела до промени в живота им?
- Семейството има ли положително мнение за специалистите и услугите?

Оценка на удовлетвореността на семейството

Съответни въпроси за оценка

Резултати, възприети от семейството:

- РДИ направи ли семейството по-компетентно, за да помогне на детето си да расте, да се учи и да се развива?
- Подобрена ли е РДИ представата на семейството за собствената им способност да работят със специалисти и да се застъпват за предоставянето на услуги?
- Помогна ли РДИ на семейството да изгради ефективна мрежа за подкрепа?
- Помогна ли РДИ на семейството да изгради оптимистична представа за бъдещето?
- Подобрена ли е РДИ възприятието на семейството за качеството им на живот?

(Bailey et al., 1998)

Поради това оценката следва да може да определи не само степента, в която предоставяните услуги са ориентирани към семейството, включително тяхната индивидуализация в зависимост от желанията и нуждите на семействата, но и дали тези услуги са въвели положителни промени в децата и семействата, и ако това е така, дали тези промени действително се оценяват от семейството.

Тези данни следва да се събират с течение на времето, като се използват различни валидни инструменти, което означава, че те действително измерват това, което се очаква да бъде измерено, и че те последователно дават сходни резултати или, с други думи, че те са надеждни (Rossi Freeman, 1993). Те могат да включват например въпросници, скали на Likert, контролен списък, стандартни тестове, интервюта, фокусни групи, мрежи за наблюдение и полеви бележки и дневници.

Връщайки се към цикъла на интервенция на Simeonsson et al. (1996), в Таблица 6.2 представяме примера, приложен към конкретен случай, в който авторът предлага да илюстрира източниците и естеството на събраните данни, да отговори на въпросите, повдигнати по време на различните елементи на цикъла на оценка. За тази цел той споменава няколко инструмента като примери, оставяйки други възможности отворени.

Интервенцията
въведе ли
положителни
промени?
Семейството
цени ли тези
промени?

Таблица 6.2 Елементи на интервенционния цикъл: Данни от оценката

Елементи на интервенционния цикъл	Използване на данните от оценката	Източник и естество на данните
Първи контакти	Документиране на очакванията на семействата и специалистите	Въпросник за очакванията на семействата и специалистите; интервю и др.
Оценка	Получаване на измерими показатели за детето и семейството	Загриженост и потребности на детето/ семейството: Раждане на три деца; скала на нуждите на семейството (FNS); интервю, Есотар и др.
Разработване на индивидуален план за семейни услуги	Разработване на персонализиран план за интервенция	Протокол на индивидуалния план за семейни услуги (цели/резултати, стратегии, участващи страни, крайни срокове, резултати, последици)
Изпълнение и мониторинг на услугите	Проверка на придържането към плана при изпълнението на интервенцията	Скала за постигане на целите
Оценка на резултатите и удовлетвореността	Представяне на данни за удовлетвореност, очаквани резултати и други ефекти	Въпросник за удовлетвореност на семейството Проследяване на скалата за цели Проследяване на резултатите за детето и семейството (раждане на три деца; FNS и др.)

Източник: Simeonsson et al., 1996. Цикъл на оценка и интервенция на персонализирани услуги за деца и семейства. Адаптирани и възпроизведени с разрешение на автора

Важно е да се помни, че в рамките на ориентирания към семейството модел събирането на обратна връзка от семейството следва да бъде приоритет на този етап. Това изисква прибавяне до редица техники, включително събиране на писмени и устни материали на различни етапи от интервенционния процес.

От друга страна, използването на качествени и количествени методи може да осигури по-цялостен поглед върху програмата. От екипа, заедно със семействата и оценителя (ако е избран външен оценител), зависи да реши как, с какви инструменти, от кого и кога ще бъдат събрани данните. Всичко това следва да бъде част от плана за оценка, който трябва да включва и графика на процеса.

Оценка на
удовлетворе
ността на
семейството

Анализ на данните и изготвяне на доклада за оценка

Съответни
въпроси за
оценка

След като цялата информация, сметена за необходима, бъде събрана, преминаваме към етапа на анализ на данните. Избраните качествени и количествени методи за анализ ще зависят от вида на събраните данни и от начина, по който ще се използва информацията, както и от обхвата на предвидените констатации, извлечени от тях. Това, което този анализ на данните ще направи, е да организира доказателства, като формулира хипотези по логичен и обоснован начин, като същевременно признава, че винаги има други възможни обяснения, които биха могли да доведат до различни хипотези. Ето защо трябва да увеличим максимално вероятността нашето интерпретиране да е най-правилното (Eucken, 1992). Трябва да бъдем изключително внимателни при контролирането на променливите, за да сме сигурни, че възможните открити ефекти могат действително да бъдат приписани на проучваната(ите) програма(и), а не на други външни причини.

Последният етап от процеса на оценка е изготвянето на доклад. Докладът следва да съдържа основните резултати, които са били установени, и последиците от тях: ще трябва ли да въведем промени, какви промени, в кои области? Докладът следва също така да съдържа ясно описание на структурата на оценката, формулираните цели, използваните инструменти, разработените процедури и използваните методи за анализ и следва да завършва с критична рефлексия върху установените резултати и относно силните и слабите страни на извършената работа.

Следва също така да се подчертае, че:

Оценката е съвместно упражнение. Резултатите от нея ще бъдат приети и оценени само ако всички страни в програмата участват и смятат, че оценката „принадлежи“ на тях

(Eucken, 1992).

Но, както беше отбелязано по-горе, оценката трябва да бъде непрекъснат процес и ако този доклад не генерира ефект, оценката няма никакъв смисъл.

Както екипът, така и семействата трябва да участват от самото начало и трябва да се доверят на процеса на оценка, както и на резултатите от нея.

Но, както беше отбелязано по-горе, оценката трябва да бъде непрекъснат процес и ако този доклад не генерира ефект, оценката няма никакъв смисъл. След това отговорните лица са тези, които трябва да гарантират, че констатациите се разпространяват и използват за вземане на решения относно промените, които трябва да бъдат направени, за засилване на ефективните практики и за доказване или изменение на най-спорните практики, както и за повдигане на нови въпроси, които ще станат основа за следващата оценка.

В заключение, представяме на следващата страница препоръчителните практики за оценка на програмите за РДИ, представени от NAEYC/NAECS/SDE, Становище (2003).



СПРЕТЕ, ЗА ДА ПОМИСЛИТЕ

- Заедно можете да помислите за различните компоненти на процеса на оценка. След обсъждане и вземане на решение за всяка от 12-те стъпки, посочени в Таблица I от Приложение 2.Б, ще изготвите план за оценка.

Препоръчителни практики при оценката на програмите за РДИ

Оценката се използва за непрекъснато подобряване на програмата — акцентът е както върху процеса и изпълнението, така и върху резултатите. С течение на времето данните показват, че оценките оказват влияние върху подобряването на практиката за РДИ.

Оценката гарантира активното участие на семействата — те са партньори през целия процес, включително при разработването на методи и инструменти за оценка на програмата. Съществуват и механизми за получаване на обратна връзка относно резултатите от програмата и удовлетвореността им от нея.

Оценката се ръководи от цели — моделът за оценка и избраните методи се ръководят от цели, определени от програмата.

Оценката използва всеобхватни цели — наред с ориентираните към децата цели, които включват широк спектър от резултати в развитието и ученето, се използват и цели за семействата, специалистите и общността.

Оценката използва добре обосновани модели — проектите за оценка се основават на научно доказани модели.

Оценката се основава на множество източници на данни — тя включва данни относно програмата, детето, семействата, специалистите, контекста и общността.

Оценката използва процес на извличение на данни, когато включва индивидуална оценка на деца — този процес избягва субективната оценка за отделните деца.

По време на целия процес на оценяване са налице подходящи предпазни мерки при използването на референтни стандартни тестове — те следва да са подходящи от гледна точка на развитието и културата за децата и да са научно валидни и надеждни. Периодичното събиране на данни се извършва с помощта на множество източници на информация и проверка на контрола на качеството.

Напредъкът на децата е подчертан през целия процес — когато се използват мерки за оценка на децата, напредъкът следва да бъде подчертан през цялото време, а не само в края.

Оценките трябва да се извършват от опитни лица — лица, които са способни да извършват справедливи и независими оценки. Процесите на самооценка са част от цялостната оценка на програмата, както и систематичния анализ на данните, използвайки количествени и качествени методологии, за да се предоставят доказателства за степента, в която програмата постига целите си. Оценката публично разпространява установените резултати — семействата, специалистите, разработващите политики лица и други заинтересовани страни имат право да знаят резултатите от оценката на програмата. Докладът за оценка следва да бъде достъпен за заинтересованата общественост.

(адаптирано от NAEYC/NAECS/SDE Position Statement, 2003)

Приложение 2.А

Таблица I

В работата си с деца и семейства, какво считате за съществено да се постигне с:

Деца:	Семейства:	Общността:

Таблица II

BRASS TACKS²⁰ (ОСНОВНИ ФАКТИ)

Самооценка на ориентираните към семейството практики в областта на РДИ

P.J. McWilliam, RA McWilliam 1993

Център за детско развитие „Франк Портър Греъм“ към Университета на Северна Каролина в Chapel Hill

ВЪВЕДЕНИЕ

„Brass Tacks“ (Основни факти) беше разработен, за да помогне на екипите и специалистите по ранна детска интервенция да определят степента, в която техните практики отразяват ориентирания към семейството подход. Този инструмент е предназначен и за идентифициране на промени в програмите и индивидуалните практики, които могат да бъдат направени, за да бъдат по-ориентирани към семейството.

Инструментът е разделен на четири области на предоставяне на услуги — етапи:

Етап 1: Първи срещи със семействата

Етап 2: Идентифициране на цели за интервенция (оценка на деца и семейства)

Етап 3: Интервенционно планиране за деца и семейства

Етап 4: Ежедневно предоставяне на услуги

Инструкции

Стъпка 1: Оценете себе си за всяка политика или практика

Прочетете внимателно всеки въпрос. Оградете числото по съответната 5-точкова скала за оценка (варираща от Никога — 1 до Винаги — 5), което най-добре отразява колко често се занимавате с тази практика. Когато оценявате себе си, не забравяйте да вземете предвид всички семейства, с които си сътрудничите, и многото ситуации, в които се срещате с тях

Стъпка 2: Оценете колко важна мислите, че е всяка практика

Оградете числото по скалата (варираща от Не е важна — 1 до Изключително важна — 5), за да посочите мнението си за всяка практика.

¹⁹ The instrument was translated and adapted to Portuguese by Ana Paula da Silva Pereira, with permission of P. J. McWilliam and R. A. McWilliam, for research purposes. Braga, June 2007.

Етап 1: Първи срещи със семейството (насочване към специалист/услуги и участие в програмата)

Политика или практика	Колко често?					Колко важна е тази практика				
	Никога	Рядко	Понякога	Обикновено	Винаги	Не е важна	До известна степен важна	Важна	Много важна	Изключително важна
1. Въздръжате ли се да питате лична информация, която не е пряко свързана със статута на детето или със семейните притеснения?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
2. Предлагате ли на родителите избор къде и кога ще се осъществи първият личен контакт?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
3. Слушате ли повече, отколкото да задавате въпроси или да давате съвети?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
4. Предоставяте ли незабавна помощ и подкрепа на дадено семейство, когато се осъществява насочване към специалист/услуги (напр. емоционална подкрепа, информация, идеи,	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
5. Осъществявате ли първия си личен контакт със семействата в рамките на една седмица от получаване на препоръката за насочване?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
6. Вдъхвате ли на родителите усещането, че цените тяхното дете и се грижите за неговото благосъстояние (напр. искате ли да го поддържите, говорите ли директно с него, показвате ли удоволствие при взаимодействието с него)?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

Етап 2: Идентифициране на цели за интервенция (оценка на деца и семейства)

Политика или практика	Колко често?					Колко важна е тази практика				
	Никога	Рядко	Понякога	Обикновено	Винаги	Не е важна	До известна степен важна	Важна	Много важна	Изключително важна
1. Провеждате ли оценки, които са удобни за семействата? Предлагате ли на родителите избор на време за среща?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
2. Питате ли родителите на какви въпроси биха искали да получат отговори при оценката?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
3. Предлагате ли на родителите избор по отношение на инструментите/мерките за оценка, които ще бъдат използвани за тяхното дете, и методите за администриране?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
4. Подчертавате ли пред родителите какво могат децата им, а не какво не могат?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
5. Предлагате ли на родителите възможност да присъстват на всички дискусии относно планирането на оценката на детето или обсъждането на резултатите от оценката на детето?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
6. Разкривате ли и обяснявате ли резултатите от оценката на родителите веднага след получаването им (т.е. в същия ден)?										
7. Давате ли копие от доклада(ите) си за оценка на родителите?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

Етап 3: Планиране на интервенции за деца и семейства

Политика или практика	Колко често?					Колко важна е тази практика				
	Никога	Рядко	Понякога	Обикновено	Винаги	Не е важна	До известна степен важна	Важна	Много важна	Изключително важна
1. Предлагате ли на родителите възможност да присъстват на всички дискусии относно планирането на интервенцията за тяхното дете и за тях самите?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
2. Има ли родителите окончателното право на вземане на решения при съставянето на списък с цели на детето и семейството и методите, които ще бъдат използвани за постигането на тези цели?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
3. 3. Могат ли повечето от целите на детето по плана за интервенция да бъдат постигнати в рамките на една година?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
4. 4. Използват ли информацията и идеите, предоставени от родителите, при разработването на плана за интервенция?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
5. Предлагате ли на родителите варианти за услуги и ресурси, за да постигнат целите на интервенцията за своите деца? Уважавате ли решенията на родителите по отношение на услугите, които децата им ще получат или няма да получат?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Загрижени ли сте за нуждите, желанията и чувствата на всички членове на семейството при идентифициране на целите за интервенция?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

Етап 4: Ежедневно предоставяне на услуги

	Колко често?					Колко важна е тази практика				
	Никога	Рядко	Понякога	Обикновено	Винаги	Не е важна	До известна степен важна	Важна	Много важна	Изключително важна
1. Правите ли комплименти на родителите за нещо всеки път, когато ги видите?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
2. Казвате ли на родителите нещо позитивно за децата им всеки път, когато ги видите?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
3. Гарантирате ли, че родителите имат готов и директен достъп до всички членове на екипа постоянно?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
4. Създавате ли удобни и приятни условия за бащите, другите членове на семейството и приятелите да участват в програмите за интервенция на децата (напр. да използват специалните си умения, удобно планиране на срещи, домашни посещения или посещения в центрове)?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
5. Осигурявате ли на родителите лесен достъп до източници на информация, които биха могли да намерят за интересни или полезни (книги, списания, бюлетини, специализирани статии, законодателни доклади, видеоклипове, събития в общността, статии за научни изследвания и т.н.)?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

Приложение 2.Б

Таблица I

Нека изготвим поетапен план за оценка

I — Оправдана ли е оценката на програмите за РДИ?
<p>Нека помислим заедно върху следното твърдение:</p> <p>„Редовната оценка на нашите практики е показателна характеристика на качеството на програмата за РДИ“.</p> <p>Индивидуално: Всеки да напише параграф, обосноваващ тяхното съгласие или несъгласие.</p> <p>Като група:</p> <ul style="list-style-type: none">• Споделете и обсъдете отговорите;• Напишете заключенията
II — За кого е предназначена оценката?
<p>Като група:</p> <ul style="list-style-type: none">• Идентифицирайте получателя(ите) на оценката;• Обсъдете последиците, които това ограничение ще има върху оценката;• Напишете заключенията.
III — Кой ще участва в оценката, как ще бъде включено семейството и кой ще ръководи процеса?
<p>Като група:</p> <ul style="list-style-type: none">• Идентифицирайте участниците и посредника(ците) на оценката;• Обсъдете последиците, които присъствието на различните участници ще има върху оценката, и каква е ролята на всеки от тях;• Напишете заключенията.

IV — Какви ресурси имаме за извършване на оценката?

Като група:

- Идентифицирайте съществуващите ресурси (без да се променя нормалното функциониране на екипа) по отношение на време, наличност, икономически ресурси...;
- Определете възможните ресурси, които могат да бъдат получени, и обсъдете начините за получаването им;
- Напишете заключенията.

V — Кои са основните компоненти на интервенцията, върху които следва да се съсредоточи оценката?

Индивидуално:

Всеки да изброи компонентите

Като група:

- Споделете и обсъдете отговорите;
- Напишете заключенията.

Пример

Можем да изберем да се фокусираме върху общ компонент, като:

- Да се осъзнае дали интервенцията отразява философията, ценностите и практиките на ориентирания към семейството модел.

Или можем да изберем конкретен компонент, като:

- Да се разбере дали процесът на оценка е разработен от системна, ориентирана към семейството гледна точка, или дали екипът всъщност работи в рамките на трансдисциплинарния модел...

Този избор ще зависи от това, което всеки екип счита за приоритет да разбере, винаги с цел подобряване на практиката за РДИ.

:

VI — Сред темите, които сме избрали, на кои конкретни въпроси искаме да получим отговор?

Индивидуално:

Всеки да изброи компонентите

Като група:

- Споделете и обсъдете отговорите;
- Напишете заключенията.

Пример

Като първи пример можем да зададем въпроси като:

1. Практиките на екипа вписват ли се цялостно в тези, които според научните доказателства се смятат за основните параметри на ориентираната към семейството интервенция?
 2. Практиките на екипа основават ли се на силните страни, притесненията и приоритетите на семейството и опитват ли се да отговорят, като развиват компонента участие в оказването на ориентирана към семейството помощ?
 3. Практиките на екипа насърчават ли споделените отговорности и сътрудничеството между семейството и специалистите, както и вземането на семейни решения през целия процес на оценка/интервенция, като развиват, заедно с компонента участие, компонента взаимоотношения на ориентираната към семейството практика?
 4. Практиките на екипа въвели ли са положителни промени в живота на децата и техните семейства? 5. ...
- :

VII — Искаме ли да извършим оценка на процеса, на продукта, или и на двете?

Като група:

- Обсъдете последиците от всеки вид оценка и вземете решение;
- Напишете крайния продукт.

Пример

За да се отговори на въпросите в горния пример, най-добрият вариант би бил да се прибегне до двата вида оценка:

1. В процеса на оценяване, в рамките на предварително определен период от време, могат да се правят последователни оценки/наблюдения на различни аспекти, например: как се извършва оценката, подготовката на индивидуалния план за семейни услуги, кой взема решенията, как и къде се извършва интервенцията и кой има активна роля в нея, как работят мрежите за социална подкрепа на семействата...
2. При оценката на продукт бихме се занимавали само с крайните резултати от интервенцията, оценяването въз основа на инструменти/интервюта/въпросници... Например, възприятието на семействата и специалистите за използването на компонента участие и компонента взаимоотношения в ориентирана към семейството практика или въздействието на интервенцията върху качеството на живот на детето и семейството.

VIII — Как да променим формулираните въпроси в точни и измерими цели и да определим съответните им показатели?

Като група:

- Формулирайте целите, отнасящи се до всеки въпрос;
- Идентифицирайте показателите, които ще бъдат използвани за оценка на всяка цел;
- Напишете крайния продукт

Пример

В примера по-горе, за да отговорите на конкретен въпрос 4:

Цел: „Интервенцията ще има положително въздействие върху удовлетвореността, благосъстоянието и самочувствието на семействата, както и върху развитието на децата“.

Показатели:

Ниво на семейна самостоятелна ефективност
Качество на взаимодействието майка — дете
Ниво на стрес в семействата

Ниво на социална подкрепа за семействата
Повишени компетенции на децата

...

IX — Как и кога ще бъде събрана необходимата информация/данни?

Като група:

- Обсъдете и вземете решения по следните въпроси:
- Каква информация вече сте записали?
- Как ще организирате такава информация?
- Кой ще го направи?
- Каква информация все още трябва да съберете?
- Какви методи ще използвате за това събиране (въпросници, скала Likert, контролен списък, сравнителни тестове, интервюта, фокус групи, мрежи за наблюдение...)?
- Кой ще събира данните?
- Кога ще бъдат събрани?
- Събирането ще се извърши ли в един или повече моменти по време на процеса на оценяване?
- Напишете заключенията.

X — Коя методология ще се използва при анализа на данни?

Като група:

- Обсъдете и вземете решения по следните въпроси:
- Какъв анализ ще се използва?
- Кой ще проведе този анализ?
- Трябва ли да прибъгваме до външни членове?
- Има ли налични пари, ако случаят е такъв?
- Кога се очаква тези анализи да започнат и да приключат?
- Напишете заключенията.

XI — Как ще бъдат разпространени резултатите от оценката?

Като група:

- Обсъдете и вземете решения по следните въпроси:
- Какво ще бъде съобщено?
- Кой ще проведе този анализ?
- Трябва ли да прибъгваме до външни експерти?
- Има ли налични пари, ако случаят е такъв?
- Кога се очаква тези анализи да започнат и да приключат?
- Напишете заключенията.

XII — Как ще се използват резултатите от оценката?

Като група:

- Обсъдете кой ще ги използва и как;
- Напишете заключенията.

Нека изготвим поетапен план за оценка

Нека сега обединим всички тези стъпки!

Като група:

- От крайния продукт на всяка от предходните 12 стъпки, изгответе план за оценка на екипа.

Част III

Глави:

-
- 7 Обучение — Изграждане на знания, компетенции и нагласи за
-
- 8 Супервизията — по-добри интервенции към доверителни отношения, които насърчават развитието в ранната детска интервенция
-

Възможности за професионално развитие

“

Компетентността не е условие или притежавани знания. Не може да се сведе нито до знания, нито до ноу-хау.

— Льо Ботерф, 1994

”

Възможности за професионално развитие

ВЪВЕДЕНИЕ

Ранната детска интервенция притежава специфичен набор от знания, който е разяснен в настоящото ръководство и следва да обосновава дейността на специалистите в тази област, подчертавайки значението на интервенцията, която е (Bruder, 2010; DEC, 2014):

- Възможно най-навременна;
- Ориентирана към семейството;
- Основана на съвместна работа;
- Провеждана в естествена и приобщаваща среда.

Осъществяването на модел на интервенция, основан на тези принципи, изисква техническо качество — включващо знания и специализация на специалистите — но също така и тяхното практическо и склонно към размисъл изразяване, основано на емпатичните качества на сътрудничеството и участието, водещи до трансдисциплинарно предоставяне на ориентирани към семейството услуги в естествената им среда (Brazelton & Sparrow, 2003; Dunst & Trivette, 1996; Klein & Gilkerson, 2000).

Обучението, в този контекст и в различните начални, специализирани и експлоатационни етапи, представлява критичен елемент за успеха на интервенцията, тъй като дава възможност за предизвикателно трансформиране на нагласите и компетенциите на специалистите по РДИ към новите изисквания.

Очертаването на препоръчителните практики за професионално развитие и обучение по РДИ включва (пре)определяне на това, което понастоящем е общото разбиране за професионалното развитие в тази област, за да се идентифицират структурни и процедурни характеристики в предложенията за обучение, които могат да подкрепят, въз основа на утвърдени практики¹, развитието на качество и ефективност при интервенция (Snyder, Hemmeter, & McLaughlin, 2011). Тези предложения за обучение очевидно включват рефлексивна супервизия като непрекъснат процес на обучение, основан на професионална подкрепа и овластяване, и като незаменим компонент за разработването на практики за качество на РДИ.

¹ В настоящото ръководство разглеждаме определението за утвърдена практика като процес на вземане на решения, интегриращ най-добрите налични научни доказателства с мъдростта и ценностите на семействата и специалистите (Buysse, Wesley, Snyder, & Winton, 2006).

Обучение — Изграждане на знания, компетенции и нагласи за по-добра интервенция

ГЛАВА 7

7.1. Професионален профил, професионално развитие и обучение в сферата на РДИ?

За да се постигне ориентирана към семейството РДИ, основана на съвместна работа и провеждана в естествена и приобщаваща среда, е необходимо специалистите да имат обучение и подкрепа, които ще им дадат възможност да предоставят висококачествени услуги (Moore, 2011).

Фактът, че участващите специалисти идват от различни области на знанието, представлява допълнително предизвикателство за РДИ. Първоначалното обучение предлага знания и умения по отношение на конкретна област на знанието, но начинът, по който са подготвени да активират ключовата ос на РДИ в тяхната дейност, варира значително в зависимост от областта на знанието и дори в рамките на обхвата на всяка област (Brito, Brandão, & Azevedo, 2015). Ясно е обаче, че нито една от тези конкретни области не обучава всички специалисти във всички умения, от които те ще се нуждаят, за да работят ефективно при РДИ (Moore, 2011).

По този начин обучението по РДИ трябва да се провежда непрекъснато, през целия живот, с цел да се отговори на основните аспекти на настоящия профил на специалистите по РДИ, а именно компетенциите, които ще им позволят:

- Да включват други и да изграждат партньорства — етика на отношенията;
- Да развиват непрекъснато собствените си умения — „да станат“ специалисти по РДИ;
- Да предоставят качествени услуги, основани на препоръчителни практики — овладяване на утвърдени практики и знания.

Тези компетенции имат за цел:

- Да насърчават развитието и общото благосъстояние на децата;
- Да засилват семейното участие и овластяване на всички етапи от процеса на интервенция — ориентирана към семейството интервенция;
- Да оптимизират включването в общността — трансдисциплинарна работа в екип, провеждана в естествена и приобщаваща среда.

Обучението като „дост“ за профила на специалиста по РДИ

Развитие на компетенциите в областта на РДИ и ефективни резултати от интервенцията

Осигуряването на тези умения включва ясно определение на това, което професионалното развитие по РДИ се опитва да постигне. То следва да се предвиди в съответствие с най-добрите и най-актуални доказателства, за да може ясно да се постигнат резултатите, предвидени от РДИ за деца и техните семейства (Brotherson, Summers, Bruns, & Sharp, 2008).

7.2. Професионално развитие в сферата на РДИ

Връзка между висококачественото професионално развитие и качеството и ефективността на интервенцията

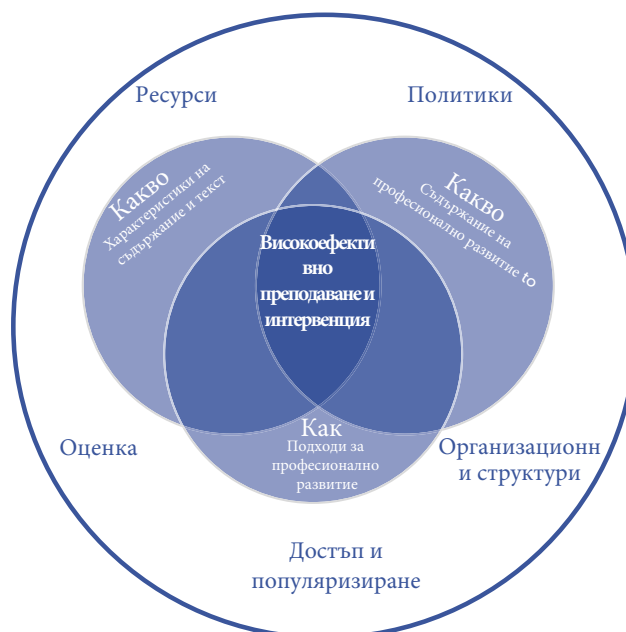
Изграждане на определение за професионално развитие въз основа на сътрудническа дейност

Професионалното развитие се превърна в централна тема през последните десетилетия, особено когато се разглежда връзката, подчертана от научните изследвания, между висококачественото професионално развитие и високото качество и ефективност на интервенцията (Snyder et al., 2011; Stayton, 2015).

Само по себе си определението за професионално развитие е сложно и предизвикателно, тъй като включва различни структурни и процедурни измерения по отношение на намерението, съдържанието и целите, но също и по отношение на процеса на преподаване/учене, неговия формат и продължителност.

Вземайки предвид тази сложност, Националният център за професионално развитие по приобщаване (NPDCI, 2010) изгражда дефиниция за професионално развитие от интензивна сътрудническа дейност, извършена със семейства, специалисти по РДИ, изследователи, политически лидери, администратори и ръководители на местни програми, преподавателски състав във висшето образование и представители на професионални организации. NPDCI (2010) разработи следната концептуална схема (вж. Фигура 7.1), за да покаже как това определение може да бъде приложено с цел разработване, прилагане или оценка на ефективното професионално развитие:

Фигура 7.1 Концептуална рамка за професионално развитие в областта на РДИ



Източник: Национален център за професионално развитие по приобщаване [NPDCI] (2010). Изграждане на интегрирани системи за професионално развитие в областта на ранната детска възраст: Препоръки към държавите. Chapel Hill: Университет на Северна Каролина, институт за развитие на децата FPG.

Следователно планирането и провеждането на обучението трябва да се основава на всеки компонент от програмата за професионално развитие („кой“, „какво“, „как“) и на установените между тях отношения. Контекстните променливи, включително политики, ресурси, организационни структури, достъп, разпространение и оценка, също са от основно значение при проектирането на професионално развитие.

Определение за професионално развитие

Набор от възможности, улесняващи преподаването и обучението, който е транзакционен и има за цел да подпомага придобиването на професионални знания, умения и склонности, както и прилагането на тези знания на практика. Това определение включва три основни компонента:

- a. „Кой“ на професионалното развитие — характеристики и контексти на учащите се и на децата и семействата, с които работят;
- b. „Какво“ на професионалното развитие — съдържанието, т.е. това, което специалистите следва да знаят и да могат да правят (обикновено се определят от профили на професионални компетенции, насоки за обучение, стандарти за сертифициране и акредитация);
- c. „Как“ на професионалното развитие — организацията и улесняването на обучителния опит (т.е. подходи, модели или методи, използвани за подпомагане на самонасоченото, рефлексивно обучение, ориентирано към опита, което е изключително важно за практиката).

(Buysse, Winton, & Rous, 2009; NPD CI, 2010)

Обучението представя уникални предизвикателства в конкретната област на РДИ, тъй като това, което се стреми да постигне, е качествено различно от друго обучение в подобни области: съдържанието и практиката на предоставяне на услуги за РДИ се различава от тези, провеждани в училищна възраст, и много от тези различия са пряк резултат от специфичните нужди за развитие на бебетата и децата (Bruder & Dunst, 2005) и необходимостта от семейно участие и включване през целия процес на РДИ (Peterander, 2004).

Като се има предвид, че най-важните взаимодействия и преживявания в живота на детето се случват в рамките на семейния контекст и са от съществено значение за тяхното развитие, понастоящем има консенсус относно ефективността на интервенцията с деца от раждането до шестгодишна възраст, който предполага овластяване и участие на цялото семейство в този процес. Също така, тази интервенция изисква взаимовръзка между различните тематични области на знанието, които, като се вземат предвид множеството контексти, услуги, ресурси, хора (деца, семейства, полагащи грижи), както и техните характеристики, силни страни и нужди, следва да бъдат адаптирани към специфичния характер на всеки случай (McCollum & Catlett, 1997).

Следователно от решаващо значение е съдържанието и процедурите на обучението по РДИ:

- Да се основават на изрична и съзнателна философия, основана на принципите и профила на специалиста по РДИ, където има свързаност между всяка част и цялото обучение, което осигурява надеждност и вътрешна съгласуваност;
- Да насърчават ценностите и нагласите, залегнали в основата на препоръчаната практика по РДИ, които поддържат и дават възможност за етичен профил на специалиста;
- Да осигуряват среща с различна аудитория в трансдисциплинарна перспектива;
- Да са практични и уместни за интервенция, като укрепват процеса на вземане на решения, и същевременно вземат предвид специфичността на контекста. Следователно обхватът на съдържанието изисква систематично планиране на процеса на обучение в последователност, която отразява и задълбочава процеса на интервенция по съгласуван и интегриран начин.

Уникални
характеристики
на обучението
по РДИ

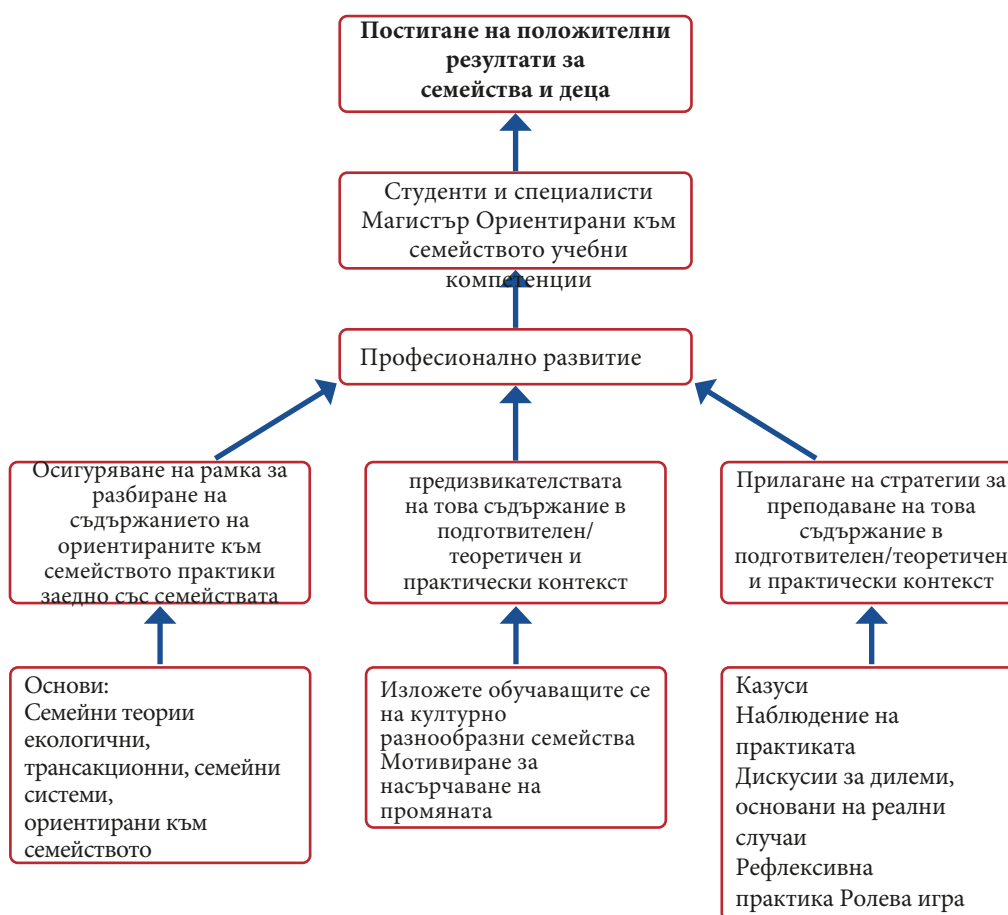
Ефективността
на практиката
предполага
изграждане на
капацитет и
участие на
семейството

Индивидуална
интервенция

Като се вземе за пример преподаването на ориентираните към семейството практики, основната ос на РДИ, от решаващо значение е да се установи изричната връзка между съдържанието и процеса на обучение, профила на специалиста и резултатите от интервенцията, които трябва да се постигнат (Фигура 7.2).

Въз основа на необходимостта да се свърже профилът на специалистите по РДИ с предлагането обучение и желаните резултати, анализираме „кой“, „какво“ и „как“ за всеки етап от обучението.

Фигура 7.2 Ориентирани към семейството практики: От обучение до интервенция



Източник: Brotherson et al., (2008). Ориентирани към семейството практики: Работа в партньорство със семействата. В Р. J. Winton, J. A. McCollum и С. Catlett (Eds.). Практически подходи за професионално развитие в ранна детска възраст. Вашингтон: Нула до три. Адаптирано с разрешение на автора

7.3. Компоненти на обучение: „кой“, „какво“ и „как“

Обучението по ранна детска интервенция поставя уникални предизвикателства от гледна точка на получателя („кой“), съдържанието („какво“) и процеса („как“).

Що се отнася до получателите, идващи от такива разнообразни области като здравеопазване, образование и социални услуги, наред с други, е необходимо да се предефинира традиционната приемственост между първоначалното, специализираното и практическото обучение. Всъщност обучението трябва да се стреми да разбира и да среща

Diversity of training routes and experience of ECI professionals

всеки човек там, където той се намира, по отношение на резултатите и целите, които трябва да бъдат постигнати (Европейски паспорт за професионално обучение по ранна интервенция [EBIFF], 2009; McCollum & Catlett, 1997). Нека се върнем към примера за усвояване на уменията за провеждане на ориентирана към семейството интервенция. Като се има предвид разнообразието на участващите специалисти, признаваме необходимостта от:

- Съсредоточаване върху съдържанието и процесите по отношение на първоначалното им обучение и уверението, че то придава профил от знания и компетенции, които, макар и специфични за определена област, са свързани с основната ос на РДИ (Има ли съдържание, свързано с работата със семействата? Кое по-точно? Какъв подход е използван?);
- Разбиране как съдържанието и процесите се изучават задълбочено в специализираното и практическото обучение (Как теоретичните приноси са интегрирани и свързани с практиката на учащите се? Специалисти по РДИ и семейства участват ли в това обучение? Каква динамика на обучение се прилага?). Признавайки разнообразието на участниците, тяхното поприще и нужди от професионално развитие в областта на РДИ, е от съществено значение да се вземе предвид това, което понастоящем знаем за обучението за възрастни, като се подчертаят всеобщите основни препоръки, които ръководят предлагането на обучение (Dunst & Trivette, 2009b; Trivette, Dunst, Hamby, & O’Herin, 2009):

- **Предложение за структурирана дейност, проведено от опитни преподаватели и насочено към участниците, има по-голямо въздействие върху обучението — Методи и практики, които активно включват участниците в придобиването, използването и оценката на обучението, има по-положителни резултати по отношение на обогатяването на техните знания;**
- **Обучението, включващо компонент за размисъл и самооценка на процеса на преподаване/учене, води до по-високо качество на ученето и неговото практическо приложение;**
- **Методите за учене за възрастни са по-ефективни, когато се използват за малък брой участници (<30), в продължение на повече от 10 часа, многократно; чрез повтарящи се възможности за учене увеличаваме вероятността учащите да развият по-дълбоко разбиране на дадена практика, която искаме да постигнем.**

По този начин, „как“ се подхожда и работи със съдържанието по време на обучението ще бъде решаващо за успеха на неговото усвояване и практическото му приложение като самата същност на съдържанието.

Следва да има тясно сътрудничество между институциите за обучение с призната компетентност в областта на РДИ, академичните или други системи или услуги за РДИ. Това тясно сътрудничество е от основно значение за възприемане на препоръчителните и утвърдените практики като рамка за висококачествено обучение. Те от своя страна трябва да бъдат приведени в съответствие и патентовани в ясни законодателни и политически насоки и разпоредби, които защитават и насърчават стандартите за образователни изисквания в тази област (Conselho Nacional de Educação, 2014; Stayton, 2015).

„Как“ се подхожда към съдържанието е определящо за успеха на неговото усвояване

Професионално развитие в сферата на РДИ и различни предложения за обучение

- Начално професионално обучение — включва учебни курсове (степени и магистърски степени, интегрирани или не), необходими на специалистите, за да започнат да изпълняват функциите си (в областта на здравеопазването, образованието, психологията, терапиите и социалните услуги, наред с други);

- • Специализирано обучение — включва следдипломни и магистърски курсове в конкретната област на РДИ, предоставяне на специализация на специалисти от различни области за развитие на дейността им в тази област;
- • Практическо обучение — обхваща образователни курсове и семинари, учебни кръгове и краткосрочни действия, насърчаване на научаването на нови знания и личното и професионалното обогатяване с цел придобиване и задълбочаване на знания за РДИ в тясна взаимовръзка с процеса на рефлексивна супервизия.

7.3.1 Начално професионално обучение

Кой?

Специалистите, които развиват дейността си с деца на възраст от 0 до 6 години и техните семейства, идват от различни области на знанието и имат разнообразен опит в обучението (лекари, медицински сестри, терапевти, психолози, детски учители и специалисти в областта на социалните услуги и др.). В своята дейност те ще имат възможност да си сътрудничат в процеса на РДИ както на равнище превенция, така и на равнище преки или непреки действия в тази област.

Какво?

Тъй като този начален етап е основата за обучение на специалисти, определящ е начинът, по който те инициират възприемането и бъдещото прилагане на знанията и компетенциите, придобити от децата, техните семейства и други специалисти в общността.

Да се разбере развитието на деца на възраст от 0 до 6 години, включва осъзнаването, че именно в ежедневието и въз основа на връзката и взаимодействието със семейството и основните полагащи грижи, в обхвата на ежедневиите занимания, може да се използва пълният потенциал на детето. Развитието и ученето на деца в риск, със забавяне в развитието, специални нужди или увреждания, се случват по един и същ начин — всички те се нуждаят от предоставяне на възможности за учене, които позволяват активното им участие.

Следователно е от основно значение следните принципи да присъстват в началния етап от обучението:

- Да се гледа на всяко дете, преди всичко като на дете, оценявайки неговите уникални компетенции;
- Да се насърчават безопасни приобщаващи среди, които са здравословни и стимулиращи и подобряват тяхното благосъстояние и развитие;
- Да се зачита фактът, че всяко дете е част от семейство, като това разбиране се включва във всички взаимодействия с децата и техните семейства, както е предвидено в Кодекса за професионална етика за РДИ (SNIPI, 2009).

По този начин, като се има предвид приобщаващият характер на португалската правна рамка (Указ-закон 281/2009 от 6 октомври и Указ-закон 54/2018 от 6 юли), всички специалисти, работещи

с деца на възраст от 0 до 6 години, трябва да усвоят междусекторно съдържание при обучението си по тяхната предметна област, което е насочено по-специално към следните теми.

ПРЕПОРЪЧИТЕЛНО СЪДЪРЖАНИЕ НА ТРАНСВЕРСАЛНОТО

Насърчаване на ученето и развитието на децата

Да се познават специфичните характеристики на развитието на детето, както и рисковите и защитните фактори; да се разбира как това знание може да бъде преобразувано в интервенция, която насърчава безопасна, уважаваща, предизвикателна и подкрепяща учебна среда.

Изграждане на последователни отношения със семейството и общността

Да се познава и разбира фундаменталната роля на семействата, основните полагащи грижи и общността в ученето и развитието на малките деца, като се признава тяхното разнообразие като ценност и се предоставя подкрепа на семействата и общностите чрез установяване на отношения на уважение и взаимодействие.

Наблюдение, документиране и оценка на работата с деца и техните семейства

Да се разберат целите и ползите от това, как се използват и как се прилагат на практика форми на наблюдение, подходящи за възрастта материали и оценка на деца от 0—6 години и техните семейства.

Използване на подходящи за развитието подходи за ангажиране на деца и семейства

Да се разбере ролята на положителните взаимоотношения и взаимодействие и на подкрепата като основа на работата, която трябва да се извърши; да се свърже специфичното съдържание от предметната област със съдържанието от други области, да се изгради адекватна и значителна интервенция за всяко дете и семейство.

Превръщане в специалист

Да се изгради умение да се свързва теоретичното и практическото съдържание със ситуации от реалния живот, а именно въз основа на ситуации, предлагащи практики за обучение (посещения за наблюдение, стажове, семинари с участието на семейства и специалисти по РДИ); да се поддържа постоянно критично и рефлексивно отношение; да се действа етично в защита на правата на децата и семействата.

Основи на ранната детска интервенция

Да се знаят и разбират: (1) основите, концепциите и основните модели на РДИ; (2) интервенционните стратегии, основани на препоръчителни и утвърдени практики; (3) значението на ролята на специалиста като агент на и за приобщаване, което позволява качествена РДИ при деца и семейства.

(Chandler et al., 2012)

Съществуването на специфичен раздел за РДИ в учебната програма не следва да кореспондира с изолирана ситуация в обучението, а по-скоро с момент, който интегрира съдържание, компетенции и нагласи, които са били използвани през цялото обучение, давайки известно време за критична и задълбочена рефлексия.

Как?

Принципите на обучение за възрастни трябва да бъдат взети предвид, а семействата и местните специалисти по РДИ следва, когато е възможно, да бъдат активни партньори в обучението.

Изслушването на историите на семействата и опита на специалистите, провеждането на интервюта и посещения за наблюдение, интегрирането им в рефлексивни практически дейности са някои от стратегиите за обучение, които подобряват разбирането на смисъла на ориентираната към семейството интервенция и необходимостта да се даде възможност за съвместна работа, която насърчава участието на децата в естествена и

Съгласуваност
между всички
компоненти на
обучението

Осигуряване
на начално
професионално
обучение,
компетенции
относно
етиката на
взаимоотноше-
нията,
практика за
размисъл и
признаване на
препоръчителна
практика за
РДИ

приобщаваща среда. Успоредно с тези стратегии учащите следва да бъдат насърчавани да обмислят въздействието на своя личен и семеен житейски опит върху начина, по който се позиционират при семействата и другите специалисти, с които ще развиват дейността си.

За да се постигнат тези аспекти съзнателно и фундаментално, преподавателите, отговарящи за обучението в специфични области, трябва да споделят приобщаващи ценности, както и да разработват и разпространяват съдържанието на обучението, както и натрупания опит, свързан с препоръчителните практики за РДИ.

Преподавателският състав за специализирано обучение по РДИ трябва от своя страна да подкрепя и ръководи рефлексивния дебат на целия екип от преподаватели по отношение на начините за превръщане на фундаменталната ос на РДИ в мисия, намерение, цели на обучението и учебна програма.

Следва да представим свидетелства на учащи от квалификационния курс за детско образование („кой“), от учебния раздел, специално фокусиран върху приобщаването и РДИ („какво“), който предпочита динамиката („как“) на: приветстване на разнообразието от учащи; участие (дебат, размисъл, споделяне, предизвикателство, разбиране); откриване (на себе си) към света (изслушване на семейства и специалисти, с въпросително отношение, за да се разбере безпокойство, тревога, учудване); връщане към себе си/нас (размисъл/слушане на самия себе си; слушане на тези, които са близки; индивидуална и групово оценка); и желание за учене (лична инвестиция през целия живот, иновации).

Свидетелства на учащи от всеки етап, преживени в контекста на началното им професионално обучение (Brito, 2010)

Да приветстваме и участваме

Чудех се дали съм приобщаваща личност и какъв човек искам да бъда. Цялото съдържание, методи и теми, които взехме, ни накара да помислим за личния път на всеки един от нас и за начина, по който гледахме преди и виждаме и приемаме разликите и другите сега.

Да отворим (себе си) към света

Гледах терапевта да говори с М. (дете с церебрална парализа). Установеното между тях общуване надхвърли очакванията ми. Съхраних този момент в ума си в продължение на много дни...

Изслушването на родителите беше уникален момент, който включваше разум и емоции.

Да се върнем към себе си/нас

След като се поставих на мястото на човек с увреждания, стана невъзможно да се върна назад.

Това портфолио съдържа историята на шест души, които вече се познават доста добре и сега споделят много идеи за приобщаването. Всички въпроси бяха обсъдени и в повечето случаи постигахме консенсус не защото се налагаше, а защото с времето обосновавахме и обмисляхме идеите си.

Да бъдем готови да учим — учене през целия живот

Познаването на някои техники не е достатъчно, за да станеш добър специалист; аз трябва да се посветя, да се преоткривам и да се преобръщам с главата надолу всеки ден, за да достигна напълно до децата, чак до техните семейства.

Тази тема ми помогна да разбера по-добре децата със специални образователни потребности, както и как да се справям със семействата им и да ги разбирам. Накара ме да мисля повече за другите, да ценя същественото. Винаги е имало различия и те ще продължат да съществуват, но движещата сила за промяна не е разликата, а начинът, по който гледаме на нея. Според думите на Рубен Алвес: „страхът в очите на другите е универсално чувство. Ние всички биха искали благи очи... Различието не е преодоляно триумфално, както в историята на Грозното патенце. Това, което се променя не е различието. А очите.”

7.3.2 Специализирано обучение

Кой?

Специализираното обучение по РДИ, а именно следдипломни или магистърски курсове, е предназначено за специалисти в областта на здравеопазването, образованието, психологията, социалните услуги, логопедията, трудовата терапия или други терапии, които желаят и/или трябва да задълбочат знанията и компетенциите си за по-нататъшно качество на РДИ.

Както беше споменато по-рано, разнообразието на учащите създава големи предизвикателства за организацията на съдържанието и учебните процеси. В това специализирано обучение, следователно, можем да намерим наскоро дипломирани студенти по определена тематична област и специалисти от други сфери с дългогодишен опит в тази област.

Какво?

Северноамериканските препоръчителни практики за професионално развитие в сферата на РДИ (Chandler et al., 2012; Miller & Stayton, 2005) и EBIFF по РДИ (EBIFF, 2009) включват съответните насоки за избор на съдържание и процеси на обучение.

Да се очертае специализираното съдържание на обучението за РДИ включва преди всичко определяне на знанията, компетенциите и нагласите, които се изискват в споделяната практика на ролите и функциите за осъществяване на практиката за РДИ (ясно посочена в мисията и целта на обучението), като се вземат предвид две измерения: широчината и дълбочината на съдържанието (McCollum & Catlett, 1997).

Широчината ще бъде постигната чрез проектиране на многобройни предложения за обучение при усвояване на централните принципи на РДИ; дълбочината ще бъде постигната с течение на времето — времето измерение следва да позволи прилагането на подходящото съдържание и текущата критична рефлексия върху това съдържание.

Важно съдържание, което следва да се включи в учебната програма:

- Ориентирана към семейството интервенция;
- Съвместна работа в трансдисциплинарни екипи;
- Интервенция в приобщаващи и естествени условия на живот;
- Дълбоко познаване на типичното и нетипичното развитие (разстройства от аутистичния спектър, церебрална парализа, тризомия 21, проблеми с комуникацията и речта, или др.).

Въпреки че е важно те да бъдат изразени в първия момент от обучението (а именно чрез дефиниране на структурните модели и принципи на РДИ), тяхното присъствие следва да бъде подчертано трансверсалното в съдържанието, отнасящо се до целия интервенционен процес, а именно:

- Насочване към специалист/услуги;
- Първи контакти;

Ширина и дълбочина на съдържанието

Основно съдържание, което да бъде подчертано в предложенията за обучение

- Оценка;
- Разработване на индивидуален план за семейни услуги, неговото прилагане и мониторинг по време на домашни посещения и в детски ясли/детски градини;
- Оценка на удовлетвореността и резултатите

Препоръчителните практики за РДИ създават ръководство за подбор на обучително съдържание, което следва да бъде разгледано и задълбочено обмислено, като се предоставят доказателства на учащите за най-добрия начин за постигането им с деца, семейства и специалисти; препоръчителните практики следва да бъдат обосновани, ясни и съзнателно представени според намерението, целите, съдържанието и процесите на учебните програми за преподаване/учене, като се подчертават основното съдържание относно работата в екип, организацията и координацията на услугите и ресурсите и оценката на програмите за РДИ.

Изследователският компонент (т.е. да знаете как да търсите и как да формулирате съответните данни за качествена РДИ) и личното обучение (т.е. рефлексивната практика) — което позволява „да се превърнете“ в специалист и да придобиете професионалната и етичната практика в РДИ — следва да се основават на динамиката на времето през целия курс на обучение по начин, който поддържа тяхното задълбочено обучение.

Трансверсални
принципи за
началното
професионално
обучение на

Как?

Процесът на специализирано обучение по РДИ се основава на необходимостта от:

- Комбиниране на експозиционни уроци с теоретични и практически уроци и семинари, включително анализ и дебат на научни трудове, помощни текстове, видео и други педагогически материали, както и споделяне на значителен опит с активното партниране на семействата и специалистите по РДИ;
- Съвързване на теоретичните и практическите уроци с практическия опит и работата на място, като се гарантира, че наставничеството и супервизията поддържат тази взаимовръзка въз основа на непрекъснат и обоснован процес на рефлексивна практика;
- Използване на инструменти за оценка, които изискват рефлексивен и критичен процес на преподаване/учене на учащите, като например портфолиа и казуси, интегриране на съдържанието от различни учебни раздели;
- Насърчаване на сътрудничеството между преподавателския състав и между учители и учащи, което да позволи пригодността, съгласуваността и приемствеността в изграждането на знания, компетенции и нагласи, които се надяваме да присъстват в бъдещото професионално отношение на учащите.

Осигуряване на
възможност за
критичен и
рефлексивен
процес чрез
разработване
на портфолиа и
казуси

Обучението следва да се координира и провежда от преподавателски състав, който е академично и професионално признат за експерт по РДИ, със значителна и конкретна дейност в тази област (т.е. в областта на научните изследвания, супервизията на екипи/проекти по РДИ); следва да се провежда в партньорство със семействата и специалистите по РДИ, а именно от общностите, в които се провежда обучението. Този екип следва да определи мисията, определените резултати, целите на обучението и обучителната програма въз основа на международно признати препоръки и факти и следва да се чувства идентифициран с това предложение за обучение.

По-долу са споделени някои изказвания на учащи — магистри по РДИ — от различни области на знания, интервенционни контексти и с различен опит по РДИ, които са провеждали дейности по рефлексивна практика и активно са „участвали в критично мислене за собствените си реакции, преценка, поведение и намерения, интегрирайки това мислене в действията си“ (Brazelton

Роля на
преподавателск
ия състав,
семействата и
специалистите
по РДИ
в
специализиран
ото
обучение

Touchpoints Project, 2006, стр. 19). Това действие е насочено по-специално към насърчаване на ефективни практики за оказване на помощ при РДИ (Dunst, 2000a), включващи техническо качество, характеристики и представяне на професионалното участие и ангажираност.

Осъзнаване на стойността на слушането при РДИ — вътрешно и междуличностно (Brito et al., 2012)

Културното наследство е определящо за отношението на личността и невинаги е лесно да се признае, че другите могат да имат навици на живот, нагласи и ценности, които са различни от нашите. Основните ми затруднения са свързани със способността да идентифицирам какво внасям във взаимодействието; да позволя на семейството да намери отговорите, без да ги пренебрегвам; да мога да определя точката на равновесие между слушането и интервенцията... Все още се страхувам да не разочаровам семейството относно очакването, което те имат към мен, ако не предложа мнението си за „това, което следва да направят“.

Днес, на първата среща, когато попълвам данните за децата, все повече се стремя да слушам родителите „какво казват за тяхното дете“. Наскоро се срещнах с една майка за първи път. Докато бяхме заедно, тя ми разказа за сина си, но също и за себе си, за детството си, колко важен е съпругът в нейния живот и за връзката им като двойка и за другите им деца. Трогнах се, когато спомена факта, че съм отделила време да я изслушам как говори за стремежите си и страховете си като майка. В края на краищата, тя много емоционално ми каза, че тези формуляри с данни са живота на семейството и сина .

7.3.3 Практическо обучение

Кой?

Практическото обучение се оказва от основно значение за всички, които имат пряка или непряка роля и/или функция в областта на РДИ.

Чрез практическо обучение специалистите развиват необходимите компетенции за разгръщане на ресурсите, придобити по време на обучението, в конкретни ситуации.

Понастоящем наблюдаваме процес на преход от традиционното обучение „отвън навътре“ към рефлексивното обучение „отвътре навън“ (Sheridan, Edwards, Marvin & Knoche, 2009) — учащият възрастен носи със себе си уникална житейска история и професионален опит, което налага да се помисли как този възрастен ще проектира миналите си преживявания в своето бъдеще.

Сега знаем, че изолирани семинари или епизодични обучения, които не са свързани с ежедневието и практиката на специалистите по РДИ, се оказват неефективни (Snyder et al., 2011).

Какво?

Целта на съдържанието на практическото обучение е да се развият и задълбочат компетенциите, присъщи на профила на специалистите по РДИ и основани на препоръчителни практики, за да се даде възможност за качеството на планираните резултати. Въз основа на тази взаимовръзка в Таблица 7.1 са представени примери за съдържание, което да бъде популяризирано в рамките на практическото обучение по РДИ.

Фундаментал на роля на практическото обучение по професионалното развитие в сферата на РДИ.

Връзка между компетенциите, присъщи на специалистите по РДИ, и съдържанието на практическото обучение

Таблица 7.1 Съдържание, което трябва да се популяризира по време на практическото обучение

Профил на специалиста по РДИ	Съдържание	Цел
Да насърчава пълното развитие и благополучие на децата.	<ul style="list-style-type: none"> Насърчаване на възможностите за учене в естествена и приобщаваща среда; Основани на факти познания за типично и нетипично детско развитие Оценка на деца в естествени условия. 	Да се постигнат положителни резултати за децата и техните семейства.
Да засилва участието на семейството и изграждането на капацитет на всички етапи от процеса на интервенция — ориентирана към семейството интервенция.	<ul style="list-style-type: none"> Изграждане на капацитет и овластяване на семействата; Ефективна практика за оказване на помощ през целия цикъл на интервенция; Оценка на семейните притеснения и мрежи за подкрепа. 	
Да насърчава и оптимизира включването в общността — трансдисциплинарната работа в екип, в естествени и приобщаващи условия.	<ul style="list-style-type: none"> Работа в екип по трансдисциплинарния модел; Ролята на ВС; Междусекторно сътрудничество; Оценка на програмата. 	

КАК?

Следва да подчертаем, че понастоящем има няколко вида обучение, с нови и все по-значими факти относно РДИ — дейности като консултиране, коучинг, наставничество, рефлексивна супервизия или общности за практика (Buysse et al., 2009) — които се стремят да насърчават професионалното развитие по контекстуализиран и участващ начин, като се стремят към последователни и трайни промени по отношение на основните принципи на РДИ. В този смисъл наскоро беше въведен модел за концептуализиране, проектиране и прилагане на практическо обучение, който насърчава използването на утвърдени препоръчителни практики за РДИ (Dunst, 2015). Основните характеристики на поддържането на този модел на обучение изброяват предимно аспекти, свързани с процеса на обучение („как“).

Понастоящем се различават седем ключови утвърдени елемента за проектирането и прилагането на практическо обучение по РДИ, представени в следващата диаграма.

Основни характеристики на утвърденото практическо обучение по РДИ:

1. Ясно формулирани обяснение и илюстрация от специалистите по професионално развитие на специфичното съдържание от знания и практики, които трябва да бъдат усвоени;

2. Ясно формулирани обяснение и илюстрация на специфичното съдържание от знания и практики, които трябва да бъдат усвоени, като те ясно се съгласуват с профила на компетенциите на специалиста по РДИ;
3. Ясно включване на различни видове практики, с които практикуващите да се ангажират с рефлексията относно тяхното разбиране и овладяване на дадена практика;
4. Коучинг, наставничество или обратна връзка за ефективността от специалист по професионално развитие по време на практическото обучение;
5. Постоянна последваща подкрепа от специалисти по професионално развитие, инструктори, наблюдаващи, колеги и др. за засилване на практическите учебни сесии;
6. Практическо професионално развитие с достатъчна продължителност и интензивност за осигуряване на множество възможности с цел придобиване на опит в използването на дадена практика;
7. Практическо професионално развитие, което включва всички или повечето от шестте елемента от ключови характеристики, описани по-горе. Изследванията показват, че едновременното им използване оказва по-голямо въздействие върху успеха на обучението, което позволява прилагането на препоръчителните практики за РДИ при деца и семейства.

Понастоящем знаем, че постоянното преживяване на помощ и подкрепа в работни условия, провеждано от екипи и отчитащо организационния контекст, е по-полезно за насърчаване на компетенциите и за промяна на отношението на специалистите, отколкото обучението, предоставено под формата на инструкции (Sparrow, 2014; Winton & Catlett, 2009).

„Начинът“, по който тези компетенции се активират от преподавателите, също е основен (Sparrow, 2014; Winton & Catlett, 2009): вътрешноличните променливи на преподавателя (компетенции и знания), междуличностните и релационните характеристики (способност за установяване на положителни взаимоотношения, основани на уважение и доверие) и контекстуалните и системните променливи (действия, фокусирани върху разбирането на уникалната култура на всяка работна среда) са били обект на проучване, подчертавайки, че устойчивото и трайно професионално развитие не може да се случи без квалифицирани преподаватели, които да почитат знанията, които всеки един внася в обучението (Winton & Catlett, 2009). Качествата, ценностите, принципите, етиката и компетенциите на преподавателите следва да бъдат идентични с тези, от които специалистите се нуждаят, за да работят ефективно в партньорство със семействата, другите специалисти и общността (Davis, Day, & Bidmead, 2002).

В следващата диаграма специалисти от различни области с преки и непреки функции в РДИ изказват своето мнение за въздействието на практическото обучение върху начина, по който те прилагат ориентираната към семейството съвместна/трансдисциплинарна интервенция, поставяйки го в контекста на своята практика

Стойността на обучението за съвместна интервенция (Brito, 2014)

Когато сега се чудя защо е трябвало да се направи нещо, го правя единствено, за да се опитам да го разбера, но и така, че да доведе до съвместна рефлексия, което предполага споделяне, обмен на идеи, проучване с цел постоянно да се опитваме да подобрим качеството на предоставяните услуги. Чудя се: Как бихме могли да насърчим останалите членове от екипа да размишляват върху практиката си и да се осмелят да се променят?

Медицинска сестра

Да бъдеш част от обучителния процес заедно с колега от екипа помага много да размишляваме постоянно върху нашата практика за РДИ.

Детски учител

Екипното обучение има допълнителни предимства за насърчаване на компетенциите и промяна на нагласите на специалистите

Квалификацията на преподавателя е от основно значение за качеството и въздействието на обучението

Ние сме сплотена група с обучение в различни области. Огромният и изключително важен потенциал, който групата демонстрира, даде възможност да се разбере взаимното допълване между различните професионални области и съответните бариери между тях, които не могат и не следва да бъдат повдигани, когато става въпрос за запознанства с деца и техните семейства.

Специалист по социални услуги



НАКРАТКО

- Качеството на обучението по РДИ е ключов елемент за ефективна интервенция, като се утвърждава високателен професионален профил — технически, релационен и човешки;
- Сътрудничеството между всички участници в РДИ (включително асоциации на специалисти, групи родители, семейства и полагащи грижи, местни органи, висши учебни заведения, изследователи, както и цялата система за РДИ) е от фундаментално значение за изграждане на общи насоки и препоръчителни практики, съгласуване на съдържанието и процесите на обучение;
- Правилата, които трябва да се установят за висококачествено обучение за РДИ, следва да представляват основата за разработване, прилагане и оценка на курсове за обучение и за национално акредитиране на тези програми, като ръководят разработването на строги политики за сертифициране. Този принцип следва да е валиден не само за специализираното обучение във висшето образование, но и за разнообразното разпокъсано обучение, което понастоящем се появява в различни формати и от различни източници, много от които не гарантират незаменимото качество, което трябва да ги управлява, както на ниво съдържание и процеси на обучение, така и на ниво профил на преподавателите, които ги провеждат;
- Както изследванията подчертават, висококачественото обучение и ефективната интервенция са съществени условия за насърчаване на развитието и ученето на децата, както и благосъстоянието на техните семейства.

Супервизия — към доверителни отношения, които насърчават развитието в ранната детска интервенция

ГЛАВА 8

Развитието на качествена практика за РДИ е тясно свързано с професионалното развитие на специалисти от много професионални области и услуги, които чрез възможности за обучение и супервизия в крайна сметка стават специалисти по РДИ (Santos, 2007).

Следователно, знаейки, че една качествена програма за РДИ предлага на своите специалисти възможности за супервизия (и обучение) в зависимост от функциите, които се очаква да изпълняват (Santos, 2007)...

... предлагаме този раздел от настоящото ръководство, като се надяваме да допринесем за техническата супервизия, за да се превърне в сила ефективно да подкрепя и насърчава професионалното развитие в сферата на РДИ, и косвено да помага за овластяването и изграждането на капацитет на семействата, както и за развитието и благосъстоянието на децата.

8.1. Целта на супервизията при РДИ

Това, което някои наричат „златното правило“ на супервизията, правилно определя същността на този стълб на РДИ:

Правете на другите това, което бихте искали те да правят на други.

(Jaree Pawl [n.a.], цитиран във Fenichel, 1999, стр. 11)

Трансдисциплинарният характер на познанията за РДИ е резултат от знанията, споделени между различните специалисти в екипа, когато участват в рефлексията и анализа на собствената си интервенция с подкрепени деца и семейства. Тъй като наблюдаващият не може да преживее действителната ситуация на интервенция, в която участва наблюдаваното лице, от основно значение е да се определи какво да се следи по време на супервизията:

Целта на супервизията е да подпомага специалистите в изграждането на компетенции, които ще им позволят да подкрепят овластяването и изграждането на капацитет на семействата, когато не присъства нито наблюдаващо лице, нито други членове на екипа.

(Jaree Pawl [n.a.], цитиран във Fenichel, 1999, стр. 11)

„Златното правило“ на супервизията

Тези компетенции не могат да бъдат моделирани и, както и в обхвата на отношенията между деца и семейства и между ВС и семействата, те следва също (Santos, 2007):

- Да се развиват се в рамките на отношенията между наблюдаващия и наблюдаваното лице;
- Да бъдат изградени от всяко лице в контекста на неговия/нейния екип;
- Да бъдат разработени от всеки екип в неговата собствена система за микро-, мезо-, екзо- и макроинтервенция;
- Да се превръщат в подходящи действия във всеки един момент от живота на децата и семействата, а също и на екипите и общностите.

Насърчаването на тези компетенции може да включва участие в семинари или конференции, публикуване на документи, целящи разпространението, споделянето и изясняването на подходи или участие в създаването на национално законодателство (Santos, Feliciano & Agra, 2011).

В жизнения цикъл на семейство с дете със специални нужди времето за РДИ съответства на опознаването на детето, неговите силни страни и компетенции, както и тези на другите членове на семейството; това е време за себепознание и трансформация; на общуване между членовете на семейството и със заобикалящата общност; както и за намиране и активиране на ресурси и приобщаващ потенциал. Този етап от живота на семейството обаче често започва с емоционално страдание, с мъка, засягаща настоящето и бъдещето (и дори миналото, поради чувства на вина, които често обземат родителите...), несигурност, бунт, гняв и отричане по отношение на диагноза, която обезпокоява и тества сближаването и вътрешносемейните връзки (Santos, 2010).

Всъщност РДИ има потенциал да се превърне в привилегирован събеседник на семейството в нужда. Именно ВС и екипът са тези, които ще осигурят необходимата подкрепа за напредък и справяне на семейството с трудните начални моменти до действителното им включване в контекста на общността, в която живеят. Общността, от своя страна, също следва да се превърне в източник на подкрепа за постоянна адаптация и трансформация, постоянно търсене на отговори и ресурси, зависещи от нуждите на всеки гражданин и семейство.

За да се развият нещата по този начин, РДИ следва да приеме принципите и концепциите, описани в настоящото ръководство. Но за да могат специалистите по РДИ да изпълняват тази трудна и взискателна задача, за която са отговорни, от основно значение е те да могат да разчитат на качествена супервизия. Всъщност супервизията представлява ключово условие за качествена РДИ и е право на децата и семействата, както и на специалистите.

Качеството на супервизията води до каскаден ефект, доколкото тя насърчава идентични процеси при специалистите с тези, които би трябвало да се насърчават при семействата: изграждане на капацитет и овластяване. (Santos, 2009)

Както бе споменато по-горе, семейната подкрепа следва да доведе до тяхното овластяване и до развиване на компетенции, които отговарят на нуждите на децата.

В тази глава ще подходим към този процес, характеристиките на качествената ранна детска интервенция, както и желаните компетенции на наблюдаващия, с цел да вдъхновим и подкрепим

РДИ,
привилегирован
събеседник

Право на
супервизия

процеса на рефлексия и метапознание² в наблюдаващите и наблюдаваните лица при РДИ. Считаме, че получените познания ще се превърнат в стълб и движеща сила при съответното им пълноценно участие в структурата на РДИ, към която принадлежат.

Всеки контекст на супервизия е уникален, тъй като до голяма степен зависи от специфичното естество на всяко участващо лице: наблюдаващия, наблюдавания специалист, както и децата и семействата, които са получатели на интервенция и са обект на работата на тази група за супервизия.

Всеки, който е бил наблюдавано лице или наблюдаващ, знае, че всяка среща за супервизия е уникална, доколкото е посветена на уникалните моменти, които всеки специалист/екип преживява по отношение на собственото си функциониране, както и на взаимодействието си с децата и семействата. Съществува обаче набор от препратки или предположения, които служат за гаранция, че всички във всяка програма за РДИ следват едни и същи ценности и зачитат основите на препоръчителните практики за РДИ.

8.2. Предпоставки за супервизия с цел изграждане на връзка на доверие и подкрепа за развитие

За да стане обект на супервизия, интервенцията в процес на изпълнение трябва да бъде изявена, на първо място, от специалиста, който е екипен събеседник със семейството; и той или тя ще направи това само когато чувства, че в контекста на супервизия има достатъчно време и атмосферата позволява да изложи своите успехи и трудности, напредък и съмнения.

Основното условие за успешна супервизия при РДИ е чувството на доверие и емоционална сигурност сред участниците (Santos, Carvalho, Silva, Feliciano, & Agra, 2014).

Работата на наблюдаващия е да създаде релационна атмосфера на доверие, безусловно приемане на присъщата стойност на всеки присъстващ, на съпричастност по отношение на споделените преживявания (защото само чрез преживяване на перспективата на другия/наблюдавано лице, той/тя може действително да разбере какво е заложено в неговия/нейния дискурс и по този начин да контролира/подкрепи) и автентичността — от решаващо значение е всеки да чувства, че взаимодействието е честно и истинско (Santos et al., 2014).

Качеството на супервизията обаче зависи и от отношението на наблюдаваното лице — неговата вътрешна достъпност, отвореност към другите (колеги и наблюдаващи) и нивото на ангажираност с философията и структурата на РДИ.

„Златното правило“ на супервизията

² Според речника на португалски език „метапознанието е способността за разбиране и размисъл върху собственото психическо състояние“ (Dicionário da Língua Portuguesa com Acordo Ortográfico, 2015). Концепцията за метапознание е свързана с осъзнаването и самонаблюдението в акта на учене; това е наученото от лицето за собствения му учебен процес (Dantas & Rodrigues, 2013). Това включва учащият да осъзнае собствените си знания и да може да се ръководи от преподавателя, който му поставя съответни задачи за утвърждаване (Fino, 2001, стр. 290).

Всеки – координиращи структури на програмата за РДИ, наблюдаващ и наблюдавано лице — трябва да полага допълнителни грижи при практическото обучение за всички елементи, като гарантира качеството на своето участие. В крайна сметка отговорност на всеки специалист е да осигури силен и цялостен принос към общото цяло, като интегрира и оптимизира наличните възможности за професионално развитие.

8.3. Определяне на целите на наблюдаваното лице и наблюдаващия

Отправната точка на една добра структура за супервизия следва да бъде подпомагането на наблюдаваните лица при определянето на цели, които да насочват техните действия. Те следва да произтичат от философията на програмата за РДИ, възприета и проявена от всички участници, а именно координаторите, инструкторите, наблюдаващите и специалистите по пряка интервенция. По-късно, по време на процеса на проверка, наблюдаващият следва да подкрепи упражняването на постоянна конфронтация между реалната практика, проявена от действителните участници, и целите, които ги ръководят (Santos, 2007).

Идеята е да се предложи информация и подкрепа на наблюдаваните лица във всеки един момент, така че те да могат да поставят под въпрос:

„Това, което правя, мисля или чувствам по време на моята интервенция, отговаря ли на целите, които предложих да постигна заедно с екипа си, и съответства ли на принципите на РДИ?“

Наблюдаващите следва също така да установят свои собствени цели, които на свой ред и в каскаден ефект ще се превърнат в отправна точка за противопоставяне на собствената им дейност на супервизия, което ще им позволи да поставят под въпрос:

„До каква степен моето действие на супервизия (едно конкретно действие, мисъл или чувство) е в съответствие с принципите и целите, които предложих да се постигнат като ръководител на тази програма за РДИ?“

Идентифицира
не на
целите на
учащите

Въпроси
към
наблюдава
ното лице

Идентифи
циране на
целите на
наблюдава
щия

Въпроси
към
наблюдава
щия

8.4. Ефективни подходи при супервизията в РДИ

Когато се опитваме да разясним някои подходи, които считаме за уместни и ефективни в РДИ, важно е преди всичко да се прави разграничение между административната и техническата супервизия. Въз основа на ръководен документ от Асоциацията за психично здраве на децата в Минесота (МАСМН, 2015), можем да предположим, че административната супервизия има за цел да отговори на нуждите на системата, като регулиране на политиките за РДИ, процедури за мониторинг (включително спазване на критериите за допустимост, процес на насочване и т.н.), както и да гарантира качеството и сигурността на системата, наред с други. Този вид супервизия има редица основни цели, като: набиране на персонал, осигуряване на ресурси за обучение, проверка на правилното попълване на формуляри, посочване и прилагане на правила и политики на услугите, участващи в системата, мониторинг на производителността и оценка на резултатите на специалистите и екипите.

По този начин административната супервизия има много по-различни цели от тези на доминиращата техническа супервизия; макар че и двете са необходими, в идеалния случай те следва да се провеждат в различен контекст и от различни лица.

Що се отнася до техническата супервизия, предлагаме подход, който зачита характеристиката на рефлексивната супервизия, тъй като той представлява вариант, който наистина отговаря на нуждите на системата за РДИ.

8.4.1 Ефективна техническа супервизия: Случаят на рефлексивна супервизия при РДИ

За да бъде ефективна, супервизията трябва да бъде редовна, рефлексивна и основана на сътрудничество.

(Norman-Murch & Wollenburg, 2000; Parlakian, 2001)

Рефлексивната супервизия включва ориентирани към личността взаимоотношения в контекста на супервизия — насочена към овластяването и изграждането на капацитет на съответната личност. Подобно на това, което се случва в отношенията между специалисти и семейства, професионалното развитие на участниците в супервизията е неизбежно реципрочно, което означава, че ако има развитие на специалиста/наблюдаваното лице, ще има и развитие на специалиста/наблюдаващия. По същия начин специалистът по РДИ ще се развива като човек и като специалист, ако е в състояние ефективно да подпомага овластяването и изграждането на капацитет на семействата. За този паралел споменават много автори, провеждащи изследвания в областта на РДИ, като Dunst (2000a; 2000b), Dunst, Trivette и Deal (1988), Espe-Sherwindt (2000), Bailey и Simeonsson (1988), Brown и Herwig (1989), Serrano и Correia (2000); но също така и в други области, като супервизията в контекста на клиничните консултации (Borders & Brown, 2005), фамилната терапия (Liddle, Breunlin, & Shwartz, 1988), специалното образование (Swan, 1998), предучилищното образование (Sheerer & Bloom, 1998) и образованието като цяло (Alarcão & Canha, 2013), където може да се намери ценен принос за упражняването на супервизия в РДИ.

Рефлексивна
супервизия

Ако приемем, че в идеалния случай наблюдаващият възприема еkleктичен стил на супервизия, прибягвайки до подхода, който по-добре отговаря на изискванията на всяка ситуация, която той или тя анализира, ние подчертаваме колко е важно да се овладеят основните принципи на подходите за супервизия, които са признати за ефективни. В настоящото ръководство сме избрали да споделим рефлексивния подход към супервизията, тъй като считаме, че той събира същественото от други, които също са от значение за РДИ.

Осъществяването на супервизия при РДИ по рефлексивен начин включва преди всичко убеждението, че обучението — при бебета, деца или възрастни — се извършва в контекста на взаимоотношенията и зависи от качеството на тези взаимоотношения. Означава също така да знаем, че начинът, по който всеки един от нас чувства, мисли, действа в дадена ситуация има ефект върху онези, които са в същата ситуация с нас, и обратно.

И накрая, това означава да вярваме, че качеството на „моята“ практика за супервизия е отразено в процедурното функциониране на „моята“ група за супервизия и нейните резултати; това включва благосъстоянието и професионалното развитие на всяко наблюдавано лице и на екипа и тяхното прилагане, т.е. интервенцията, извършвана със семействата и общностите.

Фокусът на супервизията е върху вътрешния опит на наблюдаваното лице по отношение на реалностите, в които той или тя е призван да се намесва ежедневно със семейства и деца (Santos, 2007).

Ние прилагаме миналият си опит във всяка ситуация в живота ни, нашите ценности и очаквания. По същия начин други реагират според собствения си опит, ценности и очаквания. В контекст като РДИ, където крайният обект на внимание и инвестиции на всяка специалист е нещо, което е също толкова централно, колкото подкрепата и грижата за развитието на децата и техните семейства, тези измерения придобиват експоненциална стойност. Следователно самоосъзнаването и себепознанието по отношение на нашите ценности и очаквания са мощни инструменти в нашата работа.

Изказвания на участниците в процеса на супервизия при РДИ (Santos, 2007):

Изказвания на наблюдаващи

Сега осъзнавам, че винаги ще има промени, които никога не сме си представяли, че могат да се случат, и също така разбирам по-добре, че всичко добре направено всъщност е доста трудно постижимо и изисква много усилия, отдаденост, ангажираност, страст и... болка.

(...) Трябва да науча много, за да мога да помагам на екипите да се подобряват. Функцията ми на наблюдаващ ми даде възможност да започна процес на съзряване като човек и като специалист, съзряване в процес на развитие, при който все още се нуждаем от много помощ от колегите си.

Изказвания на наблюдавани лица

Може би най-силната подкрепа беше усещането, че нищо не е просто това, което „трябва да бъде“, или „защото...“, разбирате ли? Наистина оценявам факта, че бях изслушана, диалогът, съвместният анализ, постоянната рефлексия, сравняването — и често контрастирането — на това, което правехме, мислехме и чувствахме с онези ценности, които трябваше да ни ръководят, основните ценности на РДИ,... в които вярвахме с цялото си сърце, но които не винаги присъстваха ясно в нашите действия и вземане на решения.

Знаейки, че на определения ден от седмицата ще се срещна с екипа и наблюдаващия ми предложи спокойствието и чувството, че не съм сама, което, сигурна съм, предадох на семействата, които подкрепях... Това е чувство на принадлежност към група или общност, разбирате ли?... Мястото ни е тук. Сега, след време съм сигурна, че установяването тази цел от моя наблюдаващ не е било случайно... начинът, по който слушаше и отговаряше, как ни окуражаваше, беше забележителен...

Как да планираме среща за супервизия?

Поставяйки се в работна сесия и въз основа на Neffron и Murch (2010), предлагаме няколко структурни стъпки в процеса на супервизия, които трябва да бъдат подготвени от наблюдаващия в сътрудничество с наблюдаваното лице:

1. Подготовка на наблюдаващия — с цел да се запознае с реалността, която той или тя е на път да възстанови лице в лице, наблюдаващият си припомня настоящата ситуация на екипа (преразглеждайки работни бележки, резюмета, документи от предишни срещи ...); в периода между срещите наблюдаващият изпълнява отговорностите/задачите, които евентуално са били обсъдени с екипа на предишната среща;

2. Подготовка на наблюдаваното лице — наблюдаваното лице преглежда и избира най-важните данни от интервенцията, която провежда и възнамерява да анализира

Идентифицира не
на целите на
учащите

при супервизията; по този начин той/тя търси изясняване и подкрепа при решаването на установените проблеми, както и възможност за изграждане на метапознание по отношение на собствените му/ чувства и знания, участващи в този процес на интервенция;

3. Инициране/възстановяване на контакт — наблюдаващият поздравява и използва думи и нагласи за възстановяване на интерактивна атмосфера в рамките на групата; стреми се да създаде спокойна и приветлива среда, но също така е проактивен по отношение на анализиранияте проблеми, произтичащи от интервенцията;

4. Установяване на дневния ред/започване на диалог — Наблюдаващият уведомява наблюдаваните лица за своето предложение за дневен ред, за предпочитане предварително, така че те да могат да подготвят своя принос към срещата; тази процедура благоприятства оптимизирането на времето и усилията от двете страни; наблюдаващият следва винаги да оставя достатъчно време в дневния ред, за да се разгледат притесненията на екипа, породили се в интервала от предишната среща, които все още не са споделени при супервизията;

5. Събиране на данни/фокусиране — наблюдаващият и екипът участват в подбора на най-подходящите данни за разбиране на представените проблеми, избиране на същественото от второстепенното и благоприятстване на изграждането на ясна представа за текущата интервенция;

6. Изслушване на участниците, оценяване на различните приноси (евентуално) преразпределяне на ролите, преформулиране, разширяване, ...;

7. Изграждане и подбор на хипотези чрез колективна дискусия— наблюдаващият улеснява чувството за сигурност и доверие в рамките на групата и овластяването на участниците;

8. Формулиране на следващите възможни стъпки в светлината на знанията, създадени по време на срещата за супервизия — наблюдаващият разпределя отговорностите до следващата среща.

Как да се проведе среща за супервизия?

По време на целия процес на супервизия наблюдаващият ще прилага техники, за да овласти (Neffron & Murch, 2010) участниците/наблюдаваните лица, а именно:

а. Започва от дискурса на наблюдаваното лице, като подчертава най-важните аспекти на ясният анализ на интервенцията;

б. Задава открити въпроси;

в. Управлява темпото на участие и текущата дискусия, оптимизира и използва по най-добрия начин наличното време, като гарантира равно участие на членовете на екипа. Това означава, че след време (не непременно във всяка среща) той/тя ще се увери, че всички членове имат възможност да заявят своите съмнения и успехи и активно да допринесат за конструктивното участие на всички. Това означава също така управление на анализа на интервенциите, за да се улесни изготвянето на изводи, приложими за други интервенции, включващи екипа. И накрая, наблюдаващият ръководи обсъжданията, като има предвид, че екипът следва да работи трансдисциплинарно, с други думи, независимо от това кой е ВС на семейството, чиято интервенция се анализира, целият екип носи отговорност за тази подкрепа и активно участва в този анализ;

г. Представя избор и опции — помага на екипа да предвиди алтернативи и възможни варианти и подпомага екипа при вземането на решения за по-категорична интервенция;

д. Разширява въпросите, анализира притесненията, помага да се идентифицира мотивацията зад поведението на определено наблюдавано лице — например като пита: „Защо това е важно? Защо това те притеснява толкова много? Можеш ли да разбереш какво те мотивира да се чувстваш по този начин?...“;

е. Прилага методологията за решаване на проблеми;

ж. Предлага конкретна обратна връзка по отношение на определено притеснение или проблем, като подкрепя екипа в инициативи за разширяване на тази обратна връзка към други подобни ситуации;

з. Предлага информация чрез открити въпроси — дава възможност на екипа да анализира проблемните ситуации чрез „стълба“ от отворени въпроси, която води до съвместна рефлексия;

и. Търси и благоприятства разбирането/изясняването на анализираното от участниците съдържание;

к. Излага и обяснява хипотеза, която предизвиква действие;

л. Слуша активно, внимателно и съпричастно;

м. Представя информация и избор, свързани с нуждите и специфичните интереси на този конкретен екип;

н. Обобщава, като по този начин улеснява организирането на данните за екипа и преосмислянето на съответната анализирана тема;

о. Наблюдава и съпричастно комуникира с всеки един член от екипа, подкрепяйки равното участие — това не означава, че всеки е принуден да говори на дадена среща, а по-скоро, че всеки постепенно ще има пространството/времето и аргументите да се чувства сигурен и уверен, за да участва активно;

п. Търси споразумение относно възможността за обсъждане на интервенция;

р. Стимулира редовни и чести моменти на самооценка и оценка на другите, периодично и с критерии, известни на всички участници, които са разширени за наблюдаваните лица и наблюдаващите. Самото осъществяване на ролите, изпълнявани от наблюдаваното лице и наблюдаващия, е обект на оценка от съответните участници.

Издаване на наблюдавано лице, специалист по РДИ (Santos, 2007):

Беше страхотно! Да мога да пристигна и да се установя в „уюта“ на моята група за супервизия и да споделя всички добри неща, които се случиха през тези две седмици на интервенция, които анализирахме и обсъждахме,... и проблемите, съмненията — толкова много съмнения!... Виждайки в тази светлина, отразени в дискурса на моите колеги и наблюдаващия, те придобиха нови очертания, други нюанси, позволявайки ми да зърна нови начини, подходи, възможности...

Нагласи към супервизията и компетенции в областта на РДИ

Следователно компетенциите на наблюдаващия РДИ са в основата на всеки подход. Те са „микросъдържанието“ на супервизията и в крайна сметка отразяват това, което наблюдаващият цени и смята, че би могъл да представлява супервизията, и още повече, каква следва да бъде РДИ.

Когато подлежат на задълбочен анализ, те следва да съответстват на цялата философия на програмата за РДИ или на част от нея, в която работи наблюдаващият.

„Компетентността не е състояние. Това е процес. (...) Компетентният оператор е този, който е в състояние да мобилизира; да активира ефективно различните функции в система, в която се намесват ресурси, толкова разнообразни, колкото дейности като разсъждение, знания, активиране на паметта, оценка, способност за установяване на отношения или поведенчески схеми.“

(Le Boterf, 1994, стр. 43, цитиран в Roldão, 2003, стр. 31)

Santos предлага инструмент, „Профилът на компетенциите в областта на супервизията при РДИ“, който обхваща широк набор от компетенции, които се считат за желателни от наблюдаващия при РДИ. Тези компетенции не са принудително кумулативни, но могат да се комбинират според съществуващите контекстуални обстоятелства. Като „признава сложността на контролираната интервенция и значението на ограниченията, пред които е изправена“ (Santos, 2007, стр. 263), този документ има за цел да предложи препратки, които са общи за различните предмети и услуги, присъстващи в трансдисциплинарните екипи за РДИ, посветени на развитието на ориентирания към семейството подход, разположен в естествения контекст на деца на възраст 0—6 години, със специални нужди, и техните семейства. Той е организиран в четири измерения, а именно: i) професионално, социално и етично; ii) развитие на процесите на обучение по РДИ; iii) участие в структурата на РДИ и взаимоотношенията с общността; и (iv) професионално развитие.

Това е инструмент, който има за цел да подпомогне рефлексивното упражняване на тези, които са посветени на осъществяването на супервизия при РДИ, която се превръща в истински източник на подкрепа за специалистите. Той може също така да подпомогне специалистите по РДИ да се възползват в по-голяма степен от супервизията, която е насочена към тях: считаме, че изясняването и споделянето на същността на това съвместно действие оптимизира предоставянето на всяко от тях и по този начин общия процес и резултати.

Този инструмент е публикуван от автора (Santos, 2007) и следователно няма да бъде включен в настоящото ръководство. Въпреки това препоръчваме да се чете и използва.

НАКРАТКО

Техническа супервизия при РДИ:

- Е право на подкрепяни деца и семейства, тъй като представлява незаменим помощник за качеството на практиката на специалистите; това е право на специалистите по РДИ, тъй като те са призовани да се осъществяват интервенция в области, които са в съгласие с трудната задача, която представлява същността на човешките същества: да се грижат за децата и да насърчават хармоничното им развитие, като гарантират приемствеността на човешката култура и видове; той е незаменим в еволюцията от дисциплинарен подход към трансдисциплинарен, присъщ на самото определение на РДИ, гарант на нейната идентичност;
- Следва да се провежда от наблюдаващ с пряк опит в интервенцията, както и с обучение по РДИ; той следва да бъде еkleктичен, като благоприятства същественото разнообразие от ситуации, които могат да възникнат за анализ. Редовният, рефлексивен и съдействащ подход обаче следва да бъде отправна точка и подкрепа за действията на наблюдаващия. Наблюдаващият, действащ въз основа на рефлексивния подход, би могъл периодично да прибегва до приноса на други подходи, за да отговори по-убедително на определено изискване за своята роля



- Качеството на супервизията следва да се оценява въз основа на процеса и резултатите, които специалистите демонстрират — емоционалното благосъстояние, нивото и качеството на участие по време на срещи и предоставянето на професионално подпомагане на семействата; това качество е резултат от споделената отговорност между наблюдаващия и наблюдаваните лица. Всъщност всеки следва да се подготви за срещата за супервизия чрез организиране на данни и идеи, като се грижи за личното си професионално развитие, развива отношение на рефлексия, самооценка и себепознание;
- Наблюдаващият също така носи допълнителната отговорност, възложена от системата, като лице, което се счита за експерт по РДИ, статут, който се предоставя на доказан професионален и академичен опит, който е от значение за упражняването на техните функции за техническата супервизия при РДИ. Програмата за РДИ обаче, в рамките на своята сфера на действие, следва също така да даде приоритет на предоставянето на възможности за подкрепа на професионалното развитие на наблюдаващите.

Изказвания на наблюдаващи при РДИ (Santos, 2007):

Научих...

Че вчера не знаех много, а днес не знам нищо. Че осъществяването на супервизия при РДИ е много бавен процес, който изисква солидна подготовка, информация, напредък и неуспехи, решителност и гъвкавост, и в по-голямата си част времето никога не е достатъчно за цялата тази подготовка.

Че наблюдаващите също трябва да могат да спират и да помислят за собствената си практика и в рамките на подкрепян процес да управляват промените, необходими за по-ефективна интервенция.

Че е много по-трудно да вървиш сам, но понякога е неизбежно. Въпреки това, аз все още повтарям, че пътят на наблюдаващите трябва да се изгражда съвместно: не можете да предложите добър съвет на екип, ако всъщност не принадлежите към такъв.

Че понякога ми е трудно да се поставя на мястото на другите, и следователно да разбере трудностите, които колегите изпитват по отношение на определени въпроси.

Чудя се дали...

Върша работата си както трябва всеки ден. Съм на прав път и дали това е моят път. Ще се справя, някой път.

Съм способен да изпълня целите на супервизията.

Това, което казах в това интервю (...) беше достатъчно, за да осъзная колко много съм научил от всички специалисти и семейства, с които съм споделял РДИ!

Заклучителни думи

“

Много от нещата, от които се нуждаем, могат да почакаат.

Децата не могат.

Точно сега се формират костите им, създава се кръвта им,
и сетивата им се развиват.

На тях не можем да отговорим „утре“. Името им е „днес“.

— Габриела Мистрал, Нобелова награда за литература, 1945

”

Заклучителни думи

Завършваме настоящото ръководство с някои размишления, надявайки се, те да допринесат за това потребителите му да се възползват максимално от него и да затвърдят идеята, че „добрите практики“ за РДИ не се постигат по прост и линеен начин. Напротив, това е сложен и непрекъснат процес, който отговаря на различни предизвикателства и изисква силна ангажираност и съгласувани усилия от всички заинтересовани страни на различните етапи от системата за РДИ.

С „Препоръчителни практики за ранна детска интервенция: Ръководство за специалисти“ възнамеряваме да пренесем и да направим достъпни знанията, опита и последователните практики, които ще се превърнат в еталон, с който да се помага на различните заинтересовани страни да консолидират и успешно да разширяват бъдещото развитие на ранната детска интервенция в нашата страна, допринасяйки по този начин за изпълнение на обещанието на РДИ към нашите деца и семейства.

Безспорно основният въпрос в РДИ е да се гарантира, че всяко дете и семейство, с техните специални нужди, може ефективно да се възползва от условия за подкрепа, които напълно и ефективно отговарят на техните специфични, уникални и сложни характеристики. Този въпрос включва и друг проблем, който също е от решаващо значение: как да се създадат условия за подкрепа, за да се отговори напълно и ефективно на спецификата и сложността на нуждите на всяко дете и семейство.

Първо, важно е да се изясни, че по-големият или по-малкият успех на интервенцията при тези семейства и деца зависи до голяма степен от хората с различни видове отговорност, които работят в обществени услуги или отдели, институции или екипи, свързани с РДИ. Т.е. ефективността на различните специалисти, които действат в областта на РДИ, със своите ценности, знания и компетенции и с възможностите, работата и професионалните условия за развитие, които са на тяхно разположение, ще определи резултатите, които трябва да бъдат постигнати от семействата и децата, както и постигането или не на целите на РДИ. От друга страна, всеобхватният характер на ранната детска интервенция, дължащ се на съчетанието и разнообразието на специфичните нужди на децата и семействата, изисква съгласувани и трансдисциплинарни действия между специалисти от различни области и с много ясно изразено основно обучение. Техническото качество, практиките на взаимоотношения и практиките за участие, които специалистите прилагат в работата си със семействата, са компоненти, които определят ефективността на предоставянето на помощ и успеха на ориентираната към семейството интервенция и практика (Dunst, 1998; Dunst, Trivette, & Swanson, 2010).

Данните показват, че липсата на възможности за достъп до адекватно професионално развитие от страна на специалистите по РДИ значително компрометира качеството на услугите, предоставяни на деца и семейства (Bruder, 2010).

Ако вземем предвид препоръчаните и утвърдени практики, когато даден специалист е интегриран в екип за РДИ, от него се очаква да действа ефективно със семействата и другите основни полагащи грижи в естествения контекст на децата — дома, общността, формалния образователен контекст (детски ясли или детска градина) — като използва семейна философия и трансдисциплинарен подход (Bruder, 2005). Желателно е също така, от една страна, те да притежават последователна теоретична и концептуална рамка, която им помага да разберат: (i) ролята на ранния опит и начина, по който децата на тази възраст учат; (ii) решаващото влияние върху развитието и обучението на децата в ранна възраст на взаимодействието и опита, които основните полагащи грижи (семейство и детски учители) непрекъснато предоставят на децата в естествения им контекст и ежедневните им занимания; (iii) ограниченията в способността на децата в ранна възраст да се възползват от спорадични и интензивни интервенции извън естествения контекст,

iv) и, от друга страна, да знаят и са в състояние да прилагат препоръчителните практики и да насочват своята интервенция към утвърден подход.

Следователно е наложително да се гарантира, че специалистите могат да се възползват от адекватно практическо обучение, което е широкообхватно и съсредоточено върху работата в екип, за да придобият необходимите знания, лични и специфични технически компетенции, които ще им позволят ефективно да подкрепят семействата и децата, както имахме възможност да отразим в предишните глави. Ангажиментът към професионалната квалификация не се ограничава до практическото обучение и систематичната и насочена рефлексия на техните практики, взаимодействието им със семействата, децата и другите специалисти и функционирането им като екип са от решаващо значение за качеството на тяхната работа. Оттук и значението на въвеждането на супервизия при екипите за РДИ и техните специалисти като контекст за овластяване на компетенциите и ангажираност с основан на утвърдени практики подход.

Въпреки че научният прогрес и прогресивната адекватност на организацията на услугите и практиките, свързани с РДИ, са неоспорими, все още има важно разминаване между това, което знаем, че „следва да се направи“ и „какво всъщност се прави“ в областта на РДИ (Bruder, 2010; Dunst & Trivette, 2009). Въпреки че в международен план се говори много за препоръчителни и утвърдени практики, може да се отбележи например, че препоръчителните от DEC практики не са били включени цялостно в учебното съдържание на висшето образование за специалисти и рядко се използват от специалистите в техните практики за РДИ (Bailey, Simeonsson, Yoder, & Huntington, 1990; Bruder & Dunst, 2005; Bruder, 2010; Dunst & Bruder, 2006; McLean et al., 2002).

Забелязваме с недоумение неизменно трудното взаимодействие между изследванията, теорията и практиката и, следователно, забавения трансфер на утвърдени знания към практиката на услугите, екипите и самите специалисти.

За да се промени тази ситуация, различните участници в областта на РДИ, от лицата, вземащи политически решения и с управленски и координационни функции до специалистите от първа линия, които осъществяват пряка интервенция при семейства и други полагащи грижи лица, трябва да демонстрират и обещаат необходимото лидерство, визия и ангажимент за непрекъснати опити за подобряване на системата за РДИ, която отчита нарастващите нужди на обществото и най-новите доказателства за ефективност (Bruder, 2010). Възприемането на култура, при която се оценяват резултатите, условията и практиките за интервенция и се „отчита“ трансверсалното на различните измерения на системата за предоставяне на услуги за РДИ, може да допринесе за предприемане на стъпки към качеството на професионалната практика със семействата и децата (Bruder, 2010).

Професионалното развитие, включително дейностите, които насърчават знанията и компетенциите на специалистите, както по отношение на практическото обучение, така и по отношение на супервизията, е

решаващ компонент, който следва да стане неразделна част от организацията и функционирането на услугите за РДИ (Bruder, Mogro-Wilson, Stayton, & Dietrich, 2009).

Ангажиментът към квалификацията на специалистите несъмнено е централен въпрос за гарантиране на ефективността на всяка система за РДИ и правата на децата и техните семейства. Въпреки това, конфигурирането на политиките и практиките за РДИ в съответствие със системни модели и модели на сътрудничество, успехът за тяхното разработване и прилагане е резултат от тясната взаимосвързаност и съгласуваните действия на фактори като лидерство, професионални компетенции и организационни фактори, както може да се установи в двете, посочени по-долу проучвания.

В настоящата подлежаща на обсъждане рамка относно курса за бъдещо развитие на РДИ е важно да се запази това, което EASNIE¹ представи като препоръки за РДИ, в европейския контекст. Имайки предвид политическите приоритети на европейско равнище и признавайки напредъка на РДИ в различните държави, EASNIE определи редица ключови области, които изискват по-големи усилия и внимание от страна на няколко държави. За да може РДИ да се развива с по-голяма справедливост и ефективност и да се гарантира „(...) правото на всяко дете и семейство да получат необходимата подкрепа“, EASNIE счита, че са необходими по-големи инвестиции в следните области (EADSNE, 2011):

- **В цялостна стратегия за РДИ**, която ще консолидира сътрудничеството между различните секторни области;
- **Ясно определяне на стандартите за качество на услугите за РДИ** и прилагане на механизми за оценка, които ще гарантират спазването на тези стандарти и по този начин ще допринесат за подобряването на услугите за РДИ;
- **По отношение на адекватността на публичното финансиране в областта на РДИ**, с цел да се промени сегашната ситуация, при която РДИ получава по-малко внимание и инвестиции по отношение на всеки друг образователен етап, въпреки ясните доказателства, че ранната интервенция е по-ефективна и ефикасна от тази на по-късен етап;
- **В развитието и квалификацията на специалистите:** като се изисква оценка на професионалните стандарти чрез признаване на квалификацията на работещите в областта на РДИ и се предоставят качествени възможности за обучение, които са адекватни на предизвикателствата пред РДИ, както и достъп до добър опит.

И накрая, като се разгледа сега РДИ в Португалия, могат да бъдат признати няколко предизвикателства, идентифицирани в проучване, проведено от различни експерти (Pinto et al., 2012), като моделът за системно развитие и принципите, предложени от Guralnick (2005 г.), се използват като референтна рамка за анализа и оценката на системата и услугите за РДИ, подобно на това, което е проведено в други държави по линия на ISEI. В това проучване въпреки че признават забележителния напредък на РДИ в Португалия през последните десетилетия, в глобалната си визия за РДИ авторите идентифицират основните предизвикателства и акценти на промяната в обхвата на различните нива или етапи на SNIPI и предлагат някои препоръки като насоки за бъдещото развитие на РДИ, насочени към подобряване на нейното качество и ефективност. Има четири оси, около които различните аспекти, на които авторите дават приоритет като предложение за дневен ред за промяна на РДИ в Португалия, гравитират и които сега кратко описваме:

1. Рамка за РДИ

- Разработване на набор от насоки, предлагащи обща концептуална рамка за местните интервенционни екипи, свързана с трансдисциплинарните, семейните и общностните практики;
- Определяне на критерии за качество на практиките за РДИ;

¹ Европейска агенция за образование за хора със специални нужди и приобщаващо образование е новото наименование на Европейската агенция за развитие на образованието за хора със специални нужди (EADSNE).

- Създаване на консултативен комитет от експерти с признат опит на национално равнище.

2. **Квалификация на специалистите — практическо обучение и супервизия**

- Определяне на насоки за практическо обучение и супервизия на местните интервенционни екипи, на национално равнище, включително детски учители от референтните училища за РДИ;

- Разработване на практическо обучение в националната квалификационна система в съответствие с принципите на обучението за възрастни и въз основа на ефективни методологии;

- Гарантиране на техническа супервизия от квалифицирани специалисти в областта на РДИ, който ще даде възможност за улесняване на комуникационните процеси на екипа, развитие на медиацията на идеи, разпространение на резултатите от научните изследвания и изясняване на законодателното съдържание.

3. **Организация и интеграция на политики, системи и услуги**

- Разработване на РДИ като интегрирана система и консолидиране на междусекторната и вътрешносекторната съвместна работа на национално, регионално и местно равнище и работа в екип.

- Подобряване на въпроси като: съвместимостта между законодателствата и хармонизирането на мерките; конституцията и функционирането на местните интервенционни екипи и разпределението и мобилността на специалистите; ранно идентифициране и насочване; преходи; мониторинг и наблюдение на деца в риск с превантивен подход.

4. **Процесът на интервенция за оценка и взаимодействие между специалисти и семейства**

- Определяне на специфични насоки относно процедурите и процесите на оценка — интервенция и трансдисциплинарна работа в екип, за да се насочат специалистите във взаимодействието им със семействата и да се насърчи ориентирания към семейството подход.

Съдържанието на настоящото ръководство може да спомогне за справяне с много от тези предизвикателства, присъщи на РДИ, и може да се превърне в обща нишка за все по-голямо сближаване между „това, което знаем, че трябва да се направи“ и „това, което всъщност се прави“ в професионалните практики.

Препоръчителните практики за РДИ не са книга с рецепти, а отправна точка за индивидуална и екипна рефлексия, която помага да се признае разнообразието на характеристиките на семействата и децата, екипите, специалистите и контекстите и следователно да се предприеме индивидуализация на ориентираните към семействата и утвърдени практики. По този начин ръководството е посредник, който по достъпен начин предава основите и най-съвременните достижения в областта на РДИ, предлага обосновка за това, какво да се прави и защо, и преди всичко насочва специалистите за начина на управление на процеса на ориентираните към семейството оценка и интервенция. Крайната му цел е не само да насърчава практиките, определени като ефективни, но и да допринася за постепенното премахване на традиционните практики, които понастоящем са признати за предимно неефективни в развитието на децата и семействата.

Препратки

- Able-Boone, H. A. & Crais, E. (1999). Strategies for achieving family-driven assessment and intervention planning. *Young exceptional children*, 3(1), 2-10.
- Alarcão, I. & Canha, M. (2013). *Supervisão e colaboração. Uma relação para o desenvolvimento*. Porto: Porto Editora.
- Allen, R. I. & Petr, C. G. (1996). Toward developing standards and measurements for family-centred practice in family support programs. In G. H. Singer, L. E. Powers, & A. L. Olson (Eds.). *Redefining family support: Innovations in public private partnerships* (pp. 57-86). Baltimore: Paul Brookes.
- Almeida, I. C. (1997). Avaliação de projectos em intervenção precoce. *Cadernos do CEACF*, 13/14, 51-65.
- Almeida, I. C. (2000). Evolução das teorias e modelos de intervenção precoce: Caracterização de uma prática de qualidade. *Cadernos do CEACF*, 15/16, 29-46.
- Almeida, I. C. (2002). Intervenção precoce: Breve reflexão sobre a realidade actual. *Infância e educação – Investigação e práticas*, 5, dezembro, 130-143.
- Almeida, I. C. (2009). *Estudos sobre a intervenção precoce em Portugal: Ideias dos especialistas, dos profissionais e das famílias*. Lisboa: Instituto Nacional para a Reabilitação.
- Almeida, I. C., Breia, G., & Colôa, J. (2005). *Conceitos e práticas em intervenção precoce*. Lisboa: Direcção de Serviços da Educação Especial e Apoio Sócio-Educativo, Ministério da Educação.
- Almeida, I. C., Carvalho, L., Ferreira, V., Grande, C., Lopes, S., Pinto, A. I., Portugal, G., Santos, P., & Serrano, A. M. (2011). *Práticas de intervenção precoce baseadas nas rotinas: Um projeto de formação e investigação*. *Análise psicológica*, 1(29), 83-98.
- Almeida, I. C., Felgueiras, I., & Pimentel, J. S. (1997). Algumas conclusões do estudo avaliativo referente à implementação do Programa Portage em Portugal. *Cadernos do CEACF*, 13/14, 67-78.
- Altman, J. & Das, G. D. (1964). Autoradiographic examination of the effects of enriched environment on the rate of glial multiplication in the adult rat brain. *Nature*, 204, 1161-1163.
- Anastasiow, N. F. (1990). Implications of the neurobiological model for early intervention. In S. Meisels & J. ShonKoff (Eds.). *Handbook of early childhood intervention* (pp. 196-217). Cambridge University Press.
- Bagnato, S. J., Neisworth, J. T., & Pretti-Frontczak, K. L. (2010). *LINKing authentic assessment and early childhood intervention: Best measures for best practices* (4th ed.). Baltimore, MD: Brookes.
- Bailey, D. B., Jr. & Bruder M. B. (2005). *Family outcomes of early intervention and early childhood special education: Issues and considerations*. California: Early Childhood Outcomes Center.
- Bailey, D. B., Jr., McWilliam, R. A., Darkes, L.A., Hebbeler, K., Simeonsson, R. J., Spiker, D., & Wagner, M. (1998). Family outcomes in early intervention: A framework for program evaluation and efficacy research. *Exceptional children*, 64, 313-328.
- Bailey, D. B., McWilliam, P., Winton, P., & Simeonsson, R. (1991). *Implementing family-centred services in early intervention: A team-based model for change*. Chapel Hill, NC: Carolina Institute for Research in Infant Personnel Preparation, Frank Porter Graham Child Development Center.

Bailey, D. & Simeonsson, R. (1988). *Family assessment in early intervention*. Columbus: Merrill Publishing Company.

Bailey, D. B., Jr. & Wolery, M. (1992). *Teaching infants and preschoolers with disabilities* (2nd ed.). New York: Merrill Publishing Company.

Bailey, D. B., Jr. & Wolery, M. (2002). FPG director testifies before presidential commission: Part 1 of 2. Retrieved from <http://www.fpg.unc.edu>.

Bairrão, J. (1994). A perspectiva ecológica na avaliação de crianças com necessidades educativas especiais e suas famílias: O caso de intervenção precoce. *Inovação*, 7, 37-48.

Bairrão, J. (2001). Early intervention in Portugal. In E. Björck-Åkesson, & M. Grandlund (Eds.). *Excellence in early childhood intervention: Proceedings of the international research symposium*. Excellence in early childhood intervention. Mälardalen University, Västerås, Sweden, October 1999.

Bairrão, J. (2003). Understanding functioning and disability in early childhood: Intervention theories and models. Lição proferida no âmbito do International Program in Early Childhood Intervention – Vasteras, Sweden, Junho 2003.

Bairrão, J. & Almeida, I. C. (2003). Questões actuais em intervenção precoce. *Psicologia*, 27(1), 15-29.

Bairrão, J., Felgueiras, I., & Pimentel, J. S. (1987). O programa de atendimento precoce a crianças deficientes na DSOIP. O Modelo Portage para País. *Cadernos DSOIP*, 11/12, 57-61.

Bairrão, J.; Castanheira, J.L.; Felgueiras, I.; Ferreira, M.; Grijó Santos, J.; Menezes Pinto, R., & Soares J. (1981). Abordagem pluridisciplinar das dificuldades escolares: uma experiência em Arruda dos Vinhos. *Revista do Desenvolvimento da Criança*, 3(1), 39-40.

Baroncelli, L., Braschi, C., Spolidoro, M., Begenisic, T., Sale, A., & Maffei, L. (2010). Nurturing brain plasticity: Impact of environmental enrichment. *Cell death and differentiation*, 17, 1092-1103.

Beckett, C., Maughan, B., Rutter, M., Castle, J., Colvert, E., Groothues, C., Kreppner, J., Stevens, S., O'Connor, T. G., & Sonuga-Barke, E. J. S. (2006). Do the effects of early severe deprivation on cognition persist into early adolescence? Findings from the english and romanian adoptees study. *Child development*, 77(3), 696-711.

Benner, S. M (1992). *Assessing young children with special needs*. New York: Longman Publishing Group.

Biglan, A., Flay, B. R., Embry, D. D., & Sandler, I. N. (2012). The critical role of nurturing environments for promoting human well-being. *American psychologist*, 67(4), 257-271.

Bissel, C. (n.d.). Family-centred care [on-line]. Community Gateway Website. Retrieved from <http://www.communitygateway.org/resources/faq/fcc.htm>.

Boavida, J. (1998). Velhas e novas perspectivas. PIIP Distrito de Coimbra. *Vamos comunicar*, 8(6), 5-11.

Boavida, J. & Borges, L. (1990). Intervenção precoce: Um projecto para o distrito de Coimbra. *Saúde infantil*, 12, 205-210.

Boavida, J. & Borges, L. (1994). Community involvement in early intervention: A portuguese perspective. *Infants and young children*, 7(1), 42-50.

Boavida, J. & Carvalho, L. (2003). A comprehensive early intervention training approach: Portugal. In: S. L. Odom,

M. J. Hanson, J. A. Blackman, & S. Kaul (Eds.). *Early intervention practices around the world* (pp. 213-252). Baltimore: Paul H. Brookes Publishing.

Boavida, J., Carvalho L., & Espe-Sherwindt, M. (2009). Early childhood intervention in Portugal: Interplay of family centered, community-based and interdisciplinary factors. In B. Carpenter, J. Schloesser, & J. Egerton (Eds.). *European developments in early childhood intervention* (pp. 14-25). An Eurlyaaid Publication.

Boavida, J., Espe-Sherwindt, M., & Borges, L. (2000). Community-based early intervention: The Coimbra Project (Portugal). *Child: Care, health and development*, 26(5), 343-354.

Bone, D. (1994). *The business of listening: A practical guide to effective listening*. Menlo Park, CA: Crisp Publications. Borders, L. & Brown, L. (2005). *The new handbook of counseling supervision*. New York: Lawrence Erlbaum Associates.

Borowsky, I. W. & Collins, R. C. (1989). Metabolic anatomy of brain: A comparison of regional capillary density, glucose metabolism, and enzyme activities. *Journal of comparative neurology*, 288(3), 401-13.

- Brazelton, T. B. & Sparrow, J. (2003). The touchpoints model of development. Brazelton Touchpoints Center. Retrieved from <http://www.brazeltontouchpoints.org>.
- Brazelton Touchpoints Project (2006). Touchpoints in reflective practice provider workbook. Boston, MA: Brazelton Touchpoints Centre.
- Brewer, E. J., McPhearson, M., Magrab, P. R., & Hutchins, V. L. (1989). Family-centred, community-based, coordinated care for children with special health care needs. *Pediatrics*, 83, 1055-60.
- Briggs, M. (1997). Building early intervention teams: Working together for the families and children. Baltimore: Aspen.
- Brito, A. T. (2010). Formar educadores inclusivos — O acontecimento do encontro com o Outro. Lisboa: Jornadas ESEI Maria Ulrich.
- Brito, A. T. (2014, February). Formação em ciências do bebé e da família — O paradigma do recém-nascido como esteira para uma formação centrada na(s) Pessoa(s). Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, Porto, Portugal, 10.
- Brito, A. T., Barbosa, M., Justo, J., Silveira Machado, R., Leitão, L., Goldsmith, T., Ferro Menezes, P., Fuertes, M. & Gomes Pedro, J. (2012). O impacto do Modelo Touchpoints na formação de profissionais em intervenção precoce. Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, Aveiro, Portugal, 9.
- Brito, A.T., Brandão, T., & Azevedo, N. (2015, June). Formação superior em Intervenção Precoce na Infância em Portugal – Estado da arte e a arte do Estado. Colóquio Internacional Psicologia e Educação Diversidade e Educação - Desafios atuais, Lisboa, Portugal.
- Britto, P. R., Arnold, C., Bartlett, K., Charles, L., Diawara, R., Grover, D., Hayashikawa, M., ... Zimanyi, L. (2012). Key to equality: Early childhood development. The Consultative Group on Early Childhood Care and Development. Retrieved from <https://www.worldwewant2015.org/node/291323>.
- Britto, P. R., Yoshikawa, P., Van Ravens, H. J., Ponguta, L. A., Oh, S. S., Dimaya, R., & Seder, R. C. (2013). Understanding governance of early childhood development and education systems and services in low-income countries. Innocenti Working Paper N° 2013-07, UNICEF Office of Research, Florence.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development. *Developmental psychology*, 22, 723-742.
- Bronfenbrenner, U. & Morris, P. A. (1998). The ecology of developmental processes. In W. Damon (Series Ed.) & R. M. Lerner (Vol. Ed.). *Handbook of child psychology: Vol. 1: Theoretical models of human development* (5th ed., pp. 993-1028). New York: John Wiley and Sons.
- Bronfenbrenner, U. & Morris, P. A. (2007). The bioecological model of human development. In W. Damon and R. M. Lerner (Eds.). *Handbook of child psychology* (6th Edition), Vol. 1 (pp. 793-828). New Jersey, Hoboken, NJ: Wiley.
- Brotherson, M. J., Summers, J. A., Bruns, D. A., & Sharp, L. M. (2008). Family-centered practices: Working in partnerships with families. In P. J. Winton, J. A. McCollum & C. Catlett (Eds.). *Practical approaches to early childhood professional development*. Washington D.C.: Zero to Three.
- Brown, W. & Conroy, M. (1997). The interrelationship of contexts in early intervention. In S. K. Turman, J. R. Cornwell, & S. R. Gottwald. *Contexts of early intervention, systems and settings*. Baltimore, Maryland: Paul H. Brookes P. Co.
- Brown, S. & Guralnick, M. J. (2008). International human rights to early intervention for infants and young children with disabilities. *Tools for global advocacy*. *Infants & young children* 25(4), 270-285.
- Brown, C. & Herwig, J. (Eds.) (1989). *Head start home-based supervision guide*. Portage: CESA 5.
- Bruder, M. B. (1996). Interdisciplinary collaboration in service delivery. In R. A. McWilliam (Ed.). *Rethinking pull-out services in early intervention. A professional resource*. (27-48). Baltimore: Paul H. Brooks.
- Bruder, M. B. (2000). Family-centred early intervention: Clarifying our values for the new millennium. *Topics in early childhood special education*, 20(2), 105-115.
- Bruder, M. B. (2005). Service coordination and integration in a developmental systems approach to early intervention. In M. J. Guralnick (Ed.), *A developmental systems approach to early intervention: National and international perspectives* (pp. 29-58). Baltimore, MD: Paul H. Brooks.

Bruder, M. B. (2010). Early childhood intervention: A promise to the future of children and families. *Exceptional children*, 76(3), 339-355.

Bruder, M. B. & Bologna, T. (1993). Collaboration and service coordination for effective early intervention. In W. Brown, S. K. Thurman, & L. F. Pearl. *Family-centred early intervention with infants and toddlers. Innovative cross-disciplinary approaches* (103-127). Baltimore, Maryland: Paul H. Brookes P. Co.

Bruder, M. B. & Dunst, C. J. (2005). Personnel preparation in recommended early intervention practices: Degree of emphasis across disciplines. *Topics in early childhood special education*, 25(1), 25-33.

Bruder, M. B. & Dunst, C. J. (2008). Factors related to the scope of early intervention service coordinator practices.

Infants & young children, 21(3), 176-185.

Bruder, M. B., Mogro-Wilson, C. M., Stayton, V. D., & Dietrich, S. L. (2009). The national status of in-service professional development systems for early intervention and early childhood special education practitioners. *Infants and young children*, 22(1), 13-20.

Bruner, C. (1991). *Thinking collaboratively: Ten questions and answers to help policy makers improve children's services*. Washington, D.C.: Education and Human Services Consortium.

Buyse, V. B., Wesley, P. W., Snyder, P., & Winton, P. J. (2006). Evidence-based practice: What does it really mean for the early childhood field? *Young exceptional children*, 9(4), 2-11.

Buyse, V., Winton, P., & Rous, B. (2009). Reaching consensus on a definition of professional development for the early childhood field. *Topics in early childhood special education*, 28(4), 235-243.

California Department of Education (2007). *Handbook on developing and evaluating interagency collaboration in early childhood special education programs*. Sacramento: California Department of Education.

Campbell, P. H. & Halbert, J. (2002). Between research and practice: Provider perspectives on early intervention.

Topics in early childhood special education, 22(4), 213-226.

Carpenter, B. (2005). Real prospects for early childhood intervention: Family aspirations and professional implications. In B. Carpenter & J. Egerton (Eds.). *Early childhood intervention. International perspectives, national initiatives and regional practice* (pp. 13-38). Coventry, UK: West Midlands SEN Regional Partnership.

Carvalho, M. L. (2004). *Práticas centradas na família na avaliação da criança: Percepções dos profissionais e das famílias do PIP do distrito de Coimbra*. Unpublished Mestrado, Instituto de Estudos da Criança da Universidade do Minho, Braga.

Center on the Developing Child at Harvard University [CDCHU] (2009). *Maternal depression can undermine the development of young children*. Working paper nº 8. Retrieved from developingchild.harvard.edu.

Center on the Developing Child at Harvard University [CDCHU] (2015). *Core concepts in the science of early childhood development*. Retrieved from developingchild.harvard.edu.

Chandler, L., Cochran, D., Christensen, K. A., Dinnebeil, L., Gallagher, P., Lifter, K., Stayton, V., & Spino, M. (2012). The alignment of CEC/DEC and NAEYC personnel preparation standards. *Topics in early childhood special education*, 32, 52-63.

Chugani, H. T., Behen, M. E., Muzik, O., Juhász, C., Nagy, F., & Chugani, D. C. (2001). Local brain functional activity following early deprivation: A study of postinstitutionalized romanian orphans. *Neuroimage*, 14(6), 1290-301.

Clingenpeel, B. T. & McWilliam, R. A. (2003). *Scale for the assessment of teachers' impressions of routines and engagement (SATIRE)*. Center for Child Development Vanderbilt University Medical Center.

Coleman, P. K. & Karraker, K. H. (1997). Self-efficacy and parenting quality: Findings and future applications.

Developmental review, 18, 47-85.

Conselho Nacional de Educação (2014). *Recomendação nº 1/2014, Políticas Públicas de Educação Especial* [on-line].

Retrieved from http://www.cnedu.pt/content/deliberacoes/recomendacoes/Recomendacao_DR_1.pdf.

Corey, M.S., & Corey, G. (1998). *Becoming a helper* (3rd ed.). Pacific Grove, CA: Brookes/Cole.

Corral, M., Rodríguez, M., Amenedo, E., Sánchez, J. L., & Díaz, F. (2006). Cognitive reserve, age, and neuropsychological performance in healthy participants. *Developmental neuropsychology*, 29(3), 479-91.

Correia, L. M. & Serrano, A. M. (Org) (2000). *Envolvimento parental em intervenção precoce: Das práticas centradas na criança às práticas centradas na família*. Porto: Porto Editora.

- Crais, E. R. (1993). Families and professionals as collaborators in assessment. *Topics in language disorders*, 14(1), 29-40.
- Crais, E. R. (1996). Applying family-centred principles to child assessment. In P. J. McWilliam, P. J. Winton & E. R. Crais. *Practical strategies for family-centred intervention* (pp. 69-96). San Diego, CA: Singular Publishing Group.
- Crais, E. R. (1997). Preparing practitioners for getting the most out of child assessment. In P. J. Winton, J. A. McCollum, C. Catlett. *Reforming personnel preparation in early intervention: Issues, models and practical strategies* (pp. 309-336). Baltimore: Paul H. Brookes Publishing.
- Cunha, F. & Heckman, J. J. (2006). Investing in our young people. Report prepared for America's Promise – The Alliance for Youth. Chicago, Illinois: University of Chicago. http://www-news.uchicago.edu/releases/06/061115_education.pdf.
- Dantas, C. & Rodrigues, C. (2013). Estratégias metacognitivas como intervenção psicopedagógica para o desenvolvimento do automonitoramento. *Revista de psicopedagogia*, 30(93), 226-35.
- Davis, H., Day, C., & Bidmead, C. (2002). *Working in partnership with parents: The parent adviser model*. London: The Psychological Corporation.
- Deal, A. G., Dunst, C. J., & Trivette, C. M. (1989). A flexible and functional approach to developing individualized family support plans. *Infants & young children*, 3, 32-43.
- Decreto-Lei nº. 54/2018 de 6 de Julho de 2018 [Decree-Law No. 54/2018 of July 6]. *Diário da República*, 1.a série—No. 129.
- Decreto-Lei nº. 281/2009 de 6 de Outubro [Decree-Law No. 281/2009 of October 6]. *Diário da República*, 1. série, No. 193.
- Despacho conjunto nº. 891/99 [Joint Order No. 891/99]. *Diário da República*, 2. série, No. 244 de 19 de Outubro de 1999. Ministérios da Educação, da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade.
- Diamond, M. C., Krech, D., & Rosenzweig, M. R. (1964). The Effects of an Enriched environment on the histology of the rat cerebral cortex. *Journal of comparative neurology*, 123, 111-20.
- Diamond, M. C., Law, F., Rhodes, H., Lindner, B., Rosenzweig, M. R., & Krech, D. (1966). Increases in cortical depth and glia numbers in rats subjected to enriched environment. *Journal of comparative neurology*, 128(1), 117-26.
- Dias, J. C. (2003). Os processos de interacção e comunicação nas equipas de intervenção precoce: Contributos para a organização de um apoio integrado. (Master's thesis). Faculdade de Motricidade Humana – Universidade Técnica de Lisboa. Lisboa.
- Dicionário da Língua Portuguesa com Acordo Ortográfico (2015). Definição de metacognição [on-line]. Infopédia. Dicionários da Porto Editora Website. Retrieved from <http://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/metacognicao>.
- Dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea (2001). Academia das Ciências de Lisboa, Verbo.
- Dinnebeil, L. & Hale, L. (2003). Incorporating principles of family-centred practice in early intervention program evaluation. *Zero to Three*, July, 24-27.
- Division for Early Childhood [DEC] (2014). DEC recommended practices in early intervention/early childhood special education 2014. Retrieved from <http://www.dec-sped.org/recommendedpractices>.
- Doyle, B. (1997). Transdisciplinary approaches to working with families. In B. Carpenter & J. Egerton (Eds.). *Early childhood intervention. International perspectives, national initiatives and regional practice*. Great Britain: West Midlands SEN Regional Partnership.
- Dunst, C. J. (1985). Rethinking early intervention. *Analysis and intervention in developmental disabilities*, 5(1-2), 165-201.
- Dunst, C. J. (1997). Conceptual and empirical foundations of family-centred practices. In R. J. Illback, C. T. Cobb, & H. M. Joseph (Eds.). *Integrated services for children and families: Opportunities for psychological practice* (pp. 75-91). Washington, DC: American Psychological Association.
- Dunst, C. J. (1998). Corresponsabilização e práticas de ajuda que se revelam eficazes no trabalho com famílias. In L. M. Correia & A. M. Serrano (Org). *Envolvimento parental em intervenção precoce: Das práticas centradas na criança às práticas centradas na família* (pp. 123-138). Porto: Porto Editora.
- Dunst, C. J. (2000a). Corresponsabilização e práticas de ajuda que se revelam eficazes no trabalho com famílias. In A. Serrano & L. M. Correia (Eds.). *Envolvimento parental e intervenção precoce* (123-141). Porto: Porto Editora.

- Dunst, C. J. (2000b). Revisiting “Rethinking early intervention”. *Topics in early childhood special education*, 20(2), 95-104.
- Dunst, C. J. (2001). Research identifies opportunities and offers solutions for improving family involvement. *Research connections in special education*, 9, pp. 2-5.
- Dunst, C. J. (2002). Family-centred practices: birth through high school. *The journal of special education*, 36(3), pp. 139 – 47.
- Dunst, C. J. (2005). Framework for practicing evidence based early childhood intervention and family support. *CASEinPoint*, 1(1), 1-11.
- Dunst, C. J. (2009). Implications of evidence-based practices for personnel preparation development in early childhood intervention. *Infants & young children*, 22(1), 44-53.
- Dunst, C. J. (2010, November). Family and community life as the contexts for supporting and strengthening child learning and development. *Congresso Nacional de Intervenção Precoce com Crianças e Famílias*, Aveiro, Portugal, 8.
- Dunst, C. J. (2012). Parapatric speciation in the evolution of early intervention for infants and toddlers with disabilities and their families. *Topics in early childhood special education*, 31(4), 208-215.
- Dunst, C. J. (2013, February). Family-centred practices: What are they and why should you care? Fraser Region Training Event, Surrey, British Columbia, Canada. Retrieved from http://puckett.org/presentations/Family_Centered_Practices_What_Are%20They_Why_Should_Care.pdf.
- Dunst, C. J. (2015). Improving the design and implementation of in-service professional development in early childhood intervention. *Infants & young children*, Vol. 28, N° 3, pp. 210-219. Retrieved from http://journals.lww.com/ijcjournal/Fulltext/2015/07000/Improving_the_Design_and_Implementation_of.2.aspx.
- Dunst, C. J., Boyd, K., Trivette, C. M., & Hamby, D. (2002). Family-oriented program models and professional helping practices. *Family relations*, 51, 221-229.
- Dunst, C. J. & Bruder, M. B. (1999). Family and community activity settings, natural learning environments and children’s learning opportunities. *Children’s learning opportunities report*, Vol. 1, N° 2.
- Dunst, C. J. & Bruder, M. B. (2006). Early intervention service coordination models and service coordinator practices. *Journal of Early Intervention*, 28(3), 155-165.
- Dunst, C. J. & Hamby, D. (1999). Community life as sources of children’s learning opportunities. *Children’s learning opportunities report*, 1(4).
- Dunst, C. J., Johanson, C., Trivette, C. M., & Hamby, D. (1991). Family oriented early intervention policies and practices: family-centred or not? *Exceptional children*, 58, 115-126.
- Dunst, C. J., Raab, M., Trivette, C. M., & Swanson, J. (2010). Community-based everyday child learning opportunities. In R. A. McWilliam (Ed.). *Working with families of young children with special needs* (pp. 60-92). New York: Guilford Press.
- Dunst, C. J. & Trivette, C. M. (1996, July-August). Empowerment, effective helping practices and family-centred care. *Pediatric nursing*, 22(4):334-7, 343
- Dunst, C. J. & Trivette, C. M. (2009a). Capacity-building family-systems intervention practices. *Journal of family social work*, 12(2), 119-143.
- Dunst, C. J. & Trivette, C. M. (2009b). Let’s be PALS: An evidence-based approach to professional development. *Infants & young children*, 22(3), 164-176.
- Dunst, C. J., Trivette, C. M., & Deal, A. (1988). *Enabling and empowering families: Principles and guidelines for practice*. Cambridge, MA: Brookline Books.
- Dunst, C. J., Trivette, C. M., & Deal, A. (1994). *Supporting and strengthening families: Methods, strategies and practice* (Vol. 1). Cambridge, MA: Brookline Books.
- Dunst, C. J., Trivette, C. M., & Snyder, D. M (2000). Family-professional partnerships: A behavioural science perspective. In M. Fine & R. Simpson (Eds.). *Collaboration with parents and families of children and youth with exceptionalities* (pp. 27-48). 2nd ed. Austin, Texas: PRO-ED.
- Early Childhood TA Center (2014). A system framework for building high-quality early intervention and preschool special education programs. Retrieved from <http://ectacenter.org/syframe>.

- Elkins, J. S., Longstreth, W. T., Manolio, T. A., Newman, A. B., Bhadelia, R. A., & Johnston, S. C. (2006). Education and the cognitive decline associated with MRI-defined brain infarct. *Neurology*, 67(3), 435-40.
- Eluvathingal, T. J., Chugani, H. T., Behen, M. E., Juhasz, C., Musik, O., Maqbool, M. et al. (2006). Abnormal brain connectivity after early severe socioemotional deprivation: A diffusion tensor imaging study. *Pediatrics*, 117(6), 2093-2100.
- Epley, P., Summers, J. A., & Turnbull, A. P. (2010). Characteristics and trends in family-centred conceptualizations. *Journal of family social work*, 13, 1-18.
- Espe-Sherwindt, M. (2000). Intervenção precoce: Quando os pais estão em risco. In L. M. Correia & A. Serrano (Eds.). *Envolvimento parental em intervenção precoce (93-122)*. Porto: Porto Editora.
- Espe-Sherwindt, M. (2008). Family-centred practice: Collaboration, competency and evidence. *Support for learning*, 23(3), 136-143.
- European Agency for Development in Special Needs Education [EADSNE] (2005). *Intervenção precoce na infância: Análise das situações na Europa. Aspectos-chave e recomendações*. Bruxelas, European Agency for Development in Special Needs Education. Retrieved from <http://www.european-agency.org/>.
- European Agency for Development in Special Needs Education [EADSNE] (2010). *Intervenção precoce na infância: Progressos e desenvolvimentos*. Middelfart, Denmark: European Agency for Development in Special Needs Education. Retrieved from <http://www.european-agency.org/>.
- European Agency for Development in Special Needs Education [EADSNE] (2011). *Early childhood intervention (ECI)*. Key policy messages. Retrieved from www.european-agency.org.
- European Commission (EU) (2013). *Commission recommendation of 20.2.2013: Investing in children: Breaking the cycle of disadvantage*. Retrieved from http://ec.europa.eu/justice/fundamental-rights/files/c_2013_778_en.pdf.
- European Passport on Professional Training in Early Intervention [EBIFF] (2009). *Adapted curriculum EBIFF/PRECIOUS*. Retrieved from http://www.infopro.at/ebiff_inst/download/Curriculum_EBIFF_Precious_eng.pdf.
- Eyken, W. van der (1992). *Introducing evaluation – A practical introduction to evaluation in early childhood projects*. The Hague: Bernard van Leer Foundation – III.
- Felgueiras, I. (2000). *Perspectivas actuais sobre intervenção precoce. Relato do Simpósio Excelence in Early Childhood Intervention*. Cadernos CEACF, 15/16, 7-27.
- Felgueiras, I. (2009). *A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) e os seus contributos para a reconceptualização da deficiência e da incapacidade*. In G. Portugal (Org.). *Ideias, projectos e inovação no mundo das infâncias: O percurso e a presença de Joaquim Bairrão* (pp. 195-209). Aveiro: Theoria Poiesis Praxis. Universidade de Aveiro.
- Felgueiras, I., Bairrão, J., & Castanheira, J. (1988). *Introdução ao planeamento de acções integradas doss para a infância – Tentativas existentes em Portugal*. In R. Grácio (Org.) *Integração de serviços para a infância: Metodologia de projectos (81-107)*. Lisboa: Fundação Aga Khan/Fundação Calouste Gulbenkian.
- Felgueiras, I. & Breia, G. (2005). *Early childhood intervention in Portugal*. European Agency for Development in Special Needs Education. Retrieved from <https://www.european-agency.org/agency-projects/early-childhood-intervention/early-childhood-intervention-2003-2004>.
- Felgueiras, I., Carvalho, F., Almeida, I., Carvalho, M. L., Pereira, F., Breia, G., Jorge, A. M., Boavida, J. (2006). *Aplicação do Despacho 891/99 e desenvolvimento da intervenção precoce. Relatório elaborado pelo Grupo Interdepartamental para a Intervenção Precoce (D.C. nº 30/2006)*. MTSS, ME, MS. Manuscrito, não publicado.
- Fenichel, E. (1999). *Learning through supervision and mentoring to support the development of infants, toddlers and their families: A source book*. Washington D.C.: Zero to Three//National Centre for Infants, Toddlers and Families.
- Fine M., Pancharatnam, K., & Thomson, C. (2005). *Coordinated and integrated human service delivery models*. Social Policy Research Centre (UNSW). Retrieved from <http://apo.org.au/node/845>.
- Fino, C. (2001). *Vygotsky e a zona de desenvolvimento proximal (ZDP): Três implicações pedagógicas*. *Revista portuguesa de educação*, 14(2), pp. 273-291.
- Fox, S. E., Levitt, P., & Nelson, C. A. (2010). *How the timing and quality of early experiences influence the development of brain architecture*. *Child development*, 81(1), 28-40.

- Franco, V. (2015). *Introdução à intervenção precoce no desenvolvimento da criança – Com a família, na comunidade, em equipe*. Edições Aloendro.
- Franco, V. & Apolónio, A. (2008). *Avaliação do impacto da intervenção precoce no Alentejo: Criança, família e comunidade*. Ed. ARSAlentejo.
- Freman, H., Rossi, P., & Wright, S. (1980). *Évaluer des projets sociaux dans les pays en développement*. Paris: OCDE.
- Gabarino, J. & Ganzel, B. (2000). The human ecology of early risk. In J. P. Shonkoff & J. Meisels (Eds.). *Handbook of early childhood intervention* (2nd ed.) (pp. 76-93). Cambridge: Cambridge University Press.
- Garland, C. G., McGonigel, J. J., Frank, A., & Buck, D. (1989). *The transdisciplinary model of service delivery*. Lightfoot, VA: Child Development Resources.
- Glascoe, F. P. & Shapiro, H. L. (2006). *Introduction to Developmental and Behavioral Screening*. *Developmental Behavioral Pediatrics*. Retrieved from <http://www.dbpeds.org/articles/detail.cfm?id=5>.
- Glennen, S. L. & DeCoste, D. C. (1997). *Handbook of augmentative and alternative communication*. San Diego, CA: Singular Publishing.
- Graham Allen, M. P. (2011a). *Early intervention: Smart investment, massive savings*. HM Government. Retrieved from <https://www.gov.uk/government/publications/early-intervention-smart-investment-massive-savings>.
- Graham Allen, M. P. (2011b). *Early intervention: The next steps*. Great Britain, HM Government. Retrieved from : <https://www.gov.uk/government/publications/early-intervention-the-next-steps--2>.
- Grande, C. & Pinto, A. I. (2011). O envolvimento de crianças com necessidades educativas especiais em contexto de creche e de jardim-de-infância. *Análise psicológica*, 1(XXIX), pp. 99-118.
- Greenough, W. T. (1978). Development and memory: The synaptic connection. In T. Teyler (Ed.). *Brain and learning* (pp. 127-145). Stamford, CT: Greylock Publishers.
- Greenough, W. T., Black, J. E., & Wallace, C. S. (1987). Experience and brain development. *Child development*, 58, 539-559.
- Greenspan, S. I. & Meisels, S. J. (1996). Toward a new vision for the development assessment of infants and young children. In S. J. Meisels & E. Fenichel (Eds.). *New visions for the developmental assessment of infants and young children* (pp. 11-26). Zero to Three.
- Gunnar, M. R. & Donzella, B. (2002). Social regulation of the cortisol levels in early human development. *Psychoneuroendocrinology*, 27(1-2), 199-220.
- Guralnick, M. J. (1993). Second-generation research on the effectiveness of early intervention. *Early education and development*, Vol. 4, nº 4.
- Guralnick, M. J. (1997). Second-generation research in the field of early intervention. In M. J. Guralnick (Ed.). *The effectiveness of early intervention*, pp. 3-20. Baltimore: Paul H. Brookes.
- Guralnick, M. J. (1998). Effectiveness of early intervention for vulnerable children: A developmental perspective. *American journal on mental retardation*, 102, 319-345.
- Guralnick, M. J. (2000a). Early childhood intervention: Evolution of a system. In M. L. Wehmeyer & J. R. Patton (Eds.). *Mental retardation in the 21st century*. Austin, Tx: PRO-ED.
- Guralnick, M. J. (2000b). Interdisciplinary team assessment for young children: Purposes and processes. In M. J. Guralnick (Ed.). *Interdisciplinary clinical assessment of young children with developmental disabilities* (pp. 3-15). Baltimore: Paul H. Brookes Publishing.
- Guralnick, M. J. (2001). A developmental systems model for early intervention. *Infants & young children*, 14(2), 1-18. Guralnick, M. J. (2005). *The developmental systems approach to early intervention*. Baltimore: MD: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Guralnick, M. J. (2008). International perspectives on early intervention: A search for common ground. *Journal of early intervention*, 30(90).
- Guralnick, M. J. (2011). Why early intervention works? A systems perspective. *Infants & young children*, 24(1), 6-28. Guralnick, M. J. (2012). Preventive interventions for preterm children: Effectiveness and developmental mechanisms. *Journal of developmental and behavioral pediatrics*, 33, 352-364.

- Guralnick, M. J. (2013). Why early intervention works? A systems perspective. *Infants & young children*, 24(1) 6-28.
- Guralnick, M. J. & Conlon, C. (2007). Early intervention. In M. Batshaw, L. Pelligrino, & N. Roizen (Eds.). *Children with disabilities* (6th ed., pp. 511-521). Baltimore: Paul H. Brookes.
- Hall, C. B., Derby, C., LeValley, A., Katz, M. J., Verghese, J., & Lipton, R. B. (2007). Education delays accelerated decline on a memory test in persons who develop dementia. *Neurology*, 69(17), 1657-64.
- Hall, J. (2005). *Neuroscience and education: What can brain science contribute to teaching and learning?* University of Glasgow.
- Hanft, B., Rush, D., & Shelden, M. (2004). *Coaching families and colleagues in early childhood*. Baltimore: Paul H. Brookes.
- Hayden P., Frederick, L., Smith, B. J., & Broudy, A. (2001). *Tasks, tips and tools for promoting collaborative community teams*. Denver: University of Colorado.
- Hebbeler, K. (2005). *Family and child outcomes for early intervention and early childhood special education*. Menlo Park, Calif.: SRI International. Retrieved from <http://www.the-eco-center.org>.
- Heckman, J. (2006). Skill formation and the economics of investing in disadvantaged children. *Science*, 312(30), 1900-1901.
- Heckman, J. (2015). Heckman equation. Retrieved from <http://www.heckmanequation.org>.
- Heffron, M. & Murch, T. (2010). *Reflective supervision and leadership in infant and early childhood programs*. Washington, DC: Zero to Three.
- Hobbs, N. (1975). *The futures of children: Categories, labels and their consequences*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Jacobs, B., Schall, M., & Scheibel, A. B. (1993). A quantitative dendritic analysis of Wernicke's area in humans. II. Gender, hemispheric, and environmental factors. *Journal of comparative neurology*, 327(1), 97-111.
- Johnston, M. V., Nishimura, A., Harum, K., Pekar, J., & Blue, M. E. (2001). Sculpting the developing brain. *Advances in pediatrics*, 48, 1-38.
- Jung, L. (2012). Identificar os apoios às famílias e outros recursos. In R. A. McWilliam (Org.). *Trabalhar com as famílias de crianças com necessidades especiais*. Porto: Porto Editora.
- Jung, L. A. & McWilliam, R. A. (2005). Reliability and validity of scores on the IFSP rating scale. *Journal of early intervention*, 27, 125-136.
- Kaler, S. R. & Freeman, B. J. (1994). Analysis of environmental deprivation: Cognitive and social development in romanian orphans. *Journal of child psychology and psychiatry*, 35(4), 769-781.
- Kempler, W. (1969). Family therapy of the future. *International psychiatry clinics*, 6, 135-158.
- Kempler, W. (1974). *Principles of gestalt family therapy: A gestalt experimental handbook*. Sultake City, UT: Deseret Press.
- Kempler, W. (1981). *Experiential psychoterapy within families*. New York: Brunner Masel.
- Kesler, S. R., Adams, H. F., Blasey, C. M., & Bigler, E. D. (2003). Premorbid intellectual functioning, education, and brain size in traumatic brain injury: An investigation of the cognitive reserve hypothesis. *Applied neuropsychology*, 10(3), 153-62.
- King, G., Stracham, D. Tucker, M., Dunwyn, B., Desserud, S., & Shillington, M. (2009). The application of a transdisciplinary model for early intervention services. *Infants & young children*, 22(3), 211-223.
- Klass, C. (2008). *The home visitors guide book: Promoting optimal parent & child development*. Baltimore, MD: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Klein, N. K. & Gilkerson, L. (2000). Personnel preparation for early childhood intervention programs. In Shonkoff, J. P. & Meisels, S. J. (Eds.). *Handbook of early childhood intervention* (pp. 454-483). Cambridge: Cambridge University Press.
- Knitzer, J. (1997). Service integration for children and families: Lessons and questions. In R. J. Illback, C. T. Cobb, & H. M. Joseph Jr. (Ed.). *Integrated services for children and families: Opportunities for psychological practice* (pp. 3-21). Washington DC: American Psychological Association.

Knudsen, E. I. (2004). Sensitive periods in the development of the brain and behavior. *Journal of cognitive neuroscience*, 16, 1412-1425.

Koepsell, T. D., Kurland, B. F., Harel, O., Johnson, E. A., Zhou, X. H., & Kukull, W. A. (2008). Education, cognitive function, and severity of neuropathology in Alzheimer disease. *Neurology*, 70(19 Pt 2), 1732-9.

Kozorovitskiy, Y., Gross, C. G., Kopil, C., Battaglia, L., McBreen, M., Stranahan, A. M., & Gould, E. (2005). Experience induces structural and biochemical changes in the adult primate brain. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 102(48), 17478-82.

Krech, D., Rosenzweig, M. R., & Bennett, E. L. (1960). Effects of environmental complexity and training on brain chemistry. *Journal of comparative physiology and psychology*, 53, 509-519.

Laevers, F. (1997). Assessing the quality of childcare provision: "Involvement" as criterion. *Researching early childhood*, 3, 151-165.

Laevers, F. (2008). The project experiential education: Concepts and experiences at the level of context, process and outcome. Katholieke Universiteit Leuven/Centre for Experiential Education. Retrieved from www.european-agency.org/agency-projects/assessment-resource-guide/documents/2008/11/Laevers.pdf.

Lanners, R. & Momberts, D. (2000). Evaluation of parent's satisfaction with early intervention services within and among european countries: Construction and application of a new parent satisfaction scale. *Infants & young children*, 12(3), 61-70.

Letourneau, P. (2008). The formation of axons and dendrites by developing neurons. In C. A. Nelson, M. Luciana,

Handbook of developmental cognitive neuroscience (pp. 5-21). MIT Press, Cambridge, Massachusetts.

Little, H., Breunlin, D., & Schwartz, R. (Eds.) (1988). *Handbook of family therapy. Training & supervision*. New York: The Guilford Press.

Limbrick, P. (2011). TAC for the 21st Century: A unifying theory about children who have a multifaceted condition. An essay. Retrieved from <http://www.teamaroundthechild.com/allnews/developmentsintreatment/1406tac-for-the-21st-century-a-unifying-theory-about-children-who-have-a-multifaceted-condition-an-essay-by-peter-limbrick.html>.

Maddux, R. B. (1988). *Team building: An exercise in leadership*. Menlo Park, CA: Crisp Publications.

Mahoney, G. & MacDonald, J. (2007). *Autism and developmental delays in young children: The responsive teaching curriculum for parents and professionals*. Austin, TX: PRO-ED.

Mahoney, G. & Nam, S. (2011). The parenting model of developmental intervention. *International review of research in mental retardation*, 41, 73-125.

Marcenko, M., Herman, S., & Hazel, L. (1992). A comparison of how families and their service providers rate family generated quality of service factors. *Community Mental Health Journal*, 28(5), 441-449.

Marcenko, M. & Smith, L. (1992). The impact of a family-centred case management approach. *Social work in health care*, 17(1), 87-100.

Marques, R. (Coord.) (2013). *Portugal 2020: Como fazer funcionar a governação integrada?* (Working paper V 1.0).

Retrieved from <http://www.gaiurb.pt/noticias/2015/docs/portugal.govint.versao.final.pdf>.

Marques, R. (Coord.) (2014). *Problemas complexos e governação integrada*. Lisboa, Ed. Govint, Fórum para a Governação Integrada.

McCollum, J. A. & Catlett, C. (1997). Designing effective personnel preparation for early intervention. In P. Winton,

J. A. McCollum, & C. Catlett (Eds.). *Reforming personnel preparation in early intervention: Issues, models and practical strategies* (pp. 105-125). Baltimore, MD: Paul H. Brookes.

McDonald, M. & Rosier, K. (2011). Interagency collaboration: Part A. What is it, what does it look like, when is it needed and what supports it?. Child Family Community Australia (CFCA). AFRC Briefing N° 21. Retrieved from <https://aifs.gov.au/cfca/publications/interagency-collaboration-part-what-it-what-does-it>.

McGonigel, M. J., Kaufman, R. K., & Hurth, J. L. (1991). The IFSP sequence. In M. J. McGonigel, R. K. Kaufman, & B.

H. Jonhson (Eds.). *Guidelines and recommended practices for the individualized family service plan* (2nd ed., pp. 15 - 28). Bethesda, MD: Association for the Care of Children's Health.

McGonigel, M. J., Kaufman, R. K., & Jonhson, B. H. (1991). *Guidelines and recommended practices for the individualized family service plan* (2nd ed.). Bethesda, MD: Association for the Care of Children's Health.

- McLean, M., Snyder, P., Smith, B., & Sandall, S. (2002). The DEC recommended practices in early intervention/early childhood special education: Social validation. *Journal of early intervention*, 25(2), 120-128.
- McWilliam, P. J. (1996a). How to provide integrated therapy. In P. J. McWilliam (Ed.). *Rethinking pull-out services in early intervention*. Baltimore: Paul Brookes Publishing Co.
- McWilliam, P. J. (1996b). Implications for the future of integrating specialized services. In P. J. McWilliam (Ed.) *Rethinking pull-out services in early intervention*. Baltimore: Paul Brookes Publishing Co.
- McWilliam, P. J. (2003a). Práticas de intervenção precoce centradas na família. In P. McWilliam, Winton, P., & Crais, E. (Eds.). *Estratégias práticas para a intervenção precoce centrada na família* (pp. 9-22). Porto: Porto Editora.
- McWilliam, P. J. & Bailey, D. B. (1993). *Working together with children and families: Case studies in early intervention*. Baltimore: Paul H. Brookes.
- McWilliam, P. J., Winton, P. J., & Crais, E. R. (1996). *Practical strategies for family-centred intervention*. San Diego, CA: Singular Publishing Group.
- McWilliam, P., Winton, P., & Crais, E. (Eds.) (2003). *Estratégias práticas para a intervenção precoce centrada na família*. Porto: Porto Editora.
- McWilliam, R. A. (2003b). The primary-service-provider model for home and community-based services. *Psicologia*, 27(1), pp. 115-135.
- McWilliam, R. A. (2005, May). Foundations for learning in a modern society. Paper presented at the Encontro Internacional Diferenciação do Conceito à Prática, Universidade Católica Portuguesa, Porto, Portugal.
- McWilliam, R. A. (2010). *Routines-based early intervention: Supporting young children and their families*. Baltimore, MD: Paul H. Brookes.
- McWilliam, R. A. & Bailey, D. B. (1992). Promoting engagement and mastery. In D. B. Bailey & M. Wolery (Eds.). *Teaching infants and preschoolers with disabilities* (2nd ed., pp. 230-255). New York: MacMillan Publishing Company.
- McWilliam, R. A. & Bailey, D. B. (1995). Effects of classroom social structure and disability on engagement. *Topics in early childhood special education*, 15, 123-147.
- McWilliam, R. A. & Casey, A. M. (2008). *Engagement of every child in the preschool classroom*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- McWilliam, R. A. & de Kruif, R. E. L. (1998). Engagement quality observation system III (E-Qual III). Frank Porter Graham Child Development Center, University of North Carolina at Chapel Hill.
- McWilliam, R. A., de Kruif, R. E. L., & Zulli, R. A. (2002). The observed construction of teaching: Four contexts. *Journal of research in childhood education*, 16, 148-161.
- McWilliam, R. A. & Scott, S. (2003). Integrating therapy into the classroom. National Individualizing Preschool Project. Retrieved from <http://dnakidstherapy.com/wp-content/uploads/2013/11/IntegratedServices-Ap2005.pdf>.
- Meaney, M. (2010). Epigenetics and the biological definition of gene x environmental interactions. *Child development*, 81(1), 41-79.
- Mendes, M. L., Neves, M. M., & Guedes, M. (2000). *A educação pré-escolar e os cuidados para a primeira infância em Portugal*. Lisboa: Departamento de Educação Básica, Ministério da Educação.
- Miller, L. J. & Hanft, B. E. (1998). Building positive alliances: Partnerships with families as the cornerstone of development assessment. *Infant & young children*, 11(1), 49-60.
- Miller, P. S. & Stayton, V. D. (2005). DEC recommended practices: Personnel preparation. In S. R. Sandall, M. L. Hemmeter, M. McLean, & B. J. Smith. *DEC recommended practices workbook. Improving practices for young children with special needs and their families* (pp. 189-220). Montana: DEC.
- Minnesota Association for Children's Mental Health [MACMH] (2015). Reflective supervision guidelines. Best practice guidelines for reflective supervision/consultation. Retrieved from <http://www.macmh.org/infant-early-childhood-division/guidelines-reflective-supervision/>.
- Moore, T.G. (2008). *Early childhood intervention: Core knowledge and skills*. CCCCH Working Paper 3 (November 2008). Parkville, Victoria: Centre for Community Child Health.
- Moore, T. (2011). *Early childhood intervention reform project. Executive summary. Revised literature review*. Melbourne: Programs and Partnerships Division Department of Education and Early Childhood Development.

Moore, T. G. (2012, August). Rethinking early childhood intervention services: Implications for policy and practice. Pauline McGregor Memorial Address to the 10th Biennial National Early Childhood Intervention Australia (ECIA) Conference and Asia-Pacific Early Childhood Intervention Conference, Perth, Western Australia, 1. Retrieved from http://www.rch.org.au/uploadedFiles/Main/Content/ccch/profdev/ECIA_National_Conference_2012.pdf.

Mourato, S. (2012). *Abordagem transdisciplinar em intervenção precoce: Uma intenção ou uma realidade?* Lisboa: Instituto Superior de Educação e Ciências. Dissertação de Mestrado em Intervenção Precoce.

Mundkur, M. (2005). Neuroplasticity in children. *Indian journal of pediatrics*, 72(10), 855-857.

Nações Unidas (2009). *Convenção Sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência*. Retrieved from <http://www.inr.pt/content/1/1187/convencao-sobre-os-direitos-das-pessoas-com-deficiencia>.

NAEYC (National Association for the Education of Young Children) & NAECs/SDE (National Association of Early Childhood Specialists in State Departments of Education) (2003). *Early childhood curriculum, assessment, and program evaluation*. National Association for the Education of Young Children. Retrieved from <https://www.naeyc.org/files/naeyc/file/positions/pscape.pdf>.

National Professional Development Center on Inclusion [NPDCI] (2010). *Building integrated professional development systems in early childhood: Recommendations for states*. Chapel Hill: The University of North Carolina, FPG Child Development Institute.

National Scientific Council on the Developing Child (2007). *The science of early childhood development*. Center on the Developing Child, Harvard University. Retrieved from <http://www.developingchild.net>.

National Scientific Council on the Developing Child [NSCDC] (2008). *The timing and quality of early experiences combine to shape brain architecture*. Working paper 5. Cambridge, Massachusetts: Centre on the Developing Child, Harvard University.

National Scientific Council on the Developing Child [NSCDC] (2010). *Persistent fear and anxiety can affect young children's learning and development*. Working paper 9. Cambridge, Massachusetts: Centre on the Developing Child.

National Scientific Council on the Developing Child [NSCDC] (2014). *Excessive stress disrupts the architecture of the developing brain*. Working paper 3. Updated Edition: developingchild.harvard.edu.

Nelson, C. (2000). The neurobiological basis of early intervention. In J. Shonkoff & S. Meisels (Eds.). *Handbook of early childhood intervention* (pp. 204-227). Cambridge University.

Noonan, M. J. & McCormick, L. (1993). *Early intervention in natural environments: Methods and procedures*. Pacific Grove, California: Brooks/Cole Publishing Co.

Norman-Murch, T. & Wollenburg, K. (2000). *An integrated approach to supporting professional development through in-service education and supervision*. Washington DC: Zero to Three.

O'Malley, E. (Ed.) (2007). *Handbook on developing and evaluating interagency collaboration in early childhood special education programs*. USA, Sacramento, California Department of Education, Special Education Division.

Ontario Association for Infant Development (OAID) (2006). *Best practices for infant development programs*. In J. A. Nugent (Ed.) (2nd ed). Ontario: Nugent Training & Consulting Services.

Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD] (2009). *Doing better for children*. Paris: OECD. Retrieved from www.oecd.org/els/social/childwell-being.

Organização Mundial de Saúde [OMS], Organização Panamericana de Saúde [OPS] (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF*. S. Paulo: Ed. Universidade de S. Paulo.

Office of Special Education Programs – OSEP (2006). *Early intervention data handbook*. Retrieved from <http://www.ideadata.org/EarlyInterventionDataHandbook.asp>.

Parlakian, R. (2001). *Look, listen, and learn: Reflective supervision and relationship-based work*. Washington, D.C: Zero to Three.

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

Perry, B. D., Pollard, R. A., Blakley, T. L., Baker, W. L., & Vigilante, D. (1995). Childhood trauma, the neurobiology of adaptation and “use-dependent” development of the brain: How “states” become “traits”. *Infant Mental Health Journal*, 16(4), 271-291.

- Peterander, F. (2004). Preparing practitioners to work with families in early childhood intervention. *International Journal of Theoretical and Applied Finance*, 7(2), 89-101.
- Pessoa, F. (1926). Palavras iniciais. *Revista de comércio e contabilidade*, nº 1, 25 de janeiro. Retrieved from <http://multipessoa.net/typographia/labirinto/multipessoa-obra-publica-23.pdf>
- Pharis, M. E. & Levin, V. S. (1991). A person to talk to who really cared: High-risk mothers' evaluation of services in an intensive intervention research program. *Child welfare*, 70(3), 307-320.
- Pinto, A. I., Grande, C., Felgueiras, I., Almeida, I. C., Pimentel, J., & Novais, I. (2009). Intervenção e investigação em idades precoces: O legado de J. Bairrão. *Psicologia*, 22(2), 21-42.
- Pinto, A. I., Grande, C., Aguiar, C., Almeida, I. C., Felgueiras, I., Pimentel, J., Serrano, A. M., Carvalho, L., Brandão, M. T., Boavida, T., Santos, P., & Lopes-dos-Santos, P. (2012). Early childhood intervention in Portugal: An overview based on the developmental systems model. *Infants & young children*, 54, 310-322.
- Portugal, G. & Laevers, F. (2010). *Avaliação em Educação Pré-Escolar*. Porto: Porto Editora.
- Post, R. M. & Weiss, S. R. (1997). Emergent properties of neural systems: How focal molecular neurobiological alterations can affect behavior. *Development and psychopathology*, 9, 907-929.
- Rede Social (2012). O Ministério da Saúde e o SNIPI. A rede em prática. *Especial Serviço Nacional de Intervenção Precoce na Infância*, Lisboa, nº 6, junho. Retrieved from www.seg_social.pt/redesocial.
- Richter, L. (2004). The importance of caregiver-child interactions for the survival and healthy development of young children: A review. Geneva, Switzerland: Department of Child and Adolescent Health and Development, World Health Organisation.
- Roe, C. M., Mintun, M. A., D'Angelo, G., Xiong, C., Grant, E. A., & Morris, J. C. (2008). Alzheimer's and cognitive reserve: Education effect varies with 11CPIB Uptake. *Archives of neurology*, 65(11), 1467-71.
- Roldão, C. (2003). *Gestão do currículo e avaliação de competências – As questões dos professores*. Lisboa: Editorial Presença.
- Roper, N. & Dunst, C. J. (2003). Communication intervention in natural learning environments. *Infants & young children*, Vol. 16, nº 3, 215-226.
- Rosário, H., Leal, T., Pinto, A. I., & Simeonsson, R. (2009). Utilidade da Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde: Versão para Crianças e Jovens (CIF-CJ) no contexto da intervenção precoce e da educação especial. *Psicologia*, 23(2), 129-139.
- Rosenzweig, M. R., Krech, D., Bennett, E. L., & Diamond, M. C. (1962). Effects of environmental complexity and training on brain chemistry and anatomy: A replication and extension. *Journal of comparative physiology and psychology*, 55, 429-437.
- Rossi, P. H. & Freeman, H. E. (1993). *Evaluation: A systematic approach* (5th ed.). Newbury Park, CA: Sage Publications, Inc.
- Rush, D. D. & Shelden, M. L. (2011). *The early childhood coaching handbook*. Baltimore, MD: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Sameroff, A. J. (1983). Developmental systems: Contexts and evolution. In P. H. Mussen (Ed.). *Handbook of child psychology*, Vol. 1. History, theory and methods. (pp. 238-294). New York: John Wiley and Sons.
- Sameroff, A. J. (Ed.) (2009). *The transactional model of development: How children and contexts shape each other*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Sameroff, A. J. (2010). A unified theory of development: A dialectic integration of nature and nurture. *Child development*, 81(1), 6-22.
- Sameroff, A. J. & Chandler, M. J. (1975). Reproductive risk and the continuum of caretaking casualty. In F. D. Horowitz, M. Hetherington, S. Scarr-Salapatek, & G. Siegel (Eds.). *Review of child development research*, 4, 187-244. Chicago: University of Chicago Press.
- Sameroff, A. J. & Fiese, B. H. (2000). Transactional regulation: The developmental ecology of early intervention. In J. P. Shonkoff & S. J. Meisels (Eds.). *Early intervention: A handbook of theory, practice, and analysis* (2nd ed.) (pp. 135-159). New York: Cambridge University Press.
- Sameroff, A. J., & MacKenzie, M. J. (2003). A quarter century of the transactional model of child development: How have things changed? *Zero to three*, 24, 14-22.

Santos, P. (2007). Promovendo um processo de construção de uma cultura de intervenção precoce. (Doctoral dissertation), Departamento de Ciências da Educação – Universidade de Aveiro, DCE. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10773/1104>.

Santos, P. (2009). Empowerment coletivo e corresponsabilização: Palavras-chave em intervenção precoce. In Gabriela Portugal (Org.). *Ideias, projectos e inovação no mundo das infâncias: O percurso e a presença de Joaquim Bairrão* (pp. 117-126). Aveiro: Universidade de Aveiro.

Santos, P. (2010). Família, mudança maior e intervenção precoce. In H. P. L. Branco, H. Pereira, F. Simões, G. Espalhado, & R. M. Afonso (Eds.). *Educação para a saúde, cidadania e desenvolvimento sustentado* (CD-ROM, pp. 948- 958). Covilhã: Universidade da Beira Interior.

Santos, P., Carvalho, L., Silva, C., Feliciano, F., & Agra, S. (2014, July). Early intervention: Through adult learning, supporting relationships, promoting inclusion. Proceedings of the International Conference on Education and New Learning Technologies (pp. 6265-6270), Barcelona, Spain, 6. Retrieved from <http://iated.org/edulearn/publications>.

Santos, P., Feliciano, F., & Agra, S. (2011). Highlighting relationships in early intervention with the video home training/ video interaction guidance (VHT/VIG) method. *Procedia social and behavioral sciences*, Vol. 29, 1772-1781.

Scott, S. & McWilliam, R. A. (2000). Scale for assessment of family enjoyment within routines (SAFER). Chapel Hill, NC: Frank Porter Graham Child Development Center, University of North Carolina at Chapel Hill.

Serrano, A. M. & Boavida, J. (2011). Early childhood intervention: The portuguese path-way towards inclusion. *Revista de educación inclusiva*, 4, 123-138.

Serrano, A. & Correia, M. (2000). Intervenção precoce centrada na família: Uma perspectiva ecológica de atendimento. In A. Serrano e M. Correia, *Envolvimento Parental em Intervenção Precoce* (Org.) (pp. 11-32). Porto, Porto Editora.

Sheerer, M. & Bloom, P. (1998). Supervision in early childhood education. In G. Firth & E. Pajak (Eds.). *Handbook of research on school supervision* (529-542). New York: Macmillan Library Reference.

Shelden, M. L. & Rush, D. D. (2013). *The early intervention teaming handbook*. Baltimore, MD: Paul H. Brookes Publishing Co.

Shelton, T. L. & Stepaneck, J. S. (1994). *Family centered care for children needing specialized health and developmental services* (2nd ed.) Bethesda, MD: Association for the Care Of Children's Health.

Sheridan, S. M., Edwards, C. P., Marvin, A. C. A., & Knoche, L. L. (2009). Professional development in early childhood programs: Process issues and research needs. Faculty Publications from CYFS. Paper 13. Retrieved from <http://digitalcommons.unl.edu/cyfsfacpub/13>.

Shonkoff, J. P. (2004). *Science, policy and the young developing child: Closing the gap between what we know and what we do*. Washington D.C.: National Academy Press.

Shonkoff, J. P. (2009). Investment in early childhood development lays the foundation for a prosperous and sustainable society. *Encyclopedia on early childhood development*. Centre of Excellence for Early Childhood Development.

Shonkoff, J. P. (2010). Building a new biodevelopmental framework to guide the future of early childhood policy.

Child development, 81(1), 357-367.

Shonkoff, J. P. & Bales, S. N. (2011). Science does not speak for itself: Translating child development research for the public and its policymakers. *Child development*, 82(1), 17-32.

Shonkoff, J. P. & Levitt, P. (2010). The neuroscience and the future of early childhood policy: Moving from why to what and how. *Neuron*, 67, 689-691.

Shonkoff, J. P. & Meisels, S. J. (2000). *Handbook of early childhood intervention*. Cambridge: Cambridge University Press.

Shonkoff, J. P. & Phillips, D. A. (2000). *From neurons to neighborhoods: The science of early childhood development*. Committee on Integrating the Science of Early Childhood Development, National Research Council and Institute of Medicine. Washington, DC: National Academy Press.

Simeonsson, R. (1988). Evaluating the effects of family-focused intervention. In D. B. Bailey Jr. & R. J. Simeonsson (Eds.). *Family assessment in early intervention*. Columbus: Merrill Publishing Company.

Simeonsson, R. (2000). Early childhood intervention: Toward a universal manifesto. *Infants & young children*, 12(3), 4-9.

- Simeonsson, R. (2009). Promoting children's early development: The legacy of Joaquim Bairrão. In G. Portugal (Org.). *Ideias, projectos e inovação no mundo das infâncias: O percurso e a presença de Joaquim Bairrão* (pp. 105-114). Aveiro: Theoria Poiesis Praxis. Universidade de Aveiro.
- Simeonsson, R., Huntington, G., McMillen, J., Haugh-Dodds, A., Halperin, D., Zipper, I., Leskinen, M., & Langmeyer, D. (1996). Services for young children and families: Evaluating intervention cycles. *Infants & young children*, 9(2), 31-42.
- Simeonsson, R., Sauer-Lee, A., Granlund, M., & Björck-Åkesson, E. M. (2010). Rehabilitation and health assessment: Applying ICF guidelines. In E. Mpofu & T. Oakland (Eds.). N.Y.: Springer Publishing Company.
- Sirevaag, A. M. & Greenough, W. T. (1987). Differential rearing effects on rat visual cortex synapses. III. Neuronal and glial nuclei, boutons, dendrites, and capillaries. *Brain research*, 424(2), 320-32.
- Slentz, K. L. & Bricker, D. (1992). Family-guided assessment for IFSP development: Jumping off the family assessment bandwagon. *Journal of early intervention*, 16, 11-19.
- Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância – SNIPI (2009). Código de Ética do Profissional de Intervenção Precoce. Retrieved from <https://www.dgs.pt/sistema-nacional-de-intervencao-precoce-na-infancia.aspx>.
- Snyder, P., Hemmeter, M. L., & McLaughlin, T. (2011). Professional development in early childhood intervention: Where we stand on the silver anniversary of PL 99-457. *Journal of early intervention*, 33(4), 357-370.
- Snyder, S. & Sheehan, R. (1993). Program evaluation in early intervention. In W. Brown, K. Thurman, & L. Pearl (Eds.). *Family-centred early intervention with infants and toddlers*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Sparrow, J. (2014). Touchpoints: Linking families, professionals, institutions and communities for children's health, education and well-being. In Gomes-Pedro (Ed). *Valuing baby and family passion: Towards a science of happiness* (pp. 137-155). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Stayton, V. (2015). Preparation of early childhood special educators for inclusive and interdisciplinary settings. *Infants and young children*, 28(2), 113-122.
- Steele, S. M. (1970). Program evaluation – A broader definition. *Journal of extension: Summer 1970*. Retrieved from https://www.google.pt/?gfe_rd=cr&ei=Nk8UVdrpIYys8we_4YC4DQ&gws_rd=ssl#q=program+evaluation+a+broader+definition.
- Swan, W. (1998). Supervision in special education. In G. Firth & E. Pajak (Eds.). *Handbook of research on school supervision* (529-542). New York: Macmillan Library Reference.
- Szyf, M. (2009). The early life environment and the epigenome. *Biochimica biophysica acta (BBA)*, 1790(9), 878-885.
- Trivette, C. M. & Dunst, C. J. (2005). DEC recommended practices: Family-focused practices. In S. Sandall, M. L. Hemmeter, B. J. Smith, & M.E. McLean (Eds.). *DEC recommended practices: A comprehensive guide or pratical application* (pp. 107-126). Longmont, CO: Sopris West.
- Trivette, C. M., Dunst, C. J., & Deal, A. G. (1997). Resource-based approach to early intervention. In S. K. Thurman, J. R. Cornwell, & S. R. Gottwald (Eds.). *Contexts of early intervention, systems and settings* (pp. 73-113). Baltimore, Maryland: Paul H. Brookes P. Co.
- Trivette, C. M., Dunst, C. J., & Hamby, D. W. (2010). Influences of family-systems intervention practices on parent-child interactions and child development. *Topics in early childhood special education*, 30(3), pp. 3-19.
- Trivette, C. M., Dunst, C. J., Hamby, D. W., & O'Herin, C. E. (2009). Characteristics and consequences of adult learning methods and strategies. *Research brief*, 3(1), 1-33.
- Turnbull, A. P. (1991). Identifying children's strengths and needs. In M. J. McGonigel, R. K. Kaufman, & B. H. Johnson (Eds.). *Guidelines and recommended practices for the individualized family service plan* (2nd ed., pp. 15-28). Bethesda, MD: Association for the care of children's health.
- Turnbull, A. P. & Summers, J. A. (1985). From parent involvement to family support: Evolution to revolution. *Down Syndrome State of the Art Conference*, Boston, Massachusetts, USA.
- UNESCO (1994). *Declaração de Salamanca e enquadramento da acção na área das necessidades educativas especiais*. Lisboa: Instituto de Inovação Educacional.
- UNESCO (2009). *Inclusion of children with disabilities: The early childhood imperative policy brief on early childhood*, 46, April-June 2009. Retrieved from <http://www.unesco.org/en/early-childhood/unesco-policybriefs-on-early-childhood/>.

UNICEF (1989). *Convenção Sobre os Direitos da Criança*. Retrieved from http://direitoshumanos.gddc.pt/3_3/IIIPAG3_3_1.htm.

UNICEF (2014). *Early childhood development: A statistical snapshot*. N. York: UNICEF.

Van IJzendoorn, M. H., & Juffer, F. (2006). Adoption as intervention: Meta-analytic evidence for massive catch-up and plasticity in physical, socio-emotional, and cognitive development. *Journal of child psychology and psychiatry*, 47(12), 1228-1245.

Volpe, J. V. (1995). *Neurology of the newborn* (3rd ed.). Philadelphia: W.B. Saunders.

Wallace, C. S., Kilman, V. L., Withers, G. S., & Greenough, W. T. (1992). Increases in dendritic length in occipital cortex after 4 days of differential housing in weanling rats. *Behavior and neural biology*, 58(1), 64-8.

Warfield, M. E. & Hauser-Cram, P. (2005). Monitoring and evaluation in early intervention programs. In M. J. Guralnick (Ed.). *The developmental systems approach to early intervention* (pp. 351-372). Baltimore, MD: Paul H. Brookes.

Wasik, B. H. & Bryant, D. M. (2001). *Home visiting: Procedures for helping families* (2nd edition). Thousand Oaks: Sage Publications.

Whipple, W. (2014). Key principles of early intervention and effective practices: A crosswalk with statements from discipline – Specific literature. Retrieved from http://www.rrcprogram.org/cms2/images/_rrcpdata/documents/KeyPrinciplesEI_effectivepractices.pdf

Windsor, J., Glaze, L. E., & Koga, S. F. (2007). Language acquisition with limited input: Romanian institution and foster care". *Journal of speech and language hearing research*, 50(5), 1365-81.

Winton, P. J. (1996). Family-professional partnership and integrated services. In R. A. McWilliam. *Rethinking pull-out services in early intervention: A professional resource* (27-48). Baltimore: Paul H. Brookes Publishing.

Winton, P. & Catlett, C. (2009). Statewide efforts to enhance early childhood personnel preparation programs to support inclusion: Overview and lessons learned. *Infants & young children: An interdisciplinary journal of special care practices*, 22(1), 63-70.

Woodruff, G. & Hanson, C. (1987). Project KAI training packet. Unpublished manuscript. Funded by the U.S. Department of Education, Office of Special Education Programs, Handicapped Children's Early Education Program.

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

Workgroup on Principles and Practices in Natural Environments, OSEP TA Community of practice: Part C Settings. (2008, March). Agreed upon mission and key principles for providing early intervention services in natural environments. Retrieved from http://ectacenter.org/pdfs/topics/families/Finalmiddionandprinciples3_11_08.pdf.

World Health Organization [WHO] (2007). *International Classification of Functioning, Disability and Health. Children and Youth Version: ICF-CY*. Geneva, Switzerland. Retrieved from <https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=SWFQDXyU-rcC&oi=fnd&pg=PR5&dq=Developmental+and+Health+Assessment+in+Rehabilitation+with+the+International+Classification>

World Health Organization [WHO] (2012). *Early childhood development and disability*. N. York: UNICEF.

Recommended Practices in Early Childhood Intervention

A guidebook for professionals



The establishment of a National System for early intervention in Portugal that is embodied in law is an extraordinary achievement. The guide for professionals will ensure that early intervention services and supports will be provided to children and families at the highest level of quality and effectiveness.

— **Michael J. Guralnick**, Consultant of Project Im². President of the International Society of Early Intervention (ISEI), New York, USA.

(...) The guide constitutes another very relevant step in this road that started 26 years ago, with the Coimbra Project and it will pursue with the goal of improving the provision of services consonant with recommended and scientifically validated practices.

— **Ana Maria Serrano**, Consultant of Project Im². President of the European Association of Early Intervention (EURLY AID). Portugal.

(...) This Manual, designed and written by some of the leading Portuguese experts in the field of ECI, reaches out to those practitioners, encouraging and supporting them to keep the child and its family at the heart of everything they do. And to do it with heart.

— **Barry Carpenter**, EURLY AID. Order of the British Empire, Commander of the British Empire. UK.

(...) The guidelines will without a doubt strengthen an already model system of early intervention in Portugal and serve as a model of other countries in Europe and elsewhere.

— **Carl J. Dunst**, Director and Senior Researcher, Orelena Hawkings Puckett Institute. USA.

(...) Renowned experts from science and practice have worked out this fundamental and forward-looking publication — it is to be hoped that this guide receives highest attention at national and international level.

— **Franz Peterander**, EURLY AID. Ludwig-Maximilians University, Munich. Germany.

(...) This guide, a combination of early intervention science AND strategies for implementing that science in a family-centered way, represents the professional dedication, the nation-wide collaboration, and the international leadership that Portugal has consistently demonstrated (...).

— **Marilyn Espe-Sherwindt**, Director of Family Child Learning Center, Akron Children's Hospital & Kent State University. USA.

(...) Building on a dynamic and integrated approach, the guide is an exemplary resource for practice nationally, and a model for early childhood intervention globally.

— **Rune Simeonsson**, The University of North Carolina at Chapel Hill. Jönköping University. USA.

Portugal leads Europe and, indeed, much of the world in articulating the approaches that should be taken in early intervention birth-six. (...)

— **Robin McWilliam**, International Consultant at R. A. McWilliam, LLC, Nashville. USA.

(...) With the publication of this national guide, we are giving another step to continue to be among the best within this topic.

— **José Boavida**, EURLY AID. Health Commissioner of SNIPI. Portugal.



Translated and adapted from the original book:

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

ANIP - Associação Nacional de Intervenção Precoce (www.anip.net)



THE VELUX FOUNDATIONS
VILLUM FONDEN × VELUX FONDEN